

MEMORIA

09

Responsabilidad
Social
Corporativa

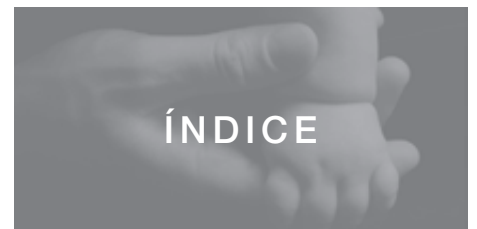


Galdakao
Usansolo

Ospitalea · Hospital



- 1** Estrategia y análisis [3]
- 2** Perfil de la organización [11]
- 3** Parámetros de la memoria [21]
- 4** Gobierno y compromisos de participación de los Grupos de Interés [25]
- 5** Enfoque de gestión e indicadores de desempeño [42]
- 6** Glosario [78]
- 7** Anexo I [81]
- 8** Anexo II: Compromiso del Hospital Galdakao-Usansolo con el Pacto Mundial [88]



1

Estrategia y análisis

**Galdakao
Usansolo**
Ospitalea·Hospital

Declaración del máximo responsable de la toma de decisiones de la organización (Director general, presidente o puesto equivalente) sobre la relevancia de la sostenibilidad para la organización y su estrategia

La Responsabilidad Social Corporativa (RSC) es la contribución activa y voluntaria de las empresas en las áreas social, económica y ambiental con el objetivo de mejorar su situación competitiva y su valor añadido.

Bajo este concepto de gestión se engloban un conjunto de prácticas, estrategias y sistemas de gestión empresariales que persiguen un nuevo equilibrio entre las dimensiones económica, social y ambiental.

La RSC tiene cada día más importancia en las organizaciones que desean demostrar una gestión integrada de todas las dimensiones que permiten crear un entorno razonadamente sostenible mediante la:

- Rentabilidad y sostenibilidad económica del negocio de la organización.
- Sostenibilidad medioambiental del entorno donde radica la organización.
- Sostenibilidad social, desde la generación de empleo hasta el fomento de valores sociales, en el entorno donde nos emplazamos.

Se puede decir que la RSC persigue como objetivo el equilibrio de estas tres grandes áreas de actuación, permitiendo trabajar en todas ellas sin detrimento de ninguna. La presente Memoria de Responsabilidad Social Corporativa recoge en un documento público los compromisos y actividades llevadas a cabo en este ámbito por el Hospital Galdakao-Usansolo, organización de servicios sanitarios integrada en la Red de Osakidetza y perteneciente a la red sanitaria pública vasca, durante el año 2009, también se recogen actividades incluidas en el actual Plan Estratégico 2005-2009 y algunas previas que sirven para conocer la trayectoria de nuestro Hospital en este ámbito.

Además se pretende rendir cuentas públicas a sus Grupos de Interés: clientes, personas del Hospital Galdakao-Usansolo, Sistema Sanitario, proveedores y sociedad. Esta Memoria ha sido elaborada siguiendo las recomendaciones de la Guía GRI versión 3.0 y tiene por alcance las actividades desarrolladas por el Hospital Galdakao-Usansolo.

Nuestra organización por sus características, centro sanitario y público, tiene desde sus orígenes una función social indiscutible; la mejora de salud de la población a la que da servicio es, sin duda, un aspecto básico en la sociedad actual y futura. No tenemos accionistas como tales, pero podríamos considerar accionistas de nuestro

Hospital a todos los ciudadanos residentes en la Comunidad Autónoma Vasca.

En sintonía con este hecho la RSC forma parte intrínseca de la Misión del Hospital que recoge:

“El Hospital Galdakao-Usansolo tiene por misión la prestación de asistencia sanitaria especializada para satisfacer las necesidades de salud de los ciudadanos de su área de referencia, con equidad, calidad y eficiencia. Para conseguirlo asumimos:

- *La consecución de los recursos necesarios para la prestación de dichos servicios.*
- *La atención a los ciudadanos de forma coordinada con Atención Primaria y el resto de la Red de Osakidetza.*
- *El desarrollo de la docencia e investigación en el ámbito sanitario que permita la mejora continua de la prestación del servicio.*
- *La satisfacción e integración de todas las personas que componen nuestra organización.*
- *El respeto por un impacto social y medioambiental positivo en la comunidad.”*

De igual manera una de las Líneas del Plan Estratégico 2005-2009 es el “Impacto social” que recoge *“el impacto social del Hospital, además de su impacto en la salud a través de su actividad asistencial y del natural impacto económico de toda la Organización, pasan por:*

- *Una adecuada gestión medioambiental que minimice el impacto de su actividad en la zona.*
- *Un alto nivel de contribución al conocimiento del sector sanitario, fruto de su liderazgo docente, en investigación y de una adecuada difusión/intercambio de buenas prácticas con otras organizaciones del sector.”*

Dentro de un planteamiento estratégico como éste no cabe otro camino que el cumplimiento estricto de los parámetros generalmente admitidos en el ámbito de la RSC.

El año 2009 ha estado marcado por la profunda crisis económica que ha sacudido a nuestro entorno y, de la cual, el Hospital no ha podido ser ajeno. Sin embargo, consideramos que esta crisis nos tiene que servir para poner en valor los conceptos en los que se soporta la RSC, puesto que es precisamente la conculcación de estos valores la que nos ha arrastrado, en gran medida, a la situación actual. Debe de ser una oportunidad para poner en marcha

una nueva manera de gestionar las organizaciones teniendo como principios la sostenibilidad económica, social y medioambiental. En esta línea, y para hacer frente a esta crisis, el Hospital diseñó, a finales del año 2009, un Plan de Racionalización que nos va a permitir ahorrar 994.716€ en el año 2010 ofertando a nuestros pacientes una asistencia de igual calidad.

Los objetivos, que nos marcamos para 2009 en materia de RSC han sido cumplidos. Por mencionar algunos de los que impactaban directamente en nuestros Grupos de Interés: hemos certificado el Hospital con la Norma ISO 14001, se ha sistematizado la realización de encuestas y reuniones con los Proveedores Claves para conocer sus necesidades, se han realizado sesiones de puertas abiertas con los principales Ayuntamientos de nuestro área de cobertura sanitaria para trasladarles nuestros objetivos, establecer canales de colaboración y mejorar la comunicación, el grado de conocimiento que tienen de nuestra actividad y mejorar los canales de comunicación entre nosotros, se ha impulsado la formación de nuestras personas (se ha incrementado un 31% el presupuesto de la

Comisión de Formación con respecto al año 2008). También se ha implantado el proyecto de compra sostenible (compra verde), la auditoría de eficiencia energética, y la adhesión al Pacto Mundial, entre otras acciones.

Igualmente están aprobados para el 2010/11, entre otros objetivos, la realización de un diagnóstico RSC en algunos servicios médicos, certificación de la cartera de servicios, realización de jornadas de puertas abiertas para los centros educativos de nuestro entorno de cara a su orientación profesional, el diseño de un modelo organizativo entre la Atención Primaria y Especializada, renovación del parque móvil de Hospitalización a Domicilio con vehículos híbridos, implantación de un proyecto de descentralización en la gestión con el objetivo de la sostenibilidad económica y la certificación OHSAS en Prevención de Riesgos Laborales. Estas iniciativas, y más, serán puestas en marcha a lo largo del año 2010.

Queremos, en definitiva, seguir contribuyendo, desde nuestra actividad y con nuestras capacidades, al desarrollo de un modelo de sociedad sostenible a largo plazo.

Santiago Rabanal Retolaza

Director Gerente

Descripción de los principales impactos, riesgos y oportunidades

El Plan de Salud establecido por el Departamento de Sanidad y Consumo es el referente estratégico que guía nuestra oferta de servicios. En este documento, actualmente vigente para el periodo 2002-2010, se establecen las estrategias que pretenden mejorar la salud de la población aumentando la duración de los años de vida saludable, mejorar la salud de las personas más desfavorecidas y disminuir las desigualdades sociales de salud. A partir del Plan de Salud, se definen los siguientes documentos en los que se basan nuestra actividad y nuestros objetivos:

- El Plan Estratégico 2008-2012 de Osakidetza y el Plan Estratégico del Departamento de Sanidad y Consumo, en el que se establecen las directrices básicas que todas sus organizaciones deben cumplir.
- El Contrato Programa. A través de él se priorizan las actuaciones en línea con el Plan de Salud vigente y se determinan los objetivos y metas a alcanzar. Este Contrato Programa representa actualmente el 80% de la actividad del Hospital y el 98,5% de su financiación. De duración anual, se compone de tres anexos: Cartera de Servicios, Financiación y Compromisos de Calidad.

Fig. 01. Diagrama de flujo de P&E



Fig. 02.

| Línea Estratégica | | Objetivo Estratégico | Grupo Interés | Objetivo 2009 | Resultado |
|--|-------|---|--|---------------------------|--|
| L.1 Mejora Continua | O/1.1 | Desarrollar el modelo de gestión del Hospital basado en EFQM | Todos | Evaluación EFQM >500 | 551-600 puntos |
| | O/1.2 | Implantación de nuevos sistemas/herramientas informáticas y mejora de las existentes | | | |
| | O/1.3 | Gestión por procesos y ampliación del alcance | | | |
| L.2 Servicio excelente a los usuarios | O/2.1 | Mejorar la percepción del paciente/usuario Información y comunicación | Cliente Sistema Sanitario | ISG >90% | Hospitalización 98,7% Urgencias 93,9% C. Externas 95,1% Cirugía Mayor Ambulatoria 99,4% |
| | O/2.2 | Mejorar la percepción del paciente/usuario trato | | | |
| | O/2.3 | Mejorar la percepción del paciente/usuario confort | | | |
| | O/2.4 | Calidad asistencial | | | |
| | O/2.5 | Mejorar la cobertura y accesibilidad de los pacientes | | | |
| | O/2.6 | Elementos tecnológicos adecuados | | | |
| L.3 Satisfacción e integración de las personas | O/3.1 | Mejorar la valoración de los factores personales que afectan a los empleados (= INTEGRACIÓN DEL PERSONAL) | Personas | ISG >4,42 | 5,16 (Año 2008) |
| | O/3.2 | Adecuación de las CONDICIONES DE TRABAJO | | | |
| L.4 Coordinación con el Sist. Sanitario | O/4.1 | Gestión de relaciones con Atención Especializada | Sistema Sanitario | Protocolos conjuntos >5 | 5 (Año 2008) |
| | O/4.2 | Gestión de relaciones con Atención Primaria | | | |
| L.5 Impacto Social | O/5.1 | Imagen social | Sociedad | ISG >7,5 | 8,12 sobre 10 |
| | O/5.2 | Positivo impacto medio ambiental | | | |
| L.6 Investigación y docencia | O/6.1 | Docencia: proporcionar la formación adecuada con niveles excelentes de calidad | Personas / Sociedad / Clientes / Sistema Sanitario | Superar Auditoría Docente | |
| | O/6.2 | Fomento de la investigación | | | |
| L.7 Equilibrio Económico | O/7.1 | Obtención de recursos necesarios | Sistema Sanitario / Sociedad / Clientes | Ver Fig. 38 Pág. 43 | |
| | O/7.2 | Eficiencia en el gasto | | | |
| | O/7.3 | Eficiencia operativa | | | |

Teniendo en cuenta estos documentos el HGU realizó el año 2005 su última Reflexión Estratégica fruto de la cual es el vigente Plan Estratégico 2005-2009 siguiendo el esquema que recoge la Fig. 01.

Para la realización del Plan Estratégico se tienen en cuenta las expectativas y necesidades de los Grupos de Interés. Asimismo, se evalúan los indicadores internos de rendimiento, las áreas de mejora detectadas en las evaluaciones EFQM y los planes y objetivos alcanzados. El Plan Estratégico en vigor marca una serie de Líneas Estratégicas que pretenden conseguir el incremento de la satisfacción de todas las personas del HGU, la mejora de nuestros servicios y la satisfacción de nuestros clientes en línea con el Plan Estratégico de Osakidetza 2008-2012 y el Plan Estratégico del Departamento de Sanidad y Consumo.

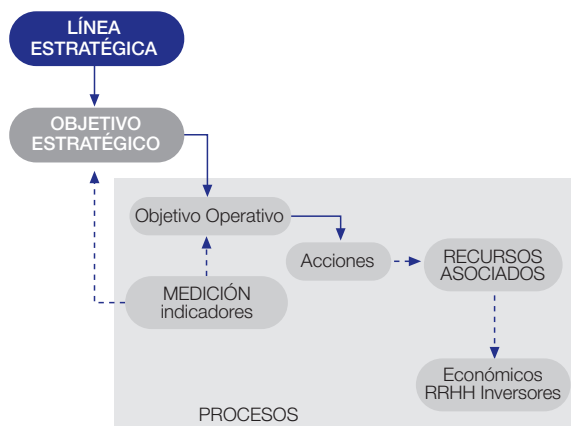
La metodología de elaboración del PE se inicia con la revisión de la Misión, Visión y Valores. Para ello nos aseguramos que esté en línea tanto con la Misión de Osakidetza como con la función que el Departamento de Sanidad y Consumo, establece para las Organizaciones Sanitarias.

La Reflexión Estratégica continúa con el análisis de la información relevante identificada para cada uno de los Grupos de Interés (Fig. 20 Pág. 23: Fuentes de información), llevándose a cabo una matriz DAFO. A partir de este análisis se identifican los riesgos que pueden tener una mayor incidencia en el Hospital y se identifican estrategias y acciones a desarrollar en el caso de que dichos riesgos se puedan producir.

Como resultado de esta Reflexión Estratégica se han identificado diez Líneas Estratégicas cada una de las cuales se despliega con una serie de Objetivos Estratégicos con sus indicadores de medición y las metas a alcanzar durante los años de vigencia del PE.

Posteriormente se elabora el Plan de Gestión Anual, donde se concretan los Objetivos Operativos a alcanzar, las acciones a desarrollar, los recursos asociados y los indicadores de seguimiento, posteriormente se despliega a toda la Organización. La Fig. 03 recoge el esquema de todo este proceso.

Fig. 03. Estructura y despliegue del PE



En el apartado 4.9 de esta Memoria se recogen los diversos mecanismos que tiene implantados el Hospital para supervisar el grado de cumplimiento de los Objetivos Estratégicos y los Planes de Gestión.

Plan de Gestión 2009

Anualmente nos planteamos diferentes objetivos que se incluyen en el plan de gestión anual. Algunos debido a su complejidad o características se desarrollan más allá del periodo anual en el que se inician, y otros se integran ya de una manera sistemática en nuestros Planes de gestión. A continuación presentamos el estado de los objetivos relacionados con la Responsabilidad Social Corporativa planteados para el 2009. La estructuración de los objetivos se ha realizado en base a los criterios del Modelo EFQM:

Liderazgo

- Finalización de la evaluación del Liderazgo, alcanzando al 100% de los líderes. **Objetivo realizado.**
- Realización conforme los resultados obtenidos por cada uno de los líderes en su evaluación, de un Plan individual de Liderazgo que recoge los resultados obtenidos en cada una de las 4 competencias que deben poseer los líderes, el objetivo a alcanzar en 2010 y el Plan de Formación que debe seguir para conseguirlo. **Objetivo realizado.**
- Evaluación 360° del Liderazgo en el Equipo Directivo utilizando la herramienta "Los 12 desafíos del Liderazgo". **Objetivo realizado.**
- Potenciación de la participación de los líderes en la Planificación y Gestión del Hospital: Realización de PGA por Servicio, impulso de la participación de los líderes en el Consejo Técnico y Consejo de Dirección, participación del Consejo Técnico en la definición del Plan de Inversiones 09, etc. **Objetivo cumplido.**

- Inclusión dentro del Plan de Formación del Hospital, de acciones para la formación de líderes. **Objetivo realizado.**
- Impulso de la participación de los líderes en el proceso de Evaluación Externa para la obtención de la Q de Oro. **Objetivo realizado.**
- Incorporación en el planing del Plan Estratégico 2010-2014 de la participación de al menos un 80% de los líderes su la realización. **Objetivo realizado.**

Política y Estrategia

- Puesta en marcha del Centro de Alta Resolución "Gernikaldea". **Objetivo no realizado. Prevista su puesta en marcha para el 2012.**
- Obtención de la Q Oro en la Evaluación Externa de Euskalit. **Objetivo realizado.**
- Ampliación del número de personas y estamentos que participan en el Consejo de Dirección y refuerzo del papel de este Consejo como equipo de reflexión para el nuevo Plan Estratégico 2010-2014. **Objetivo realizado.**
- Desarrollo de un Plan de Gestión de la Innovación para el HGU, alimentado de la Autoevaluación de Innovación de Euskalit. **Objetivo realizado.**
- Participación activa en iniciativas y foros de RSC, consolidando al HGU como referencia en su sector. **Objetivo realizado.**

Personas

- Incremento de la frecuencia de las convocatorias de movilidad interna de anual a semestral. Acorde con la línea de acción implantada en el año 2008 de incrementar la frecuencia de las convocatorias de movilidad de anual a trimestral, en abril de 2009 se publicó la primera convocatoria del año. Ahora bien, la propia dimensión de la convocatoria, donde se ofertaban 190 destinos de distintas categorías, y su resolución a finales de año, impidieron la realización de una segunda convocatoria en el segundo semestre del año 2009.
- Desarrollo de las medidas recogidas en el Acuerdo de Condiciones de Trabajo para conciliar la vida laboral y personal. **Objetivo realizado.**
- Revisión del procedimiento de reconocimiento a las personas; incorporar la Seguridad Clínica y la Innovación como nuevos reconocimientos. **Objetivo realizado.**
- Puesta en marcha del Protocolo de Agresiones al Trabajador. **Objetivo realizado.**
- Elaboración de un Plan de Mejora con los resultados obtenidos en la Encuesta de Satisfacción de las personas 2008. **Objetivo realizado.**

- Finalización del proceso de implantación de la asignación de niveles del Desarrollo Profesional en los Facultativos, personal Diplomado Sanitario y aplicación para el personal no sanitario. *Objetivo realizado.*
- Realización de la asignación de niveles del Desarrollo Profesional del resto de personal. *Objetivo realizado.*
- Desarrollo de un Sistema de Valoración Competencial. *Objetivo realizado.*
- Refuerzo de la Comisión de Formación y del Plan de Formación. *Objetivo realizado.*
- Implantación de la Tarjeta Profesional Electrónica (TPE). *Objetivo realizado.*
- Evaluación del Plan de Normalización del uso del Euskera en el Hospital. *Objetivo realizado.*

Alianzas y Recursos

- Consolidación y fortalecimiento de nuestra presencia en el Grupo Oligopsonio. *Objetivo realizado.*
- Consolidación de la “Semana del Medioambiente” con diversos actos con motivo del “Día Mundial del Medioambiente”. *Objetivo realizado.*
- Mantenimiento de un equilibrio financiero, con un margen de desviación financiera en ningún caso mayor al 0,5% del presupuesto de gastos. *Objetivo realizado.*
- Cumplimentar el 100% de la actividad firmada en el Contrato Programa. *Objetivo realizado.*
- Puesta en marcha del programa de telemedicina en dermatología en Alianza con la Atención Primaria. *Objetivo realizado.*
- Reforzar las alianzas con el resto de Hospitales de la Red de Osakidetza. *Objetivo realizado.*
- Puesta en marcha de un programa de rehabilitación del paciente con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica en colaboración con el Hospital de Górliz. *Objetivo realizado.*
- Desarrollar alianzas con los Hospitales Públicos Franceses y en especial con el Complejo Hospitalario Universitario de Bordeaux. *Objetivo no realizado. Esta previsto su consecución en el año 2010.*
- Impulso a las tecnologías de la información y comunicación. *Objetivo realizado.*
- Instalar placas solares fotovoltaicas que alcancen una producción de energía eléctrica de 100.000 Kw/h, equivalente a la necesaria para el funcionamiento de cinco quirófanos. *Objetivo realizado.*
- Conectar las aguas residuales con la red de depuradoras del Gran Bilbao. *Objetivo realizado.*
- Introducir el concepto de “compra verde” en la adquisi-

ción de productos y servicios, considerando criterios medioambientales. *Objetivo realizado.*

- Potenciar la transparencia de la gestión facilitando el acceso de los líderes a la información económica relevante. *Objetivo realizado.*
- Tener reuniones anuales con todos los Proveedores Claves, y realización de encuesta de satisfacción. *Objetivo realizado.*
- Realizar “jornadas de puertas abiertas” con los principales Ayuntamientos de nuestra Comarca. *Objetivo realizado.*
- Redacción de la 2ª Memoria de RSC del HGU. *Objetivo realizado.*
- Continuar con la mejora de nuestras instalaciones para ofrecer un mejor servicio a nuestros clientes y mejorar las condiciones de trabajo de nuestro personal: nueva área de litotricia, reforma del Bloque Quirúrgico “B”, nuevo “Hospital de Día Médico”, plantas de Hospitalización, etc. *Objetivo no realizado. Algunas de las obras se han retrasado de acuerdo al plan de racionalización del gasto establecido para el año 2010.*
- Establecer un plan de racionalización del gasto para el año 2010. *Objetivo realizado.*

Procesos

- Recertificar todos los Procesos (PR) certificados con la Norma ISO 9001:2000. *Objetivo realizado.*
- Implantación de la telemedicina en Dermatología. *Objetivo realizado.*
- Certificar bajo la Norma ISO:14001, el PR Gestión Medioambiental. *Objetivo realizado.*
- Certificar bajo la Norma ISO:9000, los PR Tratamientos Quirúrgicos, PR Consultas y PR Urgencias, con los que estaría certificado todo el Proceso Asistencial. *Objetivo realizado.*
- Modificar el Organigrama del HGU para adaptarlo a la Gestión por Procesos. *Objetivo realizado.*
- Trabajar en la mejora de la Prevención de Riesgos Laborales con el objetivo puesto en la Certificación OHSAS 18001-18002. *Objetivo realizado.*

Compromiso con la Mejora en la Gestión

En 2009 hemos mantenido nuestro compromiso con el Modelo EFQM como principal herramienta de gestión, de esta manera, durante este año hemos sometido nuestro sistema de gestión a Evaluación Externa consiguiendo la Q Oro que otorga Euskalit a aquellas organizaciones que superan los 500 puntos en dicha evaluación. Igualmente hemos mantenido nuestra apuesta por la implantación de

la Norma ISO en la gestión de nuestros procesos, en este sentido, en los dos últimos años hemos dado grandes pasos en este camino al certificar por dicha Norma los procesos de Consultas Externas, Tratamientos Quirúrgicos, Rehabilitación, Informática y Limpieza, así como la Innovación de manera que actualmente más del 84% de nuestras personas trabajan en un proceso certificado bajo la Norma ISO.

En la **Fig. 19** de esta Memoria se recogen los premios y distinciones que ha obtenido el Hospital Galdakao-Usansolo durante este periodo.

Plan de Gestión 2010-2012

La complejidad y tamaño de nuestra organización hace necesario que muchas acciones para poder ser desplegadas en todo el centro necesitan tener planes plurianuales, a continuación vamos a presentar alguna de las acciones relacionadas con la RSC que tenemos planificado desarrollar en los próximos 3 años.

Liderazgo

- Realizar la 2ª vuelta de evaluación del liderazgo.
- Potenciar la participación de los líderes en la Planificación y Gestión del Hospital: participación de al menos el 80% de los líderes del HGU en la elaboración del PE 2010-14.
- Incluir dentro del Plan de Formación del Hospital acciones para la formación de líderes en RSC.
- Impulsar la participación de los líderes en el proceso de Evaluación Externa para la obtención del Premio Iberoamericano 2010.
- Liderazgo Responsable: evaluación e incorporación de la RSC como competencia del liderazgo.
- Impulsar la figura del KALIGIDARIA para fomentar la descentralización de la gestión interna de los servicios/unidades y por tanto el liderazgo compartido, facilitando la aparición de nuevos líderes.

Política y Estrategia

- Obtener el Premio Iberoamericano de la Calidad 2010.
- Modificar el organigrama del HGU adaptándolo a la gestión por procesos.
- Descentralizar la gestión del HGU con la firma de Contratos de Gestión con los servicios/procesos, de forma que éstos asuman la responsabilidad de la gestión asistencial y de recursos en su ámbito de actuación.
- Impulsar acciones de benchmarking en el ámbito de la RSC.

- Participación activa en iniciativas y foros de RSC, consolidando al HGU como referencia en su sector.
- Realizar el PE 2010-14 con herramientas de creatividad y participativas.
- Promoción de la RSC en el HGU.
- Difusión de la RSC en Prensa.
- Participación del HGU en más foros de RSC.
- Difusión de objetivos y acciones implantadas en el ámbito de RSC.
- Presentación al Premio Global de RSC (Fundamed).
- Diagnóstico RSC por servicios (Neurología y Psiquiatría).
- Presentación al Premio RSC Fundación Avedis Donabedian.
- Verificación memoria RSC 2009.
- Incluir en la encuesta de proveedores y Ayuntamientos ítems relacionados con los mecanismos de comunicación y relación con ellos.
- Agrupar dentro de las quejas y reclamaciones que se reciben en el SAPU aquellas que tengan relación con aspectos sociales y medioambientales para poder realizar una mejor gestión de ellas.
- Autoevaluación de AENOR de accesibilidad.
- Evaluación Organización FEKOOR.
- Sistematizar la evaluación económica de las tecnologías.

Personas

- Modificar el sistema de frecuencia de las convocatorias de movilidad interna hacia un sistema de movilidad interna abierto permanentemente.
- Desarrollar las medidas recogidas en el Acuerdo de Condiciones de Trabajo para conciliar la vida laboral y personal.
- Revisar el procedimiento de reconocimiento a las personas; incorporar la RSC como nuevo reconocimiento. Reconocimiento a Grupos de Interés (Aliados clave, Ayuntamientos, Asociaciones de pacientes,...).
- Protocolo de Agresiones al Trabajador.
- Realizar en 2010 la Encuesta de Satisfacción de las Personas del Hospital y mejorar, en al menos, un 5% los resultados obtenidos en 2008.
- Continuar con la aplicación de la asignación de niveles del Desarrollo Profesional en los Facultativos, personal Diplomado Sanitario y personal no sanitario.
- Implantar la Valoración Competencial al 100% de las personas de nueva incorporación.

- Reforzar la Comisión de Formación y el Plan de Formación.
- Identificación de la RSC en la revista GALDAKAO.
- Colaboración en la elección de estudios por parte de alumnos de FP y Bachiller.
- Sistematizar el envío progresivo de resultados de indicadores del GRI 2009 con el Boletín Zuzenean.
- Sensibilización mediante mensajes sobre igualdad, respeto, PRL, etc. en las sesiones generales del Salón de Actos.
- Proyecto Compartir Coche.
- Certificación OHSAS de PRL, en el periodo 2010-2011.
- Encuesta a las personas que están en movilidad interna temporal y definitiva.

Alianzas y Recursos

- Jornadas de puertas abiertas con Ayuntamientos.
- Búsqueda de Alianzas con empresas del Parque Tecnológico de Zamudio.
- Espacio Sociosanitario: Ampliar la comunicación con Bienestar Social (DFB).
- Alianza con Eneko Atxa: edición de un libro (sobre alimentación / hábitos saludables).
- Revisión del PR Alianzas (Criterios de selección). Sistema de evaluación de las alianzas (definirlas y escribirlas).
- Implantación de la plataforma para gestionar el conocimiento "Elkarjakintza".
- Acuerdos con Dirección de Atención Primaria en aspectos y temas de RSC.
- Ampliar contactos, acuerdos y colaboraciones con organizaciones (Ayuntamientos, proveedores, asociaciones, ONGs) en materia de RSC (medioambiente, social, cooperación al desarrollo, etc...).
- Día Mundial del Medioambiente como concienciación para trabajadores-pacientes y usuarios del Hospital. (Utilizar un taller de creatividad como fuente de ideas para su celebración).
- Avanzar en el desarrollo del Proyecto de "compra verde".

- Seguir desarrollando mejoras que nos permitan avanzar en la optimización del consumo de materiales y recursos, como es el caso de la bajada de precio en el agua corriente.
- Obtener la información de residuos generados segmentada por origen, para mejorar su gestión y seguimiento mediante el pilotaje de una aplicación informática.
- Renovación del parque móvil con vehículos híbridos.
- Identificar en cada servicio que patologías/pacientes/procesos serían susceptibles de utilizar TICs (Proceso Asistencial).

Procesos

- Certificación de la cartera de servicios.
- Panel informativo de premios (entrada HGU) en soporte televisión.
- Informar a los clientes sobre el uso responsable de los servicios sanitarios. Utilizar la página WEB como un instrumento de comunicación externa que permita mantener al entorno informado (actualización continua).
- Colgar en la WEB las guías de información al alta al paciente (todas).
- Diseñar un nuevo modelo de organización en la relación Atención Primaria y Atención Especializada: prueba piloto en un municipio.
- Impulso del equipo seguridad del medicamento.
- Impulso bacteriemia zero.
- Instrucciones Previas, Testamento Vital, Voluntades Anticipadas o similares (tríptico y resumen: colgar en intranet y distribución).
- Grupo Focal con ciudadanos de la comarca.
- Incluir dentro de las encuestas ítems que nos permitan evaluar la percepción de nuestros clientes con las áreas de la RSC (grupos focales).
- Implantación de Mystery Shopper en procesos asistenciales.
- Implantación de Mystery Shopper para la accesibilidad en el HGU.

2

Galdakao
Usansolo
Ospitalea·Hospital

Perfil de la organización

2.1 Nombre de la organización

El Hospital Galdakao-Usansolo es una organización de Servicios Sanitarios perteneciente a la Red de Osakidetza, Ente Público de Derecho Privado dependiente del Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco. En la **Fig. 04** se describe la relación del Hospital con Osakidetza y el Departamento de Sanidad y Consumo.

2.2 Principales marcas, productos y/o servicios

Los productos que oferta el HGU son los propios de un hospital general. Dispone de todas las especialidades propias de un hospital general de agudos de su tamaño, con la excepción de no disponer de área materno-infantil, y mantiene acuerdos con otros hospitales para la atención de aquellas especialidades que no entran en su cartera de servicios **Fig. 05**. El Hospital ofrece un servicio de

Fig. 04. Relación del HGU con Osakidetza y Departamento de Sanidad y Consumo



Fig. 05. Cartera de Servicios

| Especialidades médicas | Especialidades quirúrgicas | Servicios Centrales | Unidades Especiales |
|-----------------------------|------------------------------------|--------------------------------|---|
| Alergología | Cirugía General | Anatomía Patológica | Unidad del Sueño |
| Cardiología | Cirugía Vasculuar y Angiología | Anestesia-Reanimación | Unidad de detección extracción de órganos |
| Dermatología | Oftalmología | Bioquímica | Unidad de Hemodiálisis |
| Digestivo | ORL | Cuidados Intensivos | Unidad del Dolor |
| Endocrinología | Ginecología | Farmacia | Unidad de Desintoxicación drogadicción |
| Enfermedades Infecciosas | Traumatología y Cir. Ortop. | Medicina Preventiva | Unidad de Investigación |
| Hematología Clínica | Urología | Microbiología | Unidad Trasplante Médula Ósea |
| Hospitalización a Domicilio | Unidad de Gestión Sanitaria | Radiodiagnóstico | |
| Medicina Interna | SAPU | Rehabilitación | |
| Nefrología | Unidad de Metodología de Calidad | Urgencias | |
| Neumología | Documentación Clínica | Servicios de Referencia | |
| Neurofisiología | Admisión | Litotricia | |
| Neurología | | | |
| Psiquiatría | | | |

cobertura extracomarcal en el caso de la Unidad de Litotricia Extracorpórea, la cápsula endoscópica, lavado seminal y la ecobroncoscopia; cuenta con servicios residencializados en el Centro como son Osatek-Resonancia Magnética, el Centro de Farmacovigilancia del País Vasco y el Centro Vasco de Transfusión y Tejidos Humanos. Asimismo dispone de una Unidad de Catástrofes, con 56 camas, para dar cobertura en caso de necesidad a toda la CAV.

2.3 Estructura operativa de la organización, incluidas las principales divisiones, empresas operativas, filiales y negocios conjuntos (joint ventures)

Desde que comenzó su funcionamiento en diciembre de 1984, con tan sólo 80 camas y algunas especialidades, el Hospital ha ido consolidándose dentro del entramado asistencial hasta alcanzar su dimensión actual, produciéndose una renovación de estructuras y servicios para su adecuación constante a las necesidades y expectativas asistenciales de la ciudadanía.

Fig. 06. Distribución de la plantilla

| Tipo personal | Categoría | Nº Personas | % |
|-----------------|-----------------------|--------------|-------------|
| Personal propio | Facultativos/as | 377 | 23,65% |
| | Enfermería | 843 | 52,89% |
| | Personal no sanitario | 374 | 23,46% |
| | TOTAL | 1.594 | 100% |
| Personal ajeno | Personal de contratas | | |

Estructura Organizativa

La estructura funcional del HGU está regulada por el Decreto 194/1996 para la atención especializada. Establece una estructura basada en dos tipos de órganos:

- Órganos de Dirección y Gestión: Gerente, Equipo Directivo y Consejo de Dirección
- Órganos de Participación: Consejo Técnico

El Gerente y el Equipo Directivo ejercen las funciones de dirección y gestión del Centro, reservándose al Consejo de Dirección las funciones de planificación. El Consejo de Dirección está formado por el Gerente, Equipo Directivo, tres representantes del Consejo Técnico elegidos por dicho Consejo, la Coordinadora del Sistema de Gestión de Calidad (SGC) y otras personas que el Director Gerente considere que sus opiniones puedan aportar valor añadido.

El Consejo Técnico es el órgano de asesoramiento y participación de los profesionales en la gestión del Hospital. Está compuesto por 6 médicos/as, 4 enfermeras/os, el Director de Enfermería, el Responsable del Servicio de Aten-

Estructura Asistencial

Nuestra capacidad de hospitalización asciende a 383 camas (excluidas las 56 destinadas a catástrofes), de las cuales cerca del 40% son quirúrgicas, y el resto se dividen en médicas, cuidados intensivos, reanimación y otros servicios. Así mismo, contamos con 12 quirófanos para la realización de intervenciones programadas y otro para atender Urgencias a lo largo de las 24 horas del día. La actividad asistencial anual supone atender a cerca de 22.000 ingresos, 11.000 intervenciones quirúrgicas, más de 78.000 urgencias, 163.000 consultas en el hospital y 229.000 consultas en los ambulatorios.

Para ello contamos con una plantilla formada por 1.594 profesionales **Fig. 06**. La edad media de la plantilla es de 47 años, siendo el 86,06% personal fijo, lo que expresa el impacto social y de generación de empleo en el entorno que comporta la actividad del HGU. Además generamos empleo en empresas externas que realizan su actividad en el Hospital colaborando en la prestación de servicios como limpieza, seguridad, archivo, alimentación o cafetería. El HGU cuenta con acreditación para la actividad docente en especialidades médicas y en el área de enfermería, y dispone también de autorización y acreditación asistencial para la extracción y donación de órganos.

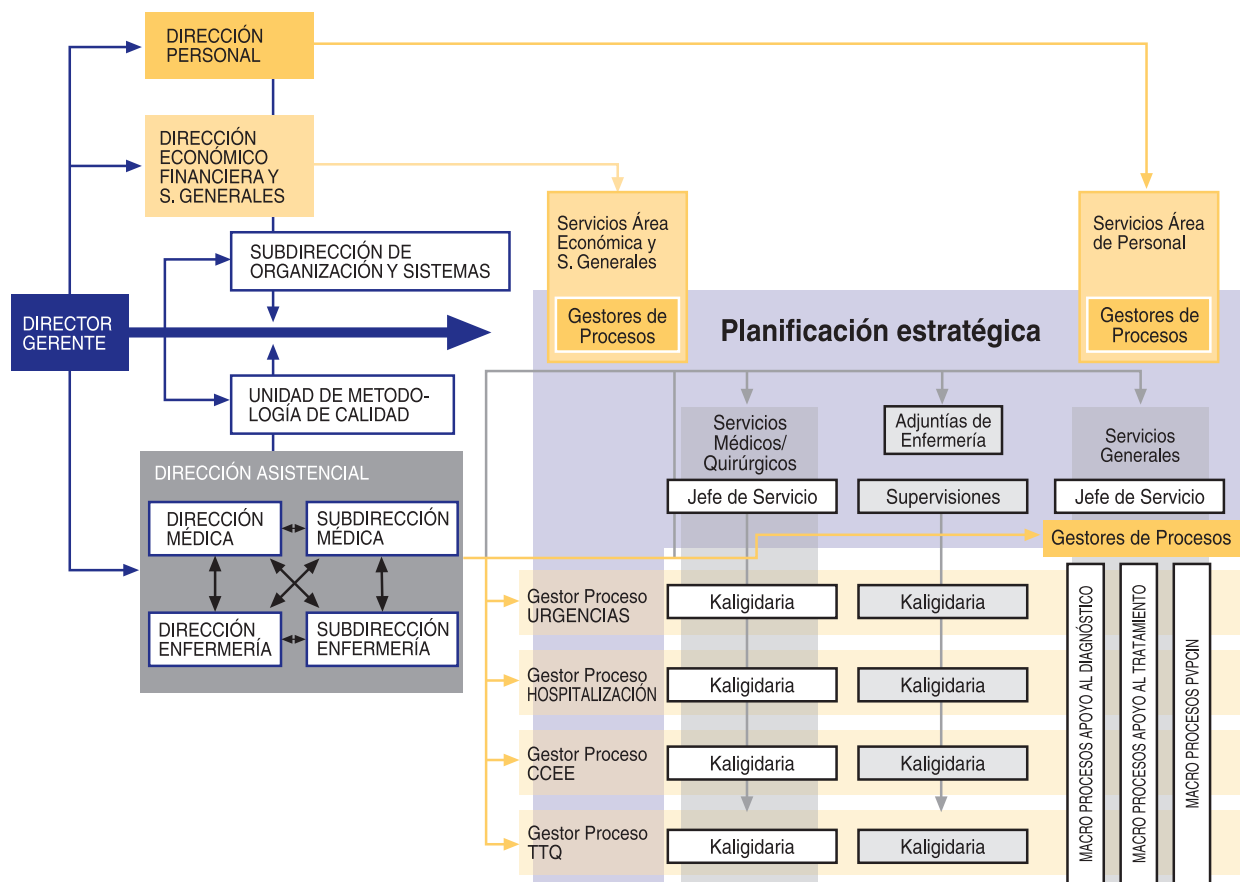
ción Paciente-Usuario (SAPU) y el Director Médico que actúa como presidente.

Aunque el Gerente y el Equipo Directivo sean los máximos responsables de la Organización y, por tanto, lideran los aspectos relacionados con nuestro ámbito social, económico y medioambiental, desde la definición del primer Plan Estratégico del HGU para el periodo 1995-1999 en el que se definió ya como una de sus Líneas Estratégicas "Un estilo de gestión descentralizado y participativo", el HGU tiene identificadas 145 personas como líderes y apoyan al ED en la planificación y despliegue de las actividades de gestión.

Durante el año 2009 se ha realizado una modificación del organigrama del HGU pasando de un organigrama piramidal en el que estaban presentes solo los departamentos a otro matricial en el que están representados tanto los servicios/unidades como los procesos del HGU.

Las decisiones se transmiten en cascada a través de los líderes, estructurándose conforme al organigrama de la **Fig. 07**.

Fig. 07. Organigrama



Estructura de Gestión

Nuestro sistema de gestión toma como referencia el Modelo EFQM de Calidad Total y se sustenta en la gestión de y por procesos, lo que garantiza la transversalidad de las actuaciones y la implicación de las personas en el proyecto.

Dadas las características de la actividad del HGU, los profesionales disponen de un alto grado de autonomía en la toma de decisiones clínicas, que es la esencia de nuestro trabajo. A medida que hemos ido avanzando en nuestro sistema de gestión se ha ido incrementando el despliegue de la participación de las personas tanto en procesos, como en comisiones y equipos de mejora, lo que ha incidido en la mejora de la satisfacción tanto de las personas como del resto de los grupos de interés. Nuestra pertenencia a Osakidetza nos permite, además de contribuir a unos objetivos comunes en materia sanitaria para los ciudadanos/as de la CAPV, compartir estrategias comunes y la utilización de herramientas conjuntas. Además, la transmisión de conocimientos y la utilización de grupos de trabajo entre los diversos centros constituyen una fuente continua de aprendizaje.

Los cambios producidos estos últimos años en la Sanidad Vasca han permitido que Osakidetza, y por tanto el HGU, en lo que contribuye con su gestión a la organización, sea en estos momentos un referente a nivel estatal y un servicio muy bien valorado entre la población vasca.

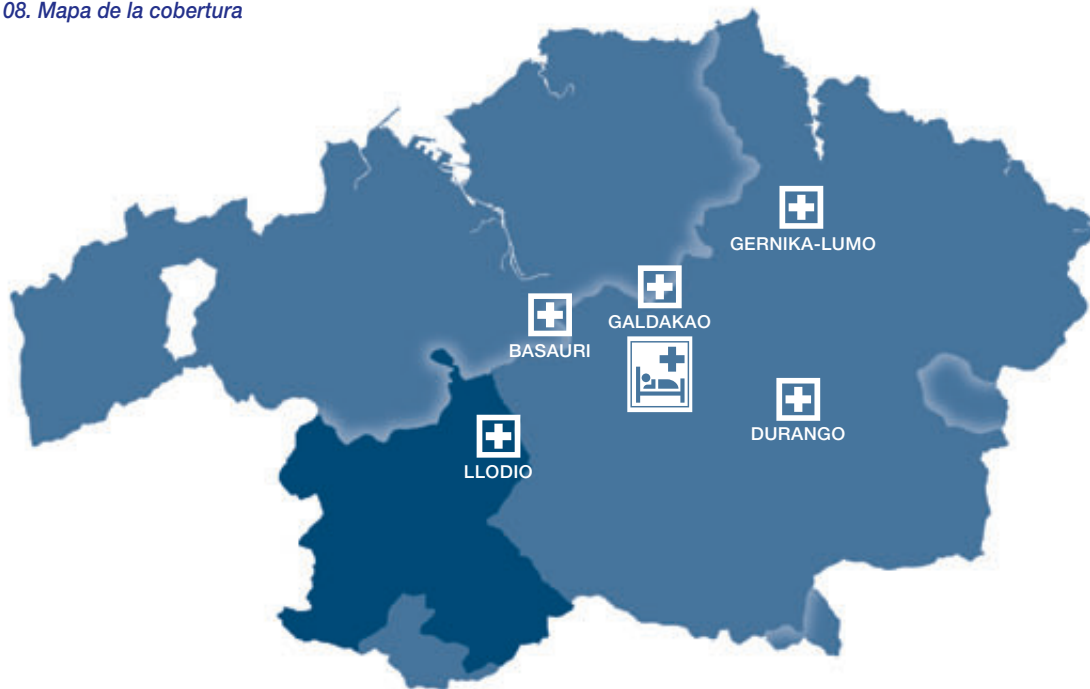
2.4 Localización de la sede principal de la organización

Barrio Labeaga s/n, 48960, Galdakao. Bizkaia.

2.5 Número de países en los que opera la organización y nombre de los países en los que desarrolla actividades significativas o los que sean relevantes específicamente con respecto a los aspectos de sostenibilidad tratados en la memoria

Comunidad Autónoma del País Vasco.

Fig. 08. Mapa de la cobertura



2.6 Naturaleza de la propiedad y forma jurídica

El Hospital Galdakao-Usansolo es una organización de Servicios Sanitarios perteneciente a la Red de Osakidetza, Ente Público de Derecho Privado dependiente del Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco.

nentemente rural y muy dispersa geográficamente, siendo de predominio vasco-parlante. Para acercar la asistencia a nuestros clientes disponemos de 5 ambulatorios en Gernika, Durango, Galdakao, Basauri y Llodio a donde se desplazan nuestros profesionales para dispensar la asistencia especializada.

2.7 Mercados servidos (incluyendo el desglose geográfico, los sectores que abastece y los tipos de clientes/beneficiarios)

Nuestra razón de ser es contribuir al desarrollo y bienestar de la comunidad, a través, tal y como recoge la Misión, de *“la prestación de asistencia sanitaria especializada para satisfacer las necesidades de salud de los ciudadanos/as de su área de referencia, con equidad, calidad y eficiencia”*.

Damos cobertura asistencial a la Comarca Interior de Bizkaia y al Valle de Ayala del Territorio Histórico de Araba, siendo el hospital de referencia para una población cercana a los 300.000 habitantes, caracterizada por ser emi-

2.8 Dimensiones de la organización, informante incluido:

• Número de empleados/as

El Hospital Galdakao-Usansolo cuenta con una plantilla formada por 1.594 profesionales. La edad media de la plantilla es de 47 años, siendo el 86,06% personal fijo (tipos de personal, ver 5.3 dimensión social; empleo).

La distribución por categorías y años es la que muestra la **Fig. 09**. *La distribución del personal por edad, sexo, comarca de procedencia, puestos ofertados en OPE y concursos de traslados, queda recogido en el apartado 5.3. Dimensión social: a) empleo, en las págs. 57-58.*

Fig. 09. Distribución por relación contractual

| Relación contractual | Nº | % Personas | |
|----------------------|--------------|---------------|-----------------------|
| Personal fijo | 1.130 | 86,06% | Plantilla estructural |
| Personal interino | 183 | 13,94% | |
| Subtotal | 1.313 | 82,37% | |
| Personal temporal | 281 | 17,63% | Necesidad estructural |
| TOTAL | 1.594 | | |

Fig. 10. Distribución de la plantilla estructural por categoría profesional

| Distribución plantilla estructural (sin temporales) | 2007 | 2008 | 2009 | 2009 |
|---|--------------|--------------|--------------|-------------|
| CATEGORIA | 1.293 | 1.296 | 1.313 | 100% |
| Personal directivo | 5 | 5 | 5 | 0,38% |
| Facultativos | 283 | 286 | 294 | 22,39% |
| Técnicos superiores | 14 | 15 | 17 | 1,29% |
| Diplomados sanitarios | 404 | 401 | 401 | 30,54% |
| Técnicos medios | 8 | 8 | 8 | 0,61% |
| Técnicos sanitarios | 71 | 71 | 74 | 5,64% |
| Técnicos especialistas administración/profesionales | 36 | 39 | 40 | 3,05% |
| Técnicos auxiliares sanitarios | 230 | 232 | 232 | 17,67% |
| Técnicos auxiliares administrativos | 77 | 75 | 78 | 5,94% |
| Técnicos auxiliares profesionales | 30 | 29 | 28 | 2,13% |
| Subalterno - Operarios | 135 | 135 | 136 | 10,36% |

- **Ventas netas**

Al ser el HGU un hospital público perteneciente a la Red sanitaria de Osakidetza el 98,4% de sus ingresos provienen de la facturación de sus servicios al Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco a través del Contrato Programa que suscriben anualmente. **Fig. 11.**

Fig. 11. Datos de facturación del Contrato Programa

| Facturación CP | 2007 | 2008 | 2009 |
|----------------|-------------|-------------|-------------|
| Euros | 125.289.789 | 140.037.826 | 155.258.431 |

- **Cantidad de productos o servicios prestados**

Conforme a lo explicitado en nuestra Misión nuestra razón de ser es dar cobertura asistencial especializada a toda la población de la Comarca Interior de Bizkaia, aproximadamente 300.000 habitantes. Para cubrir estas necesidades asistenciales anualmente realizamos la siguiente actividad:

Fig. 12. Hospitalización

| Hospitalización | 2007 | 2008 | 2009 |
|-----------------------------------|-------------|-------------|-------------|
| Media de camas utilizadas | 383,71 | 387,10 | 395,64 |
| Estancias | 119.369 | 118.246 | 114.090 |
| Altas | 20.652 | 22.268 | 23.100 |
| Indice de rotación | 53,81 | 57,54 | 58,32 |
| Pesos totales (versión 21) | 30.751,5546 | 33.088,3378 | 34.193,5937 |
| Estancia media total | 5,78 | 5,31 | 4,94 |
| Indice de ocupación | 85,23 | 83,46 | 79,01 |
| Tasa Ambulatorización (%) | 62,06 | 62,42 | 66,39 |
| Reingresos en hospitalización (%) | 6,47 | 6,43 | 6,43 |

Fig. 13. Consultas

| Actividad Ambulatoria | 2007 | 2008 | 2009 |
|---------------------------|---------|---------|---------|
| Primeras consultas | 124.981 | 131.907 | 125.008 |
| Consultas sucesivas | 245.826 | 259.343 | 258.568 |
| Total consultas | 370.807 | 391.250 | 383.576 |
| Indice sucesivas/primeras | 1,97 | 1,97 | 2,07 |

Fig. 14. Urgencias

| Urgencias | 2007 | 2008 | 2009 |
|------------------------|--------|--------|--------|
| Urgencias atendidas | 77.198 | 78.434 | 79.518 |
| Urgencias ingresadas | 11.980 | 12.610 | 12.304 |
| Presión de Urgencias | 58,79 | 57,30 | 54,38 |
| % Urgencias ingresadas | 15,52 | 16,08 | 15,47 |

Fig. 15. Quirófanos

| Quirófanos | 2007 | 2008 | 2009 |
|--|--------|--------|--------|
| Intervenciones PAG | 6.045 | 7.012 | 5.862 |
| Intervenciones PAL | 488 | 430 | 2.187 |
| Intervenciones UAG | 1.558 | 1.652 | 1.573 |
| Intervenciones UAL | 259 | 292 | 298 |
| Total mañana y Urgente | 8.350 | 9.386 | 9.920 |
| Cirugía programada extraordinaria | 2.021 | 2.148 | 2.316 |
| Total Actividad quirúrgica | 10.371 | 11.534 | 12.236 |
| Intervenciones Menores | 5.655 | 5.326 | 5.556 |
| Estancia media preoperatoria de ingresos programados | 0,15 | 0,18 | 0,17 |
| % Cancelación de cirugía programada | 3,21 | 3,40 | 3,17 |
| Índice utilización quirófanos | 79,50 | 81,14 | 79,30 |

Fig. 16. Alternativas a la hospitalización

| Alternativas a la hospitalización | 2007 | 2008 | 2009 |
|-----------------------------------|-------|-------|--------|
| Hospitalización a domicilio | | | |
| Nº de ingresos | 325 | 464 | 497 |
| Nº de estancias | 6.592 | 9.259 | 10.033 |
| Hospital de Día Quirúrgico (UCSI) | | | |
| Nº de intervenciones | 3.404 | 3.750 | 4.326 |
| % Cirugía programada | 39,79 | 39,10 | 41,74 |
| % Traslados a hospitalización | 4,23 | 4,48 | 2,51 |
| Hospital de Día Médico | | | |
| Nº procedimiento/actuaciones | 5.571 | 6.137 | 6.432 |

Fig. 17. Servicios Generales

| Anatomía Patológica | 2007 | 2008 | 2009 |
|---------------------------|--------|--------|--------|
| Citologías | 20.546 | 21.769 | 23.802 |
| Biopsias | 11.683 | 12.504 | 13.009 |
| Autopsias | 31 | 20 | 25 |
| Biopsias intraoperatorias | 348 | 534 | 672 |

| Rayos | 2007 | 2008 | 2009 |
|------------|--------|--------|--------|
| T.A.C. | 8.518 | 12.952 | 13.995 |
| Ecografías | 16.728 | 17.043 | 17.243 |
| RAX simple | 93.724 | 90.359 | 80.033 |

>>



| Farmacia | 2007 | 2008 | 2009 |
|---|--------|--------|--------|
| Farmacia Central | | | |
| Episodios unidos | 38.404 | 43.330 | 44.410 |
| Pacientes unidos | 15.025 | 16.426 | 16.858 |
| Pacientes ambulantes (UCA, consultas externas, Hosp. Domicilio, hemodiálisis y urgencias) | 1.457 | 1.536 | 1.765 |
| Consulta de Farmacia Ambulatoria | | | |
| Pacientes | 1.384 | 1.615 | 1.707 |
| Contactos | 8.031 | 9.729 | 10.804 |

| Rehabilitación | 2007 | 2008 | 2009 |
|--------------------------|---------|---------|---------------|
| Nº de pacientes | 1.432 | 1.304 | 1.292 |
| Nº total de prestaciones | 121.424 | 105.005 | 99.552 |
| Nº total de sesiones | 42.182 | 37.252 | 34.255 |

2.9 Cambios significativos durante el periodo cubierto por la memoria en el tamaño, estructura y propiedad de la organización

El HGU tiene planteada como Línea Estratégica dentro del PE 2005-2009 el “Servicio Excelente a los Usuarios/as” la cual recoge el “disponer de la tecnología necesaria para

diagnosticar y tratar adecuadamente” y “las necesarias condiciones de confort”. Para conseguir alcanzar estos Objetivos Estratégicos el HGU está en una permanente renovación de sus infraestructuras asistenciales y tecnológicas, dentro de las cuales cabe destacar:

• Mejoras de infraestructuras asistenciales:

| Año | Proceso | FI/FA | Mejora Introducida | Beneficio | |
|-----------|---------|----------------------------|---|--|---|
| 2008 | HOS/TTQ | Encuestas / Auditorías | Diseño de áreas específicas para información a familiares | Información a familiares | |
| | TTQ | Reflexión ED / Osakidetza | Remodelación del Bloque Quirúrgico A | Mejora accesibilidad/seguridad/eficacia del tratamiento | |
| | HOS | Enfermería Hospitalización | Líderes Psiquiatría | Reforma Unidad de Desintoxicación | Mejora confort y distribución |
| | | | Sociedad / SAPU | Ampliación cobertura Hospitalización a Domicilio | Ampliación de cobertura asistencial |
| | | | CCEE | Líderes asistenciales | Remodelación consultas (Nefrología y Cardiología) |
| | RAX | Reflexión ED | Renovación tecnológica en el Servicio de Radiodiagnóstico | Eficacia diagnóstica | |
| | 2009 | TTQ | Reflexión ED / Osakidetza | Remodelación del Área de Litotricia y ampliación de un nuevo quirófano de Endourología | Mejora accesibilidad/seguridad/eficacia del tratamiento |
| TTAMB | | Reflexión ED / REDER | Reforma Integral Servicio de Diálisis | Mejora accesibilidad/seguridad/eficacia del tratamiento | |
| TTAMB/HOS | | Líderes asistenciales | TV en Reanimación y Diálisis para pacientes | Confort | |
| CCEE | | Benchmarking / I+D+i | Teledermatología | Mejora de la accesibilidad al diagnóstico | |
| RAX | | Osakidetza | Digitalización imagen radiológica | Accesibilidad imagen / Eficacia diagnóstica | |
| | | | Realización Ecocardiografía por TER | Accesibilidad / Eficacia diagnóstica | |
| HOS | | | Tratamiento on line trastornos de la alimentación | Accesibilidad / Eficacia diagnóstica | |

• **Mejoras tecnológicas:**

| Año | Proceso | FI/FA | Mejora Introducida | Beneficio |
|------|---------|---------------------|--|------------------------------------|
| 2008 | TTQ | Reflexión Líderes | Técnica de Mosh/Puvaterapia (Dermatología) | Eficacia diagnóstica/tratamiento |
| | | | Dacriocistectomía por técnica láser | Eficacia del tratamiento |
| | CCEE | Osakidetza/ED | Unidad de estudios de patología vestibular (ORL) | Eficacia diagnóstica y tratamiento |
| | RAX | Osakidetza/ED | Nueva Unidad de Esterotaxia Mamaria | Eficacia diagnóstica |
| | APA | Reflexión Líderes | Técnica citología líquida | |
| 2009 | LAB | DSC/Osakidetza | Cribado Prenatal de Síndrome de Down | Eficacia diagnóstica |
| | TTQ | Reflexión ED | Nuevo Litotriptor y nueva Unidad de Endourología | Mejora del tratamiento |
| | HOSP | Líderes Psiquiatría | Hospital de Día Psiquiatría | |
| | CCEE | DSC/Osakidetza | Screening de colon (Área piloto) | Eficacia diagnóstica |
| | TTQ | Líderes Urología | Ultrasonidos. Cáncer de próstata | Mejora del tratamiento |
| | CCEE | Líderes ORL | Disfonía (ORL) Unidad de voz | Mejora del tratamiento |
| | TTQ | Líderes ORL | Implantes auditivos internos | Mejora del tratamiento |
| | CCEE | Líderes Neumología | Válvula endobronquial para el enfisema | Mejora del tratamiento |

Los resultados que hemos obtenido en las distintas encuestas de satisfacción de los pacientes nos confirman el positivo impacto de los cambios implementados. El HGU valora como cliente "satisfecho" en las encuestas de satisfacción las valoraciones excelentes, muy buenas y buenas.

Fig. 18. Satisfacción del Cliente

| Confort (% Satisfacción) | 2007 | 2008 | 2009 |
|--|-------------|-------------|-------------|
| Hospitalización | | | |
| Comodidad de la habitación en la que estuvo | 80,4 | 89,2 | 90,4 |
| Limpieza de la habitación | 88,9 | 92,2 | 93,4 |
| MEDIA | 84,6 | 90,7 | 91,9 |
| Urgencias | | | |
| Comodidad | 87,5 | 77,7 | 83,5 |
| Limpieza | 97,9 | 98,0 | 96,4 |
| Ambiente: ausencia de ruido o tranquilidad | 90,2 | 85,8 | 85,1 |
| MEDIA | 91,8 | 87,2 | 88,3 |
| Consultas Externas | | | |
| Sala de espera: Limpieza | 97,0 | - | 90,1 |
| Sala de espera: Temperatura | 96,4 | - | 83,2 |
| Sala de espera: Ambiente (ausencia de ruido) | 89,4 | - | 84,7 |
| Sala de espera: Comodidad | 89,3 | - | 84,2 |
| MEDIA | 93,1 | - | 85,5 |
| Media Confort | 89,9 | 88,7 | 88,1 |

| Satisfacción General (% Satisfacción) | 2007 | 2008 | 2009 |
|---|-------------|-------------|-------------|
| Hospitalización | | | |
| Valoración en conjunto de las asistencia que recibió durante su hospitalización | 94,5 | 97,3 | 98,7 |
| Urgencias | | | |
| Valoración en conjunto de las asistencia recibida en Urgencias | 93,5 | 92,5 | 93,9 |
| Consultas Externas | | | |
| Asistencia recibida en la consulta | 97,0 | - | 95,1 |
| Media Satisfacción General | 95,0 | 94,9 | 95,9 |

>>

| Fidelización (% Satisfacción) | 2007 | 2008 | 2009 |
|---|--------------|--------------|-------------|
| Hospitalización | | | |
| En caso de elegir ¿volvería para ser atendido en este hospital? | 98,6 | 97,3 | 99,7 |
| Urgencias | | | |
| En caso de elegir ¿volvería a este servicio de Urgencias? | 99,0 | 92,4 | 96,9 |
| Consultas Externas | | | |
| En caso de poder elegir, ¿volvería? | 97,5 | - | 98,0 |
| Media Fidelización | 98,37 | 94,85 | 98,2 |

| Capacitación Técnica (% Satisfacción) | 2007 | 2008 | 2009 |
|--|-------------|--------------|-------------|
| Hospitalización | | | |
| Competencia y conocimientos profesionales de los médicos | 95,8 | 96,8 | 97,2 |
| Competencia y conocimientos profesionales del personal de enfermería | 91,6 | 97,6 | 98,6 |
| Media | 93,7 | 97,2 | 97,9 |
| Urgencias | | | |
| Competencia y conocimientos de los profesionales | 93,9 | 92,6 | 95,9 |
| Media Capacitación Técnica | 93,8 | 96,05 | 97,4 |

2.10 Premios y distinciones recibidos durante el periodo informativo

Fig. 19. Premios y distinciones

| Año | Entidad | Premio |
|------|--|---|
| 2005 | SERVIER | Premio SERVIER a la mejor Tesis Doctoral 03, al mejor trabajo de Investigación 05, mejor Tesis Doctoral sobre Patología Vasculat |
| | Convención de Cirujanos de habla hispana | Premio BEVEN mejor comunicación |
| | Colegio Oficial de Enfermería | Premio anual de Enfermería. Enfermera de UCI |
| 2006 | OSAKIDETZA | Primer premio memoria de proyecto Programa de Formación en Gestión Sanitaria |
| | Fundación Signo | Premio Barea a la Innovación |
| 2007 | Sociedad Española de Cardiología | Primer Premio Oclusiones Totales Crónicas al Servicio de Hemodinámica |
| | Coordinadora de ONG de lucha contra el Sida de Euskadi | Unidad de Infecciosos |
| | Sociedad de Cirugía Ocular Implanto Refractiva | Primer premio categoría de video |
| | Euskalit | Premio Q de Plata. Premio Vasco a la Calidad en la Gestión concedido por el Gobierno Vasco |
| | Sociedad Española de Neurología | Primer premio mejor comunicación internacional de cefaleas |
| 2008 | Euskalit | Reconocimiento por participación en evaluaciones externas desde el año 2001 |
| | Cátedra de Innovación y gestión Sanitaria / Universidad Rey Juan Carlos | Best In Class Psiquiatría |
| | Euskalit | Premio a la Innovación |
| 2009 | Euskalit | Premio Q de Oro. Premio Vasco a la Calidad en la Gestión concedido por el Gobierno Vasco |
| | Gaceta Médica y Cátedra de Innovación y Gestión Sanitaria. Univ. Rey Juan Carlos | Premio Best in Class: Servicios Psiquiatría y Neurología |
| | | Accesit Best in class: Servicio de Neumología |
| | | Finalista Best in Class al mejor Hospital |
| | Osakidetza | Finalista en los Premios Osakidetza a la Innovación en Gestión. "Grupo Trastorno de la Conducta Alimentaria de crónicos por Internet" |

3

Parámetros de la memoria

Galdakao
Usansolo
Ospitalea·Hospital

3.1 Periodo cubierto por la información contenida en la memoria

La presente memoria valida la información referida al año 2009, en cualquier caso incluimos los datos anteriores al año 2009 en aquellos casos que hemos considerado que pueden aportar información complementaria e interesante para la comprensión de nuestra trayectoria.

3.2 Fecha de la memoria anterior más reciente

Memoria 2007/2008, verificada con fecha 16 de enero de 2009.

3.3 Ciclo de presentación de memorias

Hemos adquirido el compromiso de elaborar bienalmente nuestra Memoria de RSC, con el objetivo de mantener la información de nuestras actividades en esta área lo más actualizada posible.

3.4 Punto de contacto para cuestiones relativas a la memoria o a su contenido

Responsable de la Unidad de Metodología de Calidad.
e-mail: INES.GALLEGOCAMINA@osakidetza.net

3.5 Proceso de definición del contenido de la memoria, incluyendo el proceso para la determinación de la materialidad y el orden de prioridades de los aspectos incluidos en la memoria; identificación de los grupos de interés que la organización prevé que utilicen la memoria

Los contenidos de la Memoria se han definido teniendo en cuenta los intereses de los Grupos de Interés del HGU.

Asimismo, se ha tenido en cuenta especialmente el principio de comparabilidad, a fin de que los GI que utilicen la Memoria puedan comparar el desempeño del HGU en 2009, con otras organizaciones de servicios de Osakidetza y con nuestros resultados en años anteriores.

Con el fin de realizar una presentación equilibrada y razonable del desempeño del HGU, nos hemos ceñido lo más ajustadamente posible a la guía para la elaboración de memorias de sostenibilidad del Global Reporting Initiative en su versión 3.

Materialidad

La información que facilitamos con esta Memoria cubre y trata de responder a todos los indicadores expuestos en la guía de elaboración G3.

Identificación de los Grupos de Interés que pueden utilizar la Guía

En 1996, el ED junto con el Consejo Técnico realizó el primer análisis externo e interno del Hospital, para la elaboración del PE, fruto del cual y de forma coherente con la Misión se definieron y concretaron nuestros principales grupos de interés:

- Clientes
- Personas del HGU
- Sistema Sanitario:
 - Departamento Sanidad y Consumo / Dirección Territorial de Bizkaia
 - Osakidetza
 - Atención Primaria / Otros Hospitales
 - Bioef
- Proveedores
- Sociedad

3.6 Cobertura de la memoria

La cobertura de la presente Memoria se ciñe al ámbito de influencia del Hospital Galdakao-Usansolo. Dicho ámbito, tal y como se describe en el Perfil de la Organización, alcanza a la Comarca Interior de Bizkaia y al Valle de Ayala del Territorio Histórico de Araba. Para acercar la asistencia a todos nuestros clientes, disponemos de cinco ambulatorios en: Gernika, Durango, Galdakao, Basauri y Llodio, a donde se desplazan nuestros profesionales.

3.7 Indicar la existencia de limitaciones del alcance o cobertura de la memoria

La memoria trata todos los impactos económicos, sociales y ambientales de la organización, para lo que se ha respondido exhaustivamente a lo solicitado por cada indicador, excepto aquellos que por su ámbito de actividad no se consideran de aplicación al HGU, situación indicada en dichos apartados.

3.8 La base para incluir información en el caso de negocios conjuntos (jointventures), filiales, instalaciones arrendadas, actividades subcontratadas y otras entidades que puedan afectar significativamente a la comparabilidad entre períodos y/o entre organizaciones

Dadas las características de nuestra organización, hospital de la red sanitaria pública vasca, no disponemos ni de negocios conjuntos ni de filiales.

3.9 Técnicas de medición de datos y bases para realizar los cálculos, incluidas las hipótesis y técnicas subyacentes a las estimaciones aplicadas en la recopilación de indicadores y demás información de la memoria

Para realizar esta Memoria se han tenido en cuenta las recomendaciones recogidas en la Guía para la Elaboración de Memorias de Sostenibilidad, versión G3.

La información recogida proviene de nuestras fuentes de información.

La recogida de información junto con el análisis de necesidades y expectativas relevantes de los grupos de interés

(GI) constituye la base del imprescindible conocimiento de la situación del negocio para definir, desarrollar, revisar y actualizar nuestra P&E.

Para disponer de una información relevante y completa de nuestros grupos de interés, disponemos de diferentes mecanismos: encuestas, grupos focales, benchmarking, sugerencias, quejas y reclamaciones, evaluaciones de resultados, reuniones individuales y de grupo, iniciativas y otros. La **Fig. 20** muestra las fuentes de información utilizadas, su periodicidad y el proceso responsable de su recogida y análisis. La sistemática de recogida y análisis de la información de los grupos de interés se realiza de forma sistemática para cada uno de ellos.

Fig. 20. Fuentes de información

| Grupo de Interés | Fuente de información | Frecuencia | Proceso |
|--------------------------------------|--|---------------------|----------------------------------|
| Clientes | Encuestas de satisfacción de pacientes: Hospitalización, CCEE, H. Domicilio, H. Psiquiátrica, CMA, etc. | Anual, bienal | Voz del Cliente |
| | Encuesta de Salud de la CAV | Anual | Voz del Cliente |
| | Mystery Shopper / Grupos focales a clientes | Esporádico | Procesos Asistenciales |
| | Encuestas de satisfacción de los procesos certificados | Anual | Gestión sistemas de calidad |
| | Buzón de sugerencias de pacientes y familiares | Diario | Atención al cliente |
| | Quejas y reclamaciones del SAPU | | |
| | Base de datos de incidencias del proceso asistencial | Diario | Procesos Asistenciales |
| | Reuniones con asociaciones de pacientes: ALCER, ACABE... | Periódica | Gestión de Alianzas |
| DSC/DTB | Autoevaluación Innovación y RSC Euskalit | Periódica | Planificación Estratégica |
| | Plan de Salud | 2002-2010 | Planificación Estratégica |
| | Normativa legal | Periódica | Planificación Estratégica |
| Osakidetza | Contrato Programa | Anual | Contrato Programa |
| | PE Osakidetza 2008-2012 | 2008-2012 | Planificación Estratégica |
| | Documentos de control de gestión | Trimestral | Sistemas de Información |
| | Intranet de Osakidetza | Diaria | Gestión del Conocimiento |
| Personas HGU | Instrucciones, normativas y circulares | Periódica | Gestión de relaciones con la red |
| | Encuesta de satisfacción de las personas / Informe Equipo de Mejora de Personas | Bienal | Gestión de las personas |
| | Encuesta de liderazgo / Los 12 Desafíos | Bienal | Gestión del Liderazgo |
| | Reuniones periódicas con los representantes de los trabajadores | Periódicas | Gestión de personas |
| | Reuniones con los servicios y unidades | Mensuales | Todos los procesos |
| | Grupos focales: "Diagnóstico de necesidades de formación de personal no sanitario", "Satisfacción de personas", Reuniones de reflexión evaluación EFQM | Esporádico | Formación |
| | Buzón de sugerencias | Periódicas | Gestión de Comunicación |
| | Reuniones del Comité de Seguridad y Salud Laboral | Trimestrales | Prevención de Riesgos laborales |
| Atención Primaria / Otros Hospitales | Comisión de Formación | Semestral | Proceso de Recursos Humanos |
| | Reuniones bimensuales con la Comarca de AP | Bimensuales | Gestión de Alianzas |
| | Reuniones periódicas con las direcciones de otros hospitales | Periódicas | Gestión de Alianzas |
| | Estadística de todas las OS de Osakidetza | Mensuales | Gestión Sistemas de Información |
| Proveedores | Acuerdos de derivación con los hospitales de media-larga estancia | Periódicas | Gestión de Alianzas |
| | Reuniones periódicas con los principales proveedores | Periódicas | Aprovisionamiento y logística |
| Sociedad | Encuesta a proveedores clave | Bienal | Aprovisionamiento y logística |
| | Jornada de puertas abiertas con autoridades locales | Bienal | Gestión de Alianzas |
| | Encuesta a ayuntamientos | | |
| | Informes del EUSTAT | Anual | Gestión Sistemas de Información |
| | Informes de IHOBE | Anual | Gestión Sistemas de Información |
| Reuniones con asociaciones | Periódicas | Gestión de Alianzas | |

3.10 Descripción del efecto que pueda tener la re-expresión de información perteneciente a memorias anteriores, junto con las razones que han motivado dicha reexpresión

No existe reexpresión de información en relación con la memoria del año 2007 y 2008.

3.11 Cambios significativos relativos a periodos anteriores en el alcance, la cobertura o los métodos de valoración aplicados en la memoria

No existen cambios significativos en alcance, cobertura o método de valoración con respecto a la memoria 2007 y 2008.

3.12 Tabla que indica la localización de los Contenidos básicos en la memoria

Ver el Anexo.

3.13 Política y práctica actual en relación con la solicitud de verificación externa de la memoria

Empresa certificadora AENOR.

4

Gobierno y compromisos de participación de los Grupos de Interés

Galdakao
Usansolo
Ospitalea·Hospital

4.1 La estructura de gobierno de la organización, incluyendo los comités del máximo órgano de gobierno responsable de tareas tales como la definición de la estrategia o la supervisión de la organización

En el apartado 2.3 se describe la estructura de gobierno del HGU. Además, de los órganos de gobierno el Hospital tiene establecidos diferentes mecanismos que favorecen la participación individual y el trabajo en equipo, tal y como se muestra en la siguiente **Fig. 21**.

4.2 Ha de indicarse si el presidente del máximo órgano de gobierno ocupa también un cargo ejecutivo (y, de ser así, su función dentro de la dirección de la organización y las razones que la justifiquen)

El Director Gerente es el máximo responsable de la Organización y es un cargo ejecutivo.

4.3 En aquellas organizaciones que tengan estructura directiva unitaria, se indicará el número de miembros del máximo órgano de gobierno que sean independientes o no ejecutivos

El Comité de Dirección del HGU está conformado por el Director Gerente, el Director Médico, Director de Enfermería, Directora Económico-Financiera, Directora de Personal, Subdirectora de Organización y Sistemas y Subdirector Médico. Este Comité tiene funciones de dirección y gestión del Centro. El Consejo de Dirección está compuesto por los miembros del Comité de Dirección, tres representantes del Consejo Técnico, la Coordinadora del Sistema de Gestión de Calidad y otras 8 personas, de diferentes

Fig. 21. Mecanismos de participación

| Año | Mecanismo de Participación | Mejora Introducida | Nº Personas |
|---|--|--|-------------|
| Grupos multicéntricos Osakidetza | | | |
| 2004 | Zaineri | Diseño plan de formación Zaineri-PAE | 9 |
| 2005/07 | Desarrollo profesional | Idoneidad del modelo de evaluación | 6 |
| 2007 | Guardias Médicas | Mejoras del modelo organizativo | 8 |
| 2008 | Gizabide, Aldabide, Presupuestos (SAP) | Mejoras en los sistemas, creación de aplicación como herramienta común y operativa de presupuestación a través de SAP | 3 |
| | Formación corporativa | Contraste-revisión efectividad del Proceso de Formación corporativo | 2 |
| 2009/10 | Proyecto Presupuestación | Proyecto de presupuestación área económica y de RRHH- pilotaje y formación a usuarios finales | |
| | Gestión de Competencias | Proyecto de gestión por competencias- grupos de expertos para definir competencias y formación para puestos genéricos | |
| Grupo-Equipos Mejora en HGU | | | |
| 2004 | Pacientes agitados | Protocolo de contención personas agitadas | 10 |
| 2005 | Comunicación Interna | Plan de Comunicación, PO del buzón de sugerencias | 10 |
| 2006 | Quirófanos | Quirófanos programados en tarde y planificación de las obras de quirófano | 12 |
| | Hemodinámica | Evaluación Calidad Técnica | 3 |
| 2007 | Infección nosocomial | Diseño Proceso PVPCIN | 3 |
| | Neumología | Guía de la EPOC | 4 |
| | Enfermedad cerebro-vascular | Protocolo ICTUS | 4 |
| 2008 | Gestores Calidad e Informática | Base de datos incidencias en el PR Hospitalización | 29 |
| | Equipo Mejora Medioambiental | Celebración en el Hospital del Día Mundial del Medio Ambiente | 10 |
| | Equipo de Mejora de Personas | Guía básica de acogida a las personas, PO acogida, contraste acciones mejora en respuesta a ESP 2006, propuestas de mejora según resultados ESP 2008 | 10 |
| | AMFE Circuito Citostáticos | Mejora en el circuito de prescripción, preparación, dispensación y administración de citostáticos | 12 |
| | AMFE Circuito Urgencia-Planta | Mejora derivación pacientes de la Urgencia a Planta | 14 |
| 2009/10 | RAX-Informática | Informatización de la petición de pruebas radiológicas | 9 |
| | Seguridad del medicamento | Estudio de efectos adversos y medidas correctoras | 13 |
| | Ambulancias | Nueva gestión de las ambulancias | 7 |
| | Reflexión EFQM | Contraste a la memoria EFQM 07; identificación áreas mejora y evidencias | 49 |
| | | Ostomías- Generación de guía | |
| | | Registro - Mejora del sistema del registro general del HGU | |
| | | Licencias y permisos del personal facultativo - mejorar el sistema de gestión | |

estamentos del Hospital, que el Director Gerente considere que sus opiniones puedan aportar valor añadido.

Solo los miembros del Comité de Dirección tienen carácter ejecutivo. El Equipo Directivo del HGU trimestralmente tiene reuniones de Control de Gestión con la Dirección de Osakidetza a través de los cuáles se evalúa su desempeño en los ámbitos económico, ambiental y social, como se describe en el apartado 4.10.

4.4 Mecanismos de los accionistas y empleados para comunicar recomendaciones o indicaciones al máximo órgano de gobierno

Dada la pertenencia del HGU al sistema sanitario público vasco no existen accionistas como tales. Si entendemos como accionistas de este sistema a los ciudadanos/as de la C.A.V, éstos, a través de la Comisión de Sanidad del Parlamento Vasco, en la que están representados todos los partidos que tienen presencia parlamentaria, pueden

comunicar recomendaciones o indicaciones a la Dirección del HGU.

La relación que el HGU mantiene con sus trabajadores/as es directa y a través de los representantes sindicales.

La participación de los sindicatos en los órganos de gobierno, viene regulada en los distintos ámbitos de negociación y en la normativa e instrucciones que de ellos se deriva. Así, las Comisiones en las que participan los Sindicatos en el HGU son:

- Comité de Seguridad y Salud
- Comisión de Traslados por Motivos de Salud
- Comisión de Movilidad interna Permanente y Temporal
- Comisión de Promoción Interna
- Comisión de Euskera
- Comisión de Contratación Temporal
- Comisión de Formación
- Comités de Evaluación del Desarrollo Profesional

Fig. 22. Canales de comunicación del HGU

| Tipo comunicación | Canal Comunicación | Elementos comunicación |
|-------------------|--------------------|---|
| FORMAL | Descendente | Consejo de Dirección-Consejo Técnico Reuniones Plan Gestión Anual Reuniones Contrato Programa Reuniones Informativas Generales Reuniones representantes de los trabajadores Tablones anuncios: Dirección Personal/ Docencia/ Salón de Actos Intranet Correo electrónico corporativo Carpeta de Acogida al trabajador y manual de acogida Sesión anual de Reconocimientos Revista Reuniones, visitas a Unidades y Servicios Memoria Científica Folleto de resultados Página web Boletín OSPIPRESS Boletín ZUZENEAN Campañas puntuales: P. Estratégico, Hospital sin humos, Gripe A... Informes de resultados de encuestas Información impresa: carteles, folletos y guías |
| | Ascendente | Consejo Técnico Encuestas de satisfacción personas y de liderazgo Reuniones con Unidades, reuniones específicas personas, grupos Reunión personal acogida Comunicación directa con mando intermedio-colaborador Buzón de sugerencias Equipos de procesos Reunión de mandos intermedios/líderes y gestores con el E.D |
| | Horizontal | Comisiones Trabajo en grupos y equipos de mejora Protocolos-Procedimientos y Guías Clínicas Sesiones clínicas y técnicas Equipo de procesos Reuniones con líderes para elaboración Planes de Gestión por Servicio |
| INFORMAL | Bidireccional | Reconocimientos verbales Lunch fin de año Correo electrónico, mensajería instantánea Comunicación soporte papel |

Independientemente de los cauces de participación de que disponen los/as trabajadores/as a través de sus representantes nuestro Modelo de Gestión tiene implícita la necesidad de una comunicación interna fluida, abierta, accesible y dinámica entre todas las personas de la Organización, siendo la comunicación un elemento fundamental para lograr la identificación de los/las profesionales con el Proyecto del Hospital facilitando la implicación y participación de éstas en la Gestión y conocimiento de la Misión, Visión y Valores y en la mejora del empowerment.

En la actualidad, la gestión de la comunicación del HGU se realiza a través del Subproceso de Comunicación, enmarcado en el PR estratégico de Gestión de las Personas, dotándolo de recursos humanos específicos. Las fuentes de información para la detección de las necesidades de comunicación son: la ESP, encuesta de liderazgo, encuesta de la intranet, revista... reuniones de trabajo, auditorías, autoevaluaciones y evaluaciones externas, los Equipos de Trabajo y de Proceso, los contrastes del EMP, el Grupo de Comunicación, sugerencias, así como la visita de los miembros del ED a las Unidades y Servicios.

El ED es el responsable último de la gestión de la comunicación en sus respectivas áreas, siendo los diferentes líderes quienes hacen de transmisores de gran parte de la comunicación tanto ascendente como descendente. La revisión de la efectividad de la comunicación se mide con la ESP donde la accesibilidad del ED, es el segundo ítem mejor valorado en la evaluación del liderazgo, con un 7,35 sobre 10.

En el HGU distinguimos dos tipos de comunicación:

- **Comunicación Formal:** Está estructurada y determinados los canales de comunicación. Se desarrolla a través de las reuniones de equipos de proceso, equipos de mejora, comisiones, sesiones clínicas, talleres de creatividad, etc. Asimismo, se utilizan las Memorias, Revista Galdakao, Boletín Ospipress de procesos asistenciales, Boletín electrónico quincenal Zuzenean, correo electrónico, la Intranet y los sistemas Aldabide y Gizabide como mecanismos formales de comunicación.
- **Comunicación Informal:** No está estructurada y se desarrolla en el ámbito de la actividad diaria y en los espacios habilitados por el ED: celebraciones de Navidad, actos sociales, etc.

En 2005 tras constituir un grupo de mejora específico y crear un procedimiento de actuación, el HGU implantó un buzón de sugerencias, como herramienta para comunicarse con la Dirección. Así, se implantó el nuevo sistema de recogida de sugerencias que consta de siete unidades ubicadas en lugares estratégicos del Centro. Su creación fue difundida con presentaciones públicas y con remisión a todas las personas del procedimiento a seguir para realizar una sugerencia así como el proceso posterior que la misma seguiría para su aceptación e implantación. Este buzón se ha consolidado como un canal de comunicación entre los/as empleados/as y la Dirección.

Fig. 23. Buzón de sugerencias

| | 2008 | 2009 | % |
|--|------------|------------|-------------|
| Admitidas a trámite | 133 | 119 | 90% |
| No admitidas (anónima, otros) | 12 | 15 | 10% |
| Total | 145 | 134 | 100% |
| Acceptadas por E.D. (de las contestadas) | 59 | 72 | 51,98% |
| Implantadas (de las aceptadas) | 55 | 51 | 38,93% |

| Sugerencias implantadas por área temática (años 2008-2009) | Total |
|--|------------|
| Mejora de la gestión de las personas / clientes | 26 |
| Mejora de la gestión de los servicios / unidades | 28 |
| Mejora del medio ambiente / infraestructuras | 52 |
| Total | 106 |

4.5 Vínculo entre la retribución de los miembros del máximo órgano de gobierno, altos directivos y ejecutivos (incluidos los acuerdos de abandono del cargo) y el desempeño de la organización (incluyendo su desempeño social y ambiental)

Las retribuciones del Personal Directivo de Osakidetza se fijan por el Consejo de Administración del Ente, tomando como base lo establecido para todo el Gobierno por el Consejo del Gobierno Vasco.

Están expresamente prohibidos en la Administración Pública, los contratos blindados y las indemnizaciones-cesantías al dejar el puesto de alto cargo.

4.6 Procedimientos implantados para evitar conflictos de intereses en el máximo órgano de gobierno

Basamos nuestra actuación en materia de buen gobierno y transparencia en el ámbito de gestión en los siguientes pilares fundamentales:

- **Ley de Principios Ordenadores de la Hacienda General del País Vasco (Ley 8/1997 de 11 de Noviembre)**

En ella se establecen las directrices para el adecuado ejercicio y financiación de las competencias del Gobierno de acuerdo con lo establecido en el título III del Estatuto de Autonomía de la CAPV.

- **Ley de Presupuestos anual:** En las que se establece el nivel de ingresos y gastos para Osakidetza y cada una de sus Organizaciones de Servicios, así como las Inversiones autorizadas.

- **Regulación de la declaración y registro de las actividades y de los derechos y bienes patrimoniales de, entre otros, los directivos de los Entes Públicos de Derecho Privado como OSAKIDETZA (Decreto 129/1992 de 23 de febrero)**

Establece mecanismos adicionales de control y garantía de la dedicación, objetividad e imparcialidad en el desarrollo de sus funciones públicas por parte de los altos cargos de, entre otros, OSAKIDETZA. Dichos mecanismos se concretan en su declaración de actividades tanto en el sector público como en el privado así como de la titularidad de bienes y derechos, todo ello al momento de acceder al cargo. Lo declarado se inscribirá en el Registro creado al efecto.

- **Decreto 255/1997 del 11 de noviembre. Estatutos Sociales del Ente Público de Derecho Privado Osakidetza**

Que en su disposición adicional 3ª establece que el control económico financiero permanente sobre la actividad del EPDP Osakidetza se llevará a cabo de conformidad con el art. 12 del decreto 464/1995 de 31 de Octubre por el que se desarrolla el ejercicio del control económico interno y la contabilidad en la Comunidad Autónoma del País Vasco.

- **Ley de creación del Tribunal Vasco de Cuentas Públicas (Ley 1/1988 de 5 de Febrero)**

Actúa a iniciativa del Pleno del Parlamento Vasco y de él mismo a través de su programa anual de trabajo aprobado por el mismo Tribunal.

Ejerce sus funciones por delegación del Parlamento. Tiene carácter de supremo órgano fiscalizador de las actividades económicas financieras y contable del Sector Público Vasco tanto de Ingresos como de Gastos. En él se incluye Osakidetza. Está facultado para:

- Acceder a todos los expedientes y documentos, datos, antecedentes e informes relativos a la gestión del Sector Público.
- Efectuar las comprobaciones que considere necesarias en relación con las existencias en metálico, valores, mercancías, etc.

Sus informes son puestos en conocimiento del Parlamento y del Gobierno, siendo publicadas sus conclusiones en los Boletines Oficiales correspondientes en el plazo de dos meses (Boletín Oficial de País Vasco en el caso de Osakidetza). Debe pronunciarse sobre el cumplimiento de la legislación vigente en la gestión de los fondos públicos y la racionalidad de la ejecución de los gastos públicos basados en criterio de economía y eficacia.

- **Ley de Contratos del sector Público (Ley 30/2007 de 30 de Octubre)**

Que adecúa la normativa estatal a la normativa comunitaria en cuanto a la contratación de obras, suministros y servicios.

- **Ley del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud (Ley 55/2003, de 16 de Diciembre)**, en cuanto fija las formas de provisión y selección del personal así como sus situaciones administrativas y fórmulas de vinculación.

- **Acuerdo regulador de las condiciones de trabajo del personal de Osakidetza para los años 2007, 2008 y 2009, aprobado por Decreto 235/2007, de 18 de Diciembre**, donde se expresan las citadas condiciones de trabajo, tanto las que se derivan de una normativa superior como de los acuerdos alcanzados con la representación sindical.

- **Acuerdo de 29 de mayo de 2008, del Consejo de Administración del Ente Público Osakidetza, de adecuación del Acuerdo del 26 de enero de 2004**, sobre regulación del sistema de incorporación del personal estatutario temporal en las Organizaciones de Servicios Sanitarias del Ente, para la elaboración de listas de contratación temporal diferenciando entre vinculaciones de larga y corta duración.

- **Ley de Incompatibilidades del personal al servicio de la Administración Pública (Ley 53/1984, de 26 de Diciembre)**, con una especial incidencia en el personal sanitario, dado su perfil profesional, tanto para la actividad pública como privada.

- **Ley de Protección de datos de carácter personal (Ley 15/1999, de 13 de Diciembre)**, con especial incidencia en razón a los datos que se manejan en la Administración Sanitaria, datos de salud especialmente protegidos.

4.7

Procedimiento de determinación de la capacitación y experiencia exigible a los miembros del más alto órgano de gobierno para poder guiar la estrategia de la organización en los aspectos sociales, ambientales y económicos

Conforme se establece en el Decreto 194/1996, de 23 de Julio, sobre estructura organizativa de los recursos adscritos a Osakidetza para la atención especializada y en la Ley 8/1997, de Ordenación Sanitaria de Euskadi, los miembros del Comité de Dirección del HGU para acceder a esta condición han superado un proceso previo de selección mediante convocatoria pública en el BOPV en la que se expresan los requisitos de capacidad y experiencia profesional, pudiendo haber accedido a dicha condición personas sin vinculación previa con la Administración Pública.

Así mismo y tal y como se establece en la norma, todos ellos ostentan titulación universitaria y han acreditado capacidad y experiencia suficiente para el cargo. Igualmente, los miembros del Consejo de Dirección, que no son miembros del Equipo Directivo, son elegidos por su prestigio y experiencia profesional.

4.8 Declaraciones de misión y valores desarrolladas internamente, códigos de conducta y principios relevantes para el desempeño económico, ambiental y social, y el estado de su implementación

Nuestra Misión como organización sanitaria, tiene un componente social indiscutible; la mejora de la salud de la población a la que da servicio es, sin duda, un aspecto básico en la sociedad actual y futura.

El HGU definió su primera Misión y Visión durante la Reflexión Estratégica que dio lugar al primer Plan Estratégico vigente durante los años 1995-1998. Posteriormente, de manera sistemática, al principio de cada nueva Reflexión Estratégica, se procede a la revisión de la Misión y Visión. En la última revisión de 2005 se procedió a la modificación de la Misión, con el fin de simplificarla y mejorar la capacidad de comunicación. En esta definición participaron 40 líderes del HGU.

Misión

El Hospital Galdakao-Usansolo es un hospital general de agudos público, perteneciente a la Red de Osakidetza - Servicio Vasco de Salud, que tiene por misión la prestación de asistencia sanitaria especializada para satisfacer las necesidades de salud de los ciudadanos/as de su área de referencia, con equidad, calidad y eficiencia. Para conseguirlo asumimos:

- La consecución de los recursos necesarios para la prestación de dichos servicios.
- La atención a los ciudadanos de forma coordinada con Atención Primaria y el resto de la Red de Osakidetza.
- El desarrollo de la docencia e investigación en el ámbito sanitario que permita la mejora continua de la prestación del servicio.
- La satisfacción e integración de todas las personas que componen nuestra organización.
- El respeto por un impacto social y medioambiental positivo en la comunidad.

Visión

El Hospital Galdakao-Usansolo será reconocido como el hospital líder de Osakidetza en la calidad de la prestación de los servicios para la satisfacción de las necesidades de salud de los ciudadanos/as, en su labor docente y en su labor investigadora. Para lograr este nivel de actuación apoyará su funcionamiento en un sistema de gestión basado en los principios de la calidad total.

Como se puede ver la Misión recoge dentro de su enunciado el prestar asistencia sanitaria con "equidad, calidad y eficiencia", además, nuestros clientes encuentran sus derechos garantizados a través del Decreto 175/1989 "Derechos y Obligaciones de los pacientes". Por otra parte, nuestros/as profesionales sanitarios están sujetos a los códigos deontológicos de sus respectivos Colegios Profesionales.

Otro de los aspectos recogidos en la Misión del HGU es "*El respeto por un impacto social y medioambiental positivo en la comunidad*" y una de las Líneas Estratégicas del PE 2005-2009 es el "*Impacto Social*" que recoge el lograr un "*impacto social positivo del HGU*" que pasa por conseguir "*Una adecuada gestión medioambiental que minimize el impacto de su actividad en su zona*".

Con el fin de seguir garantizando en el futuro la satisfacción de nuestros clientes, y de asumir nuestra responsabilidad con el entorno, somos conscientes que debemos compatibilizar el desarrollo económico y la protección al medio ambiente. Por ello, el HGU tiene definida una Política Medioambiental en la que asumimos el compromiso de mejora continua y de prevención de la contaminación, así como el compromiso de adecuación a la legislación medioambiental aplicable, y nos hemos comprometido a incorporar el medio ambiente en la gestión diaria de nuestra organización, mejorando día a día nuestro comportamiento medioambiental.

En la actividad diaria del Centro se consumen recursos naturales, se producen residuos, emisiones, vertidos, es decir, que se generan impactos al medio ambiente, por lo que hemos identificado y evaluado nuestros principales aspectos medioambientales, promovemos la sensibilización de las personas e impartimos la formación necesaria para reflejar nuestro compromiso.

Lograr la mejora ambiental continua, más allá del cumplimiento de la legislación medioambiental, es uno de nuestros retos para lo cual definimos y revisamos anualmente objetivos, metas, programas medioambientales y programas de adecuación legal para reducir los principales aspectos. Con el objetivo de alcanzar la meta que nos hemos marcado el HGU comenzó a trabajar en el año 2003 con la norma Ekoscan, sistema certificable de Gestión de la Mejora Ambiental dependiente de IHOBE (Sociedad Pública de Gestión Ambiental) consiguiéndose el año 2005 la certificación bajo esta norma. Siguiendo este camino el año 2009 nuestro Sistema de Gestión Medio Ambiental ha sido certificado con la Norma ISO 14001.

Igualmente tenemos identificado como uno de nuestros Valores en los que apoyaremos nuestro servicio la "*Profesionalidad Ética*". El HGU cuenta con un Comité de Ética Asistencial, acreditado desde el año 1998, y la mayoría de sus componentes, son Magíster o Expertos en Bioética. Tanto los profesionales como los pacientes y/o familiares pueden dirigirse al mismo para solicitar asesoramiento

para resolver los conflictos morales que puedan surgir en la práctica clínica. En los últimos años el Comité viene planificando diferentes sesiones informativo-formativas para todas las personas de la Organización en las que se tratan temas como: el Encarnizamiento Terapéutico, la Ley de Autonomía del Paciente, etc.

La recientemente aprobada Ley del Estatuto Básico del Empleado Público, establece dentro de su apartado de deberes de los Empleados/as Públicos, los principios con arreglo a los que han de prestar su servicio nuestros profesionales: objetividad, integridad, neutralidad, responsabilidad, imparcialidad, confidencialidad, dedicación al servicio público, transparencia, ejemplaridad, austeridad, accesibilidad, eficacia, honradez, promoción del entorno cultural y medioambiental y respeto a la igualdad entre mujeres y hombres. Estos principios, inspiran el Código de Conducta de los empleados públicos configurado por principios éticos y de conducta que son la base de actuación de nuestros profesionales.

4.9 Procedimientos del máximo órgano de gobierno para supervisar la identificación y gestión, por parte de la organización, del desempeño económico, ambiental y social, incluidos riesgos y oportunidades relacionadas, así como la adherencia o cumplimiento de los estándares acordados a nivel internacional, códigos de conducta y principios

El Director Gerente, con la colaboración del resto del Equipo Directivo, desempeña la función de dirección del HGU, lo que incluye la gestión de las políticas económicas, ambientales y sociales que se adopten en el Hospital.

El HGU tiene diseñados e implantados diversos mecanismos para supervisar el grado de cumplimiento de los Objetivos Estratégicos y los Planes de Gestión:

- **Mensual:** Se revisa, y ajusta si procede, el grado de cumplimiento de los objetivos asistenciales y los indicadores económicos.
- **Trimestral:** Se revisa toda la información relevante aportada por las distintas fuentes de información identificadas, para ver la conveniencia de modificar la P&E.
- **Semestral:** Se revisa, y ajusta si procede, el grado de cumplimiento de la totalidad de los objetivos estratégicos.
- **Anual:** El ED revisa el grado de cumplimiento de los objetivos del PG, incorporando la información obtenida fruto del resultado de las mediciones realizadas en los planes de gestión de los procesos y los indicadores de rendimiento.

La Gestión económica se audita anualmente por el Tribunal Vasco de Cuentas Públicas, la Intervención delegada de la Hacienda del Gobierno Vasco y por Osakidetza a tra-

vés de una figura de auditoría independiente.

La Política Económica y de Personal también es revisada anualmente con la Evaluación Externa a la que son sometidos los PR Recursos Humanos y PR Económico Financiero para conseguir la renovación de la Certificación según la Norma ISO 9001:2000.

La Política Medioambiental se revisa con la Auditoría Externa que se realiza anualmente para conseguir la recertificación de la Norma Ekoscan hasta el año 2008 y por la Auditoría Externa realizada el año 2009 para conseguir la Certificación según Norma ISO 14001.

4.10 Procedimientos para evaluar el desempeño propio del más alto órgano de gobierno, en especial con respecto al desempeño económico, ambiental y social

El Equipo Directivo del HGU trimestralmente tiene reuniones de Control de Gestión con la Dirección de Osakidetza a través de las cuales se evalúa su desempeño en los ámbitos económico, ambiental y social.

4.11 Descripción de cómo la organización ha adoptado un planteamiento o principio de precaución

El HGU, dada las características del sector sanitario en el que trabaja, dispone de diversos mecanismos para minimizar los riesgos para el desarrollo o la introducción de nuevos productos.

Cualquier producto farmacéutico o material sanitario previamente a su comercialización y uso asistencial debe contar con la autorización pertinente.

Previamente a dar la autorización, para la introducción de un nuevo fármaco en el Hospital, éste debe contar con el visto bueno de la Comisión de Farmacia, que evalúa conforme a la bibliografía médica los beneficios, efectos secundarios, contraindicaciones y coste del nuevo producto.

Los nuevos materiales sanitarios todos disponen del marcado CE y de una ficha de seguridad del producto.

La seguridad física de las instalaciones, equipos y personas que están en el Hospital la aseguramos con los diferentes equipos coordinados por el Comité de Autoprotección, en los que también se integra el personal de la empresa externa de vigilancia y seguridad, y la colaboración del Comité de Seguridad y Salud. Estos equipos son los responsables de protocolizar, hacer el seguimiento y adoptar las medidas necesarias para afrontar las posibles incidencias.

El impacto que pudiera darse relacionado con la alimentación de los pacientes hospitalizados, se gestiona a tra-

vés del proceso de Alimentación, que desde el año 2005 está certificado con la Norma ISO. Asimismo, la cafetería del hospital, gestionada por una empresa externa, ha sido el primer establecimiento hostelero de un hospital público estatal en certificarse con la Norma ISO:9001, contando con el apoyo del HGU en este proceso.

Previa a la implantación de cualquier mejora en un proceso que conlleve un cambio en las actividades que se realizan, el gestor del proceso se encarga de comunicar dichos cambios a las personas afectadas. Asimismo, en el caso de que la mejora introducida conlleve necesidades de formación para las personas afectadas por la actividad, ésta se planifica y ejecuta con el fin de que dispongan de los conocimientos necesarios para poner en práctica la mejora. Igualmente ante la implantación de mejoras se realizan pruebas piloto para garantizar que los cambios introducidos alcanzan los resultados previstos.

4.12 Principios o programas sociales, ambientales y económicos desarrollados externamente, así como cualquier otra iniciativa que la organización suscriba o apruebe

El compromiso del Hospital con la solidaridad ante situaciones desfavorecidas ha originado que, desde el año 1994, se hayan realizado diversas donaciones de material sanitario a diversas ONGs. **Fig. 24.**

Nuestro compromiso con estas organizaciones va más allá de la donación de material, puesto que el HGU colabora también con la concesión de permisos retribuidos a personal sanitario para acudir a diversos países del mundo (Bolivia, Honduras) a colaborar in situ con las ONGs. Así, desde el año 2002, el HGU favorece estas iniciativas de sus profesionales sanitarios ampliando la cobertura recogida en el Acuerdo de condiciones de trabajo hasta un

Fig. 24. Donaciones a ONGs

| Año | ONG/Fundación | Destino | Donación |
|-------------|--------------------|-------------|----------------------|
| 1994 - 1999 | Particular | Cuba | Material Sanitario |
| 2001 | ONG El Negrito | Honduras | Material Sanitario |
| 2002 | FUDEN | Nicaragua | Material Sanitario |
| 2003 | BELEUS | Bielorrusia | Material Sanitario |
| 2004 | BELEUS | Bielorrusia | Material Sanitario |
| | SERSO Euskalherria | Honduras | Material Sanitario |
| | Guraso Elkarte | Barakaldo | Material Informático |
| 2005 | BELEUS | Bielorrusia | Material Sanitario |
| | ONG Zarrían Barri | Irak | Material Sanitario |
| 2006 | Médicos del mundo | Cuba | Material Sanitario |
| | DOA | Guatemala | Material Sanitario |
| 2007 | DOA | Guatemala | Material Sanitario |
| | Médicos del mundo | Cuba | Material Sanitario |
| 2008 | Herría | Sahara | Material Sanitario |
| | Médicos del mundo | Cuba | Material Sanitario |
| | DOA | Guatemala | Material Sanitario |
| | IES Eskurtze BHI | Bilbao | Material Sanitario |
| 2009 | DOA | Guatemala | Material Sanitario |
| | UPV | Leioa | Material Sanitario |

máximo de 15 días/año compartiendo con ello el esfuerzo realizado por los trabajadores. Ver **Fig. 25.** El coste de la participación de nuestros profesionales en programas de cooperación con ONGs mediante la realización de actividad médico-quirúrgica y de apoyo a la misma, supuso en el año 2009 la cantidad de 15.020,02 €. El HGU colabora, así mismo, con diversas fundaciones y asociaciones, como se recoge en **Fig. 26.**

Por otra parte, el HGU está colaborando con las Instituciones Locales de nuestro entorno en el desarrollo de la Agenda Local 21, que es un compromiso de actuar hacia

la mejora ambiental continua del municipio que se manifiesta a través de la elaboración de un Plan de Acción Local, determinando unos objetivos y estrategias comunes en las políticas municipales.

Fig. 25. Asistencia a ONGs

| Año | Personal |
|------|-------------------------------|
| 2007 | 6 Facultativos - 5 Enfermeras |
| 2008 | 6 Facultativos - 5 Enfermeras |
| 2009 | 7 Facultativos - 3 Enfermeras |

Fig. 26. Colaboración con entidades del entorno

| Servicio/Unidad | Colaboración | Fundación / ONG / Org. | Año |
|------------------------|---|--|----------------|
| Líderes de la UMC | Colaboración en la revista de la Fundación Novia Salcedo | FNS | 2005 |
| Gerencia / Líderes UMC | Jornadas de puertas abiertas para los Becarios/as de Euskalit | Euskalit | 2007 |
| Líderes asistenciales | Estancia de aprendizaje de médicos y enfermeras kurdos, mejicanos, irakies y chilenos | Gobiernos: Kurdistan, Méjico, Irak y Chile | 2004-2006 |
| Líderes HGU | Colaboración en la revista de la DYA | DYA | 2002 |
| Líderes HGU | Cesión de material sanitario cuando se celebra en la Comarca Interior la Ibilaldia (fiesta de las ikastolas de Bizkaia) | Ibilaldia | 2002 |
| Gerencia / Líderes HGU | Colaboración en los actos sociales con material sanitario en las Fiestas de Amurrio | Ayuntamiento de Amurrio | 2000 |
| Líderes HGU | Colaboración mediante charlas y conferencias a distintas asociaciones de enfermos | ALCER, ACABE, T4, Fundación Etorkintza, Fundación Gizakia, Asociación vasca de Drogodependencias, Psikolan, etc. | 2000-2004 |
| Gerencia | Colaboración en la edición anual en pro del euskera | KORRIKA | Todos los años |
| Líderes HGU | Educación en salud a la población, colaborando con la EITB y determinadas emisoras de radio | EITB | Todos los años |
| Líder UMC | World Café de RSC | EITB | 2009 |
| Líderes de Enfermería | Sesiones de enfermería | Academia de las Ciencias de Enfermería | 2008-2009 |
| Líderes HGU | Colaboración cesión de material de la prueba Atletismo | Club de Atletismo de Galdakao | Todos los años |
| Líderes ED | Jornadas de puertas abiertas con Ayuntamientos de la Comarca Interior | Ayuntamientos de Comarca Interior | 2009 |
| Líderes HGU | Jornadas de puertas abiertas con centros escolares | Centros escolares de Comarca Interior | 2010 |

4.13 Principales sociedades a las que se pertenece (tales como asociaciones sectoriales), y/o entes nacionales e internacionales a las que la organización apoya

El HGU como hospital de la Red Sanitaria Pública Vasca es una organización de servicios perteneciente a Osakidetza.

El HGU forma parte a nivel nacional del Grupo Oligoposonio, grupo formado por 12 hospitales de prestigio del estado y cuya Misión es "Ser un grupo de hospitales que busca la mejora de nuestras organizaciones, compartiendo información y estableciendo comparaciones entre nosotros".

El Grupo Oligoposonio tiene una alianza con la Asociación de Hospitales Públicos de Francia.

El Hospital colabora con Euskalit, Fundación Vasca para el Fomento de la Calidad, esta colaboración se traduce, aparte de ser socio, en la participación de diversas personas del Hospital en el Club de Evaluadores de Euskalit y en su colaboración desinteresada para realizar la Evaluaciones Externas del Modelo EFQM que realiza Euskalit, actualmente son 9 las personas del HGU que participan en Evaluaciones Externas. También colaboramos en la formación e inserción laboral de sus becarios.

Otra organización con la que colaboramos y tenemos proyectos conjuntos es Bioef, Fundación Vasca de Innovación/Investigación Sanitaria. Fruto de esta colaboración son los datos reflejados en los cuadros siguientes:

Fig. 27. Becarios/as

| | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 |
|--------------------------|----------|----------|----------|----------|
| BIOEF | 3 | 2 | 3 | 2 |
| F. Euskalit/ F.N.Salcedo | 3 | 3 | 2 | 3 |
| Total | 6 | 5 | 5 | 5 |

| | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 |
|---|------|------|------|------|
| BIOEF (subvención para sustitución de la dedicación a la investigación) | 2 | 2 | | 2 |

Fig. 28. Proyectos de investigación

| | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 |
|----------------------------|------|------|------|------|------|------|
| Ensayos clínicos | 25 | 27 | 34 | 33 | 35 | 46 |
| Proyectos de investigación | 9 | 12 | 20 | 31 | 32 | 27 |

A nivel individual, nuestros facultativos pertenecen a múltiples asociaciones profesionales nacionales e internacionales de su especialidad médica.

En el apartado 4.12 se mencionan distintas organizaciones y ONGs a las que pertenecemos o apoyamos.

4.14 Relación de grupos de interés que la organización ha incluido

En el apartado 3.5 se recoge la relación de nuestros grupos de interés.

4.15 Base para la identificación y selección de los grupos de interés con los que la organización se compromete

La recogida de información, junto con el análisis de necesidades y expectativas relevantes de los grupos de interés, constituye la base del imprescindible conocimiento de la situación del negocio para definir, desarrollar, revisar y actualizar nuestra P&E.

La sistemática de recogida y análisis de la información de los grupos de interés se realiza de forma sistemática para cada uno de ellos.

1.- Clientes

Entendemos como tales, pacientes, personas allegadas y la ciudadanía en general, como receptores de nuestra principal actividad, que tal como viene reflejado en la "Misión" es "la prestación de asistencia sanitaria especializada para satisfacer las necesidades de salud de los ciudadanos, con equidad, calidad y eficiencia".

Para conocer las expectativas de los clientes utilizamos diferentes mecanismos:

- **Encuestas de Satisfacción:** Se realizan anualmente desde el año 1994 a los pacientes hospitalizados. Progresivamente se han ido desplegando dichas encuestas sobre todos nuestros procesos más relevantes, es decir, a nuestros pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias, en nuestras consultas año 2000, en la Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) año 2001, en el año 2002 incluimos la opinión de los usuarios en el Servicio de Hospitalización a Domicilio y en el año 2003 la de los pacientes ingresados en la Unidad de Psiquiatría. El HGU considera como cliente satisfecho las valoraciones excelentes, muy buenas y buenas.
- **Quejas y Reclamaciones:** El Servicio de Atención al Paciente recoge en tiempo real la información sobre quejas, reclamaciones, así como felicitaciones y sugerencias. Sobre todas ellas se actúa de manera inmediata e informamos las personas interesadas. A partir del año 2001 se ha centralizado la información proveniente de los ambulatorios en los que prestamos servicios de atención especializada. En 2009, fruto de la verificación

GRI y la autoevaluación Best In Class, se implantaron buzones de sugerencias por distintos lugares del HGU.

- **Asociaciones de Usuarios:** Mantenemos contactos con representantes de diferentes asociaciones de usuarios/as, como personas con enfermedades renales, os-tomizados/as, diabéticos/as, etc., con el fin de determinar sus necesidades y expectativas como fuente de entrada para nuestra P&E.
- **Grupos Focales:** En el año 2009 se han puesto en marcha grupos focales con pacientes para, a través de ellos, identificar y conocer las expectativas que tienen puestas en el HGU y poder adelantarnos a ellas.
- **Mystery Shopper:** Asimismo, este mismo año hemos incorporado una experiencia de análisis, estandarizada en sectores de atención directa al público, pero pionera en nuestro sector, como es el "mystery shopper", o "cliente oculto", donde uno de los pacientes del Hospital evalúa el grado de atención recibida.

2.- Sistema Sanitario

- **Departamento Sanidad y Consumo:** El HGU pertenece desde su creación a Osakidetza. Ello conlleva que, tanto desde el Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco, como desde la propia Osakidetza, emanen una serie de directrices que sirven de fuente de información para la determinación de la P&E del HGU. Para la prestación del servicio se articula un Contrato Programa que representa en la actualidad el 98% de la actividad del hospital y el 98,5% de su financiación.

A través del Contrato-Programa se priorizan las actuaciones en línea con el Plan de Salud vigente y se determinan los objetivos y metas a alcanzar. Fruto del control y la revisión se detecta mejoras que se incorporan en el Contrato Programa del siguiente ejercicio. Así se han incorporado calidad en el tratamiento de la IRC, en el paciente con infarto, etc.

- **Osakidetza:** Nos marca pautas de actuación en ámbitos tan importantes como la gestión de RRHH, desarrollo de la actividad, inversiones, etc. Estas informaciones son una de las bases para la formulación de nuestra P&E. Su revisión conlleva a la introducción de mejoras como incremento de la actividad quirúrgica de tarde, o remodelación de las infraestructuras del Centro.
- **Atención Primaria:** La entrada de los pacientes en el sistema sanitario se realiza, en general, a través de la Atención Primaria de Ambulatorios y Centros de Salud. Necesitamos pues la información de las expectativas y necesidades de los sanitarios de Atención Primaria, para lo cual tenemos sistematizadas reuniones de trabajo. Como resultado de la evaluación externa de 2007 y de benchmarking con Organizaciones Excelentes, H. Zumarraga, y con el objetivo de ampliar nuestro conocimiento de las expectativas y necesidades de los facultativos de Atención Primaria, se ha realizado una en-

cuesta a los mismos. Fruto de esta colaboración ha sido la puesta en marcha del programa de telemedicina en Oftalmología en el 2006 y en Dermatología en 2009, y el proyecto PROMIC en atención a pacientes de Cardiología también en el 2009.

3.- Personas

Los profesionales del Centro constituyen el principal factor de éxito y, por lo tanto, es contemplado como un Grupo de Interés fundamental.

Para ello el HGU cuenta con diversas fuentes de información:

- **Encuestas de Satisfacción:** La primera encuesta se realizó en el año 1998, contando con el apoyo de una consultora externa. Desde entonces, la encuesta y la forma de llevarla a cabo, ha sido objeto de sucesivas revisiones. En 2003 se decidió incorporar el modelo diseñado por Osakidetza, lo cual nos permitía compararnos con el resto de Centros de la Red.

Partiendo de los resultados se han ido introduciendo numerosas mejoras en el campo de las personas, entre las que cabe destacar: Plan de comunicación interna, plan de formación continuada, impulso de los procesos de movilidad interna definitiva y temporal, convocatorias de Mandos Intermedios, etc, y desarrollo y mejora del protocolo de promoción interna, sistema de reconocimiento...

- **Comisiones Clínicas:** Se recoge información relativa a la actividad asistencial.
- **Equipo de Mejora de Personas (EMP):** En 2008, a raíz de los resultados de evaluación externa EFQM, se ha establecido un equipo específico para analizar y evaluar las acciones del plan de acción de Personas y emitir feedback al ED.
- **Buzón de Sugerencias:** Recoge las aportaciones e inquietudes de las personas.
- **Reuniones de Trabajo:** La periodicidad de las reuniones de los respectivos Directivos con personal de los estamentos correspondientes, permite al Equipo Directivo conocer de viva voz las necesidades, intereses, aportaciones y demandas de los diferentes profesionales del Hospital.
Asimismo, se mantienen reuniones periódicas con representantes de los/as trabajadores/as, con quienes se alcanzan diferentes acuerdos. También cabe destacar el impulso dado por el ED al Comité de Seguridad y Salud en los últimos años.
- **Equipos de Mejora:** Proponen soluciones o acciones dirigidas a mejorar el ámbito para el que han sido constituidos.
- **Grupos focales con personal del HGU:** Fruto de los resultados de la encuesta de satisfacción del 2008 y con el objetivo de obtener mayor información al respecto, se

han puesto en marcha en el primer semestre del 2009 la realización de 5 grupos focales a personas, segmentados por áreas y por categorías profesionales.

- **Equipos de reflexión evaluación EFQM:** Se ha implantado en 2009 y permite identificar áreas de mejora.

4.- Proveedores

Las alianzas que se establecen permiten alinear las necesidades de los proveedores con las del Hospital, estableciendo estrategias que resultan ventajosas para ambas partes.

Se realizan reuniones periódicas para buscar áreas de mejora, fruto de las cuales se han establecido protocolos de limpieza quirúrgica, evaluaciones/revisiones que realiza el Servicio de Medicina Preventiva e informes de evaluación y resultados, formación en prevención para las personas del servicio subcontratado de Limpieza. Para mejorar el conocimiento de las necesidades de este colectivo, desde 2008 se han sistematizado reuniones anuales con todos los Proveedores Claves en las que están presentes el DG y la DE. Asimismo, bienalmente, se mide de forma directa su grado de satisfacción.

5.- Sociedad

Con el fin de planificar nuestra estrategia en el ámbito de la sociedad, mantenemos reuniones periódicas con instituciones y organismos de nuestro entorno. Ello ha dado lugar a la inclusión en nuestros planes de acción de diferentes actuaciones, como la colaboración con el Ayuntamiento de Galdakao para la elaboración de su PE; acuerdos con Diputación para mejorar la accesibilidad, mejoras de la depuración de aguas residuales, etc.

Con el objetivo de mejorar la información que tenemos de nuestra Sociedad se han puesto en marcha durante el año 2009 unas jornadas de "puertas abiertas" en las que han sido invitados a participar representantes de los 32 principales ayuntamientos de nuestra Comarca, lo que nos ha permitido conocer directamente las necesidades y expectativas que tienen.

La revisión de la efectividad de las fuentes de información utilizadas para los diferentes grupos de interés se lleva a cabo a través del grado de consecución de los objetivos estratégicos y del cumplimiento del CP. Además, el ED realiza reuniones trimestrales específicas para analizar de manera sistemática todas las fuentes de información y ver de esta manera si tiene que modificar su PE.

4.16 Enfoques adoptados para la inclusión de los grupos de interés, incluidas la frecuencia de su participación por tipos y categorías de grupos de interés

Para disponer de una información relevante y completa de nuestros grupos de interés, disponemos de diferentes mecanismos: encuestas, grupos focales, benchmarking, su-

gerencias, quejas y reclamaciones, evaluaciones de resultados, reuniones individuales y de grupo, iniciativas y otros. La Fig. 20 de la página 23 se muestran las fuentes de información utilizadas, su periodicidad y el proceso responsable de su recogida y análisis.

4.17 Principales preocupaciones y aspectos de interés que hayan surgido a través de la participación de los grupos de interés y la forma en la que ha respondido la organización a los mismos en la elaboración de la memoria

Clientes

La información proveniente de los clientes a través de los resultados de las encuestas, las sugerencias, las autoevaluaciones EFQM, la realización de actividades de aprendizaje y mejores prácticas, así como mediante reuniones periódicas y programadas con asociaciones de usuarios/as, directivos de otros hospitales, etc., permite al ED identificar áreas de mejora y modificaciones en los procesos, así como la inclusión de nuevos servicios dirigidos hacia una mejora en la calidad asistencial, siendo recogidas en los planes estratégicos y de gestión. Fruto de esta colaboración con los Clientes se han introducido numerosas

Fig. 29. Mejoras aplicadas en relación al cliente

| FI/FA | Proceso | Año | Mejora Introducida | Beneficio |
|------------------------------------|---|--|--|-------------------------------------|
| Quejas y reclamaciones | HGU | 2005 | Ascensor en parking | Accesibilidad |
| | CCEE | 2006 | Ampliación de Consultas en el Valle de Ayala | Ampliación de cobertura asistencial |
| | | 2007 | Gestor de colas en Admisión de CCEE | Mejora del tiempo de espera |
| | HGU | 2008 | Coordinación con el Ayuntamiento/DFB en la mejora de la accesibilidad al centro | Accesibilidad vial |
| | | 2009 | Ampliación parking | Accesibilidad |
| | Baño asistido en hall | | Accesibilidad | |
| Buzón de sugerencias | HOS | 2009 | Implantación de dosificadores de jabón y papel secamanos en WC de pacientes | Confort |
| | REHA | 2009 | Mejora en la accesibilidad a los pacientes trasladados en ambulancia al servicio de Rehabilitación | Accesibilidad |
| | TTQ | 2009 | Envío SMS familiares ubicación del paciente intervenido | Información |
| Asociación | Servicio | Mejora Introducida | | Beneficio |
| AVET | Hematología | Descentralización a Atención Primaria de Terapia Anticoagulante Oral | | Accesibilidad |
| ALCER | Nefrología | Incorporación de Unidad de Hemodiálisis al proyecto de Gernikaldea | | Ampliación de la cobertura |
| LEVAR | M. Interna | Mejora de la accesibilidad en las consultas del ambulatorio de Basauri y de Durango | | Accesibilidad |
| ACABE/AVIFES | Psiquiatría | Gestión compartida del H. de Día de Gernika Libro divulgativo sobre la anorexia | | Coordinación y educación en salud |
| Itxarobide Elkartea - Asoc. VIH | Enf. Infecciosas | Sesiones informativas y línea directa con las asociaciones | | Educación en salud |
| AEEC | Ginecología | Participación de los líderes en seminarios organizados por la AEEC | | Educación en salud |
| Enf. Inflamatoria ACCU | Digestivo | Realización de consultas de 2ª opinión | | Accesibilidad |
| Asoc. Diabéticos | Endocrinología | Participación en las colonias para jóvenes diabéticos. Cursos de educación para diabéticos | | Educación en salud |
| Asoc. Donantes de Sangre | Hematología | Mejoras en el confort; televisión en la sala de extracción | | Confort |
| Asoc. Laringectomizados / Psicolan | ORL | Colaboración en su rehabilitación y reintegración social. Formación de logofoniatras | | Efectividad tratamiento |
| Testigos de Jehová | Anestesiología | Protocolo de cirugía sin sangre | | Bioética |
| Asoc. Mujeres Mastectomizadas | Ginecología | Sesiones informativas | | Educación en salud |
| AEHP | Neumología | Taller de Psicología de paciente de Hipertensión Pulmonar | | Educación en salud |
| Asoc. Fibromialgia Amurrio | Rehabilitación / Unidad del dolor / Psiquiatría | Protocolo de tratamiento integral | | Efectividad tratamiento |

mejoras en nuestra Organización, algunas de ellas se muestran en la **Fig. 29**.

Personas

La Misión y Visión del HGU, recoge como uno de sus más importantes enunciados la satisfacción e integración de todas las personas que componen nuestra Organización. El HGU utiliza las distintas fuentes de información descritas en el apartado 4.15 para detectar las necesidades de sus personas y a partir de ellas implantar mejoras. Del análisis de estas fuentes de información se han identificado cuatro dimensiones de actuación preferente en el ámbito de las personas:

- Formación
- Participación
- Comunicación
- Reconocimiento

Formación

El desarrollo del conocimiento de las personas, a través de su formación continua, constituye uno de los pilares claves para la consecución de la Misión del Hospital. El HGU cuenta entre sus Valores con “la profesionalidad ética”, considerando como base para la consecución de la eficacia y calidad, la mejora continua y permanente de las competencias profesionales.

La formación se desarrolla de manera continua, tanto de forma teórica como práctica, en el desempeño del pue-

to de trabajo. El despliegue de un programa propio de formación, la participación activa en la planificación de las actividades formativas que desde la Organización Central se ofertan a todos los centros de la Red y el establecimiento de procedimientos sistematizados que permiten identificar, desarrollar y mantener el conocimiento y capacidad de las personas de la Organización a través de la movilidad interna y la promoción profesional, son ejemplos de la implicación del HGU en el desarrollo integral de la personas que lo conforman.

La **Fig. 30** muestra alguna de las mejoras introducidas en el ámbito de la formación de las personas y los elementos de evaluación/fuentes de aprendizaje que se han tenido en cuenta para su implementación.

Participación

El HGU reconoce entre sus valores la “profesionalidad”, el “liderazgo compartido” y “la actitud innovadora” ya que la implicación, la asunción de responsabilidades por parte de todos/as, el trabajo en equipo y el intercambio de conocimientos es la base para la consecución de los objetivos del Centro. El hospital ha adquirido un compromiso con la gestión excelente, a través de la gestión por procesos, de la creación de grupos de mejora y de la creación de equipos de trabajo coyunturales, que se crean para el desarrollo de proyectos ó acciones de mejora específicas, los cuales se pueden derivar de los propios equipos establecidos ó bien de las acciones marcadas en los Planes de Gestión.

Fig. 30. Mejoras en la formación de las personas

| Año | Elementos de evaluación / fuentes de aprendizaje | Mejoras/Cambios Introducidos |
|-----------|--|---|
| 2001 | Evaluación ED | Formación a personal temporal (DUE y AE) |
| 2002 | Plan de Formación | Revisión y mejora de los protocolos de movilidad y de Promoción Interna |
| 2003 | Comisión de Formación Continuada | Extensión formación personal temporal TER/TEL |
| 2004 | Comisión seguimiento Movilidad y PI | Plan de Formación |
| | Encuestas de Satisfacción de las Personas | Creación Comisión de formación con dotación económica anual |
| 2005 | Comisión de seguimiento del Plan de euskera | Diagnóstico de necesidades de formación |
| 2006 | PG de los Servicios/Unidades y Procesos | 1º Programa formación propio del Hospital |
| | Certificados | Incremento y renovación de aulas de formación |
| | Líderes | Convocatoria Movilidad, de anual a semestral |
| | Personas | Mejoras en los protocolos de movilidad y PI |
| | | Extensión formación personal temporal Administrativo |
| 2007 | | Registro de la formación. Currículum Vitae |
| | | Certificación del Subproceso de Formación dentro del PR de RRHH |
| 2008 | | Criterios de selección de candidatos a actividades formativas |
| | | Cómputo de horas de formación como horas de trabajo conforme tipos de actividad formativa, favoreciendo con ello el acceso a las mismas |
| | | Encuesta de aplicabilidad. Evaluación de la eficiencia de la formación |
| | | Acogida a las personas. Inicio de plan de gestión por competencias a partir de 2009 |
| 2009/2010 | | Acceso al cuestionario de evaluación de la formación, a través de la Intranet |
| | | Detección necesidades a través de la plataforma valoración competencial |

En el HGU ha estado siempre presente la participación de las personas como un elemento motivador. Así, en la primera definición de la misión del Hospital, se reflejaba como objetivo concreto la implicación de las personas en un estilo de trabajo descentralizado, la participación en la gestión y la orientación a la mejora continua de los procesos de trabajo.

El HGU tiene establecidos diferentes mecanismos que favorecen la participación individual y el trabajo en equipo. La **Fig. 31** muestra alguna de las mejoras en la participación introducidas en el HGU y la fuente de aprendizaje que se ha utilizado para su detección.

Fig. 31. Mejoras en la participación

| Fuentes de aprendizaje | Mejoras introducidas | |
|---|---|-----------------------------------|
| | Participación | Delegación |
| 5 Encuestas de satisfacción de las personas | Procesos certificados Norma ISO | Responsables de Procesos |
| Reflexión y evaluación ED | Plan de Calidad | Responsables Servicios y Unidades |
| Revisión Memorias EFQM | Protocolo ICTUS | Consejo Técnico |
| Participación Grupo Oligoposonio | Protocolo Actuación Personas Agitadas | Componentes Comisiones |
| Autoevaluación EFQM | Diagnóstico Comunicación Interna | Componentes Grupos de Mejora |
| Plan Estratégico 2005-2009 | Comisión de Formación | Equipo de Mejora de Personas |
| Consultora Externa | Actividad docente en cursos de formación | |
| Auditoria Acreditación Docente | Nuevo procedimiento Revista "Galdakao" | |
| Sugerencias | Grupo protección agresiones al trabajador/a | |
| RSC | Grupo Comunicación | |
| Grupos Focales | Buzón Sugerencias | |
| | Auditorías internas ISO | |
| | Elecciones al Consejo Técnico | |
| | Redacción Memoria EFQM | |
| | Nuevo Plan de Comunicación Interna | |

| | Nº componentes |
|--|----------------|
| Procesos del HGU (18 procesos) | 149 |
| Equipos de mejora surgidos de los procesos | 76 |
| Otros grupos de mejora | 61 |
| Nº Total | 286 |
| Nº Personas que participan en más de un proceso o equipo de mejora | 53 |
| Total | 233 |

Comunicación

Nuestro Modelo de Gestión tiene implícita la necesidad de una comunicación interna fluida, abierta, accesible y dinámica entre todas las personas de la Organización, siendo la comunicación un elemento fundamental para lograr la identificación de los profesionales con el Proyecto del Hospital, facilitando la implicación y participación de éstas en la Gestión y conocimiento de la Misión, Visión y Valores y en la mejora del empowerment.

El HGU ha establecido diferentes mecanismos, que han sido revisados y mejorados a lo largo del tiempo, para identificar las necesidades de comunicación de las personas de la Organización. La **Fig. 32** muestra alguna de las mejoras introducidas en la gestión de la comunicación.

Reconocimiento

En consonancia con el objetivo estratégico de lograr la satisfacción e integración de las personas, el HGU ha puesto en marcha numerosos mecanismos que contribuyen al reconocimiento, la **Fig. 33** muestra alguno de los cambios introducidos en nuestro sistema de reconocimiento.

El ED y los líderes del HGU han identificado y sistematizado el reconocimiento a las personas de la Organización. Para ello, en 2005 se determinaron algunos de los elementos que iban a ser objeto de reconocimiento, y, dentro de ellos, los aspectos que daban oportunidad a las personas a ser reconocidas, así como el ámbito de aplicación en el interior del Hospital. Estos criterios se han revisado y se han introducido las mejoras que se han considerado oportunas. De esta forma, en 2007 se ha elaborado un Procedimiento de Reconocimiento y Recompensa integrado en el Proceso de Personas y RRHH, estableciéndose la bases de la gestión del reconocimiento y los criterios a tener en cuenta para su asignación.

Fig. 32. Mejoras en la comunicación

| Año | Evaluación/Aprendizaje | Cambios y actuaciones realizadas |
|-----------|---|---|
| 2005 | Evaluación ED Evaluación EFQM Encuesta de satisfacción Comisión de Formación | Difusión del PE y PG Remisión a domicilio a todos los trabajadores de tríptico PE Creación Grupo de Comunicación Implantación Buzón de Sugerencias Revisión proceso Revista "Galdakao" |
| 2006 | | Gestión de las sugerencias Presentación de PG anual Incremento presentaciones en número y días Presentación de Acciones correctoras tras ESP realizadas (2004-2006) |
| 2007 | | Reorganización de la Intranet Presentación resultados encuesta de satisfacción y áreas de mejora y PG Presentación Pública de resultados ejercicio anterior Correo electrónico para todos |
| 2008 | | Sistemática en la sesiones generales Página Web y mejora de la Intranet Inserción de contador en la Intranet Revisión manual acogida; PO y guía básica Boletín OSPIPRESS |
| 2009/2010 | | Revisión y mejora del Plan de Comunicación Boletín informativo mensual ZUZENEAN Nueva carpeta de acogida Acceso al correo electrónico desde fuera del HGU Figura del responsable del Área de Comunicación Interna PGA de Comunicación Correo de comunicación, del HGU |

Fig. 33. Mejoras en el sistema de reconocimiento

| Año | Elementos de evaluación / Fuentes de aprendizaje | Mejoras introducidas y Mantenidas |
|------|---|--|
| 2002 | Evaluación ED ARCTO | Reconocimiento personalizado por escrito a personal jubilado y/o más de 25 años servicio |
| 2003 | Resultados ESP | Bakida para los miembros de los Procesos certificados |
| 2004 | Plan de Comunicación Interna Evaluación EFQM | Reconocimiento público de los jubilados y 25 años de servicio Escritos de reconocimiento a todos los trabajadores a su marcha del Centro por su aportación al HGU |
| 2005 | Comisión Formación Continuada Consejo Técnico Proceso RRHH y Personas | Reconocimiento al mejor Servicio Financiación de gastos por formación externa Reconocimientos en la Revista "Galdakao" |
| 2006 | Autoevaluación de la Innovación EMP Consejo de Dirección Comité de Investigación | Incorporación del reconocimiento a la mejor sugerencia Reconocimientos por participación en las auditorías internas; 2 días de permiso Asignación niveles desarrollo profesional A1 |
| 2007 | | Procedimiento para gestión del Reconocimiento y la Recompensa Asignación niveles desarrollo profesional B1 |
| 2008 | | Revisión del Plan y Procedimiento para la gestión del Reconocimiento Reconocimiento al impulso a la innovación El Consejo Dirección en los reconocimientos |
| 2009 | | Asignación niveles desarrollo profesional todas las categorías Reconocimiento del HGU a la labor en Investigación Incorporación de un reconocimiento al mejor Residente Incorporación de un reconocimiento al servicio/persona con mayor implicación en Seguridad Clínica |

Sistema Sanitario

Fruto de la colaboración e identificación de las necesidades de las distintas Organizaciones del Sistema Sanitario

se han implantado numerosas mejoras. La **Fig. 34** muestra alguna de estas mejoras.

Fig 34. Mejoras implantadas en colaboración con otras organizaciones sanitarias

| Grupo Interés | Organización | Colaboraciones vigentes y revisadas |
|-------------------|--------------------------------------|---|
| Sistema sanitario | H. Basurto, H. Cruces | Derivación de pacientes que precisan de tratamientos no contemplados en nuestra cartera de servicios |
| | H. Gorliz, H. Santa Marina | Derivación de pacientes que precisan de cuidados paliativos, estabilización de procesos crónicos |
| | H. Gorliz | Derivación de pacientes que precisan rehabilitación |
| | H. Zaldivar, H. Bermeo | Derivación de pacientes psiquiátricos |
| | H. Cruces | Participación en el comité de Tumores de Neumología del H. Cruces de un facultativo de nuestro Centro Técnica del ganglio centinela |
| | H. Basurto | Participación en el comité de Tumores de Cabeza y cuello del HGU de un facultativo del H. Basurto |
| | Cruz Roja | Derivación pacientes de traumatología y cirugía general |
| | Sanatorio Bilbaino | Quirófanos de cirugía general y traumatología |
| | ICQO | Derivación pacientes oftalmología |
| | Atención Primaria | Retinógrafo Sintron y pruebas analíticas Formación a facultativos/as Traspaso del personal de enfermería Peticiónes e informes del laboratorio Continuidad de cuidados |
| | Bioef | Formación a becarios/as, Contratos a través de programas de investigación |
| | Oiker | Gestión del conocimiento en radiología |
| | Virgen Blanca | Derivación de pacientes que precisan de resonancia y colonoscopia |
| | Centro Ezkurdi | Derivación de pacientes que precisan ecografías |
| | Osatek | Derivación de pacientes ambulatorios que precisan de una resonancia Petición directa de resonancias de pacientes ingresados |
| | CVTH | Colaboración en banco de sangre y tejidos |
| | Unidad de emergencias de Osakidetza | Formación en emergencias sanitarias Helipuerto |
| | Servicios Centrales | Informática Inversiones estratégicas Biblioteca virtual Farmacovigilancia |
| | Dpto. Sanidad | Contrato Programa Ambulancias Centro de referencia para la Litotricia, Verteporfino, Lavado seminal Cápsula endoscópica para Bizkaia Fibrocoendoscopia |
| | Organización Nacional de Trasplantes | Autorización de extracción de órganos (Programa Nacional) |

Sociedad

La Misión del HGU recoge como finalidad “la prestación de asistencia sanitaria...” de los ciudadanos/as de su área de referencia” de igual manera recoge “el respeto por un impacto social y medioambiental positivo en la comunidad”.

De esta forma, nuestras actuaciones en este ámbito obedecen a retos estratégicos perfectamente planificados y

desplegados a través de la gestión por procesos. Nuestra actuación en la Sociedad se basa en alcanzar una imagen de prestigio, alcanzar el liderazgo en docencia y tener un impacto social positivo.

La **Fig. 35** recoge distintas mejoras implantadas fruto de alianzas con diferentes agentes sociales.

Fig. 35. Mejoras implantadas fruto de alianzas con agentes sociales

| Grupo Interés | Organización | Mejora |
|---------------|---|--|
| Sociedad | UPV | Formación en prácticas asistenciales MIR, PIR, FIR, enfermería (Desde 1984) Formación a los alumnos/as (Desde 1984) |
| | Novia Salcedo | Formación en prácticas (Desde 2003) |
| | Euskalit | Formación en prácticas para becarios (Desde 2002) Participación de evaluadores del HGU en las evaluaciones de Euskalit (Desde 1988) Consultoría y apoyo en Autoevaluación RSC y Autoevaluación Innovación (2009) |
| | Izaite | Autoevaluación RSC (2009) |
| | Ihobe | Certificación Ekoscan (2005) Consultoría (Desde 2005) |
| | Hospitales de otros países: Méjico, Colombia, Kurdistán, etc. | Formación en prácticas médicas a facultativos de las especialidades de Neurología, Cirugía General y Nefrología (Desde 1999) |
| | EITB | Colaboración en el World Café de RSC de EITB |

Proveedores

En 2006, desarrollando la estrategia de colaboración con los proveedores más allá del contrato, se definieron los proveedores clave en función del volumen de negocio, impacto en el paciente e implicación en la mejora continua.

A partir del año 2007 se han implantado un calendario de reuniones entre la Dirección del HGU y los proveedores claves. Un ejemplo del fruto de esta colaboración con los proveedores son las mejoras que aparecen en la Fig. 36.

Fig. 36. Mejoras en colaboración con proveedores

| Organización | Mejora | Valor para el HGU | Valor para la ORG | Evaluación | Responsble |
|--------------------|---|--|-----------------------------------|-----------------------------|---------------------------------|
| Proveedores | | | | | |
| Microsoft | Tele-trastornos de la alimentación (2009) | Servicio Excelente Continuidad asistencial | Marketing y programa prototipo | Realización del programa | Líder Proceso asistencial |
| Medicaltec | Programa informático para la realización de la Teledermatología y Quirófano inteligente (2009) | Servicio Excelente Continuidad asistencial | Marketing y programa prototipo | Realización del programa | Líder Proceso asistencial |
| DNV | Enfoque, revisión del sistema de calidad / auditorías (Desde 2003) | Mejora continua | Marketing y programa prototipo | Reuniones y auditorías | Líder UMC |
| UNI2, GIROA, GARDA | Participación activa en el proceso de medioambiente, gestión de residuos, seguridad... (Desde 2005) | Servicio Excelente Impacto Social | Mejora continua | Indicadores del proceso | Líderes procesos |



**Galdakao
Usansolo**
Ospitalea·Hospital

**Enfoque
de gestión e
indicadores
de desempeño**

5.1 Dimensión económica

En el Plan Estratégico 2005-2009 se definió como uno de los Valores del HGU el "Compromiso con la Gestión Excelente" que incluye "La gestión por procesos de todas nuestras actividades asegurando su coordinación y su mejora continua basándose en datos y evidencias contrastables".

Como ya ha quedado reseñado, la P&E y los objetivos estratégicos se despliegan a lo largo de la Organización a través de los procesos. Para ello se ha procedido a la identificación de los factores críticos de éxito. En la elaboración del último PE se identificaron las Líneas Estratégicas con los Factores Críticos de Éxito que partiendo de la Misión y los Valores iban a permitir al HGU alcanzar la Visión.

Con el fin de desplegar los objetivos a lo largo de la organización, se identifican cuales son los procesos que más contribuyen a la consecución de los objetivos a medio y largo plazo. Posteriormente, los equipos de procesos determinan las acciones a desarrollar para la consecución de dichos objetivos, volviendo la información al ED. De esta manera, la elaboración de la P&E se desarrolla en un ciclo bidireccional, de arriba abajo y de abajo a arriba, según muestra la **Fig. 37**.

Fig. 37. Despliegue de la PE

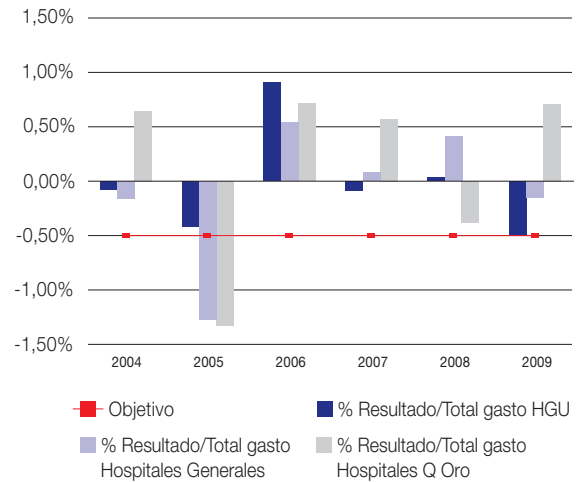


Desempeño económico

El Plan Estratégico 2005-2009 recoge como una de sus Líneas Estratégicas el "Equilibrio Económico" entendiendo por tal, la capacidad de obtener ingresos suficientes para atender la actividad requerida por los usuarios/as, con los medios adecuados y con la eficiencia que todo el servicio público requiere.

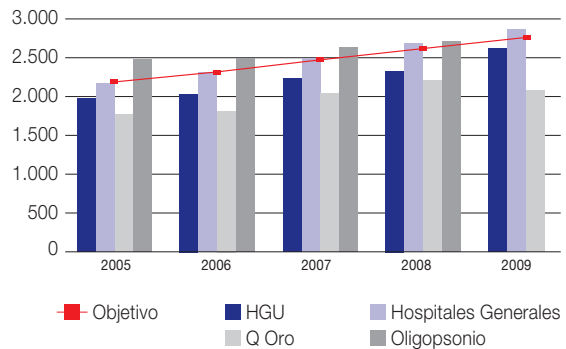
Nuestra gestión económica, por lo tanto, se basa en conseguir el equilibrio económico. Los siguientes indicadores presentan resultados económicos relacionados con la actividad y la prestación asistencial.

Fig. 38. Resultado económico



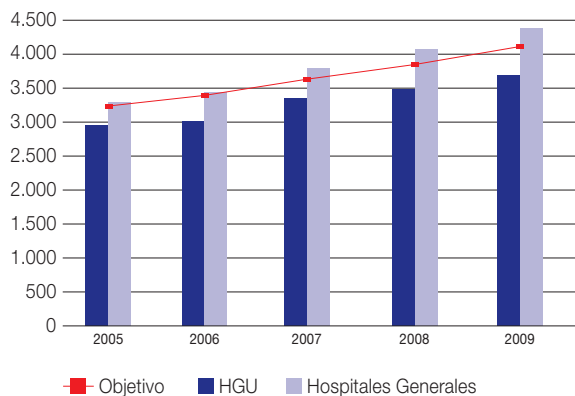
Resultado Económico: el indicador mide la evolución del resultado a lo largo del tiempo. El objetivo es el equilibrio económico, con un margen de desviación negativa, en ningún caso mayor al 0,5% del presupuesto de gastos. Los objetivos se cumplen y las comparaciones resultan favorables. Es consecuencia de la eficiencia alcanzada por el HGU en la prestación del servicio asistencial.

Fig. 39. Coste Peso



Coste por Peso: El peso es la unidad, según los GRDs, por la que se mide la complejidad de la patología atendida en el área de Hospitalización. El coste por peso nos permite valorar el coste de cada centro atendiendo el mismo nivel de complejidad, por lo tanto, nos permite medir y comparar la eficiencia de los Centros. Es un indicador muy importante de cara a la negociación del Contrato Programa, puesto que el precio por peso es la unidad de facturación de nuestros servicios de hospitalización y estos constituyen el 54% del total de nuestra facturación. Nuestros resultados han sido todos los años los mejores de los Hospitales Generales de Osakidetza, alcanzándose el objetivo marcado, siendo éste el estar siempre por debajo del precio anual marcado. Esto es el resultado de la eficiente gestión de los recursos y los procesos.

Fig. 40. Coste Alta



Coste Alta: El coste por alta nos indica lo que ha costado cada paciente dado de alta en el Hospital. Como se ve en la Fig. 40 se alcanzan los objetivos marcados y las comparaciones resultan favorables para el HGU.

Fig. 41. Cumplimiento del Contrato Programa

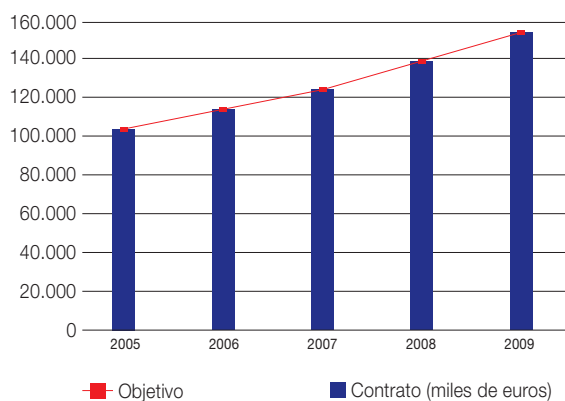


Fig. 44. Valor económico directo generado y distribuido

| Gastos e ingresos de explotación (Euros) | 2007 | 2008 | 2009 | Objetivo 2010 (V15) |
|--|--------------------|--------------------|--------------------|---------------------|
| Productos farmacéuticos | 14.863.112 | 16.243.232 | 17.996.237 | 19.849.209 |
| Material sanitario y otros materiales | 16.749.472 | 18.377.750 | 20.533.552 | 21.802.598 |
| Gastos externos | 7.724.775 | 8.187.819 | 8.711.635 | 9.298.899 |
| Otros gastos de explotación | 6.059.407 | 6.649.085 | 8.614.186 | 7.857.925 |
| Total gastos de funcionamiento | 45.396.765 | 49.457.887 | 55.855.610 | 58.808.631 |
| Total gastos de personal | 83.336.371 | 94.454.043 | 103.137.716 | 104.759.569 |
| Total gastos de explotación | 128.733.136 | 143.911.930 | 158.993.325 | 163.568.200 |
| Total ingresos de explotación | 127.254.086 | 142.870.528 | 158.993.325 | 163.568.200 |

* Nota: El objetivo de gasto 2010 se presenta ya minorado en un importe de 994.717 euros, de acuerdo a lo establecido en el Plan de Racionalización del Gasto 2010.

Cumplimiento del Contrato Programa: El Contrato Programa es la principal fuente de financiación del HGU, el 98,5%. Por ello, conseguir facturar el total de lo firmado es vital para poder mantener el equilibrio económico del HGU. El objetivo marcado es cumplimentar el 100% de lo firmado en el CP. Los resultados son excelentes alcanzándose todos los años los objetivos marcados.

Presencia en el mercado

Nuestra razón de ser es contribuir al desarrollo y bienestar de la comunidad, a través, tal y como recoge la Misión, de "la prestación de asistencia sanitaria especializada para satisfacer las necesidades de salud de los ciudadanos/as de su área de referencia, con equidad, calidad y eficiencia".

Damos cobertura asistencial a la Comarca Interior de Bizkaia y al Valle de Ayala del Territorio Histórico de Araba, siendo el hospital de referencia para una población cercana a los 300.000 habitantes.

Impacto económico indirecto

Fig. 42. Inversiones

| Inversiones | 2007 | 2008 | 2009 |
|-------------|-----------|-----------|-----------|
| Euros | 9.280.488 | 8.415.558 | 4.691.814 |

*No se incluye Gernikaldea

Fig. 43. Compras a proveedores

| Evolución de compras directas a proveedores de la CAPV | 2007 | 2008 | 2009 |
|--|------------------|------------------|------------------|
| Compras | 3.560.388 | 3.066.639 | 2.920.009 |
| Inversiones | 579.976 | 1.040.207 | 408.342 |
| Total | 4.140.364 | 4.106.846 | 3.328.351 |

Objetivos y desempeño

El objetivo del PE en vigor, 2005-09, marca una serie de Líneas Estratégicas, cada una de estas se despliega con una serie de Objetivos Estratégicos con sus indicadores de medición y las metas a alcanzar durante los años de vigencia del PE. Posteriormente, se elabora el Plan de Gestión Anual, donde se concretan los objetivos operativos a alcanzar, las acciones a desarrollar, los recursos asociados y los indicadores de seguimiento.

Política

Para el HGU la determinación de la Política y Estrategia a seguir es el elemento clave para garantizar su futuro. Con el fin de desarrollar su planificación estratégica de la manera más acorde posible, el HGU ha definido un proceso para gestionar la definición de la Política y Estrategia (P&E).

Es un proceso, identificado como estratégico, que desencadena la gestión de todos los procesos y se basa en un continuo ciclo PDCA, teniendo como misión la de definir, desarrollar y controlar la P&E. Se inicia con la reflexión estratégica, la elaboración del Plan de Gestión Anual, el seguimiento de gestión y el seguimiento estratégico que se enlaza de nuevo con el plan estratégico y su concreción en un nuevo Plan de Gestión. El responsable del proceso es el Director Gerente.

En el Hospital, la actividad se basa en las ciencias médicas y, por ello, la innovación, el aprendizaje y la mejora continua son elementos fundamentales para establecer nuestra estrategia y conseguir resultados para nuestros clientes. Nuestro sistema de evaluación del rendimiento está basado en la evaluación cuantitativa por indicadores y la evaluación cualitativa de las personas que utilizan las diversas fuentes de aprendizaje.

En nuestro sistema de gestión el Plan Estratégico es el elemento que nos define la Política y las Líneas Estratégicas a seguir durante su periodo de vigencia. Para su realización se tienen en cuenta las expectativas y necesidades de los Grupos de Interés. Asimismo, se evalúan los indicadores internos de rendimiento, las áreas de mejora detectadas en las autoevaluaciones EFQM y los planes y objetivos alcanzados. El objetivo del Plan Estratégico en vigor, 2005- 2009, marca una serie de líneas estratégicas que pretenden conseguir el incremento de la satisfacción de todas las personas, la mejora de nuestros servicios y la satisfacción de nuestros clientes, en línea con las directrices del PE de Osakidetza.

La metodología de elaboración del Plan Estratégico se inicia con la revisión de la Misión, Visión y Valores. Para ello nos aseguramos que esté en línea tanto con la Misión de Osakidetza como con la función que el Departamento de Sanidad y Consumo establece para las organizaciones sanitarias. Una vez realizado este proceso, se analizan las

interrelaciones entre los diferentes elementos del entorno y la Organización, los FCE y aquellos procesos de la Organización que tienen una alta influencia en ellos.

La reflexión estratégica continua con el análisis de la información relevante identificada para cada uno de los grupos de interés, llevándose a cabo una matriz DAFO. A partir de este análisis se identificó el escenario básico o más probable para fijar las estrategias. Asimismo, se analizan los riesgos que pueden tener una mayor incidencia en el Hospital y se identifican estrategias y acciones a desarrollar en el caso de que dichos riesgos se puedan producir.

Como resultado de esta reflexión estratégica se han definido diez Líneas Estratégicas:

1. Servicio excelente a los usuarios
2. Cobertura de las necesidades de salud de la población
3. Imagen de prestigio
4. Equilibrio económico
5. Coordinación con el Sistema Sanitario
6. Satisfacción e integración del personal
7. Liderazgo en docencia
8. Liderazgo en investigación
9. Impacto social
10. Mejora Continua

Cada una de estas Líneas Estratégicas se despliega con una serie de Objetivos Estratégicos con sus indicadores de medición y las metas a alcanzar durante los años de vigencia del PE. Posteriormente, se elabora el Plan de Gestión Anual, donde se concretan los objetivos operativos a alcanzar, las acciones a desarrollar, los recursos asociados y los indicadores de seguimiento. Posteriormente se despliega a lo largo de toda la Organización.

Indicadores de desempeño económico

EC1 - VALOR ECONÓMICO DIRECTO GENERADO Y DISTRIBUIDO, INCLUYENDO INGRESOS, COSTES DE EXPLOTACIÓN, RETRIBUCIÓN A EMPLEADOS, DONACIONES Y OTRAS INVERSIONES EN LA COMUNIDAD, BENEFICIOS NO DISTRIBUIDOS Y PAGOS A PROVEEDORES DE CAPITAL Y A GOBIERNOS

Ver en el apartado 5.1.f. la **Fig. 42**: "Inversiones" y **Fig. 44**: "Valor económico directo generado y distribuido".

EC2 - CONSECUENCIAS FINANCIERAS Y OTROS RIESGOS Y OPORTUNIDADES PARA LAS ACTIVIDADES DE LA ORGANIZACIÓN DEBIDO AL CAMBIO CLIMÁTICO

Dada nuestra actividad, este indicador no afecta a nuestra organización.

EC3 - COBERTURA DE LAS OBLIGACIONES DE LA ORGANIZACIÓN DEBIDAS A PROGRAMAS DE BENEFICIOS SOCIALES

El HGU en el año 2009, ha destinado 375.349 € para la cobertura de los anticipos y adelantos de nómina, complementos de pensión, póliza de seguros, fondo social, ayudas para estudios y ayudas por guardería. En ese año, han sido 99 personas a las que se les ha aplicado o han podido acceder a estos beneficios, a petición propia y en aplicación de la normativa en vigor.

| Beneficios sociales en 2009 | valor en € |
|--|----------------|
| Anticipos de nómina | 119.447 |
| Adelantos de nómina (Préstamos al Consumo) | 156.255 |
| Complemento de Pensiones | 66.294 |
| Póliza de Seguros | 30.000 |
| Fondo Social, Art. 24 | 2.607 |
| Ayuda por Guarderías | 746 |
| Total | 375.349 |

EC4 - AYUDAS FINANCIERAS SIGNIFICATIVAS RECIBIDAS DE GOBIERNOS

| | 2007 | 2008 | 2009 |
|--------------|--------|--------|--------|
| Formación | 1.300 | 22.660 | 23.370 |
| Transplantes | 12.468 | 13.310 | 13.560 |

EC5 - RANGO DE LAS RELACIONES ENTRE EL SALARIO INICIAL ESTÁNDAR Y EL MÍNIMO LOCAL EN LUGARES DONDE SE DESARROLLEN OPERACIONES SIGNIFICATIVAS

| Salario mínimo | 2008 | 2009 |
|---------------------------------|-----------|-----------|
| Salario Mínimo Interprofesional | 8.400,00 | 8.736,00 |
| Osakidetza | 18.800,28 | 19.358,00 |
| HGU | 19.616,25 | 21.621,10 |

EC6 - POLÍTICA, PRÁCTICAS Y PROPORCIÓN DE GASTO CORRESPONDIENTES A PROVEEDORES LOCALES EN LUGARES DONDE SE DESARROLLEN OPERACIONES SIGNIFICATIVAS

Ver en el apartado 5.1.g. la **Fig.43**: “Compras a proveedores”.

EC7 - PROCEDIMIENTOS PARA LA CONTRATACIÓN LOCAL Y PROPORCIÓN DE ALTOS DIRECTIVOS PROCEDENTES DE LA COMUNIDAD LOCAL EN LUGARES DONDE SE DESARROLLEN OPERACIONES SIGNIFICATIVAS

En el apartado 4.7 se describe el proceso de contratación de los Altos Directivos. El 100% proceden de la CAV.

EC8 - DESARROLLO E IMPACTO DE LAS INVERSIONES EN INFRAESTRUCTURAS Y LOS SERVICIOS PRESTADOS PRINCIPALMENTE PARA EL BENEFICIO PÚBLICO MEDIANTE COMPROMISOS COMERCIALES, PRO BONO, O EN ESPECIE

El 100% de la actividad se destina al beneficio público dada la razón de ser de nuestra organización como prestadora de servicio público de salud.

El coste de la participación de nuestros profesionales en programas de cooperación con ONGs mediante la realización de actividad médico-quirúrgica y de apoyo a la misma, supuso en el año 2009 la cantidad de 15.020,02 €.

EC9 - ENTENDIMIENTO Y DESCRIPCIÓN DE LOS IMPACTOS ECONÓMICOS INDIRECTOS SIGNIFICATIVOS, INCLUYENDO EL ALCANCE DE DICHOS IMPACTOS

Conforme a un estudio realizado por el Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco de cada 100 € de riqueza que se generan (P.I.B.) en la Comunidad Autónoma Vasca, 3,43 € se deben a la actividad inducida por la Sanidad Pública, igualmente 1 de cada 6 € retorna a la Hacienda Pública.

5.2 Dimensión ambiental

Con el fin de seguir garantizando en el futuro la satisfacción de nuestros clientes, y de asumir nuestra responsabilidad con el entorno, somos conscientes que debemos compatibilizar el desarrollo económico y la protección al medio ambiente. Por ello, asumimos el compromiso de mejora continua y de prevención de la contaminación, así como el compromiso de adecuación a la legislación medioambiental aplicable, y nos comprometemos a ir incorporando el medio ambiente en la gestión diaria de nuestra organización, mejorando día a día nuestro comportamiento medioambiental.

En la actividad diaria del Centro se consumen recursos naturales, se producen residuos, emisiones, vertidos, es decir, que se generan impactos al medio ambiente, por lo que nos hemos comprometido a identificar y evaluar nuestros principales aspectos medioambientales, promovemos la sensibilización de las personas e impartimos la formación necesaria para reflejar nuestro compromiso. Con el objetivo de alcanzar la meta que nos hemos marcado el HGU comenzó a trabajar en el año 2003 con la Norma Ekoscan sistema certificable de Gestión de la Mejora Ambiental dependiente de IHOBE (Sociedad Pública de Gestión Ambiental), consiguiéndose el año 2005 la certificación bajo esta Norma. Siguiendo este camino el año 2009 nuestro Sistema de Gestión Medio Ambiental ha sido certificado con la Norma ISO:14001.

Lograr la mejora ambiental continua, más allá del cumplimiento de la legislación medioambiental, es uno de nuestros retos para lo cual definimos y revisamos anualmente objetivos, metas, programas medioambientales y programas de adecuación legal para reducir los principales aspectos.

En el Hospital hemos acometido en los últimos años diferentes iniciativas en el ámbito medioambiental entre las que merece la pena destacar:

- **Gestión energética eco-eficiente**

- El 60% de la energía que consume el Hospital se produce en la central de cogeneración de gas natural que genera menos contaminación que el carbón y el petróleo. Además, al producir la energía en el mismo Hospital no se dan pérdidas en la distribución de la energía.
- Se han instalado 440 placas fotovoltaicas que hasta ahora han producido más de 100.000 Kwh.
- Las luminarias del Hospital son de bajo consumo y al finalizar su vida se sustituyen por unas más eficientes.
- Se está realizando la automatización de las climatizadoras para bajar los consumos por un control más eficiente y la sectorización de la medición de temperaturas para obtener información detallada.
- En todas las obras del Hospital se introducen medidas de aislamiento en las paredes, así como en las ventanas y cuando se precisa en los conductos de ventilación.
- Se ha realizado una auditoria energética a fin de clarificar en que sentido podemos mejorar en la eficiencia energética.

- **Gestión adecuada de residuos**

- Existe un Plan de Gestión de Residuos aprobado por el Gobierno Vasco. Desde el inicio de su actividad, el HGU ha llevado a cabo una política activa de gestión de los residuos generados. Así, se elaboró el primer plan de gestión de residuos que contemplaba la gestión de los tres tipos de residuos que generamos, urbanos, sanitarios y químicos, con el objetivo de disminuir el riesgo para la salud y el medioambiente. En 2003 tras una revisión del ED se modificó el enfoque del proceso ampliando el ámbito de aplicación a la gestión medioambiental e incluyendo al Ambulatorio de Durango.
- Existen gestores autorizados específicos para cada tipo de residuo generado.
- Los residuos se segregan en origen y el Centro dispone de almacenes específicos para cada tipo de residuo según la normativa específica hasta la recogida por parte de los gestores de residuos.
- A los pacientes de farmacia extrahospitalaria (son pacientes que están en su domicilio pero se les suministra la medicación desde el Hospital) se les facilitan recipientes para la gestión de residuos sanitarios que produzcan y se les indica que devuelvan los recipientes para que tengan una gestión posterior adecuada.
- Los pacientes y familiares tienen la posibilidad de reciclar pilas, papel y plástico directamente y cualquier otro residuo que puedan generar y sea susceptible de segregación con la colaboración del personal del Centro.

- **Reducción impacto emisiones y vertidos**

- Se ha revisado la separación de los vertidos pluviales y fecales.
- Tanto los vertidos como las emisiones cumplen con la normativa y se hacen las revisiones obligatorias y, en el caso de las emisiones, también mediciones propias no obligatorias.
- Se han eliminado todos los vertidos a cauce, las aguas residuales del HGU se envían a la depuradora del Gran Bilbao donde aparte de la depuración física y química, con las cuales se trataba el agua en la depuradora del centro, también reciben un tratamiento biológico aumentando el nivel de pureza del agua tratada.
- Las placas fotovoltaicas han evitado la emisión de 54 toneladas de CO₂.
- GIROA (suministrador de energía) está acreditado bajo norma ISO:14001 de gestión ambiental y entre sus objetivos y en sintonía con los propios del HGU tiene como objetivo medioambiental mejorar la eficiencia de sus equipos. Un responsable de la empresa también forma parte del equipo de mejora ambiental.

- **Control de consumos de recursos limitados: agua y eléctricos**

- Se han colocado perlizadores en duchas y baños.
- Se realiza una revisión de fugas.
- Se ha bajado la presión de las bombas de los baños.
- Compra de nuevo equipamiento más eficiente (lavadoras).
- Renovación del sistema de depuración de la piscina por uno más eficiente.
- La separación del anillo independientemente de BIEs del circuito del Hospital se encuentra en fase de ejecución.
- Hemodiálisis: Nueva instalación de producción de agua ultrapura pasando de rechazos de agua superiores al 60% a rechazos inferiores al 20%.

- **Selección de proveedores de producto y servicio con criterios medioambientales**

- Se ha sistematizado la compra con criterios ambientales y se realizan fichas con los criterios ambientales y con los ahorros que consiguen, en el 2009 se realizó la compra de 5 artículos.
- Se ha planificado la compra de vehículos híbridos para Hospitalización a Domicilio.

En 2009 el Sistema de Gestión Medio Ambiental ha sido certificado con la Norma ISO:14001.

Fig. 45. Resultados logrados en 2009

| Objetivo | Nombre | Valor Del Objetivo | Resultado | Comentario |
|-----------|---|---------------------------------------|----------------------------|--|
| 01 | Potenciar El Sistema de Gestión Ambiental | Certificación | Certificado ISO:14001 | Dos No Conformidades relativas al cumplimiento legislativo: Licencia de actividad y BIEs |
| 1.1 | Certificación del Sistema de Gestión Ambiental | Certificación | Certificado ISO:14001 | Dos No Conformidades relativas al cumplimiento legislativo: Licencia de actividad y BIEs |
| 1.2 | Compra sostenible de 5 materiales | 5 | 5 | Pendiente realizar fichas informativas |
| 1.3 | Plan de formación ambiental | Plan | Plan elaborado | |
| 1.4 | Celebración del Día Mundial del Medio Ambiente | Si | Si | Las urnas y los pósteres se retiraron demasiado pronto, hay que dejarlos por lo menos una semana. |
| 1.5 | Artículos sobre medio ambiente | 4 artículos | 3 artículos | En la revista del 25 aniversario no se publicó ningún artículo de MA porque fue un número exclusivo sobre las celebraciones y actos conmemorativos |
| 1.6 | Plan de comunicación externa | Plan | Plan rellenado | |
| 02 | Mejorar Gestión Residuos | Contención | | |
| 2.1 | Obtener información segmentada del origen de los residuos | Presupuestar | No alcanzado | Fecha tope Diciembre de 2010 |
| 2.1.1 | Almacén unificado | Presupuestar | No alcanzado | Se traslada al PG 2010 su ejecución |
| 2.1.2 | Informatización | Presupuestar | Presupuestado | |
| 2.4 | Mejorar la segregación de residuos peligrosos, nuevo tipo de residuo (PRÓTESIS METÁLICAS) | Planificar la implantación | Diciembre | Se ha incluido en el PG 2010 su implantación definitiva |
| 2.5 | Elaborar protocolo de posibles casos de residuos radiactivos | Elaboración | Elaborado | Elaborado, pendiente de adjuntar a la documentación |
| 2.6 | Medidas para reducir o minimizar el aumento de residuos citostáticos | Mejora | No alcanzado | Planificar reuniones con Farmacia para mejorar el indicador |
| 2.7 | Formación e información al personal de limpieza sobre la gestión de residuos | Personal formado | Personal formado | |
| 03 | Optimizar Consumos de Recursos Eléctricos | Contención | | |
| 3.1 | Instalación de contadores en CVT, nuevo cuadro de baja tensión con el gestor ION (Schneider) | | En marcha con la obra | Falta el CVT y el gestor ION |
| 3.2 | Cambio de técnica de esterilización de óxido de etileno a peróxido de hidrógeno | Cambio | Cambio realizado | Reducir emisiones contaminantes y aumentar el nº de ciclos aumentado la eficiencia |
| 3.3 | Generar energía fotovoltaica y conectarla a la red | Generación de energía | Se genera y está conectado | También se ha instalado un panel informativo de producción de energía y ahorro de CO ₂ |
| 3.4 | Auditoría energética | Si | Si | El gestor ION, contadores son acciones que derivan de esta auditoría |
| 04 | Optimizar Consumos de Agua | Contención | Ahorro de agua | 15% de ahorro |
| 4.1 | Instalación de contadores para segmentar el consumo: hemodiálisis, lavadoras de lavandería (también vapor), cocina, CVT | Si | Si | Se ha comenzado a analizar los resultados de la información que se obtiene desde octubre. Falta en cocina y CVT cuando termine la obra |
| 4.2 | Implantación de perlizadores en grifos y duchas | Si | Si | Implantación de 400 perlizadores al año |
| 4.3 | Mejoras en el tratamiento del agua para diálisis con ahorro de agua | Si | Si | A partir de octubre |
| 4.4 | Mejora en el tratamiento del agua para la piscina de rehabilitación con ahorro de agua | Si | Si | 6 m ³ /día de ahorro |
| 4.5 | Radiodiagnóstico | Eliminar líquidos de Radiodiagnóstico | Eliminados | Líquidos desde enero y placas desde octubre |

Objetivos y desempeño

El actual Plan Estratégico 2005-2009 recoge dentro de la Línea Estratégica Impacto Social el punto “Mejorar la satisfacción de los miembros de la comunidad en la que se ubica el Hospital, por medio de realizar una adecuada gestión medioambiental que minimice el impacto de su actividad en la zona”.

La gestión medioambiental se realiza a través del PR Gestión Medioambiental del cual es responsable la Directora Económica. La Misión de este PR recoge “Establecer el sistema para garantizar el adecuado seguimiento y mejora de la efectividad de la política medioambiental de Hospital mediante segregación adecuada y minimización de los residuos, así como modificando el comportamiento en materia medioambiental”.

El Plan de Gestión de este Proceso define los Objetivos Operativos marcados para el año 2010 las Líneas de Actuación que debemos seguir para alcanzarlos y el responsable de la acción.

Política

El HGU tiene definida y publicada a través su página Web e intranet su política de Gestión Medioambiental, en la misma se explicita cual es nuestro modelo de Gestión y nuestro Compromiso Medioambiental.

Responsabilidad de la organización

El gestor del PR Gestión Medioambiental es la Directora Económico Financiera del Hospital. Nuestro modelo de gestión medioambiental se desarrolla gracias a un Equipo de Mejora Medioambiental multidisciplinar que plantea y lleva a cabo los proyectos medioambientales del Centro. Los procesos-servicios que componen el equipo son: Aprovisionamiento, Mantenimiento, Hostelería, Enfermería, Preventiva y Salud Laboral, responsable de GIROA, responsable de Limpieza y Calidad. Por lo tanto, los gestores de estos procesos comparten la responsabilidad medioambiental.

Formación y sensibilización

El centro lleva muchos años realizando una labor de formación y sensibilización ambiental. Los residuos han sido el área principal sobre la cual ha incidido la formación impartida.

Dicha formación ha sido impartida por el Servicio de Medicina Preventiva y la Gestora de residuos desde su comienzo de la actividad del Centro, para ello se sustentaron en la Ley estatal 42/1975, su modificación de 1986 y el reglamento 833/1988. En 1988 se elaboró el primer plan de gestión de residuos. Hasta 1997 la gestión de residuos y la formación que se daba era Gestión Clásica de Residuos y a partir de entonces el Sistema de Gestión Avanzada. Con la creación del Equipo de Mejora Ambiental, en 2004, éste se ha hecho cargo de esta labor que se ha ido completando con la formación sobre gestión ambiental.

Además de los cursos en el centro, también se imparten acciones de sensibilización. El Equipo de Mejora Ambiental publica numerosos carteles y trípticos, así como, manda e-mail recordatorios cuando se produce algún incidente relacionado con el medio ambiente. Durante las inspecciones medioambientales que se hacen también se realiza una labor divulgativa en las plantas.

En los cursos impartidos también se da formación sobre la gestión ambiental del Centro y se proporciona información de las actuaciones llevadas a cabo. Otras acciones de sensibilización que se realizan se difunden a través de la intranet del Hospital, donde hay un apartado de política medioambiental. Dicho apartado posee abundante información sobre la gestión ambiental, plan de gestión de residuos, etc. y la revista del Hospital donde se informa al personal sobre las últimas novedades que se producen en la gestión ambiental.

Fig. 46. Sensibilización y formación Medioambiental

| Año | Número de cursos / Servicios | Número de asistentes |
|------|------------------------------|----------------------|
| 2007 | 1 | 15 |
| 2008 | 1 | 12 |
| 2009 | 8 | 123 |

Evaluación y seguimiento

El HGU consiguió la Certificación Ekoscan en el año 2005. Posteriormente, en el año 2009, se logró la Certificación con la Norma ISO:14001. Esta Certificación acredita la implantación de un sistema eficaz de gestión y el compromiso de nuestra Organización con la preservación de su entorno. La evaluación anual para lograr la renovación de la certificación garantiza la evaluación y seguimiento del sistema.

Fig. 47. Plan de Gestión Medioambiental 2010

| Código | Nombre |
|--------------------|---|
| Objetivo 01 | Potenciar el Sistema de Gestión Ambiental |
| 1.1 | Utilizar criterios de compra sostenible para sustituir bolsas de plástico y eliminar innecesarias |
| 1.2 | Elaborar fichas por cada producto-licitación de compra verde |
| 1.3 | Valoración de uso de fotocopiadoras/impresoras de doble cara y uso de tonneres reutilizables |
| 1.4 | Plan de formación 2010 / concienciación |
| 1.5 | Celebración de Día Mundial de Medio Ambiente |
| 1.6 | Artículos de medio ambiente en la Revista Galdakao |
| 1.7 | Artículos de medio ambiente en el boletín Zuzenengan |
| 1.8 | Inscribirse en la Asociación Española de Gestión Ambiental en Centros Sanitarios |
| 1.9 | Presentar un tema de medio ambiente-RSC en al menos 1 congreso |
| 1.10 | Curso de conducción eficiente y uso de biodiesel a los usuarios de vehículos del HGU |
| 1.11 | Reunirse con el equipo de gestión ambiental de Oligopsonio |
| 1.12 | Cumplimiento legal licencia de actividad del HGU y del ambulatorio de Durango |
| 1.13 | Revisar y renovar el contenido del SGA en Intranet |
| 1.14 | Organizar una jornada sobre gestión ambiental hospitalaria |
| 1.15 | Elaborar una plan/guía, etc. para compartir coche |
| 1.16 | Organizar algún acto para la semana de la movilidad |
| Objetivo 02 | Mejorar Gestión Residuos |
| 2.1 | Obtener información segmentada del origen de los residuos |
| 2.2 | Almacén unificado |
| 2.3 | Informatización |
| 2.4 | Consolidar la segregación de residuos peligrosos con un nuevo tipo de residuo: prótesis metálicas |
| 2.5 | Implantación y consolidación de la tramitación electrónica de la documentación ambiental |
| 2.6 | Valorar e implantar contenedores estándares para todo el Hospital |
| 2.7 | Digitalización de radiodiagnóstico que conlleva la desaparición de placas de plástico y de informes en papel |
| 2.8 | Revisión de los puntos de segregación de residuos |
| 2.9 | Mejorar la segregación de residuos citostáticos (Uso de bolsas en vez de contenedores rígidos) |
| 2.10 | Revisión del plan de gestión de residuos |
| Objetivo 03 | Optimizar Consumos de Recursos Eléctricos |
| 3.1 | Gestor ION en el cuadro eléctrico para controlar el consumo |
| 3.2 | Continuar con la política de centralización de producción de energía: energía frigorífica |
| 3.3 | Automatización de climatizadoras |
| 3.4 | Continuar con el aislamiento y cambio de ventanales en las nuevas obras |
| 3.5 | Valorar la colocación de radiadores para disminuir el consumo de aire climatizado |
| 3.6 | Reducción de vapor por la adecuación de los domingos en lavandería |
| 3.7 | Evaluar la posibilidad de implantar pilas recargables |
| 3.8 | Cumplimiento legal: adecuación de Baja Tensión... |
| Objetivo 04 | Optimizar Consumos de Agua |
| 4.1 | Instalación de contadores para segmentar el consumo: hemodiálisis, lavadoras de lavandería (también vapor), cocina, CVT |
| 4.2 | Implantar perlizadores en grifos y duchas del HGU |
| 4.3 | Cumplimiento legal: adecuación de BIEs |
| 4.4 | Implantación de perlizadores en grifos de Durango |
| 4.5 | Bajar la presión de las bombas de baño en Durango |
| 4.6 | Bajar la presión de bombas en el HGU |
| Objetivo 05 | Control de Emisiones |
| 5.1 | Búsqueda de indicadores comunes para poder compararnos con otros centros sanitarios |
| 5.2 | Elaborar un plan de gestión para la iniciativa STOP CO ₂ Euskadi |
| 5.3 | Sustitución del parque automovilístico del HGU por uno más eficiente ambientalmente |

Indicadores de desempeño ambiental

EN1 - MATERIALES UTILIZADOS POR PESO O VOLUMEN

| | | | 2007 | 2008 | 2009 |
|---------------------|----------------------|----------|---------|---------|---------|
| Materias primas | Tubo ensayo vidrio | Unidades | 110.400 | 93.000 | 94.300 |
| | Tubo ensayo plástico | | 730.305 | 796.860 | 669.662 |
| | Placas Petri | | 960 | 620 | 1.820 |
| | Termómetro digital | | 200 | 180 | 80 |
| | Xileno | | 950 | 905 | 1.000 |
| | Glutaraldehido | | 270 | 370 | 229 |
| | Óxido Etileno | | 277 | 287 | 168 |
| Materias Auxiliares | Fluorescentes | Unidades | 2.906 | 2.952 | 2.838 |
| | Pilas | | 15.391 | 17.423 | 16.147 |
| | Papel Blanco | | 11.036 | 10.915 | 12.500 |
| | Papel color | | 117 | 128 | 186 |
| | Material informático | | 1.065 | 6.350 | 5.723 |

EN2 - PORCENTAJE DE MATERIALES UTILIZADOS QUE SON MATERIALES VALORIZADOS

Los sobres para envío intracentro y extracentro de documentos (folios) son 100% de material reciclado, en este caso papel:

| Material | 2007 | | 2008 | | 2009 | |
|--|--------------------|-----------------|--------------------|-----------------|--------------------|-----------------|
| | Consumo (unidades) | Valor (euros) | Consumo (unidades) | Valor (euros) | Consumo (unidades) | Valor (euros) |
| Sobre Ministro 170 x 120 90G | 79.133 | 1.269,48 | 73.855 | 1.224,21 | 55.085 | 925,94 |
| Sobre Americano C/Vent. 225 x 114 90G | 8.195 | 158,95 | 6.500 | 131,96 | 22.500 | 465,07 |
| Bolsa Holandesa 260 x 185 90G | 75.392 | 2.785,13 | 68.943 | 2.642,88 | 63.475 | 2.492,95 |
| Bolsa Folio 360 x 260 100G | 54.984 | 3.143,60 | 56.220 | 3.330,77 | 44.280 | 2.684,64 |
| HG – 135 Sobre Informe Clínico de Alta | 10.250 | 607,35 | 16.500 | 1.004,96 | 15.750 | 977,82 |
| Total | 227.954 | 7.964,51 | 222.018 | 8.334,78 | 201.090 | 7.546,42 |

EN3 - CONSUMO DIRECTO DE ENERGÍA DESGLOSADO POR FUENTES PRIMARIAS

| Mega julios | 2007 | 2008 | 2009 |
|------------------------|-------------|-------------|-------------|
| Gas Natural | 130.858.980 | 129.487.240 | 140.844.270 |
| Electricidad de la red | 21.700.800 | 20.039.706 | 23.100.379 |

EN4 - CONSUMO INDIRECTO DE ENERGÍA DESGLOSADO POR FUENTES PRIMARIAS

| Tipo de energía | Unidad | 2007 | 2008 | 2009 |
|--------------------------|--------|------------|------------|------------|
| Exportación Electricidad | Kwh. | 3.480.645 | 3.215.303 | 3.608.942 |
| Electricidad red | Kwh. | 9.386.733 | 9.948.064 | 10.500.662 |
| Exportación Elect. Solar | Kwh. | | 5.535 | 87.536 |
| Energía Térmica | Te | 11.969.665 | 12.432.265 | 12.688.444 |
| Energía Frigorífica | Te | 1.363.141 | 1.568.322 | 1.994.139 |

EN5 - AHORRO DE ENERGÍA DEBIDO A LA CONSERVACIÓN Y MEJORAS A LA EFICIENCIA

| | 2007 | 2008 | 2009 |
|---|------|-------|--------|
| Producción electricidad, Placas Fotovoltaicas Solares (Kwh) | | 5.535 | 87.536 |

EN6 - INICIATIVAS PARA PROPORCIONAR PRODUCTOS Y SERVICIOS EFICIENTES EN EL CONSUMO DE ENERGÍA O BASADOS EN ENERGÍAS RENOVABLES, Y LAS REDUCCIONES EN EL CONSUMO DE ENERGÍA COMO RESULTADO DE DICHAS INICIATIVAS

| | 2007 | 2008 | 2009 |
|--|---------|---------|---------|
| Luminarias de bajo consumo (Kwh) | 36.000 | | |
| Aislamiento en paredes y ventanas (Te/año) | 70.000 | 40.000 | 53.000 |
| Recup. humos-precal. y sist. centralizado prod. ACS (Te/año) | | 437.000 | |
| Gestión informática climatización (Te/año) | 120.000 | 103.500 | |
| Nuevas Lavadoras en Lavandería (Te/año) | | | 617.500 |
| Nuevas Lavadoras en Lavandería (Kwh) | | | 110.000 |

EN7 - INICIATIVAS PARA REDUCIR EL CONSUMO INDIRECTO DE ENERGÍA Y LAS REDUCCIONES LOGRADAS CON DICHAS INICIATIVAS

- Sustitución de motor por otro de mayor eficiencia y mejor rendimiento eléctrico (10% de mejora) lo que implica para una misma cantidad de Energía exportada de 18.000.000 Kwh PCS de gas.
- Instalación de recuperador de humos para calentamiento del retorno de agua de caldera para calefacción un ahorro de Energía primaria de 16.000 Kwh PCS.
- Instalación de una máquina de absorción de producción de frío con excedente de calor en forma de vapor con un ahorro de 95.000 Kwh.
- Costes indirectos:
 - Medida de instalación de caudal variable en impulsión de climatizadora. Ahorro eléctrico: 5500 Kwh eléctricos.
 - Instalación del sistema de regulación y automatización de las climatizadoras. Ahorro: 120.000 termias de frío.

EN8 - CAPTACIÓN TOTAL DE AGUA POR FUENTES

| m ³ | 2007 | 2008 | 2009 |
|----------------|---------|---------|---------|
| Agua de red | 152.836 | 157.641 | 143.380 |

EN9 - FUENTES DE AGUA QUE HAN SIDO AFECTADAS SIGNIFICATIVAMENTE POR LA CAPTACIÓN DE AGUAS

Toda el agua consumida en el Hospital proviene de la red por lo que no hay fuentes de agua que explote el Hospital directamente, sino que proviene del Consorcio de Aguas Bilbao Bizkaia que capta el agua en los embalses de Ullibarri Ganboa y Santa Engracia. Pertenecen al sistema del Zadorra y almacenan el 90% del agua que el Consorcio de Aguas distribuye.

Complementan este volumen hídrico otras aportaciones secundarias como los pequeños embalses de Lekubaso y Zollo, en la cuenca del Nervión-Ibaizabal y San Cristóbal en Arratia.

Para casos de emergencia se ha establecido un plan de aprovisionamiento de agua desde diversos ríos vizcaínos.

EN10 - PORCENTAJE Y VOLUMEN TOTAL DE AGUA REICLADA Y REUTILIZADA

Toda el agua residual que genera el Hospital se depura a través de la depuradora del Consorcio de Aguas de Bilbao, donde, además de la depuración física y química, también recibe el tratamiento biológico, por lo que la depuración de las aguas ha mejorado notablemente.

EN11 - DESCRIPCIÓN DE TERRENOS ADYACENTES O UBICADOS DENTRO DE ESPACIOS NATURALES PROTEGIDOS O DE ÁREAS DE ALTA BIODIVERSIDAD NO PROTEGIDAS. INDÍQUESE LA LOCALIZACIÓN Y EL TAMAÑO DE TERRENOS EN PROPIEDAD, ARRENDADOS, O QUE SON GESTIONADOS DE ALTO VALOR EN BIODIVERSIDAD EN ZONAS AJENAS A ÁREAS PROTEGIDAS

El Hospital Galdakao-Usansolo se encuentra en un espacio rural rodeado del río Ibaizabal, montes forestales y caseríos dispersos. Esta área de campiña es un rico mosaico de diferentes hábitats: ribera, bosques naturales, plantaciones forestales y terrenos agrícolas.

EN12 - DESCRIPCIÓN DE LOS IMPACTOS MÁS SIGNIFICATIVOS EN LA BIODIVERSIDAD EN ESPACIOS NATURALES PROTEGIDOS O EN ÁREAS DE ALTA BIODIVERSIDAD NO PROTEGIDOS, DERIVADOS DE LAS ACTIVIDADES, PRODUCTOS Y SERVICIOS EN ÁREAS PROTEGIDAS Y EN ÁREAS DE ALTO VALOR EN BIODIVERSIDAD EN ZONAS AJENAS A LAS ÁREAS PROTEGIDAS

El Hospital no tiene cerca ningún área protegida o de alta biodiversidad. Las áreas protegidas más cercanas son la Reserva Natural del Urdaibai, el Parque Natural de Gorbea y el Parque Natural de Urkiola y la actividad del Centro no influye en la biodiversidad de estos parques. Las aguas pluviales van al Río Ibaizabal.

EN13 - HÁBITATS PROTEGIDOS O RESTAURADOS

El Centro ha permitido la regeneración de la vegetación natural (bosque mixto autóctono de robles) en uno de los laterales. Entre las funciones que cumple este bosque está la de mantener ejemplares de especies autóctonas, separar el recinto hospitalario de las viviendas más cercanas y reducir el impacto paisajístico que tiene el Hospital en el entorno.

EN14 - ESTRATEGIAS Y ACCIONES IMPLANTADAS PARA LA GESTIÓN DE IMPACTOS SOBRE LA BIODIVERSIDAD

Para que el impacto sobre la biodiversidad sea el menor posible el entorno del Hospital está ajardinado, lo cual permite un cambio ecosistémico gradual entre las instalaciones del Centro y el entorno rural y forestal.

EN15 - NÚMERO DE ESPECIES, DESGLOSADAS EN FUNCIÓN DE SU PELIGRO DE EXTINCIÓN, INCLUIDAS EN LA LISTA ROJA DE LA IUCN Y EN LISTADOS NACIONALES Y CUYOS HÁBITATS SE ENCUENTREN EN ÁREAS AFECTADAS POR LAS OPERACIONES SEGÚN EL GRADO DE AMENAZA DE LA ESPECIE

En el área de actividad de la organización no hay ninguna especie que este dentro de las categorías de la IUCN o en listados nacionales.

EN16 - EMISIONES TOTALES, DIRECTAS E INDIRECTAS, DE GASES DE EFECTOS INVERNADERO, EN PESO

| kg | 2007 | 2008 | 2009 |
|-----------------|----------|---------|-----------|
| CO ₂ | 6.969,4 | 6.808 | 7.490,33 |
| NOx | 11.534,3 | 8.920,8 | 14.128,83 |

EN17 - OTRAS EMISIONES INDIRECTAS DE GASES DE EFECTO INVERNADERO, EN PESO

Menos algunos focos residuales la práctica totalidad de las emisiones de gases de efecto invernadero son indirectas.

EN18 - INICIATIVAS PARA REDUCIR LAS EMISIONES DE GASES DE EFECTO INVERNADERO Y LAS REDUCCIONES LOGRADAS

Las inversiones que se han realizado los dos últimos años han supuesto la mejora en la eficiencia en la producción de energía del Hospital, ésto se ha logrado gracias a la sustitución de varias máquinas:

Un motor de 2000 kW con un rendimiento del 41% respecto a un motor de 2000 kW con un rendimiento del 37% va a consumir unos 50Nm³ menos por hora. Suponiendo que funciona unas 4.000 horas al año, se evita el consumo de 197.000 Nm³ de gas lo que equivale a:

| | kg al año |
|-----------------|-----------|
| CO ₂ | 365.752 |
| NOx | 744,5 |

La máquina de absorción del Hospital, con una potencia frigorífica de 1450 kWf, que funciona durante 3 meses, 20 días al mes y 6 horas al día, ha generado (considerando un 80% de producción) 487.000 kWf, si este frío se generara con una enfriadora eléctrica con un COP de 3, serían necesarios 1.461.000 kWh. Cada kWh equivale a 2,857 kWhPCI, si se hace la conversión los kWh a Nm³ de gas se evita el consumo de 383.000 Nm³ de gas, que aplicando los factores de lhobe, supone

| | kg al año |
|-----------------|-----------|
| CO ₂ | 711.417 |
| NOx | 1.448,12 |

EN19 - EMISIONES DE SUSTANCIAS DESTRUCTORAS DE LA CAPA DE OZONO, EN PESO

Siguiendo las recomendaciones del Protocolo de Montreal, el Centro ha ido eliminando los focos de sustancias perjudiciales para la capa de Ozono por otras alternativas seguras. Ésto se ha realizado principalmente con la sustitución de las neveras, ya que las nuevas neveras no contienen CFCs en sus dispositivos de refrigeración.

EN20 - VERTIMIENTO TOTAL DE AGUAS RESIDUALES, SEGÚN SU NATURALEZA Y DESTINO

| m ³ | 2007 | 2008 | 2009 |
|------------------|---------|------------|---------|
| Aguas residuales | 152.836 | 157.641,48 | 143.380 |

EN21 - NO, SO Y OTRAS EMISIONES SIGNIFICATIVAS AL AIRE POR TIPO Y PESO

| kg | 2007 | 2008 | 2009 |
|-----------------|-----------|----------|-----------|
| SO ₂ | 27,5 | 21,24 | 33,64 |
| NOx | 11.534,30 | 8.920,80 | 14.128,83 |
| CO | 1.373,10 | 1.062 | 1.682,00 |
| VOC/COV | 579,8 | 448,4 | 710,18 |

EN22 - PESO TOTAL DE RESIDUOS GESTIONADOS, SEGÚN TIPO Y MÉTODO DE TRATAMIENTO

| | Tipo de residuo | Unidad | 2007 | 2008 | 2009 | Destino final | |
|------------------------|--|--------------|---------|---------|---------|---------------|----------------------|
| Residuos no peligrosos | Vidrio | kg | 11.968 | 8.317 | 23.160 | Reciclaje | |
| | Plásticos | kg | 27.825 | 47.790 | 62.330 | | |
| | Papel/Cartón | kg | 141.880 | 175.621 | 264.980 | | |
| | Aceite alimentario | kg | 1.825 | 2.285 | 2.390 | | |
| | Residuos Radiografías | kg | 12.890 | 990 | 1.939 | | |
| | Res. Metálicos | kg | 6.560 | 2.510 | 3.580 | | |
| | Palés | Unidades | 144 | 200 | 0 | | |
| | Escombros | Contenedores | 58 | 57 | 133 | | Vertedero |
| | Mezclas | kg | 651.160 | 625.360 | 633.890 | | |
| Residuos peligrosos | Baterías, acumuladores, pilas | kg | 1.045 | 281 | 605 | Reciclaje | |
| | Fluorescentes | kg | 835 | 827 | 535 | | |
| | Aceites industriales | kg | 0 | 0 | 0 | | |
| | Envases contaminados | kg | 0 | 2 | 794 | | |
| | Equipos electrónicos | kg | 1.680 | 2.680 | 4.295 | | |
| | Toners | unidades | 201 | 0 | 10 | | Reutilización |
| | R. Sanitarios Grupo II | kg | 103.658 | 107.020 | 113.955 | | Vertedero |
| | Trapos contaminados | kg | 0 | 0 | 0 | | Vertedero Controlado |
| | Lodos acuosos de revelador y fijador* | kg | 3.118 | 2.583 | 275 | | |
| | Residuos citostáticos | kg | 9.278 | 9.444 | 10.851 | | Incineración |
| | Medicamentos desechados | kg | 636 | 1.207 | 1.752 | | |
| | Disolventes no halogenados | kg | 5.965 | 6.766 | 5.936 | | |
| | Filtros contaminados* | kg | 210 | 292 | 364 | | |
| | Restos anatómicos con formol (residuos mixtos) | kg | 214 | 1.852 | 3.368 | | |

* Aunque todos los residuos peligrosos se contabilicen juntos, los filtros, son en realidad residuos de procesos fin de línea o de procesos anticontaminación. Esto es, residuos propios de los equipos de descontaminación que evitan la descarga incontrolada de contaminación a otros medios (en este caso aire).

El Centro está mejorando año tras año el ratio de reciclaje gracias a la sensibilización del personal, mejora de la gestión intracentro y la búsqueda de gestores cada vez más específicos.

| % Residuos reciclados sobre el total en peso | 2007 | 2008 | 2009 |
|--|--------|--------|--------|
| | 20,55% | 27,14% | 35,48% |

EN23 - NÚMERO TOTAL Y VOLUMEN DE LOS DERRAMES ACCIDENTALES MÁS SIGNIFICATIVOS

En los años 2007, 2008 y 2009 no se ha producido ningún derrame accidental significativo.

EN24 - PESO DE LOS RESIDUOS TRANSPORTADOS, IMPORTADOS, EXPORTADOS O TRATADOS QUE SE CONSIDERAN PELIGROSOS SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DEL CONVENIO DE BASILEA, ANEXOS I, II, III Y VIII Y PORCENTAJE DE RESIDUOS TRANSPORTADOS INTERNACIONALMENTE

| | 2007 | 2008 | 2009 |
|-------------------------|--------|--------|------|
| kg | 10.124 | 12.503 | 0 |
| % del total de residuos | 1,03% | 1,26% | 0 |

EN25 - IDENTIFICACIÓN, TAMAÑO, ESTADO DE PROTECCIÓN Y VALOR DE BIODIVERSIDAD DE RECURSOS HÍDRICOS Y HÁBITATS RELACIONADOS, AFECTADOS SIGNIFICATIVAMENTE POR VERTIDOS DE AGUA Y AGUAS DE ESCORRENTÍA DE LA ORGANIZACIÓN INFORMANTE

Las aguas residuales del Centro, una vez tratadas en la depuradora, se vierten al cauce del río Ibaizabal. Este río, que una vez confluido con el Nervión desemboca en el Abra del Gran Bilbao.

EN26 - INICIATIVAS PARA MITIGAR LOS IMPACTOS AMBIENTALES DE LOS PRODUCTOS Y SERVICIOS, Y GRADO DE REDUCCIÓN DE ESE IMPACTO

La organización es de servicios, por lo que las iniciativas para mitigar el impacto es el propio sistema de gestión ambiental y las acciones contempladas por el mismo. Ver **Figs. 45 y 47** de páginas 48 y 50.

EN27 - PORCENTAJE DE PRODUCTOS VENDIDOS, Y SUS MATERIALES DE EMBALAJE, QUE SON RECUPERADOS AL FINAL DE SU VIDA ÚTIL POR CATEGORÍAS DE PRODUCTOS

El centro no vende ningún producto, sin embargo, en cuanto a la prestación de servicios, mencionar a la Farmacia Ambulatoria. Dicho Servicio distribuye medicamentos junto con los recipientes para depositar los residuos sanitarios generados, y que luego son devueltos al Hospital junto con los medicamentos caducados o resto de medicación, para proceder a su retirada por los gestores autorizados.

EN28 - COSTE DE MULTAS SIGNIFICATIVAS Y NÚMERO DE SANCIONES NO MONETARIAS POR INCUMPLIMIENTO DE LA NORMATIVA AMBIENTAL

| Denuncias y actuaciones de otras instituciones relacionados con el medio ambiente | |
|---|---|
| 2007 | Denuncia de OSALAN por aspiración deficiente de campana de aspiración en Anatomía Patológica Denuncia por contenedor de biosanitarios mal cerrado* |
| 2008 | |
| 2009 | |

* La denuncia fue interpuesta por la Ertzaintza en un control rutinario al camión que transportaba los residuos biosanitarios. Como consecuencia de estas denuncias no se ha generado ninguna multa.

EN29 - IMPACTOS AMBIENTALES SIGNIFICATIVOS DEL TRANSPORTE DE PRODUCTOS Y OTROS BIENES Y MATERIALES UTILIZADOS PARA LAS ACTIVIDADES DE LA ORGANIZACIÓN, ASÍ COMO DEL TRANSPORTE DE PERSONAS

El Hospital tan solo dispone del parque del Servicio de Hospitalización a Domicilio, cuyo impacto en el medioambiente no es significativo.

EN30 - DESGLOSE POR TIPO DEL TOTAL DE GASTOS E INVERSIONES AMBIENTALES

| 2007 | |
|--|--------------------|
| Grupo Electrónico nuevo | 350.000 € |
| Adecuación de Climatizaciones - Automatización a PC | 70.000 € |
| Cambio de ventanales en Obras de Reforma | 85.000 € |
| Cambio de Nuevo Motor de Cogeneración GIROA | 1.000.000 € |
| Nueva enfriadora de Absorción | 300.000 € |
| Eliminación corrientes de Aire en Triaje de Urgencias/Rehabilitación | 6.050 € |
| Total | 1.811.050 € |

| 2008 | |
|---|--------------------|
| Paneles Solares Foto-voltaicos | 650.000 € |
| Suministro de Agua a Climatizadoras a caudal variable | 158.300 € |
| Recuperación de Humos y Sistema centralizado de producción de ACS | 247.500 € |
| Adecuación de Climatizaciones - Automatización a PC | 45.000 € |
| Cambio de ventanales y mejoras de Aislamiento | 140.000 € |
| Total | 1.240.800 € |

| 2009 | |
|---|--------------------|
| LAVANDERÍA: Dos nuevas Lavadoras de 200 kgs/hora de capacidad. | 167.000 € |
| Mejora en filtración de Piscina de Rehabilitación | 35.000 € |
| Eliminación de Depuradora de Aguas Residuales | 165.000 € |
| Eliminación de Garrafas de PE-HD en HEMODIÁLISIS | 65.000 € |
| Nueva instalación de producción de Agua Ultrapura en HEMODIÁLISIS | 320.000 € |
| Nuevo PARKING de superficie | 720.000 € |
| Adecuación de Climatizaciones - Automatización a PC | 65.000 € |
| Cambio de ventanales y mejoras de Aislamiento (Cubierta Bloque A) | 315.000 € |
| Total | 1.852.000 € |

| | Inversión | Variación |
|------|-------------|-----------|
| 2007 | 1.811.050 € | 90,64% |
| 2008 | 1.240.800 € | -31,48% |
| 2009 | 1.852.000 € | 49,26% |

5.3 Dimensión social

La Misión recogida en el Plan Estratégico 2005-2009 del HGU identifica como uno de sus más importantes enunciados, la satisfacción e integración de todas las personas que componen nuestra Organización.

La pertenencia del HGU, como organización de servicios sanitarios a la Red de Osakidetza, afecta a aspectos fundamentales de la gestión de sus RRHH, tales como selección del personal, retribuciones y promoción, ya que está condicionada a las políticas generales establecidas para todos los centros de la Red.

A través de los Planes de Gestión anual vamos estableciendo objetivos operativos y acciones encaminadas a la consecución de los objetivos estratégicos. Así, del PG del año 2009, cabe destacar los siguientes:

- Revisión del procedimiento de reconocimiento a las personas; incorporar la Seguridad Clínica y la Innovación como nuevos reconocimientos.

- Puesta en marcha del Protocolo de Agresiones al Trabajador.
- Elaboración de un Plan de Mejora 2009/2010 con los resultados obtenidos en la Encuesta de Satisfacción de las personas 2008.
- Desarrollo de un Sistema de Valoración Competencial
- Refuerzo de la Comisión de Formación y del Plan de Formación.
- Evaluación del Plan de Normalización del uso del Euskera en el Hospital.

A continuación mostramos algunos de los objetivos marcados para el 2010 en el área de Personas:

| Plan de Gestión 2010 |
|--|
| Modificar el sistema de frecuencia de las convocatorias de movilidad interna hacia un sistema de movilidad interna abierto permanentemente |
| Revisar el procedimiento de reconocimiento a las personas; incorporar la RSC como nuevo reconocimiento. Reconocimiento a Grupos de Interés (Aliados clave, Ayuntamiento, Asociación de pacientes...) |
| Protocolo de Agresiones al Trabajador: implantación |
| Realizar en 2010 la Encuesta de Satisfacción de las Personas del Hospital y mejorar, en al menos, un 5% los resultados obtenidos en 2008 |
| Reforzar la Comisión de Formación y el Plan de Formación |
| Identificación de la RSC en la revista GALDAKAO |
| Colaboración en la elección de estudios por parte de alumnos de FP y Bachiller |
| Proyecto Compartir Coche |
| Certificación OHSAS de PRL, en el periodo 2010-2011.: 2010 Auditoría fase 0: diagnóstico de situación, 2011: Certificación |

El Hospital tiene definidos los Valores en los cuales apoyará su servicio:

Orientación al Cliente

El cliente es el foco de la actividad de todas y cada una de las personas que componemos el Hospital y sus necesidades, como personas y usuarios/as, deben constituir el criterio prioritario de todas nuestras acciones, poniendo siempre de manifiesto en nuestra atención que "sus problemas son nuestros problemas".

Profesionalidad Ética

Las personas que componemos el Hospital formamos un equipo, integrados en un proyecto común que tiene por objetivo alcanzar los resultados óptimos del Hospital. La base para la consecución de la eficacia y la calidad es la mejora continua permanente de nuestra competencia profesional, al servicio de nuestros/as usuarios/as y compañeros/as.

Liderazgo Compartido

Todas las personas del Hospital somos responsables de los resultados alcanzados por éste, a través de nuestra iniciativa y liderazgo para alcanzar los objetivos propios de nuestra actividad y de nuestra colaboración con nuestros compañeros para facilitar la consecución de los suyos. El proyecto profesional del Hospital Galdakao-Usansolo es nuestro proyecto.

Compromiso con la Gestión Excelente

La efectividad y calidad de nuestra Organización debe estar basada en la actuación de todos/as y cada uno/a de nosotros/as conforme a los principios de excelencia:

- La orientación al cliente de nuestras actividades, sea éste interno o externo.
- La gestión por procesos de todas nuestras actividades, asegurando su coordinación y su mejora continua basándonos en datos y evidencias contrastables.
- La participación y aportación de las capacidades, conocimientos y experiencias de todas y cada una de las personas que componemos el Hospital.
- El liderazgo de todos para trabajar por un proyecto común.

Actividad innovadora

Debemos trabajar pensando que las buenas ideas y los conocimientos pueden provenir de cualquier profesional que trabaja a nuestro lado, en otro área o servicio del Hospital o en cualquier otra Organización, por lo que debemos potenciar el intercambio y el trabajo en equipo con ellos, manteniendo siempre una actitud permeable y de crítica / autocrítica constructiva.

La Ley del Estatuto Básico del Empleado Público, establece dentro de su apartado de deberes de los Empleados Públicos, los principios con arreglo a los que han de prestar su servicio nuestros profesionales: objetividad, integridad, neutralidad, responsabilidad, imparcialidad, confidencialidad, dedicación al servicio público, transparencia, ejemplaridad, austeridad, accesibilidad, eficacia, honradez, promoción del entorno cultural y medioambiental y respeto a la igualdad entre mujeres y hombres. Estos principios, inspiran el Código de Conducta de los empleados/as públicos/as configurado por principios éticos y de conducta siendo la base de actuación de nuestros/as profesionales.

a. Empleo:

El HGU cuenta con un proceso de selección, contratación y acogida que es de aplicación al 100% de las personas que se incorporan al Centro. El sistema de selección y contratación de personal está regulado por la legislación administrativa y se rige por los principios de publicidad, igualdad, mérito y capacidad. El sistema varía conforme al tipo de cobertura de los puestos:

Personal Fijo: Su selección se realiza a través de una Oferta Pública de Empleo, OPE. La adscripción de plaza en propiedad se realiza para una categoría y un centro de trabajo concreto, pudiendo ser objeto de movilidad voluntaria en un futuro mediante el sistema de Concurso de Traslados. El procedimiento de la Comisión de Servicios regulado para todas las Organizaciones, permite la movilidad a otro puesto de la misma categoría con carácter provisional hasta la obtención del puesto de forma definitiva a través del correspondiente Concurso de Traslados.

Personal Temporal: Este personal puede ser Interino, para el desempeño de plaza vacante, Eventual, para coberturas coyunturales, extraordinarias, y/o garantes del funcionamiento permanente y continuado del Centro y/o complemento de una reducción de jornada y de Sustitución. La contratación de este personal parte de la detección de las necesidades, la cual es realizada por los Mandos Intermedios en función de la actividad programada y la sobrevenida (ausencias de titulares por licencias y permisos), así como necesidades de refuerzos puntuales o permanentes del Servicio. El desarrollo de las últimas Ofertas Públicas, ha facilitado la confección de listas de contratación que garantizan el cumplimiento de los principios que rigen la selección las personas mediante un sistema imparcial que protege la igualdad de oportunidades en el acceso al trabajo.

El HGU cuenta con otros mecanismos para la provisión interna de puestos, que favorecen el desarrollo profesional y la satisfacción de intereses personales de los trabajadores del Centro. Se realizan a través de los siguientes procedimientos, los cuales son objeto de revisión permanente:

- **Movilidad horizontal definitiva.** Concurso con adscripción definitiva donde el personal del Hospital tiene acceso a los puestos de nueva creación, o a aquellos ocupados con los profesionales de nueva incorporación por vacantes producidas en el propio Hospital.
- **Movilidad interna temporal.** Este mecanismo permite a los profesionales del Hospital obtener experiencia en funciones diferentes a las propias del puesto de procedencia, así como mejorar turnos y condiciones de trabajo.
- **Promoción interna temporal.** Tiene como finalidad principal facilitar la promoción, formación y desarrollo profesional de trabajadores en una categoría profesional superior a la que se encuentran ejerciendo, cuando cumplan los requisitos exigidos.

Todos estos procedimientos realizados en el Hospital, son públicos y consensuados con los representantes de los trabajadores. El seguimiento de los mismos se realiza mediante Comisiones creadas al efecto donde participan los sindicatos firmantes de los correspondientes Acuerdos. En el HGU los acuerdos superan el 82,50 % de consenso.

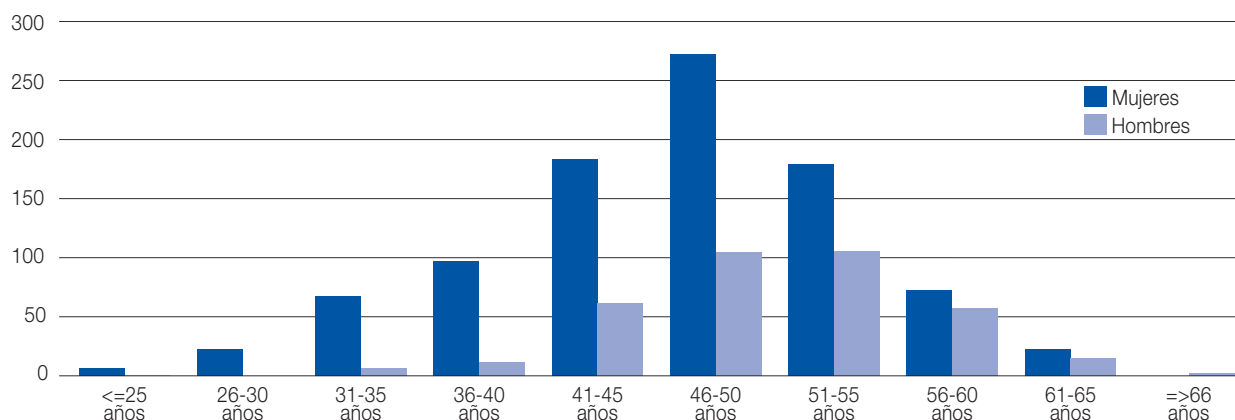
Todos los profesionales tienen la posibilidad de reclamar, tanto vía recurso de alzada ante el órgano superior como vía contencioso-administrativa, aquellas situaciones derivadas de su selección o de cualquier circunstancia que afecte a sus condiciones de trabajo cuando las considere inadecuadas.

LA1 y LA2 - DESGLOSE DEL COLECTIVO DE TRABAJADORES/AS POR TIPO DE EMPLEO, POR CONTRATO Y POR REGIÓN; NÚMERO TOTAL DE EMPLEADOS Y ROTACIÓN MEDIA DE EMPLEADOS, DESGLOSADOS POR GRUPO DE EDAD, SEXO Y REGIÓN

La distribución de los/las empleados/as según su relación contractual (*Ver Fig. 09*) y categoría, queda recogido en el apartado 2.8, sobre Perfil de la Organización; dimensiones de la Organización, en págs. 15-16.

Pirámide de edad (Plantilla Estructural)

| | Mujeres | Hombres | Total | % |
|--------------|------------|------------|--------------|----------------|
| <=25 años | 8 | 0 | 8 | 0,61% |
| 26-30 años | 24 | 0 | 24 | 1,83% |
| 31-35 años | 65 | 8 | 73 | 5,56% |
| 36-40 años | 99 | 18 | 117 | 8,91% |
| 41-45 años | 185 | 63 | 248 | 18,89% |
| 46-50 años | 274 | 106 | 380 | 28,94% |
| 51-55 años | 181 | 107 | 288 | 21,93% |
| 56-60 años | 74 | 59 | 133 | 10,13% |
| 61-65 años | 24 | 16 | 40 | 3,05% |
| =>66 años | 0 | 2 | 2 | 0,15% |
| Total | 934 | 379 | 1.313 | 100,00% |
| % | 71 | 29 | 100 | |

**Estructura de la Plantilla Estructural por edad y sexo****Distribución por sexos**

| Edad media | 47,40 |
|------------|-------|
| Mujeres | 46,32 |
| Hombres | 50,06 |

Puestos ofertados en la Oferta Pública de Empleo (OPE)

| Categoría | Puestos ofertados |
|--|-------------------|
| Facultativo/as | 11 |
| Técnicos/as superiores | 2 |
| Técnicos/as sanitarios | 2 |
| Técnicos/as auxiliares sanitarios | 1 |
| Técnicos/as auxiliares administrativos | 1 |

Trabajadores/as de la comarca (Plantilla Estructural)

| | 2007 | 2008 | 2009 |
|--|--------|--------|--------|
| Total trabajadores | 1.293 | 1.248 | 1.313 |
| Viven en la comarca | 501 | 498 | 545 |
| Porcentaje de los que viven en la comarca sobre el total | 38,75% | 39,90% | 41,51% |

*La relación total de puestos a ofertar queda sujeta a la Resolución de los Concursos de traslados convocados conforme al Acuerdo de condiciones de trabajo para los años 2007, 2008 y 2009.

Concurso de traslados

| Incorporaciones concurso traslados | 2007 - 2ª fase | 2008 - Ingreso 2009* | 2009 (Oferta pendiente incorporación) |
|------------------------------------|----------------|----------------------|---------------------------------------|
| Facultativos/as | 3 | 7 | 16 |
| Enfermería | 18 | 8 | 53 |
| No sanitarios/as | 9 | 5 | 20 |
| Total | 30 | 20 | 89 |

Puestos ofertados y adjudicados por Movilidad Horizontal

| Movilidad Horizontal Definitiva | 1ª Convocatoria | | 2ª Convocatoria | | 1ª Convocatoria | |
|---------------------------------|-----------------|-----------|-----------------|-----------|-----------------|------------|
| | 2008-OFER | 2008-ADJ | 2008-OFER | 2008-ADJ | 2009-OFER | 2009-ADJ |
| Total | 36 | 27 | 24 | 22 | 190 | 179 |
| % de adjudicación | 75% | | 92% | | 94% | |

Las personas que se han marchado del Hospital por concurso de traslados en los años 2008-2009, ascienden a 47, de los cuales 20 ya venían estando en otros centros en Comisión de Servicios.

LA3 - BENEFICIOS SOCIALES PARA LOS EMPLEADOS CON JORNADA COMPLETA, QUE NO SE OFRECEN A LOS EMPLEADOS TEMPORALES O DE MEDIA JORNADA, DESGLOSADO POR ACTIVIDAD PRINCIPAL

Los beneficios sociales a los que pueden acceder los profesionales del HGU están regulados por el Acuerdo de Condiciones de Trabajo, firmado a nivel corporativo para todas las personas de Osakidetza. En general, estos beneficios se aplican independientemente del tipo de relación de empleo o de jornada. Éstos, son revisados y mejorados en cada proceso negociador.

Entre ellos se encuentra la ropa de trabajo, los anticipos sin intereses para sufragar gastos, adelantos de nómina, póliza de seguro de accidentes personales, responsabilidad civil y vida, indemnizaciones por razón de servicio, ayuda por estudios de perfeccionamiento profesional, jubilaciones y primas de jubilación voluntaria, fondo de acción social, apoyo a la colaboración con ONGs (ver apartado 4.12) y otros.

Alcance de los beneficios

| Alcance de los beneficios | Nº personas que lo han disfrutado | | |
|--|-----------------------------------|------|------|
| | 2009 | 2008 | 2007 |
| Reducciones de jornada en general | 80 | 77 | 51 |
| Excedencia por cuidado de familiares (1) | 11 | 5 | 11 |
| Excedencias, resto causas | 3 | 2 | 1 |
| Reducciones cuidado de parientes | 56 | 53 | 87 |
| Licencia por Gestación | 46 | 44 | 62 |
| Lactancia maternal | 30 | 34 | 41 |
| Paternidad | 9 | 11 | 4 |
| Atención a Familiares (50 horas) | 69 | 49 | 25 |
| Adopción | | | 1 |
| Licencia por enfermedad grave parientes | 542 | 515 | 472 |
| Licencia por fallecimientos parientes | 84 | 68 | 52 |
| Permiso atención a familiares | 71 | 50 | 46 |

(1) Incluye las autorizaciones especiales para cuidado de hijos.

b. Relación Empresa-Trabajadores/as:

La relación del HGU con sus trabajadores/as, está enmarcada, como parte de Osakidetza, en lo dispuesto por el Decreto 304/1987 de 6 de octubre, de Órganos de Representación, Regulación del Proceso Electoral. Determinación de las Condiciones de Trabajo y Participación del personal al servicio de la Administraciones Públicas de la Comunidad Autónoma del País Vasco, modificado por el Decreto 208/1990 de 4 de setiembre.

Beneficios sociales

| Beneficios sociales (2009) | Nº trabajadores |
|----------------------------|-----------------|
| Anticipos de nómina | 29 |
| Adelantos de nómina | 24 |
| Complemento de Pensiones | 15 |
| Póliza de Seguros | 1 |
| Fondo Social (art. 25) | 24 |
| Ayuda por Guarderías | 6 |

Por otra parte, como organización de carácter público y perteneciente a Osakidetza, avanzamos en las políticas de conciliación y mejora de la vida familiar de las personas del Centro. El HGU se organiza de forma que se haga posible el disfrute de estas licencias y permisos que se especifican a continuación con un servicio adecuado y de calidad a nuestros usuarios/as.

LA4 - PORCENTAJE DE EMPLEADOS/AS CUBIERTOS POR UN CONVENIO COLECTIVO

Todas las personas del HGU están incluidas en los Convenios Colectivos de Osakidetza y están representadas sindicalmente en los diferentes ámbitos de Negociación:

- Mesa General de Negociación en el ámbito de la Administración de la CAPV para la determinación conjunta de las retribuciones de los empleados públicos.
- Mesa Sectorial para la negociación colectiva y la determinación de las condiciones de trabajo del sector sanitario, recogidas en los Acuerdos de Regulación de Condiciones de Trabajo de Osakidetza.

- Junta de personal que abarca el ámbito territorial, en el que se negocia nuestro calendario laboral con los representantes de los/as trabajadores/as y aquellos aspectos relacionados con las condiciones de trabajo de los profesionales de nuestra organización.

La participación de los sindicatos en los órganos de gobierno, viene regulada en los distintos ámbitos de negociación y en la normativa e instrucciones que de ellos se deriva. Así, las Comisiones en las que participan los Sindicatos en el HGU son:

- Comité de Seguridad y Salud
- Comisión de Traslados por Motivos de Salud
- Comisión de Movilidad interna Permanente y Temporal
- Comisión de Promoción Interna
- Comisión de Euskera
- Comisión de Contratación Temporal
- Comisión de Formación
- Comités de Evaluación del Desarrollo Profesional

Además, tal y como se recoge en el apartado 4.4, las personas se relacionan, participan y se comunican con el hospital y Osakidetza utilizando los distintos canales de comunicación descritos en **Fig. 22**: “Canales de Comunicación” y **Fig. 23**: “Buzón de Sugerencias”.

LA5 - PERIODO(S) MÍNIMO(S) DE PREAVISO RELATIVO(S) A CAMBIOS ORGANIZATIVOS, INCLUYENDO SI ESTAS NOTIFICACIONES SON ESPECÍFICAS EN LOS CONVENIOS COLECTIVOS

En relación con la implantación de cambios organizativos (no estructurales) o de carteleras y la necesidad de someter a votación distintas alternativas organizativas como consecuencia de dichos cambios, tras negociación con los Representantes sindicales del HGU en diciembre de 2009 se aprobó el “**Protocolo de actuación ante la necesidad de someter a votación distintas alternativas organizativas**”, donde se fijan los criterios de actuación a seguir.

Por otro lado, el Acuerdo de condiciones de trabajo fija algunos plazos como es el caso de las carteleras de trabajo, que debe ser conocida con dos meses de antelación, entre otros. Las carteleras son notificadas bimestralmente a las personas. El resto, queda recogido en la Normativa de Aplicación General (Ley de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común). Otras Leyes de aplicación: Ley 8/1997, de 26 de Junio, de Ordenación Sanitaria de Euskadi (art.28,3ª, apartado 6), Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco (art.12,13,14,36,70 y siguientes,...).

c. Salud y Seguridad en el trabajo:

Entre los objetivos del Hospital Galdakao-Usansolo se encuentra la Seguridad y Salud como parte inherente a todas las actividades de trabajo, considerándose al mismo nivel que la Asistencia Sanitaria, la Calidad, el Medio Ambiente y la Gestión Económica, estableciéndose su planificación, coordinación y control, como un elemento más de la tarea a realizar.

La protección de las personas frente a los riesgos laborales exige, como objetivo prioritario, el promover la mejora continua de las condiciones de trabajo, así como la prevención de los accidentes laborales y enfermedades profesionales, que en todos los niveles de nuestro proceso asistencial se pudieran originar.

Este objetivo se ha de cumplir teniendo en cuenta principios éticos y estándares de buena práctica de trabajo y debe mantener los niveles de calidad de servicio a la ciudadanía, así como observar los requisitos legales y contractuales que, en tal sentido, estén establecidos o se establezcan en el futuro.

Todas las personas de la plantilla del Hospital son objeto y sujeto de la Salud Laboral, debiendo asumir, en la medida que a cada uno le compete, los derechos y obligaciones que la misma requiere, entendiéndola como esencialmente preventiva más que correctiva.

En consonancia con la estrategia de mejora continua que el Hospital mantiene y de acuerdo con las directrices de Osakidetza, se ha establecido como medio de seguimiento la implantación del estándar OHSAS 18001:2007, Sistemas de gestión de la seguridad y salud en el trabajo. La implantación en todas las áreas de gestión permitirá realizar una evaluación del desempeño de la seguridad y salud del Sistema de Gestión de Prevención de Riesgos Laborales. El despliegue del estándar OHSAS 18001 permitirá al Hospital desarrollar e implementar una política propia y unos objetivos que tengan en cuenta los requisitos legales y la información sobre los riesgos para la seguridad y salud en el trabajo. Su implantación permitirá la integración de los aspectos preventivos en todas las actividades y en todos los niveles jerárquicos y funcionales de la organización.

La estructura del Hospital para abordar la prevención de riesgos y cuidados de la salud está basada, principalmente, en una Unidad Básica de Prevención propia (UBP) y en un Comité de Seguridad y Salud.

El Comité de Seguridad y Salud del Hospital es el órgano paritario y colegiado de participación, destinado a la consulta regular y periódica de las actuaciones del Hospital en materia de Prevención de Riesgos Laborales. Está formado por igual número de Delegados/as de Prevención y representantes de la Dirección del Hospital. En el caso del Hospital, y debido al número de personas existentes, corresponden 5 delegados/as de prevención y 5 representantes de la Dirección.

En las reuniones del Comité de Seguridad y Salud pueden participar, con voz pero sin voto, los/las delegados/as sindicales y los responsables técnicos de la Unidad Básica de Prevención. En las mismas condiciones pueden participar personas del Hospital que cuenten con una especial calificación o información respecto de cuestiones concretas.

El Comité de Seguridad y Salud se rige por su propio reglamento de funcionamiento interno en el que se fijan, entre otras cuestiones, la periodicidad de las reuniones y el calendario anual de las mismas. Las convocatorias de las reuniones del Comité se realizan por el secretario con la antelación suficiente incluyéndose el orden del día, salvo convocatoria urgente del mismo.

Las competencias del Comité de Seguridad y Salud son las recogidas en el artículo 39 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales. A través de él, la UBP informa de la implantación de los procesos derivados del sistema de prevención: evaluaciones de riesgos, análisis de accidentes e incidentes, comunicados de riesgos, acciones correctoras, plan de acción y seguimiento derivados.

La Dirección de Personal se responsabiliza de la difusión de los acuerdos adoptados a toda la plantilla del Hospital. Las responsabilidades de los diferentes líderes del Hospital Galdakao-Usansolo en el ámbito de la Seguridad y Salud en el trabajo se recogen en el Plan de Prevención de Riesgos Laborales del Hospital, el cual es aprobado en el Comité.

La UBP está constituida por personal sanitario junto con personal asignado al área de seguridad en el trabajo, así como personal administrativo, concretamente 2 médicos, 1,5 enfermeras, 2 técnicos de prevención de riesgos laborales y 1 auxiliar administrativo. Se atienden las disciplinas de Seguridad, Higiene Industrial y Vigilancia de la Salud. Posee dependencia funcional del Servicio de Prevención Corporativo de Osakidetza y una dependencia jerárquica de la Gerencia del Hospital, delegada expresamente en la Dirección de Personal.

Son funciones de la Unidad Básica de Prevención:

- Dar apoyo técnico para la elaboración de la documentación relativa al Sistema de Gestión de Prevención de Riesgos Laborales.
- Implantación del Sistema de Gestión de Prevención de Riesgos Laborales.

LA6 - PORCENTAJE DEL TOTAL DE TRABAJADORES/AS QUE ESTÁ REPRESENTADO EN COMITÉS DE SALUD Y SEGURIDAD CONJUNTOS DE DIRECCIÓN-EMPLEADOS/AS, ESTABLECIDOS PARA AYUDAR A CONTROLAR Y ASESORAR SOBRE PROGRAMAS DE SALUD Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO

Todas las personas del Hospital están representadas en el Comité de Seguridad y Salud. En la Comisión de traslados y adecuaciones por motivos de salud, se trabaja

para responder a todas las personas que, por motivos de salud, tienen dificultad para desempeñar su propio puesto, valorando y promoviendo su adecuación o traslado a otro alternativo. La comisión de traslados por motivos de Salud, tomando como referencia el procedimiento de consolidación de destino aprobado por la Dirección General de Osakidetza y los Representantes sindicales en el año 2005, aprueba en el año 2008 el Procedimiento de consolidación definitiva de traslados por motivos de salud en el HGU, garantizando en todo momento la equidad que ha de regir en este tipo de procedimientos.

En esta comisión forman parte, además de los/las delegados/as de prevención del centro, la Dirección de Personal y los/las Responsables de los estamentos a los que pertenecen las personas afectadas.

Cuadro evolutivo interanual

| Adecuaciones por motivos de salud | 2008 | 2009 |
|---|------------|------------|
| Casos en vigor | 67 | 63 |
| Adecuaciones realizadas (Permanente/Temporal) | 63 | 40 |
| Pendientes de Adecuación | 10 | 7 |
| Casos cerrados | 8 | 16 |
| % Adecuaciones satisfechas | 85% | 89% |

LA7 - TASAS DE ABSENTISMO, ENFERMEDADES PROFESIONALES, DÍAS PERDIDOS Y NÚMERO DE VÍCTIMAS MORTALES RELACIONADAS CON EL TRABAJO POR REGIÓN

Evolución del absentismo por I.T. %

| Estamentos Profesionales | 2009 | 2008 | Var. |
|--------------------------|-------|-------|-------|
| Licenciado Sanitario | 2,34 | 4,06 | -1,72 |
| Técnico Sanitario | 7,02 | 8,02 | -1 |
| Auxiliar Sanitario | 9,74 | 11,61 | -1,87 |
| Administración | 5,3 | 4,79 | 0,51 |
| Manuales y Oficios | 10,93 | 9,79 | 1,14 |
| No cualificado | 8,3 | 7,71 | 0,59 |
| MIR | 1,47 | 1,49 | -0,02 |

Días perdidos en absentismo por I.T. y maternidad

| | 2007 | 2008 | 2009 | Dif. 09/08 |
|--------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| I.T. | 35.828 | 32.236 | 29.260 | -2.977 |
| Maternidad | 3.217 | 3.167 | 2.683 | -484 |
| Total | 39.044 | 35.403 | 31.942 | -3.461 |

Accidentes laborales

| | 2007 | 2008 | 2009 |
|-------------------------------------|-------------|--------------|--------------|
| Accidentes con baja | 19 | 39 | 31 |
| In itinere con baja | 5 | 13 | 7 |
| Subtotal | 24 | 52 | 38 |
| Accidentes sin baja | 157 | 156 | 157 |
| In itinere sin baja | 8 | 14 | 11 |
| Subtotal | 165 | 170 | 169 |
| Total Global | 189 | 222 | 207 |
| Total accidentes trabajo | 176 | 195 | 188 |
| Días perdidos acc. con baja | 1.230 | 1.864 | 792 |
| Nº horas trabajadas | 3.095.094 | 2.666.333 | 2.758.334 |
| Indice incidencia (Ii) | 14 | 23,29 | 17,89 |
| Indice frecuencia A. Cb (If) | 57 | 14,63 | 11,24 |
| Indice gravedad (Ig) | 0,40 | 0,70 | 0,29 |

Enfermedades Profesionales

En el año 2008 se ha declarado un caso de enfermedad profesional con baja y en el 2009 un caso sin baja.

Accidentes mortales

No existen casos en el HGU.

LA8 - PROGRAMAS DE EDUCACIÓN, FORMACIÓN, ASESORAMIENTO, PREVENCIÓN Y CONTROL DE RIESGOS QUE SE APLIQUEN A LOS/LAS TRABAJADORES/AS, A SUS FAMILIAS O A LOS MIEMBROS DE LA COMUNIDAD EN RELACIÓN CON ENFERMEDADES GRAVES

El Plan de formación del centro, contempla un área de actuación específica de salud laboral. Todos los años son muchos los profesionales de todos los estamentos que se forman en materia de seguridad y salud laboral y emergencias.

| | 2007 | 2008 | 2009 |
|--|------|------|------|
| Nº de asistentes a cursos de prevención de riesgos laborales | 204 | 96 | 75 |

LA9 - ASUNTOS DE SALUD Y SEGURIDAD CUBIERTOS EN ACUERDOS FORMALES CON SINDICATOS

A través del Comité de Seguridad y Salud se gestionan las actividades de este ámbito. Los acuerdos más formales se establecen a nivel corporativo y se traducen en protocolos de actuación general que son de aplicación en todos los centros.

Algunas de las actuaciones realizadas en los últimos años en materia de seguridad y salud contando con acuerdo sindical:

Seguridad:

- Protocolo de actuación en caso de incendio, Protocolo de actuación ante nevadas y hielo y Protocolo de actuación ante fuertes vientos.
- Sectorización cocina general, archivo de historias clínicas, bloque de ascensores 1 a 6, planta 4ª A.
- Protocolo de actuación en caso de incendio en el área de Psiquiatría.
- Simulacros de alarma de incendios en plantas y servicios generales.
- Sistemas de extinción automático en almacén.
- Sistema de extinción automático mediante agente extintor en el archivo de historias clínicas.
- Instalación independiente de sistema de bombeo de protección contra incendios.
- Plan de actualización en la circulación del tráfico rodado del hospital.
- Mapa de riesgos de todas las áreas del hospital.
- Implantación de las palomillas de bioseguridad.
- Formación on line a trabajadores en el área de emergencias no sanitarias.

Prevención de riesgos laborales:

- Implantación del estándar OHSAS 18001.
- Evaluaciones de riesgos laborales de Servicios y Unidades. En el periodo 2006-2008: 143 personas vinculadas. En el periodo 2009-2010: 180 personas. El objetivo es que todos los Servicios del Hospital cuentan con evaluación realizada y aprobada en el Comité del Centro.
- Sistema de comunicación de accidentes / incidentes y Comunicación de riesgos on line.
- Investigación de accidentes.
- Protocolo de agresión a trabajadores/as.
- Protocolo de consolidación definitiva de traslados por motivos de salud del HGU y Desarrollo y Adecuación temporal de las personas por motivos de salud en puestos alternativos.
- Programa de actividades formativas para las personas del Hospital en materia de prevención de riesgos laborales.
- Implantación del circuito informativo de riesgos a los trabajadores de nueva incorporación.
- Procedimiento para la citación de reconocimiento médico periódico.
- Plan de comunicación bienal UBP.
- Información mensual y comparativa de los accidentes de trabajo producidos por servicios.

d. Formación y Educación:

El HGU cuenta con un plan de formación donde se recogen los objetivos estratégicos en materia de formación del Centro y se establecen los diferentes cauces que se utilizan para identificar las necesidades de formación. Así, contamos con la información derivada del PE y PG del Centro, de los Planes de Gestión de las diferentes Unidades, Servicios, Responsables de los procesos y de las específicas de los propios profesionales. En este marco de actuación, el ED lidera, y aprueba el programa formativo para cada año teniendo en cuenta las necesidades detectadas y la propuesta de formación realizada por la Comisión de Formación del Centro.

La formación se gestiona a través del subproceso de formación enmarcado dentro del Proceso de Gestión de los RRHH, cuya responsable final es la Directora de Personal, que lidera la Comisión de Formación del Centro. Detectadas las necesidades de formación, éstas se priorizan en el seno del ED. Para ello, desde el 2009 se ha procedido a vincular las actividades del programa de formación a las líneas estratégicas y objetivos del HGU. Las actividades formativas priorizadas se encauzan a través de la Comisión de Formación elaborando el programa de formación anual que contempla acciones tanto para las áreas asistenciales como de gestión. Hay que destacar que los/las Gestores/as de los procesos certificados también detectan sus necesidades formativas priorizadas.

Difundido el programa formativo, la participación de cada profesional es autorizada y priorizada por su Mando Intermedio, teniendo en cuenta la formación previa, la utilidad del curso para el desempeño del puesto actual o futuro y las necesidades de su Servicio o Unidad, siendo en este sentido la formación, mecanismo de promoción y reconocimiento.

Los cursos realizados disponen de una evaluación final cuyo análisis permite la incorporación de mejoras y ajustes para próximas convocatorias. Asimismo, en el año 2008 se realizó la primera encuesta de aplicabilidad de las acciones formativas impartidas durante el año 2007. En el año 2009 se realizó sobre las acciones formativas del 2008 y durante el segundo trimestre del 2010 realizaremos la evaluación del programa de formación del 2009. Los resultados obtenidos nos aportan información relevante sobre el cumplimiento de expectativas de los trabajadores, el grado de aplicabilidad de las acciones formativas que se imparten, en que medida dicha formación aumenta el conocimiento y aporta autonomía del trabajador, etc.

Siempre que es posible, los docentes de las acciones formativas son profesionales del propio HGU, dado que, además de ser quienes mejor conocen su ámbito de trabajo, sirve como elemento de reconocimiento e implicación. El Programa Formativo del 2009, ofrecía 170 acciones, con 952 horas formativas y a las que podrían asistir hasta 2.422 profesionales.

El HGU financia el gasto de la docencia y material necesarios que genera la organización de actividades formativas a través de la dotación que todos los años se asigna a la Comisión de Formación. Asimismo, concede apoyos económicos para la organización de jornadas formativas y/o divulgación organizadas en el Centro por Servicios/Unidades que así lo proponen y para la asistencia a actividades externas, máxime cuando existe participación activa en ellas (ponencias, comunicaciones, etc..)

La Fig.48 muestra los mecanismos de identificación de las necesidades formativas y las acciones emprendidas.

Fig. 48. Mecanismos de identificación de necesidades de formación y acciones emprendidas

| Mecanismos de Identificación de Necesidades de Formación | Despliegue acciones formativas | Valoración y revisión |
|--|---|---|
| Plan Estratégico | Formación | Seguimiento del plan y programas, encuestas al término de las acciones, encuestas de aplicabilidad tras 1 año |
| Planes de Gestión de Servicios | - Plan y Programa de formación Hospital | |
| Unidades y Procesos | - Acceso a acciones formativas de Osakidetza | |
| Líderes | - Plan y oferta formativa Personal listas de contratación temporal del Hospital | |
| Comisión de Formación | Entrenamiento en el trabajo | Información de los Líderes |
| Plataforma valoración competencial | - Práctica diaria | |
| Personas | - Sesiones Clínicas | |
| | - Intercambio experiencias | |
| | - Grupos de mejora | |
| | Oportunidades de aprendizaje | Líderes |
| | - Promoción profesional / Movilidad interna temporal | Profesionales |
| | - Autoformación | Memoria científica y profesional |
| | - Ofertas de formación externa | |
| | - Congresos/Foros científicos | |
| | - Sesiones Generales | |
| | - Biblioteca | |
| | - Proyectos Investigación | |

La Fig. 49, muestra la evolución del gasto directo de la Comisión de Formación. A ello habría que añadir el gasto

indirecto generado por la sustitución del personal que acude a las actividades formativas.

Fig. 49. Evolución del gasto en formación

| | 2007 | % 2007 | 2008 | % 2008 | 2009 | % 2009 |
|--|------------------|----------------|------------------|----------------|-------------------|----------------|
| Docencia y materiales para la docencia | 53.258,80 | 77,37% | 71.855,22 | 74,82% | 92.433,19 | 75,65% |
| Inscripciones y matrículas | 11.665,82 | 16,95% | 19.346,00 | 20,14% | 19.667,74 | 16,10% |
| Gastos de viaje y estancias | 3.910,40 | 5,68% | 4.837,98 | 5,04% | 10.086,27 | 8,25% |
| Totales | 68.835,02 | 100,00% | 96.039,20 | 100,00% | 122.187,20 | 100,00% |

LA10 - PROMEDIO DE HORAS DE FORMACIÓN AL AÑO POR EMPLEADO/A, DESGLOSADO POR CATEGORÍA DE EMPLEADO/A

| | 2007 | | 2008 | | 2009 | | Total Nº Días |
|------------------------------|--------------|----------------|--------------|----------------|--------------|----------------|------------------|
| | Nº Días | Promedio Horas | Nº Días | Promedio Horas | Nº Días | Promedio Horas | |
| Médicos | 1.076 | 26,15 | 1.174 | 1.174,00 | 1.384 | 32,73 | 3.634 |
| Residentes | 477 | 49,84 | 575 | 55,90 | 330 | 30,39 | 1.382 |
| Enfermería + Técnicos | 851 | 12,54 | 1.015 | 229,19 | 1.174 | 17,26 | 3.040 |
| Aux. Sanitarios | 175 | 5,33 | 292 | 8,81 | 263 | 7,94 | 730 |
| Administrativos + Telef. | 363 | 18,82 | 295 | 1,57 | 230 | 11,10 | 888 |
| Mantenimiento + Oficios | 34 | 7,93 | 7 | 1,69 | 0 | 0,00 | 41 |
| No cualificado (Cela + O.S.) | 90 | 4,67 | 185 | 9,59 | 160 | 8,24 | 435 |
| Total | 3.066 | 15,78 | 3.543 | 18,13 | 3.541 | 17,85 | 10.150 |

LA11 - PROGRAMAS DE GESTIÓN DE HABILIDADES Y DE FORMACIÓN CONTINUA QUE FOMENTEN LA EMPLEABILIDAD DE LOS/LAS TRABAJADORES/AS Y QUE LES APOYEN EN LA GESTIÓN DEL FINAL DE SUS CARRERAS PROFESIONALES

Con el fin de fomentar las oportunidades de aprendizaje de las personas, tanto a nivel individual como de equipo, el HGU ha articulado diferentes mecanismos: Actividad diaria. Dentro del ámbito de cada Servicio y Unidad, los responsables del mismo son los encargados de gestionar este tipo de formación, tanto teórica como práctica.

Con el fin de favorecer y mejorar la incorporación e integración de nuevos trabajadores a su puesto de trabajo, se ha revisado el procedimiento de acogida y se ha diseñado e implantado una aplicación de valoración competencial. El procedimiento de acogida articula una serie de entrevistas/encuentros Responsable/mando intermedio y nuevo trabajador en distintos momentos que permitan un intercambio recíproco de información para conseguir la integración del nuevo trabajador en su puesto de trabajo. Como herramienta de apoyo en la implantación del mencionado procedimiento se ha diseñado una aplicación informática de valoración competencial, como instrumento de guía y registro de las valoraciones realizadas por el mando.

La incorporación de nuevos profesionales o la adquisición de nuevas técnicas o tecnologías, va acompañada de la formación directa a cargo de otros compañeros o de periodos de formación en otros centros. Así, facultativos y

enfermeras de C. Vasculuar, Neumología, Hemodinámica, Cirugía General, han contado con periodos formativos financiados por el Hospital en otros centros sanitarios de Osakidetza y del Estado, todo ello hasta conseguir la plena integración en los puestos y el conocimiento preciso para un adecuado desempeño.

Trabajo en equipo. Es imprescindible en un sistema de funcionamiento basado en procesos integrados donde la coordinación entre los diferentes estamentos profesionales es básica. Así, se han creado grupos de trabajo para el desarrollo de procesos clave como, por ejemplo "La Continuidad de Cuidados", protocolos de funcionamiento entre el Hospital y la Atención Primaria entre otros. También se han constituido grupos específicos entre personal facultativo especialista del Hospital y médicos/as de Atención Primaria, para el desarrollo de programas específicos. A nivel interno son numerosos los equipos y grupos de trabajo que funcionan de manera continuada.

Sesiones Clínicas. Constituyen una excelente fuente de aprendizaje, con revisiones de casos clínicos y/o revisiones bibliográficas, actualización de conocimientos en ciertas patologías, etc., generándose un mecanismo clave para la gestión de la tecnología y el conocimiento. Autoformación. La autoformación juega un papel importante para el desarrollo de las actividades de aprendizaje.

Así, el HGU apoya la asistencia de sus profesionales a jornadas y congresos, destinando un 25% del presupuesto de la Comisión de formación a estas actividades. Asimismo,

mo, la preparación de artículos supone un mecanismo de aprendizaje constante. Anualmente se elabora una memoria científica en la que se recogen todas las publicaciones, ponencias, comunicaciones y pósters presentados en congresos por parte de los profesionales del Centro, estando a disposición de todos.

Proyectos de Investigación. La investigación que se realiza en el HGU mantiene un nivel sobresaliente especialmente desde el año 1993 en que se creó la Unidad de In-

vestigación y que se traduce en la consecución de proyectos de investigación y en publicaciones en revistas científicas de gran impacto.

Biblioteca. El Hospital cuenta con una Biblioteca donde se dispone de las revistas más importantes en las diversas áreas de interés. Además proporciona el acceso electrónico a bases de datos y revistas electrónicas a través de Internet o la Intranet de Osakidetza.

LA12(A) - PORCENTAJE DE EMPLEADOS/AS QUE RECIBEN EVALUACIONES REGULARES DEL DESEMPEÑO Y DE DESARROLLO PROFESIONAL

| | Personas Procesos ISO | Desarrollo Profesional | Liderazgo | Total | % de personas con evaluación del desempeño individual o a nivel de equipo |
|------|--------------------------|---------------------------|-----------|-------|--|
| 2007 | 47 | 283 | 7 | 337 | 25,60790274 |
| 2008 | 49 | 265 | 26 | 340 | 25,50637659 |
| 2009 | 53 | 1,017 | 37 | 1.107 | 81,81818182 |

e. Diversidad e Igualdad de Oportunidades:

Ninguna política llevada a cabo por nuestra organización respecto a los profesionales que trabajan o puedan incorporarse al Hospital establece diferencia alguna entre ellos/ellas, ni en función de sus circunstancias personales, función o puesto que desempeñan o tipo de nombramiento/ contrato, evitando cualquier clase de discriminación.

El sistema de selección y contratación de personal está regulado por la legislación administrativa y se rige por los principios de publicidad, igualdad, mérito y capacidad. Estos principios se aplican tanto para los procesos de selección de personal fijo, como temporal, sustitutos/as, promociones internas, traslados internos, etc...

La política de personal en el HGU, al igual que en todas las Organizaciones de Servicios pertenecientes a Osakidetza, está regulada por el Acuerdo de Condiciones de Trabajo del Personal de Osakidetza, negociado con las Centrales Sindicales representativas de los/las trabajadores/as. El último acuerdo suscrito en 2007 contempla una jornada anual de 1.592 horas y regula las condiciones laborales, permisos, licencias, beneficios sociales como anticipos, pólizas de seguro, primas de jubilación voluntaria, así como el sistema retributivo general para todo el personal del Ente.

LA13 - COMPOSICIÓN DE LOS ÓRGANOS DE GOBIERNO CORPORATIVO Y PLANTILLA, DESGLOSADO POR SEXO, GRUPO DE EDAD, PERTENENCIA A MINORÍAS Y OTROS INDICADORES DE DIVERSIDAD

Porcentaje de mujeres en órganos de Gestión

| | Total | Mujeres | % Mujeres sobre total |
|------------------------|------------|-----------|--------------------------|
| Equipo Directivo | 8 | 4 | 50% |
| Consejo de Dirección | 19 | 7 | 37% |
| Consejo Técnico | 11 | 6 | 55% |
| Jefaturas Médicas | 51 | 8 | 16% |
| Jefaturas Enfermería | 37 | 32 | 86% |
| Jefaturas No Sanitario | 39 | 9 | 23% |
| | 165 | 66 | 40% |

Los datos recogidos en LA1 y LA2, indican la distribución de la plantilla del HGU por intervalos de edad y sexo.

LA14 (P) - RELACIÓN ENTRE SALARIO BASE DE LOS HOMBRES CON RESPECTO AL DE LAS MUJERES, DESGLOSADO POR CATEGORÍA PROFESIONAL

Dentro del marco general fijado por la normativa de aplicación y con la concreción anual de la correspondiente Ley de Presupuestos y de los Acuerdos de Consejo de Gobierno, han de tenerse en cuenta las previsiones del Acuerdo de Condiciones de Trabajo del Personal de Osakidetza, así como el de aplicación al personal funcionario de la Administración de la Comunidad Autónoma de Euskadi.

En ambos se establecen las categorías profesionales y las tablas retributivas de las mismas, cuyos valores económicos se fijan conforme a los acuerdos fijados en Mesa General de negociación de la Administración de la Comunidad de Euskadi sobre incremento salarial anual, ratificados en Acuerdo de Consejo de Gobierno. Las retribuciones, por tanto, son iguales dentro de cada categoría, independientemente del sexo o relación laboral que tenga el/la trabajador/a.

Objetivos y desempeño

Tras establecer los objetivos operativos y las acciones encaminadas a conseguirlos en el Plan de Gestión del año 2009, tal y como han quedado recogidos, tanto en el apartado general del inicio de la memoria como en el inicio del apartado 5.3 DIMENSIÓN SOCIAL, a continuación destacamos algunos de los resultados obtenidos:

- Gestión eficaz de las convocatorias de movilidad interna del Hospital.
- Desarrollo de las medidas recogidas en el Acuerdo de Condiciones de Trabajo para conciliar la vida laboral y personal.
- Revisión del procedimiento de reconocimiento a las personas e incorporación de nuevos reconocimientos: Seguridad Clínica e Innovación
- Aplicación y desarrollo del Protocolo de Agresiones al Trabajador.
- Ejecución del Plan de Mejora elaborado a la vista de los resultados obtenidos en la Encuesta de Satisfacción de las personas 2008.
- Finalización del proceso de implantación de la asignación de niveles del Desarrollo Profesional en los Facultativos, personal Diplomado Sanitario.
- Aplicación y asignación de niveles del Desarrollo Profesional para el personal el resto de personal
- Desarrollo y presentación del Sistema de Valoración Competencial.
- Refuerzo de la Comisión de Formación y del Plan de Formación.
- Implantación de la Tarjeta Profesional Electrónica (TPE).
- Evaluación del Plan de Normalización del uso del Euskera en el Hospital: plan de actuación 2010-2011.

Política

La Misión del HGU incluye en su enunciado el alcanzar “La satisfacción e integración de todas las personas que componen nuestra Organización”. El Plan Estratégico 2005-2008 identifica como una de sus Líneas Estratégicas “Lograr la satisfacción/integración del personal” y define que esta satisfacción e integración debe de ser conseguida, además de por una adecuada gestión laboral, por:

- Un adecuado nivel de prestigio y un proyecto de empresa atractivo que induzca a la integración.
- La consecución de un ámbito de trabajo en el que el desarrollo responsable de la profesión sea el objetivo fundamental, sin interferencias de descoordinación, falta de recursos, estrés, etc.
- La consecución de un ámbito de trabajo en el que las necesidades sociales y de autoestima de las personas se vean desarrolladas adecuadamente.

Responsabilidad de la organización

La dirección operativa sobre los aspectos laborales, de RRHH y Personas de la organización, corre a cargo de la Directora de Personal del Hospital.

Formación y sensibilización

Cuando una persona se incorpora a un nuevo puesto de trabajo, independientemente de la manera de acceso, se somete a un proceso de acogida cuya finalidad es facilitar la integración de la persona en el nuevo puesto. Fruto de la revisión del Proceso de gestión de RRHH en el año 2008 el Equipo de Mejora de las Personas, realizó una propuesta de renovación del Plan de acogida con la emisión de una guía básica de aplicación en todos los Servicios del Hospital y conforme al tipo de personal y a la elaboración de un procedimiento de acogida. Así mismo, fruto de esta revisión, desde este año 2009, en la acogida, se les hace entrega en el Departamento de Personal, de una carpeta en la que se incorpora en soporte papel y CD, la información más relevante y útil para su integración en el Hospital y en su puesto de trabajo, así como información de interés general y se comunica el concepto de RSC.

Las personas son recibidas por los responsables del Servicio o Unidad al que son asignados. Algunas de estas Unidades cuentan con un manual de acogida específico como en el caso de Hospitalización.

El Programa de formación contempla a todos los colectivos del Centro. Todas las personas del HGU pueden ser candidatas a acceder a la formación. En este sentido, se han aprobado los criterios de selección que garantizan la diversidad e igualdad de oportunidades, primando en todo momento las necesidades del Hospital y de sus usuarios.

Este aspecto relativo a formación está ampliamente desarrollado en otro apartado de esta memoria y en los indicadores LA10, LA11 y LA12.

Evaluación y seguimiento

El HGU dispone de mecanismos de evaluación, de la política aplicada y de las actuaciones realizadas a través de las encuestas de satisfacción, tanto de las personas como de los usuarios, así como a través de los indicadores de los diferentes procesos y Servicios. La comunicación fluida mantenida con los Responsables de los diferentes Servicios y con los representantes de los/as trabajadores/as permite detectar áreas de mejora de forma permanente. A través de los diferentes comités y comisiones ya mencionados en los que estos participan, permiten así mismo realizar una evaluación y seguimiento de las actuaciones realizadas por el Hospital en este ámbito.

5.4 Derechos humanos

• No discriminación

Dentro de la cultura y prácticas del HGU nunca se ha admitido ningún tipo de distinción entre sus empleados/as ni ante el cliente por razones basadas en su condición, raza, sexo, ideología o religión, ni se ha permitido un trato preferente de unas personas respecto de otras.

Nuestros clientes encuentran sus derechos garantizados a través del Decreto 175/1989 "Derechos y Obligaciones de los pacientes". El Acuerdo de Condiciones de Trabajo, que regula los derechos y deberes de nuestros/as trabajadores/as es de aplicación a todas las personas que trabajan en nuestro Hospital independientemente del tipo de relación laboral que tengan: fija, interina, sustituta o eventual.

Esto evita la posibilidad de que existan diferencias entre ellos/as, tanto en función de sus circunstancias contractuales, personales o funcionales, no existiendo ningún tipo de discriminación.

Los distintos procesos de selección, tanto para personal fijo como no fijo, cambios de puesto, promociones internas, etc. se ajustan a los principios de Igualdad, Publicidad, Mérito y Capacidad, tal como se recoge en la distinta normativa derivada de la Ley de Ordenación Sanitaria de Euskadi. En las Ofertas Públicas de empleo, se reservan, para su cobertura por personal discapacitado, el 5% de los destinos ofertados en cada turno (libre y promoción interna).

Para ello, han de tener reconocida dicha condición, con discapacidad de grado igual o superior al 33%, por el órgano competente de la Administración y son admitidos en igualdad de condiciones que los demás aspirantes al proceso de selección, siempre que reúnan la aptitud necesaria para el desempeño del destino. El HGU cuenta en la actualidad con 24 trabajadores con minusvalías declaradas.

Todos ellos, cuentan con las condiciones necesarias para realizar las tareas encomendadas. Desde el punto de vista de las infraestructuras, éstas cumplen con la normativa en esta materia, dando con ello respuesta tanto a trabajadores como a usuarios (lenguaje para invidentes en señalizaciones y ascensores, cuartos de baño adaptados, así como, adaptación del número de plazas del parking para minusválidos).

• Libertad de Asociación y Convenios Colectivos

La libertad de asociación y negociación colectiva está garantizada en el marco de la normativa legal vigente en la CAV, no existiendo riesgo de incumplimiento de estos derechos.

• Prevención del trabajo forzoso y obligatorio

El HGU es una Organización pública dependiente de Osakidetza y del Departamento de Sanidad y Consumo del

Gobierno Vasco. La actual legislación vigente en la CAV garantiza la no existencia de trabajos forzosos u obligatorios.

• Quejas y procedimientos conciliatorios

En el ámbito de los pacientes y la actividad asistencial operada sobre los mismos o sus familiares, existe un Servicio de Atención al Paciente donde se informa y orienta a aquellos sobre las cuestiones planteadas. Superado dicho ámbito las quejas o reclamaciones se formulan de conformidad con las previsiones contenidas en la normativa administrativa, consistente en escrito de solicitud, recurso y demanda (tanto penal como contencioso-administrativa). También pueden plantear cuestiones al Ararteko.

En el ámbito de los/as trabajadores/as del centro y su vinculación al centro, sus quejas laborales se sustancian conforme a las previsiones en la materia contenidas en la legislación administrativa, tanto propia de Osakidetza como derivada de las instituciones propias de la Comunidad Autónoma o del Estado. Dichas quejas, derivadas de la vinculación laboral, se tramitan mediante escrito de solicitud, recurso y demanda, siempre dentro de la vía contencioso-administrativa. También puede utilizarse el acceso al Ararteko cuyas resoluciones, aún no siendo de obligado cumplimiento, su no seguimiento puede suponer una tacha en su informe parlamentario.

Los pacientes y trabajadores/as pueden realizar sus aportaciones a la mejora a través de los diferentes caminos establecidos al efecto, cuales son las asociaciones específicas, las representaciones sociales, sindicales o políticas, el Ararteko, etc.

Las personas del HGU además cuentan con un buzón de sugerencias donde plantean cuanto consideran oportuno, habiéndose establecido un procedimiento de respuesta y actuación, conforme proceda. Tanto respecto de los pacientes y sus familiares como de los/as propios/as trabajadores/as del HGU, existe un Protocolo de Agresiones, que permite conocer, analizar y resolver cuantas cuestiones en la materia pudieren plantearse. Asimismo, se dispone de un Protocolo sobre resolución de situaciones de conflicto o Acoso Moral, cuya aplicación lo es a nivel de todas las organizaciones de servicios.

Fig. 50. Agresiones

| | 2007 | 2008 | 2009 |
|---------------------|------|------|------|
| Agresiones con baja | 2 | 1 | 2 |
| Agresiones sin baja | 13 | 11 | 17 |

* Nota aclaratoria: las agresiones se registran en la categoría de incidentes/accidentes laborales.

• Prácticas de Seguridad

La política de prevención que asume el HGU para la promoción y la mejora de las condiciones de trabajo conlleva

la elevación del nivel de protección de la seguridad en todos sus aspectos y la mejora constante de las condiciones de salud para todas y cada una de las personas trabajadoras, sin reparar en el nivel de protección necesario y la consecución de los fines establecidos. Asumimos el compromiso de conseguir el mejor nivel de seguridad y salud en el trabajo, aceptando las disposiciones legales publicadas al respecto e intentando mejorar las acciones preventivas que se precisen.

EL HGU dispone de un Comité de Seguridad y Salud Laboral, que es un órgano paritario y colegiado de participación, destinado a la consulta regular y periódica de las actuaciones del Hospital en materia de Prevención de Riesgos Laborales. Está formado por igual número de Delegados/as de Prevención y representantes de la Dirección del Hospital. En el caso del Hospital, y debido al número de personal existente, corresponden 5 delegados/as de prevención y 5 representantes de la Dirección.

Cabe destacar entre las prácticas puesta en marcha la comunicación on line de las situaciones, espacios y comportamientos de riesgo que se producen en el Hospital, relacionados directamente con la seguridad de los trabajadores. La comunicación se produce de manera inmediata a la UBP por parte del mando intermedio, como parte fundamental éste en la transmisión y conocimiento de cualquier situación de riesgo.

Además se han incorporado las visitas de inspección a las áreas de trabajo que se encuentran en obra de reforma o integral, para detectar las incidencias tanto de seguridad como de bioseguridad.

| | Incidencias | Visitas | Nº obras |
|------|-------------|---------|----------|
| 2007 | 72 | 98 | 23 |
| 2008 | 64 | 180 | 31 |
| 2009 | 23 | 78 | 31 |

Se han desarrollado listas cerradas de chequeo de ayuda en las visitas de inspección o de comportamiento para la detección sistemática de situaciones de riesgo. Estas visitas son llevadas a cabo por los mandos intermedios o trabajadores designados con la colaboración de la UBP, como forma de integración a todos los niveles jerárquicos de los aspectos preventivos.

Por otra parte, dada la importancia de los datos a los que se tiene acceso que exigen la mayor protección, conforme a las previsiones de la Ley de Protección de Datos de carácter Personal, además de llevar a efecto sus previsiones, el centro cuenta con un Reglamento de Seguridad donde se determinan y definen tales elementos de protección, así como sus propuestas de seguridad en materia de protección de datos, se analizan y estudian para establecer las mejores prácticas a tal fin.

• Derechos de los indígenas

El HGU solo opera en la CAV por lo tanto no es de aplicación este apartado.

Objetivos y desempeño

El HGU ha incluido cláusulas de gestión ética, de compromiso con el medioambiente en sus contratos con proveedores de acuerdo con los valores e ideales que guían la actuación de la organización. El objetivo es sistematizar la inclusión de este tipo de cláusulas en todos los contratos de la organización para poder ejercer un control efectivo de su cumplimiento.

A nivel interno, definimos como mínimos en nuestro código ético y de conducta los máximos del cumplimiento responsable y legal convencional, considerando implícito el respeto a los Derechos Humanos y a la legislación laboral vigente.

El HGU para el año 2010, en este ámbito se marca el objetivo de continuar trabajando con el proyecto de Compra Verde.

Política

El HGU es una organización integrada en el Sistema Sanitario Público Vasco y garantiza la universalización de sus prestaciones a todos los/las ciudadanos/as de su área asistencial, asegurando de esta forma la asistencia sanitaria a los sectores más desfavorecidos de la sociedad. Garantizamos la existencia de igualdad en la accesibilidad y la no existencia de prácticas discriminatorias en nuestra Organización.

Responsabilidad de la organización

Todos y cada uno de los empleados/as del HGU están comprometidos con la gestión ética en su desempeño laboral. Dado el carácter y el ámbito de actuación de la entidad, no existe un responsable directo de Derechos Humanos por no existir riesgos latentes en sentido de incumplimiento de los mismos en la relación del HGU con sus empleados/as, clientes o proveedores.

Formación y sensibilización

Dado el ámbito en el que desarrollamos nuestra actividad todas nuestras personas trabajadoras están sensibilizadas y formadas para desarrollar su desempeño laboral teniendo en cuenta los Derechos Humanos. En otros apartados de la memoria se recoge ampliamente las actuaciones que el HGU realiza en materia de formación.

Evaluación y seguimiento

Dado el carácter de nuestro Hospital y de los proveedores con los que trabajamos, no se han detectado riesgos la-

tentes en cuanto a posible incumplimiento de los Derechos Humanos, por lo que no se ha hecho un seguimiento especial. No se han detectado riesgos de incumplimiento de los Derechos Humanos para los empleados.

Indicadores del desempeño de Derechos Humanos

ASPECTO: PRÁCTICAS DE INVERSIÓN Y ABASTECIMIENTO

HR1 - PORCENTAJE Y NÚMERO TOTAL DE ACUERDOS DE INVERSIÓN SIGNIFICATIVOS QUE INCLUYAN CLÁUSULAS DE DERECHOS HUMANOS O QUE HAYAN SIDO OBJETO DE ANÁLISIS EN MATERIA DE DERECHOS HUMANOS

La gestión de las personas está regulado por Ley, ver Pág. 29, cumpliendo los Derechos Humanos. Debido a nuestra actividad, los derechos de los pacientes están sujetos a la legislación y Códigos Deontológicos, como son la Ley 41/2002 básica reguladora de la autonomía del paciente y derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, Decreto 175/1989 de 18 de Julio. Carta de Derechos y Obligaciones de los usuarios de Osakidetza, etc.

Los proveedores de servicios están sujetos a la Ley de Contratos del Sector Público (LCSP) (Ley 30/2007 de 30 de Octubre), donde se especifica las prohibiciones de contratación de empresas que hubiesen sido condenadas por haber cometido delitos contra los derechos de los trabajadores, relativos a la protección del medio ambiente, además de aquellas que hayan sido sancionadas por infracción grave en materia de integración laboral y de igualdad de oportunidades y no discriminación de las personas con discapacidad o por infracción muy grave en materia social, incluidas las infracciones en materia de prevención de riesgos laborales.

En cuanto a los pliegos de cláusulas administrativas particulares, el HGU tiene definido en el Subproceso de Obras, un procedimiento de intercambio de documentación donde se especifica, entre otros aspectos que el contratista de la obra deberá entregar al Hospital un plan de medidas de seguridad en obra y, por otro lado, el Hospital entrega a la empresa las normas de Seguridad y Bioseguridad en obra, así como las medidas de emergencia para trabajadores en obra.

Todas las medidas anteriores se aplican al 100% de los acuerdos y/o contratos.

HR2 - PORCENTAJE DE LOS PRINCIPALES DISTRIBUIDORES Y CONTRATISTAS QUE HAN SIDO OBJETO DE ANÁLISIS EN MATERIA DE DERECHOS HUMANOS, Y MEDIDAS ADOPTADAS COMO CONSECUENCIA

La Ley de Contratos del Sector Público (LCSP) (Ley 30/2007 de 30 de Octubre) está implantada en el 100% de los contratos. El actual proceso de implantación del es-

tandar OHSAS 18001 en el que se encuentra inmerso el HGU, va a posibilitar que tal y como establece la Ley de PRL en su art. 16 profundicemos en la integración de, entre otros, los aspectos relacionados con la Seguridad y Salud de todos los trabajadores propios y ajenos, en todos los ámbitos de gestión del hospital.

OHSAS 18001 propone un sistema de mejora continua que facilitará la coordinación de actividades empresariales con las contratadas y subcontratadas. De esta forma profundizaremos en la relación directa y continua con ellos: reuniones de intercambio de documentación en seguridad y salud de los trabajadores y de la actividad propia del hospital que puede interactuar con su actividad, presencia de los interlocutores en seguridad en el HGU y visitas de seguimiento de la actividad diaria de las contratadas. Además de la relación con las empresas adjudicatarias de servicios la implantación de OHSAS facilitará que las empresas que suministran equipamiento y productos entreguen la documentación relativa a los aspectos de seguridad para el uso por parte de los trabajadores (marcado CE, declaraciones de conformidad, manuales de instrucciones, fichas de seguridad).

HR3 - TOTAL DE HORAS DE FORMACIÓN DE LOS/LAS EMPLEADOS/AS SOBRE POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS CON AQUELLOS ASPECTOS DE LOS DERECHOS HUMANOS RELEVANTES PARA SUS ACTIVIDADES, INCLUYENDO EL PORCENTAJE DE EMPLEADOS FORMADOS

Todas las personas trabajadoras del Hospital, están sujetas a la legislación y código Deontológico correspondiente.

ASPECTO: NO DISCRIMINACIÓN

HR4 - NÚMERO TOTAL DE INCIDENTES DE DISCRIMINACIÓN Y MEDIDAS ADOPTADAS

Tal y como se recoge en el apartado 5.4 Derechos Humanos en el punto "Quejas y procedimientos conciliadores", último párrafo, el HGU, con el apoyo de los profesionales de la UBP y la aplicación de los protocolos existentes, como por ejemplo el de Actuación ante Agresiones, se responde a las necesidades de los trabajadores desde el punto de vista de su salud laboral y en materia de prevención de riesgos laborales. El HGU no cuenta con incidentes registrados en materia de discriminación.

ASPECTO: LIBERTAD DE ASOCIACIÓN Y CONVENIOS COLECTIVOS

HR5 - ACTIVIDADES DE LA COMPAÑÍA EN LAS QUE EL DERECHO A LIBERTAD DE ASOCIACIÓN Y DE ACOGERSE A CONVENIOS COLECTIVOS PUEDAN CORRER IMPORTANTES RIESGOS, Y MEDIDAS ADOPTADAS PARA RESPALDAR ESTOS DERECHOS

Las personas del Hospital están sujetas al acuerdo de condiciones de trabajo, no existiendo riesgo alguno al respecto.

ASPECTO: EXPLOTACIÓN INFANTIL**HR6 - ACTIVIDADES IDENTIFICADAS QUE CONLLEVAN UN RIESGO POTENCIAL DE INCIDENTES DE EXPLOTACIÓN INFANTIL, Y MEDIDAS ADOPTADAS PARA CONTRIBUIR A SU ELIMINACIÓN**

Las personas trabajadoras del Hospital deben tener cumplida la edad prevista en el Estatuto Básico del Empleado Público. Los trabajadores del Hospital, acceden al mismo por los procedimientos mencionados en el apartado 5.3 Dimensión Social, punto a. Empleo.

El Hospital colabora en la realización de prácticas formativas regladas de pregrado, de alumnos de ciclos formativos de grado medio y de grado superior, una vez concluido los periodos teóricos académicos. Para ello, se suscriben los correspondientes Acuerdos de Colaboración Empresa-Centro Educativo. La colaboración que el HGU y los trabajadores que actúan de tutores, brinda a los centros educativos para que los alumnos que realicen las prácticas en nuestro centro de cara a la adquisición de los oportunos conocimientos, habilidades, destrezas y técnicas que les permitan su inserción en el mundo laboral, es totalmente desinteresada.

| Docencia | 2007 | 2008 | 2009 |
|------------------------------------|------|------|------|
| PREGRADO - Alumnos/as en prácticas | 115 | 103 | 119 |

ASPECTO: TRABAJOS FORZADOS**HR7 - OPERACIONES IDENTIFICADAS COMO DE RIESGO SIGNIFICATIVO DE SER ORIGEN DE EPISODIOS DE TRABAJO FORZADO O NO CONSENTIDO, Y LAS MEDIDAS ADOPTADAS PARA CONTRIBUIR A SU ELIMINACIÓN**

Las condiciones laborales de los trabajadores del HGU vienen recogidas en el Acuerdo Regulador de las Condiciones de trabajo del personal de Osakidetza, en vigor. (ARCTO).

ASPECTO: PRÁCTICAS DE SEGURIDAD**HR8 - PORCENTAJE DEL PERSONAL DE SEGURIDAD QUE HA SIDO FORMADO EN LAS POLÍTICAS O PROCEDIMIENTOS DE LA ORGANIZACIÓN EN ASPECTOS DE DERECHOS HUMANOS RELEVANTES PARA LAS ACTIVIDADES**

La empresa contratada debe cumplir con los requisitos y condiciones establecidas en los contratos rigiéndose por la Ley de Contratos del Servicio Público (LCSP). Además de las horas que por Ley y reglamento de seguridad privada, la empresa de seguridad está obligada a proporcionar a todos los vigilantes en activo, el Hospital se ocupa de ampliar dicha formación de forma específica en diversas áreas de la prevención de riesgos laborales (prevención contra incendios y emergencias) y de manejo de personas agitadas, vinculado generalmente a situaciones delicadas con pacientes de psiquiatría. Se oferta al 100% del personal vigilante y es el 80% del mismo el que ha venido

acudiendo a esta formación. Así mismo, se potencia su participación en aquellos foros donde pueden aportar su experiencia en materia de seguridad, como en la comisión de obras, visitas de obras, la comisión técnica permanente del comité de autoprotección del centro, grupos de señalítica, accesibilidad, etc.

HR9 - NÚMERO TOTAL DE INCIDENTES CON VIOLACIONES DE LOS DERECHOS DE LOS INDÍGENAS Y MEDIDAS ADOPTADAS

Este indicador no es de aplicación ya que nuestra actividad se desarrolla en zonas sin población indígena.

5.5 Sociedad**Política**

El HGU, como miembro responsable de la sociedad en la que interviene y fruto de nuestra interacción continua, es consciente de su alto impacto en la sociedad. Asumiendo nuestro compromiso con ella, la Misión del HGU recoge en su definición que buscamos *"El respeto por un impacto social y medioambiental positivo en la comunidad"*.

El PE 2005-2009 recoge como una de sus Líneas Estratégicas y define que *"un impacto social positivo del Hospital Galdakao-Usansolo, además de su impacto en la salud a través de su actividad asistencial y del natural impacto económico de toda Organización, pasan por:*

- *Una adecuada gestión medioambiental que minimice el impacto de su actividad en la zona.*
- *Un alto nivel de contribución al conocimiento en el sector sanitario, fruto de su liderazgo docente, en investigación y de una adecuada difusión / intercambio de buenas prácticas con otras organizaciones de dicho sector."*

Objetivos y desempeño

Tras establecer los objetivos operativos y las acciones encaminadas a conseguirlos en el Plan de Gestión del año 2009, tal y como han quedado recogidos en el apartado general punto 1.2 del inicio de la memoria, a continuación destacamos algunos de los resultados obtenidos:

- **Impacto medioambiental positivo**

Desde el inicio de su actividad, el HGU ha llevado a cabo una política activa de gestión de los residuos generados. Así, se elaboró el primer Plan de Gestión de Residuos que contemplaba la gestión de los tres tipos de residuos que generamos, urbanos, sanitarios y químicos, con el objetivo de disminuir el riesgo para la salud y el medioambiente.

Posteriormente se realizó el diagnóstico de situación, homologado por IHOBE, y en 2005 el sistema de Gestión

para la Mejora Ambiental obtuvo el Certificado EKOSCAN para el HGU y el Ambulatorio de Durango, y en 2009 se obtuvo la Certificación ISO 14001. Mensualmente se realiza un seguimiento de las acciones y semestralmente se revisa la globalidad del Plan. La Gestora de Residuos y el Servicio de Medicina Preventiva y Salud Laboral han impartido formación en gestión de residuos a 421 personas de diferentes unidades, individualizando el aprendizaje en función del tipo de residuo generado.

• Impacto positivo en el conocimiento sanitario

Este impacto positivo lo medimos a través de alcanzar dos objetivos:

1. **Liderazgo en investigación.** El HGU se ha marcado como objetivo el alcanzar el liderazgo en esta área entre los Hospitales de su tamaño. La evolución de los últimos años nos dicen que vamos en la línea correcta como se puede constatar en el “Resumen descriptivo 2009” editado por O+KER, existiendo en el año 2009 en el HGU 36 Proyectos de Investigación en activo.

Anualmente el HGU edita la memoria científica y la publica en la intranet y web.

La memoria científica del HGU ha pasado de 365 a 523 actividades de difusión del conocimiento, entendidas éstas como comunicaciones a congresos, ponencias, artículos, etc.

2. **Liderazgo en Docencia.** El sistema docente del HGU fue sometido a evaluación por el Ministerio de Educación el año 2007, obteniendo como resultado de la misma 841 puntos. Siendo uno de los hospitales del Estado que mayor puntuación alcanzó.

3. **Normalización lingüística.** La normalización lingüística, con su concreción en un Plan de Euskera, constituye un objetivo corporativo de Osakidetza y del HGU. Las acciones puestas en marcha en dicho plan han contribuido a que tengan un impacto positivo en el paciente. Esta realidad se puede evidenciar en las encuestas a pacientes donde el indicador neto de satisfacción con el uso del euskera ha pasado de un 30,7% a un 38,0%.

Responsabilidad de la organización

La responsabilidad operativa en esta área recae en el Equipo Directivo. El Director Gerente es responsable de las relaciones institucionales con la sociedad. La Directora Económico Financiera es responsable de los aspectos económicos y medioambientales y el Director Médico es el responsable de alcanzar un impacto positivo en la difusión del conocimiento sanitario.

Evaluación y seguimiento

El HGU dispone de diversos mecanismos para evaluar y seguir el impacto de nuestra Organización en la sociedad.

El impacto medioambiental se evalúa a través de la revisión del PR Gestión Medioambiental que está Certificado con la Norma ISO:14001. La actividad económica se gestiona mediante el Proceso Económico-Financiero, certificado en el año 2005 según la Norma ISO 9001:2000. El Proceso es auditado anualmente por el tribunal Vasco de Cuentas Públicas, la Intervención Delegada de Hacienda del Gobierno Vasco y por Osakidetza a través de una firma de auditoría independiente.

Indicadores del desempeño de Sociedad

SO1 (P) - NATURALEZA, ALCANCE Y EFECTIVIDAD DE PROGRAMAS Y PRÁCTICAS PARA EVALUAR Y GESTIONAR LOS IMPACTOS DE LAS OPERACIONES EN LAS COMUNIDADES, INCLUYENDO ENTRADA, OPERACIÓN Y SALIDA DE LA EMPRESA

Ámbito Comunidad: en el año 2007 y 2009 se realizó una encuesta a diez Ayuntamientos de nuestro entorno con los siguientes resultados:

| | Media 2007 | Media 2009 |
|--|------------|------------|
| En el ámbito de la sociedad que importancia le otorga al HGU | 9 | 8,50 |
| Nivel de compromiso del HGU con el medio ambiente | 6,50 | 7,83 |
| Hasta que punto considera que el HGU es una organización socialmente responsable | 8,13 | 9 |
| En nivel de conocimiento de las actividades que realiza el HGU es.... | 6,38 | 7,17 |
| Valoración global del HGU | 7,43 | 8,12 |

Como resultado de la encuesta se ha decidido enviar la Revista del HGU a los Ayuntamientos de nuestro entorno. **Ámbito Asociaciones No Gubernamentales:** Ver los descrito en Pág. 32 y 33.

SO2 (P) - PORCENTAJE Y NÚMERO TOTAL DE UNIDADES DE NEGOCIO ANALIZADAS CON RESPECTO A RIESGOS RELACIONADOS CON LA CORRUPCIÓN

El informe del Tribunal Público de Cuentas en el que se integran todas las conclusiones de las inspecciones y auditorías realizadas es de carácter público.

SO3 (P) - PORCENTAJE DE EMPLEADOS FORMADOS EN LAS POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS ANTI-CORRUPCIÓN DE LA ORGANIZACIÓN

No se realiza formación expresa. Los aspectos relacionados con este ámbito se recogen en la Ley del Funcionario Público y está sujeto a la LCSP.

SO4 (P) - MEDIDAS TOMADAS EN RESPUESTA A INCIDENTES DE CORRUPCIÓN

No ha habido ningún caso.

SO5 (P) - POSICIÓN EN LAS POLÍTICAS PÚBLICAS Y PARTICIPACIÓN EN EL DESARROLLO DE LAS MISMAS Y DE ACTIVIDADES DE “LOBBYING”

Debido a la naturaleza de nuestra organización, no es de aplicación.

SO6 (A) - VALOR TOTAL DE LAS APORTACIONES FINANCIERAS Y EN ESPECIE A PARTIDOS POLÍTICOS O A INSTITUCIONES RELACIONADAS, POR PAÍSES

Debido a la naturaleza de nuestra organización, no es de aplicación.

SO7 (A) - NÚMERO TOTAL DE ACCIONES POR CAUSAS RELACIONADAS CON PRÁCTICAS MONOPOLÍSTICAS Y CONTRA LA LIBRE COMPETENCIA, Y SUS RESULTADOS

Debido a la naturaleza de nuestra organización, no es de aplicación.

SO8 (P) - VALOR MONETARIO DE SANCIONES Y MULTAS SIGNIFICATIVAS Y NÚMERO TOTAL DE SANCIONES NO MONETARIAS DERIVADAS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS LEYES Y REGULACIONES

No se ha tenido ninguna multa o sanción.

que tiene por misión la prestación de asistencia sanitaria especializada para satisfacer las necesidades de salud de los ciudadanos/as de su área de referencia, con equidad, calidad y eficiencia.”

Para alcanzar esta Misión el HGU en la Reflexión Estratégica que dio lugar al PE 2005-2009 definió como Líneas Estratégicas a seguir:

1. Servicio Excelente a los Usuarios

Para prestar un excelente servicio al cliente en el Hospital Galdakao-Usansolo es necesario gestionar adecuadamente:

- *La capacidad de poder cubrir las necesidades de salud de la población con plazos aceptables y adecuados a sus dolencias.*
- *La calidad asistencial, generada por profesionales altamente cualificados, que disponen de la tecnología necesaria para diagnosticar y tratar adecuadamente, y protocolos efectivos en dichos diagnósticos / tratamientos que estén integrados en el esquema de tratamiento global de la red de salud.*
- *La calidad de trato a los usuarios que favorezca su condición de personas en situaciones especiales de angustia y penosidad, dado por personal orientado al cliente y con capacidades de relación, y en el marco de protocolos organizativos y de actuación que permitan niveles adecuados en la relación profesional-usuario/a.*
- *La calidad de información a la que tienen derecho y demandan los usuarios/as para conocer todo aquello relativo a su salud, que debe contar con un personal orientado al cliente y actuaciones que soporten adecuados canales de comunicación / información.*
- *Las necesarias condiciones de confort en su asistencia.*

2. Cobertura de las necesidades de salud de la población

La gestión de una cobertura adecuada de las necesidades de salud de la población de referencia depende de:

- *Disponer de una cartera de servicios adaptada a las necesidades de la población a atender.*
- *Obtener un óptimo nivel de disponibilidad de los servicios ofrecidos por el Hospital, partiendo de:*
 - *La obtención de recursos adaptados a la demanda de salud, para disponer de los medios (materiales y humanos) adecuados a la prestación de los servicios.*
 - *La optimización del rendimiento obtenido de los recursos existentes; una buena organización de los mismos que posibilite el mayor tiempo posible de uso efectivo y un alto nivel de calidad asistencial que evite la duplicidad en la atención, reducción de estancias, etc.*
 - *La ordenación de la demanda procedente del resto de la Red de forma que los recursos disponibles se*

5.6 Responsabilidad sobre productos**Política**

El HGU trabaja para desarrollar productos y servicios que estén basados en las necesidades y expectativas de sus clientes; anticipar e identificar mejoras; innovar y ofrecer servicios competitivos, todo ello en el marco establecido por el Plan de Salud del Departamento de Sanidad y Consumo. Los pacientes acceden al sistema a través de las modalidades de asistencia: Urgencias, Consultas y Hospitalización.

Las diferentes modalidades de asistencia en el Hospital, estructuradas a partir de las necesidades cambiantes de nuestros clientes, se sustentan en los principios de Universalidad y Equidad que son la base de la distribución de nuestros productos y servicios.

La actividad propia de nuestra organización, la asistencia sanitaria, hace que todas nuestras actuaciones tengan un impacto directo sobre la salud y seguridad de nuestros clientes. Por eso nuestra Misión recoge en su enunciado:

“El Hospital de Galdakao-Usansolo es un hospital general de agudos público, perteneciente a la red de Osakidetza,

empleen efectivamente en aquellos usuarios/as que requieren la Atención Especializada.

La cartera de servicios que oferta nuestro Hospital se acuerda con la Delegación Territorial del Departamento de Sanidad y Consumo (DTSC), por ser éste el garante de las prestaciones sanitarias. Esta cartera de servicios viene recogida en el Contrato Programa, en su Anexo 1, que firmamos con la DTSC, y es revisada y actualizada anualmente. Esta cartera de servicios está recogida en la **Fig. 05** del apartado 2.2. El HGU dispone de diferentes mecanismos para conocer las expectativas de nuestros clientes e incorporarlas a nuestros productos sanitarios entre ellas destaca:

- **Encuestas de Satisfacción de Pacientes:**

Se realizan anual o bienalmente, dependiendo del tipo de encuesta, y abarca la atención que reciben nuestros usuarios/as en los procesos más relevantes de nuestra organización. Dichos resultados se publican en la Intranet del Hospital.

- **Quejas y Reclamaciones:**

El Servicio de Atención al Paciente recoge en tiempo real la información sobre quejas, reclamaciones, así como felicitaciones y sugerencias. Esta información constituye una importante fuente de información indirecta para el conocimiento de posibles Áreas de Mejora de nuestra Organización y nos ayuda a conocer las expectativas de nuestros clientes. El Equipo Directivo analiza mensualmente el informe de Quejas y Reclamaciones elaborado por el SAPU.

- **Asociaciones de Usuarios:**

Mantenemos contactos con representantes de diferentes asociaciones de usuarios, como enfermos/as renales, ostomizados, diabéticos, etc., con el fin de determinar sus necesidades y expectativas como fuente de entrada para definir nuestra Política y Estrategia.

- **Grupos Focales:**

En el año 2009 se han puesto en marcha grupos focales con pacientes para a través de ellos identificar áreas de mejora, conocer las expectativas que tienen puestas en el HGU y poder adelantarnos a ellas.

- **Mystery Shopper:**

Asimismo, este mismo año hemos incorporado una experiencia de análisis, estandarizada en sectores de atención directa al público, pero pionera en nuestro sector, como es el "mystery shopper", o "cliente oculto", donde uno de los pacientes del hospital evalúa el grado de atención recibida.

En el Hospital, la actividad se basa en las ciencias médicas y, por ello, la innovación, el aprendizaje y la mejora continua son elementos fundamentales para establecer nuestra estrategia y conseguir resultados para nuestros clientes. Nuestro sistema de evaluación del rendimiento está basado en la evaluación cuantitativa por indicadores.

Desde hace años el HGU dispone de un Cuadro de Mando, sometido a diversas mejoras con el paso del tiempo, que es la herramienta para seguir y controlar los indicadores asistenciales más relevantes. El cuadro de mando del HGU contempla un amplio número de indicadores, que incluye información mensual, acumulada y comparable con los mismos períodos del año anterior en aspectos asistenciales tan importantes como el nº de altas, el grado de ocupación de camas, la actividad quirúrgica de mañana, tardes y Urgencias, ocupación de quirófanos según especialidades y la lista de espera de pacientes, también por especialidades, consultas externas, actividad de UCA/HD, etc. Estos indicadores surgen de los procesos, lo que nos permite conocer las tendencias y actuar sobre la P&E para conseguir las metas pactadas. Todos los servicios del Hospital disponen de estos resultados a través de la Intranet y parte de ellos son accesibles por todos los/as ciudadanos/as por medio de la página web del Hospital.

Objetivos y desempeño

Tras establecer los objetivos operativos y las acciones encaminadas a conseguirlos en el Plan de Gestión del año 2009, tal y como han quedado recogidos al apartado general del inicio de la memoria apartado 1.2. Las tablas de la Págs. 16 a 18 muestran los resultados relativos a la Actividad Asistencial. Así mismo, en la **Fig. 18** Pág. 19, se muestran los resultados de la satisfacción de nuestros clientes.

A continuación, mostramos algunas de las acciones del Plan de Gestión 2009 llevadas a cabo.

Plan de Gestión 2009 - Procesos asistenciales

Grupo focal a pacientes

Realización de un AMFE sobre el circuito y traslado del paciente Urgencias-Hospitalización

Implantación Hoja interconsulta

Implantación nueva gestión y circuito de Ambulancias

Implantación de las Pulseras identificativas en pacientes

Revisión del protocolo del carro de paradas por la UCI y Reanimación

Reactivación de la Comisión de Mortalidad

Comunicación Interna: Boletín Ospipress

Formación en gestión por procesos

Así mismo presentamos algunos de los objetivos destacables en el Plan de Gestión 2010 - Procesos asistenciales:

| Plan de Gestión 2010 - Procesos asistenciales |
|---|
| Revisión del circuito de KIT Antibiótico en el Proceso quirúrgico |
| Definir e implantar una sistemática común para la gestión de material y caducidades de los almacenes de ante quirófanos |
| Revisión e implantación del Protocolo de preparación al paciente quirúrgico |
| Implantación de la Hoja unificada de parte quirúrgico |
| Aviso SMS a familiares de pacientes intervenidos en el momento de subida a planta |
| Implantación del Consentimiento Informado de transfusión de sangre |
| Elaboración de guías de información al alta |
| Revisión y actualización del Protocolo de Acogida a pacientes |
| Reforma en la Planta 4A |
| Monitorización del grado de implantación de las pulseras identificativas |
| Plan de Formación de Seguridad del Paciente |
| Implantación de la notificación de errores de medicación |
| Evaluación de Historias clínicas |
| Implantación prescripción informatizada en Psiquiatría |

Responsabilidad de la organización

El responsable en nuestra organización sobre la producción es el Director Médico.

Formación y sensibilización

El HGU dispone de un Plan de Formación para mejorar las habilidades y conocimientos de nuestras personas, siendo la Formación Continuada uno de los pilares básicos para alcanzar nuestra Misión. En los apartados LA10, LA11 y LA12 se describen las distintas actuaciones realizadas en el marco del Plan de Formación.

Evaluación y seguimiento

El HGU dispone de diversos mecanismos, tanto preventivos como correctivos, para garantizar la calidad de nuestros servicios, que tiene diferente periodicidad:

Mensual: El ED en el marco del Comité de Dirección revisa, y ajusta si procede, el grado de cumplimiento de los objetivos asistenciales y los indicadores económicos.

Cuatrimstral: Los Equipos de proceso revisan al mínimo tres veces al año, los resultados asistenciales, seguimiento de hallazgos de auditorías así como análisis de incidencias. Diariamente se revisan las incidencias notificadas en la base de datos.

Semestral: Se revisa, y ajusta si procede, el grado de cumplimiento de la totalidad de los objetivos estratégicos.

Anual: El ED revisa el grado de cumplimiento de los objetivos del PG, incorporando la información obtenida fruto del resultado de las mediciones realizadas en los planes de gestión de los procesos y los indicadores de rendimiento.

Además de estos mecanismos, disponemos de diversos Comités y Comisiones, a través de los cuales se evalúa la calidad de nuestros productos y la introducción de nueva tecnología (**Fig. 21:** Mecanismos de participación que recoge los diferentes Comités y Comisiones que funcionan en el HGU).

Las diferentes encuestas a clientes, referidas en este apartado, así como el contacto directo de nuestros profesionales con los pacientes, nos permiten evaluar los resultados de nuestra actividad e implantar medidas correctoras en caso de desviación de los objetivos marcados.

Los procesos certificados son revisados anualmente a través de la revisión anual con la Dirección y la evaluación externa que se realiza para renovar la Certificación bajo la Norma ISO 9001:2008, en el marco de estas revisiones se identifican las desviaciones con el estándar prefijado y se planifican acciones correctoras en caso de ser necesarias. Actualmente el 94% de nuestras personas trabajan en procesos certificados.

Además de las certificaciones de servicios en base a la Norma ISO 9001:2008, en el área médica se elaboran protocolos de intervención que nos permiten disminuir la variabilidad de nuestra actuación y garantizar la calidad de nuestros servicios. La revisión de procedimientos y protocolos se realiza en base a las últimas novedades recogidas en las bases de datos médicas (Cochrane, Medline, etc.), así como por la formación continuada y la asistencia a Congresos. Dichas modificaciones son comunicadas a los responsables de los procedimientos y protocolos, quienes las actualizan y comunican al resto de profesionales a través de los diferentes canales de comunicación, con el fin de que el conocimiento y la aplicación del mismo estén actualizados dentro de la Organización, garantizando de esta forma la calidad de nuestros servicios a los clientes.

El Contrato Programa recoge en su Anexo II- Calidad los requisitos que debe cumplir, desde el punto de vista de calidad, nuestra producción asistencial. Estas condiciones de calidad se orientan de manera preferente a la mejora de la información, al consentimiento informado, a la personalización en el trato y a minimizar el impacto de problemas contemplados en el Plan de Salud. Además, se incorporan condiciones relacionadas con los plazos de acceso al servicio, uso racional del medicamento, tipo de intervención y otras condiciones concurrentes con la optimización de los recursos.

El cumplimiento de estas condiciones se revisa en el marco de la reunión anual que tenemos con la DTSC de Bizkaia para evaluar el CP. Su incumplimiento tiene repercusiones económicas en la factura del CP.

Indicadores del desempeño de Responsabilidad sobre productos

PR1 (P) - FASES DEL CICLO DE VIDA DE LOS PRODUCTOS Y SERVICIOS EN LAS QUE SE EVALUAN, PARA EN SU CASO SER MEJORADOS, LOS IMPACTOS DE LOS MISMOS EN LA SALUD Y SEGURIDAD DE LOS CLIENTES, Y PORCENTAJE DE CATEGORÍAS DE PRODUCTOS Y SERVICIOS SIGNIFICATIVOS SUJETOS A TALES PROCEDIMIENTOS DE EVALUACIÓN

El Plan Estratégico 2005-2009, define los objetivos estratégicos del Hospital. Para su consecución, una de las líneas estratégicas es “Desarrollar el principio de mejora continua como cambio cultural en la gestión y el funcionamiento del Hospital”, para ello, se toma como marco de referencia en la gestión, el desarrollo del modelo de excelencia basado en EFQM, y el refuerzo en la metodología de la gestión por procesos.

Con la finalidad de desplegar esta línea estratégica, la Dirección del Hospital ha decidido implantar un Sistema de Gestión basado en la Gestión por procesos acorde a la Norma ISO 9001:2008.

El propósito de la implantación de un Sistema de Gestión por procesos es:

- Estimular la participación de nuestro personal en actividades de evaluación y mejora
- Poder demostrar nuestra capacidad para la prestación de un servicio que satisfaga las exigencias que sean de aplicación y,
- Aumentar el nivel de satisfacción de todos los clientes receptores de nuestros servicios, contribuyendo de esta manera a la mejora del servicio global proporcionado a los pacientes de nuestro Hospital.

Para ello, la Dirección del Hospital ha establecido la siguiente declaración como Política de Calidad, la cual pretende recoger los dos objetivos generales de calidad de este Hospital:

- La mejora de la calidad del servicio sanitario
- La mejora de la calidad en la gestión

Desde el año 2003, el HGU ha ido ampliando el alcance de su certificación ISO 9001:2008 de manera continuada hasta la fecha, disponiendo así de 21 procesos certificados:

| Año de certificación | Proceso |
|----------------------|---|
| 2003 | Gestión de las pruebas biológicas |
| | Gestión de los estudios citológicos, histológicos y autopsias |
| | Gestión de la transfusión de hemoderivados |
| | Gestión de la terapia antineoplásica |
| | Gestión de la atención farmacéutica a pacientes externos |
| 2005 | Gestión del material estéril |
| | Alimentación al paciente |
| | Económico financiero |
| | Mantenimiento de activos |
| | Aprovisionamiento y logística |
| | Ekoscan |
| 2007 | Hospitalización |
| | Gestión de las Pruebas de Radiodiagnóstico |
| | Gestión de los Recursos Humanos |
| 2008 | Rehabilitación |
| | Gestión de los Servicios Informáticos |
| | Verificación GRI A + Memoria RSC |
| 2009 | Tratamiento Quirúrgico |
| | Consultas Externas |
| | Limpieza |
| | Innovación (ISO 166002) |
| | Gestión Medioambiental (ISO 14001) |

Control del Proceso. El control de los procesos certificados se realiza a través de los indicadores, que están directamente relacionados con los objetivos estratégicos del HGU y en clara coherencia con las directrices emanadas desde Osakidetza. Los indicadores tienen en cuenta dimensiones de calidad, como accesibilidad, trato, información, efectividad, continuidad de la asistencia, condiciones hoteleras, todas ellas recogidas en el Plan de Calidad del HGU para los años 2003-2007. La fijación de los objetivos a alcanzar para cada año se establece en base a los resultados obtenidos, las acciones de mejora a desarrollar y las metas establecidas en el PE 2005-09.

Asimismo, nuestro SGC establece un cronograma de revisiones de los procesos. Los procesos tienen una revisión anual, dos revisiones interanuales, una revisión por la dirección, así como la realización de una auditoría interna y externa, además del seguimiento continuo de indicadores e incidencias por parte de los equipos de procesos.

La revisión de la efectividad del sistema se realiza a través de las auditorías internas, el seguimiento de las no con-

formidades, el desarrollo de acciones preventivas y correctivas y las auditorías externas realizadas por la empresa certificadora. Además de las certificaciones de servicios en base a la Norma ISO 9001:2008, en el área médica se elaboran protocolos de intervención. La revisión de procedimientos y protocolos se realiza en base a las últimas novedades recogidas en las bases de datos médicas (Cochrane, Medline...), así como por la formación continuada y la asistencia a Congresos. Dichas modificaciones son comunicadas a los responsables de los procedimientos y protocolos, quienes las actualizan y comunican al resto de profesionales a través de los diferentes canales de comunicación, con el fin de que el conocimiento y la aplicación del mismo estén actualizados dentro de la organización.

PR2 (A) - NÚMERO TOTAL DE INCIDENTES DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO LA REGULACIÓN LEGAL O DE LOS CÓDIGOS VOLUNTARIOS RELATIVOS A LOS IMPACTOS DE LOS PRODUCTOS Y SERVICIOS EN LA SALUD Y LA SEGURIDAD DURANTE SU CICLO DE VIDA, DISTRIBUIDOS EN FUNCIÓN DEL TIPO DE RESULTADO DE DICHS INCIDENTES

| | 2007 | 2008 | 2009 |
|-------------------------------------|-------|-------|-------|
| Número de reclamaciones presentadas | 1.787 | 1.709 | 1.816 |
| % de reclamaciones resueltas | 98% | 96,3% | 96,7% |

PR3 (P) - TIPOS DE INFORMACIÓN SOBRE LOS PRODUCTOS Y SERVICIOS QUE SON REQUERIDOS POR LOS PROCEDIMIENTOS EN VIGOR Y LA NORMATIVA, Y PORCENTAJE DE PRODUCTOS Y SERVICIOS SUJETOS A TALES REQUERIMIENTOS INFORMATIVOS

Información al cliente-paciente: Toda la información a paciente está protocolizada, tanto los consentimientos informados como las guías de información. Dicha información está actualizada, y disponible en la intranet del HGU, con el objetivo de facilitar al paciente la información necesaria durante su proceso asistencial. Además, siguiendo la Política de Normalización Lingüística del Gobierno Vasco, el HGU ha definido la política de que toda la documentación que sea facilitada al paciente sea en euskera y castellano. Dicha información queda publicada en la web del HGU.

Información asistencial: la información relevante de cada acto sanitario realizado a los pacientes atendidos en la hospitalización y en la consulta externa se recoge en una carpeta que denominamos historia clínica, esta carpeta es única por paciente y es el canal que nos permite un flujo de información clínica entre profesionales y/o entre procesos asistenciales, asegurando así la trazabilidad del paciente durante todo su proceso asistencial.

Los documentos que componen la HC están regulados por normativa del Departamento de Sanidad y Consumo, existe una comisión de seguimiento en la que participan

expertos de la Red de Osakidetza que actualizan y revisan periódicamente estos documentos. Las condiciones de confidencialidad, trazabilidad, acceso y seguridad de este documento están reguladas mediante una normativa interna (Reglamento de Historia Clínica) propuesta por la Comisión de Historias y aprobada por el Departamento de Sanidad y Consumo. El cumplimiento de esta normativa está supervisado por la Dirección Médica. Así mismo, existe una Comisión central compuesta por expertos de la Red que define los criterios de expurgo periódico de documentos. Anualmente se revisa la calidad de las historias clínicas mediante criterios específicos para informes médicos, quirúrgicos y de enfermería. La revisión de las historias se utiliza para evaluar la infección hospitalaria, los resultados de algunas técnicas o la evolución de ciertas patologías. Dicha información asistencial se rige por la aplicación de la LOPD descrita en la página 77 de la presente memoria.

PR4 (A) - NÚMERO TOTAL DE INCUMPLIMIENTOS DE LA REGULACIÓN Y DE LOS CÓDIGOS VOLUNTARIOS RELATIVOS A LA INFORMACIÓN Y AL ETIQUETADO DE LOS PRODUCTOS Y SERVICIOS, DISTRIBUIDOS EN FUNCIÓN DEL TIPO DE RESULTADOS DE DICHS INCIDENTES

No hemos tenido ningún incidente de este tipo.

PR5 (A) - PRÁCTICAS CON RESPECTO A LA SATISFACCIÓN DEL CLIENTE, INCLUYENDO LOS RESULTADOS DE LOS ESTUDIOS DE SATISFACCIÓN DEL CLIENTE

Dada la naturaleza de nuestra Organización, hacemos referencia a todos los apartados de Cliente. Disponemos de numerosas encuestas de satisfacción segmentadas a nivel de proceso, y reflejadas en las páginas 19 y 20 de la presente memoria. Además, estos datos están publicados en la página web del Hospital.

PR6 (P) - PROGRAMAS DE CUMPLIMIENTO DE LAS LEYES O ADHESIÓN A ESTÁNDARES Y CÓDIGOS VOLUNTARIOS MENCIONADOS EN COMUNICACIONES DE MARKETING, INCLUIDOS LA PUBLICIDAD, OTRAS ACTIVIDADES PROMOCIONALES Y LOS PATROCINIOS

Nuestra organización no desarrolla actividades de este tipo, ya que viene determinada corporativamente por Osakidetza.

PR7 (A) - NÚMERO TOTAL DE INCIDENTES FRUTO DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS REGULACIONES RELATIVAS A LAS COMUNICACIONES DE MARKETING, INCLUYENDO LA PUBLICIDAD, LA PROMOCIÓN Y PATROCINIO, DISTRIBUIDOS EN FUNCIÓN DEL TIPO DE RESULTADOS DE DICHS INCIDENTES

Nuestra organización no desarrolla actividades de este tipo, ya que viene determinada corporativamente por Osakidetza, por lo tanto, no hemos tenido incidentes al respecto.

PR8 (A) - NÚMERO TOTAL DE RECLAMACIONES DEBIDAMENTE FUNDAMENTADAS EN RELACIÓN CON EL RESPETO A LA PRIVACIDAD Y LA FUGA DE DATOS PERSONALES DE CLIENTES

El Hospital cumple con todas las directrices de la legislación referentes a este apartado, tanto la de carácter supraterritorial como la emitida por los órganos competentes de nuestra Comunidad, en relación a normas que afectan a todos los Centros y organizaciones sanitarias. Su objetivo es garantizar que la información de carácter personal de nuestros clientes tenga un tratamiento que permita garantizar su seguridad.

- Derechos y Obligaciones de los pacientes y usuarios de Osakidetza. (Decreto 175/1989 de 18 de Julio).
- Ficheros automatizados de carácter personal gestionados por Sanidad y Osakidetza. (Orden de 20 de Enero de 1995).
- Ley Orgánica 15/1999 de 13 de Diciembre, de Protección de datos de Carácter Personal.
- RD. 994/1999, de 11 de Junio, por el que se aprueba el Reglamento de Medidas de Seguridad de los ficheros automatizados que contengan datos de carácter personal.
- Voluntades anticipadas en el ámbito de la Sanidad. (Ley 7/2002 de 12 de Diciembre).
- Ley 41/2002, de 14 de Diciembre, Básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
- Acuerdo Sanidad/Osakidetza de 28 de Marzo de 2003 sobre creación y asignación de funciones a la comisión de seguridad para la protección de datos.
- Creación y regulación de registro de voluntades anticipadas. (Decreto 270/2003 de 4 de Noviembre).
- Instrucción Nº 2/2003 del Director General de Osakidetza sobre el Modelo Organizativo de Seguridad para las Organizaciones de Servicios de Osakidetza sobre Funciones y Obligaciones del Personal de Osakidetza con relación a la protección de datos de carácter Personal. Procedimientos de Actuación.
- Normas sobre uso de la firma electrónica en las relaciones por medios electrónicos. (Orden de 22 de Noviembre de 2004).
- Procedimiento para la incorporación de tecnologías sanitarias. (Orden del 12 de Noviembre de 2004).
- Regulación de ficheros de carácter personal del Departamento de Sanidad y Consumo. (Orden del 1 de Junio de 2005).
- R.D. 1720/2007 de 21 de Diciembre, por el que se aprueba el reglamento de desarrollo de la L.O.P.D. de 1999. Otro dato lo constituye la dotación en todos nuestros.

A todo el personal de nueva incorporación se le habilita un acceso en el ordenador y, a la vez, se le hace entrega del documento: Las Funciones y Obligaciones del personal con acceso a datos de carácter personal en el ámbito de:

- El equipo de informática del usuario
- Uso apropiado de aplicaciones y/o recursos
- Identificación y autenticación
- Gestión de incidencias
- Gestión de soportes
- Comunicaciones y correo electrónico
- Confidencialidad de la información
- Solicitud de información a terceros
- Transferencia de información a terceros
- Modelo organizativo de seguridad

Toda esta documentación se encuentra en el documento de seguridad que tiene el HGU de carácter corporativo que está colgado en la Intranet del Hospital y que, por tanto, es accesible a todo el personal.

En cuanto a las Historias Clínicas en papel, se cumplen las directrices de la Ley Orgánica sobre Protección de Datos personales (LOPD). A parte de esto, el Hospital se encuentra inmerso en el escaneo de Historias del mismo Hospital y de los ambulatorios con el objetivo de llegar a conseguir la digitalización de todas las historias lo que se traducirá en un mayor control del uso que se hace de las mismas. Antes de escanear las historias, se hace un expurgo según las leyes: Ley 41/2002, de 14 de Noviembre y el decreto 45/1998, de 17 de marzo.

Además de esto, el Hospital dispone de un documento que explica cómo afecta el nuevo Reglamento RD 1720/2007 por el que se desarrolla la LOPD en los diferentes ámbitos de la información, tanto en los datos informáticos como en soporte papel, y se contemplan los siguientes aspectos:

- A que datos afecta la ley
- Clasificación de los mismos según niveles
- Medidas a tomar según nivel de clasificación

PR9 (P) - COSTE DE AQUELLAS MULTAS SIGNIFICATIVAS FRUTO DEL INCUMPLIMIENTO DE LA NORMATIVA EN RELACIÓN CON EL SUMINISTRO Y EL USO DE PRODUCTOS Y SERVICIOS DE LA ORGANIZACIÓN

No hemos tenido ninguna multa en el ámbito de la asistencia sanitaria.

6

Glosario

**Galdakao
Usansolo**
Ospitalea·Hospital

| | | | |
|--------------------------|--|----------------------------|--|
| ACABE | Asociación Contra la Anorexia y Bulimia de Euskadi | DSC/DTB | Departamento de Sanidad y Consumo / Dirección Territorial de Bizkaia |
| ACCU | Asociación de Enfermos de Crohn y Colitis Ulcerosa | DTSC | Dirección Territorial de Sanidad y Consumo |
| ACS | Agua Caliente Sanitaria | DUE | Diplomado Universitario en Enfermería |
| AE | Auxiliar de Enfermería | ED | Equipo de Dirección |
| AECC | Asociación Española Contra el Cáncer | FCE | Factor Clave de Éxito |
| ALCER | Asociación para la Lucha Contra las Enfermedades Renales | FI/FA | Fuente Información / Fuente Aprendizaje |
| AP | Atención Primaria | GI | Grupos de Interés |
| APA | Anatomía Patológica | GRD | Grupos Relacionados por el Diagnóstico |
| Benchmarking | Proceso sistemático y continuo para evaluar comparativamente los productos, servicios y procesos de trabajo en organizaciones | HGU | Hospital Galdakao-Usansolo |
| BIOEF | B+I+O Eusko Fundazioa / Fundación Vasca de Innovación e Investigación Sanitarias | HOS | Hospitalización |
| CAV | Comunidad Autónoma Vasca | ICQO | Instituto Clínico Quirúrgico de Oftalmología |
| CCEE | Consultas Externas | ICTUS | Enfermedad cerebro vascular que afecta a los vasos sanguíneos que suministran sangre al cerebro. También conocido como: Accidente Cerebro Vascular (ACV) Embolia o Trombosis |
| CEIC | Comité Ético de Investigación Clínica | If | Índice de frecuencia: (Número de accidentes con baja/Número de horas trabajadas)* 10 ⁶ |
| CMA | Cirugía Mayor Ambulatoria | Ig | Índice de gravedad: (Número de jornadas perdidas por accidente/Número de horas trabajadas)* 10 ³ |
| Consumo Directo | Todas las fuentes de energía utilizadas por la organización para sus propias operaciones | IHOBE | Sociedad Pública de Gestión Ambiental del Gobierno Vasco |
| Consumo Indirecto | Energía empleada para producir y distribuir productos energéticos adquiridos por la organización informante (por ejemplo, electricidad o calor) | li | Índice de incidencia: (Número de accidentes con baja / Número de trabajadores)* 10 ³ |
| CP | Contrato Programa | Índice de ocupación | Proporción entre las estancias reales generadas en un periodo de tiempo y las estancias teóricas posibles en ese mismo período |
| CVTH | Centro Vasco de Transfusiones y Hemoderivados | Índice de rotación | Número de pacientes que rotan en una cama en un intervalo de tiempo |
| DAFO | Metodología de estudio de la situación competitiva de una empresa en su mercado y de las características internas de la misma, a efectos de determinar sus Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas | | |

| | | | |
|-------------------------------|--|----------------|---|
| Intervenciones PAG | Intervenciones Programadas con Anestesia General | OS | Organizaciones Sanitarias |
| Intervenciones PAL | Intervenciones Programadas con Anestesia Local | PE | Plan Estratégico |
| Intervenciones UAG | Intervenciones Urgentes con Anestesia General | PG | Plan de Gestión |
| Intervenciones UAL | Intervenciones Urgentes con Anestesia Local | PI | Promoción Interna |
| IRC | Insuficiencia Renal Crónica | PR | Proceso |
| ISG | Índice de Satisfacción Global | P&E | Política y estrategia |
| IT | Incapacidad Transitoria | RAX | Radiodiagnóstico |
| LAB | Laboratorio | SAPU | Servicio de Atención Paciente Usuario |
| LCSP | Ley de Contratos de las Administraciones Publicas | SGC | Sistema de Gestión de Calidad |
| LOPD | Ley Orgánica de Protección de Datos de carácter Personal | TAC | Tomografía Axial Computerizada |
| MDI | Medicina Interna | TEL | Técnico Especialista de Laboratorio |
| MI | Mandos Intermedios | TER | Técnico Especialista en Radiodiagnóstico |
| MIR | Médico Interno Residente | TTAMB | Tratamiento Ambulatorio |
| MTO | Mantenimiento | TTQ | Tratamiento Quirúrgico |
| OPE | Oferta Pública de Empleo | UBP | Unidad Básica de Prevención |
| ORL | Otorrinolaringología | UCA | Unidad de Cirugía Ambulatoria |
| | | UMC | Unidad de Metodología de Calidad |
| | | URV | Unidad Relativa de Valor se define como la medida de producción del servicio que determina la carga de trabajo de cada producto valorando la complejidad del mismo a la vez que le asigna unos costes |



**Galdakao
Usansolo**
Ospitalea·Hospital

Anexo I

| | |
|--|-----------|
| 1. Estrategia y análisis | 3 |
| 1.1 Declaración del máximo responsable de la toma de decisiones de la organización (Director general, presidente o puesto equivalente) sobre la relevancia de la sostenibilidad para la organización y su estrategia | 4 |
| 1.2 Descripción de los principales impactos, riesgos y oportunidades | 5 |
| 2. Perfil de la organización | 11 |
| 2.1 Nombre de la organización | 12 |
| 2.2 Principales marcas, productos y/o servicios | 12 |
| 2.3 Estructura operativa de la organización, incluidas las principales divisiones, empresas operativas, filiales y negocios conjuntos (joint ventures) | 13 |
| 2.4 Localización de la sede principal de la organización | 14 |
| 2.5 Número de países en los que opera la organización y nombre de los países en los que desarrolla actividades significativas o los que sean relevantes específicamente con respecto a los aspectos de sostenibilidad tratados en la memoria | 14 |
| 2.6 Naturaleza de la propiedad y forma jurídica | 15 |
| 2.7 Mercados servidos (incluyendo el desglose geográfico, los sectores que abastece y los tipos de clientes/beneficiarios) | 15 |
| 2.8 Dimensiones de la organización, informante incluido: | 15 |
| 2.9 Cambios significativos durante el periodo cubierto por la memoria en el tamaño, estructura y propiedad de la organización | 18 |
| 2.10 Premios y distinciones recibidos durante el periodo informativo | 20 |
| 3. Parámetros de la memoria | 21 |
| 3.1 Periodo cubierto por la información contenida en la memoria | 22 |
| 3.2 Fecha de la memoria anterior más reciente | 22 |
| 3.3 Ciclo de presentación de memorias | 22 |
| 3.4 Punto de contacto para cuestiones relativas a la memoria o a su contenido | 22 |
| 3.5 Proceso de definición del contenido de la memoria, incluyendo el proceso para la determinación de la materialidad y el orden de prioridades de los aspectos incluidos en la memoria; identificación de los grupos de interés que la organización prevé que utilicen la memoria | 22 |
| 3.6 Cobertura de la memoria | 22 |
| 3.7 Indicar la existencia de limitaciones del alcance o cobertura de la memoria | 22 |
| 3.8 La base para incluir información en el caso de negocios conjuntos (jointventures), filiales, instalaciones arrendadas, actividades subcontratadas y otras entidades que puedan afectar significativamente a la comparabilidad entre periodos y/o entre organizaciones | 22 |
| 3.9 Técnicas de medición de datos y bases para realizar los cálculos, incluidas las hipótesis y técnicas subyacentes a las estimaciones aplicadas en la recopilación de indicadores y demás información de la memoria | 23 |
| 3.10 Descripción del efecto que pueda tener la reexpresión de información perteneciente a memorias anteriores, junto con las razones que han motivado dicha reexpresión | 24 |
| 3.11 Cambios significativos relativos a periodos anteriores en el alcance, la cobertura o los métodos de valoración aplicados en la memoria | 24 |
| 3.12 Tabla que indica la localización de los Contenidos básicos en la memoria | 24 |
| 3.13 Política y práctica actual en relación con la solicitud de verificación externa de la memoria | 24 |

| | |
|--|-----------|
| 4. Gobierno y compromisos de participación de los grupos de Interés | 25 |
| 4.1 La estructura de gobierno de la organización, incluyendo los comités del máximo órgano de gobierno responsable de tareas tales como la definición de la estrategia o la supervisión de la organización | 26 |
| 4.2 Ha de indicarse si el presidente del máximo órgano de gobierno ocupa también un cargo ejecutivo (y, de ser así, su función dentro de la dirección de la organización y las razones que la justifiquen) | 26 |
| 4.3 En aquellas organizaciones que tengan estructura directiva unitaria, se indicará el número de miembros del máximo órgano de gobierno que sean independientes o no ejecutivos | 26 |
| 4.4 Mecanismos de los accionistas y empleados para comunicar recomendaciones o indicaciones al máximo órgano de gobierno | 27 |
| 4.5 Vínculo entre la retribución de los miembros del máximo órgano de gobierno, altos directivos y ejecutivos (incluidos los acuerdos de abandono del cargo) y el desempeño de la organización (incluyendo su desempeño social y ambiental) | 28 |
| 4.6 Procedimientos implantados para evitar conflictos de intereses en el máximo órgano de gobierno | 28 |
| 4.7 Procedimiento de determinación de la capacitación y experiencia exigible a los miembros del más alto órgano de gobierno para poder guiar la estrategia de la organización en los aspectos sociales, ambientales y económicos | 29 |
| 4.8 Declaraciones de misión y valores desarrolladas internamente, códigos de conducta y principios relevantes para el desempeño económico, ambiental y social, y el estado de su implementación | 30 |
| 4.9 Procedimientos del máximo órgano de gobierno para supervisar la identificación y gestión, por parte de la organización, del desempeño económico, ambiental y social, incluidos riesgos y oportunidades relacionadas, así como la adherencia o cumplimiento de los estándares acordados a nivel internacional, códigos de conducta y principios | 31 |
| 4.10 Procedimientos para evaluar el desempeño propio del más alto órgano de gobierno, en especial con respecto al desempeño económico, ambiental y social | 31 |
| 4.11 Descripción de cómo la organización ha adoptado un planteamiento o principio de precaución | 31 |
| 4.12 Principios o programas sociales, ambientales y económicos desarrollados externamente, así como cualquier otra iniciativa que la organización suscriba o apruebe | 32 |
| 4.13 Principales sociedades a las que se pertenezca (tales como asociaciones sectoriales), y/o entes nacionales e internacionales a las que la organización apoya | 33 |
| 4.14 Relación de grupos de interés que la organización ha incluido | 34 |
| 4.15 Base para la identificación y selección de los grupos de interés con los que la organización se compromete | 34 |
| 4.16 Enfoques adoptados para la inclusión de los grupos de interés, incluidas la frecuencia de su participación por tipos y categorías de grupos de interés | 35 |
| 4.17 Principales preocupaciones y aspectos de interés que hayan surgido a través de la participación de los grupos de interés y la forma en la que ha respondido la organización a los mismos en la elaboración de la memoria | 36 |
| 5. Enfoque de gestión e indicadores de desempeño | 42 |
| 5.1 Dimensión económica | 43 |
| Desempeño económico | 43 |
| Presencia en el mercado | 44 |
| Impacto económico indirecto | 44 |
| Objetivos y desempeño | 45 |
| Política | 45 |
| Indicadores de desempeño económico | 45 |
| EC1 (P) - VALOR ECONÓMICO DIRECTO GENERADO Y DISTRIBUIDO, INCLUYENDO INGRESOS, COSTES DE EXPLOTACIÓN, RETRIBUCIÓN A EMPLEADOS, DONACIONES Y OTRAS INVERSIONES EN LA COMUNIDAD, BENEFICIOS NO DISTRIBUIDOS Y PAGOS A PROVEEDORES DE CAPITAL Y A GOBIERNOS | 45 |

| | |
|---|-----------|
| EC2 (P) - CONSECUENCIAS FINANCIERAS Y OTROS RIESGOS Y OPORTUNIDADES PARA LAS ACTIVIDADES DE LA ORGANIZACIÓN DEBIDO AL CAMBIO CLIMÁTICO | 45 |
| EC3 (P) - COBERTURA DE LAS OBLIGACIONES DE LA ORGANIZACIÓN DEBIDAS A PROGRAMAS DE BENEFICIOS SOCIALES | 46 |
| EC4 (P) - AYUDAS FINANCIERAS SIGNIFICATIVAS RECIBIDAS DE GOBIERNOS | 46 |
| EC5 (P) - RANGO DE LAS RELACIONES ENTRE EL SALARIO INICIAL ESTÁNDAR Y EL MÍNIMO LOCAL EN LUGARES DONDE SE DESARROLLEN OPERACIONES SIGNIFICATIVAS | 46 |
| EC6 (P) - POLÍTICA, PRÁCTICAS Y PROPORCIÓN DE GASTO CORRESPONDIENTES A PROVEEDORES LOCALES EN LUGARES DONDE SE DESARROLLEN OPERACIONES SIGNIFICATIVAS | 46 |
| EC7(P) - PROCEDIMIENTOS PARA LA CONTRATACIÓN LOCAL Y PROPORCIÓN DE ALTOS DIRECTIVOS PROCEDENTES DE LA COMUNIDAD LOCAL EN LUGARES DONDE SE DESARROLLEN OPERACIONES SIGNIFICATIVAS | 46 |
| EC8 (P) - DESARROLLO E IMPACTO DE LAS INVERSIONES EN INFRAESTRUCTURAS Y LOS SERVICIOS PRESTADOS PRINCIPALMENTE PARA EL BENEFICIO PÚBLICO MEDIANTE COMPROMISOS COMERCIALES, PRO BONO, O EN ESPECIE | 46 |
| EC9 (P) - ENTENDIMIENTO Y DESCRIPCIÓN DE LOS IMPACTOS ECONÓMICOS INDIRECTOS SIGNIFICATIVOS, INCLUYENDO EL ALCANCE DE DICHS IMPACTOS | 46 |
| 5.2 Dimensión ambiental | 46 |
| Objetivos y desempeño | 49 |
| Política | 49 |
| Responsabilidad de la organización | 49 |
| Formación y sensibilización | 49 |
| Evaluación y seguimiento | 49 |
| Indicadores de desempeño ambiental | 51 |
| EN1 (P) - MATERIALES UTILIZADOS POR PESO O VOLUMEN | 51 |
| EN2 (P) - PORCENTAJE DE MATERIALES UTILIZADOS QUE SON MATERIALES VALORIZADOS | 51 |
| EN3 (P) - CONSUMO DIRECTO DE ENERGÍA DESGLOSADO POR FUENTES PRIMARIAS | 51 |
| EN4 (P) - CONSUMO INDIRECTO DE ENERGÍA DESGLOSADO POR FUENTES PRIMARIAS | 51 |
| EN5 (P) - AHORRO DE ENERGÍA DEBIDO A LA CONSERVACIÓN Y MEJORAS A LA EFICIENCIA | 52 |
| EN6 (P) - INICIATIVAS PARA PROPORCIONAR PRODUCTOS Y SERVICIOS EFICIENTES EN EL CONSUMO DE ENERGÍA O BASADOS EN ENERGÍAS RENOVABLES, Y LAS REDUCCIONES EN EL CONSUMO DE ENERGÍA COMO RESULTADO DE DICHAS INICIATIVAS | 52 |
| EN7 (P) - INICIATIVAS PARA REDUCIR EL CONSUMO INDIRECTO DE ENERGÍA Y LAS REDUCCIONES LOGRADAS CON DICHAS INICIATIVAS | 52 |
| EN8 (P) - CAPTACIÓN TOTAL DE AGUA POR FUENTES | 52 |
| EN9 (A) - FUENTES DE AGUA QUE HAN SIDO AFECTADAS SIGNIFICATIVAMENTE POR LA CAPTACIÓN DE AGUAS | 52 |
| EN10 (A) - PORCENTAJE Y VOLUMEN TOTAL DE AGUA RECICLADA Y REUTILIZADA | 52 |
| EN11 (P) - DESCRIPCIÓN DE TERRENOS ADYACENTES O UBICADOS DENTRO DE ESPACIOS NATURALES PROTEGIDOS O DE ÁREAS DE ALTA BIODIVERSIDAD NO PROTEGIDAS. INDÍQUESE LA LOCALIZACIÓN Y EL TAMAÑO DE TERRENOS EN PROPIEDAD, ARRENDADOS, O QUE SON GESTIONADOS DE ALTO VALOR EN BIODIVERSIDAD EN ZONAS AJENAS A ÁREAS PROTEGIDAS | 52 |
| EN12 (P) - DESCRIPCIÓN DE LOS IMPACTOS MÁS SIGNIFICATIVOS EN LA BIODIVERSIDAD EN ESPACIOS NATURALES PROTEGIDOS O EN ÁREAS DE ALTA BIODIVERSIDAD NO PROTEGIDOS, DERIVADOS DE LAS ACTIVIDADES, PRODUCTOS Y SERVICIOS EN ÁREAS PROTEGIDAS Y EN ÁREAS DE ALTO VALOR EN BIODIVERSIDAD EN ZONAS AJENAS A LAS ÁREAS PROTEGIDAS | 52 |
| EN13 (A) - HÁBITATS PROTEGIDOS O RESTAURADOS | 53 |
| EN14 (A) - ESTRATEGIAS Y ACCIONES IMPLANTADAS PARA LA GESTIÓN DE IMPACTOS SOBRE LA BIODIVERSIDAD | 53 |
| EN15 (A) - NÚMERO DE ESPECIES, DESGLOSADAS EN FUNCIÓN DE SU PELIGRO DE EXTINCIÓN, INCLUIDAS EN LA LISTA ROJA DE LA IUCN Y EN LISTADOS NACIONALES Y CUYOS HÁBITATS SE ENCUENTREN EN ÁREAS AFECTADAS POR LAS OPERACIONES SEGÚN EL GRADO DE AMENAZA DE LA ESPECIE | 53 |
| EN16 (P) - EMISIONES TOTALES, DIRECTAS E INDIRECTAS, DE GASES DE EFECTOS INVERNADERO, EN PESO | 53 |
| EN17 (P) - OTRAS EMISIONES INDIRECTAS DE GASES DE EFECTO INVERNADERO, EN PESO | 53 |
| EN18 (A) - INICIATIVAS PARA REDUCIR LAS EMISIONES DE GASES DE EFECTO INVERNADERO Y LAS REDUCCIONES LOGRADAS | 53 |
| EN19 (P) - EMISIONES DE SUSTANCIAS DESTRUCTORAS DE LA CAPA DE OZONO, EN PESO | 53 |
| EN20 (P) - VERTIMIENTO TOTAL DE AGUAS RESIDUALES, SEGÚN SU NATURALEZA Y DESTINO | 53 |
| EN21 (P) - NO, SO Y OTRAS EMISIONES SIGNIFICATIVAS AL AIRE POR TIPO Y PESO | 53 |
| EN22 (P) - PESO TOTAL DE RESIDUOS GESTIONADOS, SEGÚN TIPO Y MÉTODO DE TRATAMIENTO | 54 |

| | |
|--|-----------|
| EN23 (P) - NÚMERO TOTAL Y VOLUMEN DE LOS DERRAMES ACCIDENTALES MÁS SIGNIFICATIVOS | 54 |
| EN24 (A) - PESO DE LOS RESIDUOS TRANSPORTADOS, IMPORTADOS, EXPORTADOS O TRATADOS QUE SE CONSIDERAN PELIGROSOS SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DEL CONVENIO DE BASILEA, ANEXOS I, II, III Y VIII Y PORCENTAJE DE RESIDUOS TRANSPORTADOS INTERNACIONALMENTE | 54 |
| EN25 (A) - IDENTIFICACIÓN, TAMAÑO, ESTADO DE PROTECCIÓN Y VALOR DE BIODIVERSIDAD DE RECURSOS HÍDRICOS Y HÁBITATS RELACIONADOS, AFECTADOS SIGNIFICATIVAMENTE POR VERTIDOS DE AGUA Y AGUAS DE ESCORRENTÍA DE LA ORGANIZACIÓN INFORMANTE | 54 |
| EN26 (P) - INICIATIVAS PARA MITIGAR LOS IMPACTOS AMBIENTALES DE LOS PRODUCTOS Y SERVICIOS, Y GRADO DE REDUCCIÓN DE ESE IMPACTO | 54 |
| EN27 (P) - PORCENTAJE DE PRODUCTOS VENDIDOS, Y SUS MATERIALES DE EMBALAJE, QUE SON RECUPERADOS AL FINAL DE SU VIDA ÚTIL. POR CATEGORÍAS DE PRODUCTOS | 55 |
| EN28 (P) - COSTE DE MULTAS SIGNIFICATIVAS Y NÚMERO DE SANCIONES NO MONETARIAS POR INCUMPLIMIENTO DE LA NORMATIVA AMBIENTAL | 55 |
| EN29 (A) - IMPACTOS AMBIENTALES SIGNIFICATIVOS DEL TRANSPORTE DE PRODUCTOS Y OTROS BIENES Y MATERIALES UTILIZADOS PARA LAS ACTIVIDADES DE LA ORGANIZACIÓN, ASÍ COMO DEL TRANSPORTE DE PERSONAS | 55 |
| EN30 (A) - DESGLOSE POR TIPO DEL TOTAL DE GASTOS E INVERSIONES AMBIENTALES | 55 |
| 5.3 Dimensión social | 55 |
| a. Empleo: | 57 |
| LA1 y LA2 (P) - DESGLOSE DEL COLECTIVO DE TRABAJADORES/AS POR TIPO DE EMPLEO, POR CONTRATO Y POR REGIÓN; NÚMERO TOTAL DE EMPLEADOS Y ROTACIÓN MEDIA DE EMPLEADOS, DESGLOSADOS POR GRUPO DE EDAD, SEXO Y REGIÓN | 57 |
| LA3 (A) - BENEFICIOS SOCIALES PARA LOS EMPLEADOS CON JORNADA COMPLETA, QUE NO SE OFRECEN A LOS EMPLEADOS TEMPORALES O DE MEDIA JORNADA, DESGLOSADO POR ACTIVIDAD PRINCIPAL | 59 |
| b. Relación Empresa-Trabajadores/as: | 59 |
| LA4 (P) - PORCENTAJE DE EMPLEADOS/AS CUBIERTOS POR UN CONVENIO COLECTIVO | 59 |
| LA5 (P) - PERIODO(S) MÍNIMO(S) DE PREAVISO RELATIVO(S) A CAMBIOS ORGANIZATIVOS, INCLUYENDO SI ESTAS NOTIFICACIONES SON ESPECÍFICAS EN LOS CONVENIOS COLECTIVOS | 60 |
| c. Salud y Seguridad en el trabajo: | 60 |
| LA6 (P) - PORCENTAJE DEL TOTAL DE TRABAJADORES/AS QUE ESTÁ REPRESENTADO EN COMITÉS DE SALUD Y SEGURIDAD CONJUNTOS DE DIRECCIÓN-EMPLEADOS/AS, ESTABLECIDOS PARA AYUDAR A CONTROLAR Y ASESORAR SOBRE PROGRAMAS DE SALUD Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO | 61 |
| LA7 (P) - TASAS DE ABSENTISMO, ENFERMEDADES PROFESIONALES, DÍAS PERDIDOS Y NÚMERO DE VÍCTIMAS MORTALES RELACIONADAS CON EL TRABAJO POR REGIÓN | 61 |
| LA8 (P) - PROGRAMAS DE EDUCACIÓN, FORMACIÓN, ASESORAMIENTO, PREVENCIÓN Y CONTROL DE RIESGOS QUE SE APLIQUEN A LOS/LAS TRABAJADORES/AS, A SUS FAMILIAS O A LOS MIEMBROS DE LA COMUNIDAD EN RELACIÓN CON ENFERMEDADES GRAVES | 62 |
| LA9 (A) - ASUNTOS DE SALUD Y SEGURIDAD CUBIERTOS EN ACUERDOS FORMALES CON SINDICATOS | 62 |
| d. Formación y Educación: | 63 |
| LA10 (P) - PROMEDIO DE HORAS AL AÑO POR EMPLEADO/A, DESGLOSADO POR CATEGORÍA DEL EMPLEADO/A | 64 |
| LA11 (A) - PROGRAMAS DE GESTIÓN DE HABILIDADES Y DE FORMACIÓN CONTINUA QUE FOMENTEN LA EMPLEABILIDAD DE LOS/LAS TRABAJADORES/AS Y QUE LES APOYEN EN LA GESTIÓN DEL FINAL DE SUS CARRERAS PROFESIONALES | 64 |
| LA12 (A) - PORCENTAJE DE EMPLEADOS/AS QUE RECIBEN EVALUACIONES REGULARES DEL DESEMPEÑO Y DE DESARROLLO PROFESIONAL | 65 |
| e. Diversidad e Igualdad de Oportunidades: | 65 |
| LA13 (P) - COMPOSICIÓN DE LOS ÓRGANOS DE GOBIERNO CORPORATIVO Y PLANTILLA, DESGLOSADO POR SEXO, GRUPO DE EDAD, PERTENENCIA A MINORÍAS Y OTROS INDICADORES DE DIVERSIDAD | 65 |
| LA14 (P) - RELACIÓN ENTRE SALARIO BASE DE LOS HOMBRES CON RESPECTO AL DE LAS MUJERES, DESGLOSADO POR CATEGORÍA PROFESIONAL | 65 |
| Objetivos y desempeño | 66 |
| Política | 66 |
| Responsabilidad de la organización | 66 |
| Formación y sensibilización | 66 |
| Evaluación y seguimiento | 66 |

| | | |
|------------|---|-----------|
| 5.4 | Derechos humanos | 67 |
| | Objetivos y desempeño | 68 |
| | Política | 68 |
| | Responsabilidad de la organización | 68 |
| | Formación y sensibilización | 68 |
| | Evaluación y seguimiento | 68 |
| | Indicadores del desempeño de Derechos Humanos | 69 |
| | HR1 (P) - PORCENTAJE Y NÚMERO TOTAL DE ACUERDOS DE INVERSIÓN SIGNIFICATIVOS QUE INCLUYAN CLÁUSULAS DE DERECHOS HUMANOS O QUE HAYAN SIDO OBJETO DE ANÁLISIS EN MATERIA DE DERECHOS HUMANOS | 69 |
| | HR2 (P) - PORCENTAJE DE LOS PRINCIPALES DISTRIBUIDORES Y CONTRATISTAS QUE HAN SIDO OBJETO DE ANÁLISIS EN MATERIA DE DERECHOS HUMANOS, Y MEDIDAS ADOPTADAS COMO CONSECUENCIA | 69 |
| | HR3 (A) - TOTAL DE HORAS DE FORMACIÓN DE LOS/LAS EMPLEADOS/ AS SOBRE POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS CON AQUELLOS ASPECTOS DE LOS DERECHOS HUMANOS RELEVANTES PARA SUS ACTIVIDADES, INCLUYENDO EL PORCENTAJE DE EMPLEADOS FORMADOS | 69 |
| | HR4 (P) - NÚMERO TOTAL DE INCIDENTES DE DISCRIMINACIÓN Y MEDIDAS ADOPTADAS | 69 |
| | HR5 (P) - ACTIVIDADES DE LA COMPAÑÍA EN LAS QUE EL DERECHO A LIBERTAD DE ASOCIACIÓN Y DE ACOGERSE A CONVENIOS COLECTIVOS PUEDAN CORRER IMPORTANTES RIESGOS, Y MEDIDAS ADOPTADAS PARA RESPALDAR ESTOS DERECHOS | 69 |
| | HR6 (P) - ACTIVIDADES IDENTIFICADAS QUE CONLLEVAN UN RIESGO POTENCIAL DE INCIDENTES DE EXPLOTACIÓN INFANTIL, Y MEDIDAS ADOPTADAS PARA CONTRIBUIR A SU ELIMINACIÓN | 70 |
| | HR7 (P) - OPERACIONES IDENTIFICADAS COMO DE RIESGO SIGNIFICATIVO DE SER ORIGEN DE EPISODIOS DE TRABAJO FORZADO O NO CONSENTIDO, Y LAS MEDIDAS ADOPTADAS PARA CONTRIBUIR A SU ELIMINACIÓN | 70 |
| | HR8 (A) - PORCENTAJE DEL PERSONAL DE SEGURIDAD QUE HA SIDO FORMADO EN LAS POLÍTICAS O PROCEDIMIENTOS DE LA ORGANIZACIÓN EN ASPECTOS DE DERECHOS HUMANOS RELEVANTES PARA LAS ACTIVIDADES | 70 |
| | HR9 (A) - NÚMERO TOTAL DE INCIDENTES CON VIOLACIONES DE LOS DERECHOS DE LOS INDÍGENAS Y MEDIDAS ADOPTADAS | 70 |
| 5.5 | Sociedad | 70 |
| | Política | 70 |
| | Objetivos y desempeño | 70 |
| | Responsabilidad de la organización | 71 |
| | Evaluación y seguimiento | 71 |
| | Indicadores del desempeño de Sociedad | 71 |
| | SO1 (P) - NATURALEZA, ALCANCE Y EFECTIVIDAD DE PROGRAMAS Y PRÁCTICAS PARA EVALUAR Y GESTIONAR LOS IMPACTOS DE LAS OPERACIONES EN LAS COMUNIDADES, INCLUYENDO ENTRADA, OPERACIÓN Y SALIDA DE LA EMPRESA | 71 |
| | SO2 (P) - PORCENTAJE Y NÚMERO TOTAL DE UNIDADES DE NEGOCIO ANALIZADAS CON RESPECTO A RIESGOS RELACIONADOS CON LA CORRUPCIÓN | 71 |
| | SO3 (P) - PORCENTAJE DE EMPLEADOS FORMADOS EN LAS POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS ANTI-CORRUPCIÓN DE LA ORGANIZACIÓN | 71 |
| | SO4 (P) - MEDIDAS TOMADAS EN RESPUESTA A INCIDENTES DE CORRUPCIÓN | 72 |
| | SO5 (P) - POSICIÓN EN LAS POLÍTICAS PÚBLICAS Y PARTICIPACIÓN EN EL DESARROLLO DE LAS MISMAS Y DE ACTIVIDADES DE "LOBBYING" | 72 |
| | SO6 (A) - VALOR TOTAL DE LAS APORTACIONES FINANCIERAS Y EN ESPECIE A PARTIDOS POLÍTICOS O A INSTITUCIONES RELACIONADAS, POR PAÍSES | 72 |
| | SO7 (A) - NÚMERO TOTAL DE ACCIONES POR CAUSAS RELACIONADAS CON PRÁCTICAS MONOPOLÍSTICAS Y CONTRA LA LIBRE COMPETENCIA, Y SUS RESULTADOS | 72 |
| | SO8 (P) - VALOR MONETARIO DE SANCIONES Y MULTAS SIGNIFICATIVAS Y NÚMERO TOTAL DE SANCIONES NO MONETARIAS DERIVADAS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS LEYES Y REGULACIONES | 72 |
| 5.6 | Responsabilidad sobre productos | 72 |
| | Política | 72 |
| | Objetivos y desempeño | 73 |
| | Responsabilidad de la organización | 74 |
| | Formación y sensibilización | 74 |
| | Evaluación y seguimiento | 74 |

| | |
|--|----|
| Indicadores del desempeño de Responsabilidad sobre productos | 75 |
| PR1 (P) - FASES DEL CICLO DE VIDA DE LOS PRODUCTOS Y SERVICIOS EN LAS QUE SE EVALUAN, PARA EN SU CASO SER MEJORADOS, LOS IMPACTOS DE LOS MISMOS EN LA SALUD Y SEGURIDAD DE LOS CLIENTES, Y PORCENTAJE DE CATEGORÍAS DE PRODUCTOS Y SERVICIOS SIGNIFICATIVOS SUJETOS A TALES PROCEDIMIENTOS DE EVALUACIÓN | 75 |
| PR2 (A) - NÚMERO TOTAL DE INCIDENTES DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO LA REGULACIÓN LEGAL O DE LOS CÓDIGOS VOLUNTARIOS RELATIVOS A LOS IMPACTOS DE LOS PRODUCTOS Y SERVICIOS EN LA SALUD Y LA SEGURIDAD DURANTE SU CICLO DE VIDA, DISTRIBUIDOS EN FUNCIÓN DEL TIPO DE RESULTADO DE DICHOS INCIDENTES | 76 |
| PR3 (P) - TIPOS DE INFORMACIÓN SOBRE LOS PRODUCTOS Y SERVICIOS QUE SON REQUERIDOS POR LOS PROCEDIMIENTOS EN VIGOR Y LA NORMATIVA, Y PORCENTAJE DE PRODUCTOS Y SERVICIOS SUJETOS A TALES REQUERIMIENTOS INFORMATIVOS | 76 |
| PR4 (A) - NÚMERO TOTAL DE INCUMPLIMIENTOS DE LA REGULACIÓN Y DE LOS CÓDIGOS VOLUNTARIOS RELATIVOS A LA INFORMACIÓN Y AL ETIQUETADO DE LOS PRODUCTOS Y SERVICIOS, DISTRIBUIDOS EN FUNCIÓN DEL TIPO DE RESULTADOS DE DICHOS INCIDENTES | 76 |
| PR5 (A) - PRÁCTICAS CON RESPECTO A LA SATISFACCIÓN DEL CLIENTE, INCLUYENDO LOS RESULTADOS DE LOS ESTUDIOS DE SATISFACCIÓN DEL CLIENTE | 76 |
| PR6 (P) - PROGRAMAS DE CUMPLIMIENTO DE LAS LEYES O ADHESIÓN A ESTÁNDARES Y CÓDIGOS VOLUNTARIOS MENCIONADOS EN COMUNICACIONES DE MARKETING, INCLUIDOS LA PUBLICIDAD, OTRAS ACTIVIDADES PROMOCIONALES Y LOS PATROCINIOS | 76 |
| PR7 (A) - NÚMERO TOTAL DE INCIDENTES FRUTO DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS REGULACIONES RELATIVAS A LAS COMUNICACIONES DE MARKETING, INCLUYENDO LA PUBLICIDAD, LA PROMOCIÓN Y PATROCINIO, DISTRIBUIDOS EN FUNCIÓN DEL TIPO DE RESULTADOS DE DICHOS INCIDENTES | 76 |
| PR8 (A) - NÚMERO TOTAL DE RECLAMACIONES DEBIDAMENTE FUNDAMENTADAS EN RELACIÓN CON EL RESPETO A LA PRIVACIDAD Y LA FUGA DE DATOS PERSONALES DE CLIENTES | 77 |
| PR9 (P) - COSTE DE AQUELLAS MULTAS SIGNIFICATIVAS FRUTO DEL INCUMPLIMIENTO DE LA NORMATIVA EN RELACIÓN CON EL SUMINISTRO Y EL USO DE PRODUCTOS Y SERVICIOS DE LA ORGANIZACIÓN | 77 |



**Galdakao
Usansolo**
Ospitalea-Hospital

Anexo II: Compromiso del Hospital Galdakao- Usansolo con el Pacto Mundial

Compromiso del Hospital Galdakao-Usansolo con el Pacto Mundial

El Hospital Galdakao-Usansolo por sus características, centro sanitario y público, tiene desde sus orígenes una función social indiscutible; la mejora de la salud de la población a la que da servicio, sin duda, un aspecto básico en la sociedad actual y futura.

Para avanzar en nuestro compromiso con la sociedad hemos incorporado a nuestra gestión la Responsabilidad Social Corporativa, bajo este concepto de gestión se engloban un conjunto de prácticas, estrategias y sistemas de gestión empresariales que persiguen un nuevo equilibrio entre las dimensiones económica, social y ambiental. Lo que pretendemos con este nuevo enfoque es realizar una gestión integrada de estas dimensiones que nos permita crear un entorno razonadamente sostenible.

El año 2009 ha estado marcado por la profunda crisis económica que ha sacudido a nuestro entorno y de la cual el Hospital no ha podido ser ajeno. Sin embargo consideramos que esta crisis nos tiene que servir para poner en valor los conceptos en los que se soporta la RSC, puesto que es precisamente la conculcación de estos valores la que nos ha arrastrado, en gran medida, a la situación actual.

Por todo esto, el Hospital Galdakao-Usansolo se reafirma en su compromiso con los diez principios del Pacto Mundial que nos permite avanzar adecuadamente en la dirección señalada.

Destacar que en el año 2009 este Hospital en aras de avanzar en la implementación de dichos principios, ha emprendido varias actuaciones entre las que podemos destacar:

- Establecimiento de un plan de racionalización del gasto para el año 2010
- Introducción del concepto de “compra verde” en la adquisición de productos y servicios, considerando criterios medioambientales
- Certificación bajo la Norma ISO: 14001, el Proceso de Gestión Medioambiental
- Puesta en marcha del Protocolo de Agresiones al Trabajador
- Refuerzo de la Comisión de Formación y del Plan de Formación
- Participación activa en iniciativas y foros de Responsabilidad Social Corporativa

Nuestros principales retos en este ámbito para los años 2010 y 2011 están recogidos dentro de los proyectos incluidos en el Plan Estratégico 2010-2014, en su Objetivo Estratégico “RSC” que son:

Visualizar la RSC (tangibilizar y difundir):

- Identificar acciones RSC, analizarlas y ponerlas en valor en el HGU
- Día de la RSC
- Reconocimiento a la RSC. Reconocimiento a Grupos de Interés
- Marketing viral: Crear una imagen de marca HGU+ y difundirla en las herramientas de Comunicación Interna e impartir formación-sensibilización
- Sensibilizar mediante mensajes en las pantallas del salón de actos sobre igualdad, respeto, PRL, etc.
- Presentación a premios RSC
- Comunicación externa y difusión: Colaboración con EITB, presencia en Foros RSC

Impacto en Sociedad

- Implantación de Mystery Shopper para la accesibilidad en el HGU
- Autoevaluación AENOR Accesibilidad
- Evaluación accesibilidad Organización ADIR
- Proyecto Compartir Coche
- Colaboración con Eneko Atxa en la publicación del libro de recetas saludables

Hospital Verde

- Potenciar el Equipo de Mejora Medio Ambiente
- Compra Verde
- Gestión de residuos
- Eficiencia energética
- Celebración del Día Mundial del Medioambiente
- Celebración del día Mundial sin coche
- Huella ecológica

A través de este escrito queremos reiterar, un año más, nuestro compromiso con el Pacto Mundial. Apoyando los diez principios en materia de derechos humanos, trabajo, medio ambiente y lucha contra la corrupción. Con esta comunicación, expresamos nuestra intención de continuar promoviendo dichos principios dentro de nuestra área de influencia así como de presentar anualmente el informe de progreso, en aras de la transparencia y comunicación con nuestros Grupos de Interés.

En Galdakao, a 18 de octubre de 2010



Fdo.: Santiago Rabanal Retolaza
Director Gerente Hospital Galdakao-Usansolo

VERIFICACIÓN DE LA MEMORIA DE SOSTENIBILIDAD

VMS-N° 028/10

La Asociación Española de Normalización y Certificación (AENOR) ha verificado que la Memoria de la empresa:

HOSPITAL GALDAKAO-USANSOLO OSPITALEA

Titulada: **MEMORIA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL CORPORATIVA 2009**

Y con número de depósito legal: BI-710/09

Proporciona una imagen razonable y equilibrada del desempeño, teniendo en cuenta tanto la veracidad de los datos de la memoria como la selección general de su contenido, siendo su nivel de aplicación: **A***

Este aseguramiento externo se ha realizado en conformidad con la Guía G3 del Global Reporting Initiative. La verificación se ha realizado con fecha 30 de junio de 2010, no considerando cualquier circunstancia acontecida con posterioridad.

La presente verificación es vigente salvo suspensión o retirada notificada en tiempo por AENOR y en las condiciones particulares indicadas en la solicitud n° GRI-008/10 de fecha 2 de febrero de 2010 y en el Reglamento General de verificación de memorias de sostenibilidad de fecha enero de 2007 que exige entre otros compromisos permitir las visitas de sus instalaciones por los servicios técnicos de AENOR para comprobar la veracidad de lo declarado.

Esta declaración no condiciona la decisión que el propio Global Reporting Initiative pueda adoptar para incorporar a HOSPITAL GALDAKAO-USANSOLO OSPITALEA en la lista de entidades que han realizado la memoria en conformidad con la Guía GRI, y que publica en su página Web: <http://www.globalreporting.org/GRIReports/GRIReportsList/>.

Fecha de emisión: 22 de noviembre de 2010


El Director General de AENOR



Osakidetza

Galdakao
Usansolo
Ospitalea · Hospital



OSASUN ETA KONTSUMO SAILA
DEPARTAMENTO DE SANIDAD Y CONSUMO