



# APLICACIÓN DEL MODELO EFQM: LAS PALABRAS CONMUEVEN, PERO EL EJEMPLO ARRASTRAA

## Rafael Sánchez Bernal

Jefe de Servicio de la Unidad de Gestión Sanitaria  
Organización Sanitaria Integrada Araba (OSI Araba)

**Lo 1º agradecer, con sinceridad la amable invitación de Gloria, Hortensia, Elisabet y demás personas de la Junta para compartir este tiempo con todas las personas de la Webinar**



**Te reciben según te presentas**



**Te despiden según te comportas**



- Parque Natural
- Actividades acuáticas
- Oficina de Turismo
- Restos Arqueológicos
- Castillo o muralla
- Paseos en bici
- Turismo Activo



OSI Araba



340.000

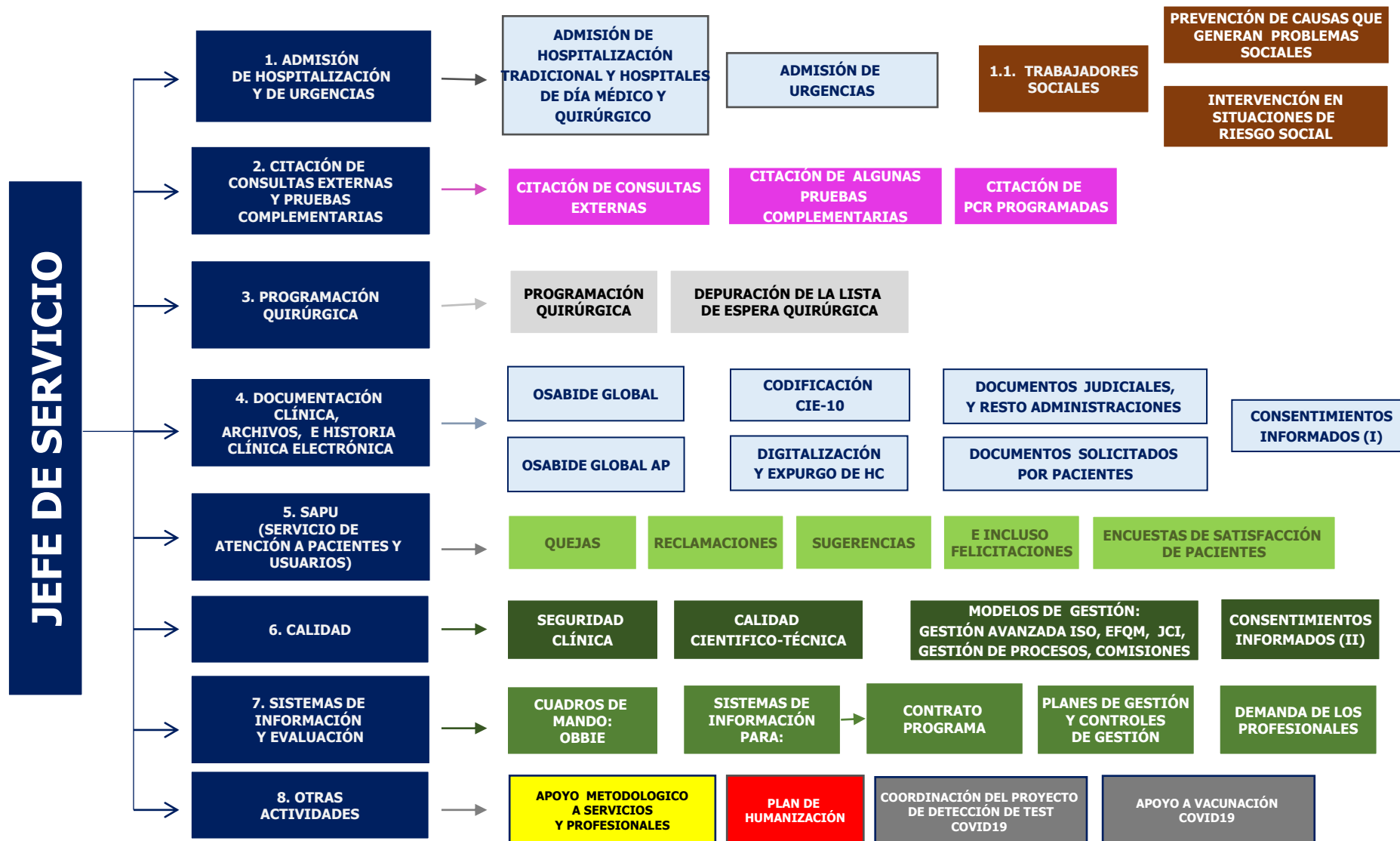
6.038

39.188

1.395.909  
686.133

144.480

34.892





# HOSPITAL PSIQUIATRICO Y SALUD MENTAL EXTRAHOSPITALARIA DE ÁLAVA

## HOSPITAL PSIQUIÁTRICO ARABA

## RED DE SALUD MENTAL EXTRAHOSPITALARIA DE ÁLAVA

### UNIDADES HOSPITALARIAS

- UNIDAD 1: PSICOGERIATRIA
- UNIDAD 2: PSICOSIS REFRACTARIA
- UNIDAD 3: MEDIA ESTANCIA
- UNIDAD 4: REHABILITACION HOSPITALARIA
- UNIDAD 5: LARGA ESTANCIA
- UNIDAD 6: REHABILITACION PSICOGERIATRICA
- UNIDAD 7: PSICOGERIATRIA

### SERVICIOS CLINICOS

- MEDICINA INTERNA
- FARMACIA
- TERAPIA OCUPACIONAL
- OFICINA DE TRABAJO SOCIAL

### SERVICIOS DE APOYO

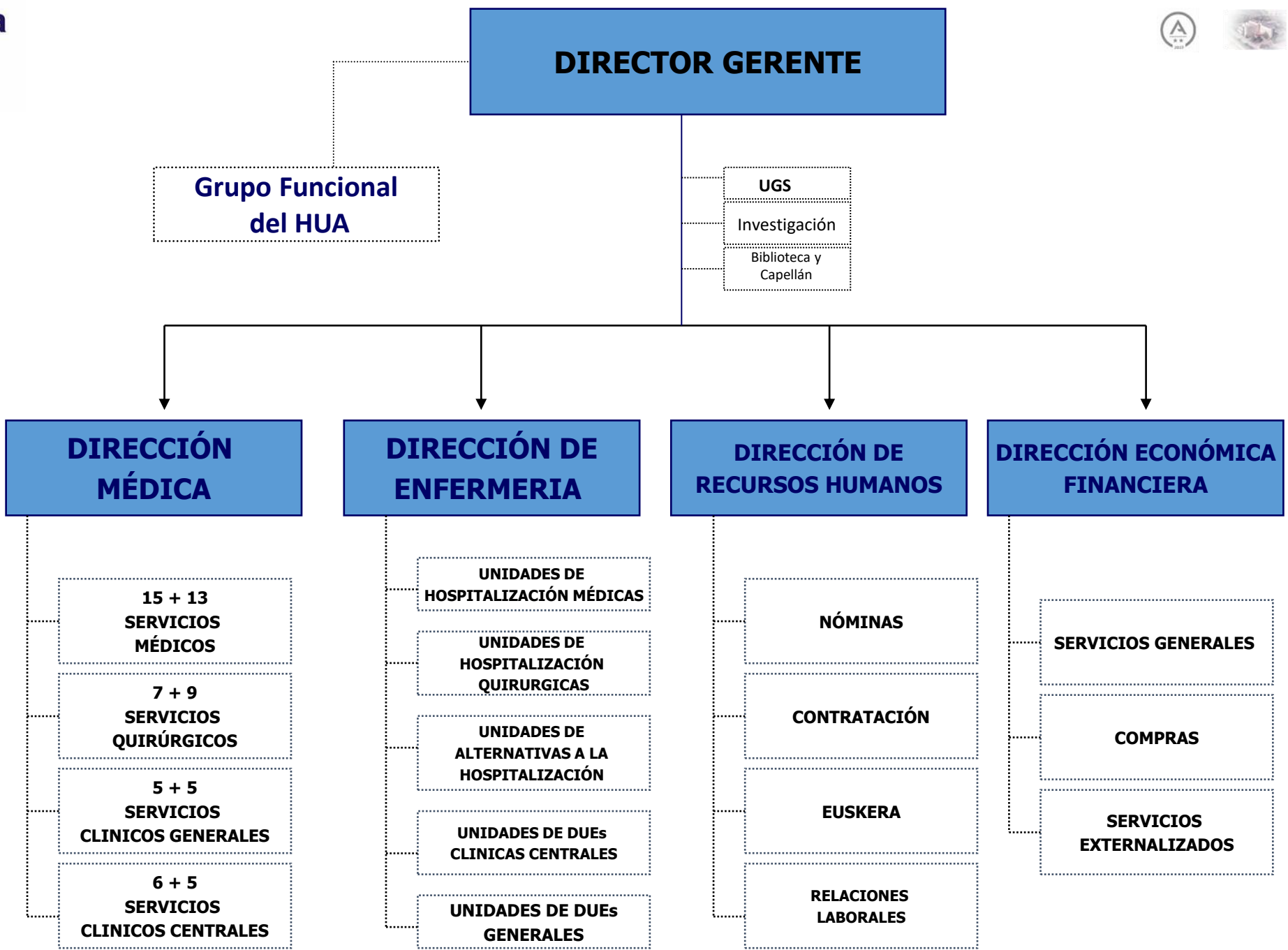
- |   |                             |
|---|-----------------------------|
| ALMACEN                                       | MANTENIMIENTO               |
| CAFETERIA/<br>CLUB SOCIAL                     | CELADOR                     |
| CENTRALITA TELEFÓNICA                         | PELUQUERÍA Y ESTÉTICA       |
| COCINA  | PERSONAL                    |
| CONTABILIDAD                                  | PODOLOGIA                   |
| DIRECCION                                     | SALUD LABORAL               |
| INFORMÁTICA                                   | SERVICIO RELIGIOSO CATÓLICO |
| LAVANDERÍA<br>LENCERÍA<br>ROPERO<br>COSTURERO | UNIDAD DE GESTION SANITARIA |
| LIMPIEZA                                      | VIGILANTES DE SEGURIDAD     |

### CENTROS DE SALUD MENTAL

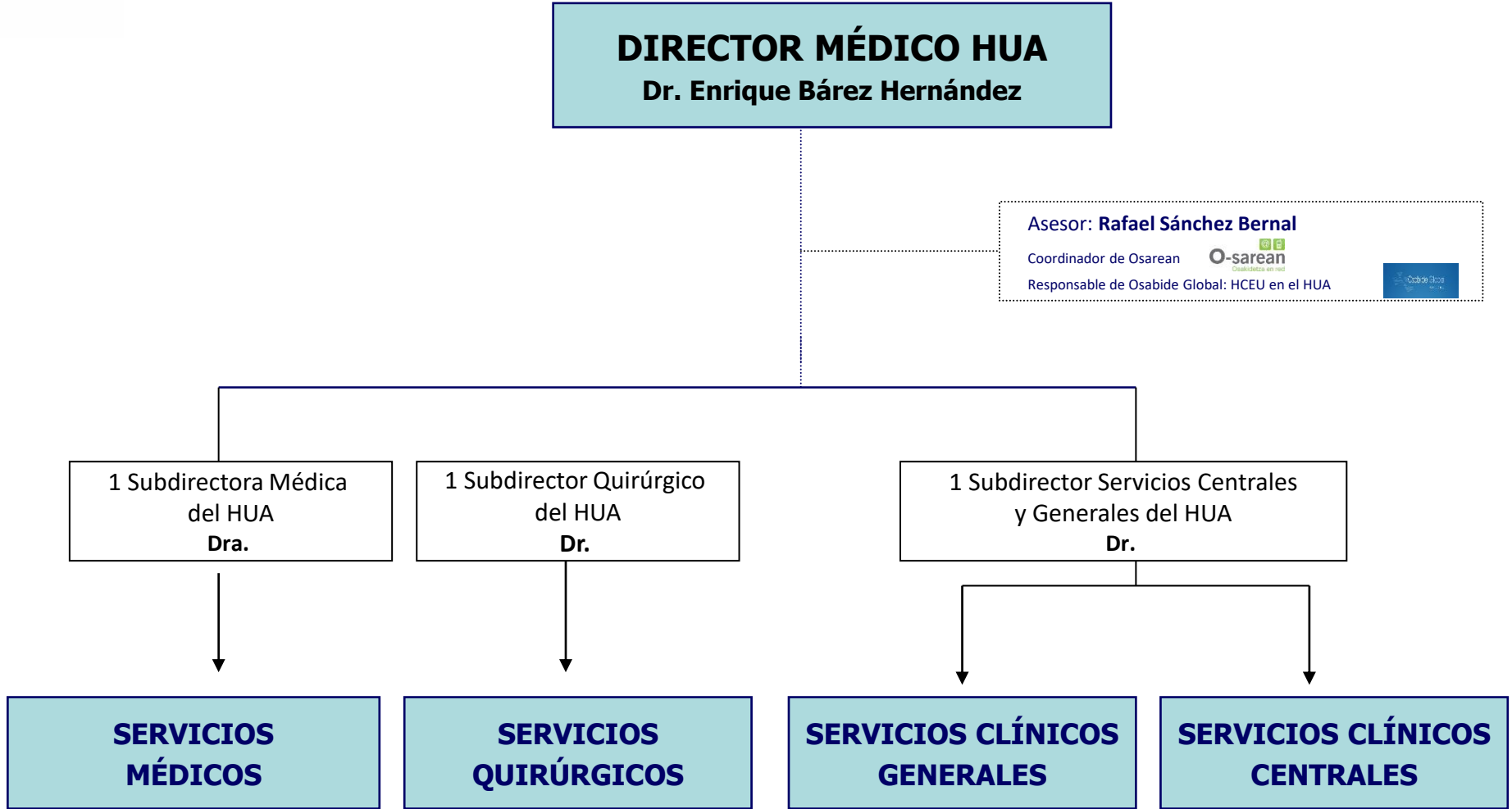
- ARAMBIZKARRA II
- GASTÉIZ - CENTRO
- LAKUABIZKARRA
- SAN MARTÍN
- AIALA - LLODIO
- INFANTO- JUVENIL:  
INCLUYE LA UTE  
Unidad Terapéutica-  
Educativa
- ALCOHOLISMO Y LUDOPATÍAS
- TOXICOMANÍAS

### ESTRUCTURAS INTERMEDIAS

- CENTRO DE DÍA Y HOSPITAL DE DÍA DE ALCOHOLISMO
- HOSPITAL DE DÍA DE TOXICOMANIAS DE FORONDA
- HOSPITAL DE DÍA DE PSIQUIATRIA
- SERVICIO DE REHABILITACIÓN COMUNITARIA



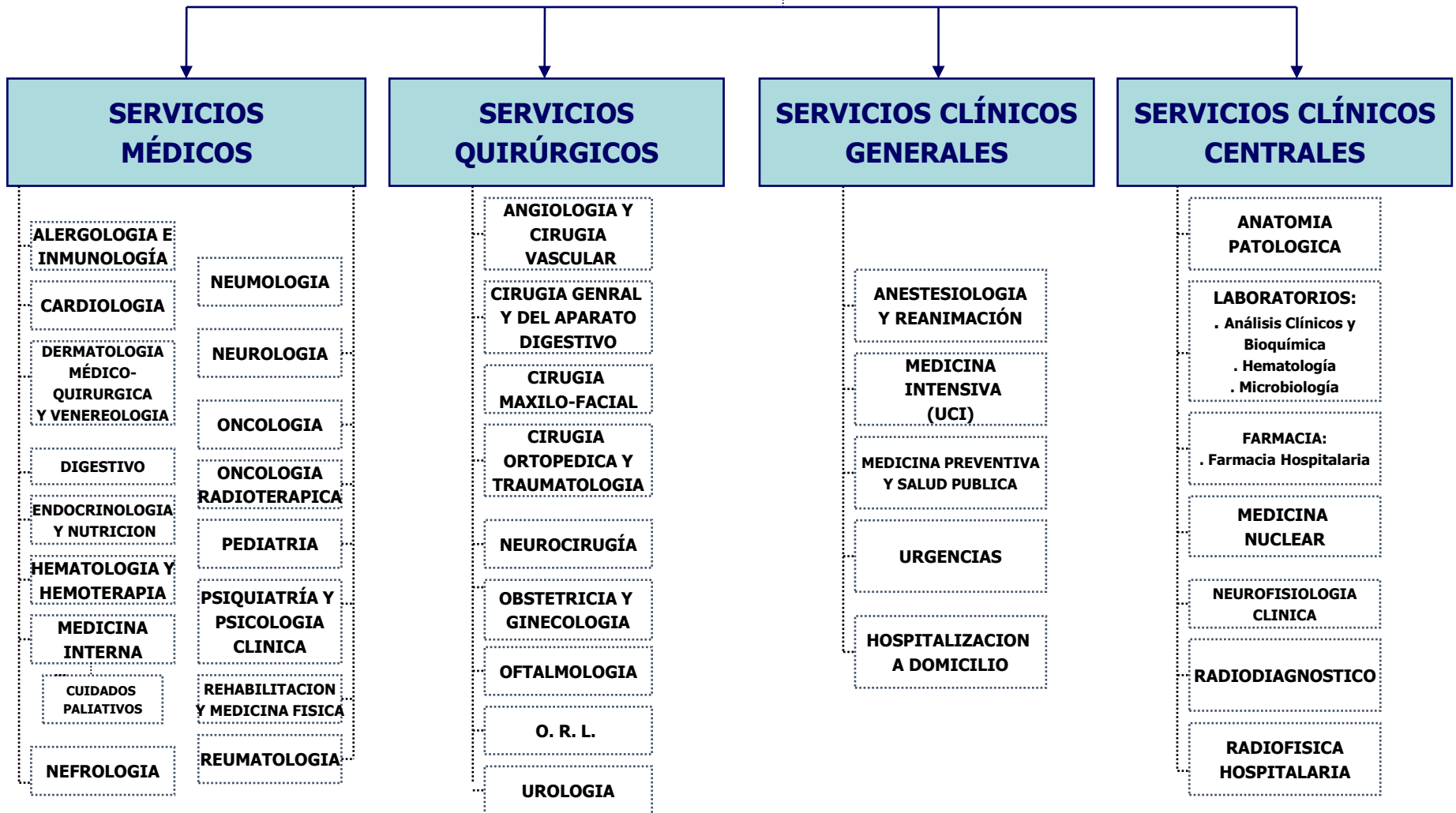
\* Unidad de Gestión Sanitaria de la OSI Araba



\* Unidad de Gestión Sanitaria de la OSI Araba



**DIRECCION MÉDICA HUA**



\* Unidad de Gestión Sanitaria de la OSI Araba

## Directora de Personas

**CUALQUIER NUEVO TRABAJADOR PUEDE  
INTEGRARSE CON MAYOR FACILIDAD, YA QUE ESTÁ  
SIENDO MUY UTIL EL PLAN DE ACOGIDA QUE SE REALIZÓ  
TRAS SALIR COMO AREA DE MEJORA EN LA  
AUTOEVALUACIÓN**

## Directora Médica

**UNA PLANIFICACIÓN ADECUADA HACE QUE A LA  
HORA DE TRABAJAR ESTEMOS CENTRADOS Y NO  
OLVIDEMOS NINGÚN ASPECTO IMPORTANTE PARA  
LA ORGANIZACIÓN, ADEMÁS DE POSIBILITAR  
PRIORIZARLOS, LO QUE RESULTA AL FINAL MUY ÚTIL**

## Directora de Enfermería

**EL UTILIZAR TENDENCIAS EN LOS INDICADORES,  
NOS ESTÁ RESULTANDO ÚTIL PARA VER LA  
EVOLUCIÓN GLOBAL DE LA ORGANIZACIÓN,  
Y COMPLETAR EL CICLO EVALUATIVO  
TE HACE ESTAR REVISANDO LAS COSAS DE  
UNA FORMA MÁS PERMANENTE**

## Psiquiatra

**PODEMOS COMPARARNOS CON OTRAS ORGANIZACIONES Y ASÍ SABEMOS AL MENOS QUE LAS COMPARACIONES SON HOMOGENEAS, ALGO QUE PARA LOS MEDICOS PSIQUIATRAS, DADOS A VECES A INTERPRETACIONES SUBJETIVAS, NOS AYUDA BASTANTE Y NOS TRANQUILIZA**

## Algún Supervisor de Unidad

**HACEMOS LAS COSAS DE MANERA MÁS ORDENADA,  
YA QUE AUNQUE AL PRINCIPIO RESULTA ÁRIDO  
EL LENGUAJE UTILIZADO, LUEGO TE VAS  
FAMILIARIZANDO, Y EL MÉTODO UTILIZADO TE  
HACE ESTAR MÁS CENTRADO Y TRABAJAR  
DE UNA FORMA MÁS ORDENADA**

**EN EL MUNDO DE LA CALIDAD LOS TÉRMINOS NOVEDOSOS  
Y LAS PALABRAS CONMUEVEN,  
PERO SOLO EL EJEMPLO DE UN TRABAJO CON MÉTODO Y  
CREDIBILIDAD ARRASTRA,  
Y EL MODELO DE LA EFQM ESTÁ RESULTANDO CREIBLE**

**EL MODELO ES UTIL**

**SIRVE PARA ORDENARNOS**

**ES UTIL PARA DETECTAR ÁREAS DE MEJORA**

**ES UTIL PARA ESTABLECER LAS LINEAS ESTRATEGICAS**

**ES UTIL PARA DECIRNOS QUE PLANES DEBEMOS ELABORAR**

**ES UTIL PARA ESTABLECER OBJETIVOS E INDICADORES**

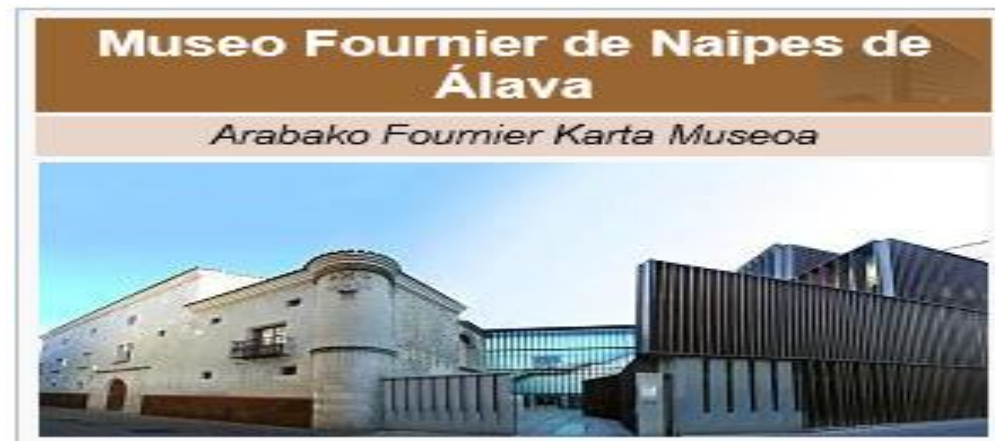
**ES UTIL PARA VER TENDENCIAS Y COMPARARNOS**

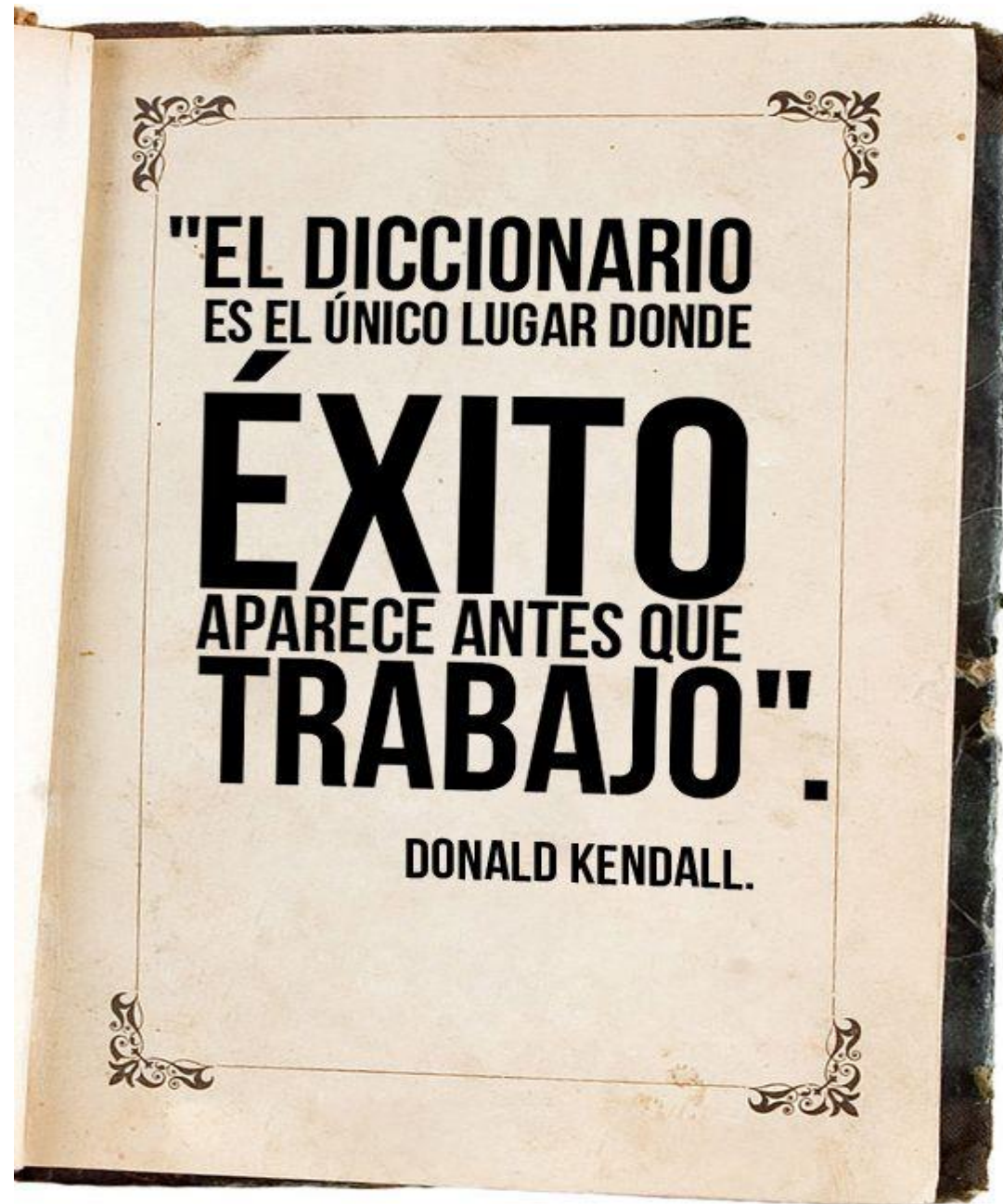
**ES UTIL PARA EVALUAR RESULTADOS**





### HACER TRAMPAS AL SOLITARIO







**Con trabajo y esfuerzo**

**hasta lo mas imposible, se puede conseguir**

**Y CONTINUAR  
ADELANTE  
AUNQUE HAYA  
PROBLEMAS**



*El vencido posee la honra  
de haber luchado,  
y eso le distingue  
del desertor y del cobarde.*

Plan Estratégico 2023. Grupo Línea 4

Para RAFAEL SANCHEZ BERNAL



PE LINEA 4 SOSTENIBILIDAD Acta 1 (02112022).docx

73 KB

Rafa, no tuvimos mucha oportunidad de hablar más allá de la tarea encomendada. Espero que todo te vaya bien.

Encantado de compartir espacio de trabajo y gracias por imprimir resolutivez al grupo.

Estoy tratando de redactar el acta de la reunión de ayer. Te envío un borrador de lo que he recogido hasta ahora. Revisa el acta y completa con el resumen de tus notas los acuerdos adoptados.

Hablaré con Laura para concretar la próxima reunión en Eibar ¿?.

Gracias y hasta el día 16 a las 8:15 en la puerta de Txago.

1. Poner fechas para autoevaluación y evaluación externa
2. Nombrar Responsable/Referente de cada tarea
3. No eternizarse
4. Presentarse a evaluación externa

**AGENTES**

**RESULTADOS**

**LIDERAZGO**  
100 Ptos.  
10%

**PERSONAS**  
100 Ptos. (9%)

**POLÍTICA Y ESTRATEGIA**  
80 Ptos. (8%)

**ALIANZAS Y  
RECURSOS**  
100 Ptos. (9%)

**PROCESOS**  
140 Ptos.  
14%

**RESULTADOS EN  
LAS PERSONAS**  
90 Ptos. (9%)

**RESULTADOS EN  
LOS CLIENTES**  
200 Ptos. (20%)

**RESULTADOS EN  
LA SOCIEDAD**  
60 Ptos. (6%)

**RESULTADOS  
CLAVE**  
150 Ptos.  
15%

**INNOVACIÓN Y APRENDIZAJE**

<b>CRITERIO</b>	<b>DESCRIPCIÓN</b>	<b>NÚMERO DE SUBAPARTADOS</b>	<b>CLASIFICACIÓN</b>
1	Propósito, visión, estrategia	5	DIRECCIÓN
2	Cultura de la organización y liderazgo	4	
3	Implicar a los grupos de interés	5	EJECUCIÓN
4	Crear Valor Sostenible	4	
5	Gestionar el funcionamiento y la transformación	5	
6	Percepción de los grupos de interés		RESULTADOS
7	Rendimiento estratégico y operativo		



## **Criterio 1: Propósito, visión, estrategia**

### El propósito de la organización:

- Explica por qué es importante su trabajo
- Establece el escenario para crear y brindar un valor sostenido para sus partes interesadas
- Proporciona un marco en el que asume responsabilidad de su contribución e impacto en el ecosistema en el que opera.

### Visión de la organización:

- Describe lo que la organización intenta lograr a largo plazo
- Tiene la intención de servir como una guía clara para elegir los cursos de acción actuales y futuros.
- Proporciona, junto con el propósito, la base para establecer la Estrategia.

### La Estrategia de la organización:

- Describe cómo pretende cumplir su propósito
- Detalla sus planes para lograr las prioridades estratégicas y acercarse a su visión.

El criterio 1 tiene 5 subapartados:

1.1 Definir propósito y visión

1.2 Identificar y comprender las necesidades de las partes interesadas

1.3 Comprender el ecosistema, capacidades propias y desafíos importantes


1.4 Desarrollar la estrategia

1.5 Diseñar e implementar un sistema de gestión de gobierno y desempeño

# LIDERAZGO

**Un lider no te dice lo que tenes que hacer, te muestra como se hace**



A black and white photograph of a flock of birds flying in a V-formation against a cloudy sky. The birds are silhouetted against the lighter sky, and their wings are spread as they fly. The formation is centered in the upper half of the image.

**No tengo miedo de una legión de  
leones liderada por una oveja;  
tengo miedo de una legión de  
ovejas liderada por un león**

*Alejandro Magno*

# 1 a LOS LIDERES DESARROLLAN LA MISIÓN, VISIÓN, VALORES Y PRINCIPIOS ÉTICOS Y ACTÚAN COMO MODELO DE REFERENCIA DE UNA CULTURA DE EXCELENCIA

Creemos que el mejor ejemplo de los esfuerzos realizados para **desarrollar la misión, visión y cultura de la organización** es la elaboración consensuada y la definición compartida de la Misión, la Visión y los Valores, entendidos éstos como principios éticos que apoyan la cultura de nuestra organización.

MISIÓN
<p>El Hospital Psiquiátrico y la Red de Salud Mental <b>Extrahospitalaria</b> de Alava es una organización sanitaria pública cuya principal razón de ser es prestar una <b>atención integral en Salud Mental</b>. Esta atención estará orientada a proporcionar a nuestros clientes la <b>restitución de su salud mental</b> <b>o</b> <b>otras</b> capacidades psíquicas suficientes para conseguir la mejor adaptación personal, familiar, social y laboral en cada momento de la evolución de su proceso. Nuestra organización asume un <b>modelo asistencial comunitario</b> basado en una asistencia psiquiátrica integrada, normalizada y accesible, atendiendo a las personas con trastornos mentales en su entorno social y procurando su máxima autonomía.</p> <p><b>Un aspecto básico de este modelo es la continuidad de cuidados</b> e nuestros pacientes que se garantizará al establecer líneas de coordinación y pautas de actuación comunes entre nuestros propios dispositivos de Salud Mental y otros, como Atención Primaria y Especializada de Salud y dispositivos Sociales y Socio-Sanitarios. En segundo aspecto básico de este modelo es la participación en la promoción de programas de <b>prevención y educación para la población, así como la lucha contra el estigma y la discriminación de las personas afectadas por trastornos mentales.</b></p> <p>El Hospital Psiquiátrico y <b>Red de Salud Mental Extrahospitalaria</b> de Alava dispondrá de una oferta de servicios integral, y actuará con la mejor calidad técnica posible, de acuerdo con los conocimientos contrastados y los recursos disponibles, para ser reconocida como modelo de atención psiquiátrica avanzada. Nuestra organización estructurará sus dispositivos intra y <b>extrahospitalarios</b> de forma integral, flexible y coordinada. Articulará su funcionamiento mediante unidades de gestión dotadas de responsabilidad y autonomía. Para la consecución de estos objetivos, nuestras actividades se centrarán en el logro de la máxima satisfacción de nuestros pacientes y sus familiares mediante un cuidadoso trato humano y profesional, basado primordialmente en una atención cercana y personalizada, siempre en consonancia con los objetivos terapéuticos individualizados. Factores determinantes del éxito de nuestra empresa son la responsabilidad y el compromiso de cada uno de los trabajadores con la calidad y la eficiencia. Este éxito se apoyará en una dinámica organizativa basada en el logro de la satisfacción de nuestros trabajadores mediante la motivación personal y profesional y el establecimiento de medios, recursos y canales de participación, formación e información. Nuestra organización está comprometida con la gestión eficaz y eficiente de los recursos públicos asignados y disponibles en cada momento, así como con la gestión total de la calidad para lo que establecerá los mecanismos de evaluación adecuados teniendo como objetivo permanente la mejora continua.</p>

Figura 1 a 1

En 1997, con ocasión de la elaboración de nuestro primer Plan Estratégico se definieron la Misión, Visión y Valores con **una participación** limitada de líderes y personas de la organización. A lo largo de 2003 se han redefinido, coincidiendo con la elaboración de nuestro segundo PE, la M, V y V, esta vez con la participación de más líderes **y personas**, de forma que, tras un consenso más amplio, contamos con la redefinición compartida de la M y V (1 a 2). La participación y colaboración en el consenso de líderes, responsables de unidades y de personas son suficientemente significativas tal y como puede verse en la figura 1 a 3 en la que además puede observarse el número de sugerencias recibidas a los PE y a otros planes como el Plan de Calidad 2004-2007.

VISIÓN
Queremos ser una organización sanitaria excelente orientada al paciente, sus familiares y la sociedad.
Queremos conseguir la máxima satisfacción de nuestros pacientes y sus familiares.
Queremos lograr la mayor eficacia y eficiencia posibles en la gestión de nuestro centro, con la máxima satisfacción de nuestras personas.
Queremos ser una organización reconocida interna y externamente como modelo avanzado de atención psiquiátrica (Psiquiatría Comunitaria), referente en la Gestión de la Calidad Total (EFQM), y utilizar avanzadas metodologías y herramientas de mejora.

Figura 1 a 2

## PARTICIPACIÓN EN LA ELABORACIÓN Y CONSENSO DE LA POLÍTICA Y ESTRATEGIA

	P.E. 1998	P.E. 2004	P.C. 2004
Nº de objetivos específicos	18	24	12
Colaboradores	5	50	50
Participantes en el consenso	5	45	46
Sugerencias recibidas	6	26	39
% sugerencias incluidas	66.66	100	100
%Coherencia Corporación	--	100	100

Figura 1 a 3

El Equipo Directivo y el Consejo de Dirección han **impulsado, actuando como modelo de referencia, la redefinición y el consenso de los Valores** con otros líderes y personas de la organización. Estos valores (1 a 4) se centran en el respeto hacia los pacientes y entre profesionales, en el trato cercano y personalizado, en intentar hacer las cosas cada vez mejor, en actitudes como la veracidad, la transparencia y la escucha activa, en la búsqueda del conocimiento y en el compromiso personal y colectivo con la mejora de la atención a la salud mental. Como parte de Osakidetza-Sys, también tenemos entre nuestros **principios éticos** la universalidad, la equidad y la solidaridad. Tal como se describe en la Misión, nuestros compromisos están vinculados a la mejora: en hacer la organización más flexible e integral, en la coordinación interna y externa, en la progresión de la llamada Psiquiatría Comunitaria (2 c), en la satisfacción de nuestros pacientes y sus familiares y en la **responsabilidad con** la calidad y la eficiencia, mediante la evaluación y **autoevaluación** de nuestras actividades; en definitiva, pretendemos el compromiso de todos con la mejora continua. Por todo ello, nuestras principales **responsabilidades públicas** quedan definidas por nuestra actividad principal que es la de prestar un servicio de atención a la Salud Mental eficaz, eficiente y de calidad, intentando lograr la máxima satisfacción posible de nuestros clientes y nuestras personas y ser, al mismo tiempo, reconocidos como modelo avanzado de atención psiquiátrica y como referencia en la gestión de la Calidad Total (según el Modelo de Excelencia) (**Visión**, 1 a 2).



Nuestra organización asume un **modelo asistencial comunitario** basado en una asistencia psiquiátrica integrada, normalizada y accesible, atendiendo a las personas con trastornos mentales en su entorno social y procurando su máxima autonomía.

Un aspecto básico de este modelo es la **continuidad de cuidados** de nuestros pacientes que se garantizará al establecer líneas de coordinación y pautas de actuación comunes entre nuestros propios dispositivos de Salud Mental y otros, como Atención Primaria y Especializada de Salud y dispositivos Sociales y Socio-Sanitarios.

Un segundo aspecto básico de este modelo es la participación en la promoción de programas de **prevención y educación para la población, así como la lucha contra el estigma y la discriminación de las personas afectadas por trastornos mentales.**








# **Programa de educación para la salud**

**EN REHABILITACIÓN  
PSIQUIÁTRICA**

**Hospital Psiquiátrico y Salud Mental Extrahospitalaria de Álava**









## OBJETIVOS GENERALES

- Mejorar el conocimiento del usuario sobre su enfermedad.  
- Mejorar el manejo de la misma a través del aprendizaje de técnicas al efecto.
- Desarrollar un concepto más constructivo y operativo de la enfermedad. 

## OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Los objetivos específicos van dirigidos a que el paciente tenga un conjunto de informaciones, y las utilice sobre:

- Los síntomas de la enfermedad, con el objeto de que tengan una idea adecuada de qué síntomas son propios y se deben a su enfermedad y cuáles a otras razones, así como desmontar los mitos que respecto a ella existen y de este modo desarrollen una idea más ajustada de la misma.  
- El curso de la enfermedad, distinguiendo los síntomas persistentes y los síntomas de aviso, de modo que reconozcan las señales antecedentes de las crisis, y ayuden a su prevención y tratamiento de forma rápida y eficaz.  
- Mostrar las diferencias individuales en la manifestación de la enfermedad, de lo que se derivan, por ejemplo, distintos efectos en la medicación, en la puesta en práctica de determinadas técnicas psicológicas, etc.  
- Las causas de la enfermedad, con el fin de disipar las posibles dudas

# LUCHA CONTRA EL ESTIGMA Y EL CONSUMO DE TÓXICOS A TRAVÉS DE VISITAS GUIADAS PARA ESCOLARES A UN HOSPITAL PSIQUIÁTRICO



# RED DE SALUD MENTAL DE ÁLAVA



OSI Araba

303.512 hab.

**56 años**  
**Rango 18-93**



**175 camas**



HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE ÁLAVA  
Monográfico de Media y Larga Estancia



**C.S.M. INFANTO-JUVENIL**



**ESTRUCTURAS INTERMEDIAS**



**El estigma hacia las personas con enfermedad mental está basado en estereotipias, prejuicios y comportamientos discriminatorios, dificultando su recuperación y su bienestar, y el poder tener una vida llena y normalizada, desarrollar sus potencialidades y contribuir con sus aportaciones a la sociedad, respetando su dignidad.**

# OBJETIVOS

- 1º.- Luchar contra el estigma asociado a la enfermedad mental crónica
- 2º.- Dar información sobre las personas con enfermedades mentales, nuestra organización, servicios y actividades
- 3º.- Prevenir el consumo de tóxicos entre los jóvenes, al ver el impacto de las drogas en las personas jóvenes con enfermedad mental.

**Hospital Psiquiátrico  
de Alava**



# LA VISITA GUIADA (I)

La visita se realiza dentro de las instalaciones del Hospital Psiquiátrico de Álava por profesionales sanitarios del Hospital.



La visita se prepara en función del perfil del grupo ( con problemática de consumos, de tolerancia, con necesidad de saber, con necesidad de encaminar un futuro profesional,...) previa puesta en común con el profesorado,



# LA VISITA GUIADA (II)

Primero se realiza una parte explicativa de las diferentes enfermedades mentales así como de los dispositivos asistenciales que conforman la RSMA y el acceso a los mismos.



Hospital Psiquiátrico de Alava



En este apartado se hace mención especial a las adicciones, a su prevención y sus efectos en la patología mental.



## LA VISITA GUIADA (III)

Posteriormente se realizan visitas in situ a algunas unidades donde se interactúa con otros profesionales y pacientes.



VALORES

- ◆ Evitar emitir juicios de valor, moralizar.
- ◆ Evitar adoptar actitudes paternalistas y de camaradería.
- ◆ Respetar la intimidad de la persona.
- ◆ Hablarles con naturalidad
- ◆ Dirigirse a ellos sin temor



- ◆ Tener en cuenta que se trata de una persona con una enfermedad discapacitante
- ◆ Respetar las peculiaridades personales
- ◆ Antes de tomar cualquier decisión o ante cualquier duda preguntar

**iii CONFIDENCIALIDAD !!!**



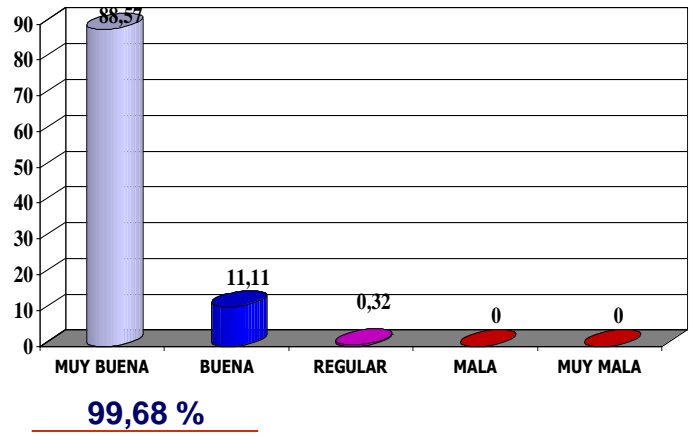


# PROGRAMA PSICOEDUCATIVO: "ACERCATE A CONOCERNOS"

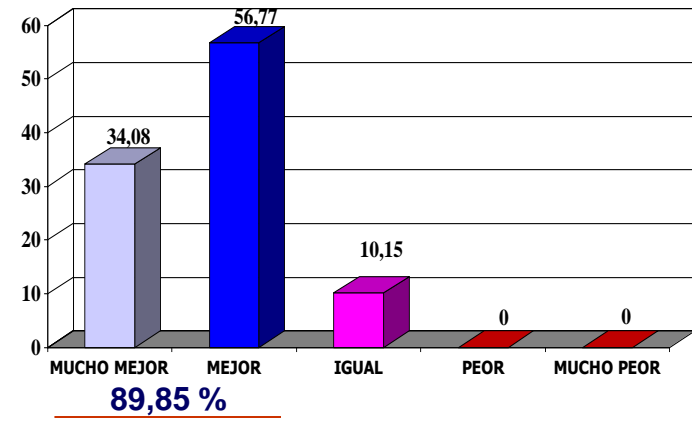


2.242 Escolares, 56 Centros

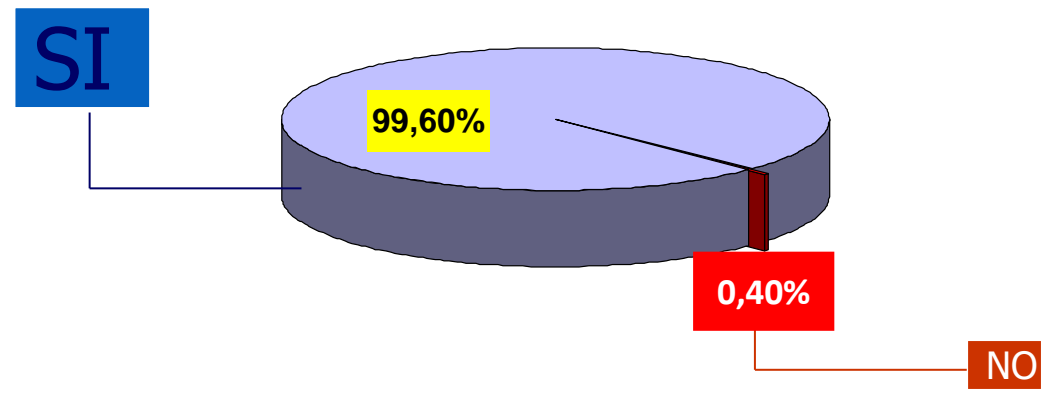
**VALORACIÓN GLOBAL DE LA VISITA**



**VALORACIÓN DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO TRÁS LA VISITA**

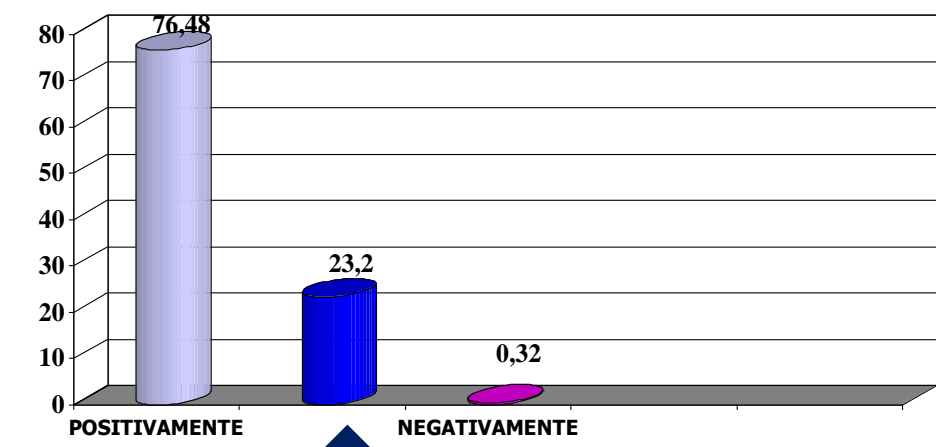


**¿ RECOMENDARÍA LA VISITA A OTRAS PERSONAS ?**



# PROGRAMA PSICOEDUCATIVO: "ACERCATE A CONOCERNOS"

## INFLUENCIA DE LA VISITA SOBRE LA IDEA DEL DAÑO DE LAS DROGAS EN JOVENES



76,48%



IGUAL

Edad media 16,7 años

## SUGERENCIAS DE LOS VISITANTES

**“Estar mas tiempo con los pacientes , para darse cuenta de que son personas normales y muy agradables”**

**“Tener más tiempo para aprender mas cosas”**

**“Ha estado bastante bien. Me ha gustado mucho. Me hizo ver las cosas de forma diferente”**

**“Muy interesante y muy recomendable”**

**“Para los de nuestra edad esta visita está muy bien. Si sigues por mal camino puedes terminar aquí”**

**“En el programa de la escuela pondría esta visita de forma obligatoria para desmitificar los hospitales psiquiátricos”**

# CONCLUSIONES:

**La iniciativa ha sido positiva para luchar contra el estigma, mejorar su opinión sobre las enfermedades mentales crónicas, y concienciar en el daño que hace el consumo de tóxicos.**

**La idea es extrapolable a otros ámbitos y Organizaciones de la salud mental, ha requerido la participación de muchas personas y grupos multidisciplinares, unidades de hospitalización y apoyo.**

**No conocemos otras iniciativas similares en nuestro ámbito, y pese al tiempo y esfuerzo dedicado, valoramos muy positivamente la iniciativa.**



## Planificar, hacer, comprobar y actuar

- **Resultados:** determinar los resultados es el primer paso y consiste en determinar lo que se desea conseguir con la aplicación del proceso de mejora continua. Como cualquier objetivo, debería ser SMART y estar vinculado con los grupos de interés de la organización.
- **Enfoque:** Es lo que en PDCA correspondería con la planificación, en la definición de todo aquello que sea necesario para alcanzar los objetivos planteados en el punto anterior.
- **Despliegue:** Es la fase de ejecución de los enfoques planteados con anterioridad, buscando que esta ejecución sea lo más sistemática y completa posible. Los enfoques deben implementarse en su totalidad.
- **Evaluar y revisar:** En esta fase se incluye lo relacionado con la revisión y evaluación de los despliegues implementados y su impacto en los enfoques para la consecución de los resultados. en función del grado de consecución se deberán revisar los enfoques y despliegues implementados para orientarlos a la optimización de resultados siguiendo la lógica de la mejora continua.

Los objetivos SMART son específicos, medibles, alcanzables, relevantes y temporales

**VALORES**

Respeto hacia los pacientes y entre los profesionales  
 Trato cercano y personalizado  
 Honestidad y ética profesional  
 Responsabilidad y profesionalidad en el trabajo  
 Transparencia y veracidad en la transmisión de la información  
 Actitud de escucha activa  
 Búsqueda de nuevas ideas, conocimientos, mejores prácticas y desarrollo de proyectos de investigación  
 Compromiso personal y social con los pacientes y la salud mental

Figura 1 a 4

Con objeto de **revisar y mejorar la eficacia de los comportamientos personales en el área del liderazgo** hemos reflexionado acerca de nuestro concepto de liderazgo y lo hemos redefinido de forma que entendemos que líder es toda aquella persona comprometida con las políticas y objetivos de la organización, facilitadora de los recursos y/o de la información para alcanzarlos, comprometida con la evaluación o autoevaluación, que delega, aporta reconocimiento y actúa como modelo para las personas que lidera. En nuestra organización son líderes los Directivos, los Responsables de Unidades y Servicios, los Responsables de Comisiones y de Grupos de Trabajo y los propietarios de procesos y subprocesos (en total unas 36 personas). Ejemplos de esta mejora son la participación creciente de líderes en la definición y consenso de los planes estratégicos y otros planes (1 a 3), la mejora de la opinión de las personas acerca de sus líderes y directivos (7 a 1), la participación creciente de las personas en grupos de trabajo (7 b 5.1) y otros, como la formación específica en gestión y calidad (3 b) y la formación de equipos para la gestión de procesos (5 a).

Los líderes se implican activamente en actividades de mejora. Estimamos que los directivos dedican un 50% de su tiempo a estimular, programar y supervisar, siendo a la vez miembros, de las diversas comisiones y grupos de participación (3 c 1). El resto de los líderes dedica, aproximadamente, un 25% de su tiempo a esta implicación activa. De esta forma los líderes:

- Promueven el establecimiento de criterios de funcionamiento, normativas, objetivos y memorias anuales de las diversas comisiones y grupos de trabajo.
- Crean equipos y grupos orientados a la resolución de problemas de descoordinación interna y externa.
- Estimulan la **procedimentación** de procesos y subprocesos asistenciales y no asistenciales.
- Promueven la realización de consentimientos informados para determinados procedimientos diagnósticos o terapéuticos.
- Ayudan a poner en marcha diversos planes como los de cuidados individualizados, o el plan de readecuación de ingresos del hospital.
- Actúan como impulsores o como facilitadores o asesores en procesos de evaluación (auditorias internas y autoevaluación de unidades y del centro) e imparten formación en gestión (3 c 2).

Asimismo, los líderes no sólo proporcionan estímulo y ánimo a la delegación de tareas y a la asunción de responsabilidades por parte de los empleados sino que trabajan constantemente para implicar a las personas en las actividades de mejora y en el trabajo en equipo.

gestión como, entre otros, el Consejo de Dirección, el Consejo Técnico, la Comisión de Calidad, la Comisión de Ética Asistencial, la Comisión de Historias Clínicas y los Equipos de Procesos. La asunción de responsabilidades tiene como ejemplos más notables, entre otros, los acuerdos de Gestión Clínica con tres unidades hospitalarias (3 de un total de 7 posibles), la solicitud de la contratación de sustituciones por los responsables de unidades y servicios, el comité creado para la gestión de la Seguridad y Salud laborales, el establecimiento de criterios de ingreso en varias unidades (Media Estancia, Unidad de Psicosis Refractaria y Psicogeriatría), la planificación estratégica y la gestión por procesos en varias unidades y la implantación del Sistema de Gestión de la Calidad. La **creatividad y la innovación** también son objeto de interés de nuestra organización; prueba de ello es la existencia de varios grupos de trabajo para poner en marcha ideas novedosas como las Visitas Guiadas al hospital (con los objetivos de darnos a conocer a la sociedad y contribuir a la lucha contra el estigma), el comité de redacción de nuestra revista trimestral "Psikibernetik", la puesta en marcha de nuestra página web (saludmentalalava.org) y la convocatoria anual del Premio a la Innovación en el trabajo, que se describe más ampliamente en el subcapítulo 5 b. Otra vía para impulsar la delegación y asunción de responsabilidades son la selección de puestos de liderazgo o responsabilidad con perfiles, compromisos o proyectos ligados a la Gestión Clínica y a la Calidad Total, como las jefaturas de servicio y sección, las de supervisión de enfermería, y las de técnicos y becarios de calidad. Nuestro centro proporciona los fondos necesarios para el aprendizaje y la mejora. La formación adecuada, desde los puntos de vista profesional y de la calidad, está adecuadamente financiada (7 b 3.2 y 7 b 3.3). El coste de la formación por persona y año, dentro y fuera de la organización, es de los más altos de la red. Esta área de gestión es responsabilidad de la Comisión de Docencia y Formación Continuada (3 b).

Como consecuencia de la Formación Continuada, la Docencia y de otras actividades de aprendizaje, los líderes apoyan y animan a emprender acciones a partir de las conclusiones extraídas de estas actividades de aprendizaje (2 b 3). Entre otras, podemos señalar la puesta en marcha de nuevas modalidades terapéuticas como la UPR, la atención a las Ludopatías, las estancias para pacientes con demencia leve y la participación en la fase inicial de la atención a la anorexia y bulimia. También son ejemplos la elaboración de los Planes Estratégicos, el Plan de Calidad, los Planes de Comunicación, el Plan de Readecuación de Ingresos y el Plan de Acogida a Personas. Otros ejemplos son la implantación del Reglamento de Uso de la Historia Clínica, la de los acuerdos de Gestión Clínica y los proyectos o la planificación a largo plazo de unidades como los de la UPR, el de la Unidad de Rehabilitación Hospitalaria (U 4), el del Centro de Tratamiento de Toxicomanías, el del Centro de Salud Mental de Aranbizkarra, el del Servicio de Rehabilitación Comunitaria y el de las unidades de Psicogeriatría. Asimismo, son también ejemplos relevantes la estandarización de los cuidados de enfermería (4 e), la actualización de guías y consentimientos informados (5 d), las publicaciones científicas y los proyectos de investigación (4 e), y el diseño y gestión de los procesos y subprocesos de la organización (5 a). También son

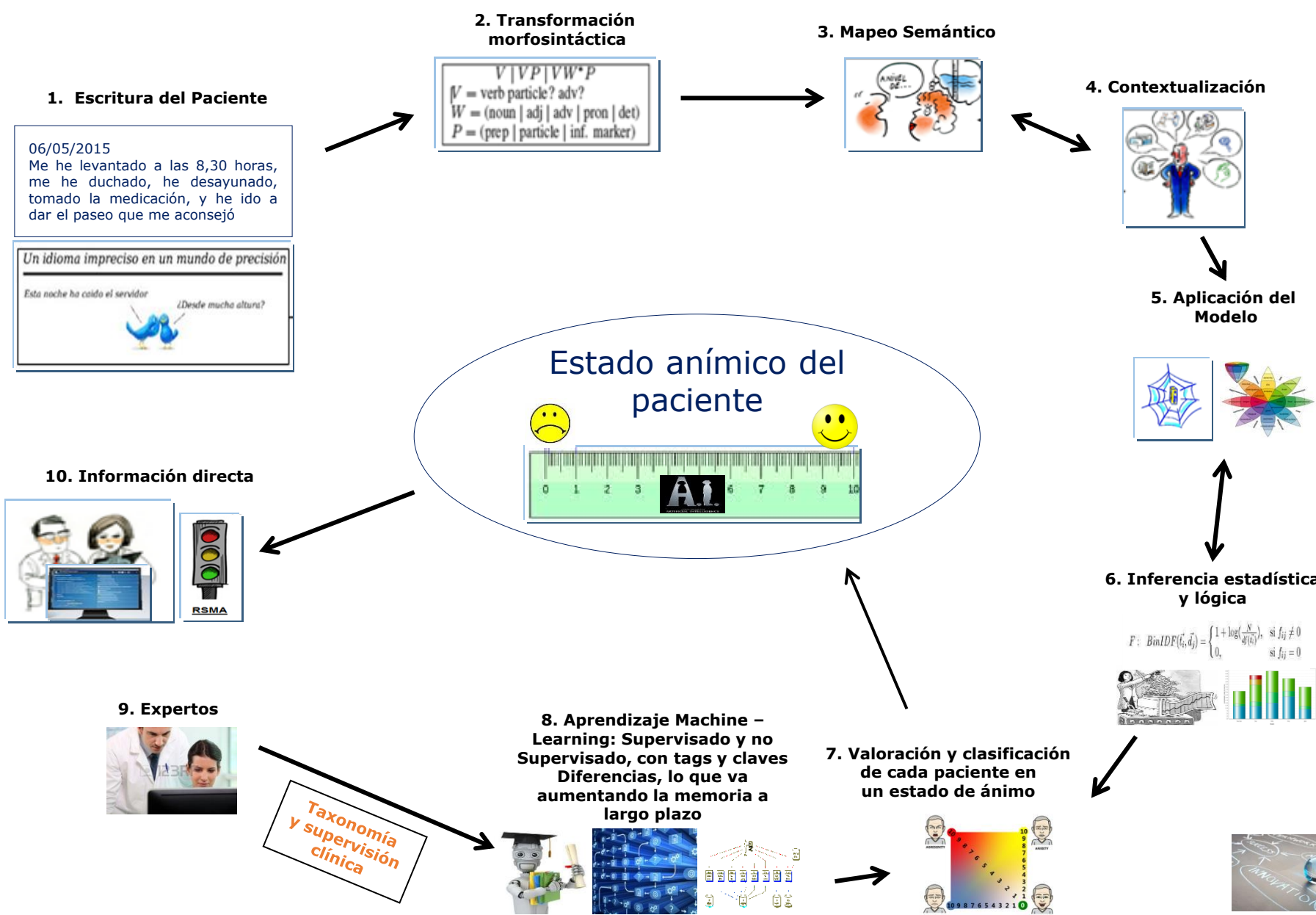


OSI Araba

**VALORES**

Respeto hacia los pacientes y entre los profesionales  
 Trato cercano y personalizado  
 Honestidad y ética profesional  
 Responsabilidad y profesionalidad en el trabajo  
 Transparencia y veracidad en la transmisión de la información  
 Actitud de escucha activa  
 Búsqueda de nuevas ideas, conocimientos, mejores prácticas y desarrollo de proyectos de investigación  
 Compromiso personal y social con los pacientes y la salud mental

Figura 1 a 4



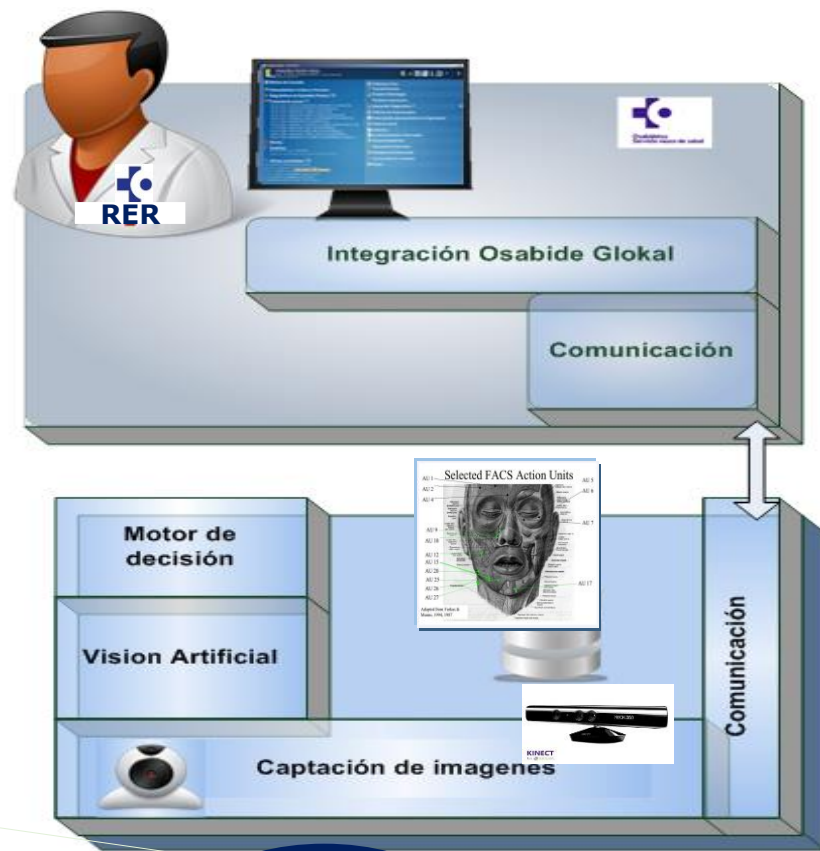
**2** **PROYECTO PAIN-MED:**  
Medición objetiva del Dolor  
a través de la Visión Computacional



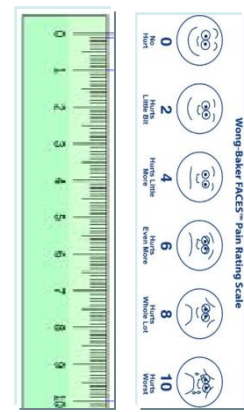
OSI Araba

**Metodología:**

- Algoritmos de Reconocimiento Facial con autocaras o PCA y Agrupación de Grafos
 
- Representación Facial de Kernels, Redes neuronales RBF y Neocognitrones de Retina
 
- Matrices Transformacionales Faciales en 3D, Verificadores SMV, y Ontologías Neurológicas
 



**Medición del Dolor**



EXPRESIÓN FACIAL
GRADO DE MOVILIDAD

TENSIÓN MUSCULAR
POSTURA CORPORAL

1. Frente arrugada
2. Orbita ocular parcialmente ocluida
3. Parte superior del labio elevada / nariz arrugada
4. Ojos parcialmente cerrados.



**3**

# PROYECTO UPR: Un Pequeño Reto a través de un Serious Game lúdico



Disponer del juego **UPR** en Formato Electrónico para móviles, tablet y ordenadores, destinado a pacientes con esquizofrenia u otro trastorno mental severo



2 – 5 Jugadores

500 preguntas de Contenido Psicoeducativo  
100 preguntas comodín de Reestructuración Cognitiva



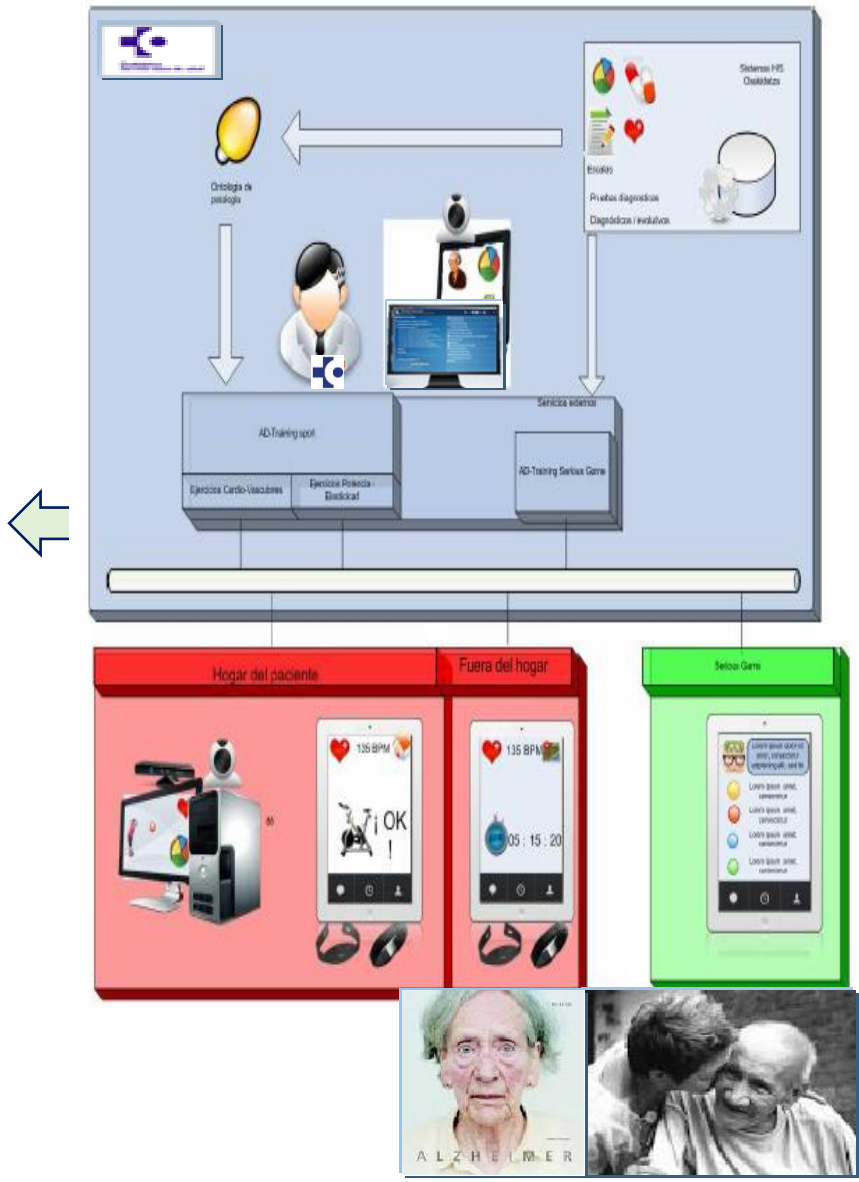
<b>ES</b>	Azul: Educación para la Salud
<b>PS</b>	Verde: Psicoeducación (Esquizofrenia y Trastorno Bipolar)
<b>HS</b>	Rosa: Habilidades Sociales
<b>PD</b>	Naranja: Patología Dual
<b>MS</b>	Amarillo: Medicación y Síntomas



# 4 PROYECTO AD-TRAINING: Mejora del deterioro cognitivo a través de un Avatar de Tecnología Kinnet

**OBJETIVO:**  
CREAR UN SOFTWARE CONSISTENTE EN UN "AVATAR", PARA DAR SOPORTE EN LAS PRIMERAS FASES DEL DETERIORO COGNITIVO, Y RALENTIZARLO, PARA QUE LA EVOLUCIÓN SEA MÁS LENTA

**METODOLOGÍA:**  
REALIZACIÓN DE RUTINAS DE EJERCICIOS FÍSICOS Y JUEGOS SERIOS, PERMITIENDO A LOS PACIENTES OBTENER CONOCIMIENTOS SOBRE LA ENFERMEDAD Y COMPRENDER SUS CONSECUENCIAS, Y AL MÉDICO, AYUDADO TAMBIÉN POR LO QUE DICE LA FAMILIA, VALORAR EL ESTADO DEL PACIENTE



**USUARIO:**  
Persona que está en los primeros estadios de un proceso degenerativo

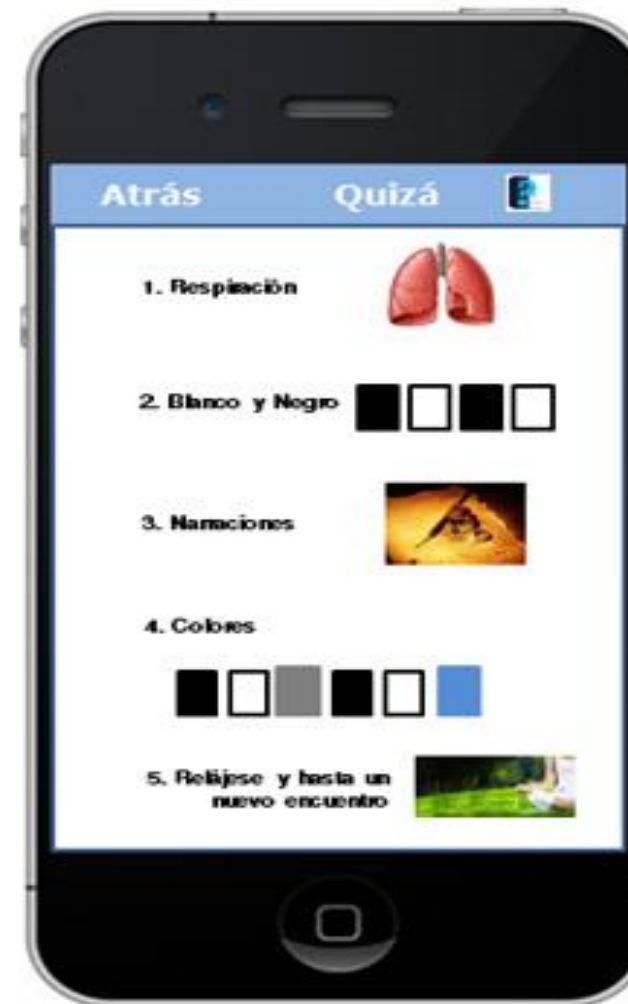
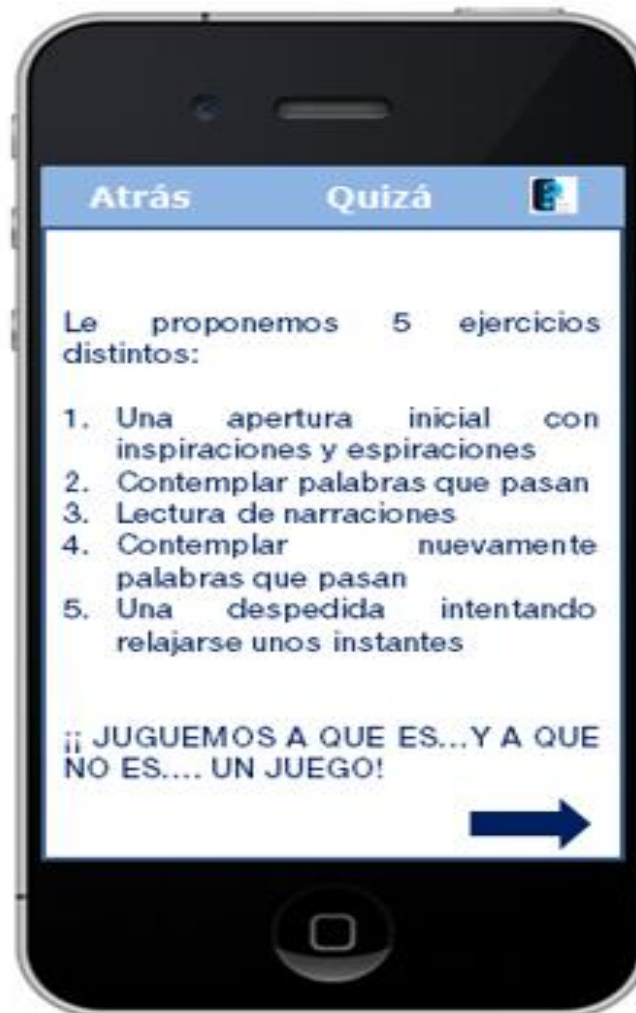
**MÉDICO:**  
Responsable de establecer recomendaciones, recoger la información, y valorar al paciente

**FAMILIA:**  
Dispondrá de información sobre la evolución de la enfermedad, y realizará test complementarios que ayudarán al médico

# 5 PROYECTO PEASAS: La persona como servicio a través de la Ciber-Física Móvil flexible







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

- La implantación, desde 1997, del Contrato-Programa Anual que es, en resumen, el intercambio de la financiación proviniente (98,5%) de la Dirección Territorial de Sanidad (Departamento de Sanidad) por actividad asistencial con requisitos de calidad técnica.
- La implantación de la autoevaluación bienal según el Modelo Europeo, como método para la elaboración de planes de mejora.
- La elaboración en 2003 y la implantación en 2004, del Plan de Calidad 2004-2007 que tiene dos grandes y principales objetivos: la Mejora de la Calidad del Servicio Sanitario y la Mejora de la Calidad en la Gestión (2 b). Está basado en los criterios del Modelo de Excelencia 2000 de la EFQM.
- El diseño, en 2001, del esquema de procesos (que se ha rediseñado entre 2003 y 2004), la elaboración del Mapa de Procesos, y la aprobación e implantación, en 2004, del Sistema de Gestión de la Calidad.

De estas decisiones y planes generales se derivan los objetivos y planes de acción para dar cumplimiento a la M, V y V y a nuestras tres líneas estratégicas que persiguen la satisfacción del paciente y sus familiares, la satisfacción de las personas y una gestión eficaz y eficiente de los recursos. De la primera línea del PE destacan

## PARTICIPACIÓN Y DIFUSIÓN DE LA CALIDAD Y LA EXCELENCIA EN SEMINARIOS Y CONFERENCIAS

+

Aprendizaje	Participantes	Año
Conferencia de Calidad para directivos	5	1999
Curso de la Fundación A. Donabedian	14	1999
Calidad para administrativos en Osakidetza	7	2000
Autoevaluación EFQM para directivos	5	2000
Elaboración encuestas satisfacción	2	2000
Objetivos equipos eficientes y satisfechos	12	2001
Iniciación EFQM para líderes no directivos	6	2001
Auditores internos ISO	4	2003
Reciclaje evaluadores de Euskalit	5	2004
Jornada de actualización ISO 9001-2000	1	2004
Asociaciones Profesionales	Participantes	
Club de evaluadores de Euskalit	5	
Auditores internos ISO	4	
Sociedad Española de Calidad Asistencial	1	
Socio colaborador de Euskalit	organización	
Fundación Novia Salcedo (becarios)	organización	
Sociedad Española de Atención al Usuario	1	
Difusión	Asistentes	Año
Comunicaciones Congreso de la SECA	>500	1999
Planificación estratégica de la UPR en el VIII Congreso Anual de Psiquiatría	≈400	2000
Jornada 5º aniversario de la (antigua) Comisión de Calidad	≈40	2000
Comunicaciones y pósters en el Congreso Nacional de Enfermería (Gerona)	>500	2001
Ponencia sobre Gestión del Conocimiento Semana Europea de la Calidad	≈500	2002
Asesoría para la autoevaluación informatizada a 12 organizaciones sanitarias	≈70	2003-2004
Asesoría para la Autoevaluación informatizada de 10 Unidades Clínicas	≈90	2003-2004

Ponencia sobre la autoevaluación informatizada de unidades en la Semana Europea de la Calidad	≈500	2003
Curso de Gestión por Procesos basado en la Norma ISO	≈40	2003/2004
Comunicación en el Congreso de la SECA	≈500	2004
Ponencia Visión del profesional de las necesidades y expectativas de los clientes (Semana Europea de la Calidad)	300	2004
Presentación de la evaluación informatizada de centros sanitarios	150	2004
Ponencias sobre Calidad en las Jornadas de Rehabilitación Psiquiátrica	500	2003
Distribución de la Memoria Q de Plata a otros centros y organizaciones	150	2002
Conferencia sobre EFQM en los Cursos de Verano de la Universidad de Málaga	50	2002
Curso de Calidad (EFQM) para el Hospital San Juan de Dios de Barcelona promovido por la Fundación Avedis Donabedian	30	2004
Comunicación sobre Satisfacción de Pacientes en el Congreso Nacional de Hospitales en Valencia	50	2003
Docencia sobre la Autoevaluación EFQM en el Curso de Gestión de Osakidetza	36	2004
Conferencia sobre la Autoevaluación Informatizada a Organizaciones Sanitarias de la Región de Murcia	90	2004

Figura 1 c 1

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

destrutturados, económicos y de calidad.

- Otro medio importante de comunicar los planes, objetivos y metas son las reuniones de los grupos de trabajo y las comisiones (3 c 1) en donde, y según la finalidad de cada grupo o comisión, se abordan los temas adecuados a su respectivo ámbito.



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

Además de toda esta información, para ayudarnos a definir el cambio, disponemos, como mecanismo principal, de la autoevaluación según el Modelo de Excelencia que hemos utilizado con periodicidad bienal desde 1998. El Modelo de Excelencia de la EFQM también lo utilizamos para **identificar, seleccionar y priorizar los cambios que es necesario introducir en la organización, en el modelo de organización y en sus relaciones externas (1 a 5)**. Los principales cambios relacionados con la gestión de la calidad en nuestro centro pueden verse también en la figura P 2 por orden cronológico, pero destacamos aquí, entre otros cambios relevantes: la redacción de los planes estratégicos (1998 y 2004); la realización de las autoevaluaciones del centro y de unidades del mismo; la

**EJEMPLOS DE ÁREAS DE MEJORA PRIORIZADAS EN LAS AUTOEVALUACIONES****Noviembre 1998**

- Coordinación con Atención Primaria y Servicios Sociales
- Formación en Gestión de Calidad Total
- Presentación del Plan Estratégico
- Definir el funcionamiento de Unidades
- Formación en gestión por procesos

**Noviembre 2000**

- Motivación y reconocimiento
- Aprendizaje y diseño de Gestión de Procesos
- Elaborar Normativas de funcionamiento
- Incorporación de necesidades de los clientes a las alianzas
- Elaboración del Mapa de Procesos
- Encuestas de satisfacción
- Incorporación de sugerencias de personas a planes de gestión
- Opinión de los representantes de la sociedad
- Revisión, por unidades, de ingresos y gastos

**Diciembre 2001 (Evaluación Externa)**

- Desarrollo y despliegue de la Planificación Estratégica
- Revisión de la eficacia del esquema de procesos clave
- Formación en Calidad para líderes y personas
- Revisión y mejora del subproceso control de gestión
- Definición de responsables y propietarios de los procesos
- Objetivos de los indicadores de satisfacción de clientes
- Homogeneidad comparaciones satisfacción de personas
- Medición de la percepción de la sociedad
- Objetivos de los indicadores clave

**Febrero 2004**

- Desarrollo e implantación de un proceso para el gobierno eficaz de la organización
- Identificación y actualización de los FCE
- Estrategias y planes de comunicación basados en necesidades
- Medición de la efectividad de las alianzas externas
- Implantación del Sistema de Gestión de (y por) Procesos
- Comparaciones en satisfacción de clientes
- Establecer objetivos adecuados de percepción de personas
- Establecer estrategias y acciones para la satisfacción de la sociedad
- Comparaciones de los indicadores clave

Figura 1 a.5

# ESTRATEGIA

## 2ª LA POLÍTICA Y ESTRATEGIA SE BASA EN LAS NECESIDADES Y EXPECTATIVAS ACTUALES Y FUTURAS DE LOS GRUPOS DE INTERÉS

Nuestra organización viene **recogiendo información de nuestros usuarios actuales y potenciales** (nuestro “mercado”) desde hace muchos años. En general, el ámbito de actuación de nuestro centro es toda la población alavesa, aunque para determinadas unidades (UPR y Comunidad Terapéutica) la población de referencia es la de la CAPV. Para obtener información válida y fiable acerca de nuestra población diana contamos con numerosas fuentes de información (2 a 1). Entre éstas están los diferentes enfoques y planes de diversas organizaciones con responsabilidad en la gestión de la salud y los sistemas sanitarios. Así, disponemos de los de carácter global (OMS), internacional (Asociación Mundial de Psiquiatría), estatal (Ley General de Sanidad, Ley de Autonomía del Paciente) y autonómico (Ley de Ordenación Sanitaria de Euskadi, Planes de Salud de la CAPV). También contamos con informes relevantes acerca de las necesidades y expectativas de nuestros actuales y futuros clientes. Entre ellos podemos destacar los referidos a la planificación de la organización y cuidados psiquiátricos: el Informe para la Asistencia Psiquiátrica en Euskadi (Ajuriaquerria, 1983) y el Informe Ministerial para la Reforma Psiquiátrica (1985) que ya planteaban la orientación de la atención psiquiátrica hacia la comunidad y la externalización de los pacientes en vez de su asilo en los “manicomios”. Otras fuentes de información relevantes son el Plan Estratégico de Osakidetza-Servicio vasco de salud, el Plan Estratégico de Salud Mental de Osakidetza, las estadísticas sociodemográficas (Eustat, INE), los informes periódicos del Defensor del Pueblo Vasco (Ararteko) y otros, como las encuestas quinquenales de salud de la población que realiza el Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco.

CRITERIO	DESCRIPCIÓN	NÚMERO DE SUBPARTADOS	CLASIFICACIÓN
1	Propósito, visión, estrategia	5	DIRECCIÓN
2	Cultura de la organización y liderazgo	4	
3	Implicar a los grupos de interés	5	EJECUCIÓN
4	Crear Valor Sostenible	4	
5	Gestionar el funcionamiento y la transformación	5	
6	Percepción de los grupos de interés		RESULTADOS
7	Rendimiento estratégico y operativo		



CATEGORÍA	GRUPOS DE INTERÉS	NECESIDADES Y EXPECTATIVAS	REQUISITOS/PLAN DE ACCIÓN
1. Cliente Externo	Ciudadanía	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cumplimiento requisitos legales</li> <li>• Seguridad clínica</li> <li>• Accesibilidad</li> <li>• Eficacia</li> <li>• Competencia profesional</li> <li>• Satisfacción</li> <li>• Información y confidencialidad</li> <li>• Participación</li> <li>• Ética y valores profesionales</li> <li>• Idioma de preferencia lingüística</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estricto cumplimiento de los requisitos legales y normativo aplicable [Seguridad clínica, LOPD,...]</li> <li>• Cumplimiento de los criterios de calidad establecidos en la prestación del servicio.</li> <li>• Mantenimiento, certificación y extensión del alcance del sistema de gestión de calidad.</li> <li>• Derechos y Deberes de los pacientes.</li> <li>• Cartera de servicios.</li> <li>• Medición y análisis de la satisfacción.</li> <li>• Gestión de quejas y reclamaciones.</li> <li>• Plan de participación ciudadana.</li> <li>• Plan de comunicación externa.</li> <li>• El Plan de Eudkera.</li> <li>• Comité de ética asistencial y Código de conducta ético.</li> </ul>
	Personas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Satisfacción</li> <li>• Estabilidad del empleo</li> <li>• Seguridad y salud laboral</li> <li>• Eudkera</li> <li>• Desarrollo profesional</li> <li>• Participación, comunicación, estar informado...</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cumplimiento de las condiciones laborales.</li> <li>• Fomento de la participación.</li> <li>• Requisitos de selección y movilidad personal.</li> <li>• El Plan de Eudkera.</li> <li>• Plan de formación continuada.</li> <li>• Medición y análisis de la satisfacción.</li> <li>• Plan de comunicación interna.</li> <li>• Desarrollo del plan de prevención y seguridad laboral [Unidad básica de prevención laboral, delegados de salud laboral, OHSAS...]</li> </ul>
3. Administración Pública	Ente Osakidetza: Dirección General	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eficiencia</li> <li>• Accesibilidad</li> <li>• Calidad científico técnica</li> <li>• Imagen de marca</li> <li>• Sistema sanitario prestigio y calidad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cumplimiento y ajuste del presupuesto asignado.</li> <li>• Comunicación de las necesidades de inversión.</li> <li>• Facturación a terceros</li> <li>• Publicaciones cooperativas, participación en proyectos, congresos...</li> <li>• Obtención de reconocimientos públicos.</li> <li>• Compra centralizada.</li> </ul>
	Gobierno Vasco/ Departamento Salud	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cobertura y provisión del servicio sanitario</li> <li>• Cumplimiento legislación</li> <li>• Gestión de fármacos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prestación de la Cartera de servicios.</li> <li>• Cumplimiento del Contrato Programa.</li> <li>• Notificaciones de efectos adversos, prescripciones medicamentos, adherencia tratamientos, conciliación, etc.</li> <li>• Gestión de TIS para el aseguramiento.</li> </ul>
	Gobierno Vasco/Resto de departamentos y organismos dependientes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coordinación</li> <li>• Colaboración</li> <li>• Participación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desarrollo de Programas</li> <li>• Convenios</li> <li>• Foros de encuentro</li> <li>• Respuesta</li> </ul>
	OSI ARABAKO ERRIOKA / OSI DEBAGOIENA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coordinación y cobertura de la asistencia sanitaria</li> <li>• Compartir el conocimiento y establecer sinergias</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prestación de la asistencia sanitaria según Cartera de Servicios.</li> <li>• Actualización de protocolos, acuerdos de derivación y rutas.</li> <li>• Participación de los profesionales en foros comunes.</li> </ul>
	Otras Organizaciones Sanitarias de Osakidetza (OSI, Hospital Media y Larga Estancia, Red de Salud Mental), OSATEK, Emergencias, Centro Vasco de Transfusiones...	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Colaboración en la prestación de la asistencia sanitaria</li> <li>• Compartir el conocimiento y establecer sinergias</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prestación de la asistencia sanitaria según Cartera de Servicios.</li> <li>• Accesibilidad a las herramientas de participación: Otagone, Osabos, Parte Hattu, Intranet...</li> <li>• Historia clínica compartida</li> <li>• Jornadas y Congresos.</li> </ul>
	Otras Organizaciones Sanitarias del SNS (Se incluyen los centros sanitarios privados)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Colaboración en la prestación de la asistencia sanitaria y en la continuidad asistencial</li> <li>• Compartir el conocimiento y establecer sinergias</li> <li>• Convenios de prestación de servicios.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prestación de la asistencia sanitaria según Cartera de Servicios.</li> <li>• Correcto registro de la Historia Clínica Digital para su consulta desde el Sistema Nacional de Salud.</li> <li>• Jornadas y Congresos.</li> <li>• Cumplimiento de los convenios de prestación de servicios.</li> </ul>
	Otras entidades públicas: Diputación Foral de Álava y Ayuntamientos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coordinación socio sanitaria</li> <li>• Misión global de salud</li> <li>• Coordinación con las residencias</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaboración y actualización de protocolos conjuntos.</li> <li>• Comisión Sociosanitaria y Referente Sociosanitario.</li> <li>• Grupos de trabajo intermedios.</li> <li>• Planes integrados a la ciudadanía.</li> <li>• Desarrollo de iniciativas.</li> <li>• Historia clínica compartida.</li> </ul>
	SINDICO/ ARARTEKO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coordinación</li> <li>• Colaboración</li> <li>• Participación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Convenios</li> <li>• Conocer su satisfacción</li> <li>• Foros de encuentro</li> <li>• Respuesta</li> </ul>
	Instituciones penitenciarias (Zaballa)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prestación sanitaria en condiciones de seguridad</li> <li>• Coordinación</li> <li>• Colaboración</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Foros de encuentro y relación.</li> <li>• Protocolos de coordinación.</li> <li>• Cumplimiento de los requisitos específicos de seguridad</li> </ul>
Justicia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Accesibilidad</li> <li>• Colaboración</li> <li>• Información clínica completa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Protocolo de solicitud y entrega de documentación.</li> <li>• Entrega de la información/documentación en tiempo y forma.</li> <li>• Protocolo de derivación de partes de lesiones.</li> <li>• Protocolos de actuación en caso de agresiones.</li> <li>• Informes médicos periciales.</li> </ul>	

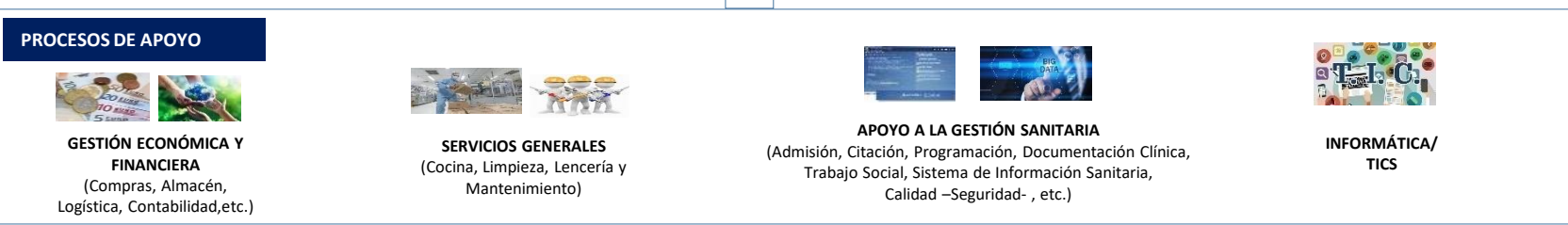


CATEGORÍA	GRUPOS DE INTERÉS	NECESIDADES Y EXPECTATIVAS	REQUISITOS/PLAN DE ACCIÓN
4. Educación e Investigación e innovación	Centros escolares	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Colaboración</li> <li>• Participación</li> <li>• Prestación de atención sanitaria en necesidades especiales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Actividades de promoción y prevención de la salud (salud escolar, vacunación, RCP, talleres de vida saludable...)</li> <li>• Jornadas de puertas abiertas</li> <li>• Prestación de la atención / Acuerdos</li> </ul>
	Formación Profesional	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Colaboración</li> <li>• Participación</li> <li>• Cumplimiento de los planes de formación.</li> <li>• Satisfacción</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Convenios para la realización de la formación de prácticas pre-grado.</li> <li>• Colaboración en actividades científicas y de formación</li> <li>• Comisión de docencia.</li> </ul>
	Universidades	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Colaboración</li> <li>• Participación</li> <li>• Cumplimiento de los planes de formación.</li> <li>• Satisfacción</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Convenios para la realización de la formación de prácticas pre-grado</li> <li>• Colaboración en actividades científicas y de formación</li> <li>• Comisión de docencia.</li> </ul>
	Comisión Nacional de Especialidades (MSSSI)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Colaboración</li> <li>• Participación</li> <li>• Cumplimiento de los planes de formación.</li> <li>• Satisfacción</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acreditación docente para la formación post-grado (MR, ER, PR, FIR...)</li> <li>• Colaboración en actividades científicas y de formación - Comisión de docencia.</li> </ul>
	BIOARABA BIOCRUCES BIZKAIA BIOONOSTIA BIOEF Instituto de Salud Carlos III	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Colaboración</li> <li>• Participación</li> <li>• Coordinación</li> <li>• Desarrollo de productos, servicios, prototipos...</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desarrollo de proyectos de investigación.</li> <li>• Facilitar la participación y el desarrollo de los proyectos de investigación.</li> <li>• Unidad de investigación.</li> <li>• Comisión de innovación.</li> <li>• Cumplimiento de los requisitos para la acreditación. (Comisión de ensayos e investigación clínica).</li> <li>• Convenios Inosasan</li> </ul>
	Sector empresarial / Sector privado. Parques Tecnológicos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Colaboración</li> <li>• Participación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Convenios para la realización de la formación de prácticas.</li> <li>• Colaboración en actividades de formación.</li> </ul>
5. Agentes Sociales	ONG Asociaciones (de pacientes, de vecinos...)Residencias privadas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Colaboración • Participación • Coordinación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alianzas de colaboración • líneas específicas de intervención • Reuniones periódicas • Asegurar el acceso a los servicios y recursos sanitarios.</li> </ul>
	Colegios Profesionales Asociaciones Profesionales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Colaboración</li> <li>• Participación</li> <li>• Coordinación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alianzas de colaboración</li> <li>• Líneas específicas de intervención y participación</li> <li>• Reuniones periódicas</li> </ul>
	Organizaciones sindicales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Negociación, participación en la definición y mejora de las condiciones laborales de la plantilla.</li> <li>• Cumplimiento normativo y legal.</li> <li>• Transparencia en la gestión</li> <li>• Participación en la definición de la estrategia de la Organización.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cumplimiento normativo y legal.</li> <li>• Potenciar foros de participación.</li> </ul>
6. Proveedores	Proveedor de recursos y servicios	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pedidos continuados, claros y con antelación suficiente al suministro</li> <li>• Pago en plazo</li> <li>• Contrato/convenio de condiciones de compra/ servicio</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestión eficaz de almacenes (periodicidad de revisión de stocks y pedidos...)</li> <li>• Proceso de gestión de pedidos establecido</li> <li>• Proceso de facturación.</li> <li>• Contratación administrativa / Comisión de compras</li> </ul>
7. Entidades de Gestión/ Consultoría	Euskalit	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coordinación y colaboración</li> <li>• Ampliación del despliegue de su modelo de gestión (MGA).</li> <li>• Ampliación de número de personas pertenecientes al Club de evaluadores.</li> <li>• Mantenernos como socios fundadores.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desarrollo y participación en actividades, foros, jornadas, grupos... de la Fundación</li> <li>• Reuniones periódicas</li> <li>• Formación de los profesionales en el Modelo de Gestión Avanzado</li> <li>• Aumento del número de evaluadores.</li> <li>• Implantación y despliegue del MGA.</li> </ul>
	Empresas certificadoras	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ampliación del alcance de los sistemas de gestión.</li> <li>• Cumplir con los requisitos de los sistemas</li> <li>• Compromiso de contrato de periodos al menos de recertificación</li> <li>• Pago de servicios contratados</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implantación y mantenimiento de las diferentes Normas de gestión y certificación.</li> <li>• Contratación administrativa.</li> </ul>

**PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA**



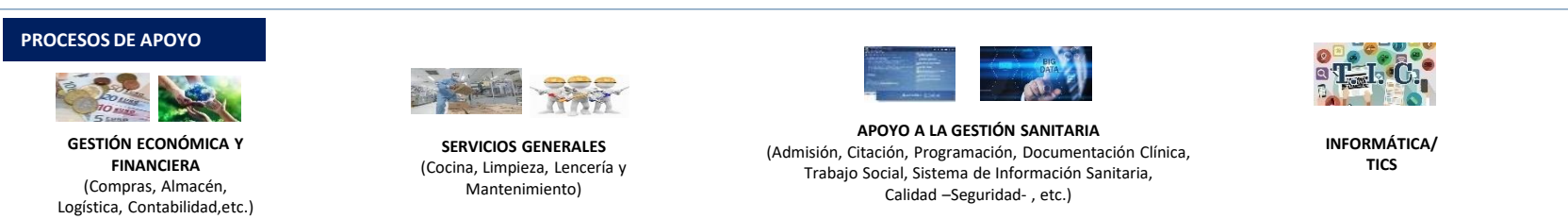
**PROMOCIÓN DE LA SALUD, PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD, Y EDUCACIÓN SANITARIA A LA POBLACIÓN**



**PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA**



**PROMOCIÓN DE LA SALUD, PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD, Y EDUCACIÓN SANITARIA A LA POBLACIÓN**





## Personas que no han hecho nunca ejercicio y se creen incapaces



### EJERCICIO TUTELADO CON MONITORES



En julio de 2010 la entidad Zuzenak dio un paso adelante en la consolidación de sus fines de integración deportiva y social de las personas con discapacidad. Gracias al Departamento de Deportes del Excmo. Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz, nuestra entidad contaba desde este instante con unos nuevos locales de más de 3.500m cuadrados, convirtiéndose este espacio en el centro neurálgico de nuestra actividad físico-deportiva, deportiva y social.

Estas nuevas instalaciones permiten gestionar más eficientemente las diferentes actividades promovidas desde la entidad. El nuevo local permite acoger el programa de las actividades físico-deportivas ofertadas por el Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz, la preparación de los deportistas de las diferentes secciones deportivas de cara a sus competiciones, además de exhibiciones y jornadas de sensibilización escolar, charlas...



Almudena realizando el *Cid Tostado* en el **Campeonato de España en Leganés (2002)**. En este montaje usó «La tietta» de **Joan Manuel Serrat**.

1. Participó en **4 Juegos Olímpicos**
2. Diploma en 2 de ellos
3. Oro en Juegos del Mediterráneo 2005
4. **8 veces campeona de España**
5. Medalla de Oro de la Real Orden del Mérito Deportivo



**FUENTES DE INFORMACIÓN PARA LA POLÍTICA Y ESTRATEGIA**

Tipo de Información		Fuente	Periodicidad del análisis	Responsable	Utilidad	Inclusión en
<b>"Mercado"</b> Usuarios actuales y potenciales		OMS, Asoc. Prof., Bibliografía Científica	Variable	Consejo Técnico / Profesionales	Objetivos estratégicos	Política y Estrategia
		LGS, LAP, LOSE	Variable	Cons. Dirección / UGS	Objetivos estratégicos	Política y Estrategia
		Planes de Salud	8-10 años	Consejo Dirección	Objetivos estratégicos	Política y Estrategia
		Plan Estratégico de Salud Mental de Osakidetza	5 años	Equipo Directivo / Consejo Dirección	Planificación a largo plazo	Política y Estrategia
		Reforma Psiquiátrica	No periódico	Equipo Directivo	Política y Estrategia	Plan Estratégico
		Defensor del Pueblo	3 años	E Direc. / C. Dirección	Objetivos estratégicos	Política y Estrategia
		Incidencia y Prevalencia	Memoria Anual	Dirección Médica	Objetivos anuales	Plan Estratégico
		Datos de actividad	Memoria Anual	Dirección Médica	Objetivos anuales	Plan de Gestión
<b>Satisfacción de usuarios</b>		Encuesta pacientes CSMs	Bienal	C. Dirección/ UGS	Objetivos anuales	Plan de Calidad
		Encuesta pacientes hosp.	Anual	C. Dirección / UGS	Objetivos anuales	Plan de Calidad
		Encuesta a familiares	Bienal	C. Dirección / UGS	Objetivos anuales	Plan de Calidad
		Reuniones AAFF y FT	Cuatrimstral	Director Gerente	Objetivos anuales	Plan Estratégico
		Ind. de rend. interno	Mensual	D. Médica / UGS	Objetivos anuales	P. Gestión y P. Calidad
<b>Otros grupos de interés</b>	Personas	Encuesta	Bienal	Dirección de Personal	Objetivos anuales	Plan de Calidad
		Ind. rendimiento interno	Anual	Dirección Personal	Objetivos anuales	P. Gestión y P. Calidad
	Administración	Contrato – Programa	Anual	Equipo Dirección	Objetivos anuales	Contrato Programa
		Control de Gestión	Cuatrimstral	Equipo Dirección	Objetivos anuales	Plan de Gestión Anual
	Colaboradores	Alianzas y Colaboraciones	Variable	Variable (ver 4a)	Objetivos anuales	Plan de Calidad

Figura 2 a 1

## 2b LA POLÍTICA Y ESTRATEGIA SE BASA EN LA INFORMACIÓN DE LOS INDICADORES DE RENDIMIENTO, LA INVESTIGACIÓN, EL APRENDIZAJE Y LAS ACTIVIDADES EXTERNAS



### PRINCIPALES INDICADORES DE RENDIMIENTO INTERNO RESUMEN DE CUADRO DE MANDO PREVIO A LA IMPLANTACIÓN DEL PLAN DE CALIDAD

Tipo	Denominación	Periodicidad	Definición
Datos asistenciales	Ingresos	Mens/Anual	Número Ingresos
	Altas	Mens/Anual	Número Altas
	Ocupación	Mens/Anual	% Camas Ocupadas
	Reingresos	Mens/Anual	% sobre total ingr.
	Mortalidad	Mens/Anual	% Fallec./Ingresos T
	Fugas	Trimestral	%Fugas/NºPacientes
	Agresiones	Trimestral	%Agresiones/NºPac.
	Primeras Consultas	Mens/Anual	NºPrimeras Ctas.
	Pacientes diferentes	Anual	Nº Pac. diferentes
	Sucesivas/Primeras	Mens/Anual	NºSuces/NºPrimeras
	Datos económicos	Total ingresos	Anual
Ingresos C.P.		Anual	Total
Ingresos Terceros		Mens/Anual	Totales
Total gastos		Mens/Anual	Totales
Gastos total personal		Mens/Anual	Totales
Gastos sustituciones		Mens/Anual	Totales
Gastos SS		Mens/Anual	Totales
Formación		Anual	Total
Material Sanitario		Mens/Anual	Totales
Inversiones		Trim/Anual	Totales
Requisitos de calidad		"Evalúa"	Anual
	Reinicios CSMs	Mens/Anual	% sobre total 1º Cta.
	Reingresos H.	Mens/Anual	% sobre total ingr.
	Respuesta Quejas	Trim/Anual	Demora y Resol.
	Entrega Inform. Alta	Altas	% entrega en mano
	Estancia Media UME	Mens/Anual	Media
	Errores Medicación	Mens/Anual	% sobre adm. medic.

Figura 2 b 1

### CUADRO DE MANDO TRAS LA IMPLANTACIÓN DEL PLAN DE CALIDAD EJEMPLOS DE INDICADORES DE RENDIMIENTO INTERNO

	Objetivo Específico	Indicadores	Objetivo	Resultado
MEJORA DE LA CALIDAD DEL SERVICIO SANITARIO	1.1. Mejora de la Eficiencia y Efectividad de las prestaciones sanitarias	Mejoría tras la consulta	>50%	67,20%
		Reinicios en los CSMs	<35%	32,4%
		Reingresos en la U. Media Estancia	<10%	11,2%
		Estancia Media Acumulada en la UME	<150	97
	1.2. Mejora de la Continuidad en la Atención	Informes de continuidad de cuidados en enfermería	>95%	100%
		Cita Previa de pacientes derivados a CSMs	100%	100%
		Entrega del Informe de Alta en mano	80%	98,7
	1.3. Mejora en el uso de las prestaciones sanitarias	Derivación de Atención Primaria a los CSMs	>70%	72,50%
		Valoraciones de la Comisión de Ingresos UPR	100%	100%
	1.4. Mejora de la seguridad de los pacientes en la intra y extrahospitalaria	Errores de medicación en pacientes ingresados	<0,10%	0,002%
		Úlceras de Decúbito en pacientes ingresados	<0,10%	0,006%
		Accidentes en pacientes ingresados	<0,05%	0,022%
		Valoración trimestral de dependencia de pacientes	100%	100%
	1.5. Mejora de la accesibilidad a las prestaciones sanitarias	Fugas por Unidad y Nivel de vigilancia	0,20%	0,122%
		Demora Media para Primeras Consultas (días)	< 30	19
	1.6. Mejora del trato y condiciones hosteleras	Procedimiento de 2ª opinión en CSMs sobre total	100%	100%
		Valoración positiva del trato dado en CSMs	>90%	94,30%
Confidencialidad en las consultas		>90%	92,20%	
1.7. Mejora de la Información	Valoración positiva de la limpieza de consultas	>90%	93,90%	
	Unidades/CSMs con Guías Informativas de servicios	> 40%	82,35	
	Valoración positiva de la información del terapeuta	>60%	73,5%	
	Puntuación("Evaluea") de los informes de alta en H.	>90 puntos	90,7	
MEJORA DE LA CALIDAD EN LA GESTIÓN	2.1. Liderazgo	Conocimiento de la M. V. y IV	>40%	35%
		Autoevaluación según EFQM	5/estel	5/estel
	2.2. Política y Estrategia	Implantación Sistema de Gestión de la Calidad	2004	Mayo 04
		Valoración de posibilidades de participación de las personas	>30%	75%
	2.3. Personas	Reducción de camas residenciales en Psiquiogeriatría (hasta 2007)	- 40	-13(32,5%)
		Satisfacción con instrucciones para el trabajo	>40%	79,45%
		Valoración positiva igualdad en promoción/desarrollo	>40%	54,81%
		Reconocimiento en la unidad	>40%	69,81%
		Absentismo	< 7%	6%
	2.4. Alianzas y Recursos	Satisfacción General percibida (ME-B+N)	>70%	86,33
		Derivaciones de A. Primaria a S. Mental	>60%	87,50%
		Percepción positiva de la formación impartida	>60%	72,88%
	2.5. Procesos	Sistematización Gestión Medioambiental	2004	Nov.2004
		Participación en equipos de mejora	>60%	67%
		Valoración positiva de la asistencia en CSMs	>80%	83,90%
Valoración positiva de asistencia en las U. Hosp.		>80%	88%	
Demora media respuesta a reclamaciones (días)	<20	11		

Figura 2 b 2

Quizá el mejor **ejemplo de aprendizaje** lo constituye nuestra experiencia en el Modelo de Excelencia, que nos ha servido para adquirir una visión más global en la gestión de nuestra organización. Como consecuencia de ello hemos diseñado los indicadores del Plan de Calidad basados en la información sobre las actividades asistenciales y en la percepción de nuestros clientes, personas y sociedad. Para la aplicación de este plan también fue necesario aprender de la metodología de la planificación estratégica, y de la experiencia extraída de la aplicación de los planes generales (Planes Estratégicos de Osakidetza y de Salud Mental) y de la evolución de nuestros propios indicadores. El empuje a la desinstitucionalización de cada vez más pacientes, el desarrollo y despliegue de los planes estratégicos y el de calidad, el cuadro de mando integral y los factores críticos de éxito son ejemplos de actualización e **implantación de mejoras**.

## 2 d LA POLÍTICA Y ESTRATEGIA SE COMUNICA Y DESPLIEGA MEDIANTE UN ESQUEMA DE PROCESOS CLAVE

En el año 2000 definimos nuestro esquema de procesos clave tras haber clasificado nuestros procesos en tres categorías: Estratégicos, Operativos y de Apoyo. Tras las revisiones efectuadas (evaluación externa, 3ª **autoevaluación**, 2º Plan Estratégico y aprobación del Plan de Calidad y del Manual de Calidad), hemos decidido introducir algunas **modificaciones en el diseño y en la asignación de propietarios de los procesos clave**, debido, entre otras razones, a la necesaria coherencia con nuestro "nuevo" Mapa de Procesos (5 a) y al propio desarrollo de los procesos en nuestra organización. El **esquema actual de nuestros procesos y subprocesos puede verse en la figura 2 d 1**, donde se señalan los considerados como clave y los propietarios de cada uno de ellos.

Para decidir cuáles de nuestros procesos y subprocesos son claves hemos utilizado como criterio atribuir esa cualidad a aquéllos

### ESQUEMA DE PROCESOS CLAVE

PROCESOS	SUBPROCESOS	CLAVE	PROPIETARIO
<b>PLANIFICACIÓN Y GESTIÓN</b>			
Planificación Estratégica y Mejora Continua			Director Gerente
Planificación y Gestión de los RRHH		SI	D. Personal
Planificación Económica y Financiera		SI	D. Económico
Evaluación de la Satisfacción del Cliente Externo		SI	D. Médica
Coordinación Intra e Interinstitucional		SI	D. Gerente
<b>ESPECÍFICOS ASISTENCIALES</b>			
Asistencia en Estructuras Hospitalarias			D. Asistencial
Pacientes con Psicosis Refractarias		SI	Líder Gestor
Pacientes Psiquiátricos Subagudos		SI	J. Sección
Rehabilitación de pacientes con trastornos de larga evolución		SI	Líder Gestor
Pacientes Psico geriátricos		SI	Líder Gestor
Asistencia en Estructuras Extrahospitalarias			D. Asistencial
Paciente Toxicómano ambulatorio		SI	Responsable
Paciente Alcohólico ambulatorio		SI	Responsable
Paciente Ludópata ambulatorio		SI	Responsable
Paciente psiquiátrico Infantojuvenil ambulatorio		SI	Responsable
Rehabilitación Comunitaria		SI	Responsable
<b>APOYO</b>			
Gestión Farmacoterapéutica (técnico)			Responsable
Gestión Administrativa de Ingresos y Derivaciones (técnico)			Responsable
Servicios Generales			D. Económico
Gestión Económico-Financiera			D. Económico
Gestión Administrativa de Personal			D. Personal
Sistemas de Información			Responsables

Figura 2 d 1





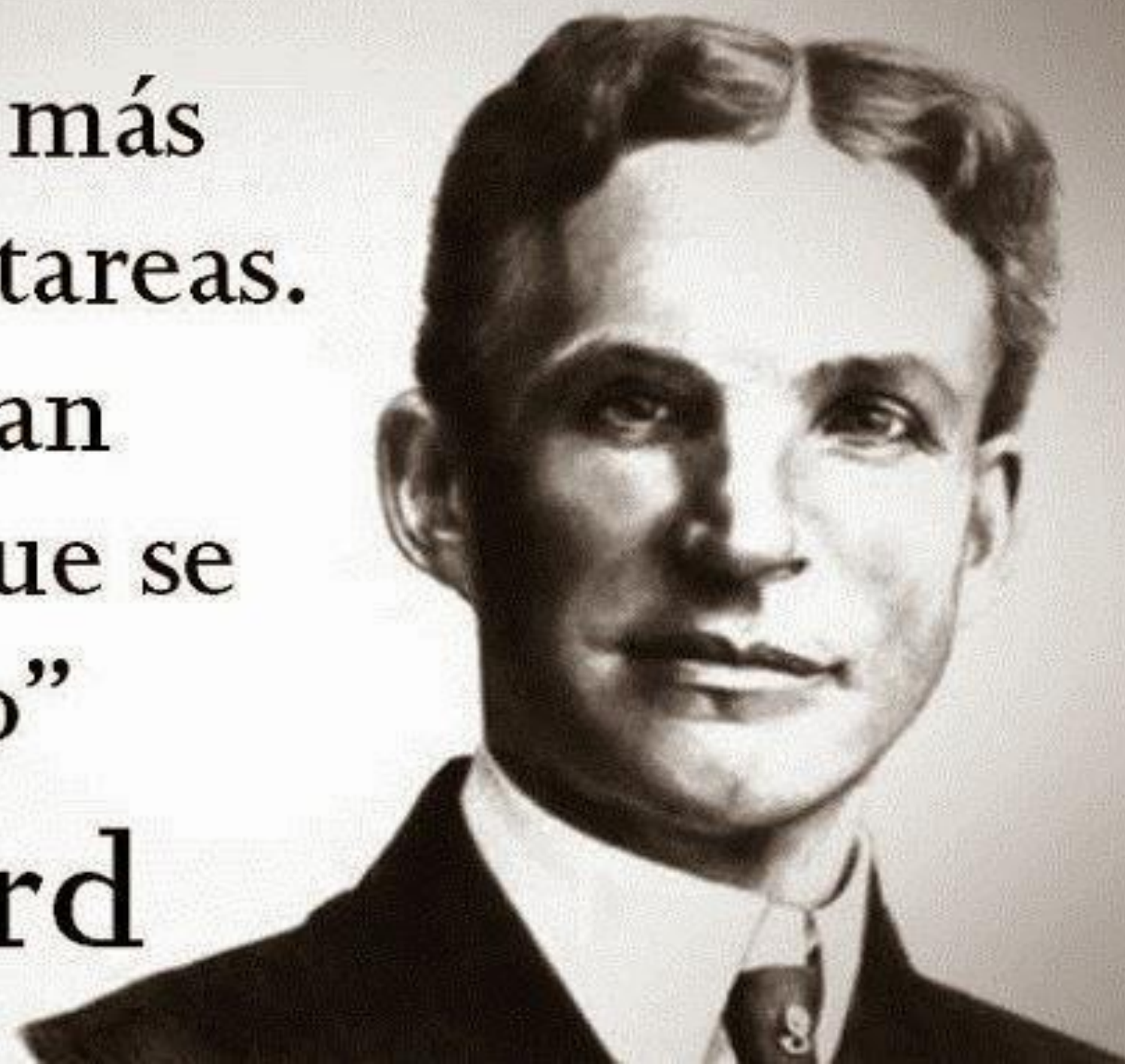
***NINGUN VIENTO ES FAVORABLE PARA QUIEN NO SABE DONDE VA***

Una meta sin  
un plan, es  
simplemente  
un deseo.

-Antoine de Saint Exupery

“Pensar es la más  
difícil de las tareas.  
Por eso hay tan  
poca gente que se  
ocupa de ello”

Henry Ford



# PLAN DE HUMANIZACIÓN 2022-2026







**358**  
Acciones/  
Líneas de  
Trabajo

## 22. Poner en marcha acciones para las personas sordas como para las que detallamos a continuación:

En la comunicación evitar llamarlas sordomudas o discapacitadas, hablarles despacio, mirándoles a la cara, dirigirnos a ellas y no a quienes les acompañan y realizan la tarea de intérpretes. Hay que facilitar que las personas que hacen de intérpretes se ubiquen junto a la persona que les atiende, en lugar de hacerlo junto a la persona sorda.

Con el fin de establecer una adecuada comunicación, implantar un símbolo en la Historia Clínica Osabide Global que nos indique que la persona es sorda.

Reservar más tiempo de consulta para las personas sordas.

Elaborar, para facilitar la comunicación en situaciones de emergencia, hojas con imágenes.

Adaptar y/o utilizar los recursos audiovisuales en las diferentes campañas de prevención (gripe, prevención de Ca. Mama, Colon, etc.).

Utilizar canales de comunicación adecuados (SMS, WhatsApp, e-mail para comunicarnos con esas personas y no informar por teléfono a sus familiares de sus problemas de salud, puesto que dicha acción supone vulnerar su confidencialidad, así como la pérdida de autonomía.

Tener en cuenta en los casos en los que exista sospecha, que la persona que maltrata puede coincidir con la persona que hace de intérprete.

No resumirles la información y evitar inequidades, ya que tienen peores resultados en salud que la población general.

Es imprescindible realizar cursos y/o charlas de sensibilización, e incluir, por ejemplo, videos simples con mensajes en lengua de signos protagonizados por personas menores hablantes, ya que las actividades protagonizadas por estas personas menores gozan de gran impacto.

Comprar la aplicación SVIsual para el acceso de las personas sordas a los servicios telefónicos, garantizando la igualdad de oportunidades y la autonomía personal en las comunicaciones telefónicas.



# PERSONAS

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

### 3 a PLANIFICACIÓN, GESTIÓN Y MEJORA DE LOS RECURSOS HUMANOS

La plantilla estructural de la red sanitaria pública está regulada por diversas leyes de ámbito autonómico y estatal, por lo que la gestión de los RRHH en nuestro centro está, como en otros, constricta a operar dentro de unos márgenes predefinidos. Sin embargo, esta regulación no es obstáculo para intentar, aprovechando el escaso margen de maniobra disponible, **desarrollar políticas, estrategias y planes de gestión de los recursos humanos**. La figura 3 a 1 puede dar una idea del marco normativo de la gestión en esta área.

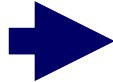
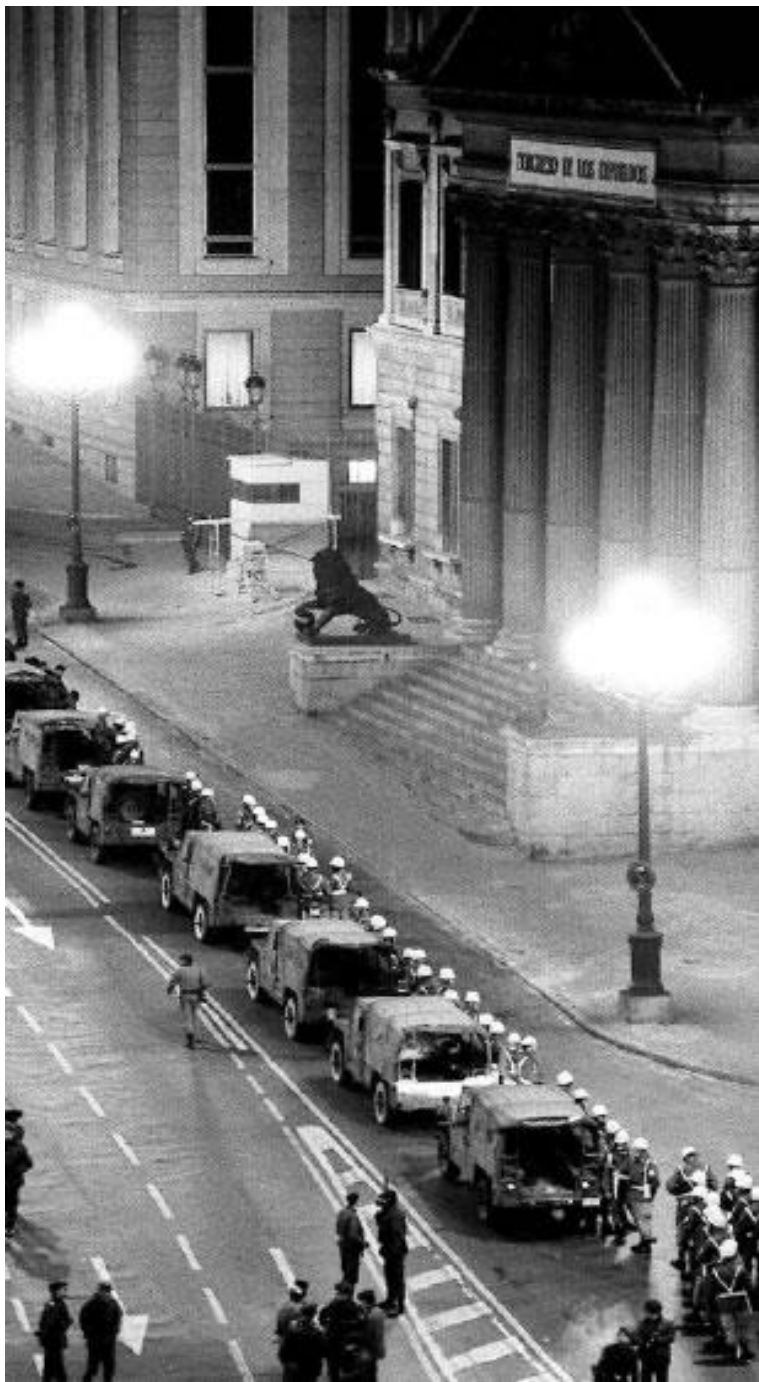
### 3 b IDENTIFICACIÓN, DESARROLLO Y MANTENIMIENTO DEL CONOCIMIENTO Y LA CAPACIDAD DE LAS PERSONAS DE LA ORGANIZACIÓN

GRUPOS O COMISIONES DE PARTICIPACIÓN		Función principal	Personas	Directivos	Frec. Reunión	Conv.	Acta
Gestión	Consejo de Dirección	Planificación y Gestión	12	2	Mensual	Si	Si
	Consejo Técnico	Mejora y Planificación Asistencial	3	5	Mensual	Si	Si
	Coordinación de Área	Coordinación Gestión Asistencial	17	2	Mensual	Si	Si
Comisiones Clínicas	Historias Clínicas	Información y Gestión Asistencial	5	1	Trimestral	No	Si
	Calidad	Mejoras de Calidad	13	5	Bimensual	Si	Si
	Ética Asistencial	Asesoría y formación	23	0	Mensual	Si	Si
	Farmacia	Gestión Medicamentos	7	1	Trimestral	Si	Si
	Docencia y Formación Continuada	Formación Continuada	9	2	Mensual	Si	Si
Comisiones no Clínicas	Difusión de Publicaciones	Conocimientos Profesionales	5	1	Bimensual	No	Si
	Seguridad y Salud	Gestión de Riesgos Laborales	6	0	Trimestral	Si	Si
	Mesas de Contratación	Aprovisionamiento y suministros	2	1	Si/ Concursos	No	Si
	Comisiones Paritarias	Promoción, Movilidad, Convenio	X 3	3-5	Si/ Procedim.	Si	Si
	C. Gestión Medioambiental	Gestión Medioambiental	7	0	Trimestral	Si	Si
Grupos de Trabajo o Mejora	Reuniones Facultativos Hospital	Evaluación de objetivos y planes	11	1	Mensual	No	No
	Reuniones Supervisoras	Evaluación de objetivos y planes	5	1	Trisemanal	Si	No
	Enfermería Extrahospitalaria	Diagnósticos de Enfermería	15	1	Mensual	Si	Si
	Grupo Trabajadores Sociales	Objetivos de trabajo social	10	0	Quincenal	No	No
	Comisión Ropa	Uniformes, plana y de pacientes	8	1	Trimestral	Si	Si
	Taquillas	Gestión vestuarios	4	0	Ad hoc	No	No
	Cafetería	Cuidados pacientes	4	2	Ad hoc	No	No
	Informática	Zainari y página web	8	2	Mensual	Si	Si
	Protocolos clínicos (subcriterio 5e)	Tratamiento y derivación pacientes	x 3	2	Ad hoc	Si	Si
	Página web	Diseño información	6	2	Trimestral	Si	No
	Consejo de Redacción	Revista Psikikeriak	7	2	Trimestral	Si	No
	Visitas Guiadas	Programa Puertas Abiertas	6	1	Ad hoc	Si	Si
	Subproceso Gest. Admva. Pers.	Mejora continua	5	1	Mensual	Si	Si
	Subproceso Gest. Farm. Terap. F	Mejora continua	4	0	Mensual	Si	Si
	Subproceso Hospitaliz. Psic. Refr.	Mejora continua	5	0	Quincenal	Si	Si
	Subproceso Rehabilit. Hospitalaria	Mejora continua	4	0	Quincenal	Si	Si
	Subproceso asist. extrahospitalaria a las toxicomanías no alcohólicas	Mejora continua	4	0	Quincenal	Si	Si
	Actividad asistencial de Etxebide	Mejora continua	5	0	Semestral	No	No
	Gestión Medioambiental	Sistematizar gest. medioamb.	7	0	Trimestral	Si	Si
	Reuniones con las Asociaciones de Familiares y F. Tutelar	Conocimiento de las necesidades y expectativas de los pacientes	4-8	1	Trimestral	Si	No

Figura 3 c 1

### 3 d EXISTENCIA DE UN DIÁLOGO ENTRE LAS PERSONAS Y LA ORGANIZACIÓN

### 3 e RECOMPENSA, RECONOCIMIENTO Y ATENCIÓN A LAS PERSONAS DE LA ORGANIZACIÓN



# LISTOS Y TRABAJADORES



**Julio César**



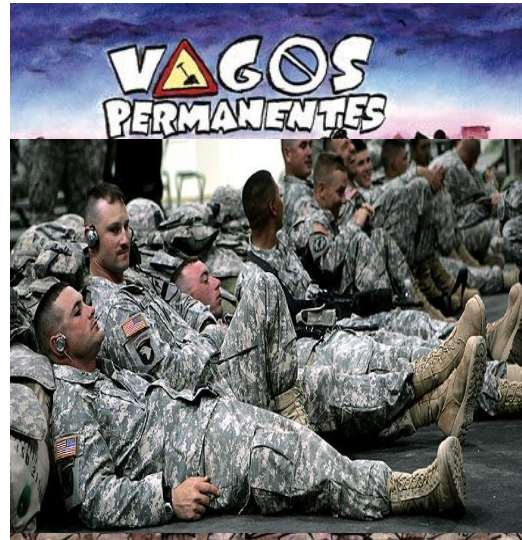
**Alejandro Magno**



**Lawrence de Arabia**

**APOYARSE EN ELLOS,  
DANDOLES AUTONOMÍA E INICIATIVA**

# LISTOS Y VAGOS



**CONTAR CON ELLOS, SON ÚTILES,  
DAN ORDENES LÓGICAS**

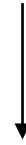


# TONTOS Y VAGOS



**MANTENER A RAYA, QUE OBEDEZCAN,  
PERO NO SON PELIGROSOS**

# TONTOS Y SE CREEN LISTOS



# TONTOS Y SE CREEN LISTOS



**SON TONTOS ACTIVOS,**

# TONTOS Y SE CREEN LISTOS



**SON TONTOS ACTIVOS,  
Y LOS TONTOS NUNCA DESCANSAN,**

# TONTOS Y SE CREEN LISTOS

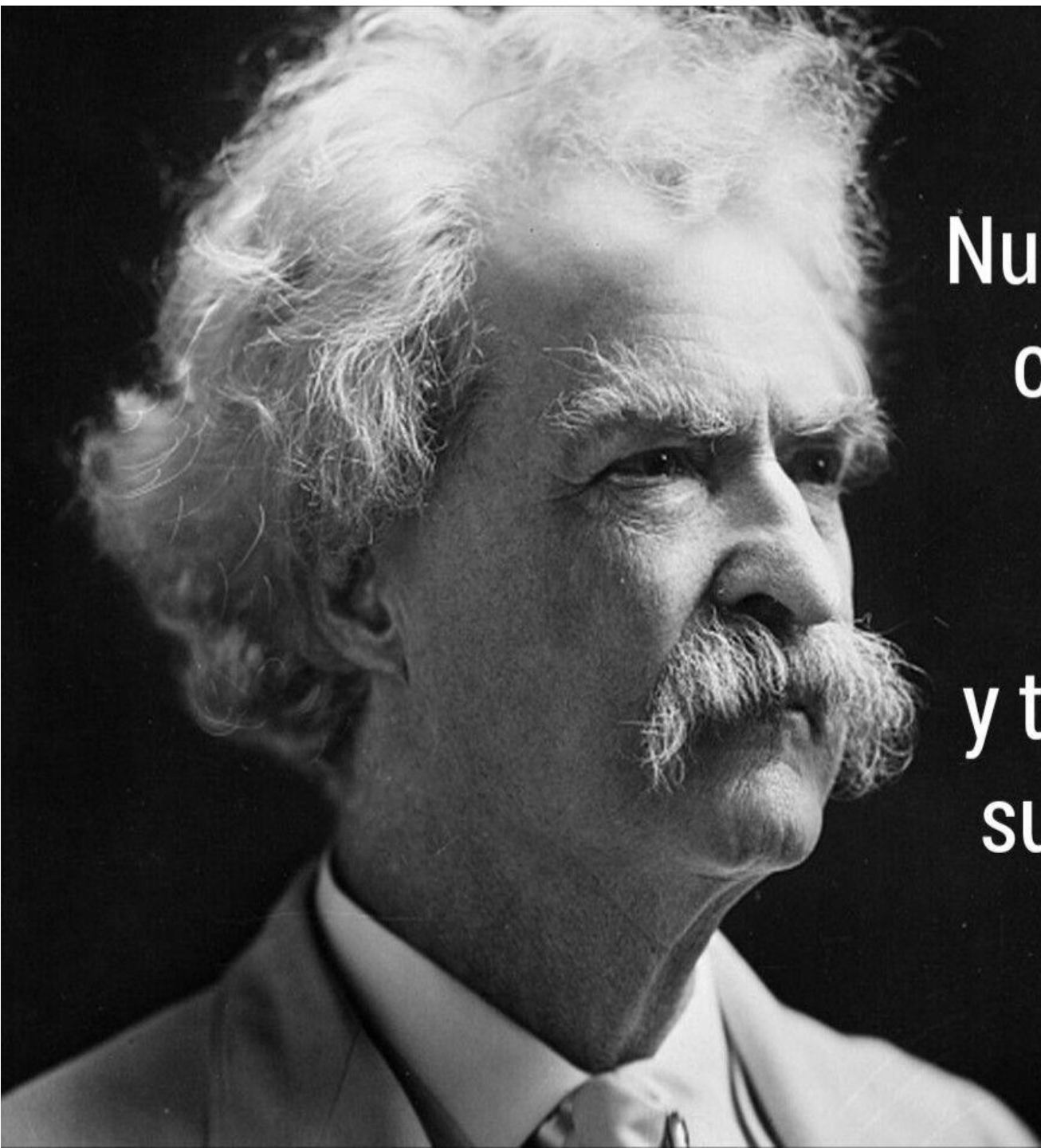


**SON TONTOS ACTIVOS,  
Y LOS TONTOS NUNCA DESCANSAN,  
SON PELIGROSOS Y TÓXICOS,**

# TONTOS Y SE CREEN LISTOS



**SON TONTOS ACTIVOS,  
Y LOS TONTOS NUNCA DESCANSAN,  
SON PELIGROSOS Y TÓXICOS,  
Y POR LO TANTO,  
ARRESTAN, DEGRADAN  
Y APARTAN**



Nunca discutas  
con un idiota,  
te rebajará  
a su nivel  
y te ganará por  
su experiencia

Mark Twain

## ¿QUÉ HACER?

**Sabe y quiere.** Capaz y con voluntad. Dejarle actuar

**Sabe pero no quiere.** Capaz y sin voluntad. Hay que intentar hacerles participar porque saben

**No sabe pero quiere.** Incapaz y con voluntad. Hay que formarle

**No sabe ni quiere.** Incapaz y sin voluntad. No hay que contar en ellos



# QUÉ ESPERA UN COLABORADOR DE SU JEFE, Y UN JEFE DE SUS COLABORADORES

# QUÉ ESPERA UN COLABORADOR DE SU JEFE



1. Que escuche y cuente con sus ideas y opiniones
2. Que sea coherente y consecuente
3. Que sea claro en la comunicación de decisiones y tareas
4. Que reconozca lo que hago bien y corrija lo que se haga mal
5. Que se pueda desarrollar su carrera profesional
6. Que apoye y ayude para hacer bien el trabajo
7. Que diga claramente lo que se espera de él
8. Que sea justo y equitativo
9. Que sea ejemplo de lo que predica
10. Que tenga un trato personal respetuoso
11. Que se interese por su trabajo

# QUÉ ESPERA UN JEFE DE SU COLABORADOR



1. Que cumplan los compromisos
2. Que trabajen en equipo
3. Que sean honestos y colaboradores
4. Que pregunten sin temor
  
5. Que discrepen y den alternativas
6. Que pongan interés
7. Que apoyen las decisiones
8. Que tengan iniciativa y autonomía
9. Que sepan escuchar y atender
10. Que empleen bien su tiempo
11. Que pidan ayuda si lo necesitan
12. Que sean eficaces
13. Que pidan formación
14. Que cumplan las normas básicas
15. Que respeten los canales

## Los malos jefes

1. Que no reivindiquen
2. Que comprendan su sueldo y
3. Que trabajen más horas.

Jefe  
Servicio /  
Sección

Referente de **Seguridad Clínica**

Referente de Medicina Basada en la Evidencia, Protocolos y Guías Clínicas

Referente de Docencia y Formación Continuada (MIR, Sesiones clínicas, etc.)

Referente de Investigación, Publicaciones y Comunicaciones

Referente de Historia Clínica Electrónica

Referente de Otros Temas:

. Programación Quirúrgica, Comisión de Tumores, Mortalidad, **Infecciones, Compras, Innovación.**

**No Presenciales**

Consultas de Alta Resolución,  
Extracción de Órganos, Contenidos de la Página Web:  
Intranet y Extranet, Encuestas de Satisfacción, Gestión de Procesos, Etc.

Referente para gestiones con la Dirección de Personal (Contratación, Absentismo, Acogida, etc.)

Referente para gestiones con la Dirección Económica – Financiera (Contratación Administrativa, Pliegos Técnicos, etc.)



grijalbo  
dargaud

# ALIANZAS Y RECURSOS

## 4 a GESTIÓN DE LAS ALIANZAS EXTERNAS

La planificación estratégica realizada hasta ahora, concretada en nuestros dos Planes Estratégicos (1998-2003 y 2004-2007), nos ha ayudado a identificar las oportunidades de establecer alianzas clave de diverso grado de relevancia y de características variables, según la importancia y el objeto de la colaboración a establecer. Por otra parte, las áreas de mejora de las autoevaluaciones realizadas (periodicidad bienal) y la adopción del sistema de gestión de procesos han constituido también un buen método para identificar oportunidades de establecer alianzas y de revisión de las existentes. Así, por ejemplo, vamos a mejorar presentación y variedad de los menús interviniendo en parte del proceso de Alimentación del Hospital Txagorritxu que es nuestro suministrador. Otras oportunidades de establecer alianzas se materializan mediante nuestra aportación de recursos (organizativos, estructurales y docentes) en actividades para la formación y acreditación docente en Psicología de la Unidad de Psiquiatría del Hospital Santiago Apóstol. Ello ha promovido solicitar nuestra propia acreditación

Inicio	Entidad / Acuerdo	Revisión periódica
<b>Instituto Foral de Bienestar Social</b>		
1998	Uso compartido de camas	Si
2004	Derivación centros residenciales	Si
<b>Organizaciones de S. Mental de la CAPV</b>		
1986	Ingresos C.T.M.E.	No
2000	Criterios de ingreso en la UPR	Si
2004	Proyecto Gestión Procesos Asistenciales	Si
<b>Serv. Penitenciarios (Narcóticos de Oca)</b>		
1995	Asistencia toxicomanías	No
<b>Servicios Judiciales</b>		
1990	Cumplimiento sustitutorio de condenas	No
1998	Protocolo de internamientos involuntarios	No
2000	Médicos Forenses en Ingresos UPR	No
2003	Tratamiento involuntario ambulatorio	Si
<b>U. Psiquiatría Agudos H. Santiago</b>		
2000	Derivación a Unidades de Media Estancia	Si
<b>Hospital General Santiago Apóstol</b>		
1996	Pruebas Complementarias (análisis y RX)	No
1996	Patología somática pacientes psiquiátricos	No
1999	Derivación para Terapia Electroconvulsiva	Si
<b>Atención Primaria</b>		
1996	Manejo del paciente toxicomano	Si
1996	Manejo del paciente ansioso	Si
1996	Manejo de la Depresión	Si
1996	Manejo del paciente Alcohólico	Si
1999	Derivación a consultas psiquiátricas	Si
2000	Procedimiento Desintoxicación Alcohólica	Si
<b>Hospital Txagorritxu</b>		
1996	Consulta de Alcohólicos en el S. Digestivo	Si
1996	Profilaxis tuberculostática en toxicómanos	Si
1996	Atención a Psiquiatría Infantil en Pediatría	Si
1996	Realización de Autopsias en demencias	Si
2000	Suplencias del Psiquiatra de Txagorritxu	Si
<b>Fundación Tutelar</b>		
2001	Tutelas y curatelas de pacientes	Si
<b>Ayuntamiento</b>		
2004	Rehabilitación de pacientes con mascotas	No
2004	Rehabilitación de pacientes con el Artium	No

Figura 4 a 1

**4 b GESTIÓN DE LOS RECURSOS  
ECONÓMICOS Y FINANCIEROS**
**4 c GESTIÓN DE LOS EDIFICIOS, EQUIPOS Y  
MATERIALES**
**4 d GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA**
**4 e GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN Y EL  
CONOCIMIENTO**
**PROTECCIÓN Y DIFUSIÓN DE LA ACTIVIDAD INTELECTUAL**

DOCUMENTO	TEMA	DIFUSIÓN
Libro sobre Estandarización de Cuidados	Cuidados de Enfermería Psiquiátrica	Centros Psiquiátricos de la CAPV y otras comunidades
Adaptación Programa Zaineti	Cuidados informatizados de enfermería	Hospitales Psiquiátricos
Guía para el manejo del Programa Zaineti	Instrucciones para el uso del Programa	Hospitales Psiquiátricos
Cartera de Servicios de Enfermería	Descripción de la oferta de trabajo de enfermería	Hospitales Psiquiátricos y CSIMs
Procedimientos de Sujeción y Contención Mecánicas	Indicaciones clínicas y normas para la inmovilización de pacientes	Hospitales Psiquiátricos y Generales (incluso fuera de la CAPV)
Encuesta de satisfacción de personas	Cuestionario de elaboración propia	Salud Mental Extrahospitalaria de Vizcaya y Guipúzcoa y Organización Central
Encuesta de satisfacción de pacientes de los CSIMs	Cuestionario de elaboración propia	Salud Mental Extrahospitalaria de Vizcaya y Guipúzcoa y Hospital S. Juan de Dios (Barr.)
Libro Anual Actualización en Psiquiatría	Resumen de las ponencias del Curso Anual	Psiquiatras y Psicólogos de todo el Estado
Libro sobre Ética y Psiquiatría	Actualización sobre la ética de las actividades terapéuticas	Psiquiatras y Psicólogos
Proceso de Atención de Enfermería	Secuencia de cuidados enfermeros	Otros centros
Hoja de continuidad de cuidados de enfermería	Informe de enfermería al alta	Otros centros
Agenda de trabajo informatizada de Auxiliares de enfermería	Cartelera de trabajo	Unidades del Hospital
Contratos de Gestión Clínica	Pacto de objetivos e incentivos	Unidades del Hospital
Proyecto de evaluación y estudio de la satisfacción usuario drogodependientes	Metodología de estudio del grado de satisfacción	Comunidades terapéuticas y centros similares
Libro/Informe sobre Evolución durante 10 años de los pacientes atendidos en CTF	Estudio Evolutivo	Comunidades Terapéuticas y Centros de Tratamiento de Drogodependencias
Libro sobre la Historia de los 25 años del CTT (en elaboración)	Memoria histórica sobre el Centro de Toxicomanías	Profesionales, Centros y público.
Libro de la Historia del Hospital (Centésimo aniversario en 2007 (en elaboración)	Memoria histórica del Hospital	Profesionales, Instituciones y público
Memoria para Evaluación Externa 2001 y 2004	Memorias de Gestión según el Modelo de Excelencia	Otras organizaciones sanitarias y no sanitarias
Guía para la Autoevaluación Informatizada de Unidades	Test informatizado (Excel) "Evalexpress" (9 criterios)	Unidades del centro y de otros centros
Herramienta para Autoevaluación Rápida de Organizaciones Sanitarias	Test informatizado (Excel) "Evalexpress" (32 subcriterios)	Nuestra organización y otras organizaciones sanitarias (Osakidetza, otras CCAA)

Figura 4 e 2



# PROCESOS

### Algunos Pioneros

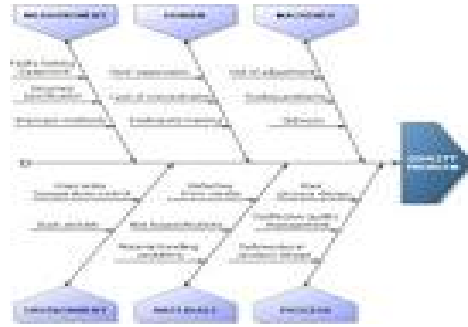


Avedis Donabedian



Calidad

Estructura  
Procesos  
Resultados



### LOS DIEZ PASOS DE JURAN

1. Crear conciencia de las oportunidades de mejora.
2. Fijar objetivos de mejora.
3. Organizar para el logro de objetivos: establecer consejo de calidad, identificar los problemas, seleccionar proyectos, designar equipos y asignar facilitadores.
4. Propiciar autoevaluación.
5. Llevar a cabo proyectos para resolver problemas.
6. Reporte de avances.
7. Dar reconocimiento.
8. Comunicar resultados.
9. Aprender de éxitos y fracasos.
10. Lograr apropiación organizacional a través de los equipos de mejora.



Juran's 30 Sigma Improvement Methodology



Logos de CALS TOTAL Tecnología Industrial y NORMAS ISO. Se muestran los logos de las normas ISO 9001, 14001, 26001 y 27001.

### Metodología IDEF

Los métodos IDEF (ICAM - Integrated Computer Aided Manufacturing - Definition) nacieron en los años setenta como resultado de investigaciones de las Fuerzas Aéreas estadounidenses para mejorar la productividad.

1

**AGILE:**

Desarrollo de Software a través de equipos interdisciplinarios autogestionados

2

**BALANCE SCORECARD:**

Ayuda a la compañía a expresar los objetivos e iniciativas necesarias para cumplir con la estrategia

3

**BPMN:**

Permite el modelado de procesos en un formato de flujo de trabajo

12

**LEAN SIX-SIGMA:**

Busca mejorar la calidad de los resultados de un proceso y eliminar las causas de los defectos (errores), y la variabilidad

13

**PEOPLE CMM:**

Permite atraer, desarrollar, organizar, motivar y retener al personal que permitirá crear productos y proveer servicios

4

**CMMI:**

Sirve para implementación de prácticas para mejorar los procesos:  
DEV / ACQ / SVC

11

**ITIL:**

Procedimientos para ayudar a las organizaciones a lograr calidad y eficiencia

5

**COBIT:**

Ofrece indicadores, procesos y mejores prácticas para ayudarles a maximizar beneficios de las tecnologías de información

10

**ISO 9000:**

Normas de calidad y gestión que se componen de estándares y guías, relacionados con métodos de auditoría

14

**PMBok:**

Guía estándar en la gestión de Procesos, con las prácticas aceptadas por la gestión de procesos

6

**COSMIC:**

Desarrollado por el WG 12 de ISO, se basa en los principios de la Ingeniería y la experiencia de los participantes

9

**IDEAL:**

Administra programas de mejora y establece las bases para la mejora de la estrategia a largo plazo

8

**GQM:**

Utiliza indicadores para mejorar Procesos a 3 niveles:  
CONCEPTUAL  
OPERATIVO  
CUANTITATIVO

7

**eSMC-SP:**

Evalúa la capacidad de los proveedores de servicios, y ofrece un estándar que los diferencia de los competidores



15

**RUMMLER Y BRACH:**

Para la identificación de asuntos críticos en la Gestión por procesos

16

**VIALOG:**

Amenazas y oportunidades, barreras y facilitadores para mejorar la Gestión de Procesos

17

**GALLOWEY DIANE:**

Ofrece esquemas de rutas alternativas en la gestión de procesos

26

Etc.:

25

Etc.:

24

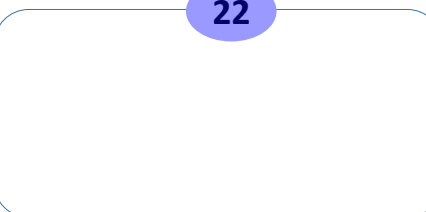
Etc.:

23

Etc.:



22



18

**PDCA:**  
Planificar  
Hacer  
Comprobar  
Ajustar

19

**ABM:**  
Activity Based Management,  
Estudia si el proceso puede ser hecho en otra localización, a menor coste o con mayor valor añadido

20

**ABQ:**  
Es la calidad basada en la Gestión de Actividades, para optimizar cada una de las actividades que componen el Proceso

21

**ABC:**  
Activity Based Casting  
Sirve de apoyo a la evaluación económica, basada en 2 dimensiones: Proceso y Coste



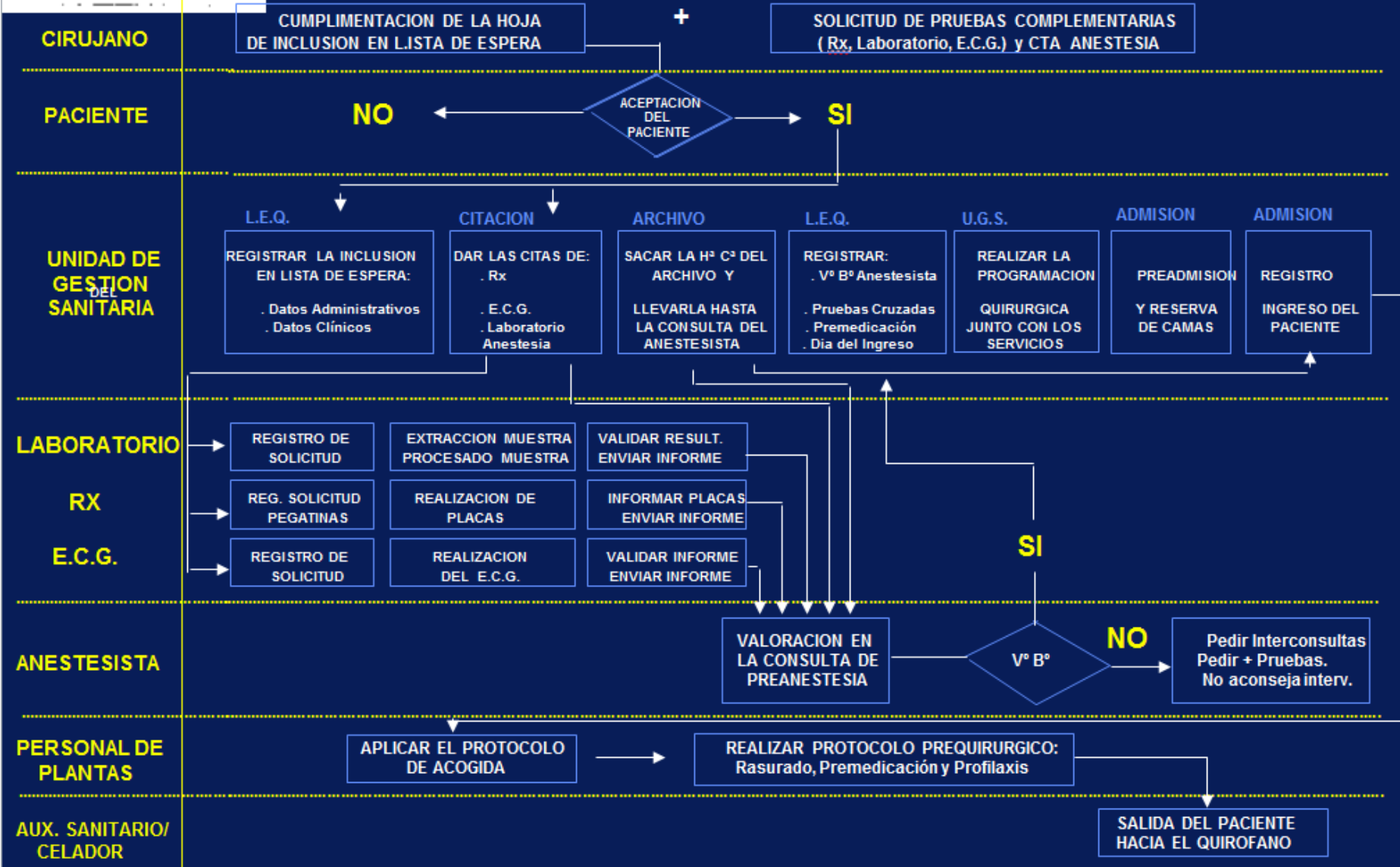
**REINGENIERIA O  
REDISEÑO DE  
PROCESOS**

**Lenguaje IDEF  
usado por la US Air  
Force**





# FLUJOGRAMA DEL CIRCUITO PREOPERATORIO





# ESTUDIO PREOPERATORIO REDISEÑADO

Historia Clínica del Paciente  
Práctica Clínica Médica  
Protocolos Médicos

**VISITA AL ESPECIALISTA**

Prescripción Quirúrgica

RESERVA DE CITAS

Solicitud de Citas

Práctica Clínica Médica  
Organización del Hospital

Hª Clínica del Paciente  
Práctica Clínica Médica  
Organización del Hospital

Lista de Espera Actualizada (Provisional)

Impresos para el Especialista Quirúrgico

PRUEBAS DE LABORATORIO

Resultados de Laboratorio

PRUEBAS DE RADIOLOGÍA

Resultados de Rx

E.C.G.

Resultados de ECG

**VISITA AL ANESTESISTA**

UGS:  
-Gestión LEQ.  
-Recepción Ingresos

OTROS:  
-Notificación Médicos  
-Plantas Hospitalización.  
-Quirofanos  
-Cocina (Diets)

Unidad de Gestión Sanitaria:  
Citación de Consultas

DUE/AE/TEL/TER  
DC-I: Rx, ECG,  
Personal de apoyo

Hª Clínica del Paciente  
PC  
Personal de apoyo

# Preoperatorio

## 2.4.1. - Radiografía de tórax

### A) Pacientes asintomáticos

Tabla 3: Recomendaciones sobre indicación prequirúrgica de Rx de tórax en asintomáticos

SBU 89	- Inmigrantes de países en vías de desarrollo sin Rx tórax en los 12 meses anteriores.
ANDEM 92	- Inmigrantes de países en vías de desarrollo sin Rx tórax los 12 meses anteriores.
OSTEBA 94	- Mayores de 60 años - Obesos con IMC mayor de 30 - Fumadores de más de 20 cig./día
GR 97	- Inmigrantes de países en vías de desarrollo sin Rx tórax en los 12 meses anteriores. - Fumadores larga duración.
NCCHTA 97	- No está indicado

## 2.4.2. - Electrocardiograma:

### A) Pacientes asintomáticos:

Tabla 5: Recomendaciones sobre indicación de ECG en pacientes asintomáticos

SBU 89	- Hombres mayores de 50 - 60 años - Mujeres mayores de 60 - 70 años
ANDEM 92	- Hombres mayores de 40 - 45 años - Mujeres mayores de 55 años
OSTEBA 94	- Hombres y mujeres mayores de 60 años - Pacientes mayores de 40 años si no tienen un ECG previo
GR 97	- Hombres y mujeres mayores de 60 años
NCCHTA 97	- No está indicado

## 2.4.3. - Hemograma:

### A) Pacientes asintomáticos:

Tabla 7: Recomendaciones sobre indicación prequirúrgica de hemograma asintomáticos

SBU 89	- En caso de que se prevea la necesidad de transfundir.
ANDEM 92	- Cirugía menor: No realizar de rutina excepto en el caso de pacientes menores de un año, ancianos, embarazadas e inmigrantes de países en vías de desarrollo. - Cirugía potencialmente hemorrágica.
OSTEBA 94	- No se indica de forma rutinaria excepto en recién nacidos, mayores de 60 años y mujeres en edad fértil. - Cirugía potencialmente hemorrágica (más de 500 cc.)
GR 97	- No indicada de rutina excepto en menores de un año y pacientes de origen no caucásicos. - Cirugía en la que se prevé necesidad de transfundir.
NCCHTA 97	- No está indicado.

## 2.4.5. - Otras pruebas analíticas:

### A) Pacientes asintomáticos

#### • Bioquímica sanguínea.

Tabla 10: Recomendaciones sobre indicación de pruebas bioquímicas sanguíneas en asintomáticos

SBU 89	- No está indicado
ANDEM 92	- El coste efectividad de esta exploración aumenta con la edad aunque no está claro el límite a partir del cual debe realizarse. El ionograma no está indicado ya que aunque exista hipotensión no aumentan las complicaciones anestésicas.
OSTEBA 94	- BUN o creatinina y glucemia en mayores de 40 años
GR 97	- Creatinina en mayores de 60 años
NCCHTA 97	- No está indicado

## 4.4. Hemostasia:

### A) Pacientes asintomáticos:

Tabla 9: Recomendaciones sobre indicación prequirúrgica de pruebas de valoración de hemostasia en asintomáticos

SBU 89	- No recomendado
ANDEM 92	- Si la anamnesis sugiere riesgo de hemorragia - Si no es posible realizar esta anamnesis (menores de un año o pacientes no interrogables) - Terapéuticas especiales
OSTEBA 94	- Si la anamnesis sugiere problemas de coagulación - Hemostasia quirúrgica difícil - Bebedor de más de 500 cc. de vino o equivalente
GR 97	- Si la anamnesis sugiere alteración hemorrágica
NCCHTA 97	- Si la anamnesis sugiere trastornos de hemostasia

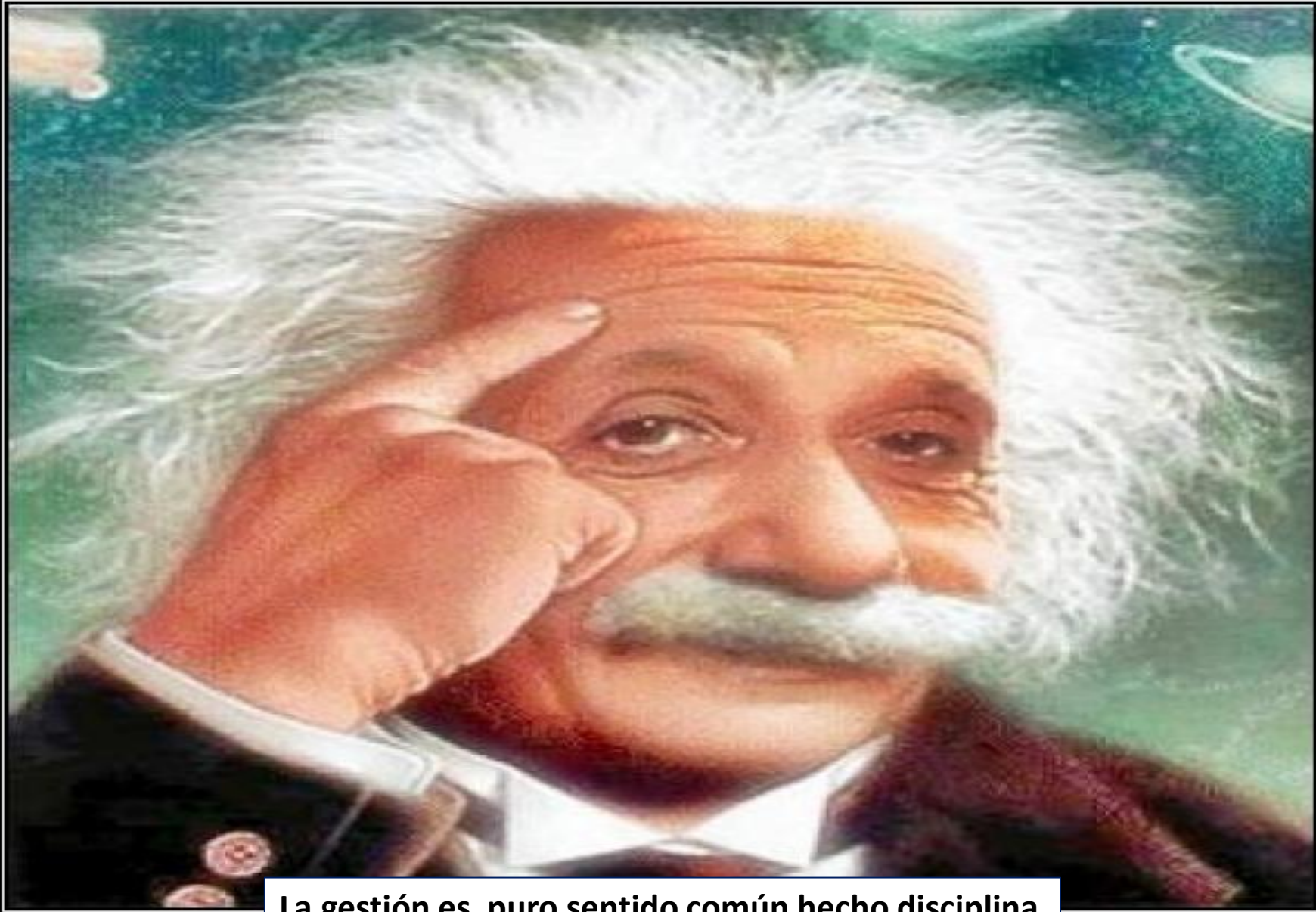
- ◆ En el País Vasco, se realizó una estimación de la reducción de los costes anuales según diferentes hipótesis de aplicación del protocolo recomendado. Se determinó que el 29,25% de los pacientes a los que se les iba a practicar un procedimiento quirúrgico programado en el País Vasco eran asintomáticos o se clasificaban como ASA I. En el caso que se aplicase el protocolo recomendado en la totalidad de estos pacientes, la repercusión económica podría ser considerable, ya que supondría la liberación estimada de 275 millones de pesetas en 1992 (coste equivalente: 2,86 millones de dólares USA en 1998).



× **3,52** con inflación en 17 años

10,06 millones de \$ = 8,90 millones de €





La gestión es puro sentido común hecho disciplina

**el sentido común,**

no es tan común

# RESULTADOS

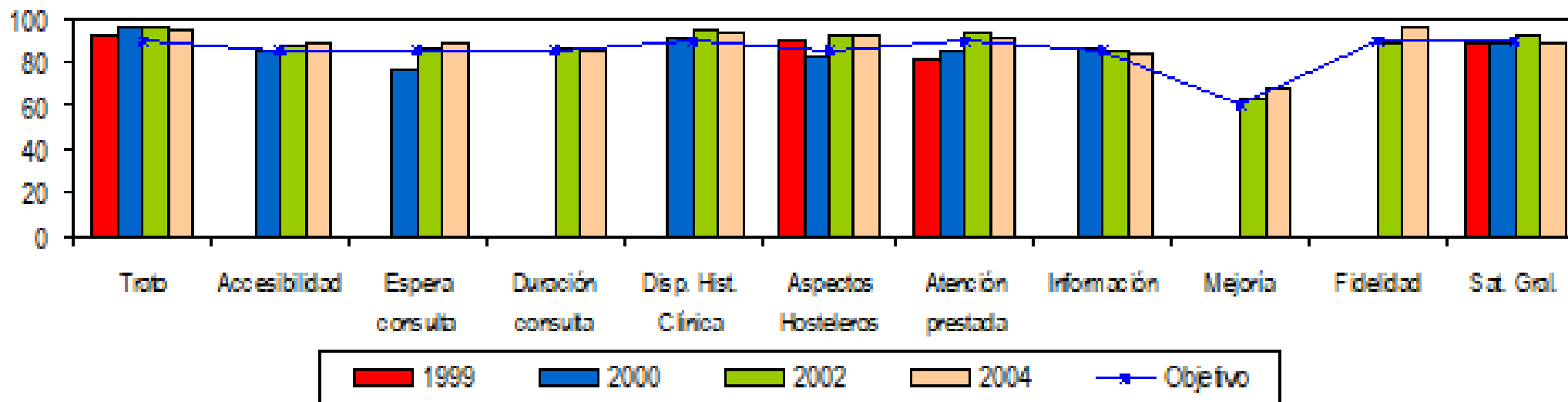
**RESULTADOS EN LOS CLIENTES**

**6 a** MEDIDAS DE PERCEPCIÓN

Como se ha medido en los capítulos anteriores

**6 b** INDICADORES DE RENDIMIENTO

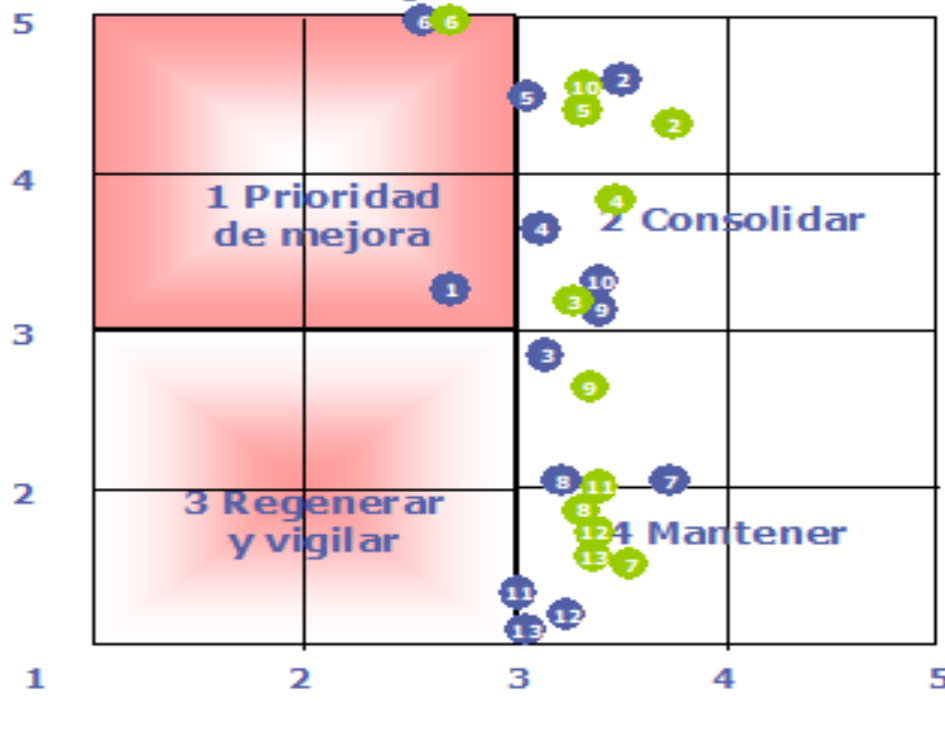
**Tendencias y Objetivos de Satisfacción de Pacientes de Consultas (CSMs)**



7 a MEDIDAS DE PERCEPCIÓN

7 b INDICADORES DE RENDIMIENTO

Prioridad de Mejora



Factores

- 1 Seguridad y salud laboral
- 2 Condiciones de trabajo
- 3 Formación
- 4 Identificación con el trabajo y desarrollo profesional
- 5 Reconocimiento
- 6 Retribución
- 7 Relación mando colaborador
- 8 Participación
- 9 Organización y mejora
- 10 Clima de trabajo
- 11 Comunicación interna
- 12 Conocimiento e identificación de los objetivos
- 13 Percepción de la dirección

- ⊗ Año 2004
- ⊗ Año 2003

Figura 7 a 4

Como puede verse, esta valoración de los factores de satisfacción de 2004 nos aconseja tomar medidas en el factor seguridad y salud laboral (factor número 1, columna de la derecha). A pesar de las mejoras referidas en 4c (Mapa de Riesgos, pequeñas inversiones, registros de agresiones), resulta necesario incidir más en estos temas y en la vigilancia de la salud (7 b 2.2). Un intento de mejora en este sentido ya se ha realizado al solicitar a nuestros servicios centrales más tiempo semanal de dedicación de la Unidad de Salud Laboral (compartida con otros centros). También resulta evidente que debemos estar alerta sobre todo en los factores 5, 11 y 13 y mantener la vigilancia sobre el 3, 4, 8 y 12. Como antes se ha explicado, el factor 6 (retribución) no requiere medidas por nuestra parte. Vistos los resultados de esta matriz de posicionamiento resulta razonable, por el momento, no fijar objetivos demasiado superiores a los actuales (vigilar, consolidar y mantener).

## RESULTADOS EN LA SOCIEDAD

## 8 a MEDIDAS DE PERCEPCIÓN

8 a La entidad como la nuestra no lucrativa de carácter

## 8 b INDICADORES DE RENDIMIENTO

- Actitud y cuidados en pacientes con demencia
- Información y prevención de toxicomanías (a escolares)
- Información y prevención sobre el alcoholismo
- Análisis de la salud mental extrahospitalaria
- Psicoeducación a familiares de pacientes
- Información sobre la esquizofrenia
- Rehabilitación psiquiátrica y gestión de la calidad

Figura 8 a 1

RESULTADOS CLAVE

9 a RESULTADOS CLAVE DEL RENDIMIENTO DE LA ORGANIZACIÓN

RESULTADOS ECONÓMICOS

9 b INDICADORES DEL RENDIMIENTO DE LA ORGANIZACIÓN

ALTAS VOLUNTARIAS, POR FUGA O POR SUICIDIO

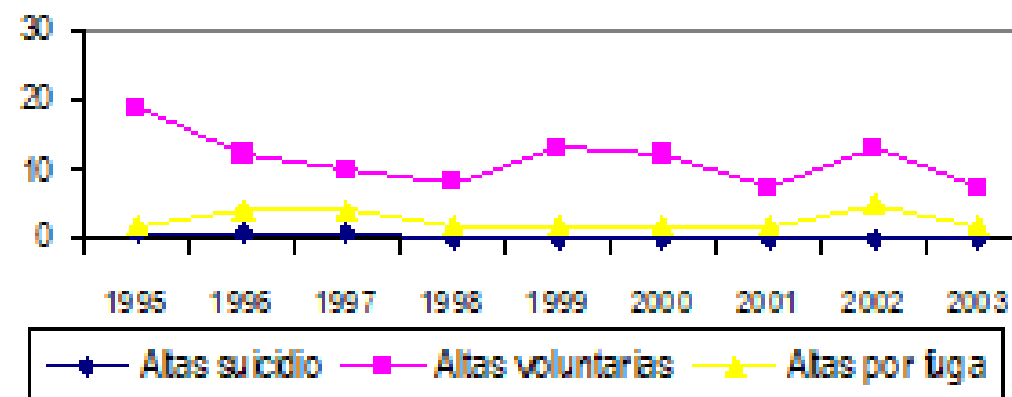


Figura 9 b 13.2



## Resultados en Salud al Alta en la Unidad del Dolor

Paciente: RAFAEL SANCHEZ BERNAL

1. ¿Considera que tras haber sido atendida/o en la Unidad del Dolor, tiene las habilidades adecuadas para el manejo de su dolor (incluye darse un paseo, hacer estiramientos o tomarse la medicación)?

Sí

2. ¿Cree que tras haber sido atendida/o en la Unidad del Dolor, controla más adecuadamente su dolor?

Sí

3. ¿Tras haber sido atendida/o en la Unidad del Dolor, sus cuidadores y/o familiares tienen conocimientos más adecuados para ayudarle en el manejo de su dolor?

Sí

4. ¿Tras haber sido atendida/o en la Unidad del Dolor, ha mejorado su calidad de vida?

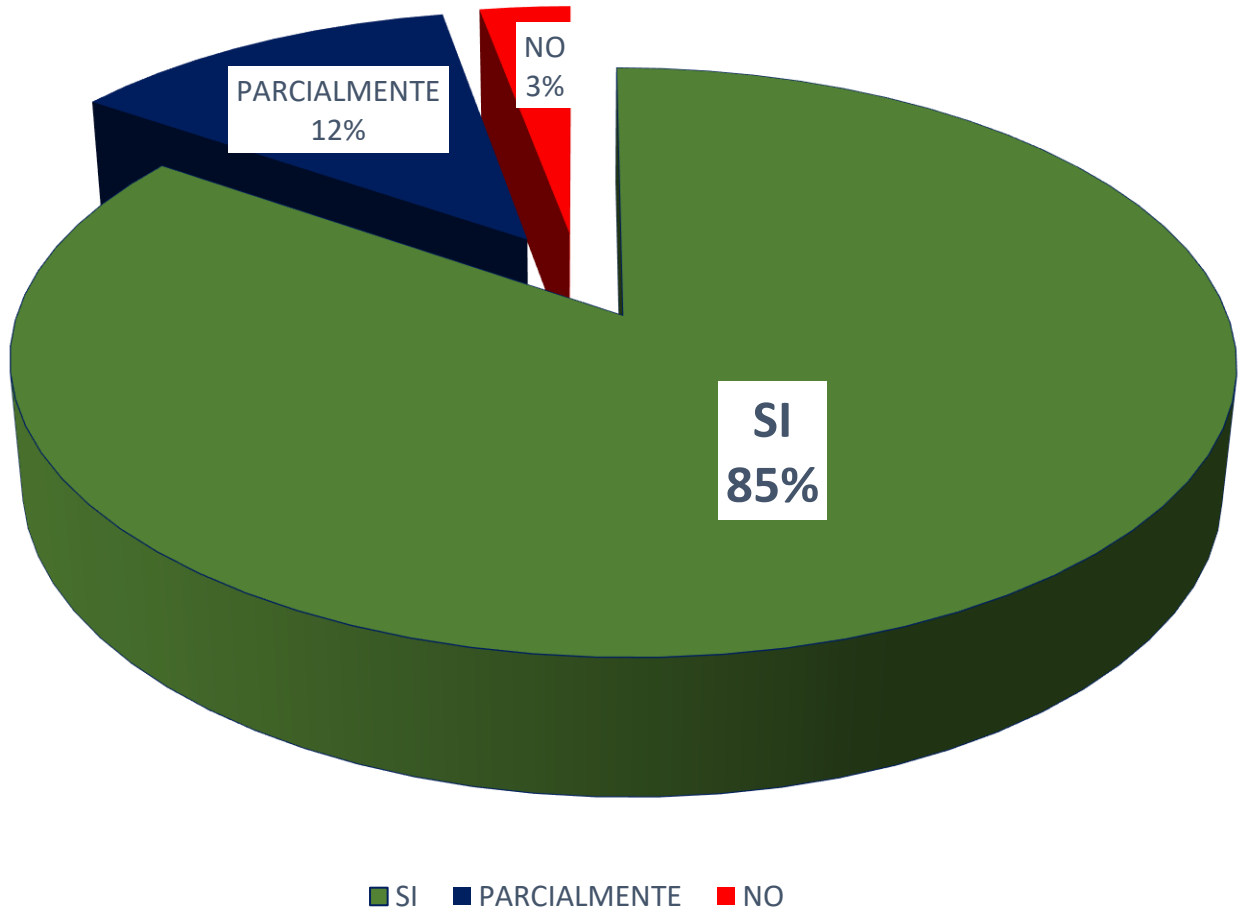
No



## 2.469 pacientes

# PACIENTES QUE HAN VISTO SATISFECHAS SUS EXPECTATIVAS, Y MEJORADA SU EXPERIENCIA

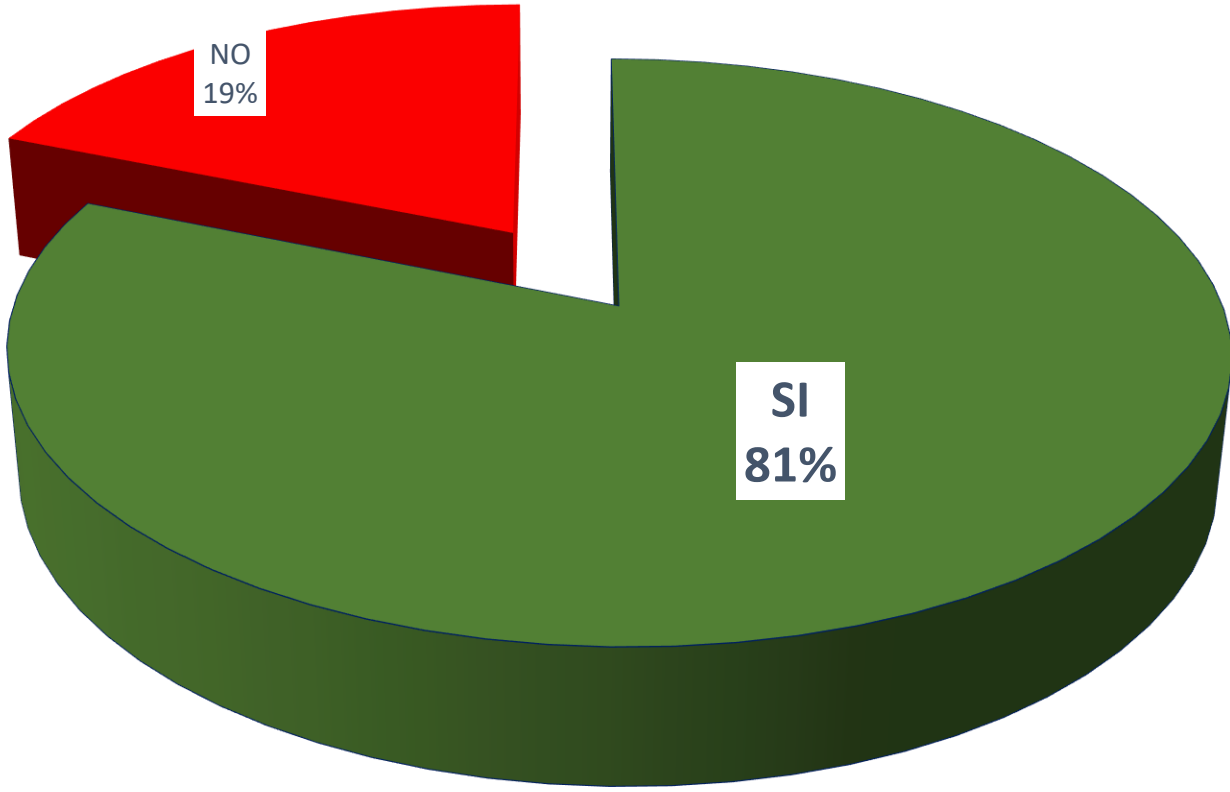
RESULTADOS





# PACIENTES QUE REFIEREN HABER MEJORADO SU CALIDAD DE VIDA

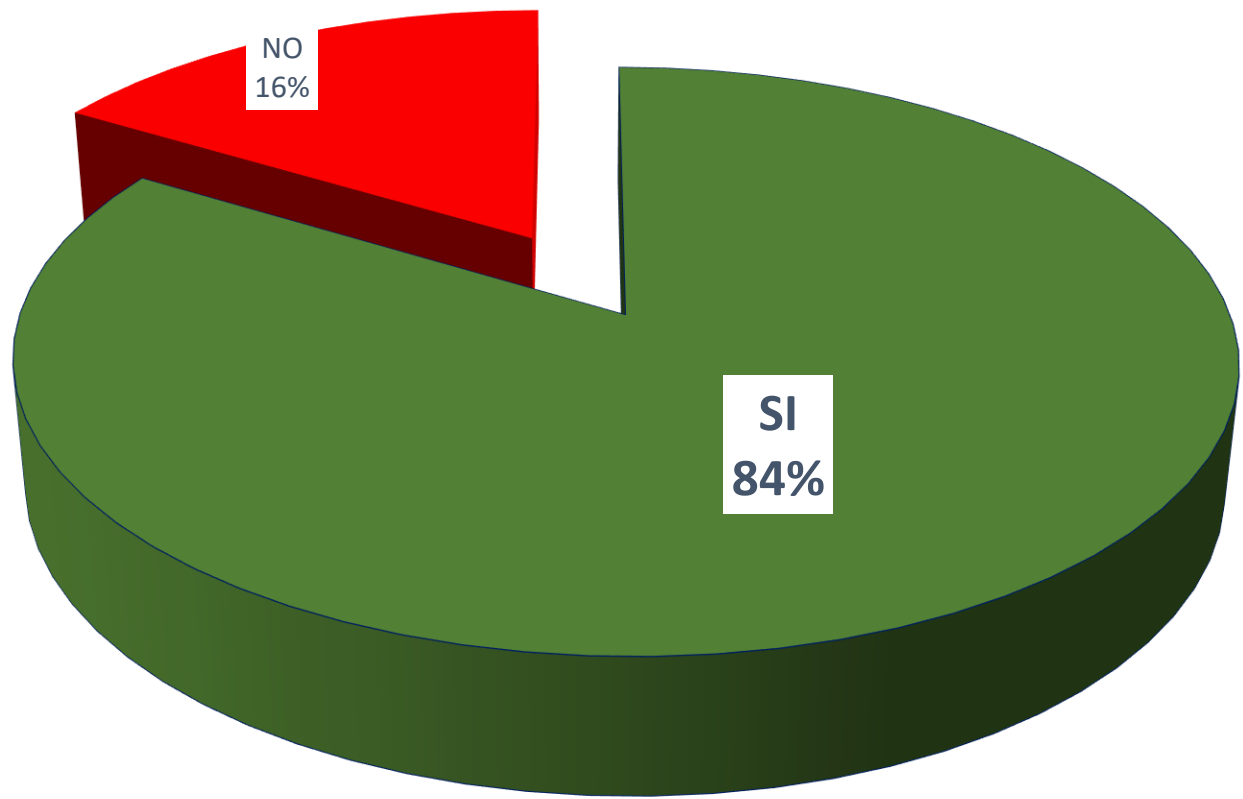
RESULTADOS



■ SI ■ NO

# PACIENTES QUE MANIFIESTAN CONTROLAR MEJOR EL DOLOR

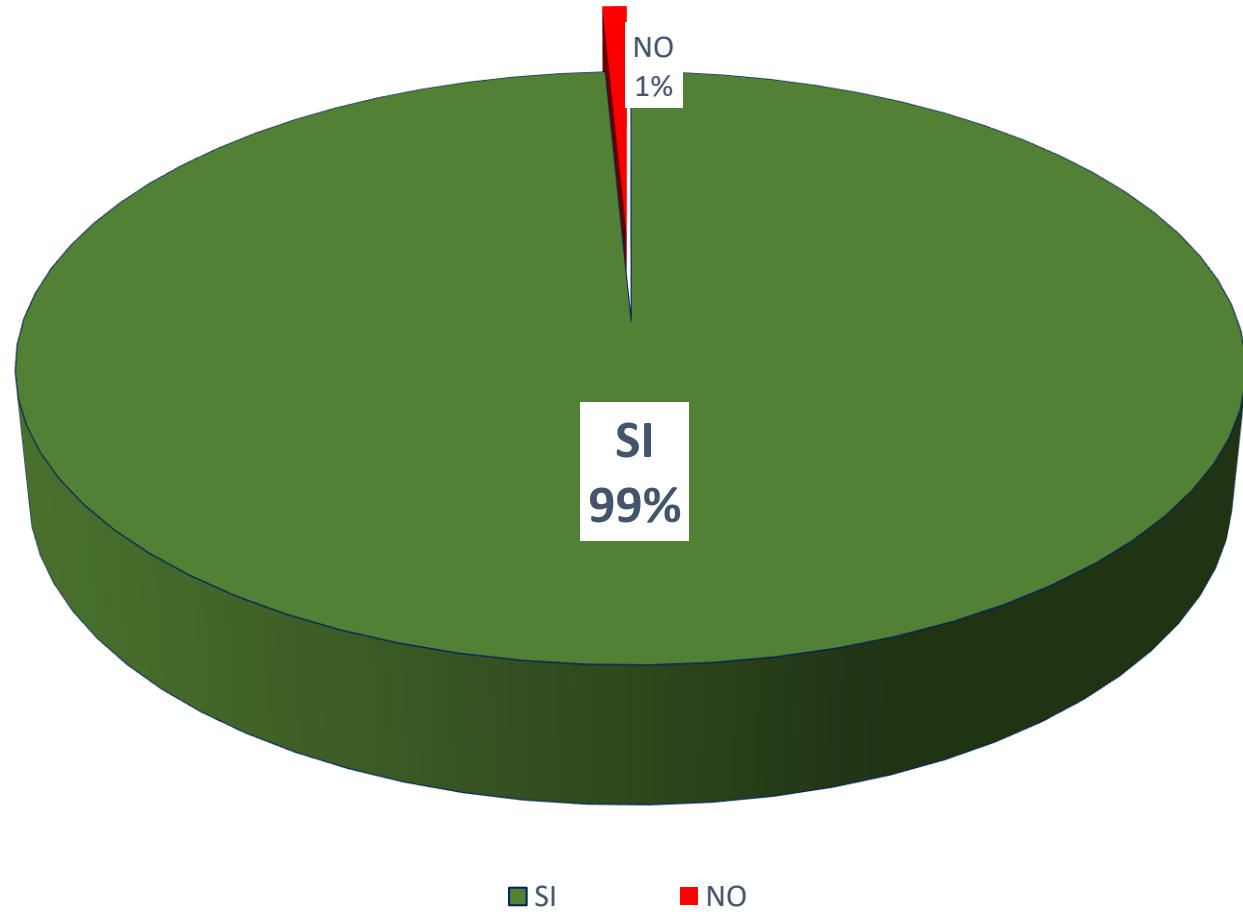
RESULTADOS



■ SI ■ NO

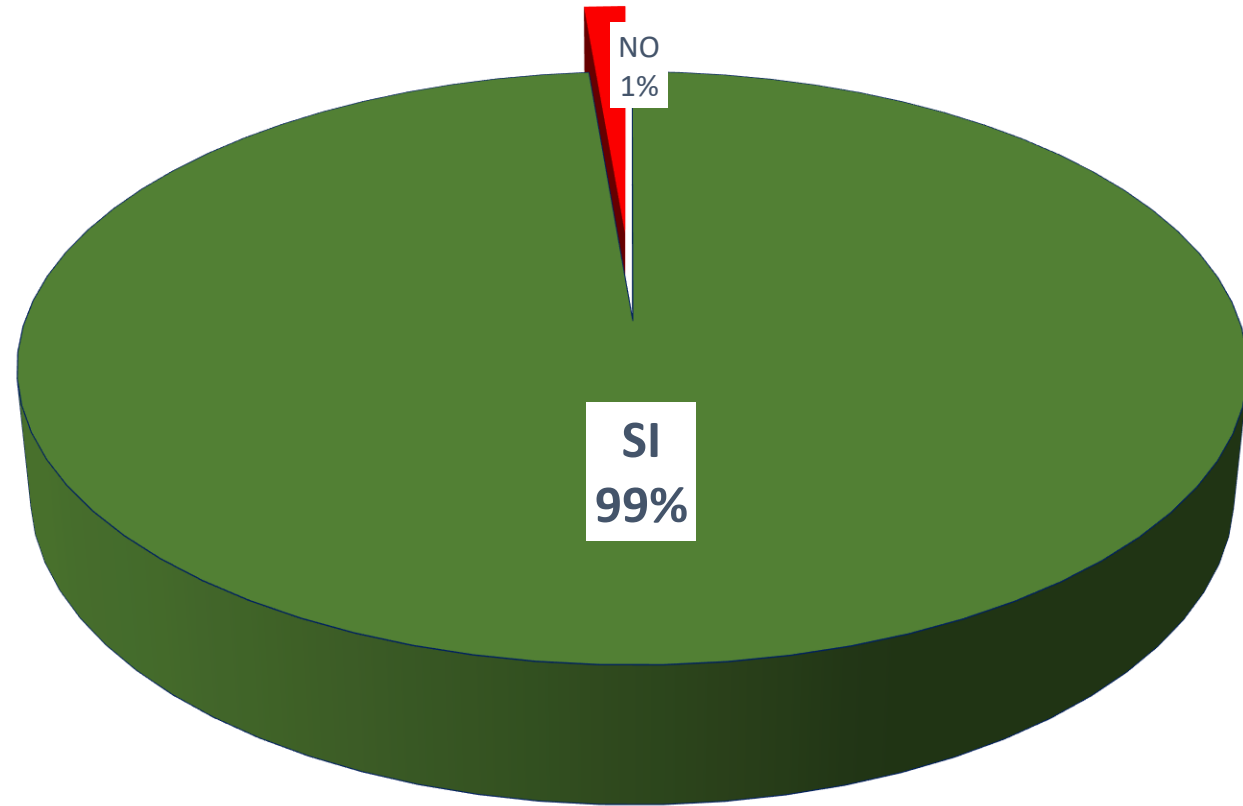
# PACIENTES QUE HAN ADQUIRIDO HABILIDADES ADECUADAS PARA EL MANEJO DEL DOLOR

RESULTADOS



# LAS PERSONAS CUIDADORAS DICEN TENER MAS CONOCIMIENTOS ADECUADOS PARA AYUDAR A PACIENTES EN EL MANEJO DE SU DOLOR

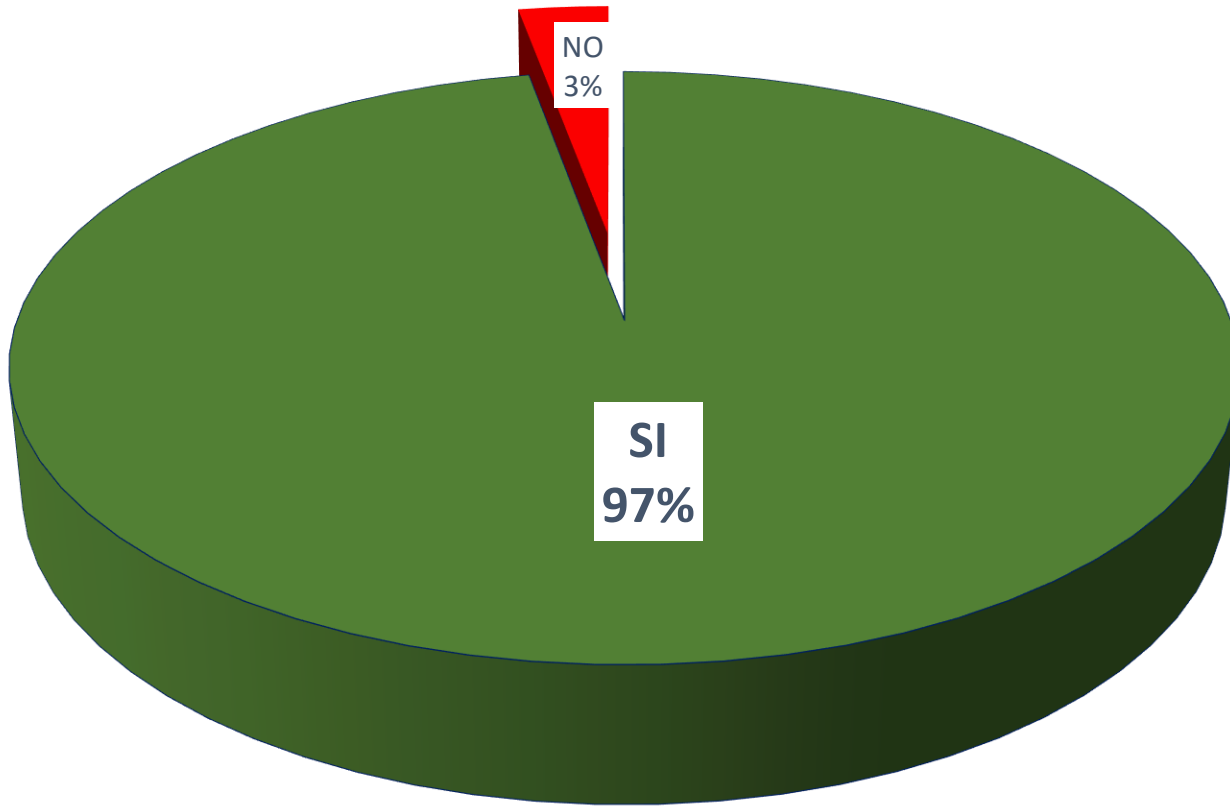
RESULTADOS



■ SI ■ NO

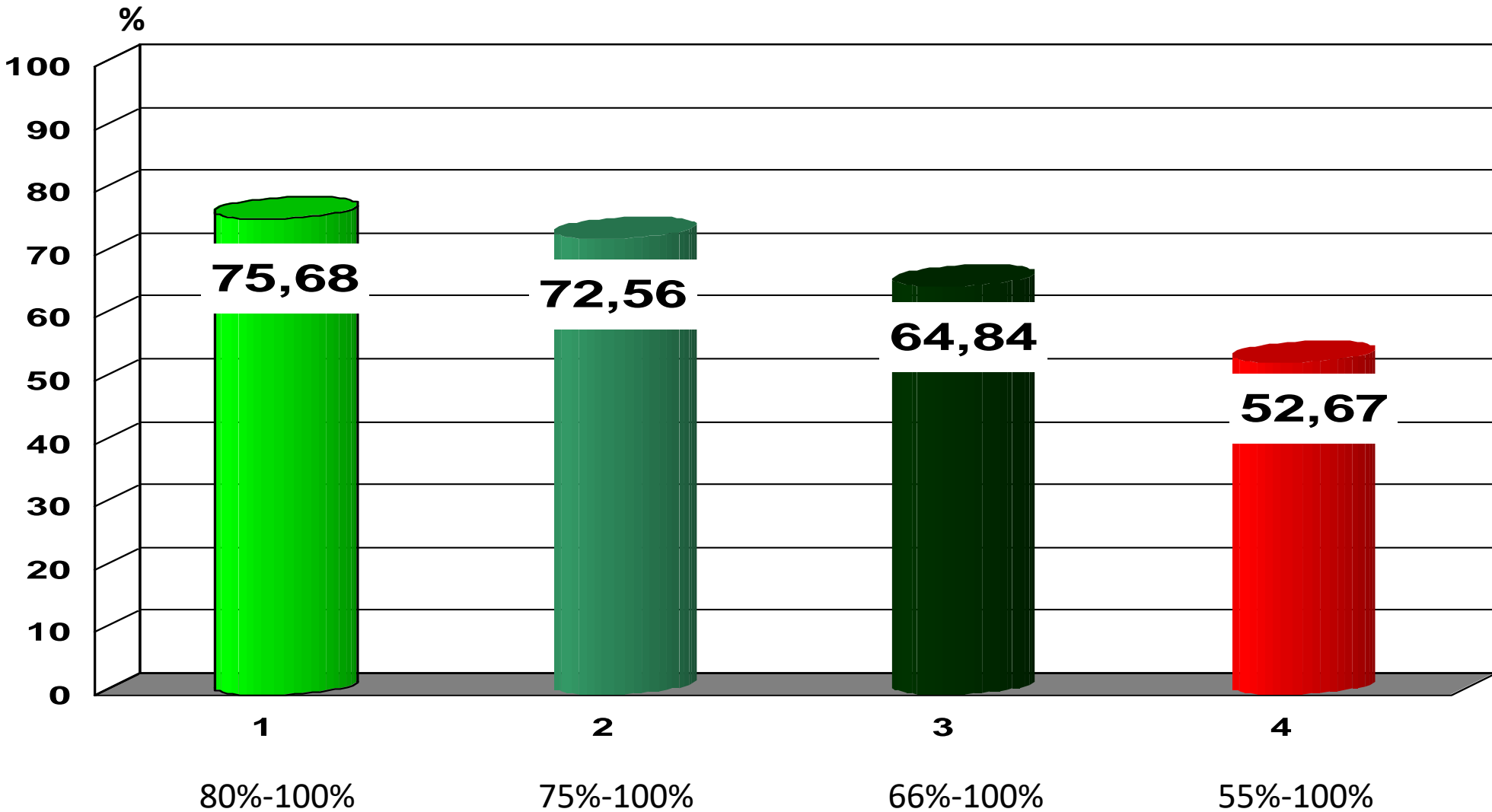
# PACIENTES QUE VALORAN POSITIVAMENTE LA ATENCION

RESULTADOS

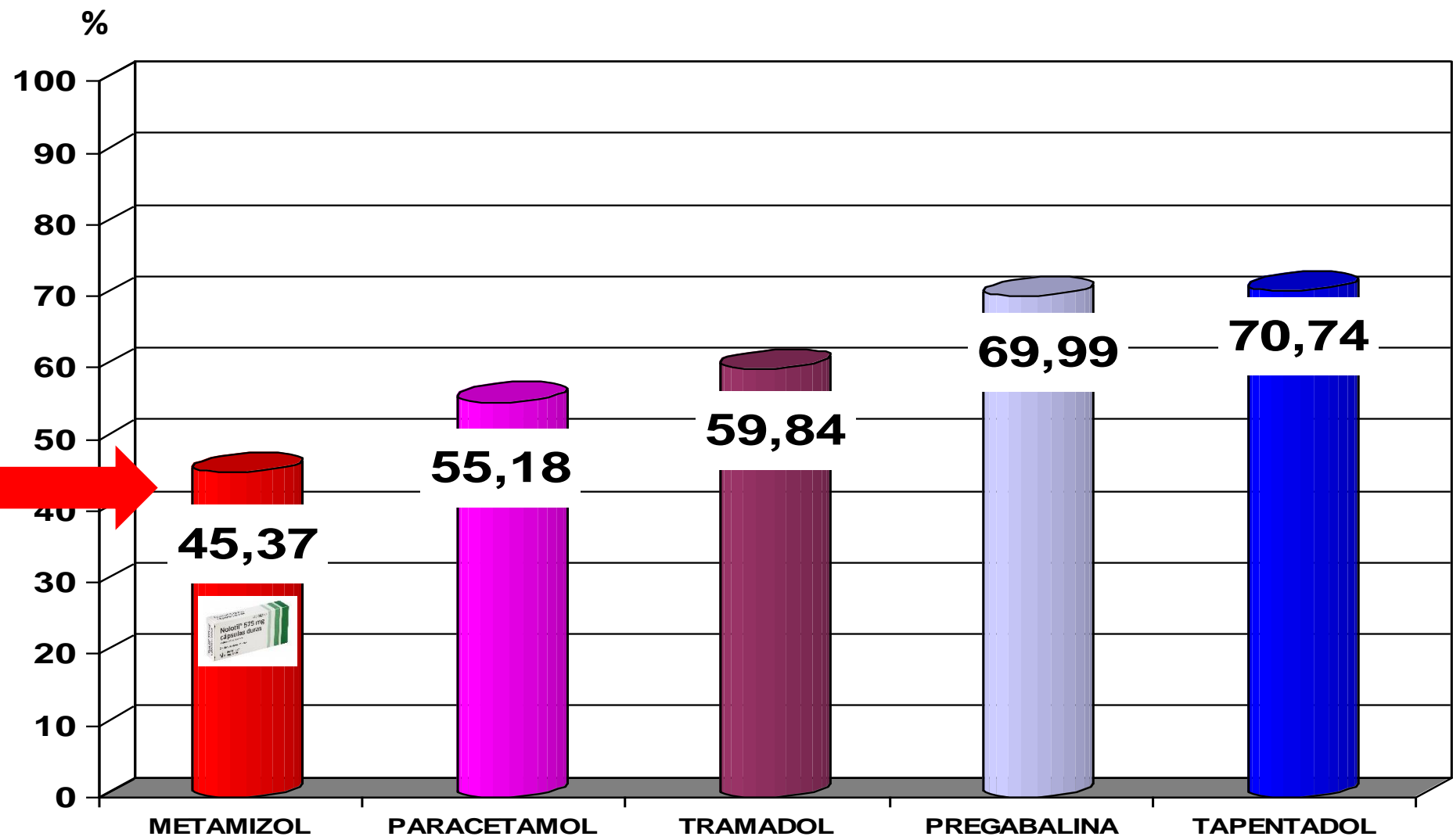


■ SI ■ NO

# % DE ADHERENCIA SEGÚN PAUTA: Nº TOMAS AL DÍA



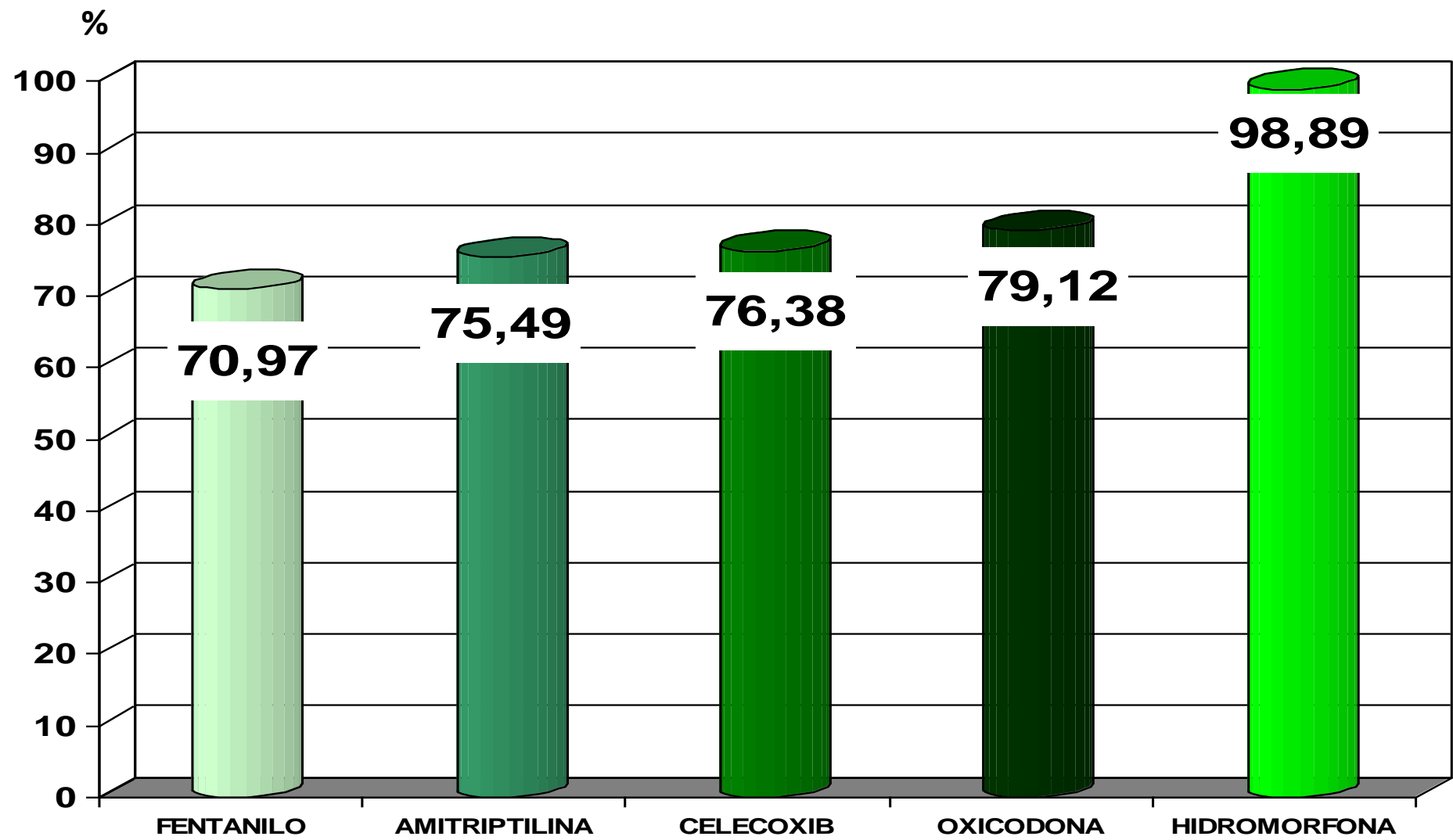
# % DE ADHERENCIA SEGÚN MEDICAMENTO



Hay Pacientes que perciben el Nolotil, como peligroso, potente, que crea dependencia y prefieren en situaciones excepcionales



# % DE ADHERENCIA SEGÚN MEDICAMENTO



LIBERACIÓN  
RETARDADA  
DE UNA SOLA  
DOSIS DIARIA



## RESULTADOS EN SALUD

Son los cambios en el estado de salud de un individuo, de un grupo de individuos o de una población, atribuibles a una intervención o serie de intervenciones.

### 1. PROMs: Patient Reported Outcome Measures.

Miden la salud percibidas por los pacientes.

Son **medidas de resultados de los que informa el paciente** relativas a problemas que repercuten en su calidad de vida y de los cuales informa él directamente

Síntomas  
Funcionalidad  
Percepción de salud  
Calidad de vida relacionada con la salud  
Satisfacción con el tratamiento.

Por ejemplo: En el cáncer de próstata localizado algunos resultados tienen que ver con:

La pérdida de relaciones sociales  
La disfunción eréctil o  
La incontinencia urinaria.

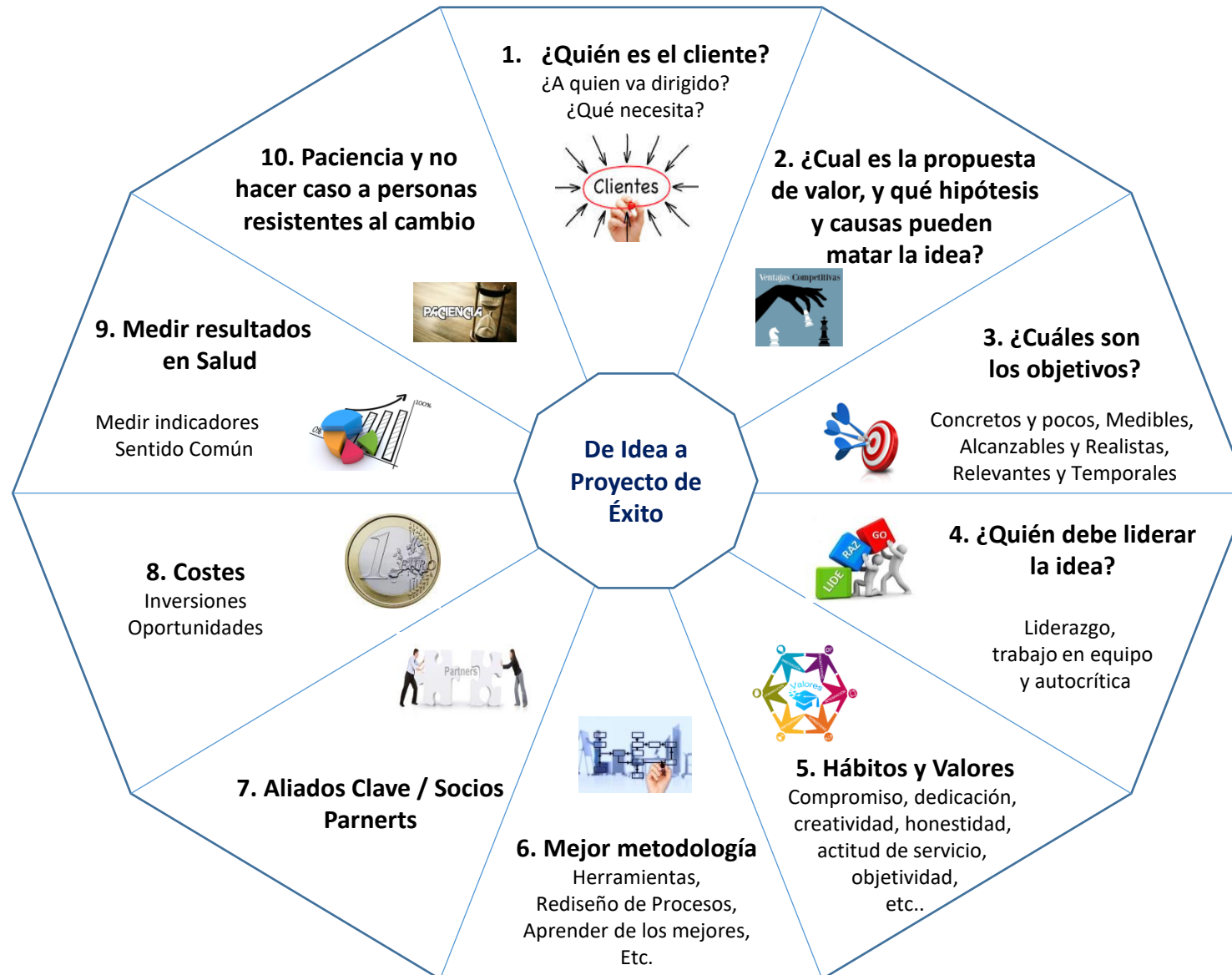
### 2. PREMs: Patient Reported Experience Measures

Miden la percepción del paciente sobre el proceso asistencial recibido,

Tiempos de espera  
Calidad de la información recibida  
Confort y descanso  
Comprensión sobre el tratamiento

### 3. Resultados clínicos.

Supervivencia  
Complicaciones  
Reingresos



## RECOMENDACION



### PLAN DE GESTIÓN DEL SERVICIO DE DIGESTIVO DE LA OSI ARABA

**Año 2023**

#### 1. DEFINIR LA ESTRATEGIA DEL SERVICIO DE DIGESTIVO DE LA OSI ARABA

1. Definir la Misión, la Visión y los Valores
2. Identificar las acciones a incluir en el Plan de Gestión del Servicio a partir de la realización de una matriz DAFO (Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades).
3. Identificar alianzas y grupos de interés, detallando sus necesidades y expectativas, así como los mecanismos de relación y seguimiento de objetivos conjuntamente.
4. Identificar los procesos del Servicio y elaborar el mapa de procesos.

#### 2. ORIENTACIÓN A PACIENTE DEL SERVICIO DE DIGESTIVO

##### 2.1 Mejorar la accesibilidad

5. Demora Media Primeras Consultas Preferentes < 10 días
6. Demora Media Primeras Consultas Ordinarias < 30 días
7. Demora Media Pruebas Complementarias Preferentes < 10 días
8. Demora Media Pruebas Complementarias Ordinarias < 30 días

##### 2.2 Mejorar la eficiencia en la actividad asistencial

9. Estancia Media de pacientes hospitalizados < 6,35 días
10. Índice Sucesivas / Primeras: < o = a la media de la Red de Osakidetza

# TRABAJAR EN EQUIPO

Lidera un  
equipo de  
personas



Trabajando  
para mejorar  
la calidad de  
vida de otras  
personas



Paciente



DIRECCION

ENFERMERÍA DE RRMM

ENDOCRINOLOGIA

URG

FARMACIA HOSPITALARIA

NEFROLOGIA

MIN


UROLOGIA

QUIROFANOS

ESPCIO RESERVADO PARA PUBLICIDAD

**Paciente**

24 h. 365 días.





O-sarean  
Osakidetza no presencial

NEU

O-sarean  
Osakidetza no presencial

RRMM

O-sarean  
Osakidetza no presencial

DIREC

O-sarean  
Osakidetza no presencial

LAB

O-sarean  
Osakidetza no presencial

FAR

JRC

UGS

O-sarean  
Osakidetza no presencial

CAR

UGS

ANE



1

INTUICIÓN  
Y CAPACIDAD CREATIVA

2

TENÍA CONOCIMIENTOS DE  
CERÁMICA  
VIDRIERA  
FORJA DE HIERRO  
CARPINTERÍA  
HORMIGÓN ARMADO

3

ARQUITECTURA  
RELIGIÓN  
AMOR A CATALUÑA  
  
OBSERVACIÓN  
DE LA NATURALEZA

8

BODEGAS GÜELL  
PABELLONES GÜELL  
PALACIO GÜELL  
PARQUE GÜELL  
CAPILLA DE LA COLONIA GÜELL  
EL CAPRICHO DE COMILLAS



Anton Plàcid Guillem Gaudí i Cornet

4

PARABOLOIDE  
HIPERBÓLICO  
HIPERBOLOIDE  
HELICOIDE  
CONOIDE

7

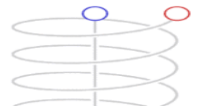


Fractal

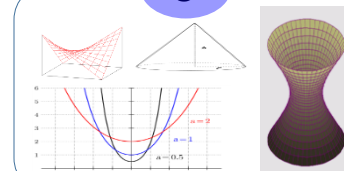


Maquetas

6



5





Anton Plàcid Guillem Gaudí i Cornet

- Arquitectos: Francesc Berenguer, Josep Maria Jujol, Cristòfor Cascante i Colom, Josep Francesc Ràfols, Cèsar Martinell, Joan Bergós, Francesc Folguera, Josep Canaleta, Joan Rubió, Domènec Sugrañes, Jaume Bayó i Font, Francesc Quintana, Isidre Puig i Boada, Lluís Bonet i Gari.

Escultores: Carles Mani, Joan Flotats, Llorenç Matamala, Joan Matamala, Josep Limona.

- Pintores: Ricard Opisso, Aleix Clapés, Lu Pascual, Xavier Nogués, Jaume Llongueras, Joaquín Torres García.

- Constructores y maestros de obra: Agustí Massip, Josep Bayó i Font, Claudi Alsina i Bonafont, Josep Pardo i Casanova y su sobrino Julià Bardier i Pardo.

- Artesanos: Eudald Puntí (carpintería y forja), Joan Oñós (forja), Lluís y Josep Badia i Miarnau (forja), Joan Bertran (yesería), Joan Munné (ebanistería), Frederic Labòria (ebanistería), Antoni Rigalt i Blanch (vidriería), Josep Pelegrí (vidriería), Mario Maragliano (mosaico), Jaume Pujol i Bausis y su hijo Pau Pujol i Vilà (cerámica).

**NO HACER CASO  
A LAS PERSONAS  
RESISTENTES AL  
CAMBIO**



**El cazador que persigue a un elefante, no se detiene para tirar piedras a los pájaros**



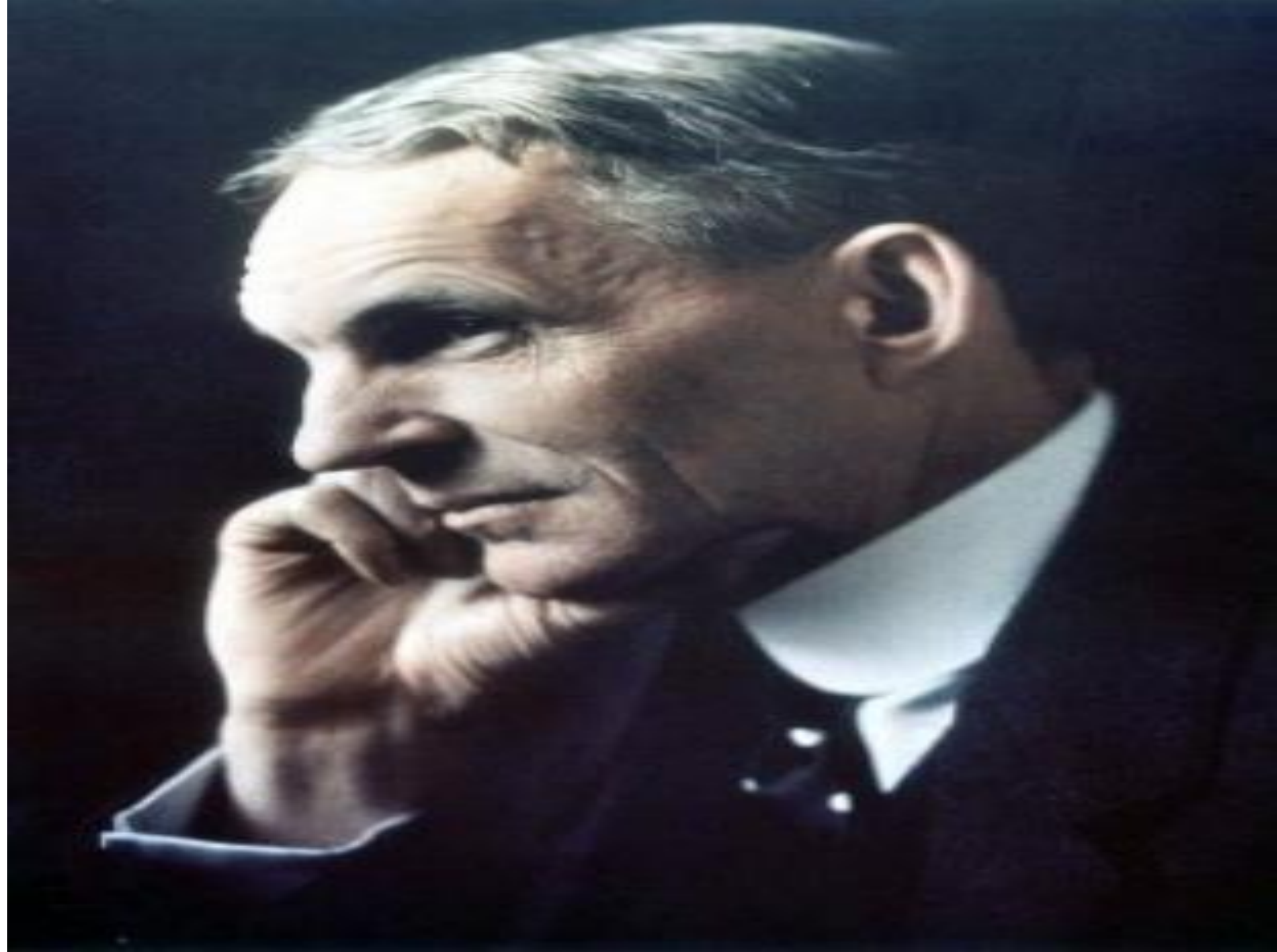
"Aquila non capit muscas" (El águila no caza moscas)

## Una atención diferente

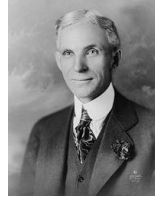


**ES** Possible

**BUSCAR LA  
OPORTUNIDAD,  
Y HACER COSAS QUE  
AÑADAN VALOR**







**Henry Ford:  
(1863 – 1947)**

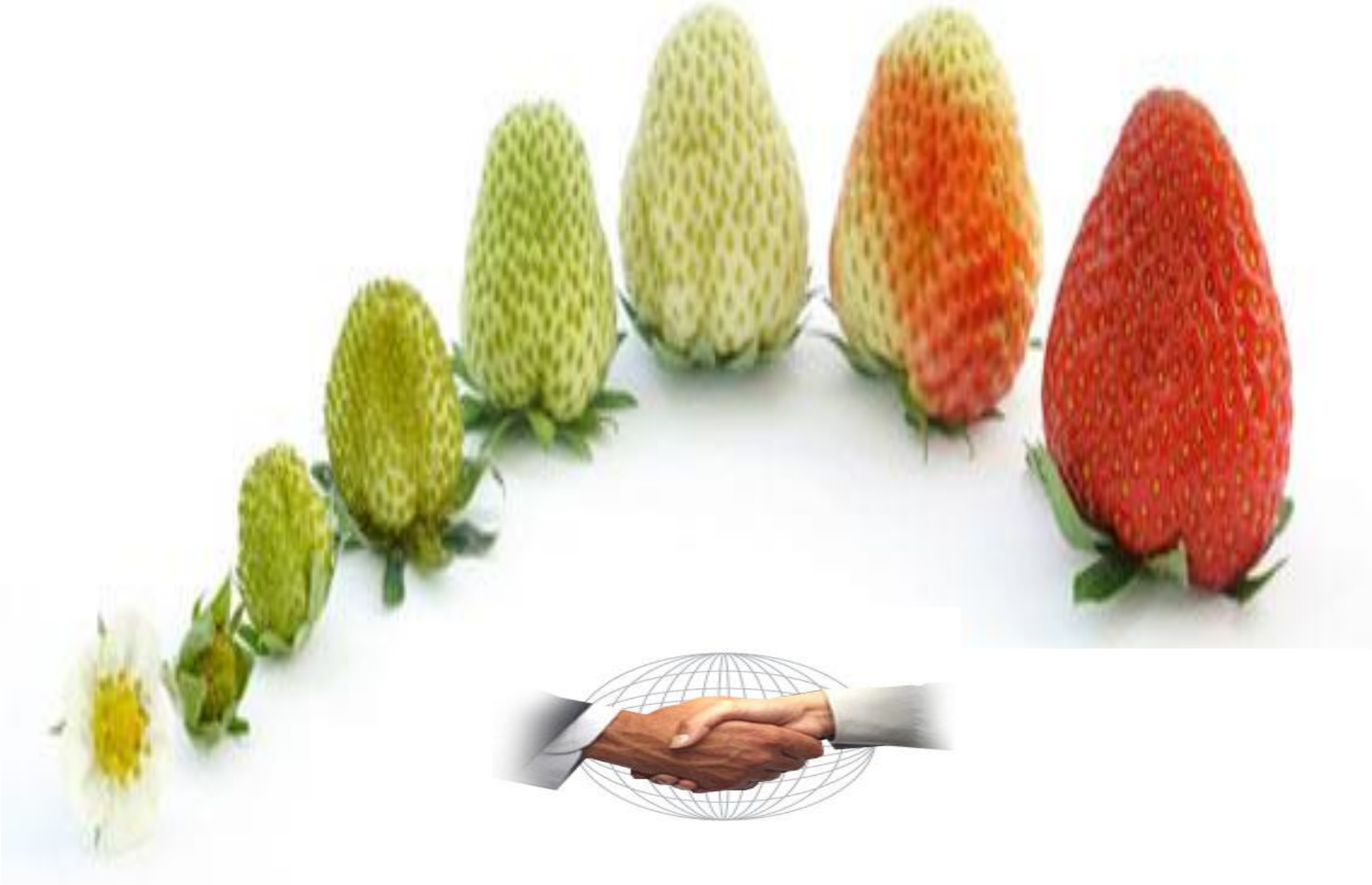
**Fundador de la Ford Motor Company  
Padre de las cadenas de producción modernas**

**“ Si yo le hubiese preguntado a mis clientes que querían,  
todos me hubiesen dicho que un caballo mejor “**





**Y  
TENER  
PACIENCIA**





**La paciencia es un árbol de raíz amarga, pero de frutos muy dulces**

**Mi sincera gratitud, por el detalle y el esfuerzo de estar aquí hoy, y a estas horas**