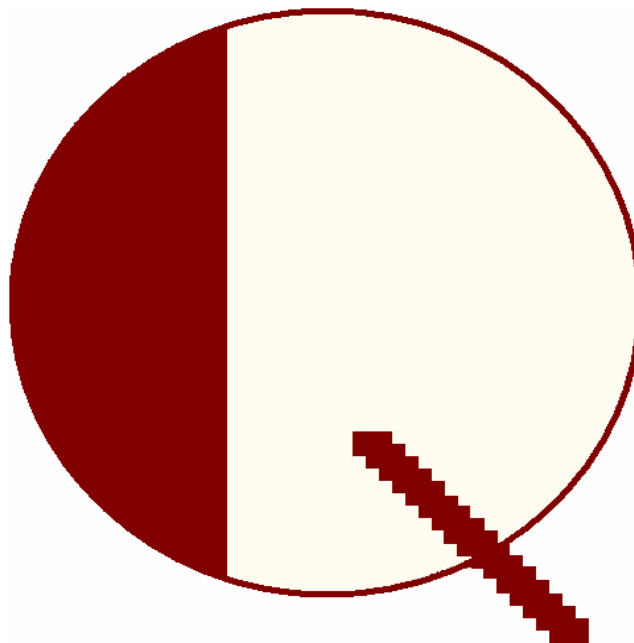


Plan de Calidad

**Departamento de Sanidad,
Bienestar Social y Familia**



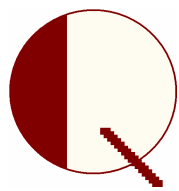


TABLA DE CONTENIDOS

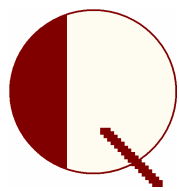
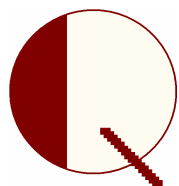
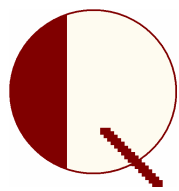


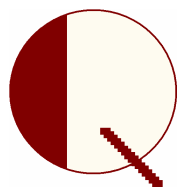
Tabla de contenidos	2
Presentación	7
Introducción	9
Redacción del Plan	11
Análisis de Situación	13
Antecedentes	14
Equipo de trabajo	17
Metodología	18
Análisis de situación y gestión de la calidad	23
DAFO	31
Propuestas	33
Misión, Visión y Valores	35
Misión	36
Visión	37
Valores	37
Grupos de interés	38
Principios Generales y Líneas Estratégicas	39
Líneas estratégicas	42
Línea Estratégica 1: Liderazgo, política y estrategia	43
Objetivo 1.1. Adoptar un modelo de gestión de la calidad, basado en el Modelo de Excelencia EFQM, y definir los elementos esenciales para el despliegue de la estrategia de calidad por toda la organización.	46
Objetivo 1.2. Sustentar el despliegue de la política y estrategia del Departamento mediante compromisos de objetivos y contratos de gestión con cada una de las organizaciones que lo integran.	47
Objetivo 1.3. Difundir la política, la estrategia, los objetivos y los resultados obtenidos en el conjunto del Departamento entre todos los profesionales de la organización, garantizando la transferencia de información a través de los canales de comunicación.	48



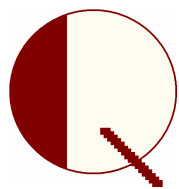
Objetivo 1.4. Difundir la política, la estrategia, los objetivos y los resultados de la organización entre todos los grupos de interés de la sociedad implicados en la actividad del Departamento, así como los socios externos.	49
Objetivo 1.5. Estimular la innovación y el cambio en la organización, sobre la base de la gestión del conocimiento en sus dos vertientes: generación del conocimiento (investigación) y transferencia del conocimiento (formación).	50
Línea estratégica 2: Gestión, procesos y sostenibilidad	51
Objetivo 2.1. Hacer de los sistemas de información una herramienta efectiva para la gestión, que sirva tanto para conocer los recursos como el producto generado con los mismos, con participación efectiva de los profesionales implicados.	52
Objetivo 2.2. Adoptar la gestión por procesos, avanzando hacia una organización más flexible y horizontal, en el marco de la eficiencia y la racionalización de los servicios ofertados por el Departamento.	53
Objetivo 2.3. Adoptar la evaluación previa de los servicios a gestionar, tanto en el plano de la eficiencia como de la efectividad, así como de los suministros y servicios que se contraten con proveedores externos.	54
Línea estratégica 3: Orientación al ciudadano	55
Objetivo 3.1. Dar a conocer a los usuarios de los servicios sanitarios y sociales sus derechos y deberes.	56
Objetivo 3.2. Dar a conocer a los usuarios de los servicios sanitarios y sociales los compromisos que la Administración adquiere con ellos.	57
Objetivo 3.3. Los ciudadanos adquirirán un mayor conocimiento de las condiciones de acceso a los servicios sociales y sanitarios, contemplando la distribución territorial y competencial.	58
Objetivo 3.4. Mejorar los cauces y canales de información para garantizar una comunicación bidireccional con los usuarios en todas las organizaciones dependientes del Departamento.	59
Objetivo 3.5. Los ciudadanos participarán con sus propuestas, opiniones y experiencia de forma efectiva, a través de mecanismos de participación ágiles y operativos, que permitan la interactividad de las partes y la utilidad de las propuestas en las decisiones del Departamento.	60
Objetivo 3.6. Conocer las necesidades, percepción, opinión y expectativas de los ciudadanos, utilizando los resultados para instaurar medidas de mejora.	61
Línea estratégica 4: Atención integral	62



Objetivo 4.1. Mejorar la coordinación y la continuidad en la atención que reciben los usuarios de los servicios sanitarios y sociales, priorizando el acceso y la coordinación en el uso de la documentación clínica y social entre las instituciones y proveedores de servicios.	63
Objetivo 4.2. Diseñar estrategias conjuntas de los servicios sociales y sanitarios en el marco de una atención integral y de la intervención sobre los problemas más relevantes.	64
Objetivo 4.3. Implantar una estrategia de seguridad en la atención sanitaria y social.	65
Línea estratégica 5: Basado en los profesionales	66
Objetivo 5.1. Impulsar el desarrollo de los profesionales avanzando en un modelo de gestión de recursos humanos innovador en el Departamento.	67
Objetivo 5.2. Desarrollar la gestión del conocimiento atendiendo las necesidades de los profesionales y de la organización, propiciando procesos de innovación.	68
Objetivo 5.3. Promover la participación y la corresponsabilidad de los profesionales.	69
Objetivo 5.4. Propiciar climas saludables de mayor seguridad, confort y rendimiento, y políticas de igualdad que incluyan la perspectiva de género.	70
Objetivo 5.5. Intensificar las políticas de conciliación de la vida personal, familiar y laboral, evaluando la situación actual en esa materia, y elaborando propuestas y medidas de mejora.	71
Línea estratégica 6: Responsabilidad social	72
Objetivo 6.1. Incluir el concepto de Responsabilidad Social como concepto inherente a la calidad de nuestra organización, por lo que debe formar parte de la definición de misión, visión y valores de todas las organizaciones dependientes del Departamento.	73
Objetivo 6.2. Asegurar que el Departamento cumple los aspectos de responsabilidad social relacionada con sus proveedores y los servicios y suministros que le proveen.	74
Objetivo 6.3. Integrar el concepto de Transparencia en la cultura del Departamento como uno de los valores fundamentales, entendida como un valor ético relacionado con el derecho y el acceso a la información, y la rendición de cuentas.	75
Objetivo 6.4. Definir y aplicar con qué prácticas y herramientas explícitas la organización prevendrá las malas prácticas y la corrupción.	76



Objetivo 6.5. Facilitar la accesibilidad tanto física como sensorial en todos los servicios ofertados por el Departamento.	77
Objetivo 6.6. Promocionar y facilitar la cooperación y el voluntariado en la organización, así como la colaboración habitual con las ONG y asociaciones ciudadanas.	78
Objetivo 6.7. Establecer medidas de responsabilidad medioambiental en la actividad cotidiana de todas las organizaciones del Departamento.	79
Estrategia de Evaluación del Plan de Calidad	80
Estrategia global de evaluación y autoevaluación	81
Fundamentos de la evaluación	82
Línea estratégica 1 – Liderazgo, política y estrategia	87
Línea estratégica 2 – Gestión, procesos y sostenibilidad	99
Línea estratégica 3 – Orientación al ciudadano	106
Línea estratégica 4 – Atención integral	122
Línea estratégica 5 – Basado en los profesionales	129
Línea estratégica 6 – Responsabilidad Social Corporativa	141
Previsión de Recursos	153
Colaboraciones y Agradecimientos	156

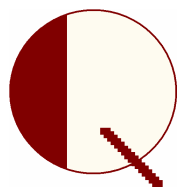


PRESENTACIÓN

En pocas ocasiones el responsable de una organización como el Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia tiene ocasión de presentar una iniciativa de la trascendencia de este Plan de Calidad. Este Departamento, tanto por el volumen de recursos que pone en marcha cada día al servicio de los ciudadanos, como por la trascendencia social que tienen los mismos, es uno de los departamentos más importantes y complejos del Gobierno de Aragón. La salud, los servicios sociales, la protección de la familia, las políticas orientadas a la mujer o a los jóvenes, la inmigración, la protección de los consumidores, todos ellos son percibidos por los ciudadanos no sólo como servicios sino como valores que fundamentan el desarrollo de la sociedad en la que vivimos. Y todo este conjunto de sistemas de protección de los ciudadanos y de la sociedad se combinan y se ponen de acuerdo en una iniciativa que es a la vez novedosa e innovadora.

Novedosa, porque es la primera vez que un departamento del Gobierno de Aragón afronta la planificación de la gestión orientada a la calidad y la excelencia de forma conjunta. Han existido previamente importantes iniciativas de gestión de la calidad en organismos públicos, centros y servicios de la administración de la Comunidad Autónoma de Aragón, tanto en este departamento como en otros, pero nunca antes con una visión tan ambiciosa, situando al ciudadano en el centro del sistema.

Innovadora, porque se basa en la participación de todos los centros directivos y organismos públicos que componen el Departamento, trabajando coordinadamente, con dinámicas de trabajo que compaginan el trabajo de planificación con el aprendizaje y la gestión del cambio. Elementos estos últimos básicos en cualquier modelo de gestión de la calidad y la excelencia que podamos adoptar en las sociedades modernas.



El esfuerzo por orientar la gestión de los servicios hacia la calidad es aún más necesario debido a la delicada situación financiera que deben afrontar las administraciones públicas españolas en general y las aragonesas en particular. No faltan quienes afirman que en un entorno de contracción económica como el actual es una frivolidad dedicar esfuerzos a la calidad cuando lo necesario es asegurar los servicios. Pero uno de los componentes de la excelencia en las organizaciones es la eficiencia en la utilización de los recursos. Hoy más que nunca es necesaria una gestión de los servicios públicos que compagine la sostenibilidad financiera a largo plazo con el mantenimiento y la mejora de la calidad que los usuarios merecen.

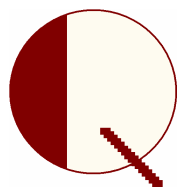
No menos importante es la consideración de que esta iniciativa, novedosa e innovadora como ya hemos dicho, no es una iniciativa aislada. Desde el Gobierno de España nos llegan las propuestas de la Agencia Estatal de Evaluación de las Políticas Públicas y la Calidad de los Servicios (AEVAL), las seguimos con interés y participamos con rigor en aquellas que llaman a nuestras puertas, vehiculizadas las más de las veces a través de la Dirección General de la Función Pública y Calidad de los Servicios del Gobierno de Aragón, en cuyas iniciativas participamos también activamente, a quienes hemos invitado a participar en este Plan de Calidad, y que recientemente ha remitido a las Cortes de Aragón el texto legislativo que servirá de marco y apoyo a este y futuros planes de calidad de la administración pública aragonesa.

Aprobar y poner en marcha este Plan de Calidad es fundamentalmente un compromiso de gran trascendencia. Un doble compromiso que es de carácter general, con esa calidad, con esa excelencia en los servicios y en los profesionales que los prestan, y que los ciudadanos esperan de nosotros. Y de carácter específico, por el envite que este Departamento se hace a sí mismo para sacar adelante un plan ambicioso que ha de poner las bases de la calidad de los servicios sanitarios y sociales de la Comunidad Autónoma de Aragón durante muchos años.

Y desde aquí quiero invitar a todos a participar en esta apasionante empresa.

Ricardo Oliván Bellostá

Consejero de Sanidad, Bienestar Social y Familia



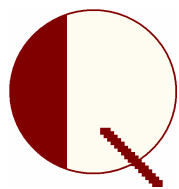
INTRODUCCIÓN

Cuando en verano de 2011 arrancó la nueva etapa de la Dirección General de Calidad y Atención al Usuario, lo hizo con una serie de retos importantes, derivados de una nueva organización, unos nuevos planteamientos y unas nuevas competencias. Nos fijaremos en tres de estos retos.

El primero de ellos es unificar y coordinar los esfuerzos que hasta ese momento se habían limitado a la atención al usuario de los centros y servicios sanitarios con los que será necesario dedicar al de los servicios sociales. Tras dos legislaturas en que ambos sistemas anduvieron por separado, salud y servicios sociales volvían a reunirse bajo una misma dirección política y estratégica, y con la necesidad sentida de una coordinación efectiva. Estamos ante dos sistemas de servicios que comparten algo fundamental, un mismo usuario, el ciudadano que acude a uno u otro según sus necesidades y que, cada vez más, busca una solución integral a sus problemas.

El segundo reto viene derivado del anterior, ya que es necesario planificar una red de atención al usuario, un Plan de Atención al Usuario, que integre por lo tanto ambos sistemas de prestación de servicios personales. Este es un esfuerzo que ya se está llevando a cabo, que ya ha empezado a tener sus primeros frutos, y que en breve conformará un marco que permita mantener al ciudadano como usuario de los servicios en el centro de las políticas y estrategias del Departamento.

El tercer gran reto es el que nos ocupa fundamentalmente aquí. Pasada una década larga desde el comienzo del siglo, no es concebible una organización, una gran organización como es el Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia, con más de 27.000 trabajadores y profesionales en el año 2012 enfocados en prestar la mejor atención posible a los usuarios de los sistemas sanitario y social, sin una planificación explícita y rigurosa de unas estrategias orientadas a la calidad de los servicios y la excelencia de la organización. De ahí nace la idea de elaborar este Plan de Calidad que ahora introducimos.



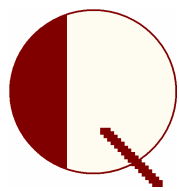
Sin embargo, la empresa no es fácil. No menos de catorce centros directivos y organismos públicos, se encuentran adscritos o vinculados al Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia. Todos ellos muy diversos en su tamaño, en su estructura, en sus objetivos y en su cultura de gestión. No es fácil como decíamos, porque hay que coordinar organismos públicos como el Servicio Aragonés de Salud, con una amplia red de centros y servicios, muchos de ellos bien conocidos y apreciados por la población aragonesa, distribuidos por todo el territorio y con una cultura de gestión en la que no faltan experiencias orientadas a la excelencia, con pequeños organismos y direcciones generales, con buenos y motivados profesionales, pero con un recorrido más limitado, algunas de nueva creación, y una cultura más administrativa.

Para que el Plan de Calidad del Departamento tenga éxito debe ser asumido como propio por toda la organización. Y la mejor forma de ello es que toda la organización participe. El detalle de cómo esto ha sido posible se podrá ver más adelante en el documento. Pero el concepto importante es que el plan se ha concebido integralmente a partir de las aportaciones de personas con criterio de cada uno de los centros directivos y organizaciones públicas del Departamento. En un momento dado, hasta 60 personas de distintos orígenes y perfiles profesionales han estado colaborando, bajo la coordinación de los técnicos de la Dirección General. A esta le ha quedado, además de la coordinación de todos esos profesionales, la labor de impulso constante, de síntesis, de diálogo y de redacción.

Pero lo importante no termina con la publicación de este documento. Lo importante empieza ahora, y es el trabajo de ejecución de las acciones en él previstas, que nos deben llevar a cumplir unos objetivos que tienen un fin básico que es la implantación de unas estructuras y una cultura de gestión en calidad y para la excelencia, que perdure y haga de este Departamento una organización de referencia entre los servicios públicos. Por supuesto de Aragón, que es nuestro ámbito de actuación. Pero podemos y debemos ser más ambiciosos y mirar más allá.

Lourdes Rubio Sánchez

Directora General de Calidad y Atención al Usuario



REDACCIÓN DEL PLAN

Dirección:

Exmo. Sr. Consejero de Sanidad, Bienestar Social y Familia D. Ricardo Oliván Bellosta

Ilma. Sra. Directora General de Calidad y Atención al Usuario Dña. Lourdes Rubio Sánchez

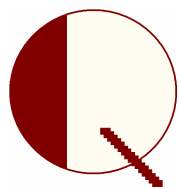
Equipo de coordinación y redacción:

Servicio de Calidad en la provisión de los servicios:

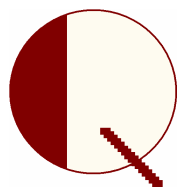
- Jefe de servicio: D. Carlos Carreter Oróñez
- Grupo técnico:
 - o Dña. Teresa Antoñanzas Lombarte
 - o Dña. Diana Serrano Peris
 - o Dña. Pilar Félez Gerona
 - o D. Fernando Luesia Blasco
 - o D. Gregorio Miguel Sapela
- Secretaría:
 - o Dña. Concepción Piñeiro Adán
 - o Dña. María Ángeles Núñez Toboso

Equipo Técnico para la elaboración del plan

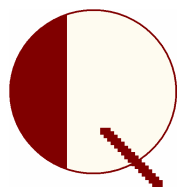
- Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia:
 - o María Luisa Aliaga Nueno. Dirección General de Calidad y Atención al Usuario.
 - o Elena Altarribas Bolsa. Servicio Aragonés de Salud.
 - o Federico Arribas Monzón. Dirección General de Planificación y Aseguramiento.
 - o Raquel Bayón Forcén. Dirección General de Bienestar Social y Dependencia.
 - o María Bono Vega. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud.
 - o Juan Carlos García Aísa. Servicio Aragonés de Salud.
 - o Carlos Escario Calvo. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud.
 - o María Teresa Escribano Catalán. Dirección General de Calidad y Atención al Usuario.



- María Fournier Guimbao. Instituto Aragonés de la Juventud.
- Susana García Rodríguez. Instituto Aragonés de la Juventud.
- Carlos Graus Morales. Dirección General de Salud Pública.
- Lucía Henar Esteras. Instituto Aragonés de la Mujer.
- Oliva Ladrero Blasco. Dirección General de Salud Pública.
- Julia Marco Marco. Instituto Aragonés de Servicios Sociales.
- Javier Marcuello Franco. Dirección General de Familia.
- Pablo Martínez Royo. Dirección General de Consumo.
- Carmen Mesa Raya. Instituto Aragonés de la Mujer.
- Ana Isabel Pérez Aliaga. Banco de Sangre y Tejidos de Aragón.
- Concepción Pérez Chico. Consorcio Aragonés Sanitario de Alta Resolución.
- Félix Pradas Arnal. Dirección General de Planificación y Aseguramiento.
- Clara Sanz Gandasegui. Dirección General de Bienestar Social y Dependencia.
- Emilia Sevillano Calvo. Secretaría General Técnica.
- Angel Sicilia Tornos. Instituto Aragonés de Servicios Sociales.
- Departamento de Hacienda y Administración Pública:
 - Manuel Díaz Muíña



ANÁLISIS DE SITUACIÓN



Antecedentes

Antes de iniciar el desarrollo del Plan de Calidad del Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia, se hace necesario aclarar algunas cuestiones como qué entendemos por calidad, qué evolución han tenido las actuaciones realizadas en el ámbito sanitario y social hasta la fecha y su necesaria confluencia en una estrategia integradora. Es decir, un **proyecto marco de calidad del Departamento**.

La calidad, en el marco del Departamento, consiste en disponer y organizar sus elementos y recursos de forma que se obtengan los mejores resultados posibles, tanto en el estado de salud como en la atención social y en la calidad de vida de los pacientes y usuarios.

Históricamente la calidad se asoció al control de las etapas del proceso de producción garantizando el servicio, pero actualmente se considera que el sistema de gestión de la calidad debe tener en cuenta las necesidades, preferencias, expectativas y satisfacción del usuario.

El concepto de calidad total considera tanto las necesidades de la empresa como las necesidades del cliente para el desarrollo de las políticas estratégicas de la organización. En la misma, el servicio se diseña en función de los requerimientos del cliente.

La gestión de la calidad total persigue el cumplimiento de la misión y logro de su visión buscando la eficacia y la eficiencia promoviendo la participación y el compromiso de las personas de la organización.

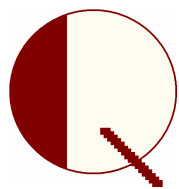
Deming expresó así las premisas de la calidad total:

- Mejora de la calidad.
- Disminución de los costes, menos errores, menos retrasos y mejor uso de los recursos.
- Como consecuencia de lo anterior, mejora de la productividad.

Actualmente las **políticas de calidad** deberían priorizar algunos elementos previos para su diseño e implantación:

- La pertinencia: “se hace lo que hay que hacer”.
- La efectividad: “lo que se hace produce los efectos deseados”.
- La satisfacción: “de los agentes implicados, que son los **usuarios** y los **profesionales** de los servicios sanitarios y sociales”.
- La sostenibilidad de los sistemas: “la utilización de los medios adecuados para alcanzar los objetivos de la institución en un contexto coste-efectivo”.

Además este plan debería poner las bases para garantizar la sostenibilidad de los sistemas, contando con los profesionales, la tecnología, los sistemas de información y la adecuación de un modelo de atención, que debe saber dar respuesta a las necesidades actuales de la sociedad y en un contexto económico que va a marcar las políticas de los próximos años.



Se trata pues de implementar esta propuesta, organizando e implicando todos nuestros recursos en torno a sus clientes: los usuarios y los ciudadanos, simplificando procesos y haciéndolos más eficientes y cercanos.

El Decreto 337/2011 de 6 de octubre, del Gobierno de Aragón establece la estructura del Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia y señala en su artículo 21 que corresponde a la Dirección General de Calidad y Atención al Usuario:

“Elaborar un Plan de Calidad y definir estrategias y programas orientados hacia la calidad y la excelencia en la provisión de los servicios y la atención a los usuarios de los Sistemas de Salud y de Servicios Sociales”.

Por otra parte, a la Dirección General de la Función Pública y Calidad de los Servicios le corresponde la elaboración, implantación, desarrollo, coordinación y evaluación de planes y programas en materia de racionalización y mejora de la calidad de los servicios de acuerdo con los principios de eficacia y eficiencia.

Conscientes de la necesidad de integración de este proyecto en la política general del Gobierno de Aragón, desde el primer momento ha existido una total coordinación con la Dirección General de la Función Pública y Calidad de los Servicios para incorporar al **Plan de Calidad del Departamento** todos aquellos aspectos que se regulen.

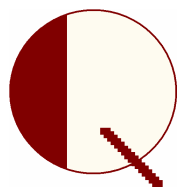
El Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia, se configura como tal en el Decreto de 15 de julio de 2011, de la Presidencia del Gobierno de Aragón, por el que se modifica la organización de la Administración de la Comunidad Autónoma de Aragón. En este Departamento se integran las competencias en materia de sanidad, de consumo, de servicios sociales y de familia, que anteriormente estaban distribuidas en dos departamentos diferenciados. Gestiona por tanto, la atención sanitaria y social para todos los ciudadanos aragoneses, con un presupuesto para el año 2012 de 2.207.097.043,36 euros lo que supone un 41,42% del presupuesto total del Gobierno de Aragón.

Esta Dirección General de Calidad y Atención al Usuario, en el desarrollo de sus competencias, propone hacer confluir en el plan de calidad una estrategia integradora para los Sistemas de Salud y de Servicios Sociales.

Esto constituye una oportunidad única para aunar actuaciones en los sistemas sanitario y social. En este sentido, tenemos la posibilidad de abordar un reto pionero, que es la identificación única de los usuarios, mediante un sistema de información común, Base de Dato de Usuarios (BDU).

Por otra parte es necesario potenciar la utilización de las tecnologías de la información y comunicación (TIC) como palanca imprescindible para desarrollar herramientas de comunicación, de gestión, de participación, de observatorio, de transmisión de conocimiento y de transparencia.

La centralidad del usuario en el Plan de Calidad, debe ser un elemento primordial. Para los Sistemas Sanitario y Social, los usuarios constituyen el centro atención y sus valores, opiniones

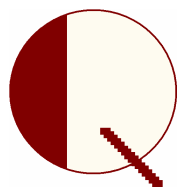


y actitudes deben ser tenidas en cuenta en las estrategias de diseño y provisión de los servicios. Ello supone adoptar la perspectiva de los usuarios y situarlos en el centro del Sistema.

La Dirección General de Calidad y Atención al Usuario tiene la competencia de coordinación del Plan de Calidad del Departamento, integrando sus actuaciones en la política general de calidad del Gobierno de Aragón, a través de la coordinación y la colaboración con la Dirección General de la Función Pública y Calidad de los Servicios.

El primer paso para iniciar el Plan de Calidad del Departamento es conocer el punto de partida. Para ello se ha realizado un **Análisis de situación y de gestión de la calidad** mediante un análisis interno de la organización, un análisis del entorno y un diagnóstico DAFO. Así mismo se ha realizado una valoración de los mecanismos utilizados para la gestión de la calidad en cada una de las direcciones generales y organismos públicos, así como en el Consorcio Aragonés Sanitario de Alta Resolución.

El análisis de situación que se presenta es fruto del trabajo del equipo técnico designado para la elaboración del Plan de Calidad del Departamento.

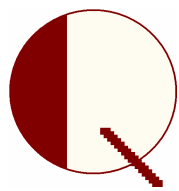


Equipo de trabajo

En el mes de enero de 2012 se constituyeron los equipos de trabajo encargados de diseñar el Plan de Calidad departamental.

- El **Equipo de Coordinación del Departamento (E1)**, representa el más alto nivel de decisión. Está integrado por todos los directores generales y responsables de los organismos públicos y está liderado por el Consejero de Sanidad, Bienestar Social y Familia. Su función principal es garantizar la **implicación de los líderes, definir las directrices institucionales y aprobar el plan de acción**.
- El **Equipo Técnico (E2)** es designado por el Equipo de Coordinación del Departamento. Este equipo de trabajo está coordinado desde la Dirección General de Calidad y Atención al Usuario (DGCAU), representa el nivel técnico para el diseño del Plan y está representando a toda la estructura del Departamento. Su función principal es la **elaboración y diseño del plan de calidad**. Las direcciones generales y organismos públicos participantes junto a la Dirección General de Calidad y Atención al Usuario son:
 - o Secretaría General Técnica (SGT).
 - o Dirección General de Planificación y Aseguramiento (DGPA).
 - o Dirección General de Consumo (DGC).
 - o Dirección General de Salud Pública (DGSP).
 - o Dirección General de Familia (DGF).
 - o Dirección General de Bienestar Social y Dependencia (DGBSD).
 - o Servicio Aragonés de Salud (SALUD).
 - o Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS).
 - o Banco de Sangre y Tejidos de Aragón (BSTA).
 - o Instituto Aragonés de la Mujer (IAM).
 - o Instituto Aragonés de Servicios Sociales (IASS).
 - o Instituto Aragonés de la Juventud (IAJ).
 - o Consorcio Aragonés Sanitario de Alta Resolución (CASDAR): Este ente, en sentido jurídico estricto, no está integrado en la estructura del Departamento, pero a efectos de este plan se considerará como un organismo más al que se aplica.
 - o Dirección General de Función Pública y Calidad de los Servicios, Departamento de Hacienda y Administración Pública (DGFPyCS).

(Nota: a partir de aquí se podrán usar las siglas mencionadas en el listado anterior).



Metodología

La propuesta de metodología que se plantea comparte el principio general de la metodología de la calidad en la que la información de la situación de la organización precede a la toma de decisiones sobre la intervención.

Abordar sistemáticamente el análisis de la calidad, se debe a Donabedian, autor que formuló la más conocida clasificación de los métodos de análisis de la calidad utilizada aquí por su valor didáctico:

- Análisis de la calidad de los medios: evaluación de la estructura.
- Análisis de la calidad de los métodos: evaluación del proceso.
- Análisis de la calidad de los resultados: evaluación de los resultados.

En esta fase del análisis pretendemos describir básicamente la estructura del Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia. Los aspectos considerados son los siguientes:

- Regulación normativa.
- Descripción de la población receptora de los servicios del Departamento.
- Descripción del número de profesionales implicados.
- Descripción de la estructura organizativa de las direcciones generales y organismos públicos del Departamento.
- Análisis de la gestión de la calidad en cada una de las organizaciones.
- Análisis DAFO de las organizaciones.

Toda esta información ha sido recopilada en los documentos descriptivos de cada una de las organizaciones, estando recogidos tras el apartado de metodología.

1. Plan de trabajo

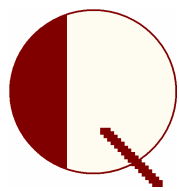
El análisis de situación se plantea con una serie de fases que podemos resumir de la siguiente forma según las responsabilidades de cada uno de los grupos de trabajo.

I Fase – Dirección General de Calidad y Atención al Usuario:

- Define la metodología.
- Presenta una propuesta de trabajo.

II Fase – Grupo E1:

- Adquiere un compromiso de trabajo.
- Selecciona los componentes del Grupo E2.



III Fase – Grupo E2:

- Descripción de las direcciones generales y organismos públicos del Departamento.
- Análisis DAFO.

IV Fase – Dirección General de Calidad y Atención al Usuario:

- Elaboración del documento “Análisis de situación y gestión de calidad”
- Presentación al Grupo E1.

V Fase – Grupo E1:

- Estudio y análisis de situación.
- Propuesta de medidas de mejora.
- Definición de misión visión y valores de la organización junto con,

VI Fase – Grupo E2:

- Definición de misión, visión y valores de la organización.
- Identificación de procesos para la mejora.

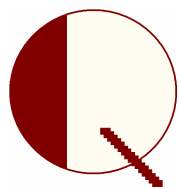
En paralelo, la Dirección General de Calidad y Atención al Usuario se coordina con la Dirección General de la Función Pública y Calidad de los Servicios del Departamento de Hacienda y Administración Pública, en el marco del Plan de Inspección de Servicios:

- Participación de la Inspección de Servicios en el Análisis de Situación del Departamento.
- Participación en el Sistema de medición de Calidad (Resolución de 20 de abril de 2012, de la Dirección General de la Función Pública y Calidad de los Servicios).
- Elaboración de Cartas de Servicios (Decreto 115/2012, de 8 de mayo, del Gobierno de Aragón).

2. Estructura organizativa de las organizaciones del Departamento

Para describir las estructuras actuales y organización de todas las direcciones generales y organismos públicos del Departamento, se llevó a cabo una puesta en común en una Jornada Técnica celebrada el 26 de enero de 2012 con los siguientes objetivos:

- Iniciar un análisis de situación en relación a la calidad en las diferentes organizaciones integrantes del Departamento.
- Realizar una exposición por parte de cada organización, incluyendo los fines de su organización y áreas estratégicas, cartera de servicios, sistemas de información y evaluación, medición de la satisfacción de los clientes internos y externos, situación de actividades para la calidad en su organización (formación, certificación, planes o proyectos de mejora, etcétera) y líneas de futuro.



- Reflexionar sobre las ventajas u oportunidades que puede aportar el Plan de Calidad del Departamento y cómo podría contribuir un plan de calidad a la sostenibilidad de los sistemas sanitario y social.

El producto obtenido tras el trabajo de esta Jornada son las 14 presentaciones de cada una de las direcciones generales y los organismos públicos del Departamento.

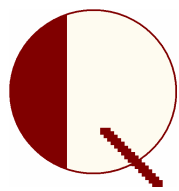
Posteriormente, el equipo coordinador de la Dirección General de Calidad y Atención al Usuario transforma esta información en un documento estructurado que contempla:

- Objeto
- Regulación normativa
- Funciones
- Misión, Visión, Valores
- Líneas estratégicas
- Cartera de servicios
- Sistemas de información
- Sistemas de evaluación
- Satisfacción de clientes internos
- Satisfacción de clientes externos
- Gestión de la calidad
- Líneas de futuro

3. Análisis de la gestión de la Calidad (cuestionario)

Para conocer más en profundidad el alcance y nivel de implementación de todas las actuaciones llevadas a cabo (planes, proyectos de mejora, sistemas de certificación y acreditación, sistemas de evaluación y de información) se han realizado visitas a cada una de las organizaciones del Departamento durante los meses de marzo y abril, completando el cuestionario que se muestra en la página siguiente.

Por otra parte, se estableció una reunión de consenso con la Dirección General de Función Pública y Calidad de los Servicios para coordinar el Plan de Calidad y compartir opinión sobre el primer producto del trabajo realizado. El objetivo es adecuar y alinear este análisis de situación con las líneas establecidas en el Plan anual de Inspección de Servicios.

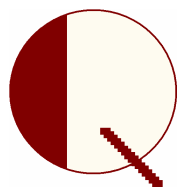


4. Metodología para el diagnóstico DAFO

Esta metodología incluye la reflexión en cada una de nuestras organizaciones sobre aquellos aspectos positivos y negativos, que pueden surgir relacionados con el diseño e implementación de un Plan de Calidad.

Análisis interno de la organización (Liderazgo, estrategia, personas, alianzas/recursos y procesos). Se trata de identificar **debilidades y fortalezas**.

Análisis Externo de la organización (Mercado, sector y competencia). Se trata de identificar **amenazas y oportunidades**.



1. Estructura de gestión de la calidad:

Por favor describa brevemente la existencia y número de responsables del desarrollo de la calidad en su organización, tipo de dedicación (completa o parcial), existencia de comisiones o grupos de calidad específicos y aquella información relacionada con la infraestructura que considere relevante.

2. Existencia de un plan de calidad de la organización:

Por favor describa brevemente si su organización ha elaborado un plan de calidad (Descripción de la aplicación del sistema de gestión de la calidad) indicando fecha de elaboración y vigencia.

3. Definición de Misión, Visión y Valores:

¿Están desarrolladas y difundidas? Anote por favor la fecha aproximada.

4. Definición de líneas estratégicas:

¿Existe definición explícita de las líneas estratégicas de su organización? (Diferéncielas de las funciones o competencias).

5. Desarrollo de: Carta de servicios, cartera de servicios, catálogo de servicios, etc.:

Por favor indique el nivel de desarrollo que tienen en su organización los procedimientos para identificar y ordenar los servicios que presta. A continuación ofrecemos algunas definiciones sabiendo que dependiendo de la organización, las denominaciones pueden cambiar:

Carta de servicios: documento escrito por el que se informa a los usuarios sobre los servicios que se gestionan, los compromisos de calidad en su prestación y los derechos y deberes que les asisten. Pueden ser relativas al conjunto de los servicios o referirse a un servicio concreto.

Cartera de servicios: conjunto de técnicas, tecnologías y procedimientos mediante los que se hacen efectivas las prestaciones.

Catálogo de Servicios: relación de servicios ofertados.

6. Identificación y diseño de procesos:

Indique si los procesos de su organización están identificados (Ej. en un mapa de procesos) y el desarrollo y documentación de los mismos.

7. Existencia de medición de percepción de los clientes (encuestas), quejas y sugerencias:

Indique si existe estructura y sistemas establecidos para su gestión, análisis y difusión. Explique por favor si se realiza de forma sistemática y si alcanza a toda o parte de la organización.

8. Existencia de medidas de percepción de los profesionales:

Indique si existe estructura y sistemas establecidos para su gestión, análisis y difusión. Explique por favor si se realiza de forma sistemática y si alcanza a toda o parte de la organización.

9. Grado de formación de los profesionales en calidad:

Describa si existen programas continuados o esporádicos de formación a profesionales. Si es posible, indique el número o porcentaje de profesionales formados.

10. Evaluación de la gestión de la calidad (EFQM u otros), certificación, acreditación, contrato de gestión:

Indique la existencia y el grado de implantación de los mismos.

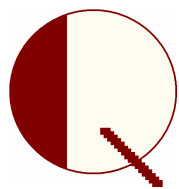
11. Premios o reconocimiento a la calidad:

Indique si existen.

12. Participación de usuarios:

Indique si existen mecanismos de participación de usuarios (órganos regulados) u otros mecanismos de participación y grado de implantación.

13. Otra información relacionada con la calidad de su organización que considere relevante.



Análisis de situación y gestión de la calidad

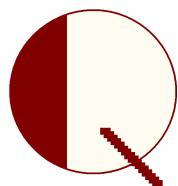
1. Análisis de la estructura del departamento

Como resultado de la reestructuración de la Administración de la Comunidad Autónoma en julio de 2011, nace el Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia, que unifica los anteriores Departamentos de Salud y Consumo y de Servicios Sociales y Familia.

- Órganos directivos que lo integran: Secretaría General Técnica, Dirección General de Planificación y Aseguramiento, Dirección General de Consumo, Dirección General de Salud Pública, Dirección General de Calidad y Atención al Usuario, Dirección General de Familia, Dirección General de Bienestar Social y Dependencia y los Servicios Provinciales.
- Organismos públicos adscritos: Servicio Aragonés de Salud, Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud, Banco de Sangre y Tejidos, Instituto Aragonés de la Mujer, Instituto Aragonés de Servicios Sociales e Instituto Aragonés de la Juventud.
- Consorcio Aragonés Sanitario de Alta Resolución.

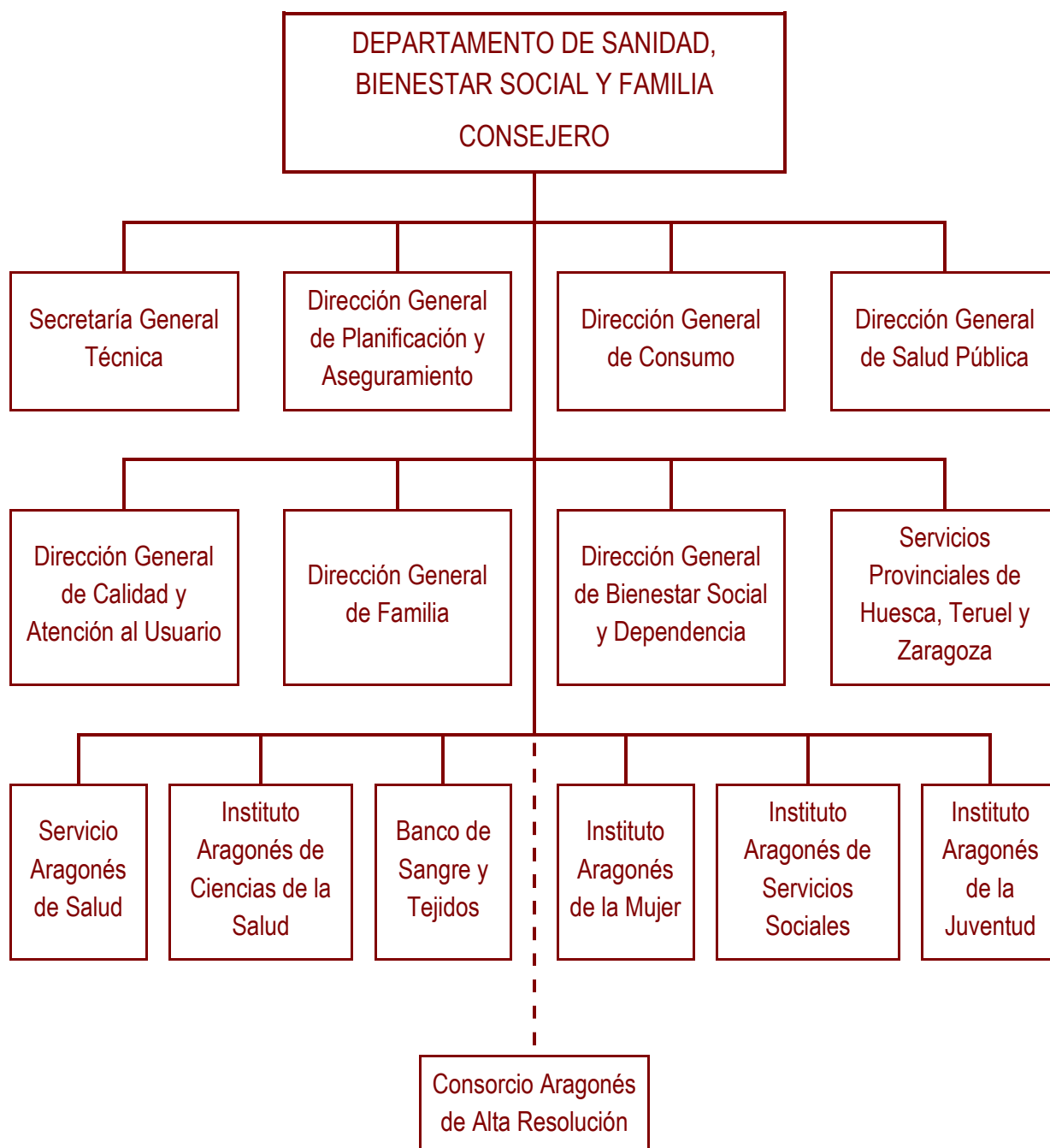
La normativa reguladora común es:

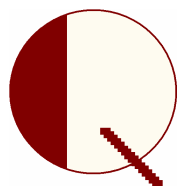
- Decreto de 15 de julio de 2011, de la Presidencia del Gobierno de Aragón, por el que se modifica la organización de la Administración de la Comunidad Autónoma de Aragón.
- Decreto de 22 de julio de 2011, de la Presidencia del Gobierno de Aragón, por el que se asignan competencias a los Departamentos y se adscriben los organismos públicos.
- Decreto 156/2011, de 25 de julio, de Gobierno de Aragón, por el que se desarrolla la estructura orgánica básica de la Administración de la Comunidad Autónoma de Aragón.
- Decreto 337/2011, de 6 de octubre, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba la estructura orgánica del Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia.
- Orden de 1 de marzo de 2012, del Consejero de Hacienda y Administración Pública, por el que se da publicidad al Acuerdo de 21 de febrero de 2012, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba el Plan Anual de Inspección de Servicios de la Administración de la Comunidad Autónoma de Aragón para el año 2012. La orden mencionada se tuvo en cuenta en el momento del análisis de situación. En el momento de publicación de este Plan de Calidad, se habrá hecho pública ya la orden reguladora del Plan Anual de Inspección de Servicios para el año 2013, con la que este plan deberá ser igualmente coherente.
- Decreto 116/2012, de 8 de mayo, del Gobierno de Aragón, por el que se regulan las Cartas de Servicios en el ámbito de la Administración de la Comunidad Autónoma de Aragón.



- Resolución de 20 de abril de 2012, de la Dirección General de la Función Pública y Calidad de los Servicios, por la que se aprueba el documento para la implantación del sistema de medición de la calidad percibida de los servicios públicos de la Administración de la Comunidad Autónoma de Aragón.
- Acuerdo Marco de Colaboración con SALUD: Orden de 6 de noviembre de 2007.

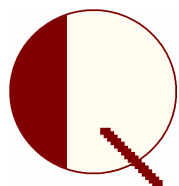
ORGANIGRAMA DEL DEPARTAMENTO





La población en la Base de datos de usuarios (BDU) a 28 de febrero de 2013, y que sirve de referencia para el conjunto de la población atendida por los servicios que presta el Departamento, es la siguiente:

	Hombres	Mujeres	Total
Zaragoza	462.144	484.611	946.755
0 – 17 años	81.853	77.503	159.356
18 – 64 años	299.257	298.549	597.806
65 o más años	81.034	108.559	189.593
Huesca	107.217	106.200	213.417
0 – 17 años	17.832	17.118	34.950
18 – 64 años	68.119	63.241	131.360
65 o más años	21.266	25.841	47.107
Teruel	67.540	65.891	133.431
0 – 17 años	10.768	10.430	21.198
18 – 64 años	42.107	37.857	79.964
65 o más años	14.665	17.604	32.269
Aragón	636.901	656.702	1.293.603
0 – 17 años	110.453	105.051	215.504
18 – 64 años	409.483	399.647	809.130
65 o más años	116.965	152.004	268.969



En cuanto a los profesionales que prestan sus servicios en el Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia, en los organismos públicos adscritos al mismo, y en el CASDAR, las 27.954 personas que en 2012 trabajaban para el conjunto de la organización se distribuían de la siguiente forma:

Servicios centrales y provinciales del Departamento	941
Servicio Aragonés de Salud	23.891
Instituto Aragonés de Servicios Sociales	2.365
Banco de Sangre y Tejidos de Aragón	63
Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud	170
Instituto Aragonés de la Mujer	23
Instituto Aragonés de la Juventud	97
Consortio Aragonés Sanitario de Alta Resolución	404

2. Resumen de las encuestas de gestión de la calidad

1. Estructura de gestión de la calidad:

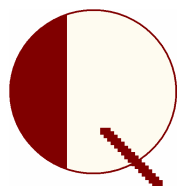
- El Salud es la organización con más desarrollo de su estructura de calidad.
- En la mayoría de las organizaciones se han designado responsables al inicio del Plan del Departamento.

2. Existencia de un plan de calidad de la organización:

- En Banco de sangre a través de certificación ISO.
- En algunas ocasiones se incluye un plan de calidad dentro del Plan Estratégico de la organización o de planes de Gestión. (Dirección General de Salud Pública, Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud, Dirección General de Calidad y Atención al Usuario).
- Plan parcial Instituto Aragonés de Servicios Sociales.

3. Definición de Misión, Visión y Valores:

- Instituto Aragonés de la Mujer, 1993 (recogida en su legislación).
- Servicio Aragonés de Salud, 2001 (pendientes de revisión).
- Dirección General de Salud Pública, en 2006.
- Consortio Aragonés Sanitario de Alta Resolución, 2007 (sin difusión).
- Dirección General de Calidad y Atención al Usuario, en 2007 (en plan de Gestión 2007-2011).



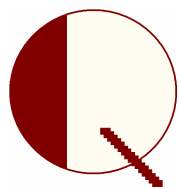
- Banco de Sangre y Tejidos, 2009.
- Instituto Aragonés de Servicios Sociales, final 2011.
- Instituto Aragonés de la Juventud, (en Plan Estratégico de la Juventud. 2012).
- IACS, 2012.

4. Definición de líneas estratégicas:

- Dirección General de Consumo: Documento de seguimiento de líneas estratégicas y evaluación de objetivos, (marzo de 2012).
- Dirección General de Calidad y Atención al Usuario: Plan de Gestión 2007-2011 por actualizar.
- Dirección General de Familia: Plan Integral de Apoyo a la Familia 2006-2009, evaluado en 2010.
- Instituto Aragonés de la Juventud: Plan Estratégico, febrero 2012.
- Dirección General de Salud Pública: En proceso de elaboración de una reestructuración de los servicios periféricos de salud pública, que modificará el despliegue de estos servicios en la comunidad.
- Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud.
- Banco de Sangre.
- Servicio Aragonés de Salud: Medidas Sanitarias 2012/2015.
- Dirección General de Bienestar Social y Dependencia.

5. Desarrollo de: Carta de servicios, cartera de servicios, catálogo de servicios, etc.:

- Catálogo:
 - Dirección General de Planificación y Aseguramiento.
 - Dirección General de Calidad y Atención al Usuario.
 - Dirección General de Familia.
 - Instituto Aragonés de la Mujer.
- Catálogo y cartera parcial:
 - Instituto Aragonés de Servicios Sociales.
 - Instituto Aragonés de la Juventud.
 - Dirección General de Bienestar Social y Dependencia.
- Cartera:
 - Dirección General de Consumo.



- Dirección General de Salud Pública.
- Servicio Aragonés de Salud.
- Banco de Sangre y Tejidos.
- Consorcio Aragonés Sanitario de Alta Resolución.

6. Identificación y diseño de procesos:

- Las entidades certificadas con ISO (Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud y Banco de Sangre y Tejidos) y las unidades del Servicio Aragonés de Salud (061, Centrales de esterilización, laboratorios y Centros de Salud) y laboratorios de la Dirección General de Salud Pública tienen identificados sus procesos.
- El resto de entidades tienen una identificación parcial.

7. Existencia de medición de percepción de los clientes (encuestas), quejas y sugerencias:

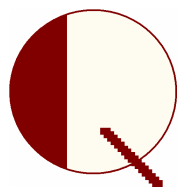
- El desarrollo de la medición de la percepción es variado.
- Encuestas de opinión sobre el servicio recibido se realizan a:
 - Usuarios del Servicio Aragonés de Salud y Consorcio Aragonés Sanitario de Alta Resolución.
 - Alguna experiencia en Consumo.
 - Alguna experiencia en el Instituto Aragonés de Servicios Sociales. Encuestas a usuarios de residencias de personas mayores desde 2010.
- Circuitos de recepción de quejas están más desarrollados en servicios sanitarios.

8. Existencia de medidas de percepción de los profesionales:

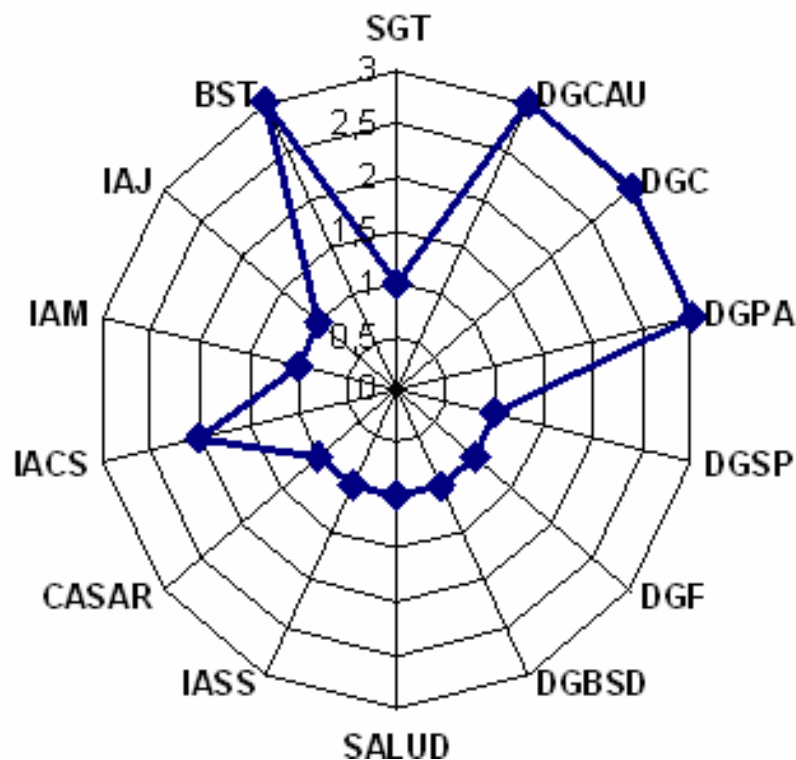
- Servicio Aragonés de Salud, desde 2005 a todos los profesionales.
- Instituto Aragonés de Servicios Sociales, a todos los profesionales en 2011.
- Algunas experiencias en:
 - Dirección General de Salud Pública.
 - Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud.
 - Consorcio Aragonés Sanitario de Alta Resolución.

9. Grado de formación de los profesionales en calidad:

- Hablamos de **metodología de la calidad**.

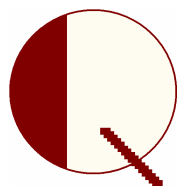


- La mayoría de las organizaciones indican que no ha existido formación reglada para sus profesionales en metodología.
- Algunas organizaciones, debido a los requerimientos formativos de sus profesionales alcanzan un porcentaje de cualificación superior al 70 %.
- Valoración subjetiva:



- Formación de los profesionales en metodología de calidad, Salud (fuente IAAP):

Año	Nº de acciones formativas	Nº de horas	Nº de asistentes (diplomados)
2007	14	372	244
2008	35	754	626
2009	25	376	445
2010	29	457	569
2011	31	513	613
Total	134	2472	2497



10. Evaluación de la gestión de la calidad (EFQM u otros), certificación, acreditación, contrato de gestión:

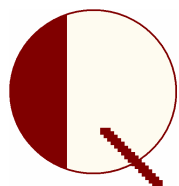
- Entidades certificadas con ISO:
 - Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud.
 - Banco de Sangre y Tejidos.
 - Servicio Aragonés de Salud: centrales de esterilización, laboratorios y centros de salud.
 - Salud Pública: Laboratorios.
- Modelo EFQM: Experiencia en el Servicio Aragonés de Salud.

11. Premios o reconocimiento a la calidad:

- Profesionales del Salud:
 - Programa de Apoyo a iniciativas de mejora de Calidad.
 - Facilitar asistencia a actividades y jornadas de Calidad.
 - Certificación para carrera profesional.
- Inexistente en el resto.

12. Participación de usuarios:

- Consejo Aragonés de Consumidores y Usuarios.
- Consejo Aragonés de Consumo.
- Comité Asesor de Vacunas de Aragón (CAVA).
- Observatorio Aragonés de Familia.
- Hermandad de Donantes: sin regulación.
- Consejo Asesor de Atención a la Salud de la Mujer.
- Juntas de Gobierno en Hogares de Mayores y Residencias.
- Consejo Aragonés de Servicios Sociales.
- Consejo de la Juventud de Aragón.
- Comité de Ensayos Clínicos de Aragón.
- Consejos de Salud (zona, sector y Aragón).



DAFO

Para elaborar los resultados del análisis DAFO, se han codificado las aportaciones realizadas en los DAFOS individuales de cada dirección general y organismo público. Posteriormente se ha completado esta metodología realizando una agrupación de los códigos relacionados en cuatro aspectos:

- Equipo humano
- Organización/recursos
- Entorno
- Plan de Calidad

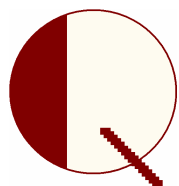
Los resultados obtenidos han sido agrupados a su vez, en aspectos negativos, Debilidades y Amenazas, y aspectos positivos, Fortalezas y Oportunidades. Finalmente, se ha realizado una ponderación de los ítems recogidos, cuyos resultados se recogen a continuación.

Resultados y análisis DAFO

Las organizaciones han identificado aspectos positivos y negativos, que pueden surgir relacionados con el diseño e implementación del Plan de Calidad.

En los aspectos negativos, identificados como “Debilidades y Amenazas”, se recogen los puntos débiles o aspectos que limitan o reducen la capacidad de desarrollo efectivo de la organización y por tanto, deben ser controlados y superados ya que pueden impedir la implantación de una estrategia, o bien reducir su efectividad.

- Los equipos humanos del Departamento manifiestan globalmente que necesitan más formación para nuevas competencias, que la dotación de recursos debe incrementarse y que uno de los principales problemas que perciben es la incertidumbre respecto a la estabilización de los puestos de trabajo.
- En la organización se perciben algunos aspectos de urgente mejora, como es la necesidad de establecer sistemas de información adecuados e integrados. Preocupa la seguridad en relación con la financiación de proyectos y se manifiesta la necesidad de mejorar la transmisión de información estratégica e implicación de las direcciones y mandos.
- En el entorno se identifica como principal motivo de preocupación la falta de coordinación entre los diferentes órganos y organismos públicos tanto desde el punto de vista intradepartamental e interdepartamental. Además parece necesario mejorar el conocimiento y reconocimiento de competencias de la Administración dentro de la sociedad (visibilidad)



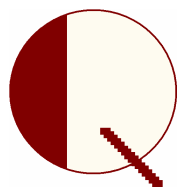
- En relación con el desarrollo del Plan de Calidad se perciben resistencias de los profesionales ante la posibilidad de un incremento de burocracia y control. Manifiestan la necesidad de fomentar la cultura y la formación en calidad. Se identifican algunas dificultades relacionadas con las dimensiones del Departamento que integra distintas realidades y necesidades.

En los aspectos positivos, identificados como “Fortalezas y Oportunidades”, se recogen los llamados puntos fuertes. Son capacidades, recursos, posiciones alcanzadas y, consecuentemente, ventajas competitivas que deben y pueden servir para explotar oportunidades.

- Los equipos humanos del Departamento se reconocen globalmente con competencia profesional, experiencia y formación en sus cometidos. Creen que persiste la motivación, la implicación y la ilusión de las personas y que en general, se trabaja en equipo y con una perspectiva multidisciplinar.
- En la organización se valora mucho el desarrollo de las nuevas tecnologías: TICS y herramientas de gestión y se reconoce como positiva, la experiencia y trayectoria reconocida en gestión de calidad (se parte de experiencias positivas y cultura de calidad de algunas Organizaciones).
- En el entorno se identifica como principal valor, la transversalidad como oportunidad de identificación de procesos y relaciones intra e interdepartamentales. También se valora positivamente la relación y colaboración con las entidades y los ciudadanos y la existencia de compromiso social en la Administración.
- En relación con el desarrollo del Plan de Calidad se valora la oportunidad de potenciar la cultura de la excelencia, la evaluación y la comparación. Se considera que este Plan de Calidad, puede constituir un marco común y un elemento integrador que mejore el conjunto de la gestión, interna y de proveedores externos.

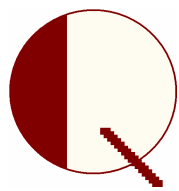
Así mismo, se valora la oportunidad de diseñar un sistema de medición de la calidad percibida, para conocer la opinión de los usuarios de los servicios.

En definitiva, se considera que el Plan puede facilitar la identificación de catálogos, de carteras y de cartas de servicios, que permitirá identificar procesos y procedimientos y que puede mejorar las relaciones en el entorno del Departamento.



Propuestas

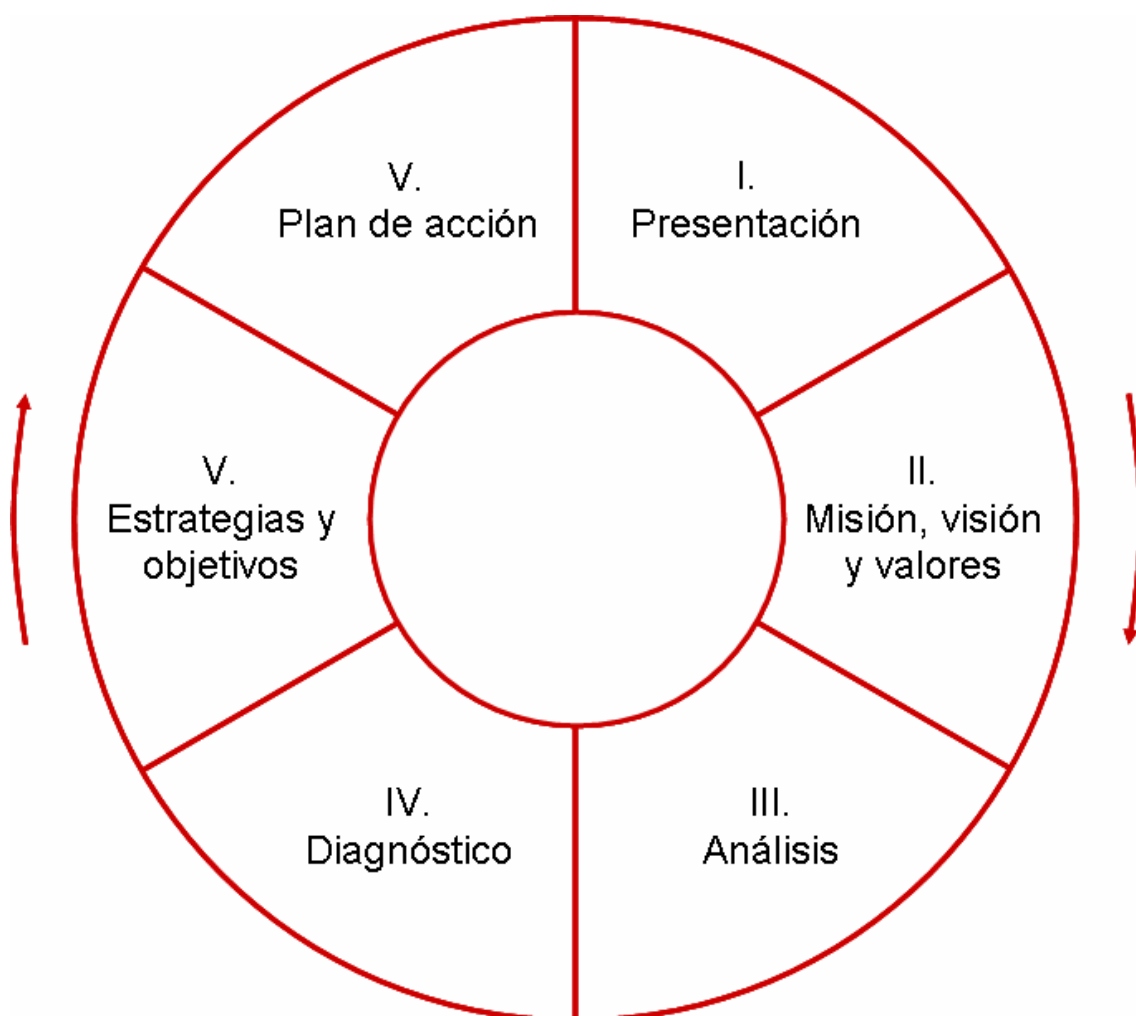
- La calidad no sólo puede evaluarse y mejorarse, sino que debe también planificarse, siendo esta fase necesariamente previa a las demás. En este sentido, para hacer lo correcto es necesario saber de forma fehaciente cual es la Misión de nuestra Organización.
- Así mismo, es necesario conocer la Visión Estratégica para saber hacia dónde deseamos ir como Organización.
- Parece imprescindible que el paso siguiente sea, definir la Misión y Visión del Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia, para poder orientar las líneas estratégicas del Plan de Calidad del Departamento.
- Posteriormente, habrá que identificar lo que hacemos bien en nuestras organizaciones y dónde están las áreas de mejora, para definir los objetivos estratégicos.
- Una vez identificada la posición actual de la Organización y realizada la formulación de estrategias, debemos saber cómo vamos a llevar a la Organización a esa posición futura deseada.
- Para ello el siguiente paso será definir el plan de acción concreto y que responda a las siguientes cuestiones: ¿qué hacer?; ¿qué recursos son necesarios?; ¿quién debe hacerlo?; ¿cuándo?
- Este documento describe algunos de los aspectos relevantes que pueden favorecer o entorpecer el desarrollo de la calidad en nuestra Organización y representa el punto de partida para el diseño del Plan de Calidad.
- Su contenido debe ser tenido en cuenta para orientar las áreas de mejora y para priorizar acciones.
- Del análisis del documento se desprenden algunos aspectos relevantes en las direcciones generales y organismos públicos:
 - La identificación y el diseño de los procesos es muy parcial y en algún caso inexistente.
 - El desarrollo de la medición de la percepción es muy variado, existiendo una importante área de mejora.
 - La mayoría de las organizaciones indican que no ha existido formación reglada para sus profesionales en metodología de calidad.
 - En la organización se perciben algunos aspectos de urgente mejora, como es la necesidad de establecer sistemas de información adecuados e integrados.

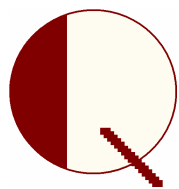


- Preocupa la seguridad en relación con la financiación de proyectos y se manifiesta la necesidad de mejorar la transmisión de información estratégica e implicación de las direcciones y mandos.
- Se ha detectado preocupación por la falta de coordinación entre los diferentes niveles de actuación intradepartamentales e interdepartamentales.

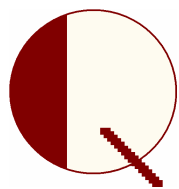
En relación con el desarrollo del Plan de Calidad, se valora la oportunidad de potenciar la cultura de la excelencia, la evaluación y la comparación. Se considera que este Plan de Calidad, puede constituir un marco común y un elemento integrador que mejore el conjunto de la gestión (interna y de proveedores externos).

El siguiente esquema representa el ciclo propuesto para avanzar en el Plan de Calidad del Departamento.





MISIÓN, VISIÓN Y VALORES



La misión, que rige la actuación del Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia, está en consonancia con los objetivos marcados por el Gobierno de Aragón, del que forma parte. Es la base sobre la que se construyen las políticas en materia de salud, consumo, bienestar social, integración de inmigrantes, mujer, juventud y familia en la Comunidad Autónoma de Aragón, así como la ejecución de las acciones oportunas y necesarias para el desarrollo de estas políticas. Contiene elementos comunes a todas las direcciones generales y organismos públicos.

La visión define el futuro previsible a medio y largo plazo del Departamento, en la medida en que se considera una organización dinámica, cuya acción está basada como se definirá más adelante en la mejora continua como elemento fundamental de la gestión.

Los valores definen los principios que rigen la cultura del Departamento y que sostienen las actuaciones de la organización en su conjunto.

Misión

El Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia tiene como misión desarrollar las estrategias políticas del Gobierno de Aragón en los ámbitos que le competen, que explícitamente se encuentran detallados en los siguientes:

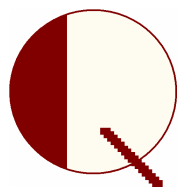
Salud, Consumo, Bienestar Social,

Integración de inmigrantes,

Mujer, Juventud, y Familia;

así como impulsar y ejecutar las actuaciones necesarias para su desarrollo.

Las organizaciones que conforman el Departamento proporcionan a los ciudadanos una atención personal, adecuada, integral y segura, que garantice la accesibilidad y continuidad en la provisión de los servicios, respetando la autonomía de las personas y procurando satisfacer las necesidades y expectativas de la ciudadanía. Todas ellas apuestan por la promoción de la persona, de su salud y bienestar social, así como por la prevención y la protección frente a los agentes que las amenazan.



Visión

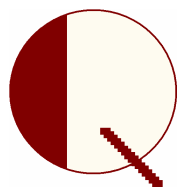
El Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia aspira a ser reconocido como excelente entre las organizaciones públicas en su esfuerzo por llevar a cabo su misión y especialmente:

- Por su eficiencia, la transversalidad de sus actuaciones y su capacidad de coordinación en la provisión de los servicios a la ciudadanía,
- Los niveles de confianza que la ciudadanía deposita en la organización,
- Los resultados en materia de salud y bienestar social que se alcanzan en la Comunidad Autónoma de Aragón, al nivel de los mejores en su entorno.

Valores

La cultura organizativa del Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia se sustenta en una serie de valores que definen su identidad y lo caracterizan entre otras organizaciones similares de su entorno:

- El usuario situado en el centro de la visión y la misión de la organización, respetando su capacidad de decisión y su autonomía personal.
- Una percepción integral de las necesidades de los ciudadanos, que se traduce en una organización coordinada con actuaciones transversales que dan satisfacción a estas necesidades.
- Un liderazgo decidido, orientado a gestionar los procesos, con gran capacidad para comunicar efectivamente sus estrategias y sus logros.
- La capacitación profesional, la participación, el compromiso y la satisfacción de los profesionales, y un sistema de gestión que promueve la innovación, la coordinación y la mejora continua de sus servicios y sus resultados, facilitando la generación y la transmisión de conocimiento en los ámbitos mencionados.
- Una gestión rigurosa de los recursos que la sociedad pone a su disposición, humanos y materiales, para contribuir a la sostenibilidad y la efectividad de los servicios públicos.
- La responsabilidad de ser una de las organizaciones más importantes de Aragón por sus dimensiones y por la importancia de los servicios que presta ante el conjunto de la sociedad, preocupándose por el desarrollo de la misma, por la cohesión del territorio y por el respeto y la sostenibilidad medioambiental y social.



Grupos de interés

Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia, que incluye las siguientes direcciones generales y servicios provinciales:

- Secretaría General Técnica.
- Dirección General de Planificación y Aseguramiento.
- Dirección General de Consumo.
- Dirección General de Salud Pública.
- Dirección General de Calidad y Atención al Usuario.
- Dirección General de Familia.
- Dirección General de Bienestar Social y Dependencia.
- Servicios Provinciales de Huesca, Teruel y Zaragoza.

Organismos públicos adscritos al Departamento:

- Servicio Aragonés de Salud.
- Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud.
- Banco de Sangre y Tejidos.
- Instituto Aragonés de la Mujer.
- Instituto Aragonés de Servicios Sociales.
- Instituto Aragonés de la Juventud.

Entidad de titularidad pública integrada en el Departamento:

- Consorcio Aragonés Sanitario de Alta Resolución.

Departamento de Hacienda y Administración Pública:

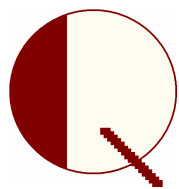
- Dirección General de la Función Pública y Calidad de los Servicios.

Centros de servicios sociales de titularidad pública gestionados por los ayuntamientos y entes comarcales; centros sanitarios y sociales de titularidad privada que proveen servicios a demanda del Departamento.

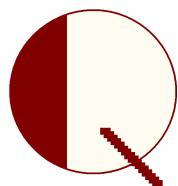
Centros educativos y universidades con instrumentos de colaboración para la formación de profesionales en los centros y servicios dependientes del Departamento y los organismos públicos adscritos.

Grupos de usuarios y pacientes de los servicios sanitarios y sociales, asociaciones para la protección de los usuarios y consumidores, otras organizaciones y asociaciones ciudadanas vinculadas a los servicios que provee el Departamento.

Otras instituciones de carácter público o privado que sean considerados alianzas actuales o potenciales del Departamento en el ámbito de sus competencias.



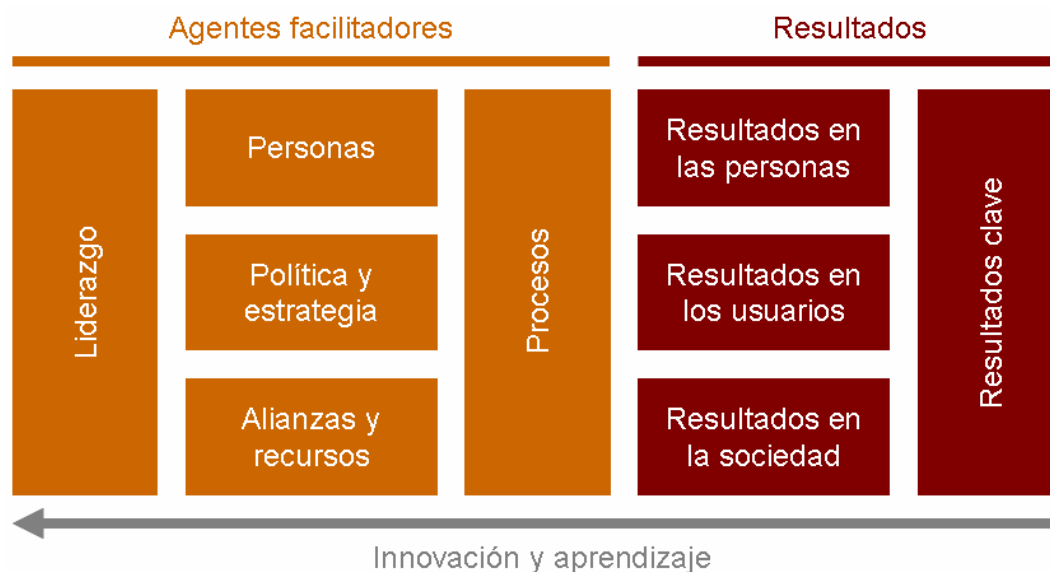
PRINCIPIOS GENERALES Y LÍNEAS ESTRATÉGICAS



De las definiciones de la misión, visión y valores se derivan algunos principios rectores de los cuales han de emanar los objetivos y los planes de acción que convertirán el Plan de Calidad del Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia en un documento operativo con repercusión en la organización y capaz de cambiar la realidad en la dirección marcada por la visión de la organización. Estos principios rectores han de partir de la voluntad de liderazgo de los responsables del Departamento, ser coherentes con los modelos de gestión de la calidad total actualmente vigentes en nuestro medio y en organizaciones similares, naturalmente asumibles por las personas que componen la organización, y en consonancia con los resultados clave esperados como consecuencia de la acción de la organización.

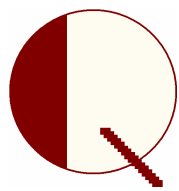
1. El Modelo de Excelencia EFQM, como instrumento de gestión para la calidad, siendo el que por entorno, difusión y vinculación social y cultural se considera más apropiado en el momento social e histórico en el que se encuentra la organización.

El Modelo de Excelencia EFQM no es incompatible con otros modelos de gestión de la calidad, como los basados en la acreditación mediante normas ISO, mejor adaptados a determinados organismos, servicios o unidades.

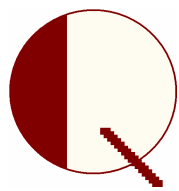


Modelo de Excelencia EFQM

2. Unas estructuras permanentes para la implantación, la evaluación y la propuesta de modificaciones de los objetivos y los planes de acción del Plan de Calidad, basadas en equipos multidisciplinares de personas con formación e interés en la excelencia y la calidad total, debidamente acreditadas y reconocidas, y que representan a todas y cada una de las organizaciones que lo componen o al que se vinculan.
3. Una coordinación efectiva con los servicios responsables de la calidad para el conjunto del Gobierno de Aragón.



4. La gestión por procesos como la base de la gestión orientada a la calidad, y para mejorar la eficiencia y la eficacia del Departamento.
5. Un sistema de atención al ciudadano basado en una información adecuada y suficiente sobre los servicios y las opciones que se ponen a su disposición, en la autonomía y la corresponsabilidad en la toma de las decisiones trascendentes para su bienestar y desarrollo personal, en sus expectativas ante los servicios a los que accede, y en su percepción y su opinión sobre la calidad de los servicios que se le prestan.
6. Una política de igualdad de género y respeto por la diversidad de la sociedad.
7. Unos servicios al ciudadano para garantizar una atención integrada, atendiendo a sus necesidades tanto para su salud física, su bienestar psicológico y su integración y apoyo social, continuada entre los distintos niveles de atención personal, y segura, libre de riesgos evitables para su salud y su condición de miembro de pleno derecho de la sociedad.
8. La comunicación a todas las personas que integran su organización, su política y estrategia, así como los objetivos de las unidades en las que prestan sus servicios, haciéndoles partícipes también de los logros alcanzados y reconociendo los méritos de forma equitativa.
9. Una cultura del respeto al medio ambiente, que se extiende entre las personas con responsabilidad de decisión y entre el conjunto de los empleados públicos que lo integran.
10. Alianzas y estrategias comunes con organizaciones educativas, investigadoras e innovadoras, con los proveedores de servicios y suministros, así como las asociaciones y organizaciones ciudadanas con quienes comparta intereses comunes en la salud y el bienestar social de los ciudadanos de la Comunidad Autónoma de Aragón.
11. Unos sistemas de información adecuados para una evaluación precisa, no sesgada y a tiempo de este Plan de Calidad, así como de los planes de gestión basados en la calidad que desarrollen las organizaciones que lo forman o que están vinculadas con él.
12. La innovación y la modernización de la organización, y la gestión de la generación y la transmisión del conocimiento.



Líneas estratégicas

Los objetivos y planes de acción del Plan de Calidad del Departamento por motivos operativos se ordenan en relación a seis líneas estratégicas, cuya definición y cuyo marco conceptual final se expone en las secciones siguientes, así como los objetivos y acciones propuestas para su desarrollo.

LE1 – LIDERAZGO, POLÍTICA Y ESTRATEGIA.

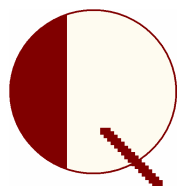
LE2 – GESTIÓN, PROCESOS Y SOSTENIBILIDAD.

LE3 – ORIENTACIÓN AL USUARIO.

LE4 – ATENCIÓN INTEGRADA.

LE5 – PROFESIONALES.

LE6 – RESPONSABILIDAD SOCIAL.



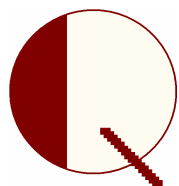
LÍNEA ESTRATÉGICA 1: LIDERAZGO, POLÍTICA Y ESTRATEGIA

Liderazgo:

- El Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia se ve a sí mismo como una organización pública de servicios moderna, eficaz y sostenible. Para ello es necesario el despliegue en el conjunto de la organización de una estrategia y una cultura de gestión para la calidad, al frente de la cual se identifican claramente la voluntad y el impulso de sus líderes.
- El despliegue de la estrategia de gestión para la calidad tendrá su réplica en cada uno de los organismos públicos y direcciones generales que integran la organización, donde se involucrarán también los líderes intermedios y se dará pie a la participación de los líderes informales. El liderazgo no puede considerarse sólo como la acción de los cuadros directivos del Departamento. El compromiso con la calidad y la excelencia debe extenderse por toda la organización, y debe dar voz y capacidad de acción a las personas con iniciativa que naturalmente surgen en los servicios, unidades y equipos, con propuestas capaces de desencadenar los mecanismos del cambio. Y la voluntad de cambio en los líderes es esencial en toda organización que aspire a la excelencia.
- El liderazgo de cualquier organización, y más cuando es una organización pública, debe estar sometido por voluntad y convencimiento propios a unos principios éticos de servicio, rigor, eficiencia y transparencia, compromiso que debe ser público y explícito.
- En una organización compleja y diversa como el Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia, la coordinación de organismos y estructuras es una de las funciones esenciales de los líderes, que evitan la existencia de duplicidades o vacíos en los servicios a los usuarios

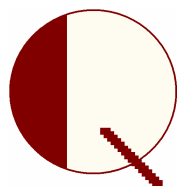
Estrategia de calidad:

- Como se ha propuesto en los principios generales que se han expuesto previamente, es oportuna la adopción de un modelo de excelencia que guíe la estrategia de calidad del Departamento. Una organización que pretende ser considerada excelente entre las similares de los países y regiones de la Unión Europea adopta el Modelo de Excelencia EFQM (European Foundation for Quality Management).
- La adopción del Modelo de Excelencia EFQM no es incompatible con otros modelos de gestión de la calidad adoptados por algunos organismos o servicios del Departamento, que se adaptan a sus características o vienen determinados por marcos normativos o de seguridad más amplios. En cualquier caso, son iniciativas complementarias que



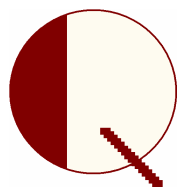
favorecen la adecuación de las acciones a los objetivos de calidad específicos de cada organismo.

- En el marco del Plan de Calidad del Departamento, cada organización del mismo deberá elaborar su plan de gestión a partir de los objetivos que se deriven del impulso de los líderes del Departamento. Estos planes de gestión, de carácter plurianual, deben estar alineados con la política y estrategia del Departamento y ser evaluables. Dadas las diferentes culturas de gestión que conviven en un Departamento muy diverso, la incorporación plena a esta estrategia de gestión será progresiva y adaptada. Pero en cualquier caso, entre los años 2013 y 2014 todas las direcciones generales y los organismos públicos deberán disponer de algún documento de objetivos o contrato de gestión que guíe los planes de gestión de cada uno de ellos.
- Toda estrategia de gestión para la calidad y la excelencia lleva asociada la evaluación y la capacidad de tomar decisiones que modifiquen el rumbo de la organización. No se pueden tomar decisiones válidas sin información, precisa e insesgada. Por lo tanto, la organización debe afianzar y desarrollar unos sistemas de información coordinados y dimensionados para dar respuesta a las necesidades del conjunto.
- En el marco de restricciones financieras y austeridad que preside actualmente las acciones de las administraciones públicas, la implantación de una estrategia de calidad no puede conllevar incrementos del gasto. Pero sí que se debe realizar un esfuerzo por asignar una parte de los recursos disponibles al desarrollo de la estrategia de calidad, definiendo claramente la disponibilidad presupuestaria y los recursos humanos y materiales con los que cuenta cada una de las organizaciones del Departamento para el desarrollo de su plan de gestión.
- Esta preocupación por la sostenibilidad no se limita a los recursos propios. También se extiende al conjunto de la sociedad. Por ello toda organización que aspire a la excelencia incorpora el concepto de responsabilidad social corporativa entre sus valores, y constituye una parte esencial de la estrategia de la organización.
- Toda estrategia de calidad y excelencia ha de ser evaluada. Y las evaluaciones deben estar basadas en el rigor documental de los logros alcanzados y comenzar desde la propia organización, independientemente de que esta desee someterse a la auditoria de entidades externas que acrediten el nivel de excelencia. Por ello, es necesario un grupo de trabajo técnico permanente que impulse la cultura de la excelencia, la difunda por la organización y elabore la información adecuada para la evaluación de las estrategias de calidad.



Comunicación y política de alianzas:

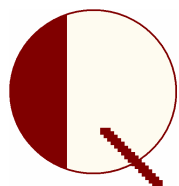
- La comunicación interna y externa son claves para que todos los grupos de interés se sientan involucrados con la estrategia de calidad y excelencia que adopte el Departamento.
- Un plan de comunicación interna deberá contemplar la comunicación vertical dentro de la organización, tanto descendente como ascendente, asegurando la participación estableciendo un sistema de quejas y sugerencias, y sirviendo de impulso para el liderazgo informal, promocionando los proyectos de mejora que surjan en el conjunto de la organización.
- Más allá de la mera acción de comunicación e información hacia la sociedad, basada en la transparencia de las administraciones públicas hacia la sociedad a la que sirve, los líderes del Departamento deben plantear un sistema de alianzas, dentro del Departamento, con otros Departamentos del Gobierno de Aragón con los que comparte intereses comunes, y con otras instituciones públicas y privadas externas al Gobierno de Aragón, que aporte un valor añadido a la acción de la organización, tanto en la eficacia como en la eficiencia de sus acciones.



Objetivo 1.1. Adoptar un modelo de gestión de la calidad, basado en el Modelo de Excelencia EFQM, y definir los elementos esenciales para el despliegue de la estrategia de calidad por toda la organización.

Acciones

- 1.1.1. Publicar mediante orden del Consejero la adopción oficial del Modelo de Excelencia EFQM, así como la creación de las estructuras para el seguimiento y evaluación del Plan de Calidad.
- 1.1.2. Constituir un equipo de trabajo permanente responsable del seguimiento y evaluación del Plan de Calidad, formado por técnicos de todos los órganos del Departamento, debidamente acreditados.
- 1.1.3. Implantar un cuadro de mando con los indicadores clave del Plan de Calidad, accesible a todos los niveles de liderazgo de la organización.
- 1.1.4. Implantar un plan de formación para los empleados públicos del Departamento en materia de gestión de la calidad y la excelencia, con prioridad para aquellas personas con responsabilidad en el seguimiento y la evaluación del Plan de Calidad.
- 1.1.5. Elaborar una memoria económica que defina los recursos humanos y materiales que el Departamento y cada uno de sus órganos para el Plan de Calidad.



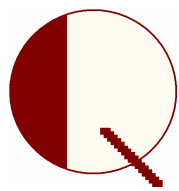
Objetivo 1.2. Sustentar el despliegue de la política y estrategia del Departamento mediante compromisos de objetivos y contratos de gestión con cada una de las organizaciones que lo integran.

Las direcciones generales y los organismos públicos definirán sus planes de gestión que abarcarán todos los niveles de su organización, incluyendo sus líneas estratégicas y objetivos, que serán conocidos por todos los grupos de interés.

Los compromisos de cada una de las organizaciones deberán estar en relación con los recursos disponibles y ser evaluables. Las siguientes acciones se aplicarán a todos los órganos del Departamento y organismos públicos adscritos a él.

Acciones

- 1.2.1. Definir los contenidos y el calendario para la elaboración de los planes de gestión de cada en un documento marco.
- 1.2.2. Elaborar los documentos de los planes de gestión de cada uno de ellos.
- 1.2.3. Diseñar un modelo de contrato de gestión o compromiso de objetivos.
- 1.2.4. Implantar un cuadro de mando con los indicadores clave del plan de gestión, accesible a toda su organización.

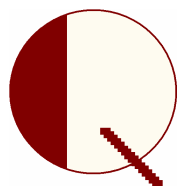


Objetivo 1.3. Difundir la política, la estrategia, los objetivos y los resultados obtenidos en el conjunto del Departamento entre todos los profesionales de la organización, garantizando la transferencia de información a través de los canales de comunicación.

Para ello, el Departamento desplegará un Plan de Comunicación Interna que asegure la difusión de la información.

Acciones

- 1.3.1. Impulsar un programa de despliegue y difusión del Plan de Calidad entre las personas que pertenecen a la organización.
- 1.3.2. Nombrar y acreditar a las personas responsables de la transmisión de la información dentro de cada órgano del Departamento y organismo autónomo adscrito a él, y que formarán los grupos de trabajo que canalizarán la información sobre la actividad desarrollada y los resultados obtenidos.

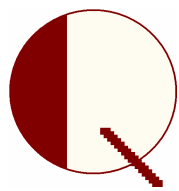


Objetivo 1.4. Difundir la política, la estrategia, los objetivos y los resultados de la organización entre todos los grupos de interés de la sociedad implicados en la actividad del Departamento, así como los socios externos.

Para ello el Departamento desplegará un Plan de Comunicación Externa que asegure la difusión de la información.

Acciones

- 1.4.1. Impulsar un programa de despliegue y difusión del Plan de Calidad entre los grupos de interés externos al Departamento.
- 1.4.2. Rediseñar los criterios y las herramientas disponibles para difundir de forma eficaz la política, la estrategia, los objetivos y los resultados de la organización, además de las informaciones prácticas que los ciudadanos y usuarios necesitan.
- 1.4.3. Difundir en toda la sociedad la oferta de servicios y las condiciones de su uso, en línea con las prioridades estratégicas del Departamento. La definición operativa de Cartas de servicios y otros instrumentos quedan en la Línea Estratégica 3: Orientación al ciudadano.
- 1.4.4. Difundir en la sociedad los resultados de los procedimientos de quejas y sugerencias de los ciudadanos.
- 1.4.5. Establecer canales de relación con los medios de comunicación y a través de las redes sociales, para mejorar el conocimiento entre la ciudadanía de las estrategias y programas orientados a mejorar la atención a los usuarios.

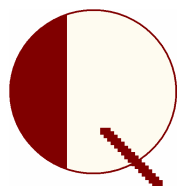


Objetivo 1.5. Estimular la innovación y el cambio en la organización, sobre la base de la gestión del conocimiento en sus dos vertientes: generación del conocimiento (investigación) y transferencia del conocimiento (formación).

La innovación y la gestión del conocimiento han de considerarse áreas transversales a toda la organización y a todas las estrategias que plantee la misma, aunque tenga una materialización específica en algunos organismos como el IACS.

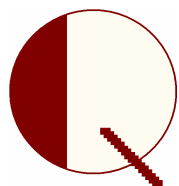
Acciones

- 1.5.1. Elaborar y publicar un documento marco para la gestión del conocimiento en la organización que sirva de base a los planes de gestión de cada una de las direcciones generales y organismos públicos a la hora de marcar estrategias de innovación.



LÍNEA ESTRATÉGICA 2: GESTIÓN, PROCESOS Y SOSTENIBILIDAD

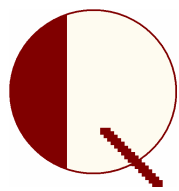
- El Departamento es una organización compleja, donde cada uno de los órganos que la componen tiene sus propias necesidades de información. No obstante, la acción básica del Departamento pivota en la atención a los ciudadanos, por lo que los sistemas de información de la organización deben estar anclados también en la base de datos de usuarios de los sistemas de atención gestionados desde el Departamento.
- La gestión y la utilización de los sistemas de información tienen un espacio importante en otras líneas estratégicas del Plan de Calidad del Departamento. Desde esta línea es necesario establecer un espacio transversal que permita avanzar en unos sistemas de información suficientes e integrados, debiendo avanzarse en la racionalización de los mismos. Actualmente muchos de los mismos carecen de objetivos explícitos, o su funcionamiento no cumple con los requisitos de operabilidad necesarios para una adecuada utilización. Los sistemas de información se consideran uno de los ejes fundamentales de la organización por lo que deben ser transversales y compartidos en toda ella.
- Uno de los problemas comunes a todas las organizaciones del Departamento es la falta de coordinación, detectándose que existe solapamiento de actividades. No existe la cultura de compartir experiencias dentro de la organización.
- En este momento de recortes presupuestarios la linealidad de los mismos crea desajustes y es injusta. Deben equilibrarse los recursos con los que cuentan las organizaciones con los servicios que se ofertan y prestan.
- Se considera el contrato de gestión como una herramienta que favorece la sostenibilidad, la coordinación y la transparencia de la organización.
- Es imprescindible que en el análisis y definición de los procesos de las organizaciones sean los profesionales implicados los protagonistas.
- Con el paso de los años se ha ido perdiendo el concepto de la atención primaria de salud como eje vertebrador de la atención sociosanitaria, por lo que se propone retomar este concepto potenciando el papel de la atención primaria en el plano preventivo, asistencial, y coordinador de los recursos sociosanitarios. En ese mismo plano debemos considerar la red de centros de servicios sociales comunitarios, si bien estos están gestionados por las administraciones locales, ayuntamientos y entes comarcales.



Objetivo 2.1. Hacer de los sistemas de información una herramienta efectiva para la gestión, que sirva tanto para conocer los recursos como el producto generado con los mismos, con participación efectiva de los profesionales implicados.

Acciones

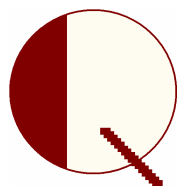
- 2.1.1. Constituir un grupo de trabajo permanente que sea responsable de poner en marcha las acciones relacionadas a continuación.
- 2.1.2. Elaborar un catálogo de sistemas de información, que incluya al menos objetivos, ítems, guía de utilización y limitaciones.
- 2.1.3. Analizar las necesidades de información de la organización en relación con el objetivo.



Objetivo 2.2. Adoptar la gestión por procesos, avanzando hacia una organización más flexible y horizontal, en el marco de la eficiencia y la racionalización de los servicios ofertados por el Departamento.

Acciones

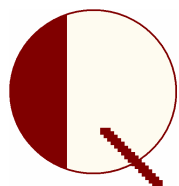
- 2.2.1. Diseñar el mapa de procesos de cada organización del Departamento a través de un proceso de formación y asesoría.
- 2.2.2. Cada organización diseñará un plan de trabajo para la implantación de la gestión de sus procesos, identificando el responsable o propietario de cada uno y el cronograma para su desarrollo.
- 2.2.3. Analizar y redefinir los procesos de “gestión de recursos humanos”, “gestión de compras” e “información” considerados como procesos transversales de soporte a todo el departamento.
- 2.2.4. Diseñar el mapa de procesos del Departamento.
- 2.2.5. Diseñar un plan de mejora para favorecer las alianzas y la coordinación una vez completado el mapa de procesos del Departamento, y detectados los procesos que implican a varios órganos del Departamento u organismos públicos adscritos al mismo, así como a otros órganos y organismos públicos de la Administración Pública de la Comunidad Autónoma de Aragón.



Objetivo 2.3. Adoptar la evaluación previa de los servicios a gestionar, tanto en el plano de la eficiencia como de la efectividad, así como de los suministros y servicios que se contraten con proveedores externos.

Acciones

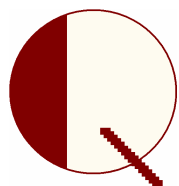
- 2.3.1. Elaborar una guía para la evaluación previa de los nuevos servicios que se quieran introducir en el sistema sanitario y de servicios sociales, así como de aquellos que se quieran modificar, orientada a la efectividad y la eficiencia de los servicios.
- 2.3.2. Implantar la elaboración de una memoria previa que acredite las mejoras en efectividad y en eficiencia de cualquier modificación en las carteras de servicios de los centros y unidades del Departamento y sus organismos públicos dependientes.
- 2.3.3. Establecer, donde todavía no lo estén, centrales de compra para la adquisición de suministros y servicios atendiendo a criterios de eficiencia y responsabilidad social.



LÍNEA ESTRATÉGICA 3:

ORIENTACIÓN AL CIUDADANO

- Antes de iniciar la definición de objetivos, se valora el hecho de que el Departamento está inmerso en el proceso de elaboración de un Plan de Atención al Usuario de los servicios sanitarios y sociales, que contempla en su desarrollo, varias líneas estratégicas que deberán estar en coherencia con éste Plan de Calidad, y más en concreto con esta línea estratégica 3 de “Orientación al Ciudadano”.
- El papel asignado al usuario en su relación con los profesionales sanitarios y sociales, ha ido cambiando conforme el desarrollo socioeconómico, el nivel de vida y el régimen de libertades y derechos del ciudadano de nuestras sociedades democráticas, ha evolucionado.
- Sin embargo, actualmente se percibe en los ciudadanos un cambio de sus expectativas. Existe una gran incertidumbre por la situación social y de crisis que estamos viviendo. Se manifiesta que están en juego algunos derechos alcanzados, así como una percepción de cierto riesgo en la cobertura de sus necesidades sociales. Esta situación tiene repercusiones negativas para la salud física, psíquica y emocional y esto provoca necesidades múltiples y simultaneas.
- En relación con la información, es evidente que los profesionales deben ponerse en el lugar del usuario a la hora de comunicar la misma y en la necesidad de hacerlo de una forma adecuada. Siendo conscientes de que existen diversos perfiles de ciudadanos y diferentes actitudes en los profesionales, parece fundamental la necesidad de mejorar las habilidades en comunicación.
- En relación a la transmisión de la información hay que buscar la eficiencia de la misma, se trata de identificar y establecer unos buenos cauces de comunicación.

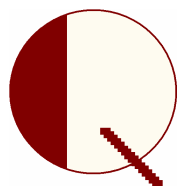


Objetivo 3.1. Dar a conocer a los usuarios de los servicios sanitarios y sociales sus derechos y deberes.

Para ello, los centros directivos y organismos públicos dependientes deberán disponer de una Carta de Derechos y Deberes accesible a los ciudadanos.

Acciones

- 3.1.1. Identificar qué centros directivos y organismos públicos deben realizar Cartas de Derechos y Deberes y constituir los grupos de trabajo necesarios para la elaboración de las mismas.
- 3.1.2. Avanzar en el diseño y elaboración de Cartas de Derechos y Deberes, para su publicación.
- 3.1.3. Realizar una campaña de difusión tras la publicación de las Cartas de Derechos y Deberes, dirigida a la ciudadanía.
- 3.1.4. Realizar una campaña de difusión tras la publicación de las Cartas de Derechos y Deberes, dirigida a los profesionales de los servicios que prestan atención directa a los ciudadanos.

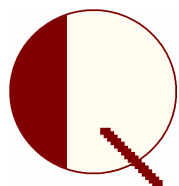


Objetivo 3.2. Dar a conocer a los usuarios de los servicios sanitarios y sociales los compromisos que la Administración adquiere con ellos.

Para ello, los centros directivos y organismos públicos que realicen atención directa a los ciudadanos, deberán elaborar y dar a conocer su Carta de Servicios que recoja los compromisos con los usuarios.

Acciones

- 3.2.1. Identificar qué centros directivos y organismos públicos deben realizar Carta de Servicios y constituir los grupos de trabajo necesarios para la elaboración de las mismas.
- 3.2.2. Avanzar en el diseño y elaboración de Cartas de Servicios para su publicación mediante resolución del secretario general técnico u órgano similar competente de acuerdo con la normativa vigente del Gobierno de Aragón, en el plazo establecido.
- 3.2.3. Realizar una campaña de difusión tras la publicación de las Cartas de Servicios, dirigida a la ciudadanía (asociaciones, entidades, órganos de participación, páginas web y visibilidad de carteles en puntos estratégicos).
- 3.2.4. Realizar una campaña de difusión tras la publicación de las Cartas de Servicios, dirigida a los profesionales de los servicios que prestan atención directa a los ciudadanos.

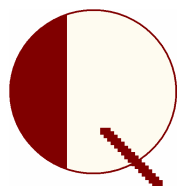


Objetivo 3.3. Los ciudadanos adquirirán un mayor conocimiento de las condiciones de acceso a los servicios sociales y sanitarios, contemplando la distribución territorial y competencial.

El Departamento desarrollará e implementará en su Plan de Atención al Usuario de los Servicios Sanitarios y Sociales la línea estratégica orientada a la mejora de la accesibilidad.

Acciones

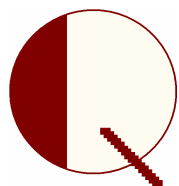
- 3.3.1. Desarrollar mecanismos y herramientas para facilitar un mayor conocimiento y difusión de los servicios que oferta el Departamento entre la ciudadanía y entre los profesionales, promoviendo la utilización de las TIC, y las páginas web del Departamento, Salud Informa y cualquier otra.
- 3.3.2. Adecuar los horarios de atención al público para permitir que los usuarios puedan conciliar el acceso a los servicios con su vida familiar y personal, en aquellos centros en los que sea pertinente.



Objetivo 3.4. Mejorar los cauces y canales de información para garantizar una comunicación bidireccional con los usuarios en todas las organizaciones dependientes del Departamento.

Acciones

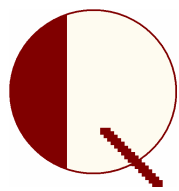
- 3.4.1. Diseñar el Plan de Atención al Usuario de los Servicios Sanitarios y Sociales, que contemple la definición y ubicación de puntos de información y atención.
- 3.4.2. Identificar los informadores clave de cada una de las organizaciones del Departamento y definir los circuitos de información y los procedimientos de trabajo.
- 3.4.3. Establecer un sistema formal de información a los profesionales para que estos, a su vez, sean transmisores de una información de calidad mediante la identificación de procesos.
- 3.4.4. Posibilitar que el usuario se comunique con las organizaciones mediante mecanismos fáciles y ágiles, avanzando en la gestión en línea de trámites.



Objetivo 3.5. Los ciudadanos participarán con sus propuestas, opiniones y experiencia de forma efectiva, a través de mecanismos de participación ágiles y operativos, que permitan la interactividad de las partes y la utilidad de las propuestas en las decisiones del Departamento.

Acciones

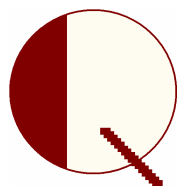
- 3.5.1. Asegurar la existencia de canales de participación reales, revisando y modificando, el funcionamiento de los órganos formales de participación, e incorporando las TIC para establecer vías que faciliten la transparencia y la inmediatez.
- 3.5.2. Revisar y ajustar la misión y el funcionamiento de los órganos de participación, potenciando el trabajo interno a través de grupos de trabajo o comisiones operativas, y adecuar las estructuras existentes.
- 3.5.3. Contemplar las nuevas formas de participación que están emergiendo entre la ciudadanía, especialmente las redes sociales, como instrumentos a tener en cuenta a la hora de vehicular la participación.
- 3.5.4. Asegurar la presencia de grupos de usuarios o asociaciones ciudadanas en los procesos de elaboración de planes y programas que tengan una repercusión directa entre la ciudadanía, teniendo en cuenta su experiencia, sus necesidades y sus expectativas.
- 3.5.5. Diseñar un programa de reconocimiento y apoyo a las iniciativas de participación para fortalecer la relación con las entidades.



Objetivo 3.6. Conocer las necesidades, percepción, opinión y expectativas de los ciudadanos, utilizando los resultados para instaurar medidas de mejora.

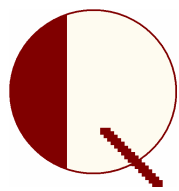
Acciones

- 3.6.1. Diseñar un sistema de información de recogida de necesidades, percepción, opinión y expectativas de los ciudadanos y usuarios.
- 3.6.2. Diseñar un sistema de información de recogida de necesidades, opinión y expectativas de la ciudadanía a través de los órganos de participación.
- 3.6.3. Implantar al menos dos acciones correctoras en cada organización relacionadas con los análisis anteriores, e integradas en los objetivos de cada contrato de gestión, debiendo hacer públicos los resultados.



LÍNEA ESTRATÉGICA 4: **ATENCIÓN INTEGRAL**

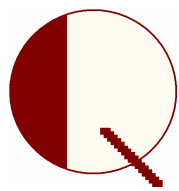
- La atención integral es en la actualidad uno de los grandes retos de los sistemas de nuestro estado de bienestar. Cuando hablamos de atención integral nos referimos al modelo de atención elegido por la administración para la organización de los servicios, teniendo como pilar la integración como medio de mejora en términos de acceso, calidad, satisfacción del usuario y eficiencia.
- Es esencial en este sentido la coordinación en la provisión de los servicios como garantía para la continuidad de los cuidados, que contemple la seguridad y transparencia en los procesos de atención al ciudadano.
- La integración de los servicios sanitarios y los servicios sociales en un mismo Departamento es un reto, una oportunidad y un imperativo que favorecerá la coordinación entre las distintas organizaciones implicadas.
- En estos momentos el desconocimiento entre los ámbitos social y sanitario nos lleva a la necesidad de impulsar planes de acción conjuntos que contemplen objetivos comunes aunando esfuerzos.
- En esta línea de Atención integral hemos querido hacer énfasis en objetivos que mejoren la coordinación y la continuidad en la atención que reciben los usuarios de los servicios sanitarios y sociales, implantando estrategias conjuntas de intervención, preservando la seguridad de los ciudadanos y usuarios, favoreciendo la autonomía y corresponsabilidad en las decisiones. Todo ello junto con el compromiso de mejorar los canales de comunicación entre los profesionales y usuarios que permitan una relación basada en la toma de conciencia, la implicación y la confidencialidad.



Objetivo 4.1. Mejorar la coordinación y la continuidad en la atención que reciben los usuarios de los servicios sanitarios y sociales, priorizando el acceso y la coordinación en el uso de la documentación clínica y social entre las instituciones y proveedores de servicios.

Acciones

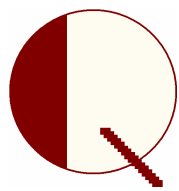
- 4.1.1. Identificar los procesos transversales en las diferentes organizaciones que impliquen la atención a los usuarios. Esta acción está relacionada con la acción 2.2.5, de la Línea 2 – Gestión, procesos y sostenibilidad.
- 4.1.2. Definir los criterios de coordinación entre los distintos niveles asistenciales y otros sistemas de atención.



Objetivo 4.2. Diseñar estrategias conjuntas de los servicios sociales y sanitarios en el marco de una atención integral y de la intervención sobre los problemas más relevantes.

Acciones

- 4.2.1. Elaborar, difundir e implantar la Estrategia de Cronicidad, como estrategia prioritaria del Departamento.
- 4.2.2. Elaborar de forma conjunta protocolos y guías de atención social y de práctica clínica.



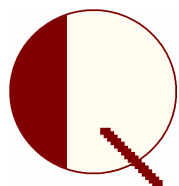
Objetivo 4.3. Implantar una estrategia de seguridad en la atención sanitaria y social.

Acciones

- 4.3.1. Revisar y evaluar la estrategia de seguridad en la atención sanitaria.
- 4.3.2. Extender la estrategia de seguridad al resto de la atención sanitaria y social dependiente del Departamento.
- 4.3.3. Desarrollar anualmente al menos tres acciones de mejora en materia de seguridad, siendo dos de ellas determinadas por la estrategia común del Departamento.

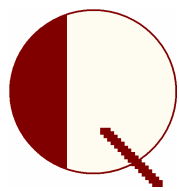
Las tres acciones priorizadas para el año 2014 serán:

- Identificación inequívoca de usuarios.
- Contención mecánica.
- Transferencia de personas mayores o vulnerables a los servicios de urgencias.



LÍNEA ESTRATÉGICA 5: BASADO EN LOS PROFESIONALES

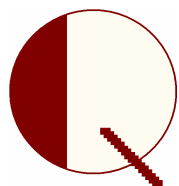
- El principal activo del Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia como organización es su capital humano; es decir, los profesionales con su capacidad intelectual y emocional. Desde esta perspectiva, se consideran una serie de aspectos que han de perfilar el desarrollo de esta línea. Los profesionales son personas con necesidades y expectativas que han de ser conocidas por la organización.
- La organización ha de expresar el compromiso de alinear los intereses de los profesionales con la misión del Departamento. Obtendrá los mejores logros a través de unos profesionales preparados, orgullosos de su trabajo y conocedores de las estrategias y objetivos, por lo que ha de facilitar su implicación, participación y corresponsabilidad.
- Es preciso avanzar en los distintos roles profesionales mediante la progresiva implantación de la gestión por competencias y una orientación a la eficiencia y resultados, profundizando en un sistema de evaluación por desempeño, como el procedimiento mediante el cual se mide y valora la conducta profesional y el rendimiento o el logro de resultados.
- Deben tenerse en cuenta la adaptación e impulso de los modelos de carrera profesional como herramientas para fomentar la promoción profesional y favorecer la relación de los empleados con la organización.
- Es necesario atender las necesidades de los profesionales en materia formativa e incentivar la capacidad creativa e innovadora, como elementos imprescindibles en la generación de conocimiento. La formación en el aprendizaje de herramientas de gestión basadas en las nuevas tecnologías de la información y la comunicación (TIC) es actualmente imprescindible para el desempeño profesional.
- La organización ha de estar comprometida en un rediseño del entorno del trabajo, propiciando climas saludables, de mayor confort y rendimiento, e implementando políticas de igualdad que incluyan la perspectiva de género, así como medidas de conciliación personal, laboral y familiar.
- Finalmente, la gestión de recursos humanos en el Gobierno de Aragón viene determinada por las directrices del Departamento de Hacienda y Administración Pública, a través de la Dirección General de Función Pública y Calidad de los servicios. Puesto que las acciones deben estar subordinadas en muchas ocasiones a las directrices mencionadas, el calendario de ejecución se considera orientativo. Se mantiene en este documento por emanar de los grupos de trabajo del Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia como expresión de una voluntad de innovación y mejora.



Objetivo 5.1. Impulsar el desarrollo de los profesionales avanzando en un modelo de gestión de recursos humanos innovador en el Departamento.

Acciones

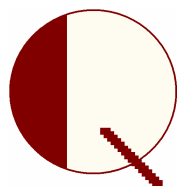
- 5.1.1. Constituir un grupo de mejora para la innovación en la gestión de recursos humanos.
- 5.1.2. Elaborar un catálogo de puestos de trabajo con definición de las competencias profesionales.
- 5.1.3. Realizar dos experiencias piloto, en el Departamento y en algún organismo público de evaluación del desempeño, evaluando y seleccionando los indicadores relevantes.
- 5.1.4. Revisar los modelos de carrera profesional como herramientas para la promoción y reconocimiento de los trabajadores de la organización.
- 5.1.5. Diseñar e implementar un plan de acogida en cada centro dirigido a los nuevos profesionales que se incorporen a la organización.



Objetivo 5.2. Desarrollar la gestión del conocimiento atendiendo las necesidades de los profesionales y de la organización, propiciando procesos de innovación.

Acciones

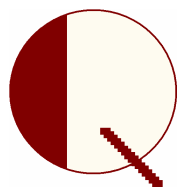
- 5.2.1. Desarrollar planes de formación adecuados al cumplimiento de los objetivos y necesidades de los puestos de trabajo, avanzando en la acreditación de la formación para todos los profesionales.
- 5.2.2. Implantar proyectos de formación interna entre profesionales, potenciando el trabajo en red, y combinando la diversificación y la especificidad para mejorar la gestión del conocimiento, teniendo en cuenta diferentes experiencias ya existentes como FOCUSS o “empleados hacia empleados”.



Objetivo 5.3. Promover la participación y la corresponsabilidad de los profesionales.

Acciones

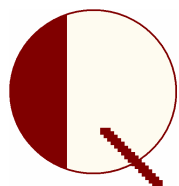
- 5.3.1. Establecer un programa de quejas y sugerencias para todos los empleados públicos del Departamento.
- 5.3.2. Promover la acción de grupos de mejora mantenidos en el tiempo para favorecer el cumplimiento de los objetivos de la organización. Anualmente se identificarán tres áreas de mejora.
- 5.3.3. Elaborar y divulgar un código de buenas prácticas con el objeto de potenciar la motivación de los profesionales y extender la cultura de la calidad en el Departamento.



Objetivo 5.4. Propiciar climas saludables de mayor seguridad, confort y rendimiento, y políticas de igualdad que incluyan la perspectiva de género.

Acciones

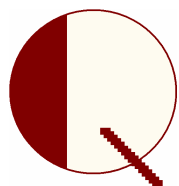
- 5.4.1. Realizar la planificación de la actividad preventiva en el medio laboral en la que se contemplen además actuaciones proactivas en materia de prevención de riesgos laborales.
- 5.4.2. Realizar un análisis de situación del impacto de las diferentes medidas en materia de igualdad y de perspectiva de género, y de clima laboral.
- 5.4.3. Realizar un estudio de los problemas derivados de las adaptaciones y cambios de puestos de trabajo en cada organización implicada.



Objetivo 5.5. Intensificar las políticas de conciliación de la vida personal, familiar y laboral, evaluando la situación actual en esa materia, y elaborando propuestas y medidas de mejora.

Acciones

- 5.5.1. Implantar medidas de conciliación de la vida personal, familiar y laboral a partir de un estudio basado en la opinión de los profesionales.
- 5.5.2. Identificar los puestos de trabajo susceptibles de acogerse a la modalidad de teletrabajo y realizar un pilotaje de su implantación.
- 5.5.3. Evaluar la implantación de acciones de conciliación, flexibilización y racionalización de horarios, siguiendo las recomendaciones del calendario de la Asociación para la racionalización de los horarios en España (ARHOE).
- 5.5.4. Implantar medidas encaminadas a conseguir la certificación del Departamento como Empresa Familiarmente Responsable.



LÍNEA ESTRATÉGICA 6: RESPONSABILIDAD SOCIAL

El concepto de Responsabilidad Social de la Organización (EFQM Conceptos fundamentales de la Excelencia, 1999-2003) se define como: “Excelencia es exceder el marco legal mínimo en el que opera la organización y esforzarse por comprender y dar respuesta a las expectativas que tienen sus grupos de interés en la sociedad”.

Cómo se pone en práctica este concepto:

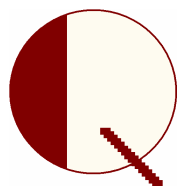
- Las organizaciones excelentes adoptan un estricto enfoque ético siendo transparentes y dando cuenta a sus grupos de interés, de su rendimiento como organización responsable. Tienen muy presente, y fomentan activamente, la responsabilidad social y la defensa del medio ambiente tanto del hoy como del mañana. La responsabilidad social de la organización está definida en sus valores e integrada en la organización. Mediante un compromiso abierto e inclusivo con los grupos de interés, estas organizaciones satisfacen y exceden las expectativas y normativas y leyes a nivel local y, cuando resulta adecuado, global.
- Además de gestionar los riesgos, buscan y fomentan las oportunidades de colaborar con la sociedad en proyectos mutuamente beneficiosos, fomentando y manteniendo un alto nivel de confianza en sus grupos de interés. Son conscientes de su impacto en la comunidad presente y futura y se preocupan por minimizar cualquier impacto adverso.

Beneficios:

- Mejora de la imagen en la opinión pública y aumenta el valor de la marca.
- Mayor acceso a la financiación (por ejemplo, inversiones socialmente responsables).
- Mejora de la salud y seguridad de los empleados.
- Mejora de la gestión de los riesgos y del gobierno de la organización.
- Mejora de la motivación de los empleados.
- Fidelidad de los clientes.
- Incremento de la confianza que la organización tiene en sí misma y de la que en ella tienen sus grupos de interés.

No se ha dictado normativa específica sobre Responsabilidad Social en la Administración de la Comunidad Autónoma de Aragón. Sería necesario desarrollarla, pudiendo hacerse de distintas formas: como un plan específico de Responsabilidad Social, formando parte de los planes estratégicos de cada organización, o con objetivos concretos que emanen del Plan de Calidad.

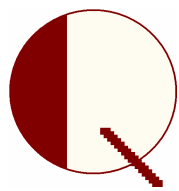
A pesar de respetar las prescripciones referentes a impacto ambiental y social en el ámbito de compras de productos y desarrollo de nueva normativa, se observa que existen muchas dificultades para la evaluación real y efectiva de las mismas, destacándose esta misma limitación en el ámbito del cumplimiento de derechos humanos y trabajo infantil.



Objetivo 6.1. Incluir el concepto de Responsabilidad Social como concepto inherente a la calidad de nuestra organización, por lo que debe formar parte de la definición de misión, visión y valores de todas las organizaciones dependientes del Departamento.

Acciones

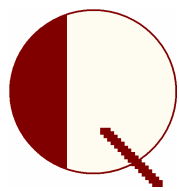
- 6.1.1. Recopilar y analizar el marco legal existente en materia de Responsabilidad Social.
- 6.1.2. Evaluar las posibilidades de implantación de acciones de Responsabilidad Social Corporativa, realizando las acciones y propuestas de mejora prioritarias y difundiendo la información entre los profesionales de la organización.
- 6.1.3. Informar a todas las organizaciones del Departamento de la obligación de incluir el concepto de Responsabilidad Social en sus planes estratégicos y de gestión.
- 6.1.4. Iniciar un contacto con la Dirección General de la Función Pública y Calidad de los Servicios, para incorporar en este Plan de Calidad, las políticas generales del Gobierno de Aragón en relación a la Responsabilidad Social Corporativa. Establecer una alianza para la coordinación de las acciones a llevar a cabo.
- 6.1.5. Desarrollar los objetivos relacionados con la responsabilidad social y las acciones derivadas en cada uno de los planes de gestión de las organizaciones del Departamento.



Objetivo 6.2. Asegurar que el Departamento cumple los aspectos de responsabilidad social relacionada con sus proveedores y los servicios y suministros que le proveen.

Acciones

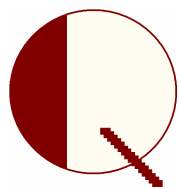
- 6.2.1. Identificar, tras el análisis del marco legal (actividades 6.1.1, y 6.1.3.) cuáles son los requisitos más adecuados, incorporándose la exigencia de los mismos en los pliegos de contratación pública convocados por el Departamento y por los organismos públicos a él adscritos.
- 6.2.2. Exigir y solicitar a las empresas contratadas la acreditación de sus compromisos sociales y medioambientales como condición en sus cláusulas de especial ejecución, a través de la solicitud de los sellos de contenido social que se determinen y la solicitud del cumplimiento de compromisos medioambientales.



Objetivo 6.3. Integrar el concepto de Transparencia en la cultura del Departamento como uno de los valores fundamentales, entendida como un valor ético relacionado con el derecho y el acceso a la información, y la rendición de cuentas.

Acciones

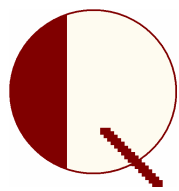
- 6.3.1. Evaluar para todas las organizaciones del Departamento, de forma preliminar al desarrollo del plan de transparencia del objetivo 6.5.2, la existencia de memorias del año 2012 y el alcance de su difusión.
- 6.3.2. Definir los requisitos y contenidos que deben contemplar los planes de comunicación interna y externa de las organizaciones para cumplir los criterios básicos de transparencia.



Objetivo 6.4. Definir y aplicar con qué prácticas y herramientas explícitas la organización prevendrá las malas prácticas y la corrupción.

Acciones

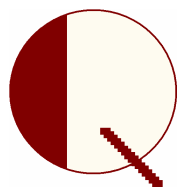
- 6.4.1. Difundir de forma explícita la importancia de la contención de las malas prácticas y la corrupción, definiendo un código de buenas prácticas para todos los mandos y trabajadores de la empresa, diseñando el plan de difusión y la evaluación de esta acción.
- 6.4.2. Evaluar anualmente el arraigo del código de buenas prácticas en la organización.



Objetivo 6.5. Facilitar la accesibilidad tanto física como sensorial en todos los servicios ofertados por el Departamento.

Acciones

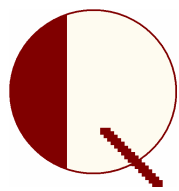
- 6.5.1. Evaluar la accesibilidad a todos y cada uno de los centros con atención al público.
- 6.5.2. Desarrollar un plan de mejora en cada organización para conseguir una mayor accesibilidad física y sensorial a los centros y servicios.



Objetivo 6.6. Promocionar y facilitar la cooperación y el voluntariado en la organización, así como la colaboración habitual con las ONG y asociaciones ciudadanas.

Acciones

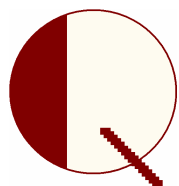
- 6.6.1. Diseñar un plan de voluntariado del Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia con el objeto de estimular la participación del voluntariado en nuestra organización.
- 6.6.2. Revisar y establecer procedimientos simplificados para la donación de materiales y objetos sin uso a las ONG, de acuerdo con la normativa aplicable.
- 6.6.3. Establecer cauces de comunicación con las ONG para establecer sinergias en coherencia con el objetivo 3.5.



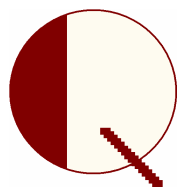
Objetivo 6.7. Establecer medidas de responsabilidad medioambiental en la actividad cotidiana de todas las organizaciones del Departamento.

Acciones

- 6.7.1. Establecer una alianza de coordinación y cooperación con el departamento competente en materia de medio ambiente para incorporar en este Plan de Calidad las políticas generales del Gobierno de Aragón en este ámbito.
 - Se propone expresamente el compromiso con la eficiencia energética, el consumo de agua y las actividades de reciclado.



ESTRATEGIA DE EVALUACIÓN DEL PLAN DE CALIDAD



El seguimiento y evaluación del Plan de Calidad, se concibe como un proceso continuado e implica la monitorización sistemática de información, para ello se debe disponer de instrumentos adecuados y de soporte estructural.

El valor añadido de un **sistema de evaluación de la calidad**, viene determinado por el uso que tenga para la **toma de decisiones**, para la evaluación de **nuevas intervenciones**, para **analizar causas y corregir** desvíos.

La definición de un sistema de evaluación de la calidad debería incorporar:

- El Modelo de Calidad (criterios de evaluación EFQM).
- Los potenciales usuarios de la información (y distintos niveles de intensidad de uso).
- Análisis adicionales (en caso de detectarse desviaciones importantes entre lo observado y lo esperado).
- Medidas para incentivar los cambios (para potenciar los resultados positivos y para neutralizar las desviaciones negativas).

Estrategia global de evaluación y autoevaluación

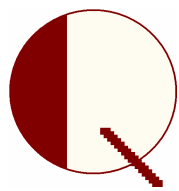
A la hora de diseñar una estrategia global de evaluación y autoevaluación, se debe tener en cuenta que la adopción del Modelo de calidad EFQM obliga a medir resultados en:

- Los clientes
- Las personas
- La sociedad
- Resultados clave

Los aspectos a analizar en cada uno de ellos deberán contemplar **indicadores de percepción** e **indicadores de rendimiento**.

Además el modelo contempla la evaluación de determinados aspectos, algunos de ellos son:

- El grado de implicación de los líderes en el desarrollo e implantación del sistema de gestión de la organización.
- La gestión de la comunicación, el apoyo y el reconocimiento de las personas por parte de los líderes.
- La gestión de las necesidades y expectativas de los grupos de interés.
- La adecuación y la eficacia de la política y estrategia.
- La comunicación y el despliegue de la política y estrategia.
- La planificación, la gestión y la mejora de los recursos humanos



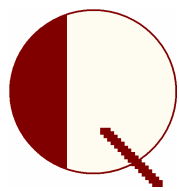
- La identificación, el desarrollo y el mantenimiento del conocimiento y la capacidad de las personas de la organización.
- La gestión de la recompensa, del reconocimiento y de la atención a las personas de la organización.

Por otra parte, nuestra Organización es una administración pública y como tal es evaluada por el nivel de compromiso con sus ciudadanos, adquirido a través de Cartas de Servicios. En coherencia con la política de Calidad del Gobierno de Aragón, la Dirección General de Función Pública y Calidad de los Servicios adopta los requerimientos de la Agencia Estatal de Evaluación de las Políticas Públicas y la Calidad de los Servicios (AEVAL) quién marca 12 de criterios de autoevaluación para el conjunto de la Organización:

1. Determinar estrategias, estructuras o mecanismos de apoyo necesarios para integrar Calidad y Modernización en la acción de gobierno y en la gestión de las Administraciones.
2. Administración accesible, abierta y cercana a la ciudadanía.
3. Administración económicamente eficiente y sostenible.
4. Apostar por la innovación en la gestión mediante la dotación de infraestructuras y la incorporación de instrumentos y tecnologías orientadas a la ciudadanía.
5. Adoptar fórmulas organizativas y de coordinación interadministrativa para garantizar la ejecución efectiva de las Políticas de Modernización y Calidad.
6. Aplicar el análisis y evaluación permanente de las normas, programas, planes y políticas públicas.
7. Participación ciudadana.
8. Desarrollo de las capacidades de las empleadas y los empleados públicos.
9. Elaborar y difundir Cartas de Servicios.
10. Adopción sistemas de gestión de la calidad (Modelos excelencia o Normas ISO 9000) y desarrollo de fórmulas de Reconocimiento.
11. Rendir cuentas a la sociedad.
12. Establecer los mecanismos adecuados para el seguimiento y revisión de la carta.

Fundamentos de la evaluación

1. Desarrollo del Plan de Calidad:
Este Plan tiene un horizonte temporal a corto, medio y largo plazo.



- Corto plazo, incluye aquellas medidas de inicio que fundamentan y garantizan el desarrollo del Plan, cuya ejecución está prevista a lo largo de 2013 y primer semestre de 2014.
- Medio plazo, desarrollo de objetivos a ejecutar antes de 2015.
- Largo plazo incluye la continuidad de algunas medidas y de aquellos compromisos derivados de la adopción del Modelo de la Calidad EFQM cuyo horizonte es 2020.

2. Nivel de responsabilidad en la organización:

Se diferencian tres niveles de responsabilidad en el cumplimiento de los objetivos del Plan. Esto permite la evaluación de Organización a niveles **macro** (formulación de políticas y estrategias y asignación de recursos), **meso** (gestión de organizaciones, centros y programas asistenciales) y **micro** (actividad entre profesionales y usuarios). Se contemplan los siguientes niveles:

Nivel 1 (N1): Estratégico (corresponde a los líderes de la Organización E1).

Nivel 2 (N2): Operativo de alta gestión (corresponde a los equipos directivos de cada dirección general u organismo público).

Nivel 3 (N3): Operativo de equipos (corresponde a los equipos que prestan servicios).

3. Nivel de Compromiso:

El Plan de Calidad del Departamento determina que antes de finalizar el año 2013 cada dirección general y organismo público debe disponer de un Plan de Gestión/Estratégico que incluya sus propios objetivos, actividades, indicadores de seguimiento y recursos. (Objetivo 1.2/ Acción 1.2.3)

Algunos de estos objetivos estarán reflejados a partir del 2014 en un Contrato de Gestión anual, cuyo seguimiento y resultados dispondrán de una monitorización permanente (Objetivo 1.1/ Acción 1.1.4) y (Objetivo 1.2/ Acción 1.2.1).

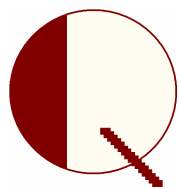
En todos los objetivos del Plan de Calidad del Departamento se deberá hacer constar si los mismos están incluidos o no en los Contratos de Gestión de cada organización.

4. Sistemas de información:

Los sistemas de información se consideran uno de los ejes fundamentales de la organización por lo que deben ser transversales y compartidos.

El Plan determina que en el primer semestre del año 2013, los sistemas de información deberán estar identificados en un catalogo (Objetivo 2.1/ Acción 2.1.2).

Para alcanzar los objetivos planteados, se propone que durante el segundo semestre de 2013, se diseñen y determinen con claridad y concreción las fuentes de información, los



datos que van a ser recopilados, el tipo de tratamiento y los soportes de registro y gestión de esta información. (Objetivo 2.1/ Acción 2.1.3).

Así mismo se deberá explicitar en cada objetivo la existencia o no de un sistema de evaluación adecuado y fácilmente explotable para realizar el seguimiento.

5. Indicadores de evaluación:

Los indicadores que se diseñen permitirán dar respuesta a qué se quiere evaluar, para qué y para quién. Para ello se propone plantear un proceso por fases:

- En una primera fase, se propondrían indicadores que fuesen factibles de obtener, aunque no sean muy ambiciosos.
- La disponibilidad de un primer grupo de indicadores con la posibilidad de realizar análisis comparativos con estándares adecuados al entorno de cada organización, facilitaría la consecución de nuevas fases más complejas y completas.

Se trataría de diseñar un sistema de monitorización y priorizar la elección de determinados indicadores que constituirán un primer cuadro de mando, que se completaría en fases siguientes (Objetivo 1.1/ Acción 1.1.3).

6. Metodología de la evaluación:

Se plantea una evaluación anual del Plan de Calidad.

En cada ejercicio se incluirá la evaluación de aquellos objetivos e indicadores que sean pertinentes al momento del desarrollo del Plan, en base al cronograma presentado.

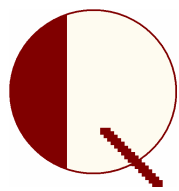
Este Plan no contempla una evaluación externa, sino que realiza una apuesta por la autoevaluación de cada dirección general y organismo público bajo la supervisión del Equipo Técnico responsable del seguimiento y evaluación del Plan de Calidad contemplado en la estructura de Calidad del Departamento (Objetivo 1.1/ Acción 1.1.2).

7. Procedimiento de evaluación y elaboración de informes:

Se presenta un esquema dónde se describen las fases de evaluación del Plan. Con la finalidad de que la aplicación del procedimiento sea la misma en todas las direcciones generales y organismos públicos

Como se ha planteado una evaluación anual, una vez puesto en marcha este Plan, los responsables de calidad de cada organización recogerán la información necesaria para elaborar el informe de evaluación anual.

Los informes se presentarán al Equipo Técnico responsable del seguimiento y evaluación del Plan de Calidad del Departamento.



El Servicio de Calidad de la Dirección General de Calidad y Atención al Usuario elaborará el borrador del Informe Anual de Resultados, que incluirá una propuesta de nuevos estándares, y en su caso nuevos indicadores, para los Contratos de Gestión del año siguiente.

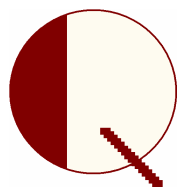
Los responsables de calidad de cada dirección general y organismo público enviarán las rectificaciones necesarias a este borrador y se presentará el Informe Anual definitivo al equipo de líderes E1, para su transmisión a los Equipos Directivos de cada dirección general y organismo público y la toma de decisiones pertinentes para la actuación durante el año siguiente.

Entendiendo que el año 2013 va a ser un año de preparación y de lanzamiento del Plan, parece oportuno iniciar este procedimiento de evaluación en 2014.

8. Difusión de los resultados:

Se plantea en un futuro próximo la creación de un **Observatorio de Calidad**, dependiente de la Dirección General de Calidad y Atención al Usuario.

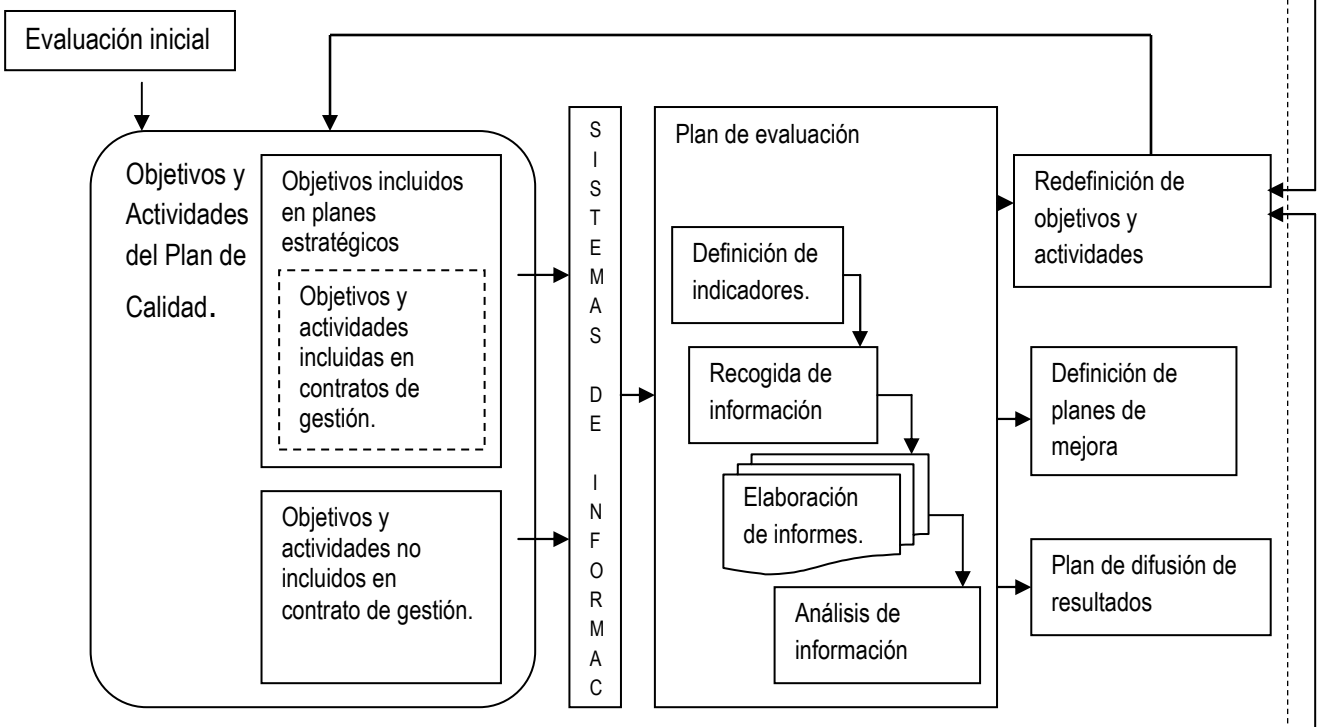
Cada dirección general y organismo público será responsable de la difusión de sus resultados a los clientes, a las personas y a la sociedad.



ESQUEMA DE EVALUACIÓN DEL PLAN DE CALIDAD.

Marco modelo EFQM. (Clientes, personas, sociedad, resultados clave)

Plan de calidad:



Marco modelo AEVAL (Evaluación de cartas de servicios)

A continuación se exponen las tablas con los objetivos, las acciones y la estrategia de despliegue y evaluación de cada línea estratégica.

Línea estratégica 1 – Liderazgo, política y estrategia**Objetivo 1.1.**

Adoptar un modelo de gestión de la calidad, basado en el Modelo de Excelencia EFQM, y definir los elementos esenciales para el despliegue de la estrategia de calidad por toda la organización.

Requisitos y criterios de calidad:

- La adopción del modelo incluirá además el compromiso de la organización por la excelencia, la adopción oficial de misión, visión y valores y los principios éticos que rigen la acción directiva.
- El Plan de Calidad dispone de una memoria económica en el momento de su aprobación y publicación, que se actualizará con carácter anual a partir de los presupuestos y acciones previstas para cada año.

Acción	Nivel de responsabilidad:	Unidad de planificación:	Contrato de gestión	Calendario de ejecución:
1.1.1. Publicar mediante orden del Consejero la adopción oficial del modelo de excelencia EFQM, así como la creación de las estructuras para el seguimiento y evaluación del Plan de Calidad.	N1	DGCAU, con la colaboración de: SGT y Gabinete	No	2º / 3º trimestres 2013.

Acción	Nivel de responsabilidad:	Unidad de planificación:	Contrato de gestión	Calendario de ejecución:
1.1.2. Constituir un equipo de trabajo permanente responsable del seguimiento y evaluación del Plan de Calidad, formado por técnicos de todos los órganos del Departamento, debidamente acreditados.	N1 – N2	DGCAU, coordinación. Todas las direcciones generales y organismos públicos.	No	2º / 3º trimestres 2013.
1.1.3. Implantar un cuadro de mando con los indicadores clave del Plan de Calidad, accesible a todos los niveles de liderazgo de la organización.	N1 – N2	DGCAU, coordinando el equipo previsto en 1.1.2.	No	2º / 3º trimestres 2013.

Acción	Nivel de responsabilidad:	Unidad de planificación:	Contrato de gestión	Calendario de ejecución:
1.1.4. Implantar un plan de formación para los empleados públicos del Departamento en materia de gestión de la calidad y la excelencia, con prioridad en aquellas personas con responsabilidad en el seguimiento y la evaluación del Plan de Calidad.	N1 – N2	SGT, reuniendo las actividades previstas en el conjunto de direcciones generales. Los organismos públicos tendrán sus propios planes de formación con aquellas acciones previstas en materia de calidad.	Sí. Lo que corresponda a cada dirección general u organismo público.	3º / 4º trimestres. Se repite anualmente.
1.1.5. Elaborar una memoria económica que defina los recursos humanos y materiales que el Departamento y cada uno de sus órganos dispone para el Plan de Calidad.	N1 – N2	SGT, en coordinación con todas las direcciones generales. Todos los organismos públicos presentarán su propia memoria, que se añadirá a la del conjunto.	Sí. Lo que corresponda a cada dirección general u organismo público.	1º trimestre. Se actualiza anualmente.

Indicadores de evaluación:

1. Existe orden del Consejero que desarrolla la estructura de calidad (Sí / No).
2. Número de actas de reuniones del grupo técnico para la calidad (al menos 4 actas anuales).
3. Existe un cuadro de mando actualizado trimestralmente (al menos 4 actualizaciones anuales).
4. Existe un plan de formación anual (Sí / No).
5. Existe una memoria económica actualizada anualmente para el Plan de Calidad del Departamento (Sí / No).

Objetivo 1.2.

Sustentar el despliegue de su política y estrategia del Departamento mediante compromisos de objetivos y contratos de gestión con cada una de las organizaciones que lo integran.

Requisitos y criterios de calidad:

- Las direcciones generales y los organismos públicos definirán sus planes de gestión que abarcarán todos los niveles de su organización, incluyendo sus líneas estratégicas y objetivos, con la participación de todos sus líderes intermedios, formales e informales, que serán conocidos por todos los grupos de interés.
- Los compromisos de cada una de las organizaciones deberán estar en relación con los recursos disponibles y ser evaluables.

Acción	Nivel de responsabilidad:	Unidad de planificación:	Contrato de gestión	Calendario de ejecución:
1.2.1. Definir los contenidos y el calendario para la elaboración de los planes de gestión de cada una de las direcciones generales y organismos públicos en un documento marco.	N1 – N2	SGT, DGPA, y DGCAU: definición de estrategias y recursos generales. Cada una de las direcciones generales y organismos públicos en lo que se refiere a su plan de gestión.	No	3º / 4º trimestres de 2013.
1.2.2. Elaborar los documentos de los planes de gestión de cada una de las direcciones generales y organismos públicos.	N1 – N2	Igual que en 1.2.1.	No	4º trimestre de 2013.

Acción	Nivel de responsabilidad:	Unidad de planificación:	Contrato de gestión	Calendario de ejecución:
1.2.3. Diseñar un modelo de contrato de gestión o compromiso de objetivos para las direcciones generales y organismos públicos. Incluirá: análisis de situación, objetivos y acciones, coordinación con otros órganos, financiación y recursos, criterios de calidad, plan de evaluación.	N1	SGT, DGPA, y DGCAU: definición de estrategias y recursos generales. Cada una de las direcciones generales y organismos públicos en lo que se refiere a su contrato de gestión.	No	2º / 3º trimestres de 2014.
1.2.4. Implantar un cuadro de mando con los indicadores clave del plan de gestión en cada una de las direcciones generales y organismos públicos, accesible a toda la organización.	N2	Cada una de las direcciones generales y organismos públicos en lo que se refiere a su propio plan de gestión, bajo la coordinación del equipo previsto en 1.1.2.	Sí. Lo que corresponda a cada dirección general u organismo público.	2º / 3º trimestre del 2013.

Indicadores de evaluación:

1. Existencia de un modelo general para la elaboración de contratos de gestión o documentos de compromiso de objetivos (Sí / No).
2. Número de órganos con un plan de gestión definido en relación al número total de órganos del departamento.
3. Número de órganos con un cuadro de mando en relación al número total de órganos del departamento.

Objetivo 1.3:

Difundir entre todos los profesionales de la organización la política, la estrategia, los objetivos y los resultados obtenidos en el conjunto del Departamento, garantizando la transferencia de información a través de los canales de comunicación.

Requisitos y criterios de calidad globales

- Se elaborará y desplegará un Plan de Comunicación interna.

Acción	Nivel de responsabilidad:	Unidad de planificación:	Contrato de gestión	Calendario de ejecución:
1.3.1. Impulsar un programa de despliegue y difusión del Plan de Calidad entre las personas que pertenecen a la organización.	N1	SGT, por su responsabilidad sobre la política de personal. DGCAU, por su responsabilidad en el plan de calidad. Cada una de las direcciones generales y organismos públicos en lo que se refiere a las personas de su propia organización.	No	3º trimestre de 2013.

Acción	Nivel de responsabilidad:	Unidad de planificación:	Contrato de gestión	Calendario de ejecución:
1.3.2. Nombrar y acreditar a las personas responsables de la transmisión de la información dentro de cada una de las direcciones generales y organismos públicos, que formarán parte de grupos de trabajo que canalizarán la información sobre la actividad desarrollada.	N1 – N2	SGT, por su responsabilidad sobre a política de personal. DGCAU, por su responsabilidad en los planes de calidad y atención al usuario. Cada una de las direcciones generales y organismos públicos en lo que se refiere a las personas de su propia organización.	No	3º / 4º trimestres de 2013.

Indicadores de evaluación:

La medición del grado de consecución de este objetivo estaría vinculada a alguna herramienta de medición de la percepción y la opinión de las personas de la organización.

1. Personas que conocen sus objetivos según el plan de calidad sobre el total de personas de la organización.
2. Número de personas responsables de comunicación en relación al total de las direcciones generales y organismos públicos.

Objetivo 1.4.

Difundir la política, la estrategia, los objetivos y los resultados de la organización entre todos los grupos de interés de la sociedad implicados en la actividad del Departamento, así como entre los socios externos.

Requisitos y criterios de calidad:

- Se elaborará y desplegará un Plan de Comunicación Externa.
- Se orientarán las páginas en Internet del Departamento y de los organismos públicos a él adscritos a una presentación de la estrategia y resultados de la organización. Se pueden incluir elementos en **Salud Informa**, sin olvidar que está orientado al usuario y no a las organizaciones.

Acción	Nivel de responsabilidad:	Unidad de planificación:	Contrato de gestión	Calendario de ejecución:
1.4.1. Impulsar un programa de despliegue y difusión del Plan de Calidad entre los grupos de interés externos al Departamento.	N1	DGCAU con la colaboración del Gabinete del Consejero (prensa).	No	3º trimestre de 2013.
1.4.2. Rediseñar los criterios y las herramientas disponibles para difundir de forma eficaz la política, la estrategia, los objetivos y los resultados de la organización, además de las informaciones prácticas que ciudadanos y usuarios necesiten.	N1	SGT, responsable de las herramientas de información del Departamento. DGCAU, responsable de Salud Informa. Todos los organismos públicos adscritos al Departamento que mantengan herramientas de comunicación con los ciudadanos	No	4º trimestre de 2013.

Acción	Nivel de responsabilidad:	Unidad de planificación:	Contrato de gestión	Calendario de ejecución:
1.4.3. Difundir en la sociedad los resultados de los procedimientos de quejas y sugerencias de los ciudadanos. Vinculado a objetivos en: LE3 – Quejas y sugerencias. LE6 – Transparencia.	N1	DGCAU con la colaboración del Gabinete del Consejero (Prensa).	No	3º trimestre de 2013.
1.4.4. Establecer canales de relación con los medios de comunicación y a través de las redes sociales para mejorar el conocimiento entre la ciudadanía de las estrategias y programas orientados a mejorar la atención de los usuarios. Vinculado a objetivos en: LE4 – Estrategias y programas de atención a los usuarios.	N1 – N2	DGCAU con la colaboración de Gabinete del Consejero (Prensa) y SGT. Cada uno de los organismos públicos en la medida que tengan competencias en la materia.	No	Año 2014.

Indicadores de evaluación:

La medición del grado de consecución de este objetivo estaría vinculada a alguna herramienta de medición de la percepción y la opinión de los usuarios.

1. Nº de reuniones formales realizadas con grupos de interés en las que se expone y discute la estrategia de todo o parte del Departamento.
2. Medición del impacto de las páginas en Internet del Departamento y organismos públicos: número de visitantes, evolución en el tiempo, contenidos más visitados.
3. Existencia de un informe anual público sobre las quejas y sugerencias de los usuarios.

Objetivo 1.5.

Estimular la innovación y el cambio en la organización sobre la base de la gestión del conocimiento en sus dos vertientes: generación del conocimiento (investigación) y transferencia del conocimiento (formación).

Requisitos y criterios de calidad globales

- La innovación y la gestión del conocimiento han de considerarse áreas transversales a toda la organización a todas las estrategias que plantee la misma, aunque tenga una materialización específica en alguna de sus organizaciones, como el Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud.
- Aunque este objetivo abarca un ámbito que va más allá de la formación en calidad de la organización, esta debe formar parte de las estrategias de innovación, y por lo tanto se considera su inclusión también dentro de los objetivos del Plan de Formación en Calidad.

Acción	Nivel de responsabilidad:	Unidad de planificación:	Contrato de gestión	Calendario de ejecución:
1.5.1. Elaborar y publicar un documento marco para la gestión del conocimiento en la organización que sirva de base a los planes de gestión de cada una de las direcciones generales y organismos públicos del Departamento a la hora de marcar estrategias de innovación.	N1	IACS con la colaboración de: DGCAU, por su responsabilidad en el Plan de Calidad. DGPA, por su responsabilidad en las estrategias del Departamento. SALUD e IASS como principales proveedores de servicios.	No, directamente; como consecuencia del mismo, los planes de gestión y los contratos de gestión de los órganos del Departamento deberán contener objetivos en materia de innovación.	2º trimestre de 2013.

Indicadores de evaluación:

1. Existencia del documento marco para la gestión del conocimiento.

Línea estratégica 2 – Gestión, procesos y sostenibilidad**Objetivo 2.1.**

Hacer de los sistemas de información una herramienta efectiva para la gestión, que sirva tanto para conocer los recursos como el producto generado con los mismos, con participación efectiva de los profesionales implicados.

Acción	Nivel de responsabilidad:	Unidad de planificación:	Contrato de gestión	Calendario de ejecución:
2.1.1. Constituir un grupo de trabajo permanente que sea responsable de poner en marcha las acciones relacionadas a continuación.	N1	DGCAU, con las organizaciones con responsabilidad en sistemas de información: DGPA, SALUD, IASS, y cualquier otro que se reconozca en esta situación	No	2º trimestre de 2013.
2.1.2. Elaborar un catálogo de sistemas de información que incluya, al menos, objetivos, ítems, guía de utilización y limitaciones.	N1	Grupo definido en 2.1.1.	No	Antes de final de 2013.

Acción	Nivel de responsabilidad:	Unidad de planificación:	Contrato de gestión	Calendario de ejecución:
<p>2.1.3 Analizar las necesidades de información de la organización.</p> <p>Incluye: elaboración de los cuadros de mando que orienten la toma de decisiones, distinguiéndose entre los cuadros de indicadores internos, orientados a la evaluación de la estructura, los procesos y los resultados intermedios, y los indicadores globales y públicos, orientados a los resultados clave que miden y hacen pública la evolución de la estrategia de la organización</p>	N1	Grupo definido en 2.1.1.	No	1º semestre de 2014.

Indicadores de evaluación:

1. Existe un documento sobre sistemas de información que incluye al menos objetivos, ítems, guía de utilización y limitaciones (Sí / No).
2. Existe un documento que incluye la descripción de las necesidades de información de cada una de las organizaciones del Departamento (Sí / No).

Objetivo 2.2.

Adoptar la gestión por procesos, avanzando hacia una organización más flexible y horizontal, en el marco de la eficiencia y la racionalización de los servicios ofertados por el Departamento.

Acción	Nivel de responsabilidad:	Unidad de planificación:	Contrato de gestión	Calendario de ejecución:
2.2.1. Diseñar el mapa de procesos de cada organización del Departamento a través de un proceso de formación y asesoría.	N2	Todas las organizaciones del Departamento, con el apoyo de DGCAU.	Sí	2º semestre de 2013.
2.2.2. Cada organización diseñará un plan de trabajo para la implantación de la gestión de sus procesos, identificando el responsable o propietario de cada uno y el cronograma para su desarrollo. Requisito: Cumplir acción 2.2.1.	N2	Órgano directivo del Departamento y de los organismos públicos a él adscritos.	Sí	1º trimestre de 2014.

Acción	Nivel de responsabilidad:	Unidad de planificación:	Contrato de gestión	Calendario de ejecución:
2.2.3. Analizar y redefinir los procesos “gestión de recursos humanos”, “gestión de compras” e “información”, considerados como procesos transversales de soporte a todo el Departamento. Incluirá: definición global del proceso, misión y objetivos del proceso, actividades del proceso y evaluación del mismo.	N1	SGT, DGCAU, y todos aquellos organismos públicos con competencia propia en la gestión de sus recursos humanos y materiales, y de la información.	Sí	2º semestre de 2013.
2.2.4. Diseñar el mapa de procesos del Departamento. Requisito previo: identificación en 2.2.1 de los procesos que sobrepasan la responsabilidad de cada organización.	N1	DGCAU, coordinando a todas las direcciones generales y organismos públicos.	Sí	1º semestre del 2014.

Acción	Nivel de responsabilidad:	Unidad de planificación:	Contrato de gestión	Calendario de ejecución:
2.2.5. Diseñar un plan de mejora para favorecer las alianzas y la coordinación una vez completado el mapa de procesos del Departamento, y detectados los procesos que implican a varios órganos del Departamento u organismos públicos adscritos al mismo, así como a otros órganos y organismos públicos de la Administración Pública de la Comunidad Autónoma de Aragón.	N1 – N2	DGCAU	No	2º semestre de 2014

Indicadores de evaluación:

Año 2013:

1. Existe el mapa de procesos de cada organización (Sí / No).
2. Existen los documentos que definen los procesos “gestión de recursos humanos”/“gestión de compras”/“información”, con difusión a las organizaciones implicadas y con un plan de evaluación definido (Sí / No).

Año 2014:

3. Proporción de organizaciones del Departamento con planes de trabajo para la implantación de la gestión de sus procesos, identificando el responsable o propietario de cada uno y el cronograma para su desarrollo.
4. Existe el mapa de procesos del Departamento (Sí / No).
5. Proporción de procesos transversales definidos en el Departamento sobre el total de los detectados.
6. Proporción de procesos relacionados con órganos definidos en la acción 2.2.5. sobre el total de los detectados.

Objetivo 2.3.

Adoptar la evaluación previa a la implantación de los servicios a gestionar, tanto en el plano de la eficiencia como de la efectividad, así como de los suministros y servicios que se contraten a proveedores externos.

Acción	Nivel de responsabilidad:	Unidad de planificación:	Contrato de gestión	Calendario de ejecución:
2.3.1. Elaborar una guía para la evaluación previa de los nuevos servicios que se quieran introducir en el sistema sanitario y de servicios sociales, así como de aquellos que se quieran modificar, orientada a la efectividad y la eficiencia de los servicios.	N1 – N2	DGPA, SALUD e IASS.	No	4º trimestre de 2013.
2.3.2. Implantar la elaboración de una memoria previa que acredite las mejoras en efectividad y en eficiencia de cualquier modificación en las carteras de servicios de los centros y unidades del Departamento y sus organismos públicos dependientes.	N2	DGPA, SALUD e IASS.	No	1º semestre de 2014. Acción continuada en el tiempo.

Acción	Nivel de responsabilidad:	Unidad de planificación:	Contrato de gestión	Calendario de ejecución:
2.3.3. Establecer, donde todavía no lo estén, centrales de compra para la adquisición de suministros y servicios atendiendo a criterios de eficiencia y responsabilidad social.	N1 – N2	SGT, en coordinación con los organismos públicos adscritos al Departamento que carezcan de compra centralizada.	No	1º semestre de 2014.

Indicadores de evaluación:

Año 2013:

1. Existe la guía para la evaluación previa de los nuevos servicios (Sí / No).

Año 2014:

2. Proporción de servicios nuevos implantados a lo largo de un año en los que se ha desarrollado la memoria de evaluación previa.
3. Proporción de órganos y organismos públicos abastecidos por centrales de compra.

Línea estratégica 3 – Orientación al ciudadano**Objetivo 3.1.**

Dar a conocer a los usuarios de los servicios sanitarios y sociales sus derechos y deberes. Para ello, algunos centros directivos y organismos públicos deberán disponer de una Carta de Derechos y Deberes accesible a los ciudadanos.

Requisitos y criterios de calidad:

- La elaboración de las Cartas de Derechos y Deberes deberá recoger y contemplar todas aquellas normas que afecten a los ciudadanos en un lenguaje asequible para su comprensión.
- Las cartas deben ser publicadas, se debe garantizar su accesibilidad y promover el conocimiento de las mismas entre la ciudadanía y los empleados públicos.

Acción	Nivel de responsabilidad:	Unidad de planificación:	Contrato de gestión	Calendario de ejecución:
3.1.1. Identificar qué órganos deben promover las cartas y constituir los grupos de trabajo necesarios para la elaboración de las mismas.	N2	DGCAU y Consumo, junto con los organismos públicos proveedores de servicios, SALUD e IASS, y otros órganos colaboradores.	No	1º / 2º trimestres de 2013
3.1.2. Avanzar en el diseño y elaboración de cartas y derechos y deberes, para su publicación.				

Acción	Nivel de responsabilidad:	Unidad de planificación:	Contrato de gestión	Calendario de ejecución:
3.1.3. Realizar una campaña de difusión tras la publicación de las Cartas, dirigida a la ciudadanía. Incluirá: difusión en asociaciones, órganos de participación, páginas web y carteles visibles en puntos estratégicos.	N2	DGCAU y Consumo, junto con los organismos públicos proveedores de servicios, SALUD e IASS, y otros órganos colaboradores.	No	3º / 4º trimestres de 2013.
3.1.4. Realizar una campaña de difusión tras la publicación de las Cartas, dirigida a los profesionales de los servicios que prestan atención directa a los ciudadanos.				

Indicadores de evaluación:

1. Existen los tres documentos de Cartas de Derechos y Deberes del Departamento (Sí / No).
2. Porcentaje de puntos de atención a la ciudadanía, entidades y organizaciones ciudadanas y páginas webs de información que ponen a disposición del ciudadano las Cartas de Derechos y Deberes.
3. Porcentaje de páginas web de los centros que publican las cartas.
4. Porcentaje de profesionales informados mediante correo corporativo con acuse de recibo.
5. Porcentaje de profesionales que conocen las cartas según la encuesta de clima laboral.

Objetivo 3.2.

Los usuarios de los servicios sanitarios y sociales conocerán los compromisos que la administración adquiere con ellos. Para ello, los centros directivos y organismos públicos que realicen atención directa a los ciudadanos deberán elaborar y dar a conocer su Carta de Servicios que recoja los compromisos con los usuarios.

Requisitos y criterios de calidad:

- Para la elaboración de las Cartas de Servicios se recogerán aquellos criterios de calidad previstos en el Decreto 115/2012, de 8 de mayo, del Gobierno de Aragón por el que se regulan las Cartas de Servicios en el ámbito de la Administración de la Comunidad Autónoma de Aragón.
- Las cartas deben ser publicadas, se debe garantizar su accesibilidad y promover el conocimiento de las mismas entre la ciudadanía y los empleados públicos.

Acción	Nivel de responsabilidad:	Unidad de planificación:	Contrato de gestión	Calendario de ejecución:
3.2.1. Identificar qué centros directivos y organismos públicos deben realizar cartas de servicios y constituir los grupos de trabajo para la elaboración de las mismas.	N2 – N3	Todas las direcciones generales y organismos públicos con atención al usuario. Se prevé que al menos estén incluidos: DGCAU, Familia, Salud Pública, Consumo, SALUD, IASS, CASDAR, Banco de Sangre y Tejidos, IAM e IAJ.	Sí	2º semestre de 2013, y año 2014.
3.2.2. Avanzar en el diseño y elaboración de cartas de servicios para su publicación, mediante orden del secretario general técnico u órgano similar competente según normativa vigente, en el plazo establecido.				

Acción	Nivel de responsabilidad:	Unidad de planificación:	Contrato de gestión	Calendario de ejecución:
<p>3.2.3. Realizar una campaña de difusión tras la publicación de las Cartas de Servicios, dirigida a la ciudadanía.</p> <p>Incluirá: difusión en asociaciones, órganos de participación, páginas web y carteles visibles en puntos estratégicos.</p>	N2 – N3	<p>Todas las direcciones generales y organismos públicos con atención al usuario.</p> <p>Se prevé que al menos estén incluidos: DGCAU, Familia, Salud Pública, Consumo, SALUD, IASS, CASDAR, Banco de Sangre y Tejidos, IAM e IAJ.</p>	Sí.	2º semestre de 2013, y año 2014.
<p>3.2.4. Realizar una campaña de difusión tras la publicación de las Cartas de Servicios, dirigida a los profesionales de los servicios que prestan atención directa a los ciudadanos.</p>				

Indicadores de evaluación:

1. Porcentaje de cartas de servicios realizadas en relación con el número de órganos y organismos públicos obligadas a su realización en ese año.
2. Porcentaje de puntos de atención a la ciudadanía, entidades y organizaciones ciudadanas y páginas de información que ponen a disposición del ciudadano las Cartas de Servicios en relación con el censo de puntos de información de este tipo que se realice en cada organización.
3. Porcentaje de páginas web de los centros que publican las Cartas de Servicios a través de su intranet.
4. Porcentaje de profesionales informados mediante correo corporativo con acuse de recibo.
5. Porcentaje de profesionales que conocen las cartas según la encuesta de clima laboral.

Objetivo 3.3.

Los ciudadanos adquirirán un mayor conocimiento de las condiciones de acceso a los servicios sociales y sanitarios, contemplando la distribución territorial y competencial. El Departamento desarrollará e implantará en su Plan de Atención al Usuario de los Servicios Sociales y Sanitarios la línea estratégica orientada a la mejora de la accesibilidad.

Requisitos y criterios de calidad:

- El Plan de Atención al Usuario deberá contemplar la constitución de un grupo de trabajo para la definición de unos criterios mínimos para sistematizar la información sobre los servicios y la accesibilidad a los mismos tanto a través de las TIC como presencialmente.

Acción	Nivel de responsabilidad:	Unidad de planificación:	Contrato de gestión	Calendario de ejecución:
3.3.1. Desarrollar mecanismos y herramientas para facilitar un mayor conocimiento y difusión de los servicios que oferta el Departamento entre la ciudadanía y entre los profesionales, promoviendo la utilización de las TIC, y las páginas web del Departamento, Salud Informa y cualquier otra.	N2	Todas las direcciones generales y organismos públicos con atención al usuario. Se prevé que al menos estén incluidos: DGCAU, Familia, Salud Pública, Consumo, SALUD, IASS, CASDAR, Banco de Sangre y Tejidos, IAM e IAJ.	No	2º semestre de 2013 y 1º semestre de 2014.

Acción	Nivel de responsabilidad:	Unidad de planificación:	Contrato de gestión	Calendario de ejecución:
3.3.2. Adecuar los horarios de atención al público para permitir que los usuarios puedan conciliar el acceso a los servicios con su vida familiar y personal, en aquellas organizaciones en las que sea pertinente.	N2	DG de Familia coordinando a todas las direcciones generales y organismos públicos con atención al usuario. Se prevé que al menos estén incluidos: DGCAU, Salud Pública, Consumo, SALUD, IASS, CASDAR, Banco de Sangre y Tejidos, IAM e IAJ.	Sí	Año 2014.

Indicadores de evaluación:

1. Informe anual de actualización y utilización de todas las páginas web del Departamento.
2. Porcentaje de servicios que han realizado la adecuación de los horarios de atención para mejorar el acceso de los usuarios a los servicios.

Objetivo 3.4.

Mejorar los cauces y canales de información para garantizar una comunicación bidireccional con los usuarios en todas las organizaciones dependientes del departamento.

Requisitos y criterios de calidad:

- Tras la identificación de los informadores clave de la acción 3.4.2., cada organización diseñará un plan de trabajo para la implantación de la gestión de la información, identificando el responsable o propietario de cada subproceso y el cronograma ajustado para su desarrollo.

Acción	Nivel de responsabilidad:	Unidad de planificación:	Contrato de gestión	Calendario de ejecución:
3.4.1. Diseñar el Plan de Atención al Usuario de los Servicios Sanitarios y Sociales. Contempla la definición y ubicación de puntos de información y atención.	N2	DGCAU, responsable de la elaboración del Plan de Atención al Usuario. Colaboran SALUD, CASDAR, IASS, servicios sociales comarcales y municipales.	No	1º semestre de 2013
3.4.2. Identificar los informadores clave de cada una de las organizaciones del Departamento y definir los circuitos de información y los procedimientos de trabajo.	N2 – N3	DGCAU (Plan de Atención al Usuario). SALUD e IASS como principales proveedores de servicios a los que afecta el Plan de Atención al Usuario.	Sí	2º semestre de 2013, y año 2014.

Acción	Nivel de responsabilidad:	Unidad de planificación:	Contrato de gestión	Calendario de ejecución:
3.4.3. Establecer un sistema formal de información a los profesionales para que estos, a su vez, sean transmisores de una información de calidad mediante la identificación de procesos.	N2	DGCAU (Plan de Atención al Usuario). SALUD e IASS como principales proveedores de servicios a los que afecta el Plan de Atención al Usuario.	Sí	1º semestre de 2014.
3.4.4. Posibilitar que el usuario se comunique con las organizaciones mediante mecanismos fáciles y ágiles, avanzando en la gestión en línea de trámites.	N1 – N2	Todas las direcciones generales y organismos públicos, con la coordinación de la DGCAU.	Sí	2º semestre de 2013, y año 2014.

Indicadores de evaluación:

1. Existe el Plan de Atención al Usuario con la definición de los puntos de información y atención (Sí / No).
2. Porcentaje de direcciones generales y organismos públicos que han identificado a sus informadores clave en relación con el total.
3. Porcentaje de procedimientos de información definidos y desarrollados en las organizaciones.
4. Número de nuevos trámites telemáticos implantados por cada organización del Departamento.

Objetivo 3.5.

Los ciudadanos participarán con sus propuestas, opiniones y experiencia de forma efectiva, a través de mecanismos de participación ágiles y operativos, que permitan la interactividad de las partes y la utilidad de las propuestas en las decisiones del Departamento.

Requisitos y criterios de calidad:

- Tanto para el acceso de los ciudadanos como de las organizaciones y entidades sociales y ciudadanas, se procurará la igualdad en las oportunidades de acceso, la equidad en el acceso a la información y los recursos, y la participación en condiciones de igualdad.

Acción	Nivel de responsabilidad:	Unidad de planificación:	Contrato de gestión	Calendario de ejecución:
3.5.1. Asegurar la existencia de canales de participación reales, revisando y modificando, el funcionamiento de los órganos de participación, e incorporando las TIC para establecer vías que faciliten la transparencia y la inmediatez.	N1 – N2	Todas las direcciones generales y todos los organismos públicos.	Sí	4º trimestre de 2014.

Acción	Nivel de responsabilidad:	Unidad de planificación:	Contrato de gestión	Calendario de ejecución:
3.5.2. Revisar y ajustar la misión y el funcionamiento de los órganos de participación, potenciando el trabajo interno a través de grupos de trabajo o comisiones operativas, y adecuar las estructuras existentes.	N1 – N2	Direcciones generales y organismos públicos que coordinen órganos de participación previstos en la normativa vigente.	Sí	2º semestre de 2013. (Inicio de acción)
3.5.3. Contemplar las nuevas formas de participación que están emergiendo entre la ciudadanía, especialmente las redes sociales, como instrumentos a tener en cuenta a la hora de vehicular la participación.	N2	Todas las direcciones generales y todos los organismos públicos.	Sí	2º semestre de 2013, y año 2014.

Acción	Nivel de responsabilidad:	Unidad de planificación:	Contrato de gestión	Calendario de ejecución:
3.5.4. Asegurar la presencia de grupos de usuarios o asociaciones ciudadanas en los procesos de elaboración de planes y programas que tengan una repercusión directa entre la ciudadanía, teniendo en cuenta su experiencia, sus necesidades y sus expectativas.	N2 – N3	Organismos públicos, centros y servicios con capacidad de planificación estratégica u operativa de planes y programas destinados a la ciudadanía. Especialmente SALUD e IASS.	Sí	2º semestre de 2013, y año 2014.
3.5.5. Diseñar un programa de reconocimiento y apoyo a las iniciativas de participación para fortalecer la relación con las entidades.	N2 – N3	DGCAU coordinando a las direcciones generales y organismos públicos implicados, especialmente SALUD e IASS.	No	2º semestre de 2013.

Indicadores de evaluación:

1. Número de reuniones de grupos de trabajo o comisiones operativas dependientes de los órganos de participación celebradas anualmente, en relación con los objetivos recogidos en sus reglamentos de funcionamiento interno.
2. Número de propuestas recogidas y desarrolladas en los órganos de participación.
3. Porcentaje de planes y programas en los que ha existido participación de los ciudadanos en su elaboración en relación con el total de planes y programas diseñados en cada organización anualmente.
4. Existencia del programa de reconocimiento y apoyo a las iniciativas de participación de las entidades ciudadanas.

Objetivo 3.6.

Conocer las necesidades, percepción, opinión y expectativas de los ciudadanos, utilizando los resultados para instaurar medidas de mejora.

Acción	Nivel de responsabilidad:	Unidad de planificación:	Contrato de gestión	Calendario de ejecución:
3.6.1. Desarrollar un sistema de información de recogida de necesidades, percepción, opinión y expectativas de los ciudadanos y usuarios.	N2	DGCAU, así como las direcciones y organismos públicos implicados en la atención al ciudadano, especialmente SALUD e IASS.	No	2º semestre de 2013.
3.6.2. Desarrollar un sistema de información de recogida de necesidades, opinión y expectativas de la ciudadanía a través de los órganos de participación.	N2	DGCAU, así como las direcciones y organismos públicos implicados en la coordinación de órganos de participación.	Sí	2º semestre de 2013.
3.6.3. Implantar al menos dos acciones correctoras en cada organización relacionadas con los análisis anteriores, e integradas en los objetivos de cada contrato de gestión, debiendo hacer públicos los resultados.	N1- N2 – N3	Todos los órganos y organismos públicos con responsabilidad en la atención a los ciudadanos, especialmente SALUD e IASS.	Sí	Año 2014.

Indicadores de evaluación:

1. Existe un sistema de información de recogida de necesidades, percepción, opinión y expectativas de los ciudadanos y usuarios (Sí / No).
2. Existe un sistema de información de recogida de necesidades, opinión y expectativas de la ciudadanía a través de los órganos de participación (Sí / No).
3. Existe un informe anual que incluye el desarrollo de las acciones correctoras implantadas (Sí / No).

Línea estratégica 4 – Atención integral**Objetivo 4.1.**

Mejorar la coordinación y la continuidad en la atención de los servicios sanitarios y sociales.

Acción	Nivel de responsabilidad:	Unidad de planificación:	Contrato de gestión	Calendario de ejecución:
4.1.1. Identificar los procesos transversales en las diferentes organizaciones que implique la atención a los usuarios. Esta acción está relacionada con la acción 2.2.5, de la Línea 2 – Gestión, procesos y sostenibilidad.	N2 – N3	DGCAU constituirá un grupo de trabajo, para la identificación de los procesos. Participarán todos los órganos y organismos públicos en la planificación y provisión de servicios, especialmente SALUD e IASS.	No.	2º semestre de 2013.
4.1.2. Definir los criterios de coordinación entre los distintos niveles asistenciales y otros sistemas de atención.	N1 – N2.	DGCAU junto con el grupo de trabajo previsto en la acción 4.1.1.	No.	Año 2013.

Acción	Nivel de responsabilidad:	Unidad de planificación:	Contrato de gestión	Calendario de ejecución:
4.1.3. Describir los procesos de atención sanitaria y social, priorizando al menos dos. Incluirá: la responsabilidad de cada nivel de atención, los criterios de transferencia del usuario entre niveles, la información y documentación necesarias y transmisibles.	N1 – N2.	DGCAU junto con el grupo de trabajo previsto en la acción 4.1.1.	No	Año 2013.
4.1.4. Identificar los órganos de coordinación existentes en el Departamento, sus funciones, funcionamiento y efectividad.	N1 - N2	DGCAU junto con el grupo de trabajo previsto en la acción 4.1.1.	No	Año 2013.

Indicadores de evaluación:

1. Evaluación interna del grupo en la consecución de los objetivos marcados en su constitución y trabajo.
2. Número de procesos definidos de atención sanitaria y social que contemplen criterios de coordinación y continuidad en la atención.
3. Los dos procesos de atención priorizados se han incluido en el plan de comunicación interna de la organización (Sí / No).

Objetivo 4.2.

Diseñar estrategias conjuntas de intervención sobre los problemas de atención más relevantes.

Acción	Nivel de responsabilidad:	Unidad de planificación:	Contrato de gestión	Calendario de ejecución:
4.2.1. Elaborar, difundir e implantar la Estrategia de Cronicidad, como estrategia prioritaria del Departamento. Incluirá los criterios de coordinación definidos en las acciones del objetivo 4.1, las fases de implantación, la difusión de la misma, la participación de los usuarios.	N2 – N3	DGPA y organismos públicos proveedores de servicios SALUD e IASS.	Sí	2º semestre de 2013 (comienzo de la elaboración y la estrategia).

Acción	Nivel de responsabilidad:	Unidad de planificación:	Contrato de gestión	Calendario de ejecución:
<p>4.2.2. Elaborar de forma conjunta protocolos y guías de atención social y de práctica clínica.</p> <p>Incluirá:</p> <p>Identificación de las situaciones de riesgo y priorización de al menos dos anualmente</p> <p>Elaboración de dos protocolos conjuntos con criterios de coordinación entre distintos sistemas de atención al usuario.</p>	N2	Organismos públicos proveedores de servicios SALUD e IASS, con la coordinación del IACS.	Sí	1º trimestre de 2014.

Indicadores de evaluación:

1. Se ha elaborado la estrategia de cronicidad (Sí / No).
2. Se han planificado y ejecutado estrategias de comunicación y difusión de la misma (Sí / No).
3. Se recogen las fases de implantación en los contratos de gestión de 2014 (Sí / No).
4. Número de protocolos/guías de práctica clínica y atención social conjuntos elaborados e implantados.

Objetivo 4.3.

Implantar una estrategia de seguridad en la atención sanitaria y social.

Requisitos y criterios de calidad:

- Se parte de la situación de que se comunica la intención del Servicio Aragonés de Salud de evaluar su estrategia de seguridad. El informe de esta evaluación establecerá criterios sobre los que basar la extensión de la estrategia a toda la organización.

Acción	Nivel de responsabilidad:	Unidad de planificación:	Contrato de gestión	Calendario de ejecución:
4.3.1. Revisar y evaluar la estrategia de seguridad en la atención sanitaria.	N2	SALUD.	No	1º semestre de 2013.
4.3.2. Extender la estrategia de seguridad al resto de la atención sanitaria y social dependiente del Departamento.	N2	DGPA, SALUD, CASDAR e IASS.	Sí	1º trimestre de 2014.

Acción	Nivel de responsabilidad:	Unidad de planificación:	Contrato de gestión	Calendario de ejecución:
<p>4.3.3. Desarrollar anualmente al menos tres acciones de mejora en materia de seguridad, siendo dos de ellas determinadas por la estrategia común del Departamento.</p> <p>Las tres acciones priorizadas para el año 2014 serán:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificación inequívoca de usuarios. - Contención mecánica. - Transferencia de personas mayores o vulnerables a los servicios de urgencias. 	N2 – N3	DGPA, SALUD, CASDAR e IASS.	Sí	Año 2014.

Indicadores de evaluación:

1. Se ha evaluado la estrategia de seguridad del Servicio Aragonés de Salud (Sí / No).
2. Se ha diseñado la estrategia de seguridad para el año 2014 (Sí / No).
3. Se han determinado las acciones de mejora para el año 2014 (Sí / No).

Línea estratégica 5 – Basado en los profesionales**Objetivo 5.1.**

Impulsar el desarrollo de los profesionales avanzando en un modelo de gestión de recursos humanos innovador en el Departamento.

Requisitos y criterios de calidad:

- La gestión de los recursos humanos en las administraciones públicas viene determinada por las directrices que marca el Departamento de Hacienda y Administración Pública, a través de la Dirección General de Función Pública y Calidad de los servicios. En ese marco es en el que se pueden englobar las siguientes acciones, o en el que se pueden situar las colaboraciones del Departamento en innovación en gestión de recursos humanos en coordinación con los anteriores. Puesto que las acciones que se pueden llevar a cabo deben estar subordinadas en muchas ocasiones a las directrices mencionadas, el calendario de ejecución se considera orientativo. Se mantiene en este documento por emanar de los grupos de trabajo del Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia como expresión de una voluntad de innovación y mejora.

Acción	Nivel de responsabilidad:	Unidad de planificación:	Contrato de gestión	Calendario de ejecución:
5.1.1. Constituir un grupo de trabajo para la innovación en la gestión de los recursos humanos.	N1 – N2	SGT coordinando a las unidades con responsabilidad en gestión de recursos humanos de los organismos públicos, especialmente SALUD e IASS.	No.	1º trimestre de 2014.
5.1.2. Elaborar un catálogo de puestos de trabajo con definición de las competencias profesionales.	N1 – N2.	SGT y las unidades responsables de gestión de recursos humanos de los organismos públicos, especialmente SALUD e IASS. Participa el grupo previsto en la acción 5.1.1.	No.	1º / 2º trimestre de 2014.

Acción	Nivel de responsabilidad:	Unidad de planificación:	Contrato de gestión	Calendario de ejecución:
5.1.3. Realizar dos experiencias piloto en el Departamento y en algún organismo público de evaluación del desempeño, evaluando y seleccionando los indicadores relevantes.	N2 – N3	SGT, junto con la unidad responsable de recursos humanos del organismo público, SALUD e IASS, y los centros que se sumen a las experiencias pilotos. Participa el grupo previsto en la acción 5.1.1.	No	1º trimestre de 2014.
5.1.4. Revisar los modelos de carrera profesional como herramientas para la promoción y reconocimiento de los trabajadores de la organización.	N1 - N2	SGT, junto con el grupo de trabajo previsto en la acción 5.1.1.	No	1º trimestre de 2014.
5.1.5. Diseñar e implementar un plan de acogida en cada organización del Departamento dirigido a los nuevos profesionales.	N2 – N3	Responsables de recursos humanos y responsables funcionales de todos los organismos públicos, centros y servicios de todo el Departamento.	Sí.	4º trimestre de 2013.

Indicadores de evaluación:

1. Existe el acta de constitución del grupo de trabajo en innovación de la gestión de recursos humanos (Sí / No).
2. Existe un catálogo de puestos de trabajo con competencias profesionales definidas (Sí / No).
3. Existe un documento de planificación de las experiencias piloto definidas (Sí / No).
[En el plazo previsto comenzarán las experiencias, al finalizar las mismas deberán ser públicos los informes con las conclusiones de las mismas]
4. Existe un documento de revisión de los modelos de carrera profesional (Sí / No).
5. Porcentaje de planes de acogida elaborados en relación al número de organismos públicos y centros censados como unidades de contratación de personal.

Objetivo 5.2.

Desarrollar la gestión del conocimiento atendiendo las necesidades de los profesionales y de la organización, propiciando los procesos de innovación.

Acción	Nivel de responsabilidad:	Unidad de planificación:	Contrato de gestión	Calendario de ejecución:
5.2.1. Desarrollar planes de formación adecuados al cumplimiento de los objetivos y necesidades de los puestos de trabajo, avanzando en la acreditación de la formación para todos los profesionales.	N1 – N2	Todas las direcciones generales y organismos públicos, cada uno de los cuales desarrollará sus necesidades de formación.	Sí	4º trimestre de cada año.

Acción	Nivel de responsabilidad:	Unidad de planificación:	Contrato de gestión	Calendario de ejecución:
<p>5.2.2. Implantar proyectos de formación interna entre profesionales, potenciando el trabajo en red, y combinando la diversificación y la especificidad para mejorar la gestión del conocimiento, teniendo en cuenta diferentes experiencias ya existentes como FOCUSS o “empleados hacia empleados”.</p> <p>Incluirá:</p> <p>Definición de lo que se considera actuación innovadora de formación.</p>	N2 – N3	SGT, en coordinación con el IAAP y el IACS, y los organismos públicos del Departamento SALUD e IASS.	Sí	4º trimestre de 2014.

Indicadores de evaluación:

1. Porcentaje de organizaciones del Departamento que tienen un plan de formación para sus empleados al principio de cada año.
2. Porcentaje de proyectos de formación considerados como innovadores en relación con el total de proyectos de formación realizados.
3. Número de acciones formativas por organización. Totales y en acciones consideradas como innovadoras.
4. Número de horas por acción formativa por empleado. Totales y en acciones consideradas como innovadoras.
5. Número de participantes en acciones formativas por organización. Totales y en acciones consideradas como innovadoras.

Objetivo 5.3.

Promover la participación y la corresponsabilidad de los empleados del Departamento.

Acción	Nivel de responsabilidad:	Unidad de planificación:	Contrato de gestión	Calendario de ejecución:
5.3.1. Establecer un programa de quejas y sugerencias para todos los empleados públicos del Departamento y organismos públicos adscritos a él. Incluirá el retorno de la información a los empleados.	N1 – N2	SGT, junto con las unidades de gestión de recursos humanos de los organismos públicos.	Sí	4º trimestre de 2014.
5.3.2. Promover la acción de grupos de mejora mantenidos en el tiempo para favorecer el cumplimiento de los objetivos de la organización. Anualmente se identificarán tres áreas de mejora.	N2 – N3	SGT junto con las unidades responsables de gestión de recursos humanos de los organismos públicos.	Sí.	Año 2014, y siguientes.

Acción	Nivel de responsabilidad:	Unidad de planificación:	Contrato de gestión	Calendario de ejecución:
5.3.3. Elaborar y divulgar un código de buenas prácticas con el objeto de potenciar la motivación de los profesionales y extender la cultura de la calidad en el Departamento.	N2 – N3	DGCAU	No	Año 2014.

Indicadores de evaluación:

1. Existe un programa de quejas y sugerencias para los empleados públicos del Departamento (Sí / No).
2. Número de quejas y sugerencias por organización, y por tipo.
3. Número de grupos de mejora constituidos orientados a las áreas prioritarias.
4. Existe un código de buenas prácticas para los empleados públicos (Sí / No).
5. Número de acciones divulgativas del código de buenas prácticas por tipo.

Objetivo 5.4.

Propiciar climas saludables con mayor seguridad, confort y rendimiento, y políticas de igualdad que incluyan la perspectiva de género

Requisitos y criterios de calidad:

- Las actuaciones de este objetivo tienen un carácter proactivo por lo que el requisito de partida son los compromisos derivados de la normativa en vigor en la Administración de la Comunidad Autónoma de Aragón en estas materias.
- Al igual que en el objetivo 5.1. valen las consideraciones relacionadas al liderazgo del Departamento con competencia en materia de función pública.

Acción	Nivel de responsabilidad:	Unidad de planificación:	Contrato de gestión	Calendario de ejecución:
5.4.1. Realizar la planificación de la actividad preventiva en el medio laboral en la que se contemplen además actuaciones proactivas en materia de prevención de riesgos laborales.	N1 – N2	SGT junto con las unidades responsables de gestión de recursos humanos de los organismos públicos.	No	Año 2014.
5.4.2. Realizar un análisis del impacto de las diferentes medidas en materia de igualdad y perspectiva de género, y de clima laboral	N1 – N2	IAM, en alianza con la SGT y en coordinación con la DGFPSCS.	No	Año 2014.

Acción	Nivel de responsabilidad:	Unidad de planificación:	Contrato de gestión	Calendario de ejecución:
5.4.3. Realizar un estudio de los problemas derivados de las adaptaciones y cambios de puestos de trabajo por organización implicada.	N2 – N3	SGT junto con las unidades responsables de gestión de recursos humanos de los organismos públicos.	Sí	Año 2014.

Indicadores de evaluación:

1. Existe un programa documento de planificación en materia de prevención de riesgos (Sí / No).
2. Existen documentos de análisis de impacto de medidas de igualdad y perspectiva de género, y de clima laboral (Sí / No).
3. Existe un estudio de los problemas de las adaptaciones y cambios de puestos de trabajo en cada organización implicada (Sí / No).

Objetivo 5.5.

Intensificar las políticas de conciliación de la vida personal, familiar y laboral, evaluando la situación actual en esa materia, y elaborando propuestas y medidas de mejora.

Requisitos y criterios de calidad:

- Al igual que en el objetivo 5.1. valen las consideraciones relacionadas al liderazgo del Departamento con competencia en materia de función pública.

Acción	Nivel de responsabilidad:	Unidad de planificación:	Contrato de gestión	Calendario de ejecución:
5.5.1. Implantar medidas de conciliación de la vida personal, familiar y laboral a partir de un estudio basado en la opinión de los profesionales.	N1 – N2	DG de Familia y SGT junto con las unidades responsables de gestión de recursos humanos de los organismos públicos, y en coordinación con la DGFPSCS.	No.	3º / 4º trimestre de 2013.
5.5.2. Identificar los puestos de trabajo susceptibles de acogerse a la modalidad de teletrabajo y realizar un pilotaje de su implantación.	N1 – N2.	SGT junto con las unidades responsables de gestión de recursos humanos de los organismos públicos, y en coordinación con la DGFPSCS.	No.	3º / 4º trimestre de 2013.

Acción	Nivel de responsabilidad:	Unidad de planificación:	Contrato de gestión	Calendario de ejecución:
5.5.3. Evaluar la implantación de acciones de conciliación, flexibilización y racionalización de horarios, siguiendo las recomendaciones del calendario de la Asociación para la racionalización de los horarios en España (ARHOE).	N1 – N2.	DG de Familia y SGT	No	1º / 2º trimestres de 2014.
5.5.4. Implantar medidas encaminadas a conseguir la certificación del Departamento como Empresa Familiarmente Responsable.	N1 - N2	DG de Familia y SGT.	No	Año 2014.

Indicadores de evaluación:

1. Existe el informe de evaluación del Plan Concilia (Sí / No).
2. Existe un documento de planificación de la experiencia piloto sobre teletrabajo (Sí / No).

[En el plazo previsto comenzarán la experiencia, al finalizar la misma deberán ser públicos los informes con las conclusiones]

3. Existe un informe de implantación de medidas de conciliación, flexibilización y racionalización de horarios (Sí / No).
4. Se ha obtenido la Certificación de Empresa Familiarmente Responsable (Sí / No).

Línea estratégica 6 – Responsabilidad Social Corporativa**Objetivo 6.1.**

Incluir el concepto de Responsabilidad Social como concepto inherente a la calidad de nuestra organización, por lo que debe formar parte de la definición de misión, visión y valores de todas las organizaciones dependientes del Departamento.

Acción	Nivel de responsabilidad:	Unidad de planificación:	Contrato de gestión	Calendario de ejecución:
6.1.1. Recopilar y analizar el marco legal existente en materia de Responsabilidad Social.	N1	SGT y DGCAU.	No.	2º / 3º trimestre de 2013.
6.1.2. Evaluar las posibilidades de implantación de acciones de Responsabilidad Social Corporativa, realizando las acciones y propuestas de mejora prioritarias y difundiendo la información entre los profesionales de la organización.	N1 – N2	SGT, junto con los responsables del plan de comunicación interna de cada organización del Departamento, especialmente SALUD e IASS.	No.	4º trimestre de 2013.

Acción	Nivel de responsabilidad:	Unidad de planificación:	Contrato de gestión	Calendario de ejecución:
6.1.4. Informar a todas las organizaciones del Departamento de la obligación de incluir el concepto de Responsabilidad Social en sus planes estratégicos y de gestión	N1 - N2	SGT	No	3º trimestre de 2013.
6.1.5. Iniciar un contacto con la DGFPSC para incorporar en este Plan de Calidad las políticas generales del Gobierno de Aragón en relación a la Responsabilidad Social Corporativa, estableciendo una alianza para la coordinación de las acciones a llevar a cabo.	N1	DGCAU	No	1º semestre de 2013.

Acción	Nivel de responsabilidad:	Unidad de planificación:	Contrato de gestión	Calendario de ejecución:
<p>6.1.6. Desarrollar los objetivos relacionados con la responsabilidad social y las acciones derivadas en cada uno de los planes de gestión de las organizaciones del Departamento.</p> <p>Incluye: compromisos sociales, de transparencia, medioambientales, de anticorrupción, de conciliación de vida familiar, donaciones, etcétera.</p>	N2	SGT, coordinando al conjunto de direcciones generales y organismos públicos que tengan plan de gestión.	Sí	1º semestre de 2013.

Indicadores de evaluación:

Año 2013:

1. Porcentaje de organizaciones del Departamento en los que consta un reconocimiento explícito de Responsabilidad Social en su definición de misión, visión y valores.
2. Porcentaje de profesionales informados de los compromisos de responsabilidad social corporativa.
3. Existe un documento que define el marco, el alcance y las acciones relacionadas con la alianza entre la SGT y la DGFPSC (Sí / No).

Año 2014:

4. Existe un documento recopilatorio del análisis y propuestas de mejora del marco legal en materia de responsabilidad social.
5. Porcentaje de planes de gestión que incluyen objetivos y actividades relacionados con la responsabilidad social. Cada organización deberá evaluar el alcance de los objetivos y actividades incluidos en los planes de gestión.

Objetivo 6.2.

Asegurar que el Departamento cumple los aspectos de responsabilidad social relacionados con sus proveedores y los servicios y suministros que le proveen.

Acción	Nivel de responsabilidad:	Unidad de planificación:	Contrato de gestión	Calendario de ejecución:
6.2.1. Identificar, tras el análisis del marco legal (actividades 6.1.1, y 6.1.3.) cuales son los requisitos más adecuados, incorporándose la exigencia de los mismos en los pliegos de contratación publica convocados por los órganos del Departamento y por los organismos públicos a él adscritos.	N1	SGT, así como las unidades gestoras de compras y adquisiciones de los organismos públicos, especialmente SALUD e IASS.	No.	1º trimestre de 2014.

Acción	Nivel de responsabilidad:	Unidad de planificación:	Contrato de gestión	Calendario de ejecución:
<p>6.2.2. Exigir y solicitar a las empresas contratadas la acreditación de sus compromisos sociales y medioambientales como condición en sus cláusulas de especial ejecución, a través de la solicitud de los sellos de contenido social que se determinen y la solicitud del cumplimiento de compromisos medioambientales.</p> <p>Incluye: alguno de los siguientes compromisos o similares: ISO 26000, EFR, SA8000, SG21, con verificación de memorias de sostenibilidad, evaluación de responsabilidad corporativa o <i>rating</i> de sostenibilidad, perfil de integridad corporativa, certificaciones como Empresa Familiarmente Responsable.</p>	N1 – N2	SGT, así como las unidades gestoras de compras y adquisiciones de los organismos públicos, especialmente SALUD e IASS.	Sí	3º / 4º trimestre de 2014.

Indicadores de evaluación:

1. Porcentaje de pliegos del Departamento en los que se incluyen los requisitos definidos en 6.2.1.
2. Porcentaje de adjudicaciones en los que se cumplen los requisitos definidos en 6.2.1.
3. Porcentaje de contratos adjudicados que cumplen los criterios de 6.2.2.

Objetivo 6.3.

Integrar el concepto de Transparencia en la cultura del Departamento como uno de los valores fundamentales, entendida como un valor ético relacionado con el derecho y el acceso a la información, y la rendición de cuentas.

Acción	Nivel de responsabilidad:	Unidad de planificación:	Contrato de gestión	Calendario de ejecución:
6.3.1. Evaluar para todas las organizaciones del Departamento, de forma preliminar al desarrollo del plan de transparencia del objetivo 6.5.2, la existencia de memorias del año 2012 y el alcance de su difusión.	N2	SGT, coordinando los responsables designados de todas las direcciones generales y organismos públicos.	No.	2º semestre de 2013.
6.3.2. Definir los requisitos y contenidos que deben contemplar los planes de comunicación interna y externa de las organizaciones para cumplir los criterios básicos de transparencia.	N1 – N2	DGCAU, coordinando los responsables de los planes de comunicación de todas las direcciones generales y organismos públicos.	No	2º semestre de 2013.

Indicadores de evaluación:

1. Porcentaje de organizaciones del Departamento cuyas memorias anuales están difundidas y accesibles al ciudadano.
2. Existe el documento que define los requisitos de los planes de comunicación (Sí / No). Incluido en los objetivos 1.3. y 1.4.

Objetivo 6.4.

Definir y aplicar con qué prácticas y herramientas explícitas la organización prevendrá las malas prácticas y la corrupción.

Acción	Nivel de responsabilidad:	Unidad de planificación:	Contrato de gestión	Calendario de ejecución:
6.4.1. Definir y divulgar un código de buenas practicas para los mandos y trabajadores de la empresa. Incluye: se explicitará la importancia de la contención de las malas prácticas y la corrupción, el plan de difusión y la evaluación de esta acción.	N1 – N2	SGT y DGCAU, coordinando los responsables designados de todas las direcciones generales y organismos públicos.	No.	1º semestre de 2014.
6.4.2. Evaluar anualmente el arraigo del código buenas prácticas en la organización.	N1 – N2	SGT y DGCAU, coordinando los responsables designados de todas las direcciones generales y organismos públicos.	No	1º semestre de 2014 (anualmente).

Indicadores de evaluación:

1. Evaluación del cumplimiento según los indicadores propuestos en el documento descrito en la acción 6.4.1.
2. Una vez definido el marco de la acción 6.4.2., poner en marcha los indicadores de cumplimiento diseñados en el plan.

Objetivo 6.5.

Facilitar la accesibilidad tanto física como sensorial en todos los servicios ofertados por el Departamento.

Acción	Nivel de responsabilidad:	Unidad de planificación:	Contrato de gestión	Calendario de ejecución:
6.5.1. Evaluar la accesibilidad a todos y cada uno de los centros con atención al público. Incluye: Se acordarán los criterios mínimos de accesibilidad y se realizará la valoración de la situación de los centros en colaboración con la mesa de la discapacidad. Cada centro se responsabilizará de su propia autoevaluación	N2 – N3	DGCAU, coordinando al resto de las direcciones generales y organismos públicos, especialmente los grandes proveedores de servicios, SALUD e IASS.	Sí	1º semestre de 2014.
6.5.2. Desarrollar un plan de mejora en cada organización para conseguir una mayor accesibilidad física y sensorial a los centros y servicios.	N2	DGCAU, coordinando al resto de las direcciones generales y organismos públicos, especialmente los grandes proveedores de servicios, SALUD e IASS.	Sí	2º semestre de 2014.

Indicadores de evaluación:

1. Proporción de centros con atención al público con planes de mejora basados en el análisis previo.

Objetivo 6.6.

Promocionar y facilitar la cooperación y el voluntariado en la organización, así como la colaboración habitual con las ONG y asociaciones ciudadanas.

Acción	Nivel de responsabilidad:	Unidad de planificación:	Contrato de gestión	Calendario de ejecución:
6.6.1. Diseñar un Plan de Voluntariado del Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia con el objeto de estimular la participación del voluntariado en nuestra organización. Incluye: recopilación de la normativa, el análisis de situación, las necesidades de voluntariado de cada organización y el desarrollo de la regulación que facilita la participación de ciudadanos.	N2	DGCAU, coordinando al resto de las direcciones generales y organismos públicos. Los grandes proveedores de servicios, SALUD e IASS, realizarán expresamente un análisis de su oferta para el voluntariado.	No	2º semestre de 2013
6.6.2. Revisar y establecer procedimientos simplificados para la donación de materiales y objetos sin uso a las ONG, de acuerdo con la normativa aplicable.	N2	SGT, y responsables de gestión económica y administrativa de los organismos públicos.	No	2º semestre de 2013.

Acción	Nivel de responsabilidad:	Unidad de planificación:	Contrato de gestión	Calendario de ejecución:
6.6.3. Establecer cauces de comunicación con las ONG para establecer sinergias en coherencia con el objetivo 3.5.	N1	DGCAU.	No	2º semestre de 2013.

Indicadores de evaluación:

1. Existencia del documento que recoja el plan del voluntariado (Sí / No).
2. Existencia de procedimiento revisado y simplificado para la donación de material (Sí / No).

Objetivo 6.7.

Establecer medidas de responsabilidad medioambiental en la actividad cotidiana de todas las direcciones generales y organismos públicos.

Se propone expresamente el compromiso con la eficiencia energética, el consumo de agua y las actividades de reciclado.

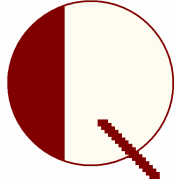
Requisito y criterios de calidad:

- Se considera criterio de calidad de esta actividad la adhesión al Compromiso Voluntario de Reducción de Emisiones.

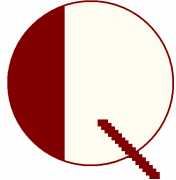
Acción	Nivel de responsabilidad:	Unidad de planificación:	Contrato de gestión	Calendario de ejecución:
6.7.1. Establecer una alianza de coordinación y cooperación con el departamento competente en materia de medio ambiente para incorporar en este Plan de Calidad las políticas generales del Gobierno de Aragón en este ámbito.	N1	DGSP	No	2º semestre de 2013

Indicadores de evaluación:

1. Existencia del documento que avale la existencia de la alianza indicada (Sí / No).



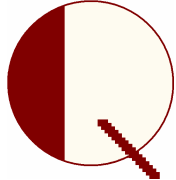
PREVISIÓN DE RECURSOS



El Plan de Calidad del Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia se remite para su aprobación acompañado de la correspondiente memoria económica. En el cuadro que se expone a continuación, se resumen las previsiones que cada una de las direcciones generales y organismos públicos adscritos al Departamento hacen de sus presupuestos ya aprobados para el desarrollo del Plan de Calidad.

PREVISIÓN DE GASTOS DEL PRESUPUESTO DEL EJERCICIO 2013 PARA EL PLAN DE CALIDAD DEL DEPARTAMENTO DE SANIDAD, BIENESTAR SOCIAL Y FAMILIA				
Dirección General / Organismo	Capítulo I	Capítulo II	Capítulo VI	Totales
Secretaría General Técnica	150.100 €	2.000 €		152.100 €
DG Calidad y Atención al Usuario	383.431 €	228.191 €	1.200 €	612.822 €
DG Consumo	4.419 €	900 €		5.319 €
DG Familia	2.986 €	1.000 €		3.986 €
DG Planificación y Aseguramiento	26.213 €			26.213 €
DG Salud Pública	10.467 €	25.093 €	16.000 €	51.560 €
Instituto Aragonés de la Juventud	21.500 €	10.000 €		31.500 €
Instituto Aragonés de la Mujer	26.338 €	7.070 €		33.408 €
Instituto Aragonés de Servicios Sociales	599.174 €	26.570 €	50.000 €	675.744 €
Banco de Sangre y Tejidos de Aragón	33.411 €	37.301 €		70.712 €
Consortio Aragonés Sanitario de Alta Resolución	4.219 €	1.900 €		6.119 €
Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud	27.855 €	5.014 €		32.869 €
Servicio Aragonés de Salud	678.837 €	58.400 €		737.237 €
DG Bienestar Social y Dependencia	NA	NA	NA	
TOTAL	1.968.950 €	403.439 €	67.200 €	2.439.589 €

NA: No apropiado; esta dirección general se encuentra en proceso de reestructuración e integración en otras direcciones generales u organismos públicos.



Se sigue por tanto la ordenación ordinaria de las partidas por Capítulos. Es decir:

Capítulo I: Gastos de Personal. Se hace referencia al presupuesto de gasto de las personas que con dedicación, tanto completa como parcial, van a ocuparse de implementar el Plan de Calidad realizando, entre otras, tareas de formación, coordinación, revisión de procesos y elaboración de informes.

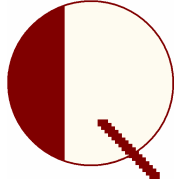
Capítulo II: Gastos en Bienes Corrientes y Servicios. Comprende materiales, formación, así como costes de certificación en sistemas de calidad.

Capítulo VI: Inversiones. Forman parte de este apartado los gastos imputables a procesos de implantación de sistemas de información y a gastos de proyectos de investigación.

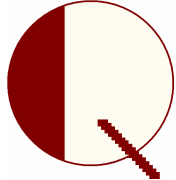
Cada dirección general y organismo público ha aportado con esa directriz el presupuesto que va a dedicar al Plan de Calidad con carácter anual, tomando como referencia el año 2013.

La tabla recoge la totalidad del presupuesto por Capítulos de gastos de las distintas organizaciones del Departamento.

El plan cuenta con un presupuesto anual de 2.339.589 euros de los que 1.868.950 corresponden al Capítulo de Personal, 403.439 a Gastos en Bienes Servicios, y 67.200 a inversiones.

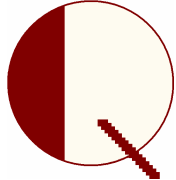


COLABORACIONES Y AGRADECIMIENTOS



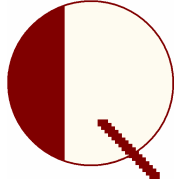
Participantes en los grupos de trabajo

- José Antonio Amigot Lázaro
- Iván Andrés Martínez
- Virginia Aznar Rico
- Belén Babiano Castellanos
- Lorenzo Bergua Salas
- Florencia Falo Sevil
- Mercedes Febrel Bordejé
- Ángela García Alegre
- M^a Antonia García Orea
- Juan García Soriano
- Ana M^a. Gracia Merle
- Vicente Jasa Ardanaz
- Felipe Juanas Fernández
- Rafael Lapeña
- Mari Luz Lou Alcaine
- Eva Martinez Blasco
- Paloma Martínez Lasierra
- M^a Eugenia Martínez Ríos
- Ana Cristina Navarro Gonzalvo
- Mercedes Planas Pamplona
- Pilar Ramos Martín
- María Royo Cacho
- Marisa Salillas Cuen
- Carlos Seco de Guzmán
- Pilar Vaquero Valiente
- Ana Vecino Soler
- María Rico Coarasa



Entidades pertenecientes al Consejo de Salud de Aragón que han realizado aportaciones al plan de calidad

- DIPUTACIÓN PROVINCIAL - ZARAGOZA
- DIPUTACIÓN PROVINCIAL - HUESCA
- DIPUTACIÓN PROVINCIAL - TERUEL
- SOCIEDAD ARAGONESA DE ENDOCRINOLOGÍA Y DIABETES
- UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA
- FEDERACIÓN ARAGONESA DE MUNICIPIOS, COMARCAS Y PROVINCIAS
- GRUPO PARLAMENTARIO CHUNTA ARAGONESISTA
- GRUPO PARLAMENTARIO IZQUIERDA UNIDA
- GRUPO PARLAMENTARIO DEL PARTIDO ARAGONÉS
- GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR
- GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA
- COLEGIO OFICIAL DE DIPLOMADOS EN ENFERMERÍA DE ZARAGOZA
- COLEGIO OFICIAL DE FARMACÉUTICOS
- COLEGIO OFICIAL DE FISIOTERAPEUTAS DE ARAGÓN
- COLEGIO PROFESIONAL DE LOGOPEDAS DE ARAGÓN
- COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS
- COLEGIO OFICIAL DE ODONTÓLOGOS Y ESTOMATÓLOGOS DE ARAGÓN
- COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS DE ARAGÓN
- COLEGIO PROFESIONAL DE TERAPEUTAS OCUPACIONALES DE ARAGÓN
- COLEGIO PROFESIONAL DE TRABAJADORES SOCIALES DE ARAGÓN
- COLEGIO OFICIAL DE VETERINARIOS
- CC.OO. ARAGÓN
- UGT ARAGÓN. UNIÓN REGIONAL. SECRETARÍA DE POLÍTICA INSTITUCIONAL Y DIÁLOGO SOCIAL
- ALCER EBRO
- CEPYME ARAGÓN - CREA
- CONSEJO ARAGONÉS DE CONSUMIDORES Y USUARIOS
- FEDERACIÓN DE ASOCIACIONES DE BARRIOS DE HUESCA



- FEDERACIÓN DE ASOCIACIONES DE BARRIOS DE ZARAGOZA
- FEDERACIÓN PROVINCIAL DE ASOCIACIONES DE VECINOS SAN FERNANDO (TERUEL)

Otras entidades que han realizado aportaciones al plan de calidad

- SOCIEDAD ARAGONESA DE CALIDAD ASISTENCIAL
- CSI F
- SATSE
- CESM
- CGT
- SAE
- FASAMET
- COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS
- CONSEJO CONSUMIDORES Y USUARIOS DE ARAGÓN
- FEDERACIÓN ARAGONESA DE FAMILIARES DE ENFERMOS DE ALZHEIMER
- FEALES
- COCEMFE
- CERMI
- ASPANOA
- ASOCIACIÓN CELÍACA ARAGONESA
- FEAPS
- FORO ARAGONÉS DEL PACIENTE