

FUNDACION HOSPITAL DE CALAHORRA

Memoria de Solicitud

del

**Sello de Excelencia Europea
400+**

INTRODUCCION: PASADO Y PRESENTE DE LA ORGANIZACION

NOMBRE DE LA ORGANIZACION:

FUNDACION HOSPITAL CALAHORRA

ESTRUCTURA DE LA ORGANIZACION:

La Fundación Hospital Calahorra ha evolucionado en los últimos dos años de una estructura jerárquica clásica sanitaria hacia un modelo matricial asistencial basado en la interacción entre procesos de cuidados (estructura horizontal) y procesos asistenciales (unidades verticales de gestión clínica). El organigrama matricial absorbe además las estructuras necesarias para mantener a los procesos asistenciales: los procesos de soporte (logística, económico, recursos humanos) y los estructurales (sistemas de admisión, gestión de la información, prevención y mantenimiento). El modelo organizativo es además "orgánico" en proceso evolutivo e integrativo, apareciendo en el 2005 la primera unidad en la que se han integrado ambos sistemas de procesos matriciales, la Unidad de Gestión de atención Domiciliaria (Unidades Ambulatorias) (anexo 1).

La estructura de la organización dentro de sus parámetros funcionales se estructura por un sistema integrado de Comisiones Directivas que pivotan en un modelo horizontal sobre la figura de la Dirección y que abarca cuatro vertientes: la directiva (patronato), la ejecutiva (Comisión de Calidad, Dirección y Compras), la de asesoría (Comisiones) y la sociolaboral (Comités de Empresa y Participación Ciudadana) (ver anexo 1).

Este modelo organizativo permite orientar a la Fundación Hospital hacia un modelo de gestión clínica por procesos en el que el eje es el paciente. Además se han horizontalizado las estructuras de gobierno, adaptándolas a sistemas y modelos de cambio perpetuos. Los cambios evolutivos en el organigrama se aplican de forma continua tras la aprobación por el Patronato y en función de las necesidades estratégicas dictadas por la dirección.

INFORMACION SOBRE LAS INSTALACIONES DE LA ORGANIZACION:

FHC cuenta con una superficie de 18.585 m², de los cuales 5.515 m² están edificadas. Está formado por dos edificios independientes, comunicados entre sí por una galería subterránea. El edificio principal que alberga toda la actividad hospitalaria, se designa comúnmente como Hospital. Está compuesto por tres bloques:

- Consultas,
- Radiología - urgencias y Consultas/Hospital de Día
- Hospitalización y quirófanos

El segundo edificio centraliza todas las instalaciones del centro y se conoce como Central de Instalaciones. La distribución por plantas es:

- Planta +4: instalaciones técnicas.
- Planta +3: administración.
- Planta +2: hospitalización.
- Planta +1: hospitalización, consultas y hemodiálisis.
- Planta 0: hospitalización, bloque quirúrgico, consultas, radiología, urgencias y laboratorio.
- Planta -1: farmacia, almacenas, cocina, vestuarios, instalaciones técnicas.

TOTAL DE EMPLEADOS:

350 Empleados a fecha 23 de Noviembre de 2005.

Estructura Laboral: los empleados de la FHC tienen un contrato de naturaleza laboral indefinida. La estructura de sus puestos de trabajo es la que se detalla en anexo 2, Balance de Personal, que es actualizado semanalmente.

INFORMACION GENERAL SOBRE LA ORGANIZACION:

HISTORIA DE LA ORGANIZACION

El 16 de Diciembre de 2000 la Fundación Hospital Calahorra abrió sus puertas a los ciudadanos de la Rioja Baja como hospital Comarcal de nivel 1. Su Director Gerente Javier Marión lideró la apertura y puesta en funcionamiento de las áreas básicas del Hospital, con 150 trabajadores y atendiendo a 2000 pacientes anuales hospitalizados hasta completar su implantación en Octubre de 2002. En Octubre 2003 se procede a una renovación completa de la Dirección iniciándose una fase de expansión del hospital, ampliando su cartera de servicios, sus dependencias, y sus recursos humanos (350 empleados). En este momento el Hospital presenta una estructura de Hospital de nivel I con una complejidad y un funcionamiento de nivel II, tal y como lo demuestran los estudios de benchmarking a los que se somete anualmente.

El Hospital certificado globalmente por norma ISO 9001:2000, y norma ambiental 14000:2004 ha recibido cuatro premios TOP 20 (tres en la fase de expansión) durante los 4 años en los que ha optado al galardón y es considerado un referente en modelos de gestión sanitaria a nivel europeo.

EL VIAJE HACIA LA CALIDAD (incluida la Autoevaluación)

1ª fase: 2001 – 2003: Embrión de gestión EFQM

Al inicio del 2001 varias iniciativas estuvieron encaminadas a iniciar desde su principio a FHC como un hospital referente en métodos de gestión, mediante el diseño de un primer mapa de procesos, la educación del equipo directivo y un grupo de trabajadores en modelos de gestión total de la calidad y el lanzamiento de un conjunto de procesos iniciales, tanto asistenciales como de apoyo y

administrativos, contando con el apoyo de distintas asesorías externas. Se inició un plan medioambiental y estas actividades introdujeron la cultura de la organización en modelos de calidad total.

1ª Autoevaluación: Octubre 2003

En Octubre de 2003 la organización realizó su primera autoevaluación EFQM asesorada por una agencia externa. Los resultados de la misma se muestran a continuación:

Puntuación por criterios, comparada con los valores máximos posibles del modelo			2003 – 2004: Medidas de actuación e impacto por criterios.
Criterios	Valor obtenido	Valor máximo	
Liderazgo	21	100	Esta evaluación animó al Patronato de la FHC (presidido por el Consejero de Salud del Gobierno de la Rioja) a tomar una serie de medidas específicas en Diciembre de 2003. • Cambio del equipo directivo y cambio de un sistema jerárquico a uno matricial dinámico de procesos. • Se introdujo una política de empresa clara diseñando el plan estratégico 2005 - 2007. • Se estableció una política de alianzas y estrategias generalizada, integrando su actividad con el SERIS, y se estableció un intercambio de pareceres con los alcaldes de La Rioja Baja y las instituciones. • Desarrollo efectivo de la gestión por procesos. Entre diciembre 2004 y febrero del 2005 todo el Hospital quedó certificado según normativa ISO 9001:2000 (hito histórico a nivel nacional), así como con normativa ambiental ISO 14001:2004 y el reconocimiento EMAS ambiental. El hospital pasa a ser centro reconocido como referente de gestión por procesos y en el Congreso de Calidad Asistencial del 2004 fue premiado por sus conceptos organizativos y en el del 2005 fue reconocido como el hospital de mayor liderazgo en procesos asistenciales o de soporte.
Estrategia	18	80	
Personas	17	90	
Recursos y Alianzas	21	90	
Procesos	57	140	
Resultados Personas	15	90	
Resultados Clientes	89	200	
Resultados Sociedad	19	60	
Resultados Claves	51	150	
Total obtenido	308	1000	

2ª Autoevaluación: Mayo-Junio 2005

En Mayo-Junio del 2005 el Hospital celebró su segunda autoevaluación con el fin de analizar el impacto de sus medidas de mejora en el sistema EFQM. Los resultados fueron los siguientes:

Criterios	Valor 2003	Valor 2005
Liderazgo	21	32
Estrategia	18	26
Personas	17	23
Recursos y Alianzas	21	38
Procesos	57	64
Resultados Personas	15	15
Resultados Clientes	89	87
Resultados Sociedad	19	16
Resultados Claves	51	84
Total obtenido	308	385

Año 2005: Elaboración de Memoria, Maduración del sistema y Reconocimiento.

Animados por los resultados de la autoevaluación el Hospital introdujo como objetivo institucional la elaboración de una memoria +400 a completar en Diciembre del 2005. Durante el 2005 el objetivo estratégico se centró en hacer pivotar la empresa sobre sus relaciones laborales, para ello:

- 1- Se inició un proceso de mejora basado en la metodología Investors in People.
- 2- Se negoció un Convenio Colectivo de Empresa, con objetivos y participación de los trabajadores basado en sistemas de participación y control dentro de la Empresa.
- 3- Se avanzó en descentralizar la gestión sanitaria a unidades clínicas dotadas de una autonomía relevante, basadas en el modelo Kaizen.
- 4- Se formó a todos sus mandos intermedios y se fomenta a los trabajadores con habilidades gestoras.

Tercera autoevaluación: Enero 2006. Complementando la finalización del proceso de reflexión interna y de elaboración de la Memoria se analizó de nuevo el funcionamiento de la FHC utilizando el modelo de autoevaluación. Los resultados son los siguientes:

Criterios	2003	2004	2005
Liderazgo	21	32	33
Estrategia	18	26	31
Personas	17	23	25
Recursos y Alianzas	21	38	44
Procesos	57	64	71
Result. Personas	15	15	20
Result. Clientes	89	87	103
Result. Sociedad	19	16	20
Result. Claves	51	84	96
Total obtenido	308	385	443

Durante el 2005 y tras internalizar en la organización el valor del modelo como sistema de análisis de mejora se buscó:

- Desarrollar el sistema de estrategia basado en el BSC (revisión 2005, plan 2006-08)
- Profundizar en los sistemas de personas y satisfacción de trabajadores (convenio colectivo alineado con todos los valores del modelo).
- Desarrollar los ciclos de mejora de los procesos basados en los resultados del 2004.
- Relanzar los procesos claves y de clientes, integrándolos y analizando elementos de benchmarking nacionales e internacionales.
- Con todo ello se trató de superar por tercer año consecutivo todos los criterios de resultados con especial interés en los humanos (clientes y personas).

ENTORNO DE LA ORGANIZACION

PRODUCTOS Y SERVICIOS DE LA ORGANIZACION

Las modalidades de prestación de servicios por la Fundación, son:

- 1) Hospitalización (incluida la prestación Domiciliaria).
- 2) Urgencias (con o sin ingreso posterior).
- 3) Consultas externas
 - Primeras
 - Sucesivas
 - Alta resolución
 - Técnicas Especiales en régimen de consulta.
- 4) Procedimientos de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA).
- 5) Otros procedimientos quirúrgicos ambulatorios designados como cirugía menor ambulatoria (cma).
- 6) Diálisis.
 - Hemodiálisis hospitalaria
 - Diálisis peritoneal domiciliaria
- 7) Hospitalización de Día.
- 8) Pruebas diagnósticas de laboratorio, diagnóstico por imagen (incluyendo RMN), anatomía patológica, oxigenoterapia domiciliaria, a demanda de los centros de Atención Primaria.

ESPECIALIDADES MÉDICAS, QUIRÚRGICAS Y SERVICIOS CENTRALES

Unidades Médicas	Unidades quirúrgicas	Servicios Diagnósticos
Alergología	Anestesiología y Reanimación	Análisis Clínicos
Aparato Digestivo	Cirugía General y del Apto. Digestivo.	Anatomía Patológica
Cardiología	Dermatología y Venereología	Radiodiagnóstico (incluida RMN)
Endocrinología	Oftalmología	Farmacia Hospitalaria
Medicina Interna	Otorrinolaringología	Hematología y Hemoterapia
Neumología	Urología	Medicina Preventiva y Salud Pública
Neurología		Microbiología y Parasitología
Unidades Ambulatorias Especializadas	Unidad del Aparato Locomotor	Unidad Materno-Infantil
Hospitalización a Domicilio	Cirugía Ortopédica y Traumatológica	Ginecología y Obstetricia
Rehabilitación Domiciliaria	Rehabilitación	Pediatría
Oxigenoterapia Domiciliaria	Reumatología	

MISION, VISION Y VALORES DE LA ORGANIZACION

Misión de la Fundación Hospital Calahorra:

- La **Fundación Hospital Calahorra** es una institución pública, enmarcada en la red sanitaria pública de la Comunidad Autónoma de la Rioja, con autonomía de gestión, gobernada por un Patronato compuesto por miembros de la Comunidad Autónoma de La Rioja y el Ayuntamiento de Calahorra, que realiza actividades de asistencia sanitaria especializada, promoción de la salud, prevención de la enfermedad y rehabilitación para los habitantes de la Rioja Baja y cualquier otro usuario que lo solicite.
- La **FHC** desarrolla estas actividades utilizando herramientas de gestión global de la organización y de gestión clínica, cuidando especialmente: la flexibilidad en la adopción de soluciones para todas las oportunidades de mejora detectadas, la capacitación y el desarrollo profesional del personal en base a la formación continuada, la docencia y la investigación, y la utilización de tecnologías innovadoras para el desarrollo de su función.
- El modelo de gestión se fundamenta en principios que primen la orientación al usuario en general y al paciente en particular, la mejora continua de los procesos a partir de datos y evidencias y la participación e integración de todo el personal en la consecución de objetivos comunes.

Visión de la Fundación Hospital Calahorra

La **Fundación Hospital Calahorra** será reconocida por:

- Alcanzar la consideración de empresa excelente por sus usuarios (pacientes, familias y comunidad) en la prestación de unos servicios sanitarios efectivos y que satisfacen sus necesidades y expectativas de cuidados, comodidad, seguridad y dignidad.
- Alcanzar la consideración de empresa excelente por su personal en la gestión de las personas, en base a sus elevados niveles de satisfacción e integración con el proyecto de empresa.
- Ser referencia en el sector sanitario español por el desarrollo de una gestión clínica: descentralizada y autónoma de sus unidades, que permite prestar unos servicios normalizados en mejora continua, basada en datos y evidencias científicas.
- Ser líder en el sector sanitario español en la utilización de tecnologías de la información y en el desarrollo de sistemas de control de gestión innovadores, completos y de alto valor añadido para la organización.
- Ser referencia entre las empresas de servicios de la Comunidad de La Rioja por el desarrollo de un modelo de gestión que le permite compatibilizar una excelente calidad de sus servicios con un óptimo aprovechamiento de sus recursos.

Valores de la Fundación Hospital Calahorra

- Servicio orientado al cliente-paciente.
- Desarrollo y satisfacción del personal.
- Respeto y confianza.
- Reconocimiento personal, profesional y social.
- Compromiso con los objetivos del Hospital.
- Agilidad de respuesta.
- Respeto al Medio Ambiente.
- Trabajo en equipo.

BASE DE CLIENTES DE LA ORGANIZACION

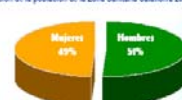
Los clientes primarios y principales de la organización son los ciudadanos del Area Sanitaria III de La Rioja. Sus características demográficas se muestran en los gráficos siguientes.

Proyección de altas

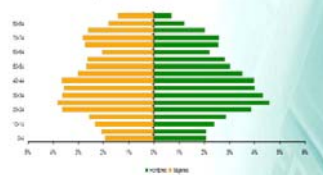
La población prevista en la Zona Sanitaria de Calahorra a la luz de la anterior hipótesis es la siguiente:

España	ZS Calahorra
2004: 43.411.588	2004: 68.845
2005: 44.009.770	2005: 69.812
2006: 44.565.736	2006: 70.709
2007: 45.084.325	2007: 71.547
2008: 45.565.985	2008: 72.325
2009: 46.012.519	2009: 73.049

Distribución de la población de la Zona Sanitaria Calahorra 2003, por sexo



Pirámide poblacional Zona Sanitaria Calahorra 2003



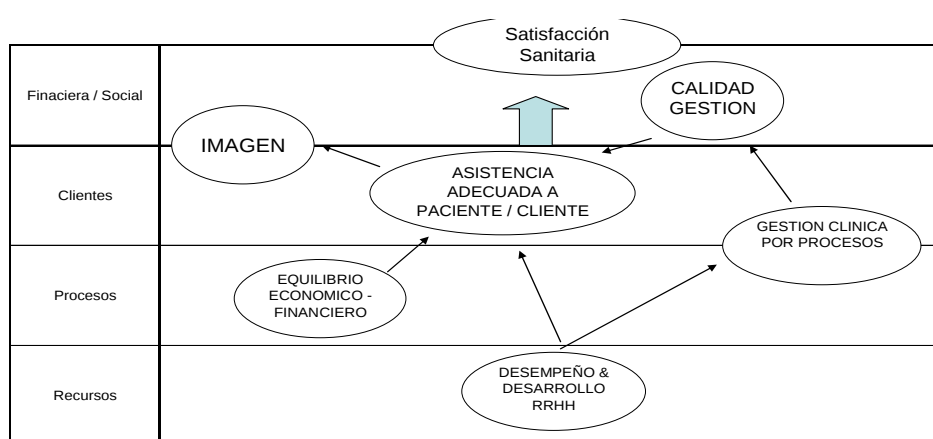
Además se consideran como clientes de FHC:

- El Servicio Riojano de Salud (SERIS), incluyendo la Gerencia del Área 3 Rioja Baja y los Centros de Salud adscritos.
- Las Asociaciones de pacientes.
- Las entidades mutualistas y aseguradoras.

OBJETIVOS ESTRATEGICOS DE LA ORGANIZACION

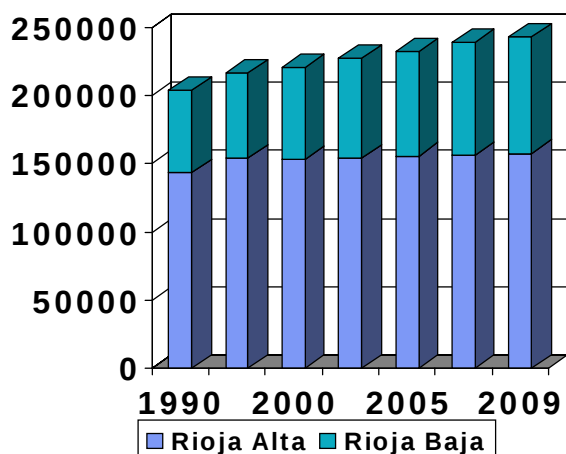
Los objetivos estratégicos de la organización están definidos y sistematizados por su Cuadro de Mando Integral en el que se especifican sus objetivos, factores clave de éxito y sus criterios estratégicos. Su mapa de perspectivas es el que se indica a continuación:

MAPA DE PERSPECTIVAS FHC



ENTORNO EXTERNO EN QUE ESTA INMERSA LA ORGANIZACION

FHC está ubicada geográficamente en la denominada “Rioja Baja”. Su radio de acción principal abarca a los centros de salud y consultorios de las comarcas que componen dicha comarca: Calahorra, Arnedo, Alfaro y Cervera del Río Alhama. Dentro del ámbito de influencia se encuentran las localidades navarras de la comarca Ribera del Ebro, próximas a Calahorra. Las instalaciones de FHC se encuentran ubicadas en el término municipal de Calahorra (La Rioja).



Definición: Los Líderes Excelentes desarrollan y facilitan la consecución de la misión y la visión, desarrollan los valores y sistemas necesarios para que la organización logre un éxito sostenido y hacen realidad todo ello mediante sus acciones y comportamientos. En periodos de cambio son coherentes con el propósito de la organización; y, cuando resulta necesario, son capaces de reorientar la dirección de su organización logrando arrastrar tras ellos al resto de las personas.

- Los líderes desarrollan la misión, visión, valores y principios éticos y actúan como modelo de referencia de una cultura de Excelencia.
- Los líderes se implican personalmente para garantizar el desarrollo, implantación y mejora continua del sistema de gestión de la organización.
- Los líderes interactúan con clientes, partners y representantes de la sociedad.
- Los líderes refuerzan una cultura de Excelencia entre las personas de la organización.
- Los líderes definen e impulsan el cambio en la organización.

¿A quiénes considera la organización líderes (formal e informalmente) y qué cantidad de líderes hay en los distintos niveles de la organización?

Para FHC líder es todo aquel profesional de la misma que tiene una responsabilidad de gestión, tanto en el plano funcional como en la gestión de los procesos, y contribuye a dirigir las actividades y personas de la FHC en el logro de sus metas.

Desde el mismo nacimiento de FHC, las dinámicas de gestión que se han ido implantando han definido formalmente unas figuras líderes dentro de la organización. Así se entienden como líderes en FHC a:

- Miembros del Equipo Directivo, sobre los que recae la responsabilidad final del logro de las metas y objetivos de FHC y son los impulsores de la organización, definen las políticas y estrategias a seguir, las impulsan activamente y son la primera referencia mediante su actuación de los valores definidos en FHC.
- Los Responsables de Unidades de Gestión, personas que por su implicación, compromiso y con FHC y sus valores tienen la responsabilidad de liderar y dirigir una unidad organizativa. Se comprometen con la política y los objetivos de FHC a través del logro de los objetivos de su Unidad, facilitan los recursos y la información para alcanzarlos, evalúan y proveen de formación, delegan y aportan reconocimiento y sirven como modelo a las personas a su cargo.
- Los Propietarios de Proceso, responsables de que el proceso a su cargo alcance los máximos niveles de excelencia, tanto por su forma de hacer como por los resultados que obtiene, y que tiene la responsabilidad y autonomía que se le ha delegado para su mejora.

Cualquier persona de FHC puede ser líder y actualmente contamos con 36 líderes que suponen el 12% del personal:

- Equipo Directivo (4)
- Responsables de Unidades de Gestión (20)
- Propietarios de proceso (12)

¿Cómo se implican los líderes en el sistema de gestión de la organización?

El ED se reúne mensualmente para revisar los resultados de FHC a partir de la revisión del cuadro de mando y de los objetivos anuales. Esta gestión emana de la elaboración de los planes estratégicos y se despliega hasta la actividad diaria.

Todos los Responsables de Unidad de Gestión revisan mensualmente los resultados de su Unidad y reportan a la Dirección, al igual que los Propietarios de los procesos. En el Comité de Calidad mensualmente se revisan los resultados de los procesos y su funcionamiento (5a, 5b).

Valores y comportamientos de la organización que crean su cultura y permiten evaluar a los líderes

FHC ha identificado y definido los valores que deben regir el comportamiento de organización y de las personas que la componen y que se recogen en la introducción.

En FHC se evalúa el comportamiento de los líderes respecto a estos valores a través de las encuestas de satisfacción del personal, valorando que la capacidad de los líderes en una doble vertiente: gestores, personas capaces de dirigir sus áreas hacia los objetivos marcados; y responsables de personas, que guían a las personas que tienen a su cargo, formándolas, apoyándolas y favoreciendo su desarrollo profesional.

Con el fin de a su vez apoyar al liderazgo de estas personas, la Dirección en su papel de líder último de la organización ha impulsado la mejora de la capacidad de liderazgo de los responsables de FHC promoviendo formación a esas personas en dinámicas de gestión y liderazgo, como el Máster en Gestión Sanitaria para todos los trabajadores con responsabilidades de gestión, (25 personas)

CRITERIO 1 : LIDERAZGO**Subcriterio 1A**

Los líderes desarrollan la misión, visión, valores y principios éticos y actúan como modelo de referencia de una cultura de Excelencia.

ENFOQUE *El liderazgo desarrollado por medio de sistemas de Gestión de Calidad Total y Cuadro de Mando Integral*

El compromiso de la dirección del Hospital con el desarrollo de la misión, visión y valores de FHC se plasmó en el proyecto impulsado en 2004 para la elaboración del plan estratégico, que supuso la revisión de las anteriores formulaciones de misión, visión y valores formuladas anteriormente en el año 2001.

Junto con esta revisión se creó el Cuadro de Mando Integral que sirve de marco referente que hace posible el cumplimiento de la misión y visión del hospital, aceptando y definiendo sus valores identificativos. La Dirección del Hospital y el Patronato son los responsables últimos del modelo de liderazgo del Hospital. Este modelo de liderazgo se ha traducido en un modelo organizativo matricial orgánico, compuesto por unidades de gestión y equipos de proceso, está encaminado al trabajo multidisciplinar en equipo y se ha plasmado en diciembre 2005 con la firma global por parte de todas las unidades del Hospital de sus propios contratos de gestión.

La implicación del equipo directivo en los sistemas de mejora continua es total siendo todos sus miembros responsables de distintos sistemas de gestión por procesos reconocidos por norma ISO.

El equipo de Dirección tiene además como misiones la de elaborar y dirigir su propio proceso de evaluación, educación y mejora continua de sus estrategias y habilidades directivas. Por ello la dirección ha apostado por mejorar la capacitación de las personas del hospital en sus habilidades directivas, destinando recursos importantes a la formación de los Coordinadores de Unidades de Gestión y Responsables de Proceso en habilidades directivas y de gestión.

DESPLIEGUE

En la actualidad se dispone de la Misión y Visión desarrollada por el ED. Se dispone del plan estratégico 2005 – 2007, que incluye la revisión de misión – visión – valores.

Actividades para el desarrollo del liderazgo mediante formación y aprendizaje.

Formación en Gestión Hospitalaria.

1. Master de Dirección Hospitalaria Internacional. Organizado y Dirigido por la Deutsche Bank Akademie y Nations Health Career en colaboración con la Universidad de Phoenix (Arizona). Duración 18 meses, lo sigue el Director Gerente.
2. Master De Alta Dirección Hospitalaria. Lo realizan los Directores de Procesos Asistenciales y Asistencial. Duración 12 meses.
3. Master de Gestión Hospitalaria. Desarrollado por todos los coordinadores, gestores y Directores. Duración 18 meses.
4. Master en Derecho Internacional Sanitario. Desarrollado por la Técnico de Calidad y Asesoramiento Jurídico.

Formación en sistemas de calidad

1. Motorola training system in six-sigma. El Director Gerente ha sido formado como “black-belt” en Boston.
2. Seminarios de formación semanales para gestores y coordinadores en sistemas de gestión de procesos impartidos por consultores externos.

Formación en modelos de liderazgo

1. El Director Gerente ha seguido un curso de capacitación en “field leadership” del ejercito americano en Chicago.
2. La dirección de procesos soporte y asistenciales siguen cursos de dinámica de grupos.

EVALUACIÓN Y REVISIÓN

Todos los órganos ejecutivos y consultivos de la Fundación Hospital Calahorra siguen un proceso de dinámica de mejora continua basado en el análisis de datos, propuestas de mejora y seguimiento de las mejoras por parte de la dirección y de los gestores de procesos. En el periodo 2003-2005 estos han sido los hitos de procesos de liderazgo.

MEJORA	FUENTE DE REVISIÓN/ APRENDIZAJE	AÑO
Renovación de la cúpula directiva en su totalidad, que ha actuado como freno de la difusión de la política estratégica del Patronato.	Desaparición del equipo directivo previo	Dic. 2003 – Junio 2005
Aprobación por el Patronato del sistema de gestión de Procesos	Patronato Marzo 2004	Marzo 2004
Certificación global del Hospital por sistemas ISO	Norma ISO	Diciembre 2004

Aprobación por el Patronato del BSC 2005-2007	Formación con Kaplan y Norton en la Harvard Business School	Noviembre 2004
Aprobación por el Patronato de la nuevas Unidades de Gestión Clínica	Sistema de Gestión clínica de la universidad de Utrech	Marzo 2005

Enfoques adicionales aplicables a este subcriterio	Despliegue	Medidas de la eficacia/ referencias a resultados
Desarrollo en cascada del cuadro de Mando Integral en objetivos de las unidades de procesos y gestión clínica	CMI de unidades y equipos de proceso	Despliegue del CMI al 100% de la organización.
Evaluación del liderazgo a través de encuestas de satisfacción de personal	A todas las personas en 2003-2004-2005	IS liderazgo
Autoevaluación	En los años 2003 - 2005	Puntuación en criterio 1

CRITERIO 1 : LIDERAZGO	Subcriterio 1B
Los líderes se implican personalmente para garantizar el desarrollo, implantación y mejora continua del sistema de gestión de la organización.	

ENFOQUE *Desarrollo y Mejora del Sistema de Gestión por los líderes*

La dirección de FHC se implica en el desarrollo y mejora del Sistema de Gestión, impulsando su desarrollo y participando directamente en la secuencia y sistemas de gestión establecidos.

SECUENCIA DE GESTIÓN	PAPEL DE LOS LÍDERES
Misión - Visión	El ED revisa la Misión - Visión incorporando las necesidades de los grupos de interés.
Análisis DAFO y Selección Estrategias	El ED elabora el PE, realiza el análisis de puntos fuertes y áreas tanto internas como externas para seleccionar las estrategias relevantes para alcanzar los objetivos
Objetivos Estratégicos	El ED establece los objetivos estratégicos que son aprobados por el Patronato
Cuadro de Mando Integral	El ED establece el CMI y los objetivos asociados, que son aprobados por el Patronato.
Contrato con Consejería	El ED pacta con la Consejería los objetivos anuales a alcanzar, basados en el despliegue de los objetivos estratégicos.
Objetivos con Unidades / Procesos	La dirección pacta con cada Coordinador de Unidad de Gestión y Responsable de Proceso los objetivos anuales a alcanzar, alineados con los objetivos pactados en el contrato con la Consejería.
Comunicación Plan y Objetivos	El ED comunican el plan y objetivos a coordinadores y responsables, quienes a su vez lo hacen extensivo a las personas de su ámbito. El plan estratégico y los planes anuales se encuentran disponibles en la red interna de FHC
Seguimiento Plan	El ED realiza un seguimiento mensual de los resultados de las unidades y de los procesos, por medio de la comisión de dirección y la comisión de calidad.
Gestión de Procesos	Los responsables y equipos de proceso coordinan y participan en el diseño de los procesos, realizan su seguimiento y evaluación conforme a los objetivos marcados para desarrollar la misión y visión y priorizan, dirigen, aportan recursos, coordinan y participan en el establecimiento de mejoras. La dirección es responsable de la aprobación de los procesos.
Revisión de los sistemas ISO	El ED participa en la revisión de los sistemas de gestión certificados, valorando los resultados de las auditorías y de los procesos, las no conformidades existentes y las propuestas de mejora.
Autoevaluación	El ED participa en la autoevaluación, a la que se invita a participar a otras personas del hospital.

DESPLIEGUE

Algunos ejemplos de la participación del ED en la gestión se presentan a continuación.

1. Autoevaluación EFQM de Octubre 2003, la realizaron 30 trabajadores del hospital.
2. Auditorías internas y externas de los sistemas de gestión de procesos ISO.
 - 2.a Sistemas de gestión ISO 9001:2000 asistencial. Equipo: todos los miembros de las Comisiones de dirección y Calidad de índole asistencial. Diciembre 2004.
 - 2.b Sistemas de gestión ISO 9001:2000 soporte y estructural. Equipo: todos los miembros de las Comisiones de dirección y Calidad de índole soporte o estructural. Diciembre 2004.
 - 2.c Sistemas de gestión ISO 14001: 2004 y EMAS. Equipo: todos los miembros de las Comisiones de dirección y Calidad con vinculación ambiental destacada. Febrero 2005.
 - 2.d Sistemas de gestión ISO 17000. Equipo: todos los miembros de las Comisiones de dirección y Calidad con vinculación destacada en seguridad documental. Noviembre 2005.

3. Creación y diseño del Cuadro de Mando Integral. Equipo: todos los miembros de las Comisiones de Dirección y Calidad con contratos de gestión clínica. Diciembre 2004.
4. Análisis de sistema de mejora con metodología Six-sigma. Equipo: Director Gerente. Marzo 2005- Marzo 2006.

EVALUACIÓN Y REVISIÓN

Todos los órganos ejecutivos y consultivos de la Fundación Hospital Calahorra siguen un proceso de dinámica de mejora continua basado en el análisis de datos, propuestas de mejora y seguimiento de las mejoras por parte de la dirección y de los gestores de procesos. En el periodo 2003-2005 estos han sido los hitos del proceso de implantación y control del liderazgo.

MEJORA	FUENTE DE REVISIÓN/ APRENDIZAJE	AÑO
Elaboración de plan de mejora al Patronato basado en 3 pilares: 1. Creación de sistemas ISO de procesos 2. Creación de equipos autónomos de gestión clínica 3. Evaluación por modelo EFQM	Autoevaluación EFQM - Modelo Six-Sigma - Unidades de Gestión corporativa holandesas y americanas	Dic. 2003
Aprobación por el Patronato del sistema de gestión de Procesos	Patronato Marzo 2004	Marzo 2004
Certificación global del Hospital por sistemas ISO	Revisión estratégica 2003	Diciembre 2003
Aprobación por el Patronato del BSC 2005-2007	Formación con Kaplan y Norton en la Harvard Business School	Noviembre 2004
Aprobación por el Patronato de las nuevas Unidades de Gestión Clínica	Plan estratégico 2005 - Sistema de Gestión clínica del Hospital Universitario de Utrecht.	Marzo 2005
Aprobación por el Patronato de nueva composición de las Comisiones Hospitalarias.	Plan Estratégico 2005-2007	Dic. 2004
Aprobación por el Patronato de la nueva composición de los Estatutos integrando las estructuras de Gerencia de Área y Atención Primaria	Nuevos Estatutos de la FHC	2005

Enfoques adicionales aplicables a este subcriterio	Despliegue	Medidas de la eficacia/ referencias a resultados
Desarrollo en cascada de sistemas de procesos asistenciales, soporte y estructurales	Certificación ISO 9001:2000, ISO 14001:2004, acreditación ISO 17900, acreditación OSHAS 18000	
Desarrollo en cascada del cuadro de Mando Integral en objetivos de las unidades de procesos y gestión clínica	CMI de unidades y equipos de proceso	Despliegue del CMI al 100% de la organización.
Autoevaluación	Participación de 15 líderes	

CRITERIO 1 : LIDERAZGO

Subcriterio 1C

Los líderes interactúan con clientes, partners y representantes de la sociedad.

ENFOQUE Comisión de Participación y Garantías de los Ciudadanos

La Comisión ciudadana es un órgano colegiado de participación externa para el asesoramiento del Patronato en la evaluación de la asistencia sanitaria que presta la FHC. Este órgano tiene por objetivo el que los representantes sociales del área de influencia de la Fundación Hospital Calahorra tengan un foro de expresión y representación con capacidad consultiva y de asesoramiento y en ella están representados los siguientes grupos de interés de la FHC:

- Alcaldes y representantes municipales
- Representantes sociales, empresariales y sindicales.
- Representantes de asociaciones de vecinos, consumidores y pacientes.

En las reuniones de la Comisión ciudadana se tratan regularmente los siguientes temas relativos al funcionamiento y resultados de la FHC, y además es un foro a través del cual los representantes sociales y de los ciudadanos en la población de referencia de la FHC proponen y aspectos de mejora en los servicios y funcionamiento de FHC.

Las conclusiones de esta comisión quedan documentadas mediante actas que son distribuidas a los colectivos participantes.

DESPLIEGUE

La Comisión ciudadana la forman como representantes de los distintos grupos de interés:

- Representantes políticos de los municipios del Area III
- Trabajadores de los Centros de atención Primaria del Area III.
- Representantes de asociaciones sindicales, sociales, de consumidores y pacientes.
- Representantes de asociaciones de empresarios.

La Comisión ciudadana funciona regularmente con periodicidad trimestral desde el año 2001.

EVALUACIÓN Y REVISIÓN

La Comisión ciudadana es fuente de mejoras en la FHC, ya que permite conocer de forma directa las necesidades de la población de referencia.

Fruto de las reuniones de la Comisión ciudadana se han introducido las siguientes mejoras en el funcionamiento de la FHC:

- Líneas de autobuses entre los distintos municipios y el Hospital (2003)
- Obras de ampliación de consultas externas (2004).
- Unidad de Atención Domiciliaria y plan de prevención de la visión (2005).
- Ampliación de Parking (2006)

En el año 2005 se mejoró la dinámica de participación de la Comisión ciudadana y se introdujeron los representantes de los Consejos del Area III, participados por representantes de la ciudadanía y trabajadores de los centros de atención Primaria y que han permitido mejorar la dinámica con los ciudadanos de la Rioja Baja y sus representantes en los centros de atención primaria (Plan de Prevención de la Visión 2005)

Enfoques adicionales aplicables a este subcriterio	Despliegue	Medidas de la eficacia/ referencias a resultados
Participación como docentes en el plan de formación de la Consejería de Salud	Distintas personas de FHC son docentes acreditados en el plan de formación	Nº docentes
Participación en asociaciones médicas y publicaciones	Todas las personas participan en foros y publicaciones	Nº artículos publicados Nº comunicaciones a congresos
Participación en el SERIS	ED participa como invitado y asesor en reuniones de representación de los órganos de Gerencia del Área 3 del SERIS	Nº participaciones en reuniones
Encuestas a clientes	ED diseña y valora las encuestas. Los gestores de unidades y procesos diseñan y valoran sus propias encuestas	IS Clientes (6a)
Quejas y reclamaciones	La comisión de calidad revisa todas las quejas y reclamaciones y responden a las mismas los responsables afectados	Nº quejas y reclamaciones

CRITERIO 1 : LIDERAZGO**Subcriterio 1D**

Los líderes refuerzan una cultura de Excelencia entre las personas de la organización.

ENFOQUE *Participación de los líderes con las personas a través de los sistemas de gestión.*

Como se comentaba en la introducción en FHC se considera líder a toda persona con responsabilidades sobre la gestión de un equipo. FHC trabaja activamente para que sus líderes desarrollen esta faceta sirviendo como guía para la actuación de las personas.

Las principales líneas directrices estratégicas en la gestión de las personas se han definido en el plan estratégico. Los líderes de FHC se implican directamente en el desarrollo de estos objetivos estratégicos mediante su participación en cada uno de los sistemas de gestión implantados. Estas actuaciones se recogen en la tabla siguiente.

LIDERES	DIRECTRICES ESTRATEGICAS			
	FORMACION	CONTRATACION	RECONOCIMIENTO	COMUNICACION
EQUIPO DIRECTIVO	El ED presenta las líneas estratégicas de formación del hospital	El ED presenta las necesidades de contratación al patronato	El ED plantea las necesidades dentro del convenio colectivo, reconocimiento, basado en la recompensa	El ED presenta los planes estratégicos y los planes anuales, y los pone a disposición de las

				personas en la intranet de FHC
COORDINADORES DE UNIDAD	Establecen las necesidades de formación específicas de su unidad y son pactadas con cada persona a nivel individual	Establecen las necesidades de contratación fija e interina en cada unidad	Establecen los objetivos asociados a la recompensa y los pactan con las personas de su unidad. Tienen capacidad para establecer cualquier otro tipo de reconocimiento en su unidad.	Transmiten los planes y objetivos de su proceso y los resultados alcanzados. Lideran las reuniones de su unidad.
GESTORES DE PROCESO	Establecen las necesidades de formación específicas de su proceso y son pactadas con cada persona del proceso a nivel individual	Establecen las necesidades de contratación fija e interina en cada proceso	Establecen los objetivos asociados a la recompensa y los pactan con las personas de su proceso. Tienen capacidad para establecer cualquier otro tipo de reconocimiento en su proceso.	Transmiten los planes y objetivos de su proceso y los resultados alcanzados. Lideran las reuniones de su proceso.

DESPLIEGUE

Las dinámicas anteriores están implantadas para los procesos asistenciales y unidades de gestión, que alcanzan a toda la actividad del hospital.

EVALUACIÓN Y REVISIÓN

El papel de los líderes en la gestión de las personas es evaluado a través de las encuestas de satisfacción de personal, ya que esta encuesta dispone de preguntas específicas para ello. Además la autoevaluación es un mecanismo eficaz para la valoración del liderazgo, como se demostró en 2003 que condujo a renovación de la cúpula directiva.

MEJORA	FUENTE DE REVISIÓN/ APRENDIZAJE	AÑO
Desarrollo de las unidades de gestión	Plan estratégico 2005 – 2007	2004
Desarrollo del sistema de gestión por procesos bajo estándares ISO	Revisión estratégica 2003	Diciembre 2003

CRITERIO 1 : LIDERAZGO

Subcriterio 1E

Los líderes definen e impulsan el cambio en la organización.

ENFOQUE *El modelo de gestión del cambio*

En la introducción se ha descrito el camino andado por FHC en el cambio de su modelo de gestión, ya orientado hacia la excelencia desde el comienzo de FHC, pero que a partir de 2003 dio su impulso definitivo. En el periodo 2003 – 2005 el cambio en la organización ha estado encaminado a la consolidación de dinámicas gestión que aseguren un los máximos resultados de eficacia y eficiencia, y ello ha llevado a FHC al puesto 3º en el ranking TOP 20. Para el próximo periodo estratégico FHC, de acuerdo con los resultados de su última autoevaluación, encaminará sus pasos en la mejora de los sistemas de gestión de personas y sus resultados.

La gestión del cambio en FHC se impulsa desde el propio Patronato, que marca las directrices para el cambio basándose en dos pilares fundamentales:

- El programa de gestión basado en ciclos de mejora.
- Una estructura documental del cambio, que permite su registro y control, por medio del Cuadro de Mando.

Una vez decididas las directrices por el Patronato, la dirección de FHC desarrolla la planificación teniendo en cuenta aspectos estratégicos, legales, institucionales y de la revisión del sistema, incluida la autoevaluación. Se establecen los objetivos y metas corporativos.

A partir de este momento los líderes impulsan el cambio mediante el desarrollo de de las metas corporativas a través de los objetivos de unidades y procesos, que son los encargados con su actuación de la puesta en marcha de acciones que implanten el cambio dirigido hacia la consecución de objetivos.

DESPLIEGUE

El enfoque anterior está solidamente implantado en FHC, y en funcionamiento desde 2004.

EVALUACIÓN Y REVISIÓN

A nivel de Comisión de Calidad se realiza un primer seguimiento de los objetivos en cada proceso y en la Comisión de Dirección se revisan los objetivos de cada unidad de gestión, todos ellos mensualmente.

Posteriormente el ED hace anualmente la revisión de objetivos y se elabora el proyecto del siguiente año, que es presentado y aprobado por el Patronato. El sistema documental del cambio es actualizado con los nuevos objetivos.

MEJORA	FUENTE DE REVISIÓN/ APRENDIZAJE	AÑO
Revisión de la estructura de gestión	Revisión estratégica 2003	2003

Enfoques adicionales aplicables a este subcriterio	Despliegue	Medidas de la eficacia/ referencias a resultados
Autoevaluación	Realizada en los años 2003 - 2005	Puntuación EFQM
Planificación estratégica	Realizada en 2004	Indicadores del CM (criterio 9)
Unidades de gestión	Implantadas a nivel del hospital	Indicadores de cada unidad
Gestión de procesos bajo estándares ISO	Certificaciones ISO 9001: 2000 en procesos asistenciales y de recursos	Indicadores de proceso

Definición: Las Organizaciones Excelentes implantan su misión y visión desarrollando una estrategia centrada en sus grupos de interés y en la que se tiene en cuenta el mercado y sector donde operan. Estas organizaciones desarrollan y despliegan políticas, planes, objetivos y procesos para hacer realidad la estrategia.

- La política y estrategia se basa en las necesidades y expectativas actuales y futuras de los grupos de interés.
- La política y estrategia se basa en la información de los indicadores de rendimiento, la investigación, el aprendizaje y las actividades externas.
- La política y estrategia se desarrolla, revisa y actualiza.
- La política y estrategia se comunica y despliega mediante un esquema de procesos clave.

¿Cuáles son los grupos de interés clave de la Organización?

FHC despliega su política y estrategia fundamentándose en la consecución de su Misión-Visión-Valores.

FHC tiene identificados sus grupos de interés que son:

- El patronato, como representante de las instituciones y organismos públicos y sociales a los cuales se dirige la labor de FHC, con quien se mantienen contactos regulares (1c) y que orienta en la directrices globales a seguir.
- El Servicio Riojano de Salud, en cuya red se integran los servicios de FHC y principal cliente proveedor de pacientes derivados desde Atención Primaria., con quien se mantienen reuniones regulares con el fin de adecuar los canales de interrelación (derivación y continuidad de cuidados)
- Los pacientes y familiares, receptores directos de los servicios que se prestan.
- Las Mutualidades y otras entidades de aseguradoras, clientes de FHC y derivadores de pacientes.
- Los empleados de FHC, pilar básico que sostiene el servicio que se presta (1d, 3, 7a)
- Proveedores clave tecnológicos (4a) con los que se desarrollan acuerdos de colaboración.

¿Cuáles son las estrategias clave de la Organización y cómo utiliza el aprendizaje continuo / benchmarking para orientar el desarrollo de la estrategia?

El desarrollo estratégico en FHC está basado en la herramienta de Balance Score Card y ha permitido la identificación y despliegue a los procesos de las estrategias de FHC. Las estrategias clave identificadas se encuentran en el mapa de perspectivas BSC incluido en la introducción.

FHC utiliza constantemente el benchmarking como herramienta de mejora. Prueba de ello es que la participación en TOP 20 proporciona resultados de otros hospitales de nuestra categoría a nivel nacional y estos resultados son utilizados en la formulación estratégica (criterio 9). El diseño de las unidades de gestión clínica ha partido de una actividad de benchmarking con el Sistema de Gestión clínica del Hospital Universitario de Utrecht.

Además FHC promueve el benchmarking interno entre las unidades de gestión, pues todas cuentan una estructura de objetivos e indicadores de gestión comunes que permiten las comparaciones de resultados entre las mismas.

¿Cuáles son los procesos clave y cómo se decide la propiedad de los procesos?

FHC tiene definido su mapa de procesos, incluido en la documentación de los sistemas de gestión. Cada uno de los procesos cuenta con un responsable / propietario y un equipo de proceso, nombrado por la Dirección, cuya función es asegurar la adecuada gestión del proceso con el fin de que alcance los objetivos fijados para el mismo.

El mapa de procesos de FHC se elaboró inicialmente en el año 2001. Este mapa ha estado vigente hasta el año 2004, en el que se ha elaborado un nuevo mapa, que mantiene la clasificación de los procesos en procesos de gestión, de apoyo y asistenciales, pero su diseño revoluciona el concepto clásico de mapa de procesos y se orienta al cliente, mostrando el proceso de atención desde su llegada al hospital hasta su salida. Este mapa cuenta con varios niveles de despliegue (anexo 3).

La identificación de los procesos críticos se realiza a partir del despliegue de las líneas estratégicas a los procesos (2d), y de esta forma se identifican aquellos procesos con mayor impacto en las líneas estratégicas a seguir. Este despliegue se realiza a través de los factores clave de éxito de FHC (2a).

La política y estrategia se basa en las necesidades y expectativas actuales y futuras de los grupos de interés.

ENFOQUE Captación de información de clientes

La evaluación de la satisfacción de clientes de la FHC es, además de un indicador de referencia constante en la descripción de todos los procesos de calidad, una herramienta válida para la toma de decisiones en diferentes campos.

FHC colabora estrechamente con organizaciones, grupos de interés y asociaciones de enfermos a través de las cuales recoge las inquietudes de los pacientes y las necesidades que éstos plantean. Por otro lado, realiza periódicamente encuestas de satisfacción de clientes con el fin de adecuar su gestión a las necesidades prioritarias que éstos manifiestan.

La encuesta se compone de 30 preguntas agrupadas por dimensiones de satisfacción, y fue elaborada inicialmente con la ayuda de asesores externos en el año 2001 y gestionada por una empresa especializada.

La gestión de reclamaciones y quejas es canalizada a través del Servicio de Atención al Paciente. Las quejas y reclamaciones son recogidas y tratadas para su resolución, además de ser recogidas internamente y tratadas en las Comisión de calidad.

El tratamiento de esta información permite disponer de indicadores de:

- Satisfacción Global por Áreas y Dimensiones.
- Satisfacción Global por Áreas.
- Satisfacción Global por Dimensiones.
- Satisfacción específica del Servicio de Hostelería.
- Evolución de la Calificación de Fundación Hospital Calahorra.
- Evolución Recomendación Hospital.
- Mejoras propuestas por los pacientes.
- Aspectos valorados por debajo de la Satisfacción General de cada área

DESPLIEGUE

Metodología: Entrevista telefónica a la muestra seleccionada. Los subsegmentos de las tipologías de pacientes se abordan atendiendo a criterios de proporcionalidad respecto al flujo de clientes de Fundación Hospital Calahorra.

Universo: Clientes de **FUNDACION HOSPITAL CALAHORRA** (al mes).

Muestra: 354 entrevistas para el periodo Julio-Agosto 2005.

Consultas 84 entrevistas.

Servicios diagnósticos 70 entrevistas.

Urgencias 68 entrevistas.

Quirófanos 67 entrevistas.

Hospitalización 65 entrevistas.

Las encuestas se vienen realizando de forma regular desde el año 2001 variando los tamaños muestrales según el número de clientes asignados a cada estructura de procesos.

EVALUACIÓN Y REVISIÓN

La dinámica de captación de información de pacientes ha sido revisada en varias ocasiones. Como fruto de esta revisión se han introducido las siguientes mejoras en la misma.

- Ampliación del número de entrevistas realizadas.
- Análisis del segmento de clientes insatisfechos
- Introducción de propuestas de mejora por el cliente
- Análisis de periodicidad e impactos de noticias de los medios de comunicación.

Enfoques adicionales aplicables a este subcriterio	Despliegue	Medidas de la eficacia/ referencias a resultados
Estudios de mercado		
Captación de necesidades de SERIS	Participación en los órganos de dirección del Área 3 del SERIS	
Acuerdos con proveedores	Ver 4 a	
Encuestas de satisfacción de empleados	Se realizan encuestas anuales a todos los empleados	IS de empleados

CRITERIO 2 : POLÍTICA Y ESTRATEGIA

Subcriterio 2B

La política y estrategia se basa en la información de los indicadores de rendimiento, la investigación, el aprendizaje y las actividades externas.

ENFOQUE Análisis de información interna

En FHC existen distintos niveles de información que son analizados a través de los órganos de gestión que se han dispuesto.

El primer nivel de información es la información operativa de la actividad, que es gestionada en las unidades de gestión clínica y permite valorar los niveles de actividad diarios, incidencias en la misma y toma de acciones de gestión operativa. Además con esta información acumulada se gestiona el reparto de actividad entre las personas de la unidad.

Además las unidades de gestión clínica cuenta con información mensual de sus resultados, que incluye una cuenta de resultados propia. La información mensual es analizada en la Comisión de Dirección y desciende directamente de los objetivos de FHC. Esta información permite conocer y evaluar la marcha de la unidad y el cumplimiento de objetivos.

Los Responsables de proceso disponen de un cuadro de mando de su proceso que muestra la evolución de sus resultados y su situación frente a los objetivos. Este cuadro de mando junto con la información disponible de los procesos (resultados de auditorías, no conformidades, situación de acciones correctivas) es analizado en primer lugar por el equipo gestor del proceso.

Tras este análisis en las reuniones de la Comisión de Calidad que se celebran mensualmente se valora la situación de los procesos, y se emite un informe a la Comisión de Dirección.

La Comisión de Dirección revisa la evaluación de los procesos y los resultados de las unidades de gestión, y con esta información más la información de resultados generales establece las directrices a seguir.

Al final del año, se realiza una valoración global de resultados de proceso y de unidades de gestión, que junto con los resultados de FHC (que están estructurados en el Cuadro de Mando Integral) y las directrices estratégicas sirven para formular las líneas de gestión y objetivos del año siguiente, que serán presentados a Patronato antes de establecer el contrato con la Consejería.

DESPLIEGUE

Esta dinámica de gestión se inició con el plan de gestión de FHC del año 2005, y está siendo de aplicación durante todo el año 2005 y servirá para establecer el plan de gestión del año 2006.

EVALUACIÓN Y REVISIÓN

La dinámica de gestión explicada en el enfoque se evalúa anualmente a través de los resultados obtenidos en el cuadro de mando de FHC. La primera evaluación completa del sistema se ha realizado en 2005.

MEJORA	FUENTE DE REVISIÓN/ APRENDIZAJE	AÑO

Enfoques adicionales aplicables a este subcriterio	Despliegue	Medidas de la eficacia/ referencias a resultados

CRITERIO 2 : POLÍTICA Y ESTRATEGIA

Subcriterio 2C

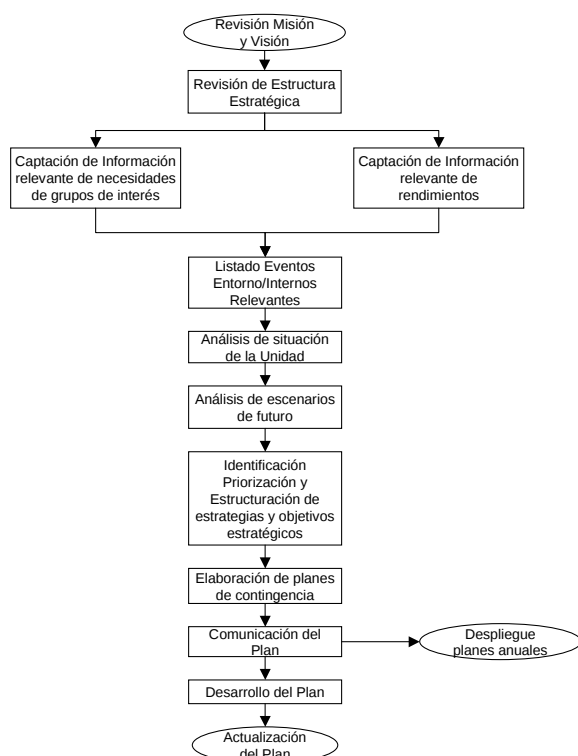
La política y estrategia se desarrolla, revisa y actualiza.

ENFOQUE *Planificación estratégica.*

Desde el inicio de su actividad FHC ha realizado planes de actividad anuales con objetivos pactados con la Consejería de Salud de La Rioja, cuantificados en términos de actividad y rendimiento. En el año 2004 se participó en un proyecto impulsado por el Club de Marketing de La Rioja para, con el asesoramiento de consultores expertos, desarrollar un plan estratégico, basado en la herramienta BSC que permitiese disponer de un direccionamiento de la FHC a largo plazo.

El proceso es liderado por realizado por el ED y tiene como base la misión, visión y valores definidos para la FHC sobre los que se identifican los objetivos básicos del hospital y para cada uno de ellos los F.C.E. más relevantes de forma estructurada, así como el C.M.I. con los indicadores clave.

El desarrollo de este proceso sirvió para la revisión la estructura estratégica de FHC que se había definido en el año 2001, incluyendo misión, visión y valores y estructura de factores clave.



- A partir del análisis de la información del entorno se listan y caracterizan los eventos que pueden afectar a la FHC en los próximos años (3).
- A partir de los resultados de rendimiento obtenidos del CMI y de su pormenorización y de la información de eventos se realiza un DAFO estructurado y pormenorizado.
- Posteriormente se caracterizan los escenarios futuros y en base a toda esta información se:
 - Identifican y priorizan las estrategias para los objetivos básicos de la FHC
 - Estructuran las estrategias y objetivos para los F.C.E. de los que depende cada objetivo.
 - Se revisa la coherencia del plan y se añaden estrategias complementarias.
 - A partir del plan elaborado y teniendo en cuenta los escenarios previstos se elaboran planes de contingencia (no realizado).
- Finalmente el plan debe ser desplegado y comunicado según se define en el subcriterio 2d.
- La actualización de los planes estratégicos se realiza anualmente mediante la actualización de la información de base utilizada para el P.E. y revisando la validez de eventos, DAFO y Estrategias formuladas así como la evaluación de cumplimiento de las estrategias y objetivos marcados en el plan.

DESPLIEGUE

Se ha realizado el P.E. 2005 – 2007 y cubre todos los procesos y áreas de la FHC, elaborado con la participación de consultores externos.

El plan elaborado ha sido aprobado por el Patronato de la FHC, y ha servido de base para el pacto de objetivos de FHC en su contrato con la Consejería de Salud de La Rioja.

EVALUACIÓN Y REVISIÓN

Se realiza un seguimiento de los resultados alcanzados en los objetivos estratégicos, mediante un sistema de indicadores semafóricos que permite identificar posibles desviaciones relevantes. Este seguimiento es realizado por la Dirección de forma mensual y tiene una evaluación final al cierre de cada ciclo de gestión (Diciembre-enero).

El plan estratégico se revisa y evalúa anualmente, por primera vez en 2005.

MEJORA	FUENTE DE REVISIÓN/ APRENDIZAJE	AÑO
Diseño e implantación del proceso de planificación.	Proyecto Guía del Club de Marketing de La Rioja.	2004

Enfoques adicionales aplicables a este subcriterio	Despliegue	Medidas de la eficacia/ referencias a resultados
Desarrollo de la estructura estratégica	Estructura estratégica definida	
Desarrollo del cuadro de mando de FHC	Cuadro de mando definido e implantado	indicadores estratégicos contenidos en el CMI

CRITERIO 2 : POLÍTICA Y ESTRATEGIA

Subcriterio 2D

La política y estrategia se comunica y despliega mediante un esquema de procesos clave.

ENFOQUE *Despliegue de objetivos a procesos y unidades.*

El enfoque del análisis de necesidades y objetivos se desarrolla en cascada del contrato establecido con la Consejería de Salud (Clausula adicional y contratos de calidad) trasladando el sistema de control, indicadores de calidad y pagos por procesos a cada uno de los contratos de gestión aplicados en la Comisión de Dirección.

La Comisión de Dirección elabora entre los meses de diciembre y Enero de cada año desde el 2003 un plan de necesidades basadas en las directrices estratégicas de cada una de ellas y en la directrices estratégicas de la Fundación.

Del análisis de necesidades y objetivos de cada una de las Unidades se elabora un documento de gestión que incluye:

1. Contrato de gestión de la Unidad, en el que se detallan los indicadores económicos y de actividad a desarrollar por la Unidad (Gestionado y evaluado por modelos cuantitativos de evaluación de gestión y benchmarking, DEA y SFR) .
2. Necesidades formativas encaminadas a implementar las actividades de la Unidad, especialmente en sus conocimientos técnicos, de liderazgo, comunicación y gestión (Gestionado por cada unidad y evaluado por el número de actividades formativas, aplicaciones de las mismas y número de publicaciones y comunicaciones derivadas).
3. Necesidades de inversión de cada Unidad sobre la que se realiza un análisis económico financiero basado en parámetros de eficiencia y eficacia económica y asistencial (ROC, ROI, EVIDTA).

Los contratos son elaborados por los responsables de las unidades y gestores de procesos, discutidos con los Directores y comparados en benchmarking con el resto de gestores de unidades. Los contratos formativos y de inversiones son analizados y estudiados por las comisiones de docencia y compras.

La filosofía de la cláusula adicional del contrato programa con la Consejería, el contrato con las unidades de gestión y su aplicación social en la cláusula adicional primera del convenio colectivo 2005-07 buscan la mejora continua, la evaluación sistematizada de la consecución de objetivos y su análisis en ciclos de mejora. Su aplicación en el convenio colectivo hace que esta filosofía sea compartida por todos los elementos del Hospital.

DESPLIEGUE

Desde el año 2001 se firman contratos programas con la Consejería basados en modelos de pagos por procesos asistencial (GDR). En el 2004 se introdujo un contrato de calidad de bonificación-penalización basados en indicadores centinela de actividad, satisfacción de clientes, y eficiencia en procesos y liderazgo social y académico. En el 2005 se han completado todos los contratos de gestión con las Unidades de Gestión y Procesos del Hospital. En Agosto del 2005 se firmó el convenio colectivo introduciendo un pago variable dependiente del cumplimiento de la cláusula adicional de calidad firmada con la Consejería y que puede reportar una mejora económica de hasta un 5% del salario base del trabajador. De esta forma el despliegue de los objetivos llega hasta las personas de FHC y se garantiza la alineación de los mismos.

EVALUACIÓN Y REVISIÓN

La Consejería de Salud revisa anualmente el cumplimiento de los indicadores reflejados en el contrato de gestión hospitalaria. Las Comisiones de Calidad analizan mensualmente el cumplimiento de los indicadores de cada una de las unidades contratadas y el Comité de empresa recibe trimestralmente información puntual del grado de cumplimiento de los mismos.

En dependencia del cumplimiento de indicadores, la comisión de dirección analiza mensualmente el cumplimiento y evolución de los mismos.

Finalmente, el Patronato gestiona, analiza, redacta y controla el cumplimiento de los contratos programa en todas sus vertientes asistencial, económica, social y formativa.

MEJORA	FUENTE DE REVISIÓN/ APRENDIZAJE	AÑO
Introducción del contrato de calidad con bonificación - penalización.	Plan anual	2004
Contratos de gestión con las unidades del hospital	Plan anual	2005

Enfoques adicionales aplicables a este subcriterio	Despliegue	Medidas de la eficacia/ referencias a resultados
Cuadro de Mando Integral	Diciembre 2004	Indicadores estratégicos de FHC
Desarrollo del sistema de gestión de procesos	Enero 2004	
Análisis DEA del funcionamiento hospitalario y de unidades	Diciembre 2004	
Plan anual de riesgos	Alcanza a todas las unidades de FHC	Indicadores de cada unidad

CRITERIO 3 : PERSONAS**INFORMACIÓN GENERAL**

Definición: Las Organizaciones Excelentes gestionan, desarrollan y hacen que aflore todo el potencial de las personas que las integran, tanto a nivel individual como de equipos o de la organización en su conjunto. Fomentan la justicia e igualdad e implican y facultan a las personas. Se preocupan, comunican, recompensan y dan reconocimiento a las personas para, de este modo, motivarlas e incrementar su compromiso con la organización logrando que utilicen sus capacidades y conocimientos en beneficio de la misma.

- Planificación, gestión y mejora de los recursos humanos.
- Identificación, desarrollo y mantenimiento del conocimiento y la capacidad de las personas de la organización.
- Implicación y asunción de responsabilidades por parte de las personas de la organización.
- Existencia de un diálogo entre las personas y la organización.
- Recompensa, reconocimiento y atención a las personas de la organización.

¿Cómo está compuesto el personal de la Organización? Incluya cifras globales y desgloses relevantes, por ejemplo, por niveles, centros de trabajo, a tiempo parcial o total, personal de plantilla, temporal, etc.

El organigrama de FHC está incluido como anexo 1 en esta memoria. Existe un balance de personal que se actualiza diariamente que contempla todas las personas de FHC y su situación laboral, distribuido por puestos. Este balance de personal se incluye como anexo 2.

¿Aplica la Organización alguna norma de certificación o de reconocimiento externo a la gestión de Personas, por ejemplo, “Investors in People” (R.U.), Excelencia a través de las Personas, etc.?

Para FHC la satisfacción e integración de las personas que la componen es un objetivo fundamental, como así queda expresado en su Misión – Visión, y constituye una de las metas clave sobre la que construir la estrategia.

Debido a ello FHC ha desarrollado novedosas iniciativas en cuanto al desarrollo e implantación de sistemas reconocidos para la gestión de las personas. Entre estos sistemas destacan la puesta en marcha en FHC de

- Proyecto Investors in People: se propone en enero de 2.005 el desarrollo de un proyecto que asuma los principios recogidos en el estándar británico Investors in People para implantar buenas prácticas para la formación y el desarrollo profesional de las personas. Actualmente

- Certificación OSHAS: se está trabajando en la implantación de un Sistema de Gestión de Prevención de Riesgos Laborales conforme a la norma OHSAS 18001. Con ello se pretende, no sólo cumplir con la legislación vigente, sino también conseguir un entorno laboral seguro y de calidad tanto para los trabajadores de la FHC como para toda aquella persona que tenga algún tipo de relación laboral o de docencia con este hospital

- Proyecto GNOSS: permite la definición de las actividades realizadas en el hospital por las figuras de la estructura del hospital. Se ha desarrollado para las unidades de la Dirección de Procesos Soporte y las unidades dependientes de Dirección Gerencia: Staff de Gerencia, Admisión, Mantenimiento, Informática y Medicina Preventiva, y se ha iniciado la extensión de estos criterios en las unidades asistenciales correspondientes a la fase I: Materno Infantil, Nefrología, Radiología y Fisioterapia.

CRITERIO 3 : PERSONAS**Subcriterio 3A**

Planificación, gestión y mejora de los recursos humanos.

ENFOQUE Proceso de selección y contratación

Además de los procedimientos acordados entre la Dirección y la Representación Social de la FHC, contenidos en el Convenio Colectivo FHC 2002-2004 y el Convenio Colectivo FHC 2005-2007, desde 2004 se dispone de un proceso de contratación integrado en el sistema de gestión de calidad de la Dirección de Procesos Soporte de la FHC, denominado “Contratación”, certificado por ISO 9001:2000.

Cada proceso selectivo masivo ha sido desarrollado bajo los principios de publicidad, igualdad y libre concurrencia mediante procedimientos reglados, públicos y accesibles incluso a través de medios telemáticos y ha sido precedido de la realización de los correspondientes procesos de movilidad interna-promoción interna, a la que se destina un mínimo del 50% del total de puestos a cubrir para cada grupo Profesional de acuerdo con los pactos alcanzados con la Representación Social de los Trabajadores para el periodo 2002-2004, renovados para el periodo 2005-2007.

La cobertura de las necesidades de contratación temporal se realiza acudiendo a las bolsas de trabajo constituidas a la finalización de cada proceso selectivo. Su vigencia mínima es de seis meses

y la máxima de doce meses, pudiendo ser prorrogada por acuerdo con la Representación Social, tal y como ha ocurrido en ambas ocasiones mediante Acuerdos de Empresa entre Dirección y Comité de Empresa.

DESPLIEGUE

Desde su puesta en marcha en diciembre de 2000, FHC ha realizado dos procesos masivos de selección de personal y múltiples procesos selectivos individualizados con la finalidad de compatibilizar las variables necesidades de personal, tanto fijo como temporal, con una tasa de temporalidad inferior al 15% de la plantilla estructural de la FHC para cada ejercicio anual, previniendo la generalización de situaciones de cobertura de vacantes estructurales mediante vínculos de naturaleza temporal o interina en periodos superiores a los 12 meses a contar desde la detección de la necesidad.

Este proceso está totalmente implantado y certificado según ISO 9001:2000. la evolución del proceso se muestra en el indicador de evolución de plantilla.

EVALUACIÓN Y REVISIÓN

El proceso es revisado de acuerdo al sistema de gestión de calidad de la Dirección de Procesos Soporte (DPS), con revisiones anuales.

La contratación de personal es monitorizado con los siguientes indicadores:

- Índice mensual/trimestral/anual de absentismo por IT común/profesional.
- Evolución diaria/mensual/anual de Plantilla de alta vs. Plantilla no en situación de IT.
- Ratio de Temporalidad Estructural.
- Ratio de Puestos Vacantes No cubiertos sobre el total de la plantilla.
- Ratio de Puestos Vacantes Sí cubiertos sobre el total de la plantilla.
- Nº total de contrataciones realizadas en el mes/acumulado.
- Total de solicitudes de contratación recibidas en el mes/acumulado (con o sin formato adecuado).
- Total de solicitudes de contratación en el mes/acumulado con formato adecuado.

MEJORA	FUENTE DE REVISIÓN/ APRENDIZAJE	AÑO
Elaboración y puesta en marcha de Proceso de Acogida del personal de nueva incorporación.	Proyecto de implantación del referencial Investors In People (IIP) en FHC.	2005
Creación del POC.07.02 "Contratación".	Sistema Gestión Calidad ISO 9001-2000 Dirección Procesos Soporte FHC	2004
Revisión y adecuación del proceso de contratación para ligar su enfoque con el balance de personal y la estructura organizativa	Revisión del proceso	2005

Enfoques adicionales aplicables a este subcriterio	Despliegue	Medidas de la eficacia/ referencias a resultados
Sistema de valoración del balance de personal de FHC	Periodicidad mensual. Abarca la totalidad de puestos estructurales de la FHC en cada momento	Evolución de plantilla total y por unidades
Sistema de Acogida	A todo el personal de nueva incorporación desde oct-2005	
Sistema de evaluación de la satisfacción de personas	A todo el personal en 2003 y 2004	Índice de absentismo Índice de satisfacción de empleados: general y por dimensiones de satisfacción
Sistema de movilidad interna Vincula expresamente la promoción interna a la formación objetiva en condiciones de igualdad de oportunidades de acceso y objetiviza el tipo de pruebas de selección a realizar en los supuestos de promoción profesional	Extendido a toda la plantilla mediante su inclusión en el convenio colectivo.	Índice de satisfacción con el desarrollo profesional Ratio de empleados promocionados/ movilizados sobre total de plantilla anual

Identificación, desarrollo y mantenimiento del conocimiento y la capacidad de las personas de la organización.**ENFOQUE** *Definición de competencias y descripción de puestos.*

FHC ha desarrollado una descripción de los puestos de trabajo asociada al desarrollo del sistema de gestión de la calidad ISO 9001: 2000 de la DPS, en el que se describen las funciones asociadas a cada puesto. Además de ello los especialistas médicos tienen por ley definidas sus competencias, y para el personal de enfermería se ha desarrollado una descripción funcional de los puestos.

En 2004 se decidió en la DPS la mejora del sistema de definición de puestos, y su alineación con los principios de la excelencia y la estrategia del hospital. La Dirección Gerencia adoptó la herramienta GNOSS en el hospital como sistema que permite la definición de las actividades realizadas en el hospital por las figuras de la estructura del hospital.

La finalidad de la herramienta es dotar a la organización de una herramienta de gestión de misiones y responsabilidades de las personas integrado con el sistema de gestión de calidad EFQM.

GNOSS implica que se asigne un nivel (de 0 a 5) de menos a más responsabilidad para cada tarea en que se enmarque la actividad desarrollada por cada persona.

El sistema GNOSS cuenta con una aplicación informática asociada que facilita la gestión de cada puesto y su estructura de misión y responsabilidades asociadas.

Este sistema permite la identificación del perfil profesional en cada nivel de la estructura, y vincular las necesidades de formación a las prioridades estratégicas, así como comparaciones con otras organizaciones.

DESPLIEGUE

Durante el 2004 el proyecto GNOSS ha ampliado su área de actuación englobando en una sola definición tanto las misiones y responsabilidades de la Dirección-Gerencia y las unidades bajo su directa dependencia (Unidad Gerencia, Unidad Mantenimiento, Unidad Informática, Unidad Admisión y Doc. Clínica), como la revisión/actualización de las misiones/realizaciones de la Dirección de Recursos / Dirección de Procesos de Soporte en su nueva configuración (Unidad de RR.HH., Unidad de Logística, Unidad Económico-Financiera). Se ha iniciado la extensión de estos criterios en las unidades asistenciales correspondientes a la fase I: Materno Infantil, Nefrología, Rayos y Fisioterapia.

EVALUACIÓN Y REVISIÓN

Para la gestión del sistema GNOSS se utiliza como indicador :

- Nº de figuras profesionales definidas según método GNOSS sobre el total de figuras existentes.

MEJORA	REVISIÓN/ APRENDIZAJE	AÑO
Revisión del convenio colectivo que incluye la reclasificación profesional	Convenio colectivo 2005-2007	2005
Extensión del sistema GNOSS a las áreas asistenciales	Proyecto GNOSS 2003-2005	2005

Enfoques adicionales aplicables a este subcriterio	Despliegue	Medidas de la eficacia/ referencias a resultados
Proceso de Formación	Implantado en la DPS, certificado según ISO 9001:2000	Cumplimiento de plan de formación. Cumplimiento de evaluaciones Esfuerzo inversor en formación Coste formación / hora
Sesiones clínicas generales	Con acceso a todo el personal, se realizan mensualmente	
Sistema de formación en las unidades asistenciales	Todo el personal puede solicitar formación vía aprobación de su coordinador	

Implicación y asunción de responsabilidades por parte de las personas de la organización.**ENFOQUE - Participación de las personas en los sistemas de gestión.**

FHC desde sus comienzos ha nacido con vocación de ser un centro sanitario referente en la aplicación de los más modernos sistemas y métodos organizativos y de gestión, y todos ellos orientados a fomentar la implicación y participación de las personas en los sistemas que se introdujesen.

Así en el año 2003 se lanzó un proyecto con el fin de fomentar la participación de las personas y para ello se pusieron en marcha un total de 12 procesos en los que participaron el total de personas del área de Recursos (cuatro procesos operativos), y cuatro procesos globales que implicaron a 32 personas entre personal médico, de enfermería y auxiliares, además de contar con la participación del conjunto del equipo directivo.

En 2005, como consecuencia de la reflexión estratégica (criterio 2c) la dirección ha creado las unidades de gestión clínica en la FHC, con la idea de aumentar la participación de las personas en la consecución de los objetivos de la FHC.

Para cada unidad de gestión se establece un presupuesto y un contrato de calidad. Los dos tienen que estar alineados con los presupuesto y objetivos globales de la FHC y el resto de unidades de gestión, y se da a la unidad de gestión capacidad para la organización y gestión de sus recursos y operativa garantizando el cumplimiento de los objetivos y presupuesto., y conforme a los procesos definidos. Al ser de reciente creación la dirección ha tutelado la creación de estas unidades y la realización de sus presupuestos y contratos de calidad.

Cada unidad de gestión cuenta con un responsable que reporta a la Dirección de forma mensual.

La dirección establece en base a los objetivos establecidos para las unidades de gestión, las formas de retribución salarial, planes de formación u otras formas de reconocimiento por el cumplimiento de los distintos objetivos

DESPLIEGUE

Se han creado un total de 15 Unidades de Gestión Clínica, de Procesos soporte y Estructurales que han sido puestas en marcha en el año 2005 y alcanzan a la totalidad del personal de la FHC. Para el año 2006 está prevista la creación de nuevas unidades, derivadas de los procesos de fusión o absorción y desarrollo derivados de su naturaleza "orgánica".

EVALUACIÓN Y REVISIÓN

Cada Unidad de Gestión dispone de sus propios indicadores de calidad y presupuestarios alineados con los indicadores de FHC.

Se realiza un seguimiento mensual de los resultados globales y trimestrales a nivel de unidades de gestión (criterio 9)

Enfoques adicionales aplicables a este subcriterio	Despliegue	Medidas de la eficacia/ referencias a resultados
Junta Asistencial / Comisión de Calidad: órgano consultivo de la FHC en materia de calidad. Es el máximo órgano decisor sobre la evaluación y seguimiento de la gestión por procesos. Se reúne mensualmente	Compuesto por los gestores y propietarios de los procesos de calidad sanitarios y no sanitarios	
Comisión de Cuidados: órgano de seguimiento y control de los cuidados de enfermería. Se reúne mensualmente. Participa en el Grupo de Trabajo NIPE (Normalización de Intervención de Práctica de Enfermería).	Compuesta por enfermería y auxiliares de enfermería	
Comisión de Medio Ambiente: es el órgano de asesoramiento y gestión ambiental en la FHC. Informa, supervisa y desarrolla el plan de gestión ambiental de la FHC así como los procesos certificados en ISO 14001 y EMAS		
Comisión de Riesgos Laborales: órgano de asesoramiento e información de la gestión de riesgos bajo los criterios de la norma OHSAS.	Compuesta por técnicos de riesgos laborales, legales y directivos.	
Comisión de Docencia, Investigación y Documentación Clínica.	Compuesta por estamentos representativos de todos los colectivos del Hospital.	
Comisión Paritaria	Compuesta por la Dirección y los representantes de los sindicatos firmantes del Convenio Colectivo.	

Comisión de Formación	Compuesta por la Dirección, miembros de la Comisión de docencia y los representantes de los sindicatos firmantes del Convenio Colectivo.	
Comité de Seguridad y Salud	Compuesta por la Dirección, miembros de la Comisión de Riesgos laborales y los representantes de los sindicatos firmantes del Convenio Colectivo.	

CRITERIO 3 : PERSONAS	Subcriterio 3D
Existencia de un diálogo entre las personas y la organización.	

ENFOQUE *Sistemas de comunicación interna.*

En FHC se han desarrollado múltiples sistemas que permiten que las personas dispongan de información relevante de la organización además de servir de medio de intercambio de información entre los miembros de FHC. Se presentan en el siguiente cuadro los sistemas existentes.

SISTEMA	CONTENIDOS
WEB	Información general de FHC - Accesibilidad - Servicios del hospital - Organigrama - Memoria anual del hospital - Red de centros de salud - Guía del paciente, incluyendo circuito hospitalario virtual. - Portal ecológico. - Convenio colectivo.
INTRANET	Información de los trabajadores - Convenio colectivo - Estatuto de los trabajadores - Información de elecciones sindicales - Información de acogida (manual de acogida) - Beneficios sociales Información para la gestión - Misión – Visión – Valores - Mapa de procesos - Documentación de los procesos certificados - Documentación del programa Investors in People - Planes y objetivos de cada proceso y unidad. Estos planes y objetivos se encuentran en el servidor de cada unidad / proceso. Información para la seguridad de los trabajadores - Medicina preventiva - Riesgos laborales Información de seguridad informática Biblioteca La Intranet dispone de niveles de acceso individuales. Existe un documento de seguridad, gestionado por el Dto. Informático, que relaciona toda la información del hospital y establece los criterios de control y acceso de esta información. Este documento de seguridad es declarado a la Agencia de Protección de Datos.
CORREO ELECTRÓNICO	Es la herramienta reconocida como canal de comunicación en FHC. A través de él se realiza toda intercambio de información y todas las comunicaciones para el trabajo y la gestión en el hospital. Todas las personas disponen de cuenta personal y clave de acceso.

DESPLIEGUE

Ver tabla anterior.

EVALUACIÓN Y REVISIÓN

Los indicadores para la gestión de los sistemas son:

- Nº de visitas al sitio web
- Índice de visitas por visitante

MEJORA	REVISIÓN/ APRENDIZAJE	AÑO
Nuevo diseño web y estructura de contenidos	Plan estratégico 2005 - 2007	2004
Revisión de la estructura de la intranet y vinculación directa con web		2004
Contratación de una persona específica para la gestión web (anteriormente gestión externa)		2005

Enfoques adicionales aplicables a este subcriterio	Despliegue	Medidas de la eficacia/ referencias a resultados
Ver tabla del enfoque		

CRITERIO 3 : PERSONAS	Subcriterio 3E
Recompensa, reconocimiento y atención a las personas de la organización.	

ENFOQUE *Gestión de incentivos*

En la actualidad el sistema de gestión de incentivos de FHC establece un total de tres periodos temporales con sus correspondientes objetivos, indicadores y retribución: dos son de naturaleza semestral y carácter colectivo (por Unidades, Servicios, etc.) y uno es anual, dividido a su vez en objetivos de carácter institucional (hasta 4 objetivos idénticos para toda la plantilla) y en objetivos colectivos (por Direcciones o Unidades). Del total de incentivos existente, el 35% se asocian a los objetivos del primer semestre, otro 35% al segundo semestre y el 30% a los anuales (10% para los objetivos institucionales y 20% para los objetivos anuales colectivos).

Para la fijación de objetivos, ya se trate de los de periodicidad y alcance anual o de los semestrales, la Dirección-Gerencia del Centro y la Comisión de Dirección habrán comunicado previamente las directrices de funcionamiento para el ejercicio.

Por lo que a la "Evaluación de Objetivos" se refiere, previamente a la finalización del período de referencia para el cumplimiento de los objetivos las respectivas Direcciones deben entregar a la Unidad de RR.HH las evaluaciones debidamente cumplimentadas.

El sistema de gestión de incentivos ha sido incluido en el Convenio Colectivo FHC 2002-2004, y establece la retribución variable a la consecución de unos objetivos previamente fijados para cada trabajador, en función de su grado de cumplimiento y su cuantía en función del grupo profesional.

DESPLIEGUE

El proceso de gestión de incentivos ha sido certificado conforme a la ISO:9001-2000 a finales del 2004. Su alcance afecta a las actividades de Fijación de objetivos, Evaluación de objetivos y Cálculo del pago de objetivos. Está implantado a nivel de son todos los trabajadores de FHC, ya que todos ellos deben ineludiblemente tener marcados unos objetivos pactados con el fin de alcanzar unos logros personales y económicos.

EVALUACIÓN Y REVISIÓN

Este proceso se evalúa anualmente mediante el Cumplimiento de objetivos que se realiza para cada unidad de gestión / proceso.

MEJORA	FUENTE DE REVISIÓN/ APRENDIZAJE	AÑO
Revisión y mejora del POC.07.03 "Gestión Incentivos y Desempeño profesional".	Sistema Gestión Calidad ISO 9001-2000 Dirección Procesos Soporte FHC	2004
Elaboración y puesta en marcha de Proceso de Despliegue de Objetivos.	Proyecto de implantación del referencial Investors In People (IIP) en FHC.	2005
CONVENIO COLECTIVO FHC 2005-2007 que incorpora un sistema de remuneración variable basado en el desempeño y vinculado a los resultados de los indicadores de actividad asistencial y de calidad que se alcancen en su caso	Plan estratégico FHC	2005

Enfoques adicionales aplicables a este subcriterio	Despliegue	Medidas de la eficacia/ referencias a resultados
Sistema de prevención de riesgos laborales conforme a norma OSHAS 18001	En desarrollo	Indicadores de siniestralidad
Fondo social	Dirigido a todos los trabajadores y negociado en convenio	Gasto social

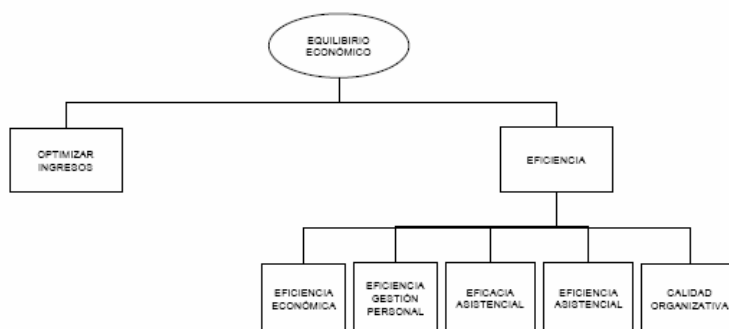
Definición: Las Organizaciones Excelentes planifican y gestionan las alianzas externas, sus proveedores y recursos internos en apoyo de su política y estrategia y del eficaz funcionamiento de sus procesos. Durante la planificación, y al tiempo que gestionan sus alianzas y recursos, establecen un equilibrio entre las necesidades actuales y futuras de la organización, la comunidad y el medio ambiente.

- Gestión de las alianzas externas.
- Gestión de los recursos económicos y financieros.
- Gestión de los edificios, equipos y materiales.
- Gestión de la tecnología.
- Gestión de la información y del conocimiento.

¿Cómo contribuyen a la Política y Estrategia de la organización las alianzas externas y la gestión de los diversos recursos (mencionados en los subcriterios 4a-4e)?

Derivado de la misión-visión, FHC ha articulado como uno de sus metas clave el equilibrio económico, por lo que se ha desplegado una línea estratégica completa para la consecución de esta meta.

Las actuaciones derivadas del cumplimiento de este objetivo han sido desplegadas a los distintos sistemas / procesos disponibles, orientando su actuación con la estrategia definida.



Las líneas estratégicas que impactan directamente en la gestión de los recursos internos son:

- ✓ Implantación de las Unidades de Gestión Clínica, con una cuenta de resultados propia y con capacidad para la gestión de sus recursos y análisis de sus procesos.
- ✓ Ser referencia entre las empresas de servicios de la Comunidad de La Rioja por el desarrollo de un modelo de gestión que le permite compatibilizar una excelente calidad de sus servicios con un óptimo aprovechamiento de sus recursos.
- ✓ Desarrollo e implantación de técnicas Just in Time que nos permitan optimizar los recursos materiales y humanos.
- ✓ Establecimiento de sistemas de control de análisis de los presupuestos de gastos e inversión y de facturación.
- ✓ Desarrollo de sistemas que permitan medir y mejorar la calidad del servicio prestado por proveedores de outsourcing con incidencia relevante en FHC.

Gestión de las alianzas externas.

ENFOQUE Gestión de proveedores clave

FHC entiende como una alianza la colaboración voluntaria con cualquier grupo de interés para conseguir un beneficio mutuo para ambas partes. La principal alianza con la que cuenta la organización para impulsarse son sus proveedores. Se han definido como proveedores más importantes aquellos que prestan servicios de presencia física dentro del hospital y aquellos que proporcionan bienes o servicios considerados como estratégicos para el desarrollo de la organización.

1.- Proveedores de outsourcing. Desde el año 2000 hay más de 15 empresas con personal in-situ trabajando en la FHC. Para cada expediente de contratación se establece un nivel de seguimiento en función de la criticidad y la complejidad del servicio a prestar. Para ello se establecen 3 niveles de seguimiento.

- El nivel 1, controla tan sólo la vigencia del contrato.
- El nivel 2, efectúa un control sobre la vigencia y facturación.

- El nivel 3, vigencia, facturación y calidad del servicio.

El nivel 3 es el más exigente y supone elaboración mensual de informes mensualmente desde el 2001 para la Dirección de Procesos Soporte.

2.- Proveedores de bienes o servicios estratégicos. Estas alianzas son reguladas mediante Solicitudes Públicas de Ofertas (SPO). Estas contrataciones contemplan criterios considerados estratégicos por FHC, como la satisfacción del paciente, protección de datos, impacto medioambiental, prevención de riesgos, así como otros criterios alineados con el impulso del modelo de gestión de excelencia EFQM.

3.- Proveedores de material sanitario crítico. Son regulados mediante el proceso POC.07.08 Logística que establece el sistema para el control del cumplimiento de los suministros y una dinámica de revisión mensual de desviaciones.

DESPLIEGUE

1.- Proveedores de outsourcing. Existe un proceso certificado en el año 2004 según ISO 9001:2004 que regula la forma en la que se realiza la contratación y seguimiento de este tipo de alianzas: POC.07.09 Contratación bienes y servicios. En nivel 3 se elaboran mensualmente informes de las siguientes empresas: Limpieza – 3D, Jardinería, Cocina, Cafetería, Residuos, Lavandería, Seguridad.

2.- Proveedores de bienes o servicios considerados estratégicos. En la siguiente tabla se detalla la evolución de las SPO publicadas desde el inicio de la actividad de la FHC en diciembre del 2000 hasta septiembre del 2005:

2000	2001	2002	2003	2004	Sept 2005
26	14	12	11	18	8

3.- Proveedores de material sanitario. POC.07.08 Logística certificado en el año 2004 según ISO 9001:2000.

EVALUACIÓN Y REVISIÓN

1.- Proveedores de outsourcing. Las desviaciones detectadas en los informes de nivel 3 de seguimiento de outsourcing son revisadas mensualmente en la Comisión de Calidad de la FHC. Anualmente se fijan objetivos con los proveedores de outsourcing, que están alineados con la estrategia de FHC, en función del proveedor y su capacidad. Se han introducido varias mejoras en esta relación en los proveedores de limpieza, seguridad, residuos, lavandería y cocina.

2.- Proveedores de bienes o servicios considerados estratégicos para la FHC. Mensualmente la Comisión de Compras evalúa las alianzas establecidas por la FHC, incorporando, anulando, renovando o modificando dichas alianzas y/o los acuerdos establecidos con ellas, en función de las necesidades y expectativas de los diferentes grupos de interés de la FHC.

3.- Proveedores de material sanitario. De forma sistemática las incidencias con proveedores son recogidas en el sistema de calidad y las no conformidades ó reclamaciones son tramitadas conforme a las especificaciones. En las reuniones mensuales de calidad de la Unidad de Logística, de la Dirección de Procesos Soporte y de la FHC se revisan aquellas desviaciones o consideraciones a analizar. Como mejoras introducidas

Respecto al enfoque general de este subcriterio, se han introducido las siguientes mejoras

MEJORA	FUENTE REVISIÓN/ APRENDIZAJE	AÑO
Gestión JIT de cobertura quirúrgica según protocolos	Reflexión estratégica	2003
Introducción de objetivos ligados a la estrategia y valores en los contratos con proveedores de outsourcing clave	Revisión del proceso	2005
Pactos de logística inversa con proveedores	Plan estratégico 2005-2007	2005

Enfoques adicionales aplicables a este subcriterio	Despliegue	Medidas de la eficacia/ referencias a resultados
Gestión de la relación con SERIS	Acuerdos de derivación, servicios prestados, desarrollo de herramientas comunes	
Alianzas con mutualidades y entidades aseguradoras	Acuerdos de colaboración con las principales mutuas y entidades aseguradoras	
Alianzas con otros centros de Navarra para la derivación de pacientes		

Gestión de los recursos económicos y financieros.**ENFOQUE** *Gestión presupuestaria*

Los recursos económicos y financieros con los que cuenta la FHC, provienen casi íntegramente de la Consejería de Salud de la Comunidad Autónoma de La Rioja. Imprescindible para su obtención es la elaboración del presupuesto de ingresos basado en actividad, para cada ejercicio económico. FHC es responsable de equilibrar gastos e ingresos. La organización debe evitar tener pérdidas y puede obtener beneficios mediante la reducción de costes.

La estrategia financiera de FHC también anticipa los cambios futuros en el volumen y naturaleza de la asistencia que debe proporcionarse a fin de garantizar a los clientes una capacidad y tipos de tratamiento correctos para el futuro. La estrategia financiera se alinea con la estrategia global y los principios de la Excelencia, que optimice la gestión de recursos económicos.

Desde la creación de la Fundación en el año 2000, durante el segundo semestre del año se calcula el presupuesto para el siguiente ejercicio económico, intentando adecuar las dos vertientes:

- Vertiente de ingresos: se presupuesta la actividad a realizar para el área de salud III y el precio de la misma.
- Vertiente de gastos: se presupuestan los gastos en los que va a incurrir la FHC, mediante fichas atendiendo a su naturaleza.

Un vez aprobado el presupuesto por parte de la Consejería para el siguiente ejercicio y publicado en el BOR, es a lo largo de dicho ejercicio en curso cuando se firma la Cláusula Adicional al Convenio de Colaboración, estableciendo las prestaciones de asistencia sanitaria para la población de referencia, a las que se compromete la FHC y se pacta el precio de las mismas, la forma de liquidación anual y el contrato de calidad. Esta financiación se materializa mensualmente mediante el pago por parte de la Consejería de la doceava parte del presupuesto aprobado. En los 3 primeros meses del siguiente ejercicio se liquida conforme a la cláusula adicional.

Mensualmente en Comisión de Dirección Ampliada se exponen los resultados. El reporting, incorporado como anexo al acta de la Comisión, se compone de Cuenta de Resultados, Gastos fijos, Plan de Inversiones, Previsión de tesorería, datos relativos a la plantilla de personal y a las compras de materiales. Con el análisis de la cuenta de resultados, vemos la facturación real a la fecha, los gastos en que hemos incurrido, y las desviaciones respecto a presupuesto.

DESPLIEGUE

El proceso de presupuestación está implantado en FHC desde el año 2000, ejecutándose regularmente. El análisis de las Cuentas de Resultados y resto de reporting mencionado, se realiza mensualmente por el Director de Procesos Soporte y Dirección Gerencia, y se informa en Comisión de Dirección Ampliada.

Trimestralmente, se presentan a la Comisión de Dirección Ampliada, los datos de las Cuentas de Resultados por procesos y por especialidades, previamente analizadas por Dirección Gerencia y Dirección de Procesos Soporte.

Actualmente existe un presupuesto para las unidades de gestión que alcanza el global del año 2005, y a final de 2005 todas las unidades contarán con un contrato que incluya su presupuesto.

EVALUACIÓN Y REVISIÓN

Cada año, las Cuentas Anuales de Fundación Hospital Calahorra, son auditadas por un equipo de auditores externos que comprueban que las mismas reflejan fielmente el patrimonio, la situación financiera, los resultados y los cambios producidos en la situación financiera durante el ejercicio. A partir de 1 de enero de 2005, estas auditorías las realiza la Intervención de la Comunidad Autónoma de La Rioja. Los informes obtenidos de las auditorías realizadas han sido positivos todos los años.

Anualmente se revisan los conceptos presupuestados y se introducen aquellos nuevos necesarios.

MEJORA	FUENTE REVISIÓN/ APRENDIZAJE	AÑO
Revisión del proceso de aprobación del presupuesto y ajuste según el traspaso de competencias	Convenio Consejería de Salud de La Rioja- FHC	2002
Cálculo de cuentas de resultados para las unidades de gestión clínicas	Plan estratégico FHC. Creación de unidades de gestión clínicas	2005
Introducción del reporting mensual	Revisión del proceso	2005

Enfoques adicionales aplicables a este subcriterio	Despliegue	Medidas de la eficacia/ referencias a resultados
Proceso de Contabilidad Financiera	Implantado y certificado s/ ISO 9001:2000	Importe pendiente de pago % pago retenido
Plan de inversiones	Forma parte del reporting	ROI

Facturación a terceros	Implantado y certificado s/ ISO 9001:2000	Facturación a terceros % pendiente de cobro % expedientes sin facturar
Convenio macro de accidentes de tráfico	Con UNESPA y en vigor	
Proceso de contabilidad analítica GESCOT	Sistema informático implantado	
Gestión de tesorería	Incluido en reporting mensual	Tesorería mensual

CRITERIO 4 : ALIANZAS Y RECURSOS	Subcriterio 4C
Gestión de los edificios, equipos y materiales.	

ENFOQUE *Gestión logística y de stock*

En FHC Logística extiende su ámbito de actuación desde las compras, distribución, hasta la gestión integral de almacenes; general y almacenes kanban en las unidades, pasando por la logística inversa.

Desde el año 2001 toda la planificación logística se canaliza a través de la aplicación informática Navision. El material que se consume en el hospital (bien sea material sanitario, papelería, repuestos, etc...) tiene definida una ficha de producto con un stock mínimo y una cantidad a pedir predeterminada. Las propuestas de pedidos se generan automáticamente en función del nivel de existencias y una vez autorizadas son enviadas automáticamente al proveedor.

En el año 2004 se asume desde la Unidad de Logística la gestión integral de los 5 mayores subalmacenes del hospital; quirófano, urgencias, planta hospitalización médica, planta hospitalización quirúrgica y radiología, realizando la reposición "a balda" a través del sistema de doble cajón; kanban. De esta forma el personal sanitario se libera de las tareas de solicitar y reponer el material, así como de gestionar las caducidades, obsoletos, mermas, etc. Toda la gestión logística de reaprovisionamiento a los almacenes de las unidades está informatizada y la lectura de las tarjetas kanban está automatizada por pistolas lectoras.

Durante el primer semestre de 2005 se han realizado informes de mejora de los 5 almacenes kanban anteriormente señalados con el fin de optimizar el nivel de stock, el catálogo de productos y su rotación. A lo largo de este año se han implantado armarios kanban en todas las unidades del hospital.

DESPLIEGUE

El proceso Logística está totalmente implantado y es auditado de acuerdo al sistema ISO 9001:2000. El sistema de armarios kanban está en funcionamiento en el hospital.

EVALUACIÓN Y REVISIÓN

Mensualmente desde el 2001 se realizan reuniones de calidad en la Unidad de Logística en las que se revisan los indicadores del proceso y las incidencias que han surgido a lo largo del periodo, con el fin de establecer las medidas oportunas.

Cada 6 meses se realizan informes de mejora kanban para las distintas unidades de gestión, que incluyen propuestas de revisión del stock, tanto en cantidades como en referencias.

Se han introducido múltiples mejoras en la gestión del proceso como muestra la tabla siguiente, fruto de revisiones estructurales del mismo, que se realizan de forma anual.

MEJORA	FUENTE REVISIÓN/ APRENDIZAJE	AÑO
Revisión y reingeniería del proceso	Revisión del proceso	2003
Creación de un almacén para material de gran volumen	Revisión del proceso	2003
Proyecto Kanban, que ha supuesto: Integración de la gestión de los almacenes kanban en la Unidad de Logística. Puesta en marcha de pistolas lectoras. Identificación por códigos de barras de los productos.	Proyecto Kanban	2004
Certificación ISO 9001:2000 del proceso	Proyecto implantación ISO	2004
Optimización del layout del almacén incorporando criterios ABC y creación de espacio diáfano	Revisión del proceso	2004
Gestión JIT de la cobertura quirúrgica (stock 0 en almacén general) y material de laparoscopia.	Reflexión estratégica / revisión del proceso	2005

Enfoques adicionales aplicables a este subcriterio	Despliegue	Medidas de la eficacia/ referencias
---	-------------------	--

		a resultados
Gestión ambiental (sistema de identificación, tratamiento y eliminación de residuos)	Sistema implantado en todo FHC y certificado según EMAS e ISO 14001.	Criterio 8 Análisis mensual de indicadores de residuos en función de la actividad del hospital
Plan de inversiones	Incluido en la gestión presupuestaria (4b)	
Mantenimiento preventivo, que incluye el tratamiento de nuevos proyectos de instalaciones.	Sistema implantado en y certificado según ISO 9001:2000.	Indicadores de mantenimiento preventivo
Mantenimiento correctivo	Sistema implantado en y certificado según ISO 9001:2000.	Indicadores de mantenimiento correctivo
Gestión de compras (incluido en POC 07.08 Logística)	Desarrollado en el sistema ISO 9001:2000	Indicadores de logística

CRITERIO 4 : ALIANZAS Y RECURSOS	Subcriterio 4D
Gestión de la tecnología.	

ENFOQUE *Implantación de nuevas tecnologías*

FHC es un hospital referente en la aplicación de nuevas tecnologías en el área sanitaria de La Rioja. El desarrollo tecnológico del hospital está ligado a la planificación estratégica (2c), identificación de oportunidades de mejora en los procesos (5b), y su traducción al plan de inversiones (4b). El proceso que se sigue la implantación de una nueva tecnología es el siguiente:

DESPLIEGUE

Como ejemplos de aplicación de este proceso, se han introducido las siguientes mejoras tecnológicas en el hospital.

TÉCNICA NUEVA / SISTEMA	MEJORA
Telemedicina Pediátrica	Introducción de software y hardware necesario para atender virtualmente al paciente en su escuela
Historia clínica informatizada en sistema web	Perfeccionamiento de la Hª Clínica informatizada hacia un sistema Web
Digitalización de archivos de imágenes	Integración de la historia clínica informática
Dispensación farmacéutica electrónica	Mejora del sistema de gestión de riesgos del paciente.
Quirófano Inteligente	Parametrización de actividades quirúrgicas
Quirófano Inteligente	Implantación de un Quirófano Inteligente y su integración en los Sistemas de Información de la FHC
Pixis	Implantación nuevos Pixis de Farmacia y su integración en los Sistemas de Información de la FHC
Pacs	Implantación de un Sistema de RIS-PACS de Radiología y su integración en los Sistemas de Información de la FHC
Cabina UVA	Nuevas técnicas de tratamiento dermatológico innovadoras en La Rioja.
Monitorización hemodinámica	Centralización de la monitorización hemodinámica en urgencias y hospital de día médico
Densitometría ósea	Nuevas técnicas de diagnóstico en la medición de la masa ósea
Esterilizador en frío	Cambio del sistema de esterilización en frío por mejoras de seguridad y de la rapidez del uso
Reeducación del suelo pélvico	Introducción de nuevas técnicas de tratamiento pélvico
Terapia ocupacional	Introducción de nuevas técnicas de tratamiento de personas con problemas de integración social.
TAC	Renovación del equipo de tomografía computerizada para adecuarnos a la evolución de la técnica y mejorar las técnicas utilizadas.

EVALUACIÓN Y REVISIÓN

El seguimiento de las nuevas técnicas implantadas y su tecnología se realiza:

- En el ámbito de los procesos a los aplica, de acuerdo a la dinámica de seguimiento y evaluación de los procesos (5b).
- En el ámbito del plan estratégico, evaluando la mejora estratégica según los resultados del cuadro de mando (2c).
- En el ámbito presupuestario, evaluando el resultado económico de la inversión (4b).

Enfoques adicionales aplicables a este subcriterio	Despliegue	Medidas de la eficacia/ referencias a resultados
Proyecto e-doctor	2005-2007	
Proyecto Kanban	2005	
Teledermatología	2006	
Robotización de la farmacia	2007	
Unidades de Atención y Gestión Sanitaria Domiciliaria	2005-07	

CRITERIO 4 : ALIANZAS Y RECURSOS	Subcriterio 4E
Gestión de la información y del conocimiento.	

ENFOQUE *Sistemas de gestión de información*

FHC dispone de múltiples Sistemas de información tanto asistencial, de gestión de personas, económica y de gestión de procesos y resultados de la organización, que son liderados por las Unidades de Admisión e Informática. Los sistemas disponibles se resumen en el siguiente cuadro:

SISTEMA	INFORMACION	USUARIOS
HP-Doctor	Gestión de historia clínica	Licenciados sanitarios
Navisión	Gestión económica	Técnicos de gestión
GNOS	Gestión de funciones	Técnico de calidad
Intranet	Relación corporativa	Todos
Gacela	Gestión de cuidados	Diplomados sanitarios
HP-HIS	Gestión asistencial	Todos los usuarios
Clinos	Gestión de case-mix	Admisión-Dirección
Máximo	Gestión de mantenimiento	Mantenimiento
Aida	Gestión de horario laboral	Coordinadores
Meta-4	Gestión de recursos humanos	Recursos Humanos

DESPLIEGUE

Los anteriores sistemas están implantados en FHC y alcanzan a todos los usuarios que se señalan

EVALUACIÓN Y REVISIÓN

Cada sistema posee su propia dinámica de revisión y actualización fruto de la cual se han introducido las siguientes.

MEJORA	AÑO
Eliminación Windows 98 en SO clientes	Jul-2004
Nueva sala de servidores y electrónica de red	Oct-2005
Implantación de tarjetas identificativas para usuarios de SSII de FHC	Dic-2005
Diseño y estructuración de la red informática del hospital en segmentos de Vlans	Oct-2005
Inicio de la implantación de ISO 17799	Sep-2005
Implantación Motor de Integración (Rhapsody)	Sep-2005
Evolución de aplicaciones a formato Web (Proyecto Hcis-eDoctor)	Sep-2005

Además se realizan actividades de benchmarking orientadas a la mejora de los sistemas existentes. Las acciones de benchmarking que están implantadas son

ACCIÓN	FRECUENCIA
Benchmarking Clinos con el SERIS	Mensual
Benchmarking Clinos-IASIST con Hospitales TOP 20	Anual

Definición: Las Organizaciones Excelentes diseñan, gestionan y mejoran sus procesos para satisfacer plenamente a sus clientes y otros grupos de interés y generar cada vez mayor valor para ellos.

- Diseño y gestión sistemática de los procesos.
- Introducción de las mejoras necesarias en los procesos mediante la innovación, a fin de satisfacer plenamente a clientes y otros grupos de interés, generando cada vez mayor valor.
- Diseño y desarrollo de los productos y servicios basándose en las necesidades y expectativas de los clientes.
- Producción, distribución y servicio de atención, de los productos y servicios.
- Gestión y mejora de las relaciones con los clientes.

Señale los principales grupos de clientes y mercados de la Organización y los Procesos que tienen relación con ellos.

FHC clasifica sus clientes en:

- Pacientes, que reciben directamente los servicios sanitarios que se prestan.
- Familiares de los pacientes, que se ven afectados por los servicios que se prestan a sus familiares y a quienes también dirigimos nuestra actuación.
- La población de la Rioja Baja, población de referencia para el hospital.
- La red de Atención Primaria de La Rioja, quienes nos derivan pacientes y a los que damos trato de cliente pues demandan nuestro servicio para con sus clientes.
- Mutualidades y Entidades Aseguradoras, derivadores de pacientes y a quienes ofertamos nuestros servicios.
- Asociaciones de enfermos, que demandan de nosotros atenciones de carácter específico.

Nuestros procesos operativos y de atención al cliente están diseñados y se realizan en contacto con los pacientes y familiares.

Además hemos establecido otros enfoques de relación con los clientes institucionales y empresariales (1c), (4a).

Los principales procesos de relación con los pacientes son: hospitalización médica, hospitalización quirúrgica, consultas (incluyendo la urgencia como una consulta especial que atiende con criterios de urgencia y disponibilidad 24h, 365 días y sin cita previa) y atención ambulatoria.

Haga constar los productos y servicios de la Organización.

FHC oferta en su cartera de servicios las siguientes modalidades de tratamiento especializado:

Unidades Médicas	Unidades quirúrgicas	Servicios Diagnósticos
Alergología	Anestesiología y Reanimación	Análisis Clínicos
Aparato Digestivo	Cirugía General y del Apto. Digestivo.	Anatomía Patológica
Cardiología	Dermatología y Venereología	Radiodiagnóstico (incluida RMN)
Endocrinología	Oftalmología	Farmacia Hospitalaria
Medicina Interna	Otorrinolaringología	Hematología y Hemoterapia
Neumología	Urología	Medicina Preventiva y Salud Pública
Neurología		Microbiología y Parasitología
Unidades Ambulatorias Especializadas	Unidad del Aparato Locomotor	Unidad Materno-Infantil
Hospitalización a Domicilio	Cirugía Ortopédica y Traumatológica	Ginecología y Obstetricia
Rehabilitación Domiciliaria	Rehabilitación	Pediatría
Oxigenoterapia Domiciliaria	Reumatología	

Agrupadas en cuatro procesos asistenciales prevalentes (Consultas, Ambulatorios, Quirúrgicos y Hospitalización), integrados en el siguiente mapa de procesos (anexo 4).

¿Aplica la Organización alguna norma de certificación o de reconocimiento externo a la gestión de Procesos como, por ejemplo, ISO9000, ISO14000, etc.? ¿Cómo se establecen los objetivos para los Procesos?

FHC ha certificado su actividad y sus procesos según la norma UNE-EN ISO 9001:2000. El alcance de este certificado incluye:

- Los procesos operativos y de actividad asistencial que contemplan la práctica totalidad de la actividad del hospital, certificados en el año 2004.
- Los procesos incluidos dentro del ámbito de la Dirección de Recursos (Financieros, de Gestión de Personas, Logística y Mantenimiento), certificados también en el año 2004.
- Además se cuenta con el certificado ISO 14000 en Gestión Medioambiental y el EMAS.

Se está trabajando en la certificación por Investors in People para los procesos de Gestión de Personas no contemplados en la certificación ISO 9001:2000, la certificación de seguridad documental ISO 17999 y además la certificación OSHAS para los procesos de Seguridad y Salud de los trabajadores.

El sistema de establecimiento de objetivos a los procesos deriva directamente del plan anual a aquellos procesos que se ven afectados directamente por dicho plan y en consonancia con éste para alcanzar los objetivos estratégicos de FHC. (1b, 2a)

Todos los procesos y unidades de gestión cuentan con objetivos que descienden al nivel personal, alineados con el plan anual y por ende con el plan estratégico como se presenta en 3e.

CRITERIO 5 : PROCESOS

Subcriterio 5A

Diseño y gestión sistemática de los procesos.

ENFOQUE *Diseño e implantación de procesos.*

El camino de FHC en la gestión por procesos se inició en el año 2001, en el que se lanzó un proyecto con la participación de 35 personas y se trabajó en el diseño e implantación de 30 procesos operativos, de apoyo y de gestión. Estos procesos estaban contemplados en un mapa de procesos inicial que se elaboró en este mismo proyecto.

FHC ha continuado en esta línea implantando un sistema de certificación según norma ISO 9001:2000 de sus procesos que alcanza a todos los procesos asistenciales (hospitalización, consultas, quirófano, ambulatorios) y a los principales procesos soporte (recursos humanos, logística, compras, económico-financiero). Estos procesos han sido certificados en el año 2004, y esta certificación junto con la reflexión estratégica realizada ha conllevado asimismo una actualización del mapa de procesos. Este nuevo mapa simplifica el anterior identificando unos grandes procesos que se descomponen en otros procesos más simples y que engloban a la práctica totalidad de las actuaciones sanitarias que dispensamos a nuestros pacientes y de soporte. Además este mapa presenta un concepto nuevo para entender la orientación del hospital a los pacientes, y visualiza los procesos operativos desde la entrada a la salida de los pacientes (anexo 4).

La gestión de los procesos sigue los principios de la dinámica PDCA.

Planificación (P): El diseño de cada proceso (anexo 4) consta de definición, clientes, mapa del proceso / diagrama de flujo, procedimiento detallado de actuación, proveedores e indicadores de gestión.

Además cada proceso tiene asignado un propietario y un equipo de gestión.

Se garantiza la implantación de los procesos por medio de auditorías internas y externas que se realizan al menos anualmente a todos los procesos incluidos en el alcance de la certificación.

Ejecución (D): Los procesos son evaluados mensualmente por su responsable y equipo, y posteriormente en el Comité de Calidad. En estas reuniones se hace un seguimiento de los resultados de los procesos respecto a los objetivos marcados y derivados del plan anual. Además se garantiza el cumplimiento de los procesos contemplados dentro de los sistemas certificados mediante auditorías periódicas a los mismos.

DESPLIEGUE

El alcance de las certificaciones disponibles significa que sobre el mapa de procesos de FHC (anexo 4) se ha definido e implantado la práctica totalidad de la actividad de FHC.

EVALUACIÓN Y REVISIÓN

El sistema de gestión de los procesos es evaluado de forma anual por medio de la revisión del sistema de calidad contemplado en el SGC ISO, por la autoevaluación, por la revisión del plan anual y la revisión estratégica.

Además este sistema es también revisado por medio de auditorías externas al sistema de gestión de calidad, tanto de los procesos asistenciales como procesos soporte.

MEJORA	FUENTE REVISIÓN/ APRENDIZAJE	AÑO
Certificación ISO	Reflexión estratégica 2003	2004
Revisión y simplificación del mapa de procesos	Plan estratégico 2004	2004

Enfoques adicionales aplicables a este subcriterio	Despliegue	Medidas de la eficacia/ referencias a resultados
Unidades de gestión	Implantado en el 100% de Unidades de gestión	Indicadores de cada unidad de gestión
Certificación EMAS	Implantado a nivel de hospital	Indicadores medioambientales 8b
Certificación ISO 14000		
Certificación Investors in People	Realizado un primer ciclo diagnóstico – mejora - implantación	Indicadores de satisfacción de personas 7a

CRITERIO 5 : PROCESOS	Subcriterio 5B
<i>Introducción de las mejoras necesarias en los procesos mediante la innovación, a fin de satisfacer plenamente a clientes y otros grupos de interés, generando cada vez mayor valor.</i>	

ENFOQUE <i>Gestión y mejora continua de procesos</i>

La gestión sistemática de los procesos significa incluir a todas las actividades de FHC en un ciclo de mejora continua, siguiendo la metodología PDCA.

Control (C): Los procesos son seguidos a través de los indicadores definidos a tal efecto que se basan en los datos recogidos en el trabajo del día a día. Estos indicadores se analizan mensualmente a nivel de unidad / proceso por parte del responsable con las personas bajo su responsabilidad.

En el caso de procesos soporte, el coordinador / responsable los expone a nivel de dirección ante el director y los coordinadores de unidad de gestión, para finalizar su análisis con la presentación ante la Comisión de Calidad de la FHC.

La Comisión de Calidad en la que participan los gestores de proceso y los directores revisa los resultados de los procesos y en ella se definen los cambios en los procesos. En esta comisión puede surgir la conveniencia de modificar la manera de desarrollar alguno de los procesos, que siguen los niveles de aprobación

En el caso de procesos asistenciales, los gestores de los procesos revisan con su equipo los resultados del proceso y acuden a la Comisión de Calidad donde presentan los resultados.

A la Comisión de Dirección acuden los coordinadores de unidades de gestión asistenciales junto con el ED. En esta comisión se informa desde la dirección de la actividad del hospital en cada una de las direcciones. Posteriormente se dan directrices que son transmitidas a través de los coordinadores al resto de personal asistencial.

Los cambios propuestos por la Comisión de Calidad implican la aceptación por parte de la Dirección Gerencia, quien garantiza la coherencia y alineación con el resto de procesos y unidades de la FHC.

Mejora (A): Al final de cada ciclo de gestión se establecen objetivos para cada proceso y unidad de gestión de cara al siguiente ciclo, en función de los resultados alcanzados, y cumplimiento del avance de FHC en sus planes estratégicos. La valoración final de los procesos se realiza considerando el cumplimiento de los objetivos finales y los resultados de auditorías externas, lo que permite evaluar tanto el funcionamiento del proceso como su eficacia.

La información de que se dispone para la mejora de los procesos procede de distintas fuentes

- Indicadores de procesos y resultados.
- Encuestas de clientes
- Encuestas de satisfacción de empleados
- Directrices derivadas del plan anual / plan estratégico
- Directrices del Servicio Riojano de Salud
- Autoevaluación EFQM
- Información procedente de los foros de participación: comisión de calidad, comisión de compras, de cuidados, etc.
- Informe de resultados del ranking TOP20.

DESPLIEGUE

El alcance de estas dinámicas se extiende a todos los procesos en FHC tanto certificados como en vías de certificación, y a las unidades de gestión.

EVALUACIÓN Y REVISIÓN

Los cambios introducidos en los procesos son revisados dentro de la propia dinámica de gestión de los mismos y de esta forma se integra totalmente en su gestión.

Para la evaluación de la efectividad de estos cambios se utilizan los propios indicadores de los procesos, y la comparación en la evolución de los resultados permite valorar el cambio.

Este enfoque de mejora ha supuesto la introducción de mejoras en todos los ámbitos del hospital, tanto en el área sanitaria como de gestión y recursos

MEJORA	REVISIÓN/ APRENDIZAJE	AÑO
Sistema Kanban	Revisión del proceso	2004
Plan estratégico con metodología BSC	Planteamiento estratégico 2003	2004

CRITERIO 5 : PROCESOS

Subcriterio 5C

Diseño y desarrollo de los productos y servicios basándose en las necesidades y expectativas de los clientes.

ENFOQUE *Diseño e implantación de servicios.*

Dada su política de actualización continua, FHC mantiene una política estratégica para la implantación de sus nuevos servicios, que se rige por una dinámica establecida para la puesta en marcha de los mismos.

Conocer las necesidades de la población de referencia es una preocupación continua de la FHC, y por ello se dispone de mecanismos para su detección

- Comisión de participación ciudadano (1c)
- Participación en asociaciones médicas (1c)
- Participación en el SERIS (1c)
- Encuestas de satisfacción de clientes (5e)

Fruto de la reflexión estratégica (2c) y de las propuestas de mejora identificadas en los procesos se determinan a nivel de Equipo Directivo los nuevos servicios a prestar. Estos nuevos servicios son aprobados por el Patronato de la FHC (1c, 2c).

Una vez que se ha aprobado la introducción de un nuevo servicio, se sigue el siguiente proceso:

- Se diseña el servicio a prestar, su configuración, recursos humanos y materiales necesarios. Se avalúa que el servicio cumpla con los requisitos y objetivos de salida.
- Se realiza un estudio económico, presupuestario y de valoración de impacto social y medioambiental.
- Se establece un plan, diseñando las fases del proceso, y las evaluaciones correspondientes.
- Se instaure un periodo de prueba, y si demuestra su beneficio se procede a la puesta en marcha de la actividad con información al personal de la FHC y al Área 3 de Atención Primaria de La Rioja y centros de salud adscritos.

En cuanto a las conexiones externas, el área de salud de Rioja Baja dispone de la cartera de servicios de FHC vía web.

DESPLIEGUE

Este enfoque está implantado en FHC para la puesta en marcha de todos los nuevos servicios. Ejemplos de ello son:

AÑO	INCORPORACIÓN A CARTERA DE SERVICIOS	AÑO	INCORPORACIÓN A CARTERA DE SERVICIOS
2002	Unidad de cuidados medios	2002	Pulsiometría nocturna
2003	Artroscopia de hombro	2004	CPRE
2004	Reuma	2004	Consulta de colposcopia
2005	Telemedicina en colegios con aulas especiales	2005	Unidad de hospitalización a domicilio
2005	Diálisis peritoneal	2005	Unidad de corta estancia
2005	Unidad de endocrino	2005	Consulta capilaroscopia
2005	Unidad de alergias	2005	Consulta de dolor vertebral

EVALUACIÓN Y REVISIÓN

El Equipo Directivo. realiza la evaluación del enfoque de forma anual y utiliza como información la recogida principalmente de la revisión de las encuestas, resultados de los procesos (5b), informes de las comisiones (1d), resultados de las unidades de gestión, directrices del Patronato y las reuniones mantenidas con los distintos grupos de interés (1c) para la evaluación de los nuevos servicios

CRITERIO 5 : PROCESOS

Subcriterio 5D

Producción, distribución y servicio de atención, de los productos y servicios.

ENFOQUE *Gestión de los procesos asistenciales.*

FHC ha sistematizado toda su actividad asistencial y todos aquellos procesos que inciden directamente para garantizar las prestaciones de la misma, desde el aprovisionamiento (4c) a la capacitación de las personas que prestan los servicios (3b).

El mapa de procesos (anexo 4) muestra los flujos y circuitos establecidos por los que discurren el 100% de los procesos de atención sanitaria y de soporte de la FHC. Todos estos procesos han sido desarrollados, protocolizados y sistematizados, y se garantiza su ejecución por medio de auditorías de funcionamiento y control de los resultados de sus indicadores en el propio proceso y en la Comisión de Calidad (5a, 5b).

El sistema de definición de estos procesos contempla el análisis de las relaciones entre los mismos y respecto al exterior de la FHC. De esta forma, con la identificación de las relaciones entre los procesos se asegura:

- La coordinación entre procesos / servicios, mediante protocolos de ingreso, derivación y de indicación de pruebas entre los servicios que intervienen en la atención a los pacientes.
- Garantizar la concatenación de los diferentes subprocesos, mediante el diseño de todos los circuitos de admisión, citación y programación (reserva de cama, de jornada quirúrgica, de prueba diagnóstica, gestión de la historia clínica y tratamiento de la información sanitaria, etc.) incluidos en los procesos Hospitalización y Quirúrgico.
- Asegurar la trazabilidad de cada ejecución individualizado en cada paciente mediante el mantenimiento de un proceso documental estandarizado que es la Historia Clínica (4e), como eje conductor del proceso donde quedan registrados cada uno de los pasos relevantes del mismo.

Cada proceso asistencial es ejecutado en las unidades asistenciales y unidades de gestión clínicas, gestionadas por un Coordinador que se encarga de gestionar los recursos, tanto humanos como organizativos y materiales, así como la coordinación con otras unidades. Los gestores de proceso garantizan el cumplimiento de los procesos.

Estas unidades se gestionan según las dinámicas establecidas en 5a y 5b.

DESPLIEGUE

Todos los procesos están totalmente implantados y se gestionan en mejora continua por parte de los responsables de proceso y coordinadores de unidades de de gestión y asistenciales (5a, 5b).

Los procesos son controlados mediante auditorías que se realizan a los procesos asistenciales.

EVALUACIÓN Y REVISIÓN

Todos los procesos asistenciales disponen de sus indicadores y objetivos, así como cada unidad de gestión clínica.

La gestión de estos resultados es mensual, mediante su valoración por parte de cada coordinador de la unidad de gestión y por parte de los gestores de proceso. Posteriormente la Comisión de Calidad hace un seguimiento de los resultados de los indicadores de proceso y la Comisión de Dirección valora los resultados de las unidades de gestión.

Como ejemplos de mejora en los procesos asistenciales se pueden citar las siguientes:

MEJORA	FUENTE REVISIÓN/ APRENDIZAJE	AÑO
Artroscopia de hombro	Revisión proceso quirúrgico	2003
Reorganización de la citación	Revisión proceso de consultas	2003
Rediseño y estructuración de la CMA	Ampliación de cartera de servicios	2003
Consultas mixtas	Encuesta de clientes	2004
Tratamiento de patologías con espasticidad con toxinas botulínicas	Revisión proceso de consultas	2004
Implantación H-His	Revisión proceso hospitalización	2005
Artroprastia de cadera mínimamente invasiva	Revisión proceso quirúrgico	2005
Sistema informático de dispensación de medicamentos	Revisión de proceso de hospitalización	2005
Nefrectomía, protatectomía abierta y nuevas técnicas de ORL (cáncer de laringe y cirugía de cuello)	Revisión del proceso quirúrgico	2005

Enfoques adicionales aplicables a este subcriterio	Despliegue	Medidas de la eficacia/ referencias a resultados
Proceso de Logística	Implantado y certificado según ISO 9001:2000	Indicadores del proceso
Gestión de la cartera de servicios	La cartera de servicios se actualiza anualmente y está disponible para AP vía web	
Gestión de la Historia Clínica	Proceso implantado en toda la actividad asistencial de FHC	
Instauración de vías clínicas en procesos asistenciales	En desarrollo desde 2005	

CRITERIO 5 : PROCESOS	Subcriterio 5E
Gestión y mejora de las relaciones con los clientes.	

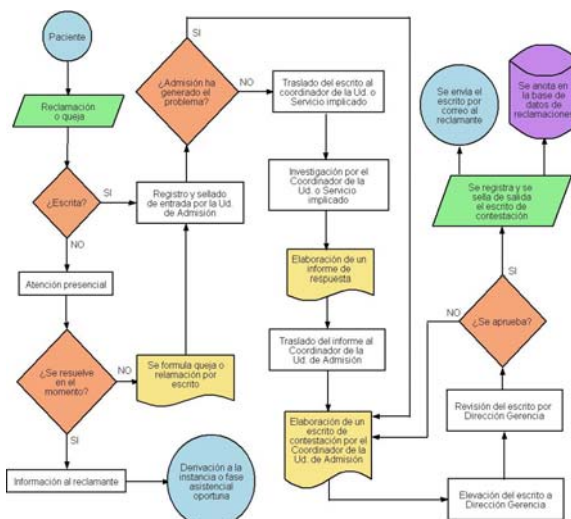
ENFOQUE *Proceso de Atención al Paciente*

FHC ha desarrollado múltiples enfoques con el fin de acercar su actividad al paciente y captar la máxima información posible que le permita orientar su actividad hacia la satisfacción de los mismos.

Algunos de estos enfoques han sido descritos en 1c, 2a y 5c.

Además de estos, FHC dispone de un servicio atención al paciente y familiares abierto para dar respuesta a cualquier situación de necesidad o demanda por parte de los mismos. La actividad de este proceso consiste en proporcionar información, resolver dudas sobre asuntos relacionados con la asistencia, solucionar trámites administrativos como petición de documentación, gestión de prótesis, cesión de material sanitario, transporte sanitario, etc.

El solicitante siempre recibe una respuesta verbal o escrita aún en los casos en los que no se pueda responder a la demanda. Los plazos de resolución de quejas y reclamaciones están definidos con un máximo de 14 días.



DESPLIEGUE

El proceso de Atención al Paciente ha sido certificado según la norma ISO 9001:2000 y su funcionamiento es auditado y gestionado al igual que el resto de procesos (5a, 5b)

EVALUACIÓN Y REVISIÓN

Al igual que el resto de procesos, la atención al paciente es evaluada y revisada periódicamente. Para ello se usan distintos indicadores relacionados con la satisfacción de los mismos con respecto a este servicio:

- Índice de satisfacción con la atención al paciente.
- Índice de quejas y reclamaciones, segmentado por áreas.
- Tiempo medio de respuesta a pacientes.

MEJORA	FUENTE REVISIÓN/ APRENDIZAJE	AÑO
Certificación ISO	Plan estratégico	2004
Desarrollo de la BD de quejas y reclamaciones	Revisión del proceso	2005

Enfoques adicionales aplicables a este subcriterio	Despliegue	Medidas de la eficacia/ referencias a resultados
Encuestas de satisfacción de clientes	Implantadas semestralmente desde 2001 y certificadas en sistema ISO 9001:2000	IS de clientes
Proceso de Gestión de reclamaciones	Certificado en sistema ISO 9001:2000	Nº de quejas y reclamaciones
Comisión de participación ciudadana	Implantado sistemáticamente desde 2001	
Seguimiento de pacientes y continuidad de cuidados	Siempre que es posible el paciente es seguido por el mismo médico y misma enfermera.	
Participación en el SERIS	Integrados en la Comisión de dirección y Patronato desde Junio 2005	
Citación y gestión de listas de espera de consultas y cirugía	Implantadas certificadas en sistema ISO 9001:2000	Demora Lista de espera
Gestión de solicitudes de documentación clínica	Implantado y certificado en sistema ISO 9001:2000	
Gestión de documentación oficial	Implantado y certificado en sistema ISO 9001:2000	

Tendencias generales en los resultados

FHC ha alcanzado unos excelentes resultados en su gestión que le han hecho acreedor del reconocimiento TOP 20 entre 30 hospitales comarcales de España que suponen el 60% de los hospitales de este nivel, en los años 2003, 2004 y 2005, y evolucionando en estos años desde el puesto 5º en 2003 hasta el 3º en 2005.

Dado su carácter público FHC no presenta beneficios económicos, pero su eficiente gestión le ha permitido que los recursos de que dispone, fundamentalmente provenientes del presupuesto pactado con la Consejería de Salud de La Rioja, hayan valido para absorber un crecimiento en la demanda superior al 35 %. Estos resultados han sido acompañados por un excelente nivel de servicio como se refleja en la evolución de la posición TOP 20 y en los resultados de las encuestas de satisfacción de clientes, con puntuaciones sostenidas superiores a 8 en los principales parámetros de satisfacción. Estos parámetros solo descienden en aspectos de instalaciones y ello es debido a las importantes obras de ampliación del hospital.

Respecto a resultados de personas, en los últimos ejercicios FHC ha mejorado estos resultados, tanto aquellos directos como los indirectos. Los índices de absentismo y fuga de profesionales cumplen los objetivos fijados y se denota una mejoría en los resultados de las encuestas de satisfacción de personas

Segmentación de resultados

Resultados en clientes: se dispone de resultados de encuestas de satisfacción desde el año 2002 en oleadas semestrales. Estos resultados se obtienen de forma global y segmentados por proceso y áreas de satisfacción. Se dispone además de resultados de quejas y reclamaciones de cliente segmentadas por tipo, origen (cabecera de comarca) y unidad objeto de la reclamación.

Resultados en las personas: en los años 2003, 2004 y 2005 se han realizado encuestas directas de satisfacción de personas, con un incremento gradual en la participación. Este hecho es relevante pues las encuestas son totalmente voluntarias y anónimas. Los resultados son segmentados por grupos profesionales y aspectos de satisfacción.

Resultados en la sociedad: dado que FHC está certificado por EMAS se dispone de numerosos indicadores de impacto medioambiental segmentados por tipo de residuo o consumo. Se dispone de indicadores de imagen en medios de comunicación que se pueden segmentar por medio origen de la noticia. Está previsto para final de 2005 desarrollar una encuesta directa de percepción con la FHC a alcaldes y representantes sociales del ámbito de influencia de la FHC.

Resultados clave: FHC dispone de una gran cantidad de información cuantificada de su rendimiento. Esta información se compone de resultados en indicadores de proceso, que están segmentados para cada proceso. Además los grandes indicadores de FHC contenidos en su Cuadro de Mando y que son objeto de pacto con la Consejería de Salud de La Rioja se encuentran segmentados por proceso y unidad de gestión.

Relaciones causa-efecto y referencias cruzadas que se pueden establecer entre los Agentes Facilitadores y los Resultados mostrados en las páginas posteriores

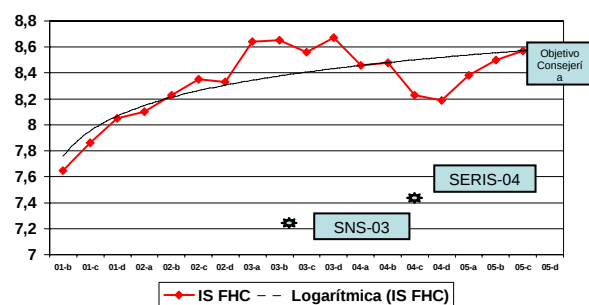
La evaluación de los resultados de FHC en los últimos años es una consecuencia clara de las políticas adoptadas que han girado entorno a la mejora de la organización del hospital hacia una gestión por procesos efectiva que garantizase la máxima eficiencia en la actividad del hospital y la calidad en el servicio que se presta a los pacientes y familiares, con la implicación directa de los profesionales en el diseño y gestión de la prestación del servicio. Los grandes hitos en la gestión han girado sobre:

- Desarrollo de los sistemas de gestión por procesos.
- Desarrollo de los sistemas de planificación.
- Desarrollo de la autonomía y control en unidades de gestión.

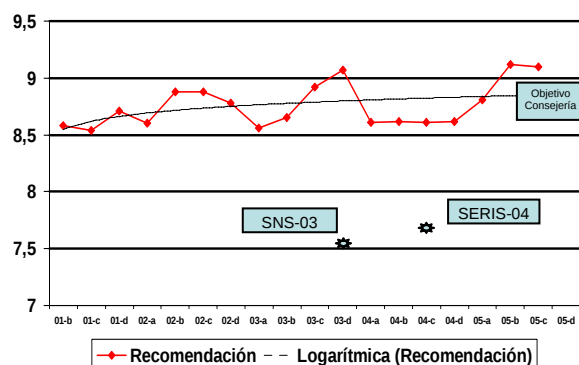
Ello ha propiciado una mejoría en los resultados clave de FHC que se han traducido en pasar del 5º al 3er puesto en el ranking TOP 20 entre el 2003 y el 2005.

Medidas de percepción

Desde su apertura en el 2001 la FHC ha realizado encuestas de satisfacción de clientes que han mantenido de forma homogénea las variables analizadas. En el 2003 se valoró como benchmarking la encuesta de satisfacción del SNS del 2003 y en el 2004 la encuesta de satisfacción de la sanidad riojana. Asimismo se ilustran en los gráficos los objetivos marcados por la Consejería en sus contratos.

Índice de Satisfacción General con la FHC

La satisfacción general de la FHC ha mejorado significativamente desde el 2001. El descenso producido entre el 2003 y el 2004 ha sido debido a la incapacidad para absorber la demanda inducida por una notable demanda, que no ha sido equilibrada hasta el 2005.

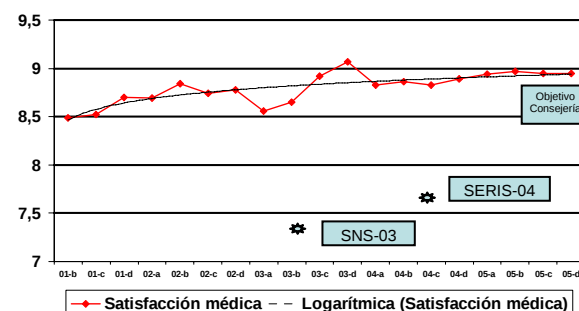
¿Recomendaría Usted el Hospital?

Los porcentajes de clientes que recomendarían el hospital se han mantenido estables durante los 5 años de historia del Hospital. El descenso de Otoño de 2004 explicado previamente se ha revertido ampliando los recursos físicos, inmuebles y humanos especializados durante el 2004-05.

Calificación del Hospital por aspectos

	2001	02-a	02-b	03-a	03-b	04-a	04-b	05-a	05-b
Consultas	7,47	7,85	8,08	8,03	8,00	8,10	8,23	8,34	8,41
Urgencias	7,09	7,70	8,10	8,03	7,98	8,02	8,1	8,20	8,35
Quirófanos	7,68	8,18	8,40	8,53	8,40	8,54	8,64	8,71	8,87
Hospital	8,10	8,48	8,58	8,55	8,48	8,32	8,46	8,54	8,75
Diagnostico	7,61	7,95	8,33	8,30	8,30	8,24	8,34	8,42	8,45

La percepción de los clientes por los distintos aspectos y procesos hospitalarios ha ido mejorando progresivamente en los 5 años de seguimiento, fundamentalmente al mejorar la percepción de urgencias y consultas.

Índice de Satisfacción Atención Médica

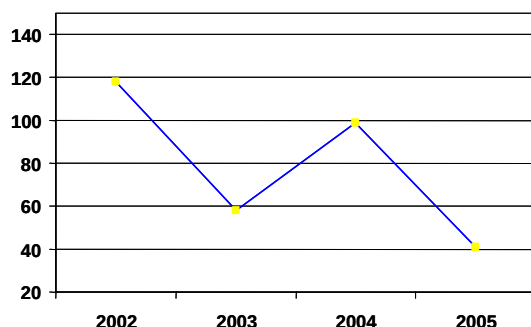
La satisfacción con el personal médico es uno de los aspectos sobresalientes de la FHC a lo largo de estos años, mejorando significativamente los resultados del SERIS o del SNS gracias a presentar un sistema de procesos asistenciales centrado en el paciente.

Resultados adicionales	Segmentación	Tendencias	Objetivos	Comparaciones	Causas
% Mejoras recomendadas por pacientes	Por tipo de mejora	Positivas	No a lugar	No Disponible	Contratación de especialistas y creación de consultas nuevas
Valoración negativa de calidad del proceso asistencial	Por proceso	Variables (positivas al eliminar las peor valoradas)	Cambiar las variables peor valoradas de cada proceso (metodología six-sigma)	No disponible	Análisis de los ciclos asistenciales y de las inversiones realizadas
Valoración de insatisfechos	Por proceso	Positivas		No Disponible	Análisis de las demandas generadas

Indicadores de rendimiento

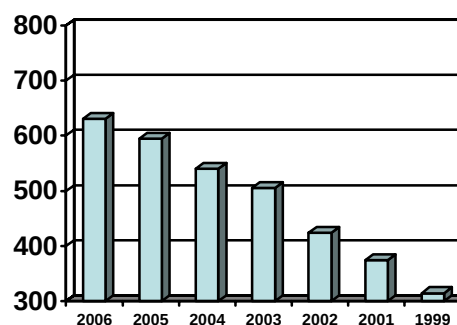
La satisfacción del cliente en el subcriterio 6B se ha analizado midiendo los criterios de satisfacción indirectos basados en el incremento de demanda asistencial "sensible" como son los partos, y el aumento de demanda de pacientes provenientes de otras áreas en las que poseen servicios sanitarios a los que puedan acudir. Además se han incluido los índices de quejas y reclamaciones ajustados al nivel de producción hospitalaria (UCH /año).

Nº Quejas y Reclamaciones



El número de quejas y reclamaciones ha descendido desde el inicio de la actividad de FHC, especialmente en el último año teniendo en cuenta que desde 2004 se contabilizan quejas verbales y reclamaciones (antes no se contabilizaban quejas verbales)

Partos Asistidos



El parto es una actividad sanitaria que en el caso de poder optar por centro sanitario (como es La Rioja) indica la aceptación sanitaria del centro. Desde el 2002 la profesionalización del equipo de matronas, la oferta de epidural en el 100% de casos y unos nuevos paritorios han incrementado el número de partos hasta un 200% de los esperados por el plan del INSALUD (1999).

Pacientes intervenidos quirúrgicamente de otras áreas de salud en CMA

MUNICIPIO	2001	2002	2003	2004	2005	TOTAL
CALAHORRA	419	905	853	856	919	3952
ALFARO	192	380	329	372	392	1665
ARNEDO	260	264	232	254	360	1370
AUTOL	76	145	153	146	176	696
RINCON DE SOTO	75	95	111	121	175	577
LOGROÑO	42	126	108	120	192	588
PRADEJON	60	90	82	84	110	426
ALDEANUEVA DE EBRO	54	101	70	80	104	409
CERVERA	34	74	61	87	94	350
QUEL	45	49	43	42	85	264

La especialización de la FHC en técnicas innovadoras de CMA (especialmente en las Unidades de COT y Cirugía General) ha hecho que los pacientes del Area II (Logroño) hayan incrementado su presencia en un 500% en los 5 años analizados. Logroño es el 6º municipio con mayor número de intervenciones por CMA y consume un 12% de los recursos quirúrgicos del Hospital.

Pacientes atendidos procedentes de otras áreas de salud

Primeras consultas						
MUNICIPIO	2001	2002	2003	2004	2005	TOTAL
Calahorra	7158	6353	6379	6433	7871	34194
Arnedo	1858	1971	1940	1780	1901	9450
Alfaro	1283	1386	1356	1491	1655	7171
Autol	1135	1016	995	967	1283	5396
Navarrete (Navarra)	733	843	777	765	995	4113
Rincon de Soto	749	743	654	746	935	3827
Pradejon	992	504	505	783	807	3591
Quel	543	812	738	778	728	3599
Aldea Nueva de Ebro	660	629	489	635	670	3083
Cervera del Rio Alhama	378	397	422	350	458	2005
Villar de Arnedo	212	216	186	196	225	1035
Logroño (Area II)	193	172	163	183	366	1057
Igea	111	186	156	128	139	720

La disminución de la demora media en las consultas externas ha hecho que el número de habitantes de otras áreas limítrofes (Logroño, Navarrete) incrementen su afluencia a nuestro centro. La Cirugía Mayor Ambulatoria asimismo ha incrementado el número de cirugías provenientes de estos focos de población (especialmente Logroño).

Resultados adicionales	Segmentación	Tendencias	Objetivos	Comparaciones	Causas
Exitus	Por procesos	Positivas	Ser TOP 20	TOP 20	Estandarización de procesos y procedimientos.
Consentimiento informado	Por Unidades	Positivas	>92%	Propias	Inclusión en contratos de unidades de gestión
Informe de alta en mano	Por Unidades	Positivas	Clausula adicional	Osakidetza (Plan de calidad)	Inclusión en contratos de unidades de gestión

CRITERIO 7 : RESULTADOS EN LAS PERSONAS

Subcriterio 7A

Medidas de percepción

Con el objetivo de valorar la percepción de los trabajadores con la empresa la FHC realiza en otoño desde el año 2003 encuestas de clima laboral. La encuesta es autorrellenada de forma anónima por los trabajadores y la evaluación se realiza entre unos valores de 0-6. En el 2003 participó el 58,8% de la plantilla, en el 2004 el 32,3% y en el 2005 se ha superado el 40% (objetivo del BSC)

Indice de Satisfacción General

Puntuación de 1-6 (Punto medio 3)	2003	2004	2005
SATISFACCIÓN GENERAL	2,93	3,24	3,76
P56. Me encuentro satisfecho en mi puesto de trabajo.	2,93	3,24	3,76
P57. Me siento "quemado" por mi trabajo	3,65	3,3	2,62
P58. Cada año llego más cansado a mi puesto de trabajo después de vacaciones.	3,08	3,3	2,68
P59. Siento mucha presión en el trabajo	4,34	3,74	3,02
Base	173	120	197

En el periodo 2003-05 la satisfacción general subió 0,8 décimas, debido al cambio de orientación de la dirección. El índice de satisfacción del SERIS en el 2004 era de 1,76, con una encuesta similar a la realizada en FHC.

Percepción de canales de comunicación

	2003	2004	2005
COMUNICACION INTERNA	2,97	2,77	3,19
P45. Tengo suficiente información para la correcta ejecución de mi trabajo.	2,88	2,87	3,38
P46. Recibo información suficiente y adecuada sobre las decisiones de la Dirección.	2,27	1,98	2,37
P47. La información de mis responsables hacia mi es buena en calidad y fluidez.	2,51	2,4	3,09
P48. La información que doy a mis responsables es buena en calidad y fluidez	4,57	4,28	4,48
P49. Recibo una comunicación e información suficiente y adecuada sobre los temas fundamentales de la FHC.	2,68	2,33	2,63
Base	173	120	197

Los canales de comunicación interna deteriorados con el incremento de plantilla y complejidad de la organización se han reestructurado basándose en comunicación con mandos intermedios, la Intranet y el correo electrónico.

Indice de Satisfacción con la Formación

	2003	2004	2005
FORMACION	2,41	2,50	3,10
P6. Fundación Hospital Calahorra (FHC) se ha ocupado de mi formación para mi puesto de trabajo.	1,95	1,96	2,66
P7. Considero adecuadas las posibilidades de formación para mi desarrollo profesional que me ofrece la FHC.	1,94	2,16	2,92
P8. FHC se preocupa por las necesidades de formación de los trabajadores.	2,08	2,25	3,05
P9. FHC se preocupa por las peticiones de formación de los trabajadores.	2,21	2,24	2,70
P10. Sólo se me encomiendan tareas para las que tengo suficiente formación.	2,51	2,58	3,20
P11. En mi trabajo puedo poner en práctica mis conocimientos.	3,79	3,83	4,06

Tras nueve meses de cambiar la política formación se comenzó a valorar positivamente la formación recibida, mejorando considerablemente en su segundo año (puntuación SERIS: 1,65).

Aspectos que mejoran la satisfacción

Aspectos a mejorar	2003	2004	2005
	%	%	%
Ns/Nc	2,9	0,8	2,0%
Retribución	71,1	65,8	61,4%
Condiciones de trabajo	53,8	40,0	41,1%
Promoción y desarrollo profesional	28,3	35,0	36,5%
Reconocimiento al trabajo	27,2	36,7	35,0%
Ambiente Laboral	17,9	24,2	25,9%
Formación	20,2	30,0	21,8%
Percepción de la dirección	13,3	11,7	17,8%
Relación con mando	19,7	20,0	14,7%
Comunicación interna	8,1	5,0	14,2%
Organización y funciones	19,7	20,0	13,7%
Participación	9,2	8,3	9,1%
Total	100	100	100%

Desde el 2003 el reconocimiento laboral, la promoción profesional y la formación fueron los elementos más valorados, fruto de una política de formación, promoción profesional y retribución mejorada especialmente por el nuevo Convenio.

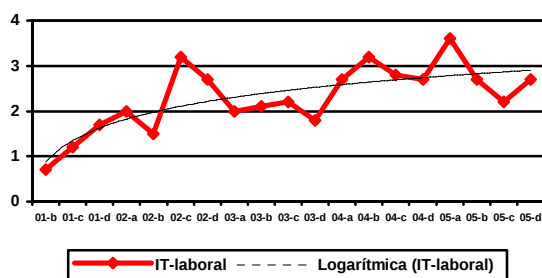
Resultados adicionales	Segmentación	Tendencias	Objetivos	Comparaciones	Causas
Condiciones de trabajo	Por grupo profesional	Positiva (0,5 / año)	CMI 05-07	SERIS (2004)	Convenio colectivo liP
Retribución	Por grupo profesional	Positiva (0,1 / año)	CMI 05-07	SERIS (2004)	Convenio colectivo liP
Promoción y desarrollo	Por grupo profesional	Positiva (0,1 / año)	CMI 05-07	SERIS (2004)	Convenio colectivo liP
Organización y funcionamiento	Por grupo profesional	Positiva (0,2 / año)	CMI 05-07	SERIS (2004)	Convenio colectivo liP
Ambiente laboral	Por grupo profesional	Estable	CMI 05-07	SERIS (2004)	Convenio colectivo liP
Tasa de participación	No Disponible	Positiva	>40%	SERIS (2004)	Entrega por parte de coordinadores y explicación personalizada.

CRITERIO 7 : RESULTADOS EN LAS PERSONAS

Subcriterio 7B

Indicadores de rendimiento

Absentismo

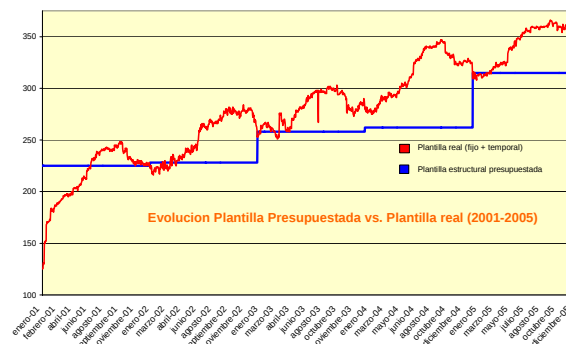


La evolución del Índice de Absentismo por Incapacidad Temporal (IT), tanto común como profesional, nunca ha alcanzado el límite máximo establecido (4%) o se acerca al admitido por el SERIS (14%).

Entre las medidas adoptadas para favorecer una correcta evolución del indicador han sido:

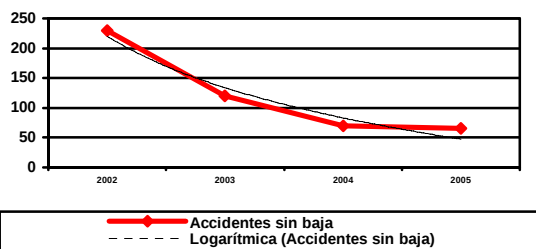
- Mejorar el pago del complemento de la prestación por IT durante los periodos de baja en función de la evolución trimestral del indicador (en 2002).
- No complementar dicha prestación si el índice general de absentismo de la FHC en un trimestre dado supera el 4% Convenio Colectivo FHC 2005-2007

Evolución de plantilla



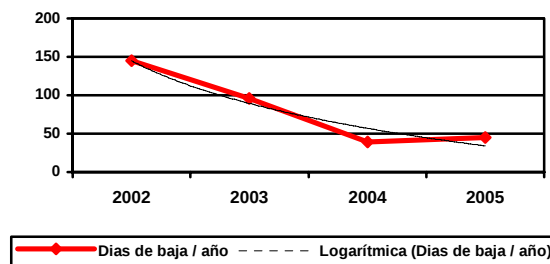
El incremento de la actividad del hospital ha conllevado un aumento proporcional de la plantilla. Con el fin de ir ajustando la proporción de trabajadores temporales frente a fijos una vez que la actividad se consolida, se realizan procesos masivos de personal (abril '03 y enero '04). Entendemos que la mejora en la situación laboral se traduce en una mayor satisfacción de las personas por su pertenencia a FHC.

Accidentes sin baja laboral



El número de accidentes sin baja laboral asocia el número de trabajadores con conocimientos específicos de los riesgos de su puesto de trabajo. Este índice ha disminuido al rebajarse la rotación por los puestos de trabajo y realizarse charlas de incorporación al puesto de trabajo (planes de acogida).

Incidencia de Siniestralidad

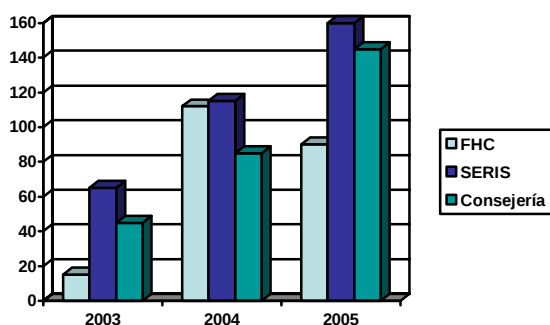


El descenso a partir de 2002 puede explicarse por las medidas de mejora adoptadas: por un lado, se organizan charlas informativas y formativas en el manejo de cargas para todo el personal, y por otro, se empiezan a sustituir los catéteres existentes por catéteres de seguridad.

Resultados adicionales	Segmentación	Tendencias	Objetivos	Comparaciones	Causas
Inversión en formación	Por unidades	Positivas	>1% Presupuesto	ND	Aumento del presupuesto anual de formación
% plantilla que recibe formación	Por unidades	Positivas	ND	ND	Aumento del presupuesto, formación por unidades
Rotación interna	ND	Estable	ND	ND	Política estructurada de movilidad interna
Gasto en beneficios sociales	Por Colectivos	Muy positiva	>30%	ND	Revisión de la política laboral fruto de resultados de satisfacción de personas
Fuga de profesionales	Por Unidades	Positiva y cumpliendo objetivos	<5%	ND	Revisión de la política laboral
% Plantilla que participa en sistemas de gestión	Por Unidades	Positiva	>7% de plantilla	ND	Despliegue de sistemas de gestión
Balance de personal	Por Unidades	Creciente	ND	ND	Incremento de actividad que conlleva nuevas incorporaciones
Nº convocatorias públicas de empleo	Por colectivo	Creciente	ND	ND	

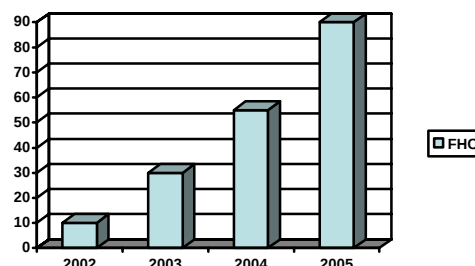
Medidas de percepción

Desde el 2003 en que la FHC recibió el galardón “Premio cardo” de la prensa de la Rioja Baja se ha establecido un nexo de comunicación con los medios de prensa, potenciando la aparición de sus trabajadores en los medios e impulsando su conexión con el entorno social y cultural de la Rioja Baja. Ello ha permitido tener un índice de apariciones en prensa proporcionalmente superior al de empresas sanitarias con mayor entidad presupuestaria y social e iniciar un reconocimiento social por sus actividades realizadas en el área.

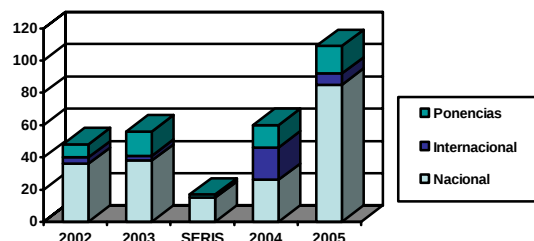
Índice de apariciones positivas en prensa

A cada noticia publicada respecto a FHC se le da una puntuación positiva o negativa en función del tratamiento que se hace de FHC, calculando el balance entre todas las noticias aparecidas.

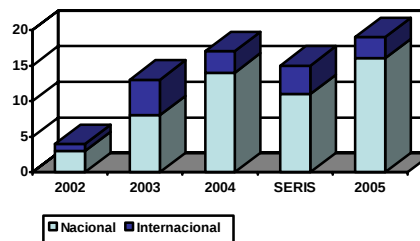
Se revisan medios de comunicación locales y nacionales. El notable incremento producido durante el 2004 se ha visto empañado este año por el “caso de la escombrera” que se ha conseguido encauzar a finales del 2005. La mejoría del SERIS y la Consejería es debido a la contratación de una agencia de publicidad (no contemplada en nuestra partida presupuestaria).

Felicitaciones recibidas

Se incluyen aquellas felicitaciones oficiales realizadas por los Ayuntamientos de la zona, corporaciones, asociaciones de pacientes o vecinos, colegios profesionales, etc. La política de conexión con las instituciones (2003-05) ha hecho más proclive a los ayuntamientos y entes a felicitar a la FHC por sus logros obtenidos. Esta mejora es más sustancial con el “aluvión de felicitaciones y mensajes de apoyo ocasionados como “rebote” del “caso de la escombrera”.

Índice de comunicaciones a congresos

Este resultado presenta un notable incremento tras haber sido incluido como objetivo institucional y de unidades. Los resultados se encuentran segmentados por Unidades y procesos. Desde el 2004 cada Unidad recibe una subvención económica para que el primer autor pueda realizar su aportación científica completamente avalado por la FHC. La política corporativa premia las comunicaciones científicas a todos los niveles, sanitarios y de soporte desde el 2004.

Índice de publicaciones científicas

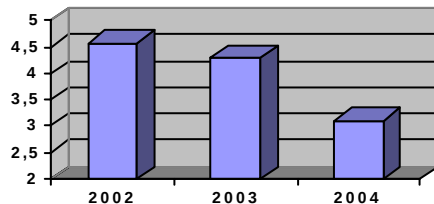
Este resultado presenta un notable incremento tras haber sido incluido como objetivo institucional y de unidades. Los resultados se encuentran segmentados por Unidades y procesos. El CHSM sirve de referente a pesar de contar con una plantilla médica que quintuplica la actual de la FHC y de contar con una Unidad de investigación propia. La FHC distribuye sus publicaciones entre todos los colectivos profesionales sanitarios.

Resultados adicionales	Segmentación	Tendencias	Objetivos	Comparaciones	Causas
Apariciones en programas de radio o televisión divulgativas	Por Unidades	Positivas	No disponible	No disponible	Concienciación de los elementos directivos de la necesidad de mejorar la cultura sanitaria del entorno social.
Galardones recibidos	Por Unidades	Positivas	No disponible	No disponible	Incremento de la percepción social del trabajo realizado por la FHC.

Indicadores de rendimiento

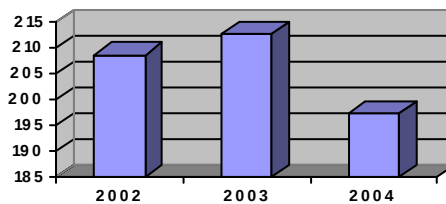
Dentro de sus actuaciones con el entorno social la FHC se ha preocupado de potenciar el respeto medioambiental. La FHC dispone de un sistema de gestión ambiental normalizado, siguiendo la norma ISO 14001:2004 y EMAS certificados ambos durante el 2005. Fruto de ello es una política ambiental en la que a pesar de incrementarse un 35% la actividad hospitalaria el consumo de elementos críticos ambientales (agua o electricidad) ha disminuido, así como la generación de residuos contaminantes. El ser respetuoso con la sociedad y educarla en los aspectos ambientales sanitarios son otros de los aspectos indirectos desarrollados con la política EMAS.

Consumo de agua ajustado a unidades de producción hospitalaria (m3/UCH)



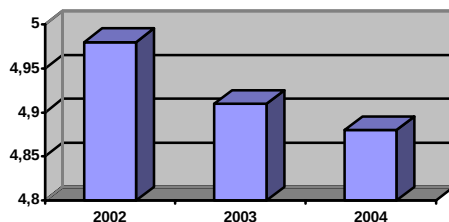
La disminución en el consumo de agua se puede explicar por la implantación de xerojardines, fluxómetros en los lavabos y el uso generalizado de duchas.

Consumo de electricidad ajustado a unidades de producción hospitalaria (kv/UCH)



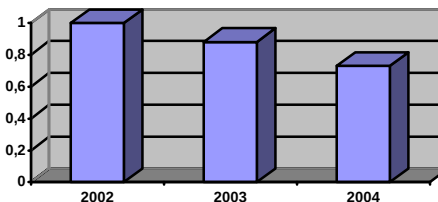
La política de uso racional de la electricidad (2002), el uso de sensores lumínicos (2004) y la racionalización del uso del TAC y la RMN han mejorado el consumo de electricidad.

Generación de residuos tipo I, por Unidad de Complejidad Hospitalaria.



La progresiva informatización de la historia clínica, la eliminación de la documentación en papel (2003) e introducción de archivos pdf (2005), la concienciación sobre reciclaje (2002) Han disminuido notablemente el consumo de papel.

Generación de residuos tipo III y IV por Unidad de producción Hospitalaria.

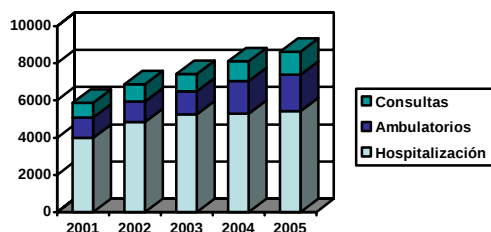


Los residuos tipo II y IV son los elementos tóxicos más ligados a la actividad hospitalaria y que impactan de forma más directa en la sociedad. Su disminución a pesar del incremento de actividad es debido al progresivo incremento de vías clínicas (uso racional de medicación) y de la informatización global del hospital.

Resultados adicionales	Segmentación	Tendencias	Objetivos	Comparaciones	Causas
Importe de donaciones	No disponible.	Positivas	No	No Disponible	Mejorar en el sistema de contratación de productos.
Asistencias a congresos y publicaciones	Por unidades	Positivas	Sí (Incluidos en el contrato de calidad 2004)	Sí, sistema riojano de salud y fundación rioja salud. Benchmark de calidad asistencial	Formulado como objetivo de FHC
Nº proveedores verdes	Segmentado por tipo de proveedores	Positivas	100% (cumplido en el 2004)	ND	Se ha trabajado en incluir aspectos medioambientales en las condiciones de contratación
Apariciones en programas de radio o televisión divulgativas	Por Unidades	Positivas	No disponible	No disponible	Concienciación de los elementos directivos del marketing sanitario.
Artículos o conferencias divulgativas de carácter sanitario	Por Unidades	Positivas	No disponible	No disponible	Concienciación divulgativa de las Unidades Clínicas

Resultados Clave del Rendimiento de la Organización

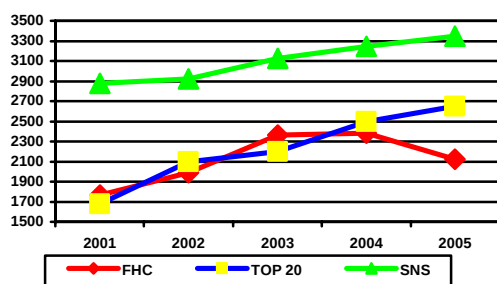
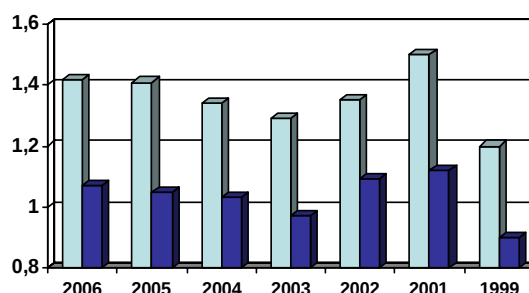
Desde el 2003 el hospital ha tratado de realizar una gestión sanitaria basada en la trazabilidad del proceso sanitario, su eficacia basada en la mejora de la eficiencia sanitaria aplicada al área, la absorción de la incrementada demanda asistencial del área de salud. Y la optimización de sus procesos más complejos. Entre sus indicadores se incluye el establecido por los TOP 20 como indicador centinela de eficacia económica sanitaria el coste por unidad de producción.

Actividad Total Hospitalaria en UCHs**Actividad Hospitalaria por eficacia sanitaria**

	USA	SNS	TOP 20	FHC 2001	FHC 2002	FHC 2003	FHC 2004	FHC 2005
Camas Hosp.	2,2	3,1	2,8	1,45	1,29	1,28	1,24	1,24
Ingresos	89	107	76	51,3	52,4	48,4	45	50,4
Urgencias	274	508,1	315,5	289	276	263	259	200,6
Estancia media	5,8	9,0	4,7	4,89	4,72	4,54	4,43	4,15
% ocupación	72%	79,6%	84%	58%	57%	54%	53%	47%
Coste TIS ajustado	325 €	345 €	287 €	246€	264€	304€	267 €	289€

La actividad del hospital ha ido incrementándose desde su creación, debido al incremento de demanda (hospitalización) y a la derivación de procedimientos y procesos a zonas subagudas como son las consultas y los procesos ambulatorios.

La eficacia sanitaria implica la efectividad comparada de la FHC con nuestro benchmark de Hospitales Top20 (8 mejores del sector) y resto de hospitales del SNS o USA. Tanto menor el número de ingresos, urgencias, o de ocupación tanto mayor el éxito de programas de salud o ambulatorización de pacientes del área de influencia.

Coste por unidad de producción (€/UCH)**Peso medio del Hospital**

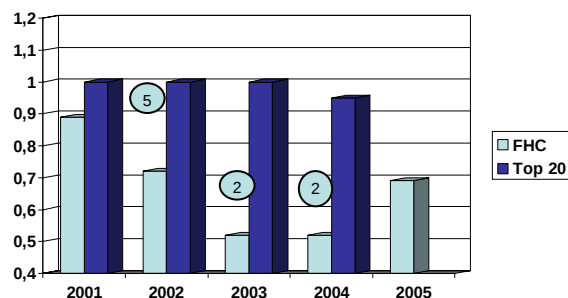
El costo por unidad de producción indica la eficiencia del hospital en la gestión de sus procesos. La FHC tiende a igualarse al coste de los hospitales TOP 20 tras integrar en su gestión organizativa la gestión por unidades y procesos.

El peso medio del Hospital indica el grado de complejidad que habitualmente maneja. El benchmark de hospitales comarcales (TOP 20 nivel 1, barra azul oscura) tiene un peso medio de 0,97. Los hospitales del SNS (sin discriminar volumen de recursos) es 1,42.

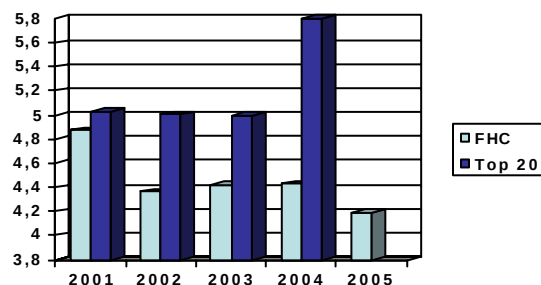
Resultados adicionales	Segmentación	Tendencias	Objetivos	Comparaciones	Causas
Lista de espera	Por proceso/ unidad	Positivas	Fijados por la Consejería	SERIS SNS	Incremento de recursos físicos y humanos. Gestión por procesos.
Demora media	Por proceso / unidad	Positivas	Fijados por la Consejería	SERIS SNS	Incremento de recursos físicos y humanos. Gestión por procesos.
Cumplimiento presupuestario	Por Unidades y procesos (2005)	Positivas	Balance	Modelo DEA interno (2005)	Gestión por procesos. Unidades de Gestión Clínica (UGC-2005)
Coste por alta	Por Unidades y procesos (2005)	Positivas	Balance	Modelo DEA interno (2005)	Gestión por procesos. UGC
Altas de hospitalización	Por Unidades y procesos (2005)	Positivas	Balance	Modelo DEA interno (2005)	Gestión por procesos. UGC
Actividad quirúrgica ambulatoria	Por Unidades y procesos (2005)	Positivas	Balance	Modelo DEA interno (2005)	Gestión por procesos. UGC
Tesorería	Por Unidades y procesos (2005)	Estables	Balance	Modelo DEA interno (2005)	Contabilidad analítica.
Facturación a terceros	Urgencias	Estables	Superar el 3%	No	Benchmarking Proceso de Admisión en Urgencias.

Indicadores Clave del Rendimiento de la Organización

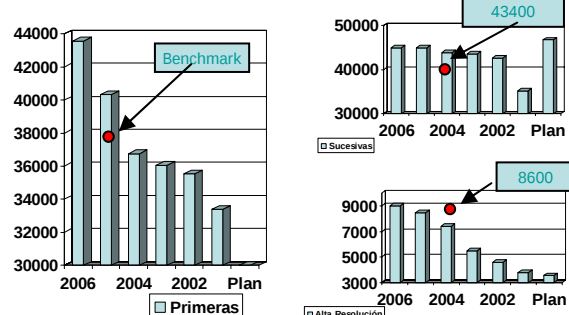
Desde su creación la FHC incluye como objetivos estratégicos los fijados por la organización IASIST para evaluar a los 4 mejores hospitales de cada sector sanitario (TOP 20). Estos indicadores de eficiencia sanitaria siempre han estado incluidos entre los indicadores estratégicos de la FHC y comparados con el benchmark de mejores hospitales TOP 20, resto del SNS e incluso hospitales europeos, americanos y asiáticos (grupo del Nations Health Career). Desde el 2004 la aplicación a toda la organización de gestión asistencial por procesos ha significado una enorme mejora del sistema asistencial.

Índice de Mortalidad ajustado al riesgo (IMAR)

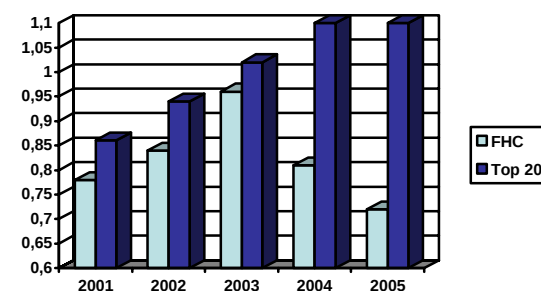
El índice de mortalidad ajustado al riesgo evidencia la capacidad del hospital de resolver sus ingresos de la forma más satisfactoria posible, evitando la mortalidad de sus pacientes. Implica una adecuada selección de pacientes, procedimientos y procesos.

Estancia Media ajustada al riesgo (EMAR)

La estancia media ajustada al riesgo es un indicador estratégico analizado por los TOP20 desde su creación. Implica analizar la eficacia de la organización hospitalaria en resolver de forma segura y eficiente sus ingresos hospitalarios. La FHC basa parte de su estrategia en optimizar los ingresos y las estancias medias según sus procesos (segmentación a nivel de unidades y procedimientos).

Resolución en consultas externas

Desde el 2004 los TOP 20 han incluido el nivel de resolución de consultas externas como un elemento de capacidad de resolución hospitalaria. El incremento de primeras consultas y de consultas de alta resolución han hecho de la FHC líder de este segmento del mercado. El benchmark es el promedio de los hospitales de Tudela y Zumárraga (Q oro 2005 y finalista premio europeo 2005)

Índice de readmisiones ajustada al riesgo (REAR)

El índice de readmisiones ajustado al riesgo implica la eficacia del manejo del hospital con respecto a sus procesos. Cuanto menor sea tanto más eficiente será la organización asistencial del centro sanitario. En el 2004-05 la mejora sustancial respecto al benchmark es debida a la aplicación sistemática de procesos asistenciales a todo el hospital.

Resultados adicionales	Segmentación	Tendencias	Objetivos	Comparaciones	Causas
Actividad hospitalaria	Por unidad	Positiva	CMI 05-07	SERIS / SNS NHC	Incremento de la demanda. Optimización de recursos
Actividad quirúrgica	Por unidad	Positiva	CMI 05-07	SERIS / SNS NHC	Incremento de la demanda. Optimización de recursos
Actividad en Urgencias	Por complejidad	Positiva (disminución)	CMI 05-07	SERIS / SNS NHC	Incremento de la demanda. Optimización de recursos
Actividad en Consultas	Por unidad	Positiva	CMI 05-07	SERIS / SNS NHC	Gestión por procesos. Equipo admisión.
Índice de complicaciones ajustada al riesgo (ICAR)	Por unidad y proceso	Positiva	CMI 05-07	TOP 20	Codificación adecuada. Sistema de gestión de riesgos.
Presión en urgencias	Por complejidad	Positiva (disminución)	CMI 05-07	SERIS / SNS NHC	Optimización de recursos. Proceso
% Utilización de quirófanos	Por unidad	Positiva (optimización)	CMI 05-07	SERIS / SNS	Equipo de anestelistas. Proceso Quirúrgico.

Ejemplos de Actividades de mejora del solicitante

Acción de Mejora 1

A Definición de la acción de Mejora: Normalización ISO de procesos asistenciales			
B Propietario de la acción:	Director de Procesos Asistenciales	C Fecha de finalización del despliegue:	Diciembre 2006
D Prioridad en el ranking:	I	E Criterio del Modelo:	5, 9
F Estado actual en Diciembre 2005: Hospital plenamente certificado en ISO		Rojo ●	Ambar ●
			Verde ● 3er ciclo de mejora

Descripción de la acción de mejora

G ENFOQUE En Enero de 2004 el Patronato decidió iniciar estratégicamente una normalización siguiendo norma ISO 9000:2001 de todos los procesos asistenciales como de soporte, centrando la mayor parte del esfuerzo en la normalización asistencial con tres objetivos claramente identificados: 1- Crear un sistema de gestión normalizado en la vertiente asistencial. 2- Normalizar la atención al paciente siguiendo un estándar ISO. 3- Desarrollar un modelo de gestión sanitaria basada en el proceso asistencial y rediseñar culturalmente los procesos dibujados en el mapa 2002 y que nunca llegaron a ser plenamente operativos. 4- Certificar en su caso a todo el Hospital en norma ISO 9001:2000 (Objetivo Primavera 2005) y certificar en el mismo proceso a cualesquiera Unidades creadas a partir de entonces. 5- Diseñar un modelo de gestión asistencial normalizado. 6- Mantener o mejorar la satisfacción del paciente y sus acompañantes. 7- Mantener o mejorar los datos de actividad asistencial. 8- Mejorar los balances económicos y adecuar los costes por unidad de producción (UCH). Aunque el liderazgo inicial del proceso recayó sobre la dirección Gerencia, la reorganización del organigrama permitió que el liderazgo y desarrollo del proyecto recayese sobre la dirección asistencial.
H DESPLIEGUE 1- Enero del 2004: se crea un grupo de trabajo asesorado por un consultor inició el desarrollo y puesta en marcha de cada proceso con reuniones semanales (viernes de 9 a 13 H). 2- Agosto 2004: Creación de la Comisión de Calidad, como organismo asesor y de control de todos los procesos hospitalarios. 3- Diciembre 2004: se completa el mapa de procesos y se analizan dos ciclos de mejora. Se propone y aprueba por el Patronato certificar a todo el Hospital por norma ISO y redefinir el organigrama directivo del Hospital, basándose en un sistema matricial orgánico. 4- Febrero de 2005: la FHC es certificada por DNV en todos sus procesos asistenciales. 5- Marzo de 2005: se impulsa el sistema de gestión por procesos asistenciales. Se crea la figura de los gestores de procesos. 6- Junio de 2005: se nombra al director de Procesos Asistenciales. 7- Septiembre- diciembre de 2005: todas las Unidades Clínicas y de procesos firman contratos de gestión basados en sus objetivos e indicadores de procesos.

Acción de Mejora 1 (continuación)

A Definición de la acción de Mejora: Normalización ISO de procesos asistenciales			
B Propietario de la acción:	Director de Procesos Asistenciales	C Fecha de finalización del despliegue:	Diciembre 2006
D Prioridad en el ranking:	I	E Criterio del Modelo:	5, 9
F Estado actual en Diciembre de 2005. Hospital plenamente certificado en ISO		Rojo ●	Ambar ●
			Verde ● 3er ciclo mejora

Descripción de la acción de mejora

I RESULTADOS (Medición del Despliegue)	Comentarios
¿Se ha llevado a cabo el despliegue de la acción de mejora en el plazo previsto en el Plan de Mejora?	Sí. Los objetivos adoptados por el Patronato de Diciembre de 2003 establecían un periodo de 2 años para el desarrollo de la normalización de toda la actividad asistencial.
¿Se ha desplegado la acción de mejora en todo su potencial con arreglo al Plan de Mejora?	La acción de mejora se ha desplegado a toda la organización asistencial, estableciendo en el ciclo de mejora del 2006 su imbricación con los procesos de soporte y estructurales del hospital. Se puede considerar que la acción se encuentra en su 3er ciclo de mejora y que su objetivo original se ha conseguido.

J EVALUACIÓN Y REVISIÓN El enfoque inicial de normalizar a todo el Hospital se mantiene aunque en la actualidad se ha ampliado a Unidades de Atención Domiciliaria y a la atención Pediátrica integral. Asimismo el sistema evoluciona hacia un sistema de gestión integral de gestión sanitaria.	Los procesos asistenciales se evalúan y analizan semanalmente (reunión de calidad), mensualmente (Comisión de Calidad), trimestralmente (Cuadro de Mando Integral) y anualmente (revisión por la Dirección). El despliegue se revisa anualmente con el objetivo de adaptar a las nuevas unidades incorporadas al sistema sanitario.
--	--

Acción de Mejora 2

A Definición de la acción de Mejora: Gestión estratégica basada en el cuadro de mando integral			
B Propietario de la acción:	Director Gerente Patronato Gestores y Coordinadores	C Fecha de finalización del despliegue:	Diciembre 2007
D Prioridad en el ranking:	3	E Criterio del Modelo:	2, 5, 9
F Estado actual en Diciembre 2005. Desarrollado al 100%		Rojo ●	Ambar ●
		2º ciclo	Verde ●

Descripción de la acción de mejora

G ENFOQUE En Diciembre 2003 el Patronato identifica la necesidad de realizar un plan estratégico (inexistente previamente) basado en sistemas de control y monitorización continua para liderar la estrategia de la FHC. El modelo debía: 1- Identificar las necesidades estratégicas del Área Asistencial y la política de la FHC, alienada con la de la Consejería de Salud. 2- Permitir definir los conceptos estratégicos y monitorizarlos empleando indicadores claves que orientasen sobre la implantación y desarrollo de los objetivos. 3- Analizar, evaluar y mejorar las iniciativas establecidas por el documento estratégico.
H DESPLIEGUE (Cómo se despliega el enfoque) Desde Abril 2004 a Diciembre 2004, asesorados por consultores externos se desarrolla el proyecto Guía en el que se define y desarrolla la estrategia hospitalaria hasta Diciembre del 2007. En diciembre de 2004 el Patronato aprueba el documento de gestión “cuadro de Mando Integral 2005-07” indicando los puntos estratégicos y de política de la FHC para el 2005-07. En Junio 2005 se inicia en cada unidad de proceso y de gestión un modelo de cuadro de mando integral desplegando los objetivos a nivel de Unidad (2° ciclo de mejora) , expandiendo los niveles estratégicos, políticos y ejecutivos hasta los cuadros de mando intermedios. En Diciembre 2005 el Patronato redefine y reorienta los objetivos e indicadores del Cuadro de Mando Integral, definiendo un nuevo Cuadro de Mando Integral para el periodo 2006-2008. De esta forma se finaliza el primer análisis y se formaliza el sistema de mejora para su segundo ciclo. Se convoca a los mandos intermedios para gestionar sus nuevos cuadros de mando antes de marzo de 2006.

Acción de Mejora 2 (continuación)

A Definición de la acción de Mejora: Gestión estratégica basada en el cuadro de mando integral									
B Propietario de la acción:	Director Gerente Patronato Gestores y coordinadores	C Fecha de finalización del despliegue:	Diciembre 2007						
D Prioridad en el ranking:	2	E Criterio del Modelo:	2 , 9						
F Estado actual en Diciembre 2005. Desarrollado al 100%.	<table><tr><td>Rojo ●</td><td>Ambar ●</td><td>Verde ●</td></tr><tr><td></td><td>2º ciclo</td><td></td></tr></table>			Rojo ●	Ambar ●	Verde ●		2º ciclo	
Rojo ●	Ambar ●	Verde ●							
	2º ciclo								

Descripción de la acción de mejora

I RESULTADOS (Medición del Despliegue)	Comentarios
¿Se ha llevado a cabo el despliegue de la acción de mejora en el plazo previsto en el Plan de Mejora?	El despliegue ejecutivo del cuadro de Mando Integral se completó un año después de su puesta en marcha por el Patronato. El despliegue hasta Unidades dos años después.
¿Se ha desplegado la acción de mejora en todo su potencial con arreglo al Plan de Mejora?	El Plan se ha desplegado en todo su potencial. Requiere de tres ciclos de mejora para desarrollar en su totalidad el Plan de Mejora (centrado en la autogestión alineada con el Patronato de las Unidades de Gestión).
J EVALUACIÓN Y REVISIÓN - Mensual: Comisión de Dirección - Trimestral: Patronato - Anual: Comisión de Dirección-Patronato.	El CMI se revisa mensualmente en la Comisión de Dirección, trimestralmente en el Patronato y anualmente por el Patronato y la Comisión de Dirección. La primera revisión del sistema se realiza en Diciembre 2005. La consecución de objetivos y la redefinición de la matriz DAFO hacen que el plan estratégico se remodele anualmente.

Acción de Mejora 3

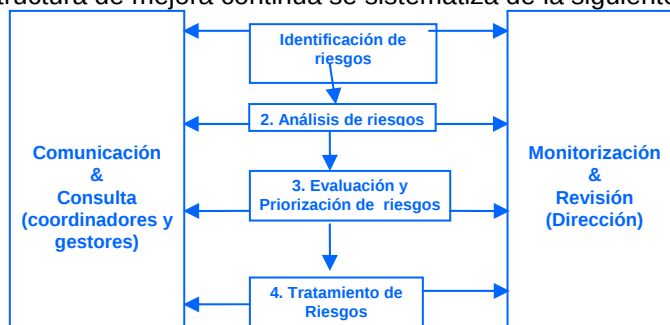
A Definición de la acción de Mejora: Creación de un Sistema Integral de Gestión de Riesgos			
B Propietario de la acción:	Director Gerente Informática Admisión Mantenimiento	C Fecha de finalización del despliegue:	Diciembre 2007
D Prioridad en el ranking:	4	E Criterio del Modelo:	2, 5, 9
F Estado actual en Diciembre 2005. Implantación y expansión a la totalidad del Hospital.		Rojo ●	Ambar ●
		1er ciclo.	

Descripción de la acción de mejora

G ENFOQUE

Desde el inicio de su actividad FHC ha realizado planes de actividad anuales con evaluaciones no sistematizadas de sus planes de inversiones y ampliaciones, sin analizar de forma sistematizada sus riesgos. La Comisión de Dirección (Diciembre 2004) inicia un primer proceso en la que los coordinadores y gestores realizan una evaluación de los principales riesgos de sus Unidades en los contextos: asistencial, financiero, de recursos humanos y de gestión del conocimiento. Todos ellos desarrollan un plan de riesgos con el que se sistematizan sus inversiones emergentes durante el siguiente año. El modelo de gestión está basado en el:

- AS/NZS 4360: [1999] Risk Management – Estandar Australiano de riesgos sanitarios.
- Y su estructura de mejora continua se sistematiza de la siguiente manera.



Las evaluaciones de riesgos se sistematizan siguiendo un enfoque de probabilidad, exposición al riesgo y tipo de riesgo siguiendo argumentos de probabilidad y daño ocasionado a la FHC.

H DESPLIEGUE

Diciembre 2004: identificación de situaciones de riesgo. Aprobación del 2º plan de catástrofes y emergencias.

Octubre de 2005: identificación de situaciones de riesgo documental e informático. Aprobación del 2º plan de Gestión de archivos documentales. Se inicia el proceso de normalización en seguridad documental. Auditorías externas por empresas consultoras.

Diciembre de 2005: sistematización de la gestión de riesgos por unidades y procesos. Selección de inversiones. Aprobación por el patronato de la figura del gestor de riesgos integrado en el sistema de calidad. Aprobación tras la auditoría interna de certificar a todo el hospital según norma ISO 17999, antes de Marzo 2007.

Acción de Mejora 3 (continuación)

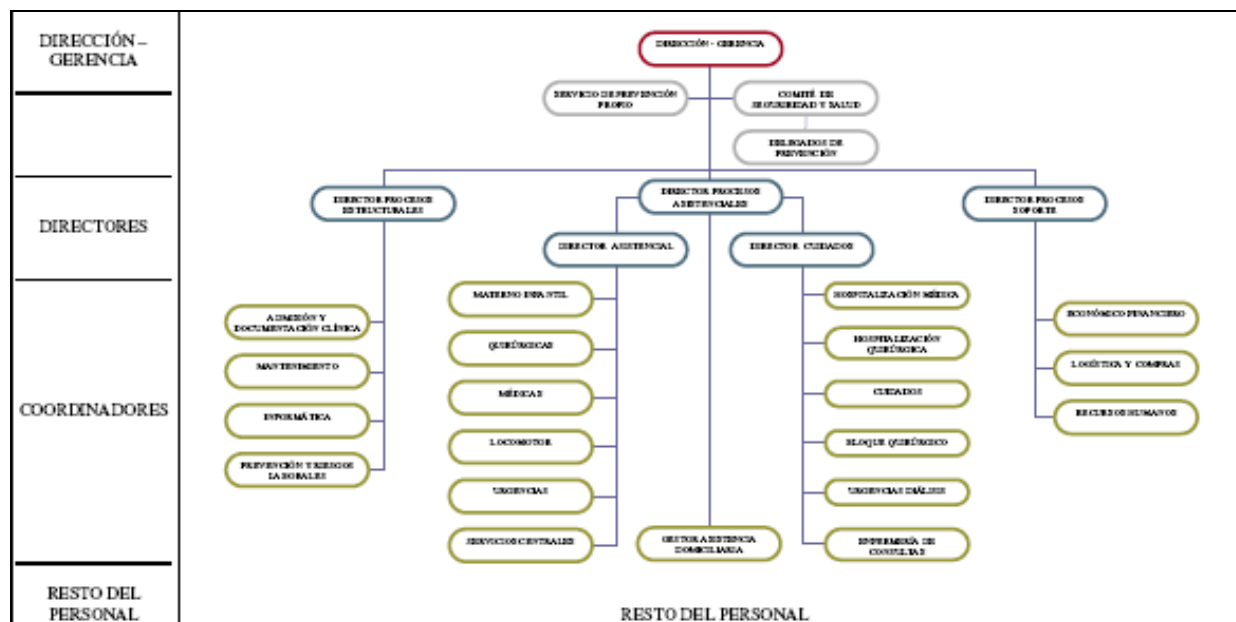
A Definición de la acción de Mejora: Creación de un Sistema Integral de Gestión de Riesgos			
B Propietario de la acción:	Director Gerente Informática Admisión Mantenimiento	C Fecha de finalización del despliegue:	Diciembre 2007
D Prioridad en el ranking:	4	E Criterio del Modelo:	2 5 9
F Estado actual en Diciembre 2005. Implantación y expansión a la totalidad del Hospital.		Rojo ●	Ambar ●
		Ier ciclo	Verde ●

Descripción de la acción de mejora

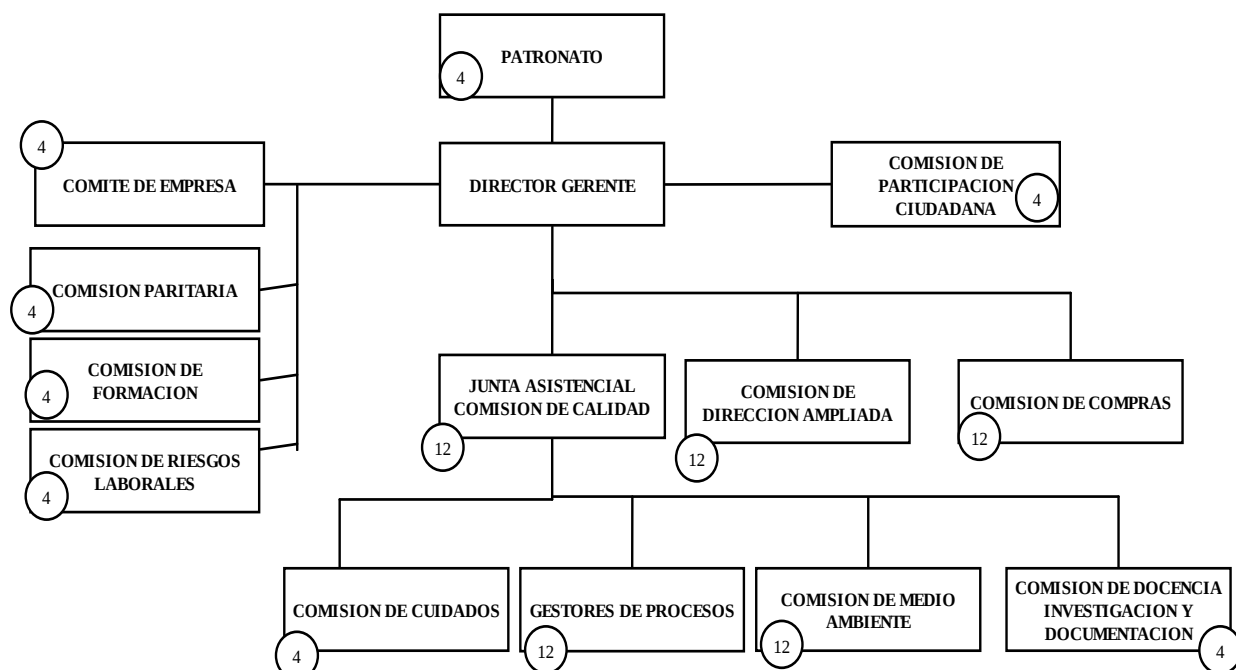
I RESULTADOS (Medición del Despliegue)	Comentarios
¿Se ha llevado a cabo el despliegue de la acción de mejora en el plazo previsto en el Plan de Mejora?	La primera fase del despliegue (identificación de actores y planificación) se ha desarrollado adecuadamente. La organización cumple un 65% de los criterios de seguridad documental de la ISO 17999 y el 85% de los estándares de la Joint Comisión Internacional para seguridad del paciente. Se han realizado las mejoras al plan de evacuación, emergencia y gestión documental (2º ciclo)
¿Se ha desplegado la acción de mejora en todo su potencial con arreglo al Plan de Mejora?	La acción de mejora se ha desarrollado en un 65% de actividades, se espera su completa finalización para Diciembre 2006- Marzo 2007.
J EVALUACIÓN Y REVISIÓN	
- Revisión: mensual en comisión de calidad. Trimestral por Dirección Gerencia. Anual por el Patronato y empresas consultoras. - Cierre del primer ciclo, análisis y propuestas de mejora: Diciembre 2005.	Se han realizado las siguientes revisiones de sistema: Auditoria ISO 9000:2001 asistencial Auditoria 17999 de seguridad documental Auditoria ISO 14001:2004 de gestión ambiental Un ciclo de revisión y planificación con el estándar AS/NZS 4350

ORGANIGRAMA DE FHC

ORGANIGRAMA ORGÁNICO

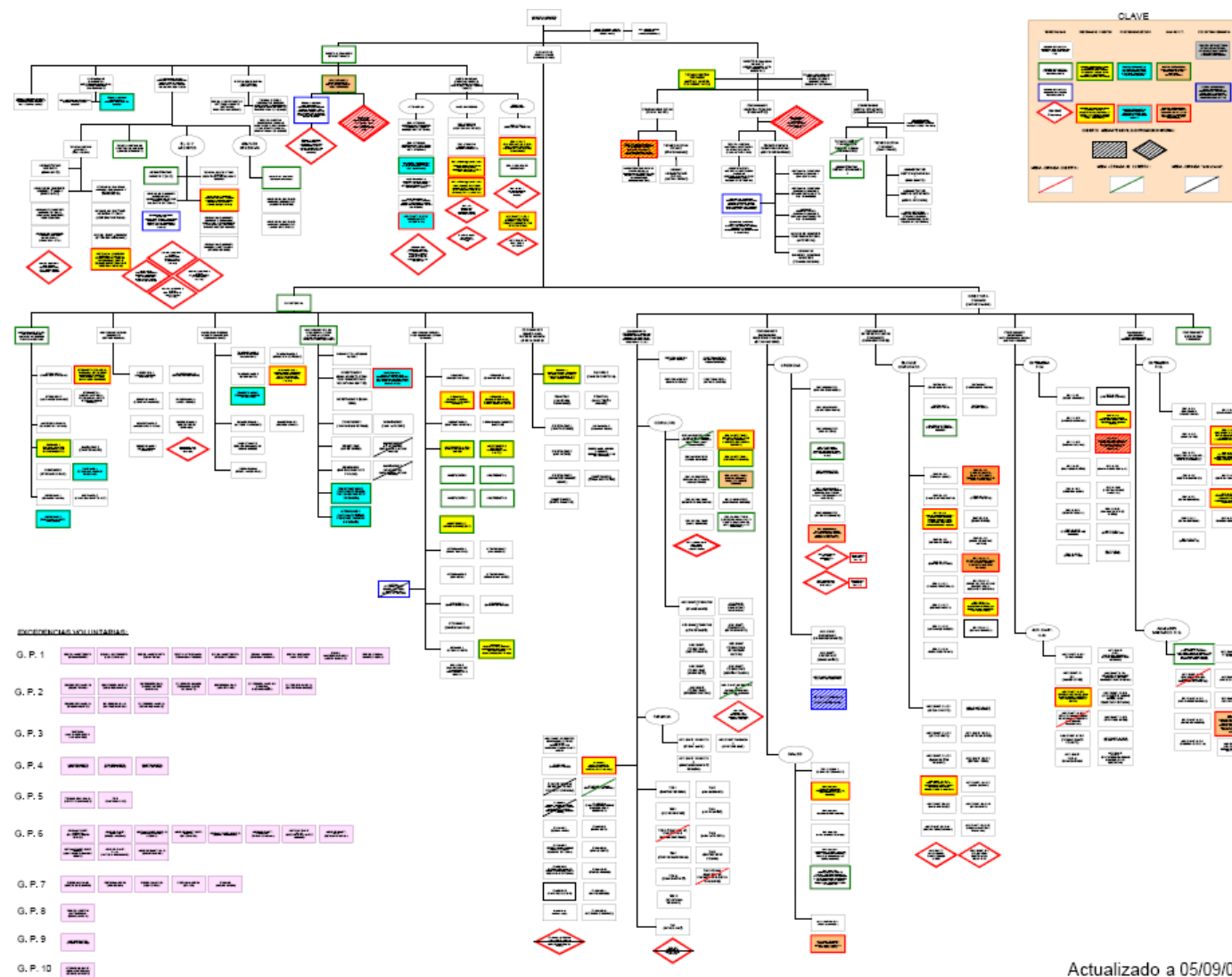


SISTEMA INTEGRADO DE COMISIONES



ANEXO 2

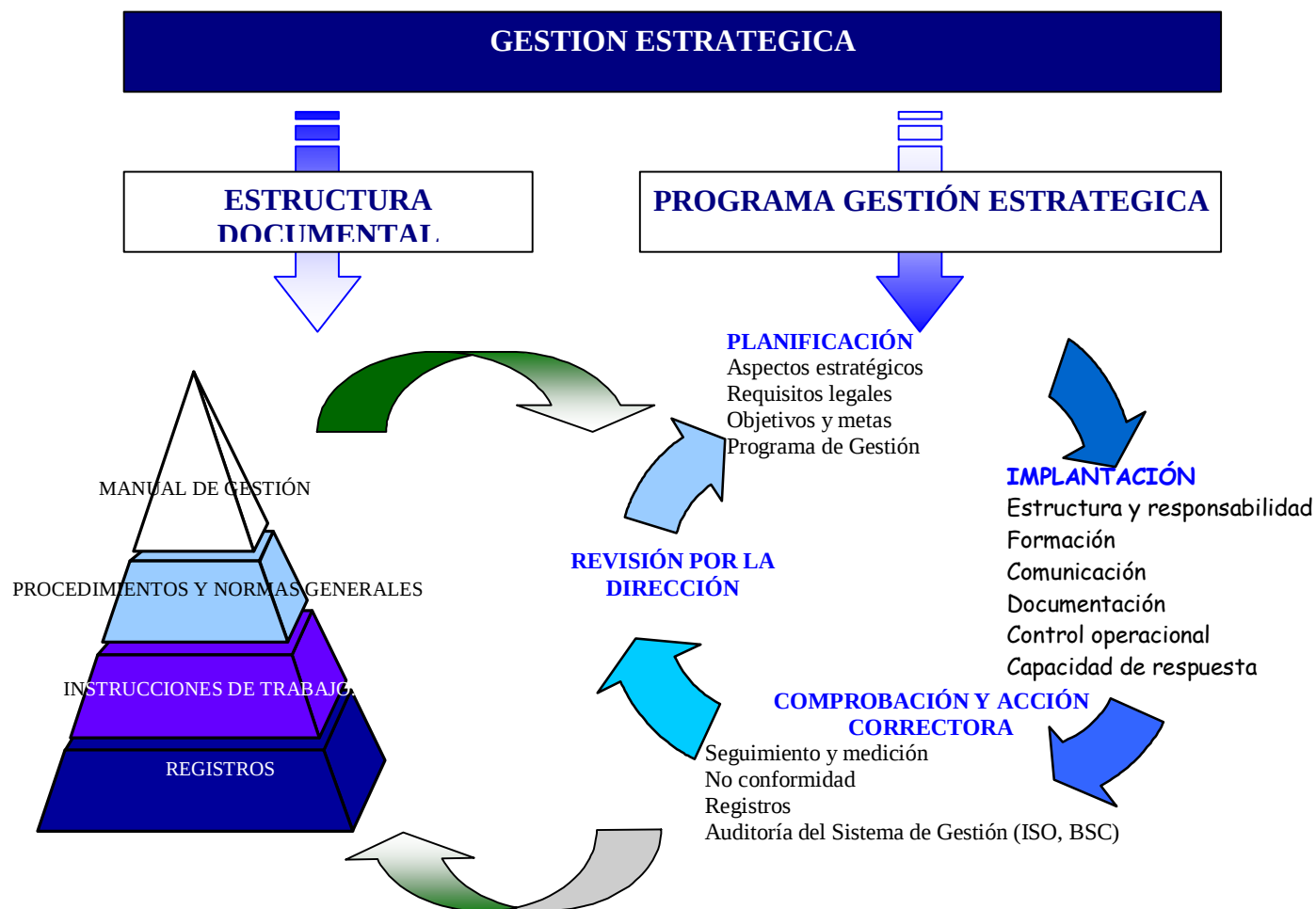
BALANCE DE PERSONAL DE FHC



Actualizado a 05/09/05

ESTRUCTURA DE GESTION DE FHC

PILARES DE GESTIÓN



MAPA DE PROCESOS DE FHC

