

Memoria para la Evaluación Externa EFQM

ZAMUDIOKO PSIQUIATRI OSPITALEA
HOSPITAL PSIQUIATRICO DE ZAMUDIO

Memoria para la
Evaluación
Externa EFQM

Índice

Introducción	1
Criterio 1. Liderazgo	3
Criterio 2. Política y Estrategia	15
Criterio 3. Personas.....	24
Criterio 4. Alianzas y Recursos	35
Criterio 5. Procesos.....	45
Criterio 6. Resultados en Clientes	56
Criterio 7. Resultados en las Personas	61
Criterio 8. Resultados en la Sociedad	67
Criterio 9. Resultados Clave.....	70
Glosario	

Memoria para la
Evaluación
Externa EFQM

Introducción

Nuestras personas

El HPZ cuenta con un equipo humano conformado por **234 personas**, plantilla estructural a 31/12/06, pertenecientes a diferentes categorías profesionales, como aparece en la **fig.03**.

Figura 03. Evolución de la plantilla 2003-2006

	2003	2004	2005	2006
Medicina Interna	1	1	1	1
Médicos Psiquiatras	19	18	18	19
Medico Salud Laboral	1	1	1	1
Analista Laboratorio	1	1	1	1
Farmacéutico	1	1	1	1
Trabajador social	4	4	4	5
Terapeuta ocupacional	1	1	1	1
Ats/DUE	34	34	35	35
Monitores	14	14	14	14
Aux Psiquiátricos	89	92	92	94
Psicólogo				1
TOTAL ASISTENCIAL	165	167	168	173
Directores	4	4	4	5
Licenciados	5	5	6	6
Técnicos	1	1	1	1
Administrativos	11	11	12	12
Oficios	13	13	5	9
Otro personal	24	20	28	28
TOTAL NO ASISTENCIAL	57	54	56	61
TOTAL HOSPITAL	223	221	224	234

En línea con la Ley de Ordenación Sanitaria de Osakidetza, existen en el HPZ una serie de estructuras organizativas y de gestión configuradas según aparecen en la **fig.04**.

Figura 04. Estructuras organizativas y de gestión del HPZ

Equipo Directivo (ED)	Comisión de Dirección (CD)	Comisiones Asesoras
• Director Gerente	• ED	• Farmacia
• Director Médico	• Coordinador de Calidad	• Documentación e Historias Clínicas
• Director Enfermería	• Jefe de Servicios Generales	• Formación
• Director Gestión Económica		• Seguridad y Salud
• Director RRHH		• Biblioteca

Nuestro compromiso con la sociedad

Desde 1972, y de forma ininterrumpida, se cuenta con **acreditación para la formación postgrado en psiquiatría (MIR) y psicología clínica (PIR)**. Además, se participa en la docencia postgrado de la Escuela de Enfermería de la UPV, de pregrado de la Escuela de Trabajo Social de la Universidad de Deusto y de la Facultades de Psicología de la UPV, y de la Universidad de Deusto y con el Colegio Zaballuru de formación profesional.

En cuanto a investigación se dispone de un **Departamento de Investigación Neuroquímica**, con actividad centrada fundamentalmente en dos áreas: Neuroquímica y Genética Molecular.

Nuestro sistema de gestión

El HPZ está inmerso en los últimos ejercicios en una política de mejora continua en **búsqueda de la excelencia** en la gestión, utilizando el Modelo EFQM como herramienta impulsora.

En este sentido, cabe destacar la redacción de **dos Planes Estratégicos** (1998-2001 y 2002-2006) desarrollados mediante **Planes de Gestión Anual** (que se despliegan en **Planes de Gestión Anual propios de cada unidad asistencial** y unidades que cuentan con la Certificación ISO 9000:2000) y **5 Autoevaluaciones EFQM**. En el **año 2004** y tras una evaluación externa de Euskalit obtuvimos la **Q Plata**. En la actualidad estamos redactando el tercer plan estratégico para el periodo 2007-2011.

El organigrama tradicional jerárquico está siendo transformado en una **estructura organizativa y de gestión basada en procesos** y los servicios asistenciales se están conformando, en nuevas estructuras denominadas **Unidades de Gestión Clínica**. (UGC)

Nuestras fortalezas

Somos conscientes de que el camino hacia la Excelencia es largo y la presentación a esta evaluación externa supondrá un nuevo hito, que reorientará los pasos del HPZ hacia nuevas oportunidades de mejora, pero contamos con fortalezas que van a facilitar este recorrido:

- **Alta satisfacción de los clientes:** tanto de los usuarios (pacientes) como de sus familiares y allegados
- Personas en continua mejora de sus competencias, cada vez más implicadas en el proyecto del HPZ y con una clara interiorización de la consideración del **cliente como eje de todo el proyecto** y que es liderado por un **número creciente de personas implicadas en la gestión**
- **Pioneros** en el desarrollo de los **nuevos modelos de atención comunitaria** e implantación de **sistemas de gestión basados en modelos de calidad y excelencia**
- Buena imagen en la Sociedad y excelente **contribución en la formación** de nuevos profesionales tanto del ámbito de la salud en general, como de la psiquiatría (MIR, PIR), el trabajo social, la gestión, etc.



MEMORIA PARA LA EVALUACIÓN EXTERNA EFQM

Criterio 1. Liderazgo

1

Hasta el año 1.997 la gestión del HPZ respondía a un estilo de gestión tradicional, basado en la estructura jerárquica y en el papel preponderante que desempeñaban los jefes. En dicho año, se nombra un nuevo Director Gerente, y se adopta el Modelo EFQM, en línea con la propuesta corporativa realizada dos años antes, como elemento de gestión, dado que propicia la participación e implicación de las personas de la organización.

Para ello, se realizó la primera definición de liderazgo y se procedió a la identificación de la Misión, Visión y Valores. La función del liderazgo, y por consiguiente el papel a ejercer por los líderes, era facilitar el tránsito hacia un modelo de organización basado en la orientación al cliente y al resto de los grupos de interés, así como incorporar a las personas a la gestión y la toma de decisiones. En esa primera etapa el ejercicio del liderazgo se ceñía de manera exclusiva al DG y los miembros de la Comisión de Dirección, CD. La definición de liderazgo ha sido revisada a lo largo del tiempo hasta llegar a la actual, **fig. 1a1**. Se identificaron los ámbitos donde se ejerce el liderazgo y se revisaron las competencias requeridas para el ejercicio del liderazgo. El número de líderes ha evolucionado desde 5 líderes en el momento de la adopción del modelo EFQM como sistema de gestión a los 26 identificados actualmente.

Figura 1a1. Definición de Líder

Definición	Despliegue	Competencias
Se han definido como líderes del HPZ aquellos profesionales que comparten la Visión del Hospital, y movilizan a las personas para la consecución de los fines y metas de la organización.	El liderazgo en HPZ lo ejercen la Comisión de Dirección, los Mandos Intermedios, los Gestores de Procesos, y los Coordinadores de equipos de mejora	<ul style="list-style-type: none"> • De Gestión • De Liderazgo • Técnicas (conocimientos)

1a. Los líderes desarrollan la misión, visión, valores y principios éticos y actúan como modelo de referencia de una cultura de Excelencia

Desarrollar la Misión, Visión y cultura de la organización

Como ya ha quedado reseñado, la Ley de Ordenación Sanitaria de 1997 concedía una mayor autonomía en la gestión a las organizaciones de servicios de Osakidetza. Esta Ley supuso separar la función financiadora y planificadora de la provisor, lo cual permitió un mejor despliegue del Modelo EFQM como sistema de gestión, por el cual había apostado Osakidetza desde 1995. En 1997 se incorpora un nuevo Director Gerente al HPZ, con experiencia en gestión de otras organizaciones sanitarias y formación en calidad total. Con objeto de responder a los retos planteados desde Osakidetza, el DG lideró la primera reflexión estratégica. En ella participaron 8 líderes del Hospital, en concreto la Comisión de Dirección y el Consejo Técnico. El punto de partida de esta primera reflexión estratégica fue la definición de la Misión, los Valores y la Visión del HPZ, que fueron divulgados en reuniones y a través de los Planes de Gestión Anual de los servicios asistenciales, **crit. 1d y 2c**.

Figura 1a2. Formación en Calidad de los Líderes

TÍTULO	Nº
Modelo de Excelencia EFQM	13
Autoevaluación EFQM	13
Gestión por procesos	13
Curso de Gestión Sanitaria	10
Metodología 5S	2
Herramientas de Calidad y resolución de problemas	2
La Voz del Cliente	3
Formación Básica en PRL	2
PRL para directivos	1
OSHAS 18000	5
Gestión de personas	2
Norma ISO 9001:2000	6
Auditorías internas ISO 9001:2000	5
Gestión eficaz del tiempo	5
Gestión de la información	2
Desarrollo de competencias de eficacia personal	2
Motivación y dirección de equipos	5

En 1.998, el DG lideró la realización de la primera autoevaluación según el Modelo EFQM. En ella participaron los 5 miembros de la CD. Tras la primera autoevaluación, la CD elaboró un plan de formación para que el conocimiento de calidad total se desplegara por toda la organización. La formación externa en calidad se inició con la CD y continuó con el resto de mandos intermedios. Esta formación se viene repitiendo de manera continuada año a año, incorporándose nuevos líderes a la misma. Además, se realiza formación con carácter interno, que es desplegada en cascada por los líderes a través de reuniones, jornadas monográficas sobre aspectos relativos a la calidad y, sobre todo, a través de la participación en los equipos de mejora, **crit. 3b**, y en la gestión de los procesos. La **fig.1a2** muestra la participación de los líderes en acciones formativas.

En el año 2000 la CD realiza su segunda autoevaluación y revisa de nuevo el enfoque y el despliegue del liderazgo. Define el liderazgo y su ámbito de ejercicio, en línea con la cultura que está implantando para promover el empowerment y la autogestión, a través de la gestión por procesos. La eficacia se evidencia con el hecho de que cada vez más personas están asumiendo responsabilidades directas en gestión, y la implicación en la definición y el alcance de objetivos es mayor. Así, mientras en 1997 trece personas participaban en la gestión como mandos, hoy son 26 los líderes del HPZ. Complementariamente a la política de despliegue del liderazgo, el HPZ impulsó una estrategia de promoción con el objeto de permitir el acceso a puestos de liderazgo, en función de la experiencia, capacitación profesional e implicación, en línea con la política de liderazgo definida por el HPZ.

Figura 1a3. Misión, Visión y Valores (2007-2010)

MISIÓN	VALORES
<p>El Hospital Psiquiátrico Zamudio es una entidad de prestación de servicios sanitarios especializados perteneciente a Osakidetza. El HPZ presta servicios preventivos, de promoción y cuidado y mejora de la salud mental a la población que se le adscriba ofreciendo una cartera de servicios con hospitalización completa (agudos, sub-agudos y rehabilitación psicosocial) y parcial (hospitales de día), así como programas de atención ambulatoria (programas de seguimiento comunitario).</p> <p>El HPZ tiene una clara vocación docente y se encuentra acreditado para el desarrollo de programas de postgrado en especialización de psiquiatría y psicología (MIR y PIR) y en especialización psiquiátrica para enfermería (EIR) y participa activamente en actividades docentes relacionadas con su ámbito de actuación.</p> <p>Todo ello dentro de un modelo de calidad total y gestión de la excelencia en el ámbito del modelo EFQM que unido a la labor de investigación y la innovación en la gestión y en la prestación de servicios asistenciales y a su ubicación y entorno privilegiados conforman sus señas de identidad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Orientación al cliente - Mejora continua y gestión del cambio - Desarrollo de personas - Orientación a resultados - Compromiso y empatía - Ética
<p>VISIÓN 2007-2010</p> <p><i>El Hospital Psiquiátrico Zamudio desea ser reconocido como un centro de referencia destacando por la actividad de sus hospitales de día, rehabilitación y media estancia, la accesibilidad y la satisfacción de los pacientes y sus familiares, así como por sus programas docentes MIR, PIR e EIR y la investigación psiquiátrica.</i></p> <p>Avanzando dentro del marco de la calidad total, en el respeto al medio ambiente y en la gestión de la excelencia en el ámbito del modelo EFQM; gestionando los recursos públicos asignados en busca del equilibrio financiero.</p>	<p>Desarrollar, actuando como modelo de referencia, los valores y principios éticos que apoyan la cultura de la Organización</p> <p>En la segunda reflexión estratégica, realizada en 2002, se amplió el equipo de trabajo en coherencia con el despliegue del liderazgo. Al equipo anterior se sumaron un Jefe de Servicio, dos Supervisoras, la Gobernanta y dos Auxiliares, contando de esta manera, con representación de todos los estamentos. La M-V-V fueron revisadas e introducidos los cambios necesarios, una vez consolidado el modelo asistencial del HPZ, en función de las fuentes de información interna y externa, como por ejemplo: cambios del entorno, evolución de los servicios ofrecidos por las diferentes unidades del HPZ, indicadores internos, directrices de Osakidetza, etc., crit. 2a y 2b. En el año 2007, coincidiendo con la elaboración del nuevo PE, se ha procedido a una nueva revisión de la M-V-V, fig. 1 a3, contándose con la participación de la totalidad de los líderes y representantes de los grupos de interés.</p> <p>La M-V-V son desplegadas por los líderes a través de los Planes Estratégicos mediante la concreción de objetivos en el PG anual y mediante los PG que se consensúan con los líderes de los procesos, crit. 2c. Así, por ejemplo, los Valores del HPZ se desarrollan como se ve en la fig.1a4. La efectividad del despliegue de los valores se muestra a través de la evolución de los resultados en los clientes (usuarios-pacientes y familiares) y en las personas, crit. 6 y 7.</p>

Figura 1a4. Papel de los líderes en el despliegue de valores

Valor	Despliegue	Participación de los líderes	Revisión
Orientación al cliente	<ul style="list-style-type: none"> • Medición de la satisfacción del cliente: usuario/familiar • Atención de sus sugerencias, quejas y reclamaciones 	<ul style="list-style-type: none"> • Análisis de resultados y detección de oportunidades de mejora 	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión anual del cumplimiento de los objetivos de los Planes de Gestión Anual
Mejora continua y gestión del cambio	<ul style="list-style-type: none"> • Implantación de la Gestión por procesos • Certificación ISO 9001:2000 • Autoevaluaciones en Unidades de Gestión Clínica • Iniciativas de mejora 	<ul style="list-style-type: none"> • Compromiso personal con la gestión de la calidad • Formación en calidad • Implantación de Unidad de Gestión de Clínica • Participación en autoevaluaciones 	<ul style="list-style-type: none"> • Encuestas de satisfacción de usuario y familiar • Encuestas de Satisfacción de Personas • Autoevaluación EFQM
Desarrollo de personas	<ul style="list-style-type: none"> • Participación en la definición de objetivos • Creación de equipos de trabajo • Participación en grupos de opinión • Formación 	<ul style="list-style-type: none"> • Proponiendo objetivos para los PG • Solicitando y facilitando la participación de las personas en las diversas iniciativas • Coordinando los equipos de trabajo • Detectando necesidades formativas 	
Orientación a resultados	<ul style="list-style-type: none"> • Participación en Autoevaluaciones • Elaboración de PG de su unidad 	<ul style="list-style-type: none"> • Proponiendo objetivos • Participando en reuniones de seguimiento de resultados • Comunicando a su equipo los objetivos 	
Compromiso y empatía	<ul style="list-style-type: none"> • Relación con el paciente y compañeros • Compromiso con objetivos HPZ 	<ul style="list-style-type: none"> • Atención a necesidades del paciente • Apoyo a las personas • Apoyo para consecución de objetivos 	
Ética	<ul style="list-style-type: none"> • Profesionalidad • Coherencia 	<ul style="list-style-type: none"> • Seguimiento de criterios científico-técnicos 	

A partir de 2006 como consecuencia de la implantación de la carrera profesional se evaluaron a los líderes de los procesos asistenciales clave y de apoyo tanto en sus competencias técnicas, capacidad de gestión y grado de implicación en los objetivos de la organización, siendo los resultados positivos. La **fig. 1a5** muestra algunos de los hitos en la revisión del liderazgo.

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

El sistema de mejora de la calidad del Hospital de Zamudio se basa en el desarrollo del modelo de Excelencia de la EFQM. Todas las acciones de mejora tanto de la calidad asistencial

encuesta de satisfacción de personas, donde el ejercicio del liderazgo ha pasado de una valoración de 3.1 en el año 2001 a una valoración 3.7 en el 2007. Con los resultados de estas revisiones, a parte de las renovaciones de líderes efectuadas entre 1998 y 2004, en el 2005 fue renovado un líder en el proceso de Rehabilitación, supervisora, así como la incorporación de 2 plazas nuevas de Psicólogo Clínico y una plaza de Trabajador Social como apoyo para el despliegue del Proceso de Rehabilitación Psicosocial en la Comunidad. Además, este psicólogo está acreditado para ejercer la tutoría de los PIR. Así mismo y en coherencia con la línea estratégica de Desarrollo de las Personas del 2º PE, se incorpora en el 2006 un Director de RRHH, quedando separadas las funciones económico financieras y las de gestión de RRHH. En esta misma línea y como apoyo a la gestión por procesos se crea en el 2006 una

Figura 1a5. Hitos en la revisión del enfoque y despliegue del liderazgo.

AÑO	FUENTE DE APRENDIZAJE	MEJORAS IMPLANTADAS
1998	Club de Evaluadores Euskalit Consultora Externa	Inicio de despliegue: liderazgo y definición de la Misión, Visión y Valores.
1999	Acciones formativas	Creación de grupos de mejora: incremento de la participación en la nueva cultura Sistemas de calidad: Certificación de entidad de servicios de restauración, implicación de Cocina HPZ
2000	Mejores Prácticas con organizaciones Excelentes	Definición de liderazgo
2001	Reflexión de la CD y actividades de Benchmarking con el H. Zumárraga	Medición de la efectividad del liderazgo Definición del Mapa de Procesos y de los procesos que lo integran
2002	Apoyo Externo	Elaboración del Plan Estratégico con participación de 11 líderes Revisión del Mapa de Procesos
2003	Formación EFQM; Mejores Prácticas e incorporación de Coordinador de Calidad	Primera autoevaluación de la UGCR Gestión por procesos operativos clave(Revisión del mapa de procesos Certificación según ISO 9001:2000 en Farmacia, Laboratorio, Biblioteca y Limpieza Creación de la Unidad de Calidad
2004	Evaluación Externa	Consecución Q Plata Nueva revisión del mapa de procesos Incorporación al Club de Facilitadores de 5S de Euskalit
2005	Autoevaluación	Evaluación del liderazgo utilizando la herramienta de Euskalit: "Los 12 desafíos del liderazgo"
2006	Participación en Evaluaciones Externas y reflexión DG	Evaluación de la carrera profesional Revisión del Mapa de Procesos

como de la calidad de la gestión se vertebran a través del despliegue del Plan Estratégico del Hospital en Planes de Gestión anuales con objetivos globales para todo el centro que, a su vez, se despliegan en Planes de Gestión anuales específicos para cada unidad asistencial. Tanto el Plan Estratégico como los Planes de Gestión se encuentran a su vez alineados con los objetivos del Plan de Calidad de Osakidetza/Servicio Vasco de Salud.

Los líderes del HPZ han puesto en marcha diferentes mecanismos para propiciar y favorecer la asunción de responsabilidades por parte de las personas de la organización. Así, se han certificado 6 procesos en base a la Norma ISO 900-2000, **crit. 5 a**, y se han constituido numerosos grupos de mejora. Todas estas medidas han propiciado que la participación de las personas en actividades de mejora ofrezca una tendencia muy positiva, **crit. 7b**.

La revisión de la efectividad del liderazgo se realiza a través de diferentes mecanismos: revisión de los Planes de Gestión;

jefatura de gestión clínica para el proceso de media estancia, que se está desarrollando a lo largo de 2007.

1b: Los líderes se implican personalmente para garantizar el desarrollo, implantación y mejora continua del sistema de gestión de la organización

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

Desde que en 1.997 se adoptase la decisión de apostar por el modelo EFQM como modelo de gestión, los líderes del HPZ han propiciado numerosos cambios en la estructura de la organización para apoyar la implantación de las líneas estratégicas y objetivos recogidos en los tres PE desarrollados des

de 1998 hasta la actualidad, como se puede ver en la **fig.1b1**. Con la implantación del primer PE, la CD impulsó la creación de algunos nuevos servicios y la reestructuración de otros en función de modelo asistencial por el que se había apostado tras la reflexión estratégica. Estos cambios fueron posibles gracias a la implicación de las personas nombradas responsables de esos servicios, en las

que se delegaron mayores responsabilidades. Al final del periodo de vigencia del primer PE se diseñó el primer mapa de procesos, pero fue con el despliegue del segundo PE cuando la tradicional estructuración en servicios y unidades dejó paso a una gestión por procesos. Mientras algunas comisiones, se han constituido en equipos de proceso, por ejemplo Formación y PE, las directrices del Departamento de Sanidad, y de Osakidetza nos obligan a mantener determinadas comisiones asesoras de acuerdo con la legislación vigente, como por ejemplo: Farmacia, historias clínicas, etc. y ciertos servicios, SAPU, Admisiones, etc. El HPZ ha ido adaptando estas estructuras para lograr una mayor eficacia interna. Así, por ejemplo, las funciones del SAPU las realiza cada trabajadora social en la unidad asistencial en la que está adscrita,

planes de gestión anuales, **crit. 2d**, en cuya elaboración intervienen los líderes de los diferentes procesos. A resultados de la evaluación externa de finales de 2004, a partir de 2005 se ha modificado la forma de documentar la alineación de los objetivos de los procesos con las líneas estratégicas del segundo plan, favoreciendo la comunicación, la comprensión y el despliegue a lo largo de la organización.

El mapa de procesos, **crit. 5a**, ha sido revisado en numerosas ocasiones a lo largo del tiempo contando con la participación de los líderes. Así, en las últimas revisiones del mapa, realizadas entre los años 2005 y 2007, se han llevado al menos 3 adaptaciones, reduciéndose el número de procesos a nivel estratégico al potenciar al máximo el proceso de Planificación Estratégica. A nivel de procesos clave no ha habido variación en su número aunque los mismos se han implantado incluso hasta un tercer nivel. En este proceso han intervenido la totalidad de los líderes del Hospital, favoreciendo además la participación de las personas en proyectos de mejora, participación que ha pasado de un 28.6% en el año 2003 a un 67.7% en el año 2006, mientras que la media de participación en otros Hospitales psiquiátricos se sitúa en el 57%

Figura 1b1. Cambios en la estructura del HPZ

PERIODO	CAMBIOS EN LA ESTRUCTURA
1er PE 98-01	Creación del Servicio de Atención al Paciente, SAPU (Ver 5e)
	Creación del Servicio de Admisión
	Creación del Servicio de Documentación Clínica
	Transformación del servicio de Terapia Ocupacional en una unidad de apoyo a los diferentes servicios del Hospital
2º PE 02-06	El Consejo Técnico pierde protagonismo ante el impulso de las Comisiones asesoras y las creaciones de grupos de trabajo para establecer áreas de mejora de acuerdo a las autoevaluaciones, ESC, ESP y sugerencias surgidas en los controles de gestión.
	1er mapa de procesos (Ver 5a)
	Inicio de la creación de Hospitales de Día (Ver 5c)
	Creación de una Unidad de Gestión Clínica (Rehabilitación)
	Potenciación de los Hospitales de Día, como alternativas a la hospitalización completa según las nuevas necesidades de los usuarios
	Despliegue de la gestión por procesos. Tres revisiones del mapa de procesos. Diseño de procesos e implantación de cuadros de indicadores basados en los objetivos del HPZ. En la actualidad un 60% del personal esta directamente afectado por el nuevo sistema de gestión que se esta desplegando.
	Cuatro procesos obtienen la certificación ISO 9001:2000
	Revisión y certificación del proceso de la UGCR, que supone el 26% de la facturación del hospital y en el que trabajan 42 personas (planificado para Noviembre de 2004)
Revisión y mejora del proceso de Media Estancia, cuya gestión afecta a 59 personas y representa el 33% de la facturación	
Creación de la Unidad de Calidad	

lo que garantiza una mayor proximidad al usuario, **crit. 5e**. La implicación de los líderes en el cambio organizativo es total.

La revisión de la eficacia y eficiencia del enfoque se realiza a través del grado de consecución de los objetivos estratégicos y objetivos de proceso y las autoevaluaciones EFQM, así como las auditorías de certificación y revisión de aquellos procesos que están certificados en base a la Norma ISO 9000. Como consecuencia de estas revisiones se han ido introduciendo numerosas mejoras a lo largo del tiempo tal y como muestra como muestra la **fig. 1b2**.

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

La Política y Estrategia del HPZ se despliega a través de

Asegurar que se desarrolla e implanta un proceso que permita el desarrollo, despliegue y actualización de la política y estrategia, y se mide y revisa la efectividad de la misma.

Con el objeto de desarrollar, desplegar y actualizar la P&E los líderes del HPZ han definido e implantado un proceso de Planificación y Gestión de la Estrategia liderado por el DG, **crit.2c**. A través de este proceso se elaboran y revisan el Plan Estratégico, de carácter cuatrienal, así como los Planes de Gestión anual y su despliegue a los planes de gestión de los diferentes procesos. Este proceso también permite medir, revisar y mejorar los resultados clave, a través de la fijación y seguimiento de los objetivos de los Cuadros de Mando de los

Figura 1b2. Mejoras en el Sistema de Gestión

MECANISMO	PAPEL DE LOS LIDERES	LIDERES	EJEMPLOS / EVIDENCIAS
AUTO-EVALUACIÓN	Realizar la autoevaluación EFQM	<ul style="list-style-type: none"> ✓ CD (6 líderes) ✓ 8 líderes 	<ul style="list-style-type: none"> • Realización de cinco autoevaluaciones desde 1998 e incorporación de las áreas de mejora en cada Plan de Gestión anual.
FORMACIÓN EN GESTIÓN	Formación de directivos y líderes en Gestión Sanitaria	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Líderes de procesos 	<ul style="list-style-type: none"> • Todos los directivos, más 10 líderes han recibido cursos de formación en gestión.
	Aprendizaje: Formación en herramientas de gestión	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Líderes de proceso ✓ C. Calidad 	<ul style="list-style-type: none"> • 2 líderes participan como evaluadores externos de 9 organizaciones • 2 nuevos líderes entran en Club de Evaluadores • Reciclaje de evaluadores con lectura de varias memorias Q Plata y Q Oro • Curso de Euskalit de redacción memoria EFQM • Los líderes reciben e imparten formación en herramientas de mejora de gestión
	Participación en el Plan Estratégico	<ul style="list-style-type: none"> ✓ CD ✓ Equipo elaborador de PE 	<ul style="list-style-type: none"> • Contratación de Consultora externa para elaboración y aprendizaje en P&E. • Utilización de las áreas de mejora detectadas en las autoevaluaciones EFQM, (además del resto de Fuentes de Información según 2a y 2b)
	Comunicación y despliegue del PE	<ul style="list-style-type: none"> ✓ CD 	<ul style="list-style-type: none"> • Habilitación de sistemas para comunicar la M-V-V y la PE y objetivos del HPZ
BENCH-MARKING	Visitas a otros centros	<ul style="list-style-type: none"> ✓ CD 	<ul style="list-style-type: none"> • Mejores prácticas de otras organizaciones Excelentes: sanitarias (Hospitales de Zumárraga y Bidasoa) y no sanitarias: (Gasnalsa, Irizar, ASLE, etc.)
	Visitas de otros centros Tutorías a organizaciones	<ul style="list-style-type: none"> ✓ CD ✓ Líderes de proceso 	<ul style="list-style-type: none"> • Sesiones de trabajo para compartir nuestro sistema de gestión con otras organizaciones y tutoría a servicios de otros hospitales y profesionales (ver fig.1c3 y 4a).
	Asistencia a Cursos y Jornadas Científicas	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Todos 	<ul style="list-style-type: none"> • La participación en jornadas técnicas y cursos aportan la actualización necesaria tanto en herramientas clínicas como de gestión (ver 3b, 4d y 4e)
	Participación grupos trabajo	<ul style="list-style-type: none"> ✓ CD 	<ul style="list-style-type: none"> • Participación a instancias de la Subdirección de Calidad en diversos equipos para la elaboración de herramientas de mejora en la gestión de Hospitales: Auditorías internas a otros hospitales, Guía para evaluadores externos de Osakidetza, Bolsa de Auditores Internos ISO 9001:2000, Guía de autoevaluación EFQM para Unidades de Gestión Clínica, Guía de implantación de un sistema de gestión por procesos basado en la norma ISO 9001:2000.
	Colaboración con Asociaciones	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Dtr.G. ✓ Dtor. Médico ✓ Líderes de procesos 	<ul style="list-style-type: none"> • Diversos líderes acuden a foros de calidad organizados por Osakidetza (14 líderes en la semana de Calidad)
MEJORAS SISTEMAS DE GESTIÓN	Mejora Continua	<ul style="list-style-type: none"> ✓ CD ✓ Líderes de proceso 	<ul style="list-style-type: none"> • Revisado el mapa de procesos en cinco ocasiones para enfocarlo a la consecución de la PE (ver 2d, 5a). Entre 1999 y 2003, traccionados por los líderes, se implantaron sistemas estandarizados de calidad en cuatro procesos. (Ver 5a) • En 2001, se introdujo un nuevo modelo organizativo en el Servicio de Rehabilitación, la Unidad de Gestión Clínica (UGC) que promueve el acercamiento de las culturas clínicas y de gestión favoreciendo la delegación y asunción de responsabilidades. • En 2003 se crea la Unidad de Calidad como dinamizador interno de las nuevas herramientas de gestión. • Participación en grupos de trabajo y Comisiones (Ver 1c).
	Plan Estratégico y PG (Fig.2c2)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ CD ✓ Líderes de proceso 	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicación, seguimiento y evaluación de los planes en sus unidades y procesos (Ver 1d, 1e y 2d) • Revisión de los grupos de interés y de las fuentes de información (ver 2a y 2b)
	Comisiones	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Todos 	<ul style="list-style-type: none"> • Los líderes analizan y priorizan las propuestas de mejora de estas comisiones según impacto en los clientes, en los resultados, viabilidad y efecto motivador sobre las personas y las incorporan al PG. (Ver 5b)
	Análisis de encuestas	<ul style="list-style-type: none"> ✓ CD ✓ Líderes de proceso 	<ul style="list-style-type: none"> • Los líderes analizan los resultados de las encuestas para incorporar áreas de mejora en el sistema (Ver 3a y 5e)

procesos clave asistenciales, **crit. 2c**. Este proceso está integrado por los 5 líderes que forman la Comisión de Dirección, si bien durante la elaboración de los planes estratégicos, la realización de las reflexiones estratégicas, las autoevaluaciones y el despliegue a los procesos se amplía a la totalidad de los 26 líderes identificados en el HPZ.

La identificación y definición del Mapa de Procesos del HPZ están integradas en el proceso de Planificación y Gestión de la Estrategia. La revisión de la efectividad del sistema de gestión de procesos se realiza utilizando diferentes mecanismos; anualmente, la CD revisa su configuración y se realizan los cambios necesarios en función de la P&E y de las experiencias de aprendizaje provenientes del Benchmarking, **crit. 5a**. Mensualmente, se realiza el seguimiento de los indicadores clave y el grado de consecución de los objetivos estratégicos, mientras que los procesos realizan el seguimiento del grado de cumplimiento de los objetivos y desarrollo de las acciones en función del calendario de reuniones establecido para cada proceso implantado. En todos estos casos los líderes juegan un papel determinante asumiendo responsabilidades e implicándose en la gestión. La **fig. 1b3** muestra algunos de los hitos de gestión más significativos del HPZ.

Figura 1b3. Hitos en la Gestión

AÑO	HITOS
1997	Adopción del Modelo EFQM como sistema de gestión
1998	Primera Reflexión Estratégica Primera Autoevaluación EFQM Primera firma de Planes de Gestión con unidades asistenciales Primera Encuesta de Satisfacción de Pacientes
2001	Diploma de compromiso con la Calidad Total (Euskalit) Primera Encuesta de Satisfacción de Personas
2002	Segunda Reflexión Estratégica Primera Encuesta de Satisfacción de Familiares Premio Avedis Donavedian a la mejor memoria de instituciones sanitarias
2003	Certificación según ISO 9001:2000 de 4 procesos de apoyo Ingreso en Club 5S de Euskalit Diagnóstico medioambiental Ecoskan
2004	Q de plata Certificación según ISO 9001:2000 de proceso de hospitalización (pionero en Osakidetza)
2005	Certificación del proceso que gestiona los Hospitales de Día (ISO 9001:2000)
2006	Premio Avedis Donabedian a la excelencia en calidad en psiquiatría y salud mental
2007	Tercera Reflexión Estratégica Pioneros en el desarrollo del Sistema de Seguridad y Salud para la obtención de la certificación OHSAS

Establecer claramente la propiedad de los procesos

Todos los procesos tienen designado un propietario. En una primera etapa, los propietarios de los procesos de primer nivel eran designados por el Director Gerente. A partir del año 2000, como consecuencia de las reflexiones de la CD y de las actividades de mejores prácticas aprendidas en actividades de

la Semana de Calidad y visitas a organizaciones excelentes, era la totalidad del CD quien procedía al nombramiento de los propietarios de los procesos. Los criterios para su selección han seguido los principios de competencia, capacidad de liderazgo, compromiso con organización y capacidad para el desarrollo de trabajo en equipo. Asimismo, se les ha formado en habilidades en trabajo en equipo, dirección de los mismos, y herramientas de calidad. Estos criterios se revisan y se modifican en función de los resultados de las evaluaciones y coincidiendo con las revisiones del mapa de procesos. Para los procesos de segundo nivel, es el propietario del proceso quien los designa, siguiendo los mismos criterios y teniendo en cuenta el nivel de responsabilidad que puede desarrollar según las actividades que comprenda en proceso, **crit. 5a**.

La compatibilización de las jefaturas de áreas con el liderazgo de proceso se realiza mediante un sistema de gestión basado en la dirección participativa por objetivos y delegación de funciones y asunción de responsabilidades por parte de las personas. Una herramienta básica para este desarrollo y tal y como hemos precisado antes es la negociación de los diferentes planes de gestión en los distintos procesos, siendo, así mismo, importante la inclusión de las áreas de mejora detectadas en las Autoevaluaciones de cada proceso.

1c: Implicación de los líderes con clientes, partners y representantes de la sociedad.

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

Tanto la Misión como la Visión del HPZ nos llevan a dar respuesta a las necesidades de todos nuestros grupos de interés. Para ello hemos establecido una serie de mecanismos para captar la información relevante, **crit. 2a**, a partir de la cual formulamos las bases de nuestra P&E. En este campo, los líderes juegan un importante papel para la relación con dichos grupos de interés.

Clientes

Los líderes están implicados de manera activa y personal en relacionarse con los clientes. Con dicho fin, han articulado distintos canales para comprender, detectar y anticiparse a sus necesidades. La propia relación que se mantiene en la actividad diaria ha sido uno de los principales métodos de aprendizaje para la mejora y puesta en marcha de nuevas actividades, **crit. 5c y 5e**. A continuación se muestran algunos de los mecanismos de implicación de los líderes con los Clientes, **fig. 1c1**.

- **Relación directa.** Los líderes, a través del contacto con los clientes identifican sus necesidades y se implican en las mejoras. Todos los líderes están implicados en estas acciones, en la mayor parte de los casos a través de la prestación de asistencia sanitaria.
- **Quejas y Reclamaciones.** El Servicio de Atención al Paciente y Usuario, SAPU, gestiona las quejas y reclamaciones, las cuales nos permiten identificar áreas de mejora **crit. 5e y 6b**. La queja o reclamación se hace llegar al responsable del Servicio o Unidad para su conocimiento y valoración.
- **Asociaciones de pacientes.** Los líderes mantienen reuniones periódicas con las asociaciones de pacientes.

Figura 1c1. Implicación de los líderes con los clientes

MECANISMO DE RELACION	PAPEL DE LOS LIDERES	LIDERES IMPLICADOS
Contacto directo con usuarios y familiares	Escuchar necesidades Participar en equipos Proponer Alternativas Tomar decisiones sobre medios y recursos	Todos los líderes del HPZ
Encuestas clientes (usuarios y familiares)	Evaluar Resultados Identificar Mejorar	CD y líderes asistenciales
Quejas, reclamaciones, sugerencias	Analizar las quejas y Reclamaciones Reunirse con usuarios Responder a las reclamaciones Derivar las quejas a los Servicios correspondientes	DG, DM y Líderes asistenciales
Relación con Asociaciones de clientes	Mantenimiento de reuniones periódicas con asociaciones de pacientes	DM y Líderes Asistenciales

Fruto de esta relación se han ido introduciendo numerosas mejoras a lo largo del tiempo como la elaboración de un manual de acogida a pacientes; la protocolización de detección de consumo de tóxicos o la creación de nuevos programas asistenciales alternativos a la hospitalización completa.

Figura 1c2. Implicación de los líderes con el sistema sanitario

MECANISMO RELACIÓN	Papel de los líderes	
Departamento de Sanidad	Grupos de trabajo	La CD participa en comisiones asesoras; ejm. DG y Jefe del Servicio de la UGC de Rehabilitación participan en el Plan de Salud Mental de Euskadi, Dtr.Médico en el diseño del Programa de Tratamiento de trastornos de la alimentación, etc.
	Contrato Programa	El ED mantiene reuniones periódicas con el Departamento de Sanidad para la negociación, comunicación y seguimiento del Contrato Programa
Dirección General de Osakidetza	Contacto con Organización Central	El ED mantiene reuniones para la negociación de las inversiones estratégicas y la aprobación de los presupuestos de explotación, reuniéndose, además, cuatrimestralmente para realizar el control de gestión y sus ajustes pertinentes. Dos líderes del HPZ, participaron durante el 2003 activamente en la redacción del Plan Estratégico de Salud Mental 2004-2008.
	Colaboración con grupos de trabajo para la mejora general del sistema	Participación activa del DG y Coordinadora de Calidad en programas impulsados por la Subdirección de Calidad. Colaboración y cesión de locales con el Servicio de Formación Continuada de Osakidetza. Participación de 3 Líderes (Dtor. Médico, Jefe UGC Rehabilitación e Informático) en el desarrollo del Programa Informático E-Osabide (Ver 4c)
	Participación en los tribunales de la OPE	Desde 1997 participación continuada de varios líderes en los Tribunales de la OPE, como vocal, secretarios, vicepresidente y presidente
Relación con los profesionales de otros Hospitales y CSM	Unidades de Agudos de Hospitales Generales y Centros de Salud Mental (CSM)	Estas relaciones aseguran la continuidad de cuidados al usuario. La Dirección Médica y Jefes de Servicio de las unidades de Hospitalización establecen acuerdos de derivación de pacientes y desarrollan reuniones periódicas según las nuevas necesidades. (Ver 5d)
	Hospitales de larga estancia y estructuras intermedias concertadas	El Jefe de Servicio de la UGC de Rehabilitación del HPZ participa en la Comisión de Larga Estancia y Estructuras Intermedias que lidera la Dirección de Salud Mental Extrahospitalaria, que analiza la idoneidad de la derivación de los pacientes

Sistema Sanitario

La implicación de los líderes se centra en la detección de necesidades, la generación de acuerdos que permitan dar respuesta a dichas necesidades y el seguimiento de dichos acuerdos, **crit. 4a** Una muestra de la efectividad de la actuación de los líderes en este campo son los continuos requerimientos por parte del Departamento de Sanidad y Osakidetza solicitando nuestra colaboración para el desarrollo de mejoras en el campo de la atención mental y la gestión hospitalaria. La **fig.1c2** muestra los mecanismos de relación de los líderes con el sistema sanitario.

Proveedores

Con la finalidad de dar respuesta a la estrategia dirigida hacia el equilibrio financiero, que se despliega en la búsqueda de mecanismos que garanticen una utilización eficiente de todos los recursos, el HPZ trabaja desde la optimización de sus relaciones con los proveedores, lo cual se traduce en la creación de alianzas mutuamente beneficiosas. En los **critérios 4a, 4b y 4c**, se muestra la sistemática de gestión de las relaciones con los proveedores, en las que participan los miembros de la CD, así como otros líderes asistenciales, Jefes de Servicio, principalmente. La efectividad del liderazgo en este ámbito se revisa basándose en los resultados obtenidos en las colaboraciones como la obtención de ayudas para la organización de jornadas técnicas y realización de ensayos clínicos, ajuste de precios, desarrollo de nuevos proyectos, etc.

Sociedad

El HPZ ha definido en su política y estrategia que su gestión

en el ámbito de la Sociedad se articula en torno al compromiso con el entorno, la educación y el medio ambiente. En este sentido, la totalidad de los líderes están implicados a diferentes niveles. En lo que al entorno se refiere se mantienen contactos por parte de distintos líderes con los departamentos de Bienestar Social y Transportes de la DFB para facilitar el acceso al hospital, fruto de la cual fue la creación de una parada propia de una línea de Bizkaibus, la participación en jornadas de rehabilitación, acuerdos con el Instituto Tutelar, etc. y con el Ayuntamiento de Zamudio y otros ayuntamientos del entorno. En relación con el compromiso con la educación los líderes del HPZ intervienen como miembros activos de diferentes comisiones y grupos de trabajo tanto del Ministerio de Educación, el Departamento de Educación del Gobierno Vasco y diferentes Universidades, **crit. 4a**. Todas estas intervenciones están centradas en el desarrollo de programas y mejoras en los planes de formación relacionados con la Salud Mental. Fi-

algunas de estas actuaciones. Además, 4 líderes son miembros del Club de Evaluadores de Euskalit, actuando 2 de ellos como seniors. Asimismo, el HPZ cedió, a solicitud de Euskalit, la memoria con la que obtuvo la Q Plata en 2004 para que sirviese de herramienta en el reciclaje de evaluadores del año 2005.

Dar reconocimiento a personas y equipos de los grupos de interés externos, por su contribución a los resultados de la organización, por su fidelidad

El HPZ reconoce de manera sistemática a sus grupos de interés externo. Así, el DG envía una carta personal a las organizaciones y personas que se han hecho merecedoras de dicho reconocimiento. Por ejemplo, aquellos ponentes que han participado en jornadas del Hospital, las entidades que anualmente colaboran con el HPZ en el patrocinio de jornadas lúdi-

Figura 1c3. Ejemplos de Difusión de la Cultura de Calidad

AÑO	TEMA Y LUGAR DE CELEBRACION	LIDERES QUE PARTICIPAN
2004	Seminario “Macro hospitais psiquiátricos – Estratégias de desinstitucionalizaçao”, organizado por el Instituto de Psiquiatría de Río de Janeiro. Cooperación entre los Ministerios de Sanidad de los gobiernos de España y Brasil	D. Médico
	Ponencia en el I Congreso Nacional “La Salud Mental es Cosa de Todos”: Calidad, gestión clínica y asistencia a la enfermedad mental severa.	Jefe UGCR
2005	Procesos e indicadores. Experiencia práctica en entidades sanitarias II Simposium Internacional. SEQC.	Gestor Proceso Análisis Clínicos
	Formación en el Modelo EFQM: Complejo Hospitalario, hospital general y hospital psiquiátrico de SALT	D. Gerente
	Jornada gestión por procesos. Presentación certificación con la norma ISO 9000 del Proceso de Hospitalización de la UGCR. Servicio Riojano de Salud.	Jefe UGCR
	Ponencia en Mesa Redonda: Gestión de la calidad. XIII Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial.	Jefe UGCR
2006	Conferencia “El modelo EFAM en la organización de los Servicios de Salud Mental”. Curso de gestión organizado por el Instituto Psiquiátrico José Germain. Servicio Regional de Salud de la Comunidad de Madrid.	D. Médico
	Ponencia “Cómo evidenciar la gestión de la mejora continua en procesos certificados según la Norma ISO 9001:2000. Un modelo de informe de revisión de resultados”. Euskalit. Semana Europea de la Calidad	C. Calidad
	“Calidad Asistencia y Salud Mental” organizado por la Consejería de Sanidad de Castilla-La Mancha abordando la implantación en su red de salud mental del Modelo EFQM	D. Gerente
	1ª Jornada de Calidad organizada por la Consejería de Sanidad de Aragón sobre implantación del modelo EFQM.	D. Gerente

nalmente, el compromiso medioambiental se realiza a través del desarrollo del propio Plan de Gestión del HPZ, habiendo impulsado los líderes medidas como la realización del diagnóstico Ekoskan o la repoblación forestal del entorno del hospital.

Fomentar y apoyar la Excelencia fuera de la organización participando, por ejemplo, en conferencias, seminarios o asociaciones profesionales

Los líderes del HPZ están comprometidos de manera firme con la difusión de la cultura de la Excelencia y la Calidad a los grupos de interés externo. A título de ejemplo baste reseñar que, en los últimos tres años, más de 10 líderes del hospital han participado en cerca de 50 actos, tanto en Euskadi como en el resto del Estado, para difundir la excelencia y las mejores prácticas en la gestión hospitalaria. La **fig. 1c3** muestra

cas para los usuarios, etc. Existe, asimismo, un reconocimiento anual a los proveedores destacados por su colaboración con el Hospital para jornadas científicas consistente en una carta y envío de un documento resumen de las jornadas.

La revisión de la efectividad de la implicación de los líderes del HPZ se lleva a cabo a través de los resultados de las encuestas de satisfacción, la consecución de los objetivos estratégicos y los resultados de la autoevaluación EFQM.

1d. Los líderes refuerzan una cultura de Excelencia entre las personas de la organización

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

Los Valores del HPZ, el sistema de gestión EFQM, los objetivos de la perspectiva de personas, y el proceso de gestión de las personas, son los elementos que promueven y posibilitan la participación de las personas. La CD cree que la mejor manera de motivar y reconocer a las personas es darles la posibilidad de que conozcan y participen en el desarrollo y consecución de los objetivos del HPZ. La implicación de los líderes para reforzar esta cultura, así como los diferentes sistemas para apoyar, motivar y reconocer a las personas aparecen descritos en la **fig. 1d1**.

Como resultado del aprendizaje interno, y de la realización de actividades de mejores prácticas con otros centros de Osakidetza, se han ido introduciendo mejoras. El DG envía por correo al 100% de las personas un documento abreviado del Plan Estratégico para facilitar su difusión y comprensión. Asimismo, está estructurada una sistemática de reuniones tanto para la elaboración, como para la difusión de los PE y PG, en

2007, y el grado de cumplimiento de objetivos.

Ser accesible y escuchar de manera activa

Desde que el HPZ adoptó el modelo de gestión EFQM, el DG promovió una cultura que favoreciera la comunicación y el entendimiento entre todas las personas. Para ello se han establecido numerosos canales de comunicación, **crit. 3d**, y los líderes se han implicado de forma activa. La accesibilidad se propicia a través de una política de puertas abiertas y, dada la naturaleza de la actividad desarrollada por el HPZ, la presencia de los líderes en el trabajo diario garantiza el contacto y la comunicación. Tanto el DM, como los líderes asistenciales mantienen reuniones diarias, semanales y mensuales con sus equipos de trabajo, etc. lo que refuerza dicha accesibilidad. Asimismo, cualquier persona del HPZ tiene acceso al DG cursando su solicitud a la secretaría de gerencia, siendo atendida dicha petición antes de 48 horas.

Figura 1d1. Comunicación de los líderes de la M-V-V, PE y seguimiento del mismo

Elementos a Comunicar	Líderes Implicados	Metodología empleada
PE: Misión, Visión y Valores; Análisis DAFO; Estrategias y objetivos	Dtor. Gerente	El PE es presentado por el Dtor. Gerente al 100% de los líderes en reunión "ad hoc" Todo el personal recibe el documento del PE con una carta personalizada del Dtor. Gerente.
	Líderes de procesos	-Los líderes de los procesos difunden la M-V-V a sus equipos en reuniones de presentación del PE y dan ejemplo sobre los mismos: participación en equipos de mejora, en procesos, autoevaluaciones, formación, etc. -Anualmente, en la presentación de los PG repiten la difusión de M-V-V y Objetivos Estratégicos
Contrato Programa (CP)	Dtor. Gerente Dtor. Médico	-Comunicación a las unidades asistenciales de los resultados de la negociación del CP con el Dpto. de Sanidad -Reuniones periódicas con líderes asistenciales para el seguimiento de los objetivos del CP
	Líderes de procesos	Los líderes de procesos se implican en la consecución de los objetivos del CP y en la comunicación a las personas de su unidad
Plan de Gestión (PG) y Cuadros de Mando	Dtor. Gerente Dtor. Médico	-Convocan reuniones con cada líder de procesos asistenciales (y no asistenciales) para presentar el PG del HPZ y consensuar el despliegue hacia el proceso, con la aportación de las oportunidades de mejora detectadas desde el propio proceso. -Firman el PG con el proceso asistencial y establecen los objetivos del Cuadro de Mando -Presentan el PG en las unidades asistenciales junto con sus líderes
	Líderes de procesos	Divulgan entre todas las personas de sus unidades el PG consensuado con la dirección y los objetivos del Cuadro de Mando en reuniones "ad hoc"
Seguimiento del PG	El ED y los líderes de procesos y equipos, realizan el seguimiento del PG y Cuadros de Mando mensualmente, estableciendo medidas correctoras en caso de desviación	
Gestión de Procesos	El ED y los líderes de procesos, coordinan y participan en el diseño de los procesos, realizan su seguimiento y evaluación conforme a los objetivos marcados en el PG y Cuadros de Mando; priorizan, dirigen, aportan recursos, coordinan y participan en el establecimiento de mejoras. Los líderes participan directamente de los mecanismos explícitos de mejora a través de comisiones clínicas y no clínicas y grupos de trabajo y mejora.	
Evaluación del PG	La evaluación final de los planes se realiza por parte del ED y líderes y se recoge en un documento para la comunicación a las personas y servir de base para el establecimiento del nuevo plan.	

la que se ha ido incrementando el número de reuniones y número de líderes participantes, dando un mayor protagonismo a los líderes de los procesos, en la comunicación de las estrategias del HPZ a sus unidades de trabajo. También se ha mejorado la comunicación de los resultados gracias a los Cuadros de Mando, que son facilitados con carácter mensual a los líderes, siendo cada vez mayor el número de personas con acceso a los mismos. La revisión de la efectividad se mide a través de la encuesta de personas donde el ítem "conocimiento de las estrategias y objetivos" ha pasado de 2,7 en 2001 a 3,3 en

La efectividad del enfoque de accesibilidad se mide a través del resultado de algunos ítems de las encuestas de personas. Así por ejemplo, la valoración a la pregunta sobre "Tu mando directo trata con el equipo los proyectos y cuestiones que afectan a la unidad y propicia la aportación de propuestas y sugerencias", ha pasado de 2,9 en 2001 a 3,4 en 2007. Sobre si "Consideras que las sugerencias y aportaciones que realizas para la mejora de la unidad son adecuadamente escuchadas y consideradas", ha pasado de 2,6 en 2001 a 3,1 en 2007.

Ayudar y apoyar a las personas para hacer realidad sus planes, objetivos y metas.

Los líderes del HPZ han definido e implantado una serie de mecanismos que persiguen la implicación y la participación de las personas de la organización. Entre estos mecanismos se encuentran la gestión por procesos, equipos de mejora, el despliegue de la formación y la promoción de sistemas certificados de calidad. El sistema de gestión adoptado por el HPZ desplegado a través de la gestión por procesos conlleva que la implicación y la participación en la gestión del hospital sean condiciones importantes para el desarrollo del trabajo en el mismo. Por ello en el HPZ se piensa que la mejor manera de motivar y reconocer a las personas, es darles la posibilidad de que participen en la toma de decisiones que afectan a la gestión y por ende a su trabajo, **crit. 3e**.

Fruto de la reflexión de la CD y de la evaluación externa del 2004, durante 2005 y 2006 el HPZ ha incrementado los recursos económicos de tiempo y de formación dirigidos a apoyar a las personas para hacer realidad sus planes, objetivos y metas. Para ello se han organizado y financiado cursos dirigidos al incremento de las competencias y al cumplimiento de objetivos profesionales de los diferentes líderes, como por ejemplo formación en 5S, cursos de gestión sanitaria, así como la facilitación de la asistencia a numerosos foros y congresos. La revisión de la efectividad de todas estas iniciativas se mide a través de la encuesta de satisfacción de personas, **crit. 7**.

Sistema de reconocimiento a las personas

El HPZ reconoce la contribución y el esfuerzo de las personas de la organización a través de diferentes mecanismos, **crit 3e**. En un principio sólo se llevaba a cabo un reconocimiento informal. A partir de 2001, resultado de la encuesta de personas, las autoevaluaciones y la mejora de los procesos, se han ido introduciendo diferentes mejoras tal y como muestra la **fig.1d2**. Dado que el HPZ, es un Centro Público, tanto en sus contrataciones como en sus promociones, sigue las directrices marcadas por Osakidetza, si bien con objeto de apoyar la política de participación y liderazgo fomentada por el HPZ, tanto para la promoción interna como la selección externa, el Hospital hace uso de la opción de realizar determinadas contrataciones y/o selecciones de personal en puestos de liderazgo, propietario de proceso, supervisores de enfermería, coordinador de calidad, etc. en línea con la definición realizada, **crit 1a**.

La revisión de la efectividad del reconocimiento se mide por la encuesta de personas donde el ítem "reconocimiento interno" ha pasado de 2,5 en 2001 a 3,1 en 2007. De igual manera la satisfacción con la "igualdad de oportunidades y posibilidades de promoción" ha evolucionado de 2,4 en 2001 a 2,8 en 2007.

1e. Los líderes definen e impulsan el cambio en la organización

Comprender los fenómenos internos y externos que impulsan el cambio

La CD utiliza las fuentes de información descritas en los **crit. 2a y 2b** para estar alerta y poder realizar los cambios organizativos, que redunden en una mejor atención sanitaria, y, por tanto, en la satisfacción de los clientes y de los trabajadores.

El seguimiento y análisis de estas fuentes permiten que los líderes lleven a cabo aquellas acciones de mejora que realmente supongan cambios en la organización. La selección de los cambios a implantar se realizan teniendo en cuenta los niveles de satisfacción de los grupos de interés y las directrices provenientes del Departamento de Sanidad y de Osakidetza. La gestión del cambio se realiza según el modelo que recoge la **fig 1e1**.

Figura 1e1. Modelo de Gestión del Cambio

Revisión Desarrollo de Planes de Mejora	Enfoque <ul style="list-style-type: none"> • Análisis de la Situación • Identificación de Oportunidades o Necesidades de Cambio • Establecimiento de Objetivos Estratégicos y Planes de Acción
Evaluación Control y Seguimiento del grado de cumplimiento de Objetivos Autoevaluación Encuestas de Satisfacción	Despliegue <ul style="list-style-type: none"> • Comunicación de los cambios a introducir • Ejecución de los Planes de Acción a través de los procesos

La sanidad es un servicio que está en continua adaptación a las necesidades de los pacientes, y de aquí que para mejorar la eficacia de lo que hacemos y aumentar el nivel de satisfacción de las personas a las que va dirigido el servicio, se produzcan cambios que redunden en una mejor asistencia. Estos cambios son de dos tipos:

Cambio organizativo: Están orientados a las necesidades de los clientes y suponen la creación de estructuras o espacios que permitan realizar las actividades de mejora seleccionadas. Un ejemplo de esto lo constituye la creación de los Hospitales de Día en el año 1998 con el fin de permitir que se incrementase el nivel de atención al paciente y evitar reingresos hospitalarios. Los cambios han sido numerosos a lo largo del tiempo como muestra la **fig.1b1**.

Cambio metodológico: La utilización de distintas herramientas y metodologías implican formas de trabajo diferentes. La reflexión estratégica de 1998 y la adopción del Modelo EFQM han constituido el eje para los cambios metodológicos en el hospital. Así pasamos de trabajar, únicamente en dirección participativa por objetivos, a implantar un sistema de gestión por procesos. La introducción de todas estas metodologías ha potenciado la implicación y participación de las personas a través de equipos de procesos, grupos de mejora, etc.

Ambos cambios, organizativo y metodológico, van paralelos. En la mayoría de las ocasiones la introducción de un cambio organizativo implica un cambio metodológico y viceversa, conformando una sinergia que va redundar en una mayor satisfacción de los grupos de interés. Hasta la implantación del nuevo sistema de gestión, los cambios que se introducían en el HPZ eran responsabilidad exclusiva del DG y del CD. A raíz de la elección del Modelo EFQM como sistema de gestión, son la totalidad de los líderes del Hospital quienes intervienen de forma activa en la gestión del cambio. A partir del seguimiento de los indicadores de resultados **crit. 6, 7, 8 y 9**, los líderes identifican áreas de mejora e impulsan los cambios.

Todos estos cambios suponen una importante inversión económica, tanto en recursos materiales como humanos, ya que implica cambios cualitativos en el diseño de la plantilla junto con formación específica, si es el caso, y la creación de estructuras o espacios que permitan realizar las actividades implantadas.

Figura 1d2. Mejoras de la actuación de los líderes en reconocimiento

REVISIONES Y APRENDIZAJES	Año	Mejoras de reconocimiento
<ul style="list-style-type: none"> • Autoevaluaciones • ESPs • Otros indicadores de rendimiento de personas • Formación (fig.1a2) • Visita al Hospital de Bidasoa (Q Oro, 2003) 		<ul style="list-style-type: none"> • Reconocimiento general: Se divulga la memoria del Hospital a todo el personal, con el objeto de hacer participe a todas las personas de los logros conseguidos. En su introducción, DG agradece el esfuerzo y dedicación por el trabajo bien realizado y logros obtenidos.
	1998	<ul style="list-style-type: none"> • Reconocimiento a la implicación y al rendimiento: mediante la designación de líder de proceso, participación en equipo de reflexión estratégica, participación en equipo de autoevaluación, asistencia a congresos Todos ellos son reconocimientos relativos al desarrollo profesional. • Reconocimiento a la capacidad: posibilidad de desempeñar funciones de superior categoría. Vinculado a la promoción interna.
	2001	<ul style="list-style-type: none"> • Antigüedad: La CD instituyó el reconocimiento a los jubilados del Hospital con obsequio y carta de agradecimiento de servicios prestados. • Canal de reconocimiento: Creación del Boletín Informativo del HPZ, que además de informar de las noticias e hitos fundamentales del trimestre, incluye el reconocimiento a diversos temas: logro de certificaciones, Premio Avedis Donavedian, éxito de los ponentes del HPZ en cursos, congresos, de la colaboración en la elaboración del PE, etc.
	2002	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicación escrita del ED de todos los reconocimientos de clientes u organizaciones que se reciben en el HPZ a las personas o Unidades correspondientes. • Comunicación sistemática, personal y formal por parte del DG de felicitación por la consecución de las certificaciones ISO al 100% de las personas de los procesos certificados. • Celebración colectiva de la obtención del Primer Premio a la mejor memoria de Instituciones Sanitarias del Estado otorgado por la Fundación Avedis Donavedian.
	2003	<ul style="list-style-type: none"> • El Dtr. de Gestión, el Dtr de Enfermería y la Coordinadora de Calidad, con objeto de incorporar mejores prácticas en reconocimiento, realizaron una visita al Hospital del Bidasoa (Q Oro 2003) que sirvió para revisar el sistema de reconocimiento. Dado que la encuesta de clientes esta segmentada, se incorpora la felicitación del Dtr.G. y otros miembros del CD a los colectivos mejor valorados. Por ejemplo, el personal de Limpieza recibió una carta del Dtr.G. y la felicitación personal del Jefe de Servicios Generales por sus buenos resultados, en los que llegaban a superar la media de Osakidetza. • El despliegue de la gestión por procesos, ha conllevado una mayor delegación de poder en las unidades de gestión clínica y propietarios de procesos a través de la elaboración y seguimiento de sus planes de gestión y una mejora en su percepción de reconocimiento, a la pregunta de “en tu unidad se valora y reconoce el trabajo bien hecho” la puntuación es de 2,86, superando la media de Osakidetza.
	2004	<ul style="list-style-type: none"> • Con la resolución de la última OPE, 15 personas han conseguido plaza en diferentes centros de Osakidetza tras pasar muchos años de servicio como interinos en el HPZ. Esta situación ha llevado a la CD a establecer un nuevo procedimiento de reconocimiento consistente en un regalo y una carta del Dtr. Gerente agradeciendo los servicios prestados
	2005	<ul style="list-style-type: none"> • Reconocimiento a todo el personal por la obtención de la Q de Plata en un acto presidido por el Consejero de Sanidad y el representante de la Fundación Vasca para la Calidad, Euskalit. Entrega de Pines a un grupo representativo del personal del Hospital (20 personas) y lunch posterior.
	2006	<ul style="list-style-type: none"> • Además de las felicitaciones por el cumplimiento de objetivos de los diferentes planes de gestión se reconoce a las personas del HPZ tanto formalmente como informalmente (financiación de comidas para los equipos de trabajo tras los logros conseguidos)
2007	<ul style="list-style-type: none"> • Mediante el envío de un pequeño obsequio y la realización de un lunch dirigido a todo el personal se reconoce a las personas del HPZ la obtención del premio Avedis Donabedian a la excelencia en la gestión de psiquiatría y salud mental. 	

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

Los líderes son los encargados de dinamizar y gestionar el desarrollo de los cambios. De esta manera, con el fin de permitir que las personas cuenten con la capacitación suficiente para gestionar los cambios, han diseñado planes de formación que han permitido un aprovechamiento de las capacidades y las oportunidades de promoción dentro de la organización, han potenciado la comunicación interna y han dotado de herramientas como la intranet para difundir el conocimiento, **crit 4e**. De igual manera se ha procedido a la descentralización de la gestión incorporándose a la Unidad de Gestión Clínica de Rehabilitación, Proceso de Media Estancia y Proceso de

Agudos. Por otra parte la certificación ISO de los procesos de Hospitalización y Hospitales de día de UGCR, Farmacia, Laboratorio, Biblioteca y Limpieza, han permitido a sus líderes establecer numerosas mejoras en sus procesos, y sistematizar la forma de trabajar.

Nada de esto hubiese sido posible sin el desarrollo y consolidación de una cultura de calidad total que ha permitido al Hospital introducir numerosos cambios y mejoras en la organización que se muestran a lo largo de esta Memoria. A título de ejemplo podemos destacar que el HPZ ha sido pionero en la red de hospitales de Osakidetza en incorporar la figura de coordinadora de calidad e incluirla en la CD; el primer hospital psiquiátrico de la CAV en la segmentación de la medición de satisfacción de clientes, certificación de procesos asisten-

ciales, etc. Todas estas actuaciones le han merecido obtener la Q de plata en el año 2004 y el premio Avedis Donabedian en el año 2006.

Garantizar la inversión, los recursos y el apoyo necesario para el cambio.

Con el fin de que los cambios y las mejoras identificadas puedan ser llevadas a la práctica, el DG y la CD destinan los recursos y el apoyo necesarios para realizarlos. Una vez desarrollada la primera fase de remodelación del hospital en 2002, en el 2006 hemos comenzado la tercera fase, estando prevista la culminación de las cinco fases en el año 2008. Esto ha supuesto un esfuerzo por parte de los líderes para la consecución de los recursos económicos necesarios que permitan dotar al HPZ de unas instalaciones modernas y adecuadas a su nivel de actividad. Además, se ha procedido a la apertura de un nuevo Hospital de Día en Baracaldo, lo que ha significado una inversión de 827.961,86.euros, y ha permitido duplicar el número de pacientes que son atendidos, independientemente de las excelentes instalaciones con que ha sido dotado. De cara y como apoyo necesario para el cambio se han establecido mejoras en el pabellón de Terapia Ocupacional para la ubicación de un Hospital de Día de Media Estancia de acuerdo con lo establecido en el mencionado proceso.

La seguridad de nuestros pacientes y personal nos ha llevado a efectuar importantes mejoras en los accesos y control de visitas, como por ejemplo la instalación de cámaras de seguridad en 2005, así como una nueva área de admisión y recepción de nuestros clientes.

Medir y revisar la efectividad 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 HPZ 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 clientes y usuarios, encuestas de personas, autoevaluaciones, evaluaciones externas, auditorías, etc.

A raíz de la evaluación externa realizada en 2004 se determinó la necesidad de extender la participación de los líderes en actividades de aprendizaje para identificar oportunidades de cambio y gestionar las mismas. Para dar respuesta a esta necesidad se ha incrementado la formación de los líderes, **crit 1a**, y se ha potenciado la participación en actividades de benchmarking tal y como recoge la **fig 1e2**.

Figura 1e2. Acciones de Benchmarking por parte de los líderes

AÑO	PRACTICA ANALIZADA	INSTITUCIÓN	INTERÉS DE LA PRÁCTICA	MEJORA INTRODUCIDA	LIDERES
2005	Resultados de satisfacción de cliente	Laboratorio – Fundación Jiménez Díaz	Laboratorio certificado (ISO 9001:2000) y de reconocido prestigio	Obtención de datos comparativos, constatando que los resultados del Laboratorio del HPZ son superiores.	Gestor proceso Análisis Clínicos
2006	Gestión Medioambiental	Hospital Santa Marina	Disponen de su SGMA certificado ISO 14.000	Revisión del sistema de residuos y compra de nuevo carro para pilotar su uso	Coordinadora Equipo 5s Gobernanta Calidad
	Jornada sobre medición de gestión de personas	APD	Presentan resultados de un estudio de Benchmarking realizado	Introducción en PG de objetivos e indicadores relacionados con Gestión de Personas.	DG Calidad
	Detección de interacciones y ajuste de dosis de medicación	Farmacia -Hospital de Galdakao	Tratamiento en Access de datos de la aplicación Unidosis	Desarrollo de un sistema de detección de interacciones y ajustes de dosis	Farmacéutica Jefe UGCR
	Programa Zaineri	Hospital de Zaldibar	Similares características de la UME con UGCR	Planificación de la implantación del Zaineri en UGCR	Supervisora UGCR
	Certificación 15.189	Laboratorio Urgencias - Hospital La Paz	Único laboratorio acreditado según 15.189	Valoración de nuevo equipo de Bioquímica	Gestor Proceso Análisis Clínicos
	Sistema Unidosis	Farmacia - Hospital de Basurto	Los carros utilizados se adaptan a las necesidades de UGCR	Planificación de su implantación	Farmacéutica Supervisora UGCR
Gestión de Procesos	Hospital de Zumárraga	Reconocido Role Model en Procesos por la EFQM	Comparación del sistema de gestión por procesos del HPZ y del HZ. Constatación de los beneficios de una herramienta informática para la gestión de los procesos.	DG Calidad	

A group of people in a meeting room, with a large number 2 in the bottom right corner.

MEMORIA PARA LA EVALUACIÓN EXTERNA EFQM

Criterio 2. Política y Estrategia

2

El Hospital de Zamudio gestiona de manera sistemática la Política y Estrategia a través del proceso de Reflexión Estratégica, **fig. 1c1**. A través de este proceso se da respuesta a las necesidades de los grupos de interés definidos. Este proceso permite, contando con la implicación de las personas, definir las estrategias y objetivos, desplegándolos a lo largo de la organización a través de los procesos. Su propietario es el director gerente.

Este proceso es considerado clave, ya que a partir de su gestión se da sentido al desarrollo de la Misión y la consecución de la Visión. Siempre que se inicia el proceso de reflexión estratégica se procede a la revisión de la Misión y la Visión.

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

Efectuar la recogida y análisis de la información

El HPZ ha determinado los grupos de interés y ha identificado las fuentes de información relevantes a partir de las cuales puede definir su política y estrategia. Para cada grupo de interés se ha determinado la información a obtener, así como los procesos responsables de obtenerla.

Clientes. El grupo de interés “clientes” ha sido revisado de forma continua, a través del análisis de la evolución social y cultural, **crit. 5c**. Se ha incluido como cliente a los **familiares** de los **usuarios**, dadas las características de los pacientes, que, en ocasiones, les incapacitan para valerse por sí mismos. Por este motivo, la información obtenida a través de los contactos con familiares, así como a través de las **asociaciones de familiares** resulta de gran interés para el HPZ. Además, es necesario conocer la propia evolución de la tipología de pacientes para orientar los servicios asistenciales.

Personas. La información proveniente de las personas de la organización es clave para la determinación de las políticas de gestión de personas, **crit. 3a**, y para hacer realidad la P&E del HPZ.

Sistema Sanitario. El sistema sanitario es un grupo de interés con gran peso en el HPZ, **crit. 4a**, en cuanto que:

- La Dirección Territorial del **Departamento de Sanidad** actúa como financiadora del HPZ, a través de la negociación del Contrato Programa, donde se estipula la cartera de servicios, la actividad a desarrollar, los objetivos de calidad científico-técnica, los precios y otras condiciones de financiación.
- La Dirección General de Osakidetza actúa como aliada. De ahí que el PE y PG deba ir en línea con las directrices de su PE y su Plan de Calidad. Existen relaciones estables de colaboración con la Subdirección de Calidad de Osakidetza para el desarrollo de iniciativas relacionadas con la Excelencia
- Resulta necesario mantener relaciones fluidas con los Hospitales de larga estancia y estructuras intermedias socio-sanitarias, Centros de Salud Mental (CSMs) y Uni-

dades de Agudos de Psiquiatría de Hospitales Generales, para facilitar la admisión y el alta de nuestros pacientes a través de acuerdos de derivación y garantizar así, la continuidad de sus cuidados.

Proveedores. Se mantienen acuerdos con los principales proveedores, que suministran recursos materiales y/o financieros, para la búsqueda de sinergias: certificaciones ISO, negociación de precios, colaboración en la realización de jornadas y eventos, etc, **crit. 4a**.

Mercado. Con respecto al mercado, el HPZ analiza y recoge la información a través de su participación activa en los grupos de redacción y seguimiento del PE de salud mental 2004 - 2011, así como con la realización de análisis DAFO en la formulación de la reflexión estratégica

Sociedad. El HPZ ha determinado como grupo de interés la Sociedad y los agentes sociales con los que interviene.:

- Educación El HPZ ha establecido estrategias dirigidas al mantenimiento de su **acreditación docente** para médicos, psiquiatras y psicólogos clínicos y la apertura hacia nuevos mercados docentes como son la formación postgrado de EIRES (especialidad de psiquiatría para enfermería), y programas de Máster con las Universidades de Deusto y UPV, pregrado de trabajadores sociales, técnicos de laboratorio y becarios de Euskalit. Es el único hospital público monográfico de psiquiatría de la CAV que mantiene la acreditación docente.
- La actividad socio-sanitaria del HPZ nos obliga a mantener relaciones con el **Departamento de Bienestar de la DFB**, así como con las áreas de Bienestar Social de los ayuntamientos de nuestras zonas de influencia.

Además también se consideran grupos de interés entidades con las que se establecen relaciones para el desarrollo de temas medioambientales: Ihobe, Departamento de Medio Ambiente de la DFB, etc, e iniciativas relacionadas con la excelencia como por ejemplo Euskalit.

La **fig. 2a1** muestra las fuentes de información relevantes utilizadas para cada uno de los grupos de interés.

Para la elaboración del 3er PE hemos incorporado en los grupos de trabajo a la asociación de familiares, Gerente de Salud Mental Extrahospitalaria de Bizkaia y los jefes de servicio de las unidades de agudos de psiquiatría de los hospitales de Cruces y Basurto, con el fin de equilibrar las necesidades y expectativas de todos los grupos de interés, así como alinear nuestras estrategias con las de nuestros aliados. Además de las reuniones que mantenemos con los diferentes grupos de interés, **crit. 4a**, en la organización de jornadas que con carácter anual celebramos en el Palacio Euskalduna incluimos en las diferentes mesas de ponencias a representantes de pacientes, familiares, hospitales psiquiátricos de larga estancia y jefes de servicio tanto de nuestra CAV como del resto del estado, lo que constituye a su vez una importante fuente de aprendizaje y benchmarking.

La revisión de la efectividad de la información utilizada para la definición de la PE se realiza a través de la consecución de los objetivos estratégicos, las encuestas de satisfacción, los indicadores de rendimiento y las autoevaluaciones. Fruto de ello se han incorporado numerosas mejoras a lo largo del tiempo en la gestión de las fuentes de información, **fig. 2a2**.

Figura 2a1. Fuentes de información utilizada por grupos de interés:

Información relativa a		Fuentes de información	Proceso
Clientes	Usuarios y Familiares	<ul style="list-style-type: none"> • Contacto directo con usuarios y familiares • Encuestas satisfacción pacientes (ESC) • Encuestas satisfacción familiares (ESF) • Sugerencias y reclamaciones • Asociaciones de familiares: Reuniones periódicas y participación en foros conjuntos 	<ul style="list-style-type: none"> • Procesos Operativos Claves • Grupos de Interés
Personas	Personal del HPZ	<ul style="list-style-type: none"> • Reuniones de negociación de los Planes de Gestión de los Procesos • Encuesta de satisfacción de las personas (ESP) • Contacto directo con las personas • Participación en equipos de mejora, procesos, etc. • Sugerencias, quejas y reclamaciones • Contactos con representantes sociales y sindicales 	<ul style="list-style-type: none"> • Gestión de Recursos humanos • Grupos de Interés • Gestión Administrativa de Personal
Sistema Sanitario	Unidades de agudos de psiquiatría de Hospitales Generales	<ul style="list-style-type: none"> • Reuniones de planificación de recursos • Informes comparativos de resultados de las Encuestas de Satisfacción de Usuarios de la Subdirección de Calidad de Osakidetza • Informes de resultados de rendimiento 	<ul style="list-style-type: none"> • Calidad Asistencial • Procesos operativos Claves • Grupos de Interés
	Centros de Salud Mental (CSM)	<ul style="list-style-type: none"> • Memorias anuales (Datos demográficos, indicadores de rendimiento, datos de incidencia y prevalencia y epidemiología de enfermedades mentales...) • Reuniones de planificación de recursos con la gerencia de Salud Mental Extrahospitalaria de Bizkaia 	<ul style="list-style-type: none"> • Calidad Asistencial • Procesos operativos Claves
	Hospitales de Larga estancia y estructuras intermedias	<ul style="list-style-type: none"> • Comisión Territorial de Larga Estancia y Estructuras Intermedias, para la planificación de derivaciones de pacientes a plazas de larga estancia (hospitalización, pisos de acogida...) 	<ul style="list-style-type: none"> • Proceso operativos Claves
	Departamento de Sanidad	<ul style="list-style-type: none"> • Comisiones asesoras para el Plan de Salud de la CAV • Previsión de ingresos de explotación • Análisis del Contrato Programa (compromisos de actividad, financiación y calidad) • Normativa jurídica del Departamento (Ley de Ordenación de Euskadi, Plan de Salud, Estatutos Sociales, Normativa de Salud Pública, etc) 	<ul style="list-style-type: none"> • Calidad Asistencial • Gestión Económico financiera • Gestión de Recursos Humanos
	Dirección general de Osakidetza	<ul style="list-style-type: none"> • Reuniones para la negociación de inversiones estratégicas y los Presupuestos de Explotación • Cuadro de Mando Asistencial • Informes de la dirección General de Osakidetza 	<ul style="list-style-type: none"> • Gestión Económico-financiera • Calidad Asistencial
	Subdirección de Calidad de Osakidetza	<ul style="list-style-type: none"> • Participación en grupos de trabajo con la Subdirección de Calidad • Plan de Calidad Osakidetza • Informes comparativos de resultados 	<ul style="list-style-type: none"> • Grupos de Interés • Calidad Asistencial
Proveedores	Industria farmacéutica	<ul style="list-style-type: none"> • Análisis de Consumos, publicaciones sobre medicamentos, análisis coste-efectividad de medicamentos • Análisis de precios • Sinergias en Calidad 	<ul style="list-style-type: none"> • Grupos de interés • Gestión Económico-Financiera • Calidad Asistencial
	Restauradores		
	Otros		
Sociedad	Entidades educativas, de gestión, etc.	<ul style="list-style-type: none"> • Manual de Acreditación Docente • Reuniones con Instituciones Públicas 	<ul style="list-style-type: none"> • Docencia • Grupos de interés
	Entorno: Admón. Pública	<ul style="list-style-type: none"> • Convenios • Encuesta de Sociedad • Normativa Medioambiental • Normativa de Salud Pública 	<ul style="list-style-type: none"> • Grupos de Interés
	Medio Ambiente: IHO-BE, Dpto. Gobierno Vasco y DFB	<ul style="list-style-type: none"> • Informe comparativo EKOSCAN 	<ul style="list-style-type: none"> • Gestión Medioambiental

Figura 2a2. Mejoras en la gestión de fuentes de información

REVISIÓN y APRENDIZAJE	Mejora
<p>Revisiones</p> <ul style="list-style-type: none"> • PE (98-01y 02-06) • PG anuales • Análisis de los resultados de las ESP, ESC, ESF, ESS • Quejas y reclamaciones • 4 Autoevaluaciones • Cambios en el sistema sanitario (Plan de Salud, LOSE, PE) • Reuniones con los distintos grupos de interés. <p>Aprendizaje:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formación en planificación estratégica • Consultoría externa • Participación en evaluaciones externas, lectura de memorias excelentes • Normativa y orientaciones del Departamento de Sanidad y Osakidetza • Formación en encuestas y grupos focales • Realización de actividades de benchmarking 	<ul style="list-style-type: none"> • Incorporación sistemática y consecutiva de nuevos grupos de interés: los familiares, los de medio ambiente, los proveedores, las asociaciones de clientes, sanitarios, los de calidad, educación, los del entorno. • La identificación de los grupos de interés provoca la incorporación sucesiva de nuevas fuentes de información: ESC, ESF, ESP, etc. • Despliegue de la gestión por procesos con sus grupos de interés mejor definidos • Incorporación y/o mejora de procesos relacionados con la obtención y gestión de los datos de los grupos de interés: <ul style="list-style-type: none"> o Proceso “grupo de interés”, “Gestión de Recursos Humanos”, “Benchmarking”, etc. o Modificaciones del Mapa de procesos y revisión de los grupos de interés. o Incorporación del SAPU en 1999 para captar y satisfacer mejor las necesidades y expectativas de los clientes. • Revisión de grupo de interés “usuario”: o Implantaciones de UGCR y hospitales de día para la satisfacción de nuevas necesidades de pacientes con enfermedades mentales de uso crónico o Elaboración de nuevas guías de prácticas clínicas para la atención de nuevas tipologías de pacientes: ejm. “elaboración de Normas ante el consumo de tóxicos”. • Participación en los equipos de mejora de los grupos de interés afectados • Colaboración con proveedores certificados • Convenios con diferentes agentes sociales, incorporan nuevos grupos de interés • Despliegue de los planes de gestión a procesos con retroalimentación de las personas y revisión de los grupos de interés a los que afecta • Grupos de trabajo y comisiones para realizar un feedback con los profesionales: ejm. Reuniones diarias después del cambio de guardia; quincenales con los líderes de los procesos operativos; reuniones trimestrales del director gerente con los líderes, etc.

2b. La política y estrategia se basa en la información de los indicadores de rendimiento, la investigación, el aprendizaje y las actividades externas.

Analizar la información de los indicadores internos de rendimiento.

El HPZ dispone de una amplia batería de indicadores de rendimiento, de los cuales los más significativos se muestran a lo largo de esta Memoria. A través del análisis y la gestión de estos indicadores, el hospital extrae la información necesaria de rendimiento que le sirve de base para la formulación de la PE.

Los cuadros de mando se elaboran de manera que reflejen los indicadores de actividad, calidad y rendimiento de los diferentes procesos con cuadros comparativos de ejercicios anteriores. Estos cuadros recogen los datos de todas las unidades de producción y se desglosan según el tipo de actividad realizada. El responsable del proceso de Controlling,

a través del sistema de información integral, recoge y valida los datos, elaborando los cuadros de mando mensuales. Esta información se distribuye a los líderes de los procesos y es analizada mensualmente por la CD con el fin de detectar desviaciones, tener en cuenta nuevas necesidades y establecer acciones correctoras en los planes de acción. En función de ello se realiza el control de ajuste del plan de gestión y el seguimiento del CP.

El desarrollo conseguido en los sistemas de información en los últimos años permite la disponibilidad a tiempo real de la información relativa a la actividad de los servicios lo que facilita la toma de decisiones. Coincidiendo con la revisión del PE cada cuatro años y los ajustes anuales a que pudiera dar lugar; la elaboración del Plan de Gestión, y la realización de la autoevaluación, se comprueba si la información disponible es la relevante y suficiente para gestionar el sistema de planificación.

La **fig. 2b1** muestra los indicadores de rendimiento utilizado, así como otras fuentes de información necesarias para la formulación de nuestra PE.

La revisión de la efectividad de los indicadores de rendimiento se lleva a cabo de manera sistemática mediante el grado de cumplimiento tanto de los objetivos estratégicos, como de los equipos de proceso. Fruto de esta revisión y del despliegue en la gestión de procesos se han ido incorporando nuevos indicadores relacionados con los procesos como demora media ingreso, % de reingresos, indicadores medioambientales, etc. lo que ha traído consigo la mejora en los sistemas de información para asegurarnos de su gestión.

Asimismo, el sistema de recogida de información para la Planificación Estratégica ha ido mejorando conforme Osakidetza ha ido creando programas de redes integradas (AS-400, Aldabide, Gizabide, E-Osabide, etc), **crit 4d y 4e**. La agencia de evaluación de tecnología sanitaria del Departamento de Sanidad (Osteba) es utilizada como importante fuente de información para valorar la gestión del conocimiento y la medicina basada en la evidencia a través de sus publicaciones periódicas en las que se analizan tecnologías y tratamientos debidamente contrastados.

Analizar el rendimiento y los datos relativos a la competencia

El HPZ cuenta con diferentes mecanismos que le permiten analizar el rendimiento y los datos de la competencia. Una de las principales fuentes de información para analizar los datos de la competencia ha sido el Plan de Calidad de Osakidetza 2003 – 2007.

A la hora de elaborar el Plan Estratégico, tenemos sistematizado el análisis de la competencia tanto desde el punto de vista de rendimiento asistencial como de aspectos relacionados con la hostelería, confortabilidad, medio ambiente, etc. Dada la diferente cartera de servicios de las diferentes instituciones psiquiátricas estas comparaciones se hacen de modo segmentado, es decir comparando los procesos que tengan objeti-

Figura 2b1. Indicadores de rendimiento, investigación y aprendizaje de las distintas actividades desarrolladas en HPZ

Información relativa a:	Fuente	Proceso / Subproceso	Cuándo	
Indicadores internos de rendimiento:	<ul style="list-style-type: none"> Indicadores de rendimiento asistencial y de calidad científico-técnica (Ver 9) 	<ul style="list-style-type: none"> Cuadros de Mando: Global y por proceso operativo clave 	<ul style="list-style-type: none"> Controlling Procesos Operativos Clave Documentación Clínica Admisión 	<p>Mensual</p> <p>Anual</p>
	<ul style="list-style-type: none"> Indic. económicos y financieros (Ver 9) 	<ul style="list-style-type: none"> Cuadro de Mando: Informe de control de gestión económico-financiera Seguimiento de inversiones 	<ul style="list-style-type: none"> Controlling Gestión económico-financiera Gestión económico-administrativa 	<p>Mensual</p> <p>Anual</p>
	<ul style="list-style-type: none"> Indicadores indirectos de personas (Ver 7b) 	<ul style="list-style-type: none"> Informe mensual de seguimiento IT Seguimiento formación de personas Informes de Salud Laboral Datos de reconocimiento de personas, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> Gestión de RRHH Gestión Administrativa de Personal Salud Laboral 	<p>Mensual</p> <p>Variable y anual</p>
	<ul style="list-style-type: none"> Indicadores indirectos de clientes (Ver 6b) 	<ul style="list-style-type: none"> Sistema de registro de felicitaciones, quejas y reclamaciones de clientes Datos de altas voluntarias y reingresos, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> Grupos de interés Controlling 	<p>Trimestral</p> <p>Mensual</p>
	<ul style="list-style-type: none"> Indicadores de rendimiento medio ambiental(Ver 8b) 	<ul style="list-style-type: none"> Informes de residuos sanitarios Datos de consumos agua, energía, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> Gestión Medioambiental Gestión del Edificio 	<p>Mensual y anual</p>
Evolución Tecnológica	<ul style="list-style-type: none"> Identificación nuevas tecnologías (Farmacológicas, relación médico-paciente, sistemas información, gestión...) Análisis nuevas tecnologías (Ver 4d) 	<ul style="list-style-type: none"> Publicaciones técnicas Osteba Comisiones Autoevaluación EFQM 	<ul style="list-style-type: none"> Farmacia Biblioteca Calidad Asistencial Procesos Operativos Clave Informática 	<p>Variable</p>
Otra información	<ul style="list-style-type: none"> Información económica, demográfica, social, legal... Sociedad (Fig.2a1) Información sobre proveedores y alianzas (Ver 4a, Fig.2a1) 	<ul style="list-style-type: none"> Investigaciones del sector: indicadores demográficos... Informes de la dirección General de Osakidetza Normativa, legislación... Apariciones en prensa y contactos con medios de comunicación 	<ul style="list-style-type: none"> Planificación Estratégica Grupos de Interés 	<p>Variable</p>
Actividades de aprendizaje	<ul style="list-style-type: none"> Prácticas sanitarias y de gestión (nuevas prácticas, modelos "best in class"...) Análisis de modelos y herramientas de gestión para la mejora del rendimiento de la organización Análisis del rendimiento de otras organizaciones de Osakidetza y del Sistema Nacional de Salud 	<ul style="list-style-type: none"> Autoevaluación EFQM Auditorias internas y externas del Sistema de Gestión de Calidad ISO 9001:2000 Equipos de trabajo intra y extrahospitalarios Comisiones Publicaciones: médicas, económicas, de gestión... Benchmarking (Visitas, lecturas de memorias, etc.) Informes comparativos de Osakidetza y Ministerio Sanidad Memorias de otros centros psiquiátricos Cursos de formación, ponencias, jornadas, Sesiones Clínicas Club evaluadores Euskalit Consultorías externas 	<ul style="list-style-type: none"> Planificación Estratégica/Autoevaluación/Benchmarking Gestión de RRHH/Formación Grupos de interés Biblioteca 	<p>Anual y Variable</p>

vos similares. Las fuentes de información son las oficiales de Osakidetza y se dispone también del programa GRD valido solo para los procesos agudos por el que podemos comparar-

nos con las unidades de agudos de psiquiatría tanto de la CAV como del SNS.

Estas comparaciones nos han permitido ajustar nuestros ra-

tios a los estándares de las unidades de los Hospitales. Generales habiendo sido este uno de los principales objetivos estratégicos de nuestro 1er plan. Dado el gran desarrollo de la gestión de procesos de la UGCR estimamos que esta es de referencia para las demás. De igual manera, la participación de algunos de los líderes del HPZ en la elaboración de planes estratégicos para organizaciones sanitarias de fuera de Osakidetza ha servido de fuente de análisis de la competencia.

Analizar los datos relativos a cuestiones sociales, medioambientales, etc.

El HPZ analiza el posible impacto que las normativas legales, sociales y medioambientales pueda tener en la formulación de su política y estrategia. Para ello cuenta con información proveniente del Sistema Nacional de Salud, suscripción a boletines oficiales, prensa especializada, etc. Además, realizamos un intercambio de memorias con centros psiquiátricos de Alicante, Madrid y Canaria, donde podemos percibir tendencias de nuevas actuaciones.

El hecho de pertenecer a Osakidetza nos garantiza el suministro de la información legal y cambios legislativos de aplicación en nuestro sector de actividad.

Fruto de las revisiones de los distintos indicadores de rendimiento, de las autoevaluaciones EFQM y del análisis de resultados de los diferentes planes de gestión durante los años 2005, 2006 y 2007 se ha reestructurado nuestro CM agrupando los distintos indicadores a los objetivos estratégicos y criterios del modelo EFQM. Por ejemplo en el CM se agrupan los indicadores en relación a resultados claves, resultados en clientes, resultados en personas y resultados en alianzas y recursos. Esta información así ordenada nos facilita la recogida de información para elaborar nuestra PE

2c. La Política y Estrategia se desarrolla, revisa y actualiza.

Desarrollar, revisar y actualizar la Política y Estrategia

Como ya se ha reseñado en la introducción de este criterio, el proceso de Reflexión Estratégica, **fig 2c1**, ha sido identificado como un proceso clave del HPZ. Este proceso está liderado por el Dtor G. y participan en su gestión y despliegue toda la CD y los líderes de los procesos clave.

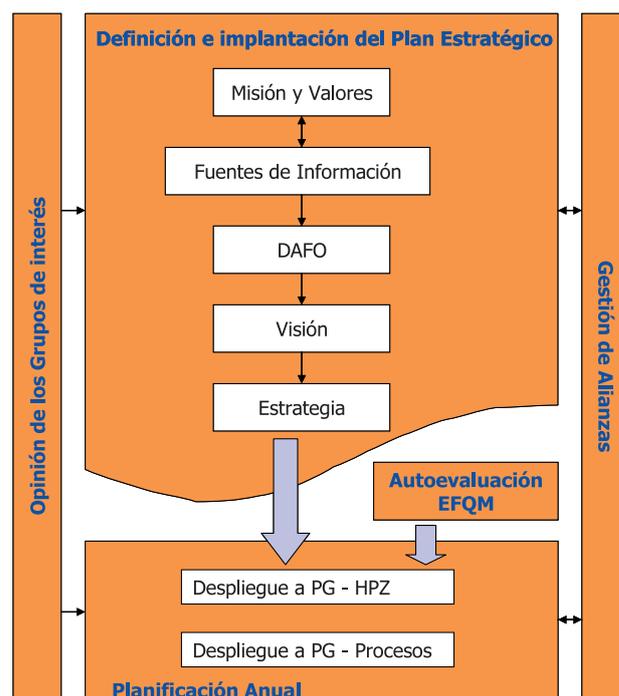
El proceso se inicia con la revisión de la M, V y V de la organización. El equipo del Proceso de Planificación Estratégica analiza las fuentes de información procedentes de cada uno de los grupos de interés, **crit. 2a**, así como de los indicadores de rendimiento, investigación y aprendizaje de las distintas actividades desarrolladas por la Organización **fig.2b1** Posteriormente se realiza un análisis DAFO y se revisa la posición competitiva actual y futura como paso previo para definir las Líneas Estratégicas que permitan desarrollar la Misión y alcanzar la Visión.

El segundo Plan Estratégico, vigente en el momento de redactar esta Memoria, dado que estamos a punto de finalizar la elaboración del PE 2007-2011, contempla líneas estratégicas específicas dirigidas hacia clientes y personas. La mayor parte del grupo de interés denominado sistema sanitario dispone de objetivos estratégicos a partir de las líneas estratégicas denominadas eficiencia y la calidad. Ambas líneas también satisfacen objetivos de los grupos de interés proveedores y sociedad.

Una vez definidas las líneas estratégicas, se definen los objetivos estratégicos y se especifican las principales acciones a realizar, distribuidas en los años de vigencia del PE.

El enfoque de elaboración y despliegue del PE ha sido objeto de numerosas revisiones a lo largo del tiempo. El primer plan estratégico, 1997-2002 fue elaborado por 8 líderes que integraban la CD. El segundo plan estratégico, 2002-2007, contó con la participación de 14 personas que ostentaban distintos niveles de responsabilidad en el HPZ. Para la elaboración del tercer PE, 2007-2011, que estamos a punto de culminar, han intervenido un total de 40 personas de diferentes niveles de la organización.

Figura 2c1. Proceso de Planificación y Gestión de la Estrategia



Estos cambios en el despliegue de la elaboración del PE han sido fruto de las acciones de aprendizaje interno de los líderes, los resultados de la autoevaluación y el apoyo de una consultora externa. La **fig. 2c2** muestra algunas de las mejoras introducidas en el proceso de elaboración del Plan Estratégico.

Figura 2c2. Mejoras en el proceso de elaboración del PE.

PLAN ESTRATEGICO	MEJORAS INTRODUCIDAS
2002-2007	<p>Incremento del número de personas que intervienen en el proceso de reflexión, pasando de 8 a 14.</p> <p>Determinación de LE s específicas para Clientes y Personas.</p>
2007-2011	<p>Incremento del nº de personas que interviene en la reflexión, pasando de 14 a 40</p> <p>Redefinición de la Misión y Visión</p> <p>Participación directa de miembros de grupos de interés en el proceso de reflexión estratégica.</p> <p>Utilización de la herramienta METAPLAN en la elaboración de los DAFO.</p> <p>Elaboración de un Cuadro de Mando Integral en el que se recogen los principales objetivos junto con sus indicadores y metas derivados del Plan Estratégico. Mejora el sistema de control del PE.</p>

Como ya ha quedado reseñado, el hecho de que en el momento de elaborar esta memoria coincida con la finalización de la elaboración del tercer plan estratégico, nos lleva a presentar las estrategias y objetivos del PE 2002-2007, así como los resultados relacionados con su consecución. En el momento de la visita los evaluadores tendrán a su disposición el nuevo cuadro de mando integral surgido del tercer PE, si bien podemos adelantar que muchas de las estrategias y objetivos están en línea con los del segundo plan estratégico.

La **fig. 2c3** muestra las LE s y los objetivos estratégicos del plan 2002-2007.

Figura 2c3. Líneas y objetivos estratégicos 2002-2006

Línea Estratégica	Elementos de la Misión – Visión – Valores	Objetivos estratégicos
PERSONAS	Fomentar el sentido de pertenencia; especialización psiquiátrica para enfermería	Mejora de las condiciones laborales Promoción profesional
	Adaptar la formación del personal a las demandas del servicio	Formación continuada
	Gestión participativa	Aprovechamiento de las capacidades
	La comunicación referida a proyectos, objetivos, proyectos, resultados y características derivadas del modelo integral	Comunicación interna
CLIENTES EXTERNOS	Usuario y familiares eje fundamental de los servicios a prestar; creación de Unidades de Gestión Clínica; gestión por procesos como modelo de funcionamiento; referente de modelos de atención avanzados	Mejora de las condiciones organizativas
	Instalaciones y servicios hosteleros de calidad	Mejora de las condiciones estructurales
EFICIENCIA	Gestión orientada a la búsqueda de la eficacia y la eficiencia	Reducción de costes estructurales Productividad
CALIDAD	Dentro de un modelo de calidad total y gestión de la excelencia, orientado en lo que el Modelo EFQM propone	Gestión de la Excelencia
		Planes de Gestión

Identificar los Factores Críticos de Éxito

La PE del Hospital Psiquiátrico de Zamudio tiene como objetivo ayudar a la consecución de la Visión y el desarrollo de la Misión. Para ello determinamos en el proceso de elaboración de cada PE cuáles son los factores críticos de éxito que nos posibilitan su consecución.

Durante la elaboración del tercer PE, como consecuencia de un área de mejora de la evaluación externa del 2004, hemos decidido identificar los factores críticos de éxito con las líneas estratégicas. Entendemos que el verdadero elemento crítico para desarrollar la M,V es la consecución de las Líneas Estratégicas que nos hemos marcado, dado que, de no hacerlo así, pondríamos en peligro el futuro del Hospital.

Alinear la estrategia de la organización con las de los partners y alianzas

El HPZ tiene como objetivo dar respuesta a las necesidades de sus grupos de interés. En esta línea, tanto el enfoque como el despliegue de la Planificación estratégica tienen por objeto satisfacer dichas necesidades. Esto se asegura mediante el alineamiento de las estrategias y planes del Hospital con las de Osakidetza. Además, a través del Contrato Programa, que tiene carácter anual, se realizan los ajustes necesarios.

Un ejemplo de este alineamiento, es la tracción que ejerce el HPZ sobre algunos de sus proveedores y aliados en la implantación y desarrollo de sistemas de gestión de Calidad.

Evaluar la importancia y eficacia de la política y estrategia.

La evaluación de la efectividad de la política y estrategia del HPZ 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 usuarios, familias, 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 la CD. 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.2c4** muestras algunas de las mejoras introducidas en el proceso de planificación estratégica.

2d. La política y estrategia se comunica y despliega mediante un esquema de procesos clave.

Identificar, diseñar y comunicar el esquema general de procesos clave

Para el HPZ los procesos operativos, a través de los que se desarrollan los servicios asistenciales a los usuarios, y por tanto íntimamente ligados a la razón de ser y a la satisfacción de los clientes del HPZ, siempre se han considerado claves para alcanzar los objetivos y para conseguir la financiación necesaria para la subsistencia del hospital.

Los procesos de la organización han sido revisados de manera sistemática, dando lugar a diversas modificaciones del mapa de procesos hasta llegar al actual, **crit. 5a**. Así, el primer mapa respondió a la necesidad de transformación del antiguo organigrama más vertical y por servicios, a un organigrama que comenzara a responder a la implantación del sistema de gestión por procesos. En este periodo se comenzaron a elaborar los primeros planes de gestión de los servicios asistenciales.

Coincidiendo con la segunda reflexión estratégica, en 2002 se procedió a la redefinición de la Misión y por tanto a un nuevo mapa de proceso y una nueva identificación de los procesos clave, incorporándose, además de los operativos, los estratégicos en tanto en cuanto proporcionaban las directrices para la gestión.

Figura 2c4. Mejoras introducidas en el proceso de planificación estratégica

AÑO	REVISIÓN	APRENDIZAJE	MEJORA
	<ul style="list-style-type: none"> 1er.PE: Equipo: 5 miembros de la CD, más 2 facultativos y 1 ATS Directrices del sistema sanitario: (Osasuna Zainduz, Plan de Salud y Contrato Programa) Análisis de coherencia ante la Dirección General de Osakidetza. La organización central de Osakidetza, establece su PE para el periodo 1998 – 2002. Análisis anual del Contrato Programa. Indicadores de los resultados de los PG anuales Enfoque y despliegue del liderazgo (fig.1a6) Incorporación de Autoevaluaciones 	<ul style="list-style-type: none"> Guía para la elaboración de Planes Estratégicos elaborada por el departamento de Sanidad Consultora Externa para el desarrollo de PE especializada en el sector sanitario. Formación en herramientas de gestión (fig.1a2) 	<ul style="list-style-type: none"> Definición de Misión, Visión y Valores, Grupos de interés y Líneas estratégicas. 7 objetivos estratégicos, 3 FCE y 27 objetivos operativos con sus planes de acción. Nuevos grupos de interés y nuevas fuentes de información.(fig. 2a-b) Se analizan los planes de gestión para que estén en línea con el PE de Osakidetza. Se incorporan nuevas fuentes de información de la revisión de diversos enfoques (fig. 2a-b). Evolución de la organización por servicios a una organización por procesos Mayor participación de las personas en la gestión
2001	<ul style="list-style-type: none"> Reflexión estratégica para la elaboración del PE 2002 – 2006 (Ver 2) 	<ul style="list-style-type: none"> Formación del Dtr. G. y Controller en elaboración y gestión de Cuadros de Mando Utilización de los mecanismos de mejora (fig.1a7) 	<ul style="list-style-type: none"> Ampliación del equipo reflexión Modificación de la Misión, Visión y Valores. Nuevos Grupos de interés y Líneas Estratégicas
2002	<ul style="list-style-type: none"> Plan de Certificaciones ISO 9001:2000 		<ul style="list-style-type: none"> Participación en la Comisión Central de Osakidetza
2003	<ul style="list-style-type: none"> Análisis de coherencia con PE y Plan de Calidad de Osakidetza 		<ul style="list-style-type: none"> Inclusión en el Plan de Gestión 04 de una columna en la que se muestra la relación con los objetivos del Plan de Calidad-Osakidetza
2004	<ul style="list-style-type: none"> Análisis de coherencia con el PE de Salud Mental de Osakidetza. 		<ul style="list-style-type: none"> Creación de grupos de trabajo para el desarrollo del PE de Salud Mental

En 2004, en respuesta al análisis de coherencia del PE, del Plan de Calidad de Osakidetza, de las oportunidades de mejora detectadas en la autoevaluación EFQM, y otras actividades de aprendizaje, la CD aprobó una nueva revisión del mapa de procesos, más acorde con las necesidades de la organización para desarrollar el PE. Como área de mejora y a través del

proceso de Benchmarking, tras analizar las prácticas de organizaciones Excelentes como Irizar, ITP y Hospital del Bidasoa, se elaboró una matriz para la priorización de procesos. En dicha matriz se relacionaba cada proceso con los objetivos estratégicos y se evaluaba el grado de contribución de los procesos a la consecución de dichos objetivos. Ello permitía ali-

Figura 2d1. Procesos clave identificados en el PE 2002-2006

LINEAS ESTRATÉGICAS 2002 - 2006		
	Procesos claves	Principales Logros
• Clientes	<ul style="list-style-type: none"> Planificación y gestión de la estrategia Procesos asistenciales claves 	<ul style="list-style-type: none"> Planes de Gestión de Procesos Asistenciales Planes de gestión de procesos certificados Autoevaluaciones EFQM de de procesos asistenciales
• Personas	<ul style="list-style-type: none"> Planificación y gestión de la estrategia Gestión de Personas 	<ul style="list-style-type: none"> 4 encuestas de satisfacción de personas Plan de Formación Participación en Equipos de Mejora
• Eficiencia	<ul style="list-style-type: none"> Planificación y gestión de la estrategia Gestión Económico – financiera Gestión de procesos clave y apoyo 	<ul style="list-style-type: none"> Equilibrio Financiero Disminución en los tiempos para ingreso Disminución tasa reingreso
• Calidad	<ul style="list-style-type: none"> Planificación y gestión de la estrategia 	<ul style="list-style-type: none"> Gestión por procesos Sistema General de Calidad Autoevaluaciones EFQM Certificaciones ISO 5s Encuestas segmentadas de las mismas Premios Avedis Donabedian (2) Certificado de compromiso de Euskalit Q Plata

near los procesos clave y la PE.

En 2007, coincidiendo con la elaboración del tercer PE, los procesos clave se identificarán a través de una matriz que relaciona los procesos del nuevo mapa con los objetivos de la Visión y los objetivos estratégicos. La **fig. 2d1** muestra los procesos clave identificados en el PE 2002-2006.

Establecer sistemas de información y seguimiento

El despliegue de la PE se realiza a través de la concreción del PE en el Plan de Gestión anual del HPZ y su despliegue a los Planes de Gestión de los Procesos, cuyo seguimiento se realiza a través de los cuadros de mando mensuales y la revisión del cumplimiento de los cronogramas de las actividades programadas.

Para la elaboración del Plan de Gestión anual se utilizan, desde 1998, la revisión del cumplimiento de los objetivos del PG del año anterior y los resultados de la Autoevaluación HPZ, como base para la definición de mejoras a ejecutar en el año y para fijar los objetivos de resultado. Las líneas estratégicas orientan la priorización de oportunidades de mejora.

Hasta 2002 los contenidos del PG estaban estructurados en función de los criterios del Modelo EFQM. En el 2003, una vez revisada la sistemática de priorización de áreas de mejora de la autoevaluación, el plan de gestión se estructuró según una agrupación de áreas de mejora. En 2004 se realizó una nueva revisión de los contenidos del Plan de Gestión para:

- Facilitar la evaluación del grado de avance, a través del establecimiento de metas numéricas para todos los objetivos
- Facilitar el despliegue a los procesos, identificando el proceso sobre el que se despliega el objetivo y el indicador para realizar su seguimiento
- Asegurar la alineación con el Plan de Calidad de Osakidetza, indicando la relación entre los objetivos del PG del HPZ y dicho Plan.
- Evidenciar el impacto de cada objetivo sobre los subcriterios del modelo (para facilitar la autoevaluación del siguiente ciclo).

En 2007, fruto del aprendizaje y la realización de actividades de benchmarking con otros centros de la red de Osakidetza, hemos elaborado un Cuadro de Mando Integral en el que se recogen los principales objetivos junto con sus indicadores y metas derivados del Plan Estratégico. Ello nos permite tener integrados indicadores de la perspectiva de Negocio, Clientes, Personas, así como el rendimiento de la propia actividad. Esta herramienta facilita a la CD evaluar la idoneidad y el grado de cumplimiento de las estrategias definidas.

Seguimiento del progreso

El seguimiento de los planes de gestión para revisar el progreso alcanzado se realiza a través de los cuadros de mando de cada proceso. La CD, analiza con carácter mensual los datos de producción, calidad, gestión de RRHH, resultados económicos-financieros e informes periódicos de los procesos de apoyo, como farmacia, laboratorio, etc. Los cuadros de mando, elaborados por Controlling, muestran las desviaciones sobre las previsiones y los datos acumulados.

Las conclusiones de este análisis dan lugar a ajustes en la actividad de los procesos asistenciales, los cuales son estudiados en conjunto con los líderes de los servicios mediante reuniones de carácter mensual, que mantienen lo directores asistenciales. Además, trimestralmente el Director Gerente preside estas reuniones y se revisa el cumplimiento de las acciones recogidas en los planes de gestión de los procesos. Desde el año 2003, los procesos certificados presentan a la CD un **informe de evaluación** periódica de sus resultados y el grado de avance de su plan de gestión. Este informe pasa a tener un carácter semestral desde 2004. La recogida de indicadores tiene un carácter mensual, por lo que en caso de desviaciones graves la dirección consensúa con el líder del proceso las medidas oportunas rápidamente.

Comunicar la política y estrategia a los grupos de interés.

La revisión de la efectividad de la comunicación de la PE se realiza a través de las encuestas de satisfacción. La efectividad de la comunicación al Departamento de Sanidad y Osakidetza, se mide a través del informe de idoneidad. Los agradecimientos y felicitaciones recibidos por parte de las organizaciones a las que se envía la memoria anual de la organización y los favorables resultados de las encuestas de clientes nos hacen pensar que logramos comunicar efectivamente nuestra PE.

A pesar de que los resultados resultan favorables, y dado que una de las estrategias del HPZ está relacionada con la mejora de la comunicación interna, en los planes de acción relacionados con esta área, se tiene en cuenta la utilización de los canales actuales y futuros para la difusión de la PE. Así, por ejemplo se creó un boletín trimestral que incorporaba noticias referidas al PE o PG. De cara a la comunicación del tercer plan estratégico, estamos abordando la revisión del sistema de comunicación del mismo.

Figura 2d2. Comunicación de la PE a los Grupos de Interés

Personas	Sistema Sanitario	Clientes, Proveedores, Sociedad
<ul style="list-style-type: none"> • A través del sistema habilitado por los líderes para la comunicación de la Misión, Visión Valores y la PE , crit. 1d. • Implicando a través de la gestión: o Participación en la reflexión estratégica, en las autoevaluaciones, en la gestión por procesos, en equipos de mejora. o Reuniones: los líderes de procesos operativos clave realizan reuniones de carácter semanal en los que se evalúan los avances en los planes, dificultades de implantación y en las que se recogen nuevas necesidades detectadas en los grupos de interés • Distribución de documento resumen del PE al 100% de las personas • Realizando el seguimiento de los planes de gestión a través del cuadro de mando global del hospital y de los cuadro de mando de los líderes del proceso 	<ul style="list-style-type: none"> • Entrega de toda la documentación referida a la gestión y resultados del HPZ • Reuniones periódicas bilaterales, en las que se presenta y discute el contenido de las documentaciones. 	<ul style="list-style-type: none"> • Memorias • Reuniones con Instituciones • Reuniones con usuarios y familiares • Reuniones con Asociaciones de Pacientes.
<ul style="list-style-type: none"> • Memoria anual desde 1997: con el PE y PG, los resultados de rendimiento obtenidos con el progreso alcanzado, gestión económica y evaluación del grado de ejecución de los diferentes planes de mejora y donde se adelantan los objetivos a desarrollar en el próximo ejercicio. La cartera de servicios, las ponencias y comunicaciones en diferentes congresos y jornadas, nuestras líneas de investigación, y la actividad del laboratorio de Neuroquímica integrado en nuestro centro. 		

MEMORIA PARA LA EVALUACIÓN EXTERNA EFQM

Criterio 3. Personas

3

3a. Planificación, gestión y mejora de los recursos humanos

Las políticas de recursos humanos del HPZ se encuentran enmarcadas dentro de las políticas generales de Osakidetza. Estas políticas suponen una serie de ámbitos de gestión tales como la selección la remuneración y la promoción. La selección de personal se lleva a cabo a través de una Oferta Pública de Empleo (OPE), regida por los principios de equidad e igualdad; la promoción mediante acuerdos internos y la OPE y, en el caso de las contrataciones temporales, se realizan contratos a través de las listas elaboradas en función de los resultados obtenidos en la OPE. La remuneración de los profesionales viene marcada por el acuerdo de condiciones de trabajo de Osakidetza. Nuestra gestión de recursos humanos se realiza teniendo en cuenta todos estos factores.

Desarrollar las políticas, estrategias y planes de recursos humanos

A partir de la primera formulación de la Misión que establecía “la gestión por procesos el modelo de funcionamiento”, la primera Visión “Contar con un personal cuya formación se adapte a las demandas del servicio definido”, y los Valores obtenemos uno de los elementos fundamentales para el desarrollo del HPZ: las personas. El sistema de gestión del HPZ cuenta con un sistema de Gestión de Personas, **fig. 3 a1**, que ha sido revisado de forma sistemática y que se encuentra alineado con la gestión de personas de Osakidetza y cuyo propietario fue el DG hasta la incorporación en 2006 del nuevo Director de Personal.

Los procesos para la gestión de personas han experimentado cambios a lo largo del tiempo, fruto de las actividades de aprendizaje y análisis de mejores prácticas. En 2002 el HPZ definió un proceso estratégico para la gestión de personas, que supuso el despliegue de objetivos relacionados con los recursos humanos a los procesos asistenciales clave y desde el 2003 también a los procesos certificados. Hasta el año 2005 el proceso de Gestión de Personas estaba considerado como estratégico. Fruto del análisis de la CD y la colaboración con los servicios centrales de Osakidetza, en 2006 se inició la revisión de los procesos de Gestión de Personas. Desde entonces se está diseñando un nuevo proceso que ha pasado a tener la consideración de proceso de apoyo general y que incluye en su alcance a dos procesos dejarían de ser de 1er. nivel (Salud Laboral y Gestión Administrativa de Personas) **fig. 3a1**. Este cambio se encuentra alineado con la revisión sistemática del Mapa de Procesos del HPZ que pretende agrupar los procesos de apoyo general y los estratégicos de cara a facilitar su gestión y alinear sus objetivos con la estrategia del HPZ **crit. 5a**. A pesar del cambio, la planificación de políticas de RRHH queda englobada en el proceso de Planificación Estratégica y estas se despliegan a través del Proceso de Gestión de Personas que incluye la gestión administrativa (contratación, nóminas, etc.), la gestión de la formación, la gestión de la seguridad y salud en el trabajo, la promoción y movilidad, el reconocimiento, etc. De esta manera nos aseguramos la alineación de los objetivos estratégicos establecidos para el campo de las Personas con las acciones y los objetivos de segundo nivel marcados en el ámbito de la gestión de las personas, a través de los diferentes procesos que integran nuestro sistema

Este proceso permite desarrollar todas las labores de planificación de RRHH como planificación de la plantilla, adecuación y reconversión de plazas, etc.. Un ejemplo de la efectividad de la gestión de los procesos relacionados con las perso-

nas, en este caso el de Salud Laboral, lo constituye el hecho de que en 2006 Osakidetza eligiera al HPZ como una de las 4 organizaciones de servicios para trabajar en el proyecto piloto que culminará en 2008 con la certificación OSHAS 18001. Esto permitirá al HPZ ser pionero a nivel estatal en la obtención de esta certificación en el ámbito sanitario.

Figura 3a1. Sistema de Gestión de Personas



La revisión de la efectividad del sistema de Gestión de Personas, y los procesos que lo integran, se realiza a través del control de los indicadores del cuadro de mando y de la encuesta de satisfacción de personas, **crit. 7a**. Asimismo, anualmente, se realiza una revisión completa para introducir las mejoras pertinentes de cara a la elaboración del Plan de Gestión del siguiente ejercicio.

Gestionar la selección, desarrollo de carreras y planes de sucesión

Tanto para asegurar la capacidad de prestación de servicio, como para gestionar con la máxima eficiencia los recursos (teniendo en cuenta que el gasto de personal supone el 85% del presupuesto del Hospital), la planificación de la plantilla constituye uno de los aspectos más importantes de la gestión de RRHH para el HPZ. A partir de las necesidades derivadas de las modificaciones en las cargas de trabajo, modificaciones de patologías, cambios socio-sanitarios y la necesidad de otros perfiles, el proceso de Gestión de Personas, de forma sistemática a medio y largo plazo, establece cuál debe ser la plantilla que deben tener los servicios para adaptarse a las necesidades del PE y PG. Esta planificación se articula administrativamente mediante los denominados expedientes de adecuación y reconversión de plazas.

En el primero de ellos, es el DG quien, a través de una resolución administrativa, adecua una plaza ya existente a otra necesidad del centro, pero sin cambiar su categoría funcional, **fig. 3a2**. Los expedientes de reconversión suponen el cambio de categoría de una plaza ya existente y su autorización corresponde a la Organización Central de Osakidetza. La planificación de las necesidades puntuales del día a día se realiza a través de la comunicación con los líderes que transmiten a los miembros del ED los requerimientos que, en materia de recursos humanos, surgen como consecuencia de circunstancias imprevistas, I.T. accidentes de trabajo, comisiones de servicio, etc., o previstas, vacaciones, licencias, etc., que se cubren por los procedimientos de selección y contratación descritos en este subcriterio. Este proceso afecta al 100% de los cambios que se quieran realizar dentro de la plantilla estructural y es gestionado desde el proceso Incorporación, Gestión administrativa e Integración del personal

La planificación se caracteriza por su flexibilidad, y esta so-

portada desde 1999, por un sistema informático para la gestión de personal, Gizabide, que permite conocer a tiempo real los recursos existentes, realizar los ajustes necesarios en la planificación y llevar a cabo un control del consumo de recursos, **crit. 4d**. Algunos de los procedimientos que soporta este sistema son: contratación, selección, nómina, seguridad social, cartelera, etc. Este programa está gestionado a través del proceso de Incorporación, Gestión Administrativa e Integración del Personal. La progresiva implantación de sistemas informáticos de gestión desde el año 1999, Aldabide, Gizabide **crit 4d** ha supuesto adaptar las categorías y los conocimientos en algunos grupos profesionales como por ejemplo: enfermería, administración de personal, suministros y almacén.

De acuerdo con nuestra política de alineación de RRHH en función de la Reflexión Estratégica, el HPZ, selecciona de nuevos líderes mediante convocatorias de plazas públicas y formación de tribunales que garantizan la igualdad de acceso, la transparencia y la idoneidad del perfil de las personas que han accedido a estos puestos. Así, en 2001 se realizaron expedientes de reconversión para la creación de la Jefatura de la UGCR y la cobertura de monitores y auxiliares psiquiátricos para las ampliaciones de los hospitales de día, en el 2003 un Técnico Superior como responsable de la unidad de calidad. En 2005 y 2006 una supervisión de la UGCR, un Psicólogo Clínico, un Trabajador Social y el Director de RRHH. Para la elección de estas personas se han utilizado los distintos procedimientos que nos permite Osakidetza recayendo siempre la responsabilidad de la elección en la dirección de HPZ. De las 26 personas que en la actualidad están ejerciendo el liderazgo en el HPZ, el 52% han sido seleccionados mediante la política de RRHH desarrollada por nuestra organización.

Figura 3a2. Adecuación de plazas

AÑO	PLAZA CREADA	PLAZAS AMORTIZADAS
1998	Controller	1 Lavandera
2000	Jefe de Unidad de Gestión Clínica	1 Psiquiatra
	Auxiliar Enfermería	1 Celador
2001	Supervisora	1 DUE
2002	Técnico Informática	1 Administrativo
2003	Terapeuta Ocupacional Técnico de Calidad	1 Pinche
		1 Costurera
		1 Monitor
2005	DUE	2 Limpiadoras
	Jefe Unidad de Gestión Psicologo	3 Auxiliares Enfermería
		1 Limpiadora
2006	Trabajador Social	1 DUE
	Auxiliar Enfermería	1 Oficial Mantenimiento
	Auxiliar Enfermería	1 Oficial Mantenimiento
	Auxiliar Administrativo	1 Auxiliar Enfermería

Implicar a las personas de la organización y sus representantes en el desarrollo de las políticas de recursos humanos

El HPZ implica a los representantes de los profesionales de la organización en el desarrollo de las políticas, estrategias y

planes de recursos humanos. Con carácter mensual, el DG y el director de RR.HH mantienen reuniones con los representantes sindicales con objeto de realizar el seguimiento de la aplicación del convenio de Osakidetza en el HPZ. Asimismo, está establecida una Comisión de Seguridad y Salud, así como comisiones de seguimiento de las contrataciones de personal eventual. Anualmente se pactan las condiciones de trabajo específicas para el HPZ: las carteleras de trabajo (estableciendo mínimos de cobertura de los diferentes puestos), la promoción interna temporal, las comisiones de servicio y el desempeño de funciones de superior categoría.

Con el fin de potenciar la participación de las personas, más allá de sus representantes, en la planificación de los RR.HH. todos los líderes de proceso tienen en los planes de gestión objetivos para la mejora de la gestión de RRHH. Las figuras de jefatura de unidades de gestión clínica tienen como importante función el acercamiento de las culturas clínicas y de gestión. Son estos líderes de proceso los que de acuerdo con las nuevas actividades a desarrollar y resultados claves obtenidos, los que definen el perfil de los nuevos puestos necesarios para la mejora en la gestión de sus procesos. Esto ha dado lugar a numerosos cambios. Por ejemplo, en 2005 el líder del proceso de UGCR propuso la creación y perfil del Psicólogo Clínico, lo que ha supuesto una sistematización de las actividades de evaluación cognitiva de los usuarios y la recuperación de la acreditación docente de PIR. El proceso de Planificación y organización de RRHH articula estas necesidades planteadas mediante los, anteriormente mencionados, procedimientos con objeto de llevar a buen fin la petición realizada. En aquellos casos en que el HPZ tiene autonomía para contratar personal, los líderes forman parte de los tribunales de selección.

Utilizar las encuestas de personal para mejorar las políticas de Recursos Humanos

El HPZ utiliza diferentes mecanismos para conocer el grado de satisfacción con las políticas de recursos humanos desarrolladas. Además, permiten identificar áreas de mejora sobre las que actuar. Estos mecanismos son principalmente:

Encuesta de Personas: Se realizan con carácter bienal desde el año 2001. La primera encuesta realizada por el HPZ tuvo lugar en 1997. Consistió en una encuesta de riesgos psicosociales dirigida al personal de enfermería que sirvió para sensibilizar al ED en temas como comunicación, relación mandocolaborador, etc. Tras la realización de la segunda autoevaluación, en el año 2001 se realizó la primera encuesta de satisfacción dirigida a la totalidad de las personas que trabajan en el Hospital utilizando el modelo corporativo de Osakidetza, lo que supuso la incorporación, como mejora, de comparaciones con otros hospitales de la red. En el 2003 se llevó a efecto la segunda ESP. Para la realización de estas dos encuestas, se remitió un cuestionario por correo al domicilio del 100% del personal, acompañado por una carta firmada por el DG explicando los objetivos de la misma, su entronque en el Modelo de Gestión EFQM, recalando la confidencialidad y animando a la participación.

En 2005, con el apoyo de una consultora externa, modificamos la metodología de encuestación pasando a la realización de las encuestas a través de entrevistas personales con los encuestadores de la empresa contratada. La efectividad de esta mejora, que continuamos aplicando en 2007, ha venido arralada por la decisión de Osakidetza de trasladar esta metodología al resto de la Red para la realización de las encuestas de personas. Asimismo, fruto de la revisión de los indicadores y la participación en 2006 en dos jornadas organizadas por APD (“Técnicas de Planificación y análisis de los estudios de clima

laboral” y “Cómo miden la Gestión de Personas las Empresas Líderes. Benchmarking entre organizaciones”), hemos procedido a la revisión de los indicadores indirectos de satisfacción utilizados, **crit. 7b**.

Contacto directo favorecido por la accesibilidad de los líderes: reuniones periódicas, puertas abiertas, participación en equipos de mejora, comisiones, procesos, etc, **crit. 1d**.

Contactos con los representantes sindicales y profesionales del HPZ.

Encuesta post-formación: sobre la satisfacción con la formación recibida y su utilidad práctica, **crit. 3b**

Autoevaluaciones EFQM.

Fomentar y garantizar la equidad en el empleo

En la Administración Pública constituye un objetivo en sí mismo, garantizar los principios de publicidad, igualdad, mérito y capacidad en los procesos de selección de personas y provisión de puestos de trabajo. Para alcanzarlo, tanto Osakidetza como el propio Hospital han desarrollado diversos mecanismos de selección y contratación de personas.

Contratación de personal fijo: Se realiza mediante la Oferta Pública de Empleo OPE

Movilidad entre Centros: Está regulado por el concurso de traslados, dependiente de Osakidetza.

Contratación Eventual: Tiene en consideración a las personas procedentes de las listas de la OPE. La contratación realizada es proporcionada quincenalmente a los representantes de los trabajadores. Asimismo se analiza y negocia con ellos, mediante la Comisión de Seguimiento de la Contratación, las áreas específicas de actividad del hospital que necesitan una especialización y preparación puntual para su desempeño y en consecuencia, unos requisitos concretos en las personas.

Una de las características del trabajo en un hospital son los turnos, que provocan gran movilidad entre los profesionales. Por ello, desde el año 2000 contamos con un protocolo de acogida al personal de nueva incorporación, que permite ubicar a cada trabajador en su puesto y que nos facilita mejorar la implicación y la adhesión al proyecto del hospital. Este protocolo se revisa y mejora de manera sistemática. En 2002 se elaboró un nuevo protocolo de acogida tanto a nivel global del hospital, como por unidades. El protocolo está siendo sometido a otra revisión en la actualidad, al objeto de ampliar la documentación escrita que se entrega, derivado de la detección de oportunidades de mejora en un grupo focal desarrollado al efecto. Asimismo, en línea con los objetivos estratégicos, desde el 2003, al personal de nueva incorporación se le hace entrega de una documentación referente a los riesgos laborales más importantes que puede incurrir en su puesto de trabajo. En 2007 se está revisando esta documentación y se están elaborando nuevos folletos. Los cambios en la política de personas, tanto en formación, selección o reconocimiento se comunican, entre otros medios, a través de circulares a los líderes, boletín informativo y tablón de anuncios, así como escritos dirigidos a los representantes de personal.

Asimismo, hemos potenciado la utilización de metodologías innovadoras como el trabajo en equipo, el despliegue de liderazgo, la gestión por procesos, el desarrollo de los planes de gestión, el seguimiento de los cuadros de mando con los indicadores clave, etc. Ello ha posibilitado mejorar la forma de trabajar y contribuir a que de la diversidad de las competencias de las personas se obtengan sinergias beneficiosas para el HPZ y para las personas que integran la organización. Este sistema promueve más implicación y participación en la gestión de más aspectos que los vinculados directamente al ejercicio de una actividad concreta.

La revisión de la efectividad de estas políticas se lleva a cabo a través del grado de cumplimiento de los objetivos y la encuesta de satisfacción de personas. Así, el ítem “Igualdad de oportunidad de promoción y desarrollo profesional” ha evolucionado de 2,4 en 2001 a 2,8 en 2007. De igual manera, el ítem “Condiciones de seguridad e higiene en el trabajo” ha evolucionado de 2,5 en 2001 a 3,3 en 2007.

Como consecuencia de las actividades de aprendizaje y benchmarking con otros hospitales de la Red, jornadas técnicas en APD, etc, hemos ido introduciendo numerosas mejoras en la gestión de RR.HH como muestra la **fig. 3a3**.

Figura 3a2. Mejoras en la gestión de RRHH

FUENTE DE APRENDIZAJE	AÑO	MEJORA INTRODUCIDA
<ul style="list-style-type: none"> • Autoevaluación • ESP • Realización de auditorías internas a otros centros • Lectura memorias Q Plata-Oro • Visita H. Bidasoa (Q-Oro) • Jornadas formación 	1999	<ul style="list-style-type: none"> • Grupos de trabajo • Pilotaje sistema SAP- Gizabide • Formación MMII en sistema de carteleras
	2000	<ul style="list-style-type: none"> • Sistema informático SAP- Gizabide, programa carteleras • Despliegue del liderazgo: mayor participación de las personas
	2001	<ul style="list-style-type: none"> • Encuesta de personas • Despliegue de la gestión por procesos: los planes de gestión de los procesos clave incorporan aspectos de la política de RRHH.
	2002	<ul style="list-style-type: none"> • Mejoras en el sistema de comunicación del PE • Despliegue de la gestión por procesos: con certificación ISO, se incorporan las áreas de mejora, metas y objetivos de la política de RRHH.
	2003	<ul style="list-style-type: none"> • Nueva sistemática de priorización de áreas de mejora de la ESP • Mejora diseño de Encuesta de satisfacción • Mejora en el enfoque de la formación (Fig.3b1)
	2004	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo del Protocolo de actuación ante situaciones de violencia en el trabajo • Realización del Estudio de Factores Psicosociales en UGCR
	2005	<ul style="list-style-type: none"> • Creación Comisión de Formación, responsable de Proceso de Formación • Revisión de la metodología de Encuesta de Satisfacción
	2006	<ul style="list-style-type: none"> • Incorporación de Director de Personal • Estudio de necesidades de formación • Grupo focal acogida a nuevo personal

3b. Identificación, desarrollo y mantenimiento del conocimiento y la capacidad de las personas de la organización

La formación de las personas del HPZ es un elemento fundamental identificado a partir del 2º PE, “contar con un personal cuya formación se adapte a las demandas del servicio definido”, y del desarrollo de las estrategias y el despliegue de los

objetivos estratégicos, **crit. 2c**. Esta formación se desarrolla de forma continua, tanto a través de la impartición teórica como de la práctica de la actividad profesional en el puesto de trabajo. Además, desde Osakidetza se potencia el desarrollo de la formación mediante la elaboración de planes de formación para todos los hospitales de la Red, planes en los que interviene de forma activa el HPZ para su elaboración.

Desarrollar y utilizar planes de formación y desarrollo que contribuyan a garantizar que las personas de la organización se ajustan a las capacidades actuales y futuras de la organización.

La gestión de la formación es llevada a cabo por la Comisión de Formación a través del proceso de Gestión de la Formación, cuyo esquema se representa en la **fig. 3b1**. Hasta el año 2004 teníamos establecida una Comisión de Docencia e Investigación que era la responsable de gestionar todas las actividades realizadas en el campo de la formación y la investigación. Con objeto de poner en marcha las áreas de mejora detectadas en la evaluación externa de 2004 donde conseguimos la Q Plata, en 2005 se procedió a la reestructuración de esta Comisión, creando una nueva Comisión de Formación al objeto de focalizar su gestión sobre la formación continuada del personal del HPZ. Esto supone separar las actividades docentes del HPZ, dirigidas principalmente al personal en formación MIR, PIR, EIR que son gestionadas a través del Proceso de Docencia, **crit 5d**. Esta Comisión es multidisciplinar y está presidida por la coordinadora de Calidad. Se creó con el objetivo de sistematizar la planificación de la formación y mejorar la identificación de necesidades. Para este fin, la Comisión ha rediseñado el Proceso de Formación en sus actividades, responsabilidades, así como en la medición de su eficacia a través de nuevos objetivos e indicadores.

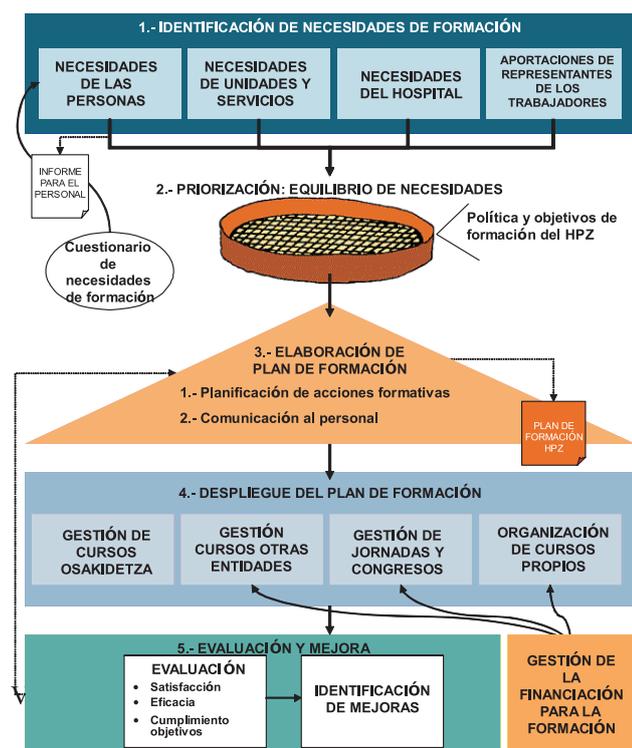


Figura 3b1. Gestión de la Formación

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

Formación continua: El HPZ identifica anualmente las necesidades de formación de los diferentes colectivos y las tras-

lada a Osakidetza para su inclusión en el Plan de Formación que elabora Servicios Centrales, que es la fuente principal de oferta formativa del Hospital. Además, el HPZ programa cursos dentro del propio Hospital, impartidos por docentes internos o externos y proporciona la oportunidad de asistir a cursos organizados por entidades de reconocido prestigio. Estas actividades son financiadas por el HPZ, que, además, asume el coste de las horas de sustitución que provoca la asistencia los cursos. Las horas de formación se computan como trabajadas, pudiendo solicitar su libranza si son realizadas fuera de horario. De esta manera el HPZ alienta la participación de los profesionales en actividades formativas siendo un estímulo a la implicación, así como un mecanismo de reconocimiento, **crit. 3e**.

Tras la última revisión del proceso de formación se modificó la metodología de identificación de las necesidades de formación. En 2006 se recogió la opinión del personal de forma estructurada, a través de cuestionarios, logrando un alto nivel de participación, en concreto el 70% de la plantilla. Los resultados fueron cruzados con las necesidades detectadas por la Dirección, los líderes de los distintos procesos asistenciales y de apoyo y los representantes de los trabajadores. Como criterio para equilibrar las necesidades de los distintos ámbitos se utilizó la Política de Formación aprobada por la CD en 2007. Esta política se asienta, entre otros aspectos, en la promoción del desarrollo profesional, la aplicación de criterios de igualdad en el acceso a la formación, y el comportamiento ético en el ejercicio profesional. El HPZ se encuentra en estos momentos elaborando el Plan de Formación que tendrá el mismo periodo de vigencia que el Plan Estratégico, siendo objetivos de éste último una de las principales fuentes de entrada de las necesidades formativas del HPZ.

Como acción de mejora para la comunicación al personal de las convocatorias de los cursos, la Comisión elabora unos carteles informativos en color naranja. Estos son colocados en todas las unidades del HPZ e informan del título del curso, el colectivo al que va dirigido y los plazos y formas de inscripción. Además, se adjuntan los programas de los cursos que contienen la descripción de los objetivos, requisitos, materias y docentes. La selección de los asistentes se realiza en función de las líneas marcadas por los objetivos estratégicos del HPZ y de la utilización de la formación como mecanismo de promoción y reconocimiento. Para aquellos cursos dirigidos a colectivos amplios, la Comisión estableció en 2006 unos criterios que fomentan la igualdad de acceso a la formación. Estos criterios han sido revisados en 2007 incluyendo sugerencias recibidas, como, por ejemplo, facilitar la formación al personal sustituto. Todas las unidades cuentan con un folleto informativo donde se informa de los criterios, gestiones a realizar para solicitar un curso, solicitar el reembolso de los gastos generados (transporte, dietas, etc.) o presentar sugerencias y reclamaciones.

La revisión del proceso ha mejorado la evaluación de los cursos impartidos solicitando a los participantes que cumplieran una encuesta propia, además de la que se les entrega en los cursos organizados por Osakidetza. El análisis permite la incorporación de mejoras en las siguientes convocatorias. Por ejemplo, cambios de programas, nuevo perfil de profesores, etc. El análisis anual del programa formativo permite la continua adecuación de la oferta formativa a las necesidades del HPZ. Los programas anuales de formación incluyen todas las áreas de interés del hospital, abarcando tanto áreas **asistenciales**, como de **gestión**.

Algunos cursos de la Organización Central se imparten en el hospital, lo que nos sirve para mejorar nuestros medios técnicos y favorecer el intercambio de experiencias y conocimientos con profesionales de otros centros. Por ejemplo, desde el

año 2001 se imparte en el HPZ el Curso de Gestión Sanitaria organizado para toda la Red, de más de 90 horas y más de 35 participantes por curso. Las sugerencias recogidas en estos cursos nos han permitido mejorar el confort de la sala de formación, dotándola de nuevo material como percheros, sillas, etc.

Entrenamiento en el trabajo: Por las características de la atención sanitaria, la práctica clínica y el trabajo en equipo diario son mecanismos fundamentales para la formación y el aprendizaje. La supervisión constante de los más expertos y el sistema de evaluación continua que suponen los procesos asistenciales, favorecen la adquisición y mejora de los conocimientos. Asimismo, supone un mecanismo clave para la gestión de la tecnología y del conocimiento, **crit. 4d y 4e**. El **trabajo en equipo** es imprescindible para asegurar la adecuada atención al paciente. Esta necesidad se aprecia más claramente en los procesos clave del hospital, cuyo funcionamiento sólo es posible mediante la integración de los procesos y la coordinación de los diferentes estamentos profesionales. Otro mecanismo de aprendizaje básico para compartir y difundir el conocimiento y las mejores prácticas internas son las **sesiones clínicas**, en las que se revisan en equipo casos especiales, se actualizan conocimientos en patologías, se desarrollan grupos de trabajo prácticos sobre determinadas técnicas, por ejemplo el taller de resucitación cardio-pulmonar y se elaboran protocolos. Las sesiones clínicas tienen una planificación anual, a razón de una al mes.

Autoformación: Es un mecanismo de formación relevante en el HPZ. Se desarrolla a través de la asistencia a Congresos y reuniones científicas; la elaboración de artículos para publicar en revistas especializadas, la elaboración de Memoria Científica anual y el desarrollo de proyectos de investigación. El Hospital cuenta con una biblioteca, referente de Salud Mental para todo Osakidetza, donde los profesionales pueden acceder a la información científica, **crit. 4e**. Todos estos cauces posibilitan un incremento de la capacidad técnica de nuestros profesionales, siendo reconocidos a nivel externo. Así, el laboratorio de Investigación Neuroquímica participa en varios proyectos de investigación a nivel estatal e internacional y cuenta con financiación del Fondo de Investigaciones Sanitarias. Como mejora tras la revisión del proceso de formación, la Comisión ha establecido una sistemática para potenciar la participación activa del personal financiando la presentación de trabajos en Congresos y Jornadas, cubriendo al ponente los gastos de inscripción, desplazamiento y dietas. Esta sistemática ha sido pilotada en el último Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental cubriendo los objetivos de mejora de la información sobre la celebración del evento y la presentación de tres trabajos.

La revisión de la efectividad de este enfoque se realiza a través de la encuesta de satisfacción de las personas.

Identificar, clasificar y adecuar el conocimiento y las competencias de las personas a las necesidades de la organización

La definición de los puestos funcionales de la plantilla determina los requisitos de competencias necesarias para su desempeño. Los puestos funcionales de Médicos, Farmacéuticos, Enfermeras, Técnicos Especialistas, Auxiliares de Enfermería, Administrativos y otros requieren de titulación específica, lo que asegura los conocimientos y habilidades necesarios mínimos para el desempeño de la actividad asignada. En el caso de Médicos y áreas de enfermería específica, se requiere una titulación de Postgrado. Con ello se asegura un nivel de conocimiento técnico de los profesionales suficiente en cada una de las especialidades.

Los líderes de los Servicios y Unidades evalúan la efectividad de este sistema a través del grado de cumplimiento y la efectividad del trabajo desarrollado. Como consecuencia de esta evaluación se han ido introduciendo cambios como por ejemplo la adecuación de puestos de trabajo, cambios de personal entre unidades, etc.

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

El HPZ ha establecido diferentes mecanismos con el fin de garantizar, siempre que sea posible, los objetivos de la organización y los objetivos de los equipos y las personas del Hospital. El Concurso de Traslados, la movilidad interna y la promoción interna son las herramientas adecuadas que tratan de dar respuesta a las inquietudes de las personas. Una de las dificultades a las que se enfrentan en la gestión de las personas los Hospitales de Osakidetza es que la vida laboral del personal en un hospital tiene una alta dosis de estabilidad en el puesto en el que se integra, y, en muchas ocasiones, tanto la cualificación como la experiencia de la persona que ocupa la plaza es mayor que los requisitos que el perfil del puesto exige.

El HPZ trata de dar respuesta a estas inquietudes de las personas a través de diferentes mecanismos:

Movilidad Interna horizontal: La movilidad interna permite adaptar al profesional al puesto en el que posee más conocimientos y disponer de más profesionales preparados para cada puesto. Los puestos convocados se anuncian en los tablones de información de los servicios y personalmente a las personas que reúnen los requisitos, **crit. 7b**

Promoción Interna Temporal: Este sistema facilita la movilidad vertical en el hospital. Para su gestión se elabora un listado con los profesionales que están interesados y reúnen los requisitos, que es actualizado cada dos años. A través de un procedimiento escrito y público, los profesionales conocen la oferta de plazas de superior categoría dentro del hospital para su desempeño con carácter temporal. Este mecanismo, al igual que la movilidad interna, permite la extensión del conocimiento de los diversos puestos de trabajo, la posibilidad de intercambio de funciones y la promoción profesional, facilitando de esa manera el desarrollo de las capacidades de las personas.

Las convocatorias y cambios de estos procedimientos se ponen en conocimiento de forma simultánea a los representantes de los trabajadores, haciéndoles partícipes de las decisiones. Los mecanismos de movilidad interna y promoción se evalúan mediante las encuestas de personal, **crit. 7a**. Con objeto de alinear los objetivos individuales y de equipo con la organización, los planes de gestión de los diferentes procesos incluyen acciones dirigidas a que los líderes conozcan las necesidades de las personas en diferentes ámbitos, por ejemplo en, temas referidos a promociones, formación, etc. Dichos temas son elevados a la Comisión de Formación si fueran relativos a la formación, como por ejemplo la demanda de formación en 5S surgida de la UGCR, a la Comisión de Salud Laboral si tuvieran relación con la salud, como la creación del equipo de control de las agresiones por parte de los pacientes, etc.

3c. Implicación y asunción de responsabilidades por parte de las personas de la organización

A partir de la 2ª Reflexión Estratégica se establece que los servicios se organizan “a través de la creación de Unidades

de Gestión Clínicas y es la Gestión por Procesos el modelo de funcionamiento de estas Unidades“, y uno de los Valores “la participación de los profesionales”.promueven la participación de las personas, el empowerment y el liderazgo. Para propiciar el desarrollo del HPZ, que no podría llevarse a cabo sin la participación y el compromiso de las personas, se han implantado mecanismos como la gestión por procesos, la incorporación de las personas en la definición de las políticas y estrategias de la organización, la orientación al cliente, el trabajo en equipo y la gestión del conocimiento entre los profesionales.

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

En 1997, el DG impulsó un estilo de liderazgo basado en la dirección participativa por objetivos que ha permitido una delegación de funciones a más personas. Así, hemos ido pasando de manera paulatina de 13 personas que actuaban como mandos en 1997 a 26 personas que ejercen como líderes en la actualidad.

Para poder implicar a un mayor número de personas en la gestión, El ED ha propiciado que los equipos tengan autonomía para realizar su gestión y asuman la responsabilidad para dar respuesta a los objetivos y estrategias del HPZ. Las características específicas de la actividad del HPZ, el alto grado de especialización profesional y el estímulo a la implicación en la gestión, originan que las decisiones referentes a la prescripción de pruebas, consumo de recursos e idoneidad de los tratamientos, se tomen de forma autónoma por parte de los profesionales en el ámbito de su actividad diaria. Este grado de autonomía es consustancial al ejercicio de la actividad, se estimula su utilización y las decisiones que generan son claves en la gestión del hospital.

Asimismo, el hospital implica y delega responsabilidades a través de la participación en diferentes equipos de trabajo:

Comisiones: son equipos conformados dentro de las propias estructuras organizativas y obligatorias por ley en cualquier hospital. Tienen un carácter asesor, son estables en el tiempo y mantienen una periodicidad de reuniones establecida. Su composición es mixta, participando miembros del CD, mandos intermedios y personal del hospital. Dado que las comisiones tienen carácter interdepartamental, estable, y vienen funcionando desde hace años, conforme la gestión por procesos se iba implantando, el HPZ fue revisando el enfoque de las comisiones, para que no existieran equipos con la misma misión trabajando en paralelo, y la participación de las personas resultara efectiva. Así, fruto de la reflexión del CD y

del aprendizaje con otros centros hospitalarios como Basurto y Zumárraga, la Comisión de Formación pasó a gestionar el proceso de Formación; otras comisiones limitaron sus funciones, por ejemplo el Consejo de Dirección a favor del proceso de Planificación Estratégica; el director de RR.HH preside la Comisión de Seguridad y Salud lidera el proceso de Gestión de Personas; otras comisiones como las Paritarias, o la del Seguimiento de la Contratación, trabajan en línea con los objetivos del sistema de RRHH; la líder del proceso Farmacia preside la comisión de Farmacia, etc.

Equipos de trabajo temporales: Son equipos creados para el desarrollo de proyectos o acciones de mejora específicas. Los participantes son seleccionados por la CD o los líderes asistenciales, en función de la implicación de las personas y sus conocimientos, nombrando un responsable encargado de coordinar los trabajos. A lo largo de los años se han creado muchos equipos de trabajo, 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 de trabajo se evalúa a través de la revisión del cumplimiento de los objetivos establecidos. **crit. 5b.**

Día a Día. Como ya ha quedado reseñado, el establecimiento de turno de trabajo dificulta la interrelación entre las personas de la organización. Para evitar esta dificultad, el HPZ ha propiciado las aportaciones de las personas fuera del ámbito estrictamente formal, constituyéndose en una base imprescindible para la mejora y la implicación de todas las personas en el funcionamiento de la organización. Los ámbitos para realizar dichas aportaciones son:

- Reuniones de salida de médicos de guardia con la presencia del director médico.
- Reuniones diarias por servicio conducidas por su líder y con la participación del resto de estamentos del mismo.
- Reuniones semanales de Supervisoras con Director de Enfermería.

La revisión de la efectividad de la participación se realiza a través de los indicadores de la encuesta de personas, las conversaciones informales con personas que han trabajado en equipo para detectar su satisfacción con esta participación, y a través de las reuniones con responsables de Unidades y Servicios. **crit. 7a.**

Fruto de este enfoque, el número de equipos de trabajo, así como las personas que participan en los mismos, ha ido evolucionando a lo largo del tiempo. Así, hemos pasado de 4 equipos y 22 personas en 2004 a 19 equipos con una participación de 136 personas en 2006. La **fig. 3c1** muestra las mejoras introducidas como consecuencia de la actividad de algunos de los equipos.

Figura 3c1 Mecanismos de participación

EQUIPOS PERMANENTES	FUNCIÓN PRINCIPAL	Nº PER.	PERIODICIDAD
Comisión de Dirección	Planificación Estratégica Planificación anual Control de Gestión	7	Mensual
Comisiones Clínicas: Historias Clínicas y Documentación Farmacia Biblioteca	Información y Gestión Asistencial Gestión Medicamentos Difusión información profesionales	5 6 5	Cuatrimstral Cuatrimstral 5 al año
Comisiones No Clínicas: Seguridad y Salud Mesas de contratación Comisiones Paritarias Seguimiento contratación Formación	Gestión y Riesgos Laborales Aprovisionamiento y Suministros Acuerdos de promoción, movilidad, convenio, etc. Seguimiento acuerdos contratación Gestión de la formación continuada del personal	12 3 5 6 11	Mensual Según concurso Mensual Quincenal Mensual

Coordinación de Servicios	Coordinación gestión asistencia	6	Mensual
Reuniones Supervisoras Enfermería	Información, Propuestas mejora. Resolución problemas	5	Semanal

Figura 3c1. Mecanismos de participación

EQUIPOS NO PERMANENTES	MEJORA INTRODUCIDA	Nº PER.
2004		
Equipo 5s	Implantación del Equipo y mejora del orden y limpieza de botiquín, almacén, etc.	6
Equipo para la implantación del SGC en UGCR	Obtención del Certificado de Calidad ISO 9001:2000	5
2005		
Equipo de mejora de Menús	Mejoras en la informatización de la petición de Menús.	4
Equipo de Cocina	Mejora del abastecimiento en los fines de semana. Explotación informática de la ocupación del Hospital en relación con el número de menús.	7
Equipo para la mejora de la Gestión de la Formación (Comisión de Formación)	Diseño del Proceso de Formación Mejora del sistema de gestión de la formación (Objetivos, indicadores, etc.)	9
Hospital sin tabaco	Creación de espacios de fumadores. Modificación y mejora de la señalización de espacios.	6
Mejora sistema de permisos de salida de pacientes	Unificación de criterios en todas las unidades. Creación de un único impreso. Información a los servicios asistenciales y al personal de Seguridad.	6
Equipo para la creación de Protocolo de actuación ante situaciones de violencia en el trabajo	Elaboración y difusión de un protocolo de actuación. Identificación e implantación de mejoras para la prevención de situaciones de violencia.	20
2006		
Equipo de Proceso Media Estancia	Rediseño y mejora del proceso	5
Equipo para la gestión de sugerencias de mejora en la Unidad	Recogida de sugerencias / soluciones para la mejora del funcionamiento de la planta	6
Comisión para la Auditoría de Protocolos de HPZ	Identificar cambios, mejoras y actualizaciones para incluir en los protocolos: TEC, SUJECCIÓN MECÁNICA y TÓXICOS Poner en marcha acciones de mejora para su cumplimiento	7
Equipo de Mejora - Hospitales de Día UGCR	Mejoras en la gestión de los hospitales de día, centradas en la calidad de los registros de las intervenciones realizadas con los pacientes, derivadas del Plan Individual de Rehabilitación.	3
Equipo para la mejora de la seguridad en la administración del medicamento	Mejoras en los métodos de trabajo para la prevención de errores de medicación, para evitar la repetición de errores y para la administración segura del medicamento.	7
Equipo de revisión de Protocolo TEC	Revisión y actualización del protocolo TEC	4
Grupo de revisión del Protocolo de Tóxicos	Revisión y actualización del protocolo de Tóxicos	6

Proporcionar oportunidades que estimulen la implicación

Una de las máximas del HPZ ha sido favorecer la implicación de las personas en la gestión de la organización. Para ello el papel desarrollado por los líderes ha sido fundamental. Contamos con diferentes mecanismos que posibilitan la implicación:

- **Autonomía personal.** Es el principal mecanismo de delegación existente. Éste es posible por la alta cualificación de los profesionales que les capacita para tomar sus propias decisiones.
- **Autonomía de Unidades y Servicios.** Es a través de la fijación de objetivos y el seguimiento de los mismos, por parte de los responsables de Unidades y Servicios, donde se da el primer nivel de liderazgo compartido. Además, los diferentes equipos tienen capacidad para organizar su trabajo diario de acuerdo a sus propias necesidades y a las de los clientes a los que atienden.
- **Comisiones / Comités / Equipos de trabajo/mejora.** Son grupos para la mejora de las diferentes actividades que se desarrollan en el Hospital. Asumen las responsabilidades que el ED delega en ellas.
- **Responsables de Procesos y de Sistemas de Gestión de Calidad.**

La implicación y asunción de responsabilidades queda demostrada en el proceso de elaboración de los planes de gestión anuales de los procesos. Esta asunción de responsabilidades viene avalada por la firma de dichos planes. Conviene destacar que desde que los procesos realizan sus propias autoevaluaciones se han integrado las áreas de mejora detectadas en sus respectivos planes de gestión. Así mismo han definido nuevos indicadores para la gestión de sus procesos que han sido integrados en el sistema de información del HPZ con el consiguiente enriquecimiento de la calidad de los cuadros de mandos.

Con el fin de que los grupos dispongan de oportunidades para desarrollar un comportamiento creativo, independientemente de los recursos destinados para la creación y desarrollo de propietarios de proceso como las jefaturas de unidades de gestión clínica, supervisiones, trabajador social, psicólogo clínico, etc., el HPZ facilita la participación en los referidos grupos de trabajo financiando si es necesario la sustituciones de las personas participantes, lo que ha incidido en el incremento del presupuesto en formación.

3d. Existencia de un diálogo entre las personas y la organización

Lo mismo que la participación es un elemento vital para el desarrollo del HPZ, sin la comunicación ninguna de nuestras estrategias podría llevarse a cabo. La implicación de las personas se fundamenta en la identificación con el proyecto del hospital y el conocimiento que éstas tienen de la M-V-V, objetivos, recursos, etc. Todos estos elementos se transmiten a través de la comunicación que se convierte en un medio clave para la gestión.

Identificar las necesidades de comunicación

La comunicación interna se gestiona en el HPZ a través de un sistema donde se articula tanto la comunicación formal como informal y se han establecido los canales adecuados para llevarla a efecto. Este sistema ha sido objeto de diferentes revisiones a lo largo del tiempo fruto del aprendizaje y accio-

nes de mejores prácticas. Así, hemos tomado como referencia los sistemas de comunicación existentes en otros hospitales de la red de Osakidetza, todos ellos con el reconocimiento Q de Euskalit, y en el año 2006 hemos participado en una jornada organizada por APD. Ello nos ha permitido distinguir las especificidades de nuestro centro respecto a los otros y profundizar en los canales de comunicación que ya teníamos estructurados.

Con el fin de identificar las necesidades de comunicación de las personas, el HPZ tiene implantados los siguientes mecanismos:

- **Reuniones de PE, reuniones de negociación, firma de los planes de gestión y las autoevaluaciones.**
- **Encuestas de personal:** El análisis de los resultados de las encuestas a nivel global y segmentadas por categorías.
- **Reuniones con los Servicios:** Las reuniones mantenidas con los servicios y unidades se utilizan para reforzar la transmisión de criterios de gestión, para la reorganización de los servicios, para intercambiar información sobre resultados de los indicadores y para el pacto anual y seguimiento de los objetivos de calidad, calidad técnica y costes.
- **Accesibilidad de los líderes:** La accesibilidad del ED y de los distintos líderes respecto al diálogo con los colaboradores es un potente mecanismo facilitador de la comunicación y una rica fuente de ideas y sugerencias para mejorarla, **crit. 1d.**
- **Reuniones en procesos y equipos de trabajo/mejora:** en estos equipos se estudian indicadores, se plantean planes de acción, etc. y siempre necesitan soportarse en canales de comunicación, por lo que de acuerdo a esas necesidades, aportan ideas para su mejora.
- **Reuniones para compartir y difundir el conocimiento y las mejores prácticas internas:** sesiones clínicas internas, y extrahospitalarias, **crit. 3b y 4e.**

Implantación de sistemas de comunicación vertical, horizontal y transversal

A partir de las necesidades de información detectadas con los mecanismos antes descritos, las áreas de mejora fruto de las revisiones y control de los indicadores, así como las aportaciones realizadas por las personas a través de sus sugerencias y recomendaciones, el ED ha puesto en marcha diferentes elementos que articulan los canales de comunicación del HPZ, **fig. 3d1.** A través de estos canales se despliegan los planes específicos de comunicación interna que se integran dentro del Plan de Gestión anual.

La comunicación puede realizarse tanto de manera formal como informal. En la comunicación formal, las reuniones con los servicios y comisiones se programan de forma sistemática durante todo el año recogiendo en actas los asuntos tratados. Los temas a comunicar se clasifican y priorizan en función de su importancia y número de personas afectadas, utilizando diferentes vías para cada uno de ellos. La información que se transmite de manera formal se puede clasificar en cuatro ámbitos:

Generales: Los procesos de cambio en el hospital, los PE y PG, su evaluación, los planes o informaciones de interés general, como Emergencias, Gestión de Residuos, convocatorias de Calidad, etc.

Figura 3d1. Mecanismos de Comunicación del HPZ

TIPO COMUNICACIÓN		CANAL DE COMUNICACIÓN
Formal	Descendente	Reuniones el C.D
		Reuniones la CD.
		Reuniones Comunicación PE
		Reuniones PG Anual
		Reuniones Contrato Programa
		Reuniones Pacto Objetivos
		Instrucciones y circulares
		Reuniones Represent.Trabajrs
		Correo electrónico
		Memoria anual
		Boletín informativo
	Plan de acogida	
	Tablones de anuncios	
	Ascendente.	Encuesta de personal
		Reuniones con Unidades
Reuniones de Grupos de Mejora		
Reuniones de Equipos de procesos		
Reuniones “ad hoc” personas, grupos		
Bidireccional	Comisiones	
	Participación en Grupos de Mejora	
	Reuniones operativas de trabajo	
	Procedimientos y protocolos	
	Participación Equipos de procesos	
	Sistema localización telefónica	
Informal	Horizontal	Sesiones clínicas
		Reuniones café matinal (Unidades)
		Celebraciones sociales
		Lunch Navidad
		Felicitaciones
		Visitas a las Unidades
Disponibilidad y accesibilidad		

Operativos: Sistemas de funcionamiento para el trabajo.

Información de personal: Convenios, retribuciones, seguridad social, desempleo, etc.

Información social: Altas y bajas de personal, reconocimientos, premios, celebraciones,...

La eficacia tanto de la información suministrada como de los canales utilizados se revisa de forma sistemática. Así, la autoevaluación realizada a nivel de procesos nos ha permitido mejorar la comunicación descendente, ascendente y horizontal. Como ya se ha reseñado en el **crit. 3a**, el HPZ dispone de un manual de acogida desde el año 2000, que ha sido revisado, mejorando la información para las personas de nueva incorporación. Actualmente está siendo revisado por el Director de RR.HH y la Unidad de Calidad. Este manual contempla información sobre MVV, accesos al HPZ, riesgos laborales más importantes, protección de datos de carácter personal así

como información relativa a las revisiones médicas. En 2007, fruto de una acción de benchmarking con ASLE, hemos iniciado la elaboración de un plan de comunicación que explicita los elementos a comunicar, los canales utilizados y los responsables de la comunicación.

El HPZ está trabajando para potenciar la comunicación a través de la intranet, que también ha sido objeto de revisión constante. En 2007, con el fin de asegurarnos la actualización permanente, la CD ha designado a uno de sus miembros, el director de Gestión Económica, como responsable de dicha área de mejora. Asimismo, tras la obtención de la Q plata en 2004, la CD organizó diversas reuniones con todos los líderes para analizar el informe de evaluación externa y priorizar las áreas de mejora detectadas. En 2005 y 2006 se introdujeron objetivos de recogida de sugerencias en todos los procesos. Para facilitar esta labor la Unidad de Calidad diseñó y distribuyó entre los diferentes procesos una documentación “ad hoc”. Durante la realización del tercer plan estratégico del HPZ para el período 2007-2010 se ha elaborado un plan de comunicación del mismo dirigido al 100% de las personas del HPZ. El constante rediseño del Cuadro de Mando ha permitido que los diferentes objetivos de los procesos se alineen con los criterios del modelo EFQM y los objetivos estratégicos ayudando de forma importante a la mayor comprensión de las personas por parte de las personas del del HPZ de la MVV del mismo. La **fig. 3d2** muestra algunas de las mejoras introducidas en la comunicación.

La revisión de la efectividad de la comunicación se realiza a través de la encuesta de personas, **crit. 7a**. Asimismo, las reuniones de elaboración del Plan de Gestión y controles de gestión con carácter mensual suponen para la CD una herramienta de gran potencial para medir la eficacia del Proceso de Comunicación. A ello contribuyen también las auditorías internas de los diferentes procesos estandarizados.

Figura 3d2. Mejoras en el enfoque y despliegue de la comunicación

rev. y aprend.	año	MEJORAS
<ul style="list-style-type: none"> Evaluaciones anuales del proceso de RRHH Resultados del PG 4 Autoevaluaciones Resultados ESP Acciones de Aprendizaje: (3a2) 	1999	<ul style="list-style-type: none"> Comunicación del PE a través de planes de gestión Divulgación de la memoria anual al 100% de las personas del HPZ Correo electrónico, intranet Osakidetza Comunicación del Plan Gestión Anual
	2000	<ul style="list-style-type: none"> Protocolo de acogida e información al personal de nueva incorporación Reuniones multidisciplinares favoreciendo la comunicación horizontal
	2002	<ul style="list-style-type: none"> Edición de Boletín informativo trimestral
	2003	<ul style="list-style-type: none"> Grupos Focales: Valoración de necesidades de comunicación y evaluación de los sistemas de comunicación (Boletín, reuniones diarias, reuniones planes de gestión...)
	2004	<ul style="list-style-type: none"> Diseño de contenidos intranet para usuarios y profesionales
	2005	<ul style="list-style-type: none"> Comunicación de resultados de la evaluación externa (Q Plata)
	2006	<ul style="list-style-type: none"> Mejora de la sistemática de gestión de sugerencias del personal
	2007	<ul style="list-style-type: none"> Mejora de los contenidos de la información en la acogida a nuevo personal Revisión contenidos intranet Revisión del Plan de Comunicación Revisión del sistema de comunicación del PE

Compartir mejores prácticas y conocimiento

Las sesiones docentes inter-servicios sobre trabajos científicos, protocolos, procedimientos etc. son una fuente de intercambio de opiniones y conocimientos. De la misma forma, el fomento de la participación en cursos y congresos de la especialidad, la presentación de comunicaciones y ponencias o la realización de artículos para revistas especializadas permite compartir el conocimiento que poseen las personas de la organización con otros profesionales, **crit. 4e**.

3e. Recompensa, reconocimiento y atención a las personas de la organización

El Acuerdo de Regulación de las Condiciones de Trabajo del personal de Osakidetza (ARCTO) establece las condiciones laborales, jornada anual, permisos, licencias y ventajas laborales, así como el sistema de retribuciones general para todo el personal de la organización. El último Acuerdo, firmado en el año 2005, modificó de manera sustancial el conjunto de condiciones que afectan a los trabajadores de Osakidetza en la prestación de sus servicios, mejorando la jornada laboral anual, ampliando el número de días festivos, incrementando las cantidades a percibir en conceptos como adelantos de nómina y primas de jubilación, proponiendo medidas de flexibilización de jornada laboral o la incorporación de nuevas modalidades de licencia. Ello hace que las posibilidades de flexibilización de las condiciones laborales dentro del propio hospital se reduzcan sustancialmente.

Establecer los diferentes niveles de Beneficios Sociales

El HPZ ha puesto en marcha una serie de beneficios sociales para contribuir a la satisfacción de las personas de la organización, entre las que destacan :

- Promoción Interna Temporal, Concurso de Traslados Interno, Mejora temporal de Turnos y Condiciones de trabajo.
- Atención a las propuestas de modificación de turnos: las carteleras se programan con carácter anual, realizadas por los equipos de trabajo, para mejorar, en la medida de lo posible, el efecto penoso que supone el trabajo a relevos.
- Definición de criterios para la concesión de permisos sin sueldo, disfrute de vacaciones fuera de periodo, cambios de turno entre las personas del equipo, reducción de jornada, etc.
- Permisos y licencias: con carácter general se facilita su disfrute en el momento deseado por las personas, debiendo ser solicitado con sólo 5 días de antelación (mientras que el acuerdo marca una antelación de 20 días).
- Vacaciones: se pueden disfrutar durante tres períodos a lo largo de año
- Asuntos personales: Se pueden solicitar con tan sólo cinco días de antelación.
- Festivos. Cada día trabajado en festivo conlleva un día de libranza
- Servicio de comedor
- Servicio de autobús propio Bilbao- Zamudio
- Financiación de formación en euskera, al margen de la aportada por los servicios centrales de Osakidetza

Todas estas ventajas sociales han sido fruto del acuerdo entre la CD y los representantes de los trabajadores. La revisión de la efectividad se mide a través de la encuesta de satisfacción donde la satisfacción con las condiciones de trabajo ha evolucionado de 3,1 en 2001 a 3,5 en 2007.

Gestionar la Seguridad y Salud Laboral

Desde el año 1993 el HPZ cuenta con una unidad de Salud Laboral. En 1998 se creó la Comisión de Seguridad y Salud constituida por miembros de la Dirección, profesionales del Hospital y representantes de los trabajadores, como órgano de apoyo, control y participación de los trabajadores. En la actualidad, se han incorporado 3 delegados de prevención, designados por las centrales sindicales y un técnico de prevención de Osakidetza.

Con objeto de aplicar la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, desde el 2000, la Unidad de Salud Laboral, realiza los mapas de riesgo de los servicios y unidades del hospital. A partir de estos mapas se establecen medidas de mejora en los servicios y su grado de adaptación es objeto de seguimiento por parte de la USL y la CD. Entre las mejoras introducidas destaca la protocolización de sistemas de acceso y seguridad del hospital y el protocolo de actuación ante situaciones de violencia, que ha sido revisado en 2007. Las condiciones de trabajo de un centro hospitalario psiquiátrico, por el tipo de cliente al que esta orientado, puede llevar aparejada cierta penosidad. Para limitar dicho efecto, desde la Comisión de Seguridad y Salud se impulsó en el año 2000 un plan para adecuar con carácter temporal dentro del hospital a aquellos trabajadores, que trabajan en régimen de turnos, o que hayan sentido una merma en sus condiciones de salud o personales, bien sea por enfermedad, maternidad o circunstancias especiales.

La especial responsabilidad de la actividad sanitaria y médica, en particular, hace que Osakidetza tenga concertado un seguro de responsabilidad de sus profesionales, renovado anualmente. Como consecuencia de los resultados de la autoevaluación, la ESP y el seguimiento de indicadores de Salud Laboral, el HPZ ha introducido diferentes mejoras y ha implantado sistemas para concienciar a las personas en este campo. Entre otras se han realizado las siguientes actuaciones:

- Definición del Mapa de Riesgos
- Contratación de un Técnico de Prevención de Riesgos Laborales.
- Instalación de campanas extractoras de vapores contaminantes
- Formación para el empleo de productos y equipos.
- Implantación de un sistema de información y análisis de causas de accidentes laborales.
- Campañas de vacunación
- Charlas de accidentalidad biológica y protocolo de actuación.

Los planes de Salud Laboral y de emergencia se revisan periódicamente. En 2001 se elaboró el primer plan de emergencia del HPZ que fue difundido entre los profesionales y los usuarios. Este plan se revisó y divulgó de nuevo en 2004. A partir del 2002, cuando un trabajador se incorpora al centro se le entrega información de los principales riesgos laborales existentes en el Hospital. En 2007, como ya ha quedado reseñado, estamos desarrollando el proyecto de certificación en base a la OSHAS 18001. La efectividad del enfoque y despliegue de las políticas de Seguridad y Salud Laboral, se realiza a través de los indicadores de accidentalidad laboral, enfermedades profesionales, etc., seguimiento de los planes de mejora y de los resultados de la ESP. **crit. 7**.

Reconocer los esfuerzos de las personas de la Organización

El acuerdo del Osakidetza para el 2005 establecía unas condiciones salariales y laborales que son consideradas como un punto de referencia en el Servicio Nacional de Salud. Sin em-

bargo, no permite establecer diferencias retributivas diferenciales a las personas en función del distinto grado de desempeño de funciones o ligadas a la consecución de objetivos, lo que dificulta el estímulo y satisfacción de las personas. Con el fin de gestionar el reconocimiento, el CD y los líderes han definido el marco donde se recogen los elementos de reconocimiento, los aspectos reconocidos y el personal al que se dirige.

Dentro del margen de autonomía del HPZ, los líderes, bien como propietarios de procesos o bien como responsables de grupo de mejora, pueden adoptar decisiones referentes a acciones de reconocimiento tales como felicitaciones por escrito, comidas, subvenciones de cursos, jornadas, etc. Como antes hemos comentado, esta autonomía del reconocimiento esta recogida en los objetivos de los planes de gestión. Asimismo, en las jornadas anuales en las que se revisan los objetivos del ejercicio anterior y la propuesta y formalización del plan de gestión del siguiente ejercicio se aprovechan para reconocer en equipo e individualmente a las personas del HPZ.

Fruto de la revisión y el aprendizaje con otros centros de la red de hospitales de Osakidetza, durante 2005 y 2006 se ha sistematizado el reconocimiento. Para ello se han introducido objetivos en los diferentes procesos animando a que los propietarios de los procesos realicen un reconocimiento escrito a las personas que realicen u obtengan hitos, buenas practicas, etc. La cercanía que hay entre las personas de esos procesos hace que muchas veces este reconocimiento se haga de una forma informal prescindiendo de registros. Tras la revisión de

los planes de gestión, en 2006 se modificó el enfoque siendo el objetivo para el 2007 que la comunicación sea realizada por parte de los líderes al Director Gerente, quien se encargara de proceder al reconocimiento formal. Los hitos alcanzados en estos años han generado numerosos ejemplos de reconocimiento colectivo. Así se han realizado actos dirigidos a todas las personas con motivo de la obtención de dos premios Avedis Donabedian y la Q plata.

La revisión de la efectividad se realiza a través de la ESP donde la satisfacción con el reconocimiento ha pasado de 2,5 en 2001 a 3,1 en 2007

Fomentar el compromiso social de las personas

El HPZ fomenta la concienciación e implicación en temas de medio ambiente y responsabilidad social de las personas de la organización a través de las diversas acciones que desarrolla en la gestión de su compromiso con el entorno, con la educación y con el medio ambiente. Así realiza actividades conjuntas, mantiene convenios y reuniones con el Dpto. de Bienestar social, Dpto. de Transportes, Ararteko, Ayuntamiento de Zamudio, Ihobe, etc., y en virtud de su despliegue del liderazgo, implica a más personas de la organización en el desarrollo de esas políticas, **crit. 1c**. Estas actividades son difundidas a sus grupos de interés a través de la Memoria anual de la Organización, y a lo largo del año por su Boletín Informativo, **crit. 8b**.

MEMORIA PARA LA EVALUACIÓN EXTERNA EFQM

Criterio 4. Alianzas y Recursos

4

4a. Gestión de las alianzas externas

El HPZ gestiona sus alianzas de cara a buscar la mejora de la actividad que desarrolla y la satisfacción de sus grupos de interés, además de permitirle alcanzar los objetivos estratégicos previamente definidos. Además, el HPZ se asegura que la cultura de las organizaciones con la que establece una alianza está en línea con la del Hospital, compartiendo con ellas el conocimiento y el desarrollo mutuo. La gestión de las alianzas se desarrolla a través de un proceso cuyo propietario es el director gerente. Es un proceso de segundo nivel integrado en el Proceso de planificación y gestión de la estrategia.

Identificar y establecer alianzas clave en línea con la Política y Estrategia

La identificación de los posibles aliados se lleva a cabo en el proceso de Gestión de Alianzas, habiéndose determinado los siguientes cuatro grupos de aliados:

- **Clientes:** Establecemos alianzas con asociaciones de familiares y usuarios. La **fig. 4a1** muestra un ejemplo de dichas alianzas.
- **Proveedores:** Consideramos proveedores aliados a aquellos que suponen un gran volumen de facturación, tomando como base el ABC de proveedores, son críticos en tecnología, o colaboran con la Mejora Continua del Hospital, incidiendo en la satisfacción de clientes y personas. **Fig. 4a2.**
- **Sistema Sanitario:** Son aliados clave, en tanto en cuanto que podemos desarrollar junto con ellos la parte específica de nuestra Misión: el tratamiento de la Salud. Diferenciamos dentro de este grupo:
 - o Departamento de Sanidad: Colaboramos en grupos de trabajo para desarrollar el Plan de Salud Mental de Euskadi. En la negociación del CP se tienen en cuenta las directri-

ces del Plan de Salud de Euskadi, la cartera de servicios a prestar, la calidad científico-técnica y la financiación del Hospital.

- o Organizaciones de Osakidetza: La pertenencia a Osakidetza proporciona una mejor coordinación de nuestros recursos y un valor útil para la derivación y/o estudio conjunto de pacientes, colaboración en la elaboración de protocolos o estudios de calidad de mayor amplitud, y posibilidad preferencial de compartir mejores prácticas o conocimientos, **crit. 4e**. Esta cooperación es fundamental para garantizar la continuidad de cuidados y la salud de nuestros pacientes. **fig. 4a3.**
 - **Sociedad:**
 - o Entorno: Colaboración en beneficio del entorno y de la comunidad.
 - o Educación:
 - √ Instituciones docentes: aliados con los que el HPZ puede desarrollar el carácter universitario recogido en la Misión. Acuerdos para la formación de profesionales sanitarios, para la realización de prácticas que completen el diseño curricular en diversas áreas: PIR, MIR, enfermería, farmacia, documentación clínica, etc., **crit. 4e**.
 - √ Colaboración con asociaciones profesionales, publicaciones, etc., para la difusión y aprendizaje de conocimientos asistenciales, de gestión y calidad.
 - o Medio Ambiente: acuerdos para actuar como organización ejemplarizante, para colaborar en la políticas medioambientales de la administración, etc. **fig. 4a4.**

Cuando se establece una alianza los acuerdos se formalizan mediante un documento que recoge las condiciones establecidas. En algunos casos, como el intercambio de experiencias, este acuerdo no necesita un soporte documental y se basa en un compromiso mutuo. Las condiciones y especificaciones del acuerdo son establecidas previamente por ambas partes.

Figura 4 a1. Alianzas con clientes.

Entidad	Ob. Estratégico relacionado	Valor aportado al cliente	Valor aportado al HPZ	Valor aportado al aliado	Periodicidad de reuniones	Sistemática de revisión aplicada/periodicidad	Mejoras/cambios en la relación con el aliado
EGUNABAR	Satisfacción de clientes	- Información - Apoyo - Labores de intermediación - Difusión de sus servicios	- Información de necesidades y satisfacción de los clientes - Intermediación	- Intermediación - Información sobre cartera de servicios - Participación en foros de difusión - Cesión locales para facilitar sus actividades	Semestral	Incidenias detectadas en las reuniones	- Participación como ponentes en las Jornadas de Rehabilitación - Facilitación de acceso a búsquedas bibliográficas para estudios propios
AVIFES	Satisfacción de clientes	- Información - Apoyo - Labores de intermediación - Difusión de sus servicios Actividades de ocio y tiempo libre - Inclusión en programas de centros de día y residenciales	- Información de necesidades y satisfacción de los clientes - Intermediación - Opinión en la mejora de instalaciones y en confección de encuestas - Establecer nuevos programas	- Intermediación - Información sobre cartera de servicios - Participación en foros de difusión - Cesión locales para facilitar sus actividades - Asesoría en la organización de actividades y programas	Semestral	Incidenias detectadas en las reuniones	- Participación como ponentes en las Jornadas de Rehabilitación - Facilitación de acceso a búsquedas bibliográficas para estudios propios - Incorporación al grupo redactor del 3er PE
ARGIA	Satisfacción de clientes	- Acceso a programas residenciales - Acceso a programas de ocio y tiempo libre	- Disponibilidad de derivación a estructuras intermedias y residenciales	- Disponibilidad de plaas en hospital de día	- Semestral a nivel de Dirección - Trimestral a nivel de Jefaturas de Servicios	Incidenias detectadas en las reuniones	- Presencia en el grupo redactor de 13er PE - Participación como ponentes en las Jornadas de Rehabilitación

Figura 4a2. Alianzas con Proveedores

Entidad	Ob. Estratégico relacionado	Valor aportado al cliente	Valor aportado al HPZ	Valor aportado al aliado	Periodicidad de reuniones	Sistemática de revisión aplicada/periodicidad	Mejoras/cambios en la relación con el aliado
NEXTEL	Mejora de los sistemas de información (Web)	Mejora de información a clientes y usuarios	Mantenimiento de la web y mejora de la comunicación ascendente y descendente	Ser proveedor de servicios de Osakidetza	De forma continuada desde el inicio del proceso hasta que se finalice la instalación y puesta en marcha	De acuerdo con el Plan de Mantenimiento	Incorporación de la posibilidad de solicitar vía web permisos y vacaciones
NEXTEL	Innovación en tecnología	Disponer de tecnología y programas informáticos para su tratamiento y continuidad de cuidados en su domicilio	Ser un a institución inscrita en el registro de organizaciones I+D+I	Poder desarrollar su tecnología aplicada a los sistemas sanitarios	De forma continuada desde el inicio del proceso hasta que se finalice la instalación y puesta en marcha	De acuerdo con los contenidos del proyecto RECORD	Comunicación sistemática de incidencias en el desarrollo del proyecto
LA CAIXA	Mejora de la eficacia y eficiencia	Incremento de la seguridad	Agilidad en la gestión de inversiones	Introducción en el mercado de proveedores financieros de Osakidetza	De forma continuada desde el inicio del proceso hasta que se finalice la instalación y puesta en marcha	Cumplimiento de contratos leasing	Disponibilidad de nuevos disribidores y nuevo TEC

Figura 4a3. Alianzas con el Sistema Sanitario

Entidad	Ob. Estratégico relacionado	Valor aportado al cliente	Valor aportado al HPZ	Valor aportado al aliado	Periodicidad de reuniones	Sistemática de revisión aplicada/periodicidad	Mejoras/cambios en la relación con el aliado
D. TERRITORIAL DE SANIDAD	Planificación Estratégica	Aseguramiento de las prestaciones sanitarias	- Financiación - Plan de salud - Normativa y directrices	- Proveer de servicios sanitarios - Desarrollo de políticas sanitarias	Semestral	Evaluación del Contrato Programa	- Redacción de nuevas estipulaciones del CP - Nuevas formulas de financiación de los servicios del HPZ - Objetivos dirigidos a la mejora de la salud y seguridad de pacientes y personal
D. GENERAL DE OSAKIDETZA	Planificación Estratégica	Acceso a los servicios de la sanidad publica	- Disponer de un PE de referencia - Suministrar servicios comunes de asesoramiento y apoyo técnico - Sistemas de información y comunicación - Asesoría jurídica	- La participación de profesionales del HPZ en grupos de trabajo y de mejora - Apoyo en el fomento de la cultura de la excelencia	Cuatrimestrales	Control es de Gestión	- Mejoras en los sistemas de información para el seguimiento y cumplimiento de los Planes de Gestión - Mejoras participación en el desarrollo de programas comunes para el servicio vasco de salud, ej: modelo EFQM para UGCR, desarrollo de procesos de RRHH, etc.
CSM	Gestión de Procesos	Coordinación entre niveles	- Derivación de pacientes que precisan de nuestros servicios - Protocolos conjuntos	- Prestar los servicios con la demora adecuada - Fomento de la cultura de la excelencia	- Trimestral a nivel de Gerencias - Permanente a nivel de los profesionales	- Mediante los respectivos Contratos Programa - Estudio de las incidencias detectadas en las diferentes reuniones	- Protocolos comunes - Incorporación de este grupo de interés en la redacción del 3er PE
HOSPITALES DE AGUDOS	Gestión de Procesos	Coordinación entre niveles	- Derivación de pacientes que precisan de nuestros servicios - Protocolos conjuntos	- Prestar los servicios con la demora adecuada - Fomento de la cultura de la excelencia	- Trimestral entre Dir, Médico del HPZ y los Jefes de Servicio - Permanente a nivel de los profesionales	- Estudio de las incidencias detectadas en las diferentes reuniones	- Protocolos comunes - Incorporación de este grupo de interés en la redacción del 3er PE
HOSPITALES PSIQUIATRICOS	Gestión de Procesos	Coordinación entre niveles	- Derivación de pacientes de larga estancia - Protocolos conjuntos	- Fomento de la cultura de la excelencia, traccionando la mejora de su sistema de gestión	- Trimestral a nivel de Gerencias - Permanente a nivel de los profesionales	- Mediante los respectivos Contratos Programa - Estudio de las incidencias detectadas en las diferentes reuniones	- Protocolos comunes

Figura 4a4. Alianzas con la Sociedad

Entidad	Ob. Estratégico relacionado	Valor aportado al cliente	Valor aportado al HPZ	Valor aportado al aliado	Periodicidad de reuniones	Sistemática de revisión aplicada/periodicidad	Mejoras/cambios en la relación con el aliado
DIPUTACION FORAL DE BIZKAIA	Satisfacción de clientes y personas	Mejora en la accesibilidad	Mejora del transporte público	- Mejora en la cobertura de transporte publico	De forma continuada desde el inicio del proceso hasta que se finalice la instalación y puesta en marcha	-	-
ARARTEKO	Satisfacción de clientes y personas	Garantía de derechos	Fuente de información para la mejora	Fuente de información sobre necesidades de clientes	Anual	Reuniones y jornadas conjuntas	Participación en jornadas
AYUNTAMIENTO DE ERANDIO	Satisfacción de clientes	Disfrute de instalaciones municipales	Posibilidad de ampliar nuestra oferta de servicios a los clientes	Mejora en las relaciones institucionales	- Anual a nivel Dirección - Semanal a nivel de monitores y responsables municipales	Reuniones con responsables de ayuntamientos para estudio de incidencias	Mayor flexibilidad de utilización de instalaciones
AYUNTAMIENTO ZAMUDIO	Satisfacción de clientes	Disfrute de instalaciones municipales	Posibilidad de ampliar nuestra oferta de servicios a los clientes	Mejora en las relaciones institucionales	- Anual a nivel Dirección - Semanal a nivel de monitores y responsables municipales	Reuniones con responsables de ayuntamientos para estudio de incidencias	Mayor flexibilidad de utilización de instalaciones
MINISTERIO DE SANIDAD Y EDUCACION (MIR, PIR, EIRES)	Docencia	Mayor cualificación de los profesionales (actualización permanente)	- Mayor cualificación de los profesionales (actualización permanente) - Prestigio - Mayor posibilidad de difusión del conocimiento - Vision actual de los problemas sociales	Posibilidad de desarrollo de los programas MIR, PIR, EIRES	Anual	Cumplimiento de los manuales de acreditación	Sobre necesidades de especialistas con aumento de plazas MIR y PIR
FACULTAD DE FARMACIA UPV Y AUZOLAGUN	Docencia	Mayor cualificación de los profesionales (actualización permanente)	- Mayor cualificación de los profesionales (actualización permanente) - Prestigio - Mayor posibilidad de difusión del conocimiento	Posibilitar al alumno de la Diplomatura de Nutrición Humana y Dietética realizar prácticas tuteladas	Anual	Revisión de convenios	-

Revisión y Seguimiento de las alianzas

El control y seguimiento de las alianzas se realiza a través de diferentes mecanismos que varían en función de los tipos de aliados, tal y como muestran las **fig. 4a1 a 4a4**. Asimismo, la efectividad de las alianzas establecidas se desarrolla a través del grado de consecución de los objetivos estratégicos a los que la alianza contribuye y de los objetivos propios establecidos para la alianza en cuestión.

A lo largo del tiempo, el HPZ ha ido mejorando su sistema de gestión de alianzas. Para ello ha utilizado diferentes herramientas como la autoevaluación, la revisión de los mapas de procesos y los grupos de interés fruto de los ciclos de planificación estratégica, las revisiones sobre su liderazgo, las lecturas de memorias de empresas excelentes, a través de los diversos cursos de reciclaje, la visita a organizaciones tanto del sector sanitario como de otros sectores, etc., apoyado todo ello en la formación en el Modelo EFQM.

Entre las mejoras de enfoque introducidas destaca la revisión en el año 2006 de la definición de aliados y grupos de interés con el resultado de una nueva relación de aliados y grupos de interés. Inicialmente sólo se consideraban como aliados a la Dirección Territorial y dirección de Osakidetza, incorporando, posteriormente a los clientes, proveedores y sociedad. Durante el proceso de elaboración del PE 2003-07, con objeto de obtener la acreditación docente postgrado de ATS/DUE especialistas en Psiquiatría (Eires), se estableció una alianza con la Escuela de Enfermería de la UPV y los Ministerios de Educación y Sanidad. La eficacia del enfoque se refleja a través del valor añadido obtenido por la gestión de alianza. En 2006, hemos establecido una alianza con un consorcio de organizaciones pertenecientes a diversos sectores, tanto sanitarios como tecnológicos, para el desarrollo del proyecto RECORD, **crit. 4d**.

4b. Gestión de los recursos económico financieros

El HPZ dispone de un proceso estratégico clave denominado Planificación y Gestión de la Estrategia, a través del cual se canaliza la planificación, control y optimización de los recursos económicos y financieros que permita el desarrollo de la P&E. Estas estrategias se ejecutan a través del proceso de apoyo de Gestión Económico-financiera, que a su vez se subdivide en otros procesos de apoyo como veremos a lo largo de este subcriterio.

Desarrollar e implantar estrategias y procesos económicos y financieros.

La gestión económico-financiera del HPZ ha sido objeto de numerosas revisiones con el fin de adaptar al máximo la eficacia del mismo. La fijación de objetivos económico-financieros se realiza dentro del proceso estratégico Planificación y Gestión de la Estrategia, y es, concretamente a través del proceso de segundo nivel, Planificación Anual, donde se establecen los flujos económico-financieros con objeto de desarrollar el PE mediante la negociación del Contrato Programa, que son los ingresos del HPZ, el plan de gestión anual, presupuesto de gastos, y las inversiones de carácter estratégico. Estas inversiones estratégicas se planifican en este proceso con objeto de ser enviadas para su aprobación a la Dirección General de Osakidetza.

Tras la revisión del mapa de procesos en 2006, y una actividad de benchmarking con el Hospital de Basurto, el proceso de apoyo Gestión Económico Financiera quedó conformado con los siguientes procesos de segundo nivel: Control Presu-

puentario, Tesorería, Gestión de Contrato Programa, Gestión de Concursos y Gestión de Inversiones.

Los principales cambios en la gestión económica y financiera del Hospital se muestran en la **Fig.4b1**.

Figura 4b1. Cambios en la gestión económica

AÑO	MEJORAS
2000	<ul style="list-style-type: none"> Descentralización de la Tesorería: procediéndose a realizar desde la propia organización toda la gestión de cobros, ventas y pagos a proveedores y personal, aumentando la relevancia del proceso de Tesorería/Facturación/Cobro
2002	<ul style="list-style-type: none"> Modificación del mapa de procesos desligando los procesos de apoyo del proceso estratégico de Gestión Económica-Financiera. Revisión del cuadro económico-financiero con objetivos previsionales tanto mensuales como anuales
2003	<ul style="list-style-type: none"> Modificación Mapa de Procesos con cambios en la agrupación de los procesos estratégicos y los de apoyo. Paso de contabilidad analítica anual a semestral
2005	<ul style="list-style-type: none"> Nueva aplicación de facturación para CP
2006	<ul style="list-style-type: none"> Revisión del Mapa de Procesos (inclusión de la gestión económica en proceso de planificación y gestión de la estrategia)
2007	<ul style="list-style-type: none"> Paso de contabilidad analítica semestral a mensual

Diseñar la Planificación Económica

Negociación del Contrato Programa

El principal grupo de interés en el área económico financiera, es la Dirección Territorial del Dpto. de Sanidad, ya que a través de este organismo se obtienen unos recursos que representan el 99% de los ingresos totales del HPZ. La expectativa de este grupo de interés es que el HPZ mantenga un equilibrio financiero. Por ello, este requisito, se considera un indicador de resultado clave para la organización, **crit. 9 a**.

A la hora de negociar el Contrato Programa se toman en consideración los resultados del año anterior, los objetivos estratégicos y del Plan de Gestión anual, así como las actividades a desarrollar y la cartera de servicios, en línea con las directrices de la Dirección Territorial, Plan de Salud, y la consecución del equilibrio económico-financiero. En el CP se establecen los objetivos de actividad, financiación y calidad, con unos requisitos prefijados en cuanto a información soporte, plazos de envío, etc. En los dos últimos años se han introducido nuevas estipulaciones en el CP referentes a salud pública (tabaquismo), objetivos de Salud Laboral, Plan de Euskaldunización del HPZ y una homogeneización de la definición de indicadores entre los diversos hospitales psiquiátricos. Así mismo, y como complemento a las medidas del uso racional del medicamento, se han establecido indicadores referentes a la prescripción mediante receta y en concreto sobre el porcentaje de genéricos prescritos y de prescripción de medicamentos de bajo o nulo efecto terapéutico. Esto ha conllevado que la propietaria del proceso de Farmacia estableciera acciones de benchmarking con la inspección de farmacia de la Dirección Territorial con objeto de orientar la consecución de estos nuevos objetivos.

La ejecución del CP es mensual y se realiza a través del proceso Gestión de Contrato Programa que se incluye dentro del

proceso de apoyo Económico Financiero. La revisión del grado de cumplimiento del CP a nivel interno se realiza en los controles mensuales del PG anual a través del seguimiento de los Cuadros de Mando, **crit. 2c**, soportados en el SAP y en el AS400. Se compara la actividad realizada con la prevista y la del año anterior, adoptando las medidas correctivas y los ajustes necesarios en caso de producirse desviaciones significativas respecto a las previsiones. Este informe está, asimismo, sujeto a revisión en las reuniones trimestrales mantenidas con la Dirección Territorial donde se analiza su evolución y se reajustan las condiciones del contrato, actividad, precios, etc., o incluso la financiación global aportada en función del gasto autorizado mediante las oportunas adendas. Se realiza un informe anual de evaluación del grado de cumplimiento de las especificaciones del CP pudiendo dar lugar a penalizaciones y/o incrementos en la financiación. Por ejemplo la obtención de la Q Plata en 2004 supuso un incremento en la financiación de 60.000 euros para el siguiente año. La **fig. 4b2** muestra algunas mejoras introducidas en la gestión del CP

Figura 4b2. Mejoras del contrato Programa

AÑO	REVISIÓN Y APRENDIZAJE	MEJORAS
1999		Definición de indicadores de calidad científico-técnica. Incremento de gestión de cobros y nuevas prestaciones
2000		Modificación medición porcentaje reingresos < 3 meses Equilibrio entre cartera de servicios y financiación Mejora de explotación de Aldabide
2001	Evaluación ED Autoevaluación EFQM Benchmarking otros centros Grupo trabajo D. Territorial	Modificación medición actividad y resultados del servicio de Rehabilitación (HONOS)
2002		Aprobación nueva cartera de servicios
2003		Financiación de estudios y certificaciones ISO
2005		Incremento en la financiación tras obtención de la Q de Plata Introducción de objetivos en relación con Salud Laboral
2006		Adecuación de las estructuras del HPZ a la ley antitabaco Definición de nuevos indicadores de producción y calidad Incorporación de nuevos indicadores de farmacia Plan de euskaldunización

Gestión presupuestaria

Los recursos económicos de que dispone el HPZ vienen limitados por sus presupuestos de explotación e inversiones, existiendo una estructura presupuestaria definida. Teniendo como referencia el presupuesto y como objetivo el equilibrio financiero, con una cuenta de resultados equilibrada, la CD realiza la planificación de ingresos y las previsiones de gasto

La ejecución del gasto se gestiona a través del proceso de apoyo Económico-financiero, elaborándose una cuenta de resultados previsional, en la cual se recogen las previsiones de

los gastos en los que se va a incurrir y la financiación y los recursos necesarios para asumir dichos gastos. Las previsiones van ajustándose y actualizándose mes a mes identificando a nivel de cuenta contable, cuáles van a ser los gastos en los que se va a incurrir para lograr los niveles de actividad fijados, manteniendo siempre el objetivo de la cuenta de resultados equilibrada. Con el objetivo de seguir y controlar la evolución del gasto, la Dirección de Gestión elabora mensualmente informes relativos a la evolución de los gastos de personal y explotación. Esta información es incorporada al Cuadro de Mando para su evaluación en la CD y por parte de los líderes de los procesos, comparándose con la actividad y analizando de manera sistemática las desviaciones producidas.

El 100% de los ámbitos del hospital están sujetos a presupuesto. El despliegue de esta información es sistemático y para ello se han creado cuadros de mando cuyo soporte de información se obtiene del programa informático SAP, cubriendo el 100% de las áreas relevantes.

Mediante el Programa Aldabide, sustentado en SAP, disponemos de la herramienta informática que nos permite el desarrollo de la política Económica Financiera. La explotación de este sistema permite conocer en tiempo real, el estado de nuestras cuentas de ingresos y gastos, pudiendo llegar al nivel de detalle de cuenta contable y centro de coste. El sistema SAP cuenta con módulos específicos (Farmacia, Mantenimiento, Almacén...), que no sólo permiten el análisis económico, sino que facilitan la programación y la gestión del servicio. Esta información económica se analiza mensualmente con los líderes de Farmacia, Laboratorio, etc

El programa Gizabide, sustentado en el SAP, permite la elaboración de nóminas y la asignación de costes de personal.

Gestión de Inversiones

La planificación de las inversiones se realiza desde el proceso de Planificación y Gestión de la Estrategia, y se ejecuta desde a través del proceso Inversiones. Las inversiones se clasifican en dos tipos:

o Inversiones estratégicas: Responden a grandes inmovilizados que atañen a los años de vigencia del Plan Estratégico y en concreto para el desarrollo de las grandes líneas estratégicas. Como se ha dicho antes son gestionadas a través del proceso de Planificación y Gestión de la Estrategia. Estas inversiones se priorizan por años en función de las LEs y son enviadas para su aprobación a la Dirección general de Osakidetza y su Consejo de Administración. Normalmente tienen una ejecución de carácter plurianual y van de acuerdo a las posibilidades financieras de Osakidetza.

o Inversiones propias: Tienen un carácter anual y responden a un presupuesto de subvención de capital asignado por la Dirección General de Osakidetza. Su gestión se realiza mediante el proceso de apoyo de Gestión Económico - Financiera. El Gerente envía a finales de año un escrito a todos los responsables de servicio solicitando sus necesidades y dando un plazo de 15 días para cursar su petición. Este tipo de inversiones se agrupan en renovación de material sanitario, renovación de mobiliario y pequeñas obras e instalaciones. Las inversiones se priorizan en función de la viabilidad de las mismas y su contribución a los objetivos del PG.

La revisión de la efectividad de la Gestión Económico-financiera se realiza a través del seguimiento de los indicadores, la consecución de los objetivos y las autoevaluaciones, habiendo dado lugar a sucesivos cambios. Así en 2001 se modificó la sistemática de comunicación de solicitudes, en 2003 la información de las aprobaciones y sistemáticamente los criterios de priorización de las inversiones. Disponemos de contabilidad analítica que nos permite tener los costes de los diferentes procesos y servicios con una periodicidad semestral, y a fina-

les de 2007 esperamos que sea trimestral.

Gestión Económica-Financiera. Además, de los procesos de Gestión de Contrato Programa, Gestión de Inversiones y Gestión de Compras, **crit. 4c**, incluye los siguientes procesos de segundo nivel:

- **Control Presupuestario:** el objetivo de este proceso es proporcionar la información adecuada económico-financiera para la toma de decisiones que permitan lograr los objetivos del hospital.
- **Gestión de Tesorería:** el objetivo de la gestión de la tesorería es garantizar la disposición de los fondos suficientes, mediante una adecuada gestión de cobros, para afrontar los pagos a proveedores y personal a medida que los plazos van venciendo. Existe un acuerdo entre la Administración de la CAV y las entidades financieras operantes en la CAV en el cual se relacionan las entidades y las condiciones pactadas. Este acuerdo establece diversas limitaciones en cuanto a entidades con las que trabajar, número de cuentas bancarias, prohibición de disponer libremente de los fondos y prohibición de endeudamiento. De ahí la inexistencia de riesgos o de excedentes, ya que el único riesgo posible vendría motivado por el retraso en el pago de la factura de CP por parte de la Dirección Territorial. Para evitarlo hemos establecido como objetivo la realización de la factura con anterioridad al día 15 del mes siguiente. Asimismo, los cambios en las diferentes estipulaciones del CP nos ha exigido revisar el módulo de facturación del CP. Finalmente la planificación de los cobros y pagos se concreta en el presupuesto de tesorería que recoge el 100% de las previsiones anuales

4c. Gestión de los Edificios, Equipos y Materiales

Desarrollar una estrategia de Gestión de Edificios

El HPZ cuenta con objetivos alineados con la P&E encaminados a la mejora de las condiciones estructurales y ambientales y las condiciones organizativas. A través del proceso de planificación estratégica, el propietario del proceso Gestión de la Hostelería y del Edificio, como miembro de la CD, participa en la detección de las necesidades de inmovilizados a largo plazo, de acuerdo con la Política y Estrategia. Además, es responsable de la elaboración de los planes funcionales de estas inversiones para su envío a la subdirección de arquitectura e ingeniería de Osakidetza, que es la responsable en último término de la confección de los planos y adjudicación de las contrataciones. Por otra parte, tiene la responsabilidad del seguimiento de las obras una vez iniciadas las mismas e informa a la CD del grado de ejecución y término de estas inversiones estratégicas.

En este sentido, conviene destacar la inauguración en 2006 del nuevo hospital de día de Barakaldo que nos ha permitido duplicar el número de plazas para nuestros clientes de la Margen Izquierda con una superficie de 900m² y que ha supuesto una inversión cercana a los 850.000 €. Además, ha facilitado el desarrollo nuestra alianza con Argia prestándole los servicios correspondientes a hospitalización de día a pacientes dados de alta en HPZ y derivados a pisos protegidos de esta institución. Las inversiones ordinarias en instalaciones han pasado de 123.873 euros en 2005 a 162.475 en 2006.

Consecuencia de un área de mejora de la evaluación externa de 2004 y la revisión del mapa de procesos de 2006, disponemos del proceso de apoyo Gestión de la Hostelería y del Edificio, cuya misión es gestionar y mejorar las condiciones hosteleras ofrecidas a pacientes y familiares contribuyendo al adecuado ambiente terapéutico, así como a mantener y mejorar la

habitabilidad del edificio controlando además su impacto en el medio ambiente. Este proceso dispone de 4 procesos de segundo nivel: Alimentación, Gestión de la Limpieza, Gestión del Edificio y Gestión de los Residuos.

La revisión de la efectividad de las acciones emprendidas en la gestión de los edificios se realiza a través de las encuestas de satisfacción de usuarios, familias y personas, **crit. 6 y 7**.

Gestionar el mantenimiento

Dada las características del hospital, monográfico de salud mental, no disponemos de alta tecnología de electromedicina. Estas mismas características especiales del centro nos obligan a implementar medidas complementarias de seguridad para nuestros clientes como ascensores adaptados para el servicio, ventanas con cristal doble inastillable y cierre con llave, o fundas y colchones de ignición retardada.

El HPZ ha definido los criterios básicos a seguir en la planificación del mantenimiento: obligatoriedad de cumplimiento de normativas, seguridad para personas y bienes, importancia económica, importancia operativa (aparatos únicos), importancia funcional y de confort y seguridad de los usuarios. En la actualidad, el 80% de las actividades de mantenimiento están externalizadas, salvo pequeñas obras o reparaciones que se realizan con personal propio.

La ejecución de todas las actividades de mantenimiento, tanto preventivo como correctivo, se realiza mediante las órdenes de trabajo correspondientes, que una vez finalizadas y cerradas se registran en el módulo de mantenimiento del programa informático de SAP, disponiendo de la información correspondiente a causa, lugar, maquina y coste de las actuaciones realizadas. Esta metodología cubre el 100 % de las actividades de mantenimiento necesarias. La evaluación y revisión se realiza en las reuniones de la CD y por los propietarios del proceso con los indicadores referenciados. La **fig. 4c1** muestra algunas de las mejoras en la gestión de los edificios y el mantenimiento.

Figura 4c1. Mejoras en Instalaciones

AÑO	MEJORAS INTRODUCIDAS
2004	Remodelación del ascensor del edificio principal
	Cambio del tren de lavado de Cocina
	Sistema de videovigilancia y control del HPZ
2005	Instalaciones contra incendios
	Protección de líneas eléctricas para temas de descargas
	Videovigilancia en las Unidades
	Verificación anual de diferenciales
2006	Nueva centralita de teléfonos
	Nueva red de voz y datos en todo el HPZ con fibra óptica
	Nuevo horno de convección con carro para Cocina
	Aire acondicionado de Biblioteca
	Obras de hospitalización de la UCE-UME I, UCE II y vestuarios del edificio principal
	Sistemas de alarmas en despachos (llamada de emergencia a la Unidad) de todo el HPZ
2007	Red eléctrica nueva para todo el sistema informático
	Normalizar producción de agua. Control de Legionela en Terapia Ocupacional y UGCR

Gestionar la Seguridad

La prevención en el Hospital abarca edificios, instalaciones, personas y bienes. Fruto de la autoevaluación realizada en 2004 y con el fin de mejorar la seguridad de nuestros clientes y visitantes se emprendió la reforma de accesos, incrementándose el personal de seguridad y estableciéndose un puesto de control de accesos específico. Esta reforma fue diseñada por un equipo de trabajo con la participación de 14 personas. El HPZ cuenta asimismo con una póliza suscrita por responsabilidad civil tanto de personal como de clientes e instalaciones del hospital.

Desde el año 2000, el HPZ, dentro del Plan de Emergencia, tiene definida una sistemática para la realización de los simulacros de emergencia, en cumplimiento de la legislación vigente, fundamentalmente contra incendios. Además de la renovación de instalaciones previstas en el plan director de obras, se destinan inversiones para la adecuación de las instalaciones contra incendios en áreas del hospital no cubiertas por el mencionado plan director de obras. En el Plan de Emergencia y autoprotección se describen: factores de riesgo, organización de los equipos de emergencias, centro de control, instrucciones al personal, responsable de emergencias, jefe de intervención, responsable de seguridad, equipo de emergencias, etc. Este plan ha sido divulgado mediante sesiones informativas a la totalidad de los trabajadores del hospital.

El HPZ gestiona la Salud Laboral a través de un proceso de segundo nivel, dentro del proceso de Gestión de Personas, denominado proceso de Gestión de la Seguridad y la Salud en el Trabajo. Así mismo dispone desde 1993 de una Unidad de Salud Laboral (Unidad Básica de Prevención-U.B.P.), encargada de realizar la vigilancia de la salud de los trabajadores, la gestión del riesgo y la formación e información en materia de prevención de riesgos laborales y los riesgos asociados a su puesto de trabajo. Fruto del compromiso del HPZ en esta materia, ha sido seleccionado por Osakidetza, junto con otras tres organizaciones, para pilotar el proyecto de certificación OHSAS 18001, **crit. 3e y 5a**.

Disminuir y reciclar los residuos

La actividad desarrollada por el HPZ tiene una escasa incidencia medioambiental, más allá de los residuos generados. Para actuar en este campo contamos con un proceso de Gestión de Residuos. A raíz de la autoevaluación del 2003 se identificó como área de mejora la necesidad de realizar un diagnóstico ambiental, llevándose a cabo con la participación de nueve profesionales del Centro, y el apoyo de IHOBE. Fruto de este diagnóstico se puso en marcha un plan de mejora, uno de cuyos hitos más relevantes fue la eliminación de los termómetros de mercurio.

La gestión de residuos se lleva a cabo sistemáticamente desde 1998 mediante la definición del Plan de Residuos del Hospital. Dicho Plan ha sido actualizado en dos ocasiones en función de cambios legislativos. Unifica los conceptos, criterios y medios necesarios para llevar a cabo una correcta generación, clasificación, tratamiento y eliminación de los residuos producidos, informando al personal del hospital implicado, manteniendo unas adecuadas condiciones ambientales de trabajo y disminuyendo el volumen final de los mismos, además de clasificarlos mejor para proteger el medio ambiente. La clasificación de los residuos generados por las actividades sanitarias del hospital, sigue las directrices marcadas dentro del Decreto 76/2002, con una gestión específica y diferenciada en función de su riesgo.

La revisión de la efectividad del sistema implantado se lleva a cabo a través de una auditoria interna anual. En 2005 se me-

jó la recogida de residuos de medicamentos en las unidades asistenciales colocando contenedores específicos y definiendo el circuito de retirada de los residuos. En 2006, como consecuencia de un área de mejora detectada por el Equipo de 5s, se implantó de un servicio de recogida de CDs para su posterior reciclado, a través de una empresa especializada,

Ese mismo año se realizó una actividad de Benchmarking con el Hospital de Santa Marina donde se analizó la ubicación de los contenedores de residuos en los controles de Enfermería, contenedores utilizados, bolsas y transmisión al personal de la política medioambiental. Como consecuencia, se aprobó en Comisión de Dirección la compra de un carro con ruedas similar a los utilizados en Santa. Marina, para pilotar su uso en el Hospital. También, se ha implantado el uso de bolsas amarillas para facilitar al personal de limpieza la segregación de los residuos plásticos.

Optimizar los inventarios de material

La gestión de almacén se desarrolla dentro del proceso de Gestión de Compras, soportada en el SAP. En primer lugar se detectan las necesidades de material, planificando las compras programadas de productos en función de los consumos históricos. El sistema Aldabide nos permite regular informáticamente esta gestión. Con el fin de ajustar las necesidades, trimestralmente se realiza un inventario del 100% de los materiales en stock y anualmente se establece un calendario anual de recuentos en función de la clasificación ABC de materiales. Fruto de una acción de benchmarking en el Hospital de Cruces por parte del propietario del proceso de Gestión de Sistemas Informáticos, se ha incorporado un nuevo aplicativo denominado "Pedidos Electrónicos" que nos permite la gestión de pedidos a los almacenes intermedios, almacén general, cocina y farmacia, desde la diferentes unidades complementando el modulo de gestión de almacenes de Aldabide (SAP).

La gestión de almacenes se evalúa por parte del ED y de su propietario en función de los indicadores de proceso. La **fig. 4c2** muestra alguna de las mejoras introducidas en su gestión.

Figura 4c2. Revisión, aprendizaje y mejora de la gestión de almacenes

AÑO	REVISIÓN Y APRENDIZAJE	MEJORA
2000 – 2003	<ul style="list-style-type: none"> Análisis PG: evaluación ED Autoevaluaciones Reuniones grupos de trabajo Certificaciones ISO Evaluación gestor de procesos Metodología 5S 	<ul style="list-style-type: none"> Objetivo PG: reducción stocks e incremento rotación Información Mensual sobre consumos de servicios Envío a proveedor de pedidos informatizados Realización de inventarios rotatorios Recepción en cada departamento de sus pedidos Devolución albarán firmado expedidos Ordenación de almacenes Etiquetado de material de curas ISO Farmacia, ISO Laboratorio e ISO Limpieza
2005	<ul style="list-style-type: none"> Hospital de Cruces 	<ul style="list-style-type: none"> Peticion electrónica de suministros desde las unidades

Gestión de Compras

La gestión de las compras está ceñida a la Ley de Contratos del Estado. Su desarrollo establece diferentes procedimientos de compra en función de su importe. El órgano competente para la ejecución de las compras es la Mesa de Contratación del hospital. Los tipos de contrato administrativo a través de los cuales se ejecutan las compras son:

- **Compra directa** o contrato menor.
- **Procedimiento negociado:** consulta y negociación con al menos tres empresas.
- **Procedimiento abierto o concurso público.**

Las condiciones de compra se establecen en función de las necesidades del servicio, las diferentes ofertas y la comparación, en la medida de lo posible, de precios con otros hospitales de similares características. La Mesa de contratación es quien selecciona a los proveedores en base a los criterios de: precio, calidad, referencia y experiencia en el sector. La gestión de compras se soporta en el sistema SAP, lo cual permite su integración con el resto de procesos económico-financieros. El 100 % de las compras del hospital se realiza de forma sistemática mediante alguno de estos procedimientos, dependiendo la elección del importe de la compra.

Este proceso se revisa por medio de las auditorias efectuadas desde el Tribunal de Cuentas e Intervención. En función de los resultados obtenidos por estos informes se toman las acciones correctoras oportunas si procede. El proceso se revisa por el ED y los grupos de trabajo creados para analizar el informe de compras del año anterior y por parte del propietario del proceso en base a sus indicadores.

- Comisiones y grupos de trabajo del HPZ (Comisión de Farmacia, grupos de trabajo específicos, etc.)
 - Contactos con los Proveedores
 - Conocimiento de otras experiencias
2. **Estudio de Implantación** (control presupuestario y formación) y **Puesta en marcha** (sistema para extender la tecnología)
 3. **Evaluación** (según los beneficios previstos con la implantación de la nueva tecnología)

La aplicación de nuevas tecnologías permite desarrollar un nuevo tipo de terapias que se apoyan en las nuevas posibilidades de interacción y comunicación. Para ello, el HPZ participa en un consorcio con NEXTEL, INNOVALIA, ITACA y ONO como socios tecnológicos y la unidad de daños cerebrales del hospital NISA. Este proyecto, denominado RECORD, se desarrollará en tres años y está financiado por el Ministerio de Industria, nos convertirá en pioneros en teleasistencia a pacientes y seguimiento de su evolución a través de estaciones remotas en hospital de día o en el propio domicilio. Estas tecnologías permiten dar una continuidad de atención a nuestros pacientes más allá del propio Hospital y aumentando su autonomía. El HPZ es el líder clínico del proyecto.

En el ámbito farmacológico, el HPZ cuenta con una Comisión de Farmacia que es la encargada de regular la incorporación o sustitución de nuevos fármacos. Entre las mejoras implantadas a lo largo del tiempo destacan: facultar a la Comisión de Farmacia para estudiar el beneficio de los medicamentos de nueva aparición, la incorporación de medicamentos antipsicóticos de última generación y la elaboración de una versión informatizada del Vademecun del hospital que facilita las consultas on-line. A este respecto, mientras que en los últimos años se han ido produciendo incrementos anuales en torno al 10%, el Hospital de Zamudio ha conseguido una contención del gasto por la que se ha recibido la felicitación de la Dirección General de Osakidetza, **crit 9a**. En mayo de 2007 nos han comunicado la concesión del Premio Bioef 2004-2005, al mejor trabajo sobre el uso racional de medicamentos, en el ámbito estatal, por la “**Guía para el uso autorizado de psicofármacos en España 2005**”. En este trabajo han colaborado tres facultativos del Hospital de Zamudio.

En el campo terapéutico se han incorporado nuevas tecnologías, tanto a nivel de terapia electroconvulsiva, como de rehabilitación psicosocial. En el primer campo, la modernización de aparatos, junto con la constatación de su adecuación para determinadas personas aquejadas de enfermedades mentales, con dificultades orgánicas añadidas, han motivado que esta técnica haya cobrado vigencia nuevamente. Para adaptarnos a esta situación, se ha impartido formación sobre utilización de TEC, renovación del aparato de aplicación, difusión de sus características entre el personal sanitario y revisión del protocolo TEC, **crit. 4e**.

En el aspecto de rehabilitación, el HPZ ha sido pionero en la implantación de un programa de tratamiento integral para enfermedades mentales severas, lo que nos ha convertido en referente para otros hospitales mentales. Asimismo, desde 1998 incorporamos una Escuela Permanente de Adultos para recuperar las habilidades perdidas por los usuarios de nuestros servicios debido al deterioro que produce la enfermedad mental.

Como consecuencia de la última autoevaluación y la revisión de la Misión llevada a cabo durante la 3ª reflexión estratégica, el HPZ aspira a mantener y aumentar sus alianzas con organizaciones del campo de la investigación clínica. Para ello, participa en proyectos conjuntos con la UPV y los hospitales de Basurto y Santiago, habiendo sido reconocido por BIOEF

4d. Gestión de la tecnología

Identificar y Evaluar las Tecnologías

El HPZ distingue tres tipos de tecnologías aplicables a su actividad: asistencial, de información y de gestión

Tecnología Asistencial. La consideración de la enfermedad mental desde un modelo “bio-psico-social” implica la necesidad de un sistema de tratamiento integral, en el que la relación médico-paciente tiene un mayor grado de implicación. Esta tecnología, que abarca la relación médico-paciente, y los tratamientos farmacológicos y terapéuticos, la gestiona cada uno de los facultativos siendo el Director Médico el máximo responsable asistencial. La identificación de nuevas tecnologías a aplicar en el ámbito asistencial responde al esquema de la **fig. 4d1**.

Figura 4d1. Gestión de las tecnologías asistenciales

1. **Detección de la necesidad** a través de diversas fuentes de información detectadas para la definición de su PE, **crit. 2b**:
 - Sugerencias y experiencias de los profesionales **crit. 3b**
 - Asistencia a reuniones científicas (jornadas, congresos, sesiones clínicas, etc.) tanto por parte de los facultativos especialistas en psiquiatría, como de otros (Medicina Interna, Farmacia, Laboratorio, etc.) **crit. 3b**.
 - Informes técnicos de Osteba, y otras Agencias de Evaluación.
 - Gestión del conocimiento (Sistemas de Información). Revisión de publicaciones de interés científico relevante, bases de datos especializadas. Búsquedas de evidencia científica El HPZ cuenta con una Biblioteca que es referente en Salud Mental para Osakidetza.

como uno de los hospitales que realiza mayor investigación psiquiátrica. En los últimos dos años, el HPZ tiene abiertos más de 9 proyectos de investigación, **crit. 9**.

La revisión de la efectividad de todas estas acciones se realiza a través del seguimiento de indicadores y del grado de consecución de los objetivos marcados. Durante el año 2006, la Unidad de Rehabilitación, ha participado en el proceso de validación al castellano de la Escala de Evaluación Neurocognitiva SCIP (The Screen for Cognitive Impairment in Psychiatry). Se

poración de todos esos recursos, han permitido la ejecución de numerosas mejoras en los sistemas de información, imprescindibles para la gestión del conocimiento y para la consecución y desarrollo de la P&E, **fig. 4d2**. A lo largo de 2007 y como consecuencia de nuestra Política y Estrategia se ha procedido a la renovación del 100% de los Pc's con pantallas planas y sistema XP bajo la modalidad de compra de leasing lo que nos garantiza un adecuado mantenimiento y facilita las renovaciones en función del avance tecnológico.

Figura 4d2. Evolución Tecnológica en los sistemas de información

INFORMACIÓN	SOPORTE	BENEFICIO	
Clínica personalizada	Programa Clinic o PCH	Historia clínica: recoge todos los datos relevantes del proceso clínico. Es el soporte para obtener la evaluación de resultados. Indicadores de pacientes ingresados, Hospital de Día, ... Consta de un Informe de Alta Integración Historia	
	G.R.D.	Sistema Información AS/400	
	Programa Archelp		Agrupar los procesos de Hospitalización por isoconsumos
	C.M.B.D.		Soporte digitalizado de historias
	Programa Infogen		Conjunto de datos de cada paciente hospitalizado dado de alta
	Elaboración y gestión de informes.		
Económico financiera	Aldabide	Información económica (CP, presupuestos, inversiones, contabilidades, suministros, etc.) e informes de explotación	
Personas	Gizabide	Gestión administrativa de las personas Nóminas, bajas, altas, sustituciones, etc	
	Informático y papel	Salud Laboral: Información, actividad y programas	
	Informático y papel	Actividades de aprendizaje para la gestión del conocimiento y la detección de tecnologías: bases de datos biomédicas, congresos, etc.	
Gestión interna	Programa Cocina	Dietas y menú para cada paciente.	
	Programa Farmacia	Tratamientos en unidosis para cada paciente	
	Programa Hospital de Día	Gestión de Pacientes de Hospital de Día.	
	Programa Omega-Laboratorio	Registro de Analíticas y resultados de cada prueba	
	COT	Cuidados de Enfermería	
	Informática y papel	Protocolos de Actuación y procesos	
		Normativa - Instrucciones y circulares	
		Guía Farmacológica Hospital	
		Encuestas de satisfacción de clientes, familiares y profesionales	
		Informes de la organización central específicos de todas las áreas relevantes.	
Resultados claves	SAPU: Registro de quejas, reclamaciones y trámites del servicio		
	Reúne en los cuadros de mando la información económica, de personas y asistencial información diaria, semanal y mensual;		
	Plan de Gestión: Planes, indicadores y objetivos del plan anual.		

trata de una escala desarrollada para proporcionar una rápida evaluación de los déficits cognitivos relacionados con las patologías psiquiátricas, especialmente Esquizofrenia y Trastorno Bipolar y en la actualidad está implantado en la Unidad de Rehabilitación como sistema de evaluación estándar inicial de los pacientes con sospecha de deterioro cognitivo.

Tecnologías de Sistemas de Información. Las tecnologías de la información juegan un papel importante para el desarrollo de las estrategias y actividades del HPZ. Desde la elaboración del primer PE, que contemplaba objetivos concretos en este campo, se establecieron planes operativos dirigidos a mejorar los sistemas de información y su accesibilidad. La incor-

Tecnología de Gestión

Como ya ha quedado reflejado en el **crit. 1e**, el HPZ se ha ido adaptando de manera progresiva a la incorporación de nuevas tecnologías que redunden en una mejora de la gestión. Como consecuencia de nuestro avance en la gestión por procesos se han definido nuevos indicadores cuyo registro era inviable o difícil con los actuales sistemas informáticos corporativos. El HPZ y en concreto la UGCR, con el asesoramiento de Bilbomática, ha desarrollado en 2006 una nueva base de datos denominada GIC que nos permite parametrizar estos indicadores con la consiguiente mejora en la gestión del proceso.

Nuestro cuadro de mando, tanto a nivel global como de procesos, recibe información de diversos sistemas de información. Con objeto de disponer de un cuadro de mandos on line con toda la información, en la actualidad estamos manteniendo contactos con diversa empresas de software con objeto de disponer para el 2008 de un programa al efecto. Todas estas medidas han sido consecuencia directa de las actividades de mejores prácticas realizadas con otros hospitales de la Red de Osakidetza, Zumárraga y Santiago, así como con nuestros proveedores de herramientas informáticas..

4e. Gestión de la información y del conocimiento

La gestión de la información y el conocimiento es una actividad básica para que el HPZ pueda llevar a cabo sus actividades. Además, en el caso concreto de la actividad clínica, el conocimiento y la información que poseen las personas son la base para la prestación del servicio y la mejora de los procesos asistenciales definidos por la organización.

Identificar los requisitos de información y conocimiento

El HPZ ha identificado la información necesaria para que las personas puedan realizar su actividad y ha implantado los mecanismos necesarios para que pueda ser ejecutada:

Información clínica personalizada: La información de utilidad clínica relevante se recoge en un dossier único por cada paciente llamado Historia Clínica. Este documento es el eje fundamental del flujo de información entre los diferentes profesionales y procesos sanitarios. La gestión documental, sus atributos y la información resultante están regulados por el Reglamento de Uso de la Historia Clínica, cuyos documentos homologados por el Departamento de Sanidad.

Todos los médicos tienen acceso en tiempo real, a través de herramientas informáticas, a gran parte de la información contenida en la historia y la consulta de datos analíticos. Su acceso está protegido por claves a diferentes niveles, lo que da respuesta a lo dispuesto en la Ley de Protección de Datos. La Historia contiene un documento final, el Informe de Alta que reúne los datos clínicos del paciente y es el soporte para obtener la evaluación de resultados.

Información de actividad asistencial: Recoge los datos e indicadores de programación, cantidad y calidad de toda la actividad asistencial. Los indicadores más habituales de actividad se recogen con la misma sistemática en todos los hospitales y la Organización Central, lo que facilita disponer de resultados comparativos mensualmente. La actividad programada de consultas, así como la actividad realizada en consultas, urgencias y hospitalización, está disponible diariamente en el programa AS400, para todas las personas autorizadas. La información se distribuye a los gestores de proceso y grupos de trabajo para su utilización en la evaluación y gestión de los procesos correspondientes.

Información administrativa necesaria para la gestión de personal. Está soportada en el sistema informático SAP. Desde la implantación de Gizabide en el año 2000, permite un análisis global de la situación administrativa del personal del hospital, **crit. 3a**. Las carteleras de trabajo, la normativa y la información relevante que afecta al personal están a disposición de los líderes de proceso en tiempo real y se analiza en el ED.

Información económico-financiera La implantación del Programa Aldabide en 1998, permite conocer en cualquier

momento, y a tiempo real, el estado de nuestras cuentas de ingresos y gastos, pudiendo llegar al nivel de detalle de cuenta contable y centro de coste. El ED tiene acceso permanente a los datos globales del sistema.

Documentación de procesos y protocolos: La descripción y evaluación de los procesos, y protocolos de asistencia cuentan con un soporte documental, disponible en cada unidad actualizándose cuando se producen cambios en la misma. La firma del primer CP en 1998 supuso una necesidad crítica de desarrollo de los sistemas de información para la gestión, revisándose sistemáticamente los cuadros de mando desde 1999. El proceso de Gestión Económico-Financiera actualiza los cuadros de mando con la información asistencial procedente del AS400, la información económico-financiera del programa Aldabide y la información de personas en el Gizabide, por áreas asistenciales con periodicidad mensual, anual, acumulada y comparativa con periodos anteriores. Está accesible para todos los profesionales del hospital.

Biblioteca. Anualmente la biblioteca envía a los diferentes líderes y a todos los usuarios, via correo electrónico, la relación de las revistas suscritas por la biblioteca y las publicaciones electrónicas, bases de datos, libros y revistas, disponibles a través de la Biblioteca Virtual de Osakidetza, solicitando información sobre la necesidad de mantener las suscripciones o la de incorporar nuevos títulos. El Comité de Bibliotecas de Osakidetza, del cual formamos parte, es el que elabora la política de adquisiciones y contrataciones. Durante el año 2004 se inició la contratación de licencias de uso electrónicas con una colección básica de 186 títulos. En 2005 y 2006 se ha seguido con la misma política, incluyendo publicaciones de especialidades poco representadas en los ejercicios anteriores y de mayor factor de impacto. Para este último período, se han contratado 1100 publicaciones impresas y 1575 publicaciones electrónicas. La biblioteca cuenta con la certificación ISO 9001:2000. Desde 2003 se ha incorporado al proceso de Biblioteca la elaboración de una encuesta diseñada con la participación de un grupo focal, que evalúa la utilización de diversos mecanismos y el nivel de satisfacción de los profesionales con los servicios ofertados.

La revisión de la efectividad se mide a través de la encuesta de satisfacción, donde el ítem "Cuento con la información necesaria para hacer mi trabajo" ha evolucionado de 2,4 en 2001 a 3,4 en 2007.

Garantizar la Integridad y Seguridad de la Información

Para garantizar la seguridad de la información el HPZ cuenta con sistemas de protección antivirus diarios, se realizan sistemáticamente copias de seguridad diarias, semanales y mensuales, cuya responsabilidad recae en el proceso de Informática, tanto en el ámbito de red local como por la unidad central de Osakidetza, con las normas correspondientes de almacenamiento y custodia, y el sistema está protegido ante cortes o fluctuaciones de la red eléctrica. Dada la sensibilidad de los datos que manejamos, el sistema asegura la confidencialidad mediante claves de acceso que se cambian periódicamente y registros de acceso a la información sensible que permite su trazabilidad. Como consecuencia del plan de seguridad elaborado por Osakidetza para la adecuación a la Ley de Protección de Datos, en el año 2004 desarrollamos el proyecto de adaptación-implantación del documento de seguridad en nuestra organización. El HPZ ha pilotado a lo largo de los años 2005 y 2006 el aplicativo corporativo denominado Norbide que es un sistema de autoidentificación de usuario creando un único punto de acceso a las aplicaciones mediante un sistema de contraseña única. Asimismo, contamos con un procedimiento para el expurgo de la documentación clínica.

La **evaluación del sistema**, a través de la encuesta de perso-

nal, con los servicios, control de indicadores y actividades de benchmarking, nos ha permitido conocer con mayor profundidad las necesidades de información de los profesionales y la eficacia de los sistemas de información.

Tratar de adquirir, incrementar y utilizar el conocimiento de forma eficaz

La Gestión del Conocimiento en el HPZ, **fig. 4e1**, comprende un sistema de relaciones por el que se capta, fija y distribuye el conocimiento en la organización y que está íntimamente relacionado con la gestión de la tecnología, la gestión de la información y sus canales y con la capacitación o formación del personal.

La gestión del conocimiento responde al siguiente esquema:

- **Captación del conocimiento** El conocimiento que pasa a formar parte del Know How del HPZ se capta a través de la formación recibida por los profesionales, la participación en foros y, sobre todo, de la actividad diaria.
- **Selección del conocimiento.** A la hora de seleccionar cuáles son los conocimientos de aplicación en el seno del hospital tenemos en consideración la incidencia de los mismos para la consecución de los objetivos estratégicos marcados, así como en la satisfacción de los clientes y personas. Como es lógico, las necesidades de cada Unidad o Servicio son también elementos que condicionan la selección del conocimiento a integrar en el know how.

Transmisión del Conocimiento. Las sesiones clínicas constituyen el principal elemento de transmisión del conocimiento. El HPZ realiza una planificación anual de las sesiones clínicas a realizar, con los contenidos a abordar y el responsable de la sesión. De manera sistemática, estas sesiones se realizan los jueves. Además, el trabajo en equipo, consustancial a nuestra actividad, y la participación en los procesos, junto con la intranet, son otros mecanismos que contribuyen a la difusión del conocimiento. Los protocolos clínicos, donde se recogen las actuaciones a desarrollar en diferentes ámbitos asistenciales, son otra fuente de transmisión del conocimiento. Entre los años 2006 y 2007 se han auditado los protocolos

de TEC, Contención Mecánica y Consumo de Tóxicos. Fruto de estas revisiones se han recomendado áreas de mejora con objeto de que los grupos de trabajo que elaboraron los mismos las incorporen a los protocolos. Así, concretar a mayor detalle las responsabilidades de anestesista, ATS/DUE y médico internista en TEC; simplificación de registros, clasificar los sistemas de contención mecánica, clarificar los casos de aplicación del protocolo de consumo de tóxicos,... Un ejemplo de difusión del conocimiento es la implantación desde 2006 de las sesiones de “cineforum” en las que un facultativo divulga, a través de una película comercial, la forma de abordar determinadas patologías mentales.

Figura 4 e1. Gestión del conocimiento



Toda la información anual se recoge en una Memoria Científica que se difunde a todos los servicios del hospital y al resto de hospitales de la Red. La revisión de la efectividad de la gestión del conocimiento se mide a través del grado de consecución de los objetivos estratégicos y la contribución de las personas a los mismos. Asimismo, la autoevaluación y las evaluaciones externas son otras fuentes de revisión que dan lugar a la incorporación de mejoras.



MEMORIA PARA LA EVALUACIÓN EXTERNA EFQM

Criterio 5. Procesos

5

5a. Diseño y gestión sistemática de los procesos

Diseñar los procesos de la organización

El HPZ ha ido evolucionando a lo largo del tiempo desde una organización gestionada de manera tradicional, a una organización donde se ha potenciado la transversalidad a través de la Gestión por Procesos. Con el fin de dar respuesta a la LE de la 1ª RE “posicionar al hospital en situación de hacer frente a la competencia”, se procedió a la identificación del primer mapa de procesos en 2001. Este mapa se ha ido revisando de forma sistemática a lo largo del tiempo. En concreto, la revisión del mapa de procesos se lleva a cabo coincidiendo con las reflexiones estratégicas y los ciclos anuales de planificación y elaboración del PG.

Fruto de estas revisiones se ha ido adaptando la estructura de procesos en función de las actividades y necesidades del Hospital. Como ejemplo de la potenciación de la transversalidad se ha ido reduciendo el número de procesos, pasando de 32 procesos de primer nivel en 2001 a 16 en 2007. Así, mientras en 2001 los Hospitales de Día, el Servicio de Atención al Paciente o la Asistencia Social eran considerados como procesos de apoyo, en la actualidad están integrados en los procesos de asistencia al paciente. Si bien los tres procesos asistenciales clave ya fueron diferenciados en el 2º mapa, 2002, es a partir del 3er. Mapa, en 2003, cuando se comienzan a agrupar los procesos de apoyo general y los estratégicos de cara a facilitar su gestión y alinear sus objetivos con la estrategia del HPZ, hasta llegar a la definición actual del mapa de procesos que aparece en la **fig.5a1**.

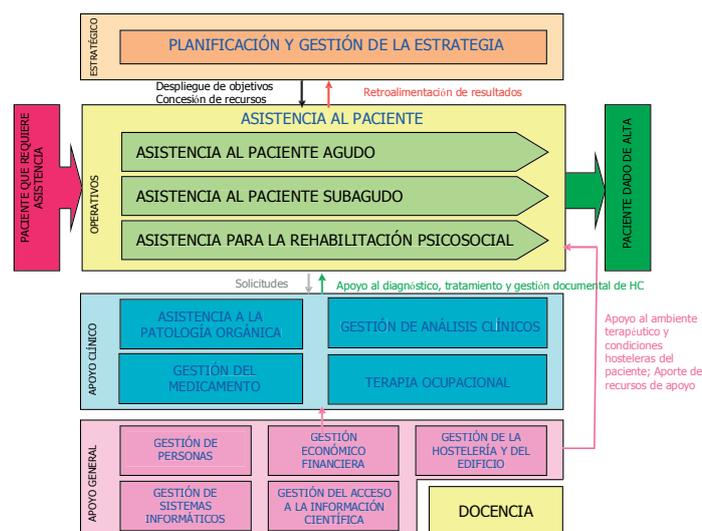


Figura 5a1. Mapa de Procesos del Hospital (Nivel 1)

Los procesos del HPZ se han estructurado según la siguiente clasificación:

- **Proceso Estratégico:** Proporciona directrices de actuación para el resto de los procesos. Apoyado en la reflexión estratégica del HPZ constituye el motor de la mejora continua de los procesos marcando metas, en línea con los objetivos del Hospital, en aras de la eficiencia y la satisfacción del cliente.
- **Procesos Operativos:** Son los procesos a través de los cuales se presta asistencia a los pacientes. Están directamente relacionados con la razón de ser del HPZ y los servicios principales que ofrece a sus clientes.

- **Procesos de Apoyo:** Sirven de apoyo a los procesos operativos y se clasifican en:

- Procesos de apoyo clínico: Proporcionan servicios de apoyo a la labor clínica de los procesos operativos.
- Procesos de apoyo general: Proporcionan servicios de apoyo a la estructura global.

La mayoría de los procesos contenidos en este mapa de primer nivel se despliegan en mapas de segundo nivel, que, a su vez, contienen una serie de procesos. Este despliegue depende de la complejidad de los procesos y del tipo y la cantidad de servicios que ofrezcan a sus correspondientes clientes. Las tareas y recursos se estructuran de la forma más eficiente para cumplir la misión definida para cada proceso, convirtiéndose el cliente en el centro de cada actividad.

En una primera etapa el diseño de los procesos se realizó con la herramienta IDEFO, a partir del desarrollo de actividades de benchmarking con organizaciones excelentes como el Hospital de Zumárraga e Irizar. En 2003, fruto de la autoevaluación, y de actividades de aprendizaje se determinó la necesidad de redefinir los procesos. Se desarrolló una guía para la implantación y rediseño de procesos del HPZ que contemplaba la identificación/revisión de las misiones, necesidades del cliente, interrelaciones con otros procesos, estructura de procesos de 2º nivel (en caso necesario), implantación de sistemáticas de revisión y mejora, elaboración de otra documentación, etc. Los procesos quedan documentados en fichas que contemplan el propietario, el equipo de gestión, las entradas y salidas, las necesidades de los clientes, la descripción de las interacciones, así como todas las actividades y la documentación asociada a las mismas. Todos los procesos cuentan con objetivos e indicadores que permiten medir tanto la eficacia como la eficiencia de los mismos. La estructura de la documentación es revisada con carácter anual, siendo incluidos o modificados apartados en función de la revisión y el aprendizaje, **fig.5a 2**.

Los propietarios de los procesos de primer nivel son los miembros de la Comisión de Dirección o responsables de los distintos servicios del HPZ. En el caso de los procesos de segundo nivel, la propiedad se define en función de las responsabilidades adquiridas sobre las actividades que comprende el proceso. Por ejemplo, en Rehabilitación el proceso de gestión de ingresos es coordinado por el médico responsable de las derivaciones, mientras que la acogida del paciente en la unidad es coordinada por la Supervisora. Las funciones de los propietarios de proceso están definidas e identificadas, habiendo sido objeto de varias revisiones.

Establecer el sistema de Gestión de Procesos

La gestión de los procesos del HPZ se basa en el establecimiento de objetivos alineados con el plan de gestión del Hospital y de indicadores de seguimiento, la mayoría de carácter mensual, y algunos de carácter anual, y en la implantación de mejoras en función de los resultados obtenidos. Para establecer los indicadores, los gestores de proceso y su equipo reflexionan sobre los resultados que se pretenden obtener, en función de la misión definida para cada proceso y los requisitos del cliente. Una vez consensuados los términos en los que se va a medir el resultado del proceso, se establece el indicador apropiado, su meta y su periodicidad de registro y revisión. Una de las principales actividades de revisión de los equipos de proceso ha estado encaminada a la búsqueda de indicadores que nos permitieran perfeccionar la medición de los resultados obtenidos. Así, hemos incorporado la utilización de la escala HoNOS para evaluar la mejoría del paciente, el establecimiento de indicadores de control como, por ejemplo % de pacientes que cumplen los criterios de ingreso, % de pacientes que exceden la estancia media. Cada proceso asistencial clave dispone de un cuadro de mando donde, con carácter

mensual, se muestran los resultados obtenidos para los principales indicadores de gestión y calidad asistencial, en comparación con las metas fijadas y el resultado del año anterior.

Otro ejemplo de gestión y mejora de procesos lo constituye la actuación sobre la lista de espera, uno de los problemas que genera mayor inquietud entre los usuarios de la sanidad. El aumento de la demanda en los Centros de Salud Mental dificulta un tratamiento de alta intensidad para los pacientes más graves, con riesgo de descompensación y el consiguiente reingreso. Esto supone que hay menos camas disponibles, aumenta el tiempo de demora (tiempo que transcurre entre la solicitud de ingreso y la producción del mismo) y como consecuencia aumenta igualmente la lista de espera. Para abordar esta situación, en 2004 se hizo un estudio de los reingresos en los programas de Corta Estancia (agudos) y Media Estancia (subagudos), tras lo que se decidió incluir a los pacientes de mayor frecuencia y consumo de recursos en programas de seguimiento o de hospitalización parcial. La hipótesis de trabajo fue que ofertando una mayor intensidad de tratamiento y una observación más estrecha podrían prevenirse recaídas, aumentando así la disponibilidad de camas y disminuyendo el tiempo de demora para ingreso. De esta manera, el % de reingresos en corta estancia ha pasado del 18,22 % en el año 2004 al 9,96 % en 2006. Asimismo, el tiempo de demora media ha mejorado en un 50% en el período comprendido entre 2004 y 2006.

Figura 5a2. Ejemplos de mejoras en el diseño y gestión de procesos

Revisiones y aprendizajes	Año	Mejoras
<ul style="list-style-type: none"> • Auditorías ISO (internas y externas) • Realización de auditorías internas a otros centros • Participación en proyectos corporativos ISO • Lectura memorias QPlata-Oro • Visita H. Zumárraga • Club evaluadores (Caso EITB) • Congreso Calidad Asistencial (anual) • Reuniones convocadas por la Subdirección de Calidad de Osakidetza • Intercambio de experiencias con otros centros de la red: H. Zumarraga, H. Bidasoa y H. Bermeo 	2003	Guía HPZ para la implantación de procesos Certificación de procesos de apoyo
	2004	Certificación de proceso asistencial
	2005	Mejoras en los planes de gestión de los procesos con la introducción de objetivos de resultados clave, clientes, personas y sociedad
	2006	Se amplía el informe de revisión por la dirección, incluyendo en un único documento las conclusiones de todas las revisiones realizadas con carácter anual: eficacia del sistema de procesos, planes de gestión, contrato programa, autoevaluación, plan de calidad, auditorías, etc. Esto facilita la fijación de los objetivos anuales y se convierte en un documento de utilidad para el HPZ superando los límites de su utilidad para el cumplimiento de un requisito ISO.
	2006	Se incluye en el informe de procesos estandarizados el análisis de las tendencias de los resultados especificando el parámetro de calidad al que responden

Aplicar en la gestión de procesos estándares de sistemas de Calidad

El HPZ se incorporó en 2002 al proyecto coordinado por los Servicios Centrales de Osakidetza para aplicar en la gestión de

procesos el estándar ISO 9001. El proyecto tenía como objetivo pilotar la iniciativa en procesos de apoyo. Se trataba de evaluar el valor añadido que este estándar podía aportar a los Hospitales. En el HPZ para realizar esta prueba piloto se seleccionaron procesos con diferente nivel de desarrollo y de complejidad: un proceso sencillo con excelentes resultados, otro con necesidad de mejorar su organización y otros dos con mayor trayectoria en la sistematización de actividades y medición de resultados. En junio de 2003 se certificaron los 4 procesos, siendo evaluada la experiencia como altamente positiva tanto por los gestores de procesos como por la Dirección.

Una vez evidenciada la utilidad del estándar, se extendió su aplicación al proceso de Hospitalización Completa de Rehabilitación, obteniendo su certificación en 2004. El HPZ se adelantó un año al nuevo proyecto corporativo de certificación de Osakidetza, centrado en los procesos asistenciales. Para este proyecto se seleccionó el proceso que presta asistencia en la comunidad a pacientes que son dados de alta del proceso de hospitalización completa de Rehabilitación con el objetivo de sistematizar todo el servicio dirigido al paciente con enfermedad mental grave, de curso crónico, de larga evolución y con patología psicosocial predominante. En diciembre del 2005 el proceso fue certificado en base a la Norma ISO 9001:2000.

Durante todo este proceso, el HPZ ha sido un referente para el resto de Hospitales de la Red. Algunas de las prácticas desarrolladas por el Hospital sirvieron, en 2004, para la elaboración de la **Guía de Gestión por Procesos e ISO 9001:2000** editada por Osakidetza, y en cuya revisión participó la Coordinadora de Calidad del HPZ. Asimismo, dos personas participaron entre los años 2003 y 2005 en la realización de auditorías internas en solicitados por seis hospitales de la Red, como paso previo a su certificación externa. La aplicación de estos estándares han permitido la incorporación de numerosas mejoras, como por ejemplo la identificación de nuevos indicadores de proceso, cambios en la gestión de la derivación de pacientes, mejora en la información facilitada en el ingreso y mejoras en la continuidad de cuidados postalta, con instauración al 100% de la documentación de continuidad de cuidados de enfermería.

La revisión de la efectividad se realiza a través de las auditorías internas y las externas realizadas por la empresa certificadora. Fruto de estas revisiones, en 2007, en línea también con Osakidetza, hemos decidido abandonar la certificación de procesos para ir hacia la certificación global del Hospital. Para ello, en la actualidad se está trabajando en la mejora de la coordinación entre procesos, por ejemplo redefiniendo los servicios a prestar, o la forma de prestar los servicios, por algunos procesos de apoyo en función de las necesidades de los procesos clave asistenciales.

Gestionar los riesgos laborales y el medio ambiente

Como ya ha quedado reseñado en el **crit. 3e y 4c**, el HPZ cuenta con un Sistema de Gestión de Prevención de Riesgos Laborales, En la actualidad se encuentra en fase de revisión, y el objetivo es conseguir en 2008 la certificación OSHAS 18001. Esta actuación está sirviendo de prueba piloto para toda la red de Osakidetza. En el campo medioambiental, pese a que nuestro impacto es mínimo, el HPZ realizó en el año 2003 un diagnóstico medioambiental a través de la herramienta Ekoscan. Ello dio lugar a la definición de un proceso de gestión medioambiental. En la última revisión del mapa de procesos, se ha integrado en el proceso de Gestión de la Hostelería y del Edificio. En la 3ª reflexión estratégica hemos incorporado una línea estratégica encaminada a la obtención de la certificación de nuestro sistema de gestión medioambiental, con el fin de reforzar nuestro compromiso social y con el entorno.

5b. Introducción de las mejoras necesarias en los procesos mediante la innovación, a fin de satisfacer plenamente a clientes y otros grupos de interés, generando cada vez mayor valor

Identificar y priorizar oportunidades de mejora

Tanto la Misión como la Visión del HPZ recogen la voluntad de dar respuesta a las necesidades y expectativas de los clientes y otros grupos de interés. Partiendo de esta premisa, el hospital lleva a cabo tanto la revisión y mejora de los propios procesos como de las actividades que se realizan en los mismos. Con el fin de alinear las actuaciones a desarrollar, el Plan Estratégico se define en función de dichas necesidades y expectativas, **crit. 2a**, y cada año se va desplegando al PG con la incorporación de acciones que suponen revisar y mejorar parcial o radicalmente algunos procesos.

La identificación de oportunidades de mejora surge de diversas fuentes de información, tal como se muestra en la **fig.5b1**. La sistemática que sigue el HPZ para la planificación y mejora continua de la gestión de los procesos se inicia con la determinación del Plan de Gestión Anual de los Procesos. La mejora continua de la gestión de los procesos se garantiza a través del seguimiento de la información clave del proceso. Los líderes analizan los datos referidos al rendimiento de sus procesos y cumplimiento del PG del año anterior, satisfacción de cliente, incidencias, etc. y determinan las oportunidades de mejora que pueden estar relacionadas con necesidades de recursos, necesidades formativas, cambios en las operativas de los procesos, necesidades de coordinación con otras unidades/servicios/procesos del HPZ o externos, etc.

Una vez identificadas las áreas de mejora, estas se priorizan en función de los siguientes criterios:

- Impacto positivo sobre los clientes.
- Viabilidad: coste en €, horas, personas, otros recursos adicionales.
- Impacto sobre los resultados del proceso o del HPZ, garantizando la alineación con la P&E.
- Impacto positivo en la motivación de las personas del HPZ.
- Alineación con los objetivos del Plan de Calidad de Osakidetza

Los criterios se ponderan en función de los resultados a obtener y son revisados de manera periódica en la elaboración del PG anual. Así, en el año 2003 se incorporó como criterio de priorización la motivación de las personas por considerarse de interés seleccionar mejoras en función también de su capacidad de movilizar el interés de las personas del HPZ. En 2005 incorporamos la alineación con los objetivos del Plan de Calidad de Osakidetza. Esta revisión y sus conclusiones quedan documentadas en el “Informe de revisión por la dirección del sistema de gestión por procesos del HPZ”. En los planes de gestión se especifican los responsables de implantar las mejoras y, en muchos casos, se crean equipos para la implantación de mejoras, **crit. 3c**. Los jefes de servicio y supervisoras, gestores de los procesos asistenciales, también intervienen en la definición de sus objetivos, que son pactados con la dirección. Asimismo, los gestores de procesos certificados intervienen en la priorización de acciones de mejora.

Figura 5b1. Fuentes de detección de mejoras

Fuente de detección de áreas de mejora	Información Relevante
Revisión del cumplimiento del PG anterior, del contrato programa y de los objetivos del Plan de Calidad de Osakidetza	Evolución de los indicadores clave Resultados clave Diferencial entre resultado obtenido y meta fijada
Autoevaluación y auditorías internas y externas	Detección de Puntos Fuertes y Áreas de Mejora
Resultados en clientes y personas	Conocimiento de las necesidades y expectativas de los grupos de interés
Evaluación de la eficacia de los procesos	Grado de cumplimiento de objetivos y desarrollo de las acciones
Actividades de Benchmarking	Mejores prácticas de otras organizaciones

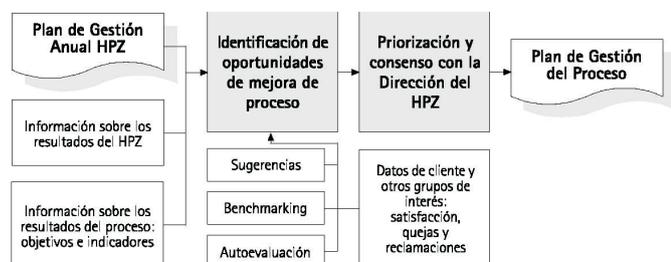
Establecer los métodos idóneos para llevar a efecto el cambio.

Una vez priorizadas las oportunidades de mejora, se asigna un responsable y se incluye en los planes de gestión o de mejora correspondientes. Si es necesario se crea un equipo de trabajo que gestiona el desarrollo e implantación de la nueva práctica, difundiendo entre el personal afectado la información sobre el proyecto desarrollado en sesiones específicas de comunicación y se entrega la documentación generada en los casos que se considere necesario para garantizar el conocimiento de los cambios. En algunos casos ha sido necesario reforzar las sesiones de comunicación con sesiones formativas de cara a establecer las nuevas prácticas. Por ejemplo, la definición de un protocolo de Contención Mecánica de aplicación a pacientes en estado de agitación o de agresividad llevó aparejada la formación al personal asistencial en esta técnica a través de sesiones específicas, desarrolladas repetitivamente para garantizar la participación de todo el personal. Otro ejemplo ha sido la formación desarrollada ante la implantación de los nuevos desfibriladores automáticos en las unidades asistenciales. Cuando las mejoras afectan a otros grupos de interés, como pacientes, familiares, centros derivantes, se les proporciona información por escrito de las mejoras realizadas. En 2002-03, con motivo de la implantación del protocolo de control de consumo de tóxicos se generaron hojas informativas que se entregan en el momento del ingreso tanto a los pacientes como a sus familiares. Asimismo, los profesionales de Salud Mental de Bizkaia, que derivan pacientes al HPZ, recibieron información sobre las normas a seguir durante el ingreso, consecuencias del consumo de tóxicos durante el mismo, etc.

La revisión de la efectividad de las mejoras introducidas se realiza a través de diferentes mecanismos. Fruto del aprendizaje con otras organizaciones consideradas excelentes, la profundización en herramientas y metodologías de calidad y los resultados de las autoevaluaciones, se ha incorporado una fase de evaluación y revisión de la eficacia de los cambios implantados, completando de esta manera el ciclo PDCA. Para ello, una vez concluida la implantación de la mejora, se fija una fecha para verificar que se han alcanzado los resultados

planificados o se establecen unos indicadores de seguimiento que garanticen que la práctica efectivamente está implantada y que se logra la meta establecida. Así, en el caso de la mejora introducida en Contención Mecánica se introdujeron indicadores específicos % de criterios clínicos en la indicación, duración del episodio, “accidentes” en los episodios, complicaciones posteriores, etc.. La gestión de la mejora se realiza según el esquema recogido en la **fig. 5b2**.

Figura 5b2. Ciclo anual de mejora



Realizar pruebas piloto antes de implantar una mejora

Con el fin de asegurarnos la idoneidad de las mejoras a implantar, el HPZ tiene sistematizada la realización de pruebas

piloto ante cambios importantes en los procesos o modificaciones que afecten a diferentes colectivos, como por ejemplo estamentos, procesos/unidades/servicios, etc. Para el diseño de la prueba piloto se forman equipos de trabajo en los que hay representación de todas las actividades implicadas y al menos un miembro de la CD. Así, en el año 2000 con motivo de la implantación del sistema Unidosis de dispensación de medicación se inició una prueba piloto en la Unidad de Corta Estancia. Analizados sus indicadores internos de rendimiento y otra información de la unidad, se realizaron algunas mejoras en su posterior implantación en la UGCR, como el cambio en la hoja de prescripción, en la que el médico registra el tratamiento y enfermería registra la administración del medicamento. La eficacia del aprendizaje se ha demostrado con el seguimiento de algunos indicadores, como por ejemplo, las incidencias provocadas por las hojas de prescripción. Posteriormente, esta metodología se ha ampliado al resto de Unidades del HPZ.

Como consecuencia de todas estas actividades han sido numerosas las mejoras introducidas tanto a nivel de prestación de servicio, que se muestran a lo largo de toda la memoria, como de la propia gestión de los procesos, tal y como recoge la **fig. 5b3**.

Figura 5b3. Ejemplos de mejoras en procesos

Proceso:	Cambio/mejora realizado	Responsable	Origen de la mejora:	Año
Admisión	Definición de los criterios de funcionamiento y mejora de la coordinación con otros hospitales y dispositivos	D. Médico	Cambios en el entorno (Creación de la Unidad de Agudos en el Hospital de Cruces)	1999
Grupos de Interés	Diseño de las encuestas de pacientes y familiares	D. Médico	Autoevaluación EFQM del HPZ	2001
Procesos asistenciales	Elaboración de la Guía de utilización de Sales de Litio, para mejorar su seguridad y estandarizar los criterios de aplicación. Mejora de la información al paciente	D. Médico y Farmacéutica	Sugerencias del personal, ESC	2002
Gestión de la documentación clínica	Mejora del uso de Historias Clínicas con la revisión de criterios para su expurgo, solicitud, evaluación...	D. Médico	Directriz Osakidetza en cumplimiento de la legislación vigente	2002
UGC Rehabilitación	Incorporación de la realización de la encuesta de pacientes al Proceso de Alta	Jefe UGCR	Resultados ESC	2003
Gestión de Análisis Clínicos	Mejora del control de las condiciones de almacenamiento de los reactivos en el Laboratorio	Dtor. Técnico Laboratorio	Auditoría interna del Sistema de Gestión de Calidad - ISO	2003
Gestión del Edificio	Cambios en las actividades del personal de seguridad, ante el cierre del perímetro del HPZ	D. Gestión Jefe SSGG	Resultados ESC, ESP, sugerencias y quejas de pacientes y personal	2003
UGC Rehabilitación	Incorporación de nuevas actividades al Proceso de Admisión de pacientes en la UGCR para mejorar la información dada a pacientes y familiares/allegados	Supervisora UGCR	Autoevaluación EFQM de la UGCR, resultados ESC	2004
Procesos asistenciales	Elaboración de un protocolo de actuación ante situaciones de violencia por parte de los pacientes	D. Gestión	Comité de Seguridad y Salud	2004
Procesos asistenciales	Establecimiento de normas para el “uso racional del medicamento”, consiguiendo una disminución del 3% del consumo respecto al 2004	Comisión de Farmacia	Datos Dirección de Farmacia de Osakidetza y objetivos sobre contención del gasto.	2005
Gestión del Medicamento	Creación de la Comisión de Formación	Comisión de Formación	Necesidad de contar con un proceso de formación continuada con despliegue a todos los estamentos del HPZ	2005
Procesos asistenciales	Auditoría de los Protocolos de Contención Mecánica, Terapia Electroconvulsiva y Protocolo ante consumo de tóxicos.	D. Gerente	Necesidad de revisión del grado de cumplimiento y de actualización de protocolos	2006
Procesos asistenciales	Rediseño del Proceso de Media Estancia (Subagudos)	Jefe de Servicio UME	Avance de la gestión por procesos	2006
Procesos asistenciales	Revisión de los Protocolos de Contención Mecánica, Terapia Electroconvulsiva y Protocolo ante consumo de tóxicos.	D. Médico, D.Enfermería	Resultados de la Auditoría de Protocolos 2006	2007

5c. Diseño de los productos y servicios basándose en las necesidades y expectativas de los clientes

Anticipar e identificar mejoras en los servicios de acuerdo a las expectativas de los clientes

A la hora de diseñar los productos y servicios que presta, el HPZ tiene en cuenta tanto las necesidades y expectativas de los clientes como las líneas establecidas por el Plan de Salud de Osakidetza. Para ello utiliza las siguientes fuentes de información:

- Contacto directo con familiares y usuarios, **crit. 1c**.
- Encuestas de Satisfacción de Pacientes, Encuestas de satisfacción de familiares, Sugerencias y reclamaciones, Reuniones periódicas con Asociaciones de Familiares, Participación en foros conjuntos con Asociaciones de Familiares, **crit. 1c y 5e**.
- Reuniones de procesos asistenciales con D. Médico y D. Gerente
- Evaluación de Contrato Programa

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 usuarios. La **fig. 5c1** muestra algunas de las mejoras introducidas en los Servicios para adelantarnos y dar respuesta a las necesidades y expectativas de nuestros clientes.

Figura 5c1. Mejoras introducidas en los servicios

Año:	Origen del cambio:	Nuevos servicios asistenciales
1998	Hospital de Cruces asume las urgencias atendidas hasta entonces por el HPZ	Reconversión del Servicio de Urgencias a Unidad de Admisión
1999	Necesidad de control de la adherencia al tratamiento y detección precoz de síntomas de descompensación	Apertura de los Hospitales de Día: Zamudio, Barakaldo y Erandio
1999	Necesidades de pacientes y familiares para garantizar el seguimiento del tratamiento y ayudar a identificar los efectos secundarios por el abandono del mismo.	Organización de los "Grupos de educación para la salud" y "Grupos de medicación" para los pacientes ingresados.
2000	Nuevo perfil de pacientes: diagnóstico dual (diagnóstico psiquiátrico más consumo de tóxicos)	Programas específicos para pacientes duales
2001	Necesidad de orientar la rehabilitación hacia las discapacidades secundarias, ofreciendo un modelo integral de tratamiento	Creación de la Unidad de Gestión Clínica de Rehabilitación
2001	Necesidad de dar respuesta a pacientes con escasa adherencia al tratamiento farmacológico y la incorporación de una nueva tecnología farmacológica: los medicamentos Depot (inyectables cuyos efectos duran dos semanas)	Diseño de programas de seguimiento específicos para pacientes con necesidad de control de adherencia al tratamiento
2002	Potenciación de las alternativas a la Hospitalización completa en función del Plan Estratégico 2002-2006	Incremento de plazas en los Hospitales de Día
2005	2º Plan Estratégico	DAFO Servicio de Terapia Ocupacional
2006	Aumento de la prescripción de la terapia electroconvulsiva (TEC) y necesidad de actualizar la tecnología disponible.	Adquisición de un nuevo aparato de TEC. Curso de actualización de facultativos
	Necesidad de contar con un líder gestor para abordar la "unificación" de los dos servicios de media estancia (UME B y UME 1) en una Unidad de Gestión Clínica	Dotación de una Jefatura de Servicio de UGC de Media Estancia
	Necesidad de contar con sistemas de alta intensidad de cuidados para los pacientes más graves y deficitarios.	Implantación de Programas de Tratamiento Aserivo Comunitario
2007	Necesidad de aumentar las plazas de hospitalización parcial, de acuerdo con el PE 2002-2006.	Inauguración del nuevo Hospital de Día de Barakaldo
	Necesidad de disponer de desfibriladores en todos los Servicios para garantizar una atención inmediata en caso de parada cardiorrespiratoria.	Adquisición de cuatro desfibriladores automáticos. Curso de manejo a facultativos y enfermería
	Necesidad de incidir en nuevas tecnologías orientadas a la rehabilitación cognitiva para personas con enfermedad mental severa.	Proyecto RECORD (ver 4D)

Dadas las patologías que presentan muchos de los usuarios del HPZ, en numerosas ocasiones con cuadros psicóticos, su participación directa en el diseño de nuevos servicios resulta

complicada, más allá del conocimiento de su grado de satisfacción. No obstante, el hospital mantiene líneas de colaboración con EGUNABAR, Asociación de Usuarios de Bizkaia, y en el Servicio de Rehabilitación y la Unidad de Media Estancia se celebran asambleas semanales en las que participan las personas ingresadas y el personal asistencial en las que se reciben, debaten, y acuerdan las sugerencias presentadas.

Fruto de esta inquietud por incorporar las necesidades de los usuarios al diseño de nuevos servicios, el HPZ ha evolucionado de una oferta inespecífica de hospitalización psiquiátrica, a un modelo de asistencia integral a la enfermedad mental severa, con diversificación de servicios, definición de programas, implantación de indicadores, etc. que han convertido al HPZ en un referente a nivel autonómico y estatal. De hecho, la UGC de Rehabilitación se convirtió en el modelo a imitar en la CAPV según el Plan de Salud Mental 2004-2008 por su oferta de un modelo integral de tratamiento, la orientación de sus programas a la rehabilitación de los aspectos discapacitantes de los pacientes con enfermedad severa de curso crónico, el diseño de planes individualizados de tratamiento y la medición de los grados de discapacidad a través de la escala HoNOS.

Diseñar y desarrollar nuevos productos y servicios

Cuando se plantea la necesidad de incorporar un nuevo servicio o mejorar las prestaciones de las unidades asistenciales, la CD, junto con los líderes de los procesos asistenciales y sus equipos respectivos, valoran la oportunidad o no de llevar a cabo la incorporación. En el caso de nuevos servicios que supongan modificaciones en la cartera de servicios, se requiere

de la aprobación del Departamento de Sanidad del GV para ser incluidos en el Contrato Programa.

El HPZ dispone de una Cartera de Servicios con la oferta disponible que se actualiza y remite anualmente a Osakidetza, al Departamento de Sanidad, Centros de Salud Mental, otros hospitales, etc. Esta actualización ha permitido al HPZ acceder a nuevos mercados, como la creación en 1998 de los Hospitales de Día de Barakaldo y Erandio, que permite el seguimiento en régimen ambulatorio de los pacientes, complementando los Servicios de Salud Mental Extrahospitalaria ante los problemas de demanda no satisfecha por los Centros de Salud Mental existentes. Una vez aprobado el cambio se planifica su implantación, incluyendo un plan de aprendizaje para el personal involucrado en su diseño —que puede suponer

visitas a otros hospitales, investigación sobre otras prácticas, acciones formativas sobre técnicas específicas, etc.—, se determinan los plazos de realización y de revisión y ajuste de re-

sultados, si fuera necesario. Las acciones de mejora se añaden al Plan de Gestión del Servicio correspondiente

Como ejemplo de esta sistemática, el diseño del Servicio de Rehabilitación, y los programas asistenciales que lo integran, tuvo en cuenta experiencias similares consolidadas. Para ello, se mantuvieron contactos con profesionales del Servicio Andaluz de Salud, Comunidad Autónoma de Madrid, Instituto Psiquiátrico José Germain, etc. Asimismo, se revisó la bibliografía disponible de prácticas psiquiátricas basadas en la evidencia, **crit. 4d y 4e**.

La revisión de la efectividad de la oferta de servicios del hospital se realiza a través de la evaluación del Contrato Programa, los resultados de las encuestas de satisfacción de pacientes y familiares, la evaluación de los resultados de los procesos y el seguimiento de la gestión global por parte de la CD. Fruto de esta revisión, desde 2006 se ha avanzado en la diferenciación de los programas de Media Estancia y UGC Rehabilitación, aportando los programas en las reuniones de coordinación con los dispositivos derivantes (Centros de Salud Mental, Servicios de Psiquiatría de los hospitales generales, etc.), lo que ha mejorado la adecuación del perfil de los pacientes derivados a ambos dispositivos. El próximo objetivo para los programas de Media Estancia es la “unificación” de los dos servicios actuales (UME B y UME 1) en una Unidad de Gestión Clínica similar a la actual de Rehabilitación. Para ello se ha gestionado –y conseguido– una plaza de jefe de servicio de UGC de Media Estancia, que se convocará próximamente, y que liderará el cambio. Asimismo, dentro del proceso de mejora de los hospitales de día se ha incrementado en cinco el número de profesionales lo que ha permitido el aumento de los servicios ofrecidos. Otro ejemplo de mejora en servicio es el rediseño que venimos realizando desde 2005 del proceso de Terapia Ocupacional. Tras el análisis DAFO del proceso, la orientación del mismo va encaminada hacia una nueva cartera de servicios que de respuesta a las nuevas necesidades detectadas en los pacientes

La revisión de la efectividad de estas actuaciones viene reforzada por el hecho de que instituciones como la Diputación Foral de Bizkaia y ARGIA hayan suscrito acuerdos de colaboración con el HPZ para proveer de plazas de hospital de día a los pacientes acogidos en los servicios residenciales de dichas instituciones.

Comprender y anticipar el impacto de las nuevas tecnologías en el diseño de los servicios del HPZ

La información sobre la evolución de la tecnología es una de las fuentes clave de detección de oportunidades de mejora en los procesos que, además, estimula la creatividad, la innovación y las competencias clave de las personas del HPZ para la creación de nuevos servicios, mejoras en procesos, etc. Para determinar el impacto que estas nuevas tecnologías pueden suponer para el diseño de los servicios, contamos con diferentes mecanismos:

- **Biblioteca.** Nos permite mantenernos al día en las novedades terapéuticas. Con la información novedosa recabada en las publicaciones científicas se realizan numerosas sesiones clínicas, **crit. 3b y 4e**, en la que se aportan datos útiles para los procesos asistenciales, como por ejemplo efectos adversos de antipsicóticos atípicos, el consentimiento informado, actualización de la práctica del TEC, uso de las Sales de Litio, etc.
- **Los nuevos medicamentos Depot** han permitido diseñar unos programas de seguimiento específicos para pacientes con escasa adherencia al tratamiento farmacológico que están resultando exitosos, tanto porque los efectos se-

cundarios de los nuevos fármacos antipsicóticos son prácticamente inexistentes, como porque estos programas tienen un efecto de prevención de las recaídas. Tanto los pacientes como las familias están igualmente satisfechos.

- **Sistemas de información** Han facilitado mejorar la información al paciente y evaluar su eficacia, incorporando a los procesos asistenciales la entrega del informe de alta en mano antes de la salida del paciente del HPZ, llevando un seguimiento de la implantación de esta práctica al ser uno de los indicadores del Cuadro de Mando Asistencial y del Contrato Programa, **crit. 6**.
- **Nuevos sistemas de gestión.** Su difusión entre la totalidad del personal, facilita el conocimiento de los objetivos, evaluación de los mismos, posibles desviaciones, etc. Esto, permite tomar decisiones basadas en datos y de acuerdo con las evidencias disponibles, lo que facilita los debates sobre las mismas. En este sentido, tanto los directivos, como jefes de servicio y personal asistencial, se han convertido en referentes y docentes en la Comunidad Autónoma Vasca y el resto del Estado, participando en cursos, seminarios, conferencias, y publicaciones, **crit. 1b**.

Fruto del análisis del impacto de las nuevas tecnologías, la UGCR viene desarrollando desde 2006 un proyecto denominado “Nuevas tecnologías y personas con enfermedad mental” que se extenderá hasta el año 2008. El proyecto contempla la utilización de programas de rehabilitación cognitiva, mediante la utilización de tecnología informática, **crit. 4d**. Este tipo de aplicaciones es una novedad, siendo pionero en su implantación el Hospital de Zamudio.

5d. Producción, distribución y servicio de atención, de los productos y servicios

Elaborar servicios acordes con los diseños previos

La actual Misión del HPZ contempla “prestar servicios preventivos, de promoción, cuidado y mejora de la salud mental”. Para dar respuesta a esta situación diseña y desarrolla sus productos y servicios a través de los procesos operativos clave, basándose en las necesidades y expectativas de los clientes.

La prestación de estos servicios se desarrolla a través de tres procesos operativos diferenciados por cliente, según la intensidad o la duración del tratamiento que precisen: Proceso de Agudos, Proceso Subagudos, Media Estancia, y Proceso UGC de Rehabilitación. Estos procesos se despliegan, a su vez, en procesos de segundo nivel diferenciados por tipo de servicio ofrecido al paciente, en función de la evolución de su patología. Así, todos los procesos asistenciales cuentan con un proceso de hospitalización completa, para los pacientes que precisan ingreso hospitalario las 24 horas del día, y otros procesos que permiten el seguimiento de los pacientes en un régimen menos intensivo, una vez finalizada su estancia en la unidad de hospitalización completa: Hospitales de día y Programas de seguimiento.

Todos los procesos disponen de un gestor y se gestiona su diseño, seguimiento, control y mejora, **crit. 5a**. Asimismo, el HPZ ha identificado e implantado los procesos de apoyo clínico necesarios para la correcta prestación asistencial de los pacientes. Los procesos asistenciales funcionan mediante la participación de equipos multidisciplinares en los que están representadas todas las áreas de actividad que intervienen en la prestación del servicio del proceso en cuestión. Fruto de las revisiones y la mejora de los procesos, se han perfeccionado las interacciones al determinar en cada proceso cuáles son los servicios que necesita de otros procesos y haber establecido

acuerdos entre ambos. Ejemplo de estas actuaciones son la entrega de los informes de análisis clínicos antes de las 14.30 horas, la reorganización del trabajo en la Farmacia estableciendo un responsable para cada unidad asistencial para coordinar sus demandas (preparación de medicación para per-

misos, horarios de solicitudes y entregas, etc.). Estos acuerdos son revisados periódicamente por los líderes de los procesos, estableciendo nuevos acuerdos de colaboración caso de ser necesario.

Figura 5d1. Esquema de funcionamiento de los procesos asistenciales

Fase	Actividad realizada	Indicadores
Acceso al hospital	Los pacientes llegan a las Unidades de Hospitalización derivados desde los diferentes servicios (Servicios de urgencias, Centros de Salud Mental, etc.) con los que trabajamos de forma coordinada. Cada proceso asistencial tiene definido el perfil de pacientes a los que atiende. Este momento constituye una de las principales interfases entre los diferentes procesos asistenciales del HPZ. La gestión de esta interfase se realiza a través de protocolos de actuación, reuniones de coordinación internas y externas, etc, con el fin de garantizar la continuidad de los cuidados del paciente. La revisión de la efectividad se realiza a través de los indicadores de control, siendo uno de los más significativos el tiempo de demora media, crit. 9 b .	Tiempo de demora media Nº de Ingresos % de Ocupación % Sectorización
Acogida	Su misión es facilitar la integración en la unidad al paciente recién llegado. Para ello se informa al paciente y sus familiares de las normas de funcionamiento, se presenta al equipo de personas que le van a atender y es instalado en su habitación. La efectividad de este proceso se mide a través de la encuesta realizada al alta, en la que se pregunta sobre la información recibida a su ingreso, crit. 6a . A lo largo del tiempo se han ido introduciendo numerosas mejoras en este proceso. Así, en 1998 se diseñó un folleto informativo para entregar al ingreso a pacientes y familiares (que ha sido revisado y actualizado en diversas ocasiones), desde 2002 se colocan carteles en las habitaciones de los pacientes con información sobre los horarios de las unidades y normativa, en 2003 la UGC Rehabilitación elaboró un nuevo folleto informativo con amplia información sobre normas, servicios y sus derechos (revisado anualmente)	Resultados de las ESP y ESF
Evaluación	Una vez efectuada la acogida comienza la evaluación del cuadro clínico del paciente, dando lugar al plan de tratamiento, que se comunica a la totalidad del equipo en las reuniones diarias. En el caso de la UGC Rehabilitación, los resultados obtenidos durante la evaluación inicial fundamentan el denominado Plan Individual de Rehabilitación (PIR). El PIR, que se configura en una reunión específica y multidisciplinar, recoge los objetivos generales y específicos del tratamiento, la metodología de intervención y la forma de evaluar la consecución de cada objetivo. El PIR es presentado al usuario y su familia por el profesional encargado del caso y, una vez confirmada las demandas y objetivos, se inicia su implantación, siendo revisado de forma sistemática en reuniones de equipo con periodicidad mensual.	GRD (Grupos Relacionados por diagnóstico) PIR y HoNOS (En UGC Rehabilitación)
Tratamiento	Se inicia inmediatamente tras la evaluación. El desarrollo del plan de tratamiento incluye programas terapéuticos, plan de cuidados de enfermería, intervenciones sociales, actividades ocupacionales, etc. El tratamiento cuenta como procesos de apoyo con los procesos de Terapia Ocupacional, Farmacia, Análisis Clínicos y Medicina Interna. Asimismo, se han desarrollado protocolos estandarizados para la atención al paciente, con distribución de responsabilidades para los distintos estamentos. En el caso de Rehabilitación la atención al paciente ha ido evolucionando hacia una organización del trabajo por referentes. Cada paciente es asignado para su seguimiento global a un auxiliar y a un ATS/DUE. Cada auxiliar es referente de 12 pacientes y cada ATS/DUE de 24. El objetivo de este sistema es prestar una asistencia integral, agilizar la resolución de problemas detectados en el paciente, mejorar el conocimiento del estado del paciente y su evolución, etc., crit. 4d .	Escala HoNOS
Alta y/o derivación	Los procesos asistenciales finalizan con el alta y/o la derivación del paciente hacia otros dispositivos de seguimiento, como por ejemplo programas de seguimiento que se desarrollan en el propio hospital, a hospitales de día que dependen del HPZ, crit. 5e , u otras unidades sanitarias o estructuras intermedias como pisos de acogida. Se comunica al resto del equipo en las reuniones diarias y contacta con el dispositivo que va a recibir la derivación para informar del plan establecido, garantizando la continuidad de cuidados y resolución de interfase interna o externa. La decisión es comunicada al paciente y a la familia informando de todos los aspectos que se consideren pertinentes para los cuidados del paciente. El paciente recibe un informe con instrucciones para la continuidad de su proceso, facilitándole de forma sistemática una cita en el dispositivo donde vaya a ser atendido en adelante. Se envía el informe de alta al Centro donde va derivado el paciente. La revisión de la efectividad de esta fase se realiza a través del seguimiento de los indicadores y el grado de cumplimiento de los objetivos, crit. 6b .	Estancia Media Cita previa para continuidad de tratamiento. Entrega Informe de alta en mano Nº de Altas voluntarias

Distribuir los productos y servicios a los clientes

La prestación de los servicios asistenciales del HPZ responde al esquema de funcionamiento presentado en la [fig.5d1](#).

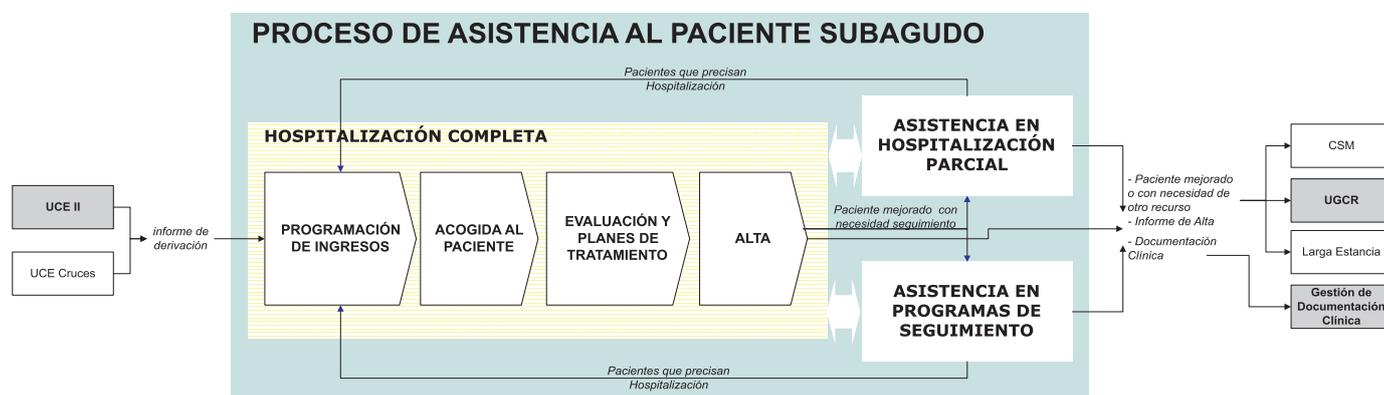
El HPZ ha implantado tres procesos operativos que dan respuesta a la prestación asistencial en función del tipo de atención a desarrollar:

Proceso de Agudos: Su misión es intervenir en las “crisis”, estabilizando a los pacientes hasta que pueden seguir un tratamiento menos intensivo en otros dispositivos, generalmente en los CSMs o en otro tipo de unidades de hospitalización como Media Estancia, Rehabilitación, Larga Estancia, etc. Constituyen el “equivalente psiquiátrico” de las unidades intensivas de los hospitales generales (UVI, Reanimación, etc.). Este proceso se despliega en dos procesos de segundo nivel: Hospitalización de Agudos y Consultas Externas de Seguimiento y/o Alta Precoz. Son unidades donde el tiempo de estancia en hospitalización es corto, siendo el objetivo de Estancia Media de 17 días, [crit. 9 a.](#) La eficiencia del proceso se mide a través de la herramienta informática GRD que facilita

dades de corta estancia. Es el equivalente a los traslados de las UVIs a las plantas de hospitalización general. El mayor tiempo de permanencia de los pacientes permite la implementación de programas asistenciales que no son posibles en las unidades de agudos. Se despliega a través de dos procesos de segundo nivel:

- Hospitalización completa cuyo objetivo de Estancia Media se sitúa por debajo de 60 días.
- Hospital de Día para el seguimiento de pacientes con recaídas frecuentes y/o persistencia sintomatológica en régimen de hospitalización parcial, previo al alta. Su objetivo es la remisión sintomatológica que permita la derivación del paciente al CSM, para continuar su tratamiento en régimen ambulatorio.
- Programas de seguimiento para pacientes dados de alta con ingresos prolongados, múltiples reingresos e historial de abandono del tratamiento en los Centros de Salud Mental. Funciona como las consultas externas de los hospitales generales.

Figura 5d2. Mapa de 2º Nivel: Proceso Subagudos



el cálculo del consumo de recursos de cada paciente y permite comparaciones con otras unidades de psiquiatría, así como sistema de financiación en el Contrato Programa. El Proceso de Agudos está desplegado en dos Unidades del HPZ: la Unidad de Corta Estancia de la primera planta (UCE-I) y la Unidad de Corta Estancia de la segunda planta (UCE-II).

Pese a que la Ley General de Sanidad de 1986 recomendaba el ingreso de agudos en las Unidades de Psiquiatría de los Hospitales Generales, el HPZ apostó por mantener la hospitalización de este tipo de pacientes para dar respuesta a las necesidades de la población. La efectividad de esta medida lo muestran los resultados de las encuestas corporativas de Osakidetza, en la que las Unidades de Corta Estancia del HPZ son las mejor valoradas. Asimismo, se ha conseguido cubrir la demanda de hospitalización del sector de población asignado con un tiempo de demora media excelente, escasas horas desde que se recibe la solicitud y se produce el ingreso, y, además, se han atendido demandas no atendidas por otras Unidades de Psiquiatría de Hospitales Generales.

Frente a otras organizaciones que se marcaban como objetivo reducir el indicador de estancia media, el HPZ ha mantenido fijo el objetivo de 17 días. El motivo de esta decisión fue prestar una mejor asistencia al conseguir que los pacientes fueran dados de alta lo suficientemente compensados para seguir tratamiento ambulatorio y disminuir el porcentaje de reingresos. En los últimos años, el resto de hospitales han aumentado la estancia media en las unidades de agudos –fundamentalmente en el GRD “psicosis”, el más frecuente en el HPZ- lo que supone un respaldo a la decisión tomada en su día.

Proceso de Subagudos, fig. 5d2: Fue diseñado para pacientes con psicopatología grave que precisen continuar con un tratamiento que suponga una estancia superior a la de las uni-

Proceso de Rehabilitación: proporciona asistencia de rehabilitación psicosocial a pacientes con enfermedad mental severa de curso crónico utilizando recursos hospitalarios y comunitarios. La Estancia Media de la hospitalización completa se sitúa entorno a los 95 días. Es habitual que al alta los pacientes continúen el seguimiento con su médico a través de consultas, Programas de seguimiento, o pasen a los programas de rehabilitación en régimen de Hospital de Día, Proceso de Rehabilitación Psicosocial en la Comunidad, cuyo objetivo suele ser el de retener a los pacientes, para posibilitar una mayor adherencia al tratamiento que evite las descompensaciones y por tanto la hospitalización.

A lo largo de la memoria se han incluido ejemplos de mejoras realizadas en cada uno de los procesos asistenciales. La evaluación de la eficacia viene avalada por los excelentes resultados de satisfacción de clientes, de los resultados medidos a través de los indicadores del Cuadro de Mandos asistencial y por las numerosas visitas que recibe el HPZ por parte de organizaciones el ámbito de la Salud Mental a escala autonómica, estatal e internacional.

El HPZ realiza la actividad docente a través del **Proceso de Docencia** para desarrollar nuestra vocación universitaria tal y como se explicita en nuestra Misión. El mantenimiento de la formación MIR/PIR/EIR es fundamental para que las organizaciones sanitarias se mantengan vivas y actualizadas. El HPZ participa en las reuniones que convoca la Subdirección de Asistencia Especializada de Osakidetza, habiendo aportado datos sobre la evolución de la demanda de profesionales en los sistemas públicos de salud. En este sentido, y en lo que se refiere a la asistencia psiquiátrica y salud mental, Osakidetza ha dotado para los años 2006, 2007, y 2008 la totalidad de las plazas acreditadas en salud mental y psiquiatría. Al HPZ, junto con los hospitales de Santiago y Basurto se le ha conce-

dido el mayor número de plazas en el País Vasco, dos MIR y 1 PIR. Desde el año 2005 el HPZ está acreditado para la formación de enfermeras/os en enfermería psiquiátrica, siendo el único hospital de la CAV acreditado. La revisión de la efectividad del proceso de docencia viene dado por el hecho de que el 73% de los MIR formados en el HPZ en los últimos años hayan superado la última Oferta Pública de Empleo 2006 de Osakidetza.

5e. Gestión y mejora de las relaciones con los clientes.

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

Las necesidades y expectativas de los clientes constituyen una valiosa entrada para la formulación de la estrategia del HPZ, **crit. 2**. El paciente y su entorno son el centro de la actividad del HPZ y por ello la mayor parte de las mejoras implantadas a lo largo de los años, tanto a nivel estructural, obras de remodelación, creación de habitaciones individuales, etc), como organizativas, reconversión de unidades asistenciales, gestión por procesos, trabajo por referentes en la UGCR, etc., están orientadas a la mejora de la satisfacción de nuestros usuarios, tal como ha venido recogido en nuestros diferentes planes estratégicos.

Con el fin de dar respuesta a estas necesidades, el HPZ ha mejorado de manera sistemática su relación con aquellos aliados que tienen relación directa con los clientes, por constituir focos de información de gran importancia, principalmente los CSMs. Existen reuniones de coordinación periódicas a las que acuden profesionales del HPZ en las que, además de trabajar para garantizar la continuidad de cuidados de los pacientes, se detectan necesidades y mejoras para introducir en los procesos asistenciales del HPZ. Es habitual que los médicos del HPZ se pongan en contacto con los de los CSMs para recabar información sobre los pacientes que les derivan. En definitiva, se trata de mejorar el seguimiento a la asistencia de los pacientes. Entre las mejoras, consecuencia de esta actividad, se encuentran la elaboración de acuerdos para la derivación de pacientes, en el que se hace especial hincapié en los contenidos del informe de derivación para conocer las necesidades del paciente, a través de los protocolos de derivación. El HPZ realiza un seguimiento de la entrega de sus informes de alta al CSM a través de un indicador del Cuadro de Mandos. En línea con la mejora del seguimiento de los pacientes, y dadas las dificultades que muchos pacientes tienen para mantener su tratamiento cuando no precisan estar hospitalizados, se han creado los hospitales de día y los otros programas de seguimiento en los que logra que los pacientes no abandonen la medicación. Asimismo, se trabaja en el desarrollo de las habilidades de los pacientes y se busca mejorar su integración en la comunidad a través de la integración en pisos de acogida, programas de trabajo protegido, etc.,

Implicarse de manera activa con los clientes

A diferencia de otras especialidades médicas, el ámbito psiquiátrico supone un nivel de implicación mucho mayor con los pacientes por parte del personal asistencial. Además, en la mayoría de los casos, esta relación se extiende al núcleo familiar y social del usuario de nuestros servicios. Como ya ha quedado señalado, **crit. 1c y 4e**, la relación médico-paciente es el centro de la actividad asistencial, lo que se refleja en un contacto continuo e individualizado para cada paciente en

función de sus necesidades. Cada paciente es tratado por un único médico y en caso de reingreso contará con la asistencia del mismo médico.

Las características especiales de los pacientes atendidos por el HPZ, con enfermedad mental grave, frecuentemente de larga evolución, con déficits de autonomía y escaso soporte familiar y social, motivan que el trabajo social sea fundamental en la atención a los pacientes. Así, cada unidad asistencial cuenta con un trabajador social, que en coordinación con los servicios sociales comunitarios, se ocupan de detectar y actuar sobre los problemas sociales, buscando la integración en la comunidad del paciente. En 2006, se dotó a Rehabilitación con un trabajador social más en respuesta a los resultados de la encuesta de satisfacción, donde el apoyo a la resolución de problemas sociales ofrecía oportunidades de mejora. Los trabajadores sociales intervienen en la acogida del paciente en las unidades de hospitalización, en la evaluación de las necesidades sociales, y durante el proceso de alta, así como el contacto con las familias.

La revisión de la efectividad de esta implicación con los usuarios y sus familias, en la que están comprometidas el 100% de las personas del HPZ, se realiza a través de la encuesta de satisfacción donde el ítem “satisfacción con el apoyo recibido de los profesionales” se ha mantenido por encima del 85% de satisfacción en los últimos 4 años.

Utilizar las encuestas y otras formas de recogida de datos para determinar los niveles de satisfacción

Tanto la Misión con la Visión del HPZ recogen como uno de sus ejes de actuación la búsqueda de la satisfacción de sus clientes. Ello ha llevado al hospital al ser una organización pionera en la realización de encuestas tanto a los propios pacientes como a sus familiares. Las encuestas se encuentran segmentadas y con periodicidad anual o continua en función de los diferentes servicios prestados por el Hospital, tal y como muestra la **fig. 5e1**. La primera encuesta se realizó en 1998, a partir de un modelo diseñado por Osakidetza para los hospitales generales. Esta encuesta era entregada en mano al paciente al alta con un sobre franqueado, junto con el informe de alta, para la remitiera al HPZ una vez cumplimentada desde su domicilio. En el año 2001 la Subdirección de Calidad de Osakidetza creó una comisión a través de la cual se diseñó la Encuesta de Unidades de Agudos de Hospitalización Psiquiátrica. Esta encuesta se desarrolló contando con las sugerencias y aportaciones de las personas del Hospital, realizándose por vez primera en 2003. Pese a que la directriz de Osakidetza es que la encuesta sea bienal, el HPZ la realiza con carácter anual para poder dar respuesta de la manera más inmediata posible a las percepciones de los clientes.

En paralelo a la comisión creada por Osakidetza, en el año 2001 se creó un equipo de trabajo en el HPZ, liderado por el Director Médico con la participación de los Trabajadores Sociales y Supervisores de Planta, para el diseño de la Encuesta de Satisfacción de Familiares (ESF). En el desarrollo de la encuesta se contó con la colaboración de 38 familiares pertenecientes a AVIFES, realizándose la primera medición a finales de ese mismo año. La encuesta se entrega al familiar al alta con sobre franqueado si viene a recoger al paciente, en caso contrario se envía por correo. Las encuestas son recibidas por la Secretaría de Gerencia, que se encarga de introducir las respuestas en la base de datos y de informar de los agradecimientos y quejas a las unidades correspondientes.

Las encuestas se revisan de manera sistemática anualmente. En esta revisión se mejoran los contenidos de las encuestas, con la colaboración de líderes de los procesos asistenciales y trabajadores sociales, así como a través del aprendizaje

y benchmarking Así, en 2004 la encuesta de hospitalización completa de pacientes introdujo nuevos ítems en línea con los objetivos estratégicos. En las encuestas de Hospitales de Día, tras la revisión del proceso de cara a su certificación ISO en 2005, se incluyeron algunas características diferenciadoras del servicio ofrecido al paciente, como el apoyo a sus problemas psicosociales y la mejora en su autonomía. En el caso de las encuestas de familiares, se ha incluido como objetivo del Plan de Gestión del HPZ 2007 la mejora de la encuesta y de la sistemática de aplicación para ampliar la tasa de respuesta, reduciendo el número de preguntas y haciendo más amigable su formato, de cara a su implantación en 2008. En esta reflexión están participando la CD, los líderes asistenciales, trabajadores sociales y la asociación de familiares AVIFES.

Figura 5e1. Herramientas de medición de la satisfacción del cliente

Cliente	Herramienta	Método
Paciente Hospitalización Agudos	Encuesta telefónica. Corporativa	Corte anual en febrero se extrae una muestra de pacientes dados de alta en los últimos dos meses.
Paciente Hospitalización completa Media Estancia (Subagudos)	Encuesta realizada antes de su salida del Hospital, al alta	Se encuesta al 100% de pacientes dados de alta en Febrero y en Noviembre
Paciente Hospitalización completa Rehabilitación	Encuesta realizada antes de su salida del Hospital, al alta	Se encuesta al 100% de los pacientes dados de alta cada mes
Familiar de paciente Hospitalización completa (Agudos, Subagudos, Rehabilitación)	Encuesta entregada al alta del paciente con sobre franqueado. (Encuesta en revisión en 2007)	Se entrega la encuesta al 100% de los familiares al alta
Usuario Hospitales de Día – UGCR (Zamudio/Erandio/Baracaldo)	Se hace un corte anual con los pacientes ingresados	Se hace un corte anual encuestando al 100% de pacientes ingresados. Se alternan Hospitales, siendo bienal en cada Hospital.
Familiar Hospitales de Día – UGCR (Zamudio/Erandio/Baracaldo)	Se hace un corte anual	Se hace un corte anual encuestando al 100% de familiares. Se alternan Hospitales, siendo bienal en cada Hospital.
Usuario y familiar Hospital de Día – UME	(En fase de diseño – 2007)	
Paciente usuario de actividades ocupacionales de UGCR	Se hace un corte anual	Se hace un corte anual encuestando al 100% de pacientes ingresados.

Los procesos certificados disponen de herramientas propias de medición de la satisfacción de sus clientes, cuyos resultados suponen también la inclusión de áreas de mejora en sus planes de gestión anual. Por otra parte, a iniciativa de responsables de algunos programas específicos, y contando con la colaboración de Calidad, se han comenzado a desarrollar otras herramientas, por ejemplo en los programas de rehabilitación de habilidades de la vida cotidiana, que van a permitir mejorar sus actividades en función de la opinión de sus usuarios

Dar seguimiento al Sistema de Atención al Cliente

El HPZ cuenta desde 1998 con un Servicio de Atención al Paciente y Usuario, SAPU, cuya finalidad es dar respuesta y seguimiento a las posibles quejas, sugerencias y reclamaciones que presenten los clientes. Este servicio está liderado por el Director Médico y son los trabajadores sociales los encargados de informar y facilitar los trámites para que los clientes ejerzan su derecho de quejarse y aportar sugerencias. Los pacientes y familiares/allegados son informados de la existencia de este servicio al ingreso y cuando manifiestan su deseo de

exponer una protesta o sugerencia son derivados hacia las trabajadoras sociales. El procedimiento de gestión de las quejas y reclamaciones ha sido revisado de manera habitual coincidiendo con las autoevaluaciones anuales, las directrices emanadas desde Osakidetza y las propias sugerencias de los usuarios. Como consecuencia de dichas revisiones se ha modificado el circuito de reclamaciones y se ha modificado el registro donde se deja constancia de la reclamación.

La gestión de las reclamaciones sigue un circuito sistemático, fig. 5e2., Todas las reclamaciones son registradas en Secretaría de Gerencia y enviadas al Director Médico. Este inicia una investigación de los hechos que provocaron la reclamación. Se establecen las causas y se esclarece si la reclamación se debe a un fallo en la calidad del servicio ofrecido al usuario, ya sea paciente o familiar, o es necesario implantar cambios para mejorar el servicio. Finalmente el reclamante recibe una carta en la que se le aportan las explicaciones pertinentes.

En 2006, como consecuencia de una acción de aprendizaje y benchmarking con la Comarca Este de Gipuzkoa, reconocida con la Q Oro, se incluyó como criterio de priorización para las áreas de mejora relacionadas con la satisfacción del cliente en las unidades asistenciales la ocurrencia de reclamaciones “fundamentadas”, es decir, aquellas en las que el cliente tiene razón. Asimismo, el PE 2007-2010 incluye una línea relacionada con una serie de aspectos organizativos derivados de varias reclamaciones derivadas de pérdidas de enseres de pacientes, problemas con lavandería, etc. Las quejas o sugerencias pueden dar lugar a la creación de equipos de mejora como la constitución a mediados de 2006 de un equipo para la mejora de la seguridad en la medicación, consecuencia de las reclamaciones relacionadas con esta materia.

En el caso de las sugerencias se sigue el mismo circuito, y se analiza la viabilidad de la sugerencia en el ámbito correspondiente. Por ejemplo, la sugerencia de colocar aparca-bicis se trató en Comisión de Dirección y la sugerencia de ampliar el horario de la Cafetería se trasladará al próximo pliego de condiciones de contratación del servicio. La revisión de la efectividad de la gestión de las relaciones con los clientes ha propiciado el desarrollo de numerosas mejoras en el HPZ fruto

del aprendizaje interno y las actividades de Benchmarking, fig. 5e3.

Figura 5e2. Circuito de atención de reclamaciones y sugerencias

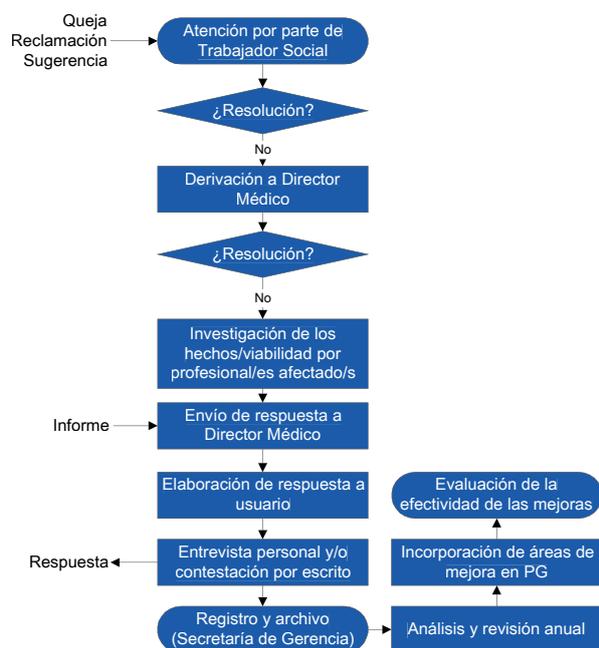


Figura 5e3. Mejoras en las relaciones con los clientes

Revisiones y aprendizajes	Año	Mejoras
Revisiones • Resultados de PG • Elaboración de PE • Autoevaluaciones Aprendizaje: • Participación en Comisión de mejora de SS.CC. • Formación de los líderes en CT • Incorporación de Coordinadora de calidad. • Benchmarking • Plan de Calidad Osakidetza 2003-2007	1.998 1.999	<ul style="list-style-type: none"> ○ Implantación 1º Encuesta de Satisfacción de Clientes ○ Diseño de nueva base de datos para la explotación de datos
	2.001 2.002	<ul style="list-style-type: none"> ○ Diseño de la Encuesta de satisfacción de Familiares, contando con la participación de AVIFES ○ Implantación de la Encuesta de Satisfacción de Familiares ○ Revisión de la 1ª Encuesta de Satisfacción de Clientes ○ Participación en la validación de la nueva Encuesta de Satisfacción de Unidades de Hospitalización de Agudos (Encuesta corporativa)
	2.003	<ul style="list-style-type: none"> ○ Implantación de la nueva Encuesta de Satisfacción de Agudos (Corta Estancia) ○ Implantación de nueva Encuesta de Media Estancia y Rehabilitación (Diseñada con la intervención de pacientes y familiares) ○ Diseño e implantación de la 1º Encuesta de Hospital de Día-Barakaldo
	2.004	<ul style="list-style-type: none"> ○ Revisión de la Encuesta de Media Estancia y Rehabilitación ○ Incorporación de la realización de la encuesta al proceso de alta de Rehabilitación ○ Diseño e implantación de la encuesta de satisfacción con los programas de rehabilitación de habilidades de la vida diaria ○ Revisión y mejora de la Encuesta de Hospitales de Día de UGCR
	2005	<ul style="list-style-type: none"> ○ Revisión de la Encuesta de Media Estancia y Rehabilitación: se añade, por ejemplo, la valoración de la programación de las altas ○ Revisión y ampliación de la encuesta de Hospitales de Día de UGCR
	2006	<ul style="list-style-type: none"> ○ Mejora en la sistemática de identificación de áreas de mejora (nueva matriz de priorización)
	2007	<ul style="list-style-type: none"> ○ Revisión de la Encuesta de Familiares: Mejora de contenidos y de sistemática de aplicación ○ Modificación en pregunta sobre la comida para detectar problemas específicos



MEMORIA PARA LA EVALUACIÓN EXTERNA EFQM

Criterio 6, Resultados en Clientes

6

6a. Medidas de percepción

Desde el primer PE la satisfacción del paciente ha sido una de las **líneas estratégicas** del HPZ. Por ello, comenzó a gestionar los resultados de satisfacción del paciente en 1998, introduciendo mejoras en la sistemática de medición tal como se ha explicado en 5e.

Ámbito de aplicación: El HPZ mide la satisfacción de pacientes y familiares a través de encuestas diferentes según el tipo de servicio ofrecido al usuario, fig.5e. Dado que algunas de las necesidades y expectativas de los usuarios varían según el perfil del paciente, que define el proceso asistencial a través del cual será atendido, **los resultados son gestionados en el ámbito de cada proceso asistencial, crit.5d.**

Las encuestas incluyen todas las dimensiones consideradas relevantes en el ámbito asistencial para medir la **calidad científico-técnica**, así como los aspectos que más influyen en la **calidad percibida del usuario**. Asimismo, cuenta con una opción para que los pacientes seleccionen los aspectos que a su juicio inciden más en su satisfacción. Dado que el HPZ no dispone de Urgencias y que los ingresos se realizan de forma programada no se incluyen aspectos relacionados con las demoras en la asistencia, que suelen encontrarse en otros Hospitales.

Objetivos: Hasta el 2003, se estableció como objetivo general mantener un resultado igual o mayor que 75% de usuarios satisfechos para todas las dimensiones y todos los procesos asistenciales. En 2004, en Agudos, se estableció **superar la media de Osakidetza**. A partir de 2005 se determina como idóneo para todos los procesos **situarse por encima del 90%**

en aquellos aspectos que el paciente considera más importantes. Para establecer áreas de mejora, se actuaba sobre aquellos aspectos con mayor importancia y menor satisfacción y sobre aquellos donde no se alcanzaba el resultado esperado. Desde 2006, fruto de revisión y aprendizaje, la CD define los objetivos de Satisfacción Global de pacientes y de familiares para el total del HPZ y para cada uno de los procesos asistenciales y se **incluyen en el PG anual**. La identificación de los ítems a mejorar se establece en base a: **1. Importancia concedida por los pacientes, 2. Aspectos sobre los que se han recibido quejas y reclamaciones por parte de usuarios, 3. Aspectos que no alcancen un 85% de satisfacción, 4. Áreas con tendencias negativas, 5. Áreas relacionadas con objetivos del PE-HPZ, y 6. Áreas relacionadas con objetivos del Plan de Calidad de Osakidetza.**

Comparaciones: El HPZ está considerado un referente nacional a nivel de gestión, como lo demuestra la consecución en 2006 del Premio Avedis Donavedian a la Excelencia en Calidad en Psiquiatría y Salud Mental, en el que entre otros muchos requisitos se facilitaron los datos de resultados en clientes. Otra muestra de avance en la gestión es la cantidad de visitas recibidas en el HPZ por parte de instituciones psiquiátricas de ámbito nacional e internacional, ver 8b, donde siempre se muestran los sistemas de medición de resultados en clientes. Por tanto, obtener comparaciones fuera de la red de Osakidetza resulta complicado. Por ese motivo, nos comparamos con otros Hospitales Psiquiátricos o Unidades de Psiquiatría de Hospitales que cuentan con **reconocimientos externos a la excelencia de su gestión**. Las comparaciones se realizan buscando la **similitud entre los procesos asistenciales**.

SATISFACCIÓN DE PACIENTES – AGUDOS

Figura 6a1. Satisfacción de pacientes Agudos.

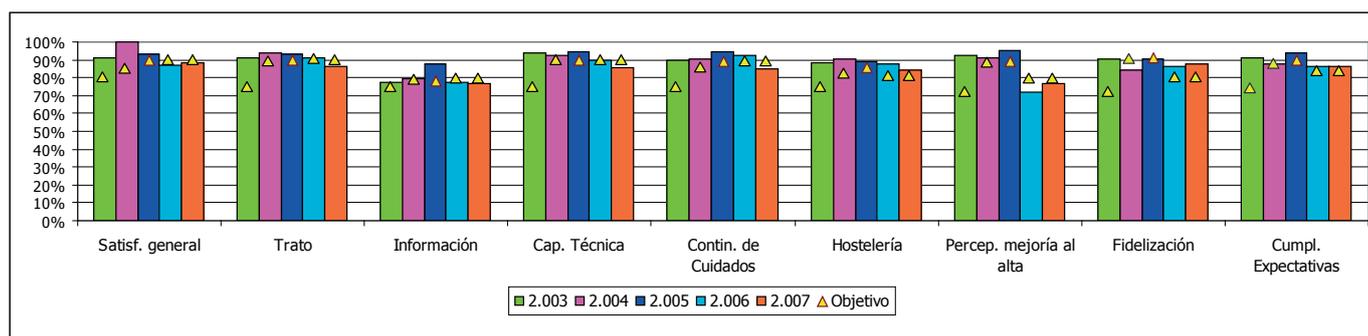
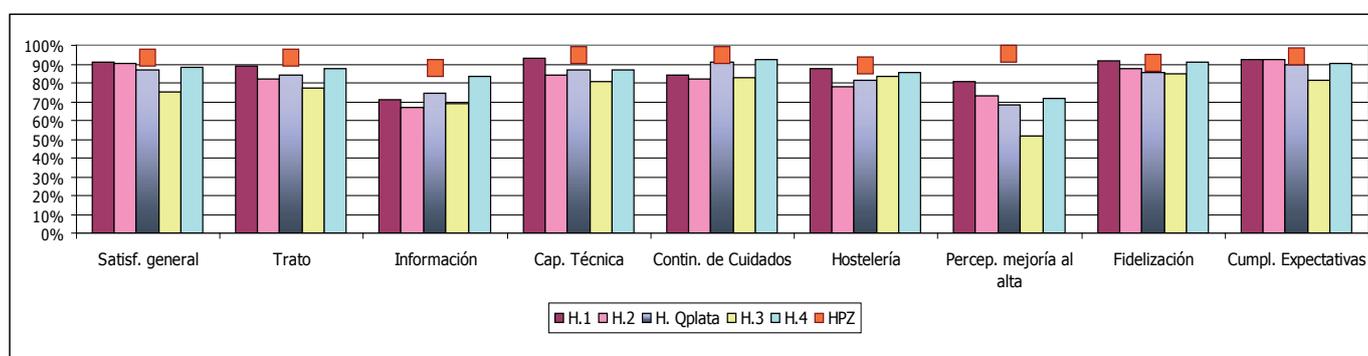


Figura 6a2. Comparaciones satisfacción pacientes - Unidades de Agudos Osakidetza



Satisfacción Agudos. Los resultados de la **fig. 6a1** muestran la satisfacción de los pacientes hospitalizados en Agudos a lo largo del tiempo y agrupados por cada uno de los factores. Cabe destacar varios aspectos: la mayor parte de los aspectos presentan tendencias sostenidas o positivas en torno al 90% de nivel de satisfacción y en ningún aspecto se sitúa por debajo del 80% salvo la percepción de mejoría al alta en las dos últimas mediciones. Esto último puede ser debido a la nula conciencia de enfermedad que presentan muchos de los pacientes. Asimismo, se alcanzan los objetivos. Destaca el índice de

satisfacción general que presenta una tendencia sostenida por encima del 90%, llegando a alcanzar el 100% en alguna medición. Estos magníficos resultados son consecuencia directa de numerosas medidas implantadas en todos los aspectos de la satisfacción desde la potenciación de la información, la personalización del trato, los esfuerzos realizados para mejorar la formación de los profesionales del HPZ, etc.

Como consecuencia de todo lo anterior, **fig. 6a2**, las comparaciones resultan favorables.

SATISFACCIÓN DE PACIENTES - SUBAGUDOS

Figura 6a3. Satisfacción de pacientes Subagudos

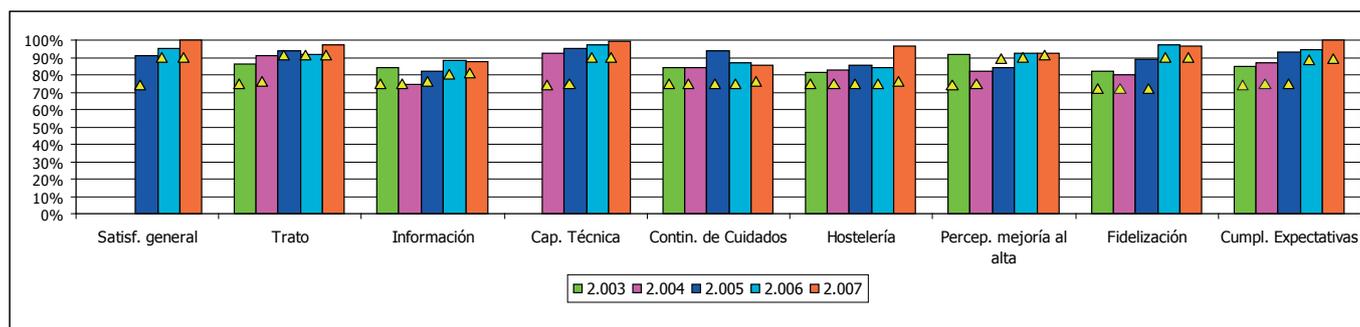
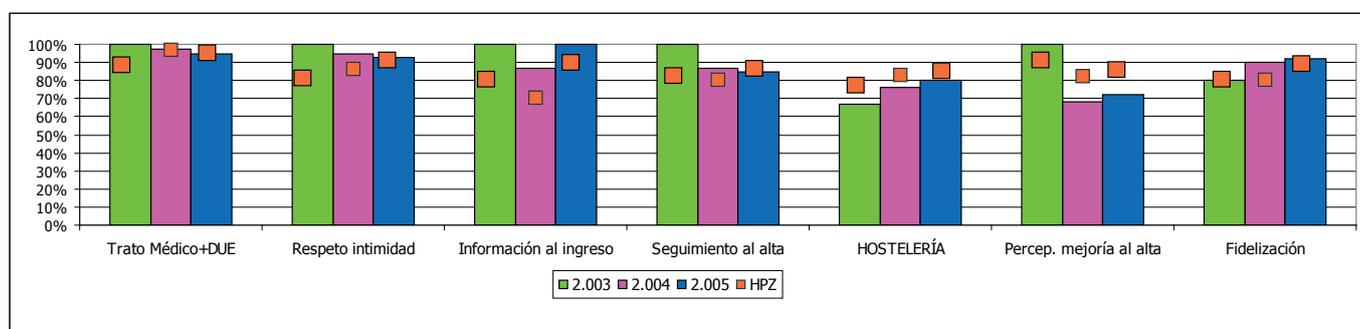


Figura 6a4. Comparación satisfacción pacientes – Unidad Subagudos Hospital Psiquiátrico Q-Oro



Satisfacción Subagudos. La **fig. 6a3.** muestra la satisfacción de los pacientes Subagudos. Los resultados para los distintos aspectos muestra tendencias positivas a lo largo del tiempo. Destacan los índices de satisfacción general y el grado de cumplimiento de las expectativas de los pacientes, superándose los objetivos en todos los factores. Estos resultados son consecuencia directa de las mejoras introducidas entre las que

destacan la mejora de la información de la medicación, la mejora de la información facilitada por el personal médico y de enfermería, etc.

La **fig. 6a4** muestra los resultados de la comparación con un hospital Q Oro en aquellos índices similares a los que mide el HPZ, resultando favorables para nuestro hospital, excepto en el apartado de información.

SATISFACCIÓN DE PACIENTES REHABILITACIÓN

Figura 6a5. Satisfacción Rehabilitación.

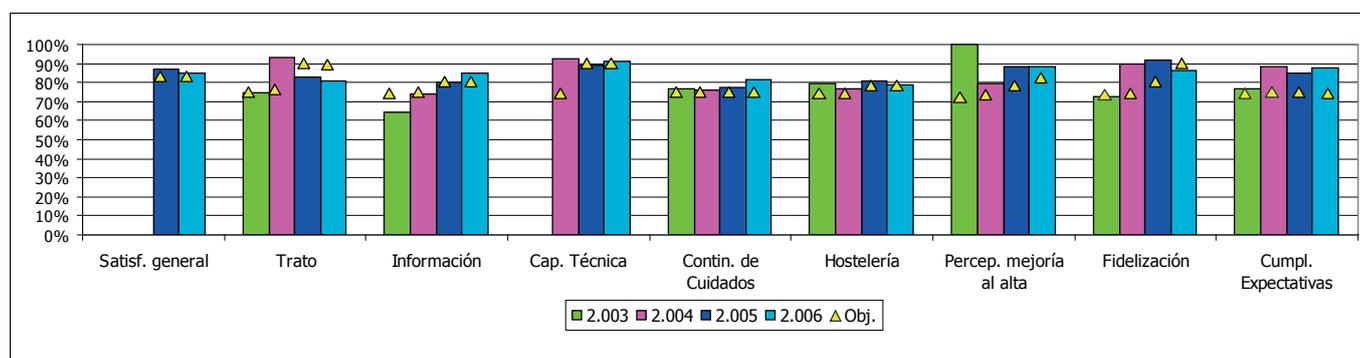


Figura 6a6. Comparaciones en Rehabilitación

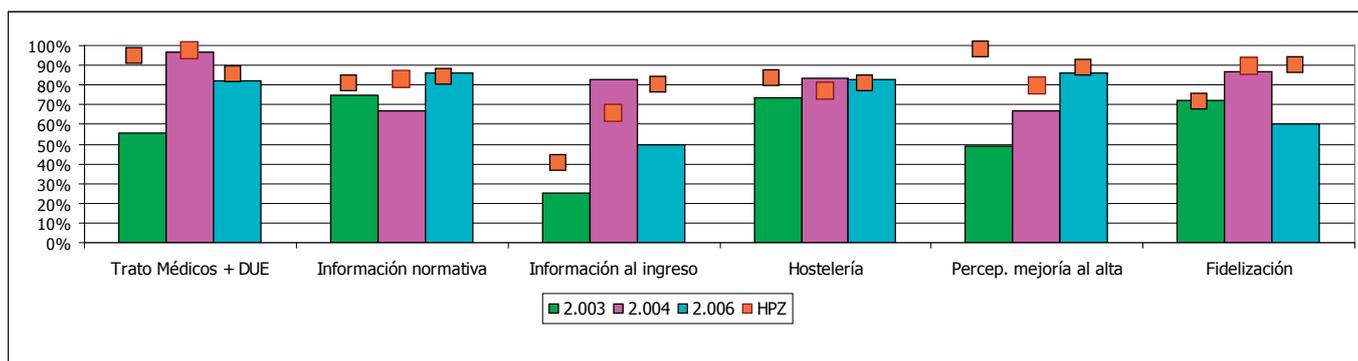
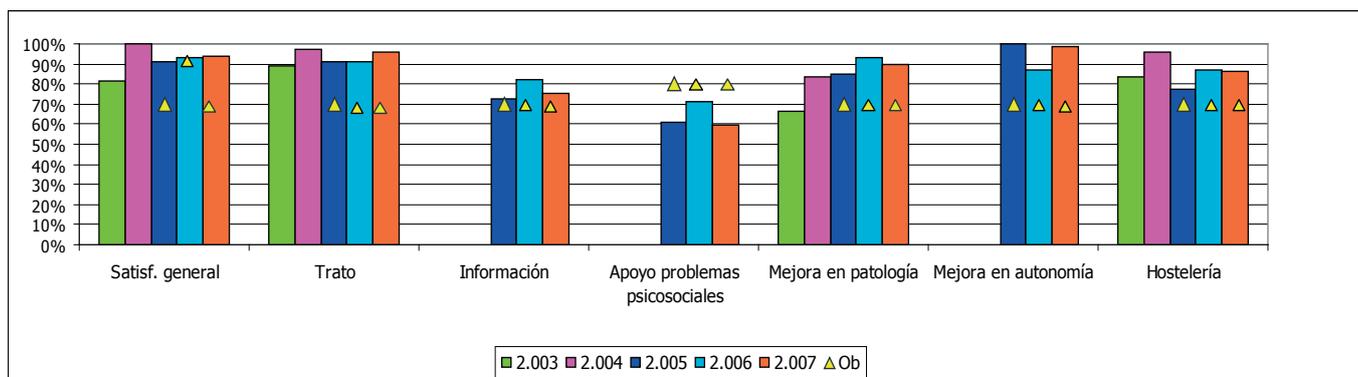


Figura 6a7. Satisfacción pacientes Hospital de Día



Satisfacción Rehabilitación. La fig. 6a5 muestra el grado de satisfacción de los pacientes de Rehabilitación. Los resultados presentan tendencias positivas y sostenidas a lo largo del tiempo para los distintos factores de la encuesta. Las particularidades de la unidad, en la que permanecen ingresados durante periodos prolongados personas con problemas muy graves de salud mental y con situaciones vitales de extrema precariedad, han de ser consideradas en lo que se refiere a la interpretación de los datos de las encuestas. El procedimiento de cumplimentación y recogida de la encuesta de satisfacción se encuentra integrado en el proceso de alta de la unidad, con el objetivo de recoger la opinión del máximo número de pacientes, más del 95% en el último año.

Los resultados son consecuencia directa de la puesta en funcionamiento del procedimiento de información integrado en el Proceso de Admisión, y Cuaderno informativo con información pormenorizada y por escrito del funcionamiento y normativa de la unidad, cuaderno cuyo contenido es revisa-

do anualmente; la continuidad de los cuidados prestados; la orientación de la Unidad no sólo a resultados de mejoría clínica sino de integración social. Los objetivos se alcanzan y las comparaciones con un hospital psiquiátrico reconocido con la Q Oro, fig. 6a6, resultan favorables.

La fig. 6a7 muestra también datos positivos, cumpliéndose los objetivos establecidos. La percepción del apoyo recibido a sus problemas psicosociales es el único ítem que no alcanza los objetivos establecidos, probablemente en relación con las importantes necesidades de apoyo. Se han incorporado objetivos relacionados con la mejora de éste ítem, como el incremento en visitas domiciliarias, el acompañamiento a gestiones y consultas y otras actividades de apoyo comunitario. La incorporación de una nueva Trabajadora Social, específicamente para este programa asistencial redundará en una mejor atención en este aspecto.

SATISFACCION DE FAMILIARES

Figura 6a8. Satisfacción Familiares Hospitalización Completa

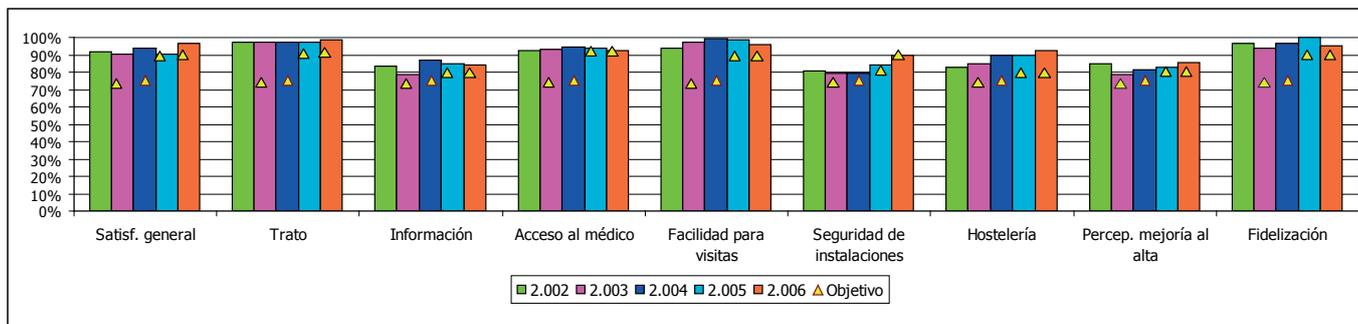
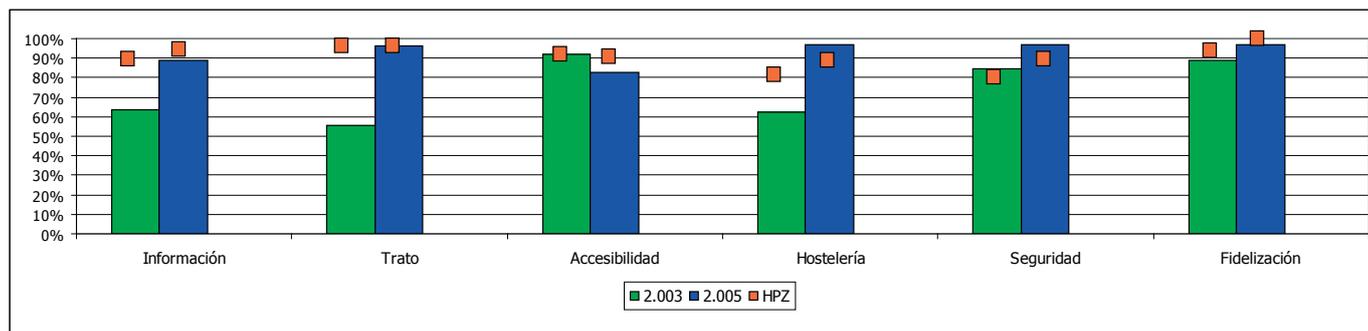


Fig 6a9. Comparación satisfacción de familiares



La satisfacción de los familiares en Hospitalización completa presenta tendencias positivas a lo largo del tiempo, alcanzándose los objetivos. Destacan como aspectos más significativos el trato, la facilidad para poder realizar visitas y la satisfacción general. Los resultados son consecuencia directa de las reuniones con los familiares de los pacientes ingresados, los contactos con AVIFAES, etc. Las comparaciones realizadas con un Hospital Psiquiátrico reconocido con la Q Plata, fig. 6a9. resultan favorables al HPZ.

6b. Indicadores de Rendimiento

El HPZ dispone de una amplia batería de indicadores que le permiten medir de forma indirecta la satisfacción de sus clientes.

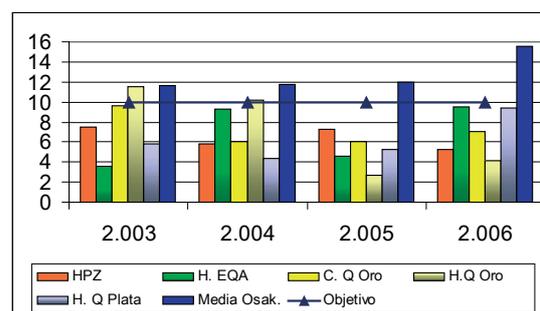
Ambito de aplicación. El HPZ dispone de indicadores indirectos en línea con las dimensiones de la encuesta presentadas en el crit.6a. Algunos de los indicadores, dada su relevancia, se presentan en el crit.9. Todos los datos se encuentran **segmentados por proceso**. Como se ha comentado en 6a, no se utilizan indicadores de percepción del cliente de la accesibilidad, al realizarse los ingresos de forma programada y no existir demoras en las consultas de los programas de seguimiento.

Objetivos: La mayoría de los indicadores se encuentran en el PG-HPZ y en los PG de los procesos, por lo que los objetivos son **establecidos por la CD y consensuados con los líderes** asistenciales, siendo revisados con carácter **anual**. En general, se dirigen a mantener o superar ligeramente los resultados del año anterior, salvo para aquellos en los que se establecen estándares basados en criterios de calidad científico-técnica.

Comparaciones: Se utiliza en mismo criterio que el explicado en crit. 6a, si bien en algunos casos se ha buscado comparaciones con la Media de Osakidetza, la de los Psiquiátricos y otras organizaciones con reconocimientos a su gestión.

Tiempo de respuesta a reclamaciones. El indicador mide el tiempo de respuesta a las reclamaciones planteadas por los clientes, medido en días. Cuanto menor es el indicador, mejor es el resultado. Presenta tendencia positiva, alcanza los resultados y las comparaciones son favorables. La mayor parte de las reclamaciones están relacionadas con el estado psicopatológico del paciente y no con deficiencias del HPZ. Pese a que el Plan de Calidad de Osakidetza marca un plazo de 12 días, el objetivo del HPZ se ha establecido en un máximo de 10 días. Asimismo, hemos pasado de un 71% de implantaciones de las sugerencias en 2005 al 100% en 2007.

Figura 6b1. Tiempo de respuesta a reclamaciones



Entrega del informe de alta en mano. Los pacientes reciben antes de salir del HPZ el informe de alta donde se incluye toda la información relevante de su ingreso, así como recomendaciones al alta, Crit. 5d. Este indicador es uno de los tradicionales en la medición de la calidad científico-técnica y se mantiene en el 100% en los últimos años, cumpliendo el objetivo establecido.

Figura 6b2. % Informe de alta en mano Agudos

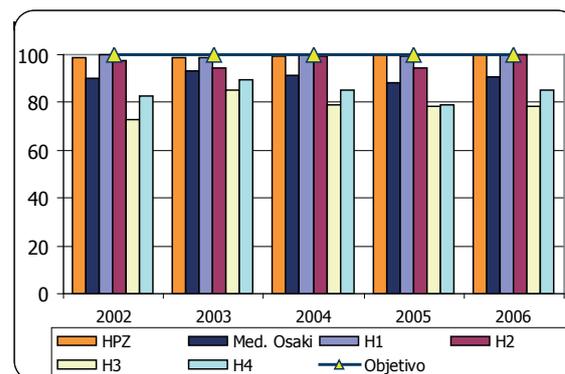
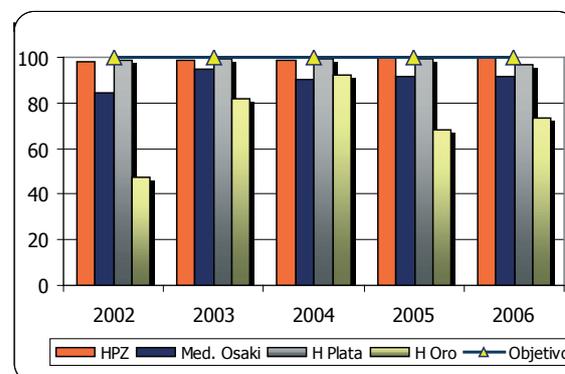


Figura 6b3. % Informe de alta en mano Subagudos



% Altas Voluntarias sobre Altas. Mide el % de pacientes que solicitan el alta de manera voluntaria sobre el total de altas concedidas. El dato se encuentra segmentado por proceso

y se disponen de comparativas con la media de Hospitales Psiquiátricos de Osakidetza y H. Q Oro, siendo **el resultado del HPZ el mejor**. Se ha establecido como objetivo no superar el estándar establecido en el 2,60% del total de altas generadas al año, manteniéndose un excelente resultado. Cuanto menor es el indicador mejor es el resultado. Salvo en agudos, donde en 2005 se produjo un pequeño repunte, las tendencias son positivas, se alcanzan los objetivos y las comparaciones son favorables. Es consecuencia directa de la gestión de los procesos asistenciales

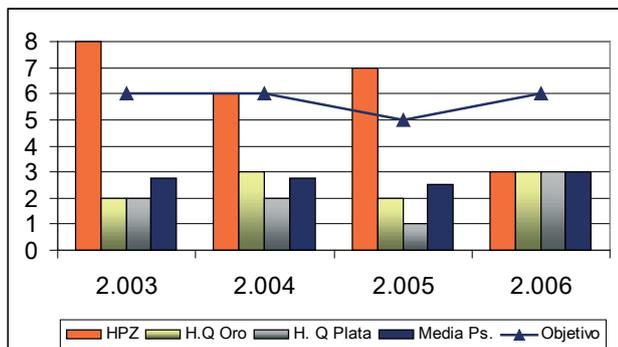


Figura 6b4. % de altas voluntarias de Agudos

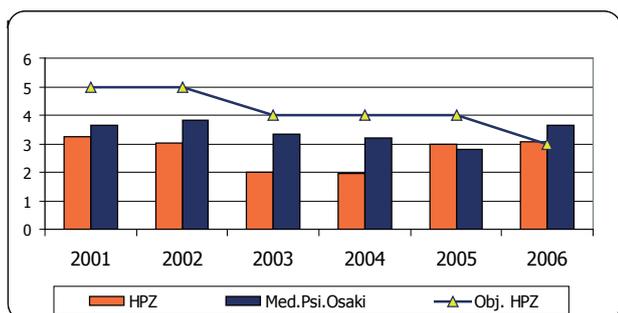


Figura 6b5. % de altas voluntarias de Subagudos

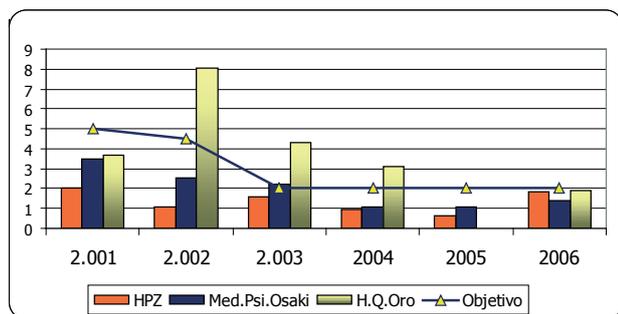


Figura 6b6. % de altas voluntarias de Rehabilitación

Fugas. La falta de conciencia de enfermedad y el carácter involuntario de algunos ingresos propician la ocurrencia de fugas, que suponen un fracaso terapéutico, ante el abandono del tratamiento por parte del paciente. Las mejoras en los sistemas de **permisos de salida** para pacientes aprobados por su médico (a través de un equipo de mejora) y las **medidas de seguridad** (cierre del perímetro hospitalario, cámaras y control de accesos) han permitido la significativa mejora de este resultado. El objetivo ha sido revisado en diversas ocasiones. En el PG-2007 se ha establecido igualar el resultado de 2006. El dato se encuentra segmentado por proceso.

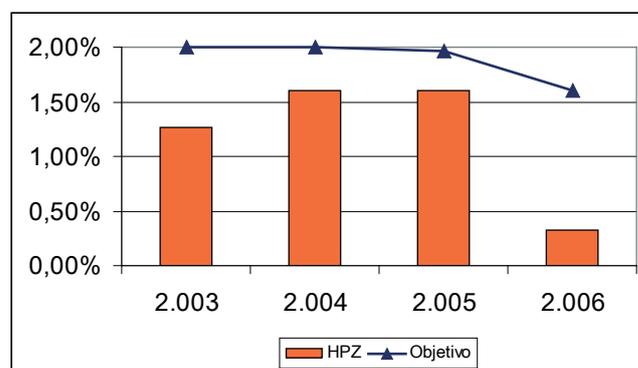


Figura 6b7. % de fugas/ total altas

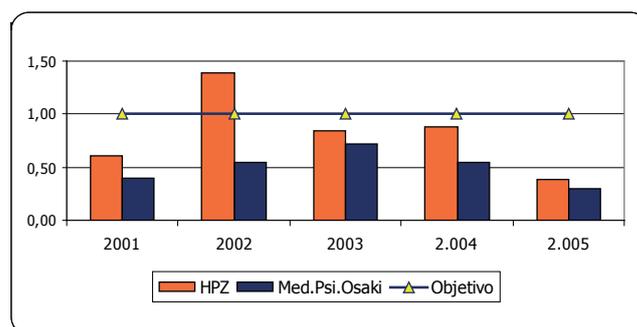


Figura 6b8. % altas por fuga en Agudos

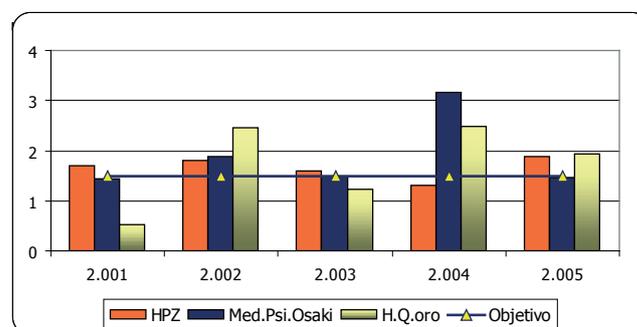


Figura 6b9. % de altas por fuga en Subagudos.

Agradecimientos. Son numerosos los agradecimientos que el equipo asistencial del HPZ recibe de pacientes y familiares al alta. Desde 2002 se sistematizó el cómputo de aquellos que llegan por escrito, bien a través de cartas o a través de comentarios en las encuestas de satisfacción. Estos agradecimientos suelen ser transmitidos, cuando llegan a la Dirección, a la persona o personas destinatarias, con una carta de felicitación, **crit.3e**. En general, los agradecimientos ensalzan el trato recibido por parte del personal asistencial y la mejoría conseguida gracias al tratamiento. En 2006 se revisó el objetivo incluyéndose en el PG el logro de al menos un agradecimiento al mes.



MEMORIA PARA LA EVALUACIÓN EXTERNA EFQM

Criterio 7. Resultados en las Personas

7

7a. Medidas de percepción

El HPZ busca la satisfacción de las personas que desarrollan su actividad en el mismo. Para ello mide el grado de satisfacción a través de la encuesta de personas, siendo el primer hospital de la Red de Osakidetza en implantar estas mediciones. Las encuestas, que se realizan con periodicidad bienal, han sido revisadas en numerosas ocasiones, **crit 3a**.

Fruto de estas revisiones, en la encuesta realizada en 2007 el porcentaje de respuesta se ha situado en niveles cercanos al 63 %, lo que ha llevado a Osakidetza a estandarizar en el resto de hospitales nuestra metodología.

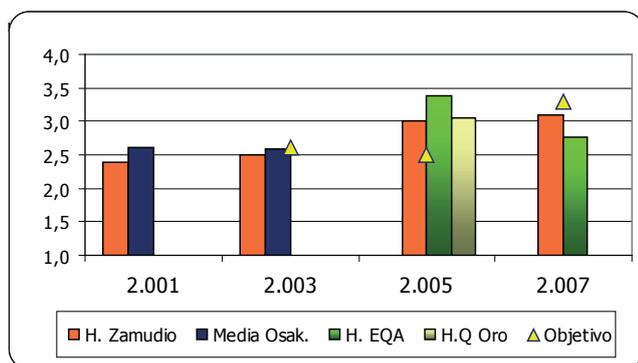
Ámbito de aplicación: La encuesta corporativa consta de **48 preguntas** agrupadas en **13 dimensiones**. Los resultados se presentan **segmentados** por categoría profesional, responsabilidad, estabilidad en el trabajo, antigüedad y horario de trabajo. Asimismo, incluye preguntas propias del HPZ, habiéndose incorporado en la encuesta del 2007 cinco nuevas preguntas relativas a aspectos de seguridad, cargas de trabajo, liderazgo y participación. La escala de valoración es de 1 a 5, si bien los resultados que aquí mostramos aparecen en escala de 1 a 4 por cuestiones de espacio.

Objetivos: Los primeros objetivos se fijaron para la encuesta del 2003, cuando ya se disponía de resultados de la encuesta anterior y datos comparativos. El criterio aplicado fue mejorar los resultados que quedaban por debajo de la **media de Osakidetza**, mantener los resultados considerados buenos y mejorar aquellos sobre los que se establecieron acciones de mejora. En la encuesta de 2005 se revisó el criterio y la CD decidió establecer objetivos de mejora para dimensiones priorizadas en función de ser **más importantes para las personas y ofrecer menos satisfacción**, así como mantener los resultados en el resto. En el **PG-2007** se han incluido los **objetivos de mejora** establecidos tras el análisis de los resultados de las encuestas del 2005 para la **mayoría de las dimensiones** en función de un % de mejora esperado a través del plan de mejora establecido. Este varía entre el 5 y el 15%.

Comparaciones: Dadas las especificidades de la gestión pública, especialmente en el ámbito de las personas y del hecho diferencial del ámbito sanitario, y del psiquiátrico, la CD considera especialmente relevantes las comparativas con **organizaciones sanitarias con reconocimientos a su gestión**. Por otra parte, al igual que ocurre con la satisfacción directa de usuarios y familiares, **crit.6a**, encontramos el mismo problema para obtener comparaciones fuera el ámbito de Osakidetza. Finalmente, tras unas jornadas de aprendizaje en 2006 sobre sistemas de medición de la gestión de personas y comprobadas casuísticas similares en entidades de sectores diversos, la CD ha comenzado a analizar comparaciones con entidades de otro sector reconocidas a nivel europeo.

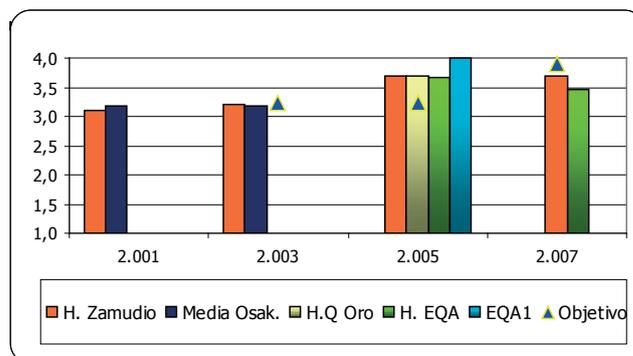
Liderazgo y gestión de la mejora

Figura 7a1. Percepción de la Dirección



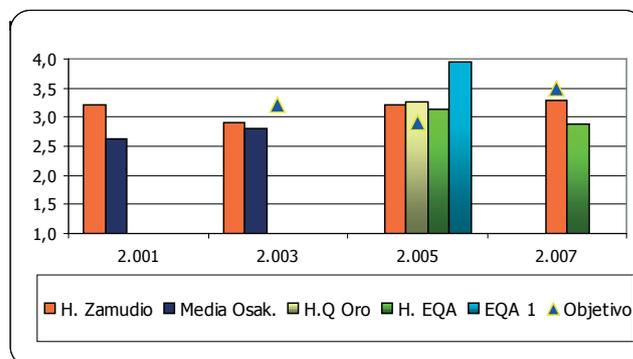
Percepción de la Dirección. Se aprecia una tendencia positiva en el resultado consecuencia de la implicación de la Dirección en proyectos de mejora del HPZ, el apoyo de los líderes a las personas, el incremento del grado de autonomía para tomar decisiones a los diferentes niveles, etc..

Figura 7a2. Satisfacción con mando intermedio



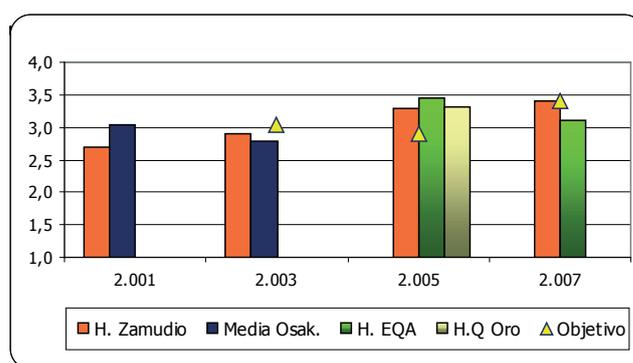
Satisfacción con el Mando Intermedio. Esta dimensión hace referencia a la relación con los mandos intermedios y las competencias en gestión de los mismos. La creciente implicación de los líderes en proyectos de mejora y el fomento de la participación en diversas iniciativas en las unidades- autoevaluaciones, equipos de mejora, rediseño de procesos, 5s, etc.-, así como la accesibilidad de los mandos, las facilidades para acceder a cursos de formación, ..., **crit.1b y 1d**, han propiciado una clara tendencia positiva, y resultados similares a los del resto de hospitales.

Figura 7a3. Conocimiento e identificación de objetivos



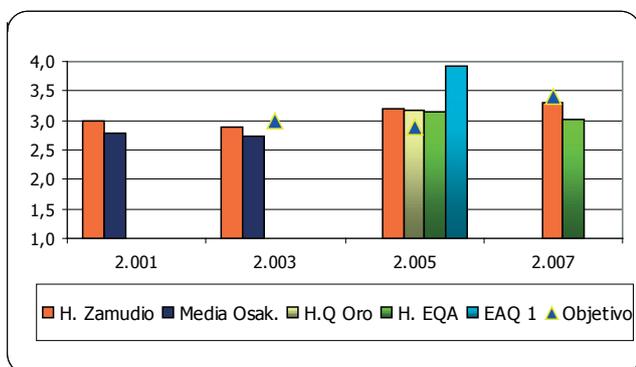
Conocimiento e Identificación con los objetivos El resultado muestra la eficacia de las mejoras implantadas en el establecimiento de los objetivos anuales, a través de la firma de los PG, contando con una participación cada vez mayor. En un principio sólo participaban Jefes de Servicio y Supervisoras y, en la actualidad, hay representación de todos los estamentos. También es palpable la mejora en la comunicación de resultados, tanto la realizada por miembros de la CD, como por los líderes asistenciales y de procesos de apoyo, **Crit.2c**.

Figura 7a4. Organización y mejora



Organización y Mejora. Mide la satisfacción con la mejora. Presenta tendencias positivas, alcanza los objetivos y los resultados son similares a otras organizaciones. Es consecuencia directa de todas las mejoras implantadas en el ámbito de la gestión, el despliegue de los procesos, los equipos de mejora, etc., **crit 2c y 3c**.

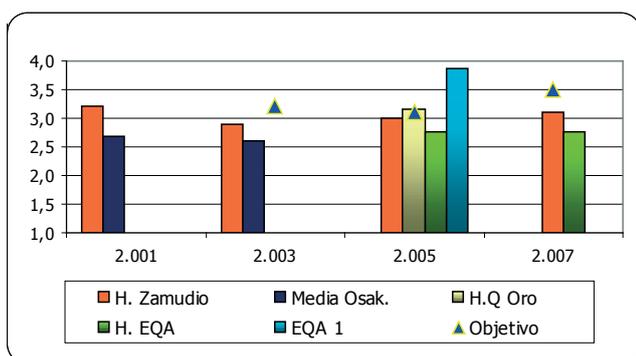
Figura 7a5. Participación



Participación. El indicador mide la satisfacción con las posibilidades de participación que brinda el hospital. Presenta tendencia positiva, alcanza los objetivos y los resultados, aunque por debajo de una organización premio europeo, supera los del resto de hospitales. Es consecuencia del despliegue de los equipos de mejora y la potenciación del sistema de sugerencias.

Formación

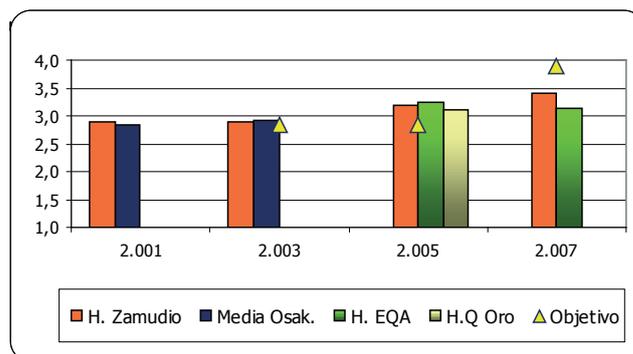
Figura 7a6. Formación



Formación. Mide la satisfacción con la formación. A pesar de todas las mejoras desarrolladas por la Comisión de Formación, continúa siendo un área de mejora, no habiéndose alcanzado el objetivo establecido. El colectivo mayoritario del HPZ es quien cuenta con una menor oferta. Sin embargo, es esperable una gran mejora con la implantación del Plan de Formación y las iniciativas que se han comenzado a desarrollar: organización de cursos en función de prioridades identificadas por las personas del HPZ, facilidades para la asistencia a congresos, financiación de cursos realizados por iniciativa propia, etc.

Desarrollo profesional

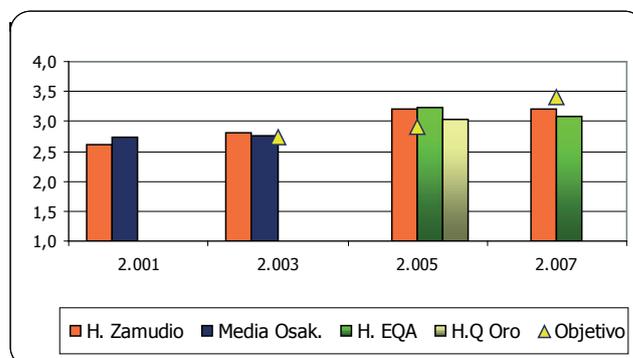
Figura 7a7. Desarrollo profesional



Desarrollo Profesional. Presenta tendencias positivas y comparaciones favorables. Las mejoras organizativas del trabajo están incidiendo en una mayor satisfacción con las tareas que se realizan. La posibilidad creciente de participación hace que las personas perciban un incremento en el aprovechamiento de sus capacidades.

Comunicación

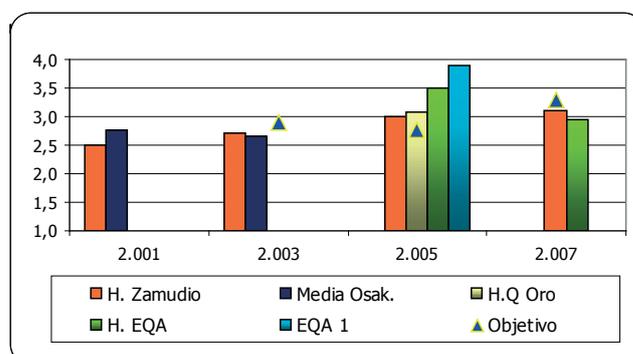
Figura 7a8. Comunicación



Comunicación. Mide la satisfacción con la comunicación. Muestra tendencia positiva y comparaciones favorables. Es consecuencia directa de la potenciación de los canales, **crit.3d**, y la implicación de los líderes, **crit. 1d**. En la 3ª Reflexión Estratégica se ha incluido una línea estratégica para continuar la mejora.

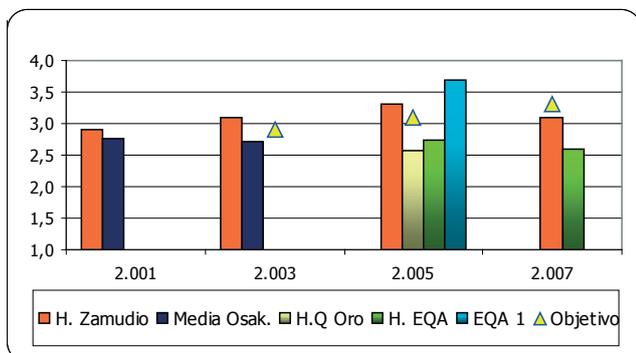
Reconocimiento y compensación

Figura 7a9. Reconocimiento



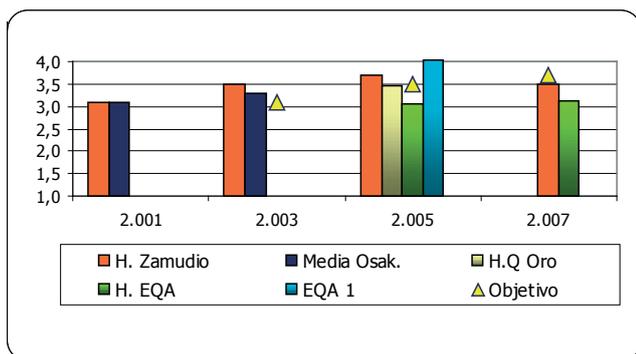
Reconocimiento. Muestra la satisfacción con el reconocimiento. Presenta tendencias positivas y alcanza los objetivos. Los resultados son consecuencia del impulso dado por los líderes y la CD en este campo.

Figura 7a10. Retribución



Retribución. Pese a ser un aspecto sobre el que el HPZ no puede actuar de manera directa, presenta una tendencia positiva, ligeramente disminuida en 2007, y con comparaciones favorables.

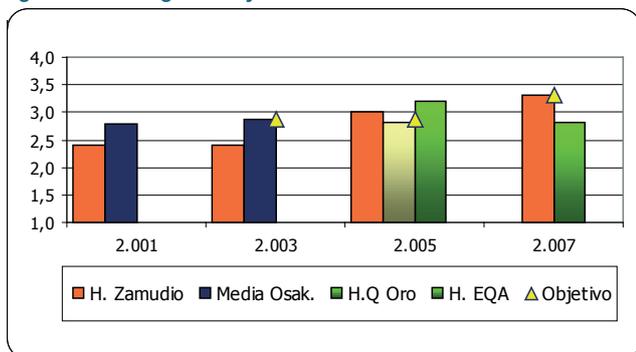
Figura 7a11. Condiciones de trabajo



Condiciones de Trabajo. Los resultados son consecuencia de las mejoras sobre el Acuerdo Marco desarrolladas por el HPZ como el disfrute de vacaciones en 3 periodos en lugar de 2, menor antelación para la solicitud de permisos y licencias, etc. La ligera caída de 2007 puede deberse a la celebración de la OPE, ya que el 20% de los encuestados se encuentran inmersos en el proceso de acceso a la condición de fijo.

Seguridad y salud en el trabajo

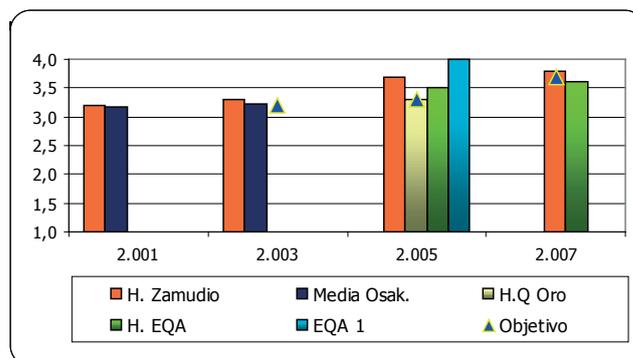
Figura 7a12. Seguridad y salud



Seguridad y Salud laboral. La Seguridad y Salud en el trabajo ha sido desde el 1ºPE una línea prioritaria para el HPZ. Los resultados muestran la eficacia de las mejoras implantadas: Evaluaciones de riesgos y planes de prevención, Protocolo de

actuación ante situaciones de violencia, mejora de los sistemas de seguridad contra incendios, señalización, formación, etc., **crit.3c.**

Figura 7a13. Clima de trabajo



Clima de Trabajo. Es el aspecto mejor valorado por las personas del HPZ. Presenta tendencias positivas, alcanza los objetivos y supera los resultados de otros hospitales. Es consecuencia directa de las políticas de comunicación, puertas abiertas, potenciación de la participación implantadas en el Hospital

7b. Indicadores indirectos

Con el fin de supervisar y entender el rendimiento de las personas, y de acuerdo con las reflexiones estratégicas, el HPZ debe contar con un personal cuya formación se adapte a las características de la cartera de servicios procurando fomentar un sentido de pertenencia y participación.

Ámbito de aplicación: el HPZ cuenta con una amplia batería de indicadores relacionados con el proceso de gestión personas y los procesos de 2º nivel de los dependientes, que le permiten medir de forma indirecta la satisfacción de las personas y anticipar los resultados del **crit.7 a.**

Objetivos. Los objetivos se fijan anualmente en el seno de cada proceso. Para ello, se tiene en cuenta los resultados del año anterior, y, en función del tipo de indicador, mantener el logro alcanzado o adecuarlo a la situación real de la organización.

Comparaciones. En aquellos casos en que ha sido posible, dado que los indicadores son homologables, nos comparamos con dos hospitales psiquiátricos reconocidos con la Q Oro y Q Plata. En otros casos, nos comparamos con la media de hospitales psiquiátricos.

Organización RRHH

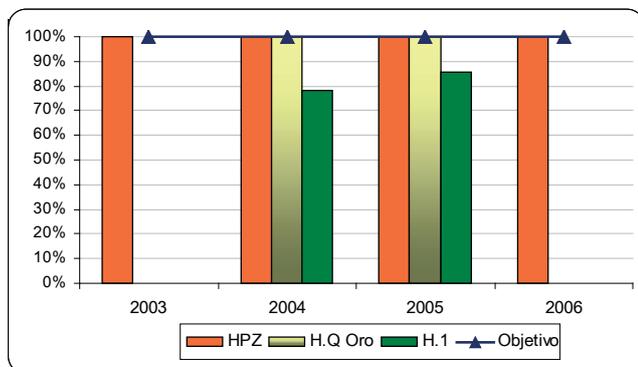
Figura 7b1. Reconversiones de plaza

Año	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Reconversiones de plaza	2	2	1	2	2	3	2

Reconversiones de Plaza. Mide el nº de plazas reconvertidas anualmente. Busca adecuar la plantilla estructural a las necesidades detectadas. Los objetivos son establecidos anualmente e incorporados a los planes de gestión, **fig 3a2.** Está relacionado con la **fig 7a4.** No se presentan comparaciones al ser un evidente indicador interno de nuestra organización.

Incorporación, gestión administrativa e integración

Figura 7b2. % de personas de nueva incorporación a las que se les aplica el Plan de Acogida



Aplicación del Plan de Acogida. Este indicador forma parte del Plan de Calidad de Osakidetza 2003-07. El objetivo es aplicar el Plan de Acogida al 100% de las incorporaciones. Presenta tendencia sostenida, alcanza los objetivos y las comparaciones son favorables. Sólo presentan comparaciones relativas a 2004 y 2005, dado que son los únicos resultados hechos públicos por Osakidetza en su informe de progreso.

Promoción y movilidad

Figura 7b3. Promociones Internas

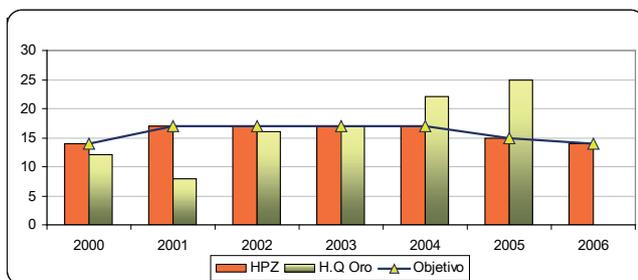
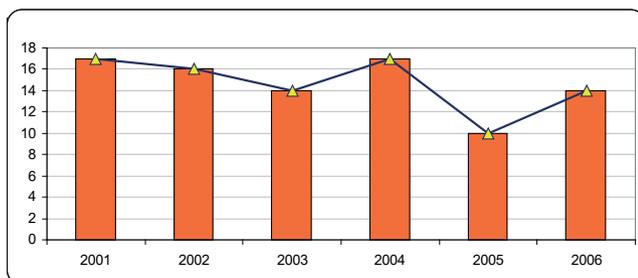


Figura 7b4. Trabajos de superior categoría



Promoción y Movilidad. Estos indicadores miden la promoción interna y la movilidad en el seno del HPZ. Presentan tendencias positivas o sostenidas y se alcanzan los **objetivos que son cubrir el 100% de las plazas** que salen a convocatoria mediante estos mecanismos. Es consecuencia directa de los esfuerzos realizados por el HPZ para alinear los objetivos individuales con los de la organización, **crit.3b**. Está relacionado con la **fig 7a7**.

Gestión de la formación

Figura 7b5. Nº de horas de formación

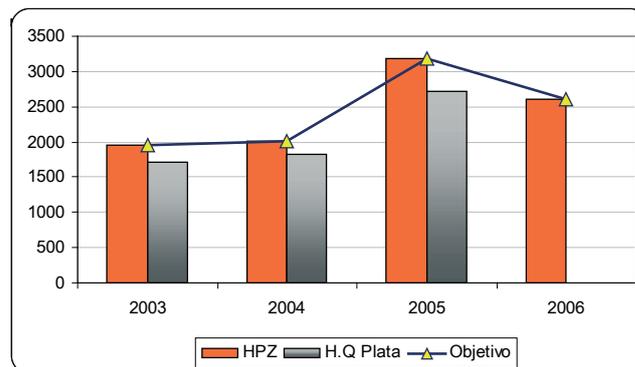


Figura 7b6. % de cursos por persona

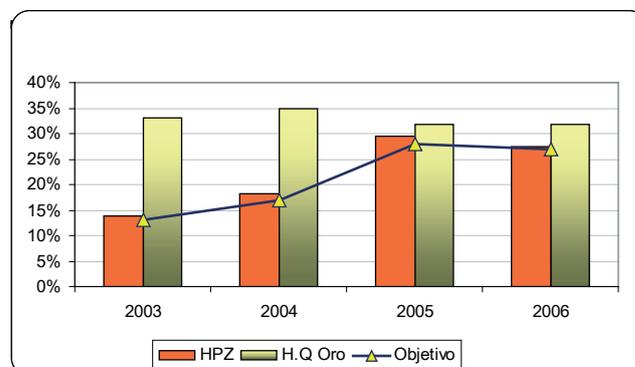
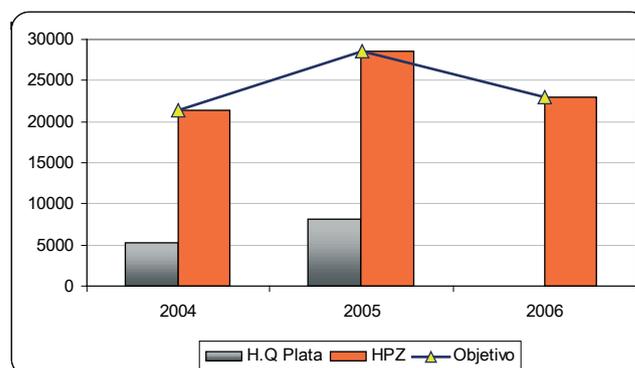


Figura 7b7. Inversiones en formación



Los indicadores presentan tendencias positivas, alcanzan los objetivos y responden a las necesidades detectadas en cada uno de los ejercicios. Es consecuencia directa de las actuaciones realizadas a raíz de un área de mejora detectada en la evaluación externa de 2004. Para ello se ha impulsado el proceso de gestión de la formación y el desarrollo de los planes de formación que nos permiten garantizar que las personas de la organización se ajustan a las capacidades actuales y futuras.

Reconocimiento y compensación

Figura 7b8. Reconocimientos

	2004	2005	2006
Nº de personas reconocidas en su labor asistencial	16	34	25
Nº de equipos reconocidos	8	20	10
Reconocimiento a premios	-	220	90
Reconocimientos por jubilación	-	3	2
Otras felicitaciones	-	24	24

Figura 7b9. Beneficios sociales

	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Reclamaciones patrimoniales	432	3.492	650	22.140	43.500	0
Autobús	73.262	74.726	76.223	107.923	112.550	117.560
Comida personal	33.085	29.482	31.505	44.531	44.439	44.402
Euskera	37.950	39.738	38.639	87.183	163.620	154.601
Total	144.729	147.438	147.017	261.786	364.109	316.563

Reconocimientos y Beneficios Sociales. Estos indicadores miden los reconocimientos realizados y la inversión realizada en beneficios sociales. En ambos casos presenta tendencias positivas o sostenidas. Es consecuencia directa de la sistematización del reconocimiento, **crit.3e**.

Gestión de la seguridad y salud en el trabajo

Figura 7b10. Tasa de absentismo

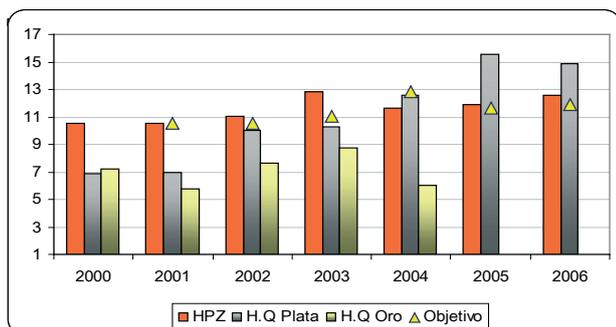


Figura 7b11. Índice de frecuencia de accidentes con baja

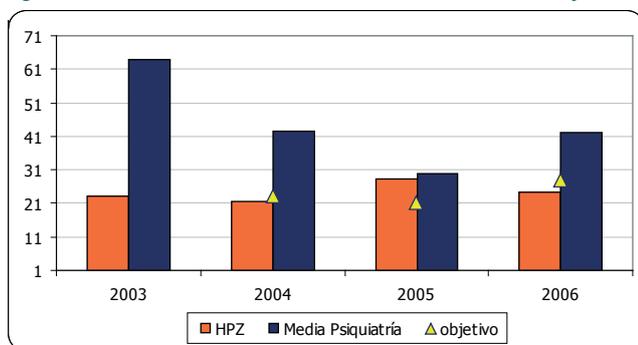
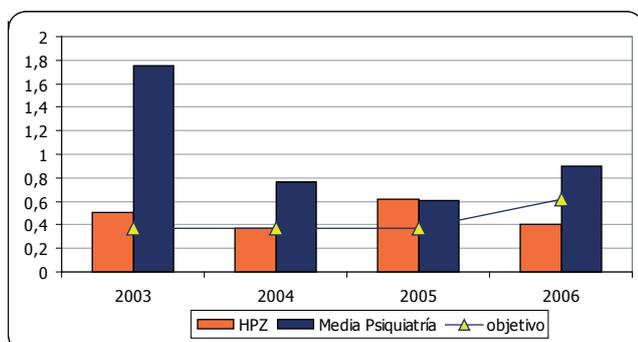


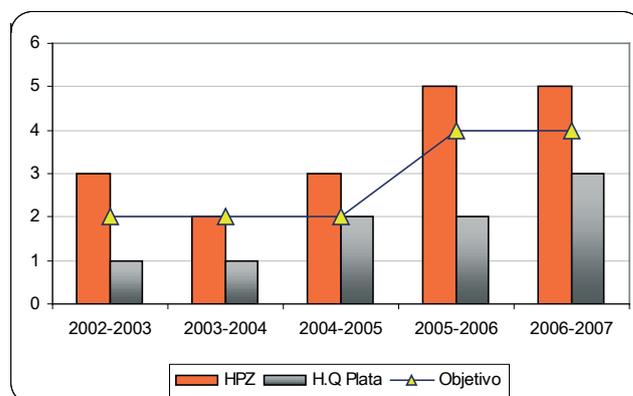
Figura 7b12. Índice de gravedad



Estos indicadores miden aspectos relativos a la seguridad y salud en el trabajo. En todos los casos, cuanto menor es el indicador mejor es el resultado. Presenta tendencias sostenidas, se alcanzan los objetivos y las comparaciones resultan favorables en la frecuencia de accidentes y la gravedad de los mismos y, en el caso del absentismo, a partir del 2004. Es consecuencia directa de las actividades realizadas en el proceso de gestión de seguridad y salud en el trabajo, la identificación del mapa de riesgos laborales, la aplicación de la ley de prevención de riesgos laborales, la gestión de las instalaciones, etc, **crit.3e y 4c**.

Normalización del euskera

Figura 7b13. Evolución de liberaciones de Euskera



Nº de Personas liberadas para aprender euskera. Mide el nº de personas que son liberadas anualmente para poder asistir a acciones formativas para aprendizaje del euskera a tiempo completo. Presenta tendencias positivas, las comparaciones son favorables y se alcanzan los objetivos. El objetivo se marca en función de la disponibilidad económica prevista para el año en curso. A partir de 2004 se incrementa el nº de personas liberadas para dar respuesta al Plan de Normalización del Euskera del HPZ.

Gestión de la opinión y participación de las personas

Figura 7b14. % de personas que participan en proyectos de mejora:

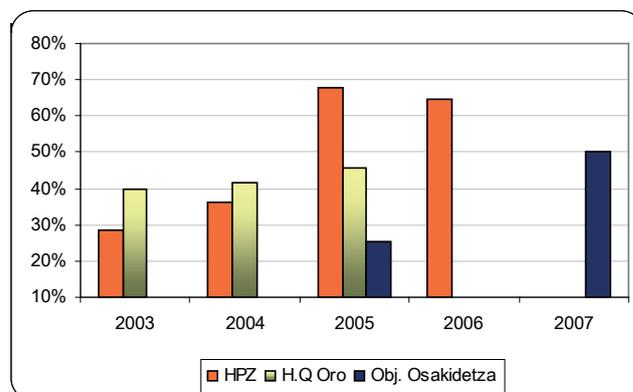
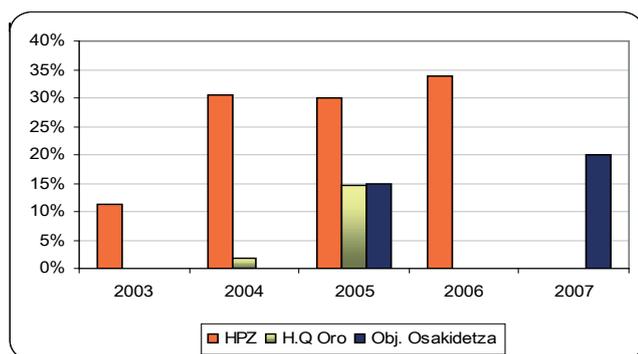


Figura 7b15. Personas que trabajan en Procesos certificados según ISO



Estos indicadores miden el % de personas que participan en proyectos de mejora y procesos certificados. En ambos casos la tendencia es positiva, se superan los objetivos y las comparaciones resultan favorables. Es consecuencia directa del apoyo de los líderes a la implicación y asunción de responsabilidades por parte de las personas, la implantación de la gestión por procesos y equipos de mejora, y nos permiten anticipar los resultados que se muestran en las [fig 7a4](#) y [7a5](#).

El Hospital Psiquiátrico de Zamudio (HPZ) se encuentra situado en el término municipal de Zamudio, aproximadamente a 10 Km. de Bilbao. Construido en 1967 por la Diputación Foral de Bizkaia, fue transferido a Osakidetza en 1985. Desde el principio tuvo un carácter claramente diferenciado de los antiguos hospitales psiquiátricos, con una marcada vocación de investigación y docencia. Ubicado en una finca de 95.000 m², existen dos edificios principales, el primero de los cuales incluye las Unidades de Agudos y Subagudos, el Servicio de Admisión, Administración, Servicios Hosteleros, Servicios Generales y otros servicios de apoyo. El segundo está destinado a Unidad de Rehabilitación. Entre ambos existe un pabellón para terapia ocupacional, gimnasio, cafetería, etc., y una pista de deportes.

Nuestros Servicios

El Hospital atiende en régimen de hospitalización completa los Procesos de Agudos, Subagudos y Rehabilitación, contando, además, con dispositivos de hospitalización de día adscritos a los Procesos de Subagudos y Rehabilitación. Dispone de **142 camas de hospitalización** en funcionamiento y **126 plazas en los hospitales de día**.

Estos procesos, se articulan a través de cinco unidades asistenciales que conforman la **cartera de servicios** más amplia de los Hospitales Psiquiátricos de Bizkaia. **Fig.01**

Nuestros Clientes

El Area Sanitaria de Bizkaia, a efectos organizativos y de gestión, está dividida en **comarcas sanitarias** cada una de las cuales tiene a un hospital como centro de referencia. Así, la Comarca de Bilbao cuenta con el Hospital de Bar-surto, la Comarca Interior con el Hospital de Galdakao, la Comarca de Barakaldo-Sestao y Comarca de Encartaciones con San Eloy y, finalmente, la Comarca de Santurtzi-Portugalete y Comarca de Uribe con el Hospital de Cruces. El Hospital de Zamudio cuenta, también, con unos **sectores asignados**, cuya población se muestra en la **fig.02**.

El HPZ atiende a pacientes con patología psiquiátrica severa, cuyas necesidades han ido evolucionando a lo largo del tiempo. Siempre sensible a sus expectativas, el HPZ ha ido transformando sus servicios, en función de las nuevas tecnologías y modelos asistenciales, adaptando la oferta a las demandas del nuevo cliente. Es por este motivo que se trabaja en el acercamiento de los servicios al entorno del paciente aumentando la oferta de los programas que no conllevan ingreso hospitalario.

HOSPITALIZACION	
• Unidad de Agudos	Sí
• Unidad de Subagudos	Sí
• Unidad de Rehabilitación	Sí
• Estancias Sociales	Sí
CONSULTAS Y URGENCIAS	
• Consultas	Sí
• Urgencias	Sí
PROGRAMAS ESPECIALES DIFERENCIADOS	
• Hospital de Día	Sí
• Rehabilitación - Honos	Sí
SERVICIOS DE APOYO	
• Medicina Interna	Sí
• Farmacia	Sí
• Psicología Clínica	Sí
• Trabajo Social	Sí
• Terapia Ocupacional	Sí
• Laboratorio	Sí
• Calidad	Sí
• Informática	Sí
• Información Sanitaria	Sí
• Atención al Paciente	Sí
DOCENCIA	
PREGRADO	
• Auxiliar Enfermería	Sí
• Farmacia	Sí
• Trabajador Social	Sí
• Técnico de laboratorio	Sí
POSTGRADO	
• MIR Psiquiatría	Sí
• Master de clínica psicoanalítica con UPV y Universidad de Deusto	Sí
• Becario/a de Euskalit	Sí
• PIR	Sí

Figura 01. Cartera servicios del HPZ.

COMARCA	UCE	UME-UGCR
BILBAO "A"	-	225.346
DEUSTO Y SAN IGNACIO	53.995	-
BARAKALDO-SESTAO	-	134.970
SANTURTZI-PORTUGALETE	104.047	104.047
ENCARTACIONES	-	67.179
URIBE	191.578	191.578
TOTAL COBERTURA HPZ	349.620	723.120

Figura 02. Sectores de población adscritos y nº de habitantes

MEMORIA PARA LA EVALUACIÓN EXTERNA EFQM

Criterio 8. Resultados en la Sociedad

8

8 a. Medidas de Percepción

El HPZ articula sus actuaciones con la Sociedad a través del compromiso con el Entorno, la difusión del conocimiento y el medio ambiente. Para conocer de manera directa la percepción que la Sociedad tiene sobre estas actuaciones realiza una encuesta a Instituciones, Ayuntamientos, Asociaciones y empresas ubicadas en el área de actuación del Hospital.

Satisfacción de la Sociedad. Mide el grado de satisfacción de la Sociedad con diferentes aspectos de la relación con el entorno, obteniendo unos resultados favorables, y las comparaciones con el Hospital del Bidasora, Q Oro, resultan favorables.

Figura 8a1. Satisfacción de la Sociedad

Preguntas	HPZ 2004	Q Oro, 2003
Facilidad de acceso a las personas adecuadas	8.94	9.2
Emisión de respuesta positiva cuando se solicita apoyo	9.12	8.4
Respuesta rápida	8.62	
Contactos útiles	9.56	8.4
Implicación en nuevas ideas y proyectos	9	
Cumplimiento de compromisos	9.34	
Respetuoso con el Medio Ambiente	9.14	8.1
Desarrollo de proyectos favorecedores para la comunidad	8.8	
Buen vecino y buen miembro de la comunidad	9.16	
Imagen general	8.78	
Puntuación Media global	9.04	

Difusión Científica.

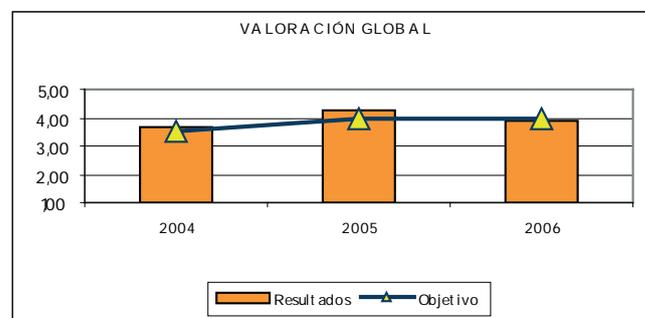
A raíz de la quinta autoevaluación, decidimos realizar la medición de la satisfacción de la Comunidad Científica con la difusión del conocimiento que lleva a cabo el HPZ. Para ello realizamos una encuesta a psiquiatras y psicólogos del conjunto del Estado, a excepción de la CAV y Navarra. La fig. 8a2 presenta los resultados obtenidos, destacando la percepción que se tiene de los profesionales del Centro.

Figura 8a2. Percepción de la comunidad científica

Medio por el que conoce el HPZ	%
Relación con profesionales	75%
Lectura de publicaciones y/o memorias	55%
Opinión que le merece el HPZ	%
En línea de reconversión hacia recursos comunitarios	33%
Vocación por los programas de rehabilitación	68%
Capacidad científico-técnica de los profesionales	%
Por encima de la media	55%
Conocimiento de los sistemas de gestión implantados	%
Gestión por procesos	50%
UGC de Rehabilitación	50%
Modelo de Calidad EFQM	45%

Asimismo, medimos el grado de satisfacción de los asistentes a las jornadas de rehabilitación psicosocial que el PHZ viene realizando desde hace 10 años. Dicha medición se viene realizando desde el año 2004 a resultados de un área de mejora de la autoevaluación. La fig. 8a3 muestra los resultados obtenidos con tendencias sostenidas en torno a un valor de 4 sobre 5 y alcanzándose los resultados.

Figura 8a3. resultados obtenidos



8b. Indicadores de Rendimiento.

Compromiso con el entorno

Compromiso con las Instituciones. Dentro del compromiso con las Instituciones, el HPZ lleva a cabo diferentes actuaciones que han favorecido la mejora de nuestro compromiso con el entorno, tal y como muestra la fig. 8b1.

Figura 8b1. Compromiso con las Instituciones

Mejora	Institución
Urbanización de los alrededores del recinto del Hospital	Ayuntamiento de Zamudio
Inclusión del HPZ en los recorridos de Bizkaibus	Departamento de Transportes de la DFB
Tutela de pacientes	Instituto Tutelar de la DFB
Repoblación y saneamiento del parque forestal del HPZ en línea con las políticas medioambientales del parque tecnológico de Zamudio (Fig. 8b13)	DFB

Apoyo a Proveedores locales. El compromiso con el entorno del HPZ nos lleva a apoyar, dentro de nuestras posibilidades, a los proveedores locales. Pese a que gran parte de nuestros proveedores son laboratorios y Multinacionales, más de la tercera parte de nuestros proveedores pertenecen al ámbito del Txorierrri y Bilbao. Presenta una tendencia positiva a lo largo del tiempo, tal y como muestra la fig. 8a2.

Figura 8b2. Proveedores locales

	2004	2005	2006
Txorierrri y Bilbao	97	35,53	103
Resto de Bizkaia	53	19,41	45
Resto de Euskadi	16	5,86	11
Fuera C:A:V y Europa	107	39,19	111
Total	273	100	270

Compromiso con la Difusión del Conocimiento

Difusión del conocimiento en el ámbito clínico.

La **fig. 8b3** muestra la difusión del conocimiento en el ámbito clínico, presentando una tendencia positiva a lo largo del tiempo. Es consecuencia directa de la preparación de nuestros profesionales y nuestra apertura a la sociedad.

Figura 8b3. Difusión del conocimiento

	2002	2003	2004	2005	2006
Conferencias, seminarios, cursos impartidos	11	21	37	51	74
Publicaciones	12	4	4	8	9
Total	23	25	41	59	83

Oferta Docente. El HPZ, junto con los Hospitales de Bar-surto y Santiago, dispone del mayor número de plazas de MIR y PIR. Además, desde 2005 oferta formación en Enfermería Especialista de Salud Mental. Es el único hospital psiquiátrico de la CAV que dispone de acreditación para la formación de facultativos especialistas, **fig. 8b4**.

Figura 8b4. Oferta docente del HPZ

Oferta Docente	2002	2003	2004	2005	2006
MIR	1	1	1	2	1
PIR	-	-	-	-	1
EIR	-	-	-	6	6
Practicum de Psicología (UPV)	4	4	4	2	1
Practicum de Psicología (Deusto)	4	4	1	1	2
Master en Psicoanálisis	-	14		10	10
Curso Rehabilitación Psicosocial	18	28	20	20	15
Prácticas Pregrado Licenciatura Farmacia	1	1	1	1	1
Prácticas Escuela de Trabajo Social	1	1	1	1	1
Prácticas Técnico de Laboratorio	1	1	1	1	1
Prácticas Documentación Clínica	1	1	1	-	1
Becarios Euskalit	1	1	1	1	1
Becarios BBK	1	1	0	0	0
TOTAL	32	57	31	45	41

Reconocimiento y Premios. Fruto de su actividad investigadora y su compromiso con la Sociedad, el HPZ ha sido objeto a lo largo del tiempo de numerosos reconocimientos y premios, **fig. 8b4**.

Figura 8b5. Reconocimientos externos

Motivo de agradecimiento/ Reconocimiento	Procedencia
Cesión de equipamientos	Centro de discapacitados físicos EMPANDA, R.D del Congo
Evaluaciones externas	Euskalit
Premio Mejor Memoria 2001 de Instituciones Sanitarias (Fundación Avedis Donabedian)	Excmo. Sr. Consejero de Sanidad del Gobierno Vasco Directora General de la Corporación Parc Tauli
Diploma de Compromiso con la calidad	EUSKALIT
Premio Avedis Donabedian – Excelencia en Calidad en Psiquiatría en Salud Mental	Excmo. Sr. Consejero de Sanidad del Gobierno Vasco Directora General de la Corporación Parc Tauli
Cooperación internacional Hospital Santa Barbara - Honduras	Asociación para la defensa de la Salud Pública (OPE)
Conjunto de guías sobre servicios y políticas de salud mental	Departamento de Salud Mental de la OMS
Memoria HPZ para reciclaje de evaluadores	EUSKALIT

Compromiso con el Medio Ambiente

El compromiso medioambiental del HPZ le lleva a buscar la optimización del consumo de recursos energéticos y la eliminación de residuos, tal y como ha quedado recogido en el **crit. 4 c**. Entre las medidas adoptadas está el ajustarnos a las recomendaciones del CADEM para el nº de horas de encendido de calefacción lo que ha propiciado una importante reducción del consumo de gasoil. Las **fig. 8b6, 8b7 y 8b8**, muestran algunas de las actuaciones en este campo. A partir del año 2006 y fruto de un área de mejora se clasifican los residuos en Grupo II y Grupo III (residuos sanitarios y restos de medicación).

Figura 8b6. Residuos sanitarios generados (Kilos)

AÑOS	GRUPO II	GRUPO III
2001	9,5	
2002	11,47	
2003	9,8	
2004	10,36	
2005	10,41	
2006	8,33	0,74

Figura 8b7. Consumo Gasoil

AÑOS	LITROS
2004	225.952
2005	216.726
2006	200.819

Figura 8b8. Indicadores de rendimiento de lavandería (Kilos)

	2004	2005	2006
Ropa forma	4.946	5.040	5.592
Ropa Plana	39.295	38.743	41.282
Cortinas	154	246	358
Total	44.395	44.029	47.232

Mantenimiento de árboles y jardines. El HPZ ha realizado un gran esfuerzo económico entre los años 2000 y 2001 para eliminar árboles enfermos y repoblar con especies autóctonas los espacios que rodean nuestras instalaciones. Una vez terminada la repoblación forestal, en el 2.001, se convocó un nuevo expediente de contratación para el mantenimiento de los jardines. En coherencia con nuestra política del entorno, elegimos a la misma empresa que realiza este servicio para todo el parque tecnológico.

Figura 8b9. Gasto en conservación de parque forestal y jardines del HPZ

Año	Mantenimiento jardines	Gasto repoblación forestal
2000	8.822	5.409
2001	11.124	5.409
2002	21.795	
2003	24.451	
2004	24.736	
2005	25.231	
2006	25.231	

MEMORIA PARA LA EVALUACIÓN EXTERNA EFQM

Criterio 9. Resultados Clave

9

El HPZ diseña los indicadores de acuerdo con los objetivos estratégicos y los objetivos incluidos en los planes de gestión anuales.

9 a. Indicadores Clave

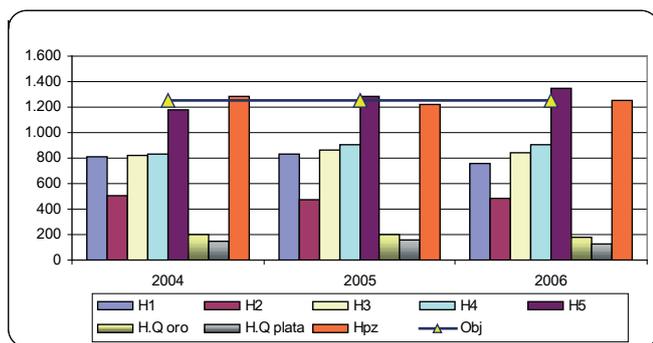
Ámbito de aplicación: el cuadro de mandos del HPZ contempla los indicadores de rendimiento de los procesos clave y de los diferentes procesos de apoyo. El seguimiento y control de estos indicadores posibilitan comprobar el grado de consecución de la Visión y si estamos dando respuesta de manera adecuada a nuestra Visión. Por razones de espacio se exponen los más significativos de cara al seguimiento de nuestros resultados clave.

Objetivos: La fijación de objetivos, **crit. 5c y 5d**, está directamente relacionada con la disponibilidad de camas, niveles de ocupación y tiempo de estancia media. En algunos casos, los relacionados con los recursos, nos vienen fijados por Osakidetza en la negociación del Contrato Programa, **crit. 4b**. Estos objetivos se marcan con carácter anual y se revisan y ajustan mensualmente.

Comparaciones: el HPZ es el único hospital monográfico que dispone del proceso de Hospitalización de Agudos. Nuestras comparaciones las hacemos por tanto con dichas unidades tanto de la CAV como del resto del Estado (SNS). En el caso de Subagudos nos comparamos con otros Hospitales de Osakidetza que son Q Oro y/o Q Plata, mientras que en el caso de Rehabilitación no siempre resulta posible presentar comparaciones, dadas las diferentes dimensiones del proceso.

1. Resultados de actividad asistencial

Figura 9a1. Ingresos HPZ / Ingreso resto de instituciones con hospitalización psiquiátrica



Nº de Ingresos. Uno de los objetivos estratégicos de las dos reflexiones estratégicas era garantizar la persistencia del HPZ respecto a la hospitalización completa. Los datos aportados por la **fig. 9a1** muestran el peso fundamental de nuestra institución en la hospitalización.

Figura 9a2. Estancias en Hospital de día del HPZ

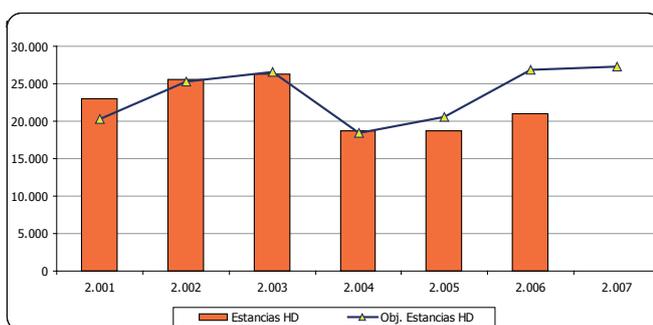
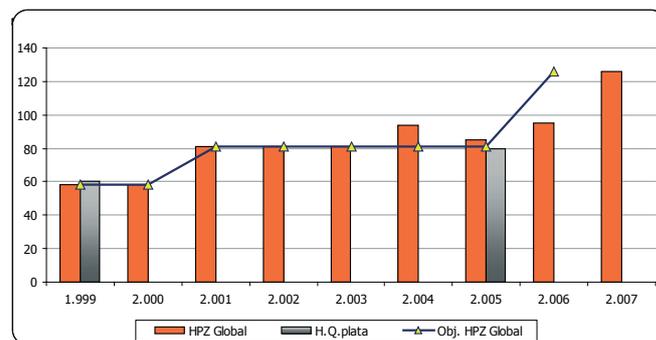


Figura 9a3. Plazas en Hospital de día del HPZ



Estancias y nº Plazas en Hospital de Día. Mide el nº de estancias y las plazas disponibles en el hospital de día. En el año 2004 se registró un descenso en el nº de estancias, debido al cambio en la forma de registrar las mismas como consecuencia de lo dispuesto en el CP de dicho año, midiéndose sólo de lunes a viernes y no a lo largo de toda la semana como se venía haciendo. En ambos casos, la no consecución del objetivo en 2006 obedeció al retraso en la construcción del Hospital de Día de Barakaldo

Figura 9a4. Ingresos por cama - Agudos

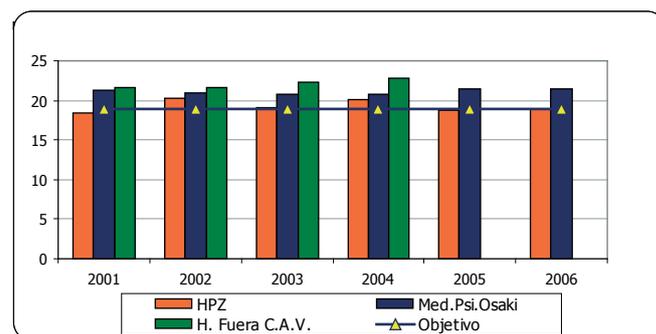


Figura 9a5. Ingresos por cama - Subagudos

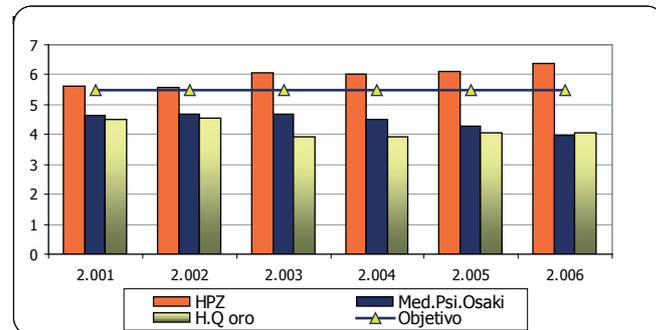
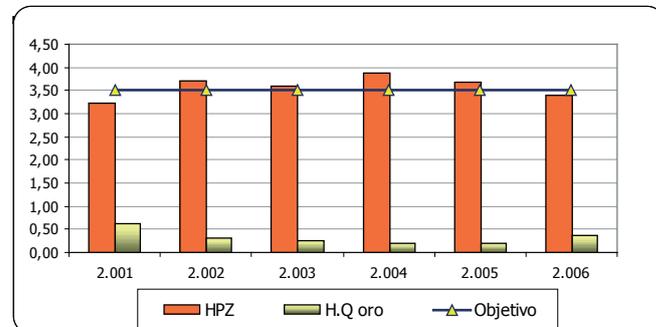


Figura 9a6. Ingresos por cama - Rehabilitación



Ingresos. Estos tres indicadores miden los ingresos en los diferentes servicios. El objetivo establecido es estar en la media de las unidades de agudos de los hospitales generales y superar la media de Osakidetza en los procesos de subagudos y de rehabilitación. La tendencia es positiva, se alcanzan los

objetivos y las comparaciones resultan favorables, excepto en Agudos. No obstante, en este caso el resultado es coherente con nuestro objetivo de que la estancia media no supere los diecisiete días y el hecho de no disponer de Urgencias.

Figura 9a7. Tiempo de demora global del HPZ

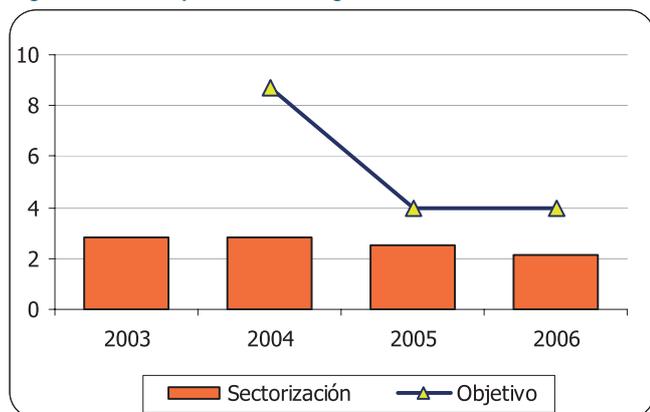


Figura 9a8 Tiempo de demora – Agudos

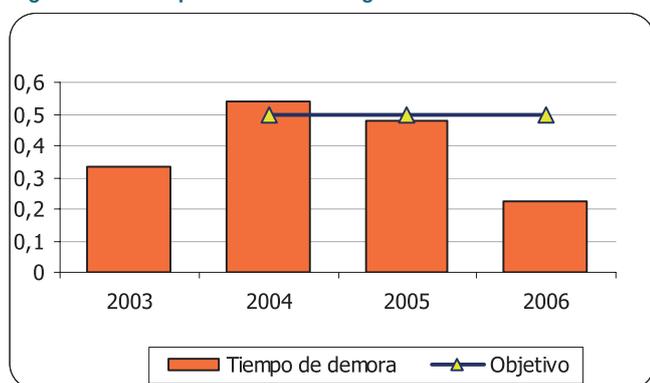


Figura 9a9. Tiempo de demora - Subagudos

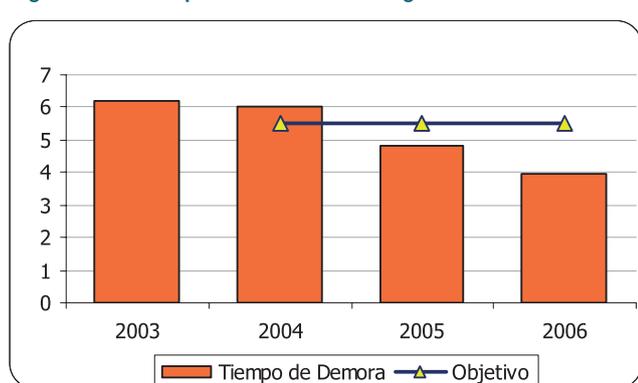
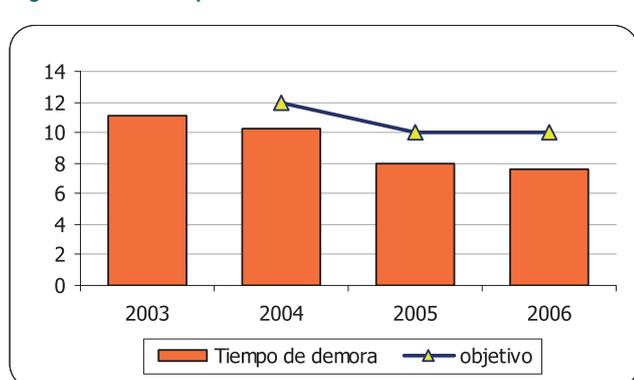


Figura 9a10. Tiempo de demora – Rehabilitación



Demora Global. Estos indicadores miden el tiempo que transcurre desde que se hace la solicitud hasta que se produce

el ingreso (medido en días, tanto a nivel global como por procesos clave). Cuanto más baja es la cifra, mejor es el resultado. Dadas las características de nuestro centro es un indicador propio, por ello no presentamos comparaciones y su diseño y registro fue fruto de áreas de mejora detectadas en cuanto a las interfaces con nuestros grupos de interés. Presenta tendencias positivas y alcanza los objetivos.

Figura 9a11. Estancia media – Agudos

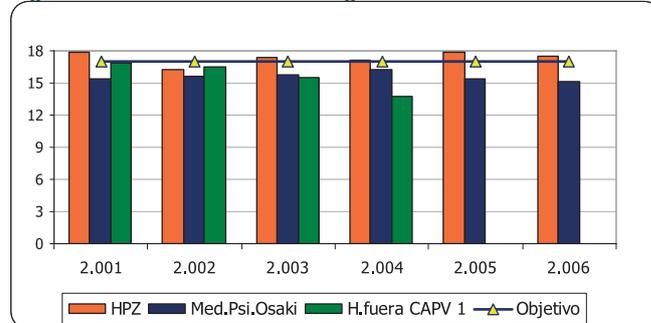


Figura 9a12. Estancia Media GRD 430 (Psicosis)

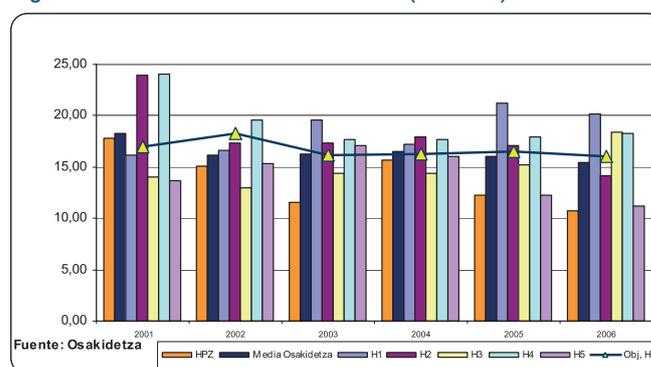


Figura 9a13. Estancia media – Subagudos

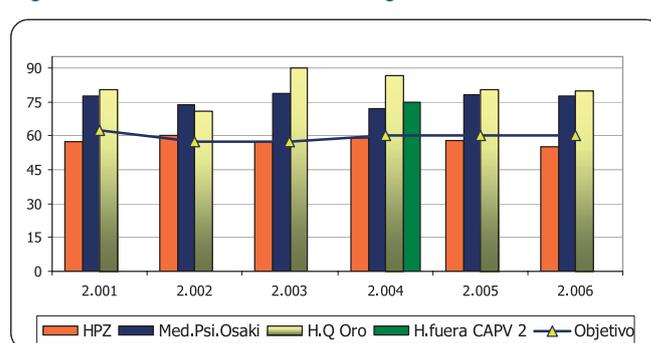
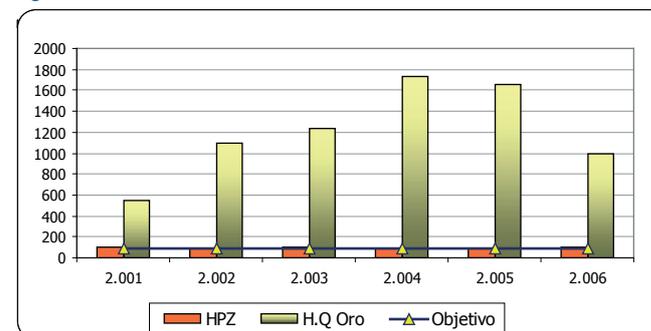


Figura 9a14. Estancia media – Rehabilitación



Estancia Media. Mide el nº de días de estancia media por procesos clave. Permite comprobar la eficacia y eficiencia de la gestión. Los resultados presentan tendencias positivas, alcanzan los objetivos y las comparaciones son favorables. Es consecuencia directa de la orientación al usuario, la gestión

por procesos y la implicación de las personas del HPZ en el trato y asistencia a los usuarios y sus familias.

Los resultados obtenidos en GRD son homogéneos con la media de las Unidades de Agudos de los Hospitales Generales, lo que muestra el éxito de la apuesta estratégica realizada en su día por el HPZ.

2. Resultados de los recursos económicos-financieros

Figura 9a15. Pérdidas y Ganancias

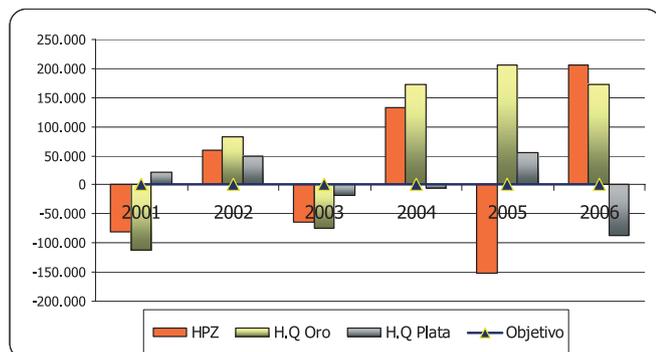


Figura 9a16. Incremento de gasto global

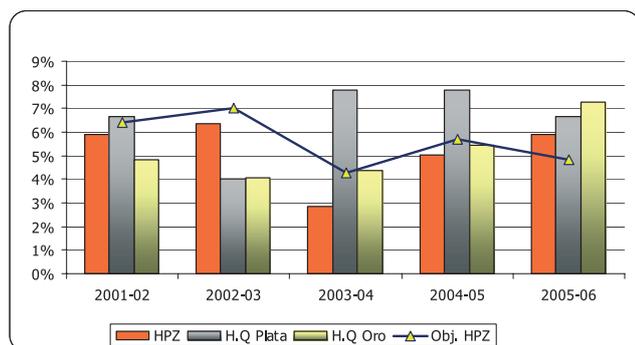
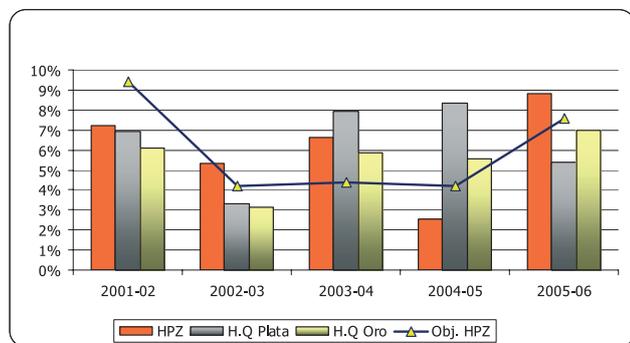


Figura 9a17. Incremento de ingresos globales



Resultados Económicos. Las fig. 9a15, 9a16 y 9a17 muestran la evolución de los resultados económico-financieros. Presentan tendencias positivas, alcanzan los objetivos y superan las comparaciones. Es consecuencia directa de la gestión de los recursos, crit. 4b y 4c.

9b. Indicadores clave del rendimiento interno de la organización

El HPZ a través de los indicadores indirectos supervisa y establece acciones para entender los procesos y mejorar los probables resultados clave de rendimiento de nuestra organización.

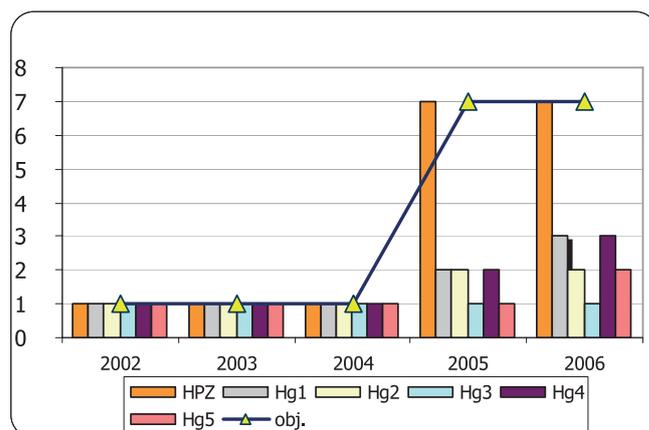
Ámbito de aplicación: Disponemos de una amplia batería de indicadores que nos permiten medir el rendimiento de la organización, si bien por cuestiones físicas de espacio se presentan sólo los más relevantes.

Objetivos: Los criterios para la fijación de objetivos se rigen por los mismos aspectos que los descritos en el crit. 9a.

Comparaciones: las realizamos con otros hospitales psiquiátricos o con unidades de psiquiatría de los hospitales generales que cuentan con procesos similares.

Resultados de la docencia

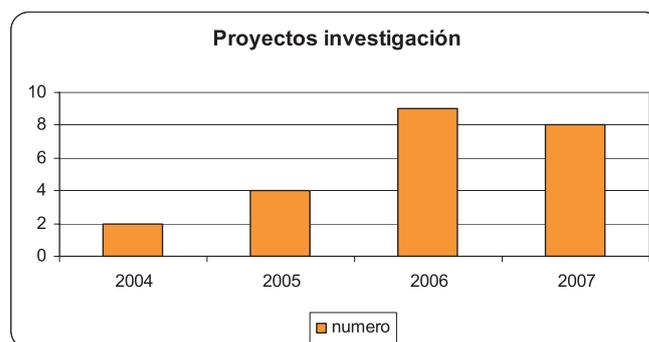
Figura 9b1. Acreditación de plazas MIR/PIR/EIR



Acreditación de plazas de docencia. Este indicador mide el nº de plazas de formación MIR y PIR asignadas al HPZ Como consecuencia de la 2ª reflexión estratégica se incorporó también la formación de EIRES. El mantenimiento de esta formación es fundamental para que las organizaciones sanitarias se mantengan vivas y actualizadas por lo que el HPZ ha mantenido reuniones y realizado acciones con objeto de mantener esta acreditación. Para el periodo 2006, 2007 y 2008 la Dirección General de Osakidetza nos ha dotado la totalidad de plazas acreditadas.

Resultados en investigación

Figura 9b2. Investigación en Psiquiatría



Proyectos de Investigación. El indicador mide el nº de proyectos de investigación desarrollados por el HPZ. La tendencia es positiva a lo largo del tiempo, y el descenso experimentado en 2007 corresponde a la finalización de uno de los proyectos en marcha. Es consecuencia directa de nuestra orientación a la búsqueda de nuevas terapias en el campo de nuestra actuación, crit. 4d y 4e.

Indicadores de actividad asistencial

Reingresos

Figura 9b3. Reingresos – Agudos

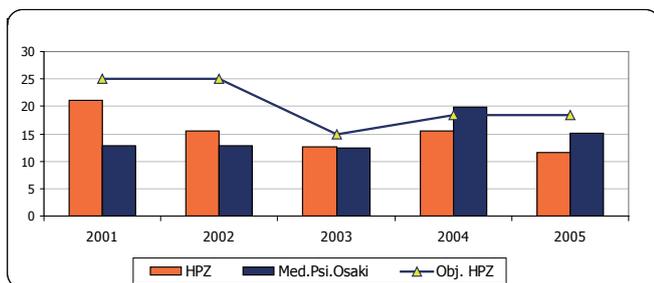


Figura 9b4 % Reingresos en GRD 430 (Psicosis)

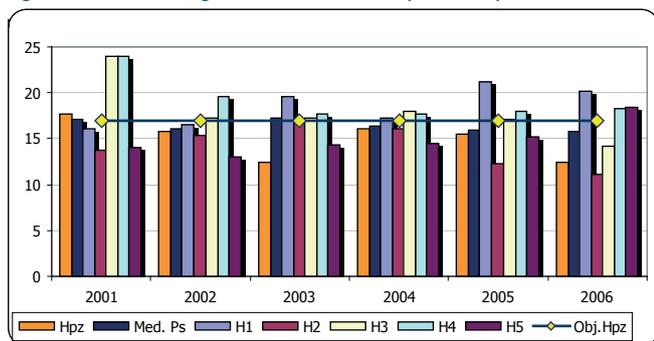


Figura 9b5. Reingresos – Subagudos

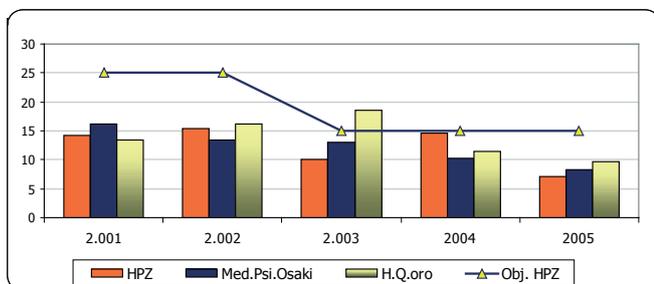
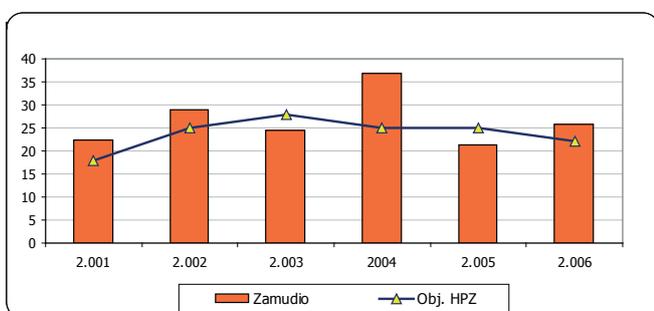


Figura 9b6. Reingresos – Rehabilitación



Reingresos. El porcentaje de reingresos en menos de 3 meses tras el alta es un indicador que permite medir la eficacia de los procesos asistenciales y esta directamente relacionado con el de estancias medias, *crit. 9a*. Si la tasa de reingresos se mantiene baja es señal de que las altas han sido indicadas de forma apropiada. Este indicador refleja los resultados respecto a la calidad del servicio prestado.

En el caso de Agudos, *fig. 9b3*, la tendencia es positiva y las comparaciones resultan favorables. Se ve reforzado con los resultados obtenidos en el porcentaje de reingresos del GRD 430 Psicosis, *fig. 9b4*, que constituye el 80% de los reingresos en Unidades de Agudos.

En el caso de Subagudos, *fig. 9b5*, la tendencia es claramente positiva con comparaciones favorables tanto con la media de

hospitales psiquiátricos de Osakidetza como con un hospital psiquiátrico Q oro. Estos resultados tienen una clara relación con la revisión del proceso de subagudos y de sus hospitales de día.

La *fig. 9b6*, nos presenta el porcentaje de reingresos de la unidad de rehabilitación. Muestra una tendencia sostenida exceptuando el año 2004 en la que tuvimos graves problemas en la derivación a estructuras de larga estancia lo que motivó algunas altas no acordes con los objetivos del proceso. Los resultados no obstante son excelentes y en clara relación con la avanzada gestión de procesos tanto de hospitalización, completa como de hospital de día en UGCR.

Procesos

Figura 9b7. % de servicios con actividades regulares de autoevaluación y mejora de la eficacia y efectividad de los procesos asistenciales

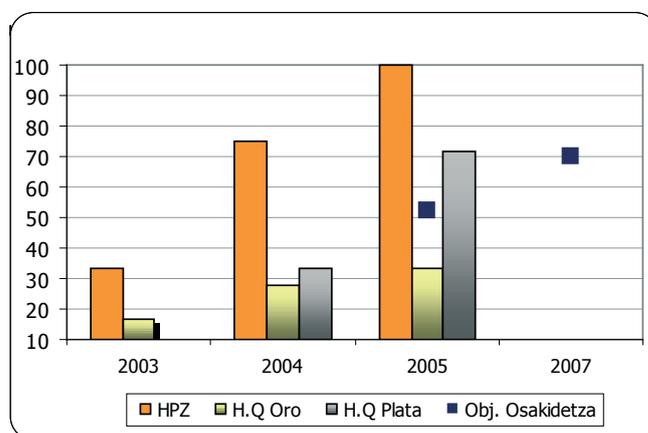
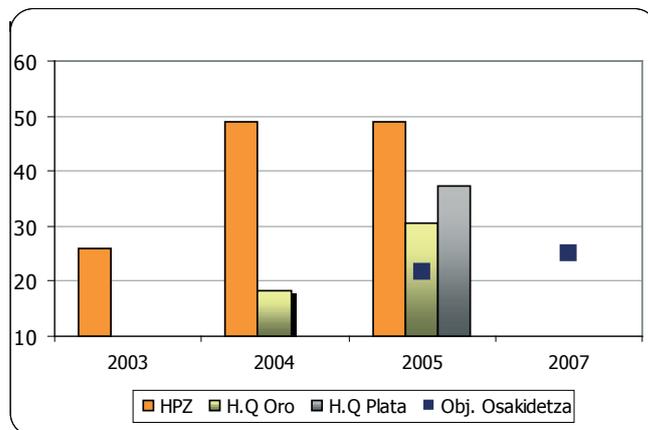


Figura 9b8. % personas desarrollando actividades cuya unidad/servicio tiene un sistema de gestión de calidad tipo ISO o de gestión de procesos implantados



Los resultados obtenidos en el *crit. 9a* están en directa relación con los indicadores *9b7* y *9b8*. Ambos nos muestran tendencias positivas y sostenidas en relación con las personas de nuestros procesos asistenciales implicadas en actividades de autoevaluación, sistemas de gestión de calidad o de gestión por procesos implantados. Las comparaciones son favorables con respecto a un hospital psiquiátrico Q oro. De acuerdo con el plan de Osakidetza para el año 2005 el objetivo es superior al 52,4 en la *fig. 9b7* y en la *9b8* para 2005 es 21,8. las comparaciones son hasta 2005 fecha del último informe de progreso del PC 2003 – 2007.

Indicadores de rendimiento económico – financiero

Contrato Programa

Figura 9b9. Contrato Programa

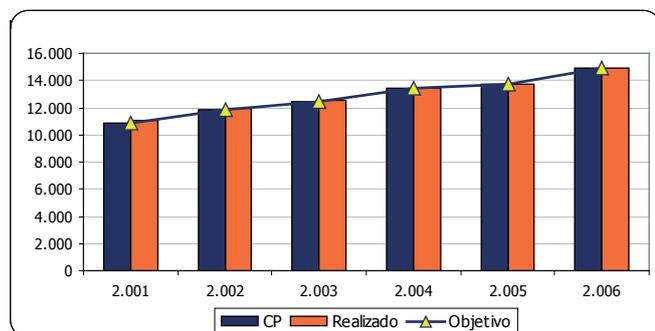
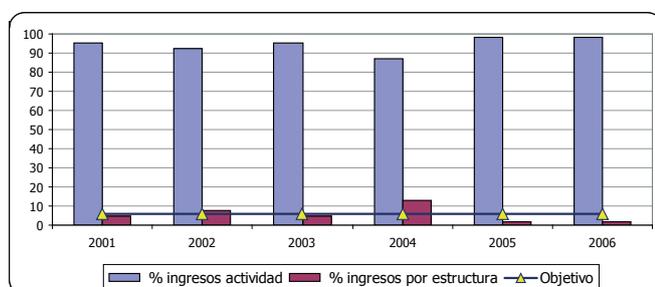


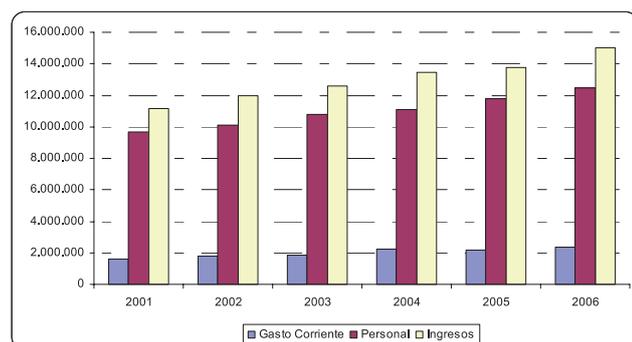
Figura 9b10. Contrato Programa



Prácticamente el 90% de la financiación del HPZ está en relación directa con la negociación del CP con la Dirección Territorial de Sanidad, *crit. 4a y 4b*. Su correcta gestión tiene una incidencia directa para el logro del objetivo estratégico de equilibrio financiero.

La *fig. 9b9* muestra la evolución de la facturación que hemos realizado en relación con la financiación firmada en el CP. La *fig. 9b10* nos muestra como el HPZ ha ido reduciendo los ingresos por coste de estructura en el mencionado CP. Como se ve, el 98.26% de nuestro ingresos en 2006 se debe a la actividad asistencial y de indicadores de calidad pactada, lo que tiene una clara relación con los resultados asistenciales expuestos en el *crit. 9a*. Al ser un dato de rendimiento interno no se presentan comparaciones.

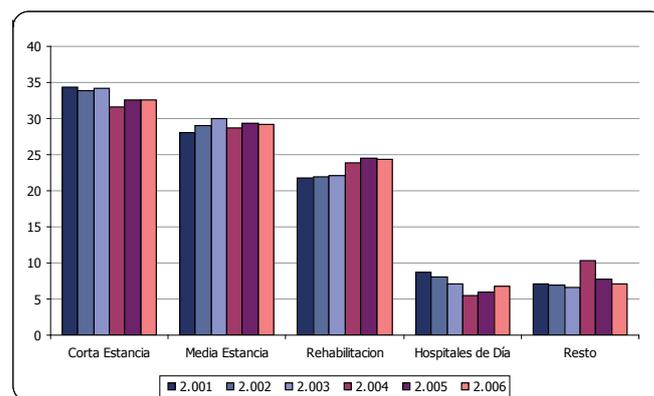
Figura 9b11. Cuenta de Explotación



Cuenta de Explotación. La figura 9b11 nos muestra la evolución del gasto corriente de personal y de ingreso que nos permite alcanzar la cuenta de explotación presentada en el 9a15. el objetivo es el del equilibrio financiero mostrando una tendencia positiva a lo largo del tiempo como consecuencia del sistema de gestión económica y el control permanente de la actividad desarrollada.. las comparaciones se muestran también en 9a16 y 9a17.

Indicadores de costes

Figura 9b12. Costes Globales por Servicio



Costes por Servicios. El desarrollo de nuestra contabilidad analítica nos permite disponer de los costes por los diferentes procesos. Esta información resulta clave para la negociación del CP a la hora de fijar los precios de nuestra cartera de servicios. Presenta tendencias positivas a lo largo del tiempo.

Consumo de Farmacia

Figura 9b13. Incremento Gasto Farmacia

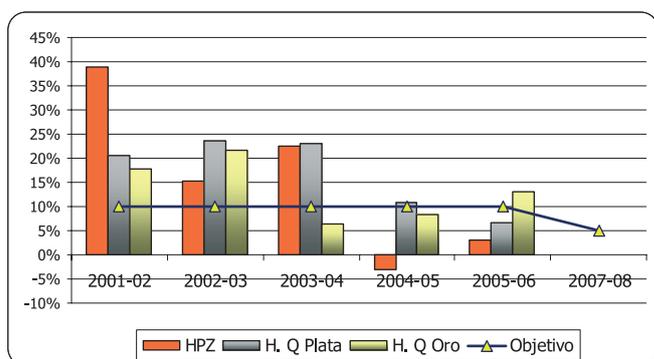
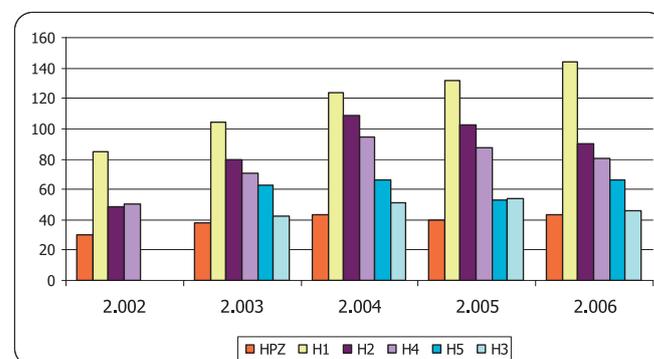


Figura 9b14. Coste antipsicóticos por alta en Agudos



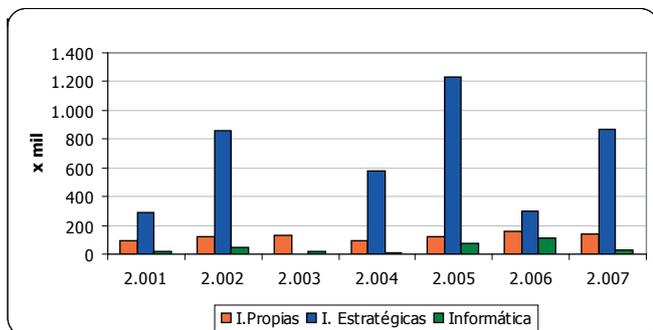
En el *crit. 4d* explicamos como los productos farmacéuticos son una de las tecnologías clave para el correcto desarrollo del proceso de mejora de nuestros pacientes. Los nuevos antipsicóticos son fármacos de última generación y por lo tanto de coste elevado por lo que requieren de una correcta gestión. En la *fig. 9b13*, vemos como la tendencia en el incremento del gasto ha sido francamente buena a partir del periodo 2002 2003. Como consecuencia de las acciones llevadas a efecto tras conocer el resultado del periodo 2001 2002. La introducción en el mercado de un nuevo medicamento en este periodo nos supuso un elevado crecimiento del gasto por lo que se adoptaron medidas como la nueva comisión de Farmacia,...Las comparaciones resultan favorables.

Los objetivos, fijados conjuntamente con Osakidetza, consisten en no superar un 10% anual de incremento. Dado que a finales de 2006 el gasto farmacéutico de Osakidetza bajo por primera vez del 10% y vista nuestra evolución, el objetivo pactado para el periodo 2007-2008 es de un incremento no superior al 5%.

Los resultados de la **fig. 9b14** corroboran lo explicado en el gráfico anterior. Al disponer del programa unidosis, nos permite comparar el coste por alta en agudos del HPZ con respecto a las unidades de agudos de los hospitales generales. Como se aprecia tanto las tendencias como las comparaciones son claramente favorables. El objetivo va en relación directa con el 10% antes comentado.

Inversiones

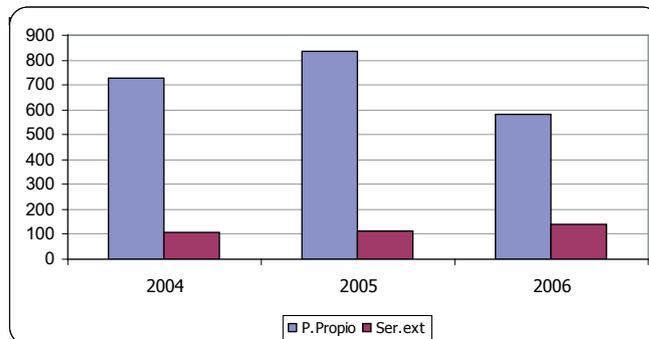
Figura 9b15 Inversiones



Inversiones. El indicador mide la evolución de las inversiones, cuyo volumen es fijado anualmente por la dirección. La gestión de las mismas queda recogida en los **crits. 4b y 4c**.

Mantenimiento

Figura 9b16 N° de Órdenes de Mantenimiento



Mantenimiento. Nuestro sistema de mantenimiento se gestiona a través del proceso de gestión de edificio y hostelería. El indicador muestra la evolución del mantenimiento interno y externo. La prioridad del mantenimiento va dirigida a la confortabilidad de nuestros clientes y a garantizar una estructura adecuada para el desarrollo de nuestros procesos clave.

Glosario de términos

ARCTO	Acuerdo de regulación de las condiciones de trabajo de Osakidetza	GRD	Grupos Relacionados por el Diagnóstico. Sistema de clasificación de pacientes agudos en función del consumo de recursos
ATS/DUE	Asistente Técnico Sanitario, actuales Diplomados Universitario en Enfermería	GIC	Programa informático para la Gestión de Indicadores de Calidad
AVIFES	Asociación de Familiares de Enfermos Psíquicos de Bizkaia	GV	Gobierno Vasco
CAV:	Comunidad Autónoma Vasca	HC	Hospitalización completa
CD	Comisión de Dirección (ED + Jefe de Servicios Generales + C. Calidad)	HD	Hospital de Día
CM	Cuadro de Mando. Documento que recoge los principales objetivos asistenciales y económicos de las unidades que prestan atención directa al paciente	HPZ	Hospital Psiquiátrico de Zamudio
CP	Contrato Programa. Documento resultante de la negociación con la Dirección Territorial del Departamento de Sanidad del GV donde se establece la actividad que se contrata (cartera de servicios, nº de ingresos, nº de altas, etc.), se establecen las condiciones de facturación (financiación por los servicios) y las características que deben cumplir dichos servicios (días de estancia media, % de reingresos, etc.)	IDEFO	Integrated Computer-Aided Manufacturing (ICAM) - Definition Method Zero. Es un subconjunto de la metódica del SADT (Structured Analysis and Design Technique) y se caracteriza por ser un método formalizado de descripción de procesos que permite evitar las dificultades que implica el uso de diagramas
CSM	Centro de Salud Mental. Dispositivos ambulatorios donde son tratados los pacientes al alta hospitalaria y desde donde se derivan hacia las unidades de hospitalización. Su gestión, en Bizkaia, depende de la Dirección de Salud Mental Extrahospitalaria	IHOBE	Sociedad Pública de Gestión Mediambiental
CT	Consejo Técnico	ISHT	Instituto de Seguridad e Higiene en el Trabajo
DFB	Diputación Foral de Bizkaia	IT	Incapacidad Transitoria
DG	Director Gerente	LE	Línea estratégica
DM:	Director Médico	MIR	Médico Interno Residente (en formación)
ED	Equipo Directivo (D. Gerente, D. Médico, D. Enfermería, D. Gestión, D. Personal)	M-V-V	Misión, Visión, Valores
EIR	Enfermero/a Interno Residente, especialidad en psiquiatría (en formación)	OMS	Organización Mundial de la Salud
ESC	Encuesta de Satisfacción de clientes (Pacientes)	OPE	Oferta Pública de Empleo
ESF	Encuesta de Satisfacción de clientes (Familiares)	PE	Plan Estratégico
ESP	Encuesta de Satisfacción de Personas	P&E	Política y Estrategia
ESS	Encuesta de Impacto en la Sociedad	PG	Plan de Gestión
Escala HoNOS	Escala de medición del grado de discapacidad (psicopatológica, social, somática, etc.) de los pacientes utilizada por la UGC Rehabilitación. Resume las áreas de problemas clínicos y sociales significativos, identificando aquellos aspectos que requieren de intervenciones específicas. Se utiliza como base para la identificación de necesidades asistenciales de cada paciente y como un instrumento propio de evaluación de resultados	PIR	Psicólogo/a Interno Residente (en formación)
FCE	Factores Críticos de Exito	PRL	Prevención de Riesgos Laborales
		RE	Reflexión Estratégica
		SAP	System Application Products
		SAPU	Servicio de Atención al Paciente y Usuario
		SEQC:	Sociedad Española de Bioquímica Clínica y Patología Molecular
		SGC	Sistema de Gestión de la Calidad
		SNS	Servicio Nacional de Salud
		SSCC	Servicios centrales de Osakidetza
		TEC	Terapia Electro - Convulsiva
		UBP	Unidad básica de prevención
		UCE	Unidad de Corta Estancia (Agudos)
		UGC	Unidad de Gestión Clínica
		UGCR	Unidad de Gestión Clínica de Rehabilitación
		UME	Unidad de Media Estancia (Subagudos)
		UPV	Universidad del País Vasco
		USL	Unidad de Salud Laboral
		UVI	Unidad de Vigilancia Intensiva

Memoria para la Evaluación Externa EFQM

ZAMUDIOKO PSIKIATRI OSPITALEA
HOSPITAL PSIQUIATRICO DE ZAMUDIO

