

**Galdakao
Usansolo**
Ospitalea-Hospital



PLAN ESTRATÉGICO HGU 2010 – 2014
VERSIÓN FINAL

0. ÍNDICE

1. Presentación	3
2. Metodología y fases	8
3. Análisis del entorno	16
4. Misión, Visión y Valores	22
5. Los objetivos estratégicos	25
6. Método de seguimiento y revisión del P.E.	35
7. Participantes	38
8. Anexos	50

1. PRESENTACIÓN



1. PRESENTACIÓN

El contexto actual se caracteriza por una situación de crisis económica sin precedentes en la última década y un entorno, social, en general, y sanitario, en particular que tiene que hacer frente a realidades, cada vez más complejas.

En este contexto el Hospital de Galdakao – Usánsolo (en adelante HGU) ha aprobado su Plan Estratégico 2010 – 2014 con el objetivo de movilizar la energía de nuestros profesionales y de nuestros colaboradores en pos de una gran meta:

“Que en el 2014 seamos un Hospital

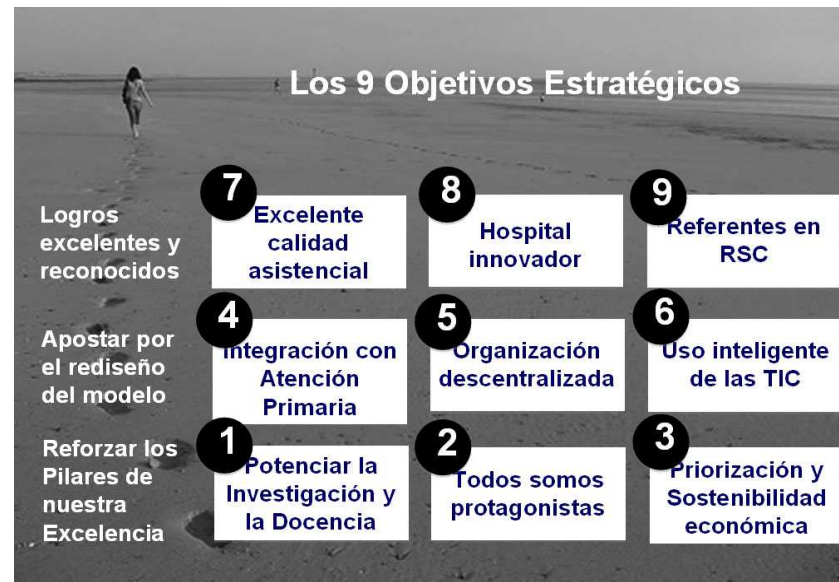
*Referente en **innovación** en el ámbito estatal*

*Que destaquemos por contribuir a la **sostenibilidad** del sistema sanitario de Osakidetza.*

*Que la población de referencia perciba que está **“en las mejores manos”***

*En el que todas las personas que trabajamos en él nos sintamos **protagonistas y orgullosos** de formar parte”*

Para ello hemos definido **9 objetivos** :



Cada uno de estos 9 objetivos se define y desarrolla de forma sencilla en base al esquema común de las tres Ns: Norantza (ideas); Noraino (indicadores): Nondik (proyectos)

NORANTZA: Refleja el propósito, la intención, las ideas base de lo que queremos hacer en cada objetivo.

NORAINO: Plantea los indicadores concretos a medio plazo que nos van a permitir medir el logro de los objetivos que nos hemos planteado.

NONDIK: Define los proyectos estratégicos concretos que nos comprometemos a realizar cada año para el logro de los objetivos del Plan. Se trata de una ficha que se actualiza año a año.

Además hemos definido **5 valores**.

De la misma manera que los 9 objetivos definen “qué” queremos conseguir, los cinco valores reflejan el “cómo”, la forma propia de hacer del HGU, nuestra personalidad, nuestra alma, aquellos principios que deben calar en el quehacer diario del Hospital, en todos nuestros servicios y en todos nuestros profesionales.

Estos cinco valores son: **Profesionalidad, Equipo, Cercanía, Innovación y Responsabilidad**.

Cada uno de estos valores cuenta con su definición, con indicadores de gestión y con proyectos asociados a su desarrollo en el Hospital.

El Plan es un documento intencionadamente sencillo y, de hecho, cada objetivo se define y desarrolla en un folio. Pretendemos que se convierta en una herramienta de gestión y de toma de decisiones del propio Hospital en los próximos cuatro años. Para ello hemos previsto un método de gestión, seguimiento y evaluación plenamente incorporado en los métodos de trabajo del Hospital. El Plan Estratégico no es un nuevo elemento, o un “cuerpo extraño” en el HGU sino un elemento más de nuestro quehacer y de nuestra operativa diaria.

Por todo ello no es, ni puede ser un documento cerrado o que duerma en un cajón los próximos cuatro años. A la velocidad que se mueve el mundo ninguna organización puede plantear seriamente una línea de acción sin someterla a revisión y ajustes, De esta manera cada 6 meses revisaremos la marcha del plan y cada año aprobaremos los proyectos estratégicos para el logro de sus objetivos, Así mismo cada año realizaremos la revisión de la evolución de los indicadores estratégicos.

Finalmente la metodología de elaboración del Plan, además de innovadora, ha sido intencionadamente participativa, implicando a más de doscientas personas entre profesionales del Hospital y colaboradores de nuestro entorno y ha utilizado técnicas de creatividad que han supuesto una revolución en la manera de enfocar el trabajo en equipo, que han contado con el apoyo entusiasta de los participantes y se han revelado como un instrumento de motivación de los profesionales en el que queremos incidir a lo largo de la vida de este Plan Estratégico.

En definitiva hemos querido que el Plan Estratégico 2010 – 2014 suponga un nuevo reto para el HGU en términos de ambición, futuro, e ilusión que le permita alcanzar metas nunca antes logradas.

En Galdakao a 30 de noviembre de 2010.

El Equipo de Dirección del Hospital Galdakao – Usánsolo

2. METODOLOGÍA Y FASES



2. METODOLOGÍA Y FASES

2.1. Introducción: El G-07, el G-28 y el G-160.

El **G-07** es el equipo “líder” del Plan Estratégico. Está integrado por 7 personas: los directores de área del Hospital y dirigidos por el Director – Gerente.

El **G-28** es el equipo “propietario” del Plan Estratégico. Está integrado por los miembros del equipo de dirección del Hospital

El **G-160** es el equipo de “participación directa” en el Plan. Integrado por aquellos responsables de servicios y procesos que resultan claves en la operativa y funcionamiento diario del Hospital

Todos los miembros del G-07 forman parte del G-28 y todos los miembros del G-28 forman parte del G-160.

2.2. Primera Fase: Versión inicial del Plan Estratégico por el G-07 (Enero – Marzo 2010).

El trabajo realizado por el G-07 (enero-febrero 2010)

Mediante sesiones de trabajo dirigidas, el G-07 concluye, en estos dos mesesm una primera versión del Plan Estratégico.

En esta fase se realiza un análisis pormenorizado del entorno, un análisis DAFO y un debate en profundidad sobre la ordenación de los objetivos y los valores del Hospital.

El resultado es una versión inicial del Plan que contiene la definición de la “misión”, “visión” y “valores”, la enunciación de los 9 objetivos y un primer desarrollo del “Norantza” y del “Noraino” para cada uno de ellos.

Esta fase cohesiona, además, al equipo líder del proyecto en torno al Plan Estratégico, de manera que la “misión”, “visión” y “valores”, así como el diagnóstico del entorno han permanecido estables a lo largo de las sucesivas fases del proceso de elaboración del Plan.

El detalle de la conclusiones de esta fase puede verse en el anexo.3933

La presentación al G-28. (marzo 2010)

Esta primera fase concluye con la presentación del Plan al G-28. El objetivo de esta reunión no es entrar a debatir el Plan con el G-28 (esto se hará en una sesión de trabajo posterior), sino realizar una primera presentación, recibir un primer “feed-back”, explicar la metodología que va a seguirse para la elaboración del Plan e introducir las técnicas de creatividad (mediante una explicación práctica de la técnica de los Seis Sombreros para pensar), de manera que el G-28 esté plenamente informado de lo que en el Hospital va a acontecer en relación con el Plan y de la metodología propuesta para su elaboración.

En esta fase el G-07 recibe una primera valoración positiva del G-28 sobre el documento inicial del Plan

El detalle de las conclusiones de esta fase puede verse en el anexo.

2.3. Segunda Fase: De la versión inicial a la versión final del Plan (abril – octubre 2010)

2.3.1. Objetivo

El objetivo de esta fase es que la combinación “creatividad - participación – comunicación”, logre que el Plan inicial reciba nuevas ideas y aportaciones del conjunto del equipo directivo del Hospital y de los diversos agentes de influencia. En definitiva, se trata de incorporar al proceso de reflexión estratégica cuatro elementos: el equipo directivo, los agentes de influencia la innovación y la creatividad.

2.3.2. Metodología.

Innovación en las formas de comunicar y creatividad en los métodos de trabajo son las bases de la metodología que se aplica en esta fase con el objetivo de obtener la mayor y mejor implicación de todas estas personas y de lograr aportaciones de valor al Plan.

Todo ello con la clave de hacer posible de que al final del proceso, el propio Hospital haya aprendido y tenga autonomía para avanzar en la gestión innovadora y creativa con sus propios recursos, sin depender de agentes externos.

En definitiva, innovación, creatividad y autonomía son las bases de la metodología de esta fase.

2.3.3. Hitos de esta fase.

Los Talleres de creatividad. Segunda Versión del Plan Estratégico (abril – junio 2010)

El objetivo de esta fase es generar ideas para incorporar al documento base del Plan. Para ello se utiliza la técnica de los “6 sombreros para pensar” del profesor Eduard de Bono.

Se organiza un taller para cada objetivo y cada uno de estos talleres está dirigido por una persona (Txapelurdin) que ha recibido formación específica sobre este método de creatividad. Ocho personas del Hospital reciben formación y lideran también estos talleres.

En los talleres participan profesionales del Hospital (normalmente profesionales que no pertenecen al equipo directivo) e invitados externos. En total más de cien personas se implican en estos talleres.

El resultado son unas conclusiones de cada taller que recogen un número enorme de ideas, de valoraciones sobre los objetivos del plan y de iniciativas.

Algunas de ellas se incorporan al Plan para configurar su segunda versión y las demás se redactan y se resumen de manera que puedan utilizarse a lo largo de la vida del Plan.

El resultado final es una segunda versión del Plan en el que se aportan elementos nuevos al “Norantza” de los objetivos y especialmente ideas sobre proyectos a desarrollar en el Hospital que se incorporan al “Nondik” del Plan

En el anexo figuran las conclusiones de esta fase y de cada uno de los talleres.

Sesión de trabajo con el G-28. Tercera versión del Plan Estratégico (julio 2010 – septiembre 2010)

El objetivo es que el equipo directivo del Hospital haga suyo el Plan validando las aportaciones realizadas en la fase de talleres de creatividad y realizando, a su vez, sus propias aportaciones.

En esta sesión se plantea también un reto; el de la innovación en la comunicación. Innovación en el sentido de que el formato de las presentaciones y el material de trabajo de la sesión se cuide y trabaje de manera

que sea algo “atractivo”, “diferente”, que transmita una preocupación y un interés por “cuidar” la estética y el “modo” de comunicar. Un Plan Estratégico no tiene por qué ser algo “gris”, ni las sesiones de trabajo aburridas. La innovación está también en los modos de hacer y, en este caso, en hacer de esta fase del proceso algo atractivo, interesante y entretenido.

La sesión de trabajo se desarrolla a lo largo de 5 horas, en el propio Hospital, pero en un entorno especialmente preparado. Además se utiliza la técnica de “Los Seis Sombreros para pensar” de Edward de Bono.. El objetivo es doble. Primero, si la creatividad, a través de los talleres, va a ser una técnica que el Hospital va a utilizar en un futuro, es muy importante que todo el Equipo Directivo, la entienda, vea su potencial de aplicación en sus respectivas áreas y no la sienta como algo ajeno que pertenece a un grupo reducido de personas o sólo aplicable en determinadas áreas del Hospital. Segundo, esta sesión contribuye a hacer equipo y permite una asociación Plan Estratégico – Creatividad en el equipo de dirección con un enorme potencial futuro.

La sesión es liderada por el G-07 con lo que se refuerza el objetivo de autonomía del HGU en el empleo de estas técnicas y se cohesiona, si cabe, aún más el G-07 en torno al Plan Estratégico.

El resultado final es una valoración por el equipo directivo del Plan y unas aportaciones de gran valor con las que se redacta la tercera versión del Plan Estratégico en la que prácticamente queda cerrado el Plan Estratégico del Hospital. Además se logra que el G-28 se apropie del Plan Estratégico e introducir los valores de creatividad y el diseño como elementos innovadores de la gestión estratégica del Hospital

Las conclusiones de esta sesión pueden verse en el anexo.

La participación del G-160 y de los agentes externos de influencia del Hospital (octubre 2010)

El objetivo de esta fase es comunicar el contenido del Plan al G-160 y a los agentes externos de influencia del HGU.

El método utilizado es el del World Café, al que se incorporan elementos de diseño e innovación en los materiales de trabajo. Se realizan dos: uno para el G-160 y otro para los agentes externos. Cada una de ellas ocupa cuatro horas.

En el del G-160 los profesionales del Hospital participan en nueve mesas, una por cada objetivo estratégico. Cada una de las mesas liderada por dos miembros del G-28.

En el World Café Externo, participan agentes de influencia (departamento de sanidad, asociaciones de pacientes, ayuntamientos del área de influencia del Hospital, centros de atención primaria, proveedores, ...). Las mesas están dirigidas por miembros del G-28.

En esta fase se logra comunicar de manera directa el plan estratégico a un importante número de agentes de influencia, tanto internos, como externos del Hospital, se recibe un “feed back” importante sobre los contenidos del Plan. Además, el World Café interno aporta opiniones que se tendrán en cuenta por el equipo directivo para incorporar a los proyectos y actuaciones para la ejecución del Plan. Finalmente el world café externo aporta reflexiones que se incorporarán al objetivo referente a la Responsabilidad Social Corporativa.

Se logra finalmente que este importante grupo de personas perciba elementos de innovación en la forma de comunicar del Hospital y se cohesionan de nuevo al G-28 en torno al Plan Estratégico al ser los miembros del G-28 los encargados de liderar esta fase de comunicación del Plan.

La versión final del Plan Estratégico (noviembre de 2010).

El G-07 partiendo de la 3ª Versión del Plan, teniendo en cuenta las aportaciones de los agentes de influencia y tras una última lectura de los documentos que ha ido generando el proceso de elaboración del Plan, redacta y aprueba la Versión definitiva del Plan Estratégico.

Se aprueba también el método de seguimiento y revisión del Plan, la definición de responsabilidades para su ejecución y se realiza la recopilación de todo aquel material producido a lo largo de estos meses de trabajo que se considera de interés para la comunicación y ejecución del Plan en los próximos cuatro años.

3 ANALISIS DEL ENTORNO



3 ANALISIS DEL ENTORNO.

El análisis del entorno que realizó el G-07 en los meses de enero y febrero fue determinante para explicar el porqué de los nueve objetivos que incorporaba el Plan Estratégico y clave en el momento de definir la misión, visión y valores del Hospital para los próximos cinco años

Las conclusiones de este análisis pueden enmarcarse en tres puntos: 1) Factores claves del entorno 2) Retos que plantea el entorno; 3) Amenazas y oportunidades que plantea el entorno.

3.1. Factores claves del entorno.

El entorno en el que debe definirse y ejecutarse el Plan Estratégico del HGU viene caracterizado por los siguientes factores.

- Crisis económica. Conciencia de que el modelo actual se agota, no es sostenible
- Escasez de profesionales sanitarios
- Envejecimiento de la población de referencia. Mayor demanda
- Creciente disponibilidad de nuevas tecnologías: médicas y TIC
- Un “nuevo” perfil de usuario (más “informado”, más abierto a las nuevas tecnologías)
- Especialización creciente del conocimiento
- Aumento de la multiculturalidad de la población de referencia

3.2. Retos que plantea este entorno al HGU

Estos factores plantean al HGU los siguientes retos:

- “Competiremos” por el presupuesto
- Necesidad de seducir a los profesionales
- Reinventar relaciones médico-pacientes
- Adaptación rápida a las TIC
- Necesitamos reinventar la organización, flexibilizarla
- Sólo es posible con una gran implicación de las personas (optimización recursos, adaptabilidad a cambios, aportaciones creativas e innovadoras)
- Necesitaremos desarrollar el músculo de la priorización (métodos, debates, criterios,...)
- No podemos parar de formar y de aprender

3.3. Amenazas y Oportunidades en este entorno.

CONTEXTO	AMENAZAS	OPORTUNIDADES
<p>1. Crisis económica. Conciencia de que el modelo actual se agota, no es sostenible</p>	<ul style="list-style-type: none"> — Disminución en Inversiones... — Disminución en la calidad... -satisfacción — Disminución en la accesibilidad — Disminución en investigación — Dificultades financieras para hacer frente a la demanda — No poder incorporar nuevas técnicas — Disminución de Cartera de servicios — Va a haber competencia por los recursos escasos: necesidad de mostrar el valor. Posibles tensiones entre grupos de interés — Dificultad para contratar 	<ul style="list-style-type: none"> — Entorno favorable para impulsar cambios organizativos — Nos obliga a “priorizar” — Mejorar la sostenibilidad. Nos obliga a repensar el modelo de asistencia sanitaria — Impulso para innovar — Implicación del personal en resultados ... aflorar responsabilidades económicas
<p>2. Escasez de profesionales sanitarios</p>	<ul style="list-style-type: none"> — Estancamiento de nuevas iniciativas — Mayor competencia por atraer profesionales al hospital. Disminuye la capacidad negociadora del Hospital. “Robo” de profesionales — Dificultad para ofertar ciertos servicios y cubrir asistencia — Pérdida de cercanía de los servicios — Disminución de derechos laborales...insatisfacción de profesionales¿? Tensiones¿? — ¿puede incrementarse el coste? — Pérdida de conocimiento 	<ul style="list-style-type: none"> — Implantar nuevas formas de trabajo, organización y racionalizar asistencia — Mayor predisposición al uso de tecnología — Necesidad de flexibilizar y rediseñar roles y funciones. Polivalencia. Revisar funciones de cada estamento. — Cambio en planes estudio y necesidad de nueva formación. — Aumentar la oferta docente — Emergen nuevas profesiones

<p>3. Envejecimiento de la población de referencia. Mayor demanda.</p>	<ul style="list-style-type: none"> — Pluripatologías à complejidad mayor por paciente — Agobio ante tanta demanda à dificultades para identificar prioridades... hacer medicina “de batalla” — Tensiones presupuestarias — Conflictos bioéticos que tensionan la actividad y las relaciones internas y con usuarios — Problemas de comunicación con pacientes — Atención en el final de la vida — Problemática social (dependencia) 	<ul style="list-style-type: none"> — Garantizada la demanda, la actividad y el presupuesto — Cambios organizativos: innovación, impulso al cambio. Innovar para hacer más — Cambios en la relación entre sanitarios pacientes — Necesidad de revisar conceptos y modelos de equidad — Necesidad de investigar más — Acercamiento y coordinación con residencias, con atención primaria...
<p>4. Creciente disponibilidad de nuevas tecnologías: médicas y TIC</p>	<ul style="list-style-type: none"> — Encarecimiento asistencial — Necesidad de formación constante — Necesidad de mayor especialización — Dificultad de priorización y evaluación — Vida media de la tecnología ¿? — Presión de uso por profesionales y usuarios — Equidad en la utilización — Presión de las industrias — Capacidad de adaptación de profesionales de mayor edad¿? 	<ul style="list-style-type: none"> — Posibilidades de mejorar la calidad asistencial y resultados y por tanto, la satisfacción de paciente — Mayor Accesibilidad — Cambio de funciones... favorece cambios organizativos...nuevas unidades... necesidad de protocolizar... — Cambio en el modelo asistencial — Nuevas posibilidades de relación con los pacientes: web, mail,... — Sistemas de trabajo alternativos a distancia
<p>5. Un “nuevo” perfil de usuario (más “informado”, más abierto a las nuevas tecnologías)</p>	<ul style="list-style-type: none"> — Usuarios “falsamente informados”... exceso de información de pacientes no basadas en el conocimiento científico — Crecimiento no racional del hospital, bajo demanda de los pacientes — Medicina defensiva, judicialización de la medicina. Presiones de asociaciones y grupos. — Riesgos de Imagen del hospital 	<ul style="list-style-type: none"> — Impulso a la mejora — Implicación en su enfermedad y mayor colaboración en el autocuidado — Oportunidad para revisar en el modelo de relación con el paciente: trato, información — Incentivo a la investigación — Oportunidad para implantar nuevas tecnologías — Oportunidades de imagen — Mayor disposición a participar en el hospital

<p>6. Especialización creciente del conocimiento</p>	<ul style="list-style-type: none"> — Pérdida de conocimiento. — Disminuye la polivalencia: dificultades organizativas (sustituciones, etc.) — Disminución de la visión global del paciente y burocratización de la asistencia (marear al paciente) — Alto gasto. Bajo rendimiento global¿? — Fuga de especialistas 	<ul style="list-style-type: none"> — En teoría, mejores resultados asistenciales — Estímulo profesional — Mejora la Calidad — Incremento de la investigación
<p>7. Aumenta la multiculturalidad de la población de referencia</p>	<ul style="list-style-type: none"> — Dificultades de comunicación — Conflictos éticos — Demandas diferentes de las tradicionales (cultura y religión) — Problemática social 	<ul style="list-style-type: none"> — Abrir la mente — ¿Nuevas enfermedades? Retos para investigación

4. MISIÓN, VISIÓN Y VALORES



4. MISIÓN, VISIÓN Y VALORES

4.1. Misión

***“Somos un hospital general de agudos público, perteneciente a Osakidetza.
Trabajamos para mejorar la salud de nuestra población”***

4.2. Visión

***“Que en el 2014 seamos un Hospital ...
referente en innovación en el ámbito estatal
que destaquemos por contribuir a la sostenibilidad del sistema sanitario de
Osakidetza.
que la población de referencia perciba que está “en las mejores manos”
en el que todas las personas que trabajamos en él nos sintamos protagonistas y
orgullosas de formar parte”***

4.3. Valores

Innovación: Estamos abiertos permanentemente al cambio, somos inconformistas, buscamos nuevas alternativas, desarrollamos nuestra creatividad, asumimos el riesgo de equivocarnos.

Profesionalidad: Nos comprometemos con nuestro saber y conocimientos: tratamos de aunar la efectividad, la eficiencia y los criterios de ética social y bioética en cada una de nuestras actuaciones.

Equipo: Compartimos objetivos, ideas, conocimiento e información, creamos un contexto multidisciplinar en el que la participación y la colaboración conviven con la asunción individual de responsabilidades. Nos respetamos y nos reconocemos.

Cercanía: Somos personas al servicio de personas, invertimos tiempo y energía en que las personas a las que atendemos sientan respeto, amabilidad, confort, comunicación y seguridad.

Compromiso: Con la sociedad a la que servimos. Colaboramos con el resto de agentes del sistema sanitario, buscamos la sostenibilidad del sistema, garantizamos la accesibilidad, fomentamos la transparencia.

5. LOS OBJETIVOS ESTRATÉGICOS



NORANTZA
(Ideas)

NONDIK
(Proyectos)

POTENCIAR LA INVESTIGACIÓN Y LA DOCENCIA

❑ Entendemos la investigación como uno de los pilares de nuestra excelencia. Queremos potenciarla mediante:

- El desarrollo de una alianza para proyectos conjuntos con Basurto, que nos permita en el futuro crear un instituto de investigación acreditado.
- La potenciación de alianzas con el sector de biotecnología. Pensamos que la coordinación del hospital con la industria puede dar lugar a un polo de investigación útil para ambos.
- El acceso de equipos del HGU a nuevos proyectos de investigación. Para ello, necesitamos ser competitivos en el mercado de los recursos de investigación. Necesitamos aprender a captar recursos.
- Potenciar la incentiviación y motivación por parte de responsables de servicio a aquellas personas que dedican parte de su tiempo a la investigación.
- Favorecer la investigación promoviendo la difusión de los proyectos en los que se encuentra involucrado el HGU, tanto interna como externamente y **procurando que estos proyectos de investigación tengan aplicación práctica en el HGU**
- Apertura de dos nuevas líneas de investigación; la investigación no clínica y la aplicabilidad práctica
- **La potenciación de la cultura de investigación, promoviendo líderes que sean referentes de investigación dentro y fuera del HGU y dando a conocer los beneficios de la actividad investigadora para el HGU.**

❑ Apostamos por una docencia de gran calidad. Queremos que la formación que ofrecemos sea valorada y conocida entre los estudiantes de medicina, enfermería y otros profesionales. Aspiramos a atraer al HGU a los mejores estudiantes, a fin de plantear nuevos retos a los profesionales del HGU, de mejorar la práctica clínica, de fomentar la investigación y de dar mayor prestigio docente al HGU.

- Además de la formación "técnica" nos interesa también transmitir valores y un estilo propio del HGU.
- Explorar formación de postgrado en enfermería

❑ **Crear un apartado en la intranet del HGU dedicado a la investigación** (promover la difusión). (2011) (TRABAJO EN EQUIPO)

En él deberían figurar :

- Fuentes de financiación
- Beneficios de la actividad investigadora para el HGU
- Personal liberado
- Líneas de investigación
- Proyectos aceptados y rechazados
- Resultados de los proyectos
- Composición de los equipos de investigación
- Proyectos de cada año
- Servicios Investigadores,
- Buzón de ideas.

❑ **Aprobación del Plan de investigación del HGU (2010 -2014)** (ACTITUD INNOVADORA)

- Estabilizar al personal de apoyo a la unidad de investigación
- Puesta en marcha del Instituto de Investigación conjunto con Basurto.
- Definir las líneas de investigación que respondan a las necesidades del HGU
- Buscar socios internacionales
- Crear un catalogo de ayudas
- Conseguir más espacios e infraestructuras
- Identificar nuevos investigadores y concebir una carrera investigadora en el HGU
- Facilitar la liberación de profesionales
- Desarrollar líderes de investigación dentro del HGU
- Formación para la ejecución de proyectos
- Formación en investigación **y creación de una figura de referencia en investigación dentro de enfermería**

Elaborar un Plan de Calidad de Formación (definición de los programas formativos, potenciación de la figura del tutor, monitorizar la calidad de la docencia (MIR y Enfermería). (PROFESIONALIDAD)

NORAINO
(Indicadores)

Nº de proyectos de investigación propios del Hospital y proyectos con Hospital de Basurto	0	Índices de satisfacción de los estudiantes de enfermería con la formación	0
Recursos captados para proyectos de investigación	0	Media del nº de incorporación	1
Alianzas concretadas con la industrial de biotecnología	0	Resultado auditoría Docente	1

NORANTZA
(Ideas)

EQUIPO: TODOS SOMOS PROTAGONISTAS

NONDIK
(Proyectos)

- ❑ Además de consolidar las dinámicas de gestión de personas de los últimos años, tenemos retos importantes (intangibles, pero críticos) para esta etapa:
 - Ampliar la visión de muchas más personas de la casa, comunicando mejor los objetivos del hospital. El compromiso de todas las personas pasa por que conozcan mejor la realidad y la visión de futuro. Transparencia y comunicación deben estar muy presentes en la agenda de todos los líderes y de la dirección. Asunción de los objetivos por parte de los profesionales.
 - Seguir dando oportunidades de participación en proyectos, procesos, talleres, sesiones de intercambio de conocimientos, etc. Crear espacios para que las personas hablen de los objetivos, del hospital y sus retos, etc...
 - Crear un contexto de permeabilidad a las nuevas ideas de cualquier persona del hospital.
 - Inculcar una cultura creativa en los equipos de trabajo.
 - Creemos que un equipo en permanente desarrollo, requiere que todas las personas y todos los líderes se impliquen en el desarrollo de competencias.
Hacer realidad día a día el valor "trabajamos en equipo"...potenciando un estilo de liderazgo eficaz y participativo.

- ❑ **Impulsar la cultura creativa** (ACTITUD INNOVADORA Y CREATIVA)
 - Formación: proporcionar herramientas de creatividad.
 - Talleres de creatividad para distintos áreas, problemáticas, etc.
 - ❑ **COMUNICACIÓN: rediseño del Plan de comunicación del HGU (2011)** (TRABAJO EN EQUIPO)
 - Mejora de la comunicación y difusión para incrementar el conocimiento y conseguir una mayor implicación en el logro de los objetivos
 - Diseño de campañas de difusión e implantación de nuevas acciones de comunicación para áreas/temas (trabajar con talleres de creatividad):
 - Plan Estratégico
 - Objetivos
 - Planes de Gestión
 - Proyectos del HGU
 - Resultados: HGU, procesos, unidades, proyectos.
 - ❑ **LIDERAZGO COMPARTIDO** (PROFESIONALIDAD, TRABAJO EN EQUIPO)
 - Formación del líder – desarrollo de habilidades
 - Evaluación y autoevaluación del liderazgo
 - Coaching
 - Nuevos modelos de liderazgo: Gestores procesos, Kaligidaria, Contratos Gestión
- Sistemas de reconocimiento: impulso del reconocimiento en servicios/unidades y en el HGU

NORAINO
(Indicadores)

Horas actividades formativas / Personas (Formación)	0	Índice de satisfacción con la Seguridad y salud Laboral	1
Nº personas participan en equipos de mejora (Participación)	0	Índice de satisfacción con las condiciones de trabajo	1
Índice de satisfacción ESP: Dimensión participación (Participación)	0	Índice de satisfacción con la formación	1
Índice de satisfacción organización y mejora	0	Índice de satisfacción con el reconocimiento	1
Índice de satisfacción comunicación interna	0	Índice satisfacción Mando-Colaborador /liderazgo	1
Evaluación del liderazgo	0	Índice satisfacción con el clima de trabajo	1
Índice de satisfacción global	0	Índice satisfacción con el Conocimiento e identificación con objetivos	1
Índice de satisfacción con la Valoración competencial (Valoración competencial/Evaluación del desempeño)	1	Percepción de la Dirección	1

NORANTZA

(Ideas)

NONDIK

(Proyectos)

SOSTENIBILIDAD ECONÓMICA

- ❑ Necesitamos profundizar en la idea de sostenibilidad, convencidos de que el incremento de la demanda y las posibilidades crecientes de la oferta, ponen en riesgo la supervivencia del sistema sanitario público.
- ❑ Reforzar la idea de la equidad y la justa distribución de los recursos: necesitamos ser eficientes para atender adecuadamente al mayor número de pacientes.
- ❑ Por un lado, vemos la necesidad de avanzar en herramientas de medición y de gestión
 - Identificar los indicadores de eficiencia de los procesos asistenciales
 - Mejorar la integración de datos asistenciales en el sistema de gestión
 - Manejar e integrar en los procesos de toma de decisiones, herramientas de evaluación económica (para poder priorizar con visión de sostenibilidad, de coste de oportunidad de las decisiones)
 - Conocer y monitorizar la eficiencia de uso de las instalaciones
 - Monitorizar y anticipar el impacto económico de las inversiones en TIC
- ❑ Por otro, nos parece esencial expandir la corresponsabilidad entre todos los profesionales. Para ello:
 - Necesitamos concretar el lenguaje común que nos facilitará las conversaciones sobre sostenibilidad económica y la gestión de objetivos comunes.
 - Comunicar desde toda la dirección, la relevancia de sostener entre todos, el sistema.
 - Mejorar el conocimiento de los costes en los que incurrimos
 - Ser justos, en el sentido de premiar las actuaciones de mejora de la sostenibilidad y penalizar las ineficientes.
- ❑ Favorecer el autocontrol de recursos por parte de los pacientes, facilitándoles información y promoviendo la toma de conciencia de la importancia de este objetivo.

- ❑ **Coste por Paciente:** diseño e implantación del Sistema de Información de coste por paciente (INNOVACIÓN, COMPROMISO CON LA SOCIEDAD)
 - Para informar a Servicios y Procesos
 - Para informar a los pacientes de los costes generados por su asistencia
 - Para compararnos con otros centros
- ❑ **Evaluación Económica** (coste /utilidad /efectividad /beneficio (COMPROMISO CON LA SOCIEDAD, INNOVACIÓN)
 - Evaluación de nuevos materiales, fármacos y equipamientos (SIT)
 - Participación en Proyectos de Investigación con evaluación económica
 - Evaluación de los Proyectos Innovadores
 - Evaluación de los Proyectos RSC
 - Coste de la seguridad del paciente (2012)
- ❑ **Uso eficiente de las instalaciones y tecnología** (PROFESIONALIDAD)
 - Uso eficiente de las instalaciones de los Quirófanos (2011)
 - Uso eficiente de las instalaciones de las Consultas (2012)
 - Uso eficiente equipamientos alta tecnología (2013)

NORAINO
(Indicadores)

Equilibrio económico (Gastos=Ingresos). Indicador anual	0	% de objetivos económicos alcanzados en los Contratos de Gestión	0
Eficiencia operativa Proceso Hospitalización: Precio peso/Coste peso	0	% de desviación sobre el objetivo de Gasto de Personal en los Contratos de Gestión	0
Eficiencia operativa Proceso Consultas: Relación sucesivas/primeras	0	% de objetivos alcanzados en los Contratos de Gestión sobre "Peticiónes a otros Servicios"	0
Eficiencia operativa Proceso Urgencias: % urgencias ingresadas	0	% Ejecución Contrato Programa	1
Eficiencia operativa Proceso TTQ: Índice de ocupación de	0	% Desviación del Gasto total sobre el presupuesto	1

NORANTZA

(Ideas)

NONDIK

(Proyectos)

INTEGRACIÓN CON ATENCIÓN PRIMARIA

- ❑ Queremos que el paciente tenga una percepción de atención única. Creemos que este reto tiene un enorme recorrido en la percepción de calidad.
 - ❑ Además entendemos que esta integración mejora la eficacia, los tiempos y los costes del servicio, la atención y seguridad de los pacientes y la satisfacción de los profesionales tanto de Atención Primaria, como especializada
 - ❑ Para ello, necesitamos organizarnos integrando y coordinando las actividades.
 - ❑ Entendemos que resulta clave una mejora de la comunicación, para hacerla más fluida, eficaz y respetuosa, que repercuta en una mayor satisfacción de los pacientes (percepción de tratamiento integral), una agilización de los procesos de diagnóstico y tratamiento e incluso en un ahorro de gasto evitando traslados y compras de medicamentos no necesarios y la propia del personal derivada de compartir conocimientos sobre los pacientes
 - ❑ Queremos liderar este reto, que está contemplado en la agenda de innovación del Departamento de Sanidad. Ambos equipos directivos (el de AP y el del DGU de la Comarca Interior) estamos comprometidos en él.
 - ❑ El avance lo planteamos en diversos planos:
 - La modelización de la relación ideal, de manera que tengamos una visión hacia la cual ir avanzando. Ya tenemos un equipo que está iniciando esta labor.
 - El establecimiento de objetivos comunes centrados en el paciente
 - El desarrollo de proyectos concretos que nos permitan aprender y adquirir experiencia concreta. Ya tenemos 4 proyectos en marcha.
 - Potenciar el intercambio de conocimientos y formación.
- Nos parece importante conocer en este proceso, la satisfacción de los profesionales de AP.

- ❑ **Guías de Práctica clínica y definición de hoja de ruta en los procesos asistenciales más frecuentes.** (PROFESIONALIDAD, TRABAJO EN EQUIPO)
- ❑ **Coordinación operativa administrativa y asistencial.** Acciones a implantar en 2011. (TRABAJO EN EQUIPO)
- ❑ **Continuidad de cuidados.** (TRABAJO EN EQUIPO, CERCANIA)

NORAINO
(Indicadores)

Nº DE Guías de Prácticas Clínica o protocolos de coordinación conjuntos con Atención Primaria	0
Nº de Proyectos conjuntos de Atención Integral	0
Satisfacción global de la encuesta de facultativos de Atención Primaria	0

NORANTZA
(Ideas)

NONDIK
(Proyectos)

ORGANIZACIÓN DESCENTRALIZADA

- ❑ Desplegar la innovación y abordar los retos estratégicos, hacen necesario ampliar la capacidad de tomar de decisiones y las responsabilidades.
- ❑ Pretendemos implicar a responsables de procesos y servicios en la gestión integral de objetivos – resultados asistenciales – recursos. El sistema no es sostenible si no extendemos la capacidad de dirigir/gestionar/liderar.
- ❑ Las apuestas que creemos que nos harán avanzar son:
 - Cambios en el organigrama, reconociendo dos figuras clave que son palanca del cambio: responsable de proceso y “kaligidari”
 - Establecimiento de contratos entre procesos-servicios y el hospital, que permitan una negociación de objetivos diferente.
 - Rutinas de seguimiento rigurosas que hagan realidad los compromisos (gestionar cumplimientos e incumplimientos)
 - Nuevos indicadores que concretan los compromisos:
 - Indicadores más orientados a resultados, tanto económicos como asistenciales (vs. indicadores de actividad)
 - Compromisos en relación a los equipos y a la extensión del liderazgo dentro de su unidad
- ❑ Trabajar en la calidad de la información. Una información manejable, estructurada, relevante y fácil de entender es un instrumento esencial.

- ❑ **Consolidación de la figura del Kaligidari** (INNOVACION, PROFESIONALIDAD)
- ❑ **Implantación y despliegue de los contratos de gestión** (2011:80% de la actividad asistencial y 2 procesos asistenciales. **2012:** 100% de la actividad asistencial y todos los procesos asistenciales) (INNOVACION, COMPROMISO)
- ❑ **Sistema de evaluación, seguimiento y control de los contratos de gestión** (PROFESIONALIDAD)

NORAINO
(Indicadores)

% presupuesto del HGU gestionado con Contratos de Gestión	0
% de objetivos alcanzados en los Contratos de Gestión	0
Nivel de satisfacción de los “kaligidari” con su función	0
Nivel de satisfacción de los Servicios con los Contratos de Gestión	0

NORANTZA
(Ideas)

NONDIK
(Proyectos)

USO INTELIGENTE DE LAS TICS

- ❑ Queremos ser pioneros en las iniciativas de uso de las TIC en la red de Osakidetza
- ❑ En este periodo, nos ponemos como reto, explorar y explotar oportunidades de las TIC para ampliar y facilitar relaciones y actividades:
 - Con otros hospitales y con los centros de atención primaria
 - Entre los profesionales del HGU, facilitando la comunicación y la transferencia de conocimiento entre las personas.
 - Con los pacientes, favoreciendo las relaciones desde casa en el seguimiento y comunicación permanente con los profesionales y con el Hospital
 - Con los ciudadanos en general, estando presentes a través de Internet en sus casas, con contenidos informativos y formativos.
- ❑ Utilización de las tecnologías existentes (RFID, wifi, telefonía móvil, etc.), para favorecer cambios organizativos y las mejoras de funcionamiento en el HGU
- ❑ En este reto, nos preocupan dos vertientes:
 - El propio diseño e implantación de nuevas herramientas, en el que debe participar el usuario final de la herramienta
 - Su despliegue y uso eficiente por parte de los profesionales
 - El facilitar el acceso a la información relevante para los profesionales, a la vez que evitamos el exceso de información.
 - La seguridad, tanto de la información (LOPD) como del paciente.
- ❑ En este reto queremos aprovechar las oportunidades de la portabilidad (acceso desde cualquier punto y por diferentes soportes) y la propia variedad de soportes de los que dispone y puede disponer el HGU (webs, intranets, dispositivos móviles, paneles informativos, televisión interna, etc.)

- ❑ **Desarrollo de una Herramienta para la relación e intercambio de información con profesionales de otros centros. (ELKAR JAKINTZA)** (TRABAJO EN EQUIPO)
- ❑ **Avanzar al Hospital sin Papeles** (COMPROMISO, TRABAJO EN EQUIPO)
 - Osabide global: área de Consultas (2011) (100%)
 - Osabide Global: área de Hospitalización a domicilio (2011)
 - Osabide Global: área de Hospitalización (empezar 2011)
 - Osabide Global: área de Urgencias (2012)
 - Proyecto GINESTA (PILOTAJE 2011)
 - Receta electrónica (2011)
 - Prescripción farmacológica (2010-2011)
- ❑ **Incorporación de tecnologías existentes** (PROFESIONALIDAD)
 - Wifi en áreas asistenciales (excepto área consultas)
 - Carros con ordenador para pase de visita
 - Tablet´s PC para uso de la enfermería en la planta

NORAINO
(Indicadores)

% satisfacción sobre los sistemas de información que utiliza en su trabajo	0	% proyectos TICs de Osakidetza pilotados en el HGU	0
Nº pacientes controlados por TICs fuera del HGU	0	% satisfacción utilización que se realizan de las nuevas tecnologías para compartir y difundir experiencias	1
Nº profesionales participando en grupos de Elkarjakintza	0	% Satisfacción utilización que se realizan de las TICs	1
% pacientes tratados usando TICs en la hospitalización, Consultas y Urgencias		% dispone de los medios adecuados y suficientes (informáticos, tecnológico)	1

NORANTZA
(Ideas)

EXCELENTE EN CALIDAD ASISTENCIAL

NONDIK
(Proyectos)

- ❑ Contando con unos niveles de excelencia reconocidos por nuestros pacientes, creemos que aún tenemos recorrido de mejora para estos próximos 5 años:
 - Mejorar la información que facilitamos a usuarios
 - Mejorar el trato amable/cálido/cercano/humano, dedicar tiempo a los pacientes y hacerles sentir más seguros
 - Mejorar el confort
 - Mejora de los accesos
 - Mejorar el tratamiento del dolor
 - Optimizar tiempo de estancia
 - Alianzas con hospitales de media-larga estancia y otros hospitales de agudos
 - Accesibilidad: reducción de las listas de espera y de la burocracia
- ❑ Nos proponemos iniciar nuevas líneas de trabajo en prevención / autocuidado: formación a pacientes y cuidadores
 - Con una visión más técnica/interna:
 - Mejorar en la medición y monitorización de la "adecuación de la indicación". Evitar lo innecesario. Afinar los indicadores y ampliar la visión de "calidad"
 - Avanzar en la "expertización" en algunos servicios grandes.
 - Seguridad del paciente
 - Medir mejor los "resultados"... nuevos indicadores que expliquen mejor los factores que impactan en resultados y calidad...
 - Mejora del servicio (horarios, procesos complejos, tiempos de espera...)
- ❑ Funcionamiento más eficaz de los servicios. Reducir burocracia.

- ❑ **Identificación y control de sistema de indicadores de calidad asistencial:** (PROFESIONALIDAD, INNOVACIÓN)
 - Búsqueda de indicadores calidad técnica
 - Evitación de ingresos innecesarios
 - Eliminación de pruebas innecesarias
 - ❑ **Plan de Mejora de información y accesibilidad de los pacientes** (CERCANIA, INNOVACION)
 - Mejora de señalización del HGU.
 - Mejora de la información a los pacientes
 - Mejora Gestión citas
 - Circuitos Alto Rendimiento
 - Plan de racionalización / autorregulación de citas
 - ❑ **Plan de Seguridad del Paciente:** (TRABAJO EN EQUIPO /PROFESIONALIDAD)
 - Puesta marcha de sistema de seguridad bloque quirúrgico
- herramientas informáticas para aumentar la seguridad del paciente

NORAINO
(Indicadores)

Demora media Consultas Externas	0	Nº incidencias seguridad notificadas	0
Demora media en listas de espera quirúrgica (LEQ)	0	Estancia media	0
Demora media pruebas complementarias	0	% Cirugía Mayor Ambulatoria	0
Índice de satisfacción global	0	% de consultas de Alta Resolución	0
Índice de satisfacción trato	0	% Reingreso 30 días	1
Índice de satisfacción información	0	Tasa de mortalidad	1
Índice de satisfacción profesionalidad	0	Nº notificaciones farmacovigilancia	1
Prevalencia infección nosocomial	0	Caídas	1
Incidencia herida quirúrgica	0	Errores de medicación	1
Úlceras por presión	0	Nº suicidios	1

NORANTZA
(Ideas)

NONDIK
(Proyectos)

REFERENTES EN INNOVACIÓN

- Tenemos retos importantes de innovación en distintos ámbitos:
 - Incorporación de nuevas tecnologías
 - Cambios organizativos y en gestión
 - Coordinación con AP
 - Interrelación con el ciudadano
 - Seguimiento del paciente crónico
 - La manera en la que nos relacionamos y colaboramos con la sociedad
- Creemos que innovar es cosa de todos. Queremos llevar a cabo una innovación que:
 - Se extienda por todas las áreas del HGU, asistenciales, no asistenciales, investigación, docencia, formación, organización interna, etc.
 - Se compare continuamente con las mejores prácticas externas y tenga el foco en los pacientes
 - Se proyecte sobre los nueve objetivos estratégicos
- Contamos con un "Foro de Innovación", el Consejo de Dirección, que vela por impulsar las iniciativas innovadoras. Es un equipo, formado por personas de reconocido prestigio profesional.
- Nos parece importante estar presentes en los foros del sector y multisectoriales en los que se hable sobre innovación.
 - Estamos convencidos de que el modelo actual está agotado. Para nosotros innovar es un requisito para la supervivencia, un requisito irrenunciable de nuestra gestión.

- Nuevos roles de enfermería:** (INNOVACIÓN, PROFESIONALIDAD)
 - La enfermería en la relación con el paciente crónico
 - Enfermería de enlace
 - Papel de la enfermería en la relación con el ciudadano: autocuidados, prevención,....
 - Impulso a las consultas de enfermería
- Innovación en el tratamiento de pacientes crónicos:** (INNOVACIÓN, CERCANIA, TRABAJO EN EQUIPO)
 - Control domiciliario de pacientes crónicos: EPOC, PROMIC, Asma,
 - Utilización de TICs en el tratamiento de pacientes crónicos: enfermedades mentales, VIH, Rehabilitación
- Alianzas con organizaciones sanitarias:** (TRABAJO EN EQUIPO, PROFESIONALIDAD)
 - Coordinación Osatek y HGU
 - Plan director de laboratorios
 - Alianzas con hospitales: Osakidetza, Oligopsonio, CHU Bordeaux, Hospital del Mar....

NORAINO
(Indicadores)

Nº Proyectos de innovación / año	0	Nº de proyectos innovadores presentados externamente en otras organizaciones y foros	0
Coste innovación / año	0	Impacto de las innovaciones en la satisfacción del usuario	0
Percepción de la innovación por los profesionales del HGU (a incluir en la encuesta de satisfacción)	0	Nº participantes en talleres de creatividad	1
Nº de talleres para la creatividad	0		

NORANTZA

(Ideas)

REFERENTES EN RSC

NONDIK

(Proyectos)

- ❑ Creemos que promover y desarrollar el concepto de RSC internamente, puede contribuir a:
 - Elevar el nivel de sensibilidad en relación al concepto de sostenibilidad
 - Mejorar aún más la gestión medioambiental
 - Desarrollar el concepto de "transparencia", interna y externa, no sólo "poner información a disposición", sino implicarnos en compartirla de manera eficaz
 - Mejorar la accesibilidad de nuestros servicios, promoviendo la inclusión de colectivos con discapacidades
 - Ser más conscientes del valor de una buena gestión de las relaciones externas y potenciar la capacidad de hacer y gestionar alianzas: educación, ayuntamientos, proveedores, asociaciones, ONGs...
- ❑ Queremos estar presentes en foros externos, porque buscamos ser referente en el desarrollo de estos conceptos en el sector sanitario. Creemos que puede ser una palanca de innovación importante.
- ❑ Contribuir a la legitimación social de "lo público", mediante la sensibilización sobre la utilización eficiente de recursos públicos.
- ❑ Promover la conciencia sobre la RSC en los profesionales del HGU

- ❑ **Visualizar la RSC (tangibilizar y difundir):** (COMPROMISO, INNOVACION)
 - Identificar acciones RSC, analizarlas y ponerlas en valor en el HGU
 - Día de la RSC
 - Reconocimiento a la RSC. Reconocimiento a Grupos de Interés (Aliados clave, Ayuntamiento, Asociación de pacientes,...)
 - Marketing viral: Crear una imagen de marca HGU+ y difundirla en las herramientas de CI; poner el Logo en artículos de la revista, difundir indicadores de RSC (GRI) que están en al Web mediante el Zuzenean con breves explicaciones de cómo esos indicadores impactan en RSC, etc.), formación-sensibilización
 - Lanzar mensajes en las pantallas del salón de actos sobre igualdad, respeto, PRL, etc.
 - Presentación a premios RSC (Fundación Avedis Donabedian, Premio transparencia, Fundamed, etc.)
 - Comunicación externa y difusión: Colaboración con EITB, presencia en Foros RSC (Forética, Euskalit, ...)
- ❑ **Impacto en Sociedad** (2011) (COMPROMISO, CERCANIA)
 - Plan de Accesibilidad física al HGU
 - Proyecto Compartir Coche
 - Promoción de hábitos saludables en la población
 - Sistematizar la comunicación y espacios de encuentro con el entorno (asociaciones, organizaciones, etc.)
 - Colaboración con ONGs
- ❑ **Hospital Verde** (COMPROMISO)
 - Compra Verde
 - Gestión de residuos
 - Eficiencia energética
 - Celebración del Día Mundial del Medioambiente
 - Celebración del Día Mundial sin coche
 - Huella ecológica

NORAINO
(Indicadores)

Nº proyectos RSC implantados/año – segmentado por los 3 ámbitos de la RSC (Social, medioambiental y económico) + Coste RSC	0	Valoración de la transparencia externa HGU	0
Nº impactos RSC/año (Visitas recibidas, presencia en Foros, premios presentados, memorias publicadas, comunicaciones y publicaciones)	0	Producción de residuos peligrosos/ingresos (paciente tratado) (Kg)	0
% de conocimiento sobre la RSC	0		

6. MÉTODO DE SEGUIMIENTO Y REVISIÓN DEL PLAN ESTRATÉGICO



6. MÉTODO DE SEGUIMIENTO Y REVISIÓN DEL PLAN ESTRATÉGICO

La clave de inicio es que el Plan Estratégico se convierta en una herramienta de la gestión ordinaria del Hospital, que no sea en un “cuerpo extraño”, que la operativa sea enormemente sencilla y que se despliegue en el conjunto del Hospital.

Para ello el Plan Estratégico del HGU se dota del siguiente método de seguimiento y revisión

1º. Seguimiento mensual por el G-07.

El G-07, mensualmente, en sus reuniones, realiza un seguimiento del Plan, en concreto de los indicadores y de la marcha de los proyectos estratégicos.

Una vez al mes el G-07 incorpora el seguimiento de 2 objetivos, de manera que cada 5 meses ha realizado el seguimiento completo de los indicadores y proyectos de los 9 objetivos y de los valores. Este seguimiento se incluye en el orden del día de las reuniones del G-07 y cada uno de los miembros se responsabiliza de llevar esta información al G-07 en relación con el o los objetivos que se le asignen a estos efectos.

2º. Evaluación y seguimiento semestral por el G-28

Dos veces al año (junio y diciembre) el G-28 se reúne para revisar la marcha y ejecución del Plan Estratégico.

La reunión de julio sirve fundamentalmente para contrastar la marcha de proyectos estratégicos y adoptar la decisión de si se eliminan o se incorporan a la lista de proyectos anual nuevos proyectos.

En la reunión de diciembre se dedica atención especial al nivel de logro de los indicadores, al de ejecución de

los proyectos del año y a la definición de los proyectos estratégicos a abordar el año siguiente.

3º. Contraste anual con el G- 160.

Una vez al año, normalmente en enero, se reúne al G-160 para que el G-28 de cuenta de los resultados del año, la ejecución del Plan Estratégico en el año anterior y los proyectos estratégicos a desarrollar el año siguiente.

4º. El seguimiento de los proyectos estratégicos.

Los proyectos estratégicos tienen una especial relevancia en la ejecución del Plan Estratégico. Los elementos que califican un proyecto como estratégico y que, por tanto, implican su incorporación al Plan Estratégico son:

- a) Su valor es relevante respecto al logro de los objetivos y valores del Plan Estratégico
- b) Implica de manera transversal a direcciones diferentes del HGU
- c) Tiene como responsable directo a un miembro del G-28
- d) Su puesta en marcha la decide el G-07
- e) Su seguimiento se realiza por el G-07
- f) Normalmente puede conllevar trabajar en un taller de creatividad.

La marcha de los proyectos estratégicos se supervisa, como hemos descrito, mensualmente en las reuniones del G-07, semestralmente, en las del G-28 y anualmente, en las del G-160.

7. PARTICIPANTES



7. PARTICIPANTES

G7

1. Santiago Rabanal – Director Gerente HGU
2. Julián Salvador – Director Médico HGU
3. Sabino Sarrionandia – Director Enfermería HGU
4. Pilar Uriarte – Directora de Personal
5. Elisa Gómez – Directora Económico-Financiera
6. Lorenzo Rodríguez- Subdirector Médico
7. Begoña Segurola –Subdirectora de organización y sistemas

G28

1. Santiago Rabanal – Director Gerente
2. Julián Salvador – Director Médico
3. Sabin Sarrionandia – Director Enfermería
4. Elisa Gómez – Directora Econ. Financiera
5. Pilar Uriarte – Pilar Uriarte
6. Begoña Segurola – Directora Org. Y Sist.
7. Lorenzo Rodríguez – Subdirector Médico
8. Inés Gallego – Responsable UMC
9. Ana Chueca – Supervisora UMC
10. Rosa García – Subdirectora Enfermería
11. Luís Fernández Yarritu – Jefe Servicio UCI
12. Santiago Lázaro – Facultativo Cir. General

13. Inmaculada Moro – Adjunta Hospitalización DUE
14. Iñaki Álvarez – Jefe Celadores y O. Interno
15. Alberto Capelastegui – Jefe Servicio Neumología
16. M^a Ángeles Durán – Supervisora A. Quirúrgica
17. Juan Carlos García-Moncó – Jefe Servicio Neurología
18. Jesús Legarreta – Adjunto Enfermería
19. Carmen León – Jefe Servicio Suministros
20. José Luís Martínez de los Mozos – Jefe Servicio Traumatología
21. Juan Carlos Matía – Jefe Servicio Ginecología
22. Carmen Mar – Jefe Servicio Anal. Clínicos
23. Iñaki Zabalza – Jefe Sección Anatom. Patología
24. M^a José Martínez – Jefe Servicio Farmacia
25. Ana de Juan – Facultativa Farmacéutica
26. Olatz Ibarra – Facultativa Farmacéutica
27. Tomás Carrascosa – Jefe Servicio Hematología
28. Andoni Guede – Jefe Servicio Contabilidad
29. Amaia Llorente – Jefe Servicio Hostelería
30. Alberto Arriarán – Jefe Servicio Mantenimiento
31. Manoli Pascual – Supervisora Esterilización
32. Arsenio Martínez – Jefe Servicio Radiodiagnóstico
33. Arantza Zabala – Supervisora Rehabilitación
34. Francisco Conde – Jefe Servicio Informática
35. Javier Yetano – Jefe Servicio Archivo y SAPU
36. Josune Onandia – Jefe Servicio Hospitalización a Domicilio
37. Javier Ibañez – Jefe Servicio Cirugía General
38. Rebeca Villa – Técnico de Organización
39. Maria Jesús Suarez – Técnico Especialista en Radiodiagnóstico
40. Tito Tobalina – Facultativo Cirugía General
41. Inmaculada Gorordo – Facultativo Neumología
42. Maite Maestre – Enfermera Quirúrgica

TALLERES DE CREATIVIDAD

INVESTIGACION Y DOCENCIA

1. Ana Chueca - Supervisora UMC
2. Carmen Garaizar – Directora del Instituto Vasco de Investigación Sanitaria (BIOEF)
3. Nerea Ingunza – Supervisora de Docencia
4. Inmaculada Moro – Adjunta de Hospitalización
5. María Cubo – Supervisora 9ª planta
6. Nerea González – Unidad de Investigación
7. Marian Gómez- Facultativa Neurología
8. Txema Quintana – Jefe Servicio Unidad de Investigación
9. Iñaki Zabalza – Jefe Servicio de Anatomía Patológica
10. Sorkunde Telletxea – Presidenta Comisión de Docencia
11. Sabin Sarrionandia – Director de Enfermería

TODOS SOMOS PROTAGONISTAS

1. María Jesús Suárez – Técnico especialista en Radiodiagnóstico
2. Pilar Uriarte – Directora de Personal
3. Kepa Aguado – Encargado de Cocina
4. Jesús Legarreta – Adjunto de Enfermería
5. Iñaki Álvarez – Jefe de Celadores y Orden interno
6. Iciar Galán – Supervisora de Laboratorios
7. Begoña Estraviz – Facultativa de Cirugía General

8. Antón Arizaga – Jefe de Servicio de Anestesia y Reanimación
9. Pilar Ereño – Supervisora Ambulatorio de Basauri y Llodio

PRIORIZACION Y SOSTENIBILIDAD ECONOMICA

1. Ana Chueca - Supervisora Unidad de Metodología de Calidad
2. Elisa Gómez – Directora Económica-Financiera
3. Txaber Andechaga – Jefe Servicio Personal Área Jurídica
4. M^a Jose Martinez – Jefa de Servicio de Farmacia
5. Carmen Leon – Jefa de Servicio de Suministros
6. Jesús Montenegro – Jefe de Servicio de Nefrología
7. Carmen Mar – Jefa de Servicio de Análisis Clínicos
8. Belén Viviens – Facultativa de Cirugía Vasculat
9. Jose Pereira – Jefe de Sección de Urología
10. Rosa Garcia – Subdirectora de Enfermería
11. Adela Olascoaga – Directora Territorial Sanidad de Bizkaia

ATENCION PRIMARIA

1. Inmaculada Gorordo – Facultativa Neumóloga
2. Julián Salvador- Director Médico
3. Eduardo Amoroto- -Jefe Sección Análisis Clínicos
4. Ángel Barba - Jefe Servicio Cirugía Vasculat
5. Arsenio Martínez- Jefe Servicio Radiodiagnóstico
6. Iñaki Lekuona – Jefe de Servicio de Cardiología
7. Miguel Ortega -Jefe Sección Urgencias

8. Pilar Tolosa- Responsable Personal Administrativo Ambulatorio Durango
9. Carlos Salinas –Facultativo Neumólogo
10. Olatz Ibarra- Facultativa Farmacéutica
11. José Luis Balentziaga –JUAP Comarca Interior

ORGANIZACIÓN DESCENTRALIZADA

1. Ernesto Tobalina – Facultativo Cirugía
2. Julián Salvador – Director Médico
3. Jose Luis Martínez de los Mozos – Jefe Servicio Traumatología
4. Juan Carlos García Moncó – Jefe Servicio Neurología
5. Iruñe Etxebarria – Supervisora Planta 8ª
6. Charo González – Enfermera Planta 7ª
7. Maite Gil – Enfermera Planta 5ª
8. Begoña Basozábal – Supervisora Área Quirúrgica
9. Raquel Vuelva – Facultativo O.R.L.
10. Daniel Garay – Jefe Sección Traumatología

TICs

1. Maite Maestre – Enfermería Quirúrgica
2. Begoña Segurola – Subdirectora de Organización y Sistemas
3. Juan Pedro Isasa - MICROSOFT
4. Eva Laurodogoitia – Jefa de Sección de Cardiología
5. Lucía Marcos – Jefa de Equipo de Informática
6. Enrique Moreno – Jefe de Servicio de ORL
7. José Ramón Rumoroso – Jefe de Sección de Hemodinámica

8. Maria Luz Hernáez – Supervisora Urgencia
9. José A. López Garrido – Jefe de Servicio de OFT
10. Ángel Padierna – Facultativo de Psiquiatría
11. Soledad Aparicio – Supervisora de Consultas Externas

EXCELENTE CALIDAD ASISTENCIAL

1. Inés Gallego - Responsable UMC)
2. Mikel Sánchez - Jefe Servicio Urgencia Hospital Alto Deba
3. Lorenzo Rodríguez - Subdirector Médico
4. Tomás Carrascosa - Jefe Servicio Hematología-Hemoterapia
5. Lourde Uribe - Supervisora 6ª planta
6. Manoli Pascual - Supervisora Esterilización
7. Alberto Salcedo - Facultativo Cardiología
8. Jesus Notoria - Supervisor Radiodiagnóstico
9. Arantza Zabala - Supervisora Rehabilitación
10. Jose Andrés Martín Zurimendi - Jefe Servicio de Psiquiatría
11. Jose Alberdi - Jefe Sección de OFT

INNOVACION

1. Rebeca Villa (Técnico de la Unidad de Metodología de Calidad)
2. Santiago Rabanal (Gerente)
3. Alberto Capelastegui (Jefe de Servicio de Neumología)
4. Francisco Conde (Jefe de Servicio de Informática)
5. Raquel García (Supervisora de la 5ª Planta)
6. Javier Ibáñez (Jefe de Servicio de Cirugía General)

7. Marian Duran (Supervisora de Quirófano)
8. Arturo Ortega (Jefe de Servicio de Facturación y Contratación)
9. Juan Rekakoetxea (Encargado de Turno de Celadores)
10. Jose Luis Saenz de Eguilaz (Jefe de Sección del Servicio de Anestesia y Reanimación)
11. Patxi Pardo (Euskalit)

RSC

1. Santiago Rabanal - Director Gerente
2. Pedro M^a Olaechea - Jefe Sección UCI
3. José A. Martín Zurimendi - Jefe Servicio Psiquiatría
4. Rosa Sainz - Supervisora de Reanimación
5. Esther Hernandez - Supervisora UCA
6. Txema Aritzeta - Facultativo Ginecología
7. Virginia Plaza - Supervisora Farmacia
8. Agurtzane Goikuria - Supervisora Medicina Preventiva
9. Teresa Acaiturri - Jefa de Servicio de Contabilidad Analítica
10. Andoni Aranburu - Responsable RSC EITB
11. Kepa Solozabal – Becario UM

WORLD CAFÉ EXTERNO

- | | |
|---|--|
| 1. M ^a Teresa Acaiturri – Jefa Servicio contabilidad Analítica | 6. Inés Gallego – Responsable UMC |
| 2. Alberto Capelastegui – Jefe Servicio Neumología | 7. Rosa García – Subdirectora de Enfermería |
| 3. Julen Chavarri – Encargado de Turno | 8. Elisa Gómez – Directora Económico Financiera |
| 4. Ana Chueca – Supervisora UMC | 9. Nieves Gómez – Celadora |
| 5. Inés del Castillo – Administración Central | 10. Txaro González – Enfermera 7 ^a Planta |

11. Beatriz González – Enfermera 8ª Planta
12. Inmaculada Gorordo – Facultativa Neumología
13. Jesús Legarreta – Adjunto Enfermería
14. Maite Maestre – DUE
15. José Andrés Azurmendi – Jefe Servicios Psiquiatría
16. Arsenio Martínez – Jefe Servicio Radiodiagnóstico
17. Purificación Palacios –Facultativa Salud Laboral
18. Santiago Rabanal – Director Gerente
19. Lorenzo Rodríguez – Subdirector Médico
20. Julián Salvador – Director Médico
21. Sabin Sarrionandia – Director de Enfermería
22. Begoña Segurola – Subdirectora Org. Y Sistemas
23. Ernesto Tobalina – Facultativo Cirugía General
24. Pilar Uriarte – Directora Personal
25. Raquel Vielba – Facultativa ORL
26. Enrique Maíz – Comarca Interior
27. Joseba Escribano – Ayuntamiento Galdakao
28. Clara Sánchez – UPV
29. Arantza Ugarte – Centro Educativo
30. Merche Barranco – AECC
31. Conchi Casero – ACABE
32. Paciente Anónima
33. Antonio Peinado – ALCER
34. Joseba Anasagasti – GIROA
35. Mikel Vidal – EUREST
36. Eva Serrano – DOCUMENT
37. Iñaki Merino – ROCHE
38. Miguel Ángel Muñoz – MR Hosteleros
39. Antolín Muñoz – MR Hosteleros
40. Javier Romillo – SIEMENS
41. Carmen Garaizar – BIOEF
42. Carmen Rodríguez – Hospital de Gortiz
43. Javier Pilar – Hospital de Cruces
44. Teresa Garmendia – Emergencias
45. Miguel Ángel Vesga Carasa – CVTH
46. Pablo Arbeloa – OSATEK
47. Mª Ángeles Cidoncha - OSAKIDETZA
48. Adela Olascoaga – Departamento de Sanidad
49. Marbella García – OSAKIDETZA
50. Cristina Domínguez – Comarca Interior
51. Fernando Barrenechea - IHO

WORLD CAFÉ INTERNO

1. M^a Teresa Acaiturri – Jefa Servicio Cont. Analítica
2. Kepa Aguado – Jefe Cocina
3. Iñaki Álvarez – Jefe Celadores y O. Interno
4. Eduardo Amoroto – Jefe Sección Anal. Clínicos
5. Fco. Javier Andechaga – Jefe Servicio Personal Área Jurídica
6. M^a Soledad Aparicio – Supervisora Consultas Externas
7. José Antonio Areitio – Encargado de Celadores
8. Natividad Arenaza – Jefe Grupo Control de Gestión
9. Antón Arizaga – Jef Servicio Anestesia y Reanimación
10. Alberto Arriarán – Jefe Mantenimiento
11. Unai Aspillaga – Jefe Grupo Informática
12. Ángel Barba – Jefe Servicio Cirugía Vascular
13. Pedro M^a Barcena – Encargado de Celadores
14. Ángel Bardallo – Encargado de Celadores
15. Nekane Barrenechea – Supervisora 4^a Planta
16. M^a Begoña Basozabal – Supervisora Área Quirúrgica
17. M^a Paloma Calles – Supervisora
18. Alberto Capelastegui – Jefe Servicio Neumología
19. Francisco Conde – Jefe Servicio Informática
20. María Cubo – Supervisora 9^a Planta
21. Alberto de Castro – Jefe Grupo SAPU
22. M^a Ángeles Durán – Supervisora Área Quirúrgica
23. Iruñe Echevarría – Supervisora 8^a Planta
24. Cristóbal Esteban – Presidente Comité de Investigación
25. M^a Iciar Galán – Supervisora de Laboratorios
26. Inés Gallego – Responsable UMC
27. Susana Garate – Técnico Superior
28. Sandor García – Encargado de Celadores
29. Rosa García – Subdirectora de Enfermería
30. Raquel García – Supervisora 5^a Planta
31. Susana García – Facultativa Unidad de Investigación
32. Juan Manuel García – Encargado de Celadores
33. Juan Carlos García-Monco – Jefe Servicios Neurología
34. Inmaculada Gayubo – Responsable Admon. General
35. Agurtzane Goicuria – Supervisora Preventiva
36. Miguel Ángel Gómez – Jefe Grupo Contabilidad Analítica
37. M^a Ángeles Gómez – Jefa Sección Neurología
38. Elisa Gómez- Directora Económico Financiera

39. Eloy González – Encargado de Celadores
40. Miguel Antonio González – Jefe Grupo Personal
41. M^a José Gutierrez – Gobernanta de Lencería
42. M^a Luz Hernaez – Supervisora Urgencias
43. Esther Hernandez – Supervisora UCA
44. Juan Antonio Herrero – Encargado de Celadores
45. Olatz Ibarra – Facultativa Farmacéutica
46. Joseba Koldobika Ibarro – Encargado de Celadores
47. Nerea Ingunza – Supervisora de Docencia
48. Eduardo Jimenez – Jefe Sección Cirugía General
49. Garbiñe Kortabarria – Supervisora 3^a Planta
50. Eva Laudogoitia – Jefa Sección Cardiología
51. Jesús Legarreta – Adjunto de Enfermería
52. Iñaki Lecuona – Jefe Servicio Cardiología
53. Carmen León – Jefa de Servicio de Suministros
54. Amaia Llorente – Jefa Servicio Hostelería
55. José Antonio López – Jefe Servicio OFT
56. M^a José López de Goicoechea – Jefa Sección Microbiología
57. Maite Maestre – Enfermera Quirúrgica
58. M^o Pilar Manrique – Jefa Servicio Dermatología
59. Lucía Marcos – Jefa Grupo Informática
60. Juan Carlos Marcos – Encargado de Celadores
61. José Andrés Martín Zurimendi – Jefe Servicio Psiquiatría
62. M^a Teresa Martínez – Supervisora Hemodinámica
63. Carmelo Martínez – Maestro Industrial
64. José Luís Martínez – Jefe Servicio Traumatología
65. M^a Josefa Martínez – Jefa Servicio Farmacia
66. Rafael Martínez de Bourio – Jefe Sección Anest. Y Reanimación
67. Juan Manuel Mayor – Supervisor de Hemodiálisis
68. Javier Ángel Monente – Encargado de Celadores
69. Ana Berta Montero – Supervisora Documentación Clínica
70. Enrique Moreno – Jefe Servicio ORL
71. Inmaculada Moro – Adjunta Enfermería
72. Josune Onaindia – Jefa Servicio Hospitalización a Domicilio
73. Jesús Ontoria – Supervisor de Radiodiagnóstico
74. M^a Luisa Oreja – Supervisora Psiquiatría
75. Arturo Ortega – Jefe Servicio de Facturación
76. Luis Fernando Ortega – Jefe Sección Anest. Y Reanimación
77. Mercedes Ortigosa – Adjunta Enfermería
78. Carlos Oza – Encargado de Celadores

- | | |
|--|--|
| 79. Manoli Pascual – Supervisora de Esterilización | 87. Ana M ^a Sánchez . Supervisora 7 ^a Planta |
| 80. Eva M ^a Pérez – Responsable Admisión Consultas Externas | 88. Sabin Sarrionandia – Director Enfermería |
| 81. Virginia Plaza – Supervisora Farmacia | 89. Begoña Segurola – Subdirectora Organización y Sistemas |
| 82. Santiago Rabanal – Director Gerente | 90. Pilar Uriarte – Directora de Personal |
| 83. Juan Recacoeche – Encargado de Celadores | 91. M ^a Lourdes Uribe – Supervisora 6 ^a Planta |
| 84. Jesús M ^a Reigada – Encargado de Celadores | 92. Juana M ^a Vera - Supervisora |
| 85. Lorenzo Rodríguez – Subdirector Médico | 93. Arantza Zabala – Supervisora Rehabilitación |
| 86. Julián Salvador – Director Médico | 94. Iñaki Zabala – Jefe Servicios Anatomía Patológica |

8. ANEXOS



8. ANEXOS

9.1. En formato digital

1. Versión inicial del Plan Estratégico. Enero-febrero 2010)

- (A) Versión inicial del Plan Estratégico redactado por el G-07 (power point, febrero 2010).
- (B) Power point de la 1ª presentación del Plan Estratégico al G-28.

2. Talleres de creatividad y 2ª Versión del Plan Estratégico. (junio 2010)

- (C) Conclusiones de los Talleres (10 documentos) (junio 2010)
- (D) Informe “Consideraciones sobre la fase de talleres” (junio 2010)
- (E) 2ª Versión del Plan Estratégico (junio 2010)

3. Sesión de trabajo con el G-28 y 3ª Versión del Plan Estratégico (julio-septiembre 2010)

- (F) Versión resumida de la 2ª Versión del Plan Estratégico para la sesión de trabajo. (julio 2010)
- (G) Conclusiones sobre cada objetivo (9 documentos) (julio 2010)
- (H) Informe “Consideraciones sobre la sesión de trabajo del G-28” (julio 2010)
- (I) 3ª Versión del Plan Estratégico (septiembre 2010)

4. Contraste con los agentes de influencia (octubre 2010)

- (J) Power Point de presentación del Plan Estratégico a los participantes
- (K) Informe de conclusiones (World Café Interno y Externo)
- (L) Conclusiones para los participantes del WC Externo.

5. Versión final del Plan Estratégico.

5. Power point final de presentación del Plan.

9.2. En soporte físico

- Materiales diseñados para la sesión de trabajo del G-28
- Materiales diseñados para los World Café
- Video para la divulgación de los 9 objetivos del Plan.