



MEMORIA E.F.Q.M. 2009



**Galdakao
Usansolo**
Ospitalea · Hospital

I N D I C E

1	Modelo Organizacional	57	Resultados en los Clientes
6	Liderazgo	63	Resultados en las Personas
16	Política y Estrategia	68	Resultados en la Sociedad
25	Personas	71	Resultados Clave
36	Alianzas y Recursos	76	Glosario de Términos
46	Procesos		





Modelo Organizacional



1. PRESENTACIÓN

El Hospital Galdakao-Usansolo es una organización de Servicios Sanitarios perteneciente a la red de Osakidetza, que da cobertura asistencial a la Comarca Interior de Bizkaia, siendo el hospital de referencia para una población cercana a los 300.000

habitantes. Esta población se caracteriza por ser eminentemente rural y muy dispersa geográficamente. Para atender las necesidades asistenciales de esta población dispone de un hospital ubicado en Galdakao y de 5 ambulatorios distribuidos por toda la Comarca que aproximan los especialistas a las localidades más lejanas facilitando la asistencia sanitaria **Fig. 01**.

Fig. 01 Mapa de cobertura



Nuestra razón de ser es contribuir al desarrollo y bienestar de la comunidad, a través de la prestación de asistencia sanitaria especializada. Esta razón de ser queda claramente explicitada a la hora de definir la Misión y Visión del HGU, **Fig. 02**. En la definición de la Misión se ha pasado de una participación de 11 líderes en 1995, a 40 en 2005. En la revisión del plan estratégico 2010-14 está prevista la participación del 100% de los líderes, **Crit. 1a**.

Fig. 02. Misión y Visión

MISIÓN

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

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

Estructura Asistencial

Desde que comenzó su funcionamiento en diciembre de 1984, con tan sólo 80 camas y algunas especialidades, el Hospital ha ido consolidándose dentro del entramado asistencial hasta alcanzar su dimensión actual. Nuestra capacidad de hospitalización asciende a 439 camas, de las cuales cerca del 40% son quirúrgicas, y el resto se dividen en médicas, cuidados intensivos, reanimación y otros servicios. Asimismo, contamos con 12 quirófanos para la realización de intervenciones programadas y uno para atender Urgencias a lo largo de las 24 horas del día.

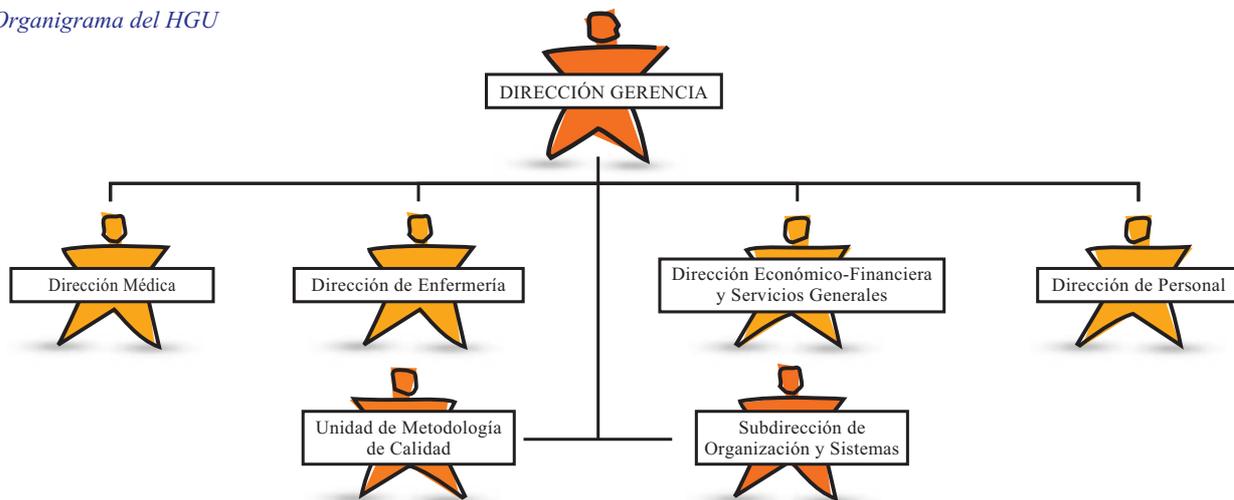
Estructura Organizativa

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

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

El Gerente y el Equipo Directivo ejercen las funciones de dirección y gestión del Centro, reservándose al Consejo de Dirección las funciones de planificación. El Consejo de Dirección está formado por el Gerente, Equipo Directivo y tres representantes del Consejo Técnico elegidos por dicho Consejo y la Coordinadora del Sistema de Gestión de Calidad. El año 2007, con el objetivo de impulsar su cometido, se amplió su composición en 8 personas de diferentes estamentos, para que sus opiniones aporten valor añadido al Consejo.

Fig. 03. Organigrama del HGU



El total de miembros del CD, todos identificados como líderes, asciende a 19.

El Consejo Técnico es el órgano de asesoramiento y participación de los profesionales en la gestión del Hospital. Está compuesto por 6 médicos, 4 enfermeras, el director de enfermería, el responsable del SAPU y el director médico que actúa como presidente.

La **Fig. 03** muestra el organigrama del Hospital.

Estructura de Gestión

Nuestro sistema de gestión toma como referencia desde 1996 el Modelo EFQM de Calidad Total y se sustenta en la gestión de y por procesos desde el año 2000, lo que garantiza la transversalidad de las actuaciones y la implicación de las personas en el proyecto.

Dadas las características de la actividad del HGU, los profesionales disponen de un alto grado de autonomía en la toma de decisiones que afectan a su trabajo a diferentes niveles. A medida que hemos ido avanzando en nuestro sistema de gestión se ha ido incrementando el despliegue de la participación de las personas tanto en procesos, como en comisiones y grupos de mejora, lo que ha incidido en la mejora de la satisfacción tanto de las personas como del resto de los grupos de interés, **Crit. 6, 7 y 8**.

Fig. 04. Cartera de servicios

Especialidades médicas	Especialidades quirúrgicas	Servicios Centrales	Servicios de Referencia
Alergología	Cirugía General	Anatomía Patológica	Litotricia
Cardiología	Cirugía Vasculat y Angiología	Anestesia-Reanimación	
Dermatología	Oftalmología	Bioquímica	Unidades Especiales
Digestivo	ORL	Cuidados Intensivos	Unidad del Sueño
Endocrinología	Tocoginecología	Farmacia	Unidad Detección extracción de órganos
Hematología Clínica	Traumatología y Cirugía Ortopédica	Medicina Preventiva	Unidad de Hemodiálisis
Infecciosos	Hospitalización a Domicilio	Microbiología	Unidad del Dolor
Medicina Interna		Radiodiagnóstico	Unidad de Desintoxicación drogadicción
Nefrología	Unidad de Gestión Clínica	Rehabilitación	Unidad de Investigación
Neumología	SAPU	Urgencias	Unidad Trasplante Médula Osea
Neurofisiología	Unidad de Metodología de Calidad		
Neurología	Documentación Clínica		
Psiquiatría	Admisión		

En la sección **8. Camino a la Excelencia**, se describen las diferentes etapas e hitos que ha tenido el HGU en este trayecto.

2. PRODUCTOS Y SERVICIOS/CLIENTES

El HGU dispone de todas las especialidades propias de un hospital general de agudos de su tamaño y mantiene acuerdos con otros hospitales para la atención de aquellas especialidades que no entran en su cartera de servicios **Fig. 04**. El Hospital ofrece un servicio de cobertura extracomarcial en el caso de la Unidad de Litotricia Extracorpórea, la capsula endoscópica y el lavado seminal. Cuenta con servicios residencializados en el Centro como son Ostatek-Resonancia Magnética, el Centro de Farmacovigilancia del País Vasco y el Centro Vasco de Transfusión y Tejidos Humanos.

Para atender las necesidades asistenciales de los 300.000 ciudadanos que componen nuestra cartera de clientes, la actividad asistencial anual que tenemos que realizar supone atender algo más de 22.000 ingresos, 11.000 intervenciones quirúrgicas, más de 78.000 urgencias, 163.000 consultas en el Hospital y 229.000 consultas en los ambulatorios.

El HGU cuenta con acreditación para la actividad docente en especialidades médicas y en el área de enfermería, y dispone también de autorización y acreditación asistencial para la extracción y donación de órganos.

3. PROPIEDAD

El HGU es una organización de Servicios Sanitarios perteneciente a la Red de Osakidetza, Ente Público de Derecho Privado dependiente del Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco. Esta pertenencia supone una limitación de la gestión propia en aspectos como los económico-financieros, *Crit. 4*, contrataciones, inversiones, gestión de personas, *Crit. 3*. Asimismo, determina que algunos de los objetivos estratégicos a alcanzar nos vengan determinados desde la propia Osakidetza.

4. MERCADO/COMPETENCIA/ENTORNO

El HGU da cobertura asistencial a la Comarca Interior de Bizkaia y al Valle de Ayala del Territorio Histórico de Araba, siendo el hospital de referencia para una población cercana a los 300.000 habitantes. La facturación de la asistencia prestada ha supuesto unos ingresos de 142 millones de euros en el año 2008. La cuenta de resultados se refleja en la *Fig. 05*. Dada su pertenencia al Sistema Sanitario Público y la sectorización del mismo no tenemos lo que se puede entender como competidores.

Fig. 05. Cuenta de Resultados

CUENTA PÉRDIDAS Y GANANCIAS AÑO 2008 (Miles de Euros)			
Personal	94.454	Por servicios asistenciales	142.175
Explotación	49.458	Otros ingresos	1.799
Total gastos	143.912	Total ingresos	143.974

5. ALIADOS Y PROVEEDORES

En el HGU consideramos como **Alianza** “las relaciones con otras entidades, tanto dentro de la Red de Osakidetza como externas, que permitan mejorar y ampliar los servicios presta-

Fig. 06. Valores del HGU

VALOR	DEFINICIÓN	DONDE SE EJERCE	PAPEL DE LOS LÍDERES
Orientación al Cliente	El cliente es el foco de la actividad de todas y cada una de las personas que componemos el Hospital y sus necesidades deben constituir el criterio prioritario de todas nuestras acciones	Equipos de trabajo Prestación de servicio (sanitario y no sanitario), en el día a día Grupos de Mejora Colaboraciones con asociaciones de pacientes	Detectando necesidades Adaptando la cartera de servicios a las necesidades de los clientes Análisis de resultados de encuestas y propuestas de mejoras Análisis de quejas y reclamaciones Solicitando y facilitando la participación de las personas en las diferentes iniciativas Coordinando los equipos de trabajo
Profesionalidad Ética	La base para la consecución de la eficacia y la calidad es la mejora continua y permanente de nuestras competencias profesionales	En cada puesto de trabajo	Fomentar la formación, participación y responsabilidad en las sesiones de trabajo Implicación en el seguimiento y evaluación de los objetivos Compromiso ético con la Calidad y seguridad en la atención al paciente
Liderazgo Compartido	Todos los componentes del Hospital somos responsables de los resultados alcanzados	En cada puesto de trabajo Equipos de Proceso Grupos de Mejora Comisiones y Comités	Fomentar la participación y asunción de responsabilidades
Compromiso Gestión Excelente	La efectividad y calidad de nuestra organización debe estar basada en la actuación de todos y cada uno de nosotros conforme a los principios de excelencia	Actividad diaria	Evaluar la eficacia de los cambios Facilitar recursos
Actitud Innovadora	Potenciar el trabajo en equipo y el intercambio de conocimientos, manteniendo siempre una actitud permeable y de crítica/auto-crítica constructiva	Grupos de Mejora Sesiones clínicas En los Servicios y Unidades Gestión por procesos	Fomentar la participación Impartir formación Participar en autoevaluaciones Liderazgo de los procesos Fomentar el benchmarking

dos al paciente y sus familiares y a su población de referencia”. Asimismo, hemos definido los criterios en base a los cuales articulamos una alianza, *Crit. 4a*. La *Fig. 4 a1* recoge las principales Alianzas del HGU, así como el valor que estas aportan tanto al HGU como al aliado.

El Hospital tiene identificados a sus Proveedores como uno de sus Grupos de Interés. En el año 2006, fruto de la autoevaluación del año anterior, se identificaron los Proveedores Claves en función de su volumen de negocio, impacto en el paciente e implicación en la mejora continua.

6. SOCIEDAD

Nuestra organización por sus características de prestación sanitaria pública tiene una clara vocación social. Nuestra actuación en la Sociedad se basa en alcanzar una imagen de prestigio, alcanzar el liderazgo en docencia y tener un impacto social positivo, *Crit. 2 y 8*. En esta línea el año 2008 se realizó la Memoria de Responsabilidad Social Corporativa, según la Guía G3 del Global Reporting Initiative, que fue verificada por una entidad certificadora alcanzando la calificación A+, siendo el primer hospital del Estado que lo logra.

7. LIDERAZGO Y PERSONAS

Liderazgo

El concepto de liderazgo se identificaba históricamente en el HGU con una estructura jerarquizada, basada en el mando y dando respuesta a una estructura vertical. A raíz de la elaboración del primer Plan Estratégico del Hospital para el período 1995-1998 es cuando aparece por primera vez este concepto y se identifican como líderes 11 personas de la organización. Fruto de la reflexión y el aprendizaje, la definición de liderazgo ha sido revisada en diferentes ocasiones contando con la participación del ED y el resto de líderes del Hospital, alcanzando en el año 2007 la siguiente definición:

Fig. 07. Reuniones de gestión

MECANISMO DE PARTICIPACIÓN	CARACTERÍSTICAS Y FUNCIONES PRINCIPALES	Nº PERSONAS	PERIODICIDAD
Reuniones de Equipos de Proceso	Revisión de indicadores, incidencias, avances y seguimiento del plan de gestión	213	Trimestral
Reuniones entre la Dirección y los líderes del HGU	Información Propuestas Resolución problemas	Médicos - Supervisoras - Resto líderes	Mensual
Consejo Técnico	Planificación-Asesoramiento	13	Trimestral
Consejo Dirección	Controles de Gestión	19	Semestral
Comité de Dirección	Aspectos Generales Hospital	7	Semanal
Reunión de control de gestión con Organización Central Osakidetza	Cumplimientos de objetivos del HGU	7	Trimestral

“Líder es aquel profesional que teniendo bajo su responsabilidad un equipo de personas, bien de forma permanente o temporal, comparte la Visión del Hospital y moviliza a dichas personas para la consecución de los fines y metas de la organización”

En la actualidad están identificados como líderes el ED, los jefes de Servicios Médicos, las Supervisoras de Enfermería, los gestores de proceso, los jefes de servicio y responsables de Unidades Administrativas, la responsable de la Unidad de Calidad, el responsable de la Unidad de Investigación, y todos los profesionales que lideran equipos de trabajo y grupos de mejora. De esta manera, el número de líderes identificados en el Hospital ha pasado de 11 en el año 1995 a 142 en 2009. Asimismo, se han identificado, definido y revisado las competencias que deben poseer los líderes para realizar el ejercicio del liderazgo de manera efectiva, *Crit. 1a*.

La totalidad de los líderes del HGU ha participado, a distintos niveles, en la identificación y definición de los Valores del HGU. Los Valores se revisan coincidiendo con el inicio del proceso de Reflexión Estratégica. En la última revisión de los Valores, realizada en 2005, se procedió a identificar los lugares donde se ejercen dichos Valores y el papel que juegan los líderes en el desarrollo de los mismos, tal y como recoge la *Fig. 06*.

La participación de las personas en la gestión se realiza de forma sistemática a través de los procesos, comisiones, equipos de mejora y comités establecidos en el Hospital. La *Fig. 07* recoge la estructura y periodicidad de las principales reuniones de gestión del HGU.

Personas

El HGU dispone para realizar su actividad de una plantilla formada por 1.524 profesionales *Fig. 08*. La edad media de la plantilla es de 47 años, siendo el 69% personal fijo. Toda la contratación de personal viene determinada por las directrices emanadas desde Osakidetza y se rige por los principios de

Fig. 08. Plantilla del HGU

TIPO PERSONAL	CATEGORÍA	Nº PERSONAS	%
Personal Propio	Facultativos	357	23,43%
	Enfermería	808	53,02%
	Personal no sanitario	359	23,56%
	TOTAL	1524	100%
Personal ajeno	Personal de contrata	137	

publicidad, igualdad, mérito y capacidad. La actividad del Hospital genera un importante impacto social y de generación de empleo en nuestro entorno, *Crit. 8b*. Además, contribuimos a la generación de empleo a través de la subcontratación de algunos servicios como limpieza, cocina y seguridad.

Las medidas organizativas para adaptarnos adecuadamente a las necesidades asistenciales hace que los puestos funcionales evolucionen conforme son detectadas nuevas necesidades, procediéndose de esta manera a la cobertura más idónea, *Crit. 3a*. La *Fig. 09* muestra la adaptación de los puestos de trabajo a lo largo del tiempo.

Fig. 09. Adaptación de puestos de trabajo a las necesidades

AÑO	03	04	05	06	07	08
Reconversión	11	2	7	3	18	4
Adecuación	6	58	87	8	1	35
Nueva Creación		3	3	18	37	14

8. CAMINO A LA EXCELENCIA

Desde que en el año 1996 se adoptó el modelo EFQM como referente de gestión, el Hospital de Galdakao-Usánsolo ha ido alcanzando diferentes etapas. Fruto de esta actividad ha sido la consecución de la Q Plata en el año 2007 tras superar los 400 puntos en una evaluación externa de Euskalit. Asimismo, cuenta con 15 procesos certificados en base a la Norma ISO 9001:2000. En la actualidad, alrededor del 84% de la plantilla realiza su actividad en el marco de un proceso certificado, o en fase de certificación. Asimismo, su sistema de gestión medioambiental está certificado en base a la Norma Ekoscan. La *Fig. 10* muestra alguno de los hitos más importantes desarrollados por el HGU en el camino hacia la Excelencia.

Fruto de su actividad, el Hospital ha obtenido diferentes reconocimientos y premios, *Fig. 8 a3*.

9. INNOVACIÓN Y MEJORA CONTINUA

El HGU ha sido en sus 25 años de trayectoria pionero en la implantación de nuevas técnicas o modelos organizativos a nivel de Osakidetza: ROSE (Cuidados de Enfermería), Contrato Programa, Osakliniker, etc. La adopción, el año 1996, del Modelo EFQM como sistema de gestión supuso un impulso a nuestro compromiso con la Excelencia, convirtiéndose las autoevaluaciones que comenzaron a realizarse desde el año 1998, con carácter bienal, en una herramienta básica para la Mejora Continua.

El HGU propicia la implicación y participación de las personas a través de los Equipos de Mejora y Grupos de trabajo con una participación activa que alcanza al 21% de la plantilla. La **Fig. 3 c1** recoge algunos de los Grupos-Equipos de Mejora implantados en el HGU.

Con el fin de potenciar la innovación, en el año 2008 realizamos la primera autoevaluación en esta materia, contando con el apoyo de Euskalit. Fruto de ella fue la realización del Plan de Gestión de la Innovación en el HGU y de la definición e incorporación del PR Innovación, cuyo responsable es el DG, al macroproceso Planificación y Gestión, **Crit. 5a**. El primer fruto de este impulso a la innovación ha sido la obtención del Premio a la mejor Práctica Innovadora 2008 concedido por Euskalit a la “Capacitación de los técnicos en radiología para la realización de ecocardiografías”

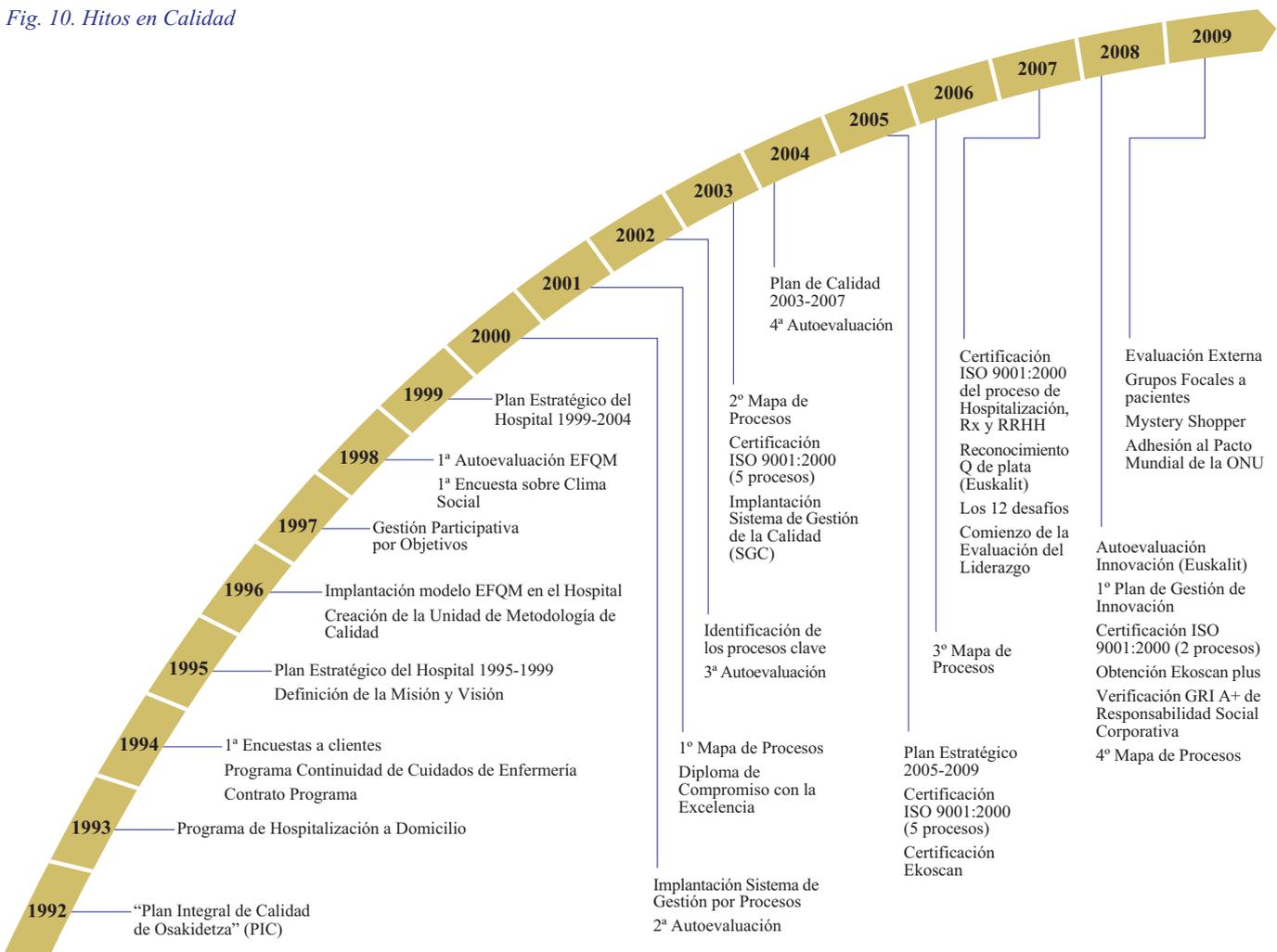
10. RETOS ESTRATÉGICOS Y RESULTADOS CLAVES

La Visión del HGU, en cuya definición intervienen los líderes, es revisada de manera sistemática al inicio de cada Reflexión Estratégica, la **Fig. 11**, recoge la actual definición de nuestra Visión.

Como resultado de esta RE se han definido diez Líneas Estratégicas:

- LE1: Servicio excelente a los usuarios
- LE2: Cobertura de las necesidades de salud de la población
- LE3: Imagen de prestigio

Fig. 10. Hitos en Calidad



- LE4: Equilibrio económico
- LE5: Coordinación con el Sistema Sanitario
- LE6: Satisfacción e integración del personal
- LE7: Liderazgo en docencia
- LE8: Liderazgo en investigación
- LE9: Impacto social
- LE10: Mejora Continua

Cada una de estas LE se despliega, a través de los procesos, en Objetivos Estratégicos con sus indicadores de medición y las metas a alcanzar durante los años de vigencia del PE, **Crit. 2C**. El HGU identifica las LE con sus FCE. De igual manera, se identifican los procesos clave. Se consideran claves todos aquellos procesos que contribuyen de forma notoria a la consecución de las Líneas Estratégicas. En la actualidad, están identificados como claves los siguientes procesos: Planificación y Gestión; Hospitalización; Tratamientos Quirúrgicos; Urgencias; Consultas y Tratamientos Ambulatorios Específicos.

Fig. 11. Visión

VISION

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

Liderazgo



Galdakao
Usansolo
Ospitalea · Hospital

Desde que el Hospital Galdakao-Usansolo (HGU) inició su actividad en el año 1984, la forma de gestión respondía a un concepto tradicional. El concepto de liderazgo se identificaba con una estructura jerarquizada, basada en el mando y dando respuesta a una estructura vertical. A raíz de la elaboración del primer Plan Estratégico del Hospital para el período 1.995-1998, se produjo la definición de la Misión y Visión, en cuyo proceso intervinieron 11 personas que estaban identificadas como líderes de la organización. Dicho Plan Estratégico contemplaba, en línea con las directrices emanadas desde Osakidetza, la adopción del modelo EFQM como modelo de gestión, en tanto en cuanto establecía un sistema de gestión que propicia la implicación de las personas en los objetivos de la organización y la asunción de responsabilidades.

Tras la primera definición de liderazgo en el año 1998, esta ha sido revisada en diferentes ocasiones, contando con la participación del ED y el resto de líderes del Hospital. Tras la consecución de la Q Plata en el año 2007 procedimos a una nueva revisión de la definición. Ver en el Modelo Organizacional (MO) la Fig. 07.

1A DESARROLLO DE LA MISIÓN, VISIÓN Y VALORES POR PARTE DE LOS LÍDERES QUE ACTUAN COMO MODELO DE REFERENCIA DENTRO DE UNA CULTURA DE EXCELENCIA

El HGU inició el camino hacia la Calidad en el año 1992 con la definición e implantación del Plan de Calidad. Una vez determinado en el primer PE, 1995-98, la adopción del modelo EFQM como modelo de gestión, el Director Gerente, junto con otros 10 líderes del Hospital, procedieron a definir la Misión y Visión, que ha sido objeto de diferentes revisiones a lo largo del tiempo. De manera sistemática, la revisión de la

Misión y la Visión se lleva a cabo al inicio de cada proceso de reflexión estratégica como elemento desencadenante del ciclo de planificación, *Crit. 2c*. En la última revisión de 2005 se procedió a la modificación de la Misión, con el fin de simplificarla y mejorar la capacidad de comunicación, así como situarla en línea con la misión definida por Osakidetza. En esta definición participaron un total de 40 líderes del HGU. La Fig. 01 del MO muestra la definición de la Misión y en la Fig. 11 del mismo se muestra la definición de la Visión del HGU.

Desarrollar, actuando como modelo de referencia los valores, principios éticos y responsabilidades públicas que apoyan los valores de la organización

La totalidad de los líderes del HGU ha participado, a distintos niveles, en la identificación y definición de los Valores del HGU. Estos valores han sido objeto también de revisión a lo largo del tiempo. Con el fin de proceder a la revisión de los valores, los líderes del Hospital han participado en diferentes actividades de aprendizaje y mejores prácticas con otros hospitales de la red de Osakidetza y con otras organizaciones de la Comunidad Autónoma consideradas como excelentes, ASLE, Gasnalsa, Irizar, etc. En 2005 se identificaron los lugares donde se ejercen dichos valores y el papel que juegan los líderes en el desarrollo de los mismos, tal y como se recoge en el MO en la Fig. 06. A raíz de la evaluación externa 2007, se sistematizó el despliegue de los Valores, mediante un cronograma de implantación, a través de la revista Galdakao.

En todo este proceso, el ED directivo ha jugado un papel clave difundiendo personalmente el concepto de liderazgo, el papel del liderazgo en el HGU y los mecanismos de evaluación del mismo, etc. Para ello han celebrado cerca de cuarenta reuniones a lo largo de los dos últimos años, reuniones a las que fueron convocados el 100% del personal de los servicios implicados.

Fig. 1 a1. Plan Individual del Líder (Ejemplo con datos acumulados de Fases I-IV)

COMPETENCIAS DEL LÍDER	INDICADOR	RESULT. 07/09	OBJET. 10/11	ÁMBITO DE TRABAJO	ACCIONES A DESPLEGAR 2008/09
Generación de líderes en su entorno	Encuesta LID (ítem 6)	6,51	6,71	Reconocimientos	Formación en habilidades de liderazgo; reconocimiento
				Revisión de la efectividad del liderazgo	Evaluación bienal
Capacidad de fomentar el trabajo en equipo promoviendo la participación, cohesión y satisfacción de las personas que conforman su equipo	Encuesta LID (media ítem 3+4+5)	6,45	6,71	Traccionar y coordinar equipos	Formación en habilidades liderazgo Innovación y motivación
				Motivación	Técnicas de equipos de trabajo y mejora continua
Compromiso con la excelencia en la gestión	Media ítem (1+2+13)	6,78	6,78	Cultura organizativa y objetivos	Implicación del servicio en el Plan de Gestión, mediante de reuniones de participación Presentación y seguimiento de objetivos Carteles informativos de los resultados, felicitaciones etc., al servicio
Capacidad de promover e impulsar el cambio	Encuesta LID (Media ítem 11+12)	6,47	6,71	Identificación de las necesidades de cambio	Formación en habilidades de liderazgo; gestión del cambio
				Comunicación de los cambios	Planificación y sistematización de la comunicación de cambios en el servicio
Factores personales	Encuesta LID (7+8+9+10)	7,02	7,02	Inteligencia emocional	Formación en habilidades de liderazgo: Comunicación, accesibilidad, capacidad de ejemplo etc.

* Objetivo: alcanzar la media general (6,71). Si el resultado fuera superior a dicha media, el objetivo sería mantener

Revisar y Mejorar la eficacia de los comportamientos personales en el área de liderazgo

Desde el comienzo de la implantación del Modelo EFQM como sistema de gestión en el HGU, en 1996 se impulsó el liderazgo y la asunción del mismo por parte de las personas identificadas como líderes de la Organización. En una primera etapa, el liderazgo se ejercía por parte del Director Gerente y los miembros del Equipo de Dirección del Hospital.

La realización de la primera autoevaluación en 1998 sirvió para realizar la primera definición del concepto de liderazgo. (En el **MO** recogemos la definición, así como la identificación de líderes en el HGU). En 2008, tras la evaluación del Proceso de Liderazgo, se revisaron los líderes identificados así como las herramientas de evaluación del ejercicio de liderazgo. De esta manera hemos pasado de 11 líderes en 1995 a 142 en la actualidad.

Asimismo, se han identificado, definido y revisado las competencias que deben poseer los líderes. para realizar el ejercicio del liderazgo de manera efectiva. En una primera etapa, contando con la participación de 40 líderes, se definieron cuatro competencias de liderazgo.

- Capacidad de trabajo en Equipo y cohesión de los mismos
- Capacidad de Impulsar el Cambio
- Compromiso con la Excelencia en la Gestión
- Generación de líderes en su entorno

La revisión de la efectividad y la eficacia del liderazgo se realizan a través de diferentes mecanismos:

- **Encuesta de Evaluación del Liderazgo.** Se realiza desde 2007, a raíz de las áreas de mejora detectadas en la evaluación externa, al 100% de los líderes que ejercen un liderazgo permanente, siendo el resultado medio de satisfacción de un 7,12 en una escala de 10. A través de esta evaluación se identifica el grado de adecuación de cada líder a las competencias de liderazgo definidas. Ello da lugar a un plan de acción individual, **Fig. 1 a1**, que está siendo aplicado al 100% de los líderes evaluados. Este mecanismo de evaluación del liderazgo ha sido motivo de aprendizaje por parte de organizaciones Q Oro, como Mutua.
- **Encuesta de Satisfacción del Personal.** Sirve para medir la efectividad global del sistema de liderazgo del Hospital. Así, el ítem que mide el grado de satisfacción de la relación mando-colaborador ha pasado de una valoración media de 5,65 en el año 2003 a 6,26 en el año 2008, siendo la segunda Dimensión mejor valorada de la encuesta.

Además, en 2007, se realizó una experiencia piloto utilizando como herramienta de evaluación “Los 12 desafíos del liderazgo” de Euskalit, interviniendo en la misma los 7 miembros del Equipo Directivo. Esta evaluación se ha repetido en 2009.

Implicarse activamente en las actividades de mejora

Desde el inicio de la implantación del sistema de gestión basado en la Calidad Total, los líderes del Hospital se han venido formando de forma sistemática en Calidad y a través de un despliegue en cascada ha llegado la formación a las distintas personas de la organización. La **Fig. 1 a2** recoge algunas de las actividades de formación realizadas por los líderes.

Los líderes del HGU participan de forma activa en la difusión de la M, V y V en la Organización para lo cual utilizan diver-

Fig. 1 a2. Formación en Calidad de los Líderes

AÑO	FORMACIÓN RECIBIDA	Nº LÍDERES FORMADOS
1998/ 2000	Gestión Sanitaria Reinventando el Hospital Modelo Europeo de Gestión de la calidad Total (Profundización) Herramientas de Gestión Seminario sobre Modelo Europeo y técnicas de gestión de calidad total Calidad Total EFQM Formación para la autoevaluación Herramientas de Calidad y Resolución de problemas	19
2001/ 2003	Curso básico de calidad total Gestión de Procesos Gestión Sanitaria Formación para la auto evaluación mediante el modelo EFQM Curso capacitación para Directores Desarrollo de competencias de eficacia Formación Acción en Metodología 5S en Centros Sanitarios (FOAC)	44
2004/ 2006	Gestión eficaz del tiempo Gestión de procesos según Norma ISO Introducción a la norma ISO 9001:2000 Curso de Auditores internos ISO 9001:2000 Gestión Sanitaria Cómo dirigir personas y equipos de trabajo	88
2007	Desarrollo y entrenamiento práctico de competencias directivas Reciclaje Evaluación Modelo EFQM Formación de formadores en Desarrollo profesional de DUE Gestión por procesos Liderazgo y Gestión de Equipos Evaluación de un caso práctico Modelo EFQM Gestión Sanitaria Equipos de Mejora - Mejora continua Modelo EFQM Norma ISO 9001:2000	51
2008	Gestión sanitaria Analizar estrategias innovadoras jugando y explorando escenarios sin riesgo Innovación en Osakidetza (World Café) Gestión por procesos Gestión de proyectos Modelo EFQM Compra pública verde (RSC) Dirección de personas Innovadoras Equipos de Mejora - Mejora continua Auditorías Internas ISO 9001:2000 Equipos de mejora Gestión de calidad y Excelencia Asertividad y escucha activa Reciclaje Evaluación Modelo EFQM Evaluación económica y Farmacoconomía	74

sas herramientas: revista, intranet, reuniones de trabajo, etc., de forma que en el proceso de Evaluación del Liderazgo el ítem “Identificación del Líder con la Misión” tiene una valoración de 7,38 e igualmente el ítem “Conocimiento de M, V y V de la organización” en la encuesta de satisfacción de las personas ha evolucionado de 3,10 en 2003 a 4,60 en 2008.

Estimular y animar la delegación y asunción de responsabilidades por parte de los empleados

El HGU ha puesto en marcha, desde el mismo momento en que inició el camino hacia la Calidad, diferentes sistemas que posibilitan la participación de las personas de la organización en la toma de decisiones al nivel de su puesto de trabajo y a nivel de la organización. Para ello cuenta con un sistema de gestión de y por procesos, *Crit. 5*, equipos de trabajo y grupos de mejora, *Crit. 3c*, donde las personas se implican de forma activa en la gestión de la organización.

La revisión de la efectividad del enfoque de liderazgo que posibilita la asunción de responsabilidades por parte de las personas se realiza a través de la encuesta de evaluación del liderazgo, la encuesta de satisfacción de las personas y del grado de consecución de los objetivos del Hospital.

1B IMPLICACIÓN PERSONAL DE LOS LÍDERES PARA GARANTIZAR EL DESARROLLO, IMPLANTACIÓN Y MEJORA CONTINUA DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA ORGANIZACIÓN

La realización del Plan Integral de Calidad llevada a cabo en el año 1992 establecía la Mejora Continua como la base fundamental de la gestión en todos los centros hospitalarios de Osakidetza. Posteriormente en la Reflexión Estratégica que dio lugar al Primer Plan Estratégico del HGU 1995-1998 se definió, fruto del análisis de las experiencias de otros Centros y del impulso dado por la organización Central, como uno de sus Objetivos Estratégicos “Introducir técnicas del Modelo Europeo de Calidad”, adoptándose el Modelo EFQM como referencia de gestión.

Adecuar la estructura de la organización para apoyar la implantación de su política y estrategia

Como ya ha quedado señalado, después de un proceso previo de formación dirigido a los once miembros del Comité Planificador, los líderes del HGU impulsaron un sistema de gestión basado en procesos, *Crit. 2d* y *Crit. 5*. La realización de los diferentes Planes Estratégicos puestos en marcha desde el año 1995 han ahondado en esta línea y han ido desplegando la gestión por procesos y la mejora continua a lo largo del hospital con el apoyo decidido y la implicación de los líderes. Así, el número de líderes que han participado en la definición de la PE ha pasado de 11 en el primero realizado en el año 1995 a 40 en el plan elaborado el año 2005 y actualmente están participando el 100% de los líderes en la definición del PE 2010-14.

Fruto de la revisión y el aprendizaje con otras organizaciones de Osakidetza se han ido introduciendo numerosos cambios en el sistema de gestión a lo largo del tiempo, cambios que han afectado no sólo a los servicios y unidades del HGU, sino también a la forma de presentar los documentos de trabajo

interno. Así, desde el año 2003 las memorias requeridas para el acceso a plazas en concurso de Jefes de Servicio y Sección médicas y otras jefaturas se realizan también con dicho formato, siendo pioneros en el Estado en la aplicación de esta metodología.

Para asegurar los planes de mejora y la necesidad de revisión de los objetivos planteados, el equipo directivo mantiene reuniones periódicas con el resto de líderes del hospital, para establecer mecanismos de medición, revisión y mejora de los resultados clave, así como el desarrollo e implantación de procesos y mecanismos estimuladores para el cambio. La *Fig. 10* del *MO* muestra algunos de los hitos de calidad del HGU.

Asegurar que se desarrolla e implanta un sistema de gestión de procesos

Los líderes del HGU han propiciado el desarrollo y la implantación de un Sistema de Gestión por Procesos a través del despliegue del proceso de Política y Estrategia, *Crit. 2*. A lo largo del tiempo, fruto de la evaluación y revisión en el Consejo de Dirección, los resultados de las encuestas de satisfacción, el seguimiento de indicadores y la evaluación externa y la autoevaluación EFQM, se han ido introduciendo sucesivos cambios tanto en la definición como en la gestión por procesos. Así, el PE 1999-2002 recogía como una de las estrategias del HGU “Introducir la Gestión por Procesos en todo el Hospital como una cultura propia de funcionamiento” y el PE 2005-2009 definió como uno de los Valores del HGU el “Compromiso con la Gestión Excelente” que incluye “la gestión por procesos de todas nuestras actividades asegurando su coordinación y su mejora continua basándose en datos y evidencias contrastables”.

El sistema se basa en dos elementos fundamentales:

Gestión por/de Procesos. Como ya ha quedado reseñado, los líderes del HGU han apostado de manera firme y decidida por la gestión por y de procesos. Con dicho fin han recibido formación en procesos, estando formados en la actualidad la totalidad de los líderes. Para apoyar esta estrategia, en 1996 se creó la Unidad de Metodología de Calidad, con una estructura propia, y que cuenta actualmente con tres personas de plantilla y tres becarios con labores de investigación/formación. En el año 2001, después de liderar, junto a un grupo de profesionales de Osakidetza, el diseño de un mapa de procesos tipo para un hospital de agudos, se definió el primer “Mapa de Procesos” del HGU. Este Mapa ha sido revisado y modificado tres veces, la última el año 2009, *Crit. 5a*.

Autoevaluación. Este proceso se realiza desde el año 1998 y el líder del mismo es el DG, lo que garantiza la máxima implicación de la Dirección con el sistema de gestión. Se realiza con periodicidad bienal. Con el fin de priorizar las actuaciones de mejora detectadas en la autoevaluación, el Comité de Dirección ha definido los criterios de priorización de las mismas. Estos criterios, que se revisan en cada autoevaluación, son:

- incidencia directa sobre la salud del paciente
- la mejora de la gestión

Asimismo, se han certificado 15 procesos en base a la Norma ISO 9001:2000, *Crit. 5a*. La revisión de la efectividad de estos procesos se realiza a través de auditorías internas y externas. Además, el proceso de Docencia es sometido a una auditoría externa que realiza el Ministerio de Educación y

Ciencia, el proceso de Gestión Medioambiental está certificado con la Norma Ekoscan, y actualmente en fase de certificación por la Norma ISO 14001, y el proceso de Responsabilidad Social se ha verificado conforme a la Guía de Sostenibilidad del G.R.I obteniendo la calificación máxima, A+, siendo el primer hospital del Estado que la alcanza.

La revisión de la efectividad del enfoque y despliegue descrito se realiza a través de la Encuesta de Liderazgo, donde el ítem "Implicación con la Mejora" es valorado con 6,93, las reuniones de control de los procesos, el grado de cumplimiento de los objetivos, los resultados de la autoevaluación y las encuestas de satisfacción de las personas, cuyo ítem "Esfuerzo de la organización por la Mejora" ha mejorado en un 44% de 2003 a 2008, pasando de un 3,00 a un 4,31. Fruto del aprendizaje, tanto interno como externo, se han ido introduciendo numerosos cambios y mejoras, tal y como muestra la *Fig. 4 e1*. Mejoras introducidas.

1C IMPLICACIÓN DE LOS LÍDERES CON CLIENTES, PARTENERS Y REPRESENTANTES DE LA SOCIEDAD

Satisfacer, comprender y dar respuesta a las necesidades de los grupos de interés externo

Tanto la Misión como la Visión recogen el compromiso del HGU en dar respuesta y satisfacción a las necesidades de los diferentes grupos de interés identificados. Para ello, los líderes del hospital han identificado las fuentes de información que se trabajan en el proceso de Política y Estrategia, *Crit. 2a*, y juegan un papel importante en la relación con todos y cada uno de los grupos de interés externos identificados. La relación se lleva a cabo a través de diferentes mecanismos:

Cientes-Usuarios

Dadas las características de nuestro trabajo, donde el contacto personal es básico para el desarrollo de la actividad, la práctica totalidad de los líderes tiene una relación directa con los clientes, lo que les permite determinar necesidades y expectativas. Fruto de la reflexión del ED, desde finales del 2007 se han constituido grupos focales con pacientes de nuestra comarca para conocer las expectativas que tienen puestas en el HGU. Cuando la ocasión lo requiere, cualquier miembro del equipo directivo mantiene una reunión personal con el paciente o familiar, para escuchar e intentar poner solución a cualquier problema surgido.

Esta participación activa de los líderes ha propiciado la introducción paulatina de sucesivas mejoras, como por ejemplo la ampliación del área de cobertura en Hospitalización a Domicilio en 2007, o la utilización de la base de datos de incidencias de hospitalización, identificada por Osakidetza como buena práctica de gestión en 2008, y que ha permitido mejoras como la petición informatizada de ambulancias, al objeto de agilizar el alta del paciente.

Asimismo, los líderes se relacionan con asociaciones de pacientes (*Fig. 5e 3*). En todos los casos se buscan fórmulas de colaboración a partir de las sugerencias y necesidades detectadas en los usuarios. Por ejemplo, la colaboración de los líderes de los servicios de Psiquiatría con la Asociación de Lucha contra la Anorexia, ACABE, donde se ha editado un

libro que recoge consejos para evitar esta enfermedad y con ALCER o con la Asociación de Diabéticos, *Crit. 5e*.

Departamento de Sanidad Dirección Territorial

Desde el año 1994, la Dirección del HGU mantiene con la Dirección Territorial de Bizkaia, reuniones periódicas donde se establece el Contrato Programa, que se firma anualmente entre las dos partes, *Crit. 4b*. En el CP se expresan las necesidades de servicio, la calidad y la financiación, intentando acordar las expectativas y necesidades de las dos partes. Los líderes del HGU han participado en la definición de los indicadores que se utilizan para evaluar los resultados de los procesos singularizados que se incluyen en el Anexo de Calidad del CP. En los últimos años, directivos y médicos del Hospital han participado en grupos de trabajo con responsables de la Dirección Territorial para mejorar el desarrollo cualitativo del CP, como es el ejemplo del proceso singularizado de la EPOC del servicio de neumología del HGU, tomado como modelo de evaluación para las revisiones del anexo de calidad en el CP.

Osakidetza

Hasta el año 2000 era únicamente el ED quien pactaba con Osakidetza los requisitos de actividad, calidad y coste para cada ejercicio. Cada uno de los miembros del ED fijaba las necesidades de las áreas que estaban bajo su dependencia. A finales de ese año, fruto de la revisión en la autoevaluación, se determinó que los responsables de procesos asistenciales se implicasen en la fijación de sus objetivos de mejora. La participación se lleva a cabo a través de diferentes mecanismos:

- Control de Gestión: Participan los líderes del ED, *Crit. 2c*.
- Plan Estratégico de Osakidetza: distintos componentes del ED ha participado en la reflexión del último PE.
- Grupos de Trabajo e Innovación: En los últimos cinco años el número de líderes del HGU que han participado en grupos de trabajo de Osakidetza asciende a 39.

Atención Primaria

Otro grupo de interés del HGU es la Atención Primaria de la Comarca Interior. Estamos en estrecha relación tanto con el ED de la Comarca Interior como con los otros líderes de Atención Primaria, para poder coordinar el trabajo y garantizar la continuidad de cuidados. Los líderes del HGU implicados en este campo son:

- ED: realiza reuniones bimensuales con la Dirección de Comarca de AP para identificar las necesidades, buscar sinergias, alianzas y mejorar la coordinación. Fruto de estas reuniones ha sido la implantación de la telemedicina en Oftalmología y Dermatología. Estas reuniones se han sistematizado desde el año 2005, fruto de la RE de dicho año.
- Responsables de Servicio y/o Proceso: elaboran y revisan protocolos de colaboración, definen la cartera de pruebas complementarias a ofertar a los facultativos de AP, mejoran la coordinación en la continuidad de cuidados, diseñan un Plan de Formación acorde a las necesidades de AP. Como consecuencia de la revisión de los resultados en los servicios con mayor actividad, en 2009 hemos designado un interlocutor por cada servicio que facilite la coordinación con AP.

Fig. 1 c1. Mecanismos de Relación de los líderes con los GI

GRUPO INTERÉS	MECANISMO RELACIÓN	PAPEL DE LOS LÍDERES	LÍDERES IMPLICADOS
Clientes	Relación directa con pacientes y familiares	Escucha activa para detectar necesidades Crean y participan en los grupos Proponen alternativas Toman decisiones	Todos los líderes de la organización
	Grupo Focal a pacientes	Participan en evaluación de resultados Intervienen en el diseño y establecimiento de mejoras	Unidad Investigación del HGU
	Resultados de encuestas		ED, UMC, CD, Responsables de Servicio
	Base de datos de incidencias de hospitalización	Identificación de necesidades con respecto a paciente	ED, Jefes Sº, Supervisiones, Gestores de Procesos, Kaligidariak
	Mystery shopper		ED, UMC
	Quejas y reclamaciones	Analizan mensualmente quejas y reclamaciones Reciben a los clientes que lo solicitan Responden a las cartas de reclamaciones Definen el sistema de comunicación de Q y R	ED, UMC, Responsables de Servicio
Participación y colaboración con asociaciones de pacientes	Participación activa para detectar necesidades Participan en Jornadas, grupos de trabajo, etc. Difusión del conocimiento	Todos los líderes asistenciales	
Departamento Sanidad	Reuniones de negociación del CP	Definir la financiación que se precisa Realizar seguimiento del CP Participar en la evaluación de objetivos Realizar acciones correctoras	Equipo de Dirección
	Participación en Grupos de Mejora de los procesos singularizados	Definen los indicadores para monitorizar los procesos singularizados Participar en la evaluación de objetivos Realizar acciones correctoras	Responsables de servicio y procesos
	Participación en Grupos de Trabajo del Departamento de Sanidad	Participan en los proyectos del DS	ED, algunos líderes
Osakidetza	Participación en grupos de Trabajo	Participan en los proyectos de Osakidetza Participan en el PE de Osakidetza Reuniones de la UMC con la Subdirección de Calidad	ED, algunos líderes, UMC
	Reuniones trimestrales de control de gestión	Realizan análisis del gasto-actividad Definen las necesidades de RRHH. Dirigen acciones correctoras	ED Responsables de Unidades y Servicios
	Relación directa de los líderes con la Dirección de Osakidetza	Intercambio de información para detectar necesidades	Responsables de Unidades y Servicios
Oros Hospitales	Acuerdos de derivación de pacientes a Hospitales de agudos	Participan en el análisis de la adecuación de estancias Definen las necesidades del Hospital Priorizan los procedimientos que precisan derivación	DM UGC Responsables de Servicio
	Acuerdos de derivación de pacientes a Hospitales de media-larga estancia	Participan en el análisis de la adecuación de estancias Definen las necesidades del Hospital Priorizan los procedimientos que precisan derivación	DM UGC Responsables de Servicio
Atención Primaria	Reuniones bimensuales de los ED	Identificación de necesidades, propuestas de colaboración	ED
	Acuerdos de solicitud de pruebas complementarias	Identifican que pruebas diagnósticas pueden ser solicitadas por AP Definen las condiciones para la realización de pruebas	DM Responsables de Servicio
	Telemedicina	Acercar la atención especializada al paciente mediante el médico de AP	ED, Responsable de Servicio
	Colaboración en la formación de los médicos de AP	Identifican las necesidades de formación Proponen acciones formativas	DM Responsables de Servicio
Proveedores	Relación directa de los líderes con los proveedores	Identifican las tecnologías emergentes Plantean necesidades	Todos los líderes
	Reuniones periódicas del ED con los principales proveedores	Intercambian necesidades Buscan alianzas	ED
	Reuniones periódicas con proveedores tecnológicos	Gestión del conocimiento Formación continuada Buenas prácticas	Responsables de Servicios
	Colaboración a través de ensayos clínicos, pruebas piloto, etc.	Buscar alianzas Participar en los proyectos de los proveedores	Los líderes asistenciales
Sociedad	Reuniones periódicas con los responsables municipales de nuestra Comarca	Escucha activa para la detección de necesidades Participación en el PE del Ayuntamiento de Galdakao	ED
	Jornada de puertas abiertas a Ayuntamientos de la comarca	Identificar expectativas de la ciudadanía Acercar el HGU a los Ayuntamientos y Ciudadanía en general	ED
	Difusión del conocimiento clínico y educación sanitaria	Participan en charlas y conferencias divulgativas	Los líderes asistenciales
	Participación en Colegios y asociaciones profesionales	Participan activamente en Colegios y asociaciones profesionales	Los líderes asistenciales
	Colaboración con la UPV y otros centros educativos	Implican en impartir docencia a los alumnos	Todos los líderes
	Puertas abiertas: visita becarios/as de EUSKALIT	Difundir la cultura de calidad y la experiencia en el modelo EFQM a los becarios/as del programa de becas de EUSKALIT-Novia Salcedo	DG, UMC

Otros Hospitales

El HGU pertenece a la red de hospitales de Osakidetza y por eso las relaciones de colaboración entre nosotros es fundamental para poder ofertar una asistencia de calidad. El ED establece acuerdos de derivación de pacientes a otros hospitales, tanto de agudos como de media-larga estancia. Los líderes se implican analizando la adecuación de las estancias, priorizando las derivaciones y firmando los pactos de derivación. Asimismo, participan en un grupo de mejora y mejores prácticas con un grupo de 12 hospitales a nivel estatal, *Crit. 4a*.

Proveedores

Dada la alta cualificación del personal y las características del sector sanitario, donde los avances técnicos son tan importantes y rápidos, existe una relación directa de la mayoría de los líderes con los proveedores. Desde 2007 se ha sistematizado la celebración de reuniones periódicas del ED con los proveedores identificados clave, *Crit. 4a*.

Sociedad

Los líderes del Hospital se relacionan de manera activa con la Sociedad, *Crit. 8a*, e impulsan diferentes actividades en este sentido. Por ejemplo, los profesionales del hospital acuden regularmente a dar charlas o conferencias sobre educación sanitaria y difunden información sanitaria a través de su participación en programas de radio y la publicación de artículos en revistas, periódicos de interés general y TV.

En 2009, fruto de la revisión de la encuesta de Sociedad, se han puesto en marcha unas jornadas de “puertas abiertas” con los ayuntamientos de nuestra comarca, en las cuales se les informa de las actividades, nuevos servicios, gestión medioambiental, etc., y a la vez nos permite conocer sus necesidades y expectativas.

La revisión de la efectividad de la relación de los líderes con los grupos de interés se realiza a través del grado de consecución de los objetivos estratégicos, las encuestas de satisfacción y la autoevaluación EFQM. La *Fig. 1 c1* muestra los

Fig. 1 c2. Implicación de los líderes con la difusión de la Calidad

AÑO	EJEMPLOS DE COMUNICACIONES, PONENCIAS, PUBLICACIONES REALIZADOS	Nº COMUNICACIONES	
1999/ 2000	La intranet como soporte del sistema de calidad del Laboratorio Experiencias en informatización de la Historia Clínica Utilización de la encuesta de satisfacción como herramienta de mejora de calidad en un servicio de Urgencias	Gestión de procesos de apoyo: Lavandería Gestión de procesos y calidad total en las organizaciones sanitarias Clima laboral: sistemas de evaluación	17
2001/ 2003	Evolución de una unidad de gestión clínica Gestión del conocimiento en un proceso asistencial: Neumonía Gestión por procesos. URPA Satisfacción en el personal sanitario de los servicios de Urgencia hospitalarios	Norma ISO 9001:2000 ¿Es de utilidad en la gestión de procesos de un hospital? La supervisora y la prevención de riesgos laborales Implantación de las 5S en el almacén periférico del Servicio de Alimentación	30
2004/ 2006	Cuadro de mandos para la gestión del proceso de alimentación Mejoras introducidas en el Sistema de Gestión de la Calidad del HGU Impacto de la formación en gestión de residuos sanitarios Proceso para la gestión del material estéril Abordaje del proceso de hospitalización en atención especializada	Diseño y desarrollo del plan de comunicación interna en el Hospital de Galdakao Frenos y motores en el gestión por procesos Integración de la calidad en la gestión hospitalaria Monitorización automatizada de señales de alerta. Una herramienta útil para prevenir errores de medicación	35
2007	Liderazgo y Modelo EFQM Relación clínica: confidencialidad, trato e intimidad Auditoria interna e identificación de puntos críticos HGU Evaluación del liderazgo HGU	Que estrategia seguir para el despliegue a los servicios HGU Médico Responsable Programa Plan de Gestión	13
2008	Taller: “La gestión de procesos en las unidades de soporte no sanitarias y su interacción con el proceso asistencial” World Café: Osakidetza Termómetro de la Innovación HGU Política Información a Paciente	Innovando en la Gestión por Procesos HGU Evaluación Acogida RRHH Celebración del Día Mundial del Medio Ambiente en el Hospital Galdakao-Usansolo Seguridad del paciente: integración en la gestión por procesos	14
2009	Responsabilidad Social Corporativa (Congreso Hospitales 09) Guía RSC Det Nosrk Veritas (DnV) Caminando hacia la integración de la seguridad de paciente en la gestión por procesos Master Gestión Servicio Cantabro de Salud (SCS): proceso hospitalización	Master universitario en Dirección de Servicios Clínicos y Asistenciales (Universitat de las Illes Balears) WOKA: Euskalit y Hospital Basurto Dirección Trafico de Bizkaia: Modelo EFQM, alianza y resultados World Café RSC en EITB	15

mecanismos de relación de los líderes con los grupos de interés externo.

Dar reconocimiento a individuos o equipos de los grupos de interés, por su contribución a los resultados de la organización, por su fidelidad, etc.

Los líderes de HGU reconocen a los GI a través de la publicación de sus logros en la revista “Galdakao”, cauce oficial de difusión del Hospital. En estos artículos se destacan los logros y las aportaciones realizadas por los colaboradores.

Participar en asociaciones profesionales, conferencias y seminarios, fomentando y apoyando, en particular, la Excelencia

El compromiso de los líderes del HGU con la implantación de un sistema de gestión basado en el Modelo EFQM ha conllevado que el hospital haya sido seleccionado para participar en el grupo de 12 hospitales referencia a nivel estatal para la difusión de mejores prácticas, denominado Oligosopnio. Asimismo, líderes del HGU han mantenido diferentes encuentros con el Complejo Hospitalario Universitario Bordeaux , cuarto hospital público francés en cuanto a tamaño e impacto clínico, para darles a conocer nuestro sistema de gestión, y el DG ha colaborado con el IB Salut (Sistema de Salud de les Illes Balears) para explicar nuestra experiencia en la aplicación del Modelo EFQM y asesorarles en su posible implantación. Además, once de los líderes son miembros del Club de Evaluadores de Euskalit, uno de ellos senior, habiendo participado todos ellos en diferentes evaluaciones externas. La **Fig. 1 c2**, muestra alguno de los ejemplos del compromiso de los líderes con la difusión de la cultura de la Calidad. La revisión de la efectividad de esta implicación se realiza a través de los reconocimientos externos obtenidos, **Crit. 8b**, y de las visitas de que es objeto el HGU para interesarse por su sistema de gestión.

Fig. 1 d1. Mecanismos utilizados

COMUNICACIÓN	PAPEL DE LOS LÍDERES	LÍDERES IMPLICADOS
Reuniones generales	Comunicar el PE, la M,V y V, el PG	ED
	Comunicar los resultados de la encuesta de las personas	
Comisiones y Comités	Diseñar y difundir protocolos de buenas prácticas	DM, DE y líderes asistenciales
Revista Galdakao / Boletín quincenal	Transmitir información referente a cambios en la organización Reconocer los logros de las personas	ED
PARTICIPACIÓN	PAPEL DE LOS LÍDERES	LÍDERES IMPLICADOS
Autonomía clínica Grupos de Trabajo Gestión por procesos Sistemas de Gestión de Calidad Comités Clínicos	Prestar apoyo a las personas para desarrollar las mejoras Delegar en los equipos Compartir experiencias y conocimientos Dotar de recursos a los equipos Intervenir como miembros de los equipos	ED, propietarios de procesos, responsables del Sistema de Gestión de Calidad, Propietarios de Equipos de Mejora
FORMACIÓN	PAPEL DE LOS LÍDERES	LÍDERES IMPLICADOS
Integrar a las personas en sus puestos, Crit. 3b	Formar a las personas que se incorporan a la organización o identificar a las personas que pueden asumir nuevas funciones	Todos los líderes
Desarrollar la autoformación, Crit. 3b	Acceso a base de datos, favorecer asistencia a eventos, etc.	Responsables de Servicios y Unidades
Equipos de Trabajo, Crit. 3e	Transmitir conocimientos, actuar como formadores internos	Propietarios de Procesos
RECONOCIMIENTO	PAPEL DE LOS LÍDERES	LÍDERES IMPLICADOS
Memoria de Actividad	Reconocer los logros y el trabajo de las distintas Unidades y Servicios	ED
Verbal y Escrito, Crit. 3e	Definir los criterios de reconocimiento Dar el reconocimiento	Todos los líderes

Fomentar, apoyar y participar en actividades dirigidas a mejorar el medio ambiente y la contribución de la organización a la sociedad, con vistas a respetar los derechos e intereses de las generaciones futuras

La Misión del HGU recoge “El respeto por un impacto social y medioambiental positivo en la comunidad”, y hemos definido una Línea Estratégica específica en este campo. Nuestro compromiso con la Sociedad llevó a los líderes del HGU a cerrar en 2002 el horno incinerador y en 2005 certificamos el proceso de Gestión Medioambiental en base a la Norma EKOSCAN, encontrándose actualmente en fase de certificación con la Norma ISO 14001 **Crit. 4c**. En 2008, fruto de la reflexión del ED, y en coherencia con nuestra Misión, incluimos como eje de nuestra gestión el concepto de Responsabilidad Social Corporativa. Para ello, verificamos el proceso de RSC conforme a la Guía de Sostenibilidad del GRI obteniendo la calificación máxima, A+, siendo el primer hospital del Estado que la logra.

1D LOS LÍDERES REFUERZAN UNA CULTURA DE EXCELENCIA ENTRE LAS PERSONAS DE LA ORGANIZACIÓN

La Misión del HGU recoge “el desarrollo humano y profesional de las personas, así como su participación en la gestión, la orientación a la mejora continua de los procesos de trabajo y la cooperación entre Centros”. Con dicho fin los líderes, con el ED a la cabeza, han articulado diferentes medidas y cauces de participación para interactuar con las personas de la organización. Para ello han propiciado la integración progresiva en la toma de decisiones, el reconocimiento de los líderes de gestión clínica, de los gestores del proceso a través de la delegación de responsabilidades y la autonomía como formas de conseguir su motivación.

La **Fig. 1 dI** muestra los mecanismos utilizados por los líderes para reforzar la cultura de la Excelencia entre las Personas de la organización.

Comunicar personalmente la Misión, Visión, Valores, Política y Estrategia, Planes, Objetivos y metas de la organización a las personas que la integran

La comunicación de la M, V y Valores se realiza de forma personal por los miembros del ED. Para ello, cada uno de sus integrantes participa en las reuniones generales en las que se transmite de forma concreta. Inicialmente, la transmisión de la Misión, Visión y Valores recaía en el Director Gerente. Fruto de la reflexión interna, y del aprendizaje de mejores prácticas con organizaciones como ASLE, Gasnalsa y otros Centros de Osakidetza, en el año 2002 se determinó que dicha función fuera asumida por la totalidad de los miembros del ED.

Asimismo, el ED realiza dos reuniones generales al año para comunicar los objetivos, los resultados del ejercicio anterior y el grado de consecución de los Objetivos Estratégicos. Además de los miembros del ED, la totalidad de los líderes del HGU están implicados en el desarrollo de la comunicación con las personas en el ámbito del ejercicio de su liderazgo.

La revisión de la efectividad de la implicación de los líderes en la transmisión de la M, V, V y los Objetivos se revisa a través de la encuesta de Evaluación del Liderazgo donde el ítem “Identificación del líder con la Misión” alcanza una puntuación de 7,31 y en la encuesta de satisfacción de las personas, donde la dimensión “Conocimiento e Identificación con Objetivos” se ha incrementado un 31% de 2003 a 2008, (pasando de 3,53 a 4,61).

Ser accesible, escuchar de manera activa, ser fuente de inspiración y cohesión y responder a las personas que integran la organización

La accesibilidad de los líderes, y especialmente de los miembros del ED es total, manteniendo un estilo de dirección abierto, cercano y de escucha activa, lo que propicia y favorece la efectividad de la comunicación. Los líderes practican una política de “despachos abiertos”, recibiendo a todas las personas que así lo solicitan y de esta manera poderles transmitir sus inquietudes y sugerencias, **Crit. 3d**. Además, la propia actividad que desarrolla el Hospital propicia la presencia diaria de los líderes en equipos de trabajo, reuniones clínicas, etc., lo que contribuye al desarrollo de la comunicación.

Fruto de la revisión y el aprendizaje se ha ido introduciendo sucesivas mejoras a lo largo del tiempo en lo que se refiere a la implicación de los líderes con la comunicación. Tras la autoevaluación del año 2000 se elaboró un Plan de Comunicación Interna, a raíz de la encuesta de personas de 2003 se introdujeron modificaciones en el mismo, y en 2009 lo hemos vuelto a revisar. Ello ha permitido que en la encuesta de Liderazgo el ítem “Accesibilidad” tenga una puntuación de 7,55 siendo el más valorado de todos. Igualmente, en la encuesta de personas del año 2008 la dimensión Comunicación ha experimentado una mejora pasando de 3,75 en 2003 a 5,35 en 2008.

Motivar y permitir a las personas participar en acciones de mejora

Desde el mismo momento en que se adoptó el modelo EFQM como referente del sistema de gestión, el ED del HGU tuvo claro que la clave para el desarrollo del mismo pasaba por extender a las personas la posibilidad de participar e involucrarse en la toma de decisiones. Para ello, los líderes han promovido y apoyado la política de participación mediante diferentes acciones: lidera y participa en equipos de mejora, posibilita la formación de las personas para propiciar el desarrollo personal y profesional; libera a las personas para que puedan integrarse en grupos y dota de recursos para propiciar la participación, **Crit. 3**. De esta forma hemos pasado de un 8,5% del personal que participaba activamente en algún grupo de trabajo en el año 2003 al 21% en el año 2009.

La revisión de la efectividad del enfoque y el despliegue se realiza a través del grado de consecución de los objetivos, y los resultados de la encuesta de Evaluación del Liderazgo donde el ítem “Capacidad del Líder para dinamizar el equipo” alcanza una puntuación de 6,69. Asimismo, en la encuesta de personas la Dimensión Participación ha pasado de 3,98 en 2003 a 5,09 en 2008.

Dar reconocimiento oportuna y adecuadamente a los esfuerzos de personas y equipos de todos los niveles de la organización

Uno de los objetivos estratégicos del PE 2005-2009 es “Desarrollar un sistema de reconocimiento profesional para todos los estamentos, en relación con los logros alcanzados e implicación con la Organización”. Para dar respuesta a este objetivo, los líderes del HGU llevan a cabo dos tipos de reconocimiento:

Reconocimiento Informal: Se realiza de forma verbal por la totalidad de los líderes, en el tiempo inmediato más próximo al hecho objeto de reconocimiento.

Reconocimiento Formal: Se realiza por parte de los miembros del ED y los líderes en las reuniones de los equipos y grupos de trabajo, reconociendo los logros y aportaciones de las personas. Además, se utiliza la revista Galdakao como elemento de difusión de estos reconocimientos.

La participación de los líderes en el sistema de reconocimiento ha sido modificada y revisada. Así, en un principio, la realización del reconocimiento recaía en el ED. Tras los resultados de la encuesta de personas de 2006 y la participación en actividades de mejores prácticas con otros hospitales de Osakidetza reconocidos con la Q, se elaboró un plan de reconocimiento que identifica todos los aspectos claves de este ámbito. De esta manera son todos los líderes los que se implican en la realización del reconocimiento, realizando propuestas e interviniendo en la ejecución de las mismas **Crit. 3e**.

La revisión de la efectividad del sistema de reconocimiento se realiza a través de la encuesta de personas, donde el ítem reconocimiento ha pasado de 3,68 a 4,94 en 2008. Asimismo, en la encuesta de Evaluación del Liderazgo el ítem reconocimiento alcanza una puntuación de 6,75.

1E LOS LÍDERES DEFINEN E IMPULSAN EL CAMBIO EN LA ORGANIZACIÓN

Comprender los fenómenos internos y externos e identificar y seleccionar los cambios necesarios

El ED del HGU utiliza las fuentes de información externas e internas, *Crit. 2a* y *Crit. 2b*, para estar alerta y poder realizar los cambios organizativos que redunden en una mejor aten-

ción sanitaria, y por tanto en la satisfacción de los clientes y de los trabajadores. Los líderes han determinado los criterios para priorizar los cambios a introducir:

- contribución a la mejora de la satisfacción de los Grupos de Interés
- las recomendaciones del Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco y Osakidetza

Fig. 1 e1. Mejoras introducidas como consecuencia de la gestión del cambio

AÑO	FUENTE APRENDIZAJE	MEJORA REALIZADA	GRUPO/PERSONAS
1992 / 1999	Mejores Prácticas Participación en grupo trabajo con D. Sanidad Participación en grupo trabajo con AP Participación en grupos de trabajo en Osakidetza Reflexión Estratégica Osakidetza Plan Estratégico Formación en gestión por Procesos	Unidad Cirugía Ambulatoria	ED, líderes del área de medicina
		Gestión participativa por Objetivos en el área de Medicina	
		Programa Hospitalización a Domicilio	ED, líderes
		Firma del Contrato Programa	ED, líderes del área de enfermería
		Continuidad de cuidados entre Hospital y AP	
		Adopción del Modelo EFQM	ED
		Implantación del programa de imputación de costes PMCs	ED y líderes
		Creación de la Unidad de Metodología de Calidad (UMC)	
		Aplicación planificación cuidados de enfermería "ROSE"	
		Impulsar la Gestión por Procesos	ED y líderes
		Implantación del Sistema Aldabide de Gestión Económica	
		Implantación de las aplicaciones: Clinic e Infogen	
		Desarrollo e implantación "Programa de Cuidados de Enfermería "ZAINERI"	DE
		2000 / 2003	Osakidetza Euskalit Mejores prácticas Benchmarking Trabajo en equipo
Implantación del Sistema de Gestión de la Calidad			
Definición del Mapa de Procesos	ED, UC y líderes		
Implantación de las Consultas de Alta Resolución	ED y líderes		
Autoevaluación EFQM de algunos servicios	Líderes servicios médicos		
Certificación ISO 9001 de 5 procesos	ED, UC y líderes		
2004 / 2006	Mejores prácticas Osakidetza Benchmarking Euskalit Trabajo en equipo	Puesta en marcha del Plan de Calidad 2003-2007	ED, UMC
		Certificación ISO 9001 de 5 procesos	ED, UMC, líderes del HGU
		Diseño de la herramienta de benchmarking Osakliniker	
		Certificación Ekoscan del PR Gestión Medioambiental	
		Implantación de la Telemedicina en Oftalmología	ED y Líder de Oftalmología
2007	Mejores prácticas Benchmarking Trabajo en equipo	Certificación ISO 9001 del proceso de Hospitalización, Radiodiagnóstico y RRHH.	ED, UMC, y líderes del HGU
2008	Auditorías Internas ISO 9001:2000 Trabajo en equipo Benchmarking OSTEBA Euskalit	Implantación de la figura de gestores de calidad (Kaligidariak) Unión enfermería y facultativos	ED, UMC, líderes HGU
		Implantación de la notificación de incidencias asociadas a paciente, extensión de una nueva cultura de Seguridad del paciente	
		Certificación proceso Rehabilitación e Informática	
		Innovación: Capacitación de técnicos para la realización de ecocardiografías	ED, Líderes asistenciales
		Verificación Memoria GRI	
		Autoevaluación Innovación - Euskalit Elaboración del Plan de Innovación HGU 2008/2009 Constitución del Consejo de Dirección como foro de innovación en el HGU	ED, UMC, Consejo de Dirección
2009	Autoevaluación RSC	Definición del Proceso de RSC	ED, UMC, líderes HGU (ámbito social, medioambiente y económico)
		Teledermatología	ED, Líderes asistenciales

En el HGU se gestionan dos tipos de cambio:

Cambio organizativo: Son cambios que están orientados a las necesidades de los clientes y suponen la creación de estructuras o espacios que permitan realizar las actividades de mejora seleccionadas. En 1992 el HGU puso en marcha la Unidad de Cirugía Ambulatoria, pionera de la red de Osakidetza, que implica el paso de una atención tradicional a una sin ingreso, donde el paciente una vez intervenido y estar sometido a vigilancia, regresa a casa el mismo día. Otro ejemplo de cambio organizativo serían las consultas de alta resolución, donde para mejorar la rapidez y accesibilidad de los pacientes se le cita para varias consultas el mismo día. En 2007, fruto del benchmarking con el Hospital Cruces, se ha puesto en marcha el programa de Telemedicina en Oftalmología, lo que nos permite mejorar la accesibilidad del paciente y la disminución de las demoras. En 2008 se ha puesto en marcha el programa de capacitación de técnicos en ecocardiografías, reconocido como “Mejor práctica innovadora 2008” por parte de Euskalit. En 2009 se ha puesto en marcha el programa de telemedicina en Dermatología. En la puesta en marcha de estos cambios han participado todos los líderes de las áreas afectadas por ellos, incluido el ED.

Cambio metodológico: La utilización de distintas herramientas y metodologías implican formas de trabajo diferentes. La reflexión estratégica de 1996 y la adopción del Modelo EFQM han constituido el eje para los cambios metodológicos en el Hospital.

Hasta la implantación del nuevo sistema de gestión, los cambios que se introducían en el HGU eran responsabilidad exclusiva del DG y del ED. A raíz de la elección del Modelo EFQM como sistema de gestión, son la totalidad de los líderes del Hospital quienes intervienen en la gestión del cambio. La *Fig. 1 e1* muestra algunas de las mejoras introducidas como consecuencia de la gestión del cambio.

Liderar el Desarrollo de los Planes de Cambio y garantizan su implantación eficaz

Sin el papel desarrollado por los líderes el cambio no hubiese sido posible en el HGU. Los líderes han realizado importantes esfuerzos de adaptación, se han formado en el desarrollo de competencias de liderazgo y han asumido el compromiso de trasladar al HGU de ser una organización gestionada de manera tradicional a una organización que busca la Excelencia. Para ello, participan en el proceso de Política y Estrategia, donde se marcan los objetivos y metas del Hospital, lideran equipos de proceso y posibilitan la formación y el desarrollo profesional de las personas de la organización. La revisión de la efectividad de esta implicación se mide en la encuesta de Liderazgo donde el ítem “Implicación con la Mejora Continua” alcanza 7,25 puntos.

Comunicar los cambios y la razón de los mismos a las personas de la organización y otros grupos de interés

Para garantizar la implantación de los cambios, el ED se reúne con los líderes implicados quienes participan en el diseño y en la aportación de mejoras para los nuevos cambios, tanto organizativos como metodológicos. Las nuevas formas de trabajo se comunican directamente y son los líderes responsables del área /servicio /unidad quienes hacen llegar los cambios a las personas que están bajo su responsabilidad. En este sentido, los equipos de proceso, grupos de trabajo, la intranet, las sesiones clínicas periódicas, la revisión diaria de la actividad, la documentación de los procesos, son algunas de las herramientas que los líderes utilizan para transmitir al resto de las personas de la organización los cambios que se van a implantar. Además, el ED en las reuniones anuales comunican al resto de las personas de la organización los nuevos cambios y el porqué de los mismos. Asimismo, los cambios son comunicados a los GI afectados por ellos, como por ejemplo la comunicación a los médicos de AP de los programas de telemedicina en Oftalmología y Dermatología.

Medir y Revisar la eficacia del Cambio

La revisión de la efectividad del cambio implantado se realiza a través del seguimiento del grado de cumplimiento de los objetivos del Plan Estratégico y de los Planes de Gestión a los que da lugar. Asimismo, los líderes mantienen un contacto constante con los clientes con el fin de que los servicios que desarrolla el HGU se adapten a las necesidades demandadas o las expectativas que sus usuarios tienen, *Crit. 5e*. La utilidad de los cambios realizados se mide también a través de las encuestas de satisfacción de los clientes y usuarios. *Crit. 6a*.

Política y Estrategia



Galdakao
Usansolo

Ospitalea · Hospital



Para el HGU, la determinación de la Política y Estrategia a seguir es el elemento clave para garantizar su futuro. Con el fin de desarrollar su planificación estratégica de la manera más acorde posible, el HGU ha definido un proceso para gestionar la definición de la Política y Estrategia. Es un proceso, identificado como estratégico, que desencadena la gestión de todos los procesos y se basa en un continuo ciclo PDCA, teniendo como misión la de definir, desarrollar y controlar la P&E. Se inicia con la revisión de la M,V,V, la reflexión estratégica, la elaboración del plan de gestión anual, el seguimiento de gestión y el seguimiento estratégico que se enlaza de nuevo con el plan estratégico y su concreción en un nuevo plan de gestión. El responsable del proceso es el Director Gerente.

2A LAS NECESIDADES Y EXPECTATIVAS ACTUALES Y FUTURAS DE LOS GRUPOS DE INTERÉS SON EL FUNDAMENTO DE LA POLÍTICA Y ESTRATEGIA

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

- Clientes
- Personas

Fig. 2a1. Fuentes de Información

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

- Sistema Sanitario:
 - Departamento Sanidad/Dirección Territorial de Bizkaia
 - Osakidetza
 - Atención Primaria/Otros Hospitales
 - Bioef
- Proveedores
- Sociedad

Efectuar la recogida y análisis de la información para definir los mercados y segmentos del mercado en los que opera la organización tanto en la actualidad como en el futuro

La recogida de información junto con el análisis de necesidades y expectativas relevantes de los grupos de interés (GI) constituye la base del imprescindible conocimiento de la situación del negocio para definir, desarrollar, revisar y actualizar nuestra Política y Estrategia.

Para disponer de una información relevante y completa de nuestros grupos de interés, disponemos de diferentes mecanismos: encuestas, grupos focales, benchmarking, sugerencias, quejas y reclamaciones, evaluaciones de resultados, reuniones individuales y de grupo, iniciativas y otros. La **Fig. 2 a1** muestra las fuentes de información utilizadas, su periodicidad y el proceso responsable de su recogida y análisis.

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

1.- Clientes

Entendemos como tales, a los pacientes, sus allegados y al ciudadano en general, como receptores de nuestra principal actividad. Para conocer las expectativas de los clientes utilizamos diferentes mecanismos:

Encuestas de Satisfacción: Se realizan anualmente desde el año 1994 a los pacientes hospitalizados. Progresivamente, desde el año 2002, se han ido desplegando dichas encuestas segmentadas por los procesos más relevantes, **Crit. 5e**. Los resultados de todas estas encuestas se distribuyen a los responsables de los servicios/unidades para su análisis e implantación de mejoras.

Quejas y Reclamaciones: El Servicio de Atención al Paciente recoge en tiempo real la información sobre quejas, reclamaciones, así como felicitaciones y sugerencias. Sobre todas ellas se actúa de manera inmediata e informamos a los interesados. Desde el año 2001 se centralizó la información proveniente de los ambulatorios en los que prestamos servicios de atención especializada. En 2009, fruto de la verificación GRI y la autoevaluación Best In Class, se han implantado buzón de sugerencias por distintos lugares del HGU. **Crit. 5e**.

Asociaciones de Usuarios: Mantenemos contactos con representantes de diferentes asociaciones de usuarios, como enfermos renales, ostomizados, diabéticos, etc., con el fin de determinar sus necesidades y expectativas como fuente de entrada para nuestro PE, **Crit. 5e**.

Grupos Focales: En el año 2009 se han puesto en marcha grupos focales con pacientes para, a través de ellos, identificar

y conocer las expectativas que tienen puestas en el HGU y poder adelantarnos a ellas.

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

A lo largo del tiempo, fruto del aprendizaje y benchmarking con diferentes instituciones sanitarias y universitarias hemos ido introduciendo sucesivas mejoras en la forma de tratar la información proveniente de los clientes, tal y como muestra la **Fig. 5 e1**. Esto ha dado lugar a numerosas mejoras en la prestación de servicios, **Crit. 5e**.

2.- Personas

Los profesionales del Centro constituyen el principal factor de éxito y por lo tanto es contemplado como un Grupo de Interés fundamental. Para ello cuenta con diversas fuentes de información:

Encuestas de Satisfacción: Se realizan con periodicidad bienal desde el año 1998 y desde 2003 se decidió incorporar el modelo diseñado por Osakidetza, lo cual nos permitía compararnos con el resto de Centros de la Red. Se encuentran segmentadas a diferentes niveles, **Crit. 3a**, y fruto del análisis de resultados se han ido introduciendo numerosas mejoras en el campo de las personas, entre las que podemos destacar: incremento de concursos de movilidad, desarrollo del protocolo de promoción interna, Plan de Comunicación Interna, programa propio de formación, sistema de reconocimiento a las personas, convocatorias de Jefaturas, etc.

Equipo de Trabajo de Personas: En 2008, a raíz de los resultados de evaluación externa, se ha establecido un equipo específico para controlar las acciones del plan de acción de Personas y emitir feed back al ED, **Crit. 3a**.

Comisiones Clínicas: Se recoge información relativa a la actividad asistencial.

Buzón de Sugerencias: Recoge las aportaciones e inquietudes de las personas.

Reuniones de Trabajo: La periodicidad de las reuniones de los respectivos Directivos con los estamentos permite al equipo directivo conocer de viva voz las aportaciones y reclamaciones de los diferentes estamentos y profesionales del Hospital.

Grupos focales con personal del HGU: Fruto de los resultados de la encuesta de satisfacción del 2008 y con el objetivo de obtener mayor información al respecto, se han puesto en marcha en el primer semestre del 2009 la realización de 5 grupos focales a personas, segmentados por áreas y por categorías profesionales.

Equipos de reflexión evaluación EFQM: Se ha implantado en 2009 y permite identificar áreas de mejora. **Crit. 3c**.

Asimismo, se mantienen reuniones periódicas con los representantes de los trabajadores. **Crit. 3a**. También cabe destacar el impulso dado por el ED al Comité de Seguridad y Salud en los últimos años, como se puede ver en el **Crit. 3e**.

3.- Sistema Sanitario

Departamento Sanidad: El HGU pertenece desde su creación a Osakidetza. Ello conlleva que, tanto desde el Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco, como desde la propia Osakidetza, emanen una serie de directrices que sirven de fuente de información para la determinación de la PE del Hospital. Para la prestación del servicio se articula un Contrato Programa que representa en la actualidad el 98% de la actividad del hospital y el 98,5% de su financiación. En 1994, el HGU fue pionero en el Territorio Histórico de Bizkaia en establecer esta fórmula contractual.

A través del Contrato-Programa se priorizan las actuaciones en línea con el Plan de Salud vigente y se determinan los objetivos y metas a alcanzar. Fruto del control y la revisión se detectan mejoras que se incorporan en el Contrato Programa del siguiente ejercicio. Así, en el CP del año 2006 incorporamos la evaluación de la calidad en el tratamiento de la EPOC y Hemodinámica, en 2007 Cuidados Paliativos, y en 2008 la Neumonía y la Esquizofrenia, etc.

Osakidetza: Nos marca pautas de actuación en ámbitos tan importantes como gestión de RRHH, desarrollo de la actividad, inversiones, etc. Estas informaciones son una de las bases para la formulación de nuestra PE. Su revisión conlleva a la introducción de mejoras como incremento de la actividad quirúrgica de tarde, o remodelación de las infraestructuras del centro, etc. *Crit. 4c.*

Atención Primaria: La entrada de los pacientes en el sistema sanitario se realiza, en general, a través de la Atención Primaria de ambulatorios y centros de salud. Necesitamos pues la información de las expectativas y necesidades de los sanitarios de Atención Primaria, para lo cual tenemos sistematizadas reuniones de trabajo. Fruto de la Evaluación Externa de 2007, donde alcanzamos la Q Plata, y de benchmarking con Organizaciones Excelentes, H. Zumarraga, y con el objetivo de ampliar nuestro conocimiento de las expectativas y necesidades de los facultativos de Atención Primaria se ha realizado una encuesta a los mismos. Fruto de esta colaboración ha sido la puesta en marcha del programa de telemedicina en Oftalmología en el 2007 y en Dermatología en 2009.

4.- Proveedores

Las alianzas que se establecen, *Crit. 4a*, permiten alinear las necesidades de estos proveedores con las del hospital, estableciendo estrategias que resultan ventajosas para ambas partes. Se realizan reuniones periódicas para buscar áreas de mejora, fruto de las cuales se han establecido protocolos de limpieza quirúrgica, encuestas que realiza el Servicio de Medicina Preventiva e informes de evaluación y resultados, formación en prevención para trabajadores del servicio subcontratado de Limpieza... Para mejorar en el conocimiento de las necesidades de este colectivo, desde 2008 se han sistematizado reuniones anuales con todos los Proveedores Claves en las que están presentes el DG y la DE, Asimismo, bienalmente se mide de forma directa su grado de satisfacción.

5.- Sociedad

Con el fin de planificar nuestra estrategia en el ámbito de la sociedad, mantenemos reuniones periódicas con instituciones y organismos de nuestro entorno. Con el objetivo de mejorar

la información que tenemos de nuestra Sociedad se han puesto en marcha durante el año 2009 unas jornadas de “puertas abiertas” en las que han sido invitados a participar representantes de los 32 principales ayuntamientos de nuestra Comarca, lo que nos ha permitido conocer directamente las necesidades y expectativas que tienen, *Crit. 8*. Nuestro compromiso con la Sociedad ha dado lugar a la inclusión de diferentes actuaciones, como la colaboración con el Ayuntamiento de Galdakao para la elaboración de su PE; acuerdos con Diputación para mejorar la accesibilidad, mejoras de la depuración de aguas residuales, etc.

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

2B LA INFORMACIÓN PROCEDENTE DE LAS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LA MEDICIÓN DEL RENDIMIENTO, INVESTIGACIÓN, APRENDIZAJE Y CREATIVIDAD SON EL FUNDAMENTO DE LA POLÍTICA Y ESTRATEGIA

En el año 1996 el HGU incorporó el cuadro de mando como herramienta para seguir la evolución de los indicadores asistenciales más relevantes, lo que supuso una mejora respecto al sistema de gestión anterior. El año 2000, y como fruto de un área de mejora detectada en la autoevaluación, se modificó este Cuadro de Mando ampliando la información que recogía. En el año 2006 se incorporaron indicadores de gestión económica y de las personas y en el año 2008 se ha realizado la última modificación del CMI, incluyéndose la relación entre las Líneas Estratégicas y los objetivos asociados a las mismas.

Indicadores internos del rendimiento y de la competencia:

El cuadro de mando del HGU contempla un amplio número de indicadores, que incluye información mensual, acumulada y comparable con los mismos períodos de años anteriores en aspectos asistenciales tan importantes como el nº de altas, el grado de ocupación de camas, la actividad quirúrgica de mañana, tardes y Urgencias, ocupación de quirófanos según especialidades y la lista de espera de pacientes también por especialidades, consultas externas, actividad de UCSI, etc. Estos indicadores surgen de los procesos lo que nos permite conocer las tendencias y actuar sobre la P y E para conseguir las metas pactadas. Todos los servicios del Hospital disponen de estos resultados a través de la Intranet, *Crit. 4e*.

Fruto del cambio, revisión y mejora del sistema de gestión, a lo largo del tiempo se han ido añadiendo fuentes de información en función del desarrollo de la Política y Estrategia. Así, la información de los resultados de procesos se obtiene de manera sistemática desde el año 2003, apoyado tanto en la gestión por procesos como con la incorporación del Sistema de Gestión de la Calidad ISO 9001:2000 en algunas áreas y servicios del HGU. Asimismo, en 2006, a raíz de una reflexión en el seno del ED y una sesión de benchmarking con el Hospital de Cruces, el HGU implantó un Cuadro de Mando

Fig. 2 b1. Fuentes de Información Internas

FUENTE		INFORMACIÓN	USO	PERIODICIDAD
INDICADORES INTERNOS DE RENDIMIENTO				
Cuadro de Mando	Asistencial	Seguimiento de resultados de indicadores diarios y mensuales Indicadores seguimiento CP Control de Gestión de la OC	Evaluación actividad y calidad, se utiliza para la toma de decisiones asistenciales inmediatas Evaluación actividad y calidad, se utiliza para la toma de decisiones asistenciales a corto plazo Seguimiento del CP, toma de decisiones ante desviaciones Seguimiento del Plan de Gestión Anual, toma de decisiones ante desviaciones	Diario Mensual Trimestral Mensual
	Económico financiero	Seguimiento de las actividades económicas Control presupuestario Coste por proceso asistencial	Evaluación de resultados económicos, se utiliza para la toma de decisiones a corto plazo Evolución de la cuenta de Resultados Evolución de gasto de personal Evaluación de los costes por procesos e implementación de medidas correctoras en caso de necesidad	Mensual Mensual Mensual Anual
	Indicadores gestión por procesos	Resultado Procesos y actividad Registro de incidencias Resultado Auditorías Resultado Evaluación Infección nosocomial	Evaluación de la consecución de los objetivos marcados Análisis causal Evaluación de desviaciones Prevención de riesgos	Anual Mensual Bianual Anual
Encuestas de satisfacción de pacientes	Nivel de satisfacción de nuestros clientes	Conocimiento del nivel de satisfacción de nuestros clientes para detectar áreas de mejora a incluir en el PGA	Anual/Bienal	
Quejas, Reclamaciones y Sugerencias	Conocer los problemas de los pacientes y usuarios de forma sistemática	Implantar mejoras	Diario	
Buzón de sugerencias	Conocer los problemas y sugerencias de los trabajadores	Implantar mejoras	Diario	
Encuesta satisfacción de las personas	Conocer el nivel de satisfacción de las personas	Detectar áreas de mejora para incluir en el PGA	Bienal	
INDICADORES DE ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE				
Plan Estratégico Plan Gestión Plan de Innovación	Conocer la planificación estratégica y su despliegue	Realizar la planificación estratégica, marcar las LE y OE Realizar el despliegue de la PE y verificar el grado de consecución de los objetivos marcados	Al actualizarse Anual Bianual	
Memorias de otros centros	Conocer el sistema de gestión de otros centros	Benchmarking	Anual	
Informes de Osakidetza	Conocer los resultados de gestión de otros centros	Benchmarking	Mensual/Anual	
Comisiones Clínicas	Directrices clínicas	Asesorar a la Dirección, actualizar conocimiento e implantar mejoras	Periodificadas	
Equipos de Trabajo	Detectar mejoras	Implicar a las personas en la mejora de los procesos	Variable	
Oligoposonio	Datos de 11 Hospitales del Estado	Benchmarking	Trimestral	
OSTEBA/Agencias Tecnología Sanitaria	Información de tecnologías	Conocer directrices para la utilización adecuada de tecnología y evaluar nuestro posicionamiento	Trimestral	
Comisión Investigación	Líneas de investigación a seguir	Aplicaciones clínicas, metodología epidemiología	Periodificadas	
Revistas científicas	Evidencia científica	Fomentar y mantener el capital intelectual de la organización	Variable según la publicación	
Osakliniker	Conocer datos de actividad y calidad asistencial de todos los centros de la red	Benchmarking	Mensual	
CUESTIONES SOCIALES Y MEDIOAMBIENTALES				
EUSTAT	Evolución de datos demográficos, sociales, económicos y sanitarios	Adaptar nuestra P&E a las necesidades y expectativas de los ciudadanos	Anual	
Plan de Salud	Objetivos y Áreas de actuación preferente	Adaptar nuestra P&E a los Objetivos y áreas de actuación preferente definidas por el Departamento de Sanidad	Cada 8 años	
Encuesta de Salud	Nivel de satisfacción de los ciudadanos de la CAPV con el Sistema	Detectar áreas de mejora para redefinir nuestra P&E	Cuatrienal	
BOPV y BOE	Información de disposiciones legales	Conocer los reglamentos legales que son de aplicación	Diarios	

diario que nos facilita información en tiempo real de los indicadores asistenciales de mayor relevancia y su comparación con la misma fecha del mes del año anterior, lo cual nos permite la toma de decisiones de forma inmediata.

Diariamente, Osakidetza nos proporciona información sobre rendimiento de los hospitales de agudos, aportándonos datos de nuestros indicadores y la del resto de hospitales de la Red. Esta información se utiliza como ejercicio de Benchmarking para la identificación de áreas de mejora. De igual manera, a través de Osakliniker, *Crit. 4e*, accedemos a base de datos de calidad asistencial.

Anualmente disponemos de información de la actividad y costes por procesos de todos los hospitales de la red, que nos permite compararnos con otros Centros. Asimismo, nuestra pertenencia al Grupo Oligoposonio, integrado por otros 11 hospitales del resto del Estado, nos permite disponer de información de actividad y costes de los hospitales del grupo y compararnos con centros de fuera de la red de Osakidetza.

Indicadores de Aprendizaje y Nuevas Tecnologías: Una de las fuentes de información de aprendizaje más importante es la que nos proporciona la autoevaluación. Este proceso se inició por primera vez en 1998 y se lleva a cabo con periodicidad bienal. Las áreas de mejora detectadas se incorporan al PE y a los PG, a través de los procesos. La Evaluación Externa a la que nos sometimos en 2007 ha sido una fuente de aprendizaje muy importante y la base de numerosas acciones de mejora incluidas en los PG 2008 y 2009.

En 2008, llevamos a cabo una autoevaluación de innovación, para la cual se utilizó la metodología diseñada por Euskalit. En ella participaron el ED y algunos líderes del HGU, contando con la asesoría de expertos externos, siendo el primer hospital general de la Red en realizarla. Fruto de esta autoevaluación se conformó un Plan de Gestión de la Innovación en el HGU, que posteriormente se presentó al Consejo de Dirección para su discusión y aprobación, constituyéndose este organismo como el foro de innovación del HGU.

La asistencia a congresos y reuniones de mejores prácticas, es otra fuente de información para la definición de la PE. Asimismo, la participación de doce líderes del HGU en el Club de Evaluadores de Euskalit nos permite conocer lecciones y mejores prácticas de organizaciones de otros sectores. De igual forma, utilizamos como fuente de información de nuevas tecnologías la suscripción a revistas médicas especializadas, la información procedente de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del Gobierno Vasco, OSTEBEA, que nos proporciona informes basados en efectividad probada en la utilización de las diferentes tecnologías (procedimientos de diagnóstico y tratamiento, medicamentos, etc.) o información del Centro de Vigilancia del Medicamento (CEVIME), residiendo en el HGU, que proporciona informes de la utilización más efectiva, eficiente y segura de los fármacos. Asimismo el DG forma parte del Club Gertech, foro en el que participan diversos hospitales del estado, empresas proveedoras de tecnología, la universidad y el Instituto Carlos III, el objetivo de este foro es alinear los problemas que tenemos en los hospitales con la tecnología emergente. Ejemplos de innovación y aprendizaje en foros externos en el aprovechamiento de recursos escasos de personal sanitario son el proyecto de almacenes periféricos o la capacitación de los técnicos de radiodiagnóstico en la realización de ecocardiografías.

Cuestiones Sociales, Medioambientales y Legales: Las cuestiones sociales son recogidas a través de las reuniones mantenidas con las instituciones, tanto públicas como privadas. Una entrada importante de este tipo de información proviene de las trabajadoras sociales del Hospital, quienes mantienen contacto con los pacientes y usuarios y con los trabajadores de otras instituciones públicas y privadas. En 2009, fruto de la autoevaluación de innovación, se han implantado las jornadas de puertas abiertas a los ayuntamientos, permitiendo conocer las expectativas de la ciudadanía, aspectos sociosanitarios etc.

Además, desde la verificación GRI A+ y la implantación del proceso de RSC en 2009, se ha sistematizado la revisión periódica en los foros de RSC disponibles en la red (Forética, Euskalit, Izaite, etc.)

La información de cuestiones referidas al ámbito medioambiental se obtiene a través de IHOBE. De igual manera, la información relativa a las cuestiones legales que afectan a nuestra actividad nos es suministrada por diferentes organismos públicos. Los estudios sobre la evolución demográfica, recursos y factores sociales proporcionados por el EUSTAT y otras instituciones, nos permiten hacer una previsión de las necesidades futuras de los pacientes y usuarios y planificar nuestra cartera de servicios.

Evaluación y Revisión: El ED revisa y analiza la efectividad de las fuentes de información utilizadas trimestralmente en las reuniones de Fuentes de Información y anualmente a través del control y seguimiento del Cuadro de Mando, comprobando si la información disponible es relevante y suficiente para la formulación del PE y PG y la consecución de los objetivos marcados. Este análisis de la información utilizada para la gestión, permite ir identificando nuevas necesidades y realizar los ajustes necesarios.

Fruto de este proceso de revisión y mejora del sistema de gestión, a lo largo del tiempo se han ido añadiendo fuentes de información en función del desarrollo de la Política y Estrategia. La *Fig. 2 b1* muestra las fuentes de información internas utilizadas para la definición de la PE.

2C DESARROLLO, REVISIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE LA POLÍTICA Y ESTRATEGIA

Con anterioridad a 1994, la planificación del Hospital se realizaba mediante una definición del negocio, el presupuesto y el plan de actividad derivado de él. A partir de 1995, tras la incorporación del Contrato Programa, el Equipo Directivo, después de un proceso previo de formación, decidió realizar su primer Plan Estratégico, alineado con la orientación de Osasuna Zainduz según el esquema que recoge la *Fig. 2 c1*.

Una vez finalizadas todas las fases previas de análisis, el proceso de desarrollo de nuestro Plan Estratégico concluyó con la formulación de la Misión, Visión y Valores y de las estrategias o grandes líneas de actuación como marco de referencia para el futuro desarrollo de actuaciones concretas orientadas a la consecución de los objetivos globales de la Organización.

Fig. 2c1. Diagrama de flujo de PE



Posteriormente, este PE fue revisado el año 1999 y el año 2005 se realizó una nueva Reflexión Estratégica en la que participaron 40 profesionales del HGU junto con el ED. En estos momentos estamos realizando la RE que dará lugar al PE 2010-14, en la cual están participando el 100% de los líderes. El proceso de Reflexión Estratégica se inicia con la revisión de la Misión, Visión y Valores, *Crit. 1a*.

Desarrollar, revisar y actualizar la política y estrategia de manera coherente con la misión, visión y conceptos de excelencia de la organización

Para la realización del PE se tienen en cuenta las expectativas y necesidades de los GI. Asimismo se evalúan los indicadores internos de rendimiento, las áreas de mejora detectadas en las autoevaluaciones EFQM y los planes y objetivos alcanzados. El PE en vigor, 2005-09, marca una serie de líneas estratégicas que pretenden conseguir el incremento de la satisfacción de todos los trabajadores, la mejora de nuestros servicios y la satisfacción de nuestros clientes., en línea con las directrices del PE 2003-07 de Osakidetza. Para la definición del nuevo PE 2010-14 se está teniendo en cuenta el nuevo PE de Osakidetza 2008-2012.

La metodología de elaboración del PE se inicia con la revisión de la M,V,V. Para ello nos aseguramos que esté en línea tanto con la Misión de Osakidetza como con la función que el Departamento de Sanidad establece para las organizaciones sanitarias. Una vez realizado este proceso, se analizan las interrelaciones entre los diferentes elementos del entorno y la Organización, los FCE y aquellos procesos de la Organización que tienen una alta influencia en ellos.

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

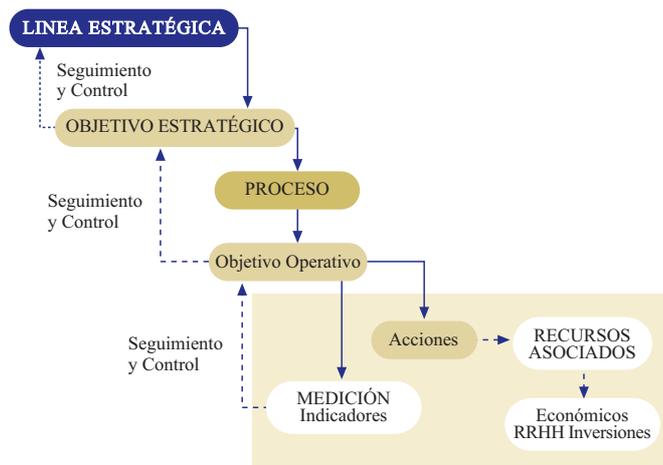
Cada una de estas LE se despliega con una serie de Objetivos Estratégicos con sus indicadores de medición y las metas a alcanzar durante los años de vigencia del PE. Posteriormente, se elabora el Plan de Gestión Anual, donde se concretan los objetivos operativos a alcanzar, las acciones a desarrollar, los recursos asociados y los indicadores de seguimiento. Posteriormente se despliega a lo largo de toda la organización tal y como se muestra en la *Fig. 2 c2*.

En 2008 el HGU ha realizado una revisión del enfoque de la P&E, buscando evolucionar hacia una organización centrada en la creación de valor para el conjunto de la sociedad. Para ello ha introducido en su gestión la Responsabilidad Social Corporativa, que supone el compromiso ético del HGU en la gestión, y se ha adherido al Pacto Mundial de la ONU. Su gestión se concreta en:

- Rentabilidad y sostenibilidad económica
- Sostenibilidad medioambiental
- Sostenibilidad social

Para desplegar este enfoque se ha incluido el proceso “RSC”, *Crit. 8*, dentro del macroproceso “Planificación y Gestión”. Igualmente durante el año 2008, se ha incluido, tras realizar la autoevaluación de Innovación, el “PR Gestión de la Innovación” en el macroproceso “Planificación y Gestión”.

Fig. 2 c2.



En todo el proceso de planificación están implicados el ED y los líderes de los diferentes Servicios, Unidades y procesos, quienes realizan revisiones periódicas y los ajustes ó correcciones pertinentes. Los resultados para la evaluación final, son reflejados en la Memoria Anual simplificada del Hospital. La *Fig. 2 c3* muestra un ejemplo del despliegue de los objetivos estratégicos a los procesos.

De esta manera nos aseguramos que los Planes de Gestión anuales cubren la totalidad de las áreas del Hospital, y dan respuesta a las necesidades y expectativas de los diferentes Grupos de Interés.

EL HGU ha diseñado e implantado diversos mecanismos de revisión del grado de cumplimiento de los objetivos estratégicos y de los planes de gestión anuales:

Mensual: Se revisa, y ajusta si procede, el grado de cumplimiento de los objetivos asistenciales y los indicadores económicos.

Fig. 2 c3. Ejemplo de Despliegue Plan Estratégico (Plan de Gestión 2009)

LÍNEA ESTRATÉGICA - SERVICIO EXCELENTE A LOS USUARIOS				
OBJETIVO ESTRATÉGICO - MEJORAR LA COBERTURA Y ACCESIBILIDAD DE LOS PACIENTES				
OBJETIVO OPERATIVO	INDICADOR/ ESTANDAR	PROCESO	PLAN DE ACCIÓN	RESPONSABLE
Actualizar Cartera de Servicios	% Servicios nuevos implantados >80% planificados	HOS	Creación de una Unidad del ICTUS. Implantación al 100% pacientes con ICTUS	Gestores del Proceso HOS / Líderes asistenciales
		CCEE	Implantación del programa de Rehabilitación Cardíaca al 100% de los pacientes con IAM	Gestores del Proceso CCEE / REHAB / Líderes asistenciales
			Implantación de la Tele dermatología en el área del Duranguésado	Gestor del Proceso CCEE / INF / Líderes asistenciales
Disminuir la Lista de Espera quirúrgica	Demora media litotricia <30 días 100% pacientes Demora media procedimientos quirúrgicos <60 días 100% pacientes	TTQ	Remodelación de la Litotricia	Gestor del Proceso TTQ / MTO / Líderes asistenciales
			Aumento de la ocupación de quirófano	
			Aumentar la actividad quirúrgica en jornada de tarde	
Disminuir la Lista de Espera consultas y pruebas complementarias	Demora media consultas <30 días 100% pacientes Demora media pruebas <30 días 100% pacientes	CCEE RAX	Consolidación del proyecto de Ecocardiografía	Gestor Proceso CCEE / INF / Líderes asistenciales / RAX
			Implantación recordatorio SMS para reducir inasistencias	
			Incrementar el horario de actividad para la realización de endoscopia, mamografías, ecografías.	
Reducir el tiempo de acceso a pruebas de radiodiagnóstico	Implantación en el 100% (excepto en Traumatología)	RAX	Digitalización pruebas de radiodiagnóstico	Gestor Proceso RAX / INF / Dirección Médica

Fig. 2 c4.

AÑO	FUENTE DE APRENDIZAJE ELEMENTO EVALUACIÓN	MEJORAS INTRODUCIDAS
1994/2000	Grupo de Trabajo DS Consultor Externo Reflexión del ED PE Osakidetza 1998-2002 Autoevaluación EFQM	Se establece el CP como herramienta de financiación Elaboración del PE 1995-1998 Adopción del Modelo EFQM Alineación con el PE de Osakidetza Implantación de Aldabide Elaboración del PE 1999-2002 Implantación del Sistema de Gestión de la Calidad Implantación del Sistema de Gestión por Procesos
2001/2003	Encuesta de clima laboral Benchmarking con empresas Q de oro y plata Formación en gestión por procesos Plan de Calidad 2003-2007	Implantación de Plan de Mejoras de la Encuesta de clima laboral Definición del Mapa de procesos Reconocimiento con el compromiso para avanzar hacia la Calidad Total/Excelencia Identificación de los procesos Clave en función de los FCE Plan de Calidad del HGU 2003-2007 Se realiza el diagnóstico medioambiental Ekoscan Se certifican según Norma ISO 9001:2000 cinco procesos
2004/2006	Formación en gestión por procesos Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial RE del ED	Introducción de las encuesta a clientes internos en los procesos certificados Elaboración del PE 2005-2009 Diseño de cuadro de mandos del Plan de Gestión que contemple el despliegue de los OE Se certifican según Norma ISO 9001:2000 cinco procesos más Se certifica por la Norma Ekoscan la Gestión Medioambiental
2007	Evaluación Externa EFMQ	Plan de Mejora consecuencia del informe de evaluación externa 2007
2008	Auditorias Externas Autoevaluación Innovación	Revisión del enfoque a Macroprocesos y Revisión única por la Dirección Elaboración del Plan de Innovación Constitución del Consejo de Dirección como foro de participación de la innovación. Diseño del proceso de innovación
2009	Autoevaluación RSC	Desarrollo de la política RSC Diseño del Proceso de RSC

Trimestral: Se revisa la efectividad de las fuentes de información.

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

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

Alinear la estrategia de la organización con las de los partners y alianzas y evaluar la importancia y eficacia de la política y estrategia

El HGU tiene como objetivo dar respuesta a las necesidades de sus grupos de interés. Esto se asegura mediante el alineamiento de las estrategias y planes del Hospital con las de Osa-kidetza. Además, a través del Contrato Programa, que tiene carácter anual, se realizan los ajustes necesarios. En cuanto al resto de grupos de interés, la gestión de las fuentes de información señaladas en los *Crit. 2a y 2b*, junto con los resultados obtenidos nos garantizan alinear los intereses mutuos.

La evaluación de la efectividad de la política y estrategia del HGU se lleva a cabo a través del grado de consecución de los objetivos estratégicos, el control de los indicadores de gestión interna, *Crit. 9*, y las encuestas de satisfacción de pacientes, usuarios y personas y la percepción de la Sociedad, *Crit. 6, 7 y 8*.

En el proceso de revisión de la P&E participan los equipos de proceso que comprueban el grado de cumplimiento de los objetivos. Posteriormente, esta información llega a los líderes de los Servicios y Unidades, propietarios a su vez de procesos, quienes la analizan junto con el ED. Como consecuencia de las revisiones sistemáticas se realizan ajustes en el corto y medio plazo para satisfacer las necesidades y expectativas específicas y puntuales, *Crit. 2a*, de nuestros grupos de interés. Los cambios introducidos en nuestra planificación estratégica son debidos tanto a una reflexión propia del ED como a las actividades de aprendizaje llevadas a cabo con la asistencia a cursos, *Crit. 1a*, apoyo de asesorías externas especializadas y realización de jornadas de mejores prácticas hospitalarias y benchmarking sobre Política y Estrategia con otras organizaciones consideradas excelentes. La *Fig. 2 c4* muestra algunas de las mejoras introducidas en el Macroproceso de Planificación Estratégica.

2D LA POLÍTICA Y ESTRATEGIA SE COMUNICAN Y DESPLIEGAN MEDIANTE UN ESQUEMA DE PROCESOS CLAVES

Identificar, diseñar y comunicar el esquema general de procesos clave necesario para hacer realidad la política y estrategia de la organización

Como ya ha quedado reseñado, la PE y los objetivos estratégicos se despliegan a lo largo de la organización a través de los procesos, *Crit. 5a*. Para ello se ha procedido a la identificación de los factores críticos de éxito. Fruto de la reflexión del ED, de la realización de mejores prácticas con otras organizaciones hospitalarias Q Oro y Plata, y el intercambio de

mejores prácticas con Mutualia, en la elaboración del último PE se identificaron las Líneas Estratégicas con los Factores Críticos de Éxito que partiendo de la Misión y los Valores iban a permitir al HGU alcanzar la Visión.

Con el fin de desplegar los objetivos a lo largo de la organización, se identifican cuales son los procesos que más contribuyen a la consecución de los mismos a medio y largo plazo. Posteriormente, los equipos de procesos determinan las acciones a desarrollar para la consecución de dichos objetivos, volviendo la información al ED. De esta manera, la elaboración de la PE se desarrolla en un ciclo bidireccional, de arriba abajo y de abajo a arriba, según muestra la *Fig. 2 c2*.

La revisión del mapa de procesos se realiza de forma sistemática en cada Plan Estratégico, y por el despliegue de los propios procesos, dando lugar a las modificaciones precisas. Así, en el año 2006 se cambio de enfoque a procesos más Macro, pasando de una visión de gestión de procesos a gestión por procesos; de esta manera por ejemplo el PR Admisión ha desaparecido, estando integrado como un subproceso de los Procesos Asistenciales. En la última revisión realizada el pasado año se incorporaron los procesos de RSC y Gestión de la Innovación.

De igual manera, se identifican los procesos clave. Se consideran claves todos aquellos procesos que contribuyen de forma notoria a la consecución de las Líneas Estratégicas. Para ello contamos con una matriz de doble entrada donde se relaciona cada uno de los procesos con cada una de las líneas estratégicas.

La revisión de los procesos claves se lleva a cabo en el inicio de cada ciclo de reflexión estratégica, una vez determinadas las líneas estratégicas a alcanzar. La efectividad se mide por el grado de consecución de dichas líneas y los objetivos estratégicos.

Comunicar la política y estrategia a los grupos de interés y Evaluar su grado de sensibilización

El HGU lleva a cabo dos tipos de comunicación de la política y estrategia, interna y externa:

Comunicación interna

El ED comunica los objetivos a los líderes del hospital en las sesiones generales y éstos, a su vez, despliegan el seguimiento de los objetivos / metas a lo largo del HGU en reuniones que se llevan a cabo con los equipos de Servicios, Unidades y procesos. Seguidamente, estos se reúnen con las personas que integran los equipos de trabajo para determinar las acciones. Por ejemplo, en la elaboración del PE 2005-08 han participado un total de 40 líderes y en la actual RE están participando el 100% de los líderes.

Asimismo, utilizamos otros mecanismos de comunicación interna de objetivos y estrategias:

- Comunicaciones personales del ED. El último PE fue comunicado a todas las personas del HGU en 6 reuniones "ad hoc".
- El ED presenta en el primer trimestre del año, en reuniones dirigidas a los líderes y a todas las personas de la organización, los resultados del ejercicio anterior y el PG en curso.
- Presentaciones del PG al Consejo de Dirección y al Consejo Técnico.

- Reuniones divulgativas, realizadas en diferentes horarios para facilitar la asistencia de todo el personal, dirigidas a todas las personas del HGU, en las que se informa de la metodología utilizada para realizar los PG, los resultados de los últimos PG y un avance del PG 2009.
- Reuniones divulgativas para la difusión de la evaluación del liderazgo en el Salón de Actos, y servicios implicados, impulsado por la DG y con la presencia de todo el ED y la Responsable de la UMC. Habiéndose realizado un total de 41 reuniones del 2007 al 2009.
- La propia metodología de elaboración del PG de cada Procesos/Servicio.
- Implantación en el 2008 del Boletín interno OSPIPRESS para la difusión de objetivos del proceso de Hospitalización y seguridad del paciente.
- El PE y el PG son accesibles para todos los trabajadores a través de la Intranet.
- Se utiliza la revista “Galdakao” como vehículo de difusión de planes, objetivos o proyectos relevantes del HGU.
- Boletín quincenal informativo “ZUZENEAN”. Está implantado desde 2009.
- Cuando se acometen acciones o proyectos muy relevantes para la organización se definen planes de comunicación específicos con los servicios implicados. Como ejemplo, el desarrollo profesional se ha comunicado a través de reuniones con los líderes, envío de e-mails personalizados, etc.

Comunicación Externa

- **Reuniones específicas.** Tanto el PE, como los sucesivos PG junto con los objetivos generales y específicos de las distintas Direcciones son comunicados anualmente a Osakidetza. Por otro lado, el DG, junto con el resto del ED, presenta y consensúa con Osakidetza en reuniones ad hoc los proyectos más relevantes. Las jornadas de “puertas abiertas” realizadas con los ayuntamientos de nuestra comarca nos sirven para comunicarles nuestra P&E.
- **Notas de Prensa.** Desde 2008, fruto de la autoevaluación de innovación se ha comenzado a gestionar la comunicación externa con notas de prensa, contando con el apoyo de una empresa externa.
- **Página web.**

La eficacia del despliegue de la comunicación se evalúa y revisa a través del grado de cumplimiento de los objetivos, las encuestas de satisfacción de clientes, personas, proveedores, ayuntamientos, revisión del plan de comunicación interna, la **Fig. 2 d1** muestra algunos de los resultados obtenidos.

Fig. 2 d1. Satisfacción con la Comunicación

ÍTEM	2003	2006	2008
Satisfacción con la Comunicación	3,75	4,48	5,35
Conocimiento e identificación con objetivos	3,53	3,91	4,61

Establecer sistemas de información y seguimiento en toda la Organización para analizar el progreso alcanzado

El despliegue de la P&E del HGU se realiza a través de los procesos. Los objetivos estratégicos se trasladan a los Procesos Asistenciales y de éstos a los diferentes Servicios y Unidades a través de Cuadros de Mando de objetivos del Plan de Gestión. En el resto de procesos, el ED comunica a sus propietarios el grado de participación de cada uno de los procesos en la consecución de los objetivos estratégicos de la organización con el fin de que determinen los planes de acción correspondientes.

Mensualmente, el ED revisa, con los indicadores del Cuadro de Mando, la evolución del PG anual y propone ajustes en caso de necesidad. Trimestralmente se realiza la revisión con la Organización Central en los controles de gestión. Asimismo, se ha definido una herramienta informática para el control de la gestión donde se recogen las líneas estratégicas, los objetivos estratégicos, el despliegue a los procesos, las acciones desarrolladas por éstos, el grado de cumplimiento y las acciones de mejora correspondientes, lo que permite realizar un ciclo REDER de forma permanente.

La revisión del enfoque y despliegue de este esquema se realiza anualmente por el ED, que evalúa el grado de consecución de los objetivos y elabora las conclusiones que son comunicadas a los líderes en la reunión anual de control de cumplimiento de objetivos. Además, se han llevado a cabo diversas actividades de aprendizaje y mejores prácticas con otras organizaciones de Osakidetza que cuentan con los reconocimientos Q Oro y Q Plata, Zumárraga, Basurto, y de cuyo aprendizaje hemos podido introducir mejoras en nuestro sistema de gestión, **Fig. 2 d2**.

Fig. 2 d2. Mejoras en el despliegue de Política y Estrategia

AÑO	ELEMENTO DE APRENDIZAJE	MEJORA INTRODUCIDA
2003	Reflexión ED Benchmarking	Creación de grupos focales para el análisis y mejora del sistema de Comunicación
2004	Hospitales Q, Asle, Irizar	Elaboración del Plan de Comunicación Interna
2005	Reflexión Estratégica PE 2005-2009	Identificación de Líneas Estratégicas con Factores Críticos de Éxito
2006	Reflexión del ED	Elaboración de los planes de gestión en base al PE, con un formato único Diseño del Programa informático Plan de Gestión
2007	Auditoría Externa e interna	Diseño del plan de comunicación interna del proceso de hospitalización
2008	Auditorías	Boletín periódico Ospipress (despliegue procesos asistenciales)
2009	Reuniones de reflexión Evaluación EFQM Organizaciones Q - Comarca Bilbao	Boletín quincenal informativo “ZUZENEAN”

Personas



Galdakao
Usansolo
Ospitalea · Hospital



La Misión del HGU, **Crit. 1a**, recoge la satisfacción e integración de todas las personas que componen nuestra Organización. Queremos llegar a ser líderes en lograr la satisfacción de las necesidades de salud de los ciudadanos, apoyándonos en un sistema de gestión basado en la calidad, y para lograrlo las personas juegan un papel clave. Asimismo, hemos identificado entre los valores del HGU la Profesionalidad Ética y la Actitud Innovadora, lo que se potencia a través del trabajo en equipo y la apertura a las ideas de todos y cada una de las personas del Hospital.

La pertenencia del HGU a Osakidetza incide en aspectos fundamentales de la gestión de RRHH, tales como selección del personal, retribuciones y promoción, ya que está condicionada a las políticas generales establecidas para todos los centros de la Red, limitando con ello la actuación de la Dirección del Hospital en este ámbito.

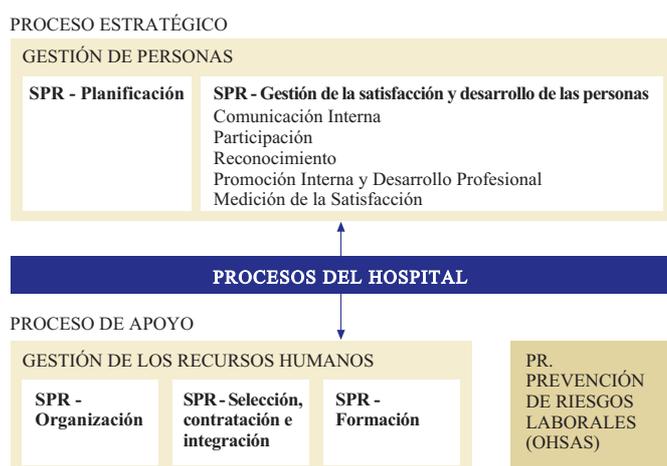
3A PLANIFICACIÓN, GESTIÓN Y MEJORA DE LOS RECURSOS HUMANOS

Desarrollar las políticas, estrategias y planes de recursos humanos

El sistema de gestión por procesos del HGU cuenta con dos procesos específicos relativos a las personas **Crit. 5a**. Gestión de Personas, considerado estratégico, y Gestión de RRHH, definido como de apoyo. Ambos se encuentran alineados con la gestión de personas de Osakidetza, siendo propietario del primero la Directora de Personal y del segundo la Jefa de Servicio de RRHH. Hasta el 2005, el proceso de Gestión de Personas era un único proceso, considerado estratégico. A partir de ese año, tras la revisión del mapa de procesos y la realización de actividades de mejores prácticas con otros hospitales reconocidos con la Q, se creó el proceso de gestión de RRHH, que se certificó en 2007 en base a la Norma ISO 9001-2000. Contempla los subprocesos de organización, selección, contratación e integración y formación. La **Fig. 3 a1** muestra el Sistema de Gestión de Personas.

La planificación de RRHH se revisa anualmente en función de los compromisos adquiridos en el Contrato Programa y se vehiculiza en planes de gestión anuales que responden a las necesidades derivadas de las modificaciones en las cargas de trabajo, y en su cartera de servicios, respondiendo a los cambios socio-sanitarios y a la necesidad de nuevos perfiles profesionales.

Fig. 3 a1. Sistema de Gestión de Personas



Anualmente, el ED presenta su previsión de gasto para llevar adelante el PG y tras su aprobación, se ajusta al mismo. Mensualmente la DP presenta los informes de seguimiento y resultados en RRHH de los que se compone el Cuadro de Mando, que es revisado por el ED y donde se evalúan y analizan las diferencias entre las previsiones y el gasto real por categorías y tipo vínculo laboral **Crit. 4d**. En función de este resultado y la tendencia, se corrigen y adecuan las previsiones teniendo en cuenta las prioridades del Centro.

Desde el año 2000, la gestión de los RRHH está soportada por un sistema informático Gizabide, que permite conocer en tiempo real los recursos existentes, los disponibles y el control del consumo de los mismos.

Las necesidades de cambio de plantilla resultado de la Planificación realizada, se articulan administrativamente mediante los denominados expedientes de adecuación y reconversión (cambio, amortización, creación) de plazas. En el primer caso, la competencia recae en el Centro. En el segundo, la autorización corresponde a Osakidetza.

La planificación de necesidades de personal a corto plazo, en función de la actividad prevista y sus ajustes en diferentes momentos del año, se realiza a través de la comunicación permanente del ED con los Líderes, los cuales transmiten los requerimientos en materia de RRHH que surgen en el día a día (permisos, bajas, comisiones de servicio, promociones, cesiones entre Servicios, vacaciones, etc.), a los que se da respuesta en el 100% de los casos, a través del subproceso de selección, contratación e integración y con los procedimientos descritos más adelante en este subcriterio. La evolución de los puestos aparece reflejada en el modelo organizacional.

Así, entre otros, se han producido modificaciones de plantilla como consecuencia de la unificación de Laboratorios, cierre del archivo de historias clínicas, integración de la UI en la Admisión de consultas, apertura nuevos quirófanos, creación unidad del dolor agudo, incremento camas en 9ª planta hospitalización, nueva gestión de los almacenes periféricos, implantación de nuevos sistemas informáticos de gestión, lo que ha supuesto asignaciones de personas a puestos funcionales alternativos, modificaciones de funciones y de sistemas de trabajo así como obtención de nuevos conocimientos.

La revisión de la efectividad del sistema de Gestión de Personas y RRHH, así como de los procesos que los integran, se realiza a través del control de los indicadores del Proceso y del CM así como de la ESP. **Crit. 7a**.

Implicar a las personas de la Organización y sus representantes, en el desarrollo de las políticas, estrategias y planes de recursos humanos

El HGU implica a los representantes de los trabajadores en el desarrollo de los planes de RRHH, a través de reuniones periódicas en las que se realiza un seguimiento de la aplicación del convenio y de la adecuación de plantillas a las cargas de trabajo y necesidades del Centro, implantación de nuevas prestaciones en la cartera de servicios, reorganizaciones de Unidades, etc.

Por otra parte, los Líderes de Centro participan en la planificación de los RRHH mediante la elaboración de los PG anuales de los Servicios y Procesos, en los que establecen sus objetivos, necesidades y propuestas de mejora conforme a las nuevas

actividades a desarrollar y resultados clave obtenidos. Estos PG, aprobados por el ED, constituyen una fuente de información fundamental para la elaboración del PG anual del Centro en el que quedan incorporadas todas aquellas acciones consideradas prioritarias para el HGU en ese ejercicio.

Con el fin de potenciar la participación de las personas, más allá de sus representantes y Líderes, en el desarrollo de las políticas y estrategias de Recursos Humanos, el HGU ha puesto en marcha diferentes Grupos de trabajo y Equipos de Mejora, donde se trabajan las demandas y expectativas formuladas por las personas. Estos grupos de trabajo están liderados por las diferentes Direcciones y en ellos se valora las necesidades de efectivos y cambios organizativos a realizar en distintas Unidades y Servicios del Hospital. Así, en 2005 se creó un grupo en Radiodiagnóstico donde intervinieron el personal facultativo y técnico para revisar la organización existente de cara a una mejor distribución de tiempos y tareas y también se puso en marcha la figura de Supervisión Clínica. En 2006, el grupo de Quirófano trabajó en medidas organizativas, para responder a las obras del bloque quirúrgico. En 2007, con las aportaciones de un grupo de trabajo, se elaboró el protocolo de contención de personas agitadas. En el año 2008, con las aportaciones de los gestores de calidad de hospitalización se creó la base de datos de Incidencias de hospitalización y otros, tal y como queda reflejado en la *Fig. 3 c1*.

Gestionar la selección y contratación

El subproceso de selección, contratación e integración del HGU, del PR de Gestión de RRHH, es de aplicación al 100% de las personas que se incorporan al Centro. El sistema de selección y contratación de personal está regulado por la legislación administrativa, garantizándose los principios de publicidad, igualdad, mérito y capacidad. Para lograrlo, se han desarrollado diversos mecanismos, los cuales son aplicados conforme al tipo de cobertura de los puestos a realizar:

Personal fijo

Su selección se realiza a través de una Oferta Pública de Empleo, OPE. Se obtiene plaza en propiedad en una categoría y Centro concreto, pudiendo ser objeto de movilidad voluntaria definitiva en un futuro mediante el sistema de Concurso de Traslados o provisional mediante la Comisión de Servicios regulado para todas las Organizaciones. Asimismo, el HGU cuenta con otros mecanismos para la selección de personas para cubrir los diferentes puestos, que favorecen el desarrollo profesional y la satisfacción de intereses personales de los trabajadores del Centro, cuyos procedimientos son objeto de revisión permanente:

- Movilidad horizontal definitiva
- Movilidad interna temporal
- Promoción interna temporal
- Adecuación/traslado por motivos de salud

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

Personal eventual

Su selección y contratación, parte de la detección de las necesidades, la cual es realizada por los Líderes en función de la actividad programada y la sobrevenida (ausencias de titulares por licencias y permisos), por la implantación de nuevos programas/servicios o por necesidades de refuerzos puntuales. El desarrollo de las últimas Ofertas Públicas, ha facilitado la confección de listas de contratación que garantizan igualmente la publicidad, mérito y capacidad de las personas mediante un sistema imparcial que protege la igualdad de oportunidades en el acceso al trabajo. El HGU gestiona de manera directa las coberturas cuya duración va a ser inferior a 6 meses. Asimismo, de cara a responder a necesidades de personas con perfiles concretos, contamos con listas específicas de enfermería y otro tipo de personal para determinadas Unidades como UCI, Reanimación, Urgencias, Quirófano, Diálisis, Laboratorios, etc.

Integración de las personas a su puesto de trabajo

Cuando una persona se incorpora al HGU, se somete a un proceso de acogida cuya finalidad es facilitar su integración en su nuevo puesto. Desde el año 2003 se realizaba con la entrega, en el Departamento de Personal, de un manual de acogida general y en los Servicios que contaban con ello, del específico. Fruto de la revisión del Proceso de gestión de RRHH y de las mejores prácticas con la Comarca Ekialde, en el año 2008 el Equipo de Mejora de las Personas, realizó una propuesta de renovación del Plan de acogida con la emisión de una guía básica de aplicación en todos los Servicios del Hospital y conforme al tipo de personal y a la elaboración de un procedimiento de acogida. Así mismo, fruto de esta revisión, desde este año 2009, en la acogida, se les hace entrega en el Departamento de Personal, de una carpeta en la que se incorpora en soporte papel y CD, la información más relevante y útil para su integración en el Hospital y en su puesto de trabajo, así como información de interés general.

Las personas son recibidas por los líderes de los Servicios/ Unidades al que son asignados. Por otra parte el ED se implica en la acogida de los alumnos de enfermería y personal residente y con la presencia de los Responsables de Docencia del Centro.

La revisión de la efectividad del sistema de selección y de la acogida se lleva a cabo a través del seguimiento anual del cumplimiento de los objetivos de los PG de los Servicios y Procesos, de las Comisiones de seguimiento de la contratación y la movilidad del Centro y de los resultados de la encuesta específica a las personas de nueva incorporación, la cual se realiza anualmente desde 2007. Fruto de la reflexión del ED se ha incorporado una pregunta específica a este respecto en la ESP realizada en el año 2008, obteniendo un resultado de 5,67.

Utilizar las encuestas de personal y cualquier otro tipo de información procedente de los empleados para mejorar las políticas, estrategias y planes de recursos humanos

EL HGU utiliza los resultados de las ESP para recabar información que permita incorporar mejoras en la planificación de los RRHH del Hospital. La primera encuesta se realizó en el año 1998. A partir de 2003, se utilizó un modelo unificado

Fig. 3 a2. Mejoras organizativas en la gestión de los RRHH

AÑO	FUENTE DE INFORMACIÓN	MEJORA INTRODUCIDA
2000/ 2003	Autoevaluaciones	SAP económico y de RRHH. Gestión en red y reparto de responsabilidades Incorporación de la Gestión por procesos; nuevos sistemas de trabajo
2004		Formación de la plantilla propia; capacitación para coberturas especializadas
2005	ESPs	Centralización de admisiones de consultas externas y radiología, fila única Reestructuración jornada del personal bloque quirúrgico por obras en quirófanos
2006	Visitas a otros Centros Auditorías y revisiones de Procesos	Ampliación de consultas en horario de tarde en Ambulatorios Supervisión Clínica Hospitalización
2007	Lectura memorias Q plata-oro	Almacenes periféricos; gestión por celadores; liberación tareas más propias, de A.E. Incorporación personal enfermería a SAPU
2008		Personal TER para ecocardiogramas; Los cardiólogos para otras necesidades Gestores Calidad (Hospitalización)

para todos los centros sanitarios de Osakidetza, determinándose una periodicidad bienal.

La siguiente encuesta debía ser realizada en el año 2005. Sin embargo, con el fin de no alterar los resultados, dado que en el momento en que estaba previsto realizarla, los hospitales de Osakidetza atravesaban por un conflicto laboral de carácter general, se decidió aplazar su realización hasta 2006. La última encuesta ha tenido lugar en 2008 en la que se ha utilizado una nueva metodología igualmente aplicada en el resto de Centros de la Red. La ESP está segmentada por categorías, áreas de actividad, relación contractual, etc., lo que permite una mejor identificación de las áreas de mejora y por tanto de las acciones a implantar.

Fruto de la reflexión del ED y de la evaluación externa del 2007, en el año 2008 se creó el Equipo de Mejora de Personas con el fin de aportar mejoras en el ámbito de las personas del HGU. Como resultado de este trabajo, se ha elaborado un informe de contraste de la efectividad e idoneidad de las acciones realizadas así como otro informe con propuestas de mejora en respuesta a los últimos resultados obtenidos en 2008. Asimismo, se han creado grupos focales para determinar mejoras en aquellos estamentos con peores resultados, *Crit. 2a*. Otra fuente relevante de información utilizada para introducir mejoras, la constituye el conocimiento de las interacciones con los diferentes procesos y el contenido de los PG de los Servicios y Procesos.

El HGU implantó en 2004 un buzón de sugerencias, cuyo funcionamiento se revisa de manera sistemática. Así, en 2005 potenció el nuevo sistema de recogida de sugerencias que consta de 7 unidades ubicadas en lugares estratégicos del Centro y en la Intranet. Su creación fue difundida con presentaciones públicas y con remisión a todos los trabajadores del procedimiento a seguir para realizar una sugerencia, así como el proceso de su posterior gestión en la que el ED toma parte de forma sistemática, revisándose cada dos meses, *Crit. 7b*. Este sistema de comunicación permanece activo desde su creación manteniendo una media de 150 sugerencias anuales, siendo aceptadas el 70% e implantadas cerca del 100% de ellas.

Fruto del informe de contraste del EMP, se ha incorporado a la Intranet del HGU una plataforma para la consulta pública de la gestión de las sugerencias. La satisfacción con el sistema de sugerencias se mide con el número de las mismas y con el ítem de la ESP, “Escucha y consideración de sugerencias de mejora”, que ha evolucionado de 3,70 en 2003 a 4,84 en 2008.

Utilizar metodologías organizativas innovadoras para mejorar la forma de trabajar

El HGU ha impulsado diferentes medidas que han configurado la forma de trabajar en el Hospital. La implantación de procesos, equipos de trabajo y grupos de mejora, donde las personas juegan un papel relevante, ha dado lugar a numerosas mejoras organizativas, tal y como muestra la *Fig. 3 a2*.

La revisión de la efectividad se realiza a través del grado de consecución de los objetivos y la ESP, donde la dimensión sobre satisfacción con la organización y mejora, ha evolucionado de 3,85 en 2003 a 4,85 en 2008.

3B IDENTIFICACIÓN, DESARROLLO Y MANTENIMIENTO DEL CONOCIMIENTO Y CAPACIDAD DE LAS PERSONAS DE LA ORGANIZACIÓN

El desarrollo del conocimiento y capacidades de las personas a través de la formación continua, constituye uno de los pilares claves para la consecución de la Misión del Hospital, tal y como se recoge en su PE. Se gestiona en el subproceso del mismo nombre, que se integra en el proceso de Gestión de RRHH. La formación se desarrolla de manera continua, tanto a través de la impartición teórica como de la práctica en el desempeño del puesto de trabajo. El despliegue de un programa propio de formación, la participación activa en la planificación de las actividades formativas que desde la Organización Central se ofertan a todos los centros de la Red y el establecimiento de procedimientos sistematizados que permiten identificar, desarrollar y mantener el conocimiento y capacidad de las personas de la Organización a través de la movilidad interna y la promoción profesional son ejemplos de la implicación del HGU en el desarrollo integral de las personas que lo conforman.

Identificar, clasificar y adecuar el conocimiento y las competencias de las personas a las necesidades de la Organización y desarrollar y utilizar planes de formación y desarrollo

Hasta el año 2004, el HGU contaba con una Comisión de Docencia centrada en personal facultativo y residente, y con la Responsable de Docencia de Enfermería. A partir de ese año se crea la Comisión de Formación Continua, órgano de

Fig. 3 b1. Formación

MECANISMOS DE IDENTIFICACIÓN DE NECESIDADES DE FORMACIÓN	DESPLIEGUE ACCIONES FORMATIVAS	VALORACIÓN Y REVISIÓN
Plan Estratégico Planes de Gestión de Servicios Unidades y Procesos Líderes Comisión de Formación Personas	Formación - Plan y Programa de formación Hospital - Acceso a acciones formativas de Osakidetza - Plan y oferta formativa Personal listas de contratación temporal del Hospital	Seguimiento del plan y programas, encuestas al término de las acciones, encuestas de aplicabilidad tras 1 año
	Entrenamiento en el trabajo - Práctica diaria - Sesiones Clínicas - Intercambio experiencias - Grupos de mejora	Información de los Líderes
	Oportunidades de aprendizaje - Promoción profesional / Movilidad interna temporal - Autoformación - Ofertas de formación externa - Congresos/Foros científicos - Sesiones Generales - Biblioteca - Proyectos Investigación	Líderes Profesionales Memoria científica y profesional

participación multidisciplinar, liderada por la Dirección de Personal y de la que forman parte líderes y trabajadores de distintos estamentos, así como los Responsables de Docencia Médica y Enfermería, el Responsable de Investigación del Centro y un representante de los trabajadores. Ese mismo año, el HGU aprobó su Plan de Formación donde se recogían los objetivos estratégicos en materia de Formación del Centro y se establecían los diferentes cauces que han de utilizarse para identificar las necesidades de formación. Así, contamos con la información derivada del PE y PG del Centro, de los Planes de Gestión de las diferentes Servicios/Unidades y Procesos, de los Representantes de los trabajadores, de la CFC y de los propios profesionales *Fig. 3 b1*. El ED lidera, y aprueba el programa formativo para cada año teniendo en cuenta las necesidades detectadas y la propuesta priorizada de formación realizada por la Comisión de Formación del Centro. Fruto del aprendizaje de buenas prácticas, de la evaluación externa en 2007 y del trabajo realizado por el EMP, en 2009 hemos incorporado como fuente de información de necesidades formativas, la detección de necesidades que realizan los líderes en el proceso de acogida para el desarrollo de las competencias requeridas en el puesto de trabajo.

Fruto de la revisión y el seguimiento de los resultados de las encuestas y evaluaciones de los líderes, en el año 2005 se crearon varios grupos focales para detectar las necesidades formativas del personal no sanitario, participando un total de 32 profesionales del Centro. El programa de formación anual, que contempla acciones para las diferentes áreas del HGU, ha sido objeto de revisión en lo que se refiere a su estructura, de forma que todas las actividades formativas han sido identificadas con líneas estratégicas del HGU y en consonancia y alineación con el PE de Osakidetza y su Plan de Formación corporativo.

Siempre que es posible, son los propios profesionales del HGU quienes actúan como docentes de las acciones formativas dado que, además de ser quienes mejor conocen su ámbito de trabajo, les sirve como elemento de reconocimiento e

implicación. Así, desde el año 2008, un equipo de enfermeras formadas y acreditadas como docentes, participa impartiendo cursos de RCP junto con el equipo médico de Cuidados Intensivos del Centro.

La difusión del programa de formación se realiza a través de los Líderes, correo electrónico y la Intranet del Centro. La participación de cada profesional es autorizada y priorizada por su responsable, teniendo en cuenta la formación previa, la utilidad del curso para el desempeño del puesto actual o futuro y las necesidades de su Servicio o Unidad, siendo en este sentido la formación, mecanismo de promoción y reconocimiento.

Fruto de la revisión del Proceso de gestión RRHH, se ha incorporado desde 2008, la evaluación de la aplicabilidad de las actividades realizadas a través de una encuesta que se lleva a cabo una vez transcurrido un año desde la realización de la acción formativa. El EMP basándose en la definición de los puestos funcionales, está trabajando en la identificación de los perfiles competenciales por estamentos, sus competencias generales y específicas, y con ello los conocimientos y habilidades necesarios para el desempeño de la actividad asignada.

El HGU financia el gasto de la docencia y material necesarios que genera la organización de actividades formativas a través de la dotación que todos los años se asigna a la Comisión de Formación. Asimismo, la CFC apoya la realización de jornadas formativas y/o divulgación organizada en el Centro por Servicios/Unidades que así lo proponen y para la asistencia a actividades externas, *Crit. 7b*.

La revisión de la efectividad de la formación y de su gestión se realiza a través del seguimiento del cuadro de indicadores del subproceso de Formación, el grado de cumplimiento y efectividad del trabajo y los resultados de la ESP, donde la satisfacción con la formación ha pasado de 2,93 en 2003 a un 4,45 en 2008. La *Fig. 3 b2* muestra algunas de las mejoras introducidas a lo largo de estos años.

Fig. 3 b2. Mejoras introducidas en materia de formación

AÑO	ELEMENTOS DE EVALUACIÓN / FUENTES DE APRENDIZAJE	MEJORAS/CAMBIOS INTRODUCIDOS
2001		Formación a personal temporal (DUE y AE)
2002		Revisión y mejora de los protocolos de movilidad y de Promoción Interna
2003		Extensión formación personal temporal TER/TEL
2004		Plan de Formación Creación Comisión de formación con dotación económica anual
2005	Evaluación ED Plan de Formación	Diagnóstico de necesidades de formación
2006	Comisión de Formación Continuada Comisión seguimiento Movilidad y PI Encuestas de Satisfacción de las Personas Comisión de seguimiento del Plan de euskera	1º Programa formación propio del Hospital Incremento y renovación de aulas de formación Convocatoria Movilidad, de anual a semestral Mejoras en los protocolos de movilidad y PI Extensión formación personal temporal Administrativo
2007	PG de los Servicios/Unidades y Procesos Certificados Líderes	Registro de la formación. Currículum Vitae Certificación del Subproceso de Formación dentro del PR de RRHH
2008	Personas	Criterios de selección de candidatos a actividades formativas Cómputo de horas de formación como horas de trabajo conforme tipos de actividad formativa, favoreciendo con ello el acceso a las mismas Encuesta de aplicabilidad. Evaluación de la eficiencia de la formación Acogida a las personas. Inicio de plan de gestión por competencias a partir de 2009

Diseñar y fomentar oportunidades de aprendizaje a nivel individual, de equipo y de Organización

Con el fin de fomentar las oportunidades de aprendizaje de las personas, tanto a nivel individual como de equipo, el HGU ha articulado diferentes mecanismos:

Actividad diaria: Dentro del ámbito de cada Servicio/Unidad, los responsables del mismo son los encargados de gestionar este tipo de formación, tanto teórica como práctica. La incorporación de nuevos profesionales o la adquisición de nuevas técnicas o tecnologías, va acompañada de la formación directa a cargo de otros compañeros o de periodos de formación en otros centros, tanto de Osakidetza, como del resto del Estado.

Trabajo en equipo: Es imprescindible en un sistema de funcionamiento basado en procesos integrados donde la coordinación entre los diferentes estamentos profesionales es básica. Así, se han creado Equipos de trabajo para el desarrollo de procedimientos operativos, como por ejemplo “La Continuidad de Cuidados”, protocolos de funcionamiento entre el Hospital y la Atención Primaria entre otros. También se han constituido grupos específicos entre facultativos especialistas del Hospital y médicos de Atención Primaria, para el desarrollo de programas propios. A nivel interno son numerosos los equipos y grupos de trabajo que funcionan de manera continuada. Ejemplo de ello es la guía sobre Ostomías para trabajadores y pacientes elaborado por un Equipo de cirujanos y enfermeras del Centro en 2009. *Crit. 3c, 5a.*

Sesiones Clínicas: Constituyen una excelente fuente de aprendizaje, con revisiones de casos clínicos y/o revisiones bibliográficas, actualización de conocimientos en ciertas patologías, etc., generándose un mecanismo clave para la gestión de la tecnología y el conocimiento, *Crit. 4d y 4e.*

Autoformación: Juega un papel importante para el desarrollo de las actividades de aprendizaje. Así, el HGU apoya la asistencia de sus profesionales a jornadas, congresos y reuniones

científicas, destinando un 30% del presupuesto de la Comisión de Formación a estas actividades. Asimismo, la preparación de artículos supone un mecanismo de aprendizaje constante.

Proyectos de Investigación: La investigación que se realiza en el HGU mantiene un nivel sobresaliente, especialmente desde el año 1993 en que se creó la Unidad de Investigación y que se traduce en la consecución de proyectos de investigación y en publicaciones en revistas científicas de gran impacto. El HGU apoya las liberaciones de sus investigadores incrementando la beca recibida para hacer posible la dedicación de tiempo que precisan. El programa de formación del HGU contempla, desde 2008, acciones encaminadas a apoyar la investigación.

Biblioteca: La Biblioteca del HGU cuenta con cerca de 150 suscripciones activas y fondos bibliográficos, disponiendo de las revistas más importantes en las diversas áreas de interés. Además, proporciona el acceso electrónico a bases de datos y a cerca de 2.000 revistas a través de Internet o la Intranet de Osakidetza.

Alinear los objetivos individuales y de equipo con los objetivos de la Organización

El HGU ha establecido diferentes mecanismos con el fin de garantizar los objetivos de la Organización, de los Equipos y de Personas que la componen. Mecanismos como la movilidad interna y la promoción tratan de dar respuesta a los intereses de nuestros profesionales.

Movilidad horizontal y movilidad interna temporal: Ambos mecanismos permiten acceder a puestos diferentes al de procedencia y de la misma categoría. En el primer caso de forma permanente y en el segundo de manera temporal, en tanto en cuanto continúa la necesidad o la ausencia del profesional que permite la movilidad del que cambia de puesto. Fruto de la revisión y el aprendizaje, se ha incrementado el número de convocatorias, pasando de ser anuales a semestrales. *Crit. 7b.*

Promoción Interna Temporal: A veces la cualificación y experiencia de nuestros profesionales es mayor que la requerida en el puesto en el que desempeña sus funciones. La promoción interna permite acceder al profesional al puesto para el que posee conocimientos, disponiendo con ello de más personas preparadas de cada perfil profesional posibilitando con ello el desarrollo de sus capacidades. *Crit. 7b.*

Desarrollo Profesional: Osakidetza ha aprobado un sistema de desarrollo profesional para todos los colectivos profesionales consistente en 4 niveles de reconocimiento en base a: actividad asistencial, dominio profesional, formación continuada, docencia y difusión del conocimiento, investigación e implicación y compromiso con la Organización. La evaluación del desarrollo profesional se realiza por el Líder, la cual es validada por el Comité nombrado al efecto, en el que participa un representante de: los trabajadores, Consejo Técnico, categoría profesional evaluada y del ED. Hasta la fecha, han sido o están siendo evaluados todos los facultativos y grupo B1 que cumplen los requisitos y antes de que acabe el año 2009, lo serán el resto de sanitarios y no sanitarios, alcanzándose con ello a la totalidad del personal fijo con 5 años de servicios prestados en la categoría reconocida.

La revisión de la efectividad de los mecanismos que permiten alinear los objetivos individuales con los de la Organización se realizan a través de informes de evaluación, comisiones y la ESP, donde el ítem que mide la satisfacción de las personas con la igualdad de oportunidades de promoción ha pasado de 3,05 en 2003, a 3,91 en 2008.

3C IMPLICACIÓN Y ASUNCIÓN DE RESPONSABILIDADES POR PARTE DE LAS PERSONAS DE LA ORGANIZACIÓN

El HGU reconoce entre sus valores la “profesionalidad”, el “liderazgo compartido” y “la actitud innovadora” ya que la implicación, la asunción de responsabilidades por parte de todos, el trabajo en equipo y el intercambio de conocimientos es la base para la consecución de los objetivos del Centro.

Proporcionar oportunidades que estimulen la implicación y respalden un comportamiento innovador y creativo

El HGU se ha caracterizado por ser un hospital innovador y creativo, siendo uno de los primeros de Osakidetza en poner en marcha proyectos que han supuesto la delegación de responsabilidades y la implicación de los profesionales en los resultados de sus Servicios. Así en 2003 elaboramos el Manual de Enfermería Quirúrgica, elemento de referencia para otros hospitales de la red y de otras comunidades; en 2008, el proyecto de técnicos en ecocardiogramas, galardonado como mejor proyecto innovador por Euskalit, y en 2009 el proyecto Kirozainbide, Manual de quirófano multimedia. En la actualidad contamos con más de 200 protocolos de actuación, en cuya definición han intervenido los profesionales del Hospital. Para ello, el HGU dota de los recursos económicos y formativos necesarios, *Crit. 7b.*

En su afán por promover la innovación, el HGU realizó en 2008 una autoevaluación de innovación, con apoyo de Euskalit, para conocer el punto de partida del Centro e incorporar actuaciones conducentes a potenciar la innovación en el Hos-

pital, siendo desde 2009 gestionada a través del proceso de Gestión de la Innovación. Otro ejemplo de impulso de la innovación ha sido la incorporación en 2008 al Plan de Reconocimiento del mejor proyecto innovador del HGU. Fruto de la evaluación externa de 2007, se introdujo en la ESP de 2008 un ítem específico del Hospital para medir el nivel de implicación del ED con la innovación y la mejora continua del Hospital, obteniendo un 4,78 de valoración.

Para lograr la implicación de las Personas y Equipos, el HGU utiliza los siguientes mecanismos:

Autonomía de Gestión. El ED propicia la asunción de responsabilidades por parte de las Personas y Equipos para dar respuesta a los objetivos y estrategias del HGU. Así, los Responsables de Servicios/Unidades/Procesos, establecen a través de los PG anuales los objetivos que pretenden lograr con indicación de las acciones a desarrollar de cara a su consecución. A partir de ellos, se confecciona el Plan de Gestión del Centro. La implantación de la gestión por procesos ha supuesto un mecanismo de implicación y asunción de responsabilidades por parte de las personas del HGU. Claro ejemplo lo constituye la figura de Gestor de Calidad en Hospitalización (Médicos y Enfermeras/os).

Comisiones, Comités y Equipos Permanentes. Son equipos conformados dentro de la propia estructura organizativa del Hospital. Pueden tener carácter asesor y algunos son obligatorios por ley en todos los hospitales. Son estables y tienen una periodicidad de reuniones establecida. Su composición es mixta, participando miembros del ED, otros líderes y personal de todos los estamentos.

Consejo Técnico. Está formado por el DM, DE, el Responsable del SAPU y profesionales Médicos y de Enfermería. Tres componentes del Consejo Técnico, forman parte junto con el ED del Consejo de Dirección, donde así mismo participan profesionales cuya aportación y peso específico en el Hospital añade valor al grupo.

Implicación docente. La implicación de los profesionales del HGU en actividades docentes es muy importante, dado que el Hospital tiene acreditada la docencia postgrado desde el año 1990, así como la docencia pregrado de alumnos de enfermería de la UPV desde 1989. Los trabajadores colaboran sin compensación alguna en la docencia de los periodos de prácticas pregrado a nivel sanitario y no sanitario y en la formación de personal de las listas de contratación temporal de cara a su preparación para Unidades de actividad específica.

Fomentar y apoyar la participación individual y de los equipos en las actividades de mejora

Como ya ha quedado señalado, el HGU propicia la implicación y participación de las personas a través de los Equipos de Mejora y Grupos de trabajo. Los participantes son seleccionados por los líderes en función de su grado de implicación y conocimientos. A lo largo de estos años se han creado múltiples Equipos cuyo funcionamiento ha sido revisado y mejorado gracias a la formación recibida en herramientas de calidad, trabajo en equipo, etc. La eficacia de estos Equipos se evalúa a través de la consecución de los objetivos establecidos. El número de personas intervinientes en grupos de mejora se ha incrementado en los últimos años de forma que hemos pasado de un 8,5% de la plantilla en 2003 hasta llegar a un 21%

Fig. 3 c1. Equipos de Mejora y Grupos de Trabajo

AÑO	MECANISMO DE PARTICIPACIÓN	MEJORA INTRODUCIDA	Nº PERSONAS
Grupos multicéntricos Osakidetza			
2004	Zaineri	Diseño plan de formación Zaineri-PAE	9
2005/07	Desarrollo profesional	Idoneidad del modelo de evaluación	6
2007	Guardias Médicas	Mejoras del modelo organizativo	8
2008	Gizabide, Aldabide, Presupuestos (SAP)	Mejoras en los sistemas, creación de aplicación como herramienta común y operativa de presupuestación a través de SAP	3
	Formación corporativa	Contraste-revisión efectividad del Proceso de Formación corporativo	2
Grupos-Equipos Mejora en HGU			
2004	Pacientes agitados	Protocolo de contención personas agitadas	10
2005	Comunicación Interna	Plan de Comunicación, PO del buzón de sugerencias	10
2006	Quirófanos	Quirófanos programados en tarde y planificación de las obras de quirófano	12
	Hemodinámica	Evaluación Calidad Técnica	3
2007	Infección nosocomial	Diseño Proceso PVPCIN	3
	Neumología	Guía de la EPOC	4
	Enfermedad cerebro-vascular	Protocolo ICTUS	4
2008	Gestores Calidad e Informática	Base de datos incidencias en el PR Hospitalización	29
	Equipo Mejora Medioambiental	Celebración en el hospital del día mundial del Medio Ambiente	10
	Equipo de Mejora de Personas	Guía básica de acogida a las personas, PO acogida, contraste acciones mejora en respuesta a ESP 2006, propuestas de mejora según resultados ESP 2008	10
	AMFE Circuito Citostáticos	Mejora en el circuito de prescripción, preparación, dispensación y administración de citostáticos	12
	AMFE Circuito Urgencia-Planta	Mejora derivación pacientes de la Urgencia a Planta	14
	Rx-Informática	Informatización de la petición de pruebas radiológicas	9
	Seguridad del medicamento	Estudio de efectos adversos y medidas correctoras	13
	Ambulancias	Nueva gestión de las ambulancias	7
2009	Reflexión EFQM	Contraste a la memoria EFQM 07; identificación áreas mejora y evidencias	49

en la actualidad. Un claro ejemplo son los grupos de reflexión EFQM que se han constituido como paso previo a la evaluación externa de Euskalit. La revisión de la efectividad de la participación se realiza a través de los resultados de la ESP, donde el ítem sobre posibilidad de participar en la mejora de la Unidad ha pasado de un 3,58 en 2003 a un 5,02 en 2008. Fruto de la revisión de los resultados de la ESP, buzón de sugerencias y de las actividades de aprendizaje con otros hospitales de la Red, reconocidos con la Q Oro y Plata, con los hospitales de Oligopsonio y otras organizaciones excelentes, hemos ido introduciendo numerosas mejoras a lo largo del tiempo. La **Fig. 3 c1** presenta algunos Equipos de Trabajo/ Grupos de Mejora del Centro.

3D EXISTENCIA DE UN DIÁLOGO ENTRE LAS PERSONAS Y LA ORGANIZACIÓN

Nuestro modelo de gestión tiene implícita la necesidad de una comunicación interna fluida, abierta, accesible y dinámica entre todas las personas de la Organización, siendo la misma, un elemento fundamental para lograr la identificación de los profesionales con la M, V, V y los objetivos estratégicos.

Identificar las necesidades de comunicación

El HGU ha establecido diferentes mecanismos, que han sido revisados y mejorados a lo largo del tiempo, para identificar las necesidades de comunicación de las personas de la Organización. Como consecuencia de los resultados obtenidos en la ESP de 2003, en 2004 se realizó un diagnóstico de situación de la “comunicación interna” del Hospital con entrevistas a todas las Direcciones, mandos intermedios, trabajadores de las diferentes áreas y sindicatos. Este fue el primer paso para la elaboración de un Plan de Comunicación Interna. Paralelamente al Plan, en el año 2005 se constituyó el Grupo de Comunicación formado por 10 personas de diferentes estamentos, y coordinados por la Directora de Personal, que colabora en la revisión de la eficacia de los diferentes canales de comunicación y propone mejoras.

El Plan de Comunicación, que contemplaba una clasificación de la información en función de factores como P&E, ámbito laboral, etc., ha sido revisado y mejorado en 2009, identificando además mecanismos de evaluación y efectividad de las acciones realizadas. Así mismo, se ha incorporado un nuevo canal de comunicación para mejorar el acceso a la información por parte de todos los profesionales, a través del boletín informativo ZUZENEAN remitido por correo electrónico. Otro aspecto mejorado en el Plan, es la comunicación externa con los principales grupos de interés externos del HGU. **Crit. 2d.**

Las necesidades de comunicación se identifican a través del buzón de sugerencias *Crit. 3a*, la ESP, las reuniones de trabajo, el EMP y Grupo de Comunicación así como con la visita de los miembros del ED a las Unidades y Servicios. La revisión de la efectividad se mide a través de los indicadores establecidos en el Plan de Comunicación y del resultado de las ESP, donde desde 2008 se incorporaron ítems específicos acerca de los principales canales de comunicación utilizados en el HGU, revista, buzón sugerencias y tablón de anuncios, obteniéndose un índice de satisfacción de 5,03 y 4,99 respectivamente. Otras actuaciones de mejora son la incorporación de un contador que permite valorar el grado de uso por apartados de la intranet, el nuevo diseño de la intranet como resultado de la encuesta de satisfacción de este canal y la creación de una revista divulgativa del proceso de hospitalización, *Ospi-press*. El resultado de la satisfacción con la comunicación en la ESP ha pasado de 3,75 en 2003 a 5,35 en 2008.

Desarrollar y utilizar canales de comunicación verticales (en ambos sentidos) y horizontales

El ED es el responsable de la gestión de la comunicación en sus respectivas áreas, siendo los Líderes quienes hacen de transmisores de gran parte de la comunicación tanto ascen-

dente como descendente. En este sentido, el PG de 2008, incorporó como objetivo mejorar la implicación de los líderes en la transmisión de la información clave, siendo la accesibilidad del ED el segundo ítem mejor valorado en la evaluación del liderazgo, con un 7,35 sobre 10.

La comunicación se estructura de dos maneras:

Formal: se realiza a través de las reuniones de Equipos de Proceso, Responsables de Servicios/Unidades, grupos de mejora, comisiones, sesiones clínicas, y utiliza canales como las Memorias, Revista Galdakao, la Intranet, los sistemas Aldabide y Gizabide conforme los temas a comunicar, su importancia y número de personas a las que van dirigidos., en consonancia con el Plan de Comunicación. Un ejemplo de despliegue de la comunicación lo encontramos en la transmisión a los trabajadores y líderes afectados por ello, de la evaluación del liderazgo, objetivos pretendidos y resultados obtenidos. *Crit. 1a*.

Informal: no está estructurada y se desarrolla en el ámbito de la actividad diaria y en los espacios habilitados por el ED: celebraciones de Navidad, actos sociales, la creación del Kafeleku, que se creó en 2007 como respuesta a sugerencias transmitidas por un importante número de trabajadores.

Fig. 3 d1. Mejoras en los Canales de Comunicación

AÑO	EVALUACIÓN/APRENDIZAJE	CAMBIOS Y ACTUACIONES REALIZADAS
2001		Reedición Manual General de Procedimientos Difusión página Web de Laboratorios Tablones de anuncios (ampliación y sistemática de actualización)
2002		Elaboración Manual Informativo para personal de enfermería de nuevo ingreso en Unidades de Hospitalización Establecimiento de reuniones periódicas por Servicio/Unidad...
2003		1ª presentación resultados año anterior Manual Enfermería Quirúrgica Presentación resultados de la encuesta de satisfacción Manual de Acogida a trabajadores
2004		Nuevo diseño y sistema de distribución de revista Plan de Comunicación 1ª elaboración documento "Avance de Resultados" para su difusión general
2005	Evaluación ED Evaluación EFQM Encuesta de satisfacción	Difusión del PE y PG Remisión a domicilio a todos los trabajadores de tríptico PE Creación Grupo de Comunicación Implantación Buzón de Sugerencias Revisión proceso Revista "Galdakao"
2006	Comisión de Formación	Gestión de las sugerencias Presentación de PG anual Incremento presentaciones en número y días Presentación de Acciones correctoras tras ESP realizadas (2004-2006)
2007		Reorganización de la Intranet Presentación resultados encuesta de satisfacción y áreas de mejora y PG Presentación Pública de resultados ejercicio anterior Correo electrónico para todos
2008		Sistemática en la sesiones generales Página Web y mejora de la Intranet Inserción de contador en la Intranet Revisión manual acogida; PO y guía básica
2009		Revisión y mejora del Plan de Comunicación Boletín informativo mensual ZUZENEAN Nueva carpeta de acogida Acceso a la Intranet desde la Web y mapa de contenidos de la misma

Identificar y asegurar oportunidades para compartir las mejores prácticas y el conocimiento

Con el fin de asegurarse que los profesionales del HGU disponen de los mejores conocimientos para la realización de su actividad, se han articulado diferentes mecanismos que propician la gestión del conocimiento. Las Comisiones y Equipos de Mejora/Trabajo, protocolos asistenciales, así como las sesiones clínicas y generales, que forman parte de la actividad cotidiana del Hospital, son mecanismos para compartir las mejores prácticas y consolidar el conocimiento, *Crit. 4e*. Además, de manera sistemática, los profesionales del HGU son convocados para participar en el desarrollo de herramientas de gestión de Osakidetza. *Fig. 3 c1*. Fruto de la revisión y aprendizaje con otras Organizaciones excelentes, se ha creado en la Intranet un espacio a través del cual las personas del HGU pueden conocer lo que otros profesionales realizan y sus aportaciones a la mejora continua.

El ED potencia estas participaciones liberando a las personas para que puedan integrarse en dichas Comisiones y Equipos sin que ello vaya en detrimento de su labor principal. *Crit. 1d*. También participamos en foros interhospitalarios de Osakidetza y del resto del Estado en especialidades como cardiología, cirugía cardíaca y neumología.

La revisión de la efectividad de todas estas actuaciones en el campo de la comunicación se realiza a través del grado de consecución de los objetivos y las ESP *Crit. 7a*. Las reuniones de elaboración del PG, las auditorías de los diferentes Procesos y las conclusiones de reuniones de reflexión de los resultados de la ESP así como las autoevaluaciones y evaluación externa, son otras fuentes de información importantes para detectar áreas de mejora. La *Fig. 3 d1* muestra algunas de las mejoras introducidas en la gestión de comunicación.

3E RECOMPENSA, RECONOCIMIENTO Y ATENCIÓN A LAS PERSONAS

La política retributiva y las condiciones de trabajo del personal en el HGU, al igual que en todas las Organizaciones de Servicios pertenecientes a Osakidetza, está regulada por el Acuerdo de Condiciones de Trabajo del Personal de Osakidetza (ARCTO), negociado con las Centrales Sindicales representativas de los trabajadores. El último acuerdo suscrito en 2007, y actualizado en 2008 con vigencia de tres años, contempla una jornada anual de 1592 horas y regula las condiciones laborales, permisos, licencias, beneficios sociales, etc., así como el sistema retributivo general para todo el personal del Ente. El ARCTO es difundido a todos los trabajadores a través del correo electrónico e Intranet, en donde fruto de las sugerencias del EMP, se ha incorporado también información sobre retribuciones (Anexos de las tablas retributivas).

No obstante, el HGU con el escaso margen de maniobra de que dispone, y dentro de la legalidad vigente, adopta diversas medidas de reconocimiento y recompensa como es el caso de la concesión de días adicionales por colaborar con ONGs, etc.

Establecer los diferentes niveles de Beneficios Sociales

El ED propicia diferentes niveles de beneficios sociales que contribuyen al incremento de la satisfacción de las personas:

- Mejora de las carteleras de trabajo con libranza en fines de semana del personal de enfermería de plantilla que trabaja a turnos (turnos-canguro), con turnos y sistemas organizativos atendiendo a propuesta de trabajadores y equipos de trabajo o con la implantación de diferentes alternativas de cartelera para adecuar las concesiones de reducciones de jornada u otros permisos y licencias, a los intereses y necesidades de las personas, garantizando la calidad de la asistencia sanitaria *Crit. 7b*.
- Participación en cursos, jornadas y congresos con una importante financiación a través de ayudas otorgadas por la CFC, *Crit. 3b*, y sustitución en el puesto.
- Póliza de responsabilidad civil, que responde a la especial responsabilidad que la actividad sanitaria y médica especialmente conlleva y seguro de vida y accidentes que cubre cualquier riesgo personal.
- Préstamos al consumo sin intereses, adelantos de nómina, la garantía del 100% de las retribuciones que por cartelera corresponde al trabajador en caso de IT.
- Comedor subvencionado en la cafetería del Centro y ayudas económicas para guarderías.
- Aportación anual de +0,50% de las retribuciones para el plan de pensiones EPSV-ITZARRI.
- Fondo social para la concesión de ayudas a atenciones sociales como adopciones internacionales, disminuidos, prótesis dentales, gafas, etc.
- Complementos de jubilación anticipada.

La revisión de la efectividad se mide a través de la ESP donde los ítems condiciones de trabajo y retribución, han pasado de 5,03 en 2003 a 5,69 en 2008 y de 3,08 a 4,94 respectivamente. *Crit. 7a*.

Dar reconocimiento a las personas con el fin de mantener su nivel de implicación y asunción de responsabilidades

En consonancia con el objetivo estratégico de lograr la satisfacción e integración de las personas, el HGU ha puesto en marcha numerosos mecanismos que contribuyen al reconocimiento. Así, el ED y los líderes del HGU han identificado y sistematizado el reconocimiento a las personas de la Organización. Para ello, en 2005 se determinaron los aspectos básicos que iban a ser objeto de reconocimiento, y en 2006, fruto de la ESP se elaboró un Plan de Reconocimiento y Recompensa, integrado en el Proceso de Personas. Tras la evaluación externa de 2007, se revisó de nuevo el Plan de reconocimiento, contemplándose este, tanto a nivel individual como grupal y en el que los líderes juegan un papel fundamental. *Crit. 1d*. La tabla de reconocimientos establece que se reconoce, como se reconoce, a quien, por quien y el valor que promueve, *Fig. 3 e1*. Así mismo, se ha establecido un registro de reconocimientos, estando al alcance de todos los trabajadores a través de la Intranet. *Crit. 7b*.

A raíz de esta revisión, se llevaron a cabo reuniones con todos los líderes para impulsar su implicación en los reconocimientos del Centro y de sus Servicios/Procesos. La *Fig. 3 e2* recoge las mejoras introducidas en la política de reconocimientos a las personas del Hospital.

Fig. 3 e1. Sistema de reconocimientos a las personas del HGU

QUÉ SE RECONOCE	OBJETIVO	CON QUÉ SE RECONOCE	QUIEN RECONOCE	PERIODICIDAD
1.- RECONOCIMIENTOS A LAS BUENAS PRÁCTICAS				
Mejores prácticas	Reconocer aportación a la Organización y la consecución de sus objetivos	Bakida en acto público y mención en la Revista Galdakao	El Consejo de Dirección, a propuesta del Consejo Técnico	Anual
Obtención de Certificación de Procesos	Premiar al Equipo de Proceso	Bakida en acto público y mención en la Revista Galdakao	La Dirección	Año de la certificación
2.- RECONOCIMIENTOS A LA DIFUSIÓN DEL CONOCIMIENTO				
Aportaciones de mayor difusión-impacto	Reconocer las aportaciones científicas y/o técnicas de los trabajadores/as	Bakida en acto público y mención en la Revista Galadakao	El Consejo Dirección, a propuesta del Consejo Técnico o Comité de Investigación	Anual
Participación activa en cursos, jornadas y congresos	Promover la mejora continua de las competencias profesionales	Abono de matrícula, viaje y/o alojamiento	Comisión de Formación	Periódico
3.- RECONOCIMIENTOS A LOS LOGROS PROFESIONALES				
Desarrollo Profesional	Reconocer el desarrollo profesional de las personas	Efectos retributivos de la asignación de niveles I, II, III y IV de Des. Prof.	El Comité de Evaluación del Centro	Periódico
Reconocimiento de las competencias profesionales y dotes de liderazgo	Selección y promoción de líderes y mandos competentes	Nombramientos de Jefaturas y MI y mención en la Revista Galdakao	El Tribunal de selección y la Dirección	Periódico
Otros logros profesionales	Reconocer los logros profesionales por su impacto y aportación a la Organización	Certificación en acto público y mención expresa en la Revista Galdakao	El Consejo de Dirección, a propuesta del Consejo Técnico	Anual
4.- RECONOCIMIENTOS AL IMPULSO INNOVADOR				
A la mejor propuesta innovadora	Reconocer el mejor proyecto de innovación	Bakida en acto público y mención en la Revista Galdakao	El Consejo de Dirección, a propuesta del Consejo Técnico	Anual
Reconocimiento a Comisiones / Equipos de Mejora	Reconocer la labor de Comisión o Equipo de Mejora en la implantación de prácticas innovadoras	Certificación en acto público, difusión de los logros en la Intranet y Revista Galdakao	El Consejo de Dirección	Anual
Mejor sugerencia	Reconocer las aportaciones de los trabajadores/as a la mejora a través del buzón de sugerencias	Carta personalizada y mención expresa en la Revista Galdakao	La Dirección del Hospital a propuesta del Equipo de Comunicación Interna	Anual
5.- OTROS RECONOCIMIENTOS				
Colaboración con la Organización en la mejora continua	Reforzar el compromiso con la gestión excelente	Días de libre disposición y/o Carta personalizada, difusión de los logros en Intranet y Revista Galdakao	La Dirección	Anual
Jubilaciones	Reconocer la labor de las personas a lo largo de su vida profesional	Escrito y entrega de obsequio en acto público y mención en la Revista Galdakao	La Dirección	Anual
25 años de servicio en la Sanidad Pública	Reforzar el sentido de pertenencia recordando al trabajador el hecho señalado	Escrito y entrega de obsequio en acto público	La Dirección	Anual
Reconocimiento institucional a personas o entidades ajenas al Hospital	Reconocimiento institucional a personas o entidades externas por su labor destacada	Entrega de la Bakida en acto público del hospital	El Consejo de Dirección	Ocasional

Fig. 3 e2. Mejoras en el Reconocimiento

AÑO	ELEMENTOS DE EVALUACIÓN / FUENTES DE APRENDIZAJE	MEJORAS INTRODUCIDAS Y MANTENIDAS
2002		Reconocimiento personalizado por escrito a personal jubilado y + de 25 años servicio
2003		Bakida para los miembros de los Procesos certificados
2004	Evaluación ED	Reconocimiento público de los jubilados y 25 años de servicio
2005	ARCTO Resultados ESP Plan de Comunicación Interna Evaluación EFQM	Escritos de reconocimiento a todos los trabajadores a su marcha del Centro por su aportación al HGU Reconocimiento al mejor Servicio Financiación de gastos por formación externa Reconocimientos en la revista <i>Galdakao</i>
2006	Comisión Formación Continuada Consejo Técnico	Incorporación del reconocimiento a la mejor sugerencia Reconocimientos por participación en las auditorias internas; 2 días de permiso Asignación niveles desarrollo profesional A1
2007	Proceso RRHH y Personas Autoevaluación de la Innovación EMP	Procedimiento para gestión del Reconocimiento y la Recompensa Asignación niveles desarrollo profesional B1
2008	Consejo de Dirección Comité de Investigación	Revisión del Plan y Procedimiento para la gestión del Reconocimiento Reconocimiento al impulso a la innovación El Consejo Dirección en los reconocimientos
2009		Asignación niveles desarrollo profesional todas las categorías Reconocimiento del HGU a labor en Investigación Incorporación de un reconocimiento al mejor Residente

Uno de los reconocimientos más importantes realizados en el HGU, viene de la mano del desarrollo profesional, que se inició en el año 2006 con el personal sanitario, y en 2009 está siendo aplicado a la totalidad de las categorías del Hospital **Crit. 3b.**

La revisión de la efectividad del reconocimiento se realiza a través de la ESP, donde la satisfacción con el reconocimiento ha pasado de 3,68 en 2003 a 4,94 en 2008, así como a través del EMP, los grupos focales, la evaluación de los líderes y las autoevaluaciones.

Fomentar la concienciación e implicación en temas de higiene, seguridad, medio ambiente y responsabilidad social

Responsabilidad social y Medio Ambiente: El HGU tiene un compromiso ético con su entorno social y prueba de ello es su implicación más allá de los meros requerimientos legales, con los aspectos sociales, económicos y medioambientales de nuestro entorno y con la mejora continua. Así la memoria de RSC, siguiendo la guía Global Reporting Initiative, ha sido verificada por AENOR, con la máxima calificación GRI A+, siendo el primer Hospital del Estado en obtenerlo. **Crit. 1c.** En materia medioambiental, en 2005 se certificó el proceso de Gestión Medioambiental en base a la Norma Ekoscan del Gobierno Vasco, y en 2008 obtuvimos la calificación de Ekoscan plus, se instauró el día del Medioambiente, etc. **Crit. 4c.**

Higiene y Seguridad: El HGU cuenta desde 1994 con un Servicio de Prevención y Salud Laboral propio, dependiente del Servicio de Prevención Corporativo de Osakidetza. En 1997 se creó el Comité de Seguridad y Salud (CSS) constituido por el ED y los Delegados de Prevención. Así mismo, participan en él componentes de la Unidad Básica de Prevención (UBP). En 2002 se creó la Comisión de Autoprotección. Para fomentar la máxima participación, el ED ha incorporado al CSS a los representantes sindicales interesados en ello. Todas

Fig. 3 e3. Algunas mejoras en la Seguridad y Salud de las Personas

AÑO	MEJORAS INCORPORADAS
2004	Gestión de la vigilancia de la salud por SAP Constitución del Equipo de 1ª Intervención en Emergencias
2005	Protocolo de contención de personas agitadas Implantación de catéteres de seguridad
2006	Incorporación de nuevas camas eléctricas para hospitalización Inicio de sectorizaciones de zonas hospitalarias
2007	Carpeta de PRL en todas la Unidades e Intranet Protocolo de agresión a los trabajadores
2008	Reforma área de campanas citostáticos en Farmacia Incorporación grúa eléctrica de elevación pacientes en UCI
2009	Protocolo de adecuación definitiva por motivos de salud Gestión por procesos de la Seguridad de las Personas

las sesiones del CSS se recogen en actas que son publicadas y difundidas entre el personal del Hospital a través de Intranet. De este modo se han definido el Plan de emergencias, mapa de riesgos del Hospital, etc. Fruto de la reflexión del ED, en 2006 se amplió a dos el número de técnicos de prevención de riesgos para completar las evaluaciones de riesgos, que se han incorporado a la carpeta de Gestión de la PRL ubicada en cada Servicio, así como para llevar a cabo las actuaciones que en materia de autoprotección y emergencias viene realizando el HGU.

La revisión de la efectividad se realiza a través del grado de consecución de los objetivos del Plan de PRL, de la ejecución de las medidas correctoras, de indicadores de accidentabilidad, etc. y de los resultados de la ESP donde la satisfacción con la Seguridad y Salud laboral ha pasado de 3,49 en 2006 a 4,60 en 2008. Como resultado de su gestión se han introducido diferentes mejoras en el ámbito de la prevención, tal y como se recoge en **Fig. 3 e3** y en el **Crit. 7b.**

Alianzas y Recursos

Galdakao
Usansolo
Ospitalea · Hospital



4

4A GESTIÓN DE ALIANZAS EXTERNAS

El HGU ha definido que entiende por aliado, ver MO, y en línea con nuestra Misión, donde se establece “la atención a los ciudadanos de forma coordinada con AP y el resto de la red de Osakidetza”, hemos definido una LE que es la “coordinación con el sistema sanitario”. Para dar respuesta al cumplimiento de este Objetivo Estratégico, gestionamos las alianzas a través del proceso del mismo nombre. Identificamos como Alianzas Clave aquellas que repercuten directamente sobre las líneas estratégicas del HGU. De esta manera hemos identificado cuatro tipos de alianzas, *Fig. 4 a1*.

Identificación de alianzas

La identificación de la necesidad del establecimiento de alianzas las realizan los profesionales como resultado de las necesidades detectadas en la actividad diaria, así como en congresos, cursos, etc., y el ED a través del Plan de Gestión Anual, indicadores de rendimiento, visitas a otros centros, o de participación en foros como GERTEC, o grupo Oligopsonio, evaluaciones, etc. Por ejemplo, tras la evaluación de innovación en 2008 se han identificado dos líneas de actuación en la gestión de alianzas: impulsar alianzas con proveedores de TICS y alianzas con proveedores de tecnología no sanitaria.

Una vez identificada la necesidad de establecer una alianza, el ED valora la viabilidad de la misma a través de cuatro criterios:

Fig. 4 a1. Tipos de Alianzas

ORGANIZACIÓN	MEJORA	VALOR PARA EL HGU	VALOR PARA LA ORG	EVALUACIÓN	RESPONSABLE
SISTEMA SANITARIO					
Hospitales de la red, Osatek, U. Emergencias de Osakidetza, CVTH, etc.	Establecimiento de protocolos de derivación de pacientes que precisan de tratamientos no contemplados en nuestra cartera de servicios, participación en Comités y grupos de trabajo, formación en emergencias sanitarias	Servicio Excelente Cobertura asistencial	Mejora de la coordinación	Pacientes derivados Reuniones anuales	DM
Atención especializada centros concertados; Cruz Roja, C. San Francisco Javier	Establecimiento de protocolos de concertación y derivación de pacientes para asistencia y/o pruebas complementarias	Cobertura asistencial	Mejora de la coordinación y económica	Pacientes derivados Reuniones DTB	DM
Atención Primaria	Reuniones periódicas de coordinación con la Comarca Interior, continuidad en el proceso asistencial, ambulatorización de servicios, etc.	Servicio Excelente Continuidad asistencial	Mejora de la coordinación	Protocolos realizados Reuniones bimensuale	DG
Osakidetza	Colaboración en proyectos corporativos, inversiones estratégicas, talleres de expertos, reuniones de control de gestión, Farmacovigilancia, etc.	Mejora Continua	Benchmarking y mejores prácticas	Numero de participantes, Numero de proyectos	Líder del proyecto
Departamento Sanidad	Seguimiento periódico del Contrato Programa, modificaciones en la cartera de servicios, derivaciones de pacientes, gestión de Ambulancias	Cobertura Servicio Excelente	Coordinación Evaluación Aprendizaje mutuo	Indicadores calidad CP Evaluación anual	Director Gerente
SOCIEDAD					
Universidad de Deusto UPV, Novia Salcedo, Centros Educativos	Prácticas asistenciales MIR, PIR, FIR, de enfermería y otras categorías	Servicio excelente Liderazgo en docencia	Continuidad con la formación práctica	Evaluaciones Reuniones	Líder Docencia Líder Formación
Grupo Hospitales Oligopsonio	Compartir información y técnicas de gestión entre los hospitales participantes	Servicio excelente Impacto Social	Benchmarking	Reuniones bimensuales	Director Gerente
Euskalit	Prácticas para becarios/as, visitas, formación, Miembros del Club de Evaluadores	Impacto Social	Mejores prácticas	Evaluaciones	Líder Formación
CLIENTES					
Asociaciones de pacientes	Apoyo a pacientes y familiares, facilitando la información sobre el cuidado de pacientes, mediante charlas y educación en salud	Servicio Excelente Impacto Social	Información, educación y comunicación continua	Reuniones	Líderes de los procesos asistenciales
PROVEEDORES					
Microsoft	Programa para el tratamiento de trastornos de la alimentación	Servicio Excelente Continuidad asistencial	Marketing y programa prototipo	Realización del programa	Líder Proceso asistencial
Medicaltec	Programa informático para la realización de la Tele dermatología				
DNV	Enfoque, revisión del sistema de calidad/ auditorías	Mejora continua	Marketing y programa prototipo	Reuniones y auditorías	Líder UMC
UNI2, GIROA	Participación activa en el proceso de medioambiente, gestión de residuos, etc.	Servicio Excelente Impacto Social	Mejora continua	Indicadores del proceso	Líderes procesos

- **Impacto en el Paciente**
- **Mejora continua e Innovación**
- **Responsabilidad Social Corporativa**
- **Satisfacción de los profesionales**

Todos estos criterios se revisan de manera sistemática en el proceso de Gestión de Alianzas y en el de Reflexión Estratégica. Fruto de esta gestión hemos identificado cuatro tipos de alianzas, *Fig. 4 a1*.

Sistema Sanitario. Colaboramos con los Hospitales de Osakidetza y Atención Primaria para la realización de servicios complementarios o alternativos en nuestra cadena de valor y optimizar los recursos disponibles. Estos servicios generalmente vienen marcados por el DS mediante el CP. Asimismo, las alianzas que tiene el DS con empresas externas, y que nos llegan a través del CP, las consideramos como nuestras alianzas. Fruto de la participación en el Grupo Oligoposonio se han establecido alianzas con los hospitales participantes para difundir el conocimiento del modelo EFQM, así como con el Hospital de Bordeaux en cuanto a la gestión hospitalaria.

Sociedad. Se establecen alianzas con instituciones docentes para realizar prácticas que completen la formación de sus alumnos y con otras instituciones que nos permiten compartir recursos y trabajar en áreas como el fomento de la Calidad Total.

Clientes. Colaboramos con diferentes asociaciones para educar, rehabilitar y apoyar a los pacientes y familiares. Ver *Fig. 5 e3*.

Proveedores. Las relaciones con los proveedores se regulan mediante compromisos contractuales. En 2006, definimos proveedores clave en función del volumen de negocio, impacto en el paciente e implicación en la mejora continua. Fruto de la evaluación externa de 2007 se han sistematizado las reuniones con proveedores clave.

Establecimiento de la alianza

Las condiciones y especificaciones de los acuerdos, que afectan a nivel de proceso o servicio, son analizados y propuestos por los gestores de proceso a la Dirección. Las alianzas pueden ser de dos tipos:

Formales: se establecen entre la Dirección y el “Aliado” mediante documento escrito y firmado por las partes.

Tácitas: en el caso de intercambio de experiencias no se requiere de un soporte documental, y se basa en un compromiso mutuo.

Como consecuencia de la evaluación externa de 2007 se han revisado los criterios para establecer alianzas y se ha definido un responsable de cada alianza, un indicador de evaluación compartido con el aliado, así como la periodicidad de la evaluación.

Gestión de la alianza. Los líderes de los procesos realizan la supervisión y seguimiento de las alianzas. Si durante la gestión de la alianza se detecta algún problema, el responsable del proceso se pone en contacto con el aliado para reconducirla mediante los canales establecidos (entrevista, reunión, etc.). Así por ejemplo, en el caso de la alianza establecida con Izasa en la reunión de seguimiento de indicadores de rendimiento de reactivos se detectó la no obtención de los objetivos y como consecuencia de ello se han modificado procedimientos en los laboratorios y en la facturación del proveedor.

Evaluación y ajuste. La evaluación de la efectividad de las alianzas se realiza a través de la consecución de los objetivos

establecidos. Así, en el caso de la alianza suscrita con Medicaltec para realizar un programa para el pilotaje sobre la efectividad de la Teledermatología vs. la Dermatología con presencia del paciente. A la vista de los resultados, este programa se va a implantar en otras organizaciones de Osakidetza.

Asimismo, anualmente, el ED evalúa la efectividad del enfoque de la gestión de las alianzas decidiendo iniciar nuevas, potenciando las ya existentes o dando por finalizada la colaboración.

4B GESTIÓN DE LOS RECURSOS ECONÓMICOS FINANCIEROS

La asignación de recursos para cubrir las necesidades de salud de la población la determina el Departamento de Sanidad, a través del Contrato Programa, y nuestro objetivo es optimizar la gestión de estos recursos con el fin de poder garantizar el máximo servicio al mínimo coste posible y con la máxima calidad, tal como se declara en nuestra Misión. Siendo conscientes de que los recursos son escasos y de que la reducción continua de los costes como objetivo primordial de la gestión sanitaria no es sostenible a largo plazo, asumimos la eficiencia como principio de gestión así como el control de nuestros costes por producto, *Fig. 9 a8*, asegurando el Objetivo Estratégico 4 - Equilibrio Financiero *Fig. 9 a9*.

Los recursos económicos y financieros se gestionan conforme al Plan de Gestión Anual derivado del Plan Estratégico, por el proceso de Gestión Económico-Financiero, cuya responsable es la Directora Económico-Financiera del Hospital. Este proceso, que consta de cinco subprocesos, se halla certificado desde el año 2005, *Crit. 5a*, y presupuesta los gastos, ingresos e inversiones; realiza el control presupuestario, gestiona el flujo de fondos; factura los servicios asistenciales y genera la información económica necesaria, dando respuesta a la normativa legal y las necesidades de gestión del Hospital.

La gestión de la información económico-financiera se realiza mediante el programa informático SAP, *Crit. 4e*, que soporta una gestión integrada y en tiempo real de todos los subprocesos y que permite el acceso inmediato a la información para su evaluación y control, *Crit. 9*.

Planificación y Control Presupuestario

El subproceso de Presupuestación es el encargado de cuantificar los recursos necesarios para el desarrollo de la actividad del HGU y realizar el control periódico del mismo, buscando un equilibrio financiero. Para ello utiliza como entradas la información proveniente de los planes de gestión de los procesos y unidades, las directrices de Osakidetza y la DTB y los objetivos establecidos en el Plan de Gestión Anual, *Crit. 2c*.

Una vez elaborado el presupuesto, que se plasma en una cuenta provisional de pérdidas y ganancias y presupuestos de inversiones y tesorería, se presenta a Osakidetza y se revisa y reajusta por el ED en base a la disponibilidad de recursos de la Organización, priorizando acciones de acuerdo al Plan Estratégico, en base al impacto en los objetivos estratégicos, incidencia en la actividad y número de pacientes afectados. Por ejemplo, en 2005 se aplazó un año la ampliación de la cartera de servicios (prueba carga de VHC) propuesta en el PG del proceso Gestión de las Pruebas de Diagnóstico Biológico que había sido priorizada para su puesta en marcha, y en 2008 se aprobó la renovación de la Litotricia, inicialmente prevista para 2009.

Una vez aprobado el presupuesto se comunica al Consejo de Dirección, a los Gestores de Procesos y, en la reunión de presentación del Plan de Gestión Anual, **Crit. 3c**, a todas las personas del HGU. El seguimiento se realiza a través de diferentes mecanismos:

- **Control mensual de la DEF** con los responsables del área económica. La información, recogida en el Cuadro de Mando, se analiza comparándola con el año anterior (mensual y acumulado) y con el objetivo presupuestado para ese período.
- **Control mensual del ED.** Se analiza la información mencionada del Cuadro de Mando, comparándola además con otros hospitales de Osakidetza.
- **Trimestralmente** esta información se analiza con Osakidetza, quien a la vista de la evolución y el cierre previsto aporta directrices en cuanto a actividad asistencial y nivel de gasto.

La efectividad de la gestión presupuestaria se realiza a través de la evaluación mensual de los indicadores desplegados en el cuadro de mando. Fruto del desarrollo alcanzado en este ámbito, el HGU fue elegido en 2008 para formar parte del equipo que está diseñando un nuevo modelo de presupuestación para Osakidetza y en 2009, fruto del despliegue del Plan de Innovación y de la revisión del proceso de Tecnología, se ha abordado la sistematización de la evaluación económica de las incorporaciones tecnológicas, **Crit. 4d**.

Gestión de Tesorería

Hasta 1999 la Gestión de la Tesorería correspondía a Osakidetza. La implantación del programa Aldabide facilitó la descentralización, y desde entonces es responsabilidad del HGU. La imposibilidad de endeudamiento o negociación de rendimientos de las cuentas bancarias, gestionado por el Acuerdo entre la Administración y las entidades financieras operantes en la CAV, minimizan el riesgo financiero.

Dado que el Contrato Programa representa la mayor fuente de ingresos, se cumple estrictamente el plazo de emisión de factura y se realiza un seguimiento específico del cobro con contacto periódico del gestor del proceso con la DTB para anticiparnos a posibles imprevistos y evitar cualquier riesgo asociado a la disposición de fondos suficientes para hacer frente a los pagos comprometidos. Los movimientos de las cuentas bancarias se incorporan automáticamente a la contabilidad en SAP y el presupuesto de Tesorería, que recoge el 100% de los cobros y pagos, se actualiza semanalmente y contempla una proyección de al menos cuatro meses.

La revisión sistemática de este proceso nos permite cumplir nuestro primer objetivo de aseguramiento de la solvencia, **Crit. 9b** y además ir incorporando mejoras a la eficiencia del propio proceso. Así, en 2007 y 2009 la gestión de la Tesorería se ha sometido a la evaluación de los proveedores clave, **Crit. 8**.

Gestión de la Facturación

La financiación del HGU se articula a través de la facturación de los servicios asistenciales prestados vía Contrato Programa, 98,5% de los ingresos; terceros obligados al pago, como Mutuas, Aseguradoras de tráfico, etc., que suponen el 1,2%, y la facturación de otros ingresos atípicos, que equivalen al 0,3% de los ingresos económicos.

El Contrato Programa constituye el instrumento mediante el cual se articulan de manera directa las relaciones entre el

Departamento de Sanidad y las organizaciones de Osakidetza para la provisión de servicios sanitarios, entre las que figura el HGU. **Crit. 2a**. Anualmente, el ED negocia con la DTB, en base al PE y el PG, la actividad a realizar, requisitos de calidad, precios de los servicios, etc., que se integran en dicho contrato programa, realizándose la facturación mensualmente.

La efectividad del proceso se revisa a través de la evaluación mensual de los indicadores. Fruto de esta revisión, desde el año 2003 se hace un seguimiento mensual para que el 100% de las altas tengan asignado código GRD y no existan expedientes de terceros sin codificar, lo que garantiza la facturación del 100% de los servicios que se prestan. En 2007 y 2008 hemos actuado como facilitadores de mejores prácticas para otros hospitales de Osakidetza.

Sistema de Información Económico-Financiera:

Contabilidad Financiera

El Proceso de Contabilidad Financiera asegura el correcto registro de todas las transacciones económicas que realiza el Hospital, de acuerdo a las normas establecidas en el Plan General de Contabilidad, para conocer el estado económico y financiero de la Organización. Se soporta en el programa Aldabide, integrado en el sistema de gestión económica, y registra el 100% de las transacciones que realiza el HGU.

Mensualmente, se elabora el Informe Económico, que es la fuente de información en base a la cual se revisa y actualizan las previsiones de cierre del ejercicio. El Informe Económico contiene el Balance de Situación y la Cuenta de Pérdidas y Ganancias mensual y acumulada, comparada con el año anterior y con el presupuesto y con diferentes detalles para cada tipo de gasto y segmentaciones equivalentes a las utilizadas en la planificación.

La revisión de la efectividad se realiza a través del seguimiento de indicadores y las auditorías externas del Tribunal Vasco de Cuentas Públicas, la Intervención Delegada de Hacienda del Gobierno Vasco y la propia Osakidetza a través de una firma de auditoría independiente. Fruto de estas revisiones se han ido introduciendo mejoras como la implantación en 2005 de un cuadro de mando informatizado, que fue mejorado en 2008, y, en línea con nuestro compromiso con la RSC, la publicación en la Web de información económica relevante desde 2007.

Contabilidad Analítica

A través de este sistema disponemos de información de los costes por producto: paciente hospitalizado, consultas, urgencia y otros tratamientos, dando cobertura al 100% de nuestra actividad.

Tras sucesivas revisiones se ha ido adaptando a las necesidades de información, **Crit. 2b**, y profundizando en los costes del Proceso de Hospitalización, destinatario del 54% de los recursos. Fruto de la reflexión estratégica del ED, en 2008 se abordó el Proyecto de Costes por Proceso, para proporcionar a los gestores una herramienta de análisis y evaluación de la eficiencia de su proceso y facilitar la toma de decisiones. La información de costes está accesible para todos los líderes en el Cuadro de Mando Económico, y desde Osakidetza se compara entre las diferentes Organizaciones de Servicios. Anualmente se refleja en la Memoria y algunos indicadores de costes unitarios son claves del rendimiento del Hospital. **Crit. 9a**.

Fig. 4 b1. Mejoras del Proceso Económico-Financiero

AÑO	FUENTE APRENDIZAJE	MEJORA IMPLANTADA
1998/ 2002	PE Osakidetza Reflexión estratégica Osasun Zainduz Mejores prácticas BBK Reflexión estratégica ED Trabajo en equipo	Se implanta la Contabilidad General para dar soporte a la nueva formulación jurídica de Osakidetza
		Hospital piloto para la implantación del Contrato programa
		Gestión propia de la Tesorería y 100% de las órdenes de pago mediante banca electrónica
		Ampliación del equipo de presupuestación y criterios de relación gasto-actividad asistencial
		Estudio de costes de la aplicación de una vía clínica a pacientes de neumonía, en colaboración con el Servicio de Neumología
2003/ 2007	Reflexión ED Formación en ISO 9000 Revisión del PR	Certificación ISO 9001:2000 del Proceso Económico Financiero
		Desarrollo del sistema de costes: informes monográficos
		Indicador actividad facturada vs realizada
		Revisión y mejora del Cuadro de Mando Económico y seguimiento de resultados clave
2008	Reflexión estratégica ED Despliegue Plan de Innovación Nuevo enfoque SGC Enfoque RSC-Transparencia Mejores prácticas	Diseño y desarrollo del Proyecto de Costes por Proceso, indicadores de eficiencia de procesos
		Diseño de Indicadores del Coste de la Innovación
		Definición del paciente como cliente del PR Económico Financiero
		Información económica relevante en la web, disponible para los GI
		Participación en el equipo de diseño del Modelo de Presupuestación de Osakidetza
2009	Trabajo en equipo Revisión del PR Benchmarking Revisión del PR Gestión de la Tecnología	Participación en el equipo de diseño del Cuadro de Mando Económico de Osakidetza
		Información mensual automatizada de consumos directos al Cuadro de Mando
		Comunicación a líderes de información para la gestión de su proceso
		Evaluación económica de incorporaciones tecnológicas

Como consecuencia de nuestra presencia en el Grupo Oligoposonio, mantenemos reuniones semestrales en el Grupo de trabajo de Costes, donde se comparte y compara información y se realizan estudios sobre costes, por ejemplo EPOC y catarata, coste del tratamiento del paciente VIH ó coste de la sesión de hemodiálisis. La presencia sistemática en este y otros foros especializados nos permite contrastar la validez de nuestro enfoque.

La Fig. 4 b1 muestra algunas de las mejoras introducidas a lo largo del tiempo.

4C GESTIÓN DE LOS EDIFICIOS, EQUIPOS Y MATERIALES

Con el fin de facilitar el correcto funcionamiento y la disponibilidad permanente de todas nuestras instalaciones y equipamientos, el HGU ha implantado diferentes procesos que participan en asegurar este objetivo, Fig. 4 c1. Los que garantizan su gestión son los procesos de Mantenimiento, Aprovisionamientos y Logística y Gestión Medioambiental, y los tres procesos se encuentran certificados Crit. 5a.

Adecuación de las estructuras

La planificación de obras e inversiones necesarias para el desarrollo de nuestra actividad se concreta en un Plan Plurianual a cinco años basado en el PE y pactado con Osakidetza y el DS. De aquí se deriva el Plan de Inversiones Anual, que forma parte del PGA, y que recoge todas las inversiones, tanto las financiadas directamente por Osakidetza por considerarlas estratégicas, como las que prioriza el propio HGU en el marco de su presupuesto. Controlamos el riesgo de descapitalización mediante el análisis del indicador inversión/amortización, que presenta un resultado acumulado muy positivo de 1,72 en los últimos cinco años.

Todas las obras que se realizan en el HGU se gestionan desde 2005 por el subproceso de Obras, integrado en el Proceso de

Fig. 4 c1. Procesos implicados en la Gestión de edificios, equipos y materiales

AMBITOS / PROCESOS	EDIFICIOS	EQUIPOS	MATERIALES
Planificación - Identificación de las necesidades	PR Planificación - Pr Innovación		
	PGA de Procesos	PR Tecnología	
	Plan de Inversiones		PR Apro
Gestión	PR Mto	PR Mto	PR Apro
Gestión Impacto M-A	PR Gestión Medioambiental		
Seguridad para los usuarios y el personal	PR PVPCIN	PR Mto	PR Apro
	SPR Obras		PR Limpieza
	Ekoscan		PR Alimentación
	PR Seguridad PR Prevención de Riesgos laborales		
Utilización eficiente	Procesos del HGU		

Mantenimiento. Para cada obra se constituye un equipo coordinador multidisciplinar, encargado a su vez del control de la ejecución, en el que participan entre otros, el Jefe de Servicio, la UBP y el contratista. La efectividad se mide a través del control de desviaciones sobre objetivos de indicadores como nº de accidentes, ó nº de incidencias en Bioseguridad.

En 2007 se mejoro el procedimiento de Coordinación de Actividades Empresariales, fruto del aprendizaje con Osakidetza, y desde 2008 se realiza la evaluación cuantitativa de cumplimiento de requisitos para cada obra.

Gestión del Mantenimiento

La gestión del mantenimiento de los edificios, instalaciones y equipos se realiza por el Proceso de Mantenimiento de Activos.

Este proceso gestiona el 100% de las actuaciones de mantenimiento realizadas en el HGU, bien con nuestro propio personal ó con empresas contratadas, y está soportado en SAP e integrado en el programa de gestión económico-financiera Aldabide.

Fig. 4 c2. Mejoras del Proceso de Mantenimiento

AÑO	FUENTE APRENDIZAJE	MEJORA IMPLANTADA
1994/ 2002	Planificación Desarrollo de Aldabide Formación Equipo de PR	Realización del primer inventario de inmovilizado y programa Prisma
		Migración a SAP. Integración con Aldabide
2003/ 2007	Formación Equipo de PR Auditores ISO Formación Equipo de PR Reflexion ED Revisión del PR	Definición de indicadores de proceso
		Programación del mantenimiento preventivo de los equipos considerados críticos por los gestores de los procesos
		Elaboración Mapa de instalaciones y de equipamientos críticos
		Certificación ISO 9001:2000
		Automatización de la petición de avisos de mantenimiento correctivo. Formación a usuarios e implantación tras prueba piloto
2008	Aprendizaje Osakidetza Revisión del PR. Revisión del Proceso Medioambiental Ekoscan +	Auditoría de eficiencia energética
		Control de consumo de energía: Instalación de pasos a caudal variable y control eléctrico en la climatización
		100% cumplimiento legislación instalaciones
		Validación externa de actuaciones de mantenimiento preventivo en instalaciones críticas
2009	Revisión del Proceso	Análisis de demoras en correctivo segmentado por especialidades
		Ficha de evaluación de la mejora implantada

La programación de los planes de mantenimiento y el programa de supervisión de plazos dan lugar a las órdenes de **Mantenimiento Preventivo** en SAP y existe un Mapa de Instalaciones que facilita el seguimiento. La descripción de la actuación necesaria, la periodicidad y el tipo de personal que debe realizarlo se determinan en la hojas de ruta, y en los planes de mantenimiento se establecen los equipos e instalaciones sobre los que se deben realizar dichas actuaciones.

El Plan de Mantenimiento Preventivo se aplica al 100% de las instalaciones y equipamientos definidos como críticos. Asimismo, tenemos acuerdos suscritos con los proveedores de alta tecnología para el mantenimiento de los equipos. Mensualmente, el gestor del proceso de Mantenimiento emite un informe sobre las operaciones realizadas bajo el Plan de Minimización de Riesgos Microbiológicos que es analizado por el ED, quien semestralmente informa al Comité de Seguridad y Salud.

El **Mantenimiento correctivo** se realiza a demanda según las necesidades detectadas. Ha sido objeto de importantes mejoras desde 2004, al conseguir, por iniciativa de nuestro personal de mantenimiento, automatizar los avisos a través de SAP con la posibilidad para el peticionario de visualizar el estado de la orden asignado, realizado, etc. La efectividad se controla con el indicador de demora en la respuesta, que es analizado, segmentado por especialidad, tras la revisión del Proceso en 2007. Algunas mejoras introducidas en el proceso se muestran en la **Fig. 4 c2**.

Gestión de impactos negativos en la comunidad y las personas

La seguridad física de las instalaciones, equipos y personas que están en el Hospital la aseguramos con los diferentes equipos coordinados por el Comité de Seguridad y Salud y el Comité de Autoprotección, en los que también se integra el personal de la empresa externa de vigilancia y seguridad contratada al efecto. Para minimizar los riesgos, contamos con evaluaciones de riesgos en puestos de trabajo, investigaciones de accidentes, etc., que son fuentes de información para el Plan de Prevención de Riesgos Laborales. La efectividad se mide a través de la evaluación anual de dicho Plan, **Crit. 3e**, las encuestas de satisfacción y los indicadores del proceso de Seguridad.

Con el fin de minimizar el impacto que se pudiera derivar de una incorrecta asignación de las dietas pautadas a los pacientes, el proceso de Alimentación, certificado desde el año 2005, **Crit. 5a** es el encargado de realizar el control del mismo, integrando a la empresa Eurest, identificada como aliada. Fruto de la revisión se han ido introduciendo mejoras, como la realización de jornadas de formación en dietética para el personal auxiliar de enfermería de hospitalización desde 2007, el cambio de menús para pacientes de Psiquiatría en 2008, etc.

La limpieza y desinfección se gestiona por el Proceso de Limpieza, y se evalúa mediante los indicadores del proceso y las encuestas de satisfacción a usuarios/as, que muestran unos resultados excelentes en los cuatro últimos años **Fig. 6 a1**. Por el alto impacto de este servicio en la actividad del HGU consideramos una alianza nuestra relación con la empresa externa de limpieza. **Crit. 4a**. Asimismo, la cafetería del Hospital, de gestión externa, certificó sus servicios en base a la Norma ISO 9001: 2000 en 2005 a petición del HGU, siendo el primer centro del Estado de estas características en alcanzarlo.

Optimización de la gestión de materiales

El Proceso de Aprovisionamiento y Logística tiene como misión suministrar los materiales y servicios externos necesarios para el HGU, garantizando sus requisitos funcionales o de capacidad de servicios, en los plazos y al menor coste posible, cumpliendo los requisitos legales de contratación. Incluye la gestión de existencias, clave en la optimización del uso de los recursos económicos y financieros, se encuentra certificado desde 2005 **Crit. 5a** y está soportado en SAP e integrada en Aldabide con el resto de procesos económico-financieros.

A lo largo del tiempo se han ido introduciendo mejoras como la gestión integral de almacenes periféricos desde 2007 o la introducción, en 2008, del concepto de sostenibilidad en las compras, fruto del enfoque de RSC **Fig. 4 c3**. El proceso es auditado anualmente por el Tribunal Vasco de Cuentas Públicas, la Intervención Delegada de Hacienda del Gobierno Vasco y por Osakidetza, a través de una firma de auditoría independiente.

Fig. 4 c3. Mejoras del Proceso de Aprovisionamiento y Logística

AÑO	FUENTE APRENDIZAJE	MEJORA IMPLANTADA
2001/ 2004	Desarrollo del programa Aldabide. Planificación de compra automatizada en SAP	Materiales de Laboratorio, Hemodinámica, Nefrología, Radiología y Material de curas
2004/ 2007	Revisión del PR y análisis y evaluación de la tramitación administrativa	Ampliación del periodo de vigencia del contrato Supresión de obligatoriedad del depósito de fianza en los contratos de suministro
	Reflexión ED. Formación ISO	Certificado ISO 9001:2000 del PR de Aprovisionamiento y Logística
	Revisión del PR. Gestor y equipo PR	Rediseño y remodelación del espacio físico del almacén general e identificación y reclasificación de los materiales
	Trabajo en equipo. Mejores prácticas	Implantación del sistema informático EGINBIDE para la tramitación de expedientes administrativos
	Grupo focal	Creación de un registro de materiales pendientes de servir con objeto de suministrarlo una vez recibido el material
	Evaluación del proceso y análisis de las encuestas de satisfacción	Se modifica el procedimiento de compra de materiales nuevos
	Formación en 5S	Implantación de la metodología 5S en el almacén general
	Benchmarking, contraste con consultora externa, fase piloto	Nuevo sistema de gestión de almacenes periféricos: Unidades Hospitalización
2008	Evaluación y revisión	Nuevo sistema de gestión de almacenes periféricos: Bloque A, Hemodiálisis, Reanimación
	Reflexión, Enfoque RSC	Compra verde
2009	Evaluación del proceso. Aprendizaje otros Hospitales	Implantación EDI en Aprovisionamiento, Farmacia y Contabilidad
	Evaluación del proyecto. Mejora continua	Implantación piloto de RFID para consumos en Reanimación

Gestión de Compras

Dada la naturaleza pública del HGU, las compras están sujetas a la Contratación Administrativa, y en función del importe se tramitan mediante Concurso Público, Procedimiento Negociado ó Contrato Menor. El 100% de las compras se realiza mediante alguna de estas modalidades.

Las ofertas recibidas se analizan y comparan en base a criterios económicos y técnicos y se adjudican por el DG a propuesta de la Mesa de Contratación. Previamente, de cara a establecer las condiciones económicas en los procedimientos de compra, se realiza un análisis de los precios de otros Hospitales. En este sentido, nuestra participación en Oligopsonio constituye una importante fuente de aprendizaje y nos ha permitido por ejemplo mejorar las condiciones de compras de suturas y reducir este gasto un 14% en 2008.

La revisión de la efectividad se realiza en las revisiones de proceso a través del análisis de indicadores y la evaluación de los sistemas de recogida de quejas y reclamaciones e incidencias. Entre las mejoras implantadas destacan el incremento de compra planificada automática, que ha pasado del 28% en 2002 al 100% en 2008, y la implicación de proveedores clave en la mejora, por ejemplo a IZASA, con quien desde 2007 hacemos el seguimiento conjunto del rendimiento de los reactivos que adquirimos para el laboratorio. Asimismo, en 2008 y 2009 hemos incorporado criterios medioambientales en las actividades de compra de material.

Gestión del Almacén

El objetivo de la Gestión de almacenes es asegurar la disponibilidad de los materiales necesarios para la actividad del HGU manteniendo el nivel de existencias adecuado según los criterios de gestión económica. En 2006, fruto del aprendizaje de Oligopsonio y el contraste con una consultora externa, se inició la revisión de la estrategia de gestión de Almacenes periféricos, que nos ha permitido disponer en 2008 de inventario permanente en SAP de todas las Unidades de Hospitalización,

y quirófanos mediante la implantación del sistema de doble cesta. Ello ha permitido reducir un 57% los stocks en planta, incrementar la seguridad de caducidades y roturas de stocks y posibilitar la plena dedicación de enfermería a labores asistenciales. Este sistema ha sido considerado buena práctica por Osakidetza. Tras la evaluación, se ha planificado mejorar el sistema pilotando en el almacén de Reanimación en 2009 la lectura de consumos mediante radiofrecuencia. Asimismo, se han implantado sistemas de 5S ó la codificación de la ubicación de todos los materiales, para obtener de SAP la ruta que optimiza el tiempo de preparación de pedidos.

La gestión de compra y existencias de fármacos se realiza con idénticos procedimientos a los de materiales y servicios, siendo en este caso responsabilidad del Servicio de Farmacia. El almacén tiene implantado el sistema de inventario permanente y está soportado en SAP e integrado en el sistema de gestión económico-financiero.

La gestión de todos los almacenes responde a un sistema FIFO, donde los primeros productos incorporados son los primeros en ser consumidos.

Gestión Medioambiental

La gestión medioambiental del HGU se realiza por el proceso del mismo nombre, cuya gestora es la Directora Económico-Financiera. El proceso está certificado desde 2005 en base a la Norma Ekoscan y en 2008 se recertificó con el Ekoscan +.

La gestión medioambiental se inició en 1996 con un plan específico de gestión de residuos, que ha sido revisado en dos ocasiones, y que contempla la gestión de los tres tipos de residuos que generamos, urbanos, sanitarios y químicos *Crit. 8*. En 2003, tras la revisión del ED, se amplió el alcance, incluyendo el control del consumo de recursos naturales no renovables y productos potencialmente contaminantes y en 2007, con el enfoque de desarrollo sostenible y RSC, se incluyó la estrategia de compra verde.

Fig. 4 c4. Mejoras del Proceso de Gestión Medioambiental

AÑO	FUENTE APRENDIZAJE	MEJORA IMPLANTADA
1997/ 2002	Reflexión ED Normativa legal Buenas prácticas Revisión de la gestión de residuos	Identificación de los tipos de residuos
		Segregación en origen de urbanos y sanitarios
		Reciclado de papel y cartón, vidrio, baterías y lámparas fluorescentes y recogida selectiva de líquidos tóxicos. Reciclado de aceites industriales
		Elaboración del Plan de Gestión de Residuos y aprobación por el DS
		Inclusión en el protocolo de gestión interna del tratamiento de los filtros biocontaminados y tonner. Protocolo de recogida selectiva de formol en el laboratorio de Anatomía Patológica
2003/ 2007	Reflexión ED Revisión enfoque Buenas prácticas IHOBE Política RSC	Eliminación de los termómetros de mercurio
		Diagnóstico medioambiental del HGU y Ambulatorio de Durango
		Firma del Compromiso Medioambiental. Primer Plan de Mejora anual. Plan de Adecuación Legislativa
		Formación a 421 personas en gestión de residuos
		Obtención del Certificado Ekoscan
2008	Oligopsonio Ekoscan Innovación	Celebración del Día Mundial del Medioambiente, iniciativa de la ONU
		100% Cumplimiento legislación aplicable
		Instalación de placas solares fotovoltaicas
2009	Revisión del Proceso Buenas prácticas Oligopsonio	Certificación ISO 14001
		Nuevo tratamiento del agua para diálisis con ahorro de agua
		Cambio de esterilización de óxido de etileno a peróxido de hidrógeno
		Proyecto información segmentada del origen de los residuos

El equipo de proceso está compuesto por diez personas representantes de diversos procesos del Hospital, así como dos aliados clave como Giroa y Uni2. Su función es planificar las actividades de mejora medioambiental a desarrollar y evaluar su ejecución. Entre las mejoras logradas destacan la contención del incremento de residuos biosanitarios o la mejora de un 5% del rendimiento térmico de la planta de cogeneración, la instalación de placas solares, etc. Asimismo, en 2008, el HGU se incorporó a la celebración del Día Mundial del Medioambiente con actividades dirigidas al personal, pacientes y familiares. La **Fig. 4 c4** muestra algunas de las mejoras introducidas.

4D GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA

Los avances tecnológicos médicos y las nuevas formas de tratar la información clínica y de comunicarnos con los pacientes son elementos clave para la mejora de la asistencia sanitaria. El Hospital ha identificado como tecnología los medicamentos, el material sanitario, el equipamiento tecnológico y de los sistemas de información y comunicación que dan soporte a la atención sanitaria, incluyendo las tecnologías no sanitarias y de gestión.

Identificar y evaluar las Tecnologías

La gestión de la tecnología se desarrolla a través del proceso del mismo nombre que es el encargado de identificar, evaluar, seleccionar e implantar y revisar los resultados de las diferentes tecnologías que se incorporan al HGU.

Con el fin de identificar las mejores tecnologías disponibles, los líderes del HGU disponen de numerosos mecanismos como la pertenencia al Grupo de Evaluación de Novedades, Estandarización e Investigación en Selección de Medicamentos, al Club GERTECH de Innovación y Tecnología para la

gestión sanitaria, y al Grupo Oligopsonio de intercambio de Mejores Prácticas en Gestión, en cuyos grupos de trabajo están participando 10 líderes del HGU.

Asimismo, otras fuentes de identificación de tecnología son las reuniones con proveedores clave, los informes de Osteba, la asistencia a foros especializados, la suscripción a publicaciones, y las actividades de benchmarking con otros centros hospitalarios.

Gestionar la Tecnología

La gestión varía en función del tipo de tecnología a implantar:

Medicamentos: Para cada nuevo fármaco propuesto por los facultativos para su aprobación, la Farmacia realiza un informe de evaluación siguiendo el modelo GÉNESIS, en cuyo diseño participó el HGU y que hoy utilizan tanto Hospitales como Agencias de Evaluación a nivel estatal.

El Informe de evaluación económica recoge área de acción farmacológica, evaluación de la eficacia, seguridad, costes y las conclusiones del evaluador. También recoge la declaración de que no existe conflicto de intereses del autor del informe con la industria farmacéutica promotora del medicamento. Finalmente, este informe se presenta a la Comisión de Farmacia, donde está representado el ED, quien decide la inclusión o no del fármaco en la Guía Farmacológica del HGU.

Material Sanitario: Todas las solicitudes de nuevos materiales para uso diagnóstico ó terapéutico son presentadas por los profesionales del HGU a la Comisión de Compras, formada por el DG, la DEF, los Subdirectores Médico y de Enfermería y la Gestora del proceso de Aprovisionamiento. Las solicitudes son evaluadas trimestralmente por la Comisión en base a los criterios establecidos: alineación con la PE, impacto en los pacientes y las personas del Hospital y sostenibilidad.

Equipamiento Tecnológico y de Sistemas de Información y Comunicación: Los gestores de proceso, jefes de servicio,

responsables de unidades, y Dirección identifican las necesidades de recursos tecnológicos de equipamiento y TICs, que se canalizan en:

- **Plan de Inversiones del HGU**, que integra las necesidades de inversiones reflejadas en los Planes anuales de gestión de los Procesos. El plan es priorizado por el Consejo Técnico en base a la información aportada por el peticionario en la Solicitud de Incorporación de Tecnología y a los criterios de evaluación mencionados. En las solicitudes de sustitución de tecnología se considera también la obsolescencia y gasto incurrido en reparaciones del equipo a sustituir.
- **Cartera de Proyectos estratégicos del Hospital**. El ED evalúa la necesidad de incorporar la tecnología necesaria para desarrollar nuevos servicios y/o las actuaciones contempladas en el PE.
- **Cartera de Proyectos estratégicos de Osakidetza**. Osakidetza es la responsable de realizar la evaluación.

Una vez determinada la necesidad de incorporar una nueva tecnología, la Dirección es la responsable de proceder a su aprobación. Además, en aquellos casos que sus características lo permiten, se realiza una prueba piloto y se imparte la formación necesaria. Así, en el año 2008 la incorporación de la Teledermatología se realizó con una prueba piloto en el ambulatorio de Durango.

La revisión de la efectividad de la incorporación de tecnología se desarrolla a nivel de equipo de proceso mediante el seguimiento de indicadores, y, en el caso de innovaciones tecnológicas y tecnologías de alto impacto en la asistencia ó alto coste, el peticionario realiza una evaluación de resultados transcurrido un año de su implantación, mediante el análisis de los indicadores de evaluación definidos en el documento SIT. La **Fig. 4 d1** muestra algunas de las mejoras introducidas en el proceso de gestión de la tecnología, mientras que las propias mejoras tecnológicas incorporadas se presentan de manera exhaustiva a lo largo de todos los criterios agentes.

Fig. 4 d1. Mejoras del Proceso de Gestión de la Tecnología

AÑO	FUENTE APRENDIZAJE	MEJORA IMPLANTADA
2005	Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria	Modelo GÉNESIS para evaluación de Medicamentos
	Autoevaluación	Priorización de inversiones por el Consejo Técnico
2007	Reflexión estratégica Revisión del Proceso	Sistematización y mejora de la antena tecnológica
		Participación del DG en GERTECH, tecnologías emergentes
		Revisión de la efectividad del enfoque y nuevos indicadores
2008	Autoevaluación Innovación en 2007	Se incluyen las tecnologías no sanitarias y de gestión
		Sistematización de la Evaluación de la tecnología implantada
	Memoria RSC	Valoración del impacto medioambiental
2009	Revisión del Proceso. Formación en evaluación económica	Mejora de la sistemática para la Evaluación de las solicitudes y la transparencia de los criterios de decisión. Nuevo SIT

4E GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN Y DEL CONOCIMIENTO

La gestión de la información y el conocimiento es un área fundamental para la prestación de los servicios que realiza el Hospital ya que nos permite disponer de la información necesaria para tomar decisiones.

Desarrollar una estrategia de Gestión de la información

El HGU define la gestión de la información como el proceso que nos facilita la información necesaria en el momento adecuado en forma y tiempo. Las necesidades de información son demandadas por los líderes, gestores de proceso y grupos de interés a través de reuniones, comités, sugerencias, PG, Bases de datos de incidencias, auditorias, reflexión, evaluación externa y evaluación innovación. La información que utilizamos para desarrollar nuestra estrategia y la gestión del Hospital la podemos clasificar en las siguientes áreas:

Información asistencial: la información relevante de cada acto sanitario realizado a los pacientes atendidos en la hospitalización y en la consulta externa se recoge en una carpeta que denominamos Historia Clínica. Esta carpeta es única por paciente y es el canal que nos permite un flujo de información clínica entre profesionales y/o entre procesos asistenciales. Los documentos que componen la HC están regulados por

normativa del Departamento de Sanidad, así como su confidencialidad, trazabilidad y acceso. El cumplimiento de esta normativa está supervisado por la Dirección Médica.

Anualmente se revisa la calidad de las historias clínicas mediante criterios específicos para informes médicos, quirúrgicos y de enfermería, y desde 2009 cada Servicio realiza una autoevaluación de las historias. La gestión de las historias clínicas han sido objeto de numerosas mejoras desde que en 1996 se implantase el programa Clinic que permite el acceso por ordenador y en tiempo real a gran parte de la información de la HC. Desde el año 2000 se ha extendido de manera progresiva a Urgencias, Consultas Externas y Hospitalización el puesto clínico hospitalario; en 2007 incluimos el CIC, código identificación cliente en Osakidetza, en todos los sistemas del Hospital, lo que permitió que otros centros accediesen on-line a los datos de sus pacientes en el Hospital; en 2008 se implantó GlobalClinic, herramienta que facilita el acceso a la información de un paciente en centros como el Hospital de Cruces y el de San Eloy y en 2009 podemos acceder a la información del Hospital de Basurto.

Información de actividad asistencial: Recoge los datos e indicadores de toda la actividad asistencial referente a cantidad y calidad, existiendo diversos niveles de agregación en función del destinatario de la información. Estos indicadores se incorporan a los cuadros de mandos y recogen indicadores con

periodicidad mensual y anual, comparada con los 2 años anteriores y por áreas asistenciales. Estos cuadros se distribuyen a los gestores de los procesos y están actualizados mensualmente en la intranet, siendo accesible por todos los trabajadores.

En 2006, fruto de una actividad de Benchmarking con el Hospital de Cruces., incorporamos el cuadro de mando on-line y en 2009 se ha incorporado el Cuadro de mando corporativo que nos permite conocer los indicadores más relevantes de la actividad asistencial y compararnos con los hospitales de Osakidetza.

Información económico-financiera: Como ya ha quedado reseñado, *Crit. 4b*, la información económica-financiera está soportada en el programa SAP. Registra el 100% de las transacciones económicas del HGU y permite el acceso en tiempo real a información sobre ingresos y gastos, por cuenta contable ó por centro de coste, comparaciones con otros períodos y con objetivos presupuestados.

Información de personal: La información necesaria para la gestión integrada de personal está soportada desde el año 2000 en el sistema informático SAP denominado Gizabide, *Crit. 3*. Permite un análisis global de la situación administrativa del personal del Hospital, en este centro o en cualquier centro de Osakidetza, además de información de gasto de personal con sus correspondientes cuadros de mando. En 2005 se implantó la aplicación Curriculum vitae; en 2007 se incorporó una aplicación que permite solicitar la contratación de personal por cada dirección y en 2009 se ha implantado la tarjeta profesional.

Información para la gestión, mejora y aprendizaje: El soporte documental del área de calidad del Hospital, junto con toda la documentación de los procesos ISO certificados, se encuentra en la intranet. Los consentimientos informados, protocolos, dietas, documentación estratégica (plan estratégico) y de gestión (plan de gestión, contrato programa, etc.), memorias, documentación de recursos humanos esta actualizado en la intranet, siendo accesible para todos los trabajadores del Hospital. En 2007 se ha elaborado un programa que permite incorporar los planes de gestión de los servicios y a partir de ellos obtener el plan de gestión del Hospital, renovado en 2009 incorporando el CMI. Una vez se identifican las necesidades de información, estas se evalúan y se definen planes de actuación, revisando en el comité de dirección la situación de cada proyecto, pudiendo ser modificado el mismo.

El alcance de los sistemas y el acceso y uso de las personas autorizadas se sintetiza en la *Fig. 4 e1*.

Figura 4 e1. Alcance de los sistemas de información

SISTEMA	INFORMACIÓN	DESPLIEGUE PLANIFICADO	DESPLIEGUE REAL
Información Asistencial	Documentación de Historia Clínica	Toda las actuaciones clínicas de consultas e ingresados	100%
Información actividad asistencial	Actividad programada	Todas las actuaciones asistenciales	100%
	Indicadores cuantitativos y cualitativos	Todos los procesos asistenciales	100%
Información Económico-financiera	Indicadores económico financieros	Todas las actuaciones económicas	100%
Información Personal	Indicadores económicos de personal Vida laboral	Todos los trabajadores	100%
Información Gestión, mejora y aprendizaje	Procesos descritos y definidos las formas de evaluación y medición	Todos los procesos	100%
	Plan de gestión por servicio/proceso	Todos los servicios y procesos	100%

La revisión de la efectividad se realiza por el ED a través de los indicadores de control, las encuestas de satisfacción de personas donde el grado de satisfacción con la información ha evolucionado de 4,90 en 2003 a 5,66 en 2008, y los resultados de la autoevaluación, sugerencias, quejas y felicitaciones. La *Fig. 4 e2* muestra algunas de las mejoras introducidas en los sistemas de información en los tres últimos años.

Garantizar la seguridad de la Información

Para garantizar la confidencialidad, integridad, fiabilidad y acceso de la información, el HGU ha establecido diferentes procedimientos para la creación de usuarios, copias de seguridad, incidencias, registro de accesos, etc. Asimismo, desde el año 2004 venimos adaptando nuestros sistemas para dar respuesta a los requisitos de la Ley Orgánica de Protección de Datos.

De igual manera, contamos con diferentes sistemas de seguridad de los equipos informáticos tales como sistemas antivirus (se actualizan automáticamente en todos los PCs), cortafuegos, y sistemas UPS par evitar caídas y la posible pérdida de información, encriptación de la información. Diaria, semanal y mensualmente se realizan copias de seguridad que se guardan en una caja fuerte fuera del edificio del Hospital. También disponemos de sistemas de control de acceso al Archivo y al Centro de Procesos de Datos de informática.

Gestión del conocimiento

El HGU ha implantado un proceso de Gestión del Conocimiento a través del cual se asegura que el conocimiento que poseen los profesionales pasa a formar parte del Know How del Centro.

La gestión del conocimiento se estructura en tres etapas:

Identificación del conocimiento: Los líderes y las personas del Hospital identifican las necesidades de conocimiento a través de la información recabada en los procesos, actividades de benchmarking, bibliografía especializada, asistencia a foros, etc. Por ejemplo se planteo la necesidad de formar a TER en realización de ecocardiogramas en 2007, para que los cardiólogos realicen la valoración e información de la prueba. Esta actuación ha sido reconocida con el Premio a la Innovación 2008 otorgado por Euskalit anualmente.

Adquisición del conocimiento: El HGU utiliza diferentes herramientas para canalizar la captación y adecuación del conocimiento como son la incorporación de nuevas técnicas o

equipamiento tecnológico que requieren de una capacitación que se obtiene mediante la formación y las practicas. El Hospital favorece que el personal adquiera el conocimiento mediante el aprendizaje, para ello facilita la asistencia a jornadas, cursos, docencia y benchmarking con otros hospitales. Como en el caso de la implantación del programa informático eOsabide en las admisiones de hospitalización y urgencias formando a todos sus componentes en las nuevas herramientas.

Desarrollo - Distribución del conocimiento: Una vez que se ha pilotado la nueva técnica o equipamiento y comprobada la seguridad y validez se despliega el conocimiento a otros profesionales mediante formación y/o aprendizaje practico. Un ejemplo es la docencia en el caso de los MIR y otro la implantación de eOsabide en las admisiones de consultas y radiología formando a formadores y estos formando a las personas de nuestro Hospital y de atención primaria de nuestra comarca de referencia que están en las áreas de citación tanto al del Hospital, como a los ambulatorios donde prestamos asistencia así como a los centros de salud.

Por último se elaboran protocolos de actuación, manuales, realización de sesiones clínicas, generales y técnicas, éstas últimas en el ámbito de la gestión, la utilización de la intranet y la formación continuada que permita la difusión y comunicación del conocimiento. Fruto de la evaluación externa 2007, este año se ha incorporado en la intranet sistema de recogida y difusión de las mejores practicas que se realizan en Hospital.

Trimestralmente, el equipo de proceso evalúa los resultados de las evaluaciones de las historias clínicas, quejas y reclamaciones, sugerencias, encuestas, cuadro de mando, etc. Fruto de este análisis se identifican nuevas necesidades de conocimiento y se evalúan las herramientas utilizadas en el proceso. En 2009 se ha realizado una encuesta sobre la intranet, habiendo obtenido una valoración de 6 sobre 10. A raíz de las sugerencias aportadas estamos acometiendo el rediseño de la Intranet.

La revisión de la efectividad de los sistemas de información y conocimiento ha dado lugar a numerosas mejoras, algunas de las cuales se recogen en la *Fig. 4 e2*.

Fig 4 e2. Mejoras implantadas en los sistemas de información y conocimiento

AÑO	APLICACIÓN	F. APRENDIZAJE	MEJORA/APRENDIZAJE	EVALUACIÓN
2004	Intranet y correo electrónico	PG	Implantación para todos los profesionales del correo electrónico y acceso a intranet	% utilización
2005	Klinikier	PG	Información clínica a través de grupos clínicamente homogéneos (Diagnóstico/procedimiento)	% utilización
2006	Consultas externas en Durango	PG	Introducción del mismo número de Historia Clínica en el Hospital y Ambulatorio de Durango	% utilización
2007	Nueva intranet	PG	Incorporación de gestor contenidos, mejora imagen	% utilización
	CMI	PG	Incorporación de los cuadros de mando económico, de personal, asistencial y de procesos	% de indicadores actualizados
	Plan de Gestión	PG	Incorporación de PG de los servicios / procesos para obtener el PG del Hospital	% Planes de gestión de servicios / procesos incorporados
2008	Global Clinic (HGU, H. Cruces, H. San Eloy)	PG	Información de pacientes en los tres hospitales accesible a los facultativos del HGU	% Facultativos con acceso a Global Clinic
	Gestión de colas en admisión de consultas informatizada	PG y quejas	Mejora de la gestión de los tiempos de espera para solicitar una cita	Demoras para pedir citas
	Petición de Radiología electrónica para los pacientes hospitalizados	Proceso Radiología	Mejora de la gestión de la actividad radiológica y calidad de la información	% peticiones electrónicas de pacientes hospitalizados y de pacientes en la urgencia
	BD incidencias Hospitalización	LE / Auditorías	Mejora de información y calidad asistencial	% notificaciones
	Petición contratación de personal	Proceso Personal	Gestión de personal (contratación, nómina, carteleras, etc.)	% contrataciones realizadas
	Petición avisos a Informática	Proceso Informática	Tramitación de solicitudes y avisos a informática conociendo su estado en cualquier momento	Tiempo de respuesta
2009	Implantación Historia clínica electrónica (PCH-Consultas) en Ambulatorio Durango en ORL y Neurología	PG	La información generada en las consultas se registra en PCH-consultas y es accesible desde cualquier PC del HGU	% Pacientes vistos en consulta registrados en PCH-consulta
	Recordatorio de citas del Hospital y ambulatorios mediante SMS	PG y rendimiento indicadores	Mejorar la información al usuario y gestionar las cancelaciones permitiendo que acuda otro usuario	% citas anuladas, % citas recitadas, % inasistencias
	Teledermatología	PG y rendimiento indicadores	Screening de la lista de espera, mejora de la accesibilidad	Demoras en consultas
	Petición electrónica de ambulancias	BD incidencias Hospitalización	Permitir pedir la ambulancia directamente a la empresa, sin tiempos de demora	% peticiones ambulancias electrónica
	Petición electrónica de interconsultas	BD incidencias Hospitalización	Mejora de la información de pacientes pendientes de interconsultas accesible desde cualquier PC del HGU	% peticiones electrónicas de interconsultas
	Reserva de salas	PG	Información sobre formación, reuniones, equipos	% reservas por tipo
	eOsabide Admisión y Consultas Externas	PG	Código de identificación de paciente, único para todo Osakidetza	% utilización

Procesos



**Galdakao
Usansolo**
Ospitalea · Hospital

5

Hasta el año 1995 el sistema de gestión respondía al modelo tradicional. Con la adopción del modelo EFQM el HGU inició la implantación continua de una serie de cambios que ha permitido pasar de una gestión basada exclusivamente en los servicios y departamentos a una actuación transversal que conlleva una gestión integral por procesos. Asimismo, dadas las dimensiones del Hospital, el ED consideró importante sistematizar la forma de trabajar lo que ha conllevado a que muchos de los procesos se hayan certificado en base a la Norma ISO 9001.

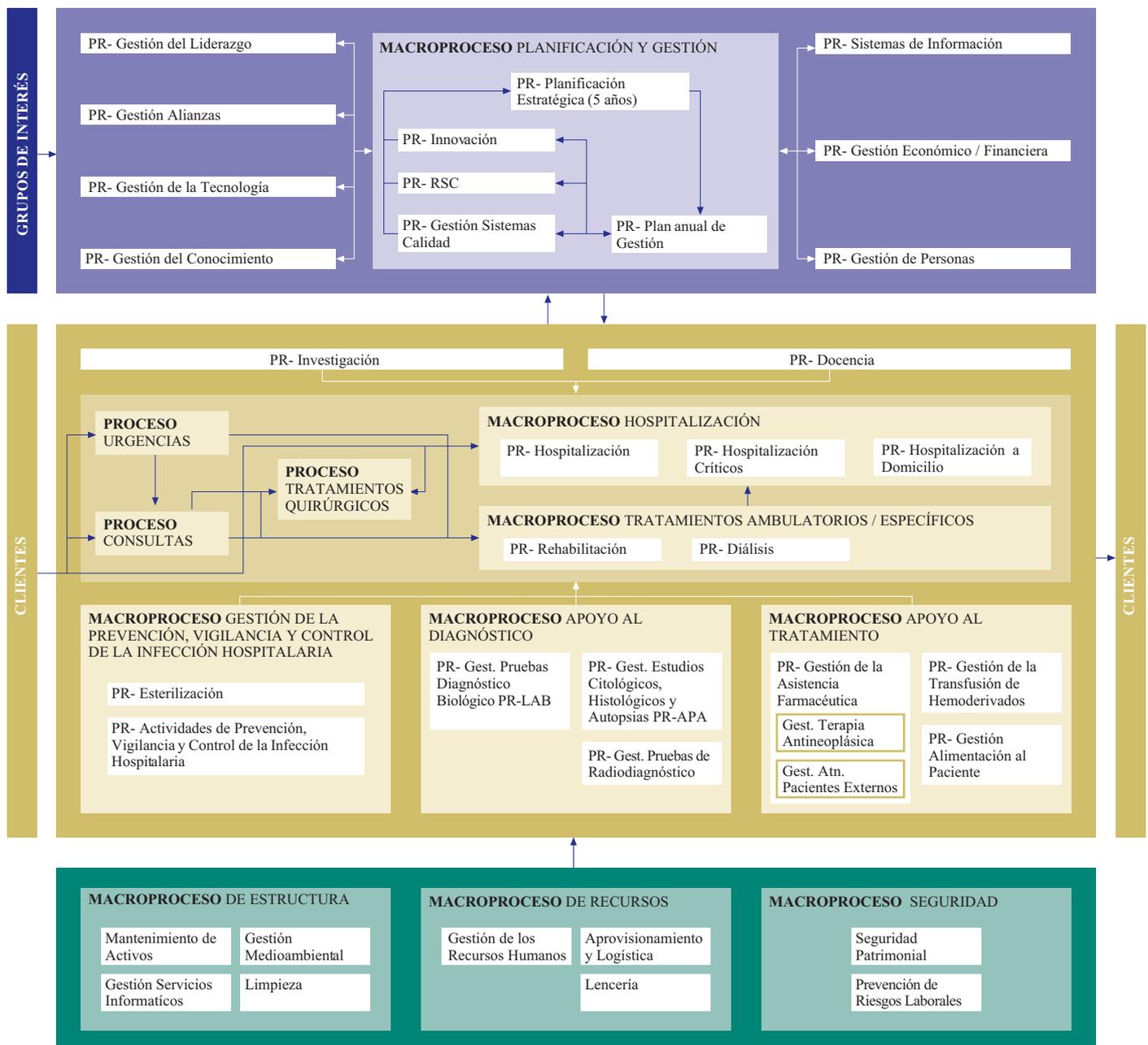
5A DISEÑO Y GESTIÓN SISTEMÁTICA DE LOS PROCESOS

Diseñar los procesos de la organización

El primer PE, 1999-2002, contemplaba como una de sus Líneas Estratégicas “Introducir la Gestión por Procesos en todo el Hospital como una cultura propia de funcionamiento”. En el

año 2000, tras realizar la segunda autoevaluación, se definió como área de mejora el impulsar la Gestión por Procesos. El año 2001 se identificó el primer Mapa de Procesos en el cual se representaban los procesos y las interrelaciones entre ellos. A raíz de la autoevaluación realizada en 2002, el Plan Estratégico 2005-2007, del aprendizaje realizado con otros centros de Osakidetza Q de oro y plata (Zumárraga, Basurto, Txagorritxu), y con otras organizaciones excelentes, así como de la reflexión interna del ED y con la paulatina certificación de procesos, el mapa ha sido modificado en tres ocasiones, hasta llegar al actual. **Fig. 5 a1.** Este mapa se revisa de manera sistemática coincidiendo con la elaboración del Plan Estratégico, **Crit. 2d**, o si se produce un cambio de especial relevancia que pueda suponer modificaciones de Unidades o Servicios. En 2006 la creación del proceso de Hospitalización supuso la eliminación del proceso de Admisión. En 2008, tras la autoevaluación de innovación y la verificación GRI de RSC, se han incorporado dos procesos estratégicos nuevos: Innovación y RSC. A lo largo de 2008 y 2009 se han integrado en el proceso Quirúrgico la UCSI, la URPA y la Litotricia.

Fig. 5 a1. Mapa Procesos



Con el fin de adecuar nuestra estructura de procesos a la realidad de la actividad desarrollada, hemos creado macroprocesos donde se fijan y realiza el seguimiento de los objetivos estratégicos que, posteriormente, se despliegan a los procesos y subprocesos integrados en ellos, así como a los Servicios y Unidades, donde se planifican las acciones a desarrollar y se determinan los objetivos operativos. Estos macroprocesos permiten simplificar el seguimiento y control de la gestión.

Identificación de procesos

Tras la revisión realizada por el ED en 2005, y en línea con las directrices de Osakidetza, el HGU distingue 3 tipos de procesos:

- **Procesos de planificación y gestión**
- **Procesos específicos (asistenciales / apoyo técnico)**
- **Procesos de apoyo**

Fruto de la asistencia a jornadas de Euskalit, la formación en Calidad Total de los líderes, *Crit. 1a*, e intercambios con otros hospitales, identificamos los procesos clave, *Crit. 2d*, a partir de una matriz que establece el grado de contribución de cada proceso a la consecución de los diferentes objetivos estratégicos. Se han identificado como claves los macroprocesos/procesos de Planificación y Gestión, Hospitalización, Tratamientos Quirúrgicos, Urgencias, Consultas y Tratamientos Específicos.

Establecer el sistema de Gestión de Procesos

Con el fin de garantizar que todos los procesos se gestionan de manera uniforme y sistemática, en 2003 se implantó un Sistema de Gestión de Calidad que definió un modelo de estructura documental con los elementos que debe incluir cada proceso para garantizar su correcta gestión. Todos los procesos cuentan con un gestor, equipo de proceso, interacciones, diagrama de flujo, identificación de Grupos de Interés (GI), documentación de apoyo (Procedimientos Operativos,) e indicadores. La elección y nombramiento del gestor del proceso se establece entre las personas del Hospital con unos criterios previamente definidos: conocimiento de las actividades del proceso e implicación con el cambio y la mejora, *Crit. 1b*. Estos criterios se revisan a la par que el propio mapa de proceso. Los gestores de los procesos están identificados como líderes y se han explicitado sus funciones:

- Asumir la responsabilidad sobre la Misión de su proceso
- Gestionar la efectividad y eficiencia del proceso de forma estable
- Mantener el proceso documentado y revisado
- Mantener las interacciones con los demás procesos estableciendo los consensos necesarios para mejorar la satisfacción de los clientes del proceso

La gestión del proceso se realiza a través de los indicadores que están directamente relacionados con los objetivos estratégicos del HGU y en clara coherencia con las directrices emanadas desde Osakidetza, *Crit. 2c*. Los indicadores miden los requisitos de calidad, como accesibilidad, seguridad, trato, información, efectividad, continuidad de la asistencia, condiciones hoteleras, *Crit. 6a*, todas ellas recogidas en el PE. La fijación de los objetivos a alcanzar para cada año se establece en base a los resultados obtenidos, *Crit. 6, 7, 8 y 9*, las acciones de mejora a desarrollar y las metas establecidas en el PE 2005-09 y en los PGA. El despliegue de estos objetivos se rea-

liza a través de los planes de gestión anuales. Los indicadores se encuentran integrados en el Cuadro de Mando del HGU.

Durante el año 2002 el HGU participó en un proyecto de Formación/Acción a nivel corporativo de Osakidetza para el abordaje de los procesos de apoyo técnico. En 2004, a raíz de las revisiones de los procesos y de las auditorías, así como del aprendizaje del proyecto corporativo de Osakidetza sobre la gestión en los procesos asistenciales se establecieron mejoras en el SGC, como la incorporación de las interacciones y la identificación de los grupos de interés en cada proceso. En 2008 se modificó el enfoque de las auditorías internas y en 2009 se han incorporado en las revisiones del proceso las oportunidades de innovación en las actividades que gestiona, y la comunicación de los cambios a los grupos de interés afectados. Ver *Fig. 5 a2*.

La certificación del proceso de Hospitalización en 2007, supuso un punto de inflexión para el SGC, pasando de una gestión de procesos a una gestión por procesos. El paulatino crecimiento del alcance de certificaciones ha llevado a realizar una reflexión estratégica del SGC, que se ha traducido en un plan de acción concreto a 2 años; reenfoque de las auditorías internas hacia los procesos asistenciales, informe único de auditoría, revisión única por la Dirección, indicadores de interacciones sobre los procesos asistenciales, etc. y todo ello con la visión puesta en el paciente-cliente. Todo ello ha llevado a que el HGU se haya convertido en un referente de gestión por procesos en el ámbito sanitario, con presencia de los líderes actuando como ponentes en: Masters, Congresos, Jornadas Técnicas, Semana Europea de Calidad, Organizaciones Q Oro y Plata, etc.

La revisión de los procesos está sistematizada, mediante reuniones de control y seguimiento, celebrándose al menos una con periodicidad cuatrimestral y, anualmente, el sistema completo se revisa por el ED. Además, en el caso de los procesos certificados, los resultados de las auditorías internas y externas constituyen otra fuente de revisión. En este sentido, el HGU ha sido pionero en Osakidetza al introducir que miembros de un equipo de proceso evalúen la efectividad de otro proceso y viceversa. Esto ha propiciado que en los dos últimos años hayan intervenido en estas evaluaciones un total de 34 profesionales y facilita la resolución de posibles conflictos de interfases. Desde el año 2004 se realizan encuestas de satisfacción de "cliente interno" en el marco de los procesos.

Aplicar en la gestión procesos estándares de sistemas

Una de las preocupaciones históricas del HGU ha sido estandarizar la forma de trabajar de las personas que integran su organización, con el fin de obtener unos resultados con la menor variabilidad posible. De esta manera, los profesionales del Hospital han participado en la elaboración y actualización de procedimientos de trabajo con el fin de determinar metodologías y comportamientos uniformes de actuación. Así, en el año 1996 se elaboró en el área de enfermería una aplicación informática, ROSE, para la Planificación de Cuidados de Enfermería que recibió el Premio Especial Arthur & Andersen a la innovación en Gestión Clínica. En 2003 se elaboró el Manual de Enfermería Quirúrgica; en 2006 se diseñó el programa Osakliniker y la guía de la EPOC y en 2009 el programa Kirozainbide, desarrollado por el grupo de enfermería de quirófano del HGU. Todos estos programas han sido incorporados posteriormente por los distintos hospitales de Osakidetza y otras comunidades del Estado.

Fig. 5 a2. Mejoras en la Gestión por procesos

AÑO	FUENTE DE APRENDIZAJE	MEJORAS INTRODUCIDAS
2001/2003	FOAC Osakidetza Reflexión ED Plan estratégico	Primer Mapa de Procesos Definición procesos asistenciales Implantación del SGC del HGU con norma ISO 9001:2000 Certificación de 5 procesos Redefinición de Procesos
2004/2006	Autoevaluación EFQM Auditorías (internas y externas) Reflexión ED Consultora Reuniones Sub. Calidad (Osakidetza)	Revisión de la documentación de procesos Cambio enfoque de procesos orientado al cliente-paciente Certificación 5 nuevos procesos Certificación medioambiental Ekoscan 2º Mapa de Procesos Integración de la Admisión en el PR de Hospitalización, Citación en PR de Consultas
2007	Actividades de Benchmarking	Se certifican los procesos de Hospitalización, RRHH y Radiodiagnóstico Implantación de la aplicación para la gestión de las incidencias e interacciones
2008	Participación Proyectos Corporativos ISO Autoevaluación en Innovación Memoria GRI Evaluación externa	Certificación Proceso de Rehabilitación y PR Servicios Informáticos 3º Mapa de Procesos Implantación de los procesos de RSC e Innovación Reenfoco del SGC; auditorías orientadas a Procesos y al proceso asistencial, revisión única por la Dirección, gestión de las interacciones e indicadores
2009	Visitas Hospitalares Intercambio experiencias Reuniones Subdirección de Calidad Osakidetza Sesiones formativas Consultora Externa	Se certificarán el Proceso Quirúrgico, Limpieza y CCEE Inicio Diseño del Proceso de Urgencias Cambio en el contenido de las reuniones de procesos (gestión del cambio e innovación y comunicación a los GI) Mejora de los CMI de los procesos (integración con el de gestión del HGU)

En la actualidad tenemos certificados quince procesos en base a la Norma ISO 9001:2000, que se han desarrollado de manera continua desde el año 2003. Antes de finalizar el año esperamos tener certificados los procesos de Limpieza, Tratamientos Quirúrgicos y Consultas Externas. Ello significa que el 84% del personal realice su actividad en el marco de un proceso certificado.

Como ya se ha reseñado, en 2006 se abordó la creación del proceso de hospitalización. Esto supuso desplegar la gestión por procesos a toda la hospitalización, médica y quirúrgica, estableciendo para ello un sistema de gestión basado en la mejora continua en todos los Servicios y Unidades. Con el objetivo de desplegar el sistema de mejora a la planta, se crearon las figuras de los Gestores de Calidad /Kaligidariak, médicos y enfermeras de cada servicio y unidad de enfermería, cuyas funciones son: el análisis de incidencias e identificación de oportunidades de mejora, revisión de indicadores y resultados de encuestas específicas de servicio así como la implantación de objetivos estratégicos y operativos del Plan de Gestión del proceso. Este proceso fue certificado en el 2007, siendo el primer hospital general del Estado en conseguirlo, teniendo especial relevancia, dado que sus actividades afectan al mayor número de personas del Hospital y tiene el mayor impacto en pacientes, costes (53,6%) y en facturación (56,6%) del Centro. El número de personas involucradas en equipos de mejora de este proceso ha evolucionado de 40 en 2006 a 101 personas en 2009, y ha supuesto un estímulo para la implicación de las personas en la gestión del resto de macroprocesos y procesos.

Asimismo, como consecuencia de la autoevaluación realizada en 2002, el ED decidió realizar un diagnóstico de situación medioambiental en base a la Norma EKOSCAN, y a partir de ahí ha definido un sistema de gestión medioambiental que se certificó en 2005. Además, en el año 2008, el proceso de Res-

ponsabilidad Social Corporativa ha sido verificado mediante el Global Reporting Initiative (GRI) obteniéndose la calificación A+, siendo el primer hospital general del Estado en conseguirlo.

Resolver las cuestiones de interfases

Uno de los problemas en la gestión de los diferentes procesos es la aparición de dificultades en las interacciones de los mismos. La documentación de apoyo de cada uno de los procesos recoge los requisitos demandados por cada uno de los clientes del proceso –internos o externos–, las características de calidad de las entradas y de las salidas y los procesos con los que se interrelaciona así como las características de la interacción. Si se produce un problema de interacción, los líderes de los procesos afectados intentan solucionarlo entre sí. De no ser posible, se traslada al ED y, de persistir las discrepancias, es el DG quien adopta la decisión final al respecto.

En 2007, con la implantación del proceso de Hospitalización y con el nuevo enfoque del SGC, se diseñó e implantó una aplicación informática para la notificación de incidencias en el proceso y de fallos en las interacciones. En esta BBDD puede notificar cualquier persona del HGU que detecte una anomalía en el proceso asistencial, dichas incidencias se derivan a las personas responsables de su gestión. Ejemplo de ello, ha sido la creación en 2008 del Equipo para la Seguridad del Medicamento, el cual realiza recomendaciones de prácticas seguras en el uso del medicamento, y el Equipo de mejora en el circuito de gestión de ambulancias. Otra manera de resolución de los problemas de interacción ha sido la utilización del AMFE, como por ejemplo el del circuito de petición, preparación, dispensación y administración de citostáticos. La Fig. 5 a2 muestra algunas de las mejoras introducidas en la gestión por procesos.

Fig. 5 b2. Mejoras Introducidas en los procesos (PDCA)

MACRO/ PROCESO	AÑO	FUENTE APRENDIZAJE	MEJORA IMPLANTADA	BENEFICIO		
HOSPITALIZACIÓN	2007	Encuestas	Revisión del manual de acogida a pacientes	Mejora de la información al paciente		
		Auditorías	Mejora del control de estupefacientes (registro)	Seguridad del paciente		
	2008	Encuestas	Elaboración del Manual de acogida a pacientes específico por servicios	Información al paciente		
		Auditorías	Notificación de incidencias y casi errores	Mejora del proceso, Seguridad del paciente		
	Incidencias del proceso	Cambio en la gestión de las ambulancias	Continuidad asistencial			
	Encuesta	Mejoras en el menú para pacientes de psiquiatría	Mejora de la calidad de la comida			
	Auditorías	Definición de la Política de información al paciente	Información al paciente			
		Elaboración del boletín Ospipress	Comunicación del proceso			
MACROPROCESO DE APOYO AL TRATAMIENTO	FARTA	2003	Incidencias e indicadores	Monitorización de órdenes médicas que no se ajusten al protocolo	Mejora del sistema	
		2004	Auditorías	Sistematización del análisis de riesgos potenciales	Seguridad del paciente	
		2005	Riesgos potenciales	Diseño de hoja de cálculo de volumen a diluir los distintos citostáticos	Reducir posibles errores	
		2006	Incidencias e indicadores	Formación sobre manipulación de citostáticos	Mejora del sistema	
				Formación en ONCOFARM	Informatización del proceso	
		2008	Auditorías	Utilización del AMFE en el proceso	Reducir posibles errores	
				Renovación y adaptación del área de citostáticos	Seguridad	
	Autoevaluación ISMP	Creación del equipo de seguridad del medicamento	Seguridad del paciente			
	FARCEX	2003	Auditorías	Citación de pacientes a la consulta de farmacia	Asegurar la disponibilidad de medicación	
				Realización de la primera encuesta de satisfacción pacientes	Identificación de necesidades y expectativas	
		2005	Auditorías / incidencias e indicadores	Adquisición de programa para información escrita a pacientes (Infowin)	Mejorar la información al paciente. Conservación de los medicamentos	
		2006	Incidencias e indicadores	Atención farmacéutica continuada en los pacientes VIH no adherentes	Mejorar los niveles de adherencia	
		2007	Incidencia crítica	Conexión de neveras críticas al grupo electrógeno	Eficiencia y conservación de los medicamentos	
		2008	Incidencias e indicadores	Ampliación del horario de la auxiliar de 9 a 14h. Dos puestos de dispensación.	Eficiencia (dedicar más tiempo al paciente que lo necesita) y agilizar la dispensaciones sucesivas	
	THE	2003	Incidencias e indicadores	Diseño del plan de formación para el personal	Seguridad del paciente	
				Informe de cargas de trabajo	Eficiencia	
				Estudio de unidades desechadas	Eficiencia	
		2005	Auditorías	Cambio de enfoque a paciente-cliente / Definición de interacciones	Gestión de las interacciones	
				Registro de los casi-errores	Seguridad del paciente	
		2007		Implantación Encuesta satisfacción paciente	Gestión de las interacciones	
		2008	Gestión de las interacciones	Transfusión de sangre a Domicilio	Accesibilidad	
	ALM	2005	Auditoría interna	Incorporación en el cuaderno de dietas el valor nutricional	Adecuación de dietas	
				Renovación de vestuarios	Mejora en las condiciones de trabajo	
				Menús en bilingüe	Información al paciente	
		2008	Encuesta satisfacción	Cursos de dietética dirigido a AE de hospitalización	Mejora de Información paciente	
	PREVENCIÓN / SEGURIDAD INFECCIÓN	EST	2005	Análisis de indicadores	Controles biológicos de lectura rápida	Mayor rapidez en los controles
			2006	Auditorías	Implantación de la solicitud informatizada en plantas de hospitalización	Mejora de las interacciones
			2007	Análisis de incidencias	Mantenimiento preventivo de equipamiento crítico del proceso	Reducción de las averías
2008			Encuesta cliente interno	Recepción y entrega de material de curas en el día a las plantas	Mejora la disponibilidad de material / Agilidad	

Otro ejemplo es el caso de la petición informatizada de Rayos X que se testó en 2007 en el Servicio de Cardiología y se extendió al resto de servicios en 2008. Otros ejemplos son la nueva gestión de almacenes probada e implantada en la planta 5ª A de Hospitalización y posteriormente implantada en todo el Hospital en 2008 ó el cambio informático y de circuito en la gestión de ambulancias que se probó su funcionamiento y operatividad en una Unidad y posteriormente se trasladó a todas las Plantas. En 2009 se ha implantado de manera piloto la teledermatología en el ambulatorio de Durango. La revisión de la efectividad se realiza a través del grado de consecución de los objetivos establecidos.

Garantizar que las personas reciben la formación pertinente antes de la implantación de mejora

Todas las mejoras se recogen en una ficha con objetivos, acciones a desarrollar, plazos de ejecución, responsables, etc. En el caso de que la mejora introducida conlleve la necesidad de formación para los miembros del equipo, o las personas afectadas por la actividad. Ésta se planifica y ejecuta con el fin de que dispongan de los conocimientos necesarios para poder poner en práctica dicha mejora. De igual manera, si la mejora conlleva un cambio en la realización de las actividades del proceso, el gestor se encarga de comunicar dichos cambios a los GI afectados, tanto internos como externos. Así, con el cambio de utilización a la petición electrónica de RX o la interconsulta informatizada, se realizaron sesiones formativas para todos los Servicios Médicos en el aula de informática, y se realizó un periodo de pruebas, para que se familiaricen en el uso. En el cambio de aplicación informática para las Admisiones al eOsabide se ha realizado formación específica a todo el personal implicado con la puesta en marcha.

La revisión de la efectividad de las mejoras introducidas se realiza a través del grado de consecución de los propios objetivos de la mejora de cada proceso. La **Fig. 5 b2** muestra algunas de las mejoras introducidas en el HGU a lo largo del tiempo.

5C DISEÑO Y DESARROLLO DE LOS PRODUCTOS Y SERVICIOS BASÁNDOSE EN LAS NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE LOS CLIENTES

Determinar las Necesidades y Expectativas de los Clientes

La identificación de necesidades y expectativas del cliente se realiza a través de diversas fuentes de información, **Crit. 2a y 2b**. Diferenciamos dos tipos de necesidades:

- **Necesidades generales.** Dan lugar a la conformación de la oferta de servicios del Hospital. Son detectadas a través de las distintas encuestas que el Hospital realiza a los clientes, el SAPU y la encuesta de Salud que elabora el Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco, así como el buzón de sugerencias para pacientes y familiares implantado en 2009 en las unidades de hospitalización y en el área de consultas. Otra fuente de identificación de las necesidades de nuestros clientes, son las relaciones con las distintas asociaciones de pacientes, que nos permite tener una comunicación en ambos sentidos, **Fig. 5 e2**.
- **Necesidades asociadas a los servicios asistenciales.** Se detectan en la aplicación del trabajo diario de los profesio-

nales del Hospital y, en función de su trascendencia, se canalizan hacia:

- Planes de gestión de los servicios, incluidos en los planes de gestión anuales **Crit. 2c y 2d**
- Planes de gestión específicos de procesos, **Crit. 5b, 5d y 5e**

La evaluación del CP, **Crit. 4b**, es otro de los instrumentos que nos permite conocer si los productos y servicios que el Hospital oferta están en línea con las necesidades y expectativas del cliente.

Como consecuencia de la determinación de las necesidades de los clientes se han introducido una serie de mejoras que pretenden adecuar los servicios prestados por el Hospital a las expectativas de los/as usuarios/as. De esta forma se ha acercado la asistencia sanitaria a los pacientes a través de los ambulatorios que aproximan los especialistas a las localidades más lejanas facilitando la asistencia. Actualmente atendemos cinco ambulatorios que dan cobertura a las principales áreas de la comarca y contamos con especialistas desplazados en otros puntos de las mismas. Es de destacar que del total de las consultas de especialistas atendidas por el HGU, el 75% se llevan a cabo en los centros periféricos.

Una de las características de nuestra Comarca asistencial es la dispersión geográfica. Para dar respuesta a este problema y acercar la atención asistencial a sus clientes, el HGU está ejecutando la puesta en marcha del Centro de Alta Resolución Gernikaldea, en fase de construcción. Se busca acercar la asistencia a todos los habitantes de la zona costera de nuestra comarca ofertándole una asistencia de la misma calidad y con los mismos medios que en el Hospital, con servicios como CMA, Salud Mental, Urgencias de Pediatría, etc. Cabe destacar, que en el proyecto no estaba incluida la Hemodiálisis, y a raíz de las reuniones mantenidas con ALCER en 2007 se ha incluido en el mismo. Asimismo, en 2008 se ha ampliado la cobertura del Servicio de Hospitalización a Domicilio a los valles de Ayala y Arratia. Además se ha dado cobertura a la población del área de Basauri en la especialidad de Alergología, y de Endocrinología al Valle de Ayala.

Diseñar y actualizar servicios que añadan valor a los clientes

Cartera de servicios. Las necesidades de la CAV, establecidas en el Plan de Salud, son analizadas anualmente entre el ED y el Departamento de Sanidad, a través del Contrato Programa, **Crit. 4b**. Además, en la reflexión sobre los servicios a prestar, se analizan las necesidades y requerimientos de los/as usuarios/as obtenidos a través de las encuestas de satisfacción. Fruto de este análisis se establece la Cartera de Servicios que, previamente a su implantación, precisa de la aprobación final del Departamento de Sanidad. Ver **Fig. 04 del MO**.

Una vez determinada la Cartera de Servicios, los resultados de cada una de las Unidades son evaluados mensualmente por el ED a través de la evolución y el grado de cumplimiento de los indicadores asistenciales. Fruto de la evaluación y revisión de la Cartera de Servicios se han ido introduciendo diversos cambios en la misma, como por ejemplo la puesta en marcha de la Unidad de Cirugía sin Ingreso, de las que el HGU fue pionero; el impulso a las cirugías mínimamente invasivas; en 2007 la oferta de reproducción asistida a pacientes seropositivos, aprobada por el Parlamento Vasco, y que sólo es oferta-

Fig. 5 c1. Mejoras introducidas para dar respuesta a las necesidades de clientes

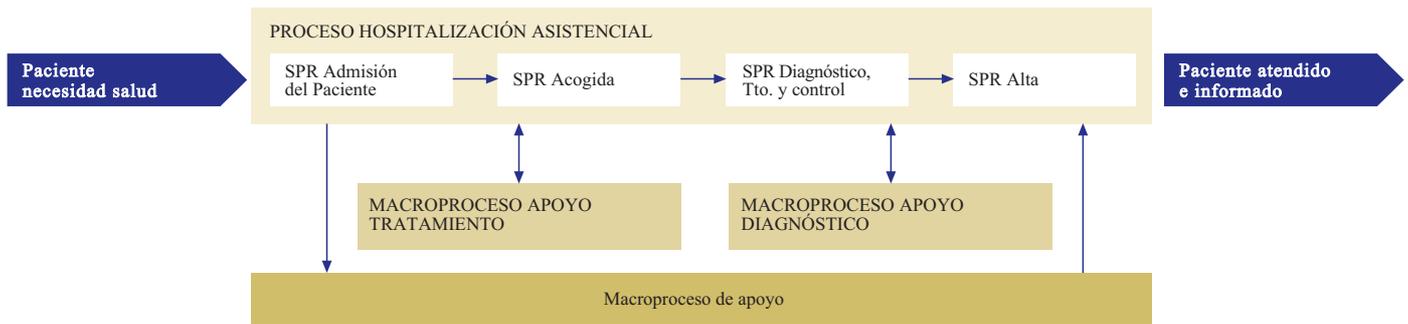
AÑO	PROCESO	FI/FA	MEJORA INTRODUCIDA	BENEFICIO
2001/ 2003	HOS	PVPCIN	Adecuación en la 7ª planta de 4 habitaciones para aislamiento de pacientes	Seguridad del Paciente
	TTQ	DS/ Osakidetza	Litotricia Extracorpórea	Eficacia del tratamiento
	URG	Equipo de trabajo	Rediseño de la asistencia al Paciente politraumatizado en Urgencias	Mejora de calidad asistencial
	CCEE	Reflexión ED y evaluación de resultados	Terapia fotodinámica en la degeneración macular	Mejora del tratamiento
			Consulta alta resolución pacientes con cáncer de mama	Mejora de la coordinación entre servicios
	HOS	Apertura de Hemodinámica	Accesibilidad tratamiento	
	CCEE	Desarrollo de las Consultas Alta Resolución (Consulta y Prueba complementaria el mismo día)	Mejora de la coordinación entre servicios	
TTQ	Incorporar la Cirugía laparoscópica a la Urología y Ginecología	Mejora del tratamiento		
2004/ 2006	TTO AMB	Reflexión ED	Hemodiálisis domiciliaria	Mejora del confort
	TTOQ	Evidencia científica	Láser Urología	Mejora eficacia del tratamiento
	CCEE		Leucocitoáferesis en enfermedad inflamatoria crónica	Mejora eficacia del diagnóstico
			Ecocardiografía tridimensional	Eficacia diagnóstica
	HOS	Reflexión Líderes Hemodinámica	Acceso radial en los cateterismos coronarios	Mejora tratamiento/diagnóstico
		DS/Osakidetza	Puesta en marcha del Protocolo de Actuación Integral en el ICTUS	Mejora tratamiento
		Reflexión ED	Puesta en marcha de la Unidad de Cuidados Intermedios de Neumología	
	HOS/CCEE	Benchmarking	Programa de psicooncología	Apoyo psicológico a pacientes
	CCEE	DS/Osakidetza	Cápsula endoscópica para tracto digestivo	Mejora diagnóstico
2007	TTQ	Reflexión ED/ Evidencia científica	Ganglio centinela en el cáncer de mama	Eficacia diagnóstica
	CCEE		Ecobroncoscopia	
	CCEE	Benchmarking	Puesta en marcha de la telemedicina en oftalmología	Accesibilidad tratamiento
		DS/Osakidetza	Oferta de reproducción asistida a pacientes seropositivos	Eficacia del tratamiento
	HOSP	Encuestas	Unidad dolor agudo postoperatorio	Mejora tratamiento dolor
2008	TTQ	Reflexión Líderes	Técnica de Mosh/Puvaterapia (Dermatología)	Eficacia diagnóstica/tratamiento
			Dacriocistectomía por técnica láser	Eficacia del tratamiento
	CCEE	Osakidetza/ED	Unidad de estudios de patología vestibular (ORL)	Eficacia diagnóstica y tratamiento
	RAX	Osakidetza/ED	Nueva Unidad de Esterotaxia Mamaria	Eficacia diagnóstica
	APA	Reflexión Líderes	Técnica citología líquida	
2009	LAB	DS/Osakidetza	Cribado Prenatal de Síndrome de Down	Eficacia diagnóstica
	TTQ	Reflexión ED	Nuevo Litotriptor y nueva Unidad de Endourología	Mejora del tratamiento
	HOSP	Líderes Psiquiatría	Hospital de Día Psiquiatría	
	CCEE	DS/Osakidetza	Screening de Colon	Eficacia diagnóstica

da por nuestro Hospital. En 2008 se ha implementado la Este-reotaxia mamaria para el diagnóstico de cáncer de mama. La figura **Fig. 5 c1** muestra algunos cambios introducidos para dar respuesta a las necesidades de los clientes.

La comunicación a nuestros clientes de los productos y servicios del Hospital se realiza de forma directa: a través de los contactos personales con nuestros/as usuarios/as, y los medios de información establecidos (Web, revista, etc.) y de forma indirecta con la divulgación por parte del Departamento de Sanidad de los servicios asistenciales hospitalarios a que tienen acceso los ciudadanos de la Comarca Interior, del que el HGU es el hospital de referencia.

La revisión y efectividad de los servicios introducidos para dar respuesta a las necesidades de los clientes se realiza a través de las encuestas de satisfacción, la consecución de objetivos, resultados de autoevaluaciones y evaluaciones externas.

Fig. 5 d1. Proceso Asistencial



5D PRODUCCIÓN, DISTRIBUCIÓN Y SERVICIO DE ATENCIÓN, DE LOS PRODUCTOS Y SERVICIOS

El HGU es una organización de servicios donde el consumo y la prestación del servicio se realizan simultáneamente. Nuestra producción es prioritariamente asistencial, y la desarrollamos a través de los procesos, *Crit. 5a* y *5b*. El núcleo central lo constituyen los macroprocesos/procesos asistenciales: Urgencias, Hospitalización, Consultas, Tratamientos Quirúrgicos. A través de estos macroprocesos/procesos se realizan prácticamente el 100% de las prestaciones asistenciales del Hospital. Las necesidades de los pacientes pueden satisfacerse mediante la prestación de uno de estos servicios o mediante la utilización complementaria de todos ellos.

Contemplamos al paciente como el centro de nuestra actividad que abarca diferentes niveles asistenciales. Muchos de los pacientes acceden al Hospital desde Atención Primaria, siendo derivados de nuevo a dicho nivel asistencial una vez han sido dados de Alta del Hospital. Para garantizar la coordinación de actividades con AP mantenemos reuniones periódicas, realizamos encuestas a los médicos de primaria, lo que ha dado lugar a protocolos conjuntos, identificando líneas de comunicación con interlocutores clave, que mejoren la relación entre los niveles y redunden en mejoras al paciente. Así durante el año 2008 se han intensificado las colaboraciones y grupos de trabajo entre servicios hospitalarios y Atención Primaria de la Comarca. Así, se han desarrollado protocolos de actuación en Hematología, Neumología, Oftalmología, Cuidados Paliativos, etc.

Distribuir los productos y servicios a los/as usuarios/as

Los procesos asistenciales se inician con la necesidad de atención del cliente ante un problema de salud, y finaliza con el alta. El paciente accede al Hospital a través de la urgencia o bien mediante una cita programada, procedente de la atención primaria. Se realiza el registro administrativo en la Admisión, comenzando de esta manera el proceso asistencial, a continuación se produce la Acogida, por parte del personal sanitario, en la que se ofrece la información específica del área asistencial al paciente y se comienza con el subproceso de diagnóstico y tratamiento, con la anamnesis, exploración y realización de pruebas necesarias y aplicando el tratamiento y los cuidados hasta el Alta del paciente. Ver *Fig. 5 d1*. Durante todo el proceso se tienen en cuenta los criterios de seguridad del paciente (primero no dañar), así como el trato y la información adecuada. El proceso asistencial, por su complejidad implica múltiples interacciones con el resto de los procesos

(apoyo diagnóstico, tratamiento, etc.) que se identifican en la documentación de cada proceso. Por supuesto que toda esta secuencia de actuaciones está sujeta a la situación de urgencia y gravedad del paciente.

Por otra parte, es muy importante garantizar la trazabilidad del paciente. Ello se realiza a través de la Historia Clínica, que ha sido objeto de sucesivas mejoras, donde aparece la atención prestada a cada paciente. La HC es un documento clave donde se recogen por escrito todos los datos del proceso asistencial, que sirven de base para el ciclo diagnóstico y terapéutico del paciente.

Finalizado el Proceso Asistencial, el cliente recibe un informe de alta, en el que se pormenorizan las actuaciones realizadas, el tratamiento a seguir para recobrar su estado de salud y las pautas de conducta, educación sanitaria, para prevenir las recaídas y complicaciones. El proceso concluye con la medición de la calidad técnica, de la eficiencia y de la calidad percibida mediante el uso de las encuestas de satisfacción, con lo que se inicia un nuevo ciclo de revisión de los procesos asistenciales.

Fruto de la revisión del proceso de hospitalización a través de los grupos de trabajo, del análisis de incidencias, los resultados de las encuestas y las aportaciones de los kalidariak se ha definido la política de información a los pacientes y usuarios/as, incluyendo la documentación de la acogida, las recomendaciones al alta y la continuidad de cuidados con la atención primaria. El grado de satisfacción de los los/as usuarios/as con la información que reciben se mantiene sostenido desde el año 2001 en valores superiores al 93 % de satisfacción.

Las direcciones médica y de enfermería, como gestores de los procesos asistenciales, evalúan los resultados *Crit. 6* y *9* y detectan oportunidades de mejora para la coordinación del sistema. Por ejemplo, en 2008 se ampliaron 28 camas de hospitalización convencional de forma estructurada y la ampliación de la Unidad de Dolor Agudo, para satisfacer las necesidades de los pacientes. En 2009 se ha redefinido la distribución de camas en los servicios para disminuir el número de pacientes ubicados fuera de la planta que les correspondería.

La revisión de la efectividad de la prestación asistencial se realiza a través de la consecución de objetivos estratégicos, las encuestas de satisfacción, la autoevaluación, las auditorías de los procesos y los indicadores de los mismos. Fruto de estas revisiones son las numerosas mejoras introducidas a lo largo del tiempo y que algunas aparecen en la *Fig. 5 d2*.

Fig. 5 d2. Mejoras en la prestación de servicios

AÑO	PROCESO	FI/FA	MEJORA INTRODUCIDA	BENEFICIO
2001/ 2003	URG	Reflexión ED / Equipo de trabajo Encuesta Urgencia	Informatización del seguimiento del paciente en Urgencias (PCH)	Trazabilidad/seguridad
			2ª Fase del Servicio de Urgencias	Intimidad/Confort/seguridad/ ampliación
	HOS	Reflexión ED	Remodelación UCI	Intimidad/Confort/seguridad
	TTQ	Encuestas	Tríptico informativo para pacientes litotricia	Información al paciente
2004/ 2006	HOS/TTQ	Reflexión ED / Osakidetza	Nueva Reanimación, URPA	Confort/seguridad/ampliación
	TTQ	Reflexión ED / Osakidetza	Nuevo Bloque quirúrgico C (3 quirófanos)	Mejora de la accesibilidad
	CCEE	Reflexión estratégica	Remodelación CCEE, Neumología y Endocrinología	Confort
		CMI / Contrato Programa	Ampliación del horario de Consultas externas para disminuir lista espera	Accesibilidad
		Líderes asistenciales	Acceso, a través del Clinic, de toda la información clínica de un paciente desde los Ambulatorios	Accesibilidad a la información
	HOS	Reflexión del ED / Benchmarking	Puesta en marcha del proyecto “Supervisión Clínica”	Mejora organizativa
Contrato Programa		Revisión protocolo Continuidad de Cuidados AP-AE	Coordinación inter niveles	
Benchmarking		Guía de autoayuda para pacientes durante el tratamiento de quimioterapia	Información al paciente	
2007	TTQ	Enfermería quirúrgica	Desarrollo del programa “Enfermería quirúrgica multimedia”	Mejora del conocimiento
	HOS	Benchmarking / Reflexión ED	Reformas plantas de hospitalización	Mejora organizativa
	CCEE	Líderes asistenciales	Recomendaciones para el paciente en el manejo de la Diabetes Mellitus	Información al paciente
2008	HOS/TTQ	Encuestas/Auditorías	Diseño de áreas específicas para información a familiares	Información a familiares
	TTQ	Reflexión ED / Osakidetza	Remodelación del Bloque Quirúrgico A	Mejora accesibilidad/seguridad/ eficacia del tratamiento
	HOS	Enfermería Hospitalización	Guía de Ostomías para pacientes	Información a pacientes
		Líderes Psiquiatría	Reforma Unidad de Desintoxicación	Mejora confort y distribución
		Sociedad / SAPU	Ampliación cobertura Hospitalización a Domicilio	Ampliación de Cobertura asistencial
	CCEE	Líderes asistenciales	Remodelación consultas (Nefrología y Cardiología)	Mejora accesibilidad/seguridad
RAX	Reflexión ED	Renovación tecnológica en el Servicio de Radiodiagnóstico	Eficacia diagnóstica	
2009	TTQ	Reflexión ED / Osakidetza	Remodelación del Área de Litotricia y ampliación de un nuevo quirófano de Urología	Mejora accesibilidad/seguridad/ eficacia del tratamiento
	TTAMB	Reflexión ED / REDER	Reforma Integral Servicio de Diálisis	Mejora accesibilidad/seguridad/ eficacia del tratamiento
	TTAMB/HOS	Líderes asistenciales	TV en Reanimación y Diálisis para pacientes	Confort
	HOS	Encuestas /CMI	Nuevo Hospital de Día Médico	Mejora organizativa
	CCEE	Benchmarking / I+D+i	Teledermatología	Mejora de la accesibilidad al diagnóstico
	RAX	Osakidetza	Digitalización imagen radiológica	Accesibilidad imagen / Eficacia diagnóstica

5E GESTIÓN Y MEJORA DE LAS RELACIONES CON LOS CLIENTES

La gestión de las relaciones con los clientes tiene como objetivo identificar sus necesidades, *Crit. 2a* y *2b*, y evaluar su grado de satisfacción con los servicios prestados, que son siempre individualizados y adecuados a sus necesidades, además de favorecer la detección de oportunidades de mejora.

Determinar y satisfacer los requisitos de los clientes fruto del contacto con ellos

El HGU cuenta con diferentes mecanismos para conocer el grado de satisfacción de sus clientes y dar respuesta a las necesidades y expectativas de los mismos. El 100% de las personas del HGU están comprometidas en la búsqueda de la satisfacción del cliente.

Como ya ha quedado señalado, *Crit. 2a*, el HGU cuenta con diferentes fuentes de información para determinar las necesi-

dades de los clientes. Además, el Hospital lleva a cabo grupos focales de pacientes y utiliza la técnica del “Mystery Shopper”, donde uno de nuestros/as usuarios/as evalúa la asistencia recibida durante su estancia en el Centro.

La medición de la satisfacción del cliente se realiza a través de la realización de encuestas desde el año 1994. Todas las encuestas se realizan con periodicidad anual, excepto CMA, Hospitalización a Domicilio, Psiquiatría y Atención farmacéutica a pacientes externos que se realizan cada dos años, dado que suponen un menor volumen de actividad. La encuesta a pacientes de Consultas Externas se alterna, realizándose un año a las consultas intrahospitalarias y el siguiente las extrahospitalarias.

La primera encuesta fue diseñada por la Unidad de Investigación del HGU y se extrapoló al resto de hospitales de Osakidetza, lo que nos permite obtener resultados comparados con otros centros. Los dos primeros años las encuestas se realizaron por correo, pero, dado el bajo nivel de respuesta, desde 1996 se llevan a cabo de manera telefónica, alcanzado un índice de respuesta del 100%. Los resultados de las encuestas son analizados por el ED y se transmiten a los líderes de los procesos para que diseñen las acciones de mejora oportunas.

Fruto de la revisión del proceso y de las actividades de aprendizaje realizadas tanto con Osakidetza como con otros hospitales de la Red, se ha ido introduciendo una serie de mejoras tanto en los contenidos de la encuesta, como en el ámbito y la forma de realización de las mismas. La *Fig. 5 e1* muestra los cambios aplicados.

Identificación de oportunidades de mejora. La información proveniente de los clientes a través de los resultados de las encuestas, las sugerencias, las autoevaluaciones, y otras fuentes de información, permiten al ED identificar áreas de mejo-

Fig. 5 e1. Mejoras en las Fuentes de información del cliente

AÑO	CAMBIO REALIZADO
1999/ 2001	Encuesta de hospitalización general y segmentación por servicios Encuesta de consultas intrahospitalarias general y segmentación por servicios Encuesta de CMA general y segmentada a dos servicios
2002	Encuesta de Consultas Externas en años alternativos entre Intra y Extrahospitalaria, y ésta última fragmentada por centro (Durango y Basauri)
2003	Ampliación de la segmentación de la encuesta de CMA a tres servicios
2004/ 2006	Encuesta de consultas Extrahospitalarias globales por centro (Durango y Basauri) y segmentación por especialidades (4) Encuesta bienal a los clientes del PR-FARCEX Incremento de la segmentación por servicio de la encuesta de consultas extrahospitalarias
2007	Encuesta RAX específica Inclusión de preguntas relativas a RAX en las encuestas de Urgencias y Hospitalización
2008	Implantación de la Base de datos de incidencias de Hospitalización
2009	Mystery Shopper Implantación de Buzones de sugerencias para pacientes Grupos focales con pacientes Extensión de la Base de datos de incidencias a otros procesos asistenciales

ra y modificaciones en los procesos, *Crit. 5b*, así como la inclusión de nuevos servicios dirigidos hacia una mejora en la calidad asistencial, *Crit. 5d*, siendo recogidas en los planes estratégicos y de gestión, *Crit. 2*. Esta actitud proactiva con nuestros clientes, representados a través de las asociaciones y de los grupos focales ha hecho que se hayan puesto en marcha programas como el de “ahorro de sangre” en las intervenciones quirúrgicas, en 2008, siendo considerada por la Asociación de los Testigos de Jehová un referente.

Dar seguimiento al sistema de Atención al Cliente

Nuestro sistema de gestión de pacientes incluye tres servicios de atención directa al cliente:

Servicio de Atención al Paciente y Usuario (SAPU). Es un Servicio de gestión de quejas/reclamaciones y sugerencias, *Fig. 5 e2*, así como de ayuda y/o resolución de problemas de circuitos administrativos. El paciente, a través del SAPU, formula la reclamación oral o escrita, iniciándose los trámites para su resolución. Todas las quejas y reclamaciones son respondidas en un plazo máximo de 30 días. Si no es posible dar solución al problema en el propio centro, el SAPU se encarga de la gestión y tramitación en otro centro.

Todas las quejas y reclamaciones son registradas y gestionadas a través de una aplicación informática que permite el seguimiento de trámites e indicadores del proceso y que está disponible en red. El ED revisa semanalmente los informes de quejas y reclamaciones para dar soluciones individuales a los/as usuarios/as o familiares de los mismos que han planteado dichas quejas.

Como consecuencia de la revisión de las sugerencias, y reclamaciones, se han introducido mejoras como en 2005 la instalación de un ascensor en las tres plantas del parking; en 2007, ante las quejas recibidas del servicio telefónico, se modificó el sistema de derivación de llamadas de la centralita y se reforzó con nuevas líneas la gestión de citas. En 2008 se modificaron las agendas de Ginecología y se ampliaron las de Oftalmología y en 2009 se ha habilitado un cuarto baño para personas con movilidad reducida en el hall del Hospital.

Servicio de Asistencia Social. Está integrado en la UGS, y es el Servicio encargado de detectar, proponer o aportar soluciones a los problemas sociales de los pacientes y que pueden influir en su proceso patológico, en la continuidad de cuidados o en la incorporación a su entorno habitual. Recoge la necesidad directamente del propio usuario/a o sus familiares, o a través del médico y enfermera que están cercanos a ellos durante su estancia en el HGU, e inicia los trámites para su resolución en coordinación con los Servicios Sociales de las distintas Instituciones Públicas.

La revisión de la efectividad se lleva a cabo semanalmente. El responsable del Servicio y el de la UGS se reúnen con el objeto de informar de las mejoras e innovaciones asistenciales que se van a implantar, análisis de casos pendientes y revisión del funcionamiento de los servicios en relación a los problemas sociales de los pacientes. Por ejemplo la coordinación con los Centros sociales de Diputación, el paciente socio-sanitario, búsqueda de centros de atención para seropositivos, contactos con servicios consulares para pacientes extranjeros, etc. Fruto de la auditoría externa en 2008 se ha establecido como canal de solicitud de intervención la petición informatizada de interconsulta.

Fig. 5 e2. Mejoras fruto de la colaboración con clientes

FI/FA	PROCESO	AÑO	MEJORA INTRODUCIDA	BENEFICIO
Quejas y reclamaciones	HGU	2005	Ascensor en parking	Accesibilidad
	CEX	2006	Ampliación de Consultas en el Valle de Ayala	Ampliación de Cobertura asistencial
	CEX	2007	Gestor de colas en Admisión de CEX	Mejora del tiempo de espera
	HGU	2008	Coordinación con el Ayuntamiento/DFB en la mejora de la accesibilidad al centro	Accesibilidad vial
	HGU	2009	Ampliación parking	Accesibilidad
HGU	Baño asistido en hall		Accesibilidad	
ASOCIACIÓN	SERVICIO	MEJORA INTRODUCIDA		BENEFICIO
AVET	Hematología	Descentralización a Atención Primaria de Terapia Anticoagulante Oral		Accesibilidad
ALCER	Nefrología	Incorporación de Unidad de Hemodiálisis al proyecto de Gernikaldea		Ampliación de la Cobertura
LEVAR	M. Interna	Mejora de la accesibilidad en las consultas del ambulatorio de Basauri y de Durango		Accesibilidad
ACABE/AVIFES	Psiquiatría	Gestión compartida del H. de día de Gernika Libro divulgativo sobre la anorexia		Coordinación y Educación en salud
Asoc. VIH	Infecciosas	Sesiones informativas y línea directa con las asociaciones		Educación en salud
AECC	Ginecología	Participación de los líderes en seminarios organizados por la AECC		Educación en salud
Enf. Inflamatoria ACCU	Digestivo	Realización de consultas de 2ª opinión		Accesibilidad
Asoc. Diabéticos	Endocrinología	Participación en las colonias para jóvenes diabéticos. Cursos de educación para diabéticos		Educación en salud
Asoc. Donantes de sangre	Hematología	Mejoras en el confort; televisión en la sala de extracción		Confort
Asoc. Laringectomizados/ Psicolan	ORL	Colaboración en su rehabilitación y reintegración social. Formación de logofoniatras		Efectividad tratamiento
Testigos de Jehová	Anestesiología	Protocolo de cirugía sin sangre		Bioética
Asoc. Mujeres Mastectomizadas	Ginecología	Sesiones informativas		Educación en salud
AEHP	Neumología	Taller de Psicología de paciente de Hipertensión Pulmonar		Educación en salud
Asoc. Fibromialgia Amurrio	Rehabilitación / Unidad del dolor / Psiquiatría	Protocolo de tratamiento integral		Efectividad tratamiento

Comité de Ética Asistencial. Los beneficios del rápido progreso tecnológico y los cambios sociales pueden tener como contrapunto la génesis de conflictos éticos. El HGU cuenta con un Comité, que se reúne mensualmente, acreditado desde el año 1998, y la mayoría de sus componentes son magíster o expertos en Bioética. Tanto los profesionales como los pacientes y/o familiares pueden dirigirse al mismo, para solicitar asesoramiento.

Desde el año 2003, el Comité ha planificado diferentes sesiones informativo-formativas para todas las personas de la organización en las que se tratan temas como: el Encarnizamiento terapéutico o la Ley de Autonomía del Paciente. En 2008 se estableció una alianza con el Comité de Ética de Atención Primaria de la Comarca Interior con los objetivos de: realizar protocolos de actuación, participación en grupos de trabajo, así como elaborar un plan general y común de formación que abarque los intereses de ambos CEAS. Así en este año se han realizado sesiones de cine-forum y monográficas como por ejemplo la objeción de conciencia y se ha elaborado la “Guía de actuación del personal del HGU/AP ante la petición de Certificado de Virginidad”.

Establecer alianzas con los clientes que añadan valor a la cadena logística

La evolución social y cultural en nuestro medio ha originado una participación cada vez más activa de nuestros pacientes en la toma de decisiones a lo largo de todo el proceso asistencial. Adicionalmente, es necesario contemplar de un modo más individual las necesidades de los clientes ya que las personas pueden tener distintas percepciones de una misma realidad o patologías distintas pueden presentar o percibir necesidades diferentes, por lo que los líderes del HGU mantienen reuniones periódicas con diversas asociaciones de afectados.

Fruto de esta colaboración se han ido introduciendo mejoras como las que recoge la Fig. 5 e2. La revisión de la efectividad se realiza a través de los resultados obtenidos en las encuestas de satisfacción y del seguimiento de los indicadores de procesos.

Resultados en los Clientes



Galdakao
Usansolo
Ospitalea · Hospital



La Misión, Visión y Valores del HGU recogen que la orientación principal del Hospital es satisfacer las necesidades y expectativas de los clientes. Recogemos de manera sistemática la información procedente de los clientes para la elaboración de la estrategia, *Crit. 2a*, y los procesos se diseñan y gestionan de forma que satisfagan estas necesidades y mejoren de forma continua, *Crit. 5 y 1b*.

La medida de la percepción directa de los/as usuarios/as se realiza a través de las encuestas de satisfacción, *Crit. 5e*. Estas encuestas se vienen realizando con periodicidad anual desde el año 1994 y se encuentran segmentadas por servicios, de tal manera que los resultados obtenidos nos permiten profundizar en la búsqueda de soluciones específicas.

Además, desde 2009 se utiliza la figura del “Mystery shopper”, *Crit. 5e*, para la percepción directa. La calificación cualitativa obtenida ha sido excelente. Asimismo, constituimos grupos focales de pacientes que nos aportan información para la definición de nuestras estrategias e identificación de mejoras, si bien los resultados obtenidos son cualitativos y no cuantitativos.

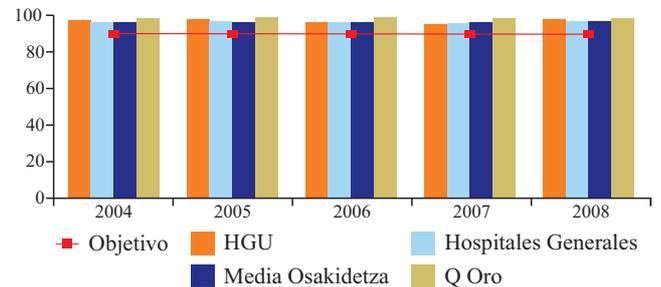
Ámbito de aplicación: El Hospital despliega las encuestas para los siguientes ámbitos asistenciales: Hospitalización, Urgencias y Consultas Externas, con periodicidad anual desde 1994, y a partir de 2004 se alterna CCEE intrahospitalarias con CCEE extrahospitalarias, Cirugía Mayor Ambulatoria, bienalmente desde 2001, Hospitalización a Domicilio, bienalmente desde 2002 y Hospitalización Psiquiátrica, con periodicidad bienal desde 2003. Estos siete ámbitos asistenciales representan el 100% de la actividad sanitaria del HGU. La encuesta consta de 40 preguntas clasificadas en siete aspectos.

Determinación de objetivos: Desde la primera encuesta de satisfacción realizada, los/as usuarios/as han valorado de forma muy satisfactoria los servicios que reciben del HGU. La obtención de resultados por encima del 90% de personas que se manifiestan satisfechas o muy satisfechas, ha llevado al ED a establecer como objetivo no estar por debajo de dicho nivel de excelencia. En los análisis que se realizan de los resultados, se ha considerado que la variación de unas décimas, no supone cambios de percepción significativos de los/as usuarios/as. De este modo, el objetivo es mantener índices de satisfacción superiores al 90%, lo que nos sitúa dentro de los niveles de la media de los hospitales generales de Osakidetza. No obstante, en cada ciclo estratégico y de elaboración del Plan de Gestión Anual se revisan para asegurarnos que estamos dentro de los límites marcados.

Comparaciones: Osakidetza es una organización reconocida en el Estado por su calidad en la provisión de servicios sanitarios. Realizamos varios tipos de comparaciones. De una parte, nos comparamos con la media de la Red de Hospitales de Osakidetza, de otra con los hospitales generales, dado que presentan unos niveles de actividad, prestación de servicios y dimensiones similares a las del HGU. Igualmente nos comparamos con las organizaciones sanitarias hospitalarias que han sido reconocidas con Q Oro, si bien en estos casos cuentan con una estructura más pequeña y una menor cartera de servicios. No se presentan comparaciones con los hospitales de Oligoposonio dado que los ítems de su medición no son com-

parables con los nuestros. En la actualidad estamos impulsando desde el HGU la uniformidad de encuestas en el seno del grupo.

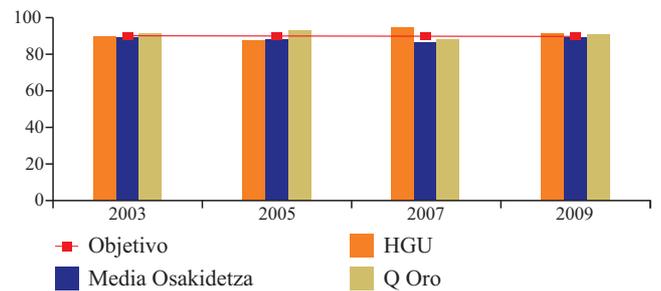
Fig. 6 a1. Satisfacción Global Hospitalización



Satisfacción Global con la atención recibida en la Hospitalización

Este indicador mide la satisfacción de los/as usuarios/as durante el proceso de hospitalización. El año 2008 se ha apreciado una sensible mejora como consecuencia directa de las mejoras implantadas en el PR Hospitalización, *Crit. 5d*. Presenta unos niveles de satisfacción cercanos al 100%, alcanzándose los objetivos y con comparaciones favorables.

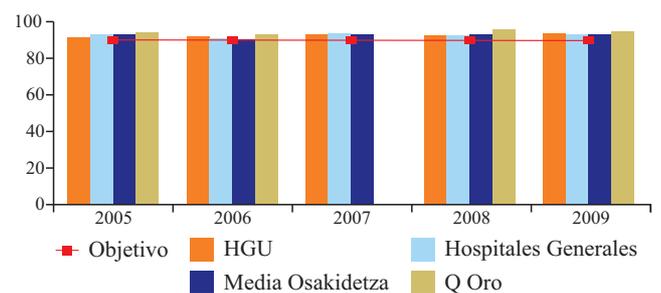
Fig. 6 a2. Satisfacción Global Psiquiatría



Satisfacción Global con la atención recibida en Psiquiatría

Este indicador mide la satisfacción de los/as usuarios/as con la atención recibida en la hospitalización psiquiátrica. Los resultados obtenidos, alcanzan el objetivo marcado, superando en la comparación a la Q Oro y son fruto de las mejoras implantadas en el Servicio de Psiquiatría, que le permitieron alcanzar a nivel nacional el premio “Best in Class” 2008 a la atención hospitalaria del paciente psiquiátrico.

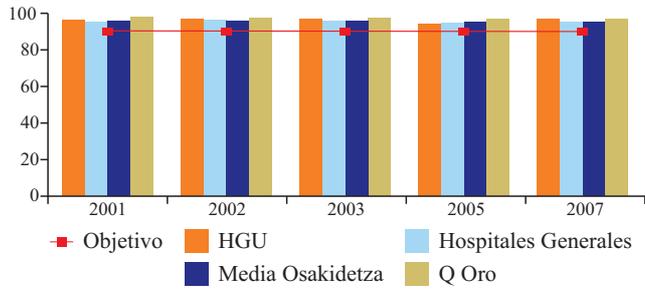
Fig. 6 a3. Satisfacción Global Urgencias



Satisfacción Global en Urgencias

Mide la satisfacción de los/as usuarios/as con la atención recibida en Urgencias. Presenta tendencia sostenida y se alcanzan los objetivos. Es consecuencia de la capacitación de las personas, **Crit. 3b**, de la adecuación de las instalaciones y tecnología, así como de acciones encaminadas a la mejora de la información al paciente, como es la colocación de paneles informativos para familiares **Crit. 4**.

Fig. 6 a4. Satisfacción Global Consultas Externas



Satisfacción Global Consultas Externas

El indicador mide la satisfacción con el servicio de consultas externas, alcanzando unos resultados difícilmente mejorables, consiguiendo los objetivos y ligeramente por encima del resto de hospitales de la Red, alcanzando los Q Oro. A ello ha contribuido la gestión de citas, el recordatorio por SMS, la disminución de demoras, etc.

Fig. 6 a5. Satisfacción Hospitalización a Domicilio

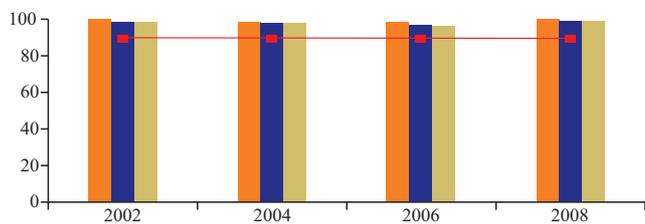
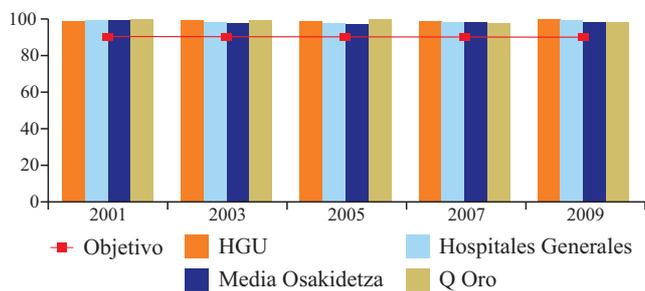


Fig. 6 a6. Satisfacción Cirugía Ambulatoria

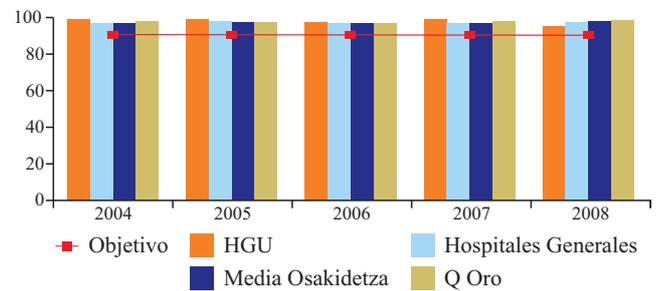


Satisfacción Hospitalización a Domicilio y CMA

Las Fig. 6 a4 y 6 a5 muestran el grado de satisfacción con la hospitalización a domicilio y la cirugía ambulatoria. Los resultados obtenidos son consecuencia directa del importante impulso que se ha dado en los últimos años a las alternativas a la hospitalización, lo que nos ha permitido realizar una utilización más eficiente de los recursos y suponen un valor añadido para el paciente por permitirle reintegrarse en su entorno habitual con antelación a los sistemas de hospitalización clásicos, **Crit. 5d**. Los resultados son favorables en todas las comparaciones. Las organizaciones Q Oro no disponen de Hospitalización a Domicilio, por lo que no se presentan comparaciones.

sicos, **Crit. 5d**. Los resultados son favorables en todas las comparaciones. Las organizaciones Q Oro no disponen de Hospitalización a Domicilio, por lo que no se presentan comparaciones.

Fig. 6 a7. Fidelización



Fidelización

Este indicador mide de forma directa el grado de fidelización de nuestros/as usuarios/as, llegándose prácticamente al 100% de pacientes que volvería a nuestro Hospital en caso de necesidad. Se superan los objetivos y las comparaciones resultan similares al resto de Hospitales. Es consecuencia directa de la orientación al cliente por parte del HGU.

Fig. 6 a8. Profesionalidad Hospitalización/Urgencias

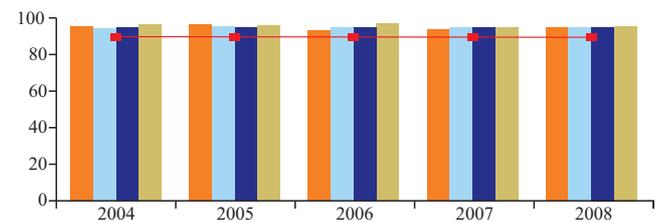
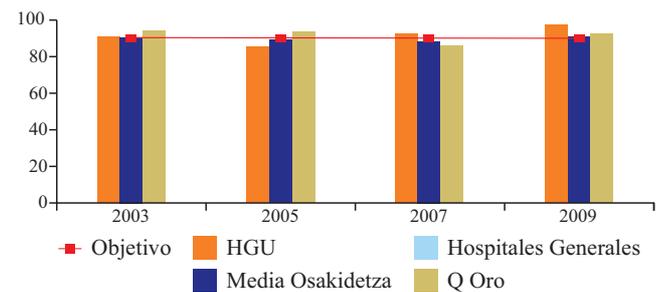


Fig. 6 a9. Profesionalidad del personal de Psiquiatría



Profesionalidad

Este indicador refleja el esfuerzo que realiza el HGU en la formación e implicación de las personas, **Crit. 3** y en la innovación de tecnología sanitaria, **Crit. 4d**. En las áreas de Hospitalización y Urgencias se obtienen unos excelentes resultados, mantenidos en el tiempo y se alcanzan los objetivos marcados. Los datos de Psiquiatría, donde se superan claramente la media de Osakidetza y los resultados de la Q Oro muestran el esfuerzo realizado en esta área que le han supuesto el reconocimiento "Best in Class", con acciones como la revisión de protocolos médicos y de enfermería.

Fig. 6 a10. Satisfacción con el tratamiento del dolor

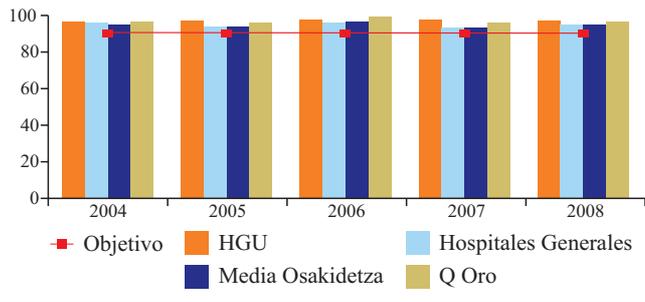
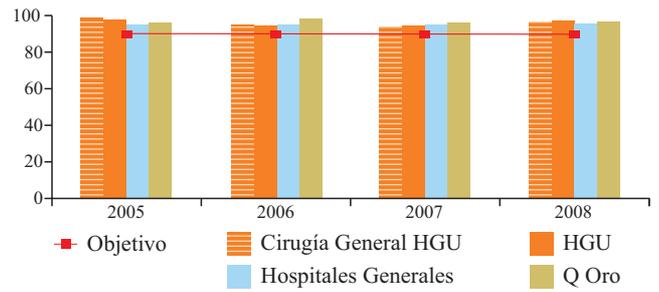


Fig. 6 a14. Satisfacción con el trato Hospitalización - Cirugía General



Satisfacción con el tratamiento del dolor

Este es un indicador importante de satisfacción con la asistencia recibida. Fruto del análisis de los resultados obtenidos, en 2003 se implantó un protocolo de actuación ante el dolor que ha dado lugar a una mejora notoria de los resultados de las encuestas posteriores. El año 2008 se creó una Unidad de Seguimiento del Dolor Agudo lo cual ha propiciado que se alcancen los objetivos marcados, se supere claramente la media de los hospitales de la Red y se obtengan similares resultados que las Q Oro a pesar de la menor complejidad de estas organizaciones.

Fig. 6 a15. Satisfacción con el trato Consultas Externas

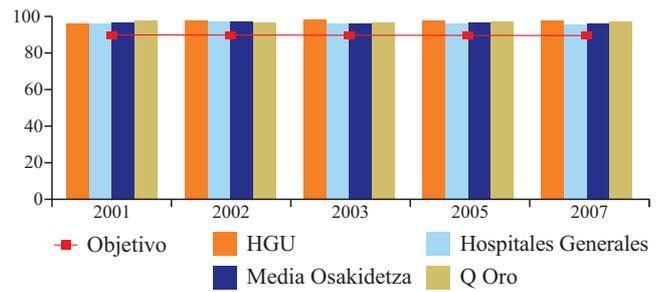
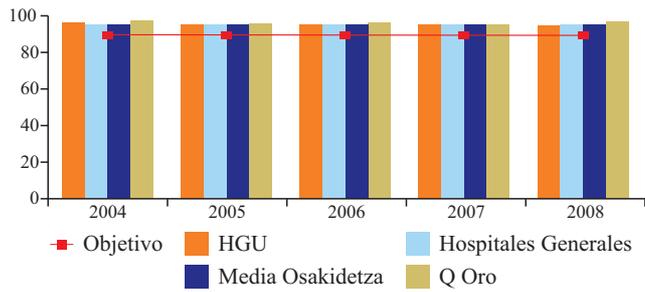


Fig. 6 a11. Satisfacción con el trato Hospitalización y Urgencias



Satisfacción con el trato

Las Fig. 6 a11 a 6 a15, muestran la satisfacción de los/as usuarios/as con el trato recibido en los distintos servicios. La amabilidad en el trato es uno de los aspectos más valorados de la atención sanitaria por parte de nuestros pacientes y está recogido como uno de los atributos del FCE “Servicio excelente a los/as usuarios/as”. Los resultados obtenidos son buenos, sostenidos en el tiempo, superándose los objetivos y con comparaciones en línea con el resto de hospitales. Es consecuencia directa de la formación impartida en atención al cliente al personal del Hospital. Los resultados de percepción coinciden plenamente con los obtenidos en el “Mystery shopper”, Crit. 5e.

Fig. 6 a12. Satisfacción con el trato Psiquiatría

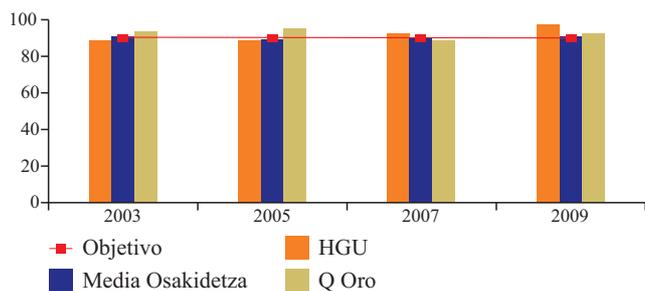


Fig. 6 a16. Satisfacción con la información Hospitalización y Urgencias

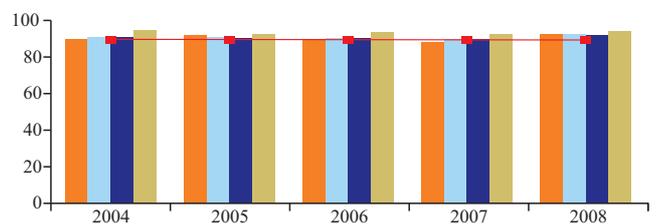


Fig. 6 a13. Satisfacción con el trato Hospitalización - Servicio Neumología

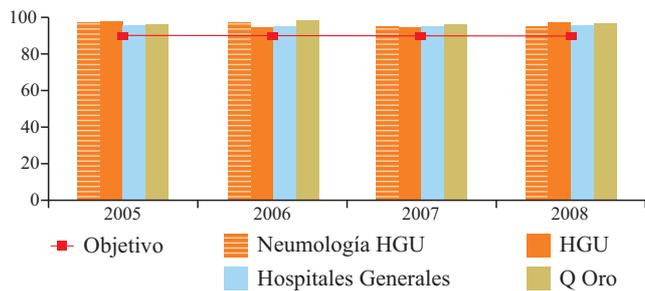


Fig. 6 a17. Satisfacción con la información en Psiquiatría

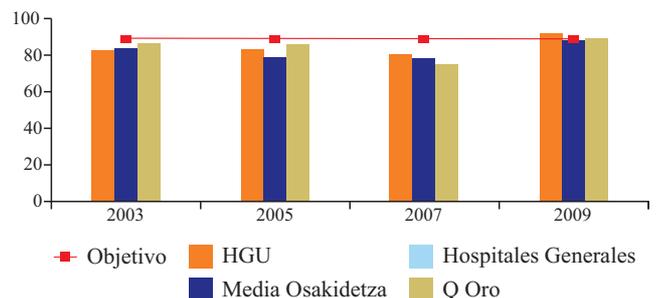
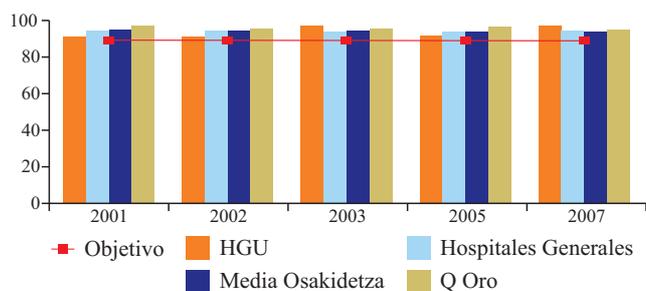


Fig. 6 a18. Satisfacción con la información Consultas Externas



Satisfacción con la información

Mide la satisfacción con la información facilitada por el personal médico a los/as usuarios/as. Los resultados alcanzados en este aspecto por el HGU se mueven en unos índices muy similares al del resto de Hospitales de Osakidetza en el área de Hospitalización y Urgencias, alcanzándose el objetivo marcado. En Consultas Externas las comparaciones son mejores que la competencia superándose las Q Oro. En el caso de Psiquiatría, la tendencia es positiva y las comparaciones son favorables superándose a la Q Oro, consecuencia de acciones como la implantación de grupos psicoeducativos, la revisión de la acogida o la evaluación de la calidad de los informes de alta. La mejoría registrada en los últimos años es fruto de la introducción de mejoras como son la generalización del uso de consentimientos informados específicos para los procesos a tratar, o el esfuerzo organizativo realizado para que el paciente se lleve el informe clínico en el momento del alta, la elaboración de manuales específicos de acogida en los servicios y el diseño de guías de información al alta, entre otras.

Fig. 6 a19. Satisfacción con las instalaciones Hospitalización

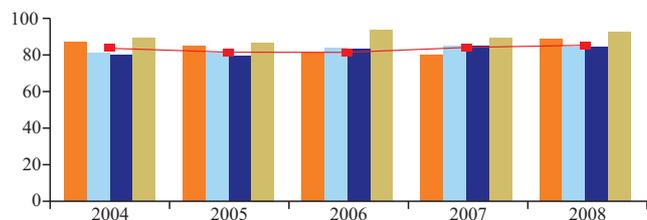
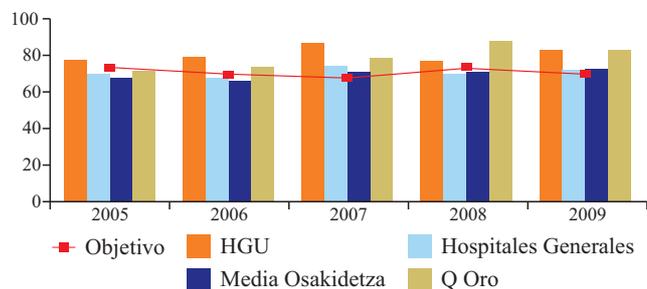


Fig. 6 a20. Satisfacción con las instalaciones Urgencias



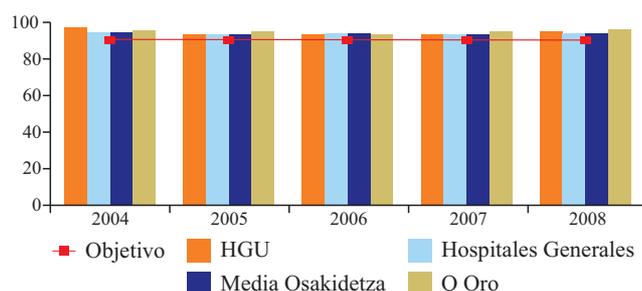
Satisfacción con las instalaciones

Mide la satisfacción con las instalaciones. La capacidad de inversión no depende del Hospital, sino de los presupuestos de Osakidetza. Por ello, en este caso, el objetivo es estar por encima de la media de los hospitales generales de la Red. Los resultados obtenidos en el indicador de comodidad de la habitación de hospitalización son consecuencia de las diferentes mejoras que se han ido introduciendo a lo largo del tiempo como reno-

vación de plantas de hospitalización, renovación del parque de camas o renovación de las butacas de acompañantes.

En lo referente al área de Urgencias los resultados alcanzan los objetivos marcados, su valoración está por encima de la media de los hospitales de Osakidetza y es la mejor de su grupo de hospitales. La tendencia positiva a lo largo del tiempo, es consecuencia directa de las inversiones realizadas para mejorar el área de Urgencias. El pequeño descenso sufrido el año 2008 es fruto, probablemente, del desgaste que tienen unas instalaciones con un uso tan intensivo, la subida en el 2009 es fruto de la implantación de mejoras como los nuevos sillones para la zona del triaje, o la mejora de la señalización interna.

Fig. 6 a21. Satisfacción con la limpieza



Satisfacción con la limpieza

El esfuerzo que realiza el HGU en mantener y conservar el centro, **Crit. 4c**, tiene su reflejo en los resultados de la valoración positiva de la limpieza de las instalaciones, que superan todos los años el objetivo marcado y que están por encima o igual valoradas que la media de los hospitales de Osakidetza.

6B INDICADORES DE RENDIMIENTO

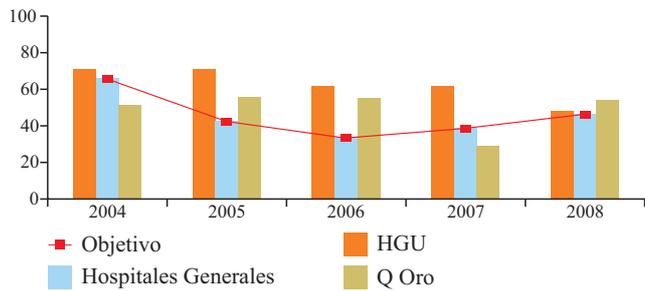
Dada la actividad asistencial que se desarrolla en el HGU, muchos de los indicadores que nos permiten anticipar la satisfacción de los/as pacientes y usuarios/as de forma indirecta constituyen a su vez indicadores de rendimiento y eficacia directamente relacionados con la consecución de los objetivos estratégicos, por lo que se presentan en el **Crit. 9**.

Objetivos: Los objetivos de los diferentes indicadores se establecen tomando en consideración la media de los resultados obtenidos por los hospitales generales de Osakidetza. Dado que los indicadores miden ratios que permiten anticipar la satisfacción de los pacientes y usuarios, dependiendo directamente de la eficacia y eficiencia de nuestra gestión, consideramos que este criterio, que se revisa anualmente, es el más apropiado para fijar el objetivo. En aquellos indicadores incluidos en el Plan de Calidad de Osakidetza se toma por objetivo el marcado en el Plan. En algunos indicadores dado los buenos resultados obtenidos por el HGU, muy por encima de la media de los hospitales generales, se ha puesto un objetivo más ambicioso relacionándolo con los resultados obtenidos con anterioridad.

Comparaciones: Se realizan con la media de los Hospitales generales de Osakidetza, dado que su cartera de servicios y dimensiones son similares a las del HGU y con los hospitales Q Oro.

En aquellos casos donde se han realizado estudios puntuales de situación, nos comparamos con la media de hospitales de Oligopsonio.

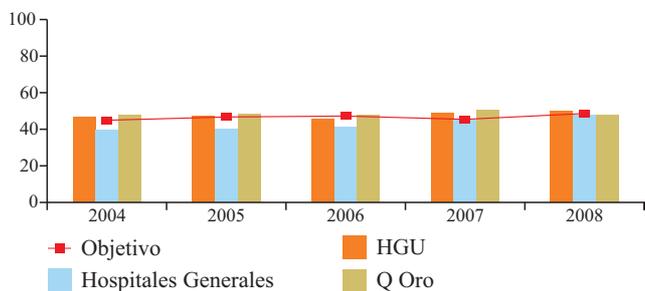
Fig. 6 b1. % reclamaciones en las que se detecta área de mejora



Reclamaciones

Las reclamaciones de los clientes constituyen una valiosa fuente de información para detectar áreas de mejora en nuestra organización o expectativas de los pacientes y familiares. En la Fig. 6 b1 se refleja el % de reclamaciones en las que se detectan áreas de mejora. El resto de reclamaciones presentadas dan lugar a informaciones o correcciones puntuales. Los resultados obtenidos son satisfactorios, superando los objetivos marcados por Osakidetza y superando los resultados obtenidos por los Hospitales Generales y Q Oro. Es consecuencia directa de la gestión del SAPU, Crit. 5e, y la mejora de procesos, Crit. 5b.

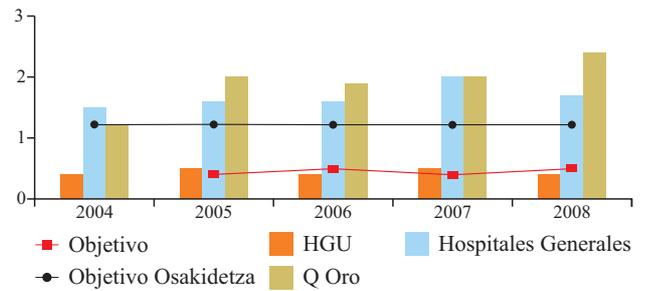
Fig. 6 b2. % Cirugía Mayor Ambulatoria



Cirugía Mayor Ambulatoria

Este indicador muestra el % de intervenciones quirúrgicas ambulatorias practicadas sobre el total de intervenciones realizadas en el HGU. Esta modalidad quirúrgica permite que el paciente, después de la operación, regrese a su domicilio el mismo día, lo que incide en su satisfacción. Presenta una tendencia sostenida a lo largo del tiempo y registra los mejores resultados de la Red de Hospitales Generales de Osakidetza. Dado que obtenemos mejores resultados que la competencia, en este caso el objetivo marcado es superar los resultados del año anterior. Pese a que estamos limitados por la capacidad de nuestra infraestructura, hemos puesto en marcha diversas acciones de mejora que nos van a permitir incrementar de manera sustancial estos % los próximos años: ampliación del Hospital de Día quirúrgico en el HGU e inclusión en el Centro de Alta Resolución Gernikaldea de 2 quirófanos de CMA y un Hospital de Día quirúrgico.

Fig. 6 b3. % Pacientes con úlceras post-ingreso



Úlceras post-ingreso

El indicador mide el % de pacientes ulcerados tras su hospitalización. Cuanto menor es el valor del indicador mejor es el resultado. Presenta unas tendencias sostenidas muy por debajo del objetivo general marcado por Osakidetza, por lo cual el HGU ha marcado en este indicador su propio objetivo que es mejorar o alcanzar los resultados obtenidos el año anterior. Las comparaciones son muy favorables al HGU tanto en lo referente a Osakidetza como a organizaciones Q Oro. Es un indicador de gran importancia por el impacto que tiene en los pacientes y debe ser evaluado diariamente para tomar las medidas preventivas necesarias.

Procesos singularizados

Se denominan así aquellas patologías o procedimientos quirúrgicos, incluidos dentro del Contrato Programa que se firma con la DTB del Departamento de Sanidad, que presentan una elevada frecuencia y alto impacto en la salud de la población. Estos procesos, identificados como singularizados, se monitorizan anualmente a través de una serie de indicadores pactados en el CP. Estos procesos son: Neumonía, Accidente Cerebro Vascular, Infarto Agudo de Miocardio, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, Prótesis de Cadera y de Rodilla.

Fig. 6 b4. Estancia media ECVA

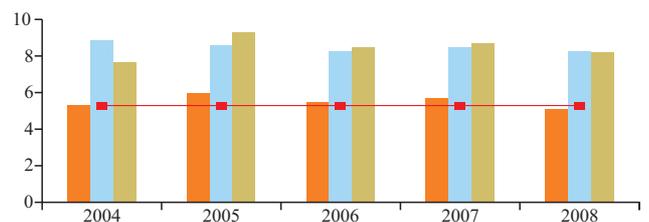


Fig. 6 b5. Estancia media Neumonía

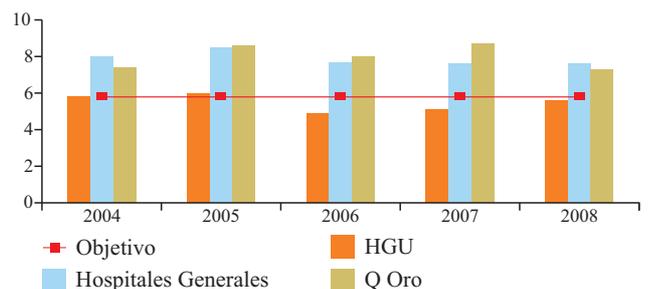


Fig. 6 b6. Estancia media Infarto Agudo Miocardio

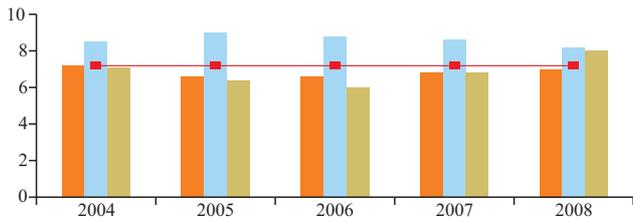


Fig. 6 b7. Estancia media Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica

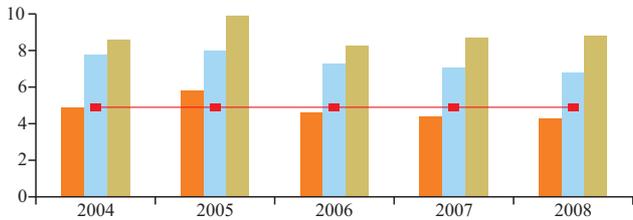


Fig. 6 b8. Estancia media Prótesis Rodilla

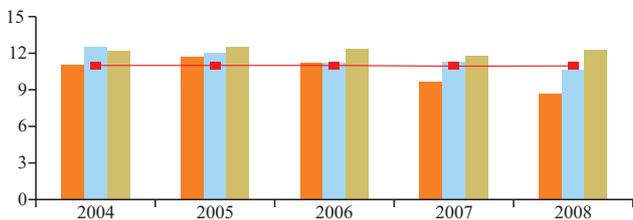


Fig. 6 b9. Estancia media Prótesis Cadera

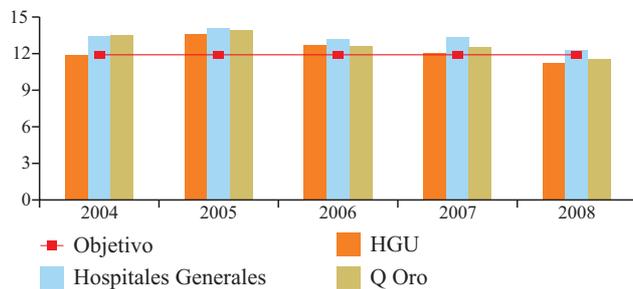


Fig. 6 b10. Mortalidad ECVA

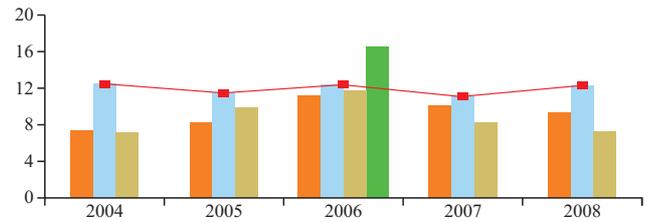


Fig. 6 b11. Mortalidad Neumonía

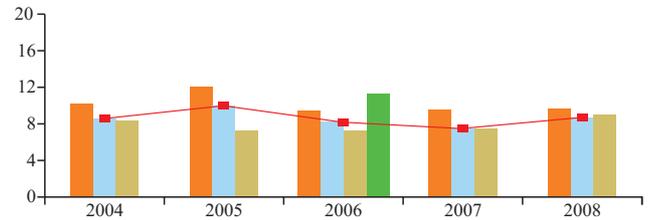


Fig. 6 b12. Mortalidad IAM

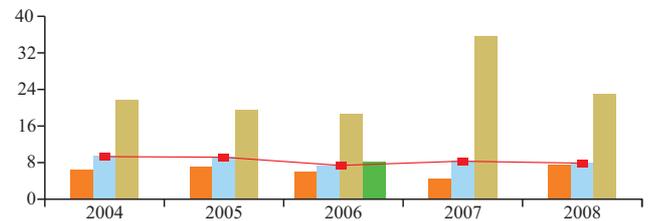
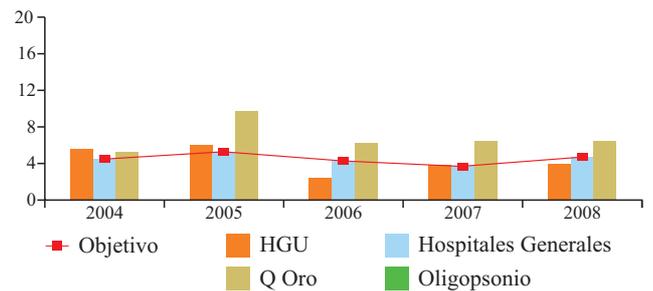


Fig. 6 b13. Mortalidad EPOC



Mortalidad Procesos Singularizados

Este indicador mide el % de pacientes fallecidos por ese proceso asistencial durante su ingreso en el Hospital. Cuanto menor es el resultado mejor es el indicador. No se han tomado en consideración los datos de los pacientes intervenidos por prótesis de rodilla o cadera por tener un número de fallecimientos no significativo. Los resultados obtenidos, en general, son buenos, sostenidos en el tiempo, se alcanzan los objetivos marcados y las comparaciones son favorables tanto con los hospitales generales como con las Q Oro.

Estancia media Procesos Singularizados

Se ha elegido este indicador entre todos por ser el más utilizado y reflejar mejor la calidad asistencial y la eficiencia en la gestión del proceso. Indica los días de promedio que ha estado ingresado el paciente en el Hospital, cuanto menor es el indicador mejor es el resultado. Los resultados obtenidos son excelentes, con tendencias positivas, consiguiéndose en todos ellos los objetivos marcados. En el caso de la EPOC e IAM dada la gran diferencia existente entre el HGU y la media de hospitales generales, objetivo marcado, se ha puesto un objetivo específico, más ambiciosos, que es no superar la EM alcanzada en la primera medición. Las comparaciones son favorables en todos los casos, tanto con los hospitales generales como con las Q Oro.

Resultados en las Personas



**Galdakao
Usansolo**
Ospitalea · Hospital

Para lograr la M y V del Hospital, resulta fundamental contar con la satisfacción de las personas y su implicación en el proyecto del Centro. El PE del HGU contempla la satisfacción de las personas como un objetivo estratégico y para conseguirlo identificamos los intereses y necesidades de las mismas utilizando diferentes medidas de percepción y de información derivada de otros indicadores indirectos, adaptando la estrategia e incorporando en nuestros PG anuales las actuaciones que respondan a ellas.

7A MEDIDAS DE PERCEPCIÓN

Tal y como se recoge en el *Crit. 3a*, el HGU viene midiendo la satisfacción de las personas a través de encuestas desde el año 1998. Esta encuesta y la del año siguiente, medían el grado de satisfacción con dos únicas opciones de respuesta: sí o no. A partir del año 2000 se modificó la encuesta y la escala de valoración que pasó a ser de 1 a 5. Por ello, no se presentan resultados obtenidos en estas mediciones. Posteriormente, a partir de 2003 se utilizó la encuesta diseñada por Osakidetza, lo que permite comparar los resultados con otros centros de la Red. Por ello, la encuesta prevista para 2002 se aplazó un año. Por otra parte, la realización de una huelga de personal a nivel de todos los hospitales en 2005 propició que la consulta de dicho año se aplazase a 2006 para evitar una distorsión de los resultados.

Ámbito de aplicación: La encuesta consta de 13 dimensiones, un ítem que mide el grado de satisfacción general y un apartado de priorización de los aspectos que influyen en la satisfacción. Además, está segmentada en función de varias variables: categoría profesional, área de actividad, responsabilidad, relación contractual, antigüedad, sexo y régimen de trabajo, lo que permite una mejor identificación de las áreas de mejora y por tanto de las acciones a implantar. Así, en 2009 se han creado grupos focales de algunas categorías profesionales con el fin de trabajar mejor dichas áreas de mejora, *Crit. 3c*.

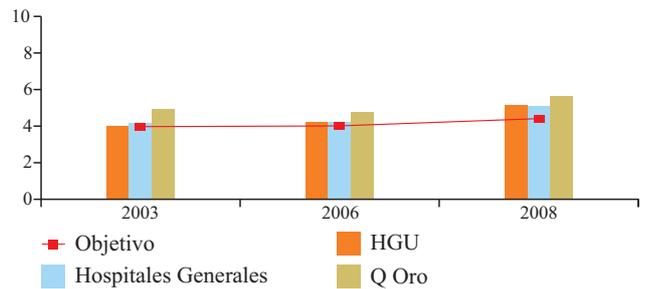
El índice de participación en la encuesta del 2006 se situó en el 36 %, frente al 24,5 % del resto de los hospitales. La última encuesta ha tenido lugar en 2008 en la que se ha utilizado una nueva metodología, al igual que en el resto de Centros de la Red, por la que la encuesta se aplica a una muestra representativa de la cual se ha obtenido el 95,6% de participación, se ha pasado de una escala 1 a 5 a otra 0 a 10 y se han incorporado preguntas propias del HGU, relativas a la comunicación y al impulso de la innovación y mejora continua, *Crit. 3a, 3c y 3d*.

Dado el número de indicadores que ello genera, y las limitaciones de espacio de la Memoria, se presentan sólo resultados globales. No obstante, a lo largo de la memoria se muestran resultados de diferentes ítems de los que se componen las dimensiones de la ESP y otros sistemas de medición utilizados por el HGU, respecto de las Personas.

Objetivos: En una primera etapa, el objetivo se identificaba con mantener y/o mejorar los resultados de la medición anterior. A partir de la encuesta de 2006, se matiza pretendiendo una mejora del 5% en todas las dimensiones, con la obtención de al menos el IS Global obtenido en la medición anterior. Estos objetivos se revisan sistemáticamente como paso previo a la realización de las encuestas.

Comparaciones: Dada nuestra pertenencia a la Red de Osakidetza, y la utilización de una encuesta común, nos comparamos con la media de los hospitales generales de Osakidetza y con la media de los dos hospitales de agudos de la Red, con reconocimientos Q oro, a su gestión excelente. En este último caso, hay que tener en cuenta, en la interpretación de los resultados, que los dos centros son hospitales comarcales, de dimensiones mucho más pequeñas que HGU tanto en servicios como en plantilla e instalaciones. A pesar de contar con datos de hospitales de fuera del ámbito de Osakidetza, pertenecientes al grupo Oligopsonio, no se reflejan en la memoria dada la dificultad de realizar comparaciones homogéneas. No obstante, ello nos permite realizar actividades de benchmarking y, en algunos casos, trabajar mejoras de manera conjunta.

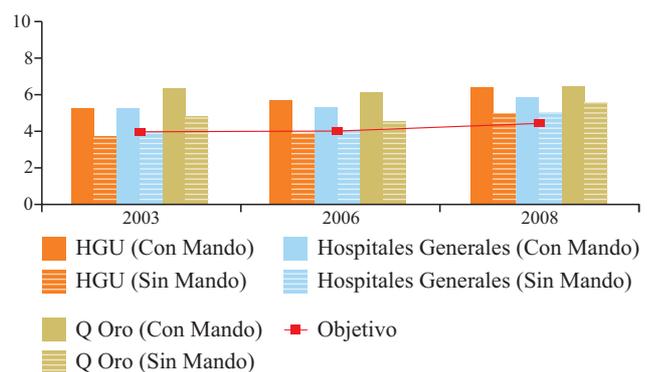
Fig. 7 a1. Satisfacción Global



Satisfacción Global

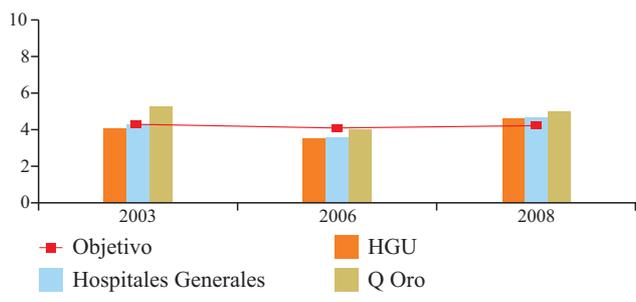
Mide la satisfacción global de los trabajadores del Centro. Presenta una tendencia positiva a lo largo del tiempo, alcanzando los objetivos e incrementándose en mayor medida que el resto de hospitales generales. Las actuaciones realizadas en todos los ámbitos del Centro en los últimos años y la potenciación de la participación de las personas en la gestión del Hospital, ha contribuido a ello.

Fig. 7 a2. Satisfacción Global. Segmentación por nivel de responsabilidad



El indicador, muestra la satisfacción global del personal con mando, frente al que no lo tiene. La mejora de los resultados es consecuencia del impulso dado al liderazgo así como a la mayor asignación de responsabilidades en el HGU.

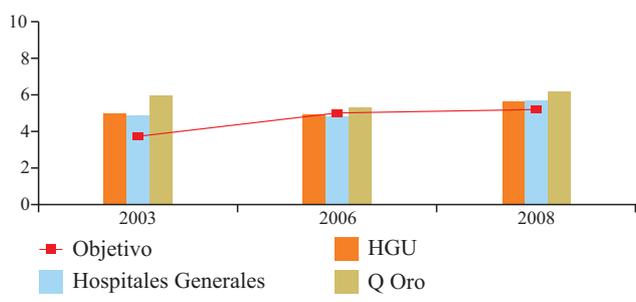
Fig. 7 a3. Seguridad y salud laboral



Seguridad y salud laboral

Mide la satisfacción con las condiciones físicas, ambientales y de seguridad del puesto de trabajo. Los planes de acciones preventivas, las actividades formativas realizadas en este área junto con las evaluaciones de riesgos laborales y acciones correctoras implantadas, han favorecido que la satisfacción con las condiciones físicas y ambientales y las de seguridad e higiene hayan mejorado situándonos de forma equivalente a la media de H. Generales. **Crit. 3e.**

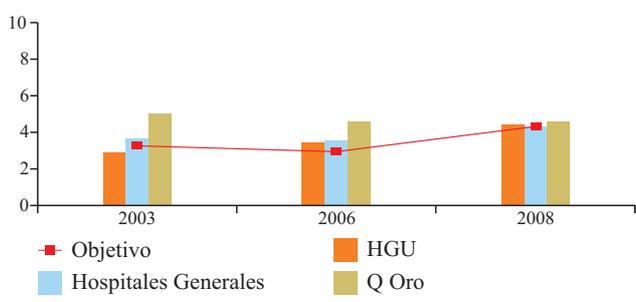
Fig. 7 a4. Condiciones de trabajo



Condiciones de trabajo

Los resultados obtenidos son consecuencia directa de las mejoras introducidas para favorecer la conciliación de la vida familiar y laboral, nuevas licencias y permisos, y otras condiciones favorables. La política del HGU de facilitar, y adecuar su aplicación a los diferentes intereses y necesidades de las personas del HGU, **Crit. 3e**, genera una importante satisfacción en ellas, superando así el objetivo marcado. (**7 b4**).

Fig. 7 a5. Formación

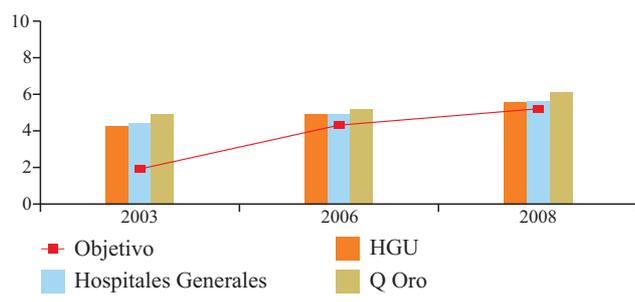


Formación

Mide la satisfacción con la formación y aprendizaje recibido. A partir de los resultados del año 2003 se incorporó la formación como elemento estratégico. La mejora de resultados obtenida es consecuencia, entre otros, de la potenciación del Plan de Formación a través de la Comisión de Formación, el incre-

mento de las acciones formativas en horario laboral, facilidades para la asistencia, dotación económica, etc. (**7 b2**).

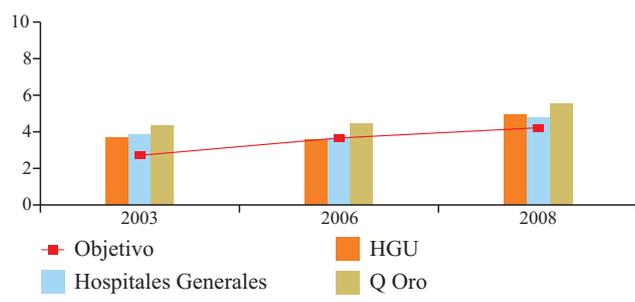
Fig. 7 a6. Identificación con el trabajo y desarrollo profesional



Desarrollo profesional

Mide la satisfacción con la tarea, aprovechamiento de capacidades, igualdad de oportunidades, y el desarrollo profesional. A ello ha contribuido la aplicación a partir de 2006 del sistema de desarrollo profesional de forma paulatina a todos los colectivos profesionales del Centro, la apuesta clara por los equipos de trabajo y mejora y el impulso de la formación. **Crit. 3a.**

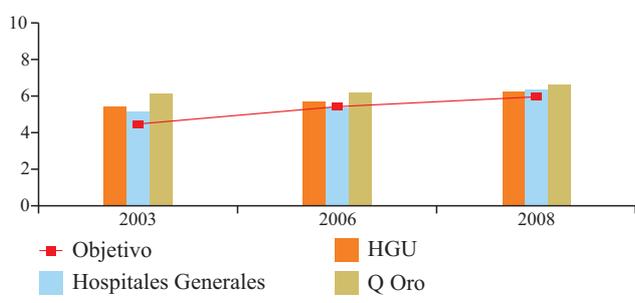
Fig. 7 a7. Reconocimiento



Reconocimiento

Aún habiendo mejorado del año 2000 al 2003, se produjo un descenso en 2006. Por ello, se puso en marcha el Plan de Reconocimiento a las Personas, **Crit. 3e**, con el que se ha logrado una mayor implicación de las mismas, líderes, Consejo Técnico y Dirección en su gestión. Los resultados obtenidos demuestran que estamos trabajando en la línea correcta. (**7 b7**).

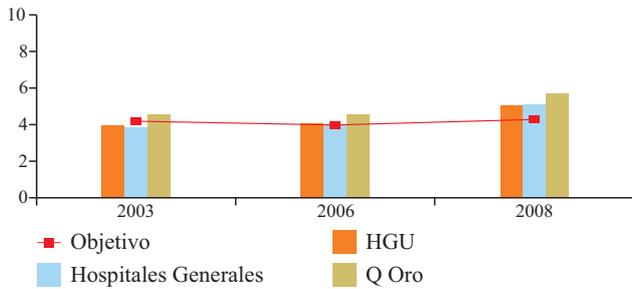
Fig. 7 a8. Relación mando-colaborador/Liderazgo



Relación mando-colaborador/Liderazgo

Mide la satisfacción con el liderazgo. La mejora continuada es consecuencia de la implicación y el acercamiento de los líderes y la formación específica recibida para la mejora del liderazgo desde el año 2005, más enfocada tras el proceso de evaluación del liderazgo en 2007. **Crit. 1 y 3.**

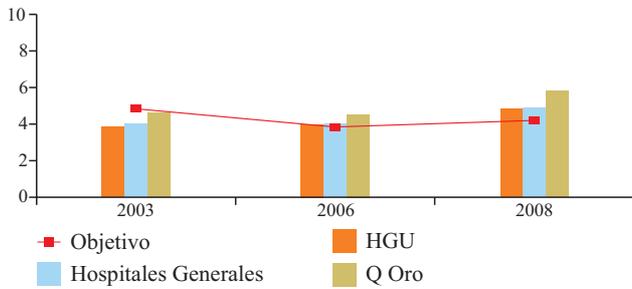
Fig. 7 a9. Participación



Participación

Mide la satisfacción con la participación en las decisiones diarias y en la mejora del Hospital y sus Unidades. La participación en grupos de trabajo y mejora, la difusión de sus logros o propuestas, junto con los cambios organizativos hacia la gestión por procesos, *Crit. 3c* y *Crit 5*, favorecen que cada vez sean más las personas que participan en la mejora continua del Centro. (7 b5).

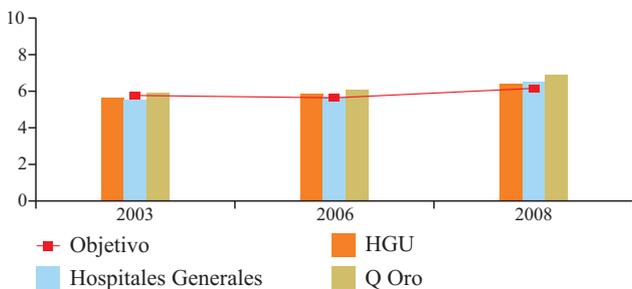
Fig. 7 a10. Organización y mejora



Organización y mejora

Se valora tanto la mejora en la Unidad como los esfuerzos del Centro para la mejora. El desarrollo de la gestión por procesos en todo el hospital, el fomento de la innovación y la aplicación de los principios de la RSC en el funcionamiento ordinario del Centro, son actuaciones que las personas de la organización han identificado positivamente como signos de buena organización y mejora del Centro.

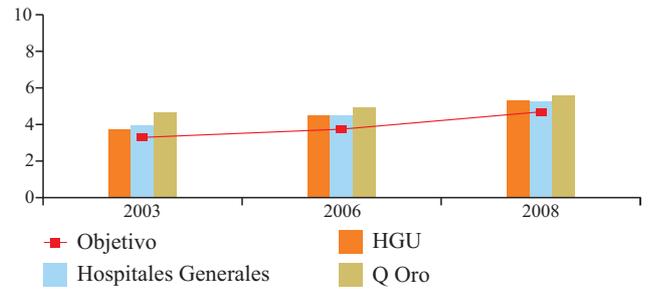
Fig. 7 a11. Clima de trabajo



Clima de trabajo

Los buenos resultados son el fruto de las relaciones entre los profesionales dentro de las Unidades y el nivel de colaboración entre ellas, siendo el aspecto mejor valorado en las encuestas a lo largo del tiempo. La integración de los procesos en macroprocesos, facilita las relaciones y colaboraciones entre los profesionales.

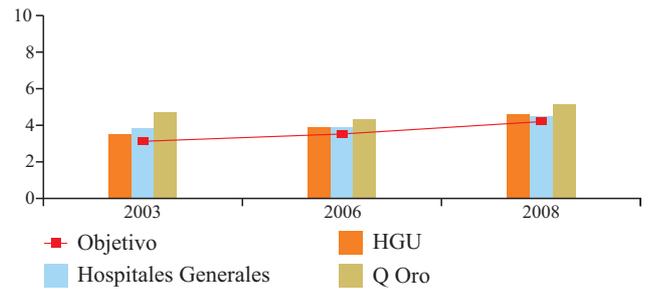
Fig. 7 a12. Comunicación



Comunicación

Mide la satisfacción con la información recibida para el eficaz desempeño del puesto, así como la utilidad de los sistemas de información. Los buenos resultados, que superan la media de los hospitales generales, son consecuencia, entre otras cosas, del desarrollo del Plan de Comunicación Interna, la existencia del Grupo de Comunicación, el funcionamiento efectivo del buzón de sugerencias con implicación directa de la Dirección en su gestión, (7 b6). La implantación del boletín quincenal en 2009, favorecerá el mantenimiento de la tendencia positiva.

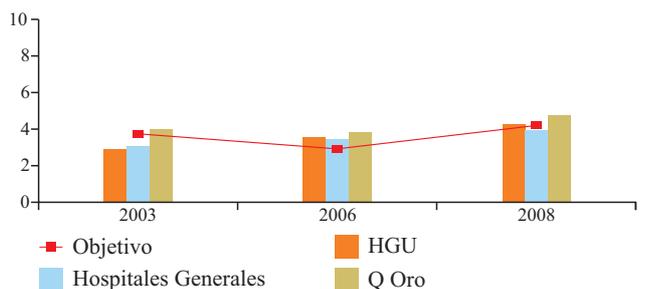
Fig. 7 a13. Conocimiento e identificación con objetivos



Conocimiento e identificación con los objetivos

Mide la satisfacción con el conocimiento y adecuación de los objetivos de la Unidad y con el conocimiento de objetivos y resultados del Centro. La implicación del ED en la divulgación del PE y PGA entre todos los líderes y resto de trabajadores del Centro, buscando la implicación de los líderes en la transmisión de la información en sus equipos de trabajo, la sistemática en la presentación de resultados, ampliando horarios y nº de reuniones, han favorecido la mejora de los resultados en esta dimensión.

Fig. 7 a14. Percepción de la Dirección



Percepción de la Dirección

Mide la satisfacción de los trabajadores con la Dirección del Centro. La tendencia positiva es el resultado de una apuesta clara por un Liderazgo compartido con la implicación del ED en proyectos de mejora del HGU, del impulso a la participación, a la mejora de la comunicación dentro del centro, **Crit. 1d** y **3d**, a la formación, al plan de reconocimiento a las personas, **Crit. 3e**, entre otras actuaciones, realizadas de forma sistemática.

7B INDICADORES DE RENDIMIENTO

El HGU utiliza una serie de medidas internas que le permiten supervisar, entender, predecir y mejorar la satisfacción de las personas y de esa forma anticipar sus percepciones y mejorar su rendimiento.

Ámbito de aplicación: El HGU cuenta con una amplia batería de indicadores relacionados con los procesos de Gestión de RRHH y Gestión de las Personas que le permiten medir de forma indirecta la satisfacción y anticipar los resultados de la ESP.

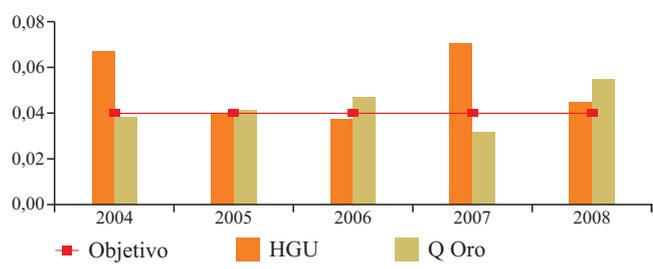
Objetivo: Los objetivos se fijan anualmente para cada proceso. Para ello, se tienen en cuenta los resultados del año anterior y en función del indicador, se pretende superar el logro alcanzado o adecuarlo a la situación del momento concreto en la Organización. Los incrementos significativos en los objetivos del ejercicio 2007 respecto al 2006 en varios ámbitos, son consecuencia de mejoras planificadas por el ED en la gestión de las personas.

Comparaciones: Presentamos comparaciones con dos hospitales de agudos Q de oro (dado el reconocimiento que poseen a su gestión) y cuando es posible, con la media de hospitales generales u Osakidetza. Conviene tener en cuenta que el nº de personas que trabajan en el HGU es casi el triple respecto a los hospitales Q Oro, por lo que los indicadores elegidos en muchos ámbitos son los promedios/profesional, al ser ésta la medida que mejor permite la comparación.

ORGANIZACIÓN, PROMOCIÓN Y DESARROLLO PROFESIONAL

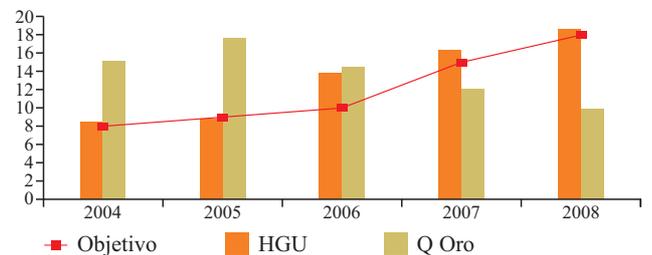
El HGU sigue una política de promoción interna que permite tanto los ascensos de nivel como los movimientos horizontales, fomentando con ello un mejor y mayor desarrollo profesional de las personas del Centro al mismo tiempo que una adecuada organización de los servicios y unidades.

Fig. 7 b1. Promedio de puestos ofertados por movilidad horizontal definitiva



La **Fig. 7 b1** refleja la oferta de puestos por movilidad horizontal definitiva producida en los últimos años. Tal y como se recoge en **Crit. 3b**, las convocatorias, que son consensuadas con la parte sindical, han pasado de ser anuales a semestrales ampliando con ello, las posibilidades de promoción y/o de desarrollo de las personas.

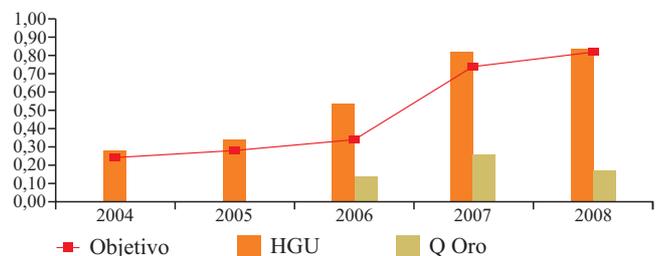
Fig. 7 b2. Promedio de horas de formación por profesional



Formación

La **Fig. 7 b2** recoge el promedio de horas de formación anual por trabajador. La evolución positiva se hace más notoria a partir de 2006, fruto de la potenciación de la formación, facilitando el acceso a la misma con cargo a la jornada laboral y acercando las actividades formativas al trabajador mediante un programa propio del Centro. **Crit. 3b**. El impulso dado a través del Programa de formación propio ha sido decisivo. Dicho programa cuenta con una dotación para el 2009 de 105.000€ y un total de 156 acciones formativas dirigidas a unos 2000 participantes. El objetivo se marca de forma anual conforme la evaluación del programa de formación anual.

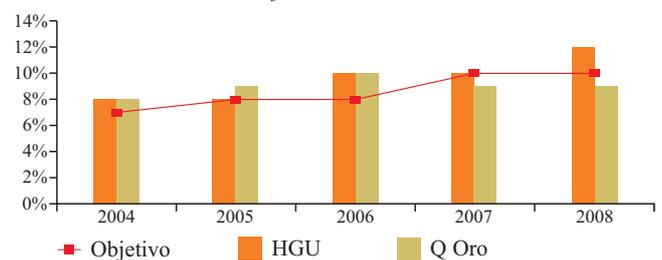
Fig. 7 b3. Promedio de evaluaciones del desempeño por profesional



Evaluación del desempeño

La **Fig. 7 b3**, recoge la evolución de la evaluación del desempeño. Contempla el promedio de profesionales evaluados a través de los procesos, del liderazgo del ED y del resto de líderes del Centro así como la evaluación del desarrollo profesional de los diferentes grupos profesionales. **Crit. 3d**.

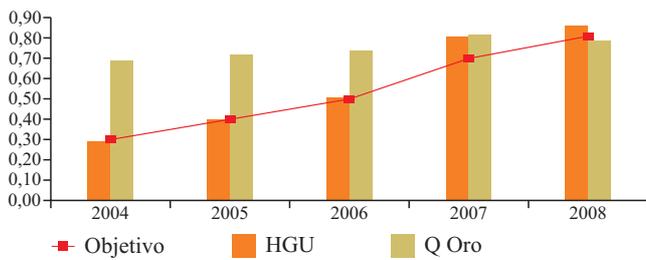
Fig. 7 b4. Porcentaje de profesionales que disfrutaron de permisos de reducción de jornada



Condiciones de trabajo

La **Fig. 7 b4** recoge el % de personas que se benefician del permiso de reducción de jornada al año. Los esfuerzos del Hospital por conciliar la vida familiar y profesional se constatan con el crecimiento del disfrute de estos permisos. El HGU realiza un esfuerzo organizativo importante para poder compaginar el disfrute de estos permisos con el mantenimiento de la calidad del servicio al usuario, aceptando la totalidad de las solicitudes presentadas, siendo ambos aspectos, objetivos del Centro.

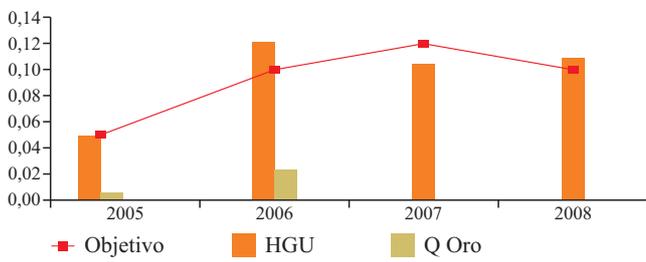
Fig. 7 b5. Promedio de equipos de mejora por profesional



Motivación, participación e implicación

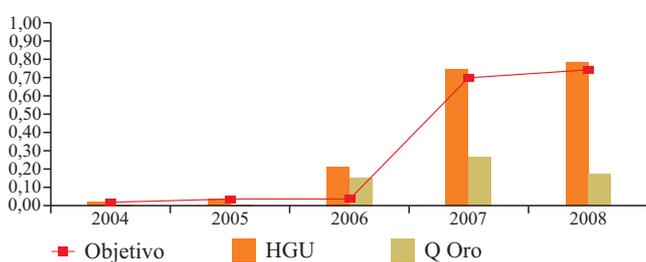
La **Fig. 7 b5**, recoge el indicador que mide la implicación en la mejora, reflejando la participación en equipos de trabajo y mejora, comisiones y comités o procesos. El incremento de personas trabajando para la mejora, es indicador del grado de motivación de nuestros profesionales con el proyecto del Hospital.

Fig. 7 b6. Promedio de sugerencias presentadas y admitidas por profesional



La **Fig. 7 b6**, recoge el % de sugerencias admitidas por persona. El buzón de sugerencias es un canal de comunicación y de participación importante en el Centro, **Crit. 3d**. La implicación directa del ED en su gestión sistemática y el que cerca del 100% de las sugerencias admitidas son implantadas, **Crit. 3a**, es fuente de motivación y de fomento de la participación de los trabajadores en la mejora del hospital y de las personas que lo componen. El buzón se puso en marcha en noviembre del 2005.

Fig. 7 b7. Promedio de reconocimientos por persona

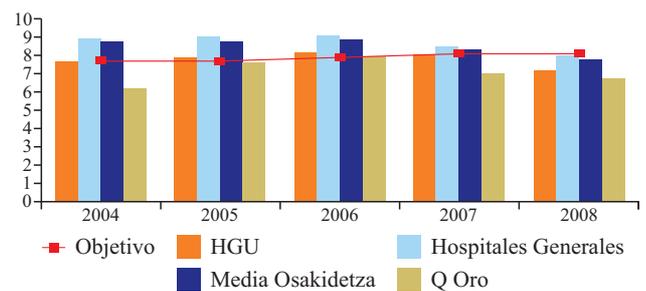


Reconocimiento a las personas

La **Fig. 7 b7** recoge el promedio de reconocimientos por persona a través de los diferentes tipos de reconocimiento que se gestionan con la participación e implicación del ED, Consejo Técnico, Consejo de Dirección, y líderes del Centro, **Crit. 1d**, entre otros. La evolución del reconocimiento en el HGU, **Crit. 3e**, ofrece una idea de la importancia otorgada por el ED a este factor como generador de satisfacción en las personas de la Organización.

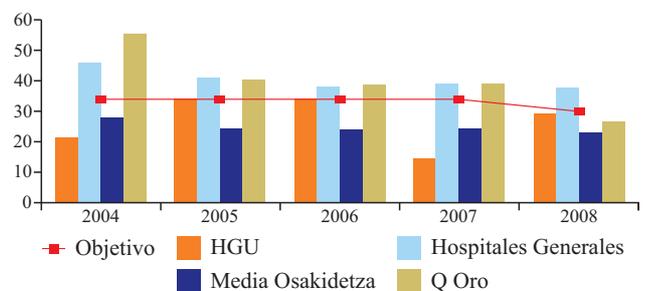
Seguridad y salud

Fig. 7 b8. Evolución del absentismo por IT



Absentismo: Cuanto menor es el indicador, mejor es el resultado. Presenta una tendencia sostenida y las comparaciones resultan favorables. Es consecuencia del seguimiento del absentismo por IT, el análisis de las causas, la impartición de formación, adecuaciones de puestos por motivos de salud, etc. La **Fig. 7 b8** recoge la evolución del índice de absentismo por IT.

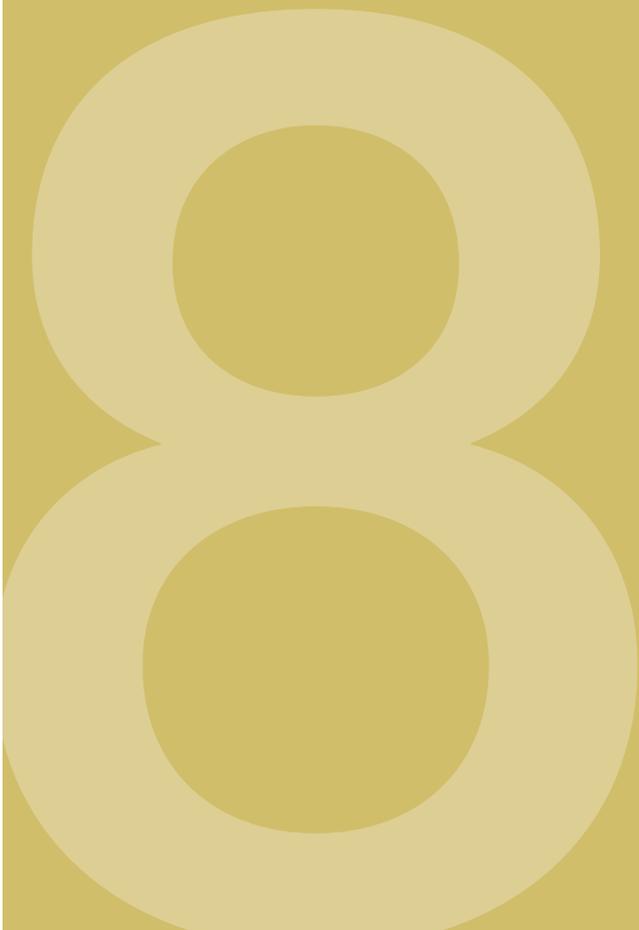
Fig. 7 b9. Evolución del índice de incidencia de accidentes



Accidentes de trabajo con baja laboral: La existencia de un protocolo para la comunicación de riesgos y de accidentes de trabajo y su divulgación entre todas las personas y líderes de la Organización, así como las investigaciones y análisis de sus causas, ha provocado una mayor concienciación de todos en la declaración de los accidentes de trabajo. En la **Fig. 7 b9** se recoge el índice de Incidencia (Accidentes de trabajo con baja frente a total trabajadores x 1000). Cuanto menor es el indicador, mejor es el resultado.

Resultados en la Sociedad

Galdakao
Usansolo
Ospitalea · Hospital



La Misión del HGU recoge como finalidad “la prestación de asistencia sanitaria...” de los/as ciudadanos/as de su área de referencia”. De igual manera recoge “el respeto por un impacto social y medioambiental positivo en la comunidad”. En la última reflexión estratégica realizada por el ED, y como consecuencia de la realización de jornadas de benchmarking con organizaciones consideradas excelentes como ASLE, Irizar, y otros Hospitales de Osakidetza, se decidió incluir la actuación en relación con la Sociedad en el marco de la P&E. De esta forma, nuestras actuaciones en este ámbito obedecen a retos estratégicos perfectamente planificados y desplegados a través de la gestión por procesos. Nuestra actuación en la Sociedad se basa en alcanzar una imagen de prestigio, el liderazgo en docencia y tener un impacto social positivo.

Este compromiso con la Sociedad se reforzó en el año 2007, a raíz de la Evaluación Externa con la inclusión de los conceptos de RSC en la gestión del HGU. De esta manera el HGU ha identificado tres áreas para desarrollar su compromiso con la Sociedad:

- Desarrollo de la RSC
- Implicación con la comunidad en la que desarrolla su actividad
- Reducción al mínimo de nuestro impacto medioambiental, propiciando el desarrollo sostenible

Para desplegar este enfoque se ha incluido el PR “RSC” dentro del macroproceso “Planificación y Gestión”.

8A MEDIDAS DE PERCEPCIÓN

El **Crit. 4** recoge las distintas alianzas desarrolladas por el HGU a través de las cuales se gestionan buena parte de nuestras relaciones con la sociedad. Como consecuencia de la revisión del enfoque motivado por la RE del año 2005, y del aprendizaje de organizaciones excelentes como ASLE y diferentes Hospitales de Osakidetza con Q Plata y Oro, desde el año 2007 medimos la percepción que la Sociedad tiene del HGU, **Fig. 8 a1**.

No presentamos comparaciones con el resto de hospitales de Osakidetza, dado que no se utilizan encuestas de sociedad uniformes para toda la red.

Fig. 8 a1. Percepción de la Sociedad

AMBITOS	MEDIA 2007	OBJET. 2007	MEDIA 2009	OBJET. 2009
Importancia HGU en la Sociedad	9,00	6,00	8,50	9,00
Compromiso con medio ambiente	6,50	6,00	7,83	6,50
Organización socialmente responsable	8,13	6,00	9,00	8,13
Conocimiento actividades	6,38	6,00	7,17	6,38
Valoración Global	7,50	6,00	8,12	7,50

En el 2007, al no disponer de tendencias nos marcamos como objetivo de partida deseable obtener una media de 6, y para el 2009 superar el valor de la primera medición. Los resultados positivos son fruto de acciones como difusión de la revista y las jornadas de puertas abiertas para los Ayuntamientos.

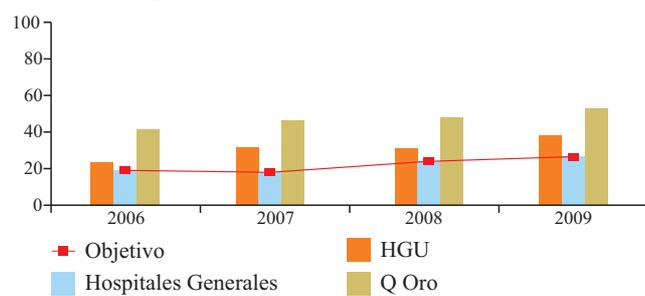
Asimismo, realizamos una encuesta con proveedores, cuyos resultados aparecen reflejados en la **Fig. 8 a2**.

Fig. 8 a2. Percepción de los proveedores

AMBITOS	MEDIA 2007	OBJET. 2007	MEDIA 2009	OBJET. 2009
Claridad definición necesidades HGU	7,67	6,00	7,94	7,67
Relaciones con la Organización	8,12	6,00	8,17	8,12
Cumplimiento de compromisos	7,91	6,00	8,91	7,91
Implicación del HGU en nuevos proyectos	8,17	6,00	7,80	8,17
Agilidad de respuesta del HGU	7,50	6,00	7,88	7,50
Valoración Global	8,17	6,00	8,56	8,17

Igualmente al no disponer de tendencias, en 2007 nos marcamos como objetivo de partida deseable obtener una media de 6, y para el 2009 superar el valor de la primera medición. Las tendencias son positivas fruto, entre otras acciones, de la sistematización de las reuniones con proveedores clave, **Crit. 4b** así como del cumplimiento de nuestros compromisos de pago **Crit. 4b**. Los objetivos se alcanzan ambos años.

Fig. 8 a3. Indicador neto de satisfacción con el uso del euskera (Hospitalización+ Urgencias)



Además, el HGU tiene el compromiso de potenciar el uso de esta lengua en la relación con la Sociedad. La **Fig. 8 a3** recoge la satisfacción con su uso en el Hospital. Como vemos los resultados son positivos y se consiguen los objetivos. Son consecuencia directa del Plan de Euskera implantado en el HGU **Fig. 8 b12** y **13**. Las comparaciones con los hospitales generales son positivas, y con respecto a los hospitales Q de Oro, hay que tener en cuenta que ambos hospitales están ubicados en un área geográfica con un índice de euskaldunización mayor como es el caso de Gipuzkoa.

Reconocimientos públicos

La actividad desarrollada en su entorno por el HGU ha sido objeto a lo largo del tiempo de numerosos reconocimientos y distinciones por parte de las Instituciones y Agentes Sociales. La **Fig. 8 a4** muestra algunas de las más importantes.

8B INDICADORES DE RENDIMIENTO

Además de las medidas de percepción directa, el Hospital dispone de una serie de indicadores internos que le permiten hacer un seguimiento y análisis del impacto en la Sociedad, con el fin de poder anticiparse y mejorar las expectativas y necesidades de la ciudadanía.

Fig. 8 a4. Reconocimientos y distinciones

AÑO	ENTIDAD	RECONOCIMIENTO
1993	Fundación Avedis Donabedian	1º Premio a la mejor Memoria
1994	Sociedad Española de Calidad Asistencial	Premio XII Congreso de la SECA
1996	Arthur Andersen	Premio especial a la Gestión Clínica
2002	Sociedad Española de Angiología y C. Vascular	Premio al mejor artículo de la revista Angiología
2004	Seminario Nacional de Hostelería Hospitalaria	1º y 2º premio de Comunicaciones
	Congreso Nacional de Enfermería Quirúrgica	Premio mejor Comunicación
2005	SERVIER	Premio SERVIER a la mejor Tesis Doctoral 03, al mejor trabajo de Investigación 05, mejor Tesis Doctoral sobre Patología Vascular
	Convención de Cirujanos de habla hispana	Premio BEVEN mejor Comunicación
	Colegio Oficial de Enfermería	Premio anual de Enfermería. Enfermera de UCI
2006	Osakidetza	Primer premio memoria de proyecto Programa de Formación en Gestión Sanitaria
	Fundación Signo	Premio Barea a la Innovación
2007	Sociedad Española de Cardiología	Primer Premio de Oclusiones Totales Crónicas al Servicio de Hemodinámica
	Coordinadora de ONG de lucha contra el Sida de Euskadi	Unidad de Infecciosos
	Sociedad de Cirugía Ocular Implanto Refractiva	Primer premio categoría de video
	Sociedad Española de Neurología	Primer premio mejor comunicación internacional de Cefaleas
2008	Euskalit	Reconocimiento por participación en evaluaciones externas desde el año 2001
	Cátedra de Innovación y gestión Sanitaria	Best In Class Psiquiatría
	Euskalit	Premio a la Innovación

Impacto Medioambiental

Fig. 8 b1. Consumo de Kwh/ingreso

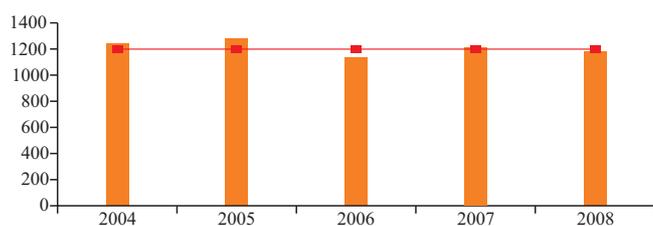
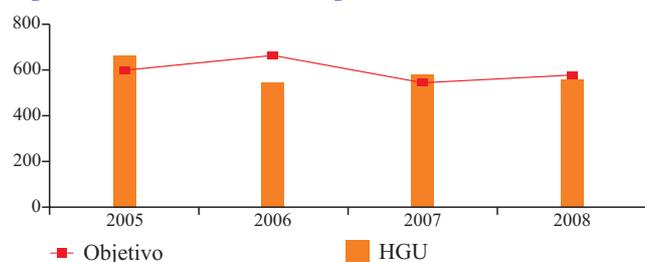
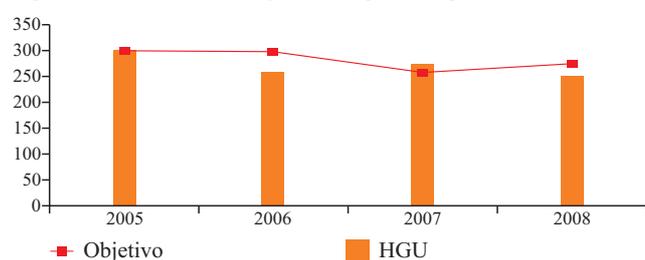


Fig. 8 b2. Consumo de termias/ingreso



Consumo de energía/ingreso. Estos indicadores miden el consumo de energía en el HGU por ingreso y nos permite relacionar el consumo de energía con la actividad asistencial. Los resultados son positivos y se consiguen los objetivos. Son consecuencia directa del proyecto de modernización de las instalaciones de producción y distribución de energía por el sistema de cogeneración con motores y calderas que utilizan gas natural.

Fig. 8 b3. Emisiones atmosféricas/ingreso (Kg)



Emisiones atmosféricas/ingreso. Este indicador nos permite medir la emisión de gases con efecto invernadero y relacionarlo con la actividad del HGU. Como podemos comprobar, Fig. 8 b3, la tendencia es positiva, resultado directo de la apuesta del HGU por buscar fuentes de energía no contaminantes: como placas fotovoltaicas, cogeneración, etc.

Producción de residuos

Fig. 8 b4. Producción de residuos peligrosos/ingreso (Kg)



Producción de residuos peligrosos/ingreso. Fruto de sucesivas revisiones, los residuos se segregan, conforme a su potencial de riesgo sanitario, en Grupo I, II y III. Este indicador mide el impacto ambiental de los residuos peligrosos (Grupo II y III) generados por el HGU por ingreso. A la hora de evaluarlo, Fig. 8 b4, tenemos que tener en consideración el incremento del 35% de tratamientos oncológicos desde el año 2005 al 2008, puesto que son una de las principales fuentes generadoras de residuos peligrosos. Los resultados marcan tendencia positiva y se alcanza el objetivo marcado.

Colaboraciones con ONGs

Fig. 8 b5. Asistencia a ONGs

AÑO	PERSONAL
2005	7 Facultativos / 1 Enfermera
2006	7 Facultativos / 4 Enfermeras
2007	6 Médicos / 5 Enfermera
2008	6 Médicos / 5 Enfermeras

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

Además de la donación de material, el HGU colabora también con la concesión de permisos retribuidos a personal sanitario para acudir a diversos países del mundo para colaborar con ONGs, ampliando la cobertura recogida en el Acuerdo de condiciones de trabajo, compartiendo con ello el esfuerzo realizado por los trabajadores/as. *Crit. 3e*. Hasta la actualidad el HGU ha dado respuesta positiva al 100% de las solicitudes formuladas. *Fig. 8 b5*.

Impacto en la difusión del conocimiento

Fig. 8 b6. Formación pre y postgrado

AÑO	MIR ESPEC.	BECARIOS/AS	EN PRÁCTICAS	TOTAL
2004	93	8	110	211
2005	92	5	107	204
2006	96	7	112	215
2007	98	3	115	216
2008	114	5	103	222

El HGU confiere un papel relevante a la docencia implicándose en la formación de pre y postgrado *Fig. 8 b6* de diferentes categorías profesionales (médicos, enfermeras, auxiliares y técnicos) manteniendo alianzas con la UPV y centros de formación profesional, *Crit. 4a*. El objetivo en el caso de los residentes y alumnos/as en prácticas es cubrir la oferta docente de que disponemos y la demanda que nos formulan, dado que dependemos de los cupos establecidos por la Universidad y los Ministerios de Sanidad y Educación. El incremento paulatino del cupo otorgado es consecuencia de la excelente labor realizada por el HGU en esta actividad.

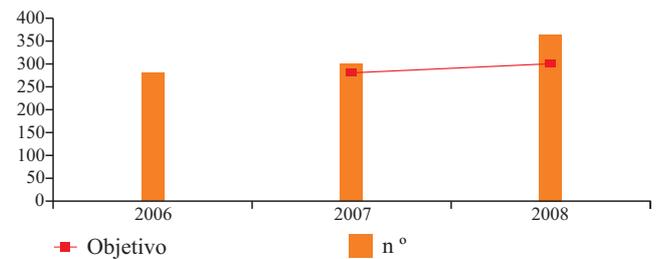
También es importante resaltar que el 100% de los Becarios/as que han pasado por el HGU se encuentran trabajando en la actualidad con un contrato laboral.

Fig. 8 b7. Proyectos de investigación

	2004	2005	2006	2007	2008
Ensayos Clínicos	25	27	34	33	35
Proyectos Investigación	9	12	20	31	32

Actitud innovadora. Mide el compromiso del HGU con la innovación y la puesta a disposición de la sociedad de nuevas terapias. Presenta una tendencia sostenida a lo largo del tiempo.

Fig. 8 b8. n° de comunicaciones, artículos y publicaciones



Difusión del conocimiento. Los resultados presentan una tendencia positiva a lo largo del tiempo. Es consecuencia directa de la preparación de nuestros profesionales y nuestro compromiso con la difusión del conocimiento.

Apoyo a la creación de empleo

Fig. 8 b9. Creación de empleo

	2004	2005	2006	2007	2008
Plantilla necesaria	1.376	1.403	1.403	1.471	1.524
Media mensual personas contratadas	1.734	1.807	1.868	1.925	1.984
Contratación media mensual necesaria para coberturas	+358	+404	+465	+454	+460
% personal fijo/puestos necesarios	67,73	67,07	65,22	62,75	69,03
Sueldos y Seguros sociales (miles de Euros)	62.902	68.566	74.268	83.336	94.454
Servicios exteriores (miles de euros)	3.471	3.959	4.073	4.427	4.704
Personas de servicios externos Contratada	136	137	137	137	137

El Hospital es una empresa generadora de trabajo en la Comarca Interior y zonas adyacentes. Todo ello se objetiva en los datos referentes a plantilla media mensual en activo, con la contratación de personas necesarias para conciliar la vida familiar y laboral o cobertura de ausencias justificadas de la plantilla habitual, consolidación de plantilla en relación a la actividad real del HGU y al importe (en miles de Euros) de los sueldos pagados en los últimos ejercicios, al igual que en el empleo directo de las contrataciones con personal permanentemente presente en el Hospital. *Fig. 8 b9*.

Apoyo a proveedores locales

Fig. 8 b10. Apoyo a proveedores locales

Evolución de compras directas a proveedores de la CAPV					
	2004	2005	2006	2007	2008
Compras	2.094.148	2.004.601	2.468.307	3.563.770	3.066.639
Inversiones	218.257	200.307	507.805	579.976	1.040.207
Total	2.312.405	2.204.908	2.976.112	4.143.746	4.106.846

Cuando se trata de compras directas el Hospital intenta favorecer a los proveedores de la CAPV. Además de este apoyo a los proveedores locales, en la *Fig. 8 b10* se observa el impacto cada vez mayor de las transacciones del HGU en la economía vasca.

Resultados Clave



**Galdakao
Usansolo**
Ospitalea · Hospital



9A RESULTADOS CLAVE DE RENDIMIENTO

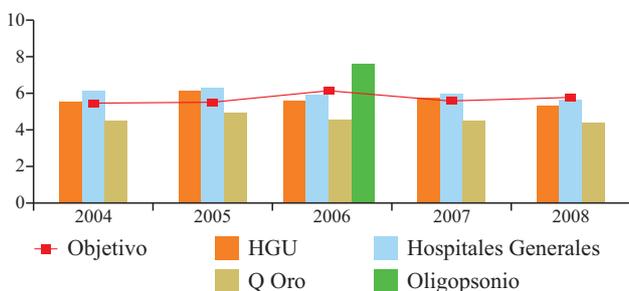
La consecución de los Resultados Clave de rendimiento nos permite alcanzar los objetivos estratégicos marcados por el HGU, **Crit. 2c**, y desarrollar de esta manera la Misión y la consecución de la Visión. Además, dado el tipo de actividad del Hospital, muchos de estos indicadores están directamente relacionados con los niveles de satisfacción de los usuarios y pacientes.

Ámbito de aplicación: El HGU dispone de una amplia batería de indicadores de control que permiten medir la consecución de los objetivos estratégicos y la eficacia y eficiencia de los procesos. Dadas las limitaciones de espacio presentamos aquellos indicadores clave más representativos de la gestión asistencial y de la gestión económica que desarrolla el HGU. Con los indicadores clave aseguramos el seguimiento del 100% de la gestión del Hospital.

Objetivos: La fijación de los objetivos de cada uno de los indicadores de rendimiento clave, están directamente relacionados con su grado de contribución a la consecución de los objetivos estratégicos. A la hora de establecer los objetivos, el ED y los propietarios de proceso establecen como criterio alcanzar los objetivos estratégicos definidos, y mejorar el resultado obtenido el año anterior. Además, otros objetivos nos vienen fijados por el Contrato Programa firmado con el Departamento de Sanidad.

Comparaciones: Se presentan comparaciones con la media de los Hospitales Generales de la Red de Osakidetza, dado que su dimensión y cartera de servicios son similares a las del HGU. Asimismo, nos comparamos con las organizaciones Q Oro de Osakidetza, aunque hay que tener en cuenta que son organizaciones más pequeñas, menos complejas y con una cartera de servicios menor, si bien tienen reconocida la excelencia en la gestión. En aquellos casos en que se pueden presentar datos comparables en el ámbito económico, nos comparamos con la media de hospitales de Oligopsonio. Del mismo modo en el ámbito asistencial presentamos comparaciones en aquellos casos donde se han realizado estudios puntuales de situación aunque no se evalúan tendencias.

Fig. 9 a1. Estancia media

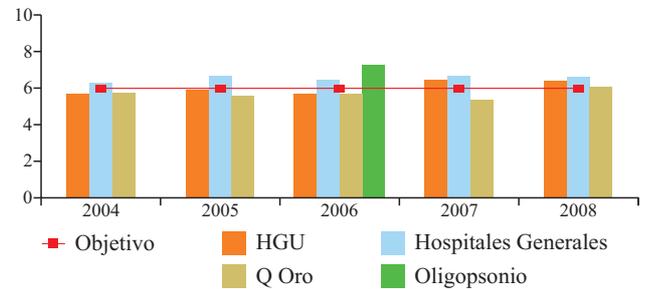


Estancia media

Este indicador mide el número de días que los pacientes permanecen ingresados. Cuanto menor es el indicador mejor es el resultado obtenido. Es una medida clásica de calidad asistencial y de la eficiencia en el consumo de recursos. Si la estancia media se prolonga, aumenta la probabilidad de sufrir complicaciones hospitalarias (infecciones, úlceras, etc.). También

indica baja eficiencia en la gestión de los recursos. La tendencia es sostenida, salvo en 2005 debido a un conflicto colectivo a nivel de Osakidetza. Se alcanzan los objetivos y las comparaciones resultan favorables con los Hospitales Generales. Es causa directa de la mejora de la prestación de servicios, **Crit. 5d**, y de la gestión adecuada del PR Hospitalización.

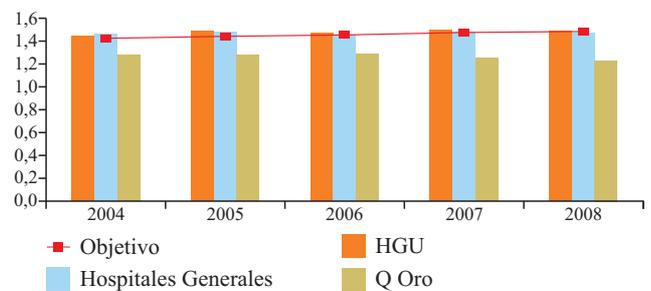
Fig. 9 a2. % Reingresos urgentes < 30 días



Reingresos

Este indicador mide el porcentaje de pacientes que reingresan en un plazo inferior al mes tras la asistencia prestada. Cuanto menor es el indicador mejor es el resultado obtenido. Las comparaciones son favorables con los Hospitales Generales. El objetivo viene definido por el CP. El desarrollo de protocolos asistenciales **Crit. 5a**, el trabajo de los grupos de mejora y la innovación constante han contribuido a los buenos resultados. El ligero crecimiento experimentado a partir de 2006, al igual que en el resto de Hospitales, obedece a tratar pacientes cada vez más crónicos y con tipologías más complejas, lo que lleva al reingreso.

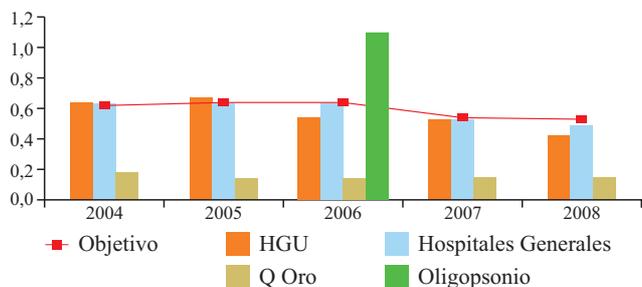
Fig. 9 a3. Peso medio



Peso medio

Este indicador mide el aumento de la complejidad de los pacientes hospitalizados. Cuanto mayor es el indicador mejor es el resultado. Los objetivos nos vienen marcados por el Contrato Programa. La tendencia es favorable, los objetivos se alcanzan y las comparaciones son favorables. La introducción de técnicas modernas y cada vez más sofisticadas, unido a la formación continuada de los profesionales para proporcionar la atención más eficaz, **Crit. 3c**, propician estos resultados.

Fig. 9 a4. Estancia media preoperatoria



Estancia media preoperatoria

Este indicador mide el tiempo de estancia del usuario antes de ser intervenido. Cuanto menor es el indicador mejor es el resultado. Esta relacionado con la eficiencia del PR de Hospitalización y del PR Tratamientos Quirúrgicos. Las mejoras introducidas en estos procesos los últimos años han posibilitado la mejora sustancial de los resultados. Por ejemplo la apertura de un quirófano para fracturas de Traumatología en el año 2007.

Fig. 9 a5. Índice de ocupación de quirófanos programados

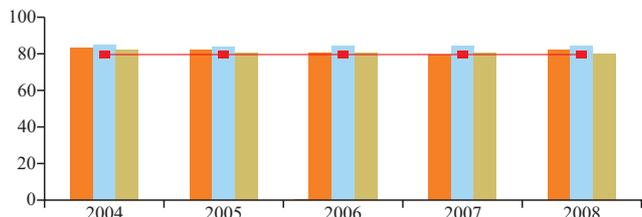
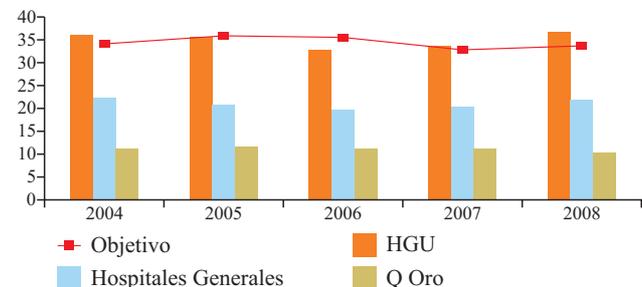


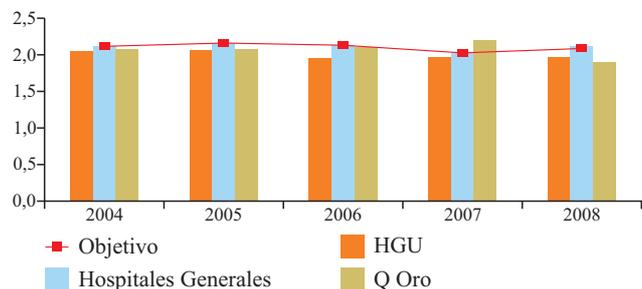
Fig. 9 a6. Índice de ocupación de quirófanos urgentes



Índice de ocupación de quirófanos

Estos indicadores miden el % de utilización de los quirófanos. Cuanto mayor es el índice mejor es el resultado. Valora la eficiencia en la gestión de los recursos de quirófanos para hacer frente a la demanda de intervenciones. Presenta tendencias sostenidas y alcanza los objetivos.

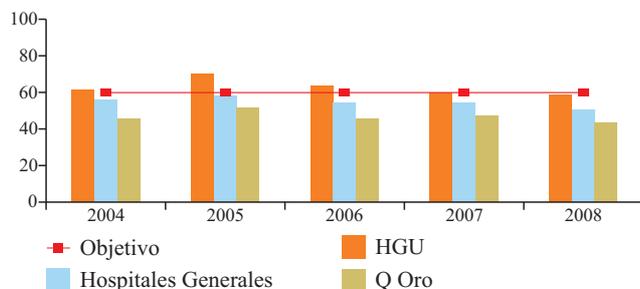
Fig. 9 a7. Relación primeras consultas / Consultas sucesivas



Relación primeras consultas / Consultas sucesivas

Este indicador mide el número de veces que debe acudir un paciente a las consultas para solucionar su problema. Refleja la calidad en la gestión. Cuanto menor es el indicador, mejor es el resultado. El HGU mantiene una evolución positiva, tiene comparaciones favorables y se alcanzan los objetivos. La mejora obtenida viene por el incremento en las consultas de Alta Resolución, Fig. 9 b9.

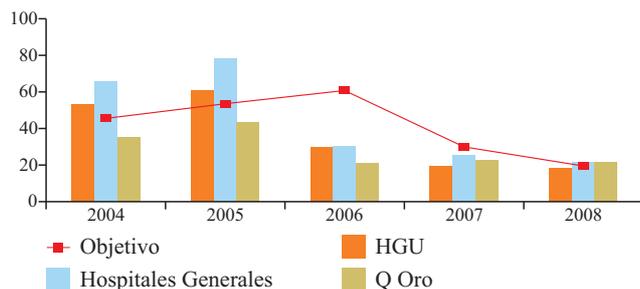
Fig. 9 a8. Demora media en la espera quirúrgica



Demora media en la espera quirúrgica

Este indicador mide el tiempo de acceso a una intervención quirúrgica. Cuanto menor es el indicador, mejor es el resultado obtenido. Está directamente relacionado con el número de quirófanos disponibles. Debe ser analizado junto al porcentaje de utilización de quirófanos, lo que nos permite analizar la eficiencia de la utilización de los recursos disponibles. El incremento del año 2005 y 2006 es debido a la remodelación de 5 quirófanos. Como consecuencia del aumento de la actividad quirúrgica en el primer semestre del 2009, a fecha de mayo la demora media actual está en 50, rebajándose en 10 días. Las comparaciones resultan desfavorables dada la descompensación existente entre los recursos disponibles y la población a atender, comparada con el resto de hospitales.

Fig. 9 a9. Demora media en la espera de Consultas Externas



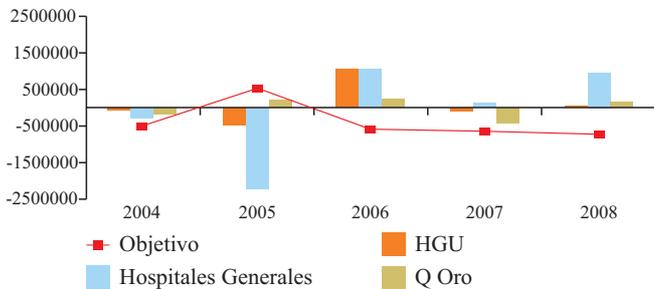
Demora media en la espera de Consultas Externas

Este indicador mide el tiempo de espera para acceder a una consulta externa. Cuanto menor es el indicador, mejor es el resultado. Este es un indicador ligado al Proceso Consultas y es un importante Objetivo Estratégico. Las diferentes acciones implantadas a partir del año 2006: aumento de las citaciones en las agendas, incremento del nº de consultas abiertas, apertura de consultas por la tarde, nos ha permitido disminuir a más de la mitad la demora media.

RESULTADOS ECONÓMICOS Y DE EFICIENCIA DEL PRESUPUESTO

Nuestra gestión económica, **Crit. 4b**, se basa en el equilibrio económico. Los siguientes indicadores presentan resultados económicos relacionados con la actividad y la prestación asistencial.

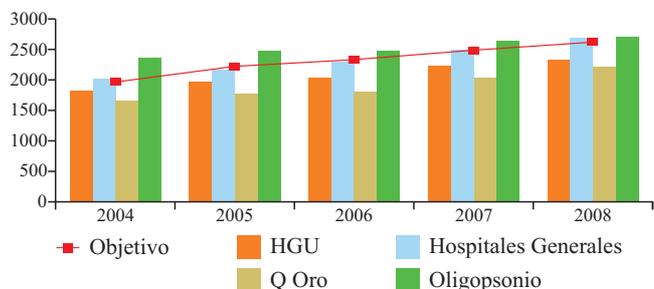
Fig. 9 a10. Resultado económico



Resultado económico

El indicador mide la evolución del resultado a lo largo del tiempo. El resultado del HGU durante el periodo 2004-2008 es de haber generado unos beneficios de 517.480€, mientras que durante este mismo periodo la media de Hospitales Generales generó unas pérdidas de 314.838€. El beneficio generado se aporta al Fondo de Compensación de Osakidetza. El objetivo es el equilibrio financiero, con un margen de desviación negativa, en ningún caso mayor al 0,5% del presupuesto de gastos.

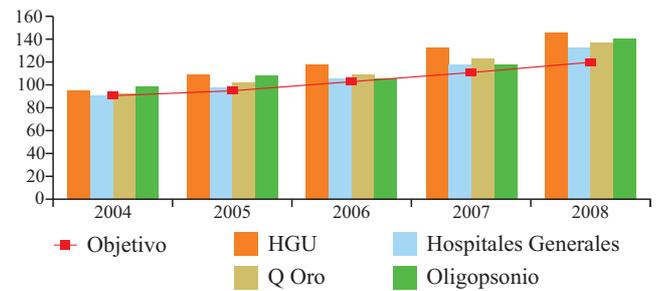
Fig. 9 a11. Coste peso



Coste peso

El peso es la unidad, según los GRDs, por la que se mide la complejidad de la patología atendida en el área de Hospitalización. Cuanto menor es el indicador mejor es el resultado. El coste por peso nos permite valorar el coste de cada centro atendiendo el mismo nivel de complejidad, por lo tanto nos permite medir y comparar la eficiencia de los centros. Es un indicador muy importante de cara a la negociación del CP, puesto que el precio por peso es la unidad de facturación de nuestros servicios. Nuestros resultados han sido todos los años los mejores de los HG de Osakidetza, alcanzándose el objetivo marcado. Esto es el resultado de la eficiente gestión de los recursos y los procesos, **Crit. 4 y 5**.

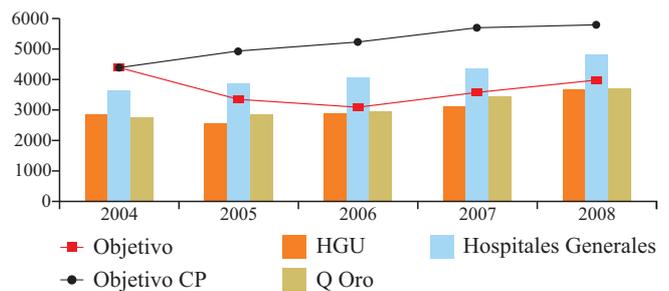
Fig. 9 a12. Coste urgencia no ingresada



Coste urgencia no ingresada

Este indicador nos mide el coste de la urgencia. El objetivo viene marcado por el Contrato Programa. Esta modalidad es muy utilizada por los usuarios, y el ritmo de crecimiento es mayor que el de otras prestaciones. El incremento del coste a partir del año 2004 es debido a pasar a cubrir el servicio de Urgencias con una modalidad de jornadas de guardias a jornadas normalizadas, lo cual permite que el personal facultativo tenga jornadas de trabajo más cortas y mejorar la calidad asistencial, pero suponen un incremento del gasto.

Fig. 9 a13. Coste GRD trastornos respiratorios



Coste GRD trastornos respiratorios

El GRD trastornos respiratorios, es el GRD médico más frecuente de los Hospitales de Osakidetza, si exceptuamos el parto puesto que nuestro Hospital carece de maternidad. El objetivo es el precio marcado en el CP conforme al peso de este GRD. Los resultados son excelentes, las comparaciones favorables y se cumplen los objetivos. Estos resultados son consecuencia de todas las mejoras introducidas en el Proceso EPOC, como por ejemplo la creación de la UCRI, atención inmediata a los pacientes en Urgencias por parte de un especialista en Neumología, protocolos de derivación con el Hospital de Górliz, etc.

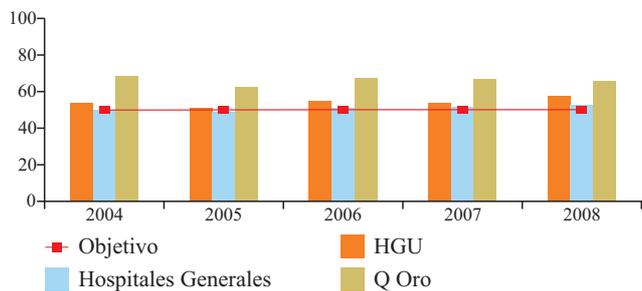
9B RESULTADOS CLAVE DE RENDIMIENTO

El HGU cuenta con una amplia batería de indicadores de rendimiento de los procesos operativos y de apoyo. Las figuras muestran los indicadores más representativos que contribuyen a la consecución de los objetivos estratégicos relacionados con los procesos asistenciales.

Objetivos: La fijación de los objetivos de cada uno de los indicadores de rendimiento clave está directamente relacionada con su grado de contribución a la consecución de los objetivos estratégicos. Los objetivos de los servicios y unidades son pactados entre la Dirección y los propietarios de proceso y responsables de servicios y unidades, a partir del despliegue del PE. La tónica general, excepto los que vienen fijados en el CP, es mantener o mejorar los resultados del año anterior. Las diferentes escalas responden a los diferentes niveles de medición en función del aspecto a controlar.

Comparaciones: Las comparaciones se realizan con la media de los Hospitales Generales de Osakidetza y con los Hospitales Q Oro. En aquellos casos donde se han realizado estudios puntuales de situación, nos comparamos con la media de hospitales de Oligopsonio.

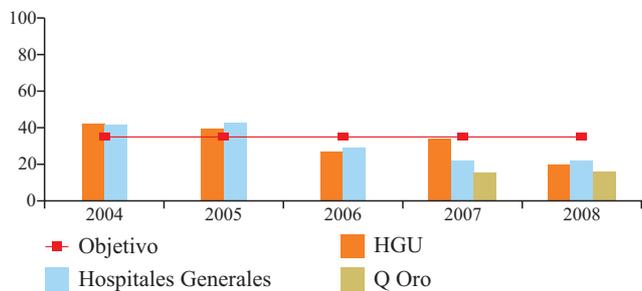
Fig. 9 b1. Índice de rotación



Índice de rotación

Este indicador mide el porcentaje de pacientes que utilizan la misma cama durante el año. Cuanto mayor es el indicador, mejor es el resultado. El objetivo estratégico es disminuir la estancia media y aumentar la rotación de camas sin que se afecte la calidad asistencial. Los resultados son consecuencia de la eficacia del proceso de Hospitalización, *Crit. 5d*. El objetivo se supera y las comparaciones con los Hospitales Generales son favorables al HGU. En el caso de los Q Oro hay que tener en consideración la menor complejidad de su cartera de servicios.

Fig. 9 b2. % pacientes demora > 1 mes en lista de espera de pruebas complementarias

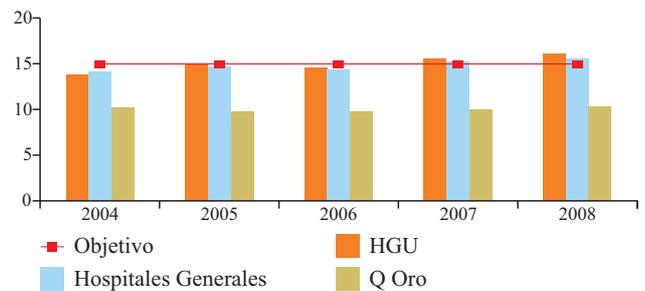


% de pacientes con demora > 1 mes en lista de espera de pruebas complementarias

Este indicador mide la capacidad del HGU para atender la demanda de pruebas complementarias para el diagnóstico. El incremento anual del número de ingresos y de consultas se mantiene constante, lo cual hace que la demanda de pruebas complementarias se incremente de manera importante. Cuanto menor es el indicador, mejor es el resultado. Se han reali-

zando importantes mejoras organizativas -realización de pruebas complementarias de Rx, Cardiología, Digestivo, etc. en horario de tarde- que han permitido mejorar ostensiblemente los resultados, alcanzar el objetivo marcado y superar al resto de Hospitales Generales. El incremento que se produce el año 2007 es debido al incremento de peticiones de pruebas complementarias producida por las medidas que se implantaron ese año para reducir la demora en consultas externas, *Fig. 9 a8*. Está relacionado con la línea estratégica de calidad en la gestión.

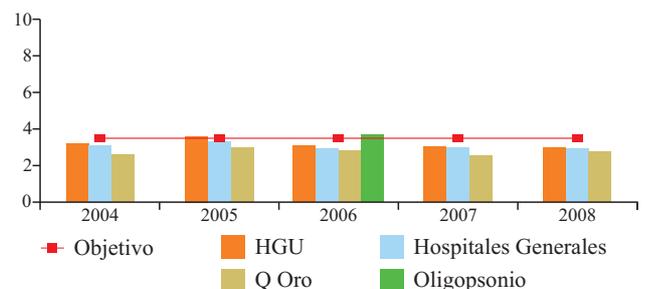
Fig. 9 b3. Porcentaje de urgencias ingresadas



Porcentaje de urgencias ingresadas

Este indicador mide la capacidad del proceso de Urgencias para resolver con eficacia las necesidades urgentes de los pacientes. Cuanto menor es el indicador, mejor es el resultado. A la hora de analizar las comparaciones con los Hospitales Generales tenemos que tener en cuenta que el HGU carece de Urgencia de Pediatría, especialidad con una frecuencia alta y un % de ingresos muy bajo. A pesar de ello nuestros resultados son similares o mejores.

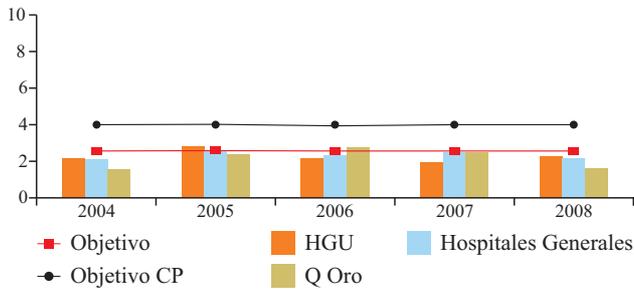
Fig. 9 b4. Tasa de mortalidad



Tasa de mortalidad

Este indicador mide el % de mortalidad sobre el total de pacientes atendidos. El objetivo marcado es mantener la tasa por debajo del 3,5 %, que son los parámetros aceptados por los organismos médicos para los Hospitales Generales. El HGU obtiene unos buenos resultados y se alcanzan los objetivos. El repunte que se observa el año 2005 es debido a una fuerte epidemia de gripe que tuvo lugar durante el invierno de ese año y afectó de manera significativa a los ancianos y pacientes crónicos, al igual que en los reingresos, *Fig. 9 a2*.

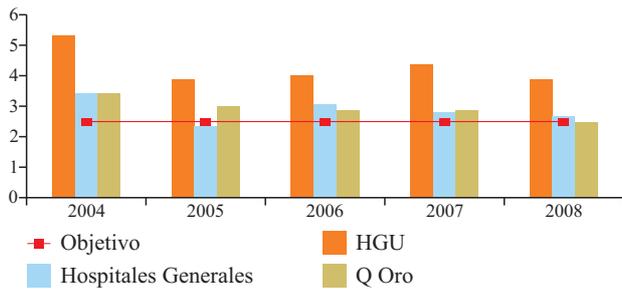
Fig. 9 b5. Tasa de cancelación de quirófono



Tasa de cancelación de quirófanos

Este indicador mide el % de intervenciones quirúrgicas que son canceladas pese a haber estado programadas. Cuanto menor es el indicador mejor es el resultado. El objetivo es el marcado en el CP. La tendencia es favorable en el tiempo, los objetivos se alcanzan y estamos a un nivel similar al resto de Hospitales Generales. Los resultados del año 2008 están condicionados por una huelga que tuvo lugar a nivel de Osakidetza durante el primer trimestre de ese año. Si tomamos los datos de los 9 últimos meses los resultados son mejores que los años anteriores (1,57% de cancelaciones).

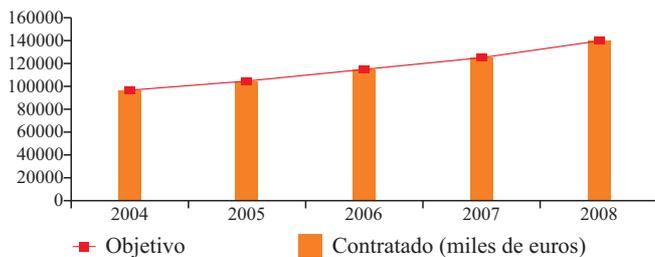
Fig. 9 b6. Ratio de garantía



Ratio de garantía

Mide la solvencia del HGU a largo plazo. El ratio es alto debido a la propia estructura del Balance, donde no existe el endeudamiento a largo plazo ya que las inversiones son financiadas por Osakidetza. Nuestros resultados son los mejores todos los años, en relación con los Hospitales Generales de Osakidetza y los Q Oro, cumpliéndose los objetivos. El objetivo es no estar nunca por debajo de 2,5.

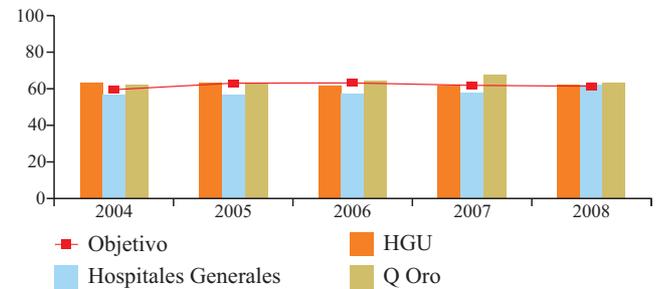
Fig. 9 b7. Cumplimiento Contrato Programa



Cumplimiento del Contrato Programa

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

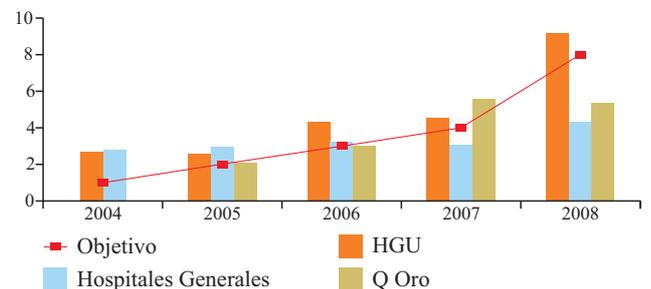
Fig. 9 b8. Tasa de ambulatorización



Tasa de ambulatorización

Mide el % de procedimientos médicos o quirúrgicos realizados sin ingreso sobre el total de los ambulatorizables. Cuanto mayor es el porcentaje mejor es el resultado. La tendencia es favorable en el tiempo, los objetivos se alcanzan y estamos mejor que el resto de Hospitales Generales.

Fig. 9 b9. Porcentaje de consultas de alta resolución



Consultas de alta resolución

Son consultas donde al paciente además de la consulta médica se le realiza alguna prueba en el mismo día. Este indicador mide la relación de consultas de alta resolución sobre el total de primeras consultas. Cuanto mayor es el porcentaje mejor es el resultado. El HGU mantiene una evolución positiva y tiene comparaciones favorables. La mejoría es consecuencia de la progresiva incorporación de pruebas en las consultas, como son los ecocardiógrafos en Cardiología, ecografías en Urología, etc. El objetivo marcado ha ido aumentando un 1% anual, y en 2008 se marcó un objetivo más ambicioso teniendo en cuenta los buenos resultados y la inversión realizada.

Glosario de Términos



**Galdakao
Usansolo**
Ospitalea·Hospital



AP	Atención Primaria	GRD	Grupos Relacionados por el Diagnósticos
ACR	Análisis de Causas Raíz	ICTUS	Accidente cerebro vascular
AMFE	Análisis Modal de Fallos y Eventos	IRC	Insuficiencia Renal Crónica
ARCTO	Acuerdo Regulador de las Condiciones de Trabajo del personal de Osakidetza	IS	Índice de Satisfacción
AT	Accidente de trabajo	IT	Incapacidad Transitoria
BIOEF	B+I+O Eusko Fundazioa / Fundación Vasca de Innovación e Investigación Sanitarias	HC	Historia Clínica
CAE/CAPV	Comunidad Autónoma de Euskadi / Comunidad Autónoma del País Vasco	HG	Hospitales Generales
CAR	Centro de Alta Resolución	HGU	Hospital Galdakao-Usansolo
CCEE	Consultas Externas	HOS	Hospitalización
CD	Consejo de Dirección	LE	Línea Estratégica
CFC	Comisión Formación Continuada	LID	Liderazgo
CIPA	Comisión de Infecciones y Política Antibiótica	MI	Mandos Intermedios
CMA	Cirugía Mayor Ambulatoria	Mystery Shopper	Cliente misterioso utilizado para evaluar la calidad en la atención al cliente
CP	Contrato Programa	MIR	Médico Interno Residente
CSS	Comité de Seguridad y Salud	MO	Modelo Organizacional
DEF	Dirección Económico Financiera	OC	Organización Central
DG	Director Gerente	OE	Objetivo Estratégico
DM	Dirección Médica	OPE	Oferta Publica de Empleo
DP	Dirección de Personal	OS	Organizaciones Sanitarias
DS	Departamento de Sanidad	OSTEBA	Osasen Teknologien Ebaluazioa / Evaluación Tecnologías Sanitarias
DTB	Dirección Territorial de Bizkaia	PAE	Plan de Atención de Enfermería
DUE	Diplomado Universitario en Enfermería	PE	Plan Estratégico
ECVA	Enfermedad Cerebro Vascular Aguda	P&E	Política y Estrategia
ED	Equipo Directivo	Peso medio	Unidad de medida homogénea de complejidad
EDI APRO	Electronic Data Interchange. Transmisión electrónica de datos con proveedores	PCH	Puesto Clínico Hospitalario
EMP	Equipo de Mejora de Personas	PG	Plan de Gestión
EPOC	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica	PGA	Plan Gestión Anual
ESP	Encuesta Satisfacción de Personas	PI	Promoción Interna
FARCEX	Proceso de Atención Farmacéutica a Pacientes Externos	PIR	Psicólogo Interno Residente
FCE	Factores Clave de Exito	PMC	Patient Management Categories
FI/FA	Fuente de Información / Fuente de Aprendizaje	PO	Procedimiento Operativo
FIFO	First Input First Output	PR	Proceso
FIR	Farmacéutico Interno Residente	PVPCIN	Prevención, vigilancia y control de la infección nosocomial
FOAC	Formación-Acción	RAX	Radiología
		RE	Reflexión Estratégica
		RFDI	Radio Frequency Detection Identification

RM	Resonancia Magnética
RSC	Responsabilidad Social Corporativa
SAP	Software de Gestión y Estrategia
SAPU	Servicio Atención Paciente-Usuario
SGC	Sistema Gestión de Calidad
SIT	Solicitud de Incorporación Tecnológica
TAO	Terapia Anticoagulante Oral
TEL	Técnico especialista en Laboratorio
TER	Técnico especialista en Radiología
TTAMB	Tratamientos Ambulatorios

TTQ	Tratamiento Quirúrgico
UBP	Unidad Básica de Prevención
UCA/HD	Unidad Cirugía Ambulatoria / Hospital de Día
UCI	Unidad de Cuidados Intensivos
UCRI	Unidad de Cuidados Respiratorios Intermedios
UGS	Unidad de Gestión Sanitaria
UI	Unidad de Información
UMC	Unidad de Metodología de Calidad
URG	Urgencias

