



GERENCIA INTEGRADA DE SORIA



# PLAN ESTRATEGICO 2015 - 2020



<b>1.</b>	<b>INTRODUCCION</b>	<b>1</b>
<b>2.</b>	<b>MISION, VISION, VALORES</b>	<b>7</b>
<b>3.</b>	<b>METODOLOGÍA</b>	<b>9</b>
<b>4.</b>	<b>ANÁLISIS DE SITUACIÓN</b>	<b>13</b>
	<b>a. Estructura</b>	
	- Entorno sociodemográfico	13
	- Organización asistencial	17
	- Recursos humanos	20
	- Recursos materiales	21
	- Recursos económicos	23
	<b>b. Actividad</b>	
	- Cartera de Servicios	25
	- Mapa de procesos	27
	- Consultas	31
	- Urgencias	32
	- Pruebas diagnósticas	32
	- Hospitalización	32
	- Actividad quirúrgica	33
	- Actividad comunitaria	34
	<b>c. Resultados</b>	
	- Resultados en salud	38
	- Calidad y seguridad hospitalaria	43
	- Objetivos presupuestarios	44
	- Satisfacción del usuario-población	45
	- Satisfacción de los profesionales	47
	- Evaluación del liderazgo	50
<b>5.</b>	<b>EVALUACIÓN EFQM</b>	<b>52</b>
<b>6.</b>	<b>ANÁLISIS DAFO</b>	<b>54</b>
<b>7.</b>	<b>ORIENTACIONES ESTRATÉGICAS</b>	<b>56</b>
<b>8.</b>	<b>MAPA ESTRATÉGICO</b>	<b>65</b>
<b>9.</b>	<b>LINEAS ESTRATÉGICAS</b>	<b>66</b>
<b>10.</b>	<b>CRONOGRAMA</b>	<b>104</b>
<b>11.</b>	<b>EVALUACION</b>	<b>115</b>
	<b>GLOSARIO DE TERMINOS</b>	<b>124</b>



# 1. INTRODUCCIÓN

## Cuestiones generales

La Planificación Estratégica es una de las herramientas fundamentales en la gestión de calidad global de cualquier organización. A través de ella se consigue, en el medio y largo plazo, que la organización se aproxime lo más posible a la deseable, según sus fines, desarrollando la Visión predeterminada de la misma a la que aspiran sus profesionales y grupos de interés y cumpliendo la Misión, razón de su propia existencia.

Los objetivos de la GIS se definen a medio y largo plazo a través de la Planificación Estratégica. Se articulan en seis estrategias transversales fundamentales:

- Integración Asistencial.
- Gestión por Procesos.
- Descentralización de la gestión.
- Mejora continua de calidad y búsqueda de la Excelencia.
- Sostenibilidad financiera, ambiental y social
- Mejora del conocimiento

La Gerencia Integrada de Asistencia Sanitaria de Soria trabaja en Planificación Estratégica desde 1998, habiendo elaborado, desarrollado y evaluado ya dos planes estratégicos en Atención Primaria y otros dos en Atención Especializada, además de tener experiencia en planes estratégicos de unidades concretas, centros de salud de Soria Norte y San Esteban de Gormaz.

En 2013 han finalizado los Planes Estratégicos de Atención Primaria y Especializada vigentes:

- **Plan Estratégico Complejo Asistencial de Soria 2010-2013.**
- **2º Plan Estratégico Atención Primaria de Soria 2008-2013.**

La Gerencia se plantea, una vez evaluados estos planes y finalizada su acreditación EFQM 500+, elaborar un nuevo Plan Estratégico 2015-2020, ya con carácter integrado y orientado a un nuevo modelo asistencial centrado en el paciente.

Así mismo, se ha realizado durante 2013 una reflexión de cara a la **Orientación Estratégica** de medio y largo plazo, que ha servido de base en 2014 para elaborar el nuevo Plan, como continuidad del camino marcado por los anteriores planes estratégicos y las estrategias transversales previamente enunciadas.

Las actuales estrategias de la GIS están alineadas con las líneas estratégicas de la Gerencia Regional de Salud 2011-2015, actualmente vigentes, de manera coherente.

Aunque la GIS dispone de la información necesaria que proporcionan los indicadores de su cuadro de mandos, SIGGIS (*Sistema de Información para la gestión de la Gerencia Integrada de Soria*), así como la que aporta la autoevaluación EFQM realizada en 2013 y el informe de acreditación de AENOR y el Club de Excelencia de Gestión de 2014, se requería un análisis DAFO que, con la participación de los trabajadores, determinara las posibilidades estratégicas en los próximos años. Toda esta información ha servido para la Orientación Estratégica ya realizada para ese periodo y culmina con la elaboración de las correspondientes líneas estratégicas desarrolladas en el nuevo Plan.

Todas las actividades de priorización se han realizado por métodos validados de consenso con la participación del mayor número posible de profesionales del área, como tradicionalmente se ha hecho en todas las planificaciones previas.

En 2014 se ha dado por finalizado el proceso de Integración Asistencial del Área y se abre el periodo de desarrollo completo del nuevo modelo asistencial integrado.



## Estrategias transversales

- **Integración Asistencial.** Modelo asistencial orientado a la persona y la atención de sus necesidades asistenciales con eficacia, rapidez, eficiencia, confortabilidad, seguridad y calidad.
- **Gestión por Procesos.** Modelo asistencial ágil, basado en la evidencia científica, seguro y donde la variabilidad clínica se deba exclusivamente a las diferencias individuales de las personas.
- **Descentralización de la Gestión.** Modelo asistencial basado en la Gestión Clínica en el que la toma de decisiones se acerque cada vez más y sea responsabilidad de los profesionales.
- **Mejora continua.** Buscando la excelencia en todas las actuaciones y actividades a través de planes de mejora y siguiendo la metodología EFQM.
- **Mejora del conocimiento.** Donde la docencia, formación continuada, investigación e innovación sean objetivos claves de la organización.
- **Sostenibilidad y solvencia.** Estructura perdurable en el tiempo, financieramente y en la adecuación a las necesidades de los ciudadanos. Comprometida con el medio ambiente y social.

## Modelo de Integración de Soria

El proceso de integración de las dos Gerencias de Atención Primaria y Especializada se ha desarrollado desde diciembre de 2011 a diciembre de 2014. Se ha basado en:

- Aprovechar la experiencia previa en continuidad e integración asistencial (12 años).
- Primar la integración asistencial sobre la organizativa. Definición del nuevo modelo asistencial.
- Desarrollo de estrategias trasversales que reorienten la planificación estratégica previa.
- Impregnar la organización de los conceptos de integración asistencial, gestión por procesos y mejora continua.



## Nuevo Modelo Asistencial a desarrollar en la Gerencia Integrada de Soria en el periodo de planificación

### Concepto:

El nuevo modelo se basa en la atención integral de la salud de la persona, sin fragmentaciones por enfermedades o niveles asistenciales, resolviendo las necesidades asistenciales siempre en el lugar más adecuado y con los medios adecuados para conseguir una atención resolutive, eficiente, segura y de calidad sin desplazamientos, pruebas o molestias innecesarias para el paciente. Sus principios básicos son:

- Mantenimiento de los principios rectores del Sistema Nacional de Salud: universalidad, equidad y accesibilidad.
- Separación de las funciones de financiación y compra de las de provisión de servicios.
- Clasificación de las necesidades asistenciales por el nivel de salud de las personas a través de una correcta estratificación y no por patologías, demandas o sistemas orgánicos.
- Priorización de la atención a la cronicidad como la causa principal de aumento de las demandas sanitarias y de la pérdida de calidad de vida ligada al envejecimiento.
- Integración de todas las unidades y recursos del sistema, superando los niveles asistenciales, las derivaciones e interconsultas y la visión parcial de los problemas de salud. Considerar la especialización como apoyo a las unidades asistenciales básicas y no como unidad final.
- Participación comunitaria y alianzas con pacientes, partners y proveedores.
- Sostenibilidad financiera sin capacidad alguna de endeudamiento.
- Utilización racional de las nuevas tecnologías al servicio de la accesibilidad y la calidad asistencial, sin que sean un fin en sí mismas ni comprometan la viabilidad del sistema. Valor aportado frente a coste-oportunidad.
- Gestión de recursos por los propios profesionales, adaptada a las disponibilidades del momento para conseguir los mejores resultados en la población y no solo en el paciente aislado.
- Disminución de la variabilidad clínica y adaptación a la evidencia científica.

### Estructura:

Consideramos *unidades asistenciales básicas* de modelo integrado en nuestra gerencia:

- Los Equipos de Atención Primaria.
- Los servicios de Medicina Interna, Área Materno-Infantil y Salud Mental.
- Los servicios quirúrgicos integrados en el bloque quirúrgico y la Cirugía Mayor Ambulatoria.
- Los servicios de Rehabilitación-Fisioterapia.
- Las áreas integradas de cuidados de enfermería.
- La Unidad de Trabajo Social.
- Los servicios de Urgencias.

Son *unidades especializadas de apoyo* a las unidades asistenciales básicas:

- Las especialidades médicas.
- Las unidades de apoyo en Atención Primaria.
- Los servicios centrales de apoyo al diagnóstico.
- Las áreas de atención a críticos, hospitalización de agudos y convalecencia.
- Las unidades administrativas.



Son *unidades asistenciales integradas*, creadas para la atención específica de las nuevas necesidades asistenciales:

- La Unidad del Paciente Crónico y Pluripatológico/ Unidad de Continuidad Asistencial.
- La Unidad de Diagnóstico Rápido.
- Hospitalización a Domicilio, Unidad de Corta Estancia y Hospital o Centro de Día.
- La Unidad de Cuidados Paliativos.
- Las unidades interdisciplinarias de atención a los cánceres más frecuentes.

Son *recursos asistenciales integrados no propios*:

- Los que aportan las asociaciones que establecen alianzas con nosotros.
- Los de la Gerencia de Emergencias Sanitarias.
- Los de hospitales de referencia en necesidades asistenciales que por su escasa casuística harían ineficiente o comprometerían la calidad si se abordaran en Soria.
- Los de otras administraciones con convenios específicos con la nuestra.
- Los de otros dispositivos asistenciales con convenios que facilitan la accesibilidad de parte de nuestra población.

### Modelo Organizativo:

- Gerencia única integrada con un organigrama directivo orientado a la gestión de procesos asistenciales y recursos humanos y materiales.
- Eliminación de los niveles asistenciales de primaria y especializada con distribución de las áreas de actividad en:
  - Consulta ambulatoria.
  - Domicilio.
  - Áreas quirúrgicas.
  - Hospitalización.
  - Comunidad.
- Gestión por procesos de todas las actividades.
- Imputación de costes por paciente, estrato asistencial y unidad asistencial final.
- Gestión de cuidados en el ámbito de enfermería en todas las áreas de actividad.
- Descentralización de gestión a través de Pactos de Objetivos y Unidades de Gestión Clínica.
- Mejora continua de calidad a través del modelo EFQM. Integración de la gestión de riesgos en el Mapa de procesos.



### Objetivos del nuevo modelo asistencial:

1. En diez años, toda la asistencia sanitaria debe prestarse con este nuevo modelo asistencial. Para 2020 las derivaciones o interconsultas deben ser inferiores al 20% de la actividad.
2. Conseguir la autosuficiencia para atender sanitariamente todas las necesidades, tanto en el área como en cualquier unidad, siempre que no se afecte la calidad o la eficiencia global del sistema. Resolución de problemas y atención de necesidades siempre en el entorno más próximo y accesible.
3. Atención integral a la cronicidad, favoreciendo el autocuidado del paciente y su expertización en el manejo de sus problemas de salud. Incorporación de nuevas tecnologías de apoyo al autocontrol. Disminuir las descompensaciones de enfermos crónicos y el número de ingresos hospitalarios.
4. Desarrollar la metodología de cuidados de salud tanto en el paciente como en el cuidador utilizando los recursos de enfermería, su función como agente de salud y como enlace de continuidad asistencial en todo el sistema. Fomentar las actividades domiciliarias y comunitarias en toda la organización.
5. Controlar factores de riesgo, fomentar hábitos saludables y todas las actividades preventivas tendentes a conservar el nivel de salud de los ciudadanos. Impulsar el diagnóstico precoz y la intervención inmediata sobre patologías potencialmente graves.
6. Diagnóstico y tratamiento eficaz y rápido de los problemas agudos. Utilización de todas las tecnologías accesibles y disponibles que aporten valor para el conjunto de la actividad asistencial, especialmente las que aumenten la capacidad resolutive de unidades integradas. Eliminar exploraciones y pruebas repetidas o innecesarias para atender la necesidad asistencial.
7. Creación de áreas de convalecencia integradas con unidades de recuperación, rehabilitación y seguimiento ambulatorio para cirugía con ingreso. Aumento de la cirugía mayor ambulatoria hasta el 75% del total en el área.
8. Utilización responsable de los recursos disponibles gestionados por los profesionales considerando siempre la limitación de los mismos, su distribución temporal y el objetivo de que aporten el mayor valor posible a la salud de la población.
9. Fomentar el conocimiento, la investigación y la innovación en el proceso asistencial y en los modelos organizativos y de gestión.

### Beneficios esperados del nuevo modelo:

- Incremento del nivel de salud de la población.
- Autonomía del paciente en sus necesidades de salud.
- Disminución de la morbi-mortalidad evitable.
- Disminución de las descompensaciones y secuelas de procesos crónicos.
- Evitar la variabilidad clínica innecesaria.
- Evitar incomodidades y riesgos innecesarios.
- Disminuir la hospitalización y la estancia hospitalaria.
- Mejorar la calidad y seguridad del paciente.
- Sostenibilidad del sistema, reduciendo las ineficiencias del mismo.
- Autosuficiencia del conjunto de la gerencia y de cada una de sus unidades.
- Desarrollo profesional.



## Situación actual de implantación del nuevo modelo asistencial y desarrollo de la Integración Asistencial

Consideramos que en diciembre de 2014 la situación de integración asistencial es irreversible y no tiene marcha atrás, a pesar del largo camino que queda por recorrer.

La cultura de la integración asistencial, la mejora continua y la gestión por procesos impregna toda la organización y ya no extraña a nadie. También en nuestros agentes externos: ciudadanos, asociaciones, aliados y partners, medios de comunicación, etc. Podemos decir que lo que no se hace o nos falta, no es a causa de desconocimiento o falta de cultura sino por dificultades en cambiar la organización y sus métodos rutinarios de trabajo o por falta material de tiempo para hacerlo.

En el año 2014 ha finalizado el proceso de integración organizativa de las estructuras de la Gerencia Integrada de Asistencia Sanitaria de Soria y está muy avanzado el de integración asistencial así como el desarrollo de la gestión por procesos y la descentralización de la gestión.

Ha coincidido la evaluación final de los Planes Estratégicos del Complejo Asistencial y Atención Primaria, con vigencia hasta 2013, con la elaboración de un nuevo Plan Estratégico de la Gerencia Integrada 2015-2020 mientras se siguen desarrollando las estrategias transversales a largo plazo de Integración Asistencial, Gestión por Procesos, Descentralización de la Gestión, Mejora continua y Sostenibilidad, cuyas metas y objetivos a medio plazo se recogerán en el nuevo Plan y a corto plazo en los Planes de Mejora anuales correspondientes y en los Pactos de Objetivos de las unidades y la gerencia.

Las líneas del nuevo Plan se formulan tras el correspondiente análisis de situación así como de fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas de nuestra estructura y su entorno y la subsiguiente priorización de actividades. Así seguimos la misma metodología de planificación que venimos utilizando desde 1998, conocida y utilizada por los profesionales y que ha dado fruto en el desarrollo y evaluación hasta la fecha de cuatro planes estratégicos que se han ido sucediendo en el tiempo.

Sin embargo, nuestra ya larga experiencia en procesos de planificación, los análisis de situación anuales que realizamos con su valoración de tendencias y el haber finalizado la última evaluación de los planes vigentes y de los planes de mejora de las estrategias transversales en 2013, nos permitió hacer una primera orientación estratégica para el periodo 2015-2020 que dio soporte durante 2014 a la organización mientras se elaboraba el nuevo Plan, asegurando así la continuidad del proceso de planificación.

Nuestra **Tabla de aliados y partners**, tiene en este momento 45 organizaciones, de las cuales 11 son de pacientes y en 5 tenemos estrategias compartidas definidas. Las alianzas estratégicas se establecen bajo criterios de beneficio mutuo, generando valores sinérgicos positivos mediante el establecimiento de acuerdos de colaboración. Las alianzas con partners han ido ligadas al desarrollo tecnológico e informático de la GIS y muy especialmente al desarrollo de la Historia clínica electrónica. Las alianzas con la población se han establecido a través de los Consejos de Salud, en este momento operativos en todas las zonas básicas.

Hemos pospuesto la decisión de seguir avanzando en el modelo EFQM al primer trimestre de 2015 ya que consideramos que solo es una herramienta más de la gestión de calidad y que debemos sopesar el valor que nos va a aportar a partir de ahora y el esfuerzo que nos va a suponer. Nuestra acreditación expira en 2016.



## 2. MISION, VISION, VALORES

### Misión

La Gerencia Integrada de Atención Sanitaria de Soria del Servicio de Salud de Castilla y León (Sacyl), tiene como **misión** atender de manera global e integrada las necesidades sanitarias de la población de la provincia de Soria, contribuyendo a promover, cuidar, recuperar y mejorar su salud con carácter de universalidad, equidad, eficiencia y accesibilidad y a formar a los futuros profesionales del sistema sanitario y generar conocimiento a la sociedad a través de su labor investigadora.

### Visión

La Gerencia Integrada de Soria es una organización que, ofreciendo servicios de atención sanitaria que cubran todas las necesidades de asistencia de nuestros ciudadanos de una manera integrada, participativa, centrada en la persona y la comunidad, aspira a ser líder por la excelencia de sus profesionales y resultados, orientada a la mejora continua y reconocida por la calidad de la asistencia y su aportación científica y docente, al mismo tiempo que sostenible y perdurable en el tiempo.

### Valores

- Capital humano emprendedor. Trabajo en equipo y sentido de pertenencia.
- Integración asistencial orientada hacia el paciente y su entorno.
- Gestión clínica basada en la descentralización de la gestión a través de liderazgos compartidos y motivadores.
- Búsqueda de la excelencia a través de la mejora continua y la innovación.
- Autosuficiencia.
- Implicación en la sociedad y compromiso con el medio ambiente,
- Participación de profesionales y usuarios.
- Planificación con objetivos a medio y largo plazo.
- Sostenibilidad financiera y asistencial.



## **Principios éticos**

RESPONSABILIDAD  
RESPECTO  
INTEGRIDAD  
TRANSPARENCIA  
PROFESIONALIDAD  
TRABAJO EN EQUIPO  
CAPITAL HUMANO EMPRENDEDOR  
CONFIDENCIALIDAD  
EQUIDAD  
EFICIENCIA



## 3. METODOLOGÍA

### Estructura del Plan Estratégico

#### Análisis de situación

El análisis de situación se ha hecho siguiendo el esquema clásico de estructura, actividad y resultados, con indicadores similares a los planes estratégicos anteriores al objeto de darle una continuidad en el tiempo que permita definir tendencias.

La información de estructura se obtiene del cuadro de mandos integrado de la GIS (SIGGS) que nutre también las memorias anuales. Se considera el entorno sociodemográfico cuya información procede del Instituto Nacional de Estadística (INE), de los padrones municipales y de la base de Tarjeta Sanitaria. La elaboración de la información a partir de los datos es propia. La organización territorial y asistencial y los recursos materiales, humanos y económicos disponibles y su evolución en el tiempo, también se obtiene de SIGGIS donde se actualizan periódicamente a partir de las bases de datos de la gerencia.

La actividad analiza los procesos asistenciales más relevantes para la organización, monitorizados a través de indicadores claves incluidos en el Control de Gestión de SIGGIS. Incluye el Mapa de Procesos y los subprocesos asistenciales integrados vigentes actualmente, así como su análisis de concordancia con la práctica clínica habitual.

Los resultados se corresponden con los criterios de resultados en clientes, personas y sociedad (6, 7, 8 y 9) del modelo EFQM y muy especialmente con los resultados clave del criterio 9. Se analizan en los dos subcriterios de rendimiento y percepción. También se encuentran incluidos en SIGGIS, la mayoría de ellos, al ser claves, en Control de Gestión. De igual forma, constituyen, desde 2013, la base de las memorias anuales, centradas en resultados y áreas de mejora y no solo en estructura y actividad como se hacía antes.

Los resultados en salud se obtienen de las fuentes oficiales del INE para poder ser comparados con poblaciones de referencia y valorar su evolución en el tiempo. Los datos más recientes (enero 2015) corresponden a 2012 (mortalidad) y 2013 (morbilidad). Los ajustes de tasas se hacen con la población estándar europea.

Los resultados de percepción incluyen las encuestas de satisfacción de usuarios y profesionales, con una dilatada experiencia con el mismo modelo y elaboración y evaluación de planes de mejora desde 2010. Incorpora un nuevo indicador de Evaluación del Liderazgo (LIDGIS) puesto en marcha en 2013.

#### Priorización.

Se realiza mediante análisis DAFO donde se valora el análisis de situación, las orientaciones estratégicas y el Mapa Estratégico de la GIS y la percepción de informadores claves de todos los estamentos y unidades de la gerencia, siempre considerando la Misión y Visión de la GIS.

Antes de la definición de Líneas Estratégicas y Estrategias se incorporan las áreas de mejora propuestas en la evaluación externa de la Memoria EFQM 500+ realizada en 2014 y las de la autoevaluación previa realizada en 2013. También se incluyen los objetivos no alcanzados en el 2º Plan de Mejora de la Integración Asistencial 2013-2014 y de otros planes de mejora sectoriales (enfermería, cartera de servicios, etc.) desarrollados en estos dos últimos años.



## Definición de estrategias, objetivos y actividades.

Siendo conscientes de la falta de consenso científico existente sobre los términos de los diferentes escalones de la planificación y la confusión que este tipo de terminologías genera en los profesionales no expertos en estos temas y no habituados a las equivalencias de los mismos, se opta por mantener la terminología de los planes anteriores, primando la claridad sobre la posible obsolescencia en estos momentos de los mismos.

Consideramos, de mayor a menor amplitud y de menor a mayor concreción en tiempo, los siguientes términos, que se van incluyendo en los estratos superiores en orden inverso al que se presentan:

1. **Línea Estratégica.** Grandes áreas de planificación, sobre temas muy relevantes para la asistencia sanitaria y la gestión, que superan el marco temporal del Plan (Incluidas en la Estrategias Transversales a largo plazo) y forman parte de la Misión y Visión de la organización. Desarrollamos 8 Líneas.
2. **Estrategias.** Desarrollo de las Líneas Estratégicas en los aspectos que se consideran más importantes en el periodo de tiempo del Plan según el proceso de priorización. Entre 3 y 5 estrategias por línea.
3. **Objetivos.** Definición de lo que se pretende alcanzar con cada estrategia al finalizar el Plan.
4. **Metas.** Situación a la que se quiere llegar en el objetivo concreto desde la situación actual. Implica la definición de su horizonte temporal y los valores concretos de los indicadores con los que lo vamos a medir.
5. **Actividades.** Actuaciones concretas que se ejecutan en cada ejercicio anual para alcanzar las metas en el periodo previsto. Se incorporan a la planificación anual de la gerencia y sus unidades.
6. **Indicadores.** Instrumento de medida de las actividades y metas. Pueden ser numéricos o sencillamente de proceso, cumplimiento de la actividad.

El cronograma de actuaciones marca las actividades a realizar en cada año de vigencia del Plan.

## Evaluación.

Se establece a tres niveles:

- a) **Actividad.** Valorando los resultados de sus indicadores en el año que corresponda según el cronograma.
- b) **Anual.** Porcentaje de actividades cumplidas al finalizar cada año. Las no cumplidas serán valoradas por el grupo director para pasarlas al año siguiente o establecer Plan de Mejora específico si se prevé que existan dificultades especiales.
- c) **Final.** Al cumplirse la vigencia del Plan, porcentaje de objetivos en que se ha alcanzado la meta. El grupo director valorará la inclusión de objetivos no cumplidos en el siguiente plan estratégico.



## Elaboración del Plan Estratégico

### 1ª Fase. Estructura general y metodología de trabajo.

Se crea un Grupo Director, de 12 personas, aprovechando el grupo ya existente de elaboración y desarrollo de la Memoria EFQM.

Se opta por mantener la estructura de los planes anteriores para dar continuidad al proceso de planificación y se procede a:

- Finalizar la evaluación de los planes anteriores.
- Definir la metodología de elaboración del Plan.
- Realizar el primer análisis de situación en base a los indicadores preestablecidos en el cuadro de mandos SIGGIS y otros utilizados en los anteriores planes.
- Difundir a todos los profesionales el inicio del proceso y solicitar su colaboración.
- Elaborar las Orientaciones Estratégicas en base a la evaluación de las Estrategias Transversales y de sus planes de mejora, junto con las áreas de mejora propuestas en la autoevaluación EFQM de 2013 y en la evaluación externa que concedió el sello 500+ en 2014
- Recopilar toda la información necesaria.
- Crear el grupo de trabajo de definición de líneas y diseñar y realizar la formación de los mismos.

### 2ª Fase. Definición de Líneas y Estrategias.

Constitución de un grupo de trabajo formado por 40 profesionales de todos los niveles y áreas, representativo de la organización en este momento y cantera de liderazgo futuro y garantía de supervivencia del modelo. Recibió formación en el primer semestre de 2014 (finalizando en el mes de Julio), en los siguientes aspectos:

- Historia de la gestión de calidad de la Gerencia Integrada de Soria 1997-2014.
- Modelo Asistencial y Estrategias Transversales.
- Planificación Estratégica.
- Herramientas avanzadas de planificación.
- EFQM.

En las reuniones de trabajo se realizan las siguientes actividades:

- Valoración de la documentación de la Gerencia (Planes Estratégicos e informes de evaluación, Memorias EFQM e informes, Memorias anuales, Estrategias de la Gerencia, Planes Anuales de Gestión, etc.)
- Análisis DAFO, mediante técnica Delphi, de las principales amenazas, fortalezas, debilidades y oportunidades de la GIS para el próximo periodo 2015-2020.

Se realizó mediante cuestionarios en tres etapas:

- *Primer cuestionario:* Aportación individual del nivel de acuerdo, según escala Likert 1-5 de las debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades de la planificación de la GIS previamente determinadas y de su relevancia con la posibilidad de aportar nuevas premisas.
- *Segundo cuestionario:* Remisión a cada participante de su cuestionario previo y los resultados totales del grupo y nueva aportación, una vez conocidos los totales, del mismo cuestionario con la posibilidad de modificaciones sobre el inicial.
- *Informe final de consenso* con puntuación en escala 1-5 alcanzada en cada ítem. Solo se recogerán las premisas que hayan alcanzado el consenso con una puntuación media de 3.5.
- Definición de las 8 Líneas Estratégicas del Plan.
- Aproximación al establecimiento de Objetivos de dichas líneas, mediante consenso en reuniones de subgrupos y puesta en común de:
  - Estrategias en cada línea
  - Objetivos de cada estrategia, con meta operativa, cronograma e indicadores.
  - Puesta en común del desarrollo de las líneas y aportaciones individuales a las mismas.



### **3ª Fase. Definición de objetivos, metas y actividades de las estrategias de cada línea.**

Se estableció un grupo de trabajo de ocho personas por cada línea, formado por miembros del grupo de trabajo inicial y nuevas incorporación tras la convocatoria pública a todos los profesionales del Área. Dado su carácter multidisciplinario, se asignaron responsabilidades individuales en áreas o unidades específicas, constituyéndose en líderes de la integración y el desarrollo del nuevo modelo asistencial en las mismas.

Cada grupo, tras el análisis de toda la documentación existente, procedió a:

- Definición de Objetivos, metas operativas, indicadores, cronograma y responsables de la Estrategia.
- Presentación de sus trabajos en Grupo general de todos los participantes.

Simultáneamente, el grupo director va elaborando un primer documento con la definición de la estructura del Plan e incorporando el análisis de situación, el análisis DAFO y los informes del grupo inicial.

### **4ª Fase. Grupo de Consenso.**

Formado por el grupo director y dos miembros de cada grupo de Línea. Su función es cerrar un primer borrador del Plan. Para ello:

- Revisa las propuestas de los grupos de línea, buscando la coherencia y consistencia de todo el documento mediante una técnica de consenso primero agrupando las líneas en tres grupos y luego estudiando la totalidad.
- Analiza la alineación de las propuestas con:
  - La organización de la GIS, su Misión y Visión.
  - Las estrategias generales de la Gerencia Regional de Salud
  - El Plan de Salud de la Comunidad.
- Revisa todo el Plan e incorpora el cronograma y la metodología de evaluación, elaborando el primer borrador final.

### **5ª Fase. Discusión en toda la organización.**

Se difunde el borrador a todos los profesionales y, tras un plazo de un mes, para recibir últimas aportaciones y sugerencias, el grupo de consenso valora las mismas y eleva a definitivo un segundo borrador para su preceptiva validación.

### **6ª Fase. Remisión del Plan Estratégico de la Gerencia Integrada de Soria a la Gerencia Regional de Salud para su validación y aprobación.**

### **7ª Fase. Difusión.**

Una vez aprobado y puesto en marcha, se difunde el Plan a todos los grupos de interés de la GIS: profesionales, ciudadanos, usuarios, aliados, comunidad, etc.



## 4. ANÁLISIS DE SITUACIÓN

### A. ESTRUCTURA

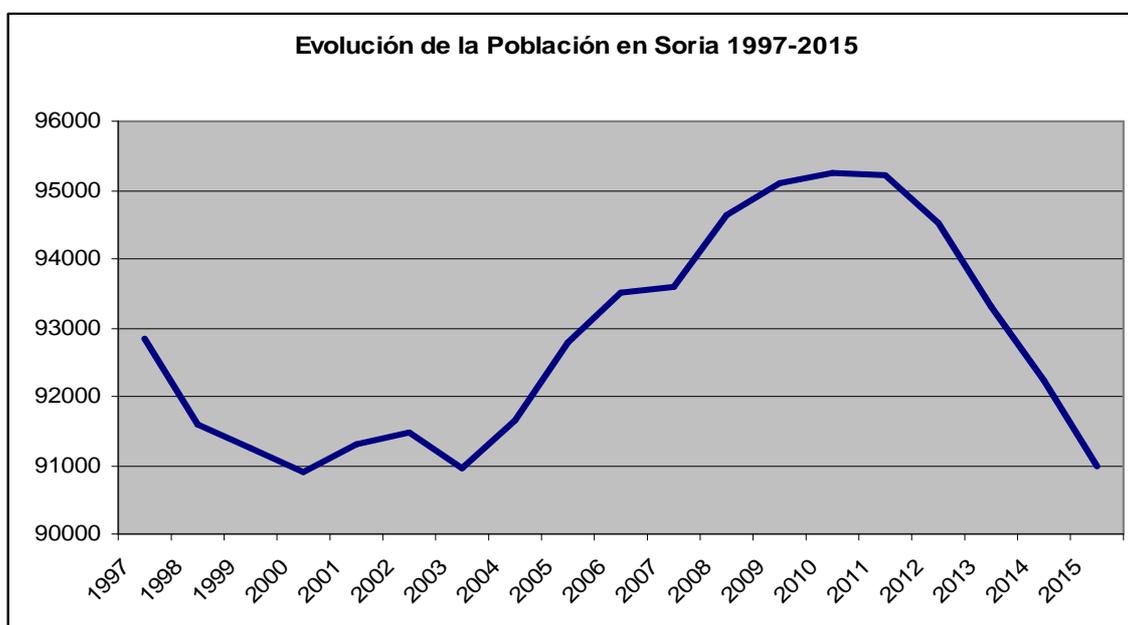
#### Entorno sociodemográfico

##### Población de Soria

La población de Soria, según el Padrón Municipal a 1 de Enero de 2015, ascendía a 90.985 personas, con una distribución de 43,0% urbana y 57,0% rural.

La provincia tiene una extensión de 10.287 km<sup>2</sup> y una densidad de población de 8,85 hab/km<sup>2</sup>, la más baja de España.

La población de Soria experimentó un crecimiento mantenido de baja intensidad durante los años 2005 a 2010, invirtiéndose esta tendencia en los últimos cinco años, hasta cifras similares a comienzo de siglo.



Fuente: INE. Elaboración propia

La población de la provincia de Soria muestra una proporción de mayores de 65 años de 25,34% sobre el total (frente al 24,13 y el 18,40 de las medias regional y española respectivamente) y una tasa de mayores de 85 años del 5,8% (frente al 2,8% en el conjunto de España y un 4,7% en Castilla y León).

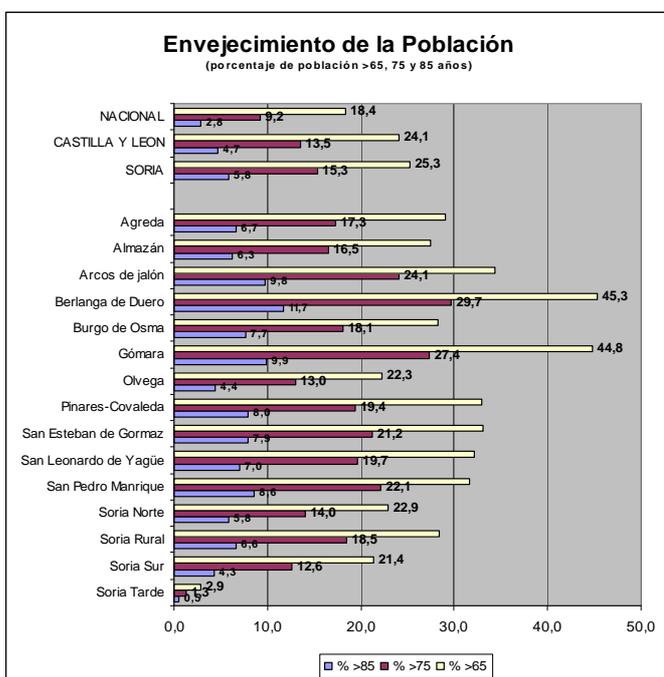
Soria es la quinta provincia a nivel nacional en porcentaje de mayores de 65 años, la cuarta con mayor porcentaje de mayores de 75 años, la tercera con mayores de 85 años y la que más porcentaje de mayores de 100 años tiene.

Por lo que respecta a la pirámide poblacional de Soria, es obvio que refleja una población bastante envejecida, de acuerdo con los parámetros demográficos actuales. En cualquier caso, no difiere en gran medida respecto a la de Castilla y León y no tanto, como pudiera creerse, con respecto a la pirámide española.

En un análisis territorial, Castilla y León es la Comunidad autónoma con mayor proporción de mayores de 65, 75, 85 y 100 años de todas las regiones españolas.

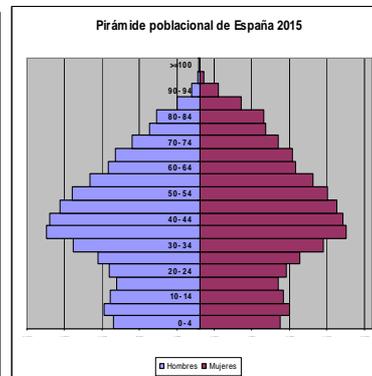
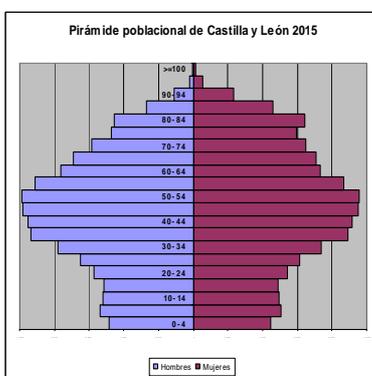
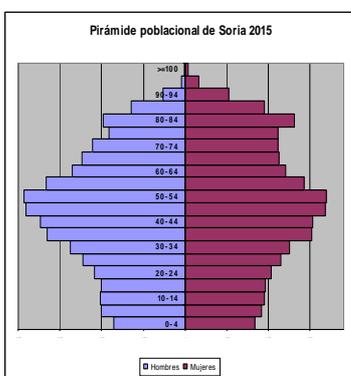


Los datos referentes a la distribución etaria de la población de la provincia de Soria, puede observarse en los datos extraídos del padrón de 2015 fecha de 1 de enero de 2015 (Fuente: [www.INE.es](http://www.INE.es))



Fuente: INE. Elaboración propia

POBLACIÓN MAYOR DE 85, 75 y 65 AÑOS (%)			
	% >85	% >75	% >65
NACIONAL	2,8	9,2	18,4
CASTILLA Y LEÓN	4,7	13,5	24,1
AREA DE SORIA	5,8	15,3	25,3
Agreda	6,7	17,3	29,1
Almazán	6,3	16,5	27,5
Arcos de Jalón	9,8	24,1	34,4
Berlanga de Duero	11,7	29,7	45,3
Burgo de Osma	7,7	18,1	28,2
Gómara	9,9	27,4	44,8
Olvega	4,4	13,0	22,3
Pinares-Covaleda	8,0	19,4	33,0
San Esteban de Gormaz	7,9	21,2	33,1
San Leonardo de Yagüe	7,0	19,7	32,2
San Pedro Manrique	8,6	22,1	31,6
Soria Norte	5,8	14,0	22,9
Soria Rural	6,6	18,5	28,4
Soria Sur	4,3	12,6	21,4
Soria Tarde	0,5	1,3	2,9



Fuente: INE. Elaboración propia

Los pacientes crónicos y pluripatológicos, definidos como G3, en su gran mayoría, se hallan en los rangos superiores de edad de la pirámide poblacional y sobre todo por encima de los 65 años. Es la parte de la población que necesita más atención y consume más recursos de nuestra área. Hay que considerar, además, que la dispersión geográfica de nuestros pacientes causa grandes problemas logísticos en la atención. En 2014 la tasa de pacientes pluripatológicos se situaba aproximadamente en el 8% entre los 65 y 75 años y ascendía al 12% entre los de 75 y 80 años, con el consiguiente sobre esfuerzo que esto exige a la atención sanitaria del área.

Para la atención de éstos pacientes se ha realizado a nivel de la Gerencia Regional de Salud un proceso de clasificación, teniendo en cuenta la situación de salud de los individuos, a través de los registros de problemas de salud, la utilización de servicios sanitarios, tanto de Atención Primaria como Hospitalaria, el consumo farmacéutico y problemas sociales concomitantes, entre otros parámetros.



Este modelo basado en la **Pirámide de Káiser Permanente**, se centra en el paciente, en dependencia de su grado de complejidad, y planifica la intervención según sean:

- Pacientes que se autogestionan con mínimo apoyo profesional.
- Paciente crónico que precisa apoyo para poder autogestionar su enfermedad.
- Pacientes de alta complejidad.

Se completa la base del modelo con la población general sobre la que se realiza promoción de estilos de vida saludables y prevención de la enfermedad.

Con esta información se ha segmentado a la población en nueve estados de salud y seis niveles de gravedad, que dan lugar a cuatro grupos con niveles de riesgo clínico y con diferentes necesidades, sanitarias y sociales, para los que se han diseñado intervenciones específicas según dicha estratificación. Son de menor a mayor: G0, G1, G2 y G3.

Según esta distribución, en el Área de Soria existen 2665 pacientes que cumplirían las condiciones G3 y a los que se debería:

- Prestar atención en el nivel de Atención Primaria siempre que sea posible.
- Evitar las estancias hospitalarias innecesarias.
- Atender optimizando el uso del personal médico.
- Prestar una atención integrada.

Para la correcta cobertura de las necesidades asistenciales de estos pacientes G3 (crónicos y pluripatológicos), se ha puesto en marcha el PROCESO DE ATENCIÓN AL PACIENTE CRÓNICO Y PLURIPATOLÓGICO y en mayo de 2014 se ha abierto en el hospital Virgen del Mirón la UNIDAD DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL, unidad de hospitalización para pacientes incluidos en el Proceso descompensados que, con una atención integral de todos los recursos necesarios, pueden compensarse y volver a su domicilio en un plazo inferior a 72 horas, evitándoles hospitalizaciones innecesarias, complicaciones y molestias, a ellos y sus familiares.

### Tarjeta Sanitaria

La población con Tarjeta Individual Sanitaria (según la base de datos central a 1 de enero de 2014) y por lo tanto con derecho a asistencia sanitaria en 2014 es de 89.945 personas.

La evolución es marcadamente descendente en los últimos años:

2011 (30-Junio)	2012 (30-Junio)	2013 (30-Junio)	2014 (1-Enero)	2014 (30-Junio)	2014 (31-Diciembre)
91.444	90.462	90.336	89.945	89.045	88.738

Fuente: Elaboración propia de la Base de Tarjeta Sanitaria de Sacyl.

Las tarjetas se distribuyen:

Tipo de Población	Número	Porcentaje
Total	88.738	100 %
Urbana	41.838	47.15 %
Rural	46.900	52.85 %

Fuente: Elaboración propia de la Base de Tarjeta Sanitaria de Sacyl.

Además, la GIS ha prestado asistencia sanitaria, a lo largo de 2014, a un total de 6366 pacientes desplazados, con tarjeta sanitaria en otras áreas de salud.



Al ser el único recurso hospitalario de la provincia y el único de atención primaria en las zonas rurales, se ha atendido a los pacientes de otros aseguramientos públicos, MUFACE, MUGEJU, ISFAS, sin cobertura sanitaria con Sacyl, mediante convenio en las zonas rurales y facturación en las urbanas de las asistencias prestadas en base al Decreto de precios públicos establecido por la Junta de Castilla y León. También debemos atender a otros pacientes sin cobertura sanitaria pública y aseguramientos privados. El número total de facturas emitidas por asistencia sanitaria (sin contar accidentes laborales, cubiertos por mutuas, y accidentes de tráfico, cubiertos por compañías de seguros) ha ascendido en 2014 a 2.045 con un montante económico de 1.258.658,3 € y un porcentaje de cobros del 103,89 %.

Siguiendo instrucciones de la Dirección General de Planificación, se ha seguido atendiendo a la población sin ningún tipo de aseguramiento por situación irregular en España.

### Organización territorial

El Área de Salud se divide en 14 Zonas Básicas de Salud, con sus correspondientes centros de salud y equipos de atención primaria, cuya cabecera coincide con el municipio principal de la comarca, donde se concentran la gran mayoría de los servicios públicos existentes.

Las ZBS del Área de Soria son: Agreda, Almazán, Arcos de Jalón, Berlanga de Duero, Burgo de Osma, Pinares-Covaleda, Gómara, Ólvega, San Esteban de Gormaz, San Leonardo de Yagüe, San Pedro Manrique, Soria Rural, Soria Norte y Soria Sur.

El Complejo Asistencial, con sus dos hospitales, se ubica en la capital. Además, a lo largo de toda la provincia se distribuyen 14 puntos de atención continuada para la asistencia de urgencias extrahospitalarias (en las cabeceras de zona y Medinaceli y Langa en el medio rural y La Milagrosa para la capital y la zona básica de Soria Rural), 344 consultorios locales y 6 unidades de apoyo.

El servicio de Transporte a la Demanda de la Consejería de Fomento de la Junta de Castilla y León, está implantado en todas las ZBS rurales excepto en Burgo de Osma, facilitando el desplazamiento de los ciudadanos a los servicios de su centro de salud.

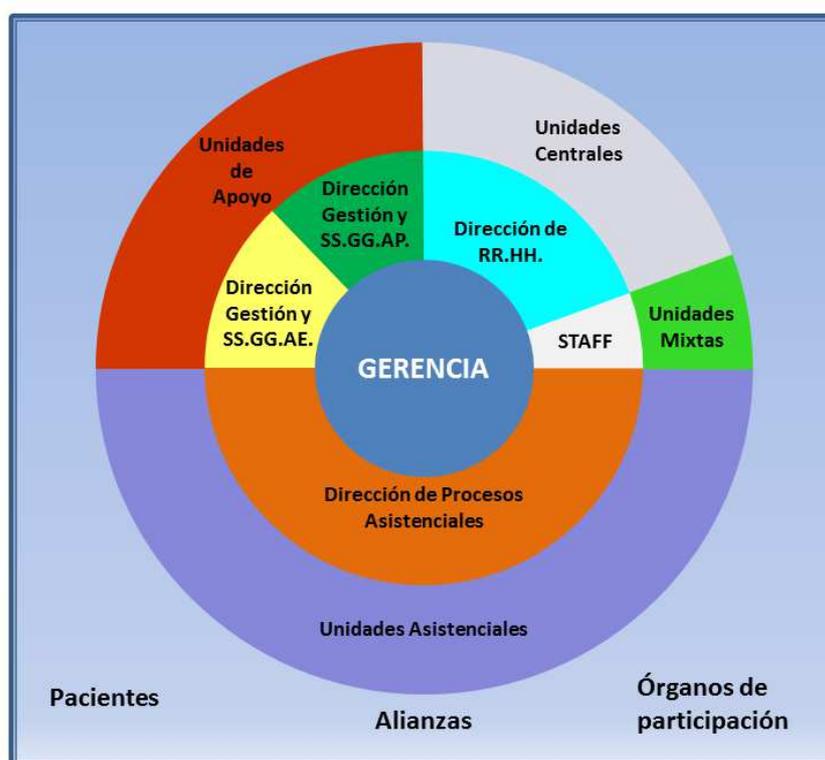




## Organización asistencial

El **Organigrama directivo** persigue la integración asistencial y organizativa, aumentar la capacidad resolutoria en AP, los rendimientos de AE y la percepción del paciente de que la atención sanitaria en Soria es un todo al servicio de sus necesidades de salud.

### Organigrama Gerencia Integrada de Soria 2015



Este organigrama integra diferentes Unidades, que se definirán a continuación. El organigrama busca una estructura donde prime el carácter de apoyo a las Unidades, nucleares en nuestra actividad, frente al posicionamiento jerárquico.

**UNIDAD:** Grupo de profesionales que ejecutan una actividad determinada dentro de las que componen la actividad de la GIS. Cada unidad tiene su responsable, al menos un pacto de actividad, y si tienen actividad asistencial, al menos un pacto de objetivos (según EFQM) en el que se define su nivel de descentralización y autonomía de gestión a través del “nivel de complejidad”.

En Atención Primaria, las unidades asistenciales se denominan “Equipos de Atención Primaria”, las de apoyo técnico a las asistenciales “unidades de apoyo” y la estructura administrativa se organiza en “unidades organizativas” que dan apoyo administrativo a las anteriores. Según esto, los EAP son las únicas unidades finales en AP, en cuanto a la cobertura de la necesidad asistencial ante el paciente.



En Atención Especializada, las unidades que atienden a los pacientes/usuarios se denominan “Servicios”, siendo estos de tres tipos:

- ASISTENCIALES, prestando directamente la asistencia al cliente.
- CENTRALES, que prestan la realización de pruebas diagnósticas para todos los Servicios y EAP.
- DE APOYO, con apoyo técnico específico a los Servicios (Ej.: neurofisiología, que no trata pacientes).

En cuanto a las unidades sin atención directa a los pacientes, tenemos.

- ORGANIZATIVAS, con apoyo administrativo al resto.
- CENTRALES, NO ASISTENCIALES, que prestan servicios específicos de mantenimiento de infraestructuras.
- DE APOYO, NO ASISTENCIALES, que prestan apoyo técnico a los servicios centrales.

Según esto, las unidades ASISTENCIALES son las únicas unidades ‘finales’ en AE.

Excepción, tanto en AP como en AE, son la docencia y la investigación, donde cualquier unidad puede ser final.

El Catálogo de Unidades que define las unidades que componen la GIS, comprende 61 unidades y recoge su estructura organizativa y directiva, los profesionales que lo componen, su tipo (asistencial/central/apoyo), su oferta de servicios y, en el caso de unidades grandes, si tienen en su seno unidades funcionales para actividades concretas.

A lo largo de 2014 se han ido dando los pasos necesarios para que alguna de las unidades accedan a ser **UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA**, de las creadas al amparo de lo dispuesto en el DECRETO 57/2014, de 4 de diciembre, (BOCyL 5 de Diciembre de 2014) por el que se regula la constitución y funcionamiento de Unidades de Gestión Clínica del Servicio de Salud de Castilla y León. Con ello se persigue acercar la toma de decisiones clínicas a los profesionales y avanzar en la Estrategia de Descentralización de la Gestión de la GIS.



## CATALOGO DE UNIDADES

### ASISTENCIALES

Servicio de Urgencias Hospitalarias  
 Unidad de Médicos/Enfermería de Área  
 Servicio de Cuidados Críticos e Intensivos  
 Unidad de Salud Mental y Psiquiatría  
 Servicio de Cirugía General y Digestivo  
 Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología  
 Servicio de Obstetricia y Ginecología  
 Unidad de Patología Mamaria  
 Unidad Cáncer Colon  
 Servicio de Otorrinolaringología  
 Servicio de Oftalmología  
 Servicio de Urología  
 Servicio de Dermatología  
 Servicio de Pediatría  
 Servicio de Medicina Interna. Modelo Clásico.  
 S. Medicina Interna/Geriatría. Nuevo modelo  
 Servicio Medicina Interna. Especialidades:

- Aparato Digestivo
- Cardiología
- Aparato Respiratorio.
- Endocrinología.
- Neurología
- Reumatología
- Nefrología y Diálisis.

EAP Agreda  
 EAP Almazán  
 EAP Arcos de Jalón  
 EAP Berlanga de Duero  
 EAP Burgo de Osma  
 EAP Gómara  
 EAP Ólvega  
 EAP Pinares-Covaleda  
 EAP San Esteban de Gormaz  
 EAP San Leonardo de Yagüe  
 EAP San Pedro Manrique  
 EAP Soria Rural  
 EAP Soria Norte  
 EAP Soria Sur  
 Unidad Asistencial de Tardes  
 Unidad de Pediatría de Área

### CENTRALES

Servicio de Anatomía Patológica  
 Servicio de Análisis Clínicos  
 Servicio de Diagnóstico por Imagen  
 Servicio de Farmacia  
 Servicio de Farmacia AP  
 Servicio de Medicina Preventiva y SP  
 Unidad de Celadores de AE  
 Unidad de Celadores de AP  
 Servicio de Admisión y Documentación Clínica  
 Servicio de Recursos Humanos  
 Servicio de Contabilidad AE  
 Unidad Gestión Económica y Contabilidad AP  
 Servicio de Mantenimiento  
 Servicio de Hostelería  
 Servicio de Suministros  
 Servicio de Control de Gestión  
 Servicio de Informática  
 Unidad Docente Multiprofesional  
 Unidad de Formación Continuada

### APOYO

Servicio de Anestesia y Reanimación  
 Servicio de Neurofisiología  
 Unidad de Trabajo Social  
 Servicio de Rehabilitación y Fisioterapia  
 Unidad de Prevención de Riesgos Laborales  
 Servicio de Gestión de Usuarios  
 Unidad de Salud Bucodental  
 Unidad de Apoyo al Equipo Directivo

### MIXTAS

Servicio de Hematología

Fuente: Elaboración propia



## Recursos humanos

Los recursos humanos de la GIS han disminuido levemente en los dos últimos años (un 1,11% en 2014 con respecto a 2013 y un 4,49% con respecto a 2012). Se ha realizado exclusivamente a través de no cobertura de jubilaciones y vacantes cuando no afecta a servicios asistenciales esenciales.

Es de resaltar el esfuerzo de eficiencia y sostenibilidad realizado, donde con una menor plantilla se han mantenido todos los servicios y prestaciones, se han creado nuevos y se ha incrementado la actividad y eliminado la concertación externa en actividades que puede realizar la GIS.

<b>TRABAJADORES 2014</b>	<b>AE</b>	<b>AP</b>	<b>TOTAL</b>
<b>Gestión y Administración</b>	100	58	158
<b>Servicios generales</b>	206	27	233
<b>Personal Sanitario</b>	797	347	1144
Facultativos	191	176	367
ATS	310	128	438
Auxiliar de Enfermería	234	15	249
Otros	62	28	90
<b>Personal en formación</b>	16	23	39
<b>TOTAL</b>	<b>1119</b>	<b>455</b>	<b>1574</b>

Fuente: Elaboración propia

<b>EVOLUCIÓN ÚLTIMO TRIENIO</b>			
<b>TRABAJADORES</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>
Atención Primaria	452	436	432
Personal en formación AP	24	24	23
Atención Especializada	1.156	1.116	1103
Personal en formación AE	16	16	16
<b>TOTAL</b>	<b>1.648</b>	<b>1.592</b>	<b>1.574</b>

Fuente: Elaboración propia



## Recursos materiales

### Estructura Física del Área

La estructura física del Área está compuesta por los Hospitales, Centros de Salud y Consultorios locales donde se atiende a la población, que son los siguientes:

HOSPITALES	
H. Santa Bárbara	H. Virgen del Mirón
CENTROS DE SALUD (14)	CONSULTORIOS LOCALES (344)
C.S. Agreda	14 consultorios
C.S. Almazán	31 consultorios
C.S. Arcos de Jalón	34 consultorios
C.S. Berlanga de Duero	32 consultorios
C.S. Burgo de Osma	34 consultorios
C.S. Gómara	22 consultorios
C.S. Olvega	10 consultorios
C.S. Pinares-Covaleda	5 consultorios
C.S. San Esteban de Gormaz	36 consultorios
C.S. San Leonardo de Yagüe	18 consultorios
C.S. San Pedro Manrique	17 consultorios
C.S. Soria Norte-CS Soria Tarde	1 consultorio
C.S. Soria Rural	89 consultorios
C.S. Soria Sur-La Milagrosa	1 consultorio

Fuente: Elaboración propia



## Instalaciones y equipamiento

GERENCIA INTEGRADA DE SORIA. Instalaciones y equipamiento	TOTAL
Camas instaladas	336
Quirófanos instalados	8
UTPR (Unidad de Trabajo de Partos y Recuperación)	4
Locales en consultas externas Hospital	51
Puestos de Hospital de día oncohematológico	20
Puestos de Hospital de día quirúrgicos	16
Arco radioquirúrgico	3
Equipo portátil de Rx	4
Densitómetro	1
Ecógrafos en Atención Especializada	14
Ecógrafos en Atención Primaria	7
Mamógrafo en Atención Especializada	1
Mamógrafo en Atención Primaria	1
Retinógrafos en Atención Primaria	4
Resonancia magnética	1
TAC helicoidal	1
Telemando Rx	3
Salas Rx en Atención Especializada	4
Salas Rx en Atención Primaria	2
Ortopantomógrafo	1

Fuente: Elaboración propia

ATENCIÓN PRIMARIA	TOTAL	OBSERVACIONES
Centros de Salud	14	
Puntos de Atención Continuada	14	La Milagrosa, Centros de Salud Rurales, Medinaceli, Langa
Consultorios Locales	344	
Unidad de Salud Bucodental	1	Salas: Soria-2, Almazán, Burgo de Osma, San Leonardo de Yagüe, Olvega
Unidad de Atención a la Mujer	15	Todos los centros de salud
Salas de Fisioterapia	8	La Milagrosa, Almazán, Burgo de Osma, San Leonardo de Yagüe, Olvega, San Esteban de Gormaz, Covalada, Arcos de Jalón
Unidad de Mamografía Fija	1	La Milagrosa
Unidad de Radiología	2	La Milagrosa, Burgo de Osma

Fuente: Elaboración propia



## Recursos económicos

La estructura de gasto de la GIS se articula en los capítulos I, II, IV y VI. Existen en este momento cuatro centros de gasto que corresponden a atención especializada, primaria, formación especializada en atención especializada y formación especializada en atención primaria. Pese a esto, la planificación presupuestaria de la GIS y el cierre de la ejecución presupuestaria se realiza de manera integrada, así como las compras de suministros, a pesar de que el programa Saturno no permite aún las compras en un solo expediente.

El presupuesto de capítulo IV, farmacia extrahospitalaria, se posiciona en la Gerencia de Salud de Área, aunque nosotros lo incluimos en nuestra estructura de gasto ya que son nuestros médicos los que lo generan y nosotros gestionamos los programas de calidad de prescripción.

### Estructura presupuestaria. 2014

CONCEPTO	A. PRIMARIA		A. ESPECIALIZADA		TOTAL AREA	
	Nº		Nº		Nº	
Capítulo 1. Gastos de Personal	455	26.092.573,03	1119	50.673.494,5	1574	76.766.067,53
Capítulo 2. Gastos en bienes corrientes y servicios		1.980.808,00		24.659.101,1		26.639.909,10
Capítulo 6. Inversiones reales		257.324,21		122.844,86		380.169,07
<b>Total Capítulos 1, 2 y 6</b>		<b>28.330.705,24</b>		<b>75.455.440,46</b>		<b>103.786.145,7</b>
Farmacia sin receta		763.488,74		336.172,15		1.099.660,89
Gasto en recetas farmacia		19.952.315,80				19.952.315,80
<b>Total Capítulo 4</b>		<b>21.051.975,69</b>				<b>21.051.975,69</b>
<b>TOTAL</b>						<b>124.838.121,38</b>

Fuente: Elaboración propia

Tras varios años, de descensos más o menos acentuados, en 2014 comenzamos a crecer y superamos con creces las partidas ejecutadas en 2012 y 2013. De todos modos, el año 2014 ha supuesto una mejora en el rendimiento y el trabajo de nuestros profesionales para garantizar la actividad y la calidad de nuestros servicios, en un escenario donde y a pesar del esfuerzo de la Junta de Castilla y León por primar presupuestariamente a la Sanidad, los recursos económicos no fueron superiores con respecto al año anterior. Este esfuerzo ha contribuido de manera clara a la sostenibilidad de nuestros servicios para la sociedad a la que atendemos.



## Ingresos. Facturación asistencia sanitaria

La capacidad de recaudación de ingresos obtenidos por la Gerencia Integrada de Soria, fundamentalmente por la prestación de servicios de asistencia sanitaria a pacientes no beneficiarios de la Seguridad Social o cuando existan terceros obligados al pago (funcionarios de MUFACE, accidentes laborales accidentes de tráfico...), se trata de una partida de bastante relevancia (supone un 1.5% del presupuesto de la Gerencia Integrada) que desde el año 2008 había mostrado un aumento sostenido en el tiempo hasta el año 2012, fruto, entre otras cuestiones, de la nueva regulación establecida a finales del año 2010. En año 2013 se comienza a invertir la tendencia y es en 2014 donde el descenso es mucho más acentuado.

La prestación de servicios a pacientes sin derecho a asistencia sanitaria no constituye un fin en sí misma. De todos modos, se dispone de una estructura que nos permite atender a estos pacientes sin apenas alteraciones en el funcionamiento de las unidades

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Facturado asistencia sanitaria GIS	1.402.581	1.545.461	1.941.871	1.896.867	2.001.518	1.935.942	1.706.604
Cobrado asistencia sanitaria GIS	1.174.990	1.456.669	1.773.530	1.830.586	1.765.303	1.767.907	1.685.970
% cobrado / facturado GIS	83,77	94,25	91,33	96,51	88,20	91,32	98,79

Fuente: Elaboración propia



## B. ACTIVIDAD

### Cartera de Servicios

#### Atención Especializada

ESPECIALIDAD	HO SP	CC. EE	H DÍA	OTRAS PRESTACIONES
Alergología	X	X		
Aparato Digestivo	X	X		CPRE (Colangio-pancreatografía retrógrada). Endoscopias digestivas. Hepatología. Screening de colon, en coordinación con AP.
Cardiología	X	X		Arritmias. Dolor torácico
Endocrinología y Nutrición		X		Dislipemias
Geriatría	X	X		Unidad de Continuidad Asistencial (en coordinación con Geriatría y AP)
Hematología y Hemoterapia	X	X	X	Coagulopatías congénitas y hemofilia. Oncohematología. Banco de sangre y transfusiones. Laboratorio
Medicina Intensiva	X	X		Implantación de marcapasos y desfibriladores.
Medicina Interna	X	X		Infecciosos. Unidad de Diagnóstico Rápido. Unidad de Continuidad Asistencial (en coordinación con Geriatría y AP)
Nefrología	X	X	X	Diálisis peritoneal, Hemodiálisis
Neumología	X	X		Pruebas respiratorias funcionales. Estudios del sueño.
Neurología	X	X		Epilepsia. Trastornos del movimiento. Código ICTUS.
Oncología Médica	X	X	X	Neoplasias. Hospital de Día
Pediatría	X	X		Alergología, Endocrinología, E. infecciosas, Gastroenterología, Nefrología, Neonatología, Neumología, y Neurología pediátrica
Psiquiatría	X	X	X	Convalecencia. Patología dual: E mental-drogodependencias, Psicología clínica. Psiquiatría infanto-juvenil. Rehabilitación psicosocial y psiquiátrica. Trastornos de la conducta alimentaria y Unidad de desintoxicación
Reumatología	X	X		
Anestesiología y Reanimación		X		
Cirugía General y Digestiva	X	X	X	Coloproctología, Unidad de mama y U. tumores colon-recto (multidisciplinar). CMA.
Dermatología Medicoquirúrgica	X	X	X	Dermatoscopia. CMA.
Obstetricia y Ginecología	X	X	X	Diagnóstico prenatal. Reproducción humana asistida. Ecografía Obstétrica y Ginecológica. Histeroscopia diagnóstica y terapéutica. CMA
Oftalmología	X	X	X	Angiografía con verde indocianina. Cirugía de retina y vítreo. Laserterapia. Tomografía óptica de coherencia (TOC). CMA
Otorrinolaringología	X	X	X	Cirugía cervicofacial. CMA
Traumatología y Cirugía Ortopédica	X	X	X	Ortopedia infantil, Artroscopia de hombro, Patología de columna y hombro. CMA.
Urología	X	X	X	Crioterapia prostática. Estudios urodinámicos. Prostatectomía endoscópica. CMA.
Análisis Clínicos		X		
Anatomía Patológica		X		
Bioquímica Clínica		X		
Medicina Nuclear		X		Densitometría ósea
Microbiología y Parasitología		X		Virología
Neurofisiología Clínica		X	X	Electroencefalogramas. Electromiogramas. Trastornos del sueño



ESPECIALIDAD	HO SP	CC. EE	H DÍA	OTRAS PRESTACIONES
Radiodiagnóstico		X		Resonancia magnética. TAC. Ecografía. Mamografía. Densitometría ósea.
Rehabilitación y Fisioterapia		X		Rehabilitación pulmonar. Terapia ocupacional
Admisión - Documentación		X		Codificación
Farmacia Hospitalaria		X		Depósito de medicamentos.
Medicina del Trabajo		X		
Medicina Preventiva y S. Pública		X		
Urgencias		X	X	Ecografía. Unidad de Corta Estancia
Cuidados Paliativos	X	X		
<b>OTRAS "PRESTACIONES"</b>				
UCAI		X		Consulta de atención inmediata
UCPP - UCA	X	X		Consulta paciente crónico pluripatológico. Unidad de Continuidad Asistencial
UCE	X			Unidad corta estancia (en Urgencias)

Hosp: Hospitalización, CCEE: Consultas externas, H Día: Hospital de Día  
Cirugía Mayor Ambulatoria (Intervenciones quirúrgicas que no precisan hospitalización)

## Atención Primaria

CARTERA DE SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA	
ACTIVIDADES PREVENTIVAS	PROCESOS
Vacunación menores de 2 años	Atención a niños y niñas con asma
Vacunaciones infantiles 6 y 14 años	Atención a las mujeres víctimas de violencia
Actividades preventivas en neonatos y lactantes	Atención a personas con Hipertensión Arterial
Actividades preventivas de 2 a 5 años	Atención a personas con Diabetes
Actividades preventivas de 6 a 14 años	Atención a personas con EPOC
Prevención de la caries infantil	Atención a personas Obesas
Actividades preventivas de 15 a 19 años	Atención a las personas con Dislipemias
Atención a la mujer embarazada	Educación a grupos de personas diabéticas
Educación a grupos de madres y padres	Atención Domiciliaria a personas Inmovilizadas
Visita en el primer mes postparto	Cuidados Paliativos
Diagnóstico precoz de cáncer de cérvix	Atención a personas bebedoras de riesgo
Diagnóstico precoz de cáncer de mama	Atención a personas ancianas de riesgo
Atención a la mujer en el climaterio	Atención a personas cuidadoras
Cribado de violencia de género	Educación a grupos de personas cuidadoras
Vacunación triple vírica	Atención a personas fumadoras
Vacunación de la hepatitis B a grupos de riesgo	Atención a personas con demencia
Actividades preventivas de 20 a 75 años	Tratamientos fisioterapéuticos básicos
Actividades preventivas en mayores de 75 años	Cirugía menor
Vacunación antigripal	
Vacunación antineumocócica	

Fuente: Elaboración propia



## Mapa de procesos

La gestión por procesos forma parte de las estrategias de mejora continua calidad de las actuaciones y prestaciones de servicios en nuestra Área de Salud, según recogieron los anteriores planes estratégicos que finalizaron en 2013. Responde igualmente a los principios que inspiran la Misión y la Visión de nuestra organización, así como los que rigen el Sistema de Salud de Castilla y León (SACyL) y el Sistema Nacional de Salud. En virtud del desarrollo de esta estrategia, se inicia formalmente en el área en 2011, coincidiendo con las acreditaciones EFQM de ese año.

La gestión por procesos cumplirá nuestro objetivo de orientar toda la actividad hacia los usuarios, concentrando nuestros esfuerzos en aportar valor a la atención de las necesidades y problemas de salud de la población a la que atendemos en detrimento de aquellas otras actividades que, aportando poco o nada, consumen buena parte de nuestros recursos y del trabajo de nuestros profesionales. Contribuye también a disminuir la variabilidad clínica, permitiendo aquella que se debe a las circunstancias individuales de los usuarios. Por último, permite integrar la gestión de riesgos, mediante la determinación de puntos críticos y la incorporación de buenas prácticas, no solo en la actividad asistencial, sino también en la cultura general de la organización.

El objetivo final de conseguir el máximo valor añadido a cada proceso con una gestión lo más eficiente posible de los recursos humanos y materiales utilizados en el mismo, será posible con una gestión horizontal donde sean los propios profesionales implicados los responsables de la mejoría incremental continua de cada proceso.

### Concepto de Proceso

La definición clara de lo que es un proceso es el punto de partida imprescindible para su desarrollo y gestión. Es aspecto controvertido y con diversas interpretaciones en las distintas organizaciones que los usan.

Desde un punto de vista práctico y sin renunciar a las formulaciones técnicas de “proceso” para nosotros un proceso será:

*“Conjunto de actividad que con carácter sistemático realizan los profesionales de la Gerencia Integrada de Soria con un propósito claro de mejorar o mantener aspectos generales o concretos del nivel de salud de la población a la que atienden o de la gestión y organización de la propia gerencia y sus unidades”.*

La formulación del conjunto de procesos que constituyen nuestra actividad constituirá el Mapa de Procesos de la GIS de Soria, sobre el que se articularán las medidas y herramientas de mejora que constituirán la propia gestión por procesos del Área.

El Mapa de Procesos del Área tiene vocación inicial de exhaustividad, abarcando todas las actividades posibles, pero es un documento abierto que permite en cualquier momento la incorporación de nuevos procesos o eliminación de los existentes según los profesionales lo determinen. Así mismo, debe permitir la elaboración de subprocesos si alguna actividad de las recogidas en el proceso requiere una mayor pormenorización.

No incluye como proceso actividades y decisiones clínicas que deben estar sometidas a la evidencia científica y a la libertad individual en base a la formación y experiencia de los profesionales, y que junto con la gestión por procesos constituirán la verdadera gestión clínica descentralizada, objetivo primordial en la estrategia y visión de nuestra Gerencia. No obstante, algunas actividades incluidas en protocolos o vías clínicas pueden ser incorporadas a un proceso concreto o, si así se determina por los profesionales, constituirse como proceso o subproceso específico.

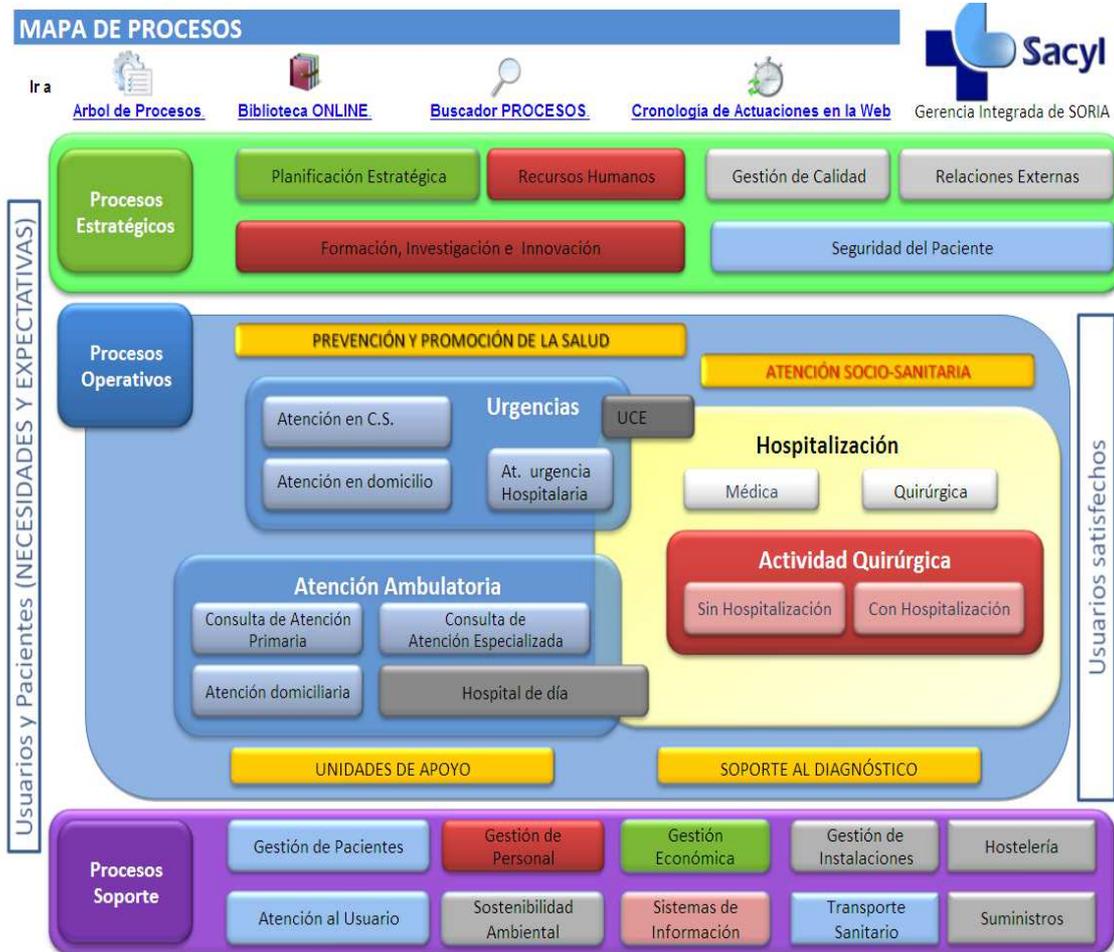


Todo proceso debe reunir los siguientes requisitos previos:

1. Disponer de un propietario del proceso, un flujo de actividades y una determinación de entradas o salidas.
2. Posibilitar la mejora incremental continua determinando los tiempos y recursos humanos consumidos en cada actividad y el valor añadido de cada uno de ellos, de tal manera que cualquier profesional implicado pueda hacer propuestas concretas para mejorar el cociente valor añadido/tiempo y recursos empleados en cualquier actividad del proceso.
3. Estar dotado de carácter dinámico para ser una verdadera herramienta para la actividad y la gestión clínica diaria de los profesionales
4. Responder a las actividades asistenciales: Procesos operativos, o a actividades de apoyo: Procesos de soporte.

Incluiremos Procesos estructurales aunque a través de la Planificación Estratégica de la Gerencia y de su previsión en gestión de calidad, el Área canalizaría el desarrollo estructural adecuado.

### Mapa de Procesos



Fuente: Elaboración propia



## Subprocesos asistenciales integrados

Son básicos en la estrategia de integración asistencial de la gerencia. Están incorporados a su proceso operativo asistencial correspondiente y responden a las necesidades de salud más relevantes o prevalentes.

La elaboración de los procesos está sistematizada y recogida en el proceso: “Gestión de procesos: Elaboración” dentro de los procesos estratégicos “Gestión de Calidad”.

El diseño de los subprocesos asistenciales, se realiza en las siguientes fases:

- Priorización de los subprocesos a elaborar.
- Creación del grupo de trabajo, con la participación de una representación de todos los profesionales implicados en el mismo
- Elaboración del subproceso, teniendo como base las guías clínicas existentes a nivel de Comunidad Autónoma o externas (nacionales o internacionales) adaptándolas a las circunstancias del Área de Soria.

Los subprocesos asistenciales integrados afectan tanto a la asistencia en Atención Primaria como en Especializada, para garantizar la continuidad asistencial a la población.

Cada subproceso consta de cuatro partes:

- **Ficha del subproceso:** con los datos generales, título, propietario, misión u objetivo del mismo, aporte de valor, recursos, etc. Asimismo, se incluye en la ficha las entradas y salidas, con los límites inicial y final e indicadores y controles de calidad.
- **Flujograma:** que es la representación gráfica del subproceso
- **Documentación:** donde se incluye toda la documentación utilizada para la elaboración del subproceso por el grupo (guías clínicas, etc.)
- **Actividades:** es la secuencia de actividades a realizar en el subproceso, con los responsables dichas actividades y los controles a realizar.

Para el control de los subprocesos elaborados se realizan las siguientes actuaciones:

- Control inicial y periódico de la adecuación y adherencia al subproceso, sobre todo al inicio de su implantación, realizado mediante un muestreo de las interconsultas solicitadas por parte de los profesionales.
- Específicamente se realizan análisis de las interconsultas en subprocesos concretos.
- Áreas de mejora: se trasmite la información de los resultados de los controles a los profesionales mediante comunicación al Equipo de AP, Especialistas del Complejo Hospitalario implicados y al Consejo de Gestión, así como las mejoras a realizar en cuanto a la adecuación al subproceso.

A lo largo de los dos últimos años, tras unificarse los Mapas de Procesos de Atención Primaria y Atención Especializada, y crear un único Mapa Integrado de Área, parte de la labor realizada ha sido la adaptación e integración de los procesos existentes (existe subproceso de: “Gestión de procesos: integración” y “Gestión de procesos: modificación”)



Actualmente existen 24 subprocesos asistenciales incluidos en el Mapa de procesos del Area:

- Insuficiencia cardíaca: Continuidad asistencial en paciente
- Fibrilación Auricular: Continuidad asistencial en paciente
- Acné: Atención al Paciente
- Manejo de úlceras y heridas crónicas
- Cáncer Colorrectal: Detección precoz
- Dispepsia: Atención al Paciente
- Educación nutricional
- Obesidad: Continuidad asistencial en paciente
- Hipercolesterolemia : Seguimiento de pacientes
- Hipotiroidismo: Estudio y Tratamiento en Atención Primaria
- Disfunción Tiroidea en la Gestación: Estudio y Tratamiento
- Accidente Cerebrovascular agudo
- Cefaleas: Continuidad Asistencial
- Glaucoma: Continuidad asistencial en paciente
- Cuidados paliativos en Atención Primaria
- Cuidados paliativos: Control del Dolor en Paciente
- Fisioterapia: Hombro Doloroso
- Lumbalgia: Atención al Paciente
- Esguince de tobillo: Atención al Paciente en A.P.
- Hiperplasia Benigna de Próstata: Manejo del paciente en AP
- Planes de Cuidados en Cartera de Servicios
- Cuidados al alta: Continuidad en pacientes hospitalizados
- Cuidados al alta: Continuidad en pacientes intervenidos por CMA
- Paciente Crónico y Pluripatológico – UCA

### **Seguridad del paciente. Proyecto Sisnot.**

Uno de los procesos estratégicos dentro del Mapa de procesos es la Seguridad del paciente, para la puesta en marcha de sistemas de gestión de riesgos como el Proyecto “Sisnot”.

Es un sistema de notificación de incidentes sin daño para gestión de riesgos en pacientes

El objetivo del sistema es analizar los incidentes relacionados con la seguridad que se producen en la práctica diaria para detectar los factores que están contribuyendo a su aparición y poner en marcha medidas que eviten su repetición.

Sisnot, es un sistema voluntario, anónimo (no recoge ningún dato que permita identificar al paciente o al profesional implicado), que permite registrar cualquier tipo de incidente (medicación, caídas, pruebas, problemas de identificación,...) y que puede ser utilizado por todos los profesionales

Del análisis de las notificaciones surgen medidas de mejora que, pueden hacerse extensivas a otros centros o gerencias incorporándose como buenas prácticas de actuación en la seguridad del paciente.



## Consultas

	2011	2012	2013	2014
<b>ATENCIÓN PRIMARIA</b>				
Medicina de familia	846.587	804.907	836.588	843.883
Pediatría	55.306	56.769	50.324	53.732
Enfermería	468.675	432.475	415.445	393.954
Salud bucodental	11.134	11.785	11.494	11.379
Fisioterapia	48.441	48.175	45.167	52.470
Matronas	10.534	12.195	12.212	12.402
Trabajadores Sociales	7.749	7.733	8.558	8.758
<b>Total Atención Primaria</b>	<b>1.448.426</b>	<b>1.374.039</b>	<b>1.379.788</b>	<b>1.376.578</b>
<b>ATENCIÓN ESPECIALIZADA</b>				
Primeras Consultas	48.012	47.500	47.753	47.434
Alta resolución	8.014	8.712	7.624	8.331
Consultas sucesivas	89.944	94.088	96.106	95.890
<b>Total Atención Especializada</b>	<b>145.970</b>	<b>141.588</b>	<b>143.859</b>	<b>143.324</b>
<b>TOTAL CONSULTAS</b>	<b>1.586.382</b>	<b>1.515.627</b>	<b>1.523.647</b>	<b>1.519.902</b>

Fuente: Elaboración propia

## Demoras consultas externas.

	2011	2012	2013	2014
Nº Pacientes Total	5.574	3.796	4.622	5.602
Nº Pacientes con demora estructural	2.214	2.445	1.930	2.398
Entradas en listas de espera	53.859	49.321	50.097	49.494
Media de días de espera	37	38	31	40
Derivaciones de Atención Primaria	34.065	33.780	32.286	32.840

Fuente: Elaboración propia

## Espera para consulta en Atención Primaria (Consultas urbanas)

	2011	2012	2013	2014
Índice de oferta de citas ( $I = (A+B + (C*3) + (D*4)) / 100$ )	1,30	1,32	1,28	1,22

Fuente: Elaboración propia

- A. % citas ofrecidas para el mismo día
- B. % citas ofrecidas para el día siguiente
- C. % citas ofrecidas para dos días después
- D. % citas ofrecidas para más de dos días



## Urgencias

	2011	2012	2013	2014
<b>HOSPITALARIAS</b>				
Ingresadas	5.925	5.881	5.817	5.839
No ingresadas	22.230	21.858	22.295	23.266
<b>Total Hospitalarias</b>	<b>28.155</b>	<b>27.739</b>	<b>28.112</b>	<b>29.105</b>
<b>EXTRAHOSPITALARIAS</b>				
Urbanas		30.305	22.625	27.414
Rurales		47.495	45.081	44.829
<b>Total extrahospitalarias</b>	<b>78.702</b>	<b>77.800</b>	<b>67.706</b>	<b>72.243</b>
<b>TOTAL URGENCIAS</b>	<b>106.857</b>	<b>105.539</b>	<b>95.818</b>	<b>101.348</b>

Fuente: Elaboración propia

## Pruebas diagnósticas

	2011	2012	2013	2014
<b>T.A.C.</b>				
Exploraciones	7.793	8.524	8.267	8.341
Pacientes en lista de espera	388	589	656	687
<b>ECOGRAFÍA</b>				
Exploraciones	9.725	10.048	10.313	10.776
Pacientes en lista de espera	758	1.263	1.061	979
<b>RESONANCIA MAGNETICA</b>				
Exploraciones	2.016	3.156	4.259	4.304
Pacientes en lista de espera	24	84	218	92
<b>MAMOGRAFÍAS DIAGNÓSTICAS</b>				
Exploraciones	295	217	324	322
Pacientes en lista de espera	0	52	75	51
<b>MEDIA DE DÍAS DE ESPERA PARA PRUEBAS RADIOLÓGICAS</b>	<b>21,83</b>	<b>37,05</b>	<b>31,96</b>	<b>20,67</b>

Fuente: Elaboración propia

## Hospitalización

	2011	2012	2013	2014
<b>Nº de altas</b>	9.001	8.956	8.880	<b>8.900</b>
<b>Nº de estancias</b>	79.204	79.528	76.441	<b>77.347</b>
<b>Estancia media (días)</b>	8,80	8,88	8,61	<b>8,71</b>
<b>Peso Medio</b>	1,591	1,6381	1,6844	<b>1,7413</b>
<b>IEMA</b> (Índice estancia media ajustado)	1,0594	1,0488	1,0318	<b>1,0512</b>

Fuente: Elaboración propia



## Actividad quirúrgica

	2011	2012	2013	2014
Intervenciones programadas	5.150	5.483	5.702	5.693
Intervenciones urgentes	701	982	825	791
Intervenciones concertadas	282	25	0	0
<b>Total de intervenciones</b>	<b>6.133</b>	<b>6.490</b>	<b>6.527</b>	<b>6.484</b>
% intervenciones ambulatorias (CMA)	58,27	59,11	61,75	61,97
Número de quirófanos	1.283	1.268	1.261	1.245

Fuente: Elaboración propia

## Lista de espera quirúrgica (LEQ) a 31 diciembre

	2011	2012	2013	2014
Pacientes en LEQ en Soria	587	593	582	730
Pacientes en LEQ en Castilla y León	19.013	36.842	28.306	28.708
Pacientes en LEQ/1.000 hab. en Soria	6.21	6.27	6.42	9.56
Pacientes en LEQ/1.000 hab. en Castilla y León	7.55	14.62	11.66	11.50
Demora media en días en Soria	38	44	43	40
Demora media en días en Castilla y León	52	97	84	79

Fuente: Elaboración propia

## Lista de espera según prioridad

	2013	2014
<b>Pacientes P 1. Demora &gt;30 días. Soria</b>	0	0
Demora media en días P1. Soria	10	10
Demora media en días P1. CyL	25	14
<b>Pacientes P 2. Demora &gt;90 días. Soria</b>	0	0
Demora media en días P2. Soria	21	27
Demora media en días P2. CyL	67	51
<b>Pacientes P 3. Demora &gt;180 días. Soria</b>	0	0
Demora media en días P3. Soria	44	41
Demora media en días P3. CyL	88	84

Fuente: Elaboración propia

P1: Prioridad 1, pacientes cuya patología aconseja la intervención antes de 30 días.

P2: Prioridad 2, pacientes cuya patología aconseja la intervención antes de 90 días.

P3: Prioridad 3, pacientes cuya patología no precisa tiempo máximo de espera.



## Actividad comunitaria

### Participación comunitaria

La participación comunitaria se realiza a través de los Consejos de Salud de las Zonas Básicas, siendo el número de ellos el siguiente:

CONSEJOS DE SALUD ZBS. NÚMERO DE REUNIONES				
ZONA BÁSICA DE SALUD	2011	2012	2013	2014
Agreda	1	3	3	3
Almazán	0	0	0	0
Arcos de Jalón	1	2	0	1
Berlanga de Duero	2	1	1	3
Burgo de Osma	3	3	3	3
Covaleda	0	2	3	0
Gómara	3	3	3	3
Olvega	0	3	1	0
San Esteban de Gormaz	3	3	3	3
San Leonardo de Yagüe	3	3	2	2
San Pedro Manrique	3	3	3	3
Soria Norte	3	3	3	3
Soria Sur	3	3	3	3
Soria Rural	2	2	1	0
<b>Total</b>	<b>27</b>	<b>34</b>	<b>29</b>	<b>27</b>

Fuente: Elaboración propia

### Alianzas con asociaciones

Para mejorar en el cumplimiento de su Misión y Visión la GIS identifica las oportunidades para establecer alianzas con otras organizaciones, del sector sanitario o no, y con la comunidad a partir de sus necesidades estratégicas, de los apoyos para su despliegue y ejecución y de la búsqueda de un ejercicio eficiente de sus procesos, o bien a partir de ofrecimientos externos surgidos de contactos institucionales, públicos o privados.

La metodología empleada en el establecimiento de relaciones se define según el partner y las necesidades:

- **Alianzas:** relaciones entre la GIS y partners, duraderas, creando y compartiendo valor añadido, en apoyo a sus objetivos estratégicos.
  - *Propias de la GIS:* (Gerencia de emergencias sanitarias, Asociaciones de pacientes (Alzheimer y otras demencias, Parkinson, ALCER, Asociación española contra el Cáncer), etc.)
  - *Proveedores:* (ICICOR, IESCYL para formación, etc.)
  - *Establecidas por GRS:* Aliados de coordinación socio-sanitaria, aliados que forman parte del consejo de salud, aliados para la atención a víctimas de violencia de género, colegio de farmacéuticos, etc.
  - *Otras:* Universidad de Valladolid (Escuela de Enfermería y Fisioterapia), Ministerio de Educación para formación profesional, comunidades limítrofes para asistencia a pacientes, etc.
- **Acuerdos puntuales:** relaciones de la GIS con otras organizaciones para conseguir un fin común mediante actividades conjuntas realizados en base a una alianza circunstancial para la ejecución de una actividad específica
  - *Estratégicos.* Apoyan nuestros objetivos de docencia, investigación o crecimiento (industria farmacéutica (docencia, pilotaje de innovaciones), entidades locales, medios de comunicación, etc.)
  - *Operativos.* Permiten desarrollar eficaz y eficientemente nuestra actividad asistencial



La Tabla de Aliados y Partners alcanza en este momento a 45 organizaciones de las que 11 son de pacientes, con 5 estrategias definidas compartidas. Las alianzas estratégicas se establecen bajo criterios de beneficio mutuo, generando valores sinérgicos positivos mediante convenios de colaboración o acuerdos para mejorar y ampliar los servicios prestados a la población de referencia, optimizando recursos y evitando duplicidades.

Con asociaciones y organizaciones, hemos establecido alianzas, entre otras, con:

- Fundación “Burgos por la Investigación de la Salud” para la cobertura técnica y de su comité ético de nuestros proyectos de investigación.
- Universidad de Valladolid, para desarrollar conjuntamente los contenidos docentes de las prácticas en nuestros centros de los grados de enfermería y fisioterapia.
- Asociación de familiares de Enfermos de Alzheimer: implantación de la tarjeta “Te cuido”, servicio de prediagnóstico en la asociación, proyecto conjunto de investigación, centros de día, actividades formativas, etc.
- Asociación de Parkinson: colaboración en la educación sanitaria y rehabilitación, Centros de Día de la Asociación, coordinación en fisioterapia, recursos sociales, cuidadores y tarjeta “Te cuido”.
- Asociación Española Contra el Cáncer: colaboración en procesos de cuidados paliativos, apoyo de psicooncóloga de la asociación, voluntariado y Programa Primer Impacto.
- Colaboraciones con la Asociación de Enfermos Celíacos, Asociación de Enfermos Renales, Asociación de Laringectomizados, Asociación de Autismo y Asociación de Donantes de Sangre.
- Dirección Provincial de Tráfico, para el desarrollo de campañas de educación vial para embarazadas.

Así mismo hemos desarrollado alianzas con diversas empresas ligadas al desarrollo tecnológico e informático de la GIS y muy especialmente al desarrollo de la Historia Clínica Electrónica.

### **Coordinación sociosanitaria**

La coordinación sociosanitaria se establece a través de los equipos de coordinación de base en cada zona básica de salud y a nivel provincial con la comisión de Coordinación Sociosanitaria donde participan todas las administraciones implicadas de la provincia.

La Gerencia Integrada participa en la Comisión Sociosanitaria de Área y los Equipos de Coordinación de Base están constituidos en las 14 zonas básicas de salud. En ellos, participan profesionales sanitarios y trabajadores sociales tanto de la GIS como de los correspondientes Centros de Acción Social (CEAS). Durante 2014 se han producido un total de 16 reuniones.

Desde nuestro Servicio de Farmacia Hospitalaria, suministramos medicamentos y controlamos botiquines en la Residencia Los Royales y en el CAMP Ángel de la Guarda de Soria. Igualmente suministramos material de cura, apósitos y otros efectos sanitarios al resto de residencias de la provincia.



## Actividad docente e investigación

### ➤ Formación Pregrado

Existen convenios de colaboración para la formación en los Grados de Enfermería y Fisioterapia de la Universidad de Valladolid, con 1 profesor vinculado y 28 asociados, así como profesores colaboradores en todas las unidades donde realizan prácticas los alumnos (Hospitales Santa Bárbara y Virgen del Mirón y en centros de salud de Soria Norte y Soria Sur).

### ➤ Formación Profesional

Nuestra Gerencia Integrada ha participado en 2014 en la formación práctica de los alumnos de los ciclos formativos de los centros dependientes de la Consejería de Educación en Soria: Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (21 alumnos), Técnico de Radiodiagnóstico (2 alumnos), Técnico en Farmacia y Parafarmacia (1 alumno), Técnico Grado Medio Gestión Administrativa (2 alumnos), Técnico de Laboratorio de Anatomía Patológica (2 alumnos), Técnico de Mantenimiento (1 alumno) y Técnico en Comunicación (1 alumno).

### ➤ Formación Especializada

Para la formación de los residentes en la GIS, se encuentran acreditadas las Unidades Docentes de Urología, Medicina Intensiva, Medicina Interna y Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria.

Existe un Convenio con la Unidad Docente Multiprofesional de Salud Laboral de CyL para formación de residentes de Medicina del Trabajo

Se encuentran acreditados el Complejo Asistencial de Soria, los Centros de Salud "Soria Norte", "Soria Sur", "Almazán", "Burgo de Osma" y "San Esteban de Gormaz". También está acreditado, como centro colaborador, la Gerencia de Emergencias Sanitarias de Castilla y León.

Colaboran en la formación, 35 tutores de especialidades médicas y 6 tutores de enfermería, así como más de 200 colaboradores docentes en todas las estancias formativas que forman parte del itinerario formativo de los residentes.

Desde la acreditación inicial (1984), han finalizado su formación un total de 175 Médicos Internos Residentes y 2 Enfermeros Internos Residentes.

En formación hay actualmente en alguno de nuestros centros: 35 Médicos Internos Residentes y 4 Enfermeras Internas Residentes.

### ➤ Formación Continuada

La formación continuada se articula a través de los correspondientes Planes Anuales de formación de la GIS, aprobados y financiados por la Gerencia Regional de Salud. Está dirigida desde el área de recursos humanos del organigrama de la GIS y cuenta con una Comisión Integrada de Formación Continuada.

En el último ejercicio (2014) se han realizado un total de 161 actividades de formación continuada en nuestros centros. La actividad, a pesar de la crisis, ha superado el nivel del pasado año.

La inversión total ha ascendido a 39.808,48 €, habiéndose impartido 126 horas de formación a distancia y 676 presenciales, con la participación de 1.955 profesionales.



➤ **Investigación**

Durante 2014, se han presentado 30 comunicaciones a congresos, jornadas y simposios de gestión clínica y calidad: 19 comunicaciones de facultativos, 10 de enfermería y 1 de personal de gestión.

Además, se han realizado 3 publicaciones a nivel internacional y 7 a nivel nacional y se han desarrollado o continuado 21 Proyectos de Investigación.

Existe una unidad de investigación con un responsable encargado de aprobar los proyectos a realizar en el área y apoyar metodológicamente los mismos. Anualmente concede los Premios de investigación de la GIS a los mejores proyectos, comunicación y publicación.



## C. RESULTADOS

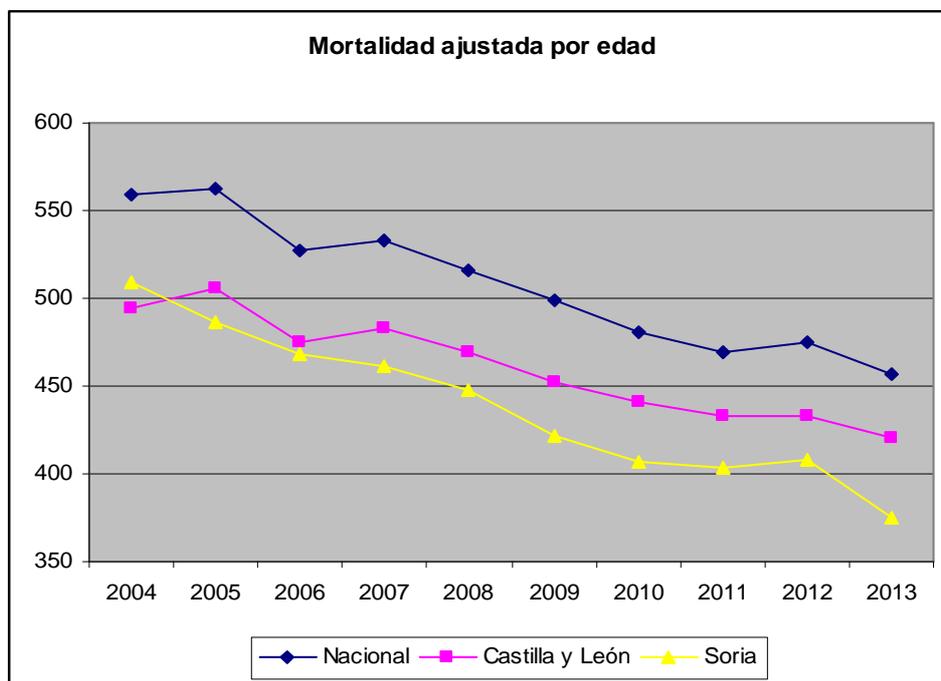
### Resultados en salud

Los datos de mortalidad y morbilidad (entendida como altas hospitalarias) son los referidos a 2013, los últimos publicados por el Instituto Nacional de Estadística (INE).

Estos datos de morbilidad y mortalidad son ajustados a la población estándar europea.

#### MORTALIDAD GLOBAL

#### Mortalidad ajustada por edad a la población estándar europea



Mortalidad ajustada por edad a la población estándar europea por 100.000Hab.

Fuente: I.N.E. Elaboración propia

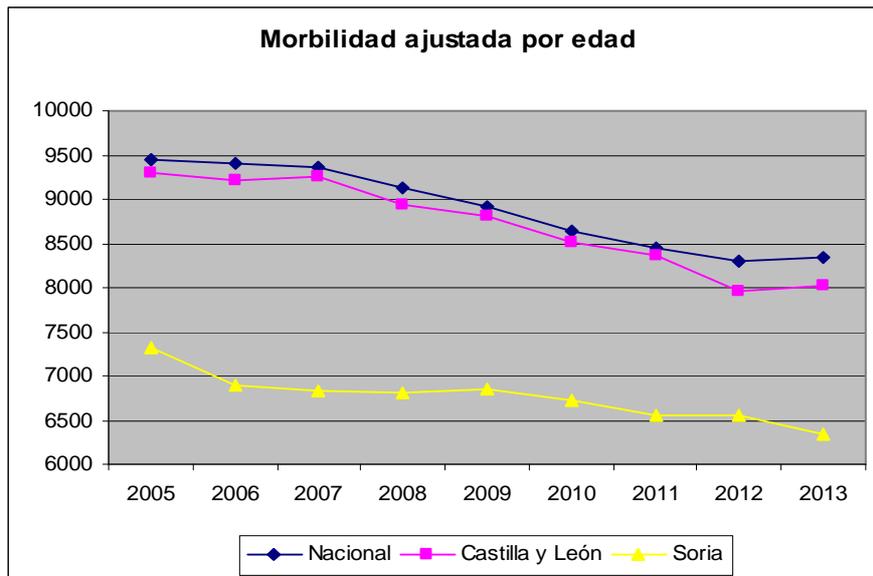
La mortalidad global ajustada por edad es el indicador más fiable del nivel de salud de una población. Si consideramos que España tiene uno de los mejores indicadores del mundo, la situación general de Soria es altamente satisfactoria. La mortalidad ajustada en la población soriana es inferior claramente a la de Castilla y León y a la nacional, siguiendo una tendencia decreciente a lo largo de estos años.



## MORBILIDAD GLOBAL

### Morbilidad ajustada por edad a la población estándar europea

La morbilidad (entendida como altas hospitalarias), es inferior en el Area de Soria que en Castilla y León y a nivel Nacional.



Morbilidad (altas hospitalarias) ajustada por edad a la población estándar europea por 100.000Hab.  
**Fuente:** I.N.E. Elaboración propia

La morbilidad general sigue con la misma tendencia decreciente, a pesar del mayor envejecimiento de la población del Area.

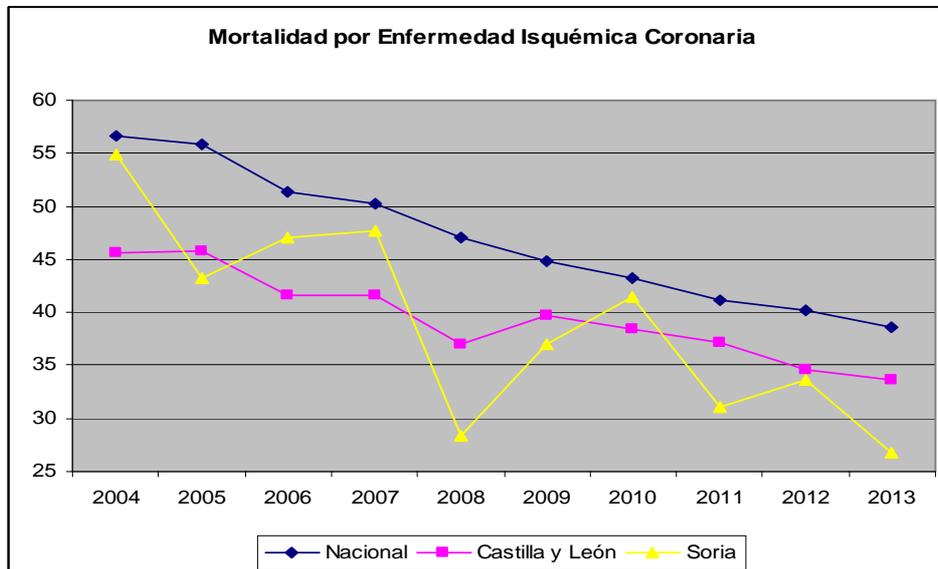
Las cifras nacionales y de Castilla y León son similares, estando nuestra Area en niveles bastante inferiores.



## MORBILIDAD Y MORTALIDAD ESPECÍFICA POR CAUSAS

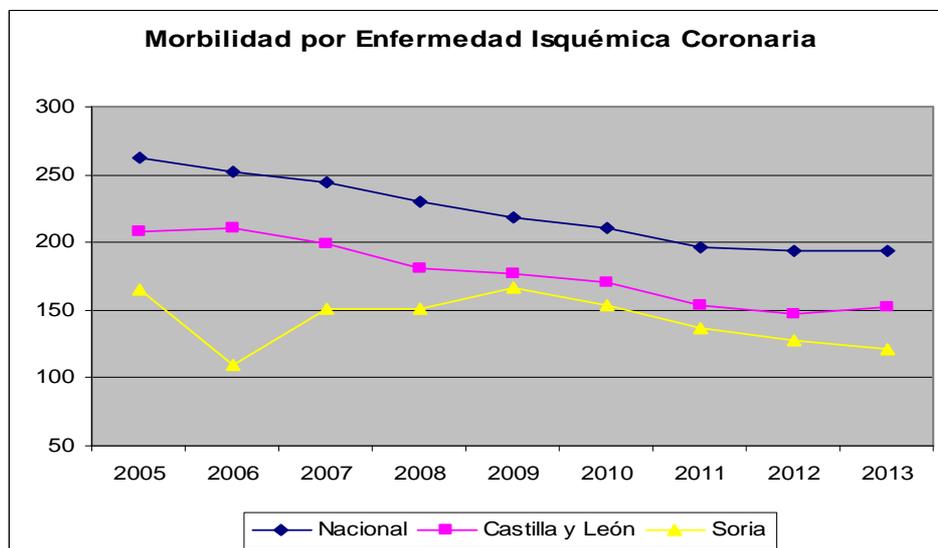
### CARDIOVASCULARES: Infarto Agudo de Miocardio y otras isquemias coronarias

- ✓ **Mortalidad ajustada por edad a la población estándar europea por Enfermedad Isquémica Coronaria**



Mortalidad ajustada por edad a la población estándar europea por 100.000Hab.  
Fuente: I.N.E. Elaboración propia

- ✓ **Morbilidad ajustada por edad a la población estándar europea por Enfermedad Isquémica Coronaria**



\*Morbilidad (altas hospitalarias) ajustada por edad a la población estándar europea por 100.000Hab.  
Fuente: I.N.E. Elaboración propia

La mortalidad y la morbilidad por infarto agudo de miocardio y enfermedades isquémicas del corazón sigue su tendencia a la baja en 2013.

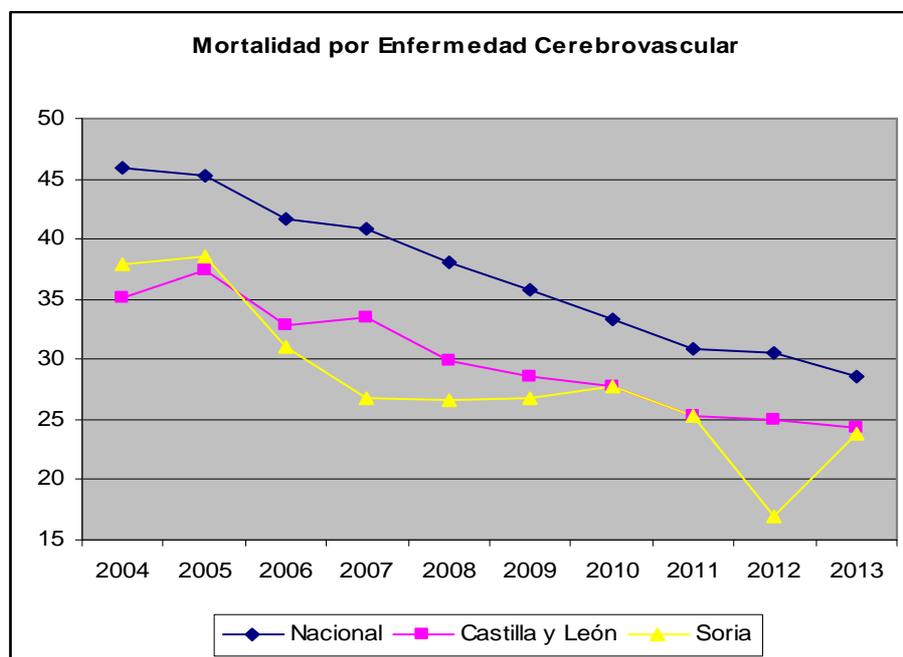
Aunque en 2012 aumentó ligeramente la mortalidad, a lo largo de los últimos diez años, la tendencia es claramente decreciente, similar a las cifras de Castilla y León, e inferior a las nacionales.

La incidencia de casos nuevos, también sigue disminuyendo, probablemente debido al mayor control de factores de riesgo y los hábitos de vida.



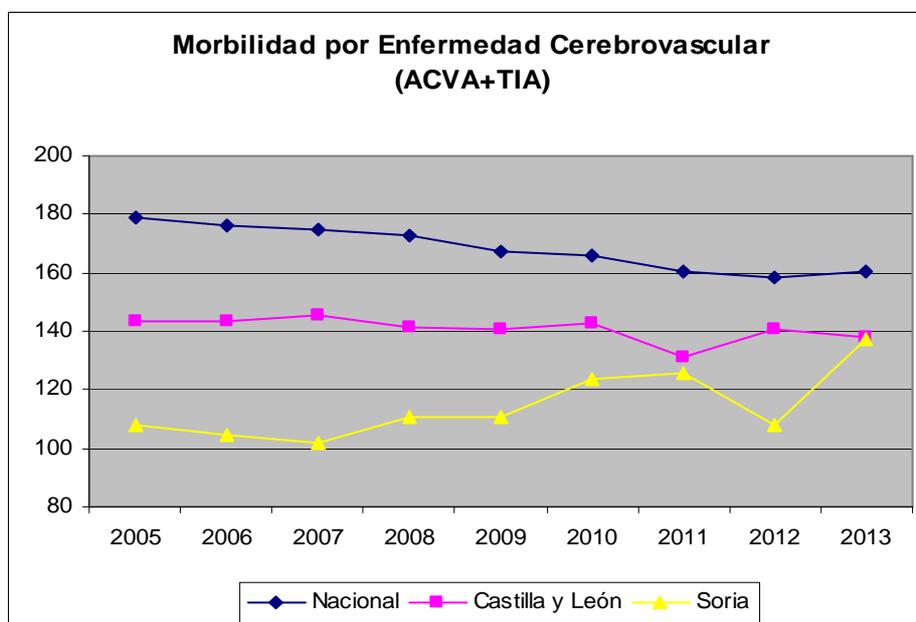
## CEREBROVASCULARES: Accidente Cerebrovascular Agudo (ACVA) y Trastorno Isquémico Transitorio (TIA)

- ✓ **Mortalidad ajustada por edad a la población estándar europea por Enfermedad Cerebrovascular**



\*Mortalidad ajustada por edad a la población estándar europea por 100.000Hab.  
Fuente: I.N.E. Elaboración propia

- ✓ **Morbilidad ajustada por edad a la población estándar europea por Enfermedad Cerebrovascular**



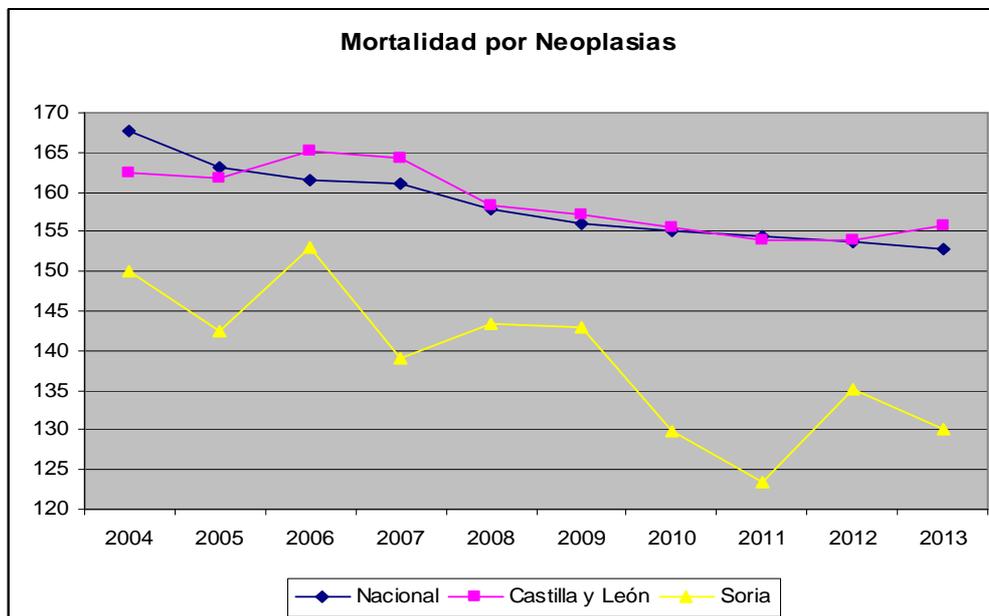
\*Morbilidad (altas hospitalarias) ajustada por edad a la población estándar europea por 100.000Hab.  
Fuente: I.N.E. Elaboración propia

La mortalidad por Accidente Cerebrovascular ha seguido reduciéndose, aunque los nuevos casos de ACVA y Accidentes isquémicos transitorios han aumentado ligeramente en 2013, equiparándose a las cifras de Castilla y León, ambos inferiores a las cifras nacionales.



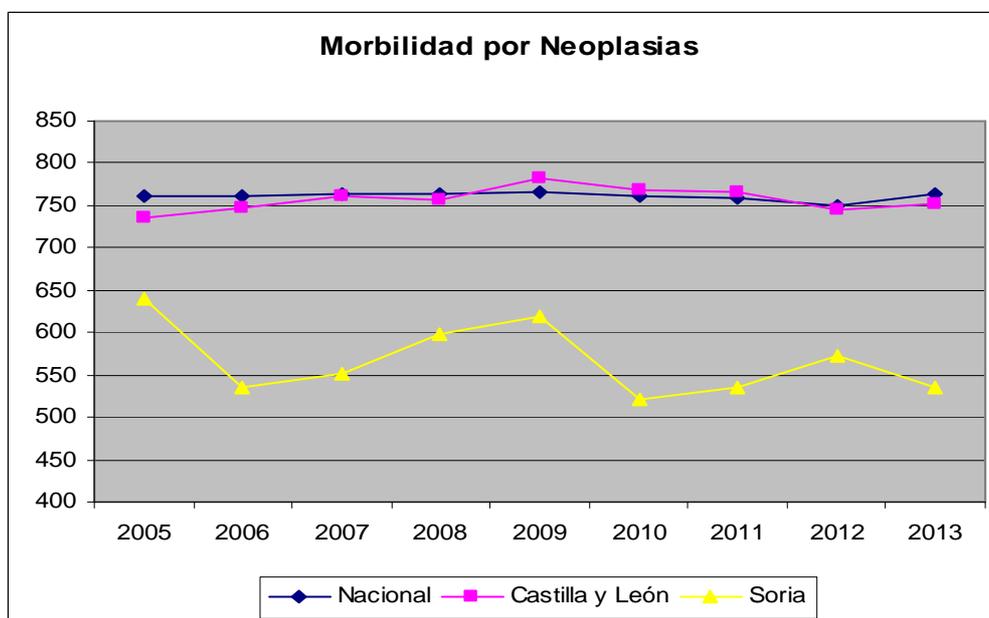
## NEOPLASIAS: Neoplasias malignas.

### ✓ Mortalidad ajustada por edad a la población estándar europea por causa tumoral



\*Mortalidad ajustada por edad a la población estándar europea por 100.000Hab.  
Fuente: I.N.E. Elaboración propia

### Morbilidad ajustada por edad a la población estándar europea por Neoplasias



\*Morbilidad (altas hospitalarias) ajustada por edad a la población estándar europea por 100.000Hab.  
Fuente: I.N.E. Elaboración propia

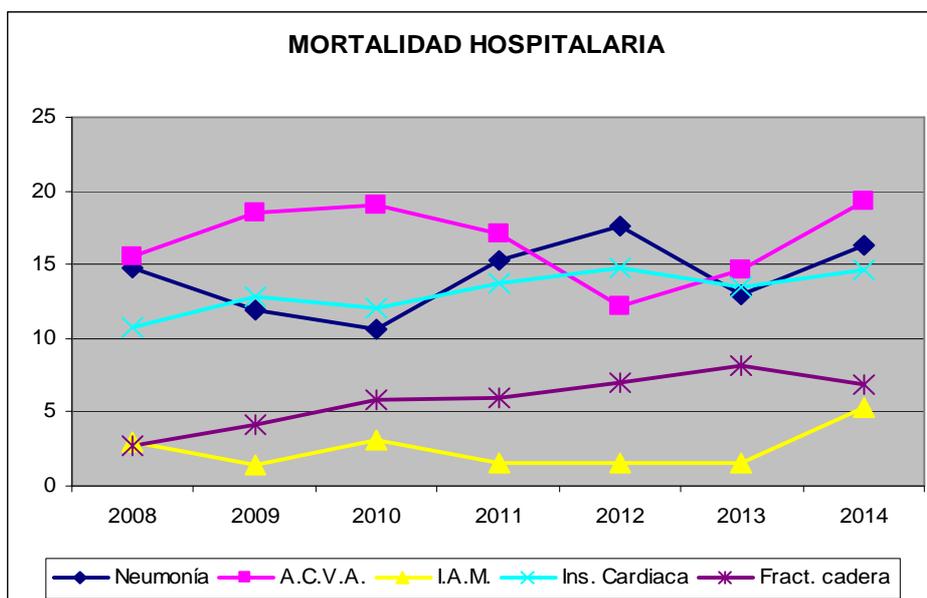
Las tasas de mortalidad y morbilidad por enfermedad neoplásica se mantienen en cifras bajas comparadas con los valores nacionales y de Castilla y León.

Los programas de diagnóstico precoz influyen positivamente en la menor mortalidad, y las actividades preventivas hacen que no aumente la morbilidad.



## Calidad y seguridad hospitalaria del paciente

### Indicadores de adversidad hospitalaria



Fuente: Elaboración propia

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Mortalidad por Neumonía	14.79	11.97	10.63	15.34	17.61	12.98	16.31
Mortalidad por A.C.V.A.	15.51	18.48	19.03	17.04	12.24	14.68	19.25
Mortalidad por Infarto Agudo de Miocardio	2.94	1.45	3.12	1.59	1.54	1.59	5.32
Mortalidad por Insuficiencia Cardiaca	10.72	12.82	12.01	13.76	14.79	13.50	14.58
Mortalidad por Fractura de Cadera	2.72	4.19	5.82	6.01	6.99	8.12	6.83

Fuente: Elaboración propia

La mortalidad por neumonía, ACVA, e IAM han aumentado en el último año, aunque manteniéndose en cifras más o menos estables.

La mortalidad hospitalaria por Insuficiencia cardiaca y Fractura de cadera se han mantenido estables e incluso en descenso.

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Prevalencia úlceras por presión	3.70	4.60	3.67	3.42	3.33	4.03	3.16
Tasa Infección nosocomial	8.30	10.29	8.00	9.71	8.21	5.85	8.16
% Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA)	49.81	47.91	51.40	58.27	59.11	61.75	61.97
Porcentaje de ingresos tras C.M.A.	2.04	3.04	1.77	2.73	2.19	1.29	1.85
Porcentaje de reingresos por I.A.M.		7.94	12.20	6.72	3.08	2.07	4.37
Porcentaje de reingresos por E.P.O.C.	7.02	5.26	6.56	9.76	6.80	12.62	14.56
Porcentaje de reingresos en Urgencias	4.63	4.58	4.43	4.48	3.94	4.22	4.51

Fuente: Elaboración propia



La prevalencia de úlceras por presión es la menor de los últimos 8 años, quizás debido a las técnicas de prevención y tratamiento de úlceras puestas en marcha en estos últimos años.

En 2013 se puso en marcha la Unidad del Paciente Crónico y Pluripatológico con carácter de piloto en CyL, así como el correspondiente Subproceso integrado entre la unidad, AP y el resto de la organización. Esta unidad en 2014 se transforma en una Unidad de Continuidad para atender precozmente las descompensaciones de los pacientes con multipatología crónica de la provincia y evitar así la inmovilización de más de 72 horas, causa de las úlceras y de su incidencia. La prevalencia ha disminuido con el Proceso de úlceras que estandariza el tratamiento de las mismas.

En infección nosocomial los resultados se han mantenido estables a lo largo de estos años, con una mejoría ligera en 2013, volviendo a cifras similares a las previas.

Con la creación de la Unidad de Continuidad Asistencial esperamos una cierta mejoría en estas cifras, aunque la infección nosocomial va ligada a la hospitalización y características de las personas ingresadas.

La participación en programas de ámbito estatal y autonómico como “bacteriemia zero” y “neumonía zero”, en los que participa esta Gerencia, ayudarán a disminuir la tasa de infecciones nosocomiales.

Se siguen manteniendo las cifras de reingreso hospitalario, de forma sostenida en el tiempo, con resolución de más del 95% de las urgencias atendidas. Los ingresos tras cirugía mayor ambulatoria se mantienen en niveles inferiores al 2%, a pesar de aumentar claramente el número de intervenciones y realización de cirugías cada vez más complejas

## Objetivos presupuestarios

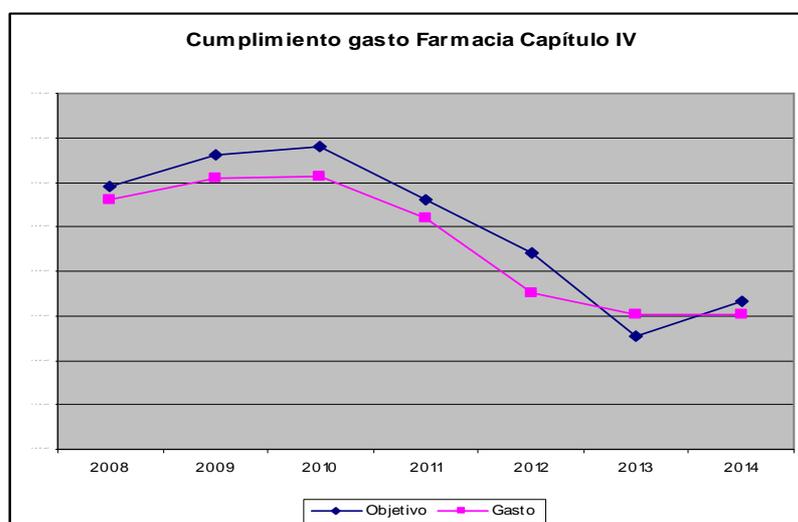
### Cumplimiento presupuestario

2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
98,58%	99,32%	98,91%	98,07%	99,91%	99,98%	99,95%

FUENTE: Plan Anual de Gestión // Unidad de Medida: porcentaje

Uno de los ejes estratégicos de la Gerencia Integrada de Soria es la sostenibilidad financiera de nuestro modelo asistencial. La serie nos muestra un comportamiento excelente de cumplimiento ininterrumpido en el periodo de siete años analizado.

### Gasto en farmacia



Fuente: Elaboración propia, a partir de datos facilitados por la Dirección Técnica de Farmacia de la G.R.S.



Hay un cumplimiento presupuestario continuado, incrementándose el margen de eficiencia (diferencia entre lo presupuestado y el gasto real). En el año 2013, a pesar de experimentar un nuevo descenso respecto al año 2012 cercano al 5% no se ha cumplido con el objetivo previsto, seguramente por lo excesivamente ambicioso del mismo, al prever la GRS para 2013 un descenso respecto al año anterior cercano al 9%, cuando además se acumulaban reducciones de gasto de casi el 7% en 2011 y de más del 13% en el año 2012.

En el año 2014, se vuelve a retomar la senda del cumplimiento del gasto sobre el presupuesto asignado por la Gerencia Regional de Salud. El crecimiento respecto al año anterior, de apenas un 0,13%, resulta bastante inferior al presupuesto fijado en el que se contemplaba un aumento del 3%.

## Satisfacción del usuario-población

La opinión de los usuarios es fundamental para el desarrollo de nuestra misión, e influye directamente en la Estrategia, los Planes y el desarrollo de la asistencia, por ser ellos a quien va dirigida nuestra actividad.

En el SNS, previo a las transferencias, se realizaban encuesta de satisfacción de los usuarios, y en esa misma línea se han seguido realizando a nivel autonómico por parte de la GRS, tanto en ámbito de AP como de AE, como a la población en general mediante el **Barómetro sanitario**, finalizando las mismas en 2010 a nivel regional, si bien el SNS continua con su realización aunque estas no aportan información relevante para la GIS, al carecer de la representatividad y segmentación adecuada (sólo datos a nivel autonómico).

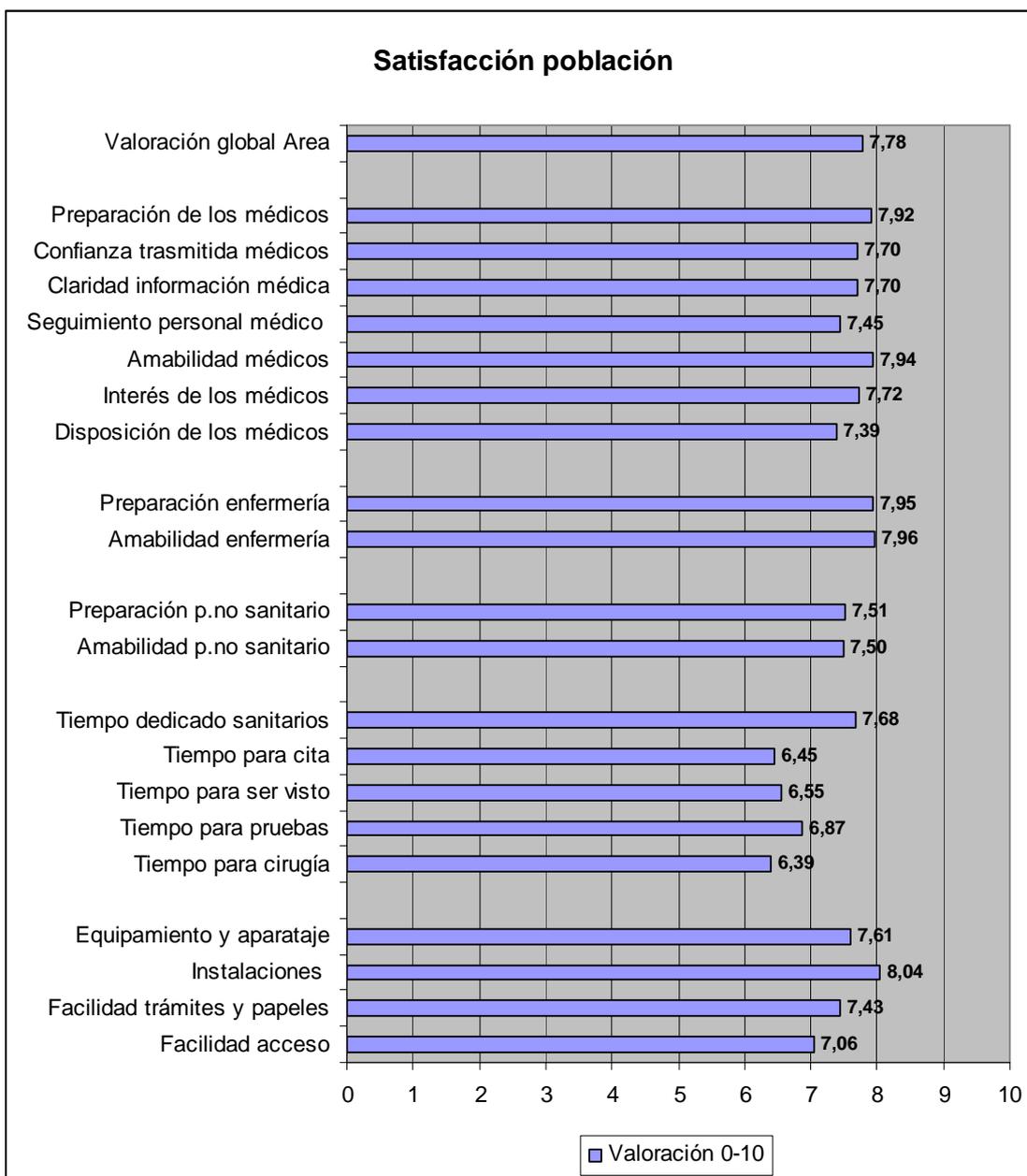
Las encuestas proporcionan datos a nivel de Área, para el conocimiento y seguimiento de las opiniones de los usuarios y población del Área. Históricamente, el análisis de encuestas del que se disponía era:

- Desde 2003 se hacen encuestas internas en Hospital. Existen algunas iniciativas particulares por Servicio/Sección
- En CS Soria Norte se realizan encuestas representativas y segmentadas (SERVQUAL / SERVPERF) de percepción de la satisfacción de los usuarios con el servicio recibido en los años 2002, 2005, 2008 y 2010.
- En CS San Esteban de Gormaz se realizan encuestas en 2008 y 2010.
- En 2012, tras la integración de ambas Gerencias, la GIS elabora una **encuesta unificada del Área**. Se realiza con base poblacional y base de pacientes que han estado ingresados, remitiéndose por correo a la muestra elegida aleatoriamente y recepción por correo franqueado.
- Otras encuestas realizadas a la población: Consejos de Salud (inicialmente CS Soria Norte en 2008, extendida a la GIS en 2013), Estudiantes de Enfermería (2013), Residentes (desde 2011), Tutores (2013).

En encuesta de satisfacción realizada en 2012, el 86,4% de los que respondieron, recomendaría su centro sanitario. La valoración global del área alcanzó el 86,4%.



Las valoraciones, de 0 a 10 en los siguientes apartados son:



Fuente: Encuesta de satisfacción de la población. Elaboración propia



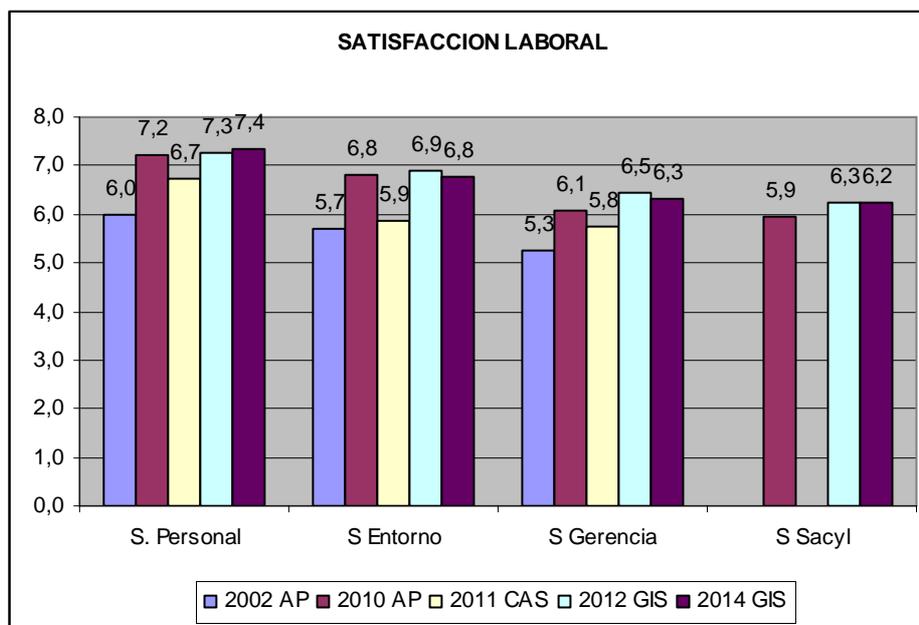
## Satisfacción de los profesionales

Para conocer la opinión de nuestros profesionales, desde 2002 se vienen realizando encuestas de satisfacción, inicialmente en Atención primaria y desde 2011 en toda la Gerencia.

Se realiza mediante tres cuestionarios distintos:

- **Cuestionario de Satisfacción Laboral** (Font Roja adaptado por Aranaz y Miró (1988)):
  - Realizado a todos los profesionales del Area. Consta de 24 ítems, con respuesta múltiple en escala de Likert de 5 grados (1 a 5). (muy de acuerdo=5, de acuerdo=4, algo o poco de acuerdo=3, en desacuerdo=2 y muy en desacuerdo=1).
- **Cuestionario sobre desgaste profesional** (Maslach Burnout Inventory):
  - En profesionales con atención directa al público. Consta de 22 ítems, con escala Likert de 7 opciones de respuesta de valoración cuantitativa, según su prevalencia, entre 0 (nunca) y 6 (siempre).
- **Cuestionario general:**
  - Sobre tres aspectos fundamentales:
    - *Variables demográficas y profesionales cualitativas:* Categoría profesional, tipo de vinculación, grupo de edad, sexo, antigüedad en la empresa, tipo de contrato.
    - *Satisfacción general percibida.* (Valoración cuantitativa de 0 a 10 puntos).
      - Satisfacción profesional.
      - Satisfacción en el entorno laboral,
      - Satisfacción de pertenencia a la Gerencia
      - Satisfacción de pertenencia a Sacyl
    - *Propuestas de mejora,* a contestar de manera abierta.

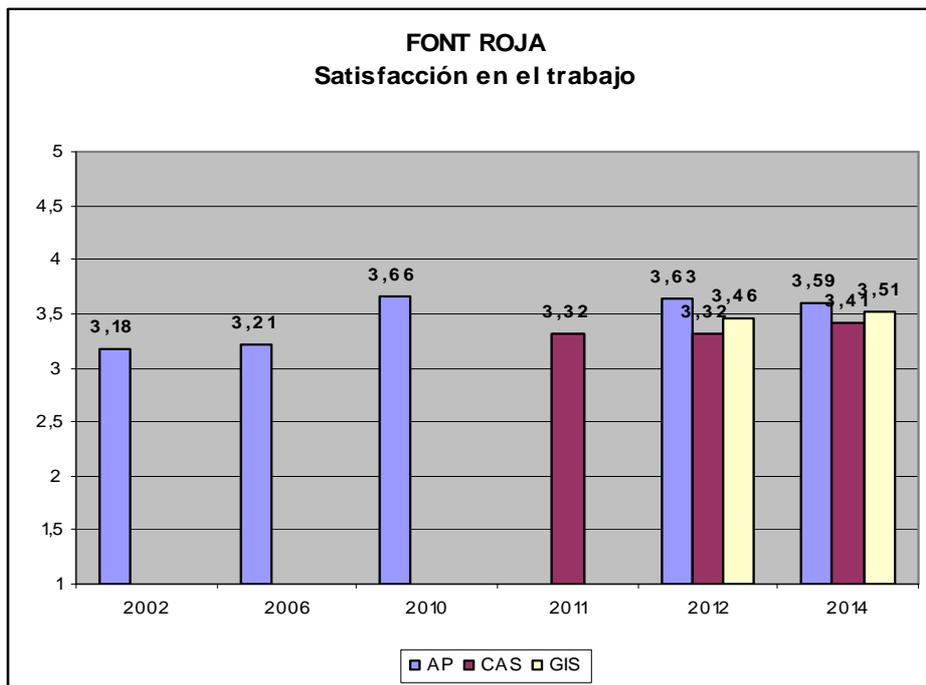
La satisfacción general percibida por laboral de los profesionales se ha mantenido estable en la última encuesta realizada a final de 2014. En base 10, es superior a 5 en los cuatro ítems: satisfacción personal, satisfacción en con el entorno laboral (servicio, centro de salud o unidad), satisfacción con la Gerencia de Soria o satisfacción con la Gerencia Regional.



Fuente: Encuestas de Satisfacción de los profesionales. Elaboración propia

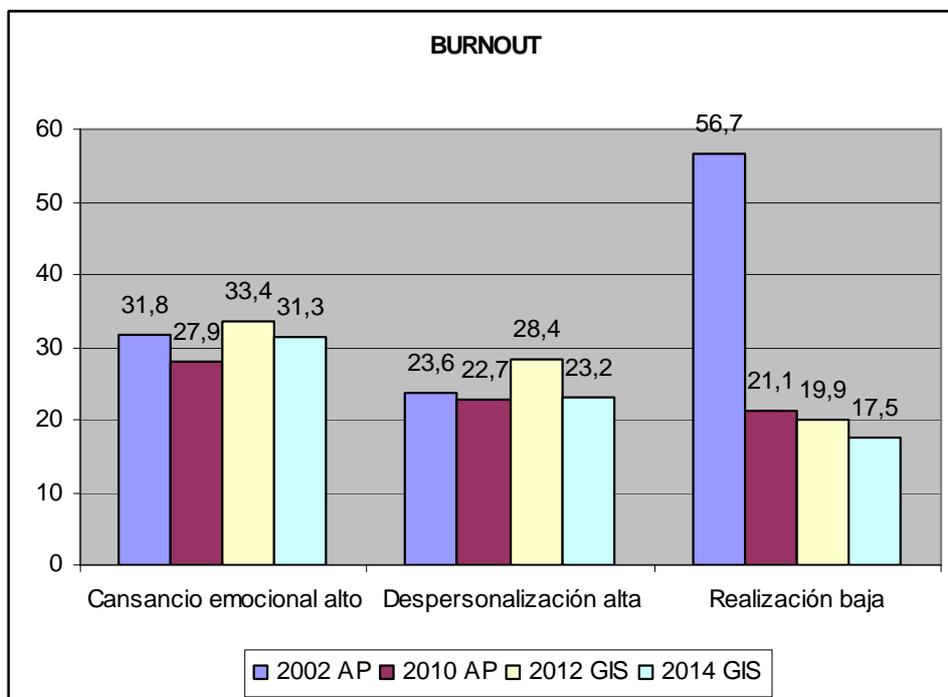


La satisfacción en el trabajo del cuestionario Font Roja, también se ha mantenido en la última encuesta. (Valoración de 1 a 5)



Fuente: Encuestas de Satisfacción de los profesionales. Elaboración propia

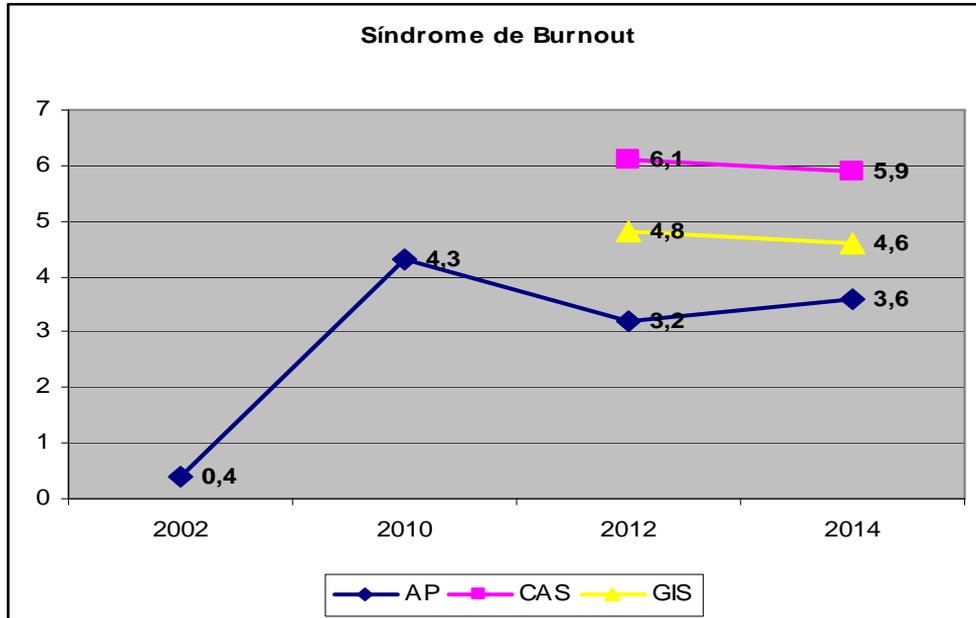
El síndrome de Burnout ha disminuido en la última encuesta de la GIS, tanto en cansancio emocional como despersonalización, aumentando la realización personal.



Fuente: Encuestas de Satisfacción de los profesionales. Elaboración propia



Considerando el síndrome de Burnout grave, aquel en que los tres parámetros están afectados (cansancio emocional alto, despersonalización alta y realización personal baja), mejora ligeramente en CAS y la GIS, empeorando algo en AP.



Fuente: Encuestas de Satisfacción de los profesionales. Elaboración propia



## Evaluación del liderazgo

### Encuesta sobre liderazgo

Para la realización de esta encuesta, se constituyeron dos grupos de trabajo:

- **Grupo segmentado:** con profesionales de todas las unidades de manera proporcional a su representación. 40 participantes.
- **Grupo aleatorio:** con profesionales elegidos tras un muestreo aleatorio de toda la organización. 50 participantes.

El porcentaje de participantes fue de un 82% en el grupo aleatorio y un 85% en el segmentado.

En ambos grupos se realizó la encuesta de forma presencial con las siguientes fases:

- Explicación previa sobre concepto de líder y sistemática del cuestionario.
- Reflexión individual de quienes son los líderes de cada uno.
- Complimentación del cuestionario.

Cada ítem del cuestionario se valoró de forma cualitativa y cuantitativa

- **Cualitativa:** se solicitaban “evidencias” favorables y desfavorables, así como sugerencias de mejora.
- **Cuantitativa:** puntuando a los líderes de la GIS en cada ítem según escala de medición REDER establecida por el Modelo EFQM:
  - 0%: Evidencias anecdóticas.
  - 25% Algunas evidencias.
  - 50%: Evidencias claras.
  - 75%: Evidencias claras durante varios años.
  - 100%: Evidencias totales.

Se establece en cada puntuación tres niveles: medio, o tendente al superior o al inferior, para hacerla continua.



<b>VALORACIÓN DE LOS LÍDERES DE LA ORGANIZACIÓN SEGÚN LA EVIDENCIA (en porcentaje)</b>			
	<b>Evidencias anecdóticas</b>	<b>Algunas evidencias</b>	<b>Evidencias claras o totales</b>
<b>1:</b> Reconocen el trabajo bien hecho, y se interesan por saber mis comentarios, sugerencias y críticas	18.9%	37.8%	43.2%
<b>2:</b> Comparten información y conocimiento, enseñando y tutelando a otras personas. Delegan responsabilidades y apoyan a otros a desarrollarse como líderes	16.4%	42.5%	41.1%
<b>3:</b> Establecen objetivos, fomentan el trabajo en equipo. Promueven y participan en reuniones sistemáticas	28.8%	31.5%	39.7%
<b>4:</b> Impulsan, apoyan y lideran grupos de mejora	41.7%	31.9%	26.4%
<b>5:</b> Se implican con los pacientes y usuarios, estableciendo objetivos, planes de actuación y actividades en las que se implican directamente y apoyan a otras personas para que las lleven a cabo	26.0%	26.0%	47.9%
<b>6:</b> Se implican con los aliados (asociaciones de pacientes, etc.), estableciendo objetivos, planes de actuación y actividades en las que se implican directamente y apoyan a otras personas para que las lleven a cabo	32.8%	29.9%	37.3%
<b>7:</b> Difunden las buenas prácticas de la organización, la cultura de la Calidad Total y la Excelencia participando en foros, dando conferencias, etc.	27.5%	36.2%	36.2%
<b>8:</b> Impulsan y me hacen partícipes en el desarrollo y revisión de la Misión, Visión y Valores, y de los principios éticos de la organización, la continuidad asistencial y la mejora continua	31.4%	31.4%	37.1%
<b>9:</b> Participan activamente en la definición de la estrategia de la organización, descentralización en la toma de decisiones, apoyo en sistemas de información, etc.	28.2%	38.0%	33.8%
<b>10:</b> Se implican en la gestión por procesos (definición, implantación, responsabilidad sobre algunos de los procesos, evaluación y revisión)	15.5%	23.9%	60.6%
<b>11:</b> Identifican las necesidades de cambio en la organización e impulsan su implantación (integración, descentralización), gestionando los riesgos, comunicando las razones y evaluando la efectividad de los cambios	21.9%	43.8%	34.2%
<b>12: ¿Valoración global del liderazgo en la organización?</b>	<b>14.7%</b>	<b>44.1%</b>	<b>41.2%</b>

Fuente: Encuesta de liderazgo. Elaboración propia



## 5. EVALUACION EFQM

Tras la autoevaluación, realización de la memoria y presentación para evaluación externa, el Informe de evaluación EFQM, recomienda y se concede el Sello de Excelencia Europea 500+ a la Gerencia Integrada de Atención Sanitaria de Soria (GIS)

Resalta especialmente entre los puntos fuertes de los resultados, los excelentes resultados económicos en los últimos años, fruto de un control exhaustivo del gasto a través del desarrollo de planes específicos y su seguimiento. Y como áreas de mejora, la búsqueda de continuidad en el desarrollo de encuestas tanto de clientes (y aumentar el índice de respuesta), como de personal, y trabajar en la implantación de los planes de mejora asociados, como herramienta de apoyo a estrategias clave (experiencia de usuario) y así como aunque hay experiencias puntuales de benchmarking no parece que exista una sistemática de vigilancia, detección, análisis y desarrollo de iniciativas de benchmarking. En los resultados se debe hacer un esfuerzo por disponer de referencias externas, que nos permitan calibrar nuestro nivel de eficacia.

Específicamente en relación a los resultados clave de la memoria, se identifican también puntos fuertes y áreas de mejora:

### Puntos fuertes de la G.I.S.

#### El Informe resalta como puntos fuertes en resultados estratégicos:

- Cuadros de resultados completos a nivel integrado y por segmentos de atención, con histórico desde hace más de 5 años, ligados a las estrategias de la organización. Integración de la información en el sistema SIGGIS, automatizando la gestión de datos y facilitando su accesibilidad y personalización según necesidades.
- Gestión de los resultados orientada hacia la mejora continua con resultados evidentes de mejora en muchos de ellos y en algunos mejores que la media de CyL: Ej.: Ajuste al marco presupuestario, con recortes importantes (7,5% entre el año 2011 y 2012), baja morbilidad general, por debajo de las medias de Castilla y León y por debajo de las medias nacionales con tendencias descendentes, cumplimiento del PAG a nivel de Área y AP, siendo el nº 1 de CYL, etc.
- Adopción de Planes de mejora concretos en los casos que no se han obtenido buenos resultados.
- Cumplimiento de los objetivos establecidos y tendencia positiva de determinados resultados de calidad y seguridad del paciente: UPP, infección nosocomial, reingreso en urgencias e ingresos tras una CMA.
- Implantación efectiva de la gestión por procesos con indicadores para todos los procesos clave.
- Gestión de los resultados orientada hacia la mejora continua con resultados evidentes de mejora en muchos de ellos, y en algunos mejores que la media de CyL, como en Farmacia o en Demoras y esperas, contribución a la reducción de gasto farmacéutico por prescripción médica, (prescripción de genéricos o principio activo), aumento de la cirugía mayor ambulatoria, etc.
- La cobertura de crónicos aunque va en aumento a lo largo de los años desde el año 2008, es menor en GIS que en CYL, supone un mejor nivel de salud de la población.
- Mantenimiento de la demora media en las listas de espera quirúrgicas (LEQ) en los mismos niveles de 2011 a pesar de haber eliminado las peonadas y los conciertos con clínicas privadas, no obstante está muy por debajo de la demora media de SACYL.
- Reducción considerable de % de mortalidad de determinadas patologías: neumonía, ACVA, IAM, insuficiencia cardiaca y de % de reingresos IAM.
- Evolución positiva del índice de ambulatorización de cirugía mayor ambulatoria (el 63% de las intervenciones con ambulatoria), permitiendo un ahorro importante, mejora la calidad percibida por el paciente, disminuye la tasa de infección nosocomial y se mejora la eficiencia quirúrgica.



### **Son puntos fuertes en indicadores clave de rendimiento:**

- Implantación efectiva de la gestión por procesos con indicadores para todos los procesos clave.
- Gestión de los resultados orientada hacia la mejora continua con resultados evidentes de mejora en muchos de ellos, y en algunos mejores que la media de CyL, como en Farmacia o en Demoras y esperas, contribución a la reducción de gasto farmacéutico por prescripción médica, (prescripción de genéricos o principio activo), aumento de la cirugía mayor ambulatoria, etc.
- La cobertura de crónicos aunque va en aumento a lo largo de los años desde el año 2008, es menor en GIS que en CYL, supone un mejor nivel de salud de la población.
- Mantenimiento de la demora media en las listas de espera quirúrgicas (LEQ) en los mismos niveles de 2011 a pesar de haber eliminado las peonadas y los conciertos con clínicas privadas, no obstante está muy por debajo de la demora media de SACYL.
- Reducción considerable de % de mortalidad de determinadas patologías: neumonía, ACVA, IAM, insuficiencia cardiaca y de % de reingresos IAM.
- Evolución positiva del índice de ambulatorización de cirugía mayor ambulatoria (el 63% de las intervenciones con ambulatoria), permitiendo un ahorro importante, mejora la calidad percibida por el paciente, disminuye la tasa de infección nosocomial y se mejora la eficiencia quirúrgica.

### **Áreas de Mejora de la G.I.S.**

#### **Las Áreas de Mejora sugeridas en estos resultados clave:**

1. Evaluación del liderazgo: No se evidencia, más allá de las preguntas relacionadas de la encuesta de clima laboral, una evaluación del comportamiento de los líderes con respecto a lo que de ellos espera la Gerencia Integrada de Soria.
2. Gestión de la información: No se dispone por el momento de una sistemática de gestión conjunta de la información relevante de AE y AP, con accesibilidad a todas las partes implicadas.
3. Las políticas de gestión de personal se adecúan a la estrategia y estructura de la organización, si bien las políticas de remuneración, promoción, etc. están sujetas a la normativa legal que determina el marco de actuación de la organización.
4. Comunicación interna.- Aunque la integración de AE y AP es reciente, se observan diferentes evidencias de necesidades de información no cubiertas (Ej.: datos de las estrategias de integración, y la evolución y evaluación de estas estrategias).
5. Si bien desde la GIS son muchos los indicadores que se gestionan, no existe un Cuadro de Mando de indicadores que refleje los resultados clave de la GIS.
6. Aunque se realiza una gestión medio ambiental según establece la legislación vigente (residuos), no existe una sistemática de mejora en aspectos ambientales, buscando la sostenibilidad de sus instalaciones y un comportamiento energéticamente eficiente.



## 6. ANÁLISIS DAFO

El informe final de consenso recoge las debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades siguientes:

	DEBILIDADES	FORTALEZAS
<b>ANÁLISIS INTERNO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Condiciones sociogeográficas: despoblación, dispersión, malas comunicaciones, etc.</li> <li>* Envejecimiento creciente de la población.</li> <li>* Desarrollo de la provincia: Poco tejido industrial, limitadas actividades económicas y escasa población en edad laboral..</li> <li>* Falta de coordinación entre las diversas unidades con tendencia histórica a la especialización y no a la integración.</li> <li>* Inexistencia de recursos asistenciales próximos con los que establecer sinergias.</li> <li>* Una parte importante del capital humano no está concienciada de la necesidad de introducir cambios para facilitar el funcionamiento correcto de la Organización.</li> <li>* Mal estado y anticuado de parte de las instalaciones.</li> <li>* Estructura organizativa burocratizada. Falta de implicación para conectar el trabajo diario con la estrategia de nuevo modelo asistencial.</li> <li>* Desmotivación de profesionales y actitud de desconfianza por la progresiva pérdida de retribuciones y condiciones laborales.</li> <li>* Escasa influencia como “provincia periférica” en las decisiones político-económicas sanitarias centrales..</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Adaptación a las condiciones sociodemográficas de la provincia. Implicación en la sociedad y compromiso con el medio ambiente..</li> <li>* Autosuficiencia asistencial y sostenibilidad financiera.</li> <li>* Capital humano. Formación. Trabajo en equipo, motivación y sentido de pertenencia.</li> <li>* Gerencia única Integrada que favorece la coordinación e integración asistencial. Integración asistencial orientada hacia el paciente y su entorno.</li> <li>* Estrategia de Gestión a través de Procesos Asistenciales Integrados.</li> <li>* Desarrollo tecnológico adaptado a la capacidad resolutive. Investigación e innovación.</li> <li>* Búsqueda de la excelencia a través de la mejora continua y la innovación.</li> <li>* Participación de profesionales y usuarios. Alianzas con grupos de interés.</li> <li>* Planificación con objetivos a medio y largo plazo.</li> <li>* Nivel alto en la calidad de los servicios prestados.</li> <li>* Equipo directivo implicado en el cambio cultural del modelo asistencial integrado.</li> <li>* Orientación de los líderes hacia la mejora continua.</li> <li>* Equipo directivo con visión de futuro y amplia trayectoria en la ruta hacia la excelencia.</li> <li>* Liderazgo estable y con metas claras.</li> <li>* Comunicación clara y cíclica acorde al desarrollo de nuevos planes y estructuras.</li> <li>* Historia clínica informatizada e integrada con incorporación de nuevas tecnologías</li> </ul>



	AMENAZAS	OPORTUNIDADES
<b>ANÁLISIS EXTERNO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Aumento no controlado de la demanda. Puede condicionar el cambio de modelo asistencial e incluso las posibilidades presupuestarias.</li> <li>* Aparición de nuevas patologías. Especialmente relevante puede ser el aumento de procesos oncológicos al crecer el diagnóstico precoz y la supervivencia.</li> <li>* Disminución superior a la previsible en el techo de gasto o falta de solvencia por insuficiente financiación del techo de gasto.</li> <li>* Incremento de gastos. Tanto por incorporación de nuevos gastos como por aumento de consumos o precios.</li> <li>* Reducciones de plantilla por debajo de umbrales mínimos.</li> <li>* Falta de profesionales para cobertura de vacantes. Especialmente grave en nuestra área en otros tiempos.</li> <li>* Falta de medios de comunicación (transporte) con disponibilidad a las horas habituales de consultas, con los centros de referencia para la asistencia, seguimiento o pruebas a los pacientes al no estar en nuestra cartera de servicios.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* La situación de crisis que padecemos que facilita los cambios y favorece la eficiencia y la innovación.</li> <li>* La disponibilidad en el mercado de profesionales excelentemente formados.</li> <li>* La contención actual de precios y la necesidad de las empresas de posicionarse en el mercado con vistas a nuevas fases económicas expansivas.</li> <li>* El asociacionismo creciente de pacientes y familiares que favorecen las alianzas y la formación de los pacientes y cuidadores.</li> <li>* La expansión de las nuevas tecnologías de la información y las redes sociales como cauces de comunicación.</li> <li>* La capacidad de acceder a recursos adicionales a través de sistemas innovadores y pioneros de gestión.</li> <li>* La valoración social en nuestro entorno de la atención de salud como pilar básico del bienestar social.</li> <li>* A través de la información que transmitamos posibilidad de influir en el cambio cultural que precisa la sociedad para que siga siendo posible el SNS.</li> <li>* Desarrollo de Programas Piloto por condicionantes demográficos.</li> </ul>



## 7. ORIENTACIONES ESTRATEGICAS

### Tendencias sociodemográficas

El INE augura para Soria una ligera disminución de la población en los próximos 5 años que se acentuaría en los cinco siguientes si no cambian las condiciones económicas y laborales de la provincia. La población en 2020 habría descendido de los 90.000 hab. y el número de tarjetas sanitarias se colocaría en torno a 85.000.

Debemos considerar que este análisis se basa exclusivamente en la estructura etaria de la pirámide de población y que la recuperación económica podría hacer crecer la población, como ocurrió en la década pasada, por la llegada de población inmigrante (o el retorno de los que se han marchado durante la crisis), ocupada en el sector servicios fundamentalmente, joven y con altas tasas de natalidad. No sería, por tanto, descartable para 2020 un ligero incremento poblacional, con carácter coyuntural y aumento de las necesidades asistenciales ligadas al área materno-infantil hasta las cifras del periodo 2005-2010.

Si los flujos migratorios no alteran la evolución normal de la población, la esperanza de vida superará los 85 años y el porcentaje de población mayor de 65 años se aproximará al 30%.

Al final de la década, estará casi culminado el proceso de despoblación del medio rural y se habrá desbordado el sistema de contención de las cabeceras de comarca, concentrando la población en la capital y superando el 50% la población urbana con respecto al total.

El compromiso social de mantenimiento de servicios en el medio rural y la permanencia de cierta población (escasa y con carácter estacional) en las pequeñas localidades harán necesaria la persistencia de todos los servicios que prestamos a pesar de que cada vez sean más ineficientes y, al mismo tiempo, dificultarán un incremento de recursos acorde con el incremento poblacional en el medio urbano, pudiendo darse el caso de inequidades inversas. En cualquier caso, el fenómeno será coyuntural y desaparecerá completamente con la previsible despoblación absoluta de grandes áreas rurales. Debemos considerar que estos fenómenos pueden alterarse por intervenciones activas para frenar la despoblación de las administraciones públicas, que no son previsibles en el periodo 2015-2020.

### Evolución socio-económica

Este análisis se realiza en el momento de finalización de la fase más aguda de crisis y recesión económica que para Soria ha supuesto la pérdida de buena parte de su escaso tejido industrial y de su población juvenil y en edad laboral, especialmente inmigrante. El nivel de vida no se ha visto excesivamente afectado para la mayoría de la población, si bien sí que ha aumentado el nivel de pobreza y las personas en riesgo de exclusión social con el crecimiento de un desempleo antes prácticamente inexistente.

La tendencia en los próximos 5 años solo puede ser de lenta recuperación con aumento del empleo en el sector servicios y, posiblemente, en las inversiones públicas, pero sin regeneración industrial. Probablemente crecerá la ocupación laboral, también los recursos sociales contra la marginación y exclusión, pero no habrá cambios significativos en la calidad y nivel de vida.

La imperiosa necesidad de reducir las diferencias sociales puede llevar a incrementar la demanda de servicios ligados al bienestar social, como los sanitarios, y en un afán de redistribuir renta, a las administraciones públicas a incrementar las inversiones en sanidad y otros servicios públicos. La utilización eficiente y planificada de estos posibles incrementos de recursos es una oportunidad que, si se presenta, habría que aprovechar.



El empeoramiento de las condiciones económicas no es previsible, pero de darse, vendría dado por la disminución de capacidad adquisitiva de trabajadores y pensionistas y la subsiguiente disminución de ingresos fiscales que comprometiera nuestra solvencia y por tanto nuestros servicios. No contamos con incrementos de desempleo al haber tocado fondo, al menos en nuestra provincia.

## **Disponibilidad de recursos.**

### **Financieros.**

Los exigentes techos de gasto de los años precedentes han reducido las ineficiencias del sistema. Como aspectos positivos debemos valorar la reducción del endeudamiento, la mejora de la solvencia económica y la cultura que ahora impregna toda la organización de priorización en los gastos. La adecuación presupuestaria se ha conseguido fundamentalmente con la reducción de gastos en farmacia, capítulo II y disminución de retribuciones, afectando en mucha menor medida a las plantillas. Se ha conseguido reducir el presupuesto sin afectar a la prestación de servicios.

Las posibilidades de reducir aún más el techo de gasto sin disminuir las prestaciones son ya muy escasas. Debemos considerar además que la mejora paulatina de la situación económica general y la sensibilidad social se sumarán para evitar nuevos descensos, siendo previsible un mantenimiento de los techos actuales en los próximos años.

No vislumbramos posibilidades de incremento a corto y medio plazo hasta que no aumente de manera significativa los ingresos con la reducción del desempleo y se produzca un significativo crecimiento económico lo que descartamos para el periodo de planificación.

En cualquier caso la estabilidad del sistema es muy frágil y puede verse alterada por aumento de las demandas, impacto de las nuevas tecnologías, incrementos de precios de proveedores o sencillamente por nuevos modelos de financiación más desfavorables. En estas circunstancias la priorización de servicios y prestaciones sería inevitable.

### **Recursos Humanos.**

Debemos contar con una paulatina reducción de profesionales fruto de la no reposición de vacantes por jubilación u otros motivos. En Atención Primaria los límites vienen marcados por el Plan de Reordenación y no es previsible que comprometan la actividad asistencial. En Especializada por el mantenimiento de los mínimos asistenciales y, en algún caso, pueden aumentar las demoras pero no se contempla la disminución de la cartera de servicios.

En este periodo, no se vislumbran posibilidades de aumento de la plantilla con lo que la puesta en marcha de nuevas unidades o servicios, básicos en el nuevo modelo asistencial, solo podrá hacerse por reasignación de efectivos de otras áreas.

Las jubilaciones de profesionales, especialmente facultativos, serán muy elevadas en el periodo 2015-2020, acercándose al 20% de la plantilla. El aspecto beneficioso del rejuvenecimiento con menos carga salarial y mayor capacidad de innovación se verá contrarrestado con la pérdida de experiencia y conocimiento acumulado. La situación actual de paro general en el sector médico permitirá la reposición de las bajas, cosa que no sería posible en épocas expansivas por la poca atracción de la provincia de Soria a nuevos profesionales.



### **Inmuebles.**

No se prevén obras nuevas ni reformas salvo la ejecución de partidas presupuestarias aisladas en el Hospital Santa Bárbara que se intentará integrar en la II fase de su Plan Director. Los planes de montaje irán en consonancia con las obras que se ejecuten en este periodo.

Afortunadamente las inversiones realizadas en la I fase del hospital, centros de salud y consultorios locales durante el periodo 2002-2010 hacen que la situación actual sea buena y permita superar sin mayores problemas el periodo 2015-2020.

### **Recursos materiales.**

La dotación de partida es muy razonable fruto de los planes de necesidades de la fase expansiva anterior.

Las posibilidades de mantenimiento y reposición se verán limitadas a las necesidades urgentes con lo que la obsolescencia puede ser un problema al final del periodo de planificación. La incorporación de nuevo aparataje será muy complicada y siempre condicionada a la liberación de otras partidas.

En Capítulo II será favorable la contención actual de precios y las medidas estructurales en farmacia y en centralización logística. El aumento de las demandas exigirá un control exhaustivo y un análisis pormenorizado del coste-oportunidad.

Contamos con que si se producen desviaciones importantes en Capítulo IV, se tomarán medidas estructurales centralizadas para contenerlas.

### **Nuevas Tecnologías.**

Las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) se seguirán incorporando al gestionarse de manera centralizada y ser prioritarias para la Gerencia Regional de Salud. La historia clínica única informatizada es un proyecto estratégico y central de nuestra GRS y será una realidad a lo largo de este periodo. En los últimos años, se ha abordado diversas acciones (EMPI, identificador único de pacientes a nivel regional, notable mejora de las comunicaciones informáticas, creación de clúster de informática y formación de personal de informática...) con el fin de posibilitar una consolidación del modelo de historia clínica, una implantación definitiva de la receta electrónica o mayor desarrollo de aplicaciones departamentales regionales (Anatomía Patológica, UCI, Radiología, Nefrología...). Lo que sí se observa es que, al margen de distinto grado de desarrollo de las TIC en las distintas áreas de salud, el futuro pasa por una integración total de los recursos en esta materia a nivel regional, a través de la Dirección General de Planificación e Innovación de la GRS. A día de hoy, se desconocen los recursos y los tiempos, pero, si no hay cambios en los próximos años, sí se conoce la estrategia de medio plazo en la que todos los centros sanitarios de SACYL debemos de avanzar hacia objetivos comunes y no centro por centro como sucedía hasta no hace muchos años.

En este escenario, puede ser complementario del modelo anterior, las alianzas con proveedores y partners, que, especialmente del sector tecnológico, pueden jugar un papel fundamental para apoyar nuestra renovación tecnológica. Especialmente significativas pueden ser estas alianzas en el ámbito del control y autocontrol del paciente crónico.

La disposición tradicional de nuestra área a pilotar nuevos servicios y propuestas así como la excelente predisposición a ello de nuestros profesionales constituyen una oportunidad de innovación e incorporación de tecnología que siempre ha sido un valor de nuestra gerencia y en este periodo de planificación puede ser especialmente relevante.



## Posibles riesgos.

La actual situación de inestabilidad en las organizaciones sanitarias y el menor margen de maniobra ante escenarios no previstos, hacen que la previsión de riesgos tome una importancia capital en cualquier planificación que supere el corto plazo.

Siempre existe un riesgo genérico de divergencias de nuestras estrategias con las de nuestra Gerencia Regional de Salud o con el propio Sistema Nacional de Salud y que nos obligaría a replantearnos nuestro Plan. En el periodo 2015-2020 vemos esta posibilidad tan altamente improbable que la descartamos en las amenazas.

Clasificamos los riesgos en tres grupos:

### Riesgos de cambios en la demanda:

- Aumento no controlado de la demanda. Puede condicionar el cambio de modelo asistencial e incluso las posibilidades presupuestarias. Especialmente relevante puede ser el aumento de los tratamientos oncológicos al crecer el diagnóstico precoz y la supervivencia o la aparición de nuevos medicamentos del alto coste como lo es, en estos momentos, el tratamiento de la hepatitis C, con el problema adicional de una importante presión social y mediática..

Respuesta posible: Redistribución de tiempos, recursos y actividades siempre que la demanda sea prioritaria desde el punto de vista asistencial, si no lo es, redefinir los procesos correspondientes para canalizarla.

- No aceptación por los pacientes del nuevo modelo asistencial. Por una cultura asistencial muy arraigada o dificultades para el cambio de rutinas.

Respuesta posible: Implicar a los profesionales y asegurar el éxito inicial a través de pacientes seleccionados en los pilotajes de los nuevos servicios.

- Cambios demográficos no previstos que aumenten la población con carácter general o en determinados estratos o áreas geográficas. Ligados a una recuperación económica más rápida de lo previsto o una industrialización de alguna zona concreta de la provincia. También un traslado de la población a la capital a un ritmo superior al que se ha considerado previsible.

Respuesta posible: Redistribución de recursos. Existirían dificultades normativas para realizarla.

- Aparición de nuevas patologías. En planificaciones a medio y corto plazo solo debemos considerar las patologías infecciosas epidémicas.

Respuesta posible: Una vez que han fracasado las medidas preventivas, solo es útil el incremento puntual de recursos.

### Riesgos de cambios en la financiación:

- Disminución superior a la previsible en el techo de gasto.

Respuesta posible: Si desborda las posibilidades de nuestro II Plan de Eficiencia, actualmente vigente, habría que elaborar un nuevo Plan donde ya se limitarían servicios o prestaciones menos relevantes para los objetivos de salud del área.

- Falta de solvencia por insuficiente financiación del techo de gasto.

Respuesta posible: Redistribución anual de los gastos y si no fuera posible, limitación temporal de prestaciones no esenciales.

- Incremento de gastos. Tanto por incorporación de nuevos gastos como por aumento de consumos o precios.

Respuesta posible: Supresión o limitación del gasto si es posible. Si no lo fuera, supresión de otros gastos con menos impacto sanitario en la cuantía precisa.



### Riesgos en cambios en la estructura:

- Cambios en los equipos directivos. Poco relevante al tratarse de una organización con una dilatada trayectoria de planificación estratégica y gestión de calidad.
- Reducciones de plantilla por debajo del umbral mínimo en alguna unidad.  
Respuesta posible: Redistribución de efectivos y plan de formación de los mismos.
- Falta de profesionales para cobertura de vacantes. Especialmente grave en nuestro área en otros tiempos y que puede acaecer si mejora rápidamente la situación económica y desciende el desempleo médico.  
Respuesta posible: Hacer atractiva nuestra organización a través de su capacidad docente, de investigación y de innovación. Redistribución de tareas. Acuerdos y alianzas con organizaciones similares.
- Accidentes, fallos de seguridad, responsabilidades o daños estructurales ambientales sobrevenidos.  
Respuesta posible: Habilitación de créditos extraordinarios urgentes.

### Oportunidades.

- La situación de crisis que padecemos que facilita los cambios y favorece la eficiencia y la innovación.
- La recuperación económica que permitirá con una adecuada planificación la priorización de los sectores que deben crecer.
- El momento de cambio y reforma del Sistema Nacional de Salud, que genera un intercambio de experiencias e ideas innovadoras altamente enriquecedor.
- Las posibilidades de desarrollo profesional de nuestros trabajadores a través de la gestión clínica, la gestión de calidad y los nuevos modelos asistenciales.
- La disponibilidad en el mercado de profesionales excelentemente formados.
- La contención actual de precios y la necesidad de las empresas de posicionarse en el mercado con vistas a nuevas fases económicas expansivas.
- El asociacionismo creciente de pacientes y familiares que favorecen las alianzas y la formación de los pacientes y cuidadores.
- La expansión de las nuevas tecnologías de la información y las redes sociales como cauces de comunicación.



## Objetivos a corto plazo

- Extensión paulatina del nuevo modelo asistencial de forma que al final del periodo de planificación el 80% de las actuaciones se realicen con el nuevo modelo integrado.
- Implantación total de la historia clínica electrónica única con acceso de cualquier profesional a la información que necesite para el proceso asistencial. Integración total de los planes de cuidados de enfermería y de la historia sociosanitaria. Pendiente de los desarrollos de la GRS.
- Evaluación anual de resultados en salud. Planificación y memorias anuales centradas en resultados claves y no en actividad. Totalmente desarrollado al finalizar 2014.
- Desarrollo completo de la Gestión por Procesos. En 2015 el 80% de las prestaciones sanitarias más frecuentes se realizarán por el correspondiente proceso con una adecuación al mismo del 75% mínimo. Las derivaciones entre profesionales se reducirán en 2015 al 50% de las atenciones y a menos del 20% en 2020.
- Incorporación de la gestión de riesgos al mapa de procesos, finalizado en 2016, con definición de puntos críticos y código de buenas prácticas en los mismos. Extensión del modelo Sisnot en todo el área en el plazo de un año. Reducción de un 20 % en dos años de los indicadores de adversidad hospitalaria.
- Pactos de Objetivos en 2015 en todas las unidades con áreas de mejora y memoria anual de resultados de las mismas. Menos de un 5% de recuperación anual por la gerencia de competencias descentralizadas por incumplimiento.
- Cuadro de mandos de cada unidad integrado en SIGGIS. 2015.
- Integración total de la contabilidad analítica con imputación de costes a las unidades según nuestro catálogo de unidades. Pendiente de desarrollo en GRS.
- Desarrollo total del Proceso del Paciente Crónico y Pluripatológico de tal forma que la asistencia del 85% de los pacientes G3 incluidos en el mismo se presten exclusivamente a través del Proceso en las patologías que motivaron su inclusión, al finalizar 2016.
- Despliegue de la nueva unidad de Medicina Interna, consiguiendo que en tres años el 60% de su actividad se realice en la unidad funcional de nuevo modelo y solo el 40% en la tradicional. Traspaso, a medida que el cambio se vaya produciendo, de profesionales, consultas, camas y recursos de una unidad funcional a otra. Centralización en el Hospital Virgen del Mirón de la unidad funcional de nuevo modelo para conseguir la separación física que facilite el cambio.
- La unidad funcional de especialidades en medicina interna no seguirá pacientes en 2016.
- 70% de la actividad quirúrgica hospitalaria se realizará sin ingreso en 2016. Incremento de la Cirugía Menor en AP al 70% de los centros en el mismo periodo.
- Extensión de la ecografía como medio diagnóstico a todos los profesionales de AP y Medicina Interna y Urgencias en el hospital. Extensión de tecnologías de resolución: retinografías fundamentalmente a toda la AP. Pendiente de disponibilidad de recursos.
- Integración de las unidades de Pediatría (2016) y Urgencias urbanas (2015), subproceso asistencial integrado con urgencias rurales.
- Todas las consultas de nuevo modelo asistencial integrado serán de diagnóstico rápido con acceso directo a pruebas diagnósticas.
- Incremento de un 100% en dos años de las consultas de enfermería en especializada con agenda y contenidos diferenciados.
- Puesta en marcha de la enfermería de enlace con prestación de servicios en todos los ámbitos: hospital, AP, domicilio y comunidad. Inicio en el Proceso del paciente crónico en 2015.
- Unidad de hospitalización de convalecencia con cuidados mínimos en 2016.
- Almacén y logística únicos en el área en 2016.
- Unidad de mantenimiento y electromedicina únicas en el segundo semestre de 2014.



- Integración final en una sola ubicación de todas las unidades administrativas antes de julio de 2015.
- Puesta en marcha, sin recursos adicionales de unidades de suelo pélvico y dolor en 2015.
- Plan de necesidades en 2015 que permita al menos reponer la obsolescencia.
- Extensión de la definición de estrategias compartidas a todas las asociaciones y organizaciones de la Tabla de Aliados a lo largo del periodo de planificación.
- Plan de participación comunitaria y puertas abiertas a desarrollar a partir de 2015.
- Creación de la figura del referente en integración, mejora y planificación de cada unidad.
- Planificación a partir del próximo ejercicio de la formación especializada en función de la capacidad y las necesidades futuras de profesionales del área.
- Aumentar la investigación, la innovación y el prestigio (asistencial y de calidad) de la gerencia para resultar lo más atractiva posible a nuevos profesionales.

## Dificultades

### Generales de todo cambio.

- Resistencia al cambio.
- Falta de cultura de cambio y comunicación del mismo.
- Miedo a la pérdida de parcelas de poder.
- Incertidumbre.
- Falta de credibilidad en el liderazgo del cambio.

### Específicas de la Integración asistencial.

- Heterogeneidad excesiva entre las estrategias y los desarrollos de las distintas áreas de nuestro sistema regional de salud y del SNS.
- Desconfianza hacia los otros.
- Miedo a perder la dependencia del paciente.
- Resistencia al cambio de ubicación física o dinámicas de trabajo.
- Sistemas no adaptados a trabajar en procesos integrados.
- Dificultades normativas.
- Luchas de poder incluso en las direcciones.

### Coyunturales.

- Trabajar en un entorno diferente en el resto de la Gerencia Regional.
- Incomprensión en otras estructuras.
- Penurias presupuestarias.
- Falta de incentivos.
- Dificultad presupuestaria y normativa para el desarrollo de proyectos innovadores.

### Debilidades.

- Condiciones socio-geográficas: Despoblación, dispersión, malas comunicaciones.
- Envejecimiento creciente de la población.
- Desarrollo de la provincia: Poco tejido industrial, limitadas actividades económicas y escasa población en edad laboral.
- Cultura asistencial tradicional basada en el tratamiento a demanda de la enfermedad.
- Falta de coordinación entre las diversas unidades con tendencia histórica a la especialización y no a la integración.
- Reducida participación y autorresponsabilización de los ciudadanos en el cuidado de su salud.
- Inexistencia de recursos asistenciales próximos con los que establecer sinergias.
- Limitaciones al tratarse de un área pequeña y aislada de acceso a programas formativos, de investigación o innovación.
- Sistema endogámico y con escasa competencia. Poco orientado a la verdadera cobertura de las necesidades asistenciales de la población.



## Opinión general

La integración asistencial es una forma diferente de prestación de servicios sanitarios centrada en el usuario y en la cobertura de sus verdaderas necesidades asistenciales.

Nuestro modelo asistencial no ha sido capaz de adaptarse a la nueva percepción de los ciudadanos sobre su salud, más en la línea del bienestar y la calidad de vida que en el mero tratamiento y prevención de enfermedades, con lo que conceptos como la confortabilidad, la resolución rápida de problemas, la atención personalizada o los cuidados que antes no tenían valor, ahora se han vuelto fundamentales. Este hecho ha vuelto insostenible un modelo sanitario que ya de por sí tenía problemas de financiación serios desde hace años.

Por primera vez nos enfrentamos al problema de que hacer sostenible el sistema no consiste solo en asegurar su financiación y evitar el endeudamiento, sino que pasa por la aceptación del ciudadano del mismo y, por tanto, de su disposición a seguir financiándolo.

Necesitamos un nuevo modelo asistencial que, sin perder los altos niveles de calidad y desarrollo tecnológico que tenemos, se adapte a estas nuevas demandas. Cuidar, calidad percibida, accesibilidad, comodidad, pero también medios diagnósticos, alta cualificación profesional y tratamientos cada vez más avanzados. Y además, si es posible, con menos recursos. En un primer momento pudo ser suficiente con corregir ineficiencias, pero ¿qué ocurre si esto no basta o el entorno social no permite eliminarlas del todo? La única solución es un sistema sanitario donde las demandas más habituales se cubran a través de procesos eficientes que supriman pasos innecesarios, molestos y caros, en el entorno accesible del usuario y con los medios adecuados, reservando los medios excepcionales para aquellas necesidades que los requieran y que aunque sean muy caras, afortunadamente son muy infrecuentes. El ejemplo más evidente es la atención a la cronicidad.

Desde este punto de vista, la integración asistencial no es un problema de unir la atención primaria con la especializada. Probablemente, la Primaria es la que menos integración necesita, porque ya venía trabajando así desde su reforma. La integración asistencial es una nueva forma de trabajo y una idea que tiene que presidir cualquier actuación de los profesionales y es necesario que entre definitivamente en los hospitales. Más importante es que haya integración entre los distintos servicios de un hospital o entre hospitales o entre los componentes de una unidad determinada que con atención primaria.

Cuando se produce la integración de gerencias, da la sensación de que con unir estructuras, problema resuelto y al poco tiempo nos damos cuenta de que esto no es así, por mucha gerencia única que haya, la integración asistencial puede ser nula y, viceversa, se puede hacer integración asistencial con estructuras directivas separadas. La única ventaja de la integración organizativa se produce cuando su dirección tiene muy claro que lo único importante es la integración asistencial y el cambio a un modelo asistencial adaptado a las verdaderas necesidades asistenciales de su población. Integrar estructuras sin una verdadera integración asistencial no solo no sirve de nada sino que además contribuye a perpetuar los problemas y hacer más insostenible el sistema.

La verdadera integración asistencial pasa, además de por la asunción por los profesionales de su filosofía, por tres aspectos:

1. La gestión de procesos asistenciales integrados, que permitan actuaciones de calidad, eficientes y resolutivas, utilizando todos los recursos del sistema, elimine lo que no aporta valor y disminuya la variabilidad clínica.
2. La descentralización de la gestión permitiendo a los profesionales la organización de los procesos asistenciales y el control de los costes de los mismos.
3. La cultura de “Mejora Continua”, sin la cual las dos anteriores se hacen imposibles.



Todo ello en un escenario de planificación a corto, medio y largo plazo donde tiene que estar muy claro el modelo asistencial a que se aspira y los objetivos a alcanzar.

La integración organizativa se puede hacer antes, durante o después de la asistencial pero nunca sin ella. En nuestra experiencia es mucho mejor no integrar que hacerlo “en vacío” sin una verdadera integración asistencial detrás, incluso cuando se habla de unidades no asistenciales.

## **Necesidades**

- Descentralización de la gestión. También a las gerencias.
- Definición del Modelo Asistencial.
- Incentivación a través de las posibilidades de desarrollo profesional.
- Recursos para Plan de Necesidades, evidentemente descentralizado.
- Evaluación en base a resultados en salud.
- Trasmitir la idea de irreversibilidad del cambio.
- Cultura de integración en servicios centrales.
- Algún cambio en recursos humanos. Evaluación del desempeño. Libre designación. Plantillas integradas.
- Utilización racional de todos los recursos disponibles en la comunidad. Accesibilidad siempre pero cercanía solo cuando se garantice la equidad en la calidad. Aprovechar las nuevas tecnologías para mejorar la accesibilidad.
- Adaptar los programas y operativos a la integración y no al revés.
- Desarrollo de los sistemas de información.
- Acercamiento a los ciudadanos. Fomento de la participación. Aprovechamiento del asociacionismo.



## 8. MAPA ESTRATEGICO

### El Mapa Estratégico: transformando activos intangibles en resultados tangibles

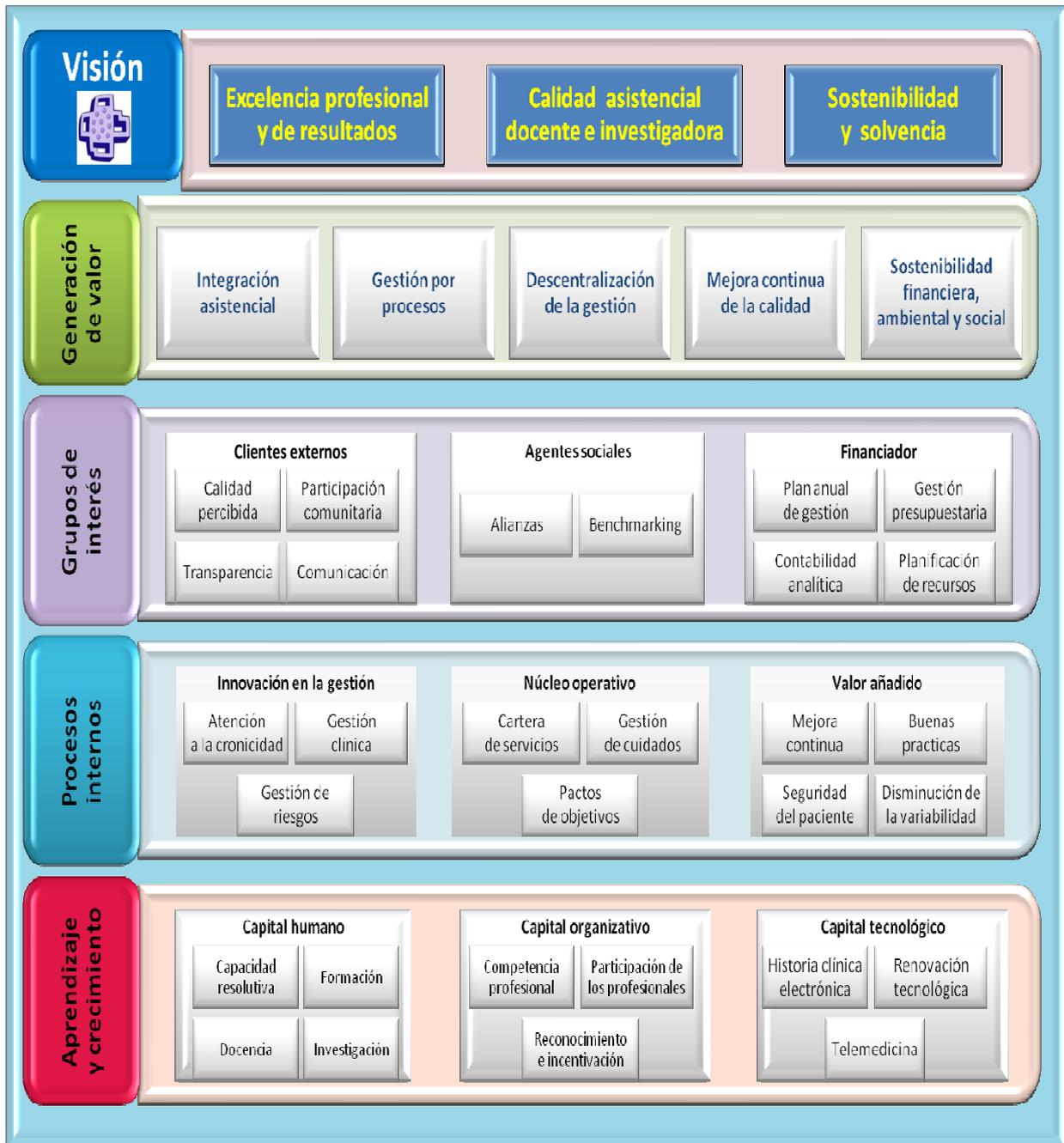
El Mapa Estratégico de la Gerencia Integrada de Soria (GIS) es una representación gráfica que permite mostrar la relación causa-efecto que se establece entre los recursos de que dispone y sus objetivos estratégicos clave. Resume en un solo documento, a modo de hoja de ruta, y de manera sintética y comprensiva como la GIS se plantea alcanzar su estrategia,

Es una herramienta que posibilita alinear a la organización hacia la consecución de la visión descrita en el Plan Estratégico, a comunicar y difundir los objetivos estratégicos clave y a definir lo que las personas tienen que hacer para alcanzarlos, utilizando, para una organización pública, las cuatro perspectivas siguientes:

1. **Aprendizaje y crecimiento:** describe la forma en que los activos intangibles (el capital humano, el tecnológico y la cultura organizacional) se combinan para alcanzar la visión de la GIS ¿Cómo debe aprender y mejorar nuestra organización?
2. **Procesos internos:** crean y entregan la propuesta de valor para satisfacer a los grupos de interés de la GIS ¿En qué procesos debemos obtener resultados sobresalientes?
3. **Grupos de interés:** para alcanzar la visión de la GIS ¿Cómo debemos presentarnos ante nuestros clientes?
4. **Generación de valor:** si la GIS tiene éxito en su planificación ¿Cuales son las estrategias clave que nuestros clientes percibirán como aporte de valor añadido?

Los objetivos de estas cuatro perspectivas se vinculan entre ellos en una cadena de relaciones causa-efecto: la mejora y la alineación de los objetivos intangibles conducen a un mejor desempeño de los procesos, lo que a su vez induce al éxito con los grupos de interés.







## 9. LINEAS ESTRATEGICAS

### **LINEA ESTRATEGICA I: Modelo asistencial Integrado**

#### **Estrategias:**

- E.I.1: Integración asistencial
- E.I.2: Gestión por procesos
- E.I.3: Atención a la cronicidad
- E.I.4: Gestión de cuidados

### **LÍNEA ESTRATÉGICA II: Accesibilidad, Universalidad, Equidad y Eficiencia**

#### **Estrategias:**

- E II.1: Cartera y oferta de servicios.
- E II.2: Variabilidad asistencial.
- E II.3: Capacidad resolutive.
- E II.4: Atención comunitaria y domiciliaria.

### **LINEA ESTRATEGICA III: Calidad y Seguridad del Paciente**

#### **Estrategias:**

- E III.1: Mejora continua. Modelo EFQM.
- E III.2: Buenas prácticas.
- E III.3: Adversidad y seguridad hospitalarias.
- E III.4: Calidad percibida.

### **LINEA ESTRATEGICA IV: Desarrollo profesional.**

#### **Estrategias:**

- E IV.1: Formación continuada.
- E IV.2: Docencia.
- E IV.3: Investigación.
- E.IV.4: Desarrollo y evaluación de la competencia profesional

### **LINEA ESTRATEGICA V: Participación y motivación de los profesionales.**

#### **Estrategias:**

- E V.1: Descentralización de la gestión y Gestión Clínica.
- E V.2: Comunicación y participación de los profesionales.
- E V.3: Reconocimiento e incentivación.

### **LINEA ESTRATEGICA VI: Participación comunitaria.**

#### **Estrategias:**

- E VI.1: Comunicación y participación comunitaria.
- E VI.2: Alianzas con pacientes, proveedores y partners.
- E VI.3: Intervención sanitaria comunitaria.

### **LINEA ESTRATEGICA VII: Sostenibilidad.**

#### **Estrategias:**

- E VII.1: Gestión financiera-presupuestaria.
- E VII.2: Contabilidad analítica.
- E VII.3: Recursos Humanos.
- E VII.4: Recursos Materiales.
- E VII.5: Facturación.

### **LINEA ESTRATEGICA VIII: Innovación y desarrollo.**

#### **Estrategias:**

- E VIII.1: Renovación tecnológica.
- E VIII.2: Historia clínica electrónica.
- E VIII.3: Telemedicina.
- E VIII.4: Nuevas prestaciones y servicios.



## LINEA ESTRATEGICA I: Modelo asistencial Integrado

### E.I.1: INTEGRACIÓN ASISTENCIAL

ESTRATEGIA E.I.1	INTEGRACIÓN ASISTENCIAL		
<b>OBJETIVO 1</b>	<b>Desarrollo de Unidades Asistenciales Específicas de nuevo modelo.</b>		
		FECHA	RESPONSABLE
<b>META</b>	<b>Atención a los pacientes del Área de Salud por las Unidades de Nuevo Modelo en el 80% de los casos.</b>	2020	Dirección de Procesos.
ACTIVIDADES	Elaboración de Planes de seguimiento a pacientes G3 del área (500 Pacientes/año).	2015-20	Subdirección de Procesos.
	Adaptación física de la Unidad de Corta Estancia.	2015	Dirección de Gestión.
	Aumento actividad Unidad Diagnóstico Rápido (UCAI) con respecto al año anterior.	2015-20	Unidad de Medicina Interna.
	Puesta en marcha la Unidad de Convalecencia Sanitaria.	2017	Unidad de Medicina Interna.
INDICADORES	Planes elaborados cada año en pacientes G3 > 500.		
	Desarrollo del Plan de adecuación, proyecto de obra y finalización de las obras en UCE.		
	Actividad UCAI cada año / Actividad UCAI año anterior > 1.		
	Desarrollo e implantación de Unidad de Convalecencia Sanitaria, con puesta en marcha y primer ciclo de evaluación a 31/12/2017.		
	Porcentaje de pacientes atendidos por las Unidades del nuevo modelo asistencial sobre total de pacientes atendidos..		

ESTRATEGIA E.I.1	INTEGRACIÓN ASISTENCIAL		
<b>OBJETIVO 2</b>	<b>Historia clínica única o con funcionamiento bidireccional.</b>		
		FECHA	RESPONSABLE
<b>META</b>	<b>Todos los profesionales tendrán acceso a toda la información clínica necesaria para la atención a la población a través de Medora y/o Jimena.</b>	2015	Responsable Historia clínica Informática.
ACTIVIDADES	Elaboración de un Plan sobre actividades, sistemas de conexión e itinerarios alternativos en el funcionamiento de la Historia Clínica compartida.	2015	Responsable Historia clínica Informática.
INDICADOR	Porcentaje de profesionales con acceso a toda la información clínica sobre total de profesionales asistenciales.		



## E.I.2: GESTION POR PROCESOS

ESTRATEGIA E.I.2	GESTION POR PROCESOS		
<b>OBJETIVO 3</b>	<b>Aumento de la Gestión por Procesos de la GIS, hasta que represente la totalidad de la actividad sanitaria.</b>		
		FECHA	RESPONSABLE
<b>META a</b>	<b>Incorporación de Subprocesos Asistenciales Integrados (cinco anuales).</b>	2015-20	Dirección de Procesos.
ACTIVIDADES	Elaboración y desarrollo de los procesos a través de grupos de trabajo interdisciplinarios.	2015-20	Dirección de Procesos.
INDICADOR	Nº de procesos elaborados anualmente.		
		FECHA	RESPONSABLE
<b>META b</b>	<b>Actualización de la información existente en el Mapa de Procesos.</b>	2015-20	Dirección de Procesos.
ACTIVIDADES	Reunión anual de los integrantes del grupo de trabajo de los diferentes procesos en al menos la tercera parte de los mismos.	2015-20	Dirección de Procesos.
	Actualización (reajuste) de los procesos existentes por el responsable del proceso.	2015-20	Dirección de Procesos.
INDICADORES	Porcentaje de grupos de trabajo de procesos operativos reunidos en el año.		
	Porcentaje de procesos operativos actualizados anualmente.		
		FECHA	RESPONSABLE
<b>META c</b>	<b>Consolidación del Mapa de Procesos en el área.</b>	2015-20	Dirección de Procesos.
ACTIVIDADES	Información periódica a los profesionales sobre el Mapa de Procesos y su actualización (2 / año).	2015-20	Dirección de Procesos.
INDICADOR	Sugerencias recibidas cada año.		
	Entradas a la dirección IP cada año.		
	Informaciones a profesionales cada año.		



## E.I.3: ATENCION A LA CRONICIDAD

ESTRATEGIA E.I.3	ATENCIÓN A LA CRONICIDAD		
<b>OBJETIVO 4</b>	<b>Fomento del autocuidado, corresponsabilidad y participación.</b>		
		FECHA	RESPONSABLE
<b>META</b>	<b>95% de los Pacientes incluidos en la guía asistencial del paciente crónico, tendrán plan de autocuidado.</b>	2020	Subdirección de Procesos.
ACTIVIDADES	Inclusión de los planes de autocuidado en pacientes G3 mediante la herramienta "Planes".	2015-20	Subdirección de Procesos.
INDICADOR	Porcentaje de pacientes incluidos en la guía asistencial, en los que conste plan de autocuidados cada año.		

ESTRATEGIA E.I.3	ATENCIÓN A LA CRONICIDAD		
<b>OBJETIVO 5</b>	<b>Seguimiento y control de pacientes crónicos y pluripatológicos.</b>		
		FECHA	RESPONSABLE
<b>META</b>	<b>Disminución de ingresos y estancias en pacientes G3 con respecto al año anterior.</b>	2015-20	Subdirección de Procesos.
ACTIVIDADES	Síntomas de alarma recogidos en la guía asistencial de cada paciente >95%.	2015-20	Subdirección de Procesos.
	Plan de seguimiento en los pacientes incluidos en el proceso >95%	2015-20	Subdirección de Procesos.
	Registro en Medora de la valoración de pacientes G3 ingresados.	2016	Subdirección de Procesos.
INDICADOR	Porcentaje de pacientes G3 incluidos en proceso, con plan de seguimiento cada año.		
	Porcentaje de pacientes que tienen recogidos los síntomas de alarma en la guía asistencial.		
	Días de estancia anual de pacientes G3 en ingreso hospitalario.		



## E.I.4: GESTION DE CUIDADOS

ESTRATEGIA E.I.4	GESTION DE CUIDADOS		
<b>OBJETIVO 6</b>	<b>Desarrollo del modelo de planes de cuidados de enfermería.</b>		
		FECHA	RESPONSABLE
<b>META a</b>	<b>95% pacientes incluidos en el proceso del paciente crónico tendrán Plan de cuidados y estará integrado en "Planes".</b>	2015-20	Subdirección de Procesos.
ACTIVIDADES	Apoyo metodológico de la enfermera de enlace de AP a las enfermeras AP para realizar los planes de cuidados, al menos una vez al trimestre en cada centro.	Trimestral	Subdirección de Procesos.
INDICADOR	Proporción de pacientes con planes de cuidados integrados en "Planes" sobre el total de pacientes del proceso del Paciente Crónico Pluripatológico.		
	Nº de visitas de la enfermera de enlace por CS y /año.		
		FECHA	RESPONSABLE
<b>META b</b>	<b>95% pacientes hospitalizados tendrán Plan de cuidados y estará integrado en "Planes".</b>	2015-20	Subdirección de Procesos.
ACTIVIDADES	Apoyo metodológico de la enfermera GACELA a las enfermeras AE al menos una vez al trimestre.	Trimestral	Subdirección de Procesos.
	Elaboración de planes de cuidados estandarizados para pacientes hospitalizados (cuatro patologías por año).	2015-20	Subdirección de Procesos.
	Validación de los planes de cuidados, mediante el proceso habitual realizado en la GRS.	2015-20	Subdirección de Procesos.
	Implantación de los planes de cuidados una vez validados e instalados en GACELA.	2015-20	Subdirección de Procesos.
	Evaluación anual de los planes de cuidados y acciones de mejora por los grupos de mejora definidos al efecto.	2015-20	Subdirección de Procesos.
INDICADOR	Porcentaje de pacientes con planes de cuidados integrados en "Planes" sobre el total de pacientes dados de alta cada año.		
		FECHA	RESPONSABLE
<b>META c</b>	<b>Desarrollar planes de cuidados para incorporar a la cartera de servicios del área.</b>	2015-20	Subdirección de Procesos.
ACTIVIDADES	Elaboración de los planes de cuidados de los procesos más prevalentes realizados en el área (2 por año) y accesibles en el mapa de procesos de forma anual.	2015-20	Subdirección de Procesos.
INDICADOR	Nº de planes de cuidados estandarizados elaborados e implantados /año.		

ESTRATEGIA E.I.4	GESTION DE CUIDADOS		
<b>OBJETIVO 7</b>	<b>Valoración social e integración de la misma en la Historia clínica del paciente.</b>		
		FECHA	RESPONSABLE
<b>META</b>	<b>95% de los pacientes G3 incluidos en programa de crónicos tendrán historia social integrada.</b>	2020	Dirección de Enfermería Unidad de Trabajo Social
ACTIVIDADES	Establecimiento de un sistema de comunicación-captación de los pacientes G3 incluidos en el proceso para realización de visita-historia social.	2015-20	Dirección de Procesos.
INDICADOR	Porcentaje de pacientes G3 incluidos en el proceso, en los que consta Historia Social en Historia Clínica Electrónica cada año.		



ESTRATEGIA E.I.4	GESTION DE CUIDADOS		
<b>OBJETIVO 8</b>	<b>Impulso de las figuras de Enfermera Gestora de Casos y Enfermera de Enlace.</b>		
		FECHA	RESPONSABLE
<b>META a</b>	<b>Implantar la figura de la enfermera gestora de casos en AE.</b>	2015	Subdirección de Procesos.
ACTIVIDADES	Conocimiento y formación en el área de los planes de seguimiento de los pacientes G3.	2015	Subdirección de Procesos.
	Proveer los servicios de AE necesarios para cumplir los planes de seguimiento.	2015	Subdirección de Procesos.
	Revisión y control diario de la agenda de procedimientos del paciente crónico del área.	2015	Subdirección de Procesos.
	Gestión semanal de las necesidades hospitalarias de los pacientes.	2015	Subdirección de Procesos.
INDICADORES	Encuesta de satisfacción a profesionales: Satisfacción >85% en 2015 y 2019 con actividad de la Enfermera Gestora de casos.		
	Reclamaciones de cita pacientes G3 < 5% de los pacientes G3/ año.		
	Informe de necesidad de citas pacientes G3 semanales en el 100% de las semanas del año.		
		FECHA	RESPONSABLE
<b>META b</b>	<b>Implantar la figura de la enfermera de enlace en AP.</b>	2015	Subdirección de Procesos.
ACTIVIDADES	Revisión trimestral de los planes de cuidados y autocuidado de los pacientes de cada enfermera de AP.	2015-20	Subdirección de Procesos.
INDICADORES	Encuesta de satisfacción a profesionales : Satisfacción >85% en 2015 y 2019 con actividad de la Enfermera de enlace de AP.		

ESTRATEGIA E.I.4	GESTION DE CUIDADOS		
<b>OBJETIVO 9</b>	<b>Impulso de la figura del "Paciente activo".</b>		
		FECHA	RESPONSABLE
<b>META</b>	<b>Avanzar en el desarrollo del programa del "paciente activo".</b>	2015-20	Dirección de Enfermería.
ACTIVIDADES	Participación en las actividades formativas que se desarrollen por la Gerencia Regional de Salud sobre el proyecto del "paciente activo".	2015-20	Dirección de Enfermería.
	Realización de actividades desarrolladas a través del programa del "pacientes activo".	2015-20	Dirección de Enfermería.
INDICADOR	Nº de "pacientes activos" cada año.		



## LÍNEA ESTRATÉGICA II: Accesibilidad, Universalidad, Equidad y Eficiencia

### E.II.1: CARTERA Y OFERTA DE SERVICIOS

ESTRATEGIA E.II.1	CARTERA Y OFERTA DE SERVICIOS		
<b>OBJETIVO 10</b>	<b>Optimizar la Cartera de Servicios con criterios de eficiencia y calidad</b>		
		FECHA	RESPONSABLE
<b>META a</b>	<b>Elaborar los procesos asistenciales más relevantes en el área.</b>	2020	Dirección de Procesos.
ACTIVIDADES	Definir criterios de relevancia.	2015	Dirección de Procesos.
	Propuesta de al menos un proceso asistencial por cada unidad,	2015	Dirección de Procesos.
	Elaboración de 5 procesos asistenciales/año priorizados según los criterios definidos.	2016-20	Dirección de Procesos.
	Difusión e implantación de los procesos elaborados	2016-20	Dirección de Procesos.
INDICADOR	Número de procesos elaborados e implantados cada año.		
		FECHA	RESPONSABLE
<b>META b</b>	<b>Incrementar la oferta de servicios tendentes a la resolución en el área de los problemas de salud más prevalentes.</b>	2016	Comisión de Dirección.
ACTIVIDADES	Valoración anual de nuevas técnicas, procedimientos y aparataje a incluir para aumentar la capacidad resolutoria de los profesionales.	2015-20	Comisión de Innovación Tecnológica.
	Inclusión del aprendizaje de estas nuevas técnicas o procedimientos en el Plan Anual de Formación.	2015-20	Unidad de Formación Continuada
INDICADOR	Número de paciente que no se derivan por la utilización de estas nuevas técnicas / procedimientos cada año.		
		FECHA	RESPONSABLE
<b>META c</b>	<b>Todos las necesidades de salud se tratarán en el lugar más adecuado, próximo y accesible.</b>	2020	Dirección de Procesos.
ACTIVIDADES	Orientación de los procesos a facilitar la accesibilidad de la población mediante indicación clara de lugar preferible de asistencia.	2015-20	Dirección de Procesos.
	Adecuación al proceso de cuidados paliativos en domicilio, salvo en caso de imprescindible ingreso (según lo recogido en la página 6 del Proceso del área, en el apartado "Actuaciones en la Unidad de Cuidados Paliativos Hospitalaria" (UHCP). Incorporación de psicólogo en atención domiciliaria.	2015	Dirección de Procesos.
	Evaluación bienal de los sistemas de transporte de enfermos crónicos por las propias unidades (informe de estas unidades, sobre la utilización del transporte colectivo).	2015, 2017, 2019	Unidades de Diálisis y Rehabilitación/Fisioterapia.
INDICADOR	Indicadores de correcta derivación entre niveles recogidos en los diferentes procesos asistenciales cada año.		
	Encuestas bienales de los sistemas de transporte.		



## E.II.2: VARIABILIDAD ASISTENCIAL

ESTRATEGIA E.II.2	VARIABILIDAD ASISTENCIAL		
<b>OBJETIVO 11</b>	<b>Disminuir la variabilidad clínica innecesaria con criterios de evidencia científica.</b>		
		FECHA	RESPONSABLE
<b>META a</b>	<b>La actuación clínica se adecuará a los procesos en el 80% de los procesos relevantes.</b>	2020	Dirección de Procesos.
ACTIVIDADES	Establecimiento de criterios clave en todos los procesos.	2015	Dirección de Procesos.
	Revisión anual de cada proceso asistencial respecto a las nuevas evidencias científicas.	2015-20	Responsable del proceso.
	Comunicación a los profesionales de los resultados de la evaluación y análisis.	2015-20	Dirección de Procesos.
INDICADOR	Evaluación de la adecuación clínica de 5 procesos/año.		
		FECHA	RESPONSABLE
<b>META b</b>	<b>Eliminar las duplicidades de actuación clínica de los profesionales.</b>	2020	Direcciones Asistenciales.
ACTIVIDADES	Establecimiento de criterios para considerar duplicada una prueba (5 pruebas/año).	2016-20	Direcciones Asistenciales.
	Difusión de los criterios a todos los profesionales implicados.	2016-20	Direcciones Asistenciales.
INDICADOR	Número de pruebas en las que se han definido criterios de duplicidad.		
		FECHA	RESPONSABLE
<b>META c</b>	<b>Derivaciones e interconsultas inferiores al 20% en los procesos asistenciales definidos.</b>	2020	Dirección de Procesos.
ACTIVIDADES	Desarrollo del nuevo modelo asistencial, con el fin que las derivaciones existentes actualmente desde AP a AE, o entre servicios hospitalarios se hagan innecesarias por estar sometidas a procesos clínicos, mediante la realización de nuevos procesos y/o revisión de los existentes.	2015-20	Dirección de Procesos.
	Comunicación de procesos existentes a los profesionales para evitar derivaciones innecesarias.	2015-20	Dirección de Procesos.
INDICADOR	Derivaciones en 5 procesos/año (muestreo).		
	Recordatorio semestral del Mapa de Procesos.		



## E.II.3: CAPACIDAD RESOLUTIVA

ESTRATEGIA E.II.3		CAPACIDAD RESOLUTIVA	
<b>OBJETIVO 12</b>		<b>Potenciar las consultas de alta resolución.</b>	
		FECHA	RESPONSABLE
<b>META</b>	<b>Al menos una consulta de alta resolución por Unidad.</b>	2020	Direcciones Asistenciales.
ACTIVIDADES	Catálogo de las consultas existentes de alta resolución.	2015	Direcciones Asistenciales.
	Definir y diseñar las consultas de alta resolución por unidad, con su subproceso correspondiente.	2015	Direcciones Asistenciales.
	Implantar las nuevas consultas de alta resolución definidas en la actividad anterior.	2016	Direcciones Asistenciales.
	Evaluar actividad y funcionamiento de las nuevas consultas de alta resolución a través de los indicadores que se recojan en los procesos correspondientes.	2017	Direcciones Asistenciales.
	Plan/es de mejora/s en el diseño/funcionamiento de las consultas de alta resolución en función de los resultados de la actividad anterior.	2018	Direcciones Asistenciales.
INDICADOR	Número de nuevas consultas de alta resolución (Definidas, Diseñadas, Implantadas y Evaluadas) cada año.		
	Número de planes de mejora elaborados y evaluados en 2020.		

ESTRATEGIA E.II.3		CAPACIDAD RESOLUTIVA	
<b>OBJETIVO 13</b>		<b>Incrementar actuaciones en prevención secundaria.</b>	
		FECHA	RESPONSABLE
<b>META</b>	<b>El 70% de la población diana estará incluida en los programas de diagnóstico precoz de patologías oncológicas.</b>	2020	Dirección Médica.
ACTIVIDADES	Potenciación y mantenimiento de los Programas de diagnóstico precoz de patologías oncológicas - Cáncer colorrectal.- mantenimiento de las actividades. - Cáncer de mama.- Incremento de las rellamadas a las mujeres que no acuden a la citación (al menos una rellamada por cita a la que no acude, con registro de las mismas) - Cáncer de cérvix y papiloma.	2015-20	Dirección Médica.
	Evaluación en la Unidad de Evaluación Tecnológica a fin de establecer programas de diagnóstico precoz en las patologías prevalentes. Las nuevas propuestas de screening / diagnóstico precoz, serán evaluadas e informadas por la Unidad Tecnológica.	2015-20	Responsable de la Unidad Tecnológica.
INDICADOR	Evaluación anual y plan de mejora en los programas de diagnóstico precoz de patologías oncológicas existentes.		
	Número de nuevos programas de diagnóstico precoz evaluados cada año.		



ESTRATEGIA E.II.3		CAPACIDAD RESOLUTIVA	
OBJETIVO 14		Actuar sobre las patologías que producen una mayor morbi-mortalidad.	
		FECHA	RESPONSABLE
META a	<b>Disminuir la morbilidad hospitalaria por cardiopatía isquémica y enfermedad cerebrovascular (en &lt; 75 años) a cifras inferiores a las existentes en 2014.</b>	2018	Dirección Médica.
ACTIVIDADES	Determinación y registro del Riesgo cardiovascular en el 70% de los pacientes menores de 65 años con patologías del sistema circulatorio.	2018	Dirección Médica.
	Control en patologías crónicas de indicadores intermedios (tensión arterial en pacientes hipertensos, hemoglobina glicosilada en diabéticos, indicador INR en pacientes con anticoagulación oral y cifras LDL-colesterol en pacientes hipercolesterolémicos con rRiesgo cardiovascular elevado).	2015-20	Dirección Médica.
INDICADOR	Incidencia de cardiopatía isquémica y enfermedad cerebrovascular en menores de 75 años.		
		FECHA	RESPONSABLE
META b	<b>Disminuir la Mortalidad por eventos cardiovasculares a cifras inferiores a las existentes en 2014.</b>	2020	Dirección Médica.
ACTIVIDADES	Cumplimiento de los criterios de activación del "Código Ictus".	2015-20	Dirección Médica.
	Existencia de Desfibriladores y personal entrenado en su manejo en todos los Centros y Puntos de Guardia.	2015-20	Dirección de Gestión. Unidad de Formación.
	Establecimiento de un proceso que facilite el acceso a fibrinólisis y angioplastia secundaria a todos los ciudadanos del área de Soria según el Documento "Código Infarto".	2015-20	Dirección Médica.
INDICADOR	Mortalidad por eventos cardiovasculares.		



## E.II.4: ATENCIÓN COMUNITARIA Y DOMICILIARIA

ESTRATEGIA E.II.4		ATENCIÓN COMUNITARIA Y DOMICILIARIA	
<b>OBJETIVO 15</b>		<b>Promoción de la salud en la población general.</b>	
		FECHA	RESPONSABLE
<b>META</b>	<b>Establecimiento de Alianzas con entidades sociales y organizaciones ciudadanas y de pacientes.</b>	2020	Subdirección de Procesos.
ACTIVIDADES	Fomento de hábitos saludables y control de factores de riesgo en población sana mediante Educación Sanitaria de la población (Educación para la salud).	2015-20	Subdirección de Procesos
	Actividades preventivas encaminadas al cumplimiento de la Cartera de Servicios.	2015-20	Subdirección de Procesos
	Campañas de información en medios sociales sobre prevención y cuidado de las enfermedades.	2015-20	Subdirección de Procesos
INDICADOR	Número de alianzas activas cada año.		
	Resultados anuales de la Cartera de Servicios.		
	Campañas de información realizadas cada año.		

ESTRATEGIA E.II.4		ATENCIÓN COMUNITARIA Y DOMICILIARIA	
<b>OBJETIVO 16</b>		<b>Impulsar la atención domiciliaria.</b>	
		FECHA	RESPONSABLE
<b>META</b>	<b>Incrementar la atención domiciliaria de enfermería y trabajador social.</b>	2015-20	Dirección de Enfermería.
ACTIVIDADES	Cumplimiento de los indicadores referentes a atención domiciliaria en los procesos.	2015-20	Dirección de Enfermería.
	Planes de Cuidados específicos en todos los procesos crónicos.	2015-20	Dirección de Enfermería.
	Formación a cuidadores sobre metodología de cuidados en salud en función de la/s patología/s.	2017	Dirección de Enfermería.
	Visitas programadas periódicas a los pacientes inmovilizados (mínimo 1/mes en inmovilizados G3).	2015-20	Dirección de Enfermería.
	Visitas domiciliarias a pacientes G3 (semestral por enfermería y anual por trabajador social).	2015-20	Dirección de Enfermería.
INDICADOR	Número de visitas/año domiciliarias de enfermería y trabajador social.		

ESTRATEGIA E.II.4		ATENCIÓN COMUNITARIA Y DOMICILIARIA	
<b>OBJETIVO 17</b>		<b>Autonomía de los pacientes en sus necesidades.</b>	
		FECHA	RESPONSABLE
<b>META</b>	<b>Los pacientes crónicos participan en el control de su enfermedad.</b>	2020	Dirección de Enfermería.
ACTIVIDADES	Educación sanitaria a grupos específicos de pacientes de Servicios de Cartera: (Tabaquismo, Diabetes, Obesidad, EPOC).	2015-20	Dirección de Enfermería.
	Participación en la Estrategia Regional del "Paciente experto-paciente activo" en las actividades formativas y desarrollo de actividades con al menos un EAP/Unidad por año.	2015-20	Dirección de Enfermería.
INDICADOR	Cumplimiento de actividades cada año.		



## LINEA ESTRATEGICA III: Calidad y Seguridad del Paciente

### E.III.1: MEJORA CONTINUA Y MODELO E.F.Q.M.

ESTRATEGIA E.III.1	MEJORA CONTINUA. MODELO EFQM		
<b>OBJETIVO 18</b>	<b>Implantar autoevaluación con modelo EFQM en los centros y unidades asistenciales.</b>		
		FECHA	RESPONSABLE
<b>META</b>	<b>Más del 30% de las unidades y centros de la organización con autoevaluación implantada.</b>	2020	Dirección de Procesos
ACTIVIDADES	Elaboración y aprobación del documento de autoevaluación.	2015	Dirección de Procesos
	Realización de la autoevaluación según modelo establecido en las Unidades que hayan accedido a la Gestión Clínica.	2016	Dirección de Procesos
	Realización de autoevaluación según modelo establecido en al menos 10 Unidades asistenciales.	2017-20	Dirección de Procesos
	Inclusión de Incentivos en los Pactos de las unidades con autoevaluación.	2016-20	Dirección de Procesos
INDICADOR	Número de Unidades y centros con autoevaluación según modelo.		

ESTRATEGIA E.III.1	MEJORA CONTINUA. MODELO EFQM		
<b>OBJETIVO 19</b>	<b>Valorar las posibilidades que la autoevaluación o la reacreditación del modelo EFQM nos ofrece para una mejora continua de la organización.</b>		
		FECHA	RESPONSABLE
<b>META</b>	<b>Reacreditación EFQM.</b>	2016	Grupo EFQM.
ACTIVIDADES	Autoevaluación.	2015	Grupo EFQM.
	Elaboración de la memoria.	2016	Grupo EFQM.
	Plan de mejora según informe de reacreditación.	2016	Grupo EFQM.
INDICADOR	Reacreditación en las fechas previstas.		



## E.III.2: BUENAS PRÁCTICAS

ESTRATEGIA E.III.2	BUENAS PRÁCTICAS		
<b>OBJETIVO 20</b>	<b>Facilitar una adecuada comunicación y transmisión de la información relacionada con la medicación en la dispensación de la Farmacia Hospitalaria.</b>		
		FECHA	RESPONSABLE
<b>META</b>	<b>El 100% de la prescripción médica informatizada se realizará con conexión entre la Hª Clínica, Farmacia y Gacela.</b>	2020	Dirección Médica
ACTIVIDADES	Instauración de programa informático necesario.	2016	Dirección Médica
	Retirada progresiva de la Hoja de Tratamiento Médico en las distintas Unidades.	2016-20	Dirección Médica
	Seguimiento del funcionamiento del programa y actualizaciones/mejora si es necesario.	2016-20	Dirección Médica
INDICADOR	Porcentaje de prescripciones médicas realizadas informáticamente /año.		

ESTRATEGIA E.III.2	BUENAS PRÁCTICAS		
<b>OBJETIVO 21</b>	<b>Promover una cultura de seguridad del paciente.</b>		
		FECHA	RESPONSABLE
<b>META</b>	<b>Existencia de un número adecuado de declaraciones que permitan establecer una cultura de buenas prácticas y disminuya el número de incidentes.</b>	2020	Unidad de Medicina preventiva y Gestores SISNOT
ACTIVIDADES	Formación de los profesionales en el sistema de notificación e incidentes, en al menos 3 unidades /año.	2015-20	Unidad de Medicina Preventiva.
	Desarrollo e implantación del programa de Sistema de Notificación de Incidentes (Sisnot), mediante el conocimiento y manejo de la aplicación por parte de los profesionales.	2015	Gestores SISNOT.
	Análisis de las notificaciones y establecimiento de acciones de mejora (Buenas prácticas).	2016	Gestores SISNOT.
INDICADOR	Incidentes registrados/año.		
	Número de propuestas de buenas prácticas/año.		
	Número de propuestas de buenas prácticas incluidas en el Mapa de Procesos/año.		



## E.III.3: ADVERSIDAD Y SEGURIDAD HOSPITALARIAS

ESTRATEGIA E.III.3		ADVERSIDAD Y SEGURIDAD HOSPITALARIAS	
OBJETIVO 22		Disminución de infecciones hospitalarias.	
		FECHA	RESPONSABLE
META	Infecciones nosocomiales menores del 3,5%.	2020	Unidad de Medicina Preventiva
ACTIVIDADES	Evaluación "in situ", al menos una vez al año del cumplimiento de las recomendaciones sobre higiene de manos mediante Check-List.	2015-20	Unidad de Medicina Preventiva.
	Evaluación "in situ" al menos una vez al año del cumplimiento del protocolo sobre curas de heridas.	2015-20	Unidad de Medicina Preventiva.
	Participación en programas de seguridad: proyecto Resistencia Zero" (Prevención del desarrollo de bacterias multirresistentes en pacientes críticos) para disminuir la incidencia de aquellos microorganismos menos sensibles a la actuación de los antibióticos y que, por lo tanto, tienen unas posibilidades de tratamiento limitadas.	2015-20	Unidad de Medicina Preventiva.
	Elaborar un informe de sensibilidad a antimicrobianos y distribuirlo entre los profesionales implicados cada dos años.	2015-20	Unidad de Medicina Preventiva.
INDICADOR	Porcentaje de infecciones nosocomiales/año frente al total de altas hospitalarias.		

ESTRATEGIA E.III.3		ADVERSIDAD Y SEGURIDAD HOSPITALARIAS	
OBJETIVO 23		Disminuir la incidencia de Ulceras por Presión en los pacientes hospitalizados.	
		FECHA	RESPONSABLE
META	Pacientes con Ulceras por Presión adquiridas en el hospital <2%.	2020	Unidad de Medicina Preventiva
ACTIVIDADES	Actualización de los protocolos de prevención y tratamiento y guías de actuación en las Ulceras por Presión.	2015	Grupo del Subproceso de Ulceras por Presión.
	Actualización, difusión y evaluación del Subproceso de Ulceras por presión, mediante equipos de trabajo.	2015-20	Dirección de Procesos.
	Actualización en habilidades y conocimientos sobre la prevención y tratamiento de las Ulceras por Presión mediante talleres formativos. Inclusión en los planes de formación anuales.	2015-20	Unidad de Medicina Preventiva.
INDICADOR	Porcentaje de pacientes hospitalizados con Ulceras por presión adquiridas durante el ingreso sobre altas hospitalarias en un año.		



ESTRATEGIA E.III.3		ADVERSIDAD Y SEGURIDAD HOSPITALARIAS	
OBJETIVO 24		Incorporación de la gestión de riesgos al mapa de procesos.	
		FECHA	RESPONSABLE
META	Determinación de puntos críticos e incorporación de buenas prácticas en el mapa de procesos.	2020	Dirección Médica
ACTIVIDADES	Identificación inequívoca del paciente en todos los procesos.	2015	Dirección Médica
	Revisión de los puntos críticos (en cuanto a seguridad) de los procesos existentes.	2016	Dirección Médica
	Inclusión de buenas prácticas en el Mapa de Procesos.	2017	Dirección Médica
INDICADOR	Porcentaje de procesos con determinación de puntos críticos e incorporación de buenas prácticas cada año.		

ESTRATEGIA E.III.3		ADVERSIDAD Y SEGURIDAD HOSPITALARIAS	
OBJETIVO 25		Prevenir la fractura de cadera en pacientes hospitalizados.	
		FECHA	RESPONSABLE
META	Reducir el número de caídas en pacientes ingresados.	2015-20	Unidad de Medicina Preventiva.
ACTIVIDADES	Aplicación del protocolo de prevención de caídas. Incluirlo en el subproceso de Hospitalización.	2015	Unidad de Medicina Preventiva.
	Informe anual sobre las causas de las caídas estableciendo acciones de mejora.	2015-20	Unidad de Medicina Preventiva.
	Inclusión de la formación bienal sobre caídas en el plan de formación.	2016-18-20	Unidad de Medicina Preventiva.
	Supervisión de los dispositivos y del uso adecuado de los mecanismos de seguridad. Revisión de los protocolos de prevención de caídas. Difusión y conocimiento de los distintos dispositivos de seguridad que hay en el Hospital (Barandillas, cinturones, muñequeras, etc.).	2015-20	Unidad de Medicina Preventiva.
INDICADOR	Número de caídas en pacientes ingresados cada año.		



## E.III.4: CALIDAD PERCIBIDA

ESTRATEGIA E.III.4	CALIDAD PERCIBIDA		
<b>OBJETIVO 26</b>	<b>Garantizar la seguridad, confort e intimidad del paciente.</b>		
		FECHA	RESPONSABLE
<b>META</b>	<b>Disminuir el 10 % las reclamaciones relacionadas con la seguridad, confort e intimidad del paciente.</b>	2020	Dirección Médica.
ACTIVIDADES	Actualización de la Guía informativa de hospitalización para usuarios.	2015	Dirección Médica.
	Actualización del plan de confort de los pacientes hospitalizados.	2016	Dirección Médica.
	Elaboración de un plan de mejora para preservar la intimidad del paciente.	2016	Dirección Médica.
	Promover un entorno de silencio y tranquilidad en áreas de hospitalización.	2015	Dirección Médica.
INDICADOR	Número de reclamaciones recibidas en el año por motivos de seguridad, confort y/o intimidad.		

ESTRATEGIA E.III.4	CALIDAD PERCIBIDA		
<b>OBJETIVO 27</b>	<b>Mantener o mejorar los resultados de los criterios 6a (Satisfacción de los usuarios) y 9 (Resultados clave de la Memoria EFQM).</b>		
		FECHA	RESPONSABLE
<b>META</b>	<b>Adecuar la interrelación entre profesionales y pacientes considerando necesidades, deseos y preferencias.</b>	2016	Dirección Médica.
ACTIVIDADES	Encuesta sobre los indicadores de los criterios 6a y 9 del EFQM.	2016-18-- 20	Dirección Médica.
	Elaboración de planes de mejora según los resultados de la encuesta.	2017 2019	Dirección Médica.
	Recoger sugerencias de las asociaciones de usuarios y profesionales.	2015-20	Dirección Médica.
	Conseguir la participación de usuarios en comisiones de calidad y seguridad del paciente.	2018 2020	Dirección Médica.
INDICADOR	Cumplimiento de las actividades.		
	Número de planes de mejora elaborados y puestos en marcha cada año		
	Resultados de los indicadores de los criterios 6a y 9 del Modelo EFQM.		



## LINEA ESTRATEGICA IV: Desarrollo profesional.

### E.IV.1: FORMACIÓN CONTINUADA

ESTRATEGIA E.IV.1	FORMACION CONTINUADA		
<b>OBJETIVO 28</b>	<b>Aumentar la motivación y satisfacción de los profesionales a través de la formación continuada</b>		
		FECHA	RESPONSABLE
<b>META</b>	<b>Aumentar la satisfacción de los profesionales participantes en las acciones formativas.</b>	2015-20	Responsable Formación Continuada.
ACTIVIDADES	Realizar la detección de necesidades formativas, mediante un sistema de registro abierto y permanente, análisis y priorización de las mismas anualmente.	2015-20	Responsable Formación Continuada.
	Adecuar la oferta de actividades a las necesidades detectadas, especialmente a colectivos minoritarios.	2015-20	Responsable Formación Continuada.
	Ampliar la oferta formativa a colectivos minoritarios.	2015-20	Responsable Formación Continuada.
	Impulsar nuevas modalidades formativas (talleres, seminarios, jornadas, etc.).	2015-20	Responsable Formación Continuada.
	Facilitar la accesibilidad de los trabajadores a las diferentes acciones formativas. Acercar la formación al lugar de trabajo.	2015-20	Responsable Formación Continuada.
	Fomentar las habilidades necesarias para la adquisición y desarrollo de competencias en el puesto de trabajo.	2015-20	Responsable Formación Continuada.
	Analizar la formación externa que están realizando los trabajadores y programar esas actividades dentro del plan de formación.	2015-20	Responsable Formación Continuada.
	Potenciar las acciones formativas on line.	2015-20	Responsable Formación Continuada.
INDICADOR	Grado de satisfacción medio de los asistentes a cada acción formativa.		
	Nº participantes/categoría profesional/modalidad en cada acción formativa.		

ESTRATEGIA E.IV.1	FORMACION CONTINUADA		
<b>OBJETIVO 29</b>	<b>Incrementar la participación de los profesionales de la GIS como docentes.</b>		
		FECHA	RESPONSABLE
<b>META</b>	<b>Más del 50% de las actividades formativas serán impartidas por profesionales de la GIS.</b>	2020	Responsable Formación Continuada.
ACTIVIDADES	Creación de un registro actualizado de docentes de los profesionales de la GIS.	2015	Responsable Formación Continuada.
	Convocatoria anual para colaboración en la formación de la GIS.	2015-20	Responsable Formación Continuada.
	Analizar los resultados de la valoración de los profesionales en cada acción formativa, mediante el informe de evaluación y envío del mismo al profesional docente en la acción formativa.	2015-20	Responsable Formación Continuada.
	Acreditación de la docencia impartida y certificado de ponentes en el 100% de las acciones formativas impartidas y acreditables.	2015-20	Responsable Formación Continuada.
INDICADOR	Nº de profesionales de la GIS que han colaborado en las acciones formativas/año.		
	Porcentaje de docentes internos sobre total de docentes.		
	Porcentaje de actividades formativas impartidas por profesionales del Área.		



ESTRATEGIA E.IV.1	FORMACION CONTINUADA		
<b>OBJETIVO 30</b>	<b>Instaurar sesiones formativas en todos los equipos de trabajo.</b>		
		FECHA	RESPONSABLE
<b>META</b>	<b>Cronograma docente acreditado en, todas las unidades de la GIS.</b>	2015	Responsable Formación Continuada.
ACTIVIDADES	Realizar de un mínimo de 3 sesiones clínicas o sesiones formativas acreditadas anuales.	2015-20	Responsable Formación Continuada.
	Acreditación de las sesiones acreditables, inclusión de esta actividad como objetivo en los pactos de objetivos anuales.	2015-20	Responsable Formación Continuada.
INDICADOR	Porcentaje de Unidades con sesiones acreditadas cada año.		

ESTRATEGIA E.IV.1	FORMACION CONTINUADA		
<b>OBJETIVO 31</b>	<b>Instaurar sesiones formativas multidisciplinarias y abiertas al área.</b>		
		FECHA	RESPONSABLE
<b>META</b>	<b>Realización de 3 sesiones multidisciplinarias anuales.</b>	2015-20	Responsable Formación Continuada.
ACTIVIDADES	Facilitar los recursos para la realización de las sesiones.	2015-20	Responsable Formación Continuada.
	Difundir la convocatoria de las sesiones.	2015-20	Responsable Formación Continuada.
	Facilitar la asistencia.	2015-20	Responsable Formación Continuada.
INDICADOR	Nº de sesiones multidisciplinarias /año.		



## E.IV.2: DOCENCIA

ESTRATEGIA E.IV.2	DOCENCIA		
<b>OBJETIVO 32</b>	<b>Adecuar la formación especializada de la GIS a las necesidades y capacidad de la misma.</b>		
		FECHA	RESPONSABLE
<b>META</b>	<b>Acreditación nuevas especialidades y adecuación de las existentes según Plan específico.</b>	2015-20	Responsable de la Unidad de Formación Especializada.
ACTIVIDADES	Análisis de las características y necesidades de especialidades a acreditar o adecuar.	2015	Responsable de la Unidad de Formación Especializada.
	Solicitud de acreditación o adecuación de las mismas.	2015-20	Responsable de la Unidad de Formación Especializada.
	Acreditación de centros y unidades necesarias.	2015-20	Responsable de la Unidad de Formación Especializada.
	Adaptación al desarrollo del RD 639/2014 por el que se regula la troncalidad, la reespecialización troncal y las áreas de capacitación específica del sistema de formación sanitaria especializada.	2015-20	Responsable de la Unidad de Formación Especializada.
INDICADOR	Porcentaje de especialidades acreditadas para formación sobre las necesarias según análisis.		

ESTRATEGIA E.IV.2	DOCENCIA		
<b>OBJETIVO 33</b>	<b>Garantizar el nivel de calidad de la formación pre y postgrado en la GIS.</b>		
		FECHA	RESPONSABLE
<b>META</b>	<b>Sistematización de la gestión de la formación.</b>	2018	Responsable de la Unidad de Formación Especializada.
ACTIVIDADES	Elaboración del Mapa de procesos de formación especializada de la GIS.	2015	Responsable de la Unidad de Formación Especializada.
	Elaboración del Mapa de procesos de formación pregrado en la GIS.	2016	Responsable de la Unidad de Formación Especializada.
	Realización de un Plan de Gestión de Calidad Docente unificado en la GIS.	2017	Responsable de la Unidad de Formación Especializada.
INDICADOR	Elaboración de Mapas de procesos e indicadores del PGCD.		

ESTRATEGIA E.IV.2	DOCENCIA		
<b>OBJETIVO 34</b>	<b>Integrar la formación e investigación de la GIS.</b>		
		FECHA	RESPONSABLE
<b>META</b>	<b>Unidad de Formación e Investigación única en la GIS, adaptada a sus necesidades</b>	2016	Responsable de Formación de la GIS.
ACTIVIDADES	Creación de Unidad de Formación e Investigación única integrando: Unidad de Investigación, Formación Continuada, Unidades Docentes, Formación pregrado y formación realizada en colaboración con otros sistemas educativos.	2015	Responsable de Formación de la GIS.
	Definición de estructura y funcionamiento de la Unidad.	2015	Responsable de Formación de la GIS.
	Convenios de colaboración docente en itinerarios formativos pregrado, postgrado y otras entidades colaboradoras.	2016	Responsable de Formación de la GIS.
INDICADOR	Constitución de la Unidad de Investigación y Docencia de Área que integre toda la formación e investigación.		



## E.IV.3: INVESTIGACIÓN

ESTRATEGIA E.IV.3	INVESTIGACIÓN		
<b>OBJETIVO 35</b>	<b>Impulsar la investigación en los profesionales de la GIS como proceso de generación, gestión e intercambio de conocimientos Definir las líneas de investigación de la GIS.</b>		
		FECHA	RESPONSABLE
<b>META</b>	<b>Aprovechamiento de la capacidad investigadora de profesionales del área a través de la unidad de investigación o el contacto directo con los profesionales con experiencia, conocimientos, actitudes,... en todos los ámbitos relacionados con la investigación (metodología, estadística, búsqueda bibliográfica, lectura crítica, ingles.....), solicitando su colaboración en proyectos de investigación.</b>	2015-20	Responsable de la Unidad de Investigación.
<b>ACTIVIDADES</b>	Facilitar la investigación a los profesionales (tiempo específico para la formación, recursos, apoyo metodológico,...)	2015-20	Responsables de las unidades.
	Poner a disposición de los profesionales los recursos necesarios para la investigación mediante la elaboración de un manual de procedimientos de la unidad de investigación en el cual se incluya el listado de recursos disponible en dicha unidad o la forma de conseguir los recursos necesarios a través de otros cauces diferentes a la unidad de investigación.	2015-20	Responsable de la Unidad de Investigación.
	Potenciar el uso de la unidad de investigación del área, difundiendo los proyectos existentes, los resultados de los proyectos elaborados, así como las comunicaciones, acceso a convocatorias, ayuda metodológica, etc.	2015-20	Unidad de Investigación / Unidad de Formación.
<b>INDICADOR</b>	Nº de proyectos de investigación /año.		

ESTRATEGIA E.IV.3	INVESTIGACIÓN		
<b>OBJETIVO 36</b>	<b>Aprovechar (todos) los recursos externos disponibles en materias de investigación (premios, becas, convocatorias proyectos,...).</b>		
		FECHA	RESPONSABLE
<b>META</b>	<b>Fomentar la concurrencia a ofertas investigadoras de centros oficiales.</b>	2015-20	Responsable de la Unidad de Investigación.
<b>ACTIVIDADES</b>	Difusión de las ofertas de investigación a través de la unidad de investigación, el boletín informativo, y el correo electrónico a los posibles destinatarios de los recursos.	2015-20	Responsable de la Unidad de Investigación.
	Difusión de los resultados de la investigación, mediante la publicación de los mismos en el boletín informativo, la presentación en congresos, jornadas, reuniones (facilitando la asistencia a los mismos) y/o publicación en revistas.	2015-20	Responsable de la Unidad de Investigación.
<b>INDICADOR</b>	Nº de proyectos financiados con recursos externos /año.		



## E.IV.4: DESARROLLO Y EVALUACION DE LA COMPETENCIA PROFESIONAL

ESTRATEGIA E.IV.4		DESARROLLO Y EVALUACION DE LA COMPETENCIA PROFESIONAL	
<b>OBJETIVO 37</b>		<b>Evaluar las funciones y aptitudes del personal por categoría y/o puesto de trabajo.</b>	
		FECHA	RESPONSABLE
<b>METAS</b>	<b>Desarrollar el mapa de competencias específico por unidades/servicios y categorías.</b>	2020	Responsables de las unidades.
ACTIVIDADES	Diseño y estructura del mapa de competencias.	2016	Responsables de las unidades.
	Diseño y estructura de los perfiles competenciales.	2017	Responsables de las unidades.
	Establecimiento de los distintos niveles y prioridades.	2018	Responsables de las unidades.
INDICADOR	Nº de mapas elaborados por año.		

ESTRATEGIA E.IV.4		DESARROLLO Y EVALUACION DE LA COMPETENCIA PROFESIONAL	
<b>OBJETIVO 38</b>		<b>Capacitación de los profesionales mediante la actualización de las competencias y la mejora permanente de su cualificación, sirviendo de apoyo al desarrollo de su carrera profesional.</b>	
		FECHA	RESPONSABLE
<b>META</b>	<b>Disponer de una oferta formativa global destinada a todas las categorías profesionales y su mapa de competencias.</b>	2015-20	Responsable Formación Continuada.
ACTIVIDADES	Detectar las necesidades formativas de los profesionales de la GIS, mediante encuesta al uso.	2015-20	Responsable Formación Continuada.
	Diseñar una oferta útil y pertinente con acciones formativas aplicables al puesto de trabajo y acciones formativas específicas destinadas a adquirir competencias.	2015-20	Responsable Formación Continuada.
	Evaluar la transferencia del conocimiento adquirido al puesto de trabajo mediante los sistemas establecidos al efecto, cuestionario específico o inespecífico de evaluación de la transferencia, sistemas de información u observación directa.	2015-20	Responsable Formación Continuada.
INDICADOR	Cumplimiento de las actividades en la fecha prevista.		



## LINEA ESTRATEGICA V: Participación y motivación de los profesionales.

### E.V.1: DESCENTRALIZACIÓN DE LA GESTIÓN Y GESTIÓN CLÍNICA

ESTRATEGIA E.V.1	DESCENTRALIZACION DE LA GESTION Y GESTION CLINICA		
<b>OBJETIVO 39</b>	<b>Planificación de la descentralización según modelo EFQM basado en la gestión por procesos, mejora continua y resultados asistenciales.</b>		
		FECHA	RESPONSABLE
<b>META</b>	<b>Implantación de un modelo de descentralización</b>	2015-20	Gerencia / Direcciones Asistenciales.
ACTIVIDADES	Inclusión de los criterios de acceso al modelo de descentralización de la GIS basado en la gestión por procesos, mejora continua y resultados asistenciales, en los Pactos de Objetivos de todas las Unidades asistenciales de AP.	2016	Gerencia / Direcciones Asistenciales.
	Inclusión de los criterios de acceso al modelo de descentralización de la GIS basado en la gestión por procesos, mejora continua y resultados asistenciales, en los Pactos de Objetivos de todas las Unidades asistenciales de AE.	2018	Gerencia / Direcciones Asistenciales.
	Inclusión de los criterios de acceso al modelo de descentralización de la GIS basado en la gestión por procesos y la mejora continua, en los Pactos de Objetivos en todas las Unidades no asistenciales de la GIS	2020	Gerencia / Dirección Gestión.
INDICADORES	Indicadores de cumplimiento de Pactos de Objetivos.		
	Porcentaje de Pactos de Objetivos anuales con inclusión del modelo de descentralización.		

ESTRATEGIA E.V.1	DESCENTRALIZACION DE LA GESTION Y GESTION CLINICA		
<b>OBJETIVO 40</b>	<b>Incorporación de la Gestión Clínica en el Sistema de descentralización.</b>		
		FECHA	RESPONSABLE
<b>META</b>	<b>Incorporación de Unidades de la GIS a la Gestión Clínica.</b>	2015-20	Gerencia / Direcciones Asistenciales.
ACTIVIDADES	Participar en los Proyectos de Unidades de Gestión Clínica con la solicitud de inclusión de al menos cinco Unidades de la GIS en su fase inicial.	2015	Gerencia / Direcciones Asistenciales.
	Incorporación a la Gestión Clínica de al menos tres Unidades / año.	2016-20	Gerencia / Direcciones Asistenciales.
	Autoevaluación previa a Unidades de Gestión Clínica en el 50% de las Unidades asistenciales de la GIS.	2015	Gerencia / Direcciones Asistenciales.
INDICADOR	Nº de Unidades de Gestión Clínica /año.		



## E.V.2 : COMUNICACIÓN Y PARTICIPACIÓN DE LOS PROFESIONALES

ESTRATEGIA E.V.2	COMUNICACIÓN Y PARTICIPACIÓN DE LOS PROFESIONALES		
<b>OBJETIVO 41</b>	<b>Impulsar la comunicación interna a través de la revisión y desarrollo del Plan de Comunicación.</b>		
		FECHA	RESPONSABLE
<b>META</b>	<b>Implementar la revisión y desarrollo del Plan de Comunicación.</b>	2017	Dirección de Recursos Humanos.
ACTIVIDADES	Potenciar la intranet de la GIS con accesos, contenidos, potencialidades, etc.	2015	Dirección de Gestión.
	Implantación del "Portal del empleado" (Visualización/impresión nómina e información general).	2015	Dirección de Recursos Humanos.
	Desarrollo del "Portal del empleado" (Otras aplicaciones: notificación accidentes, incidentes, riesgo potencial, vacaciones y permisos...).	2016	Dirección de Recursos Humanos.
INDICADOR	Cumplimiento de actividades.		
	Encuesta sobre Plan de Comunicación dentro de la encuesta bienal a los profesionales. El objetivo será conocer si se sienten informados y considerados por la estructura de la Organización.		

ESTRATEGIA E.V.2	COMUNICACIÓN Y PARTICIPACIÓN DE LOS PROFESIONALES		
<b>OBJETIVO 42</b>	<b>Plan de acogida unificado con especificaciones según nivel, categoría, lugar de trabajo, etc.</b>		
		FECHA	RESPONSABLE
<b>META</b>	<b>Implementar un nuevo Plan de Acogida al nuevo Profesional de la GIS.</b>	2015-16	Dirección de Recursos Humanos.
ACTIVIDADES	Elaborar un nuevo Proceso y Manual de Acogida integrado de la GIS.	2015	Dirección de Recursos Humanos.
	Evaluar mediante encuesta el Proceso de acogida.	2016	Dirección de Recursos Humanos.
INDICADOR	Plan de acogida y proceso.		
	Indicadores encuesta sobre plan de acogida, incluida en la encuesta bienal a los profesionales. El objetivo será conocer si han sido correctamente acogidos y si se sienten así.		

ESTRATEGIA E.V.2	COMUNICACIÓN Y PARTICIPACIÓN DE LOS PROFESIONALES		
<b>OBJETIVO 43</b>	<b>Impulsar la participación de los profesionales en las actividades de la Organización.</b>		
		FECHA	RESPONSABLE
<b>META</b>	<b>Conseguir una alta participación de los profesionales en las actividades de la GIS.</b>	2020	Gerencia/ Direcciones Asistenciales y de Gestión.
ACTIVIDADES	Creación de un buzón de sugerencias y propuestas de mejora.	2015	Dirección de Gestión.
	Crear un marco estructurado con los profesionales para debatir las propuestas de mejora planteadas.	2016	Gerencia/ Direcciones Asistenciales y de Gestión.
	Contestación razonada del 80% de las propuestas de mejora y publicación en el Boletín Informativo de las llevadas a cabo.	2016	Gerencia/ Direcciones Asistenciales y de Gestión.
	Instauración de una jornada/año de "Laboratorio de ideas" para crecer hacia la excelencia con clara participación de los líderes y abierta a las propuestas, no solo de los profesionales, sino también de los grupos de interés/alianzas definidos.	2016-20	Gerencia.
	Convocatoria bienal de comisiones / grupos de trabajo – mejora.	2015	Gerencia.
	Realización de encuestas de satisfacción de profesionales y de burnout.	Bienal	Dirección de Recursos Humanos.
INDICADOR	Cumplimiento de actividades.		



## E.V.3. : RECONOCIMIENTO E INCENTIVACIÓN Y MOTIVACIÓN

ESTRATEGIA E.V.3	RECONOCIMIENTO, INCENTIVACIÓN Y MOTIVACIÓN		
<b>OBJETIVO 44</b>	<b>Impulsar procesos de Movilidad Interna Voluntaria y Promoción Interna para los profesionales de la GIS.</b>		
		FECHA	RESPONSABLE
<b>META</b>	<b>Convocar anualmente los procedimientos de Movilidad Interna Voluntaria y Promoción Interna Temporal.</b>	2015-20	Dirección de Recursos Humanos.
ACTIVIDADES	Convocar al menos el 90% de las plazas no adjudicadas y resolver el Procedimiento de Movilidad Interna Voluntaria.	2015-20	Dirección de Recursos Humanos.
	Convocar, publicar listas y cubrir al menos el 50% de las plazas a cubrir (siempre que haya candidatos) mediante el procedimiento de Promoción Interna Temporal.	2015-20	Dirección de Recursos Humanos.
INDICADOR	Convocatorias anuales de Movilidad Interna y de Promoción Interna.		
	Porcentaje de plazas cubiertas por movilidad interna /año.		
	Porcentaje de plazas cubiertas por promoción interna /año.		

ESTRATEGIA E.V.3	RECONOCIMIENTO, INCENTIVACIÓN Y MOTIVACIÓN		
<b>OBJETIVO 45</b>	<b>Fomentar una imagen de lugares y condiciones seguras de trabajo.</b>		
		FECHA	RESPONSABLE
<b>META</b>	<b>Elaborar y evaluar anualmente una programación de actividades preventivas.</b>	2015-20	Dirección de Recursos Humanos.
ACTIVIDADES	Evaluar riesgos en las Unidades (80% en 2015 y 100% en 2016)	2015-16	Dirección de Recursos Humanos.
	Elaborar y evaluar un Plan de Formación específico de Prevención de Riesgos Laborales con formación al menos bienal en todos los riesgos potenciales.	2016-20	Dirección de Recursos Humanos.
	Implantación del Plan de Autoprotección del Hospital Santa Bárbara.	2015	Dirección de Recursos Humanos.
	Revisión al menos bienal de de los Planes de Autoprotección de Hospital Santa Bárbara y Hospital Virgen del Mirón.	2016-20	Dirección de Recursos Humanos.
	Ofrecer vigilancia de la salud a los profesionales (80% en 2015 y 100% a partir de 2016).	2015-20	Dirección de Recursos Humanos.
	Investigar el 100% de los accidentes de trabajo.	2015-20	Dirección de Recursos Humanos.
INDICADOR	Cumplimiento de actividades.		



ESTRATEGIA E.V.3	RECONOCIMIENTO, INCENTIVACIÓN Y MOTIVACIÓN		
<b>OBJETIVO 46</b>	<b>Fomentar la participación en congresos, jornadas, seminarios relativos a actividades propias de la GIS.</b>		
		FECHA	RESPONSABLE
<b>META</b>	<b>Incrementar la presencia de los profesionales en foros de actividad propia de la misma.</b>	2020	Gerencia.
ACTIVIDADES	Concesión de permisos por asistencia a congresos, jornadas ... en todos los casos que se aporte comunicación o poster	2015	Gerencia.
	Retribuir mediante la correspondiente indemnización por razón de servicio en el 80% de los casos que se aporte ponencia o comunicación y en el 50% de aportación de poster.	2016	Gerencia.
	Convocar anualmente premios de investigación.	2015-20	Gerencia.
	Convocar anualmente premios de reconocimiento.	2015-20	Gerencia.
	Incrementar el nº de premios convocados a la investigación (mejor poster).	2017	Gerencia.
INDICADORES	Porcentaje de permisos concedidos sobre los solicitados por asistencia a congresos, jornadas, etc.		
	Porcentaje de asistencias concedidas con retribución sobre las solicitadas.		
	Convocatoria anual de premios de investigación y reconocimiento.		

ESTRATEGIA E.V.3	RECONOCIMIENTO, INCENTIVACIÓN Y MOTIVACIÓN		
<b>OBJETIVO 47</b>	<b>Fomentar la adquisición de conocimientos y habilidades de los profesionales a través de intercambios con otras organizaciones incentivando así la incorporación de nuevas técnicas.</b>		
		FECHA	RESPONSABLE
<b>META</b>	<b>Incrementar la incorporación de nuevas técnicas a través de intercambio con otras organizaciones.</b>	2015-20	Gerencia / Direcciones Asistenciales.
ACTIVIDADES	Retribuir con la correspondiente indemnización por razón del servicio la asistencia a otros centros en todos los casos cuando la razón sea el tratar de incorporar una nueva técnica.	2015-20	Dirección de Recursos Humanos.
	Incorporar una nueva técnica o proceso anualmente	2016-20	Gerencia / Direcciones Asistenciales.
INDICADORES	Porcentaje de asistencias retribuidas sobre las solicitadas anualmente.		
	Nº de técnicas incorporadas/año.		

ESTRATEGIA E.V.3	RECONOCIMIENTO, INCENTIVACIÓN Y MOTIVACIÓN		
<b>OBJETIVO 48</b>	<b>Fomentar e incentivar la realización de actividades extralaborales entre los profesionales de la GIS y la colaboración con otras entidades en beneficio de la sociedad.</b>		
		FECHA	RESPONSABLE
<b>META</b>	<b>Incrementar las actividades extralaborales y la colaboración de profesionales en acciones en beneficio de la sociedad.</b>	2015-20	Dirección de Recursos Humanos.
ACTIVIDADES	Incentivar al menos una actividad anual mediante la organización y financiación en 2015 y 2016, y al menos 3 actividades anuales a partir de 2017.	2015-20	Dirección de Recursos Humanos.
	Concesión de permisos por colaboración con asociaciones aliadas de la GIS y otras acciones de carácter humanitario.	2015-20	Dirección de Recursos Humanos.
INDICADOR	Nº de actividades extralaborales / año.		
	Nº de permisos por colaboración en acciones de carácter humanitario / año.		



## LINEA ESTRATEGICA VI: Participación comunitaria.

### E.VI.1: COMUNICACIÓN Y PARTICIPACIÓN COMUNITARIA

ESTRATEGIA E.VI.1		COMUNICACIÓN Y PARTICIPACIÓN COMUNITARIA	
OBJETIVO 49		Conseguir mayor participación ciudadana en los Consejos de Salud.	
		FECHA	RESPONSABLE
<b>META</b>	<b>Fomentar la participación y las propuestas de los representantes de los Consejos de Salud y de los ciudadanos.</b>	2015-20	Presidente del Consejo de Salud.
ACTIVIDADES	Formar a los profesionales de salud para llevar a cabo la sensibilización y potenciación del Consejo de Salud, mediante sesiones en los Centros de Salud.	2015-20	Presidente del Consejo de Salud.
	Dar información a los representantes sobre la misión de los Consejos de Salud para concienciar de la importancia y utilidad de dicho órgano en cada reunión.	2015-20	Presidente del Consejo de Salud.
	Reflejar los temas tratados en el Consejo de Salud en una plataforma virtual para que sirva de herramienta de información y de participación para profesionales y también a la población.	Tras creación de la Web	Presidente del Consejo de Salud.
INDICADOR	Porcentaje de representantes que asisten a las reuniones.		
	Número de propuestas realizadas por los representantes del consejo de salud.		
	Número de propuestas de los ciudadanos a través de sus representantes.		

ESTRATEGIA E.VI.1		COMUNICACIÓN Y PARTICIPACIÓN COMUNITARIA	
OBJETIVO 50		Aumentar la participación comunitaria.	
		FECHA	RESPONSABLE
<b>META</b>	<b>Conseguir propuestas y aportaciones de la comunidad a la GIS que puedan ser útiles para mejorar.</b>	2015-20	Direcciones Asistenciales.
ACTIVIDADES	Participar en las reuniones de las asociaciones de pacientes, vecinos, colegios, padres, amas de casa, etc.	3 / año 2015-20	Direcciones Asistenciales.
INDICADOR	Número de reuniones en las que se participan/año.		

ESTRATEGIA E.VI.1		COMUNICACIÓN Y PARTICIPACIÓN COMUNITARIA	
OBJETIVO 51		El profesional, activo imprescindible en actividades de participación comunitaria.	
		FECHA	RESPONSABLE
<b>META</b>	<b>Aumentar en un 15% las actividades de participación comunitaria realizadas por los profesionales de la GIS.</b>	2015-20	Direcciones Asistenciales.
ACTIVIDADES	Formación continuada en técnicas y habilidades de comunicación y dinámica de grupos, incluidas en el Plan Anual de Formación.	2015-20	Direcciones Asistenciales.
	Dar a conocer las actividades comunitarias que se realizan en nuestra área de salud así como en otras comunidades, mediante un registro en nuestra web.	2015-20	Direcciones Asistenciales.
	Crear grupos de profesionales de la GIS para participar en actividades comunitarias: asociaciones de pacientes (2016), vecinos (2017), colegios, padres, amas de casa (2018)	2016-18	Direcciones Asistenciales.
INDICADOR	Número de actividades comunitarias desarrolladas /año.		



## E.VI.2: ALIANZAS CON PACIENTES, PROVEEDORES Y PARTNERS

ESTRATEGIA E.VI.2	ALIANZAS CON PACIENTES, PROVEEDORES Y PARTNERS		
<b>OBJETIVO 52</b>	<b>Fomentar la participación activa de los pacientes en el desarrollo y la innovación que puedan contribuir a la mejora de la atención sanitaria mediante alianzas.</b>		
		FECHA	RESPONSABLE
<b>META</b>	<b>Incrementar las alianzas, convenios y estrategias compartidas con asociaciones, centros, residencias... en un 15%.</b>	2020	Subdirección de Procesos.
ACTIVIDADES	Actualizar y difundir anualmente un registro de organizaciones, asociaciones... para su conocimiento y difusión tanto a profesionales como a la población. (Tabla de alianzas).	2015-20	Subdirección de Procesos.
	Mantener las alianzas existentes con las distintas asociaciones de pacientes y otras entidades, mediante reuniones, comunicación... al menos anualmente.	2015-20	Subdirección de Procesos.
	Realizar 10 nuevas alianzas estratégicas y acuerdos de colaboración, basadas en el beneficio mutuo, con diferentes organizaciones.	2015-20	Subdirección de Procesos.
	Impulsar el nuevo modelo asistencial a través de asociaciones de pacientes mediante reuniones informativas y desarrollo de la página web.	2015-20	Subdirección de Procesos.
INDICADOR	Número de alianzas, convenios y estrategias compartidas con asociaciones de pacientes, centros, residencias, etc, en el periodo 2015-2020.		

ESTRATEGIA E.VI.2	ALIANZAS CON PACIENTES, PROVEEDORES Y PARTNERS		
<b>OBJETIVO 53</b>	<b>Alcanzar una mayor colaboración con los proveedores y partners, mediante pactos y alianzas.</b>		
		FECHA	RESPONSABLE
<b>META</b>	<b>Incrementar en un 15% los pactos de colaboración y alianzas basados en el beneficio mutuo con los proveedores.</b>	2020	Dirección de Gestión.
ACTIVIDADES	Conseguir colaboración en el Plan de Formación de la GIS con al menos una actividad al año.	2015-20	Dirección de Gestión.
	Realizar nuevos avances tecnológicos acordes con las necesidades de la población y las de la propia GIS: tecnología de la imagen, sistemas de información, control de pruebas diagnósticas y programas de autocuidado.	2015-20	Dirección de Gestión.
	Asegurar que los proveedores den información y formación de las características y correcta utilización de los nuevos productos, mediante su presentación a los profesionales.	2015-20	Dirección de Gestión.
INDICADOR	Número de pactos de colaboración y alianzas con proveedores.		



## E.VI.3: INTERVENCIÓN SANITARIA COMUNITARIA

ESTRATEGIA E.VI.3	INTERVENCIÓN SANITARIA COMUNITARIA		
OBJETIVO 54	Incrementar la educación sanitaria en la comunidad.		
		FECHA	RESPONSABLE
<b>META</b>	<b>Conseguir que se realicen en un 60% de las Zonas Básicas de Salud, actividades de promoción y educación sanitaria en la comunidad.</b>	2020	Direcciones Asistenciales.
ACTIVIDADES	Realizar al menos una jornada bienal sobre atención integral a la cronicidad.	2015-20	Direcciones Asistenciales.
	Realización al menos, de una charla/taller multidisciplinar anual sobre patologías relevantes y/o problemas de salud pública (violencia de género, consumo de drogas, alimentación y desarrollo, sexualidad, métodos anticonceptivos, hábitos saludables, primeros auxilios, riesgo cardiovascular...) en cada Zona Básica de Salud.	2015-20	Direcciones Asistenciales.
	Elaborar encuestas que nos permita conocer el impacto de la actividad en la población y la satisfacción.	2015-20	Direcciones Asistenciales.
INDICADOR	Cumplimiento de actividades realizadas..		
	Número de pacientes/cuidadores que han asistido.		
	Porcentaje de encuestas contestadas.		
	Porcentaje de Zonas Básicas de Salud que realizan alguna actividad de promoción y educación sanitaria en la comunidad cada año.		



## E.VI.4: INTEGRACIÓN SOCIOSANITARIA

ESTRATEGIA E.VI.4		INTEGRACION SOCIOSANITARIA	
OBJETIVO 55		Incluir a los pacientes institucionalizados en procesos asistenciales.	
		FECHA	RESPONSABLE
META	<b>El 20% de pacientes crónicos y pluripatológicos G3 de residencias estarán incluidos en el proceso.</b>	2016-20	Dirección de Procesos.
ACTIVIDADES	Crear una comisión formada por profesionales de la GIS y de las Residencias de nuestro Área de Salud, para tratar los temas de Historia clínica, derivaciones a consultas, urgencias... que mejoren la atención al paciente institucionalizado.	2015	Dirección de Procesos.
	Coordinación con personal sanitario de la residencia para seguimiento del plan de seguimiento y de cuidados.	2015-20	Dirección de Procesos.
INDICADOR	Porcentaje de pacientes G3 institucionalizados incluidos en el proceso cada año.		
	Número de Protocolos y/o pactos establecidos con estos Centros cada año.		

ESTRATEGIA E.VI.4		INTEGRACION SOCIOSANITARIA	
OBJETIVO 56		Contribuir a la prevención, detección precoz y satisfacción de necesidades Sociosanitarias desde el Trabajo Social Sanitario.	
		FECHA	RESPONSABLE
META	<b>Promover desde el Trabajo Social Sanitario recursos que den respuesta en el entorno del paciente, a las necesidades sociosanitarias que surgen en la aparición, desarrollo o cronicidad de la enfermedad y que repercuten en la salud, bienestar y calidad de vida del paciente y cuidador.</b>	2015-20	Dirección de Enfermería / Unidad de trabajo Social.
ACTIVIDADES	Informe anual sobre la detección de las necesidades sociosanitarias NO cubiertas con recursos públicos; a través de las valoraciones sociales.	2015-20	Unidad de trabajo Social
	Prospección en el entorno comunitario anualmente de Entidades, asociaciones, grupos... que puedan proporcionar la cobertura de las necesidades detectadas.	2015-20	Unidad de trabajo Social
	Coordinar propuestas para cubrir las necesidades detectadas, con los agentes comunitarios y posible formalización de la cobertura.	2015	Unidad de trabajo Social
INDICADOR	Informe anual de cada Zona Básica de Salud sobre el mapa de necesidades en el entorno sociosanitario y la identificación de nuevos recursos.		



## LINEA ESTRATEGICA VII: Sostenibilidad.

### E.VII.1: GESTIÓN FINANCIERA-PRESUPUESTARIA

ESTRATEGIA E.VII.1	GESTION FINANCIERA-PRESUPUESTARIA		
<b>OBJETIVO 57</b>	<b>Consolidar la política de sostenibilidad económica.</b>		
		FECHA	RESPONSABLE
<b>META</b>	<b>Elaboración de Planes de Eficiencia anuales que persigan eliminar las bolsas de ineficiencia que pudieran existir.</b>	2015-20	Dirección de Gestión.
ACTIVIDADES	Evaluación de los datos económicos de cierre del ejercicio anterior.	2015-20	Dirección de Gestión.
	Análisis de los datos anteriores y justificación de la necesidad de abordar un plan de eficiencia anual.	2015-20	Dirección de Gestión.
	Evaluación del Plan de Eficiencia	2015-20	Dirección de Gestión.
	Revisión del Plan anterior y valorar la elaboración de uno nuevo.	2015-20	Dirección de Gestión.
INDICADOR	Evaluación del Plan de Eficiencia correspondiente anual.		

ESTRATEGIA E.VII.1	GESTION FINANCIERA-PRESUPUESTARIA		
<b>OBJETIVO 58</b>	<b>Fomentar la descentralización y corresponsabilización del gasto por unidad.</b>		
		FECHA	
<b>META</b>	<b>Asignación real de techos de gasto por unidades, basados en acuerdo sobre valoración de servicios y prestaciones asistenciales.</b>	2015-20	Dirección de Gestión.
ACTIVIDADES	Asignación de objetivos presupuestarios de Capítulo 1 y 2 por unidades asistenciales (60% en 2015 y 95% en 2016-20)	2015-20	Dirección de Gestión.
	Monitorización de cuadros de mando para análisis y seguimiento por cada unidad, con control semestral por parte de la Gerencia.	Semestral	Dirección de Gestión.
	Determinación de límites máximos de incumplimientos presupuestarios y toma de medidas por parte de la Gerencia.	2015-20	Dirección de Gestión.
INDICADOR	Informe anual.		

ESTRATEGIA E.VII.1	GESTION FINANCIERA-PRESUPUESTARIA		
<b>OBJETIVO 59</b>	<b>Establecer políticas de control del gasto farmacéutico a corto medio plazo</b>		
		FECHA	RESPONSABLE
<b>META</b>	<b>Adecuar el gasto farmacéutico por habitante a la presupuestación anual, tanto en el gasto hospitalario como en el relativo a Capítulo IV.</b>	2015-20	Dirección Médica- Dirección Gestión.
ACTIVIDADES	Análisis trimestral de los datos de Capítulo II y IV.	Trimestral	Unidades de Farmacia.
	Propuesta de medidas correctoras por las Unidades de Farmacia.	2015-20	Unidades de Farmacia.
	Elaboración de documento de criterios de unificación Primaria-Especializada en materia de farmacia.	2017	Dirección Médica.
	Realizar Planes de mejora anuales con criterios de uso racional del medicamento por el Servicio de Farmacia.	2015-20	Unidades de Farmacia.
INDICADOR	Datos trimestrales.		
	Informes anuales de seguimiento.		



ESTRATEGIA E.VII.1		GESTION FINANCIERA-PRESUPUESTARIA	
OBJETIVO 60		Establecimiento de planes específicos o de ámbito general que planteen la autosuficiencia, evitando derivaciones a otras provincias o centros.	
		FECHA	RESPONSABLE
<b>META</b>	<b>Conseguir el mayor grado de optimización de costes y recursos, en materia de derivaciones a otras provincias o centros privados.</b>	2015-20	Dirección Médica- Dirección Gestión.
ACTIVIDADES	Análisis de la situación anual de las derivaciones que se producen fuera de la GIS por servicios y prestaciones, en el mes de enero del ejercicio siguiente.	2015-20	Dirección Médica- Dirección Gestión.
	Elaborar planes específicos en función del coste-oportunidad de las prestaciones.	2015-20	Dirección Médica- Dirección Gestión.
	Traslado a las unidades correspondientes y despliegue del Plan.	2015-20	Dirección Médica- Dirección Gestión.
INDICADOR	Número de prestaciones "internalizadas" / año. Costes evitables con estas actuaciones.		

ESTRATEGIA E.VII.1		GESTION FINANCIERA-PRESUPUESTARIA	
OBJETIVO 61		Diseño de políticas medioambientales de nivel general y de ahorro energético, en particular.	
		FECHA	RESPONSABLE
<b>META</b>	<b>Ahorro de costes en materia energética.</b>	2016-20	Dirección de Gestión.
ACTIVIDADES	Desarrollo de las líneas marcadas en la Memoria de sostenibilidad, en esta materia: nuevas combustibles, energía solar, tecnología LED, gestión de residuos, vehículo eléctrico, certificación energética de edificios, etc.	2015	Dirección de Gestión.
	Tramitar procedimientos de desarrollo de acuerdos marco de suministro de energía eléctrica y gas natural.	2015	Dirección de Gestión.
	Incorporar fuente de energía alternativas (sostenibles) en al menos un centro de Primaria y otro de Especializada.	2015	Dirección de Gestión.
	Elaborar estudio de optimización de costes energéticos en Hospital Santa Bárbara (agua, electricidad, gas natural...)	2016	Dirección de Gestión.
	Seguir profundizando en la desagregación de los residuos sanitarios generados (formación, concienciación, información...) en todos los centros de la GIS.	2016	Dirección de Gestión.
INDICADOR	Evaluación anual del ahorro económico en política energética.		



## E.VII.2: CONTABILIDAD ANALÍTICA

ESTRATEGIA E.VII.2	CONTABILIDAD ANALÍTICA		
<b>OBJETIVO 62</b>	<b>Desarrollar la contabilidad analítica integrada ajustándose al catálogo de unidades actualmente vigente.</b>		
		FECHA	RESPONSABLE
<b>META</b>	<b>Aplicación de la contabilidad de costes a la valoración real de comportamiento de todas las unidades.</b>	2017-20	Dirección Gestión.
ACTIVIDADES	Implantación de la contabilidad analítica en Atención Primaria.	2015	Dirección Gestión /Control de Gestión.
	Establecimiento de criterios de agrupación de personal en los GFH definidos.	2015	Dirección Gestión /Control de Gestión.
	Definición de la captura de la información sobre actividad de las nuevas unidades.	2015	Dirección Gestión /Control de Gestión.
	Establecimiento de criterios de reparto del conjunto de los costes y la actividad.	2015	Dirección Gestión /Control de Gestión.
	Agregación-desagregación de los costes en función de las unidades definidas.	2016	Dirección Gestión /Control de Gestión.
	Obtención de informes para análisis y seguimiento.	2017-20	Dirección Gestión /Control de Gestión.
INDICADOR	Informe anual.		

ESTRATEGIA E.VII.2	CONTABILIDAD ANALÍTICA		
<b>OBJETIVO 63</b>	<b>Facilitar la toma de decisiones gerenciales en la búsqueda del punto más eficiente para la prestación del servicio, mediante la utilización de los datos obtenidos de contabilidad analítica, incluso a nivel de facultativo.</b>		
		FECHA	RESPONSABLE
<b>META</b>	<b>Creación de un modelo propio de contabilidad analítica integrada que permita establecer transferencias entre niveles (AE/AP) y que sea capaz de evaluar la capacidad resolutoria de cada unidad.</b>	2017	Dirección Gestión.
ACTIVIDADES	Elaboración de un proceso que permita coordinar las pruebas diagnósticas (analíticas) de AE/AP.	2015	Dirección Gestión /Control de Gestión.
	Diseño de modelo propio de grado de resolutoria por unidad en Atención Primaria.	2016	Dirección Gestión /Control de Gestión.
	Desarrollo de modelo, a nivel de facultativo.	2017	Dirección Gestión /Control de Gestión.
INDICADOR	Coste medio por prestación y centro de coste y facultativo.		

ESTRATEGIA E.VII.2	CONTABILIDAD ANALÍTICA		
<b>OBJETIVO 64</b>	<b>Avanzar en el desarrollo de la contabilidad analítica en Especializada, para intentar llegar al coste por paciente.</b>		
		FECHA	RESPONSABLE
<b>META</b>	<b>Conocer el coste por paciente, de cara a una correcta valoración de los costes y a una posible imputación de los GRD's más relevantes.</b>	2018	Dirección Gestión /Control de Gestión.
ACTIVIDADES	Mejora de los sistemas de información que permitan la recogida de datos asistenciales por paciente.	2015-17	Dirección Gestión /Control de Gestión.
	Desarrollo de criterios de imputación más rigurosos en materia de contabilidad analítica.	2015-17	Dirección Gestión /Control de Gestión.
INDICADOR	Gasto imputable vía GRD más relevantes sobre el total.		



## E.VII.3: RECURSOS HUMANOS

ESTRATEGIA E.VII.3	RECURSOS HUMANOS		
<b>OBJETIVO 65</b>	<b>Mejorar la gestión de los recursos humanos disponibles en las correspondientes plantillas de la GIS.</b>		
		FECHA	RESPONSABLE
<b>META</b>	<b>Elaboración de un Plan de optimización de recursos humanos por unidad en el ámbito de Atención Primaria y Especializada.</b>	2016	Dirección de Recursos Humanos.
ACTIVIDADES	Análisis sociodemográfico por ZBS y en el área de Salud.	2015	Dirección de Recursos Humanos.
	Planificación de redistribución de efectivos en base al nuevo modelo.	2015	Dirección de Recursos Humanos.
	Estudio de posibles integraciones en la estructura actual.	2015	Dirección de Recursos Humanos.
	Análisis de cargas de trabajo en personal de enfermería, según modelos asistenciales.	2015	Dirección de Recursos Humanos.
	Valoración de las estructuras físicas en las necesidades de personal.	2016	Dirección de Recursos Humanos.
	Elaboración Plan de optimización de recursos.	2016	Dirección de Recursos Humanos.
INDICADOR	Elaboración del Plan.		

ESTRATEGIA E.VII.3	RECURSOS HUMANOS		
<b>OBJETIVO 66</b>	<b>Planificación de los recursos humanos en el período que abarca el Plan Estratégico</b>		
		FECHA	RESPONSABLE.
<b>META</b>	<b>Elaboración de un Plan de Ordenación de Recursos Humanos, de ámbito interno, que permite anticipar las bajas y posibles altas de personal.</b>	2016	Dirección de Recursos Humanos.
ACTIVIDADES	Establecer una previsión de jubilaciones de personal en periodo objeto de estudio.	2015	Dirección de Recursos Humanos.
	Análisis del mercado de trabajo de profesionales, con especial hincapié en los profesionales médicos.	2015	Dirección de Recursos Humanos.
	Valorar a medio plazo la política de reposición por ZBS, especialidades y categorías profesionales, en el marco general de SACYL.	2015	Dirección de Recursos Humanos.
	Valoración de políticas de demanda.	2015	Dirección de Recursos Humanos.
INDICADOR	Elaboración del Plan .		



## E.VII.4: RECURSOS MATERIALES

ESTRATEGIA E.VII.4		RECURSOS MATERIALES	
OBJETIVO 67		Realizar un uso adecuado de los medios diagnósticos.	
		FECHA	RESPONSABLE
META	<b>Plan de adecuación de pruebas diagnósticas que posibiliten una reducción de la demanda, en el área de laboratorios un 2 % anual, en resonancia y TAC un 2% anual y en resto de radiología un 1%.</b>	2016-20	Dirección Médica.
ACTIVIDADES	Elaboración del Plan de adecuación de pruebas diagnósticas.	2016	Dirección Médica.
	Evaluación del propio Plan y propuesta de acciones de mejora.	2017-20	Dirección Médica.
	Reevaluación y, si procede, elaboración de nuevo Plan.	2018-20	Dirección Médica.
INDICADOR	Valoración de resultados por servicio sobre el mismo periodo del año anterior.		

ESTRATEGIA E.VII.4		RECURSOS MATERIALES	
OBJETIVO 68		Incorporar cláusulas de sostenibilidad en todas las obras o inversiones en equipamiento de cierta relevancia que se realicen en cualquier de los centros de la GIS.	
		FECHA	RESPONSABLE
META	<b>Conseguir ahorros en los costes ordinarios corrientes o de funcionamiento. Cualquier actuación no puede suponer, en ningún caso, un mayor consumo de recursos (humanos o materiales) por la simple ejecución de la obra.</b>	2015-20	Dirección Gestión.
ACTIVIDADES	Estudios específicos en proyectos de obras de cierto volumen económico.	2015-20	Dirección Gestión .
	Obligación de aportar por parte de los servicios solicitantes de inversiones en equipamiento, que la simple incorporación no va suponer un mayor consumo de recursos de los actualmente disponibles.	2015-20	Dirección Gestión .
INDICADOR	Nº de informes anuales.		



## E.VII.5: CAPTACIÓN DE RECURSOS - FACTURACIÓN

ESTRATEGIA E.VII.5		CAPTACIÓN DE RECURSOS – FACTURACIÓN	
OBJETIVO 69		Mejorar la información entre pacientes derivados de CCAA.	
		FECHA	RESPONSABLE
<b>META</b>	<b>Conseguir mejorar la financiación de SACYL, mediante una mejora en el registro de asistencias confirmadas en SIFCO.</b>	2015-20	Dirección Médica /Dirección Gestión.
ACTIVIDADES	Elaborar procedimiento general de actuaciones en registro de asistencias en SIFCO, que contenga, al menos, los casos en los que se procede, plazos, responsables y, si es posible, valoración económica de las mismas.	2015	Dirección Médica /Dirección Gestión.
	Revisar las autorizaciones sanitarias de funcionamiento en todos los centros de la GIS (condición exigible para la facturación), con especial hincapié en los consultorios locales del área de salud.	2015-20	Dirección Médica /Dirección Gestión.
	Establecer objetivos en los pactos anuales de cada unidad.	2015-20	Dirección Médica /Dirección Gestión.
INDICADOR	Informe anual. Evolución sobre periodo anterior.		

ESTRATEGIA E.VII.5		CAPTACIÓN DE RECURSOS – FACTURACIÓN	
OBJETIVO 70		Incremento de la captación de recursos y optimizar el cobro de facturas pendientes.	
		FECHA	RESPONSABLE
<b>META</b>	<b>Incrementar un 3% anual los ingresos asistenciales, un 10% anual los ingresos por vía ejecutiva y un 5% los ingresos no asistenciales del área.</b>	2015-20	Dirección Gestión .
ACTIVIDADES	Revisión del proceso e identificación de áreas de mejora	2015	Dirección Gestión /Facturación.
	Sistematizar los subprocesos de facturación de asistencia sanitaria en accidentes de trabajo con mutua patronal INSS.	2015	Facturación.
	Determinación de objetivos de facturación en los Pactos de Objetivos de las Unidades Asistenciales. Inclusión de información periódica sobre la obtención de recursos en la Gerencia, por la vía de la facturación a terceros.	2015-20	Dirección Gestión.
	Desarrollo del proceso de recaudación por vía ejecutiva coordinado con la Asesoría Jurídica de la JCyL.	2015-20	Dirección Gestión /Facturación.
	Actualización de expedientes de contratación en aquellas áreas susceptibles de obtener ingresos no asistenciales: Cafeterías. Maquinas expendedoras. Puntos de venta de prensa. Cajeros automáticos. Cabinas telefónicas. Otros servicios externos.	2015-20	Dirección Gestión /Facturación.
INDICADOR	Informe anual. Evolución sobre periodo anterior.		



## LINEA ESTRATEGICA VIII: Innovación y desarrollo.

### E.VIII.1: RENOVACIÓN TECNOLÓGICA

ESTRATEGIA E.VIII.1	RENOVACIÓN TECNOLÓGICA		
<b>OBJETIVO 71</b>	<b>Adaptación tecnológica de la GIS.</b>		
		FECHA	RESPONSABLE
<b>META</b>	<b>Ante la implantación de cada nuevo proceso, se contará con los medios necesarios para su desarrollo.</b>	2015-20	Dirección de Procesos
ACTIVIDADES	Plan de incorporación, renovación y amortización tecnológica.	2015	Dirección de Procesos
	Estudio y dotación de medios ante cada proceso nuevo a implantar	2015-20	Dirección de Procesos
INDICADOR	Porcentaje de procesos implantados anualmente con necesidades humanas y materiales adecuadas.		

ESTRATEGIA E.VIII.1	RENOVACIÓN TECNOLÓGICA		
<b>OBJETIVO 72</b>	<b>Sistema de mantenimiento de la tecnología.</b>		
		FECHA	RESPONSABLE
<b>META</b>	<b>El mantenimiento preventivo y correctivo de instalaciones y equipos se realizará de forma estructurada, mediante el proceso de mantenimiento.</b>	2015-20	Dirección de Gestión
ACTIVIDADES	Unidad de mantenimiento unificada.	2015	Dirección de Gestión
	Elaboración de proceso de mantenimiento de instalaciones y equipos.	2015	Dirección de Gestión
	Planificación de mantenimiento preventivo.	2015	Dirección de Gestión
	Realizar planes de amortización de nuevas tecnologías.	2015-20	Dirección de Gestión
INDICADORES	Calidad de la resolución de las comunicaciones, % incidencias resueltas.		
	Realizar el 90% de las actividades preventivas previstas cada año.		

ESTRATEGIA E.VIII.1	RENOVACIÓN TECNOLÓGICA		
<b>OBJETIVO 73</b>	<b>Potenciar la innovación tecnológica.</b>		
		FECHA	RESPONSABLE
<b>META</b>	<b>Desarrollo tecnológico a través de la participación de los profesionales y la incorporación de nuevas prestaciones y servicios.</b>	2015-20	Direcciones Asistenciales.
ACTIVIDADES	Diseño y estructuración de una unidad de evaluación de nuevas prestaciones y servicios (clínicos, de gestión, etc.) unidad i+d+i dentro de la Unidad de Investigación	2015	Responsable de la Unidad de Investigación
	Evaluación de nuevas prestaciones tecnológicas y servicios, valorando las ideas aportadas y la realización de bechmarking de forma estructurada.	2016-20	Unidad I+D+I
	Incorporar, al menos una innovación tecnológica anual que suponga un aumento de la cartera de servicios, cambio de procesos asistenciales y/o mejoras de la actividad asistencial	2016-20	Gerencia.
	Participación en todos los pilotajes de prestaciones y servicios que se propongan por GRS o por iniciativa propia, al menos uno anual de forma estructurada	2016-20	Gerencia.
	Difusión de los resultados de los pilotajes y extensión dentro del Área en caso de que se considere oportuno y posible	2016-20	Direcciones Asistenciales.
INDICADORES	Porcentaje de ideas innovadoras puestas en marcha sobre el total de ideas aportadas o valoradas en Unidad I+D+I. cada año.		
	Nº nuevas prestaciones incorporadas en la GIS cada año.		



## E.VIII.2: HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA

ESTRATEGIA E.VIII.2	HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA		
<b>OBJETIVO 74</b>	<b>Acceso externo de los profesionales y del paciente a la Historia Clínica Electrónica.</b>		
		FECHA	RESPONSABLE
<b>META</b>	<b>Conseguir que tanto los profesionales como los pacientes puedan acceder a la HCE externamente, con las medidas de seguridad necesarias.</b>	2020	Responsable de Historia Clínica Electrónica.
ACTIVIDADES	Unificación o interrelación de la Historia Clínica Electrónica (Medora, Jimena, etc.) con acceso de todos los profesionales según perfil.	2020	Responsable de Historia Clínica Electrónica.
	Elaborar un sistema alternativo para las situaciones de "caída" del sistema (mantenimiento preventivo, correctivo rápido, etc.).	2015	Responsable de Historia Clínica Electrónica.
	Comunicar las condiciones de acceso y seguridad a los pacientes y profesionales que se remitan por la Gerencia Regional.	2015-20	Responsable de Historia Clínica Electrónica.
INDICADOR	Número de profesionales y número pacientes que acceden a la Historia Clínica Electrónica en 2020, desde punto externo.		

ESTRATEGIA E.VIII.2	HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA		
<b>OBJETIVO 75</b>	<b>Mejora de los servicios que se prestan con la Historia Clínica Electrónica.</b>		
		FECHA	RESPONSABLE
<b>META</b>	<b>Toda la información del paciente está accesible de forma fiable, inmediata y estructurada.</b>	2020	Responsable de Historia Clínica Electrónica.
ACTIVIDADES	Incorporación de historia sociosanitaria.	2015	Responsable de Historia Clínica Electrónica.
	Incorporación de sistemas de telemedicina y autocuidado a Historia Clínica Electrónica.	2015	Responsable de Historia Clínica Electrónica.
	Incorporación de pruebas complementarias (laboratorio, rayos, interconsultas, etc.).	2016	Responsable de Historia Clínica Electrónica.
	Incorporación de herramientas y evaluación de las incorporadas: planes cuidados de enfermería, Mapa de procesos del Área, Guías clínicas, receta electrónica, etc.	2015	Responsable de Historia Clínica Electrónica.
INDICADOR	Porcentaje de pacientes con Historia Clínica sociosanitaria dentro del Paciente Crónico y Pluripatológico. Informe anual de cumplimiento en fecha de las incorporaciones.		

ESTRATEGIA E.VIII.2	HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA		
<b>OBJETIVO 76</b>	<b>Seguridad de la información clínica.</b>		
		FECHA	RESPONSABLE
<b>META</b>	<b>Los profesionales tendrán acceso a la información clínica necesaria y sólo la necesaria para atención de los pacientes.</b>	2015-20	Responsable de Historia Clínica Electrónica.
ACTIVIDADES	Difusión del sistema de seguridad, accesos y confidencialidad a los profesionales.	BIENAL	Responsable de Historia Clínica Electrónica.
	Sistema de control trimestral de accesos a la Historia Clínica Electrónica.	2015-20	Responsable de Historia Clínica Electrónica.
INDICADOR	Número de profesionales que acceden a Historia Clínica Electrónica sin justificación, mediante cortes trimestrales.		



## E.VIII.3: TELEMEDICINA

ESTRATEGIA E.VIII.3	TELEMEDICINA		
<b>OBJETIVO 77</b>	<b>Potenciar la independencia del paciente en el cuidado de su salud.</b>		
		FECHA	RESPONSABLE
<b>META</b>	<b>Corresponsabilizar al paciente de las necesidades de salud y satisfacer esas necesidades cerca de su domicilio y facilitar las herramientas para ello.</b>	2015-20	Dirección Médica.
ACTIVIDADES	Formación en el uso de nuevas tecnologías, fundamentalmente en pacientes crónicos y en domicilio, así como a cuidadores a través del apoyo on line de nuestros profesionales.	2015-20	Dirección Médica.
	Facilitar acceso directo de los pacientes a comunicación con profesionales generando vías de acceso a consulta telemática (Buzón de paciente, el especialista responde...)	2020	Dirección Médica.
	Desarrollo del autocuidado y autocontrol con el apoyo de nuevas tecnologías, proporcionando las herramientas necesarias generando documentos electrónicos de consulta accesibles a los pacientes.	2016-20	Dirección Médica.
	Posibilidad de conexión a través de Internet, ordenador, por parte de los pacientes a su médico, historia, etc. utilizando accesos encriptados a base de datos usando el número de DNI y clave de acceso.	2020	Dirección Médica.
	Establecer un sistema de seguimiento, basado en procesos, de las patologías más habituales en las que los pacientes puedan controlarse más fácilmente con sistemas de alarma (diabetes, hipertensión, etc.).	2018-20	Dirección Médica.
INDICADOR	Porcentaje de pacientes que incorporan nuevas tecnologías en el autocuidado según patología diagnosticada sobre total de pacientes con esa patología cada año.		

ESTRATEGIA E.VIII.3	TELEMEDICINA		
<b>OBJETIVO 78</b>	<b>Diagnóstico a distancia en determinadas patologías.</b>		
		FECHA	RESPONSABLE
<b>META</b>	<b>Disminución de un 20% de las Consultas presenciales en las patologías donde se instaure la telemedicina.</b>	2020	Dirección Médica.
ACTIVIDADES	Comunicación entre profesionales, con acceso directo on-line en determinados momentos (Plan de Comunicación Interna).	2017	Dirección Médica.
	Sistema de transmisión de imágenes, información clínica urgente, etc. en centros más alejados.	2016	Dirección Médica.
	Implantación de un sistema de Telemedicina anual (Telecardiología, Teledermatología, Teleradiología, Telepsiquiatría, Teleoftalmología).	2016-20	Dirección Médica.
INDICADOR	Porcentaje anual de interconsultas en las especialidades con sistema de telemedicina.		



## E.VIII.4: NUEVAS PRESTACIONES Y SERVICIOS

ESTRATEGIA E.VIII.4		NUEVAS PRESTACIONES Y SERVICIOS	
<b>OBJETIVO 79</b>		<b>Incorporación de nuevos servicios. Unidades y prestaciones nuevas.</b>	
		FECHA	RESPONSABLE
<b>META</b>	<b>Implantación de nuevas prestaciones.</b>	2015-20	Dirección Médica.
ACTIVIDADES	Unidad de suelo pélvico.	2015	Dirección Médica.
	Unidad de dolor.	2016	Dirección Médica.
	Hospitalización de convalecencia sociosanitaria.	2017	Dirección Médica.
	Aumento en un 20% las consultas de enfermería a nivel hospitalario.	2015-20	Dirección de Enfermería.
	Dotación de Ecógrafos a los Centros de Salud que presten asistencia al 80% de la población del Área.	2015-20	Dirección de Gestión.
	Acceso de todos los Centros de Salud del Área a realización de retinografías.	2017	Dirección Médica.
	Anillo de UCI, Radiología, Anatomía Patológica.	2015-20	Dirección Médica.
INDICADOR	Porcentaje de actividades o prestaciones incorporadas sobre el total de las previstas cada año.		

ESTRATEGIA E.VIII.4		NUEVAS PRESTACIONES Y SERVICIOS	
<b>OBJETIVO 80</b>		<b>Integración de Unidades Asistenciales y nuevos modelos.</b>	
		FECHA	RESPONSABLE
<b>META</b>	<b>Unificación de modelos asistenciales diferentes integrándolos en nuevas Unidades.</b>	2015-20	Dirección Médica.
ACTIVIDADES	Integración pediatría de Área, unificando el Servicio de Pediatría, Pediatrías de Centros de Salud y Pediatría de Área.	2016	Dirección Médica.
	Integración urgencias, unificando las urgencias hospitalarias y extrahospitalarias.	2016	Dirección Médica.
	Planificación anual de nuevos modelos organizativos y asistenciales en base a la aparición de nuevas necesidades detectadas.	2016-20	Direcciones Asistenciales.
INDICADOR	Porcentaje de actividades o prestaciones incorporadas sobre el total de las previstas.		
	Número de nuevas unidades / año		



## 10.- CRONOGRAMA

LINEA I. MODELO ASISTENCIAL INTEGRADO						
E.I.1: INTEGRACIÓN ASISTENCIAL						
	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Objetivo 1	Elaboración del plan de seguimiento a 500 pacientes G3 del área por año					
	Adaptación UCE					
	Aumento Actividad UDR - UCAI					
			UCS: puesta en marcha			
Objetivo 2	Plan sobre HC compartida					
E.I.2: GESTIÓN POR PROCESOS						
	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Objetivo 3	Desarrollo de 10 procesos / año, a través de grupos de trabajo interdisciplinarios					
	Reunión anual de los integrantes del grupo de trabajo de los diferentes procesos					
	Actualización (reajuste) de los procesos existentes por el responsable del proceso					
	Información periódica a los profesionales sobre el Mapa de Procesos y su actualización					
E.I.3: ATENCIÓN A LA CRONICIDAD						
	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Objetivo 4	Planes de autocuidados en pacientes G3					
Objetivo 5	Registro síntomas alarma en G3					
	Plan de seguimiento en los pacientes incluidos en el proceso					
	Valoración de pacientes a través de Medora en A.E.					
E.I.4: GESTIÓN DE CUIDADOS						
	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Objetivo 6	Apoyo de enfermera de enlace para Planes de cuidados					
	Apoyo de enfermera Gacela en AE					
	Planes de cuidados en 4 patologías / año en pacientes ingresados					
	Validación planes cuidados					
	Implantación planes de cuidados					
	Evaluación planes cuidados y planes de mejora					
	Elaboración de 2 planes de cuidados / año en procesos relevantes					
Objetivo 7	Establecimiento de un Sistema comunicación entre profesionales de los EAP para captación pacientes G3					
Objetivo 8	Formación en planes de seguimiento de pacientes G3					
	Servicios de AE necesarios para cumplir planes de seguimiento					
	Control diario de la agenda de procedimientos del PCP					
	Gestión semanal de necesidades hospitalarias de los pacientes					
	Revisión de los planes de cuidados y autocuidado de los pacientes de cada enfermera de AP					
Objetivo 9	Participar en las actividades formativas del programa del paciente activo					
	Realización de actividades desarrolladas en el programa del paciente activo					



<b>LÍNEA II. ACCESIBILIDAD, UNIVERSALIDAD, EQUIDAD Y EFICACIA</b>						
<b>E.II.1: CARTERA Y OFERTA DE SERVICIOS</b>						
	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Objetivo 10 a	Definir criterios de relevancia					
	Propuesta de al menos un proceso asistencial por cada unidad					
		Elaboración de 5 procesos asistenciales/año priorizados según los criterios definidos Difusión e implantación de los procesos elaborados				
Objetivo 10 b	Valoración anual de nuevas técnicas, procedimientos y aparataje a incluir					
	Inclusión del aprendizaje de estas nuevas técnicas o procedimientos en el Plan Anual de Formación					
Objetivo 10 c	Orientación de los procesos a facilitar la accesibilidad de la población mediante indicación clara de lugar preferible de asistencia					
	Adecuación proceso de cuidados paliativos en domicilio					
	Evaluación sistemas de transporte		Evaluación sistemas de transporte		Evaluación sistemas de transporte	
<b>E.II.2: VARIABILIDAD ASISTENCIAL</b>						
	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Objetivo 11 a	Criterios clave en procesos					
	Revisión anual de cada proceso asistencial respecto a las nuevas evidencias científicas					
	Comunicación a los profesionales de los resultados de la evaluación y análisis					
Objetivo 11 b	Establecimiento de criterios para considerar duplicada una prueba (5 pruebas/año)					
	Difusión de los criterios a todos los profesionales implicados					
Objetivo 11 c	Desarrollo del nuevo modelo asistencial con derivaciones innecesarias					
	Comunicación de procesos existentes a los profesionales para evitar derivaciones innecesarias					
<b>E.II.3: CAPACIDAD RESOLUTIVA</b>						
	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Objetivo 12	Catálogo Consultas Alta Resolución					
	Definir CAR por Unidad					
		Implantar nuevas CAR				
			Evaluar funcionamiento nuevas CAR			
Objetivo 13	Potenciación y mantenimiento de los Programas de diagnóstico precoz de patologías oncológicas					
	Evaluación nuevas propuestas por la Unidad de Evaluación Tecnológica					
Objetivo 14 a	Riesgo cardiovascular en menores de 65 años					
	Control en patologías crónicas de indicadores					
Objetivo 14 b	Cumplimiento de los criterios de activación del "Código Ictus"					
	Existencia de Desfibriladores y personal entrenado en su manejo en Centros y Puntos de Guardia					
	Proceso que facilite el acceso a fibrinólisis y angioplastia secundaria según "Código Infarto".					
Objetivo 15	Educación Sanitaria de la población (Educación para la salud)					
	Actividades preventivas encaminadas al cumplimiento de la Cartera de Servicios					
	Campañas de información en medios sociales sobre prevención y cuidado de las enfermedades					
Objetivo 16	Cumplimiento de los indicadores referentes a atención domiciliaria en los procesos					
	Planes de Cuidados específicos en todos los procesos crónicos					
			Formación a cuidadores metodología de cuidados			
	Visitas programadas periódicas a los pacientes inmovilizados (mínimo 1/mes en inmovilizados G3)					
	Visitas domiciliarias a pacientes G3 (semestral por enfermería y anual por trabajador social)					
Objetivo 17	Educación sanitaria a grupos específicos de pacientes de Servicios de Cartera: (Tabaquismo, Diabetes, Obesidad, EPOC)					
	Participación en la Estrategia Regional del "Paciente experto-paciente activo" en las actividades formativas y desarrollo de actividades con al menos un EAP/Unidad por año					



<b>LÍNEA III. CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>						
<b>E.III.1: MEJORA CONTINUA Y MODELO E.F.Q.M</b>						
	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Objetivo 18	Elaboración y aprobación del documento de autoevaluación					
		Autoevaluación en UGC				
	Realización de autoevaluación en 10 Unidades asistenciales					
Inclusión de Incentivos en los Pactos de las unidades con autoevaluación						
Objetivo 19	Autoevaluación					
		Elaboración de la memoria				
		Plan de mejora				
<b>E.III.2: BUENAS PRACTICAS</b>						
	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Objetivo 20		Programa informático				
	Retirada progresiva de la Hoja de Tratamiento Médico en las distintas Unidades					
	Seguimiento del programa y actualizaciones/mejora					
Objetivo 21	Formación de los profesionales en el sistema de notificación e incidentes, en al menos 3 unidades /año.					
	Desarrollo Sisnot					
		Análisis y mejoras				
<b>E.III.3: ADVERSIDAD Y SEGURIDAD HOSPITALARIAS</b>						
	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Objetivo 22	Evaluación cumplimiento de las recomendaciones sobre higiene de manos mediante Check-List					
	Evaluación del cumplimiento del protocolo sobre curas de heridas					
	Participación en programas de seguridad: proyecto Resistencia Zero"					
	Elaborar informe de sensibilidad a antimicrobianos y distribuirlo entre los profesionales					
Objetivo 23	Actualización de protocolos y guías UPP					
	Actualización, difusión y evaluación del Proceso de Ulceras por presión					
	Actualización en habilidades y conocimientos sobre la prevención y tratamiento de las UPP					
Objetivo 24	Identificación inequívoca del paciente					
		Revisión de los puntos críticos				
			Buenas prácticas en Mapa Procesos			
Objetivo 25	Protocolo de prevención de caídas.					
	Informe anual sobre las causas de las caídas estableciendo acciones de mejora					
		Formación bienal sobre caídas		Formación bienal sobre caídas		Formación bienal sobre caídas
	Supervisión de los dispositivos y del uso adecuado de los mecanismos de seguridad.					
<b>E.III.4: CALIDAD PERCIBIDA</b>						
	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Objetivo 26	Guía informativa de hospitalización					
		Plan de confort				
		Plan de mejora sobre intimidad				
	Entorno de silencio					
Objetivo 27		Encuesta		Encuesta		Encuesta
			Planes de mejora		Planes de mejora	
	Recoger sugerencias de las asociaciones de usuarios y profesionales					
	Conseguir la participación de usuarios					



LINEA IV. DESARROLLO PROFESIONAL						
E.IV.1: FORMACIÓN CONTINUADA						
	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Objetivo 28	Detección de necesidades formativas					
	Adecuar la oferta de actividades a las necesidades detectadas					
	Ampliar la oferta formativa a colectivos minoritarios					
	Impulsar nuevas modalidades formativas (talleres, seminarios, jornadas....					
	Facilitar la accesibilidad a las diferentes acciones formativas					
	Fomentar las habilidades para la adquisición y desarrollo de competencias					
	Analizar la formación externa y programar esas actividades dentro del plan de formación.					
Objetivo 29	Registro de docentes					
	Convocatoria anual para colaboración en la formación de la GIS					
	Analizar los resultados de la valoración de los profesionales en cada acción formativa					
	Acreditación de la docencia impartida y certificado de ponentes					
Objetivo 30	Realizar de un mínimo de 3 sesiones clínicas o sesiones formativas acreditadas anuales					
	Acreditación de las sesiones acreditables, inclusión en los pactos de objetivos anuales					
Objetivo 31	Facilitar los recursos para la realización de las sesiones					
	Difundir la convocatoria de las sesiones					
	Facilitar la asistencia					
E.IV.2: DOCENCIA						
	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Objetivo 32	Análisis de las especialidades a acreditar					
	Solicitud de acreditación o adecuación de las mismas					
	Acreditación de centros y unidades necesarias					
	Adaptación al desarrollo del RD 639/2014 por el que se regula la troncalidad					
Objetivo 33	Mapa procesos de formación especializada					
		Mapa procesos de formación pregrado				
			Plan Gestión Calidad Docente			
Objetivo 34	Integración de Unidad de formación e investigación					
	Estructura y funcionamiento de la Unidad					
		Convenios de colaboración docente				
E.IV.3: INVESTIGACIÓN						
	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Objetivo 35	Facilitar la investigación a los profesionales					
	Poner a disposición de los profesionales los recursos necesarios para la investigación					
	Potenciar el uso de la unidad de investigación del área					
Objetivo 36	Difusión de las ofertas de investigación a través de la unidad de investigación					
	Difusión de los resultados de la investigación,					
E.IV.4: DESARROLLO Y EVALUACION DE LA COMPETENCIA PROFESIONAL						
	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Objetivo 37		Mapa de competencias				
			Perfiles competenciales			
				Niveles y prioridades		
Objetivo 38	Detectar las necesidades formativas de los profesionales de la GIS, mediante encuesta al uso					
	Acciones formativas aplicables al puesto de trabajo y destinadas a adquirir competencias.					
	Evaluar la transferencia del conocimiento adquirido al puesto de trabajo					



<b>LÍNEA V. PARTICIPACIÓN Y MOTIVACIÓN DE LOS PROFESIONALES</b>						
<b>E.V.1: DESCENTRALIZACIÓN DE LA GESTIÓN Y GESTIÓN CLÍNICA</b>						
	2015	2016	2017	2018	2019	2020
<b>Objetivo 39</b>		Criterios AP. Pactos				
				Criterios AE. Pactos		
						Criterios no asistenciales Pactos
<b>Objetivo 40</b>	5 UGC					
	Autoevaluación 50% de Unidades asistenciales	Incorporación a la Gestión Clínica de al menos tres Unidades / año				
<b>E.V.2: COMUNICACIÓN Y PARTICIPACIÓN DE LOS PROFESIONALES</b>						
	2015	2016	2017	2018	2019	2020
<b>Objetivo 41</b>	Potenciar la intranet "Portal del empleado"					
		Desarrollo del "Portal del empleado"				
<b>Objetivo 42</b>	Manual de Acogida					
		Evaluar Proceso de acogida				
<b>Objetivo 43</b>	Buzón de sugerencias					
		Marco estructurado para debatir propuestas de mejora				
		Publicación propuestas de mejora				
	Jornada/año de "Laboratorio de ideas"					
	Comisiones / grupos de trabajo mejora		Comisiones / grupos de trabajo mejora		Comisiones / grupos de trabajo mejora	
	Encuesta de satisfacción			Encuesta de satisfacción	Encuesta de satisfacción	
<b>E.V.3: RECONOCIMIENTO E INCENTIVACIÓN Y MOTIVACIÓN</b>						
	2015	2016	2017	2018	2019	2020
<b>Objetivo 44</b>	Convocar y resolver plazas no adjudicadas Movilidad Interna Voluntaria					
	Convocar plazas mediante el procedimiento de Promoción Interna Temporal					
<b>Objetivo 45</b>	Evaluar riesgos en las Unidades					
	Plan de Formación específico de Prevención de Riesgos Laborales					
	Plan de Autoprotección HSB					
		Revisión Planes de Autoprotección de HSB y HVM		Revisión Planes de Autoprotección de HSB y HVM		Revisión Planes de Autoprotección de HSB y HVM
	Ofrecer vigilancia de la salud a los profesionales					
<b>Objetivo 46</b>	Investigación de accidentes de trabajo					
	Permisos por asistencia a congresos, etc.					
		Retribuir si se aporta ponencia				
	Convocar anualmente premios de investigación					
	Convocar anualmente premios de reconocimiento					
			Incrementar el nº de premios			
<b>Objetivo 47</b>	Retribuir asistencia a otros centros por incorporar una nueva técnica.					
	Incorporar una técnica-proceso anual					
<b>Objetivo 48</b>	Incentivar una actividad anual			Incentivar 3 actividades anuales		
	Concesión de permisos por colaboración con asociaciones aliadas de la GIS y otras acciones de carácter humanitario					



<b>LÍNEA VI. PARTICIPACIÓN COMUNITARIA</b>						
<b>E.VI.1: COMUNICACIÓN Y PARTICIPACIÓN COMUNITARIA</b>						
	2015	2016	2017	2018	2019	2020
<b>Objetivo 49</b>	Formar a los profesionales para llevar a cabo la sensibilización y potenciación del Consejo de Salud.					
	Dar información a los representantes sobre la misión de los Consejos de Salud					
	Reflejar los temas tratados en el Consejo de Salud en una plataforma virtual					
<b>Objetivo 50</b>	Participar en reuniones de las asociaciones de pacientes, vecinos, colegios, padres, amas de casa.....					
<b>Objetivo 51</b>	Formación continuada en técnicas y habilidades de comunicación y dinámica de grupos					
	Dar a conocer las actividades comunitarias que se realizan en nuestro área de salud					
		Grupos de profesionales en asociaciones de pacientes	Grupos de profesionales en asociaciones de vecinos	Grupos de profesionales en colegios, padres, amas de casa.....		
<b>E.VI.2: ALIANZAS CON PACIENTES, PROVEEDORES Y PARTNERS</b>						
	2015	2016	2017	2018	2019	2020
<b>Objetivo 52</b>	Actualizar y difundir registro de organizaciones, asociaciones... (Tabla de alianzas)					
	Mantener las alianzas existentes con las distintas asociaciones de pacientes y otras entidades					
	Realizar 10 nuevas alianzas estratégicas y acuerdos de colaboración					
	Nuevo modelo y asociaciones de pacientes					
<b>Objetivo 53</b>	Conseguir colaboración en el Plan de Formación de la GIS con al menos una actividad al año					
	Realizar nuevos avances tecnológicos acordes con las necesidades de la población y de la GIS					
	Los proveedores informen y formen de las características y correcta utilización de los nuevos productos					
<b>E.VI.3: INTERVENCIÓN SANITARIA COMUNITARIA</b>						
	2015	2016	2017	2018	2019	2020
<b>Objetivo 54</b>	Realizar al menos una jornada bienal sobre atención integral a la cronicidad					
	Realización charla/taller multidisciplinar sobre patologías relevantes y/o problemas de salud pública					
	Elaborar encuestas que nos permita conocer el impacto de la actividad en la población y la satisfacción.					
<b>E.VI.4: INTEGRACIÓN SOCIO SANITARIA</b>						
	2015	2016	2017	2018	2019	2020
<b>Objetivo 55</b>	Comisión de profesionales de GIS y residencias					
	Coordinación con personal sanitario de la residencia para plan de seguimiento y de cuidados.					
<b>Objetivo 56</b>	Detección de las necesidades socio sanitarias NO cubiertas con recursos públicos					
	Prospección de Entidades, etc. que proporcionen cobertura a necesidades detectadas.					
	Coordinar propuestas necesidades					



## LINEA VII. SOSTENIBILIDAD

### E.VII.1: GESTIÓN FINANCIERA-PRESUPUESTARIA

	2015	2016	2017	2018	2019	2020
<b>Objetivo 57</b>	Evaluación de los datos económicos de cierre del ejercicio anterior.					
	Análisis de los datos anteriores y justificación de la necesidad de abordar un plan de eficiencia anual.					
	Evaluación del Plan de Eficiencia					
	Revisión del Plan anterior y valorar la elaboración de uno nuevo.					
<b>Objetivo 58</b>	Asignación de objetivos presupuestarios de Capítulo 1 y 2 por unidades asistenciales					
	Monitorización de cuadros de mando para análisis y seguimiento por cada unidad					
	Determinación de límites máximos de incumplimientos presupuestarios y toma de medidas					
<b>Objetivo 59</b>	Análisis trimestral de los datos de Capítulo II y IV					
	Propuesta de medidas correctoras por las Unidades de Farmacia.					
			Unificación AP-AE en farmacia			
	Realizar Planes de mejora anuales con criterios de uso racional del medicamento					
<b>Objetivo 60</b>	Análisis de las derivaciones que se producen fuera de la GIS por servicios y prestaciones					
	Elaborar planes específicos en función del coste-oportunidad de las prestaciones.					
	Traslado a las unidades correspondientes y despliegue del Plan.					
<b>Objetivo 61</b>	Líneas de la Memoria de sostenibilidad					
	Acuerdos marco de electricidad y gas natural.					
	Fuente de energía alternativas					
		Costes energéticos				
		Residuos sanitarios				

### E.VII.2: CONTABILIDAD ANALÍTICA

	2015	2016	2017	2018	2019	2020
<b>Objetivo 62</b>	Contabilidad analítica en AP					
	Criterios de agrupación en GFH definidos					
	Captura de la información de nuevas unidad					
	Criterios de reparto de los costes y actividad					
		Agregación-desagregación de los costes				
	Obtención de informes para análisis y seguimiento					
<b>Objetivo 63</b>	Proceso que coordine las pruebas diagnósticas					
		Modelo propio de grado de resolutiveidad en AP				
			Desarrollo de modelo, a nivel de facultativo			
<b>Objetivo 64</b>	Información con datos asistenciales por paciente.					
	Criterios de imputación en contabilidad analítica.					



<b>E.VII.3: RECURSOS HUMANOS</b>						
	2015	2016	2017	2018	2019	2020
<b>Objetivo 65</b>	Análisis socio-demográfico					
	Planificación redistribución de efectivos					
	Posibles integraciones					
	Cargas de trabajo en enfermería					
		Valorar las estructuras físicas en las necesidades de personal				
	Plan de optimización de recursos.					
<b>Objetivo 66</b>	Previsión de jubilaciones					
	Análisis del mercado de trabajo					
	Valorar de la política de reposición					
	Políticas de demanda.					
<b>E.VII.4: RECURSOS MATERIALES</b>						
	2015	2016	2017	2018	2019	2020
<b>Objetivo 67</b>		Plan de adecuación de pruebas diagnósticas				
			Evaluación del propio Plan y propuesta de acciones de mejora.			
			Reevaluación y elaboración de nuevo Plan.			
<b>Objetivo 68</b>	Estudios específicos en proyectos de obras de cierto volumen económicos.					
	Los servicios solicitantes de inversiones en equipamiento no va suponer un mayor consumo					
<b>E.VII.5: CAPTACIÓN DE RECURSOS – FACTURACIÓN</b>						
	2015	2016	2017	2018	2019	2020
<b>Objetivo 69</b>	Procedimiento de actuaciones en SIFCO					
	Revisar las autorizaciones sanitarias de funcionamiento en todos los centros de la GIS					
	Establecer objetivos en los pactos anuales de cada unidad					
<b>Objetivo 70</b>	Revisión del proceso de facturación					
	Sistematizar subprocesos en accidentes de trabajo					
	Objetivos de facturación en los Pactos de Objetivos de las Unidades Asistenciales					
	Desarrollo del proceso de recaudación por vía ejecutiva coordinado con la Asesoría Jurídica de la JCyL					
	Expedientes de contratación en áreas susceptibles de obtener ingresos no asistenciales					



LINEA VIII. INNOVACIÓN Y DESARROLLO						
E.VIII.1: RENOVACIÓN TECNOLÓGICA						
	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Objetivo 71	Plan de incorporación, renovación y amortización tecnológica					
	Estudio y dotación de medios ante cada proceso nuevo a implantar					
Objetivo 72	Unidad de mantenimiento unificada					
	Mantenimiento instalaciones y equipos.					
	Mantenimiento preventivo					
Realizar planes de amortización de nuevas tecnologías						
Objetivo 73	Unidad de evaluación de prestaciones y servicios					
	Evaluación de nuevas prestaciones tecnológicas y servicios					
	Incorporar una innovación tecnológica anual					
	Participación en todos los pilotajes de prestaciones y servicios que se propongan					
Difusión de los resultados de los pilotajes y extensión dentro del Área						
E.VIII.2: HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA						
	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Objetivo 74	Unificación o interrelación de HCE (Medora, Jimena, etc.) con acceso de todos los profesionales					
	Alternativas para la "caída" del sistema					
Comunicar las condiciones de acceso y seguridad a los pacientes y profesionales						
Objetivo 75	Historia sociosanitaria					
	Telemedicina y autocuidado HCE					
		HCE: Pruebas complementarias				
Objetivo 76	Incorporación herramientas					
	Difusión del sistema de seguridad, accesos y confidencialidad a los profesionales					
Sistema de control trimestral de accesos a la Historia Clínica Electrónica						
E.VIII.3: TELEMEDICINA						
	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Objetivo 77	Formación en el uso de nuevas tecnologías pacientes crónicos y cuidadores					
	Acceso directo de los pacientes a comunicación con profesionales					
	Desarrollo del autocuidado y autocontrol con el apoyo de nuevas tecnologías					
	Posibilidad de conexión por parte de los pacientes a su médico, historia, etc					
Objetivo 78				Sistema de seguimiento de las patologías para autocontrol de pacientes		
			Comunicación entre profesionales			
	Transmisión a Centro alejado					
Telecardiología, Teledermatología, Teleradiología, Telepsiquiatría, Teleoftalmología						
E.VIII.4: NUEVAS PRESTACIONES Y SERVICIOS						
	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Objetivo 79	Unidad de suelo pélvico					
		Unidad dolor				
			Hospitalización convalecencia			
	Consultas de enfermería en hospital					
	Dotación de Ecógrafos a los Centros de Salud que presten asistencia al 80% de la población del Área					
	Acceso de los Centros de Salud a retinografías					
Objetivo 80	Anillo de UCI, Radiología, Anatomía Patológica					
		Integración pediatría				
		Integración urgencias				
Planificación anual de nuevos modelos organizativos y asistenciales						



## 11.- EVALUACION

**Anual:** en el primer trimestre de cada año.

- Evaluación de los Objetivos que correspondan en el año por los responsables de cada Línea.
- Valoración de las actividades realizadas sobre las previstas.
- Adecuación de objetivos y actividades, según circunstancias que puedan variar y alterar este Plan Estratégico.
- Variación y adaptación de fechas de evaluación según informe de las evaluaciones anuales.
- Análisis de los resultados de la evaluación anual en sesión conjunta de los responsables de las distintas líneas y aprobación, si procede de las variaciones del Plan para el siguiente año.

**Fin del Plan:** en el primer trimestre de 2021

- Se realizará una evaluación completa del Plan Estratégico, con las variaciones que se hayan introducido durante estos años.



## LINEA ESTRATEGICA I: Modelo asistencial Integrado

Estrategias	Objetivos	Indicadores	2015	2016	2017	2018	2019	2020
E.I.1, Integración asistencial	1. Unidades Asistenciales de nuevo modelo	Planes de seguimiento	X	X	X	X	X	X
		Adaptación UCE	X					
		Actividad UDR-UCAI	X	X	X	X	X	X
		Puesta en marcha proceso UCS			X			
	Pacientes atendidos en nuevo modelo						X	
	2. Historia Clínica única o bidireccional	Profesionales con acceso información clínica	X					
E.I.2, Gestión por procesos	3. Gestión por procesos	Procesos elaborados	X	X	X	X	X	X
		Reuniones grupos de trabajo	X	X	X	X	X	X
		Procesos operativos actualizados	X	X	X	X	X	X
		Sugerencias	X	X	X	X	X	X
		Entradas IP	X	X	X	X	X	X
		Informaciones a profesionales	X	X	X	X	X	X
E.I.3, Atención a la cronicidad	4. Fomento autocuidado	Pacientes con Plan de autocuidado	X	X	X	X	X	X
	5. Control PCP	Pacientes con Plan de seguimiento	X	X	X	X	X	X
		Pacientes con registro síntomas de alarma	X	X	X	X	X	X
		Estancias anuales pacientes G3	X	X	X	X	X	X
	E.I.4, Gestión de cuidados	6. Planes de cuidados	Pacientes con planes integrados en planes sobre total pacientes	X	X	X	X	X
Visitas enfermera de enlace			X	X	X	X	X	X
Pacientes con planes integrados en planes sobre total altas			X	X	X	X	X	X
Planes de cuidados estandarizados			X	X	X	X	X	X
7. Valoración social		Pacientes G3 con Historia Social	X	X	X	X	X	X
8. Enfermera gestora de casos y enfermera de enlace		Satisfacción actividad de Enfermera gestora casos	X				X	
		Reclamaciones citas pacientes G3	X	X	X	X	X	X
		Informes necesidad citas pacientes	X	X	X	X	X	X
		Satisfacción actividad de Enfermera de enlace	X				X	
9. Paciente experto		Pacientes activos	X	X	X	X	X	X



## LINEA ESTRATEGICA II: Accesibilidad, Universalidad, Equidad y Eficiencia

Estrategias	Objetivos	Indicadores	2015	2016	2017	2018	2019	2020
E.II.1: Cartera y oferta de servicios	10. Optimizar la Cartera de Servicios	Procesos implantados		X	X	X	X	X
		Pacientes no derivados	X	X	X	X	X	X
		Correcta derivación entre niveles	X	X	X	X	X	X
		Encuestas sistemas transporte	X		X		X	
E.II.2: Variabilidad asistencial	11. Disminuir la variabilidad clínica	Adecuación clínica 5 procesos	X	X	X	X	X	X
		Pruebas con criterios duplicidad		X	X	X	X	X
		Derivaciones en 5 procesos	X	X	X	X	X	X
		Recordatorio Mapa de Procesos	X	X	X	X	X	X
E.II.3: Capacidad resolutive	12. Consultas de alta resolución	Consultas de alta resolución	X	X	X	X	X	X
		Planes de mejora						X
	13. Prevención secundaria	Programas de diagnóstico precoz de patologías oncológicas	X	X	X	X	X	X
		Nuevos programas	X	X	X	X	X	X
	14. Morbi-mortalidad	Incidencia de cardiopatía isquémica en < 75 años.	X	X	X	X	X	X
		Incidencia de enfermedad cerebrovascular en < 75 años.	X	X	X	X	X	X
Mortalidad cardiovascular.							X	
E.II.4: Atención comunitaria y domiciliaria	15. Promoción de la salud	Alianzas	X	X	X	X	X	X
		Resultado Cartera de Servicios	X	X	X	X	X	X
		Campañas de información	X	X	X	X	X	X
	16. Atención domiciliaria	Visitas domiciliarias de enfermería y trabajador social	X	X	X	X	X	X
	17. Autonomía de los pacientes	Educación sanitaria a grupos	X	X	X	X	X	X
		Unidades con "Paciente activo"	X	X	X	X	X	X



## LINEA ESTRATEGICA III: Calidad y Seguridad del Paciente

Estrategias	Objetivos	Indicadores	2015	2016	2017	2018	2019	2020
E.III.1: Mejora continua y Modelo EFQM	18. Autoevaluación con modelo EFQM	Unidades con autoevaluación						X
	19. Reacreditación EFQM	Reacreditación		X				
E.III.2: Buenas prácticas	20. Dispensación de la Farmacia Hospital	Prescripciones realizadas informáticamente		X	X	X	X	X
	21. Cultura de seguridad del paciente	Incidentes registrados	X	X	X	X	X	X
		Propuestas de buenas prácticas		X	X	X	X	X
		Propuestas incluidas en el Mapa		X	X	X	X	X
E.III.3: Adversidad y seguridad hospitalarias	22. Infecciones hospitalarias	Infecciones nosocomiales	X	X	X	X	X	X
	23. Ulceras por Presión	Pacientes hospitalizados con Ulceras por presión	X	X	X	X	X	X
	24. Gestión de riesgos	Procesos con determinación de puntos críticos		X	X	X	X	X
	25. Fractura de cadera	Caídas en pacientes ingresados	X	X	X	X	X	X
E.III.4: Calidad percibida	26. Seguridad, confort e intimidad del paciente	Reclamaciones por motivos de seguridad, confort y/o intimidad	X	X	X	X	X	X
	27. Satisfacción de los usuarios Resultados clave de Memoria EFQM	Encuesta indicadores 6a y 9		X		X		X
		Planes de mejora				X		X
		Recoger sugerencias de usuarios y profesionales	X	X	X	X	X	X
		Usuarios en comisiones de calidad y seguridad del paciente				X		X
		Número de planes de mejora elaborados y puestos en marcha	X	X	X	X	X	X
		Resultados de los indicadores de los criterios 6a y 9 del Modelo EFQM		X		X		X



## LINEA ESTRATEGICA IV: Desarrollo profesional

Estrategias	Objetivos	Indicadores	2015	2016	2017	2018	2019	2020
E.IV.1: Formación continuada	28. Motivación y satisfacción de los profesionales	Satisfacción media	X	X	X	X	X	X
		Participantes	X	X	X	X	X	X
	29. Profesionales como docentes	Profesionales que colaboran	X	X	X	X	X	X
		Docentes internos	X	X	X	X	X	X
		Actividades impartidas por profesionales del Área	X	X	X	X	X	X
	30. Sesiones en las Unidades	Unidades con sesiones acreditadas	X	X	X	X	X	X
31. Sesiones multidisciplinarias	Sesiones multidisciplinarias	X	X	X	X	X	X	
E.IV.2: Docencia	32. Adecuar la formación especializada	Especialidades acreditadas	X	X	X	X	X	X
	33. Nivel de calidad	Mapas de procesos	X	X				
		Plan de Gestión de Calidad Docente			X	X	X	X
34. Integrar la formación e investigación	Unidad de Investigación y Docencia de Área	X						
E.IV.3: Investigación	35. Investigación de los profesionales	Proyectos de investigación	X	X	X	X	X	X
	36. Recursos externos en investigación	Proyectos financiados con recursos externos	X	X	X	X	X	X
E.IV.4: Desarrollo y evaluación de la competencia profesional	37. Funciones y aptitudes del personal	Nº de mapas elaborados por año		X	X	X	X	X
	38. Actualización de las competencias	Encuesta sobre necesidades formativas	X	X	X	X	X	X
		Acciones formativas aplicables al puesto de trabajo específicas	X	X	X	X	X	X
		Transferencia del conocimiento adquirido al puesto de trabajo	X	X	X	X	X	X



## LINEA ESTRATEGICA V: Participación y motivación de los profesionales

Estrategias	Objetivos	Indicadores	2015	2016	2017	2018	2019	2020
E.V.1: Descentralización de la gestión clínica	39. Descentralización según modelo EFQM	Cumplimiento Pactos Objetivos	X	X	X	X	X	X
		Pactos con inclusión del modelo		X	X	X	X	X
	40. Incorporación de la Gestión Clínica en la descentralización	Unidades de Gestión Clínica	X	X	X	X	X	X
E.V.2 : Comunicación y participación de los profesionales	41. Comunicación interna	Intranet	X					
		“Portal del empleado”	X					
		Desarrollo del “Portal del empleado”		X				
		Encuesta sobre Plan de Comunicación		X		X		X
	42. Plan de acogida unificado	Plan de acogida y proceso	X	X				
		Encuesta sobre plan de acogida		X		X		X
	43. Participación de los profesionales	Buzón de sugerencias	X					
		Marco estructurado para debatir las propuestas de mejora		X				
		Contestación a las propuestas de mejora y publicación		X				
		Jornada de “Laboratorio de ideas”		X	X	X	X	X
		Encuestas de satisfacción de profesionales y de burnout.		X		X		X
E.V.3. : Reconocimiento, incentivación y motivación	44. Procesos de Movilidad y Promoción Interna	Convocatorias anuales	X	X	X	X	X	X
		Plazas cubiertas por movilidad interna	X	X	X	X	X	X
		Plazas cubiertas por promoción interna	X	X	X	X	X	X
	45. Condiciones seguras de trabajo	Riesgos en las Unidades	X	X				
		Prevención de Riesgos Laborales	X		X		X	
		Plan de Autoprotección HSB	X					
		Revisión de los Planes de Autoprotección de HSB y HVM		X	X	X	X	X
		Vigilancia de la salud a los profesionales (80% en 2015 y 100% a partir de 2016) al 80% de los profesionales	X	X	X	X	X	X
		Investigar accidentes de trabajo	X	X	X	X	X	X
	46. Participación en congresos, jornadas, etc.	Permisos por asistencia a congresos, jornadas, etc.	X	X	X	X	X	X
		Asistencias con retribución		X	X	X	X	X
		Convocatoria de premios	X	X	X	X	X	X
	47. Conocimientos Y habilidades	Asistencias retribuidas	X	X	X	X	X	X
		Técnicas incorporadas		X	X	X	X	X
48. Actividades extralaborales	Actividades extralaborales	X	X	X	X	X	X	
	Permisos por colaboración en acciones de carácter humanitario	X	X	X	X	X	X	



## LINEA ESTRATEGICA VI: Participación comunitaria.

Estrategias	Objetivos	Indicadores	2015	2016	2017	2018	2019	2020
E.VI.1: Comunicación y participación comunitaria	49. Participación en los Consejos de Salud	Representantes que asisten	X	X	X	X	X	X
		Propuestas realizadas por los representantes del consejo	X	X	X	X	X	X
		Propuestas de los ciudadanos a través de sus representantes	X	X	X	X	X	X
	50. Participación comunitaria	Reuniones en las que participan	X	X	X	X	X	X
E.VI.2: Alianzas con pacientes, proveedores y partners	51. El profesional en actividades comunitarias	Actividades comunitarias desarrolladas	X	X	X	X	X	X
	52. Participación activa de los pacientes	Alianzas, convenios y estrategias compartidas	X	X	X	X	X	X
E.VI.3: Intervención sanitaria comunitaria	54. Educación sanitaria en la comunidad	53. Colaboración con los proveedores y partners	Pactos de colaboración y alianzas con proveedores	X	X	X	X	X
		Jornada sobre atención integral a la cronicidad	X		X		X	
		Charla/taller multidisciplinar sobre patologías relevantes y/o problemas de salud pública	X	X	X	X	X	X
		Encuestas que nos permita conocer el impacto	X	X	X	X	X	X
		Pacientes/cuidadores asistentes	X	X	X	X	X	X
		Encuestas contestadas	X	X	X	X	X	X
E.VI.4: Integración sociosanitaria	55. Pacientes institucionalizados	Zonas Básicas de Salud con actividades de promoción y educación sanitaria	X	X	X	X	X	X
		Pacientes G3 incluidos en el proceso	X	X	X	X	X	X
	56. Necesidades sociosanitarias desde el Trabajo Social Sanitario	Protocolos con estos Centros	X	X	X	X	X	X
		Informes sobre necesidades sociosanitarias	X	X	X	X	X	X



## LINEA ESTRATEGICA VII: Sostenibilidad.

Estrategias	Objetivos	Indicadores	2015	2016	2017	2018	2019	2020
E.VII.1: GESTIÓN FINANCIERA-PRESUPUESTARIA	57. Sostenibilidad económica	Evaluación del Plan de Eficiencia	X	X	X	X	X	X
	58. Descentralización del gasto por unidad	Informe	X	X	X	X	X	X
	59. Control del gasto farmacéutico	Seguimiento	X	X	X	X	X	X
	60. Planes de autosuficiencia	Prestaciones "internalizadas"	X	X	X	X	X	X
	61. Políticas medioambientales	Ahorro económico energético	X	X	X	X	X	X
E.VII.2: CONTABILIDAD ANALÍTICA	62. Desarrollo contabilidad analítica integrada	Informe	X	X	X	X	X	X
	63. Eficiencia en la prestación del servicio	Coste por prestación	X	X	X	X	X	X
	64. Contabilidad analítica en Especializada	Gasto imputable vía GRD	X	X	X	X	X	X
E.VII.3: RECURSOS HUMANOS	65. Gestión de los recursos humanos	Elaboración del Plan.		X				
	66. Planificación de los recursos humanos	Elaboración del Plan		X				
E.VII.4: RECURSOS MATERIALES	67. Medios diagnósticos	Resultados por servicio		X	X	X	X	X
	68. Cláusulas de sostenibilidad	Informes	X	X	X	X	X	X
E.VII.5: CAPTACIÓN DE RECURSOS - FACTURACIÓN	69. Información entre pacientes derivados	Informe	X	X	X	X	X	X
	70. Facturas pendientes.	Informe	X	X	X	X	X	X



## LINEA ESTRATEGICA VIII: Innovación y desarrollo.

Estrategias	Objetivos	Indicadores	2015	2016	2017	2018	2019	2020
E.VIII.1: RENOVACIÓN TECNOLÓGICA	71. Adaptación tecnológica	Procesos con necesidades adecuadas	X	X	X	X	X	X
	72. Mantenimiento tecnológico	Resolución de las incidencias	X	X	X	X	X	X
		Actividades preventivas	X	X	X	X	X	X
	73. Innovación tecnológica	Ideas innovadoras		X	X	X	X	X
		Nuevas prestaciones		X	X	X	X	X
E.VIII.2: HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA	74. Acceso externo a HCE	Acceso de profesionales						X
	75. Servicios de HCE	Pacientes con HCE sociosanitaria	X	X	X	X	X	X
	76. Seguridad HCE	Profesionales que acceden a HCE sin justificación	X	X	X	X	X	X
E.VIII.3: TELEMEDICINA	77. Independencia del paciente	Pacientes con nuevas tecnologías	X	X	X	X	X	X
	78. Diagnóstico a distancia	Interconsultas en especialidades con telemedicina	X	X	X	X	X	X
E.VIII.4: NUEVAS PRESTACIONES Y SERVICIOS	79. Nuevos servicios y Unidades	Unidad de suelo pélvico	X					
		Unidad de dolor		X				
		Hospitalización de convalecencia			X			
		Consultas de enfermería	X	X	X	X	X	X
		Ecógrafos en Centros de Salud	X	X	X	X	X	X
		Acceso a retinografías			X			
		Anillo de UCI, Radiología, Anatomía Patológica	X	X	X	X	X	X
	80. Integración de Unidades Asistenciales y nuevos modelos	Pediatría de Área.			X			
		Urgencias			X			
		Nuevos modelos organizativos			X	X	X	X
		Nuevas unidades	X	X	X	X	X	X



## GLOSARIO DE TERMINOS

ACVA	Accidente Cerebrovascular Agudo	ISFAS	Instituto Social de las Fuerzas Armadas
AE	Atención Especializada	JCyL	Junta de Castilla y León
AENOR	Agencia Española de la Normalización	LEQ	Listas de Espera Quirúrgicas
AP	Atención Primaria	MUFACE	Mutualidad de Funcionarios Civiles del Estado
ATS	Ayudante Técnico Sanitario	MUGEJU	Mutualidad General Judicial
BOCyL	Boletín Oficial de Castilla y León	PCP	Paciente Crónico y Pluripatológico
CAMP	Centro de Atención a Minusválidos Psíquicos	PGCD	Plan de Gestión de Calidad Docente
CAS	Complejo Asistencial de Soria	RD	Real Decreto
CCEE	Consultas externas	Rx	Radiodiagnóstico
CEAS	Centros de Acción Social	SACYL	Sanidad de Castilla y León
CMA	Cirugía Mayor Ambulatoria	SIFCO	Sistema de Información del Fondo de Cohesión
CPRE	Colangio-pancreatografía retrógrada	SIGGIS	Sistema de Información para Gestión de la Gerencia Integrada de Soria
CS	Centro de Salud	SISNOT	Sistema de Notificación de Incidentes
CyL	Castilla y León	SNS	Sistema Nacional de Salud
DAFO	Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades	SP	Salud Pública
EAP	Equipo de Atención Primaria	TAC	Tomografía Axial Computerizada
EFQM	Modelo de Excelencia Europeo	TOC	Tomografía Óptica de Coherencia
EPOC	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica	UCA	Unidad de Continuidad Asistencial
GFH	Grupo Funcional Homogéneo	UCAI	Consulta de Atención Inmediata
GIS	Gerencia Integrada de Atención Sanitaria de Soria	UCE	Unidad de Corta Estancia
GRD	Grupos Relacionados con el Diagnóstico	UCI	Unidad de Cuidados Intensivos
GRS	Gerencia Regional de Salud	UCS	Unidad de Convalecencia Sanitaria
HCE	Historia Clínica Electrónica	UDR	Unidad de Diagnóstico Rápido
HSB	Hospital Santa Bárbara	UGC	Unidad de Gestión Clínica
HVM	Hospital Virgen del Mirón	UHCP	Unidad de Cuidados Paliativos Hospitalaria
I+D+I	Investigación, Desarrollo e Innovación	UPP	Úlcera por presión
IAM	Infarto Agudo de Miocardio	UTPR	Unidad de Trabajo de Partos y Recuperación
IEMA	Índice de Estancia Media Ajustada	ZBS	Zona Básica de Salud
INE	Instituto Nacional de Estadística		



## PROFESIONALES DE LA GIS QUE HAN COLABORADO EN LA ELABORACION DE ESTE PLAN ESTRATEGICO

Carlos Alcaina Sánchez

Justo Aldea Martínez

M<sup>a</sup> Victoria Alvarez Cámara

M<sup>a</sup> del Pilar Alvo Izaguirre

Carina Andrés Gonzalo

Luis Arranz Jiménez

Antonio Barbero Rodríguez

Olga Buergo García

Fernando Campanario García

Margarita Carrera Izquierdo

Francisco Chico Mantegas

Noelia Chicote Aylagas

Enrique del Hoyo Peláez

Carmelo Eguizabal Subero

Clara de la Fuente Ortega

Amada García Gil

Esther García Pérez

Luis Alberto García Sanz

Jon Gastelu-Iturri Bilbao

Julia Getino Ferreira

M<sup>a</sup> del Carmen Gil de Diego

M<sup>a</sup> del Carmen Gil García

Ana M<sup>a</sup> Herrero Gómez

Carlos Hajar Ordovás

Javier Iglesias Gómez

Amelia Jiménez Ayllón

Elena Jiménez Callejo

M<sup>a</sup> del Carmen Jiménez Cintora

Ana Cristina Jordana Sierra

Eduardo Ladrón Moreno

M<sup>a</sup> Eugenia Larumbe García

Luis Lázaro Vallejo

Marta León Téllez

M<sup>a</sup> Luz Martínez Contreras

Asunción Martínez Gutiérrez

Pedro Medina Santaolalla

M<sup>a</sup> de la Vega Muñoz Martínez

Florencio Ochoa Gregorio

José Luis Pérez Pérez

Luis Rabadán Alcázar

M<sup>a</sup> Luisa Sanz Muñoz

M<sup>a</sup> Jesús Sotillos Rubio

Adolfo Tieso Herreros

José Luis Vicente Cano