

Memoria de Responsabilidad Social Corporativa (RSC)

Hospital Universitario Cruces
17/06/2013



INDICE

	Página
1. ESTRATEGIA Y ANÁLISIS.	2
1.1. Declaración del Director Gerente sobre la relevancia de la sostenibilidad para la Organización y su estrategia.	2
1.2. Declaración de misión, visión y valores.	2
1.3. Descripción de los principales impactos, riesgos y oportunidades.	4
2. PERFIL DE LA ORGANIZACIÓN.	6
2.1. Relación de grupos de interés que la Organización ha incluido.	7
3. ENFOQUE DE GESTIÓN E INDICADORES DE DESEMPEÑO.	8
3.1. Dimensión económica.	8
3.2. Dimensión ambiental.	10
3.3. Dimensión social.	12
3.4. Responsabilidad sobre productos.	14
4. RESUMEN DE NUEVAS ACCIONES A DESARROLLAR EN EL AÑO 2013.	21

1. Estrategia y análisis

1.1.- Declaración del Director Gerente sobre la relevancia de la sostenibilidad para la Organización y su estrategia.

La Responsabilidad Social Corporativa (RSC) es la contribución activa y voluntaria de las empresas en las áreas social, económica y ambiental con el objetivo de mejorar su situación competitiva y su valor añadido.

Bajo este concepto de gestión se engloban un conjunto de prácticas, estrategias y sistemas de gestión empresariales que persiguen un nuevo equilibrio entre las dimensiones económica, social y ambiental.

La RSC tiene cada día más importancia en las organizaciones que desean demostrar una gestión integrada de todas las dimensiones que permiten crear un entorno razonadamente sostenible mediante la:

- *Rentabilidad* y sostenibilidad económica del negocio de la organización.
- *Sostenibilidad* medioambiental del entorno donde radica la organización.
- *Sostenibilidad* social, desde la generación de empleo hasta el fomento de valores *sociales*, en el entorno donde nos emplazamos.

Se puede decir que la RSC persigue como objetivo el equilibrio de estas tres grandes áreas de actuación, permitiendo trabajar en todas ellas sin detrimento de ninguna.

La presente Memoria de Responsabilidad Social Corporativa recoge en un documento público los compromisos y actividades llevadas a cabo en este ámbito por el Hospital Universitario Cruces, organización de servicios sanitarios integrada en la Red de Osakidetza y perteneciente a la red sanitaria pública vasca, durante el año 2012.

Además pretende rendir cuentas públicas a sus Grupos de Interés: clientes, personas del Hospital Universitario Cruces, Sistema Sanitario, proveedores y sociedad.

Nuestra organización por sus características, centro sanitario y público, tiene desde sus orígenes una función social indiscutible; la mejora de salud de la población a la que da servicio es, sin duda, un aspecto básico en la sociedad actual y futura. No tenemos accionistas como tales, pero podríamos considerar accionistas de nuestro Hospital a todos los ciudadanos residentes en la Comunidad Autónoma Vasca.

1.2.- Declaración de misión, visión y valores.

MISION

El Hospital Universitario Cruces es un hospital general perteneciente a Osakidetza, cuya Misión es:

“Prestar servicios altamente especializados y de referencia a los ciudadanos de la CAPV y Comunidades limítrofes. También prestamos asistencia especializada a los ciudadanos de las comarcas Uribe y Enkarterri-Ezkerraldea”.

VISION

El Hospital Universitario Cruces aspira a ser el hospital de referencia de Euskadi, con áreas de excelencia en los ámbitos asistencial, docente e investigador a nivel estatal e internacional.

Comprometido con los problemas de la Comunidad desarrollando las capacidades de las personas de la organización y respondiendo a las necesidades y expectativas de los pacientes y usuarios.

VALORES

Orientación al Cliente

Es la capacidad de dar un trato personalizado al cliente desde el respeto, la empatía, la educación y la adaptación a las circunstancias personales de cada usuario.

Profesionalidad

Es la capacidad para desarrollar el trabajo encomendado, con el deseo de ampliar conocimientos y el orgullo por la profesión desempeñada.

Orientación a Resultados

Es la capacidad de buscar el beneficio del paciente, siendo eficiente en el uso de los recursos, sin escatimar los medios necesarios, pero sin incurrir en despilfarros.

Compromiso

Es la capacidad de asumir las tareas encomendadas y los objetivos marcados, desde el rigor en el cumplimiento de las normas

Actitud Innovadora

Es la capacidad para generar ideas y la voluntad de adaptarse a las nuevas circunstancias, desde el trabajo en equipo, compartiendo objetivos y conocimientos

El año 2012 ha estado marcado por la profunda crisis económica que ha sacudido a nuestro entorno y, de la cual, el Hospital no ha podido ser ajeno. Sin embargo, consideramos que esta crisis nos tiene que servir para poner en valor los conceptos en los que se soporta la RSC, puesto que es precisamente la conculcación de estos valores la que nos ha arrastrado, en gran medida, a la situación actual. Debe de ser una oportunidad para poner en marcha una nueva manera de gestionar las organizaciones teniendo como principios la sostenibilidad económica, social y medioambiental.

Queremos, en definitiva, seguir contribuyendo, desde nuestra actividad y con nuestras capacidades, al desarrollo de un modelo de sociedad sostenible a largo plazo.

Santiago Rabanal Retolaza
Director Gerente

1.3. Descripción de los principales impactos, riesgos y oportunidades.

El Hospital completa durante 2012 el despliegue de la historia electrónica global. La implantación de este sistema de gestión en la atención de los pacientes, denominado Osabide Global posibilita que los profesionales de todos los niveles asistenciales puedan disponer del 100% de la información clínica de un paciente las 24 horas del día, desde cualquier punto de atención de Osakidetza.

Durante este año se ponen en marcha importantes infraestructuras y equipamientos. Entre ellas cabe destacar la nueva área quirúrgica de Neurociencias, primera en el Estado, que sitúa al Hospital al nivel de los centros asistenciales avanzados europeos. Este nuevo espacio cuenta con dos quirófanos dotados con Resonancia Magnética y TAC intraoperatorios, provistos de un Sistema de Navegación Digital Integrado.

Por otra parte, se crea la Unidad Funcional del Corazón que reúne en un área la hospitalización médico-quirúrgica de las especialidades que tratan las patologías cardíacas de los pacientes. De esta forma, la unidad se agrupa en la planta 4ª, en sus alas A y B, albergando los servicios de Cardiología, Cirugía Cardíaca y las secciones de Electrofisiología, Hemodinámica y Ecocardiografía y Hospital de Día Cardiológico, mientras que la Unidad Coronaria se halla situada en la 5ª A, funcionalmente agrupada con la UCI por tratarse de pacientes críticos. La colaboración de estas especialidades ofrece un servicio integral al paciente cardíaco que contribuye a mejorar la resolutiveidad y la calidad en la atención. Además, la adquisición de una nueva sala de Hemodinámica convierte al Hospital en el único centro público de Euskadi con dos salas de este tipo para la atención de pacientes con patología coronaria.

Asimismo, durante este año se completa la reforma integral de la 4ª D, unidad destinada a hospitalización de pacientes de la Unidad de Gestión Clínica de Cirugía.

2012 es el año en el que se presenta el nuevo Instituto de Investigación Sanitaria BioCruces, centro vasco de investigación biomédica y epidemiológica. BioCruces se presenta como instrumento científico de primer nivel para mejorar la calidad de la salud y la expectativa de vida de los ciudadanos. La actividad del Instituto se refleja con resultados en diferentes investigaciones, entre otras, el hallazgo de una posible diana terapéutica para la lipodistrofia o el de nuevas claves que pueden contribuir a que la radioterapia sea más eficaz con las células cancerosas y más inocua con las sanas.

El desarrollo de nuevos tratamientos y técnicas supone la mejora de la práctica clínica y la atención al paciente. Entre ellos está: la realización por un equipo multidisciplinar del primer tratamiento de Radiocirugía para el tratamiento de las malformaciones arteriovenosas; el tratamiento de los tumores de próstata con braquiterapia de alta tasa de dosis; el primer sistema Viking 3D de laparoscopia tridimensional del Estado que ha sido utilizado para intervenciones quirúrgicas en pacientes de colon, cáncer de recto y en cirugía bariátrica; la puesta en marcha del tratamiento endovascular del ictus agudo que permite ampliar y completar el tratamiento del ictus; y la primera intervención con el robot "Da Vinci" por parte del servicio de Urología.

De entre estos hitos destaca la primera intervención fetal que se realiza en Euskadi por parte de la unidad de Terapia Fetal, compuesta por un equipo multidisciplinar que realizó la intervención a una gestante de 16 semanas embarazada de gemelos que presentaban un síndrome feto-fetal.

En cuanto a la mejora en la atención a los pacientes se han dispuesto diferentes herramientas como la creación de una Consulta de Enfermedad Renal Crónica - con la que se busca mejorar el cumplimiento terapéutico del paciente, potenciar los autocuidados y la autonomía - y la puesta en marcha de la Hospitalización a Domicilio Pediátrica con el objetivo de promover el bienestar del niño enfermo y sus familias.

En cuanto a la información clínica el Hospital comenzó con la incorporación en las unidades de críticos de un sistema de información denominado ICIP (IntelliVue Clinical Information Portfolio), que registra de forma digital, en una pantalla táctil integrada en cada una de las camas de estas unidades, los datos de monitorización del paciente y automatiza la toma de datos de médicos y los cuidados de enfermería que hasta este momento se realizaban de forma manual.

Asimismo, se firmaron los primeros contratos de gestión clínica, acuerdos de responsabilidad compartida mediante los cuales los servicios realizan su actividad con objetivos de calidad asistencial y seguridad para el paciente, entre otros aspectos.

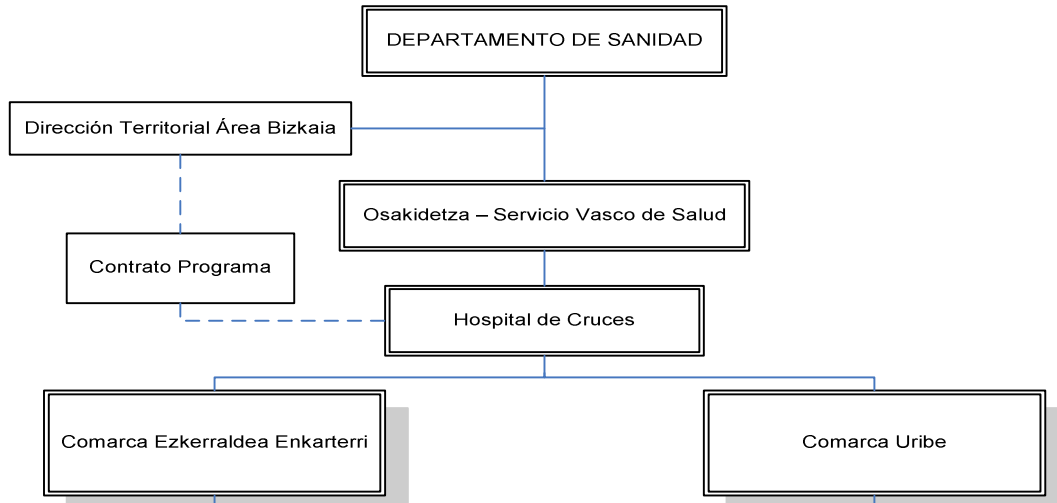
Los principales retos que afectan a los sistemas sanitarios públicos en el estado español se pueden agrupar de la siguiente forma.

Los principales retos que afectan a los sistemas sanitarios públicos en el estado español se pueden agrupar de la siguiente forma.



2. Perfil de la Organización.

ÁREA GENERAL DE REFERENCIA:



SERVICIOS Y TRATAMIENTOS DE REFERENCIA SUPRATERITORIAL:

SERVICIOS

- Grandes Quemados
- Unidad de Medulares
- Cardiología Pediátrica
- Metabolopatías
- Cirugía Cardíaca Infantil
- Hemodinámica Infantil

TRATAMIENTOS Y ESTUDIOS DE REFERENCIA

- Cirugía de Parkinson
- Trasplante Hepático
- Trasplante Renal
- Trasplante Renal Infantil
- Trasplante Renal de Donante Vivo
- Estudios de Histocompatibilidad (Inmunología)
- Programa de Fibrosis Quística
- Reconstrucción de la superficie ocular compleja. Queratoprótesis.

2.1.- Relación de grupos de interés que la Organización ha incluido.

Grupos de interés	Ámbito de actuación de los Grupos de interés
1. PERSONAS DEL HOSPITAL	✓ Dado que muchos líderes del Hospital han participado a través de los World Cafés en la elaboración del plan, el colectivo a comunicar sería el constituido por el personal tanto médico, como de enfermería y administrativo.
2. OTROS CENTROS DE LAS COMARCAS EZKERRALDEA Y URIBE COSTA; HOSPITALES Y AP	✓ Gerentes y equipo directivo.
3. OSAKIDETZA (SERVICIOS CENTRALES) DEPARTAMENTO	✓ Consideramos como tal bien el Consejo de Dirección o directores específicos a los que interesa comunicar directamente. ✓ Dentro de Osakidetza estaría también la Subdirectora de Especializada, de AP y de Enfermería ✓ En cuanto al Departamento: Viceconsejería y en su defecto Directora de Salud Pública.
4. OTROS HOSPITALES DE LA RED	✓ Gerentes y equipo directivo.
5. OPINION PUBLICA	✓ Prensa, radio o TV locales
6. ASOCIACIONES	✓ Identificar las asociaciones con las que en el futuro van a tener mayor relación.
7. AYUNTAMIENTOS DE LAS COMARCAS EZKERRALDEA Y URIBE	✓ Aquellos municipios que forman el ámbito geográfico natural del Hospital; es decir los que componen las Comarcas Ezkerraldea y Uribe de Osakidetza

3. Enfoque de gestión e indicadores de desempeño

3.1.- Dimensión económica

La “Sostenibilidad económica” es una línea estratégica del Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco que se recoge en el Plan Estratégico del Hospital Universitario Cruces.

Nuestra gestión económica se basa en conseguir el equilibrio económico entre los gastos (funcionamiento, personal y explotación) y los ingresos presupuestados.

Los siguientes indicadores presentan resultados económicos relacionados con la actividad y la prestación asistencial.

EC1 (P) - VALOR ECONÓMICO DIRECTO GENERADO Y DISTRIBUIDO, INCLUYENDO INGRESOS, COSTES DE EXPLOTACIÓN, RETRIBUCIÓN A EMPLEADOS, DONACIONES Y OTRAS INVERSIONES EN LA COMUNIDAD, BENEFICIOS NO DISTRIBUIDOS Y PAGOS A PROVEEDORES DE CAPITAL Y A GOBIERNOS.

Fig. 1: Cuenta de Resultados

	<u>2010</u>	<u>2011</u>	<u>2012</u>	<u>OBJETIVO 2013</u>
Productos farmacéuticos	53.617.999	50.957.614	52.260.201	53.795.240
Material Sanitario	42.284.358	42.270.634	41.194.822	46.281.434
Otros Aprovisionamientos	5.155.540	5.903.639	9.533.968	4.034.072
Servicios Empresas Externas	25.534.277	25.653.651	25.683.403	26.051.529
Servicios Exteriores	16.731.329	19.810.969	21.266.862	19.129.432
Provisiones	-180.133	348.578	582.296	582.296
TOTAL GASTO FUNCIONAMIENTO	143.143.371	144.945.084	150.521.551	149.874.002
TOTAL GASTOS DE PERSONAL	281.365.769	278.689.873	265.408.391	272.284.652
TOTAL GASTOS EXPLOTACIÓN	424.509.140	423.634.958	415.929.943	422.158.654
TOTAL INGRESOS EXPLOTACIÓN	421.805.092	419.234.440	413.186.614	403.889.576

Fig. 2: Inversiones

	<u>2010</u>	<u>2011</u>	<u>2012</u>
TOTAL Hospital Universitario Cruces	30.379.275	10.821.881	3.746.702
URIBE KOSTA	12.881.849		264.366
Inversiones	17.497.426	10.821.881	3.482.336

3.2.- Dimensión ambiental

EN3 (P) - CONSUMO DIRECTO DE ENERGÍA DESGLOSADO POR FUENTES PRIMARIAS.

ENERGÍA TÉRMICA (TERMÍAS)			
2009	2010	2011	2012
3.220.419	2.926.866	2.917.322	2.958.291
2.804.650	2.685.203	2.599.593	3.368.201
2.719.247	2.439.672	2.636.984	2.299.778
2.346.263	1.810.694	1.667.870	2.131.491
1.673.431	1.823.360	1.491.133	1.510.662
1.151.992	1.419.982	1.527.783	1.122.463
1.045.222	1.451.057	1.248.157	1.063.246
1.030.379	1.464.262	946.408	907.496
1.023.742	1.515.163	908.454	1.026.612
1.380.129	1.755.526	1.207.262	1.459.851
1.600.005	2.396.083	1.552.105	2.064.497
2.521.660	3.155.513	2.477.188	2.487.497
22.517.139	24.845.391	21.180.259	22.400.085

ENERGÍA ELÉCTRICA (KWH)			
2009	2010	2011	2012
1.686.000	1.599.134	1.640.345	1.704.375
1.472.700	1.468.541	1.505.675	1.694.514
1.641.300	1.619.260	1.717.968	1.749.927
1.563.000	1.551.014	1.646.771	1.588.423
1.653.000	1.655.844	1.715.777	1.763.468
1.647.000	1.682.977	1.727.858	1.821.247
1.698.317	1.898.307	1.755.465	1.839.070
1.769.508	1.803.586	1.828.257	1.943.418
1.639.438	1.761.868	1.808.583	1.794.330
1.701.950	1.734.632	1.722.609	1.794.257
1.564.911	1.592.255	1.624.960	1.719.188
1.604.328	1.650.308	1.683.919	1.753.742
19.641.452	20.017.726	20.378.187	21.165.959

GAS NATURAL (KWH)			
2009	2010	2011	2012
288.316	256.295	54.775	42.272
291.473	196.332	34.689	37.976
295.226	272.697	36.928	34.076
248.358	273.355	34.820	34.491
280.542	216.711	34.414	38.511
249.147	207.572	40.553	33.638
221.277	187.578	34.492	39.022
261.222	196.684	35.855	30.788
205.845	191.604	33.745	25.129
211.688	201.781	35.249	38.872
226.322	177.805	38.441	34.887
186.350	145.961	29.447	26.788
2.965.767	2.524.375	443.408	416.450

AGUA POTABLE (M3)				
	2009	2010	2011	2012
ENERO	19.360	17.326	21.980	15.400
FEBRERO	17.920	17.230	18.420	14.720
MARZO	21.830	19.540	17.670	16.070
ABRIL	18.620	16.958	19.360	17.270
MAYO	20.050	19.468	18.510	17.840
JUNIO	17.410	19.871	20.630	16.364
JULIO	18.870	21.986	19.510	17.641
AGOSTO	20.670	23.842	17.910	18.370
SEPTIEMBRE	19.780	22.285	18.040	16.442
OCTUBRE	19.880	23.842	16.580	19.291
NOVIEMBRE	17.140	20.080	15.650	16.877
DICIEMBRE	16.260	20.310	14.220	14.507
TOTAL	227.790	242.738	218.480	200.792

1. El hospital se abastece de energía calorífica (termias) y electricidad (kwh) directamente, a partir de una planta de Cogeneración gestionada por terceros.
2. El consumo de gas en el hospital se usa, para la cocina general del hospital y para la cocina de cafetería. Hasta Enero de 2011 se usaba también como combustible de apoyo en el horno incinerador.

EN22 (P) - PESO TOTAL DE RESIDUOS GESTIONADOS, SEGÚN TIPO Y MÉTODO DE TRATAMIENTO.

RESIDUOS HOSPITAL DE CRUCES 2007-2012

	URBANO	BIOSAN.	CITOST.	PAPEL	PILAS	LIQUIDOS REV+FUJ	PELICULAS RX	LIQUIDOS LABORAT.	ACEITE COCINA	ESCOM.	Cenizas depuradora del horno	LAMPARA FLUOR	DELANTA L PLOMO	DESECH INFORM	MERCURI O	CDS	
2007	1.417.968	606.029	19.824	202.610	843	64.129	10.065	3.441	1.240	93.120	65.998						
2008	1.579.687	347.104	16.924	258.360	1.235	25.540	1.418,3	4.626	1.285	68.120	41.503						
2009	1.761.860	331.562	10.746	288.545	1.240	790	31.240,7	6.581	1.830	58.660	24.949	1.200	395	1.000	29		
2010	1.715.810	335.709	13.386	237.513	1.422	7.609	2.274	6304	1570	61.980	39.578	492					
2011	1.641.560	297.874	23.944	227.540	1432	745	1.835	9.351	1.460	53.780	1.570	551				2225,56	
2012	1.518.446	290.715	23.480	212.240	1444	1.712	3.820	7.098	1.000	36.810	-----	442,56	60	-----	-----	960,1	

	2011	2012
Medicamentos caducados.....	4.998.....	6.207
Restos anatómicos.....	4.190.....	2.965
Animales de Investigación.....	1.945.....	2.313

El hospital está en proceso de certificación Ekoskan (Ihobe). El compromiso de consecución es Diciembre/2013. Durante 2012 se realizó un estudio para la implantación de energías renovables en el hospital, en el marco de la participación de Osakidetza (Proyecto Europeo RES-Hospitales). Dicho estudio concluye como alternativas para el hospital: Proyecto de cogeneración mediante biomasa y con caldera de ciclo orgánico de Rankine (ORC) y Paneles solares fotovoltaicos. Estas soluciones plantean la posibilidad de alcanzar en 2020 que la procedencia del 68% de la energía térmica consumida por el hospital sea de recuperación

3.3.- Dimensión social

LA7 (P) - TASAS DE ABSENTISMO, ENFERMEDADES PROFESIONALES, DÍAS PERDIDOS Y NÚMERO DE VÍCTIMAS MORTALES RELACIONADAS CON EL TRABAJO POR REGIÓN Y SEXO.

- La tabla muestra los días y porcentaje de absentismo por IT y bajas por Maternidad

Abs 2012	Días	%
IT	57.821	5,25%
Maternidad	5.230	

LA10 (P) - PROMEDIO DE HORAS DE FORMACIÓN AL AÑO POR EMPLEADO/A, DESGLOSADO POR SEXO Y POR CATEGORÍA DE EMPLEADO/A.

- Las tres tablas que se muestran a continuación presentan resultados de los indicadores de Formación utilizados en el Hospital

Formación continuada 2012	TOTAL	HUC	OC + OTRAS OS	% HUC
Horas de formación	50831	30415	20416	59,84%
Nº cursos formación	194	74	120	38,14%
Nº plazas formación	4099	2840	1259	69,29%
Nº personas diferentes formadas	2149	1688	461	78,55%
% personas diferentes con acceso a formación del total de la plantilla	42,95%			

*2012 plantilla personal: 5307 (fecha corte 9 nov. 2012, se excluyen 304 MIR)

	PLAZAS
Clasificación acciones formativas	
Ámbito	Total
modelo organizativo	516
sistemas información	273
clínico asistencial	2175
personas	374
administración y servicios generales	278
investigación y difusión conocimiento	380
capacitación docente	70
proyectos formativos integrales	33
Total general	4099

- Desglose por categoría de empleado/a y modalidad de formación

INDICADORES POR CATEGORIAS	Datos				Plantilla	Personas que realizan formación en 2012	% Formación categorías		
	PLAZAS	Horas	Horas online	Horas presenciales	nº profesionales de plantilla por categoría	nº personas diferentes por categoría que acude a formación	% personas diferentes con acceso a formación	promedio horas total plantilla por categoría	promedio horas por profesional que acude a formación y categoría
ADMINISTRACION	545	11331	6380	4951	405	215	53,1%	28	53
AUXILIAR ENFERMERIA	501	6044	1545	4499	1086	302	27,8%	6	20
CELADORES	214	2980	1310	1670	265	118	44,5%	11	25
DIRECTIVOS	9	60	0	60	5	5	100,0%	12	12
ENFERMERO/A Y DIPL. SANIT.	1448	14483	5530	8953	1842	836	45,4%	8	17
FACULTATIVOS	974	9282	920	8362	958	457	47,7%	10	20
SERVICIOS GENERALES	121	2008	560	1448	199	88	44,2%	10	23
TECNICOS ESPECIALISTAS	267	4643	2915	1728	243	128	52,7%	19	36
Total general	4099	50831	19160	31671	5003	2149	43,0%	10	24

LA12 (A) - PORCENTAJE DE EMPLEADOS/AS QUE RECIBEN EVALUACIONES REGULARES DEL DESEMPEÑO Y DE DESARROLLO PROFESIONAL DESGLOSADO POR SEXO.

- La tabla muestra los trabajadores que reciben evaluaciones regulares del desempeño y de desarrollo profesional

	Total	Soli DP	
Hombres	1.246	407	32,66%
Mujeres	3.922	1.464	37,33%
TOTAL	5.168	1.871	36,20%

SO8 (P) - VALOR MONETARIO DE SANCIONES Y MULTAS SIGNIFICATIVAS Y NÚMERO TOTAL DE SANCIONES NO MONETARIAS DERIVADAS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS LEYES Y REGULACIONES.

- Durante el año 2012 no hubo sanciones ni multas derivadas del INCUMPLIMIENTO DE LAS LEYES Y REGULACIONES.

EC3 (P) - COBERTURA DE LAS OBLIGACIONES DE LA ORGANIZACIÓN DEBIDAS A PROGRAMAS DE BENEFICIOS SOCIALES.

- La tabla muestra los indicadores de cobertura de obligaciones de la organización debidas a programas de beneficios sociales durante el ejercicio de 2012:

Programa de beneficio social	Nº de personas beneficiadas	Coste (€)
Anticipos de nómina	79 personas	358.613
Adelantos de nómina (préstamos)	30 personas	168.762
Complementos de pensiones (0650)	227 personas	1.427.738,9
Reducción de jornada	606 personas	
Licencia por gestación	134 personas	
Lactancia materna	299 personas disfrutaron 1.147 días por licencia materna	
Paternidad	34 personas disfrutaron 112 días de licencia paternidad	
Atención a familiares	2.120 personas disfrutaron 3.611 días para atención a familiares	
Fondo Social	18 personas	5.402,54

3.4.- Responsabilidad sobre productos

PR2 (A) - NÚMERO TOTAL DE INCIDENTES DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LA REGULACIÓN LEGAL O DE LOS CÓDIGOS VOLUNTARIOS RELATIVOS A LOS IMPACTOS DE LOS PRODUCTOS Y SERVICIOS EN LA SALUD Y LA SEGURIDAD DURANTE SU CICLO DE VIDA, DISTRIBUIDOS EN FUNCIÓN DEL TIPO DE RESULTADO DE DICHOS INCIDENTES.

Durante el ejercicio de 2012 se ha desarrollado la estructura de los Sistemas de Gestión de la Calidad y Seguridad de las actividades realizadas en el Hospital.

En los apartados siguientes se describen las actuaciones más relevantes y de mayor impacto en la calidad asistencial y en la minimización de riesgos para la seguridad del paciente.

3.4.1.-Sistema de notificación de eventos adversos

En junio de 2010 se presentó en el Salón de Actos la estructura del Sistema de Gestión de Eventos Adversos como un proyecto a desarrollar en tres fases: 1. DETECCIÓN: que consistía en la implantación de un Sistema de Notificación (por los profesionales); 2. ANÁLISIS: crear una estructura de equipos de análisis de incidentes mediante la utilización de un procedimiento de investigación (el Protocolo de Londres), y 3. PREVENCIÓN: que consistía en la elaboración de recomendaciones y la toma de decisiones por los responsables de Servicios/Unidades y la Dirección del Hospital.

El Sistema de Notificación se centra en una aplicación elaborada en un proyecto de investigación del Departamento de Sanidad, que fue adaptada a la estructura del Hospital por la Unidad de Calidad e Informática, a la que tiene acceso el personal del Hospital. La administración (gestión de usuarios y mantenimiento de la aplicación) y el desarrollo de la aplicación son responsabilidad de la Unidad de Calidad.

El Análisis descansa en equipos multidisciplinares (facultativos, personal de enfermería y otros estamentos), que se responsabilizan de realizar el seguimiento de las notificaciones, la decisión de su investigación y elaboración de recomendaciones y el cierre de las incidencias.

Estos equipos disponen de dos aplicaciones informáticas para facilitar la DIFUSIÓN y para la INVESTIGACIÓN de los incidentes.

ALGUNOS RESULTADOS:

	2010	2011	2012	TENDENCIA
Nº de Notificaciones	122	243	422	
Nº de Servicios que notifican	28	25 6 nuevos	35 6 nuevos	
Nº de Equipos de Análisis	6	10	15	
Nº de Casos Investigados	50			
Nº de Recomendaciones	165 (aprox. 3 / caso investigado)			

3.4.2.-Autoevaluación del Institute for Safe Medication Practices (ISMP-España)

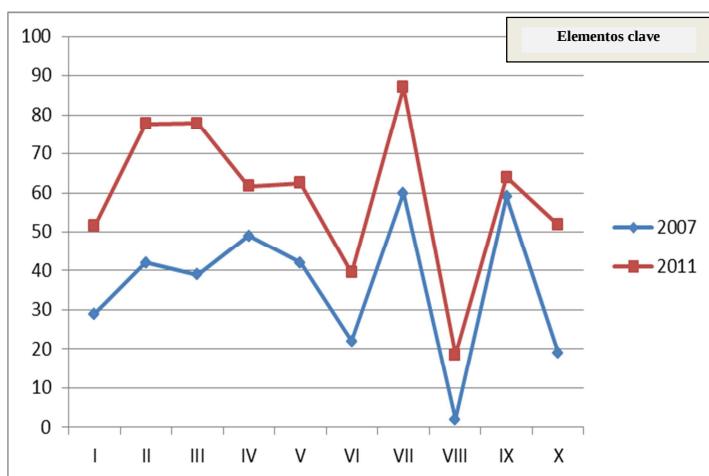
El **Cuestionario de Autoevaluación de la Seguridad del Sistema de Utilización de los Medicamentos para Hospitales** es una herramienta para la mejora de la calidad, que fue publicado en mayo de 2007 por la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud en colaboración con el Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos (ISMP-España). Se trata de una adaptación a las características de los sistemas de utilización de medicamentos de los hospitales de nuestro país del *Medication Safety Self-Assessment* del ISMP, desarrollado por el *Institute for Safe Medication Practices* (ISMP).

Este cuestionario puede ser utilizado a nivel local por los hospitales para evaluar la seguridad del sistema de utilización de los medicamentos, identificar cuáles son sus puntos de riesgo y las oportunidades de mejora, y es también muy útil para valorar cuál es la situación basal de un hospital con respecto a la seguridad y objetivar los progresos que se realicen en este área.

El cuestionario consta de 232 **puntos de evaluación** que representan prácticas o medidas concretas destinadas a prevenir los errores de medicación, que el ISMP ha incluido a partir de su experiencia en el análisis de errores de medicación y consultorías en hospitales. Está estructurado en 10 apartados que se corresponden con cada uno de los **elementos clave** que más inciden en la seguridad del sistema de utilización de los medicamentos.

- I Información sobre los pacientes
- II Información de los medicamentos
- III Comunicación de las prescripciones y de otro tipo de información sobre la medicación
- IV Etiquetado, envasado y nombre de los medicamentos
- V Estandarización, almacenamiento y distribución de medicamentos
- VI Adquisición, utilización y seguimiento de los dispositivos para la administración de los medicamentos
- VII Factores del entorno
- VIII Competencia y formación del personal
- IX Educación al paciente
- X Programas de calidad y gestión de riesgos

ALGUNOS RESULTADOS:



En julio de 2007 se creó un grupo de trabajo para cumplimentar el cuestionario. En 2011, se volvió a reunir parte del equipo para reflexionar sobre los cambios introducidos desde entonces. La percepción es que el Hospital ha mejorado en todos los elementos clave analizados.

Los apartados que más han mejorado en estos cuatro años son los relacionados con la **Información** (tanto de los medicamentos como con los prescriptores) y el desarrollo de los programas de **Gestión de riesgos**. El área que se ha desarrollado menos es la relacionada con la **Educación al paciente**.

3.4.3.-Úlceras y Caídas

En el año 2010 se creó un grupo de seguridad que se responsabilizaba de difundir la Cultura de Seguridad entre los profesionales de enfermería. Este grupo tenía la función de identificar líneas de trabajo en cuidados para minimizar el riesgo de las actividades realizadas por los equipos de enfermería de las Unidades del Hospital.

El grupo de seguridad diseñó una estructura organizativa, que consiste en la coexistencia de un equipo coordinador y equipos operativos para cada una de las líneas de trabajo.

1. En la línea de Úlceras, el grupo coordinador se creó en 2011, con la función de minimizar el riesgo de úlceras en los pacientes ingresados. El grupo planifica la realización de cortes epidemiológicos anuales para conocer la prevalencia de pacientes con úlceras. A partir del análisis de los resultados, se establecen objetivos y se crean equipos operativos que se encargan de elaborar y ejecutar planes de acción en las unidades con los peores resultados.

La tabla muestra los resultados del estudio de prevalencia de Úlceras en los tres últimos ejercicios.

	2010	2011	2012	TENDENCIA RESULTADO ESPERADO 2013	OBJETIVO 2012	META 2013
% PACIENTES CON ULCERA HUC	12%	9,9%	8,1%	6,1%	7,0%	5,7%

2. En la línea de Caídas, el grupo coordinador se ha creado en 2011, con la función de minimizar el riesgo de caídas en los pacientes ingresados. El grupo planifica la realización de cortes epidemiológicos anuales para conocer la prevalencia de pacientes con caídas. Se han realizado dos estudios.

La tabla muestra los resultados del estudio de prevalencia de Caídas en los dos últimos ejercicios.

	2011	2012
% PACIENTES CON CAÍDAS HUC	0,35%	0,45%

3.4.4.- Stop Bacteriemia (sondaje vesical, catéter venoso central)

COBERTURA DEL CATÉTER		
GASA	202	27%
TRANSPARENTE	427	56%
OTROS	130	17%
MANTENIMIENTO		
Apósito correcto	539	71%
Punto de inserción Ok	586	77%
Alargaderas (SI)	390	80%
LLAVES/TAPONES		
Llaves limpias (No)	129	17%
Tapones no utilizados	17	2%
Tapones de seguridad los accesos de medicación (No)	436	57%

Una tercera línea de trabajo es la de los cuidados de catéteres vasculares. El grupo coordinador de línea, creado en 2012, ha realizado un corte epidemiológico para conocer el grado de adecuación de la colocación y mantenimiento de catéteres venosos a las normas (buenas prácticas) evidenciadas en la literatura científica.

Los resultados se analizarán y se trasladarán a los equipos operativos para la elaboración de los planes de acción correspondientes.

3.4.5.- Listado de verificación quirúrgica de la OMS (LVQ)

En junio de 2011, coordinado por la Subdirección Quirúrgica, se inician las conversaciones con los diferentes Servicios Quirúrgicos con el fin de implantar el Listado de Verificación Quirúrgica de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Se realiza una primera evaluación en febrero de 2012, en la que se analizan las intervenciones quirúrgicas realizadas en el periodo de junio a diciembre de 2011. Esta evaluación se utiliza para ajustar las fuentes de información y el método de medición.

Se realiza una segunda evaluación en julio de ese mismo año, con la metodología más ajustada, y en la que se revisan las historias clínicas de los pacientes intervenidos quirúrgicamente en la semana del 7 al 12 de mayo de 2012 (corte de prevalencia). Se estiman los resultados globales y para trece servicios clínicos.

Indicadores: Porcentaje de registros incluidos en los episodios quirúrgicos y % de cumplimentación total del LVQ. Se presentan los datos globales del ejercicio de 2012.

	GLOBAL	PROGRAMADAS	URGENTES
Grado de Implantación	84%	86,4%	73,3%
Grado de cumplimentación	24%	25%	11%

3.4.6.- Formación en Seguridad clínica

En el Hospital Universitario de Cruces la formación en Seguridad Clínica de los pacientes se hace a cuatro niveles:

1. Según proyecto elaborado por el Grupo de trabajo de Seguridad en Enfermería, se presentó a la Comisión de Formación Continuada un programa formativo para el año 2010, dirigido a DUE, Auxiliares y celadores del Área de Hospitalización y Áreas críticas, tanto de adultos como de Pediatría.

Se han realizado 18 talleres formativos entre febrero y diciembre de 2010, con un total de 435 personas formadas. Asimismo, se han realizado 10 talleres formativos entre febrero y junio de 2011, con un total de 238 personas formadas.

Año	Plantilla	Categoría	Nº Personas formadas	% Personas formadas
2010	533	DUE	202	38%
	424	AE	175	41%
	200	Celador	55	27%
		Otros	3	
2011	519	DUE	81	16%
	361	AE	95	26%
	200	Celador	21	10%
		A.Farmacia	11	
	28	Fisioterapeutas	2	7%
	51	Matrona	3	6%
		FEAs	9	
	147	Tecnico E.	16	11%

La evaluación de los talleres ha sido muy satisfactoria, estando la media en 8.23, por encima del indicador establecido en el Proceso de Formación (7.8). Todos los ítems utilizados en la evaluación están por encima del indicador.

2. Coordinado por la Unidad de Calidad, desde 2010 se viene realizando una actividad formativa acreditada para la investigación de incidentes clínicos entre los equipos multidisciplinares de trabajo. Se han realizado siete cursos de formación (bianuales), con una asistencia media de 25 personas (entre médicos, personal de enfermería, administrativos y celadores) en cada curso.
3. Coordinado a nivel de Sociedades Científicas, en Urgencias de adultos se han formado tres personas en seguridad clínica.
4. Coordinados por la Organización Central, también han participado grupos de profesionales del Hospital en formación en esta materia:

NOMBRE DEL CURSO	Nº de PERSONAS	Nº de HORAS
ANÁLISIS SISTEMÁTICO DE INCIDENTES CLÍNICOS. EL PROTOCOLO DE LONDRES.	38	741
GASES MEDICINALES Y LIQUIDOS CRIOGENICOS EN EL HOSPITAL: MANEJO Y USO	19	28,5
LA HIGIENE DE MANOS COMO HERRAMIENTA PARA LA PREVENCIÓN DE INFECCIONES NOSOCOMIALES	71	213
ORIENTACION EN SEGURIDAD SOBRE EL SISTEMA RESONANCIA MAGNETICA INTRAOPERATORIA	25	75
TALLER DE FORMACIÓN EN HIGIENE DE MANOS	79	211,5

3.4.7.- Identificación de pacientes

Una cuarta línea de trabajo en cuidados de enfermería es la de minimizar el riesgo de inadecuación en la identificación de pacientes. El grupo coordinador de línea, creado en 2012, ha realizado un corte epidemiológico para conocer la prevalencia de pacientes con pulsera en las diferentes unidades de enfermería. A partir de estas cifras, se establecen objetivos y se lideran equipos de mejora (*task groups*) que establecen requisitos y normas de trabajo.

La tabla muestra los resultados del estudio de prevalencia de pacientes con pulsera, en los tres últimos ejercicios.

	2010	2011	2012	OBJETIVO 2012	META 2013
% PACIENTES CON PULSERA	94,9%	93,8%	95%	100%	100%

PR5 (A) - PRÁCTICAS CON RESPECTO A LA SATISFACCIÓN DEL CLIENTE, INCLUYENDO LOS RESULTADOS DE LOS ESTUDIOS DE SATISFACCIÓN DEL CLIENTE.

3.4.8.-Satisfacción del paciente

En el año 2012 se han realizado encuestas a los pacientes adultos hospitalizados, a los pacientes pediátricos hospitalizados, a los pacientes atendidos en Urgencias (adultos y niños) y a los pacientes atendidos por el Servicio de Hospitalización a Domicilio. En la tabla se muestran las áreas de mejora priorizadas para las cuatro encuestas en el ejercicio:

HOSPITALIZACIÓN ADULTOS ⁽¹⁾	HOSPITALIZACIÓN PEDIÁTRICA ⁽²⁾	URGENCIAS ⁽²⁾	HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO ⁽³⁾
Información proporcionada por el personal médico	Información proporcionada por el personal de enfermería	Ayuda proporcionada por la persona que le atendió en admisión	Conocimientos y competencia del personal de enfermería que le atendió
Organización del equipo de médicos y enfermeras	Conocimientos y competencia del personal de enfermería	Tiempo de espera desde que llegó a Urgencias hasta que le vio el médico por primera vez	
Tiempo dedicado por el médico	Atención prestada por el personal médico a las sugerencias realizadas sobre el cuidado del niño/a		
Rapidez de respuesta a la llamada del timbre en las habitaciones	Atención prestada por el personal de enfermería a las sugerencias realizadas sobre el cuidado del niño/a		

⁽¹⁾ La difusión de los resultados se realiza a todos los Servicios y Unidades, proponiendo áreas de mejora individualizadas para que se incorporen en los Contratos de Gestión.

⁽²⁾ La difusión de los resultados se realiza a todas las Secciones, proponiendo áreas de mejora individualizadas.

⁽³⁾ La difusión de los resultados se realiza por agrupación de pacientes (agudos, quirúrgicos, paliativos,...), proponiendo áreas de mejora individualizadas.

La tabla muestra los resultados obtenidos en cada área de mejora, distribuidos por años. Para cada uno de los ítem, el resultado recoge el porcentaje de respuestas "Excelente + Muy Bien":

MODALIDAD ASISTENCIAL				
HOSPITALIZACIÓN	2009	2010	2011	2012
Información proporcionada por el personal médico	49,8	62,7	55,2	64,4
Organización del equipo de médicos y enfermeras	54,3	63,7	57,8	65,5
Tiempo dedicado por el médico	93,4	93,2	94,6	95,6
Rapidez de respuesta a las llamadas	97,4	96,6	93,4	94,3
HOSP. PEDIATRÍA	2006	2008	2010	2012
Información proporcionada por el personal de enfermería	58,6	53,6	75,2	63,6
Conocimientos y competencia del personal de enfermería	56,4	55,0	80,0	59,6
Atención prestada por el personal médico a las sugerencias realizadas sobre el cuidado del niño/a	77,2	85,4	81,9	78,8
Atención prestada por el personal de enfermería a las sugerencias realizadas sobre el cuidado del niño/a	65,1	72,8	83,9	73,8
URGENCIAS	2009	2010	2011	2012
Ayuda proporcionada por la persona que le atendió en admisión	47,8	43,1	48,3	28,3
Tiempo de espera desde que llegó a Urgencias hasta que le vio el médico por primera vez	47,8	43,1	48,3	28,3
HOSP. A DOMICILIO	2006	2008	2010	2012
Conocimientos y competencia del personal de enfermería que le atendió	69,4	64,0	84,0	73,7

PR8 (A) - NÚMERO TOTAL DE RECLAMACIONES DEBIDAMENTE FUNDAMENTADAS EN RELACIÓN CON EL RESPETO A LA PRIVACIDAD Y LA FUGA DE DATOS PERSONALES DE CLIENTES.

El hospital cumple con todas las directrices de la legislación referentes a este apartado con el objetivo garantizar que la información de carácter personal de nuestros pacientes tenga un tratamiento que permita garantizar su seguridad.

Las reclamaciones (quejas por escrito) recibidas en el SAPU del hospital ascienden a 2.563 a lo largo de 2012. Este dato se desglosa de la siguiente forma:

- Asistencia sanitaria:1294
- Hostelería/instalación: 49
- Información de la organización:79
- Lista de espera: 926
- Organización/coordinación:191
- Trámites burocráticos:14
- Trato personal:28

Las reclamaciones respecto a la privacidad y fuga de datos personales se codifican como Asesoría jurídica y en el año 2012, no se recibió ninguna por tal concepto.

El nº de reclamaciones resueltas en menos de 30 días de las interpuestas han sido 2440 (95,05%), con una demora media de resolución de 7,53 días.

4. Resumen de nuevas acciones a desarrollar en el año 2013

A continuación se muestra algunos de los proyectos del HUC, vinculados a áreas de la RSC para el 2013.

LE1 LAS PERSONAS: EJE CENTRAL DEL SISTEMA DE SALUD

- ✓ Diseño de la Estrategia y Política de seguridad HUC
- ✓ Definición de la política de información al paciente
- ✓ Sesiones informativas a mujeres embarazadas sobre Anestesia Epidural
- ✓ Marcha popular "Levanta las sábanas y mira" para la prevención de las úlceras por presión
- ✓ Proyecto "Humanización Pediatría" en colaboración con IKEA y "pinkgorillas"
- ✓ Proyecto "Salud con música"
- ✓ Planificación del programa de Jornadas de Puertas abiertas a escolares
- ✓ Inventario de colaboraciones sociales con asociaciones y ONGs
- ✓ Renovación de la Web HUC
- ✓ Proyecto voluntariado hospitalario

LE2 RESPUESTA INTEGRADA A NUEVOS RETOS: CRONICIDAD, VEJEZ Y DEPENDENCIA

- ✓ Definición de un nuevo modelo de atención integrada

LE3 GARANTIZAR LA SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA

- ✓ Autoevaluación EFQM
- ✓ Implantación del Sistema de gestión de Calidad
- ✓ Despliegue gestión por procesos: Enfoque Proceso RSC
- ✓ Plan de Eficiencia 2013
- ✓ Implantación del Sistema de Gestión medioambiental
- ✓ Inicio proyecto "Compra Verde"
- ✓ Proyecto de Gestión Energética
- ✓ Ética Institucional
- ✓ Publicación Memoria RSC reducida
- ✓ Adhesión al Pacto Mundial de las UN

LE4 PROTAGONISMO E IMPLICACIÓN PROFESIONAL

- ✓ Avanzar en el Plan de Normalización lingüística
- ✓ Diagnóstico y Plan de Comunicación del HUC
- ✓ Encuesta satisfacción personas
- ✓ Planificación de la Certificación OHSAS

LE5 POTENCIAR LA INVESTIGACIÓN Y LA INNOVACIÓN

- ✓ Acreditación Instituto BioCruces
- ✓ Implantación del Sistema de gestión de la Innovación