Osakidetza
Servicio vasco de salud

BILBOKO ESKUALDEA
COMARCA DE BILBAO

BILBOKO ESKUALDEA
BiE

MEMORIA

PARA LA EVALUACIÓN EXTERNA SEGÚN EL MODELO DE EXCELENCIA

EFQM

INDICE

INTRODUCCIÓN 1

CRITERIOS AGENTES

CRITERIO 1: LIDERAZGO 4

CRITERIO 2: POLÍTICA Y ESTRATEGIA 13

CRITERIO 3: PERSONAS 21

CRITERIO 4: ALIANZAS Y RECURSOS 30

CRITERIO 5: PROCESOS 41

CRITERIOS DE RESULTADO

INTRODUCCIÓN A LOS RESULTADOS 54

CRITERIO 6: RESULTADOS EN CLIENTES 55

CRITERIO 7: RESULTADOS EN PERSONAS 61

CRITERIO 8: RESULTADOS EN SOCIEDAD 67

CRITERIO 9: RESULTADOS CLAVE 71

CRITERIOS AGENTES

INTRODUCCIÓN

La Comarca Bilbao - Bilboko Eskualdea (BiE) es una de las Organizaciones de Servicio que conforman Osakidetza – Servicio Vasco de Salud. Su ámbito de actuación es la prestación sanitaria pública de Atención Primaria dirigida a los ciudadanos de Bilbao y Alonsotegi .

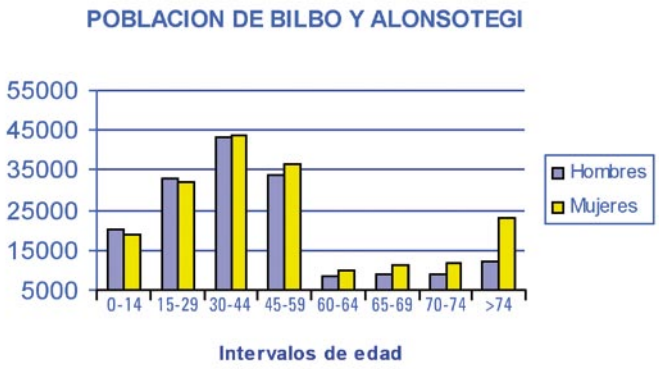
BiE inició su andadura en 1989 como Sector Bilbao integrado ya en Osakidetza y superando la anterior estructura del INSALUD. En esos momentos era responsable de la Asistencia Sanitaria Extrahospitalaria de Bilbao (Atención Primaria, Atención Especializada y Salud Mental), disponiendo para ello de una estructura organizativa dividida en seis Zonas Sanitarias, con un total de siete Ambulatorios de Atención Primaria y Especializada y nueve Consultorios o Centros de Salud. No fué hasta 1997 y tras la integración en 1992 en Osakidetza de su Hospital de referencia, el Hospital de Basurto, en que la Comarca Bilbao se convierte en una Organización de Servicios exclusivamente de Atención Primaria. El total de población atendida por BiE a enero de 2006 es de 373.570 habitantes.

La cobertura a esta población definida por 20 Zonas de Salud, se realiza a través de 20 Unidades de Atención Primaria y 3 Puntos de Atención Continuada está distribuida en 23 CS, en horario de 8:00 a 20:00 horas y la sede de la Dirección de Comarca, con una estructura directiva y técnica para toda la Comarca. Entre sus estructuras de apoyo BIE cuenta con una Unidad Básica de Prevención, Servicio de Salud Escolar y 5 Servicios de Atención al Paciente ubicados estos últimos en los centros (ambulatorios) donde se comparte la Atención Primaria con servicios de Atención Especializada.

La estructura funcional de BiE viene regulada por el Decreto 195/1996 de Estructura de Atención Primaria en el que se prevén Órganos de Dirección y de Gestión (Gerente de la Comarca, el Equipo Directivo y el Consejo de Dirección) y Órganos de Participación (Consejo Técnico).

El Gerente y su Equipo Directivo, dirigen y gestionan BiE con la participación del Consejo de Dirección, conformado además por los Jefes de Unidad de Atención Primaria como responsables de cada UAP y una representación del Consejo Técnico, que es el órgano de asesoramiento y participación de los profesionales en la gestión.

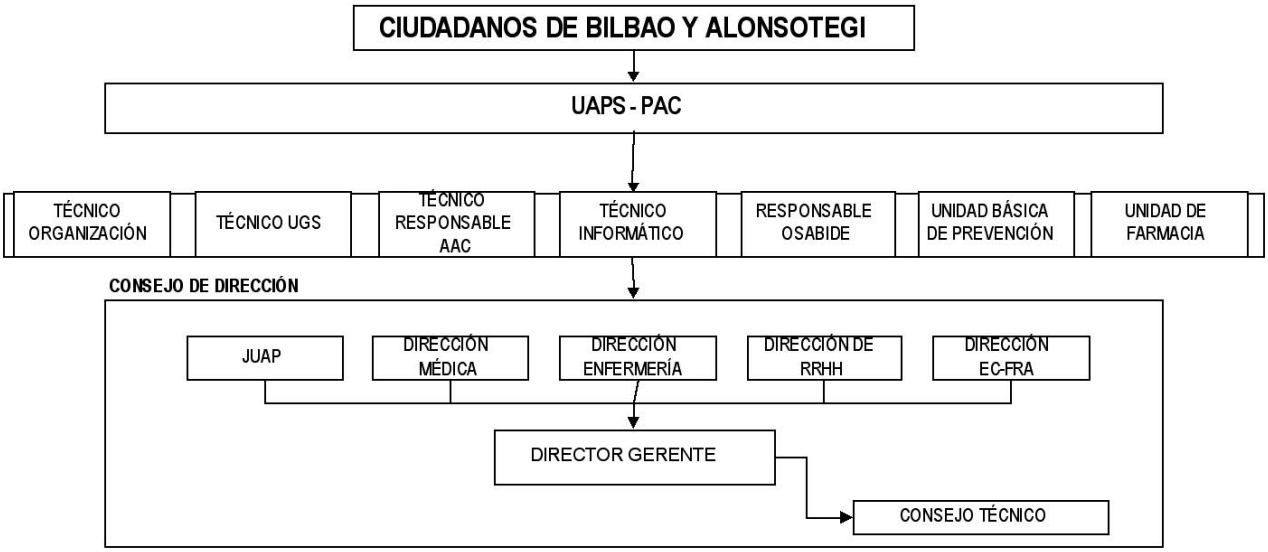
Además de los órganos recogidos en el citado decreto, en BiE existen distintas comisiones y comités orientados a la mejora de los distintos procesos comarcales, como son, entre otros, la Comisión de Farmacia, el Comité de Seguridad y Salud, el Comité de Formación, la Comisión de suministros y el Comité ISO Comarcal.



BIE cuenta con una plantilla a enero de 2006 de 765 profesionales distribuidos de la siguiente manera:

% PLANTILLA 2006	
Facultativos	32,94%
Enfermería	37,88%
AAC	25,78%
Tecnicos	0,65%
Personal oficios	2,09%
Personal directivo	0,65%
TOTALES	100%

ORGANIZACIONES SANITARIAS DE REFERENCIA
HOSPITAL DE BASURTO
HOSPITAL DE SANTA MARINA
EMERGENCIAS OSAKIDETZA
SALUD MENTAL EXTRAHOSPITALARIA
BANCO HEMOTERAPICO
SERVICIO DE ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL (E.T.S)
MODULOS DE PLANIFICACION FAMILIAR



En el siguiente cuadro se presentan las características más destacables de cada uno de los centros que componen BIE.

CENTRO	ISO AAC	CGC	GPP	Acreditación en Docencia			
				M.I.R.	PEDIATRÍA	MATRONAS	ENFERMERÍA
INDAUTXU		X					X
REKALDE	X	X		X	X	X	X
ETXANIZ	(W)	X			W	X	X
BASURTO	X	X			W		X
ALTAMIRA	X	X			W		X
J. SAENZ DE BURUAGA	X	X		X	W		X
SAN IGNACIO	X	X		X			X
SAN ADRIÁN	X	X	X				X
S.SOLOKOETXE	X	X	(W)			X	X
S. EL KARMELO	X	X	X				X
B. SAGARMINAGA	(W)	X					X
CASCO VIEJO	X	X	(W)		W		X
LA PEÑA	X	X			X		X
LA MERCED	X	X	X		X		X
GAZTELEKU					W		X
ZORROZA		X			W		X
ALONSOTEGI		X					X
BEGOÑA		X			W	X	X
ZURBARAN		X		X		X	X
DEUSTO				X			X
ARANGOITI							X
TXURDINAGA						X	X
OTXARKOAGA		X		X	W		X
PAC							X

(W) En Proceso

El siguiente cuadro refleja la evolución de la actividad de BIE durante el período estratégico.

INDICADORES DE ACTIVIDAD DE BIE		AÑO		
		2003	2004	2005
Medicina de Familia	Número de visitas totales	1.357.128	1.319.906	1.360.916
	Visitas Centro/Día	28.29	27.26	28.77
	Minutos/visita por médico de familia	8.49	8.47	8.23
Pediatría	Número de visitas totales	208.515	210.915	215.636
	Visitas Centro/Día	22.48	23.13	24.19
	Minutos/visita de pediatra	10.34	11.20	10.29
Enfermería	Número de consultas en el centro	895.495	840.256	821.149
	Número de consultas en domicilio	79.160	72.826	64.607
	Número de consultas de apoyo al diagnostico médico	339.615	334.360	374.947
	Número de curas y administración de tratamiento	256.156	248.928	338.503
Matrona	Número de consultas en el centro	33.580	35.688	26.567
	Número de consultas en domicilio	548	383	314
	Número de recién nacidos	2.798	2.867	2.932
PAC	Nº de asistencias de facultativos	44.391	25.327	39.257
	% domicilio	33.50	34.65	28.41
	Nº de asistencias de enfermería	26.715	19.439	26.017
	% domicilio	21.9	20.90	16.01

A continuación se muestran algunos de los hitos comarcales y de Atención Primaria claves que reflejan la realidad de BIE a lo largo de los años.

1983	• Creación del Organismo Autónomo Osakidetza dependiente del Departamento de Sanidad.
1988	• Se produce la transferencia de competencias Sanitarias al Gobierno Vasco.
1989	• Creación con su Estructura y Organización de las Comarcas de AP. Creación de la Comarca Bilbao (su primera denominación es Sector Bilbao).
1990	• Apertura del nuevo Centro de Salud de Txurdinaga.
1991	• Apertura de los nuevos Centros de Salud de Albia y Otxarkoaga.
1993	• Osasuna Zainduz: Estrategia de reforma de la Sanidad Vasca.
1994	• Reestructuración de los Servicios de Atención Urgente de la CAPV e integración en las Comarcas de AP como Servicio de Atención Continuada (PAC)
	• Apertura del nuevo Centro de Salud de San Ignacio.
1995	• Apertura del nuevo Centro de Salud Casco Viejo.
1996	• Creación del Laboratorio Unificado Comarcal.
	• Primera Autoevaluación Comarcal según el Modelo E.F.Q.M.
1997	• Traspaso de Laboratorio, Rx y personal facultativo y A.T.S. a Hospital de Basurto.
	• Ley de Ordenación Sanitaria – Creación de las Unidades de Atención Primaria y de sus jefaturas (J.U.A.P.'s).
	• Reorganización de la Comunidad Autónoma del País Vasco en siete Comarcas de Atención Primaria.
	• Primer Contrato Programa de la Comarca Bilbao.
1998	• Segunda Autoevaluación según el modelo E.F.Q.M.
	• Transformación de Osakidetza en Ente Público de Derecho Privado.
	• Apertura del nuevo Centro de Salud de Abusu-La Peña.
	• Transferencia de los servicios sanitarios del Instituto Social de la Marina: reorganización de la Atención Especializada y Atención Primaria.
	• Elaboración del Primer Plan de Gestión Comarcal.
	• Creación del Primer Consejo Técnico de la Comarca Bilbao.
1999	• Apertura de los nuevos Centros de Salud de San Adrián-Zabala y Bolueta-Sagarminaga.
2000	• Primer Contrato de Gestión Clínica.
	• Tercera Autoevaluación según el modelo E.F.Q.M.
	• Apertura de los nuevos Centros de Salud de La Merced e Indautxu.
2001	• Primera Encuesta de Satisfacción de Clientes en Atención Primaria.
	• Inicio de Certificación ISO en Áreas de Atención al Cliente.
	• Apertura del nuevo Centro de Salud de Gazteleku.
2002	• Segunda Encuesta de Satisfacción en Atención Primaria.
	• Cuarta Autoevaluación de Comarca Bilbao.
2003	• Realización de Primera Encuesta de Satisfacción de las Personas. Periodicidad anual.
	• Integración de Alonsotegi en Comarca Bilbao. Apertura de nuevo Centro de Salud de Arangoiti.
	• Culminación del proceso de apertura de las UAPs hasta las 20:00 horas (100% de los centros).
	• Inicio del Plan de Euskaldunización del Personal.
2004	• Inicio de HOBEKUNTZA
	• Definición 1er Mapa de Procesos de BiE
	• Inicio de las Autoevaluaciones en UAP San Adrián
	• 1er acto de reconocimiento "MEREZIMENDUAK"
	• Encuesta de Satisfacción de clientes específica en 20 UAPs
	• Firma del Compromiso por la Excelencia
2005	• 5ª Autoevaluación Comarcal y continuación en 4 UAPs. Diseño de herramienta de Autoevaluación propia
	• Constitución de la Comisión de Formación y 1ras Jornadas de BiE
	• 1ra Evaluación de liderazgo y diseño de LIDERBIE
	• Inicio de la implantación procesos singularizados
	• Apertura de nuevo CS. De Zorroza y ampliación de San Ignacio
	• 1ª Revisión MVV
2006	• Celebración 2as Jornadas de Formación
	• Diseño INFOBiE
	• Inicio de Pagina Web

Osakidetza
Servicio vasco de salud

BILBOKO ESKUALDEA
COMARCA DE BILBAO

BILBOKO ESKUALDEA
BiE

LIDERGOA

LIDERAZGO

CRITERIO 1: LIDERAZGO

El concepto del Liderazgo en BiE ha ido modificándose en paralelo a los cambios en el entorno. En los comienzos de la creación de nuestra organización en 1989, denominada entonces Sector Bilbao, el Liderazgo se ejercía, de un modo clásico, basándolo en un modelo jerárquico y con un organigrama vertical, donde se encontraban las figuras del Director de la Comarca y las Direcciones de Zona (Médicas y de Enfermería).

Es tras la entrada de nuevas ideas de gestión, propiciadas para todas las organizaciones de Osakidetza por la estrategia de cambio Osasuna Zainduz (1993), la Ley de Ordenación Sanitaria (1997), y el primer Plan Estratégico (PE) del Ente Osakidetza (1998-2002), cuando comienzan a modificarse las formas de actuar de las propias organizaciones, y de sus hasta entonces líderes, hacia una corresponsabilidad, y mayor autonomía de gestión, que permiten una participación más directa de los profesionales y en consecuencia de los futuros líderes en el ámbito de gestión diaria de su organización.

La apuesta estratégica por la mejora continua, cuya razón de ser en BiE se plasma en "HOBEKUNTZA", se apoya en la implicación personal de los líderes de BiE en todos los ámbitos del desarrollo del Sistema de Gestión (SG), ya que son aquellas personas de referencia los responsables de guiar a la Organización a la consecución de sus objetivos, y como tales deben servir de ejemplo al resto de profesionales.

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

• DESARROLLO DE LA MVV EN BiE

La primera definición de la Misión , Visión y Valores (MVV) de BiE, contenida en su PE 2003-2007, constituyó un ejercicio de alineación y autonomía, con respecto a la expresada en el PE 2003-2007 de Osakidetza y que conforma el contexto programático y de compromiso actualizado, vigente y continuo, para todas las organizaciones de servicios que la componen (Hospitales , Comarcas de Atención Primaria (AP), ...).

En 2003, tras la elaboración por parte de su Director Gerente (DG), de un documento de Reflexión Estratégica, BiE redefinió e inició un nuevo itinerario estratégico con objeto de mejorar la Calidad de su Gestión, y lo proyectó a través de la estrategia que denominó HOBEKUNTZA en 2004 (ver 1e).

Fruto de las Áreas de Mejora (AMs) detectadas en las autoevaluaciones comarcales y Encuestas de Satisfacción de personas (ESP), se detectó la necesidad de impulsar la participación de los profesionales en la gestión, adoptándose como primera medida la participación del Equipo Directivo (ED), Equipo Técnico (ET) y Jefes de Unidad de Atención Primaria (JUAP) en la definición de los conceptos claves que rigen el funcionamiento de BiE (MVV y Líneas Estratégicas (LE)) y en la elaboración del PE 2003-2007 . De cara a iniciar la preparación de lo que será el PE 2007-2010, a finales de 2005 se revisaron la MVV tomando como referencia las experiencias de otras Organizaciones como Hospital de Basurto (HBas), BBK, etc. por parte del ED y ET, siendo refrendada la misma por el Consejo de Dirección (CD) en diciembre de 2005 previo al despliegue del Plan de Gestión (PG) 2006 por los centros (ver 1d).

Es en este marco donde se desenvuelven todas las actuaciones de BiE, constituyendo un reto importantísimo en el que aúnan sus esfuerzos nuestros líderes, así como todas las personas que integran la Organización.

Uno de los conceptos clave a la hora del desarrollo de éstos nuevos estilos de gestión, ha sido la definición del concepto de líder, ya que son las personas de la organización las directamente implicadas en el desarrollo del sistema de gestión de la misma, y por lo tanto quienes deben actuar como modelo de referencia a todos los niveles.

La 1ª definición de Líder realizada por el ED y ET en agosto 2004 recogía un concepto de líder excesivamente amplio, ya que se incluían entre ellos a los propietarios de procesos de nivel comarcal. Tras la realización de la Autoevaluación 2005, se detecta como AM la necesidad de evaluar y revisar el comportamiento de los líderes y de iniciar acciones de mejora en este ámbito; para ello 3 miembros del ED asisten

MISIÓN	2003	La Comarca tiene como Misión proveer los servicios sanitarios necesarios para satisfacer las necesidades de salud relacionadas fundamentalmente con la Atención Primaria de la población bajo los principios de: Universalidad, Equidad, Solidaridad, Eficiencia, Calidad
	2005	Satisfacer las necesidades de salud de la población de Bilbao y Alonsotegi, a través de la prestación de servicios para la promoción de la salud, la prevención y el tratamiento de las enfermedades. Los principios en los que se basa su actividad son: "Universalidad, Equidad, Solidaridad, Eficiencia y Calidad."
VISIÓN	2003	BIE aspira a ser excelente y orientada al cliente /paciente.
	2005	BiE pretende ser reconocida por nuestros usuarios como una Organización accesible, que da respuesta a sus demandas a través de los servicios y dedicación de todo su equipo humano, con eficiencia y profesionalidad. BiE pretende ser reconocida por las personas que la integran, como una Organización que propicie su participación en el desarrollo y mejora de su actividad. BiE pretende ser reconocida por la Sociedad, Instituciones Públicas y Privadas como una Organización comprometida con la población de Bilbao y Alonsotegi, e interlocutora en todo aquello relacionado con la salud de nuestra población. BiE pretende, por último, ser reconocida por las Organizaciones Sanitarias de Servicios como una Organización comprometida con la Mejora Continua y la Innovación.
VALORES	2003	• Trabajamos para el cliente /paciente. • Motivación personal y profesional a través de la facilitación de medios, recursos y canales de participación. • Compromiso con la calidad total y la innovación. • Orientación al resultado. Eficiencia.
	2005	• Orientación al ciudadano. • Profesionalidad y Trabajo en Equipo. • Compromiso con la Mejora Continua y la Innovación. • Orientación a los Resultados. • Iniciativa. • Sentido de Pertenencia.

al 1er Foro para la Acción (FOAC) sobre Liderazgo organizado por Euskalit, y tomando como referencia el concepto de Liderazgo definido por diferentes Organizaciones Excelentes del ámbito sanitario (Zumarraga, Comarca Ekialde) y no sanitario (BBK, Irizar), se redefine el concepto por parte del ED y ET, reflejando los líderes "formales":

"En BiE reconocemos actualmente como líderes a aquellas personas con responsabilidad directa sobre otros profesionales y que cuentan con un nombramiento efectivo y formal dentro de la organización. Son por tanto líderes aquéllos que con responsabilidad sobre equipos ó personas, coordinan y equilibran las necesidades y expectativas de los diferentes grupos de interés, trabajando en actividades de mejora. Impulsan la mejora de la gestión diaria de BiE, y estimulan a las personas que la conforman a dar lo mejor de sí mismas, orientándolas hacia la consecución de sus objetivos (MVV).

Entre ellos, BiE sitúa a su ED, los/as Jefes de Unidad, Responsables de Enfermería (RENF), Responsables de las Áreas de Atención (RAAC) al Cliente y miembros del ET".

Esta definición permite identificar actualmente a 50 líderes en BiE. Cabe destacar los esfuerzos realizados por parte del ED a la hora de desplegar y aumentar el número de líderes en BiE a través de las convocatorias periódicas de JUAPs, RENF y RAAC, la inclusión en el Consejo de Gerencia (CG) de la Técnico de la Unidad de Gestión Sanitaria (TUGS) y el Técnico Responsable de las Áreas de Atención al Cliente (TRAAC) en 2004 y el Técnico de Organización (TO) en 2005, el fomento de la formación en gestión a los profesionales, etc. Fruto de la revisión de las Fuentes de Información (FI) para la elaboración del PG 2006, y dada la positiva evolución en los índices de participación de nuestros profesionales en el desarrollo del SG, donde ha aumentado de manera significativa el número de profesionales implicados en equipos de mejora pasando del 7.45% de los profesionales en 2003 a 33.2% en 2005 (ver fig 7b.8), el Consejo de Gerencia decidió en febrero de 2006 la convocatoria global de JUAPs para aquellas UAPs en las que no existía dicha figura, obteniendo 6 jefaturas que añadidas a las existentes, abarcan actualmente a 17 de las 20 Unidades de Atención Primaria (UAPs) de BiE. La evolución en el tiempo de estos buenos resultados queda reflejada en la figura siguiente

UAPs	JUAP	RENF	RAAC
Basurto- Altamira	SI	SI	SI
Begoña	SI	NA	SI
Bolueta- Sagarminaga	SI	NA	SI
Casco Viejo	SI	NA	SI
Deusto-Arangoiti	LD	LD	SI
Etxaniz	SI	LD	SI
Gazteleku	LD	SI	SI
Indautxu	SI	SI	SI
J. Saenz de Buruaga	SI	NA	SI
La Merced	SI	NA	SI
La Peña	SI	NA	SI
Otxarkoaga	SI	SI	SI
Rekaldeberri-Zabala	SI	SI	SI
San Adrián	SI	NA	SI
San Ignacio	SI	SI	SI
Santutxu - El Karmelo	SI	LD	SI
Santutxu - Solokoetxe	SI	SI	SI
Txurdinaga	LD	SI	SI
Zorroza- Alonsotegi	SI	LD	SI
Zurbaran	SI	NA	LD
PAC	SI	NA	

* Liderazgo Delegado: Procedimiento que define la responsabilidad de la DA en la gestión de las UAPs sin JUAP.

Este incremento de líderes ha permitido desplegar en BiE la MVV a través de los PG comarcales y de UAP a través de los mecanismos existentes (ver 2d), donde la función de los líderes es clave a la hora de desarrollar y proponer los objetivos e iniciativas de mejora (ver 1e).

Hasta 2005 la evaluación de los aspectos relacionados con los comportamientos de los líderes se efectuaba a través de los ítems recogidos bajo la dimensión "Percepción de la Dirección" de la ESP y los resultados de las Autoevaluaciones comarcales. En 2005 BiE complementa la sistemática de revisión de las competencias de los líderes a través de la metodología "Feedback 360º" siendo pionero en el ámbito de Osakidetza y soportado por una Herramienta informática con el objetivo de facilitar su realización (4e).

Para realizar esta experiencia el DG, la Directora de Recursos Humanos (DRRHH) y el TO, con apoyo de una consultora externa definen 25 competencias en base a los Valores (Val), que a su vez están divididas en 150 comportamientos. Para comprobar la validez y sencillez de la herramienta, se hizo una prueba piloto con el propio DG que permitió adaptar la herramienta a la realidad de BiE en la definición de las competencias y comportamientos y en la estructura de evaluación, ya que la herramienta era genérica para todo tipo de Organizaciones. Esta adaptación fue realizada por el TO y validada posteriormente por el DG, DRRHH y TRAAC, adaptación que es realizada en cada fase según los líderes evaluados.

La evaluación de competencias consta de tres fases plurianuales:

FASES	LÍDERES EVALUADOS	EVALUADORES
1ª Diciembre 2005	17 (ED y JUAPs)	63 profesionales
2ª Septiembre 2006	27 (RENF y RAAC)	81 profesionales
3ª Enero 2007	ET y resto de líderes	Por definir

Cabe destacar que en la tercera fase serán evaluados los líderes que a fecha de realización de las dos fases anteriores no llevaban 6 meses en el cargo, mejora introducida tras la experiencia de la 1a fase

La evaluación tiene como objetivo el desarrollo de estrategias que permitan mejorar el desarrollo competencial de los líderes de BiE; para dar respuesta a este objetivo se inicia el desarrollo del programa LIDERBIE (ver 3b), liderado por la DRRHH, en el que se fomentan aquellas actividades de aprendizaje y formación más apropiadas para ello.

Asimismo, a nivel de UAPs y a través de la herramienta de Autoevaluación desarrollada para las UAPs por Osakidetza en 2005 y adaptada por BiE para su utilización interna (ver 4d) se revisan los aspectos específicos relacionados con el criterio Liderazgo.

• IMPLICACIÓN DE LOS LÍDERES EN ACTIVIDADES DE MEJORA DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE BiE

En el desarrollo de los valores de BiE, en los que se encuentran la Mejora Continua y la innovación, el papel de los líderes es fundamental, ya que son ellos los que deben ser ejemplo del resto de profesionales, y como tal, su implicación personal en el desarrollo del SG es necesaria.

Es por ello que los líderes de BiE participan habitualmente en actividades relacionadas con iniciativas para mejora de la gestión, planteamiento y desarrollo de nuevos proyectos, etc como parte de su desempeño habitual (ver figura 1b.2)

• ESTIMULAR Y ANIMAR LA DELEGACIÓN, COLABORACIÓN Y ASUNCIÓN DE RESPONSABILIDADES Y LAS ACCIONES DERIVADAS DEL APRENDIZAJE

Una de las iniciativas impulsadas en BiE tras el inicio de HOBEKUNTZA es la "Gestión participativa" que busca fomentar la participación y el in-

tercambio de los conocimientos y experiencias adquiridas por los profesionales en su desempeño diario. Para ello se han habilitado foros como los comités ISO comarcales (ver 5a), se ha potenciado el intercambio de mejores prácticas (ver 3e) y se han creado nuevas Comisiones como la Comisión de Formación Comarcal en 2005 liderada por una facultativo y compuesta por miembros de todos los estamentos, sin presencia de miembros del ED ni JUAPs (ver 3b).
Estas iniciativas han permitido fomentar el empowerment entre los profesionales de BiE, lo que queda reflejado en los ejemplos mostrados en la Figura 1a.1.

IMPULSORES	PARTICIPANTES	EVIDENCIAS	Fig 1a.1
ED	8 profesionales	Equipo de Evaluadores de BiE de Contrato Programa (desde 1998)	
DG, DRRHH TRAAC	5 Resp AAC	Creación de Equipo de Auditores ISO a nivel de BiE (desde 2005)	
ED	68 profesionales	Definición MP BiE (2004)	
DG y DM	3 profesionales	EM Gripe: procedimiento para actuaciones en situaciones epidémicas (2005)	
ED	6 profesionales	TAO: mejora en la implantación, del circuito (2005)	
ED	ED y ET	Creación de Equipos de desarrollo y Procesos: Implantación procesos (desde 2004)	
ED	9 profesionales	Comisión de Formación (2005)	

La medición de estos enfoques y despliegues se realiza a través de 3 mecanismos:
1. La evaluación de competencias comentada con anterioridad
2. La dimensión "Gestión del Equipo Directivo" en la ESP, que ha pasado de un 2.34 en 2003 a un 2.7 en 2005.
3. Las Autoevaluaciones Comarcales y de UAP

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

BiE ha apostado por los principios que definen la Excelencia como guía de sus actuaciones (ver 1e), algunos de los cuales quedan recogidos en sus valores y se concretan en su LE 3 "Aplicación de nuevas herramientas de gestión y Mejora de la Calidad Científico Técnica", que soporta y da cobertura a todas las iniciativas relacionadas con la implantación de los SG y al resto de LE definidas en el PE.

• GESTIÓN POR PROCESOS

El cambio de enfoque en el modelo de gestión y la definición de objetivos cuantificados que permitan realizar un correcto seguimiento de la Política y Estrategia (PyE) obliga a BiE a identificar los procesos para el correcto despliegue de los objetivos, definir las responsabilidades para la gestión de los mismos y desarrollar los sistemas de información que permitan monitorizar el avance en BiE.

Para el éxito de HOBEKUNTZA, es trascendental que tanto los líderes como las personas de BiE, tengan un conocimiento cada vez mayor de esta estrategia, y sean lo más partícipes posible en la misma.

Es por ello que BiE, para gobernar el desarrollo del SG a nivel comarcal definió en 2004 el Macroproceso de Dirección Estratégica (BPE 1), liderado por el DG que ha sido revisado conforme avanzaba la implantación del nuevo SG (ver 2c) y que aglutina toda la reflexión que dirige la mejora de la Organización a través de la recogida de información (ver 2a) y la definición de las directrices a seguir. Este proceso integra el despliegue de las mismas a las UAPs, que se concretan en el PG de Centro, proceso donde se marcan las directrices particulares de cada uno de los Centros de manera consensuada y cuya responsabilidad corresponde al JUAP y la Dirección Asistencial (DA).

Parte fundamental del despliegue de estos procesos es:

1. La medición del avance de la Organización, realizada de manera sistemática con la participación de los líderes a través de los diferentes controles establecidos (ver 2d y 5a), bien a nivel de Dirección (indicadores de los procesos de propiedad comarcal y los incluidos en el PE/PG), a nivel conjunto UAP – Dirección (Cuadros de Mando (CM) y Revisión cuatrimestral) y a nivel de UAP (indicadores de los procesos UAP). La información recogida a través de estas FI, ha sido mejorada periódicamente en base a las necesidades del sistema (ver 2b) y sirve para analizar el estado de los objetivos junto al resto de FI que actuan de input al proceso de Dirección estratégica (Voz de Grupos de Interés (VGI), Autoevaluación, Encuestas, etc.).
2. El despliegue de la participación directa de los líderes de BiE en el mismo, empezando por los integrantes de su ED, ET, JUAPs y responsables de Unidad Básica de Prevención (UBP) y Punto de Atención Continuada (PAC), quienes participan en la actualidad en la difusión de las LE y objetivos que conforman su PE 2003-2007, y los sucesivos PG (ver 1d).

• ADECUACIÓN DE RESPONSABILIDADES

La implantación y mejora del SG requiere de la definición de responsabilidades en la propiedad de los procesos (ver fig. 1b.1). A nivel comarcal son establecidas por el DG, y a nivel de UAP por el JUAP o la DA en el caso de UAPs con "Liderazgo Delegado".

Fig. 1b.1 MACROPROCESO	RESPONSABLE
BPE.1 DIRECCIÓN ESTRATÉGICA	DIRECTOR GERENTE
BPO.2 PROCESOS DE GESTIÓN DE CENTRO	JUAP / D. ASISTENCIAL
BPA.3 GESTIÓN ASISTENCIAL DE COMARCA	DIRECTOR MÉDICO
BPA.4 GESTIÓN DE PERSONAS	DIRECTORA RR.HH
BPA.5 GESTIÓN FINANCIERA	DIRECTOR EC-FRO
BPA.6 GESTIÓN MEDIOAMBIENTAL	RESPONSABLE MANTENIMIENTO
BPA.7 GESTIÓN SISTEMAS DE INFORMACIÓN	TÉCNICO UGS
BPA.8 MANTENIMIENTO	DIRECTOR EC-FRO

El despliegue de medios y adecuación de la cualificación de RRHH se ha logrado a través de la formación en gestión (ver 3b y 7b), la introducción de indicadores en las herramientas de seguimiento de los objetivos de BiE y la habilitación de mecanismos de información para agilizar su gestión como INFOBIE (ver 4e).

El Macroproceso de Dirección Estratégica BPE 1 ha permitido afianzar la apuesta por la Gestión por Procesos (GPP) como herramienta de gestión, implicando una serie de cambios a nivel de estructura y de participación/implicación en la gestión por parte de los líderes, ya que son quienes tienen a partir de ese momento la misión de coordinar y gestionar los procesos a su cargo para la consecución de los objetivos además de la propia Implicación de los líderes , como por ejemplo la participación activa desde 2005 de la DA y ET en la implantación de los procesos singularizados a través de reuniones sistemáticas cuatrimestrales con los propietarios de los mismos donde se analizan los posibles problemas e instaurar AMs. Para ello se cuenta en cada grupo con "referentes internos", profesionales que han implantado o están en vías de implantación de la ISO-Alcance Total, (ver 5a).

• GESTIÓN DEL APRENDIZAJE Y MEJORA

Los líderes de BiE participan de manera activa en el despliegue del proceso "BPE 1.3 (ver 2b), a través del intercambio de experiencias con otras Comarcas, reuniones intercentros, visitas a Organizaciones Excelentes, etc, participación que se ha extendido desde el ED al resto de líderes.

LÍDERES	FI / FA	EVIDENCIAS	Fig. 1b.2
ED, ET Y JUAPs	Reflexión DG	1er PE 2003-2007 y la definición en el mismo de la apuesta por la GPP como herramienta de BiE	
ED, ET Y JUAPs	PE	Definición y revisión MP de BIE	
ED y ET	ESP / Autoev	Creación de la Comisión de Formación Comarcal. Creación del Boletín Informativo "Begirada Batez"	
ED, ET y JUAPs	PE / Sugerencias	Mejora de los procesos: Elaboración Guía HTA, Guía Antiinfecciosos en AP, Guía para la prevención del Maltrato Infantil de Osakidetza, Protocolos de coordinación con Residencias 3ª edad, Protocolos úlceras y heridas, de atención a detenidos, etc.	
	PE	Incorporación de todas las UAPs a la mejora de sus resultados a través de la firma de los Contratos de Gestión Clínica. y del Pacto/Cumplimiento de Objetivos	
ED y ET	ESP	Mejora en la accesibilidad: Apertura 8:00-20:00 hrs e implantación Cita Previa durante todo el horario de apertura de los centros	
ED, ET y Resp. UBP	PE	Ampliación de los procesos de certificación (parcial y total) de sus UAPs y Servicios (Gestión Económico Financiera y UBP)	
ED, y ET	PE	Impulso al desarrollo de FI para recoger las necesidades y expectativas de los GI	
DG y DRRHH	PE / ESP / Autoev	Generalización del Plan de Incentivación desde 2004 a todas las UAPs	
ED y ET	PE / ESP / Autoev	Impulso a las Políticas de Reconocimiento Comarcales y de UAP (3e y 1d)	
DG, DA, ET y JUAPs	PE / Autoev	Despliegue e implantación estructurada y continuada (procesos singularizados) del MP de BiE	
DG y DA	PG	Definición del procedimiento de "Liderazgo delegado" (2003), para la gestión de aquellas UAPs temporalmente sin JUAP en las que toma la responsabilidad la DA	
DG	Reflexión DG	Foros de intercambio de experiencias: comités ISO comarcales (2000).	
ED, ET, JUAPs, RENF y RAAC	PE	Participación de los líderes en autoevaluaciones (comarcales y UAPs)	
DG, DRRHH, TRAAC y TO	PE	Impulso a la formación en el ámbito de la excelencia	
TO, TRAAC y TUGS	PE	Implicación directa del ET en formación de gestión (GPP y Modelo EFQM)	
DG y DRRHH	PE / autoev	Extensión de la GPP y la monitorización de sus resultados a la UBP (2005) y PAC (2006), ampliando de manera paulatina el despliegue de objetivos a todo BiE	
DG y DEF	PE / Autoev.	Introducción del reciclaje de los residuos sanitarios y no sanitarios en el 100% de las UAPs e inicio de EKOSCAN en 2006 en 7 UAPs	
ED, ET Y JUAPS	Benchmarking	Desarrollo de proyectos de mejora: Anticoagulación Oral, Dei Gune (Ekialde), Programa informático Gestión sustituciones on-line (Uribe), CREA medicación prolongada (UAP Beraun), etc.	

Este mayor protagonismo y asunción de responsabilidades, impulsado por el desarrollo del SG ha impulsado la introducción de mejoras en la implantación de líneas y objetivos de los sucesivos PG , a nivel de cambios estructurales vinculados a su P y E, en definitiva, a la mejora de la gestión diaria de BiE (ver 5a, 5b y 5c). A continuación se muestran algunas de las mejoras en el SG impulsadas por los líderes de BiE (figura 1b.2). Es de destacar la mejora en los resultados obtenidos en las dimensiones de la ESP "Participación", 2.66 en 2003 y 2.9 en 2005 y "Organización y mejora", 2.6 en 2004 y 2.9 en 2005.

1C LOS LÍDERES INTERACTÚAN CON CLIENTES, PARTNERS Y REPRESENTANTES DE LA SOCIEDAD:

Tal y como se plasma en la Mi y Vi de BiE, uno de los aspectos clave a la hora de desarrollar las iniciativas recogidas en el PE y los PG de BiE es el papel que juegan los líderes a la hora de interrelacionarse con sus Grupos de Interés (GI).

• INTEGRACIÓN DE NECESIDADES DE GI

BiE, con cerca de 375.000 clientes tiene un continuo contacto con ellos como consumidores del servicio que se le oferta. Este contacto aporta continua información sobre necesidades y expectativas individuales que nuestra organización analiza (ver 5e) e intenta resolver de forma directa con cada cliente.

Estos entornos de relación han actuado históricamente como FI para desarrollar las estrategias y acciones (ver 2a) y permiten crear, mejorar y adaptar los servicios que se desarrollan a las necesidades y expectativas de los clientes (5c), estableciendo para ello relaciones estructuradas por parte de los líderes.

En el primer MP (ver 5a), se definió el proceso BPE 1.2 Voz de grupos de interés, plasmando la importancia de este comportamiento. Integrado en un principio en el proceso Hobetzen, tras la 2ª revisión del MP en 2005 se incluyó dentro del Macroproceso BPE 1 Dirección Estratégica, como input clave para el mismo; este proceso sirvió para identificar a los GI y estructurar el contacto del ED con sus representantes, lo que facilitó el posterior despliegue al resto de líderes de este comportamiento, definido además como una competencia asociada a los líderes e integrada en LIDERBIE (ver 1a).

La Misión de este proceso es "Conocer e identificar de forma periódica las necesidades y expectativas de los grupos de interés de BiE a través de los medios y herramientas más adecuadas para este fin, con el objetivo de proporcionar información útil para la mejora", lo que implica directamente a los líderes y ha proporcionado a BiE la motivación fundamental para un cambio de enfoque en la Visión de cliente, evolucionando de un concepto de cliente pasivo, usuario y consumidor de servicio a un concepto de cliente activo, más informado y con capacidad de participación en el diseño del servicio que finalmente va a consumir.

En base a esta nueva Visión de cliente, BiE, revisa su proceso de diseño de servicio ampliando el protagonismo que el cliente tiene en él (ver 5c).

Además, en coherencia con nuestro nuevo enfoque de cliente, podemos hablar de otro concepto, el de ciudadano, que consumidor directo o no del servicio, tiene también intereses, que aunque en la mayoría de los casos no explicita individualmente, tienen repercusión en su percepción del servicio.

En este sentido BiE considera también entre sus GI a aquéllos que representan estos intereses de los ciudadanos, y por ello ha considerado el DIALOGO con ellos como factor clave de éxito en el diseño de aquellos procesos en los que centran sus necesidades y expectativas.

Por ello y dentro del proceso antes mencionado BPE 1.2 Voz de Grupos de Interés, BiE, incluye el subproceso BPE 1.2.1 "Dialogo con el ciudadano" como aquel en el que se estructura el enfoque de diseño compartido del servicio con lo que hemos denominado anteriormente la "representación del cliente".

A continuación mostramos el papel activo de los líderes de BiE en el desarrollo de iniciativas conjuntas con los GI externos, relacionándolo con las LE del PE de BiE.

• CLIENTES/PACIENTES

Papel de los líderes	Líderes implicados
CLIENTES (LE1)	
• Impulso a la realización de ESC a nivel comarcal con periodicidad anual y a la realización de encuestas específicas (ver 5e) como método sistemático de recogida de información. Evaluación de los resultados e incorporación de mejoras a los PGs.	ED, ET y JUAP
• Quejas, Reclamaciones y Sugerencias: Análisis y respuesta individualizada a cada una de ellas. Integración de las mejoras planteadas en los PGs	ED, SAPU, JUAP, ET
• Ampliación, Actualización y publicación de la Cartera de Servicios en el 100% de los CS. Adecuación de la misma a las características del barrio: Traducción al árabe, francés e inglés.	ED, TRAAC, JUAP

• AGENTES SOCIALES E INSTITUCIONES

AGENTES SOCIALES E INSTITUCIONES (LE 5)	Líderes implicados
AYUNTAMIENTOS	
• Coordinación con los Servicios Sociales y Salud Escolar del Ayuntamiento de Bilbao, estableciendo programas de acción y prevención. • Colaboración y coordinación con la Oficina Municipal de Rehabilitación de Bilbao La Vieja: Plan de Mejora del barrio, participación en reuniones de trabajo……	DG, DE DG, JUAP La Merced
• Reuniones con el equipo de gobierno de los Ayuntamientos, con el fin de planificar/propiciar nuevos centros de salud así como la coordinación de los recursos necesarios , ante eventos culturales (Bilbao 700), festivos (Korrika), deportivos (World Series), etc..	DG,DA
• Apoyo al desarrollo local: Participación en la elaboración del PE de Alonsotegi en 2003, cesión de terrenos al Ayto de Bilbao para ampliación de parque en Santutxu etc.	DG
DIPUTACIÓN FORAL	
• Participación, y Reuniones periódicas con la Diputación Foral para diversos temas, planificación de la asistencia a personas en residencias de la tercera edad, definición del protocolo sobre maltrato infantil, etc.	DG,DA
DEPARTAMENTO DE INTERIOR	
• Elaboración de protocolos conjuntos: Garantía de atención las personas detenidas en la Comisaría de la Ertzantza de Deusto.	DM
ASOCIACIONES DE VECINOS (AAVV)	
• Recepción, y análisis proactivo de las propuestas realizadas por los interlocutores de los barrios: AAVVs, comunidades de vecinos,…. manteniendo reuniones periódicas, acudiendo a asambleas de vecinos y distritos de barrio (ver 8b.2).	DG, DA, DEF, JUAPs
• Elaboración de artículos y colaboraciones de interés sanitario para la población de Bilbao La Vieja-Zabala en la Revista"Info **BLV**", participación en medios de comunicación en épocas epidémicas, etc.	DG ,DA, JUAPs,ET
ASOCIACIONES DE AFECTADOS	
• Establecimiento de acuerdos y mecanismos de coordinación con la Asociación Vizcaína de Anticoagulados, Unidad de Donantes de Sangre de Bizkaia, Asociación de Sordos, etc. con el objetivo de mejorar el seguimiento,despliegue y control de determinados procesos, fundamentalmente crónicos	DG, DE
INSTITUCIONES DOCENTES (Universidad,…)	
• Realización de acogida a médicos residentes (Medicina de Familia, y Pediatría). • Realización de la acogida a las diplomadas en enfermería	DM DE
• Incorporación de Farmacéuticas residentes en prácticas	ET y Farmacéuticas de BiE
• Incorporación de alumnos en prácticas "programa Becas de Calidad Total" de Euskalit	ED y TO

• OTRAS ORGANIZACIONES SANITARIAS

OTRAS ORGANIZACIONES SANITARIAS (LE 5)	
EMERGENCIAS	
• Establecimiento de protocolos y pautas de actuación concretas y conjuntas con el objetivo es coordinar la Atención continuada a los usuarios de BIE, como en el caso de la Atención domiciliaria, programada y urgente. • Participación en Simulacros de evacuación de afectados ,ante desastres /accidentes múltiples/ ferroviarios,….	DA DG,DM, Resp. PAC
HOSPITAL DE BASURTO (HBas)	
• Coordinación de los procesos asistenciales a través de la gestión conjunta . Ejemplos : citación de la atención especializada desde las AAC de las UAPs, y el establecimiento de protocolos, y equipos de mejora como en el caso del TAO, Retinografo, continuidad de cuidados,….	ED
• Mante UAP J. Saez de Buruaga.	ED
OTRAS ORGANIZACIONES SANITARIAS (OOSS)	
• Impulso al intercambio del conocimiento: Realización de actividades de Benchmarking, con el fin de mejorar la prestación del servicio y/o el SG con el fin de valorar y poder analizar la viabilidad de los diferentes proyectos (ver 5c). • Anfitrión y Recepción de representantes de organizaciones como Gipuzkoa Ekialde para analizar la experiencia de la Evaluación de Liderazgo, representantes de AP de Albacete y del Instituto Catalán de la Salud para estudiar el SG, etc.	ED, ET
• Participación en la realización de auditorias ISO en otras comarcas desde 2002: Uribe, Interior, etc.	TRAAC
• Impartición de formación a nivel de gestión de la Organización Central: curso en GPP a miembros de todas las UBPs en 2005, formación en procesos a miembros de UAPs de todas las comarcas, etc.	DG, TO, TRAAC, JUAPs ,RAAC,
SALUD MENTAL EXTRAHOSPITALARIA (SME)	
• Establecimiento de protocolos y acuerdos como la coordinación entre psiquiatras infantiles y pediatras para la atención de trastornos psiquiátricos infantiles.	DM
HOSPITAL DE SANTA MARINA (HMar)	
• Impulso a la creación de grupos de trabajo conjuntos de ambas organizaciones para el desarrollo de protocolos con el objetivo de ofertar una buena atención a los pacientes terminales y crónicos domiciliarios de BIE	DA

•SISTEMA SANITARIO (LE1 y LE5)

PROVEEDORES	
• Participación como miembros activos en comisiones técnicas, grupos de trabajo donde se deciden el material sanitario y aparataje de BIE y Osakidetza.	DEF, DA, ET
DEPARTAMENTO DE SANIDAD	
• Participación tanto en comisiones asesoras como en diferentes grupos de trabajo como: • Coordinación con la Dirección de Farmacia (2005): Gasto en Farmacia, Residencias 3ª Edad • Vigilancia epidemiológica y grupos de vacunación	Unidad de Farmacia DA
• Participación en los grupos focales de la Red IRYSS (Proyecto de Investigación a nivel Estatal) sobre las Necesidades y Expectativas de los Usuarios	DG
• Participación activa en los grupos de mejora de la Oferta Preferente del CP • Negociación, difusión y evaluación del Contrato Programa	DA, UGS
• Planificación de las reordenaciones y asignaciones de usuarios ante la apertura de nuevos centros de salud, incorporación de nuevas plazas , incremento de oferta horaria y solicitud de cambios de médico o de domicilio.	ED y ET
OSAKIDETZA - Organización Central	
Participan de manera habitual en las comisiones y grupos de trabajo lideradas desde OC. Algunos ejemplos son:	
• Comisión de Formación continuada	Adjunta a DE
• Comisión de Investigación en Atención Primaria	DG,DM
• Comité Técnico y Director ISO	DG, JUAP, UGS
• Participación en el Grupo de Trabajo a nivel corporativo para el Definición MP de las UAP	JUAP San Adrián
• Miembro permanente en Comité de Seguimiento de Acuerdo de Regulación de Condiciones de trabajo (ARCTO) y Mesa Sectorial de Sanidad (única representación de Atención Primaria).	DRRHH
• Participante en Equipo de Proceso de Normalización Lingüística de Osakidetza (2005)	DRRHH
• Comisión atención al inmigrante	DE
• Participante en el grupo de trabajo sobre incapacidad temporal	DM
• Participación en la 1ª Autoevaluación EFQM ,a nivel corporativo de Osakidetza (2003)	DG,DEF
• Grupo de trabajo de Gripe (anuales)	DA
• Coordinación Puntos de Atención Continuada (PAC) (03)	DG,DM
• Participación en grupos de revisión estratégica de Osakidetza (2003), y años posteriores.	DG
• Participación como presidentes, suplentes, secretarios, vocales en los tribunales de Osakidetza.	ED y ET

Fruto de este esfuerzo por parte de los líderes, y para determinar el grado de satisfacción de los partners externos con BiE, en 2005 el TO diseñó una encuesta con el objetivo de recabar información para mejorar la relación, fruto de la cual se ha diseñado un Plan de comunicación (PCOM) externa que estará operativo desde 2006.

La efectividad de estos contactos de los líderes con los GI es medida a través de los proyectos conjuntos desarrollados y el impacto que estos tienen en la satisfacción. A partir de 2005, BiE desarrolla otras tres FI para evaluar este ámbito:

1. La Encuesta de Satisfacción de Aliados (ESA), donde cabe destacar que en el apartado "Accesibilidad" el 93.4% de los GI encuestados en 2005 dieron una valoración muy positiva y positiva.
2. La evaluación "Feedback 360º" de las competencias "Relación con otros GI" y "Orientación al Cliente" definidas para los líderes.
3. Las autoevaluaciones en UAPs. Fruto de esta última, por ejemplo, la UAP Santutxu Solokoetxe priorizó la relación con GI externos como objetivo a desarrollar durante 2006.

• PARTICIPACIÓN EN FOROS

Los líderes y otros profesionales relevantes de BiE, además de las relaciones estructuradas anteriormente descritas, y fruto de su compromiso con la mejora continua a todos los niveles, participan de manera activa en diferentes foros/actividades con el objetivo tanto de difundir sus conocimientos como en la facilitación de medios y recursos para desarrollar diferentes actos (ver figura 1c.1)

LÍDERES	FORO/ACTIVIDAD	Fig. 1c.1
JUAPS	Jornadas de Osatzen: Ponentes y miembros organizadores (desde 2000)	
DE y Adjuntas	Miembros del Comité Científico y organizadores de las Jornadas de enfermería País Vasco (desde el 2000)	
ED, ET y JUAPs	Evaluaciones externas Euskalit (desde 2001)	
DG	Organizadores I Pediatria Topaketak Euskeraz (2005)	
DA y JUAP	Taller SEDAP sobre GPP (2005)	
RAAC, JUAPs	Congreso AESMAS como ponentes (2006)	
TRAAC	Miembro del Comité Científico AESMAS (2006)	

• RECONOCIMIENTO

Como complemento de los Sistemas de Reconocimiento a nivel interno (ver 3e) , los líderes de BiE reconocen los éxitos de las OOSS de manera sistemática a través del Begirada Batez y cartas de felicitación como, por ejemplo, en el caso del Hospital de Zumarraga o la Comarca Uribe con ocasión de sus Reconocimientos de calidad, además de a diferentes profesionales por su participación en estudios, investigaciones, etc como en el caso de los autores del documento de intervención DE PENAS sobre el manejo de pacientes con malestar psicosocial en 2005; asimismo, reconocen a los ponentes, docentes y organizadores de las Jornadas de Formación por su participación e implicación en el desarrollo de las mismas.

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

La idea ser "reconocida por las personas que la integran como una organización que propicia la participación en el desarrollo y mejora de su actividad" aparece expresada en nuestra Vi y tiene su reflejo en la LE 2 de BiE , más concretamente en el OE2.2 "Potenciar la implicación de las personas con la MVV de BiE y la participación en la consecución de sus objetivos" y en el OE 2.3 "Alcanzar niveles de satisfacción y motivación suficientes", objetivos en los que el comportamiento personal de los líderes tienen un reflejo directo.

• COMUNICACIÓN

La comunicación de la PyE y los PG ha tenido una clara evolución en BiE a lo largo de los años basada en los resultados de las diferentes Autoevaluaciones y ESP, y la definición de sistemáticas que han permitido estructurar la comunicación, como la definición de Planes de comunicación (ver 3d).

Desde el año 2003, y en consonancia con el cambio que se quería impulsar en BiE, sus líderes se han convertido en motores y tractores tanto en la difusión de su PyE como en la adopción del modelo EFQM, participando en la comunicación directa de los aspectos estratégicos con el objetivo de llegar al 100% de los profesionales (ver fig 1d.2). La evolución y las sucesivas mejoras se muestran en la siguiente figura.

Fig. 1d.1	
AÑO	**CONTENIDO - EMISOR - RECEPTOR**
Hasta 2003	El PE de Osakidetza, Contrato Programa y el PG de BiE . se comunican al Consejo Técnico (CT) por parte de la DA, y a los JUAPs por parte del DG en los CD, y a ambos además a través de los diferentes documentos de gestión propios de cada UAP, CGC y, CP, por parte del ED de BiE.
2003	Se comunica el PE 2003 - 2007 de BiE a CD y CT por parte del ED y ET. Se incorporan los CMs como medio para la comunicación de la PyE
2004	Se amplia la comunicación al 100% de las UAPs, al resto de miembros del ET y al resto de personal de Administración de BiE en sesiones presenciales lideradas por el DG con el apoyo del ED.
2005	Se incorporan miembros del ET al ED en el despliegue y se conforman dos equipos
2006	Se incluyen en las presentaciones hitos derivados de la puesta en marcha del sistema de gestión HOBEKUNTZA relacionados con el enfoque hacia el modelo EFQM y con el propio desarrollo del PG del año anterior.

Como apoyo a las mejoras implantadas en la comunicación, desde el año 2004, se realiza un gran esfuerzo por adaptar y resumir el PE, PG y resultados de las ESPs en documentos/manuales más sintéticos y manejables , que se hacen llegar a todos los profesionales de BiE. Además, se editan monográficos especiales del BEGIRADA BATEZ (BB) sobre el modelo EFQM, la implantación de las normas ISO, y se ha habilitado el acceso a toda la información relevante a través de la página web comarcal.

Desde 2005, los JUAPs se encargan de comunicar de manera sistemática en las UAPs, la PyE de BiE, el seguimiento del PG de la UAP, los planes de mejora y los resultados de las diferentes reuniones cuatrimestrales de CM.

Como estrategia general, los miembros del ED y ET aprovechan de forma sistemática los contactos con los profesionales de las UAPs (comisiones, grupos de trabajo, formación en gestión, etc.), para informar de los aspectos clave de la PyE de BiE.

La efectividad de las medidas tomadas por los líderes en la difusión de la MVV, así como en los objetivos estratégicos, se refleja en la mejora de los resultados de la ESP anual en los ítems "Conocimiento de la MVV", 2.6 en 2003 y 2.9 en 2004 y "Conocimiento de la PyE", 2.36 en 2003 y 2.9 en 2005.

Fig 1d.2 Comunicación aspectos estratégicos

DONDE	QUIEN	PERIODICIDAD	ASPECTOS ESTRATÉGICOS
Consejo de Gerencia	ED Y ET	Semanal	PG, PE y Mapa de Procesos (MP). Seguimiento
Consejo Dirección	DG + ED	cuatrimestral	PG, PE y Mapa de Procesos (MP). Seguimiento
Consejo Técnico	DA	cuatrimestral	PG y PE y MP
Despliegue PE / PG en cada UAP	DG + ED+ ET	anual	PG y PE y MP
Cuadros de mando en cada UAP	ED + ET	cuatrimestral	PG
Comité Iso Comarcal	DG + TRAAC	mensual	MP y Procesos
Reuniones cuatrimestrales seguimiento procesos	DA + ET	cuatrimestral	Procesos
Comisión Farmacia	DM + ET	anual	CP y CGC
Reuniones con las UAPs	ED	periódico	PE, PG y MP
Reuniones con el EAP	JUAP	periódico	PE, PG y MP

• APOYO A LA MEJORA

La implicación de los líderes para animar al resto de las personas a participar en la mejora ha sido muy importante, por ejemplo con la creación de equipos de mejora y la puesta en marcha de la GPP (ver 1b).

El despliegue realizado por los líderes de manera personal anteriormente explicitado (ver figura 1d.1) permite la recogida de sugerencias y aportaciones para la mejora en cualquier formato, ya sea por escrito o de manera verbal. Estas se contestan de manera personalizada y en plazo por el responsable del proceso afectado, y se reflejan y analizan en las reuniones de CM. Las aportaciones han permitido la mejora de procesos asistenciales (ver figuras 5b.3 y 5c.5) , la propuesta de actividades formativas para su posterior integración en el Plan de Formación Comarcal (PFORM), etc.

Por otra parte el calendario periódico de reuniones del ED con las UAPs recogidas en nuestro PCOM (ver 3d) para tratar los diferentes temas propicia la accesibilidad y cercanía de los líderes y las personas de BiE.

También del propio despliegue de la GPP (reuniones de intercambio de experiencias entre los propietarios de procesos), han salido sugerencias de cambio, tanto en la forma de implantar los procesos como en las actividades a realizar. Fruto de estas mejoras ha sido por ejemplo la formación en GPP de 180 profesionales (23% de la plantilla) en sesiones impartidas por Técnicos de BiE entre diciembre de 2005 y febrero de 2006.

Además, y como parte del desarrollo profesional y personal, desde BiE se facilita la participación de los profesionales en proyectos de investigación (ver 3c), de apoyo a ONGs (ver 1c), posibilitando la colaboración con otras organizaciones (guardias de pediatría en HBas, docencia en universidad) a través de la organización del servicio y la cobertura de la ausencia en apoyo al proyecto personal que planteen los profesionales de BiE .

• ACCESIBILIDAD

La política de puertas abiertas se enfatiza a partir de 2003 con el inicio de la gestión itinerante en presentación de aspectos estratégicos, si bien anteriormente se realizaban acciones puntuales (reformas AAC, implantación horario de tarde, etc.).

Cualquier persona de BiE que lo precise tiene acceso a sus líderes en persona, teléfono ó e-mail, atendiéndose a quién lo solicita en atención a la prioridad requerida.

Se mantienen entrevistas con o sin cita, y para otros contextos más puntuales, los números de los teléfonos móviles del ED figuran en todos los centros y están disponibles las 24 horas durante los 365 días del año.

Esto permite también la resolución de incidencias derivadas de la gestión de personas (sustituciones, refuerzos,…), incidencias en los centros, además de posibilitar la presencia inmediata de miembros del ED cuando se considera necesario.

Todas estas iniciativas han hecho que el apartado referido a la accesibilidad de los líderes haya sido identificado en la Autoevaluación de 2005 como un Punto Fuerte (PF) de BiE.

• RECONOCIMIENTO

Un factor muy importante para lograr la satisfacción de las personas tal y como muestran las ESP es a través del Reconocimiento, tanto formales como informales. Para ello los líderes de BiE han creado diversas herramientas como el Plan de Incentivos comarcal (PI) (ver 3e) que recompensa a las profesionales por esfuerzos realizados y los objetivos conseguidos.

Fruto de reflexión interna del ED y ET en 2004, desde ese año se reconoce anualmente y de manera estructurada a los trabajadores que llevan desempeñados 25 años de vida laboral, y a los que se jubilan en el año por parte de los líderes de BiE en actos públicos (MEREZIMENDUAK). Posteriormente, se han incorporado paulatinamente otros reconocimientos tras reflexión y aprendizaje de las memorias de otras organizaciones, y sugerencias de personas de BiE (ver 3e). De la misma forma y desde el inicio en el año 2000 de las certificaciones de ISO 9001:2000, el ED y ET de BiE celebra una comida anual de reconocimiento, junto con los equipos de Calidad de las UAPs certificadas, por el esfuerzo compartido realizado anualmente en este proyecto estratégico.

BiE registra los agradecimientos y reconocimientos a todos sus profesionales que han ido participando en distintos proyectos de mejora como por ejemplo la definición del Mapa de Procesos (MP) y las Autoevaluaciones, enviando reconocimientos escritos a aquellos profesionales que han recibido reconocimientos de clientes ya sea a través de la prensa o en cartas de agradecimiento enviadas a la dirección de BiE.

Asimismo, los líderes aprovechan la diversidad de contactos posibles en el ámbito laboral, para agradecer a las personas de BiE su esfuerzo y dedicación, por el buen desempeño del trabajo, en el caso de situaciones epidémicas, por su disponibilidad y esfuerzo sobreañadido o en el caso de agradecimientos en prensa a profesionales, enviando una carta de agradecimiento personal por parte del ED.

Otro ejemplo de ello es el impulso que desde el ED se da a la promoción interna de sus profesionales, favoreciendo fuera de las convocatorias específicas de movilidad, a aquellos profesionales con la titulación requerida para desempeñar funciones específicas de una categoría superior (promocionen en épocas de sustituciones, bajas, vacantes, etc.) (Ver 3e).

Desde el ED y ET se anima a los JUAPs y otros líderes a que reconozcan la labor a las personas que tienen a su cargo, lo que ha llevado a que se definan sistemas de reconocimiento individualizados por UAP incluyéndolos en el PI de BiE de 2006. (Ver 3e)

En BiE además se favorece la igualdad de oportunidades de manera continua para acceder a puestos de liderazgo a través de convocatorias públicas en el ámbito correspondiente.

La evaluación del reconocimiento personal de los líderes se realiza a partir de 2005, de manera particular, a través de los comportamientos asociados a las competencias interpersonales “Delegación”, “Trabajo en equipo” y “Carisma” dentro de LIDERBiE, además del ítem específico “¿Reconocen los líderes del centros los éxitos de la personas a su cargo por la consecución de objetivos individuales o de grupo, o por su colaboración en acciones de mejora?” en las autoevaluaciones EFQM de UAPs y de manera general a través de las Autoevaluaciones comarcales y la ESP, con las distintas preguntas que engloban la dimensión de reconocimiento en la que BiE ha ido mejorando su índice de satisfacción pasando de un 2,52 en 2003 a un 2,72 en 2005.

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

• COMPRENDER Y ANTICIPARSE A LOS CAMBIOS

A lo largo de los años, los líderes de BiE han asumido y mantenido diferentes apuestas estratégicas, con el convencimiento de que una organización sanitaria pública debe adelantarse a los cambios y retos planteados por el entorno en el que realiza su actividad, siendo clave el cambio de enfoque de paciente como "quien es o va a ser reconocido médicamente", a cliente "persona a la que se presta un servicio".

Uno de los hitos estratégicos claves en BiE ha sido la apertura progresiva del 100% de sus UAPs, diariamente de 8.00 a.m. - 20.00 p.m (ver figura 6b.1).

Apoyada en el análisis de la Encuesta de Salud de la Comunidad Autónoma Vasca (ESCAV) del 92, y liderada en todo momento por el ED y JUAPs de BiE, supuso un importantísimo esfuerzo a nivel tanto de la gestión de personas (definición de las plantillas horizonte por turno/horario de trabajo y Centro de Salud (CS), paso de plantilla de horario de mañana a horario de tarde (65% - 35%)), como de las infraestructuras de BiE.

Dicho objetivo (reflejo de la prioridad e influencia que el GI clientes ejercía en la PyE de BiE, de facilitar y mejorar el acceso a los centros del paciente/cliente, culminó en Enero de 2004, siendo BiE la 1ª Comarca de AP de Osakidetza que lo acometió, y la única que desde entonces mantiene una política explícita de flexibilización/rotatoriedad de las agendas de sus profesionales médicos, lo cuál permite a éstos compatibilizar sus horarios laborales de mañana y /ó tarde, con las necesidades asistenciales de los pacientes/clientes, y sus horarios tanto de trabajo como escolares, todo ello en cumplimiento de lo establecido en el 1er PE 98-02 de Osakidetza.

• LIDERAR EL CAMBIO

En 2003, casi culminada la apertura de las UAPs en horario de 8:00 a 20:00, comienza una nueva etapa con la Reflexión estratégica liderada por el DG (ver 1a), que marcaba el camino hacia la mejora del SG, tanto en el enfoque asistencial, como en aspectos de gestión de sus procesos y personas (sistematización de procesos , orientación al cliente,...), liderando un cambio que obligó a BiE, a compaginar objetivos a corto plazo (en contextos predecibles), con el impulso de objetivos a más largo plazo (más impredecibles).

La primera iniciativa fue la definición en 2003 del primer PE de BiE, en el que los líderes de BiE definieron la MVV, ejes que permitieron realizar planteamientos a más largo plazo, y que quedaron definidos a través de 5 LE (ver 2c).

En Mayo de 2004, BiE consolida el camino iniciado para la Mejora de la Calidad de su Gestión y lo hace a través de la definición y puesta en marcha de la estrategia HOBEKUNTZA. Aprobada en el 1er CD de BiE de 2004 se basa en la adopción del Modelo EFQM como referente en el desarrollo, impulso y mejora continua del SG. La confirmación de éste planteamiento estratégico de BiE, fue la firma, en diciembre de 2004 del Compromiso por la Excelencia por parte de su DG.

Esta apuesta decidida tiene como objetivo fundamental convertir a BiE en una Organización Excelente, y comprometida con los principios de la Calidad Total, constituyendo un Hito trascendental y de referencia metodológica para BiE, al tiempo que condiciona desde entonces nuestra propia PyE, y la de sus líderes, y ha supuesto el impulso definitivo al cambio, en todos los aspectos relevantes como por ejemplo en el equilibrio de las necesidades y expectativas de todos los GI de nuestra Organización. Asimismo BiE ha pilotado sus proyectos más comprometidos de HOBEKUNTZA desplegando la buena práctica metodológica de analizar y evaluar las ventajas, inconvenientes y recursos de cada proyecto (ver 2c), aplicándolo por ejemplo a la implantación de la GPP, a las autoevaluaciones EFQM, la evaluación de competencias, etc.

Existen ejemplos claros (ver 1b) de la implicación personal que los líderes han mantenido en su difusión e implantación desde el inicio del mismo, como por ejemplo en su presentación formal el 12 de Mayo de 2004 en una reunión celebrada en el Centro de Salud Indautxu, y a la que asistió una amplia representación de profesionales de BiE.

• COMUNICAR CAMBIOS

Tras la aprobación de HOBEKUNTZA, se procedió al despliegue y comunicación por parte del ED y ET de BiE de todas las líneas, estrategias e iniciativas de cambio que la componen a través de su presentación, a nivel interno, en el resto de Comisiones y Consejos de BiE (ver figura 3c.2) y en el 100% de las UAPs con el objetivo de hacer partícipe al mayor número de personas de BiE del nuevo enfoque desde el primer momento; a nivel externo esta comunicación se realizó a través de los foros en los que los líderes de BiE participan de manera directa como la X Semana de Calidad en 2004 por parte del DG o el Taller SEDAP en 2005 por parte de la DA y JUAP de San Adrián-Zabala, además de ser apoyado de manera documental por la memoria de actividades que se envía a diferentes Organizaciones (ver 2d).

Este despliegue sigue vigente, habiéndose ampliado a nivel interno a las acciones formativas internas relacionadas con la GPP y el Modelo EFQM, también con documentos específicos de comunicación externa e interna como el BB y viéndose apoyado de manera definitiva por la implicación del resto de líderes de BiE como los JUAPs en el desarrollo de los diferentes proyectos como las autoevaluaciones, implantación de procesos, etc. integradas en Hobekuntza (ver 1b), asumiendo un papel determinante en la estabilización de la misma.

Ejemplo de la apuesta de los líderes de la participación activa de los profesionales en el desarrollo de la estrategia fue el inicio de la implantación de la GPP a nivel de toda la Comarca (ver 5a), para el que se estructuraron los siguientes equipos

- Comité de Dirección del Proyecto formado por el ED de la Comarca, Coordinadora del Proyecto, TRAAC, así como el TO, incorporado en 2005.
- Equipos de Desarrollo, compuestos por 6-8 profesionales de nuestra organización por cada Equipo y que principalmente colaboran en el desarrollo del MP y en el análisis de los Criterios del Modelo (EFQM)
- Equipos de Proceso: compuestos por 6-8 profesionales de nuestra organización involucrados en el proceso en cuestión, con distintos niveles de Responsabilidad. Dentro de estos equipos se establece la Figura de Propietario de Proceso.

• ASIGNACIÓN DE RECURSOS

Esta estrategia de mejora ha sido apoyada por una política económica que ha posibilitado desde la formación de los líderes y personas implicadas en él a la contratación en 2005 de un TO como apoyo al despliegue de las iniciativas de mejora tras evaluar la envergadura de la misma por el ED de BiE, a mejoras en las infraestructuras, incremento del presupuesto de formación (ver 7b), etc. que han sido recogidas en sus correspondientes PG.

El reflejo más claro del impacto y la eficacia de los Hitos estratégicos (ver introducción) acometidos por BiE se encuentra en la mejora de los resultados de los indicadores relevantes en clientes y personas tales como la satisfacción global, en la que en el caso de los clientes se ha obtenido en 2005 el mejor resultado de Osakidetza (ver fig 6a.20), y la tendencia positiva mostrada en los indicadores asistenciales como los resultados en la Oferta Preferente (OP) y Oferta de Calidad, también mejor resultado de Bizkaia en 2005 (ver fig 9a.7); además, estos resultados se ven apoyado por los obtenidos a través de otras fuentes de información existentes como la Autoevaluación, en la que se muestra el impacto de las estrategias desarrolladas en la evolución de las AMs, cuyo exponente más claro es las referidas a la formación.

Osakidetza
Servicio vasco de salud

BILBOKO ESKUALDEA
COMARCA DE BILBAO

BILBOKO ESKUALDEA
BiE

POLITIKA eta ESTRATEGIA

POLITICA y ESTRATEGIA

CRITERIO 2: POLÍTICA Y ESTRATEGIA

INTRODUCCIÓN

La Mi de BiE, se fundamenta en "satisfacer las necesidades de salud de la población de Bilbao y Alonsótegi a través de la prestación de servicios para la promoción de la salud, la prevención y el tratamiento de las enfermedades".

BiE, a través de sus 20 UAPs, tiene un continuo contacto con el cliente, como usuario del servicio sanitario que se le oferta.

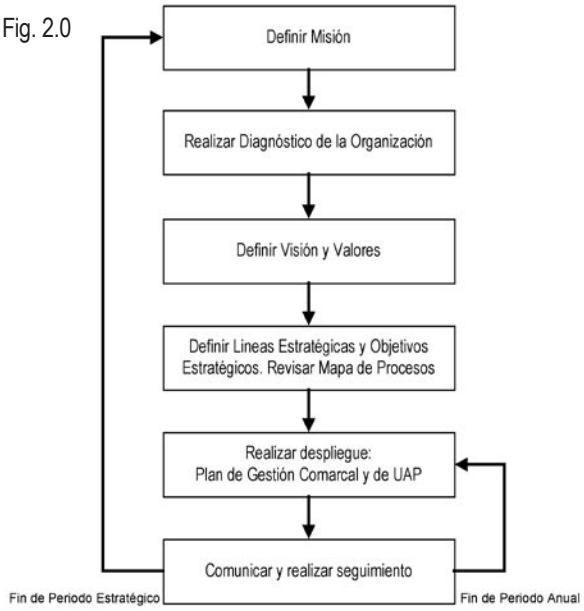
Hasta 2003, BiE asumía el PE Osakidetza (1998-2002), del que se derivaban los PGs que se iban desplegando anualmente. Estos PGs, centrados sobre todo en aspectos presupuestarios, dificultaban un planteamiento a largo plazo de los objetivos propios, así como una visión global de la Organización.

En 2003 se elabora el 1er PE de BiE con la incorporación de la mejora en el ámbito de la Planificación y Gestión, que en 2004 genera la estrategia HOBEKUNTZA (ver 1e) y la definición del MP, lo que permite disponer de una herramienta que abarca a toda la organización y equilibra los objetivos y acciones a desarrollar. El macroproceso BPE.1 Dirección Estratégica, cuyo propietario es el DG, vertebra y da coherencia a todos este nuevo enfoque (ver fig 2.0)

El ED realizaba anualmente una revisión del PG del ejercicio anterior, analizaba información relevante, y alineaba objetivos con el PE de Osakidetza, planteando objetivos por departamentos, sin un enfoque a proceso.

En 2003, se elabora el primer PE de BiE, en el que se define la LE 3 "Aplicación de Herramientas de gestión y Mejora de la Calidad", lo que plasma la apuesta de BiE por la mejora en el ámbito de la planificación y gestión. A partir de 2004, tras el inicio de Hobekuntza y la definición del MP, el enfoque a la hora de elaborar los PGs evoluciona, estructurándose en base a las LE definidas en el PE de BiE, lo cual permite disponer de una herramienta de gestión que abarca toda la organización y por consiguiente, equilibrar los objetivos y acciones a desarrollar. Asimismo, este nuevo enfoque ha obligado a la mejora de los sistemas de información necesarios para monitorizar el desarrollo y consecución de los objetivos establecidos, además de la implicación de los propios líderes de BiE.

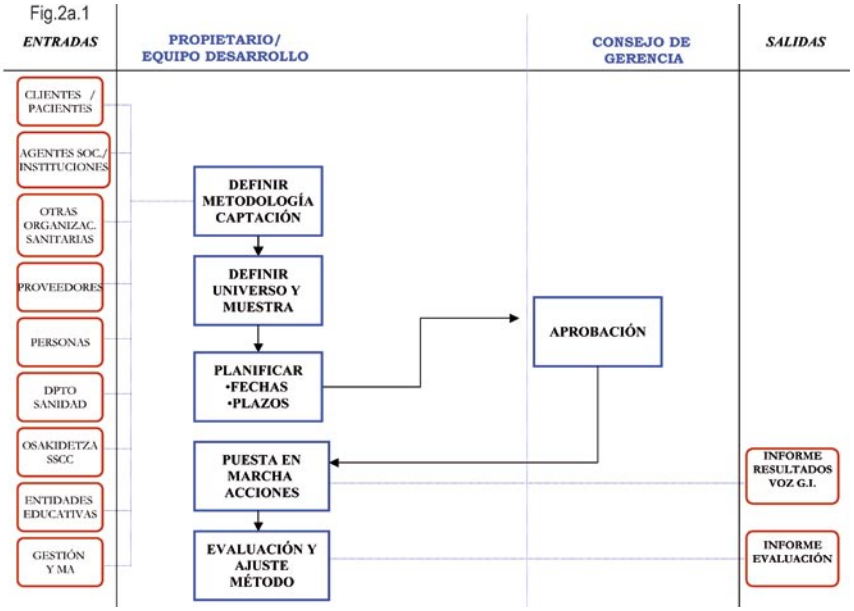
Fig. 2.0



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

El propósito de BiE es que los ciudadanos/as de Bilbao y Alonsótegi, se sientan cada vez más satisfechos de la atención y servicios prestados; es por ello que las necesidades actuales y futuras de nuestros GI y por lo tanto del entorno que conforman, son recogidas y analizadas por BiE a través del Proceso BPE 1.2 VGI (fig. 2a.1), (ver 1d, 3d, 5c y 5e).

Fig.2a.1



Los GI claves de BiE son sus clientes, tal y como se manifiesta en nuestra Mi, y las personas, ya que son quienes desarrollan su actividad. Pero además, BiE define el resto de GI/FI, en base al impacto que éstos tienen en las necesidades de BiE como organización para desarrollar su actividad (fig. 2c.2); ésta definición se concreta en cada PG con el objetivo de identificar de una manera ya más concreta los GI con los que es necesario establecer cauces de colaboración (ver 4a) o las FI a desarrollar.

• CLIENTE

El continuo contacto con el cliente aporta información sobre necesidades y expectativas individuales que nuestra organización analiza e intenta resolver de forma directa, incluyendo mejoras en los procesos relacionados a nivel de toda la organización, (ver 5c).

Para ello, además de los propios profesionales que ofertan estos servicios y, el contacto directo de los líderes (ver 1c), BiE cuenta también con Servicios de Atención al Paciente (SAPUs) como canalizadores de la información que los clientes aportan a través de las QRS (ver 5e).

Por otro lado BiE utiliza ESC (ver 5e) por cada UAP como herramientas de recogida de información sobre las necesidades y expectativas más cercanas a su entorno de servicio.

Asimismo, el subproceso BPE 1.2.1 "Dialogo con el ciudadano" (ver 5c) describe la recogida y análisis continuo de información relacionada con el ciudadano (usuario o no del servicio).

• PERSONAS

BiE recoge tanto en su Vi como en sus Val el peso que la implicación y motivación de sus trabajadores tienen en la consecución de sus estrategias y objetivos.

Como FI, BiE cuenta con las ESP que se vienen realizando anualmente desde 2003 y que han sido además complementadas con métodos cualitativos como los grupos focales en 2004 (ver 3a) . Además existe relación directa con las personas de la organización, ya sea de

manera individual o representada en las distintas reuniones que el ED y ET de BiE mantiene con cada UAP, por ejemplo a través de la presentación anual de PG, reuniones de CM y reuniones periódicas de grupos de trabajo o equipos de mejora en los que participa hasta un 33.2% de la plantilla (ver 7b.8).

• AGENTES SOCIALES E INSTITUCIONES:

El concepto de cliente participativo que ha asumido BiE como fuente de oportunidades de mejora de su servicio, ha llevado a mantener una relación fluida con los agentes sociales e instituciones, que aportan información sobre las necesidades y expectativas de la sociedad y la situación del entorno, ámbitos de actuación de BiE que se hallan en continuo cambio. Así son periódicas las reuniones con representantes de ambos Ayuntamientos, Asociaciones de Vecinos (AAVV), Consejos de Distrito de Bilbao, además de asistir a foros sociales, inauguraciones, Jornadas, etc que son fuente activa de información (ver 1c). De estas reuniones se derivan acuerdos que se concretan en objetivos y acciones a desarrollar de manera conjunta y coordinada, tales como la planificación de apertura de nuevos centros y servicios, modificaciones del Mapa Sanitario, coordinación de la asistencia socio-sanitaria ,etc. y se realiza el seguimiento de las mismas ,lo que permite posibles mejoras o replanteamientos y la sinergia en el desarrollo conjunto de las directrices estratégicas.

• DEPARTAMENTO DE SANIDAD Y OSAKIDETZA:

El Departamento de sanidad (DS) del Gobierno Vasco (GV) establece la política sanitaria de las organizaciones que componen Osakidetza, y por tanto de BiE y financia a través de los Contratos Programa (CP) la prestación del servicio (ver 4b).

La información sobre la Política, tendencias y objetivos de salud y directrices del DS llegan a BiE a través del Plan de Salud, CP así como a través de las reuniones que sobre nuevos programas, proyectos y objetivos tiene periódicamente el ED de BiE con el DS.

MACROPROCESO BPE 1 DIRECCIÓN ESTRATÉGICA: FUENTES DE INFORMACIÓN GRUPOS DE INTERÉS (VOZ GRUPOS DE INTERÉS)

GRUPO INTERÉS	INFORMACIÓN	FUENTE	CAPTACION Y ANALISIS	FRECUENCIA
CLIENTES L.E. 1-3 Y 5	- Satisfacción con el servicio recibido - Expectativas y necesidades actuales y futuras de los clientes. - QRS	Encuestas de satisfacción	Propietario del Subproceso Voz de Grupos de interés	Anual
		Personas en contacto directo con el cliente.		Periódica
		SAPUs		Mensual
AGENTES SOCIALES E INSTITUCIONES L.E. 1 Y 5	- Necesidades y expectativas de la sociedad. - Situación del entorno	Relación con Instituciones y Asociaciones	ED /ET	Periódica
		Asistencia a foros sociales, inauguraciones, jornadas.	Todos los profesionales.	Variada
		Encuesta de opinión (aliados, vecinos..).	VGI	Anual
OTRAS ORGANIZACIONES SANITARIAS L.E. 1, 4 Y 5	- Sus necesidades. - Planes a corto y largo plazo. - Datos de Actividad / objetivos	Reuniones con líderes y otras personas.	ED	Periódica
		Comisiones y Equipos de Trabajo	Todos: JUAP's, profesionales, etc.	Variada
		Memorias Anuales	ED	Anual
PROVEEDORES LE 4	- Capacidad de servicio - Servicios ofrecidos.	Contacto con los proveedores	DEF y DA	Periódica
		Evaluación continua	Propietario Subproceso	Establecido
		Otras Organizaciones	DEF	Variada
DEPARTAMENTO DE SANIDAD LE 1, 3, 4 Y 5	- Líneas generales de política sanitaria. Tendencias en Salud. - Objetivos de Salud y nuevos programas. - Directrices del Departamento Necesidades concretas con respecto a la Comarca - Análisis de nuevos centros	Osasuna Zainduz	DG	Al actualizarse
		Plan de Salud	DG	Al actualizarse
		Contratos Programa	DG	Anual
		Reuniones con líderes de Departamento	ED	Periódica
		Reuniones, informes	ED	Variada
OSAKIDETZA - OC LE 1, 3, 4 Y 5	- Líneas Estratégicas. - Directrices y Planes anuales. - Datos de otras Organizaciones - Grado de cumplimiento de Objetivos. - Normativa	Plan Estratégico Osakidetza y Plan de Calidad.	ED	Al actualizarse
		Reuniones con Dirección General	DG	Periódica
		Reuniones otros Líderes	ED	Periódica
		Controles de Gestión.	ED	Cuatrimestral
		Instrucciones, Decretos, Acuerdos	ED	Al actualizarse
ENTIDADES DE GESTIÓN Y MEDIO-AMBIENTE LE 3	- Información sobre herramientas de gestión. - Normativa Medioambiental	Asistencia a acciones formativas Desarrollo de proyectos Convenios (Ej: Euskalit y los becarios)	Todos los profesionales	Periódica
ENTIDADES EDUCATIVAS LE2	- Necesidades y expectativas de futuros profesionales - Nuevas áreas formativas	Reuniones	ED/JUAP	Variada
PERSONAS LE 2	- Necesidades y expectativas de las personas - Conocimiento de la satisfacción - Opiniones y sugerencias	Relación directa	Líderes	Variada
		Reuniones en las UAP	ED/ET/JUAP	Periódica
		ESP	DRRHH	Anual
		Revisiones PGs	ED/ET/JUAPs	Cuatrimestral

A su vez Osakidetza como Ente Público de Derecho Privado (EPDP), alineado con la Política Sanitaria del DS, marca las directrices y líneas estratégicas encaminadas a la consecución de dichos objetivos de salud establecidos, a través de sus PEs.

En reuniones cuatrimestrales denominadas Controles de Gestión, al igual que con otras Organizaciones de Servicios (OOSS), la Dirección General (DGral) de Osakidetza revisa y ajusta con el ED de BiE aspectos estratégicos comunes en la gestión del Ente.

• OTRAS ORGANIZACIONES SANITARIAS:

BiE mantiene relaciones con otras organizaciones sanitarias (ver 4a), sistematizándose en aquellos casos en los que ambas organizaciones comparten la prestación de algún servicio y por lo tanto tienen que participar en el diseño del proceso compartido (ver 5c), para lo que los líderes de BiE mantienen reuniones periódicas (ver 1c).

Así mismo, la participación de profesionales de BiE en Comisiones y Equipos de trabajo con estas organizaciones aporta información sobre sus planes, objetivos, datos de actividad y las áreas de mejora de los procesos compartidos (ver 5b y 5c).

• PROVEEDORES

La Dirección de BiE recoge información acerca de sus proveedores fundamentalmente a través del contacto directo que las UAPs tienen con ellos y a través de la valoración continua que los profesionales realizan en las ES de la Dirección Económico Financiera (DEF), además de las incidencias y no conformidades detectadas.

• ENTIDADES EDUCATIVAS (UNIVERSIDAD, ESCUELAS PROFESIONALES, ETC.)

La continua incorporación de nuevos profesionales a nuestra organización, hace que BiE recoja información de las entidades educativas como GI. Así establece junto con ellas de manera anual reuniones de acogida que permiten que la incorporación a nuestra organización comience en el propio ámbito educativo, impulsando a su vez los Val de BiE de profesionalidad, trabajo en equipo y Compromiso con la Mejora Continua e Innovación, entre otros.

• ENTIDADES DE GESTIÓN Y MEDIO-AMBIENTE

BiE las asume como FI partir de 2003, tras la reflexión realizada por el DG y en coherencia con la LE3 , basándose la relación con ellas fundamentalmente en el apoyo a la hora de desarrollar nuestro SG, utilizándose también como aprendizaje de mejores prácticas. Esta apuesta se plasma en el esfuerzo en la formación en gestión (ver 7b.7) y el número de evaluadores externos en BiE (ver 9b.8).

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

Para el correcto desarrollo del macroproceso BPE.1 Dirección Estratégica, BiE no sólo ha definido como entrada la información proveniente de sus GI (ver 2a), sino también la información proveniente de diferentes ámbitos relacionados con su actividad como sus propios indicadores internos de rendimiento, el entorno y actividades de aprendizaje que realiza tanto a nivel interno como a nivel externo con organizaciones excelentes.

• APRENDIZAJE EN BiE

El proceso BPE 1.3 Benchmarking (fig 2b.1) se incluye como input del Macroproceso de Dirección Estratégica, **siendo su Mi la de identificar las mejores prácticas para poder aplicarlas a sus diferentes procesos**.

En el desarrollo de este proceso los líderes y profesionales de las UAPs de BiE realizan de manera sistemática desde 2004 visitas a diferentes Organizaciones, integrándolas desde 2005 de manera específica como comportamiento dentro de LIDERBIE (ver 1a y 3b). Asimismo la presencia en diferentes foros por parte de los líderes de BiE ha permitido la participación en programas de intercambios de Directivos (2006) a través de la SEDAP, lo que permite tener un conocimiento de primera mano de otras experiencias.

Por otro lado el aprendizaje de las mejores practicas e intercambio de experiencias a nivel interno es fomentado a través de los diferentes foros existentes como las reuniones ISO comarcales (ver 5a). Con el objetivo de apoyar la realización del despliegue de mejores prácticas por los profesionales de BiE, desde 2005 esta actividad se integra dentro del PI comarcal (ver 3c).

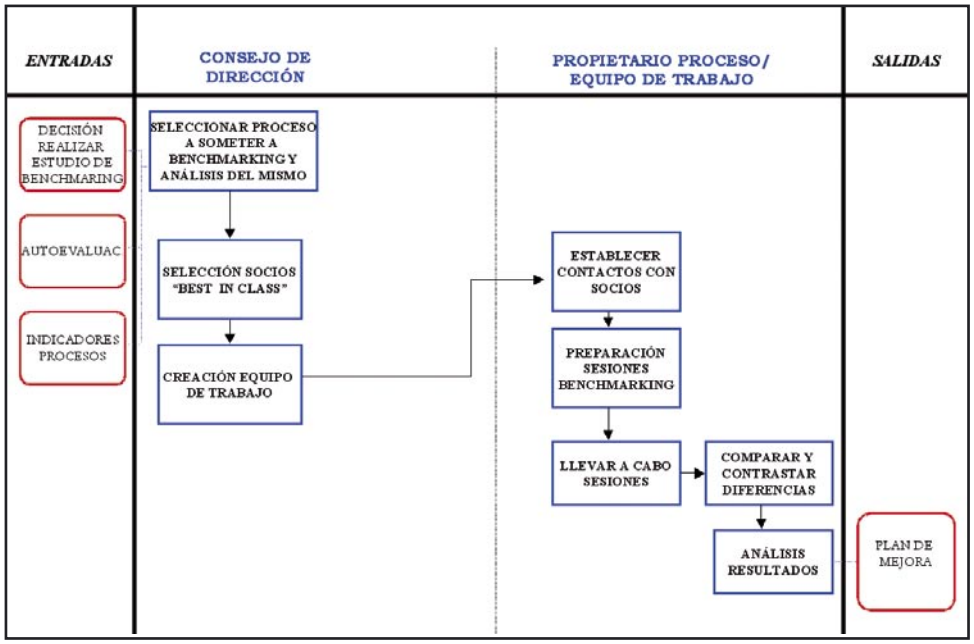
• AUTOEVALUACIONES EFQM

Se iniciaron en 1996 y se han realizado a nivel Comarcal 5 autoeva-

ALGUNAS MEJORAS EN LA GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN: GRUPOS DE INTERÉS

GI	PERIODO	MEJORA INTRODUCIDA	FI
Clientes	02-05	Progresivo aumento de las muestras específicas de encuestas en UAPs hasta llegar a 20	ESC, ESP, Desarrollo del PG, QRS
	Ad-hoc	Introducción de preguntas específicas sobre aspectos estratégicos como Apertura de turnos de tarde y las rotaciones M/T	
	Ad-hoc	Encuestas especificas de a colectivos determinados: lactancia, Anticoagulación Oral (TAO Capilar)…	
	04	Centralización de quejas y reclamaciones en Dirección Médica, por procedimiento de Liderazgo Delegado	
Personas	04	Análisis cualitativo : Grupos Focales (2004)	
	04	1ª encuesta de satisfacción de personas a nivel UAP: San Adrián	
	04	Creación del registro comarcal de sugerencias de las personas	
	04 y 06	ES a los profesionales con Osabide	
	05	Mejora metodológica para asegurar la representatividad de los distintos grupos profesionales	
	05	ES de los profesionales con el servicio de farmacia	
	05	Inclusión de preguntas en ESP sobre Jornadas de Formación en BiE y Boletín informativo Begirada Batez	
	06	Inclusión en ESP de preguntas sobre comunicación interna	
Asociaciones e Instituciones	Ad-hoc	ES a AAVV, pre y post actuación	
DS/OC	04	Mejora en la periodicidad del análisis demográfico: pasa de ser trimestral acuatrimestral para los CM	
Proveedores	05	ES con los proveedores a las UAPs en 2005	
Otras OOSS	05	ES de aliados en 2006	

Figura 2b.1



luaciones hasta la actualidad con carácter bienal, y en 2004, por primera vez, en la UAP de San Adrián. La Autoevaluación ha tenido mejoras a nivel de participación y en la propia herramienta empleada para simplificar el desarrollo de la misma, utilizando la herramienta corporativa "Evalexpres"" desde 2005 (figura 2b.2)

El ET de BiE, apoyando las autoevaluaciones a nivel comarcal y tras la positiva experiencia en la utilización del Evalexpress en 2005, desarrolló el mismo año una herramienta de Autoevaluación adaptada a las UAPs, herramienta que ha sido mejorada con las aportaciones de los profesionales a través de su utilización en 4 UAPs en 2005 (ver 4d).

Las autoevaluaciones se integran como FI clave a la hora de desarrollar los objetivos del PG de BiE, además de servir como herramienta para monitorizar el desarrollo del SG de BiE.

• INDICADORES DE RENDIMIENTO

BiE utiliza para su gestión los indicadores definidos en los documentos estratégicos (ver 2c) y en los procesos (ver 5a).

BiE ha desarrollado y modificado herramientas que facilitan su recogida y análisis (ver 2d y 5a) entre las que se encuentran los CM que recogen la información de cada UAP.

La información se analiza cuatrimestralmente con cada una de ellas, permitiendo detectar AMs que pueden ser incorporadas en sus respectivos PG. Anualmente se revisa la pertinencia de la información recogida en el CM realizando ajustes en los indicadores si es preciso.

Estos ajustes se recogen en el documento de Revisión anual del PG de BiE

• LEGISLACIÓN: ENTORNO LEGAL

Debido a la actividad que BiE desarrolla, el conocimiento de la legislación de referencia resulta clave ya que es de aplicabilidad no sólo la referente a temas sanitarios, sino también la relacionada con ámbitos multidisciplinares tales como residuos, normativas municipales, Ley Orgánica de Protección de Datos (LOPD) y legislación laboral, pudiendo condicionar el desarrollo de la PyE. Para ello se actualiza de manera sistemática toda la documentación relacionada y se comunica a todos los profesionales a través de los cauces existentes (ver 3d) por parte del ED y ET.

• TECNOLOGÍA

El impacto de las nuevas tecnologías influye fundamentalmente en los procesos asistenciales. Estas se priorizan y evalúan en base al impacto en la actividad de forma previa a su implantación. Ej.: ALDABIDE, OSABIDE, etc. (ver 4e)

• DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Esta información es relevante para las decisiones referentes a la apertura de Centros, planificación de la plantilla, diseño de servicios y realización de campañas específicas (ver 5d), recogiéndose la información de manera sistemática.

Para ello BiE cuenta con un cuadro de indicadores relacionados con datos demográficos de su población de referencia, y tendencias de utilización de servicios, además de la información recogida del cliente como usuario del servicio que hace referencia a nuevas necesidades de servicio o mejora de los existentes.

EJEMPLOS DE MEJORA EN LOS ÁMBITOS DE ANÁLISIS DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN (fig. 2b.2):

ÁMBITO	AÑO	MEJORA	FI/FA
Actividades de aprendizaje externo	**05**	Ampliación progresiva del número de profesionales en actividades anuales como visitas organizadas por Euskalit (14 profesionales en 2005)	Desarrollo del PG, Autoevaluaciones, QRS, ESP
Sociodemográfico		Solicitud de censos por barrios para realizar actuaciones concretas en los mismos	
Análisis Interno	**05**	Diseño de herramienta de Autoevaluación para UAPs y utilización de Evalexpress a nivel comarcal. Incremento en la participación en estas última: 34 profesionales	
Indicadores de rendimiento	**05**	Revisión de indicadores derivado de la revisión de los procesos (Ej. Farmacia)	
Actividades de aprendizaje externo/ Indicadores indirectos de personas	**Ad-Hoc**	Acceso a bibliotecas electrónicas	
		Implantación PAPs	
		Mejora en periodicidad INFAC	
		Acceso a redes de información a través de Intranet	
Actividades de aprendizaje externo	**Ad-Hoc**	Mejora de la información derivada de .los sistemas de gestión corporativos (SAP, OSABIDE…)	
Indicadores de rendimiento	**Ad-Hoc**	Revisión de la información recogida en los CM: Incorporación de indicadores, información sobre consumos, mejora del formato (ampliación de información), etc.	

MACROPROCESO BPE 1 DIRECCIÓN ESTRATEGICA: FUENTES DE INFORMACIÓN DE RENDIMIENTO

ÁMBITO	INFORMACIÓN	FUENTE	CAPTADOR	FREC
ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE (INTERNO)	- Conocimiento de las mejores prácticas a nivel asistencial y de gestión - Formación	Experiencias realizadas en BiE	ED y ET Propietarios de procesos.	Periódica
ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE EXTERNO	- Conocimiento de las mejores prácticas de otras organizaciones a nivel asistencial y de gestión - Formación y buenas prácticas: - Análisis del rendimiento de otras organizaciones de Osakidetza y del S. nacional de salud	Organizaciones de Atención Primaria y Hospitales (Basurto, Sta, Marina,..), Salud Mental Extrahospitalaria,…Comarcas: Ekialde, Uribe, Interior…) Visitas organizadas de Euskalit a organizaciones excelentes. Nextel, Fagor minidomésticos, Fagor industrial, Fagor mobiliario de cocina…Torniplasa Aula SEDAP, X Semana Euskalit, SAYMA, Programa de Intercambio de Directivos Informes comparativos y Memorias de otras organizaciones	Propietarios de procesos. ET y ED	Anual
ANÁLISIS INTERNO	- Conocimiento de los puntos fuertes y áreas de mejora en BiE/UAPs y de sus procesos	Autoevaluación EFQM Comarcal / UAP	ED y ET Propietario de procesos.	Anual / Bienal
INDICADORES DE RENDIMIENTO (BiE):	- Asistenciales/Calidad - Farmacia. - Económicos. - R.R.H.H. - Procesos	INFOBIE Cuadros de Mando	ED ET	Cuatrimestral
		Controles de Gestión		Anual
		Auditorias/ Revisiones PG. U.AP,s ISO		
		Plan de Calidad de Osakidetza (informe de progreso)		
ENTORNO LEGAL	- Reconocimiento de la legislación que afecta y debe ser aplicada en BiE.	Boletines información.	ED	variable
		Ministerio de Sanidad.		
		Gobierno Vasco Dpto. de Sanidad		
TECNOLOGÍA	- Utilidad de la nueva tecnología, actualización de la ya existente.	OSTEBA	DA / ET	Variable
		INFAC		
IMAGEN EXTERNA	Percepción sobre los servicios sanitarios (opiniones, noticias, artículos)	Informe Pfizer (2003) Apariciones en prensa y medios de comunicación	ED/ET/JUAPs	Periódica
SOCIODEMOGRÁFICOS	- Conocimiento de la evolución del entorno demográfico de la población de BiE.	Censos municipales y de la Diputación	ED/ET	Anual
		TIS Departamento de Sanidad.	ED	Cuatrimestral
		EUSTAT		
INDICADORES INDIRECTOS DE PERSONAS	- Seguimiento IT - Accidentabilidad - Formación - Reconocimiento - Sugerencias - Demandas - participación	Informe UBP y CM RRHH Gestión RRHH	DRRHH	Cuatrimestral
INDICADORES INDIRECTOS DE CLIENTES	Quejas, sugerencias, reclamaciones, felicitaciones, accesibilidad	Procesos	ED, ET y JUAPs	Periódica

2C LA POLÍTICA Y ESTRATEGIA SE DESARROLLA, REVISA Y ACTUALIZA

• DESARROLLAR, REVISAR Y ACTUALIZAR LA PE

En junio de 2003, tras reflexión estratégica liderada por el DG (ver 1e), y tomando como referencia los resultados de la Autoevaluación EFQM del 2002 en la que se identificó la necesidad de introducir mejoras en la PyE, (ver fig. 2d.1), se elabora el PE 2003 - 2007 de BiE en concordancia con el PE del Ente 2003-2007, con el que comparte las LEs, el Plan de Calidad de Osakidetza para el mismo periodo y el Plan de Salud 2002-2010 (fig. 2c.1).

Para la elaboración del PE 03-07 se toma como fuente de aprendizaje los PE corporativos, constituyéndose el equipo de elaboración del mismo, buscando la ampliación de líderes en su definición y desarrollo, (ED, JUAPs y miembros del ET) (ver 1a), quienes definieron las 5 LE sobre las que se estructura el PE.

LE1	Orientación de los Servicios al Cliente
LE2	Implicación de las personas en los objetivos de la Comarca
LE3	Aplicación de Nuevas Herramientas de Gestión y Mejora de la Calidad Científico Técnica
LE4	Gestión eficiente de los Recursos y la Tecnología
LE5	Mejora de las oferta de Servicios

Su diseño tuvo como objetivo facilitar la elaboración y estructuración de los futuros PG de BiE, así como asegurar la coherencia con el PE de la Organización Central (OC), aspecto que fue confirmado tras su aprobación por parte de la DGral de Osakidetza.

Este PE es el documento en el que se recogen las iniciativas a desarrollar durante el periodo comprendido, iniciativas que se concretan y despliegan anualmente en los PG de BiE.

Los PGs , elaborados por el ED y ET y validados posteriormente en el CD, recogen por un lado los objetivos derivados del PE propio, el CP anual y aquellos que tras el análisis periódico de las FI han sido definidos para afrontar las nuevas situaciones creadas, asignando los recursos económicos asociados para hacerlos realidad.

Asimismo, estos PG tienen su despliegue a nivel de UAP en los PG anuales de las mismas, en los que se definen los objetivos de mejora y planes de acción, tales como la implantación paulatina de los procesos, nuevos servicios, autoevaluaciones, etc.

El cambio de enfoque en la gestión que supuso HOBEKUNTZA (ver 1e) derivó en la necesidad de estructurar y sistematizar el proceso de definición de las directrices estratégicas que guían a BiE, para lo que ese año, tras analizar la experiencia en la elaboración del PE se definió el Macroproceso BPE 1 Dirección Estratégica .

Para evaluar la eficacia de las directrices y despliegue establecido, se analizan los indicadores establecidos en el mismo y la evolución del resto de indicadores existentes en BiE, recogidos en los criterios de resultados, indicadores cuya idoneidad, eficacia y evolución son revisados periódicamente por los líderes de BiE (ver 1b) realizándose los ajustes pertinentes.

Este Macroproceso es revisado en Noviembre de 2004 a la vez que el 1er MP de BiE, incluyendo en el mismo procesos anteriormente incluidos en "Hobetzen" (ver 5a), por lo que se convierte en el centralizador y gestor de todas las iniciativas a desarrollar en BiE. A finales de 2005, se redefinen la MVV y el análisis DAFO tomando como referencia o fuentes de aprendizaje las experiencias de otras Organizaciones excelentes (Comarca Ekialde, Comarca Uribe, BBK, Caja Laboral) y la formación impartida a nivel interno por el TO de BiE, a los miembros del CG de cara a iniciar la elaboración del PE 2008 – 2011. El objetivo es estructurarlo en base a la metodología de Mapas Estratégicos, lo que permite un mejor control de la evolución de los objetivos y comprobar la influencia/idoneidad de las acciones establecidas para su consecución.

• EQUILIBRIO DE INTERESES

Hasta 2003, la estrategia de BiE estaba fundamentalmente basada en los clientes, siendo sus líneas de acción la apertura de nuevos CS en barrios que carecían de ellos, mejoras estructurales de accesibilidad, ampliación de oferta horaria, etc.

Fruto de las sucesivas autoevaluaciones comarcales y de la reflexión estratégica en 2003 (ver 1e) se dio una evolución en el enfoque hacia una perspectiva de gestión global, definiéndose en el PE de BiE, LEs y OEs que recogen el nuevo enfoque a todos los criterios agentes.

Claro ejemplo de esta evolución son las LE 2, 3 y 4 y la definición de los GI , cuyo impacto en la gestión de BiE se evalúa en base a una matriz de influencia (ver figura 2c.2).

Además, a la hora del diseño y concreción de los PE y PG de BiE, es fundamental el papel de los aliados clave tales como otras OOSS, entre las que se encuentra el HBas y otras instituciones, fundamentalmente los Aytos. de Bilbao y Alonsótegi (ver 4a, 5a, 5b y 5c).

• VENTAJAS COMPETITIVAS, FCEs y ANÁLISIS de RIESGOS

Para la definición y posterior despliegue de los OEs y de los planes de acción asociados a los mismos, es crítico analizar la información recogida a través de fuentes de información (2a y 2b) y la priorización realizada de las conclusiones del DAFO 2003 (ver 2d). En un primer nivel, el análisis DAFO identifica, de una manera general y a través de la utilización de herramientas como la Autoevaluación EFQM, encuestas, etc. los aspectos más relevantes de la situación interna (debilidades y fortalezas) y del entorno (oportunidades y amenazas), lo que permite a BiE evaluar los riesgos y oportunidades existentes y su previsible evolución, que puede concretarse en planes de acción o Planes Funcionales relacionados, por ejemplo, con las propuestas de nuevos CS en nuevos barrios, ó en zonas de barrios limítrofes, o en algunos casos en Planes de Contingencia específicos. Como ejemplo, fruto de este análisis DAFO se identificó el déficit de comunicación, lo que derivó en la definición del OE 2.5 "Mejorar la Comunicación entre los diferentes niveles de la Organización" y la elaboración del PCOM interno (ver 3d).

Figura 2c.1

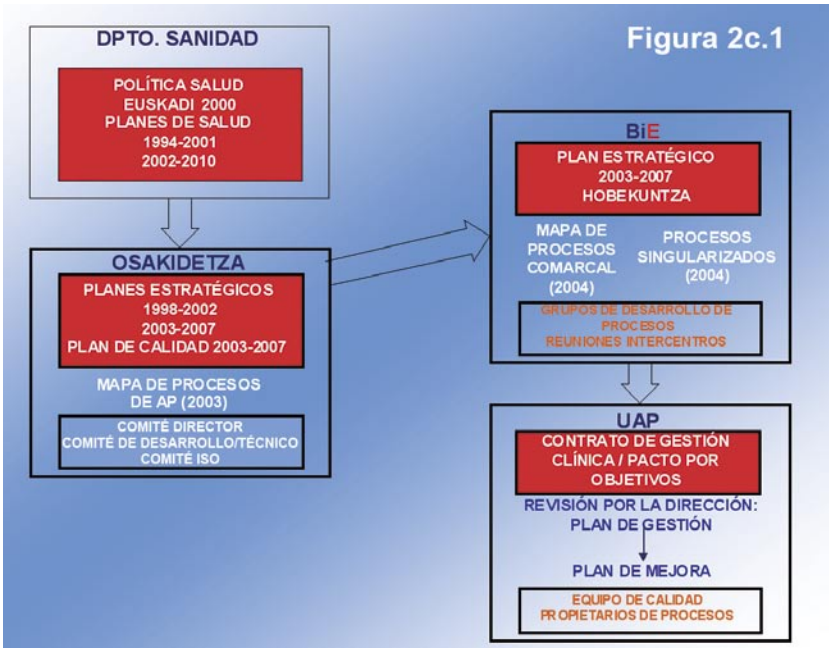


Fig 2c.2 MATRIZ DE INFLUENCIA	INSTITUCIONES	OTRAS OOSS	PROV	DS	OC	GESTIÓN Y MA	ENTI DADES EDUCATIVAS
Financiación							
Gestión de los Recursos e infraestructuras							
Directrices							
Mejora en los servicios (oferta de servicios, coordinación)							
Conocimiento							

Mucha influencia Influencia media Poca influencia Nula influencia

Este primer análisis que permite la definición de las directrices estratégicas, se concreta y completa a nivel operativo en los Factores Críticos de éxito (FCE). BiE distingue dos tipos de FCE para la implantación de las directrices fijadas en el PE:

- **A nivel de Objetivos:** El propio despliegue de los OEs en acciones es considerado como FCE, ya que depende del éxito de estas acciones la consecución o no de los OEs. Estas acciones tienen su responsable, hitos asociados y control periódico de su evolución, y son revisadas y redefinidas de manera continua en el desarrollo del PG.
- **A nivel de Procesos:** Cada uno de los procesos a nivel comarcal tiene definidos los FCE asociados para su correcto funcionamiento, definición realizada por los Equipos de proceso (ver 1e). Estos FCE , de los que la figura 2c.3 recoge algunos ejemplos, son revisados de manera periódica por los líderes en los equipos de proceso y otros foros como los CD, de tal manera que se evalúa la inclusión de nuevos, el estado de los previamente definidos y se desarrollan acciones que permitan su correcta gestión en apoyo de la consecución de la estrategia. Los procesos de UAP tienen sus FCE definidos a través de las características de calidad identificadas para las entradas y salidas de los procesos, que son revisadas en el Comité Técnico de la OC (ver 5a).

2D LA POLÍTICA Y ESTRATEGIA SE COMUNICA Y DESPLIEGA A MEDIANTE UN ESQUEMA DE PROCESOS CLAVE

Una de las premisas claves que el ED de BiE se planteó a la hora de desarrollar su PyE, fue la de conseguir materializar la MVV de la organización a través de estrategias a largo plazo y planes a corto plazo.

Transformar la estrategia en acciones cotidianas exige un robusto despliegue de procesos, en especial de los operativos, ya que, tal y como han demostrado los ejercicios de priorización realizados, resultan ser nuestros procesos clave.

Así, tras la definición del primer MP (ver 5a), el ED y ET de BiE procedió a analizar el impacto de cada uno de los procesos a través de una matriz multicriterio diseñada por el TO tras aprendizaje de diferentes organizaciones industriales en base a su impacto en los GI y en la consecución de los OEs, dando lugar a la identificación de los procesos clave (figura 2d.2); en junio de 2005, y tras la revisión del MP (ver 5a) se vuelve a realizar la priorización, siendo el resultado similar, lo que confirma la coherencia de ambos enfoques.

Fig 2c.3 MACROPROCESO	FCE
BPA 3.1 OFERTA DE SERVICIOS	Implicacion de las personas, información y conocimiento de las mejores prácticas.
BPA 7 GESTIÓN SISTEMAS DE LA INFORMACIÓN	accesibilidad; información adecuada, a tiempo, fiable.
BPE 1.2 VOZ DE GRUPOS DE INTERÉS	Implicación
BPE 1 DIRECCIÓN ESTRATÉGICA	Información interna y externa (fiable, a tiempo y pertinente); Comunicación interna y externa; Coordinación e implicación; Liderazgo

AÑO	Fig 2d.1 MEJORAS INTRODUCIDAS EN LA POLÍTICA Y ESTRATEGIA DE BIE	FI/FA
2003	Definición del primer PE 03 - 07 de BiE: MVV y su concreción en 5 LE y 23 OE con sus indicadores asociados.	Reflexión Estratégica 2003
	Primer Plan de Incentivación de BIE	
2004	Estructuración del proceso de definición y actualización: diseño del proceso "Dirección Estratégica" e integración de "Hobetzen" en el mismo tras revisión del MP	Autoevaluaciones, Formación, Benchmarking, aprendizaje interno, indicadores de procesos
	Cambio en la estructura de PG 2004 distinguiendo Objetivos para la mejora de la Calidad asistencial y objetivos para mejora de la Calidad de Gestión en base a criterios agentes que permite mejorar la trazabilidad del despliegue de los objetivos anuales y estrategias de actuación a procesos.	
	Definición de las fórmulas "Pacto por Objetivos" y" "Cumplimiento de Objetivos" como paso intermedios a la consecución del CGC: 100% de UAPs con PG propio.	
2005	Revisión del Proceso de Dirección Estratégica: Integración de los procesos Benchmarking y "Voz de GI" y redefinición de los subprocesos "Contrato programa" y "Autoevaluación", pasando a ser ambos FI, y del subproceso "Plan de Gestión", convirtiéndose en una fase más	
	Análisis del FCE asociado a "Dirección Estratégica": diseño de herramientas en su apoyo como INFOBiE y rediseño de los CM (ver 2d)	
	Redefinición de la MVV a través de guía de reflexión y tomando como referencia Organizaciones Excelentes	
	Inclusión de la UAP de Otxarkoaga (sin JUAP) en la fórmula de CGC: UAP con mejor resultado en OP	
	Redefinición del DAFO en base a Guía de reflexión	
2006	Extensión al PAC y UBP del PG de BIE	
	Integración del PO y CO en una sola fórmula.	
	Redefinición estructura del PE: Mapas Estratégicos	
	Creación de grupos de reflexión estratégica	

PUNTUACIÓN: ORDEN DE PRIORIZACIÓN	PROCESO	Fig. 2d.2
303	PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA BPE 1.1	
257	G. ACTIVIDAD CENTRO BPO 2	
233	VOZ GRUPOS INTERÉS BPE 1.2	
224	OFERTA DE SERVICIOS BPA 3.1	
198	GESTIÓN DE LA FORMACIÓN BPA 4.3	

• DESPLIEGUE DE LA ESTRATEGIA

La diferente propiedad de los procesos recogidos en el mapa de procesos de BiE, (ver 5a) hace que el despliegue de los OEs se realice a través de dos sistemáticas:

• **A nivel de UAP:**

1. Contrato de gestión clínica (CGC): El CGC es aplicado en BiE desde el año 2000 . Actualmente de firma anual, en él una UAP con JUAP se compromete a lograr una serie de resultados alineados con el PE del Ente, y PG de la Comarca, centrados en diferentes áreas asistenciales y de gestión, siendo la Unidad incentivada por la consecución de los objetivos pactados (ver 3e).

2. Pacto por Objetivos (PO): Fruto de la implantación de procesos de propiedad compartida Dirección –UAP (ver 5a) y tras reflexión estratégica realizada en 2003, el ED establece una metodología innovadora a nivel de Osakidetza consistente en el diseño de dos fórmulas basadas en el CGC, de menor exigencia e incentivos, con el objetivo de conseguir que todas las UAPs de BiE, dispusieran de PG propio y se fuesen acercando hacia la consecución del CGC. En su inicio existían dos fórmulas, Pacto por Objetivos y Cumplimiento de Objetivos, que en 2006 tras reflexión del ED derivado del análisis de los resultados de 2005, se integran para dar paso a una única, "Pacto de objetivos", por lo que las UAPs con JUAP adoptan el CGC y las restantes el PO (Ver 9 a.18).

• **A nivel Comarcal:**

Además de a través del CGC, las LEs de BiE se despliegan, a través de los PGs, a los procesos definidos en el MP. Los objetivos de los PGs tienen asociados planes de acción que son elaborados por el ED y ET y desplegados a los procesos correspondientes, y disponen de indicadores con los que se evalúa anualmente el grado de avance y consecución.

• ESTABLECER PRIORIDADES

A la hora de realizar la priorización de los OEs, acciones, etc., BiE utiliza dos herramientas:

1. **La Autoevaluación:** A la hora de definir objetivos de mejora a desarrollar en los PG, tras analizar mejores prácticas de diferentes Organizaciones como Comarca Ekialde y tras la incorporación del TO en 2005 se utilizó una matriz multicriterio en la que ED y ET priorizaron las AM identificadas para su posterior integración en el PG 06.
2. **Análisis DAFO**: La priorización del DAFO realizada por ED, ET y JUAPs en 2003 y 2005 permitió definir los OEs, alineando los mismos a las prioridades identificadas en el DAFO.

• SEGUIMIENTO de la ESTRATEGIA

La sistemática de despliegue de la estrategia obliga a BiE a disponer de unos sistemas de información y seguimiento eficaces, que permita a los líderes de BiE tomar decisiones coherentes y ágiles en tiempo, tal y como establecen los FCE del Macroproceso BPE 1 Dirección Estratégica.

En 2006, como mejora en la recogida de FI se ha desarrollado el sistema INFOBIE (ver 4e) por parte de la TUGS; este sistema permite disponer de manera estructurada y adaptada a las distintas necesidades la información de BiE sobre resultados del CP, CGC, CM e indicadores asistenciales del MP de UAP, facilitando la labor de sus propietarios y la disponibilidad de la información (ver 4c y 4d).

Además, se ha diseñado desde 2003, una parrilla de indicadores del PE que año tras año, permite disponer de la información necesaria para evaluar el grado de cumplimiento de los objetivos, y que sirve de base para el establecimiento de nuevos objetivos de mejora en la elaboración anual de los PGs; en 2006 esta parrilla incluye como mejora la inclusión del evolutivo de años anteriores, lo que permite establecer comparativas y tendencias.

Por otro lado, en un nivel temporal más a corto plazo, el seguimiento de los objetivos de nuestra organización a nivel de UAP incluye como elemento de información y análisis de los mismos el CM, mejora introducida en 2003 tras benchmarking con Comarca Araba y adaptada a BiE. Cuatrimestralmente este sistema de información es la base a partir de la cual es revisado el despliegue de los objetivos a las UAPs de nuestro PG, revisiones en las cuales pueden establecerse nuevas acciones de despliegue para la consecución de los objetivos anuales en marcha, o modificaciones sobre las ya establecidas. En 2005, tras revisar la estrategia de adopción de la GPP de BiE, el CM adecuó su estructura y contenido, incluyendo indicadores de los procesos singularizados (ver 5a) así como datos comparativos respecto al mismo periodo del año anterior, que permite analizar tendencias .

Asimismo, cuatrimestralmente se realiza un CD con representación de todas las UAPs y en el que participan ED, ET, JUAPs y miembros del CT, donde se evalúa el avance del PE a través de los PGs y se acuerdan nuevas acciones a desarrollar. Los indicadores y resultados clave que permiten evaluar el avance de BiE se presentan en los criterios 9a y 9b.

• COMUNICACIÓN

El OE 2.2 define la comunicación de la MVV como uno de los aspectos claves y con mayor capacidad de mejora según todas las autoevaluaciones y ESP, por lo BiE ha definido la Comunicación tanto interna como externa como uno de los FCE en su Macroproceso BPE 1 de Dirección Estratégica para el desarrollo y logro de su PyE.

• A nivel interno:

Esta comunicación ha experimentado mejoras derivadas de sucesivas revisiones del PCOM interno de BiE y del inicio de la "Gestión Itinerante" en 2003 de los líderes (ver 1d), quedando recogidas todas estas iniciativas en el Mapa de Comunicación de BiE (ver 3d). Desde 2005, esta comunicación de aspectos estratégicos se complementa con la entrega al 100% de profesionales de la Memoria anual de Actividades en la que se recogen los hitos más importantes de BiE.

• A nivel externo:

En 2003 se envía una copia del PE de BiE al HBas y a los Aytos. de Bilbao y Alonsótegi. En 2005 se comienza el envío de la Memoria de Actividades al HBas, Hospital de Santa Marina (HMar) y DGral de Osakidetza.

En este caso, fruto de la Autoevaluación 05, se diseña una encuesta a GI Externos para evaluar su percepción sobre dicha comunicación en la que se identifica como AM, dando lugar a un PCOM específico para dichos partners.

Mejoras en la comunicación de aspectos estratégicos:
A los GI internos: 1. Desde 2005 se entrega un documento por escrito en el que aparece, además de la MVV, el MP y un resumen del avance del PE. 2. En 2006 se distribuye en todas las UAPs de BiE un póster con el MP comarcal y la MVV. 3. Derivada de los resultados de la ESP y la Autoevaluación, se incluye en la presentación del PG 06, además de los objetivos/proyectos de mejora los hitos más relevantes desarrollados en el año anterior.
A los GI externos: En 2006 se entrega además de a las anteriormente citadas, a todas las organizaciones/aliados con las que se desarrollan actividades proyectos conjuntos como el Banco Hemoterápico , AAVV, etc.

Osakidetza
Servicio vasco de salud

BILBOKO ESKUALDEA
COMARCA DE BILBAO

BILBOKO ESKUALDEA
BiE

PERTSONAK

PERSONAS

CRITERIO 3: PERSONAS

INTRODUCCIÓN

El diseño, la planificación y gestión de RRHH son aspectos vitales en la gestión diaria de BiE, utilizándose distintos mecanismos que permiten adecuar la oferta de servicios a las necesidades existentes.

Estos mecanismos, están definidos por el marco legal y normativo referente a la plantilla que integra Osakidetza-Svs que marca la potencial gestión de los RRHH que todas las organizaciones de servicios acometen en cuanto a la selección, OPE en el caso de personal fijo, y listas de contratación en temporal, la promoción, los traslados y la movilidad.

BiE ya recoge en el fundamento de su MVV actualmente vigentes, la eficacia, profesionalidad y trabajo en equipo de sus profesionales como aspectos básicos en su consecución, y así lo concreta en la Misión del Proceso BPA4 Gestión de Personas, "**gestionar eficazmente los RRHH de la Comarca Bilbao y las necesidades y expectativas de sus trabajadores con el objetivo final de mejorar su satisfacción y, con ello, la de los ciudadanos a los que atienden**".

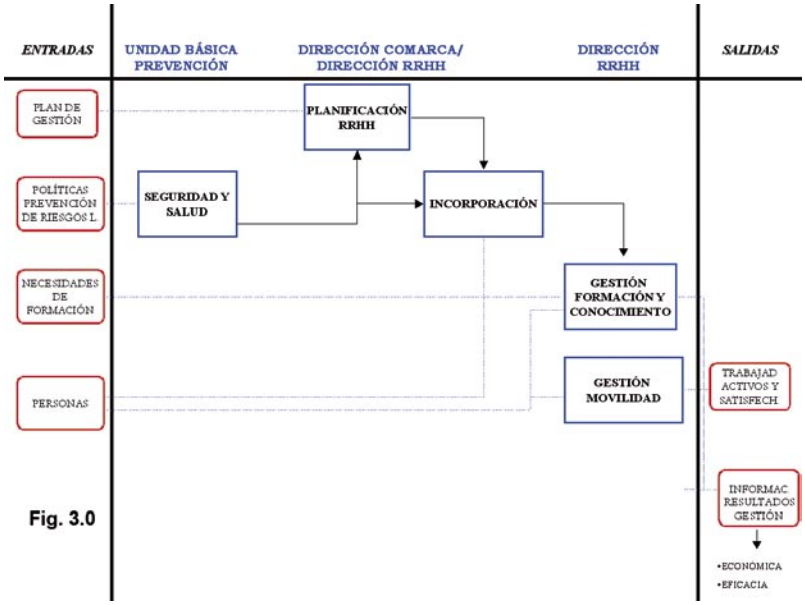


Fig. 3.0

Todas las estrategias y acciones en la gestión de personas se definen con el fin de mejorar la accesibilidad de los ciudadanos, tal y como se refleja en la Vi de BiE, para lo que se han desarrollado diferentes estrategias tales como potenciar la movilidad de los profesionales, las rotaciones M/T, la adecuación de profesionales de pediatría en jornadas compartidas en distintos centros y UAP, la ampliación horaria de la prestación en las UAPs y reordenaciones universales. Estas acciones se desarrollan a través de la LE 2 "Implicación de las Personas en los objetivos de la Comarca".

Este macroproceso se encuentra definido en base a las directrices marcadas desde la OC y por lo tanto se encuentra alineado con el proceso de Gestión de Personas Corporativo. Los subprocesos que la componen (ver fig. 3.0) se despliegan a través de mecanismos administrativos y gestión que han arrojado resultados muy positivos para BiE en la consecución de sus OE tal y como se refleja en los Índices de Satisfacción Global (ver 7a.1).

La revisión del Macroproceso de Gestión de Personas se realiza a través de los resultados de la ESP integrados en el proceso BPE 1.2 VGI, así como a través de las Autoevaluaciones y los resultados de la revisión del PE y revisiones de CM cuatrimestrales de los PG.

3A PLANIFICACIÓN, MEJORA Y GESTIÓN DE LOS RRHH

• PLANIFICACIÓN DE LA PLANTILLA:

El PG de BiE recoge, como objetivo relacionado con los RRHH su gestión integrada a través de la planificación de plantilla, la selección y la flexibilización en cuanto a la asignación de recursos humanos.

Esta gestión integrada viene marcada por las necesidades asistenciales que se van generando en función del desarrollo demográfico de la población, la implantación de nuevos servicios etc., y se concretan en las distintas reuniones de consejo de gerencia, estableciéndose objetivos, acciones, plazos y responsables de ejecución que se recogen en el plan de gestión anual.

En este sentido destacar el esfuerzo de BiE en la consecución del OE de ampliación de oferta horaria a la población, consiguiendo la culminación del objetivo de apertura de UAPs de 8 a 20 horas al 100% en enero de 2004 (el objetivo marcado por Osakidetza para el 2007 es del 60%), y que ha supuesto en este momento el paso del 35% de la plantilla al horario de tarde, incrementándose en 23.000 horas la prestación de asistencia a los clientes (ver 1e y 5c).

Los mecanismos de gestión que permiten que la planificación de los RRHH tenga éxito en cuanto que hacen posible la cobertura de las necesidades planteadas son entre otros:

• **Solicitud de ampliación de plantilla estructural** a la DRRHH de Osakidetza, que a su vez tiene que ser aceptada por la Dirección General de Osakidetza, y que ha supuesto en el caso de BiE la incorporación de personal facultativo y de enfermería fundamentalmente. Su revisión se realiza anualmente dentro del proceso de elaboración del PG tras el análisis de las FI y de las posibilidades de cobertura de necesidades por otros medios.

• **Movilidad por necesidades de servicio:** detectada la necesidad de establecer unos criterios generales a aplicar en los casos de movilidad por necesidades de servicio, la Dirección de RRHH de BiE, tras negociar con los representantes de los trabajadores, logró un acuerdo en marzo de 1999 por el que se garantiza loa transparencia y equidad en la movilidad de las personas bien por traslado de centro o cambio de horario derivado de la creación de nuevos centros o servicios o por la ampliación de los existentes así como por la detección de excesos o déficits de plantilla y todos ellos corroborados en CD de Comarca (ver fig. 3a.1).

Fig. 3a.1

Año	Centro	Motivo	RRHH
2001	Gazteleku	Nueva Apertura	32
2002	Otxarkoaga	Ampliación horario	5
2003	Begoña	Ampliación horario	4
2003	Arangoiti	Nueva Apertura	8
2003	Bombero-Etxaniz	Ampliación horario	7
2004	Casco Viejo	Ampliación horario	6
2005	PAC	Reestruct. plantilla	4
2006	Basurto	Nueva Apertura	2

Desde que BiE cuenta con este procedimiento, ha sido aplicado de forma sistemática en la totalidad de los centros objeto de alguna reestructuración. Su eficacia es revisada de manera continuada, ya que cada vez que se aplican los criterios establecidos, estos son cuestionados por parte de los afectados, llegando en algunas ocasiones a ser objeto de revisión judicial la cual ha confirmado en todos los casos la validez del procedimiento aplicado, aportando incluso aclaraciones y en consecuencia mejoras.

• **Expedientes de Reconversión y Adecuación de plazas:** A través del Expediente de Reconversión, BiE tiene la posibilidad de proponer la modificación de las plazas vacantes por otras de distinta categoría profesional más acorde a las necesidades existentes y requiere la aprobación del Consejo de Administración de Osakidetza. Por otra parte, a través de las resoluciones de Adecuación, BiE procede a modificar el puesto funcional de una plaza, siempre que pertenezca a la misma categoría profesional. (ver 7b).

Por último, y con el objetivo de la implantación del modelo de prestación de servicio diseñado en el ámbito de la AP, BiE propicia la integración de modalidades de asistencia médica y de enfermería denominados de cupo y zona (jornada de 2,5h diarias y asistencia a un cupo de pacientes asignado) a modalidad jerarquizada de EAP (jornada de 7 horas y asistencia a una zona básica de salud como referencia), lo que ha permitido la ampliación del horario de dedicación y la mejora del servicio (ver 6a y 6b).

La planificación de los RRHH de BiE se despliega tanto en el Proceso "Plan de Gestión" de las UAPs como en el Proceso BPA 4.2 "Incorporación de personas". El ED de BiE, acuerda anualmente con sus UAPs su PG anual y dentro de este la asignación presupuestaria relacionada con los RRHH, que va variando en función de la plantilla y características propias de la UAP. En base a esta descentralización presupuestaria y las necesidades de cobertura de plantilla a corto plazo, cada UAP solicita a través de su JUAP, la contratación de personal necesario a la DRRHH de BiE. A través de los sistemas de información habilitados por Osakidetza (SAP-R3) (ver 4e), el ED de BiE realiza un control cuatrimestral de los indicadores de gasto de cada UAP dentro de los CM (ver 2d).

Desde enero de 2006, y fruto del benchmarking realizado con la Comarca de Uribe, BiE ha implantado en sus UAP un programa de petición de licencias y permisos on-line por cada uno de los profesionales que facilita la gestión de las coberturas a JUAPs y a la propia DRRHH, permitiendo a ambos el control continuo del gasto realizado y de la previsión de ausencias a cubrir. El objetivo, incluido dentro del PG 2006 es que sea implantado en el 100% de las UAPs de BiE, para lo que se pilotó su implantación en tres UAPs, extendiéndose progresivamente al resto una vez incluidas las mejoras que han permitido su adaptación a nuestro sistema de gestión.

El proceso BPA 4.2 Incorporación de personas lleva ineludiblemente aparejada la acogida a nuestros profesionales, diseñado en base a la temporalidad del profesional al que se aplica y que contiene información sobre aspectos básicos de la comarca y de su propio puesto de trabajo.

Asimismo cabe destacar la planificación del personal del AAC realizada junto a la Atención Especializada (AE) (ver 4a y 5c) que se traduce en la ampliación de personal en aquellos centros que al albergar consultas de AE junto con las de Primaria tienen una mayor carga de trabajo derivada de la estrategia de "ventanilla única"

• **Desarrollo de carreras, movilidad y promoción interna:**

BiE propicia el desarrollo de los distintos mecanismos corporativos para mejorar las condiciones laborales y de desarrollo profesional de las personas que la integran a través de los procesos de promoción interna temporal, movilidad permanente o el desarrollo profesional (ver 3e).

A través del procedimiento de movilidad permanente, BiE con carácter bimensual oferta las plazas que quedan vacantes a los profesionales de la comarca para que voluntariamente puedan acceder a ellas de manera definitiva. Vigente desde año 2000 posibilita la sistematización de los cambios de personas dentro de la propia organización de servicios aplicando criterios de igualdad entre los profesionales (ver fig. 7b3). Este procedimiento lleva aparejado consigo el procedimiento de Promoción interna acordado con la parte social desde 1997, y que permite la cobertura de vacantes derivadas de la movilidad permanente a través de la promoción de profesionales de la Organización.

• **Implicación de las Personas en las Políticas de RRHH:**

Como se expresa en la Vi de BiE la implicación de los profesionales es clave, y en consecuencia también en los aspectos relacionados con la planificación de los RRHH y en las nuevas iniciativas que se desarrollan al respecto. Ejemplo de ello son las mejoras en los criterios de descentralización del presupuesto de RRHH a las UAPs fruto del Equipo de Mejora (EM) sobre créditos formado en 2004.

• FUENTES DE INFORMACIÓN PARA MEJORAR LA GESTIÓN DE LOS RRHH:

La **Encuesta de Satisfacción de Personas** (ESP) es la FI prioritaria para la recogida de información de sus profesionales, además de los diferentes foros existentes (ver 3b).

Se realizan desde 2003 con carácter anual fruto de los resultados de la Autoevaluación del año 2002. El modelo de encuesta utilizado es el diseñado de forma corporativa por Osakidetza con el objetivo de permitir la comparación inter-organizaciones. Como resultado del índice de participación obtenido en el año 2004 (ver 7b.1), y con el objetivo de profundizar en el desarrollo efectivo de AMs el ED de BiE utilizó Grupos Focales como herramienta de recogida de información cualitativa, dinamizada por una empresa externa.

En ellos participaron 24 profesionales de las distintas categorías que conforman el ámbito mayoritario de nuestra plantilla y fueron preguntados por aquellas dimensiones que peores resultados habían obtenido en la ESP del mismo año. Los resultados obtenidos a través de este método junto con los resultados cuantitativos de la ESP, facilitaron la focalización de Ams en las dimensiones estudiadas (Formación, Participación, Reconocimiento y Clima de Trabajo), aspectos que vieron mejorado significativamente su índice de satisfacción en el 2005 (ver 7a).

En el año 2005, y tras reflexión del 1º CD de BiE sobre la fiabilidad de los resultados obtenidos a través del índice de participación de la ESP, se planteó la necesidad de mejorar la sistemática existente, para asegurar la representatividad de los distintos grupos profesionales, por lo que se acordó el cambio en la metodología de obtención de la muestra, determinando un 40% como índice de respuesta necesario (% superior a la media de Osakidetza), y la aplicación de la encuesta por el método de entrevista personal y anónima, en lugar del envío de encuestas por correo y posterior recogida una vez cumplimentadas. El resultado, altamente satisfactorio del proceso ha afianzado lo acertado de dicha decisión tomándose la decisión de utilizar la misma metodología en los siguientes PGs. Esta experiencia se ha extendido a otras organizaciones de Osakidetza como buena práctica. Además en el año 2005, BiE introdujo algunas preguntas al formato existente sobre aspectos relacionados con la satisfacción de proyectos propios como las 1as Jornadas de Formación y el BB.

Otra de las FI es el **Procedimiento de sugerencias:** Su recogida, permite la generación de AMs en todos los ámbitos de BiE, incluyendo la gestión de Personas, y se produce en cualquiera de los contactos que los líderes (ver 1d) mantienen con sus trabajadores en los diferentes foros existentes (ver figura 3c.2). Su registro y sistematización permite la introducción de aportaciones a nuestros procesos tal y como se muestra en las figuras 3a.2, 5b.3 y 5c.5.

Las sugerencias son analizadas por el CG y CD de BiE además de por los propietarios de proceso, priorizando su implantación e incluyéndolas en el PG o implantándolas dependiendo de su factibilidad, como por ejemplo en 2005, tras sugerencia de Casco Viejo, se envía a todas las UAP listado con las personas de guardia en sábado así como los teléfonos de referencia de la Dirección de BiE.

Fig. 3a2

FECHA	ORIGEN DE SUGERENCIA	MEJORA
17/05/05	Enfermera Rekalde	Publicaciones en Begirada Batez
24/06/05	JUAP Santutxu	Plan de Incentivos. Mejores prácticas
18/01/06	Medico Basurto	Documento Atención Domicilio
20/03/06	Medico Santutxu	Datos analítica AE
30/03/06	Médico Otxarkoaga	Gasto en farmacia pacientes con Diabetes Mellitus

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

• FORMACIÓN

BiE cuenta con el proceso BPA 4.3 Gestión de la Formación cuya misión es **"Facilitar a las personas de BiE las acciones de formación alineadas con los fines de la organización que les aporten los conocimientos y habilidades para el desarrollo de sus competencias, logrando con ello un aumento de su nivel de satisfacción"**, acciones que se concretan en la LE 2. La gestión de la Formación en BiE es liderada por la DRRHH, propietaria del proceso, en estrecha coordinación con la Comisión de Formación.

Históricamente, BiE ha desarrollado las vías internas (impartida y organizada desde la propia Comarca) y externas (Osakidetza y otras entidades externas como Euskalit); es por ello que la cobertura de la formación se realiza a través del PFORM anual de BiE, pero también se hace efectiva a través de los PFORM la Organización central de Osakidetza, y su Servicio de Formación Continuada, en algunos casos con el apoyo de proveedores (ver 4a).

Por otro lado, la OC de Osakidetza, realiza su propio PFORM anual corporativo, basado en un estudio de necesidades en el que colabora BiE aportando sugerencias, y facilita en otro ámbito la formación en Euskera de sus trabajadores basándose en la consecución de su Plan de normalización lingüística.

La creación de la Comisión de Formación Comarcal (2005), derivada de los resultados obtenidos en las distintas ESPs y grupos focales ha sido uno de los hitos en la mejora de los resultados de este proceso.

La comisión está integrada exclusivamente por profesionales de la comarca y coordinada por uno de ellos como órgano que plantea al CD de BiE el PFORM. Para el mantenimiento y desarrollo de sus actividades, cuenta con un presupuesto que aprobado en el 1er CD anual de BiE que asume incrementos del entorno del 8% anuales.

El papel de la Comisión en el análisis de la Formación por grupos profesionales de la Comarca y la búsqueda activa de nuevos planteamientos formativos, tuvo como resultado la organización de las Primeras Jornadas de Formación de BiE en junio de 2005 en las que durante 3 días se celebraron conferencias, talleres y mesas redondas sobre aspectos considerados de interés, y cuyo éxito quedó patente en las más de 400 solicitudes recogidas y los resultados de las ES de las propias Jornadas. Este éxito se ha repetido en la edición de este año 2006 en el que se han superado las 500 solicitudes, manteniéndose el planteamiento combinado de talleres, mesas y ponencias como en la edición anterior. Una de las mejoras implantadas por la propia Comisión tras la revisión de su funcionamiento durante el primer año ha sido el cambio en la planificación de la formación pasando de planes anuales a planes semestrales con el objetivo de mejorar el control del mismo a todos los niveles.

BiE, define en su PFORM las necesidades a cubrir, definidas por la propia prestación del servicio y las características de calidad que esta prestación ha de tener tomando como referencia las áreas de mayor prevalencia a nivel asistencial de la OP y HOBEKUNTZA. Las FI que propician la base del PFORM son la Comisión de Formación, fundamentalmente en aspectos asistenciales y de servicio relacionados con la prestación, la Dirección de BiE en aquellos relacionados con la mejora de la gestión y los propios profesionales de las UAPs. En este caso, estas son canalizadas bien a través de sugerencias, de manera directa a los líderes de BiE e integrantes de la Comisión de Formación o a través del proceso de formación propio de las UAPs con sistema de gestión ISO, donde el JUAP analiza las necesidades de formación y las entrega a la Comisión de formación para su valoración.

Ejemplo de la detección de necesidades formativas es el Plan LIDERBiE. Su objetivo es facilitar los medios formativos disponibles para que los líderes de BiE desarrollen sus competencias. Los pasos que se han seguido para diseñarlo, han sido el de relacionar las competencias definidas para los líderes con la Formación actualmente ofertada, y la priorización de las competencias a mejorar a nivel global, para lo que se plantean cursos conjuntos para todos los líderes, y por otro lado la oferta formativa susceptible de dar respuesta a necesidades más individualizadas así como otras iniciativas disponibles en el mercado.

Las mejoras en el ámbito de la formación quedan reflejadas en el propio PFORM, por ejemplo en el incremento de las acciones formativas dirigidas a los facultativos así como en las iniciativas desarrolladas a nivel interno para el despliegue del SG, como la formación en Osabide a fijos y eventuales de manera sistemática y la formación a más de 90 facultativos sustitutos en procesos asistenciales y prescripción de farmacia incluido como mejora en 2006 dentro del Plan de Acogida.

Además de la oferta formativa explicitada, desde el ED de BiE y en apoyo a este planteamiento estratégico, se ha incluido de forma explícita horas de formación en el calendario laboral de sus profesionales pasando de 11 horas en 2005 a 18 horas en 2006 por cada trabajador; además, el 50% de los incentivos incluidos en el PI está destinado a la formación de los profesionales (ver 3e). La combinación de los esfuerzos formativos tanto desde BiE como desde la OC, toma forma a través de distintos mecanismos:

A) Formación Continuada:

Supone la organización o facilitación de asistencia a cursos impartidos por distintos órganos y recoge todas las áreas de interés para BiE : asistencial, gestión, calidad, informática, euskera, administrativas…

Tanto la Comisión de Formación como la propia Dirección de la Comarca, hacen una búsqueda de ofertas formativas que cubran las necesidades existentes, priorizando la organización de los cursos con profesionales de BiE (ver Fig. 3b.1). En el caso de no disponer de oferta interna, la cobertura se realiza a través de la oferta de la OC o la búsqueda de ofertas a través de otras empresas y organismos como Euskalit y AENOR.

Fig. 3b.1

Área	Accion Formativa	Nº prof. docentes
Herrramientas informaticas	Norbide-osabide	16
	Aldabide	1
	Calitel	1
Procesos clínico asistenciales	Ulceras y Heridas	2
	Tao Capilar	3
	Hta	1
Talleres	Valoración Geriatrica en AP	1
	Deshabituacion Tabaquica	1
	Asma	2
	Medicina Basada en la Evidencia	1
Herramientas gestión	Gestion por Procesos	16
	Autoevaluación EFQM /Modelo EFQM	1
	ISO 9001:2000	4

La comunicación de las ofertas y convocatorias de los cursos, se realiza tal como se recoge en el PCOM de BiE (ver 3d), enviando información sobre los destinatarios del curso, programa, fechas de impartición, docente, plazos de presentación de solicitudes y formulario de inscripción. La selección de los asistentes se realiza por parte del JUAP o responsable o en su defecto la DRRHH, en coordinación con algún componente de la Dirección (según el ámbito de aplicación del curso), y en función del objetivo de implantación de los conocimientos adquiridos, y/ó el nivel de conocimiento del profesional sobre la materia.

Con el objetivo de recoger información sobre el desarrollo de los cursos y para que sirva como fuente de información de mejora o necesidad de posteriores convocatorias, en toda aquella formación impartida a nivel interno con una duración mayor a 4 horas se realiza de manera sistemática una evaluación final tras la impartición de los cursos. Una de las mejoras derivada de esta evaluación ha sido, por ejemplo, la diversificación de horarios en el curso de RCP

BiE cuenta con un registro informático de Formación desde el año 2002 en el que se recoge la información por cada curso (solicitantes, admitidos, asistentes..). Fruto de la revisión del proceso y de los indicadores definidos en él, en 2005 se mejoró la base de datos para obtener además información de los cursos realizados por cada profesional con el objetivo de gestionar de una manera más eficaz la oferta formativa.

La creciente organización y mejora de la gestión de la Formación Interna y externa (BiE colabora activamente con la OC de Osakidetza en la organización de cursos) ha llevado a BiE a adecuar sus locales y equipamiento técnico. Cuenta entre sus infraestructuras con un Aula informática y continúa en la habilitación de locales como aulas docentes en apoyo a la apuesta estratégica de la formación como por ejemplo Rekalde en 2004, Indautxu, Saenz de Buruaga y Deusto en 2005 y Basurto y Bombero Etxániz en 2006.

B) Entrenamiento en el trabajo:

La prestación del servicio sanitario en el que la atención continua al paciente aporta fuentes de aprendizaje muy importantes, es aprovechada desde las UAPs de BiE para organizar de manera sistemática, Sesiones clínicas internas, forma de aprendizaje más extendida a nivel interno, en las que se comparten conocimientos sobre casos de pacientes, diagnósticos y tratamientos. En algunas ocasiones en coordinación con servicios de AE, se realizan sesiones específicas sobre determinadas especialidades hospitalarias, mejorando así por un lado el conocimiento de nuestros profesionales y por otro la coordinación con los aliados.

En el caso de las UAPs con acreditación docente, las sesiones formativas están sistematizadas, además de las actualizaciones formativas recibidas como apoyo a MIRes.

La Comisión de Formación de BiE ha sistematizado las rotaciones de nuestros profesionales facultativos por servicios hospitalarios en colaboración con el HBas. En 2005 han rotado 12 profesionales de diferentes UAPs, incrementándose este número hasta 25 a lo largo de 2006. Fruto de la revisión de los resultados del PG2004, BiE plantea como objetivo fomentar las oportunidades de aprendizaje de profesionales de BiE a través de la socialización de mejores prácticas internas (LE 4), incluyéndolo además como aspecto a incentivar en el PI, en el apartado "divulgación de mejores prácticas". La incentivación se plantea para aquellas UAPs que organicen sesiones de divulgación de sus experiencias con otras unidades, siendo requisito la participación de un número establecido de profesionales en función del tamaño de la UAPs. En 2005 4 Unidades recibieron incentivos por este apartado.

Las áreas de conocimientos que comparten tienen relación con aspectos estratégicos planteados desde BiE como la implantación de la gestión por procesos, la autoevaluación EFQM o aspectos de práctica clínica como el protocolo de úlceras y heridas, la cirugía menor o la implantación de procedimientos concretos como el TAO.

C) Autoformación

BiE, además de lo anteriormente expresado, pone a disposición de sus profesionales los medios para facilitar el acceso a fuentes de información que completan aspectos y temas de interés. Entre los mismos podemos encontrar como ejemplos las bibliotecas de las UAPs en las que se encuentran publicaciones y documentos de consulta para los profesionales, el acceso a las BD biomédicas o la página web, en la que se han habilitado links de interés para los profesionales y a la que desde 2005 y para expandir las posibilidades de formación se ha habilitado el acceso al 100% de los profesionales.

• DESARROLLAR LA CAPACIDAD DE TRABAJO EN EQUIPO Y DISEÑAR OPORTUNIDADES DE APRENDIZAJE Y EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO

Desde BiE se fomenta el trabajo en equipo desde la óptica de la mejora. Para ello se fomentan actividades que permiten el intercambio de conocimiento y favorecen el aprendizaje. Ejemplos de esto podemos encontrarlos en las Reuniones ISO comarcales y las reuniones de propietarios de procesos (ver 5a), en las que se analizan los problemas e interfaces detectados y cada miembro aporta el "saber hacer "de cada UAP. Las mejoras introducidas en ambos ámbitos están relacionadas entre otras con nuevos sistemas de medición de indicadores ISO, o mejoras en el sistema de implantación de procesos realizándose un despliegue de experiencias de UAPs certificadas en alcance total por todo BiE como modelos de aprendizaje (ver 5b).

En apoyo a esta política de fomentar la capacidad de trabajo en equipo y lograr la implicación activa de nuestros profesionales, en 2006 se ha comenzado a formar a personas con responsabilidades en un ámbito novedoso como es la Inteligencia Emocional, permitiendo dotar a estas personas de mayores competencias (autocontrol, confianza, integridad, adaptabilidad, motivación y habilidades sociales como influencia, comunicación, liderazgo, colaboración y habilidades de equipo) permitiendo avanzar y traccionar al equipo humano de BiE hacia un modelo de organización inteligente.

De cara a mejorar el desempeño de las personas que componen BiE y dentro de la LE3 del PE, se han habilitado herramientas que permiten evaluar su rendimiento para posteriormente analizarlo y mejorarlo, en-

tre ellas la recogida de información individualizada de los profesionales facultativos de BiE, pilotada por dos de ellos y que estará operativa durante el primer cuatrimestre de 2006 y la evaluación del rendimiento a través de LIDERBiE (ver 1a), además de la evaluación realizada por los JUAPs a los profesionales a través de los resultados individuales de los indicadores de los procesos de las UAPs.

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

Una de las ideas clave de la Vi de BiE es "ser reconocida por las personas que la integran como una Organización que propicia la participación en el desarrollo y mejora de su propia actividad", idea que debe ser sustentada a través de los valores a potenciar en los profesionales de BiE definidos en la reflexión estratégica, entre los que se encuentran la Profesionalidad, Trabajo en equipo, Iniciativa y el sentido de pertenencia.

Este enfoque hacia la participación de las personas que la integran en la gestión de BiE está sustentado en la LE 2 "Implicación de las personas en los objetivos de la Comarca".

Así, y enmarcado en el concepto de "gestión participativa" (ver 1a) impulsado desde BiE, se propicia la participación de nuestros JUAPs en el diseño del PE 2003-2007, definiendo y priorizando los DAFOs (2003 y 2005) utilizados en BiE, y diseñando las estrategias y objetivos anuales; además, el despliegue de los PGs a través de los procesos, es también ámbito de continua participación de nuestros profesionales a través de la implantación de los Planes e iniciativas asociados.

Las reuniones de Revisión cuatrimestral y CM con todas las UAPs para el seguimiento de objetivos propicia además de la participación e implicación de líderes y otros profesionales, la generación de AMs tanto en la propia PyE y procesos derivados, como en nuestros sistemas de información (2c y 4e). Algunas mejoras a este nivel :

1. Integración de Revisiones por la Dirección y PGs por UAP, y habilitación de las Reuniones para su ratificación y aprobación.
2. El carácter rotatorio de la intervención de profesionales en las reuniones de revisión cuatrimestral de CM, y en consecuencia la ampliación de la implicación de las personas de BiE (antes sólo JUAPs y otros Responsables).

HOBEKUNTZA (ver 1e) ha sido y es sin duda otro de nuestros hitos en la participación de las personas que conforman BiE. Así desde sus inicios en 2004 han sido cerca de 100 los profesionales de todos los estamentos y niveles de responsabilidad los que han propiciado el diseño e implantación de este camino hacia la excelencia, comenzando por la definición de procesos e indicadores a través de los equipos de desarrollo y proceso, los propios equipos de proceso creados en las UAPs (ver 5a) y continuando por las autoevaluaciones EFQM comarcales y de UAP y la elaboración e implantación de los planes de mejora asociados. Todas estas iniciativas han permitido desarrollar un sistema de participación continuo y sistematizado que permite un mayor conocimiento de la gestión de BiE

Además de las referencias hasta ahora incluidas, BiE cuenta con distintas formas de participación e implicación tanto a través de comisiones y comités permanentes y sistematizados en su gestión así como de EMs, sesiones y reuniones en las que fomenta el trabajo en equipo y la mejora de sus distintos procesos (Fig. 3c.2).

Los participantes en estos son propuestos por el CG, JUAPs, responsables del área a trabajar ó propietarios del proceso en cuestión en función de su implicación y conocimientos. La eficacia de estos equipos de mejora es evaluada a través de la consecución de los objetivos asociados a los mismos, ya sean cualitativos, como por ejemplo la definición de protocolos o cuantitativos como la mejora en los resultados del PG o encuestas.

La gestión interna del conocimiento generado por estas mejoras ha sido uno de los objetivos que BiE ha estructurado a través de su inclusión en los diferentes PG desde el año 2004 (ver Fig. 3c.1), utilizándose el foro de los CD desde ese año para el intercambio de buenas prácticas por parte de JUAPs. Desde el año 2005, y con el objetivo de dar un impulso definitivo, se incorpora al PI, promoviendo el comportamiento innovador y creativo y a su vez la implicación; ejemplos de ello son las sesiones de GPP y certificación ISO, que se han desarrollado en distintos centros.

Fig. 3c.1 MEJOR PRÁCTICA	RESPONSABLE	AÑO
Sesión sobre programa CALITEL impartido a profesionales AAC	Resp AAC UAP San Inazio	**2004**
Presentación de resultados individualizados por cupos en su PG	JUAP Rekalde	**2004**
Estrategias de captación de pacientes en campaña antigripal	JUAP La Peña	**2004**
Taller antitabaco (Jornadas BiE)	Médico UAP San Inazio	**2005**
Formación sobre úlceras y heridas	2 Enfermeros de UAP B.Etxaniz	**2005**
Sesiones sobre GPP	JUAP San Adrián	**2005**
	Profesionales UAP Karmelo, La Merced y San Adrian	**2006**
Mejora de los procesos de enfermería	Profesionales de Otxarkoaga	**2006**
Sesiones sobre TAO	JUAP Santutxu Solokoetxe y profesionales de enfermería	**2005**

Además de las mejores prácticas que aparecen en la figura cabe destacar los trabajos de investigación y publicaciones hechos por nuestros profesionales, 15 en 2004, 3 en 2005 y 5 en 2006.

Esta dinámica de mejora ha permitido a su vez que distintos líderes y profesionales de BiE participen en conferencias y actos fuera de nuestra organización, y que sean además referentes en ámbitos como la Formación o Proyectos de mejora a nivel de Osakidetza (ver 1c).

Esta estrategia hacia la implicación y asunción de responsabilidades ha requerido por parte de los líderes de BiE el desarrollo de directrices que faculten a las personas a actuar con independencia, además de un replanteamiento del liderazgo ejercido hacia las personas que conforman la organización (ver 1a) para lo que se analizan las competencias de "delegación" e "iniciativa". Algunos ejemplos de iniciativas que fomentan la asunción de responsabilidades:

- Fondo de maniobra de los centros
- Plan de incentivación cuyo reparto es consensuado en la UAP
- Flexibilidad de consenso en las UAPs en los protocolos de asignación de pacientes a cupos en el alta de clientes, rotaciones para atención de indemorables, avisos, etc.…
- Decisión consensuada por parte de las UAPs sin JUAP de poder acceder al CGC en lugar de PO (Otxarkoaga en 2005)
- Sistema de rotaciones de profesionales M/T
- Nombramiento de responsables de protocolos en UAPs (gripe, continuidad de cuidados, etc.).

Fig. 3c.2	GRUPOS DE PARTICIPACIÓN	ACTIVIDAD	PARTICIPANTES	FRECUENCIA
COMISIONES COMTÉS PERMANANTES	Consejo de Dirección	Reflexión estratégica y toma de decisiones sobre iniciativas del PG	ED+JUAPs +CT	Trimestral
	EM Osabide	Análisis y mejora del programa	ET +Grupo	Ad hoc
	Consejo de Gerencia	Definición de los PG y monitorización de la actividad de BiE	ED+ET	Semanal
	Consejo técnico	Asesoramiento Consejo Dirección y Gerencia	DM+DE+Grupo	Trimestral
	Comisión de Farmacia	Asesoramiento sobre medicamentos	DM+FAR+Grupo	Trimestral
	Comité ISO Comarcal	Implantación e intercambio de conocimientos sobre procesos de A.P.	DG+TRAAC+Grupo	Mensual
	Comité de Seguridad y Salud	Análisis y asesoramiento sobre aspectos relacionados con la Seguridad y salud Laboral	ED+UBP+ Sindicatos	Trimestral
	Junta Personal Atención Primaria	Información y análisis de aspectos de RR.HH. Calendario Laboral	ED+Sindicados	Ad hoc
	Comisión de Formación	Diseño de actividades formativas	ED + TO + Grupo	Mensual
EQUIPOS DE TRABAJO Y MEJORA	Equipos ISO UAP	Monitorización y Mejora del SG	JUAP + Resp. AAC + Grupo	Mensual
	E. M. Gripe	Protocolizar en las UAPs actuaciones previas a epidemia	DA+Grupo	Ad hoc
	E. M. TAO	Seguimiento y Mejora del Proceso	DA+Grupo	Ad hoc
	E.M Créditos	Analisis de los criterios de asignacion de creditos para sustituciones personal	DRHH+Grupo	Ad hoc
	E.M. Begirada Batez	Propuestas de Mejora a formato y contenidos	DEF+Grupo	Ad hoc
	Equipo Auditores ISO	Programación y realización Auditorías Internas ISO	TRAAC + Profesionales AAC	Ad hoc
	Equipo Evaluadores CP	Evaluación Oferta Preferente en las UAP,s de BIE	DM+UGS+Grupo	Anual
	Comisión de Compras	Análisis de productos solicitados por UAPs	DEF+ DE+ ET	Ad hoc
	E.M. Atención Primaria	Análisis de variables para la mejora de la Satisfacción en AP	DRHH+Grupo	Ad hoc

La revisión de este enfoque hacia la participación que BiE fomenta es analizada a través de la ESP, siendo una de las dimensiones que, mayor porcentaje de mejora ha obtenido en 2005 pasando de una valoración de 2,4 a ,2,9 (ver 7a.11), fruto del esfuerzo de mejora planteado en este ámbito en las AMs derivadas de la ESP de 2004.

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

La comunicación es un factor fundamental y así lo refleja el PE de BiE en su LE 2:"definir y establecer un adecuado sistema de gestión de la comunicación interna de la comarca" y más concretamente en el OE 2.2 y OE 2.5.

En BiE podemos identificar dos ámbitos de comunicación interna : a nivel de Dirección, y a nivel de UAP.

La necesidad de desarrollar de manera estructurada la comunicación interna es identificada como un AM que queda recogida en la Autoevaluación de 2002 y en las ESP de 2003 y 2004.

Para dar respuesta a estas AMs, BiE elaboró en 2003 un PCOM interna a nivel de Dirección basado en el Proceso del mismo nombre diseñado para los centros ISO, con el objetivo de servir de referente a la hora de estructurar los canales de comunicación descendentes necesarios (Dirección - UAPs); este PCOM recogía, tanto las necesidades de Comunicación derivadas del PE y PG, como sus destinatarios, canal de comunicación y frecuencia, así como la instauración de un panel de comunicación interna en el que se recogiera la información estratégica (objetivos, resultados de encuestas, resultados clave, etc.), y su objetivo era estructurar y complementar la comunicación informal existente entre los profesionales y fomentada por la accesibilidad de los Líderes.

Tanto en el ámbito de la Dirección de BiE como en las UAPs en ISO, este proceso es revisado por su propietario, manteniendo a su vez el panel de información actualizado y sometiéndolo además a las auditorias internas que el proceso conlleva.

Fruto de la experiencia adquirida, y dada la necesidad de sistematizar la comunicación interna, en 2004 BiE diseñó, tras el aprendizaje realizado con otras Organizaciones excelentes como Ekialde y Gaiker, su propio proceso de comunicación, que se integró en el Macroproceso BPE.1 Dirección Estratégica.

Tras analizar los resultados de la Autoevaluación 2005, de nuevo el CD de BiE priorizó la comunicación como una de las ÁMs, para lo que se rediseñó en diciembre de 2005 el PCOM tomando como referencia el PCOM inicial, el proceso ISO de UAP y el proceso de comunicación comarcal. Las mejoras introducidas por este nuevo Plan son la definición de la sistemática de control de la comunicación y la mayor definición

	QUÉ	CÓMO	PERIODICIDAD	RPBLE
ESTRATÉGICOS	Plan de Gestión Anual de la UAP	Ascendente: Envío a ED en soporte papel Descendente: Reunión de presentación con los profesionales. Panel de Comunicación. Página web	ANUAL	JUAP
	Plan de incentivos	Descendente: Reunión de presentación con los profesionales. Panel de Comunicación	ANUAL	JUAP
	Resultados , acuerdos .....derivados de reuniones A a nivel comarcal (Comités, Comisiones…)	Descendente: Reunión de presentación con los profesionales	CONTINUO	JUAP
	Resultados , acuerdos .....derivados de reuniones a nivel interno de la UAP (equipo de Calidad…)	Ascendente: COMUNICACIÓN ESCRITA A ED. Descendente: Reunión de presentación con los profesionales. Panel de Comunicación. Debe aparecer en revisión por la Dirección	CONTINUO	JUAP
	Plan de Formación / acciones formativas	Descendente: Reuniones internas, Panel de Comunicación	CONTINUO	JUAP
	Resultados de encuestas, autoevaluaciones, auditorias…	Ascendente: Cuadros de Mando, Documento escrito Descendente: Reunión de presentación, PANEL DE COMUNICACIÓN.	CONTINUO	JUAP
	QUE	**CÓMO**	**CUANDO**	**QUIEN**
ESTRUCTURALES	Mapa de procesos, Organigrama de la UAP (Responsables funcionales y de Proceso) y Comarca	Descendente: Panel de Comunicación. Plan de acogida	CONTINUO	JUAP
	Cartera de servicios (modificaciones…)	Descendente: REUNIÓN INTERNA, PANEL DE COMUNICACIÓN, manual de Acogida	CONTINUO	JUAP
	Funciones asociadas a las personas de la propia Unidad/ Proceso	Descendente: Reunión interna, PROCESO/DOCUMENTO	CONTINUO	JUAP

Fig. 3d.1 MAPA DE COMUNICACIÓN • Comunicación descendente: Dirigida a Toda la UAP • Comunicación ascendente: Dirigida a Equipo Directivo

de los atributos clave de la comunicación (responsables, canal, etc.) explicitados en un mapa de comunicación del que la figura 3d.1 muestra un extracto.

En su diseño, en el que participaron ET, ED y los JUAP liderados por el TO, se revisaron todos los contenidos de comunicación vertical que se producían en BiE en ambas direcciones. (Dirección - UAP, UAP - Dirección, JUAP - EAP, EAP- JUAP), asegurando así la participación en el conocimiento de todos aquellos aspectos estratégicos para la consecución de la MVV, desarrollo de la P y E y operativos del día a día de la actividad.

La realización de este Mapa de Comunicación tras la revisión de junio de 2005 y la definición de sus mecanismos de control, permitió reenfocar el concepto de la comunicación, pasando de ser un proceso integrado en el BPE 1 Dirección Estratégica, con el DG como propietario, a ser un procedimiento de aplicación a todos los procesos existentes en BiE, para lo que se define en cada uno de los Macroprocesos los aspectos concretos a comunicar.

El control de la realización del planning establecido en el Mapa de Comunicación se realiza periódicamente por parte del ED y ET a través de las actas de las reuniones de los Comités y Comisiones existentes (ver 3c) en las que se informa sobre dichos aspectos, los indicadores del proceso ISO de Comunicación interna, auditorias internas, autoevaluaciones así como las Revisiones por la Dirección cuatrimestrales y anuales del PG. Fruto de la Revisión del PG 2005, en 2006 se ha designado un responsable para actualizar la información en UAPs no ISO, y se han introducido nuevas preguntas sobre la Comunicación en BiE dentro de la ESP 2006.

Para completar el análisis de la eficacia del nuevo plan, y tras la revisión del Comité Técnico ISO de la OC, se introduce un nuevo indicador de proceso de las UAPs en ISO relacionado con la comunicación.

La Evaluación de la efectividad de la comunicación se realiza a dos niveles:

1. A partir de 2006 a través de las ES realizadas en foros como CDs y presentaciones del PG).
2. A nivel general, a través de la dimensión de Comunicación en la ESP y las autoevaluaciones.

Como consecuencia de las mejoras implantadas, los resultados obtenidos en las ESP, han mejorado tanto en la dimensión de comunicación (ver 7a.14) como en el propio conocimiento de la MVV (ver 1d) y objetivos de la organización. (ver 7a.13).

El impulso a la comunicación ha supuesto el desarrollo de otras estrategias de apoyo como la habilitación del acceso a intranet en el 100% de los puestos de trabajo, la extensión del correo electrónico entre los profesionales de BiE, la creación de la página Web comarcal, la implantación del programa de "gestión de ausencias" con tratamiento on line como sistema de comunicación ágil que aporta información para la gestión eficaz de los recursos humanos (3a). Además, en 2006, tras reflexión del CG, se amplia la participación en el CD al del 100% de las UAPs con el objetivo que todos los aspectos clave de la gestión de BiE lleguen al mayor número posible de profesionales.

En este sentido, BiE implantó en 2004 el procedimiento Sugerencias como canal de comunicación vertical. Diseñado originalmente a nivel corporativo desde la DRRHH de Osakidetza, supuso la sistematización en la recogida, registro y respuesta a los aspectos planteados por nuestros profesionales.

Los indicadores de este procedimiento, se registran a nivel comarcal y son incluidos en el Plan de Calidad de Osakidetza, permitiendo además la comparación entre organizaciones. Tras la revisión de los resultados obtenidos en aplicación del proceso (34 sugerencias en 2004 y 5 en el primer cuatrimestre de 2005), BiE gestionó la recogida de sugerencias de forma proactiva, posibilitando hacerlo en los distintos foros de encuentro con sus profesionales (CM, Formación interna, Equipos de mejora etc...) terminando el año con 17 sugerencias por escrito y comenzando el primer cuatrimestre de 2006 con 9. Con el objetivo de mejorar la comparación, en 2005 la OC redefinió uno de los indicadores que lo miden, tanto en su descripción como el la forma de medición (ver 7b.9).

Los canales de comunicación horizontales en BiE vienen definidos por los diferentes órganos consultivos y decisores existentes, órganos en los que se intercambian opiniones y experiencias entre miembros pertenecientes a diferentes UAPs (Consejo de Dirección…) (ver 1d, 3b,

3c y 5a). Asimismo, las mejores prácticas se identifican e intercambian de manera sistemática en los foros existentes (ver 3 c).

Otros medios utilizados para fomentar la comunicación:

- Los Planes de acogida en los que se informa sobre aspectos básicos del funcionamiento de la Organización (ver 3a). A partir de 2006, se incluye un módulo de acogida para los facultativos sustitutos sobre los procesos clave y las mejores prácticas en prescripción (ver 3b).
- Las Memorias anuales de BiE (y las de los diferentes servicios: farmacia, UBP,...) en las que se informa sobre resultados e iniciativas desarrolladas (desde 2005).
- Cambio en el formato del BB y realización monográficos sobre aspectos estratégicos y/o de actualidad desde 2005.
- Despliegue de carteles en el 100% de UAPs con la MVV y MP.

3E RECOMPENSA, RECONOCIMIENTO Y ATENCIÓN A LAS PERSONAS DE LA ORGANIZACIÓN:

BiE, como parte de Osakidetza, establece, a través del Acuerdo de Regulación de Condiciones de Trabajo (ARCTO), las condiciones laborales aplicables a todos los profesionales (jornada anual, licencias y permisos, sistema retributivo y derechos sociales para los profesionales que la componen...). Este acuerdo es derivado de la negociación con los sindicatos, en la que está presente la DRRHH de BiE.

Cada uno de sus apartados tiene su ámbito de aprobación, y su conocimiento y difusión se garantizan a través de la intranet de BiE , tal como se recoge en su procedimiento de comunicación (ver 3d), y además son objeto de discusión en las reuniones de presentación que se celebran anualmente con el CD, y la Junta de Personal de BiE.

El último ARCTO, firmado en marzo de 2005 y con vigencia anual, recoge además un conjunto de medidas globales encaminadas a la adaptación a las necesidades personales de sus profesionales y a la oferta de un servicio de calidad.

Entre las mejoras incluidas en el vigente ARCTO destacamos la flexibilización en la jornada para los mayores de 55 años, mejora en el fraccionamiento de vacaciones, inclusión de nuevos permisos que facilitan la conciliación de la vida familiar como el referido a la atención de familiares, fondo de acción social, aportación a EPSV Itzarri, etc..

Todos los aspectos que recoge el ARCTO, son desplegados a través de los distintos subprocesos y procedimientos gestionados desde la DRRHH de BiE.

En este sentido cabe destacar además de la gestión de licencias y permisos y la cobertura de las ausencias que genera (3a), la tramitación de los beneficios sociales a los que se acogen nuestros profesionales como son anticipos y adelantos de nómina, primas por jubilación voluntaria y complementos de jubilación anticipada, ayuda por estudios y euskera fuera del horario laboral derivadas del Plan de Normalización lingüística de Osakidetza, pólizas de seguros, etc. (ver 7b.12). En la ESP se evalúa la satisfacción de los profesionales a través de las dimensiones de condiciones de trabajo y condiciones retributivas (ver 7a.2 y 7a.4)

• RECONOCIMIENTO A LAS PERSONAS DE LA ORGANIZACIÓN

BiE recoge en su O.E.2.3.3 la necesidad de articular sistemas transparentes de incentivación y reconocimiento.

En este sentido, y desde el año 2003, BiE ha desarrollado una doble vía para conseguirlo: por un lado establecer un sistema de incentivación grupal para reconocer los resultados de las UAP y por otro un sistema de reconocimiento individual.

• Sistema ó PI grupal

Es diseñado con el doble objetivo de reconocer la gestión realizada desde las UAPs de BiE, la consecución de resultados bajo la referencia estratégica del CGC (2d) y los logros obtenidos en la Extensión de la Mejora de la gestión exclusivo de BiE.

Este último apartado, complementa el anterior, ya que incluye aspectos como las certificaciones a través de Norma ISO, la realización de autoevaluaciones a través de modelo EFQM, o resultados en procesos singularizados como campañas de vacunación, todos considerados estratégicos tanto para BiE, como para la OC y el DS. Cabe destacar que el reparto del PI se consensúa de manera interna en las UAPs entre los profesionales.

Los resultados de autoevaluaciones y ESPs han permitido a su vez, realizar diferentes revisiones anuales del PI, incluyéndose como mejoras nuevos aspectos a incentivar en el apartado de Extensión de la mejora como la divulgación de mejores prácticas en 2005 y la orientación a clientes y aliados, los planes de reconocimiento a nivel de UAP y el fomento de la autoformación a través de la difusión interna de mejores prácticas en 2006. La inclusión de estos nuevos apartados ha supuesto un incremento de la cuantía de los incentivos, así como el número de profesionales incentivados

Además del PI, BiE reconoce con una comida grupal a los profesionales por el esfuerzo realizado como por ejemplo a la Comisión de Formación tras la realización de las Jornadas y a los profesionales del equipo de calidad de todas las UAPs anualmente con certificación ISO tras la renovación de la misma

• Sistema de Reconocimiento individual

Hasta el año 2004, el enfoque de reconocimiento de las Personas de BiE, con el fin de mantener su nivel de implicación y responsabilidades, no se realizaba de una manera sistemática, centrándose en el reconocimiento por escrito a los trabajadores que cumplían 25 años desde el año 2000. Tras analizar los resultados de la autoevaluación de 2002 y ESP, se decide diseñar un sistema de reconocimiento individual y sistemático

Desde 2004, y siguiendo la estrategia de implicación y motivación planteada, BiE reconoce individualmente (en dos actos diferenciados de homenaje público) ,a los trabajadores que cumplen 25 años de vida profesional ,y aquellos que se jubilan; en el mismo, además se les hace entrega de un obsequio personal.

Fruto de las sugerencias recibidas por parte de los profesionales, anualmente se han ido introduciendo nuevos aspectos a reconocer.

En 2005, se incluyó entre los reconocimientos a los profesionales que habían publicado artículos o libros de interés así como aquellos que participaban en proyectos de investigación, utilizando posteriormente la publicación de la reseña de estos artículos y estudios en el BB permitiendo de esa manera conocerlas al resto de profesionales para su utilización como fuente de aprendizaje.

En el año 2006, se ha incluido el reconocimiento a aquellos profesionales que a través de la participación han contribuido a la mejora de la gestión de BiE, como son los evaluadores del CP, formadores de Osabide, auditores internos de ISO, o los profesionales implicados en la implantación de acciones estratégicas.

Desde el comienzo de esta estrategia de reconocimiento hasta el año 2005, el 6,41% de los profesionales de BiE han participado en un acto de reconocimiento formal, ampliándose a 16,48% en 2006 (ver 7b.4).

La organización de este acto anual se complementa con los agradecimientos personales por escrito y reconocimientos informales dirigidos a todos los profesionales que a través de su trabajo diario proporcionan continuas oportunidades de mejora a BiE (ver 1d)

Por otro lado, y fruto de la negociación de Osakidetza con la parte social, durante el año 2005 se diseñó el proyecto de desarrollo profesional para facultativos, cuya convocatoria fue publicada en febrero de

2006 con el objetivo de reconocer la contribución diferencial y el esfuerzo de todos los licenciados y licenciadas sanitarios en su adaptación y actualización permanentes a los avances tecnológicos y científicos que se producen en el ámbito de la salud y su participación motivada en los objetivos de Osakidetza, que se resumen en el de ofrecer los mejores servicios asistenciales posibles.

BiE, ha tomado parte activa en este proyecto, siendo una de las 4 organizaciones del conjunto de Osakidetza, y la única en el ámbito de la AP que ha pilotado el citado proyecto en junio de 2005, poniendo en marcha la aplicación Currículum Vitae, incluida en él, para lo cual contó con la colaboración e implicación activa de sus profesionales, aportando AMs a la aplicación que posteriormente utilizaron el resto de la organización.

BiE evalúa la eficacia de su sistema de reconocimiento e incentivos a través de la ESP anual y la Autoevaluación EFQM bienal. Así se han ido mejorando los niveles de satisfacción con el reconocimiento recibido desde el 2003 en adelante (ver 7a.3).

• CONCIENCIACIÓN EN TEMAS DE HIGIENE, SEGURIDAD, MEDIOAMBIENTE Y RESPONSABILIDAD SOCIAL:

La Prevención de Riesgos Laborales es un elemento inherente de todas las actividades de BiE, cuyo compromiso, por parte de la Dirección, se explícito en el anexo al CP de 2001.

La estructura está basada principalmente en la UBP y en el Comité de Seguridad y Salud (CSS) en el que además de esta participan 3 delegados de prevención representando a distintos sindicatos y el ED de BiE.

EL CSS realiza las labores de control del sistema de prevención. A través de él, la UBP informa de la implantación de los procesos derivados del sistema de prevención: evaluaciones de riesgos, análisis de accidentes e incidentes y el plan de acción y seguimiento derivados.

BiE, incluyó en 2004 el proceso BPA 4.4 Prevención (ver fig. 3e.1) dentro de su MP, bajo el Macroproceso BPA 4 Gestión de Personas, con la Misión de **"promover la seguridad y la salud de los trabajadores mediante la aplicación de medidas y el desarrollo de las actividades necesarias para la prevención de riesgos derivados del trabajo"**, y en alineación con la Política de Gestión de Personas de Osakidetza, incluyó su implantación como Proceso en el PG 2005.

Fig. 3e.1

El BPA 4.4.3 Vigilancia de la salud se ha implementado, desde el año 2004, con un programa hecho a medida dentro del Sistema SAP-R3, en el que se garantiza la coherencia y la especificidad de los diferentes reconocimientos de salud a los profesionales; del desarrollo de este proceso se deriva la definición de protocolos específicos como riesgos biológicos, traslados por motivos de salud, etc.

El subproceso BPA 4.4.2 "Gestión Integrada del Riesgo" integra la Evaluación de riesgos realizada en todas las UAPs de BiE , complementada a través de un sistema de análisis interactivo de los puestos con Pantallas de Visualización de Datos (PVD) desarrollado por la UBP (ver 4d), la actuación ante emergencias , donde desde el año 2005 el 100% de las instalaciones tienen la señalización de los espacios, y se ha impartido formación básica en prevención de incendios y conformado los distintos equipos humanos necesarios para hacer frente a una eventual situación de emergencia., además de la existencia de manuales de autoprotección en el 100% de las UAPs.

En el caso de los accidentes biológicos, BiE dispone además de un sistema de atención a los trabajadores urgente coordinado con HBas con el fin de facilitar el acceso a los antirretrovirales.

Fruto de la implantación de este proceso de prevención y la apuesta que BiE viene realizando por la mejora continua, ha incorporado en su PG 2006, la certificación de su sistema de prevención con OHSAS 18001, siendo pionera en el ámbito de la AP en Osakidetza, y tractora del proceso al nivel de toda la red junto con tres organizaciones hospitalarias que se plantean el mismo objetivo.

Por otro lado, el cuidado del medio ambiente se ha plasmado en BiE no solo desde el punto de vista del cumplimiento legislativo. Se parte de un alto nivel de la implicación de las personas, recogiendo selectivamente cartón, pilas, o radiografías.

Dentro del PG2006, se ha incluido el objetivo de implantar la metodología Ekoscan con 7 UAPs (4c), línea de trabajo que ha comenzado con el nombramiento y la formación de un profesional de la UBP que coordinará las actividades en medio ambiente.

La eficacia de nuestro sistema de prevención es fundamentalmente recogido en las ESP (ver fig. 7a.9) y las autoevaluaciones.

La figura 3e.2 refleja algunas de las mejoras introducidas en este ámbito.

Figura 3e.2

AÑO	FUENTE INFORMACIÓN	MEJORA
2004	Consejo Dirección	Reuniones en UAP en Evaluaciones de Riesgos
2004	Evaluación de Riesgos	Equipo de mejora con UAP Etxaniz
2005	Proceso gestión del riesgo	Formación en autoprotección
2005	Consejo Gerencia	Begirada batez especial accidentes biológicos
2005	Consejo Dirección	Apoyo a la deshabituación tabáquica de los trabajadores
2005	Autoevaluación UAPs	Designación de propietarios de subprocesos de prevención
2005	Autoevaluación UAPs	Implantación de PR PG en UBP (Cuadro de mando)
2006	Proceso Gestión del Riesgo	Actualización manuales de autoprotección
2006	Autoevaluación UAPs	Diseño carpeta Informativa UAPs sobre accidentes

Osakidetza
Servicio vasco de salud

BILBOKO ESKUALDEA
COMARCA DE BILBAO

BILBOKO ESKUALDEA
BiE

ITUNAK eta BALIABIDEAK

ALIANZAS y RECURSOS

CRITERIO 4: ALIANZAS Y RECURSOS

BiE como OOSS pública, tiene la obligación de realizar una gestión eficiente de sus recursos, ya sean materiales o inmateriales de tal manera que permita dar una respuesta adecuada a las demandas de los ciudadanos de Bilbao y Alonsótegi. BiE ha puesto en marcha, según avanzaba en autonomía de gestión., diferentes procesos que han permitido gestionar estos recursos de una manera eficaz, tal y como se muestra en la figura 9a.16.

El incremento constante de las expectativas de los ciudadanos/as, respecto del servicio prestado hacen que sea necesario asumir, e implantar nuevas tecnologías, que faciliten la actividad diaria de los profesionales, y tengan un impacto positivo en los ciudadanos, sin olvidar la definición de los mecanismos necesarios para realizar una gestión del conocimiento que llegue a todos los profesionales, área clave en el desarrollo de la Mi de BiE.

Asimismo, BiE asume como clave, el papel de los aliados a la hora de desarrollar proyectos e iniciativas, que permitan generar sinergias para ambos, con el objetivo último de mejorar la asistencia a los ciudadanos/as, quedando reflejada en la Vi (ver 1a), la importancia que BiE da a esta interacción, y el papel activo que sus líderes mantienen con los diferentes GI.

4A GESTIÓN DE LAS ALIANZAS EXTERNAS

Tras la autoevaluación de 2.002 se inició la identificación de nuestros aliados, y se comprobó la necesidad de establecer cauces de relación que derivasen en iniciativas beneficiosas para ambas partes, quedando integrada en los OE 1.3 “Promover Mejoras Hosteleras en AP”, OE 4.1 “Racionalizar la cartera de servicios según criterios de eficiencia y de orientación al cliente/paciente” y OE 5.4 “Mejorar la coordinación entre los diferentes servicios que atienden a la población de BiE”.

BiE identifica como Alianza la relación voluntaria de colaboración con nuestros GI que generando valor añadido y resultando beneficiosa para ambos permite el desarrollo del PE y avanzar en el logro de los objetivos estratégicos de ambos.

Esta definición realizada en 2002 por los Líderes de BiE ha permitido identificar a nuestros aliados y definir los cauces de colaboración según el diferente nivel de relación e impacto en los objetivos y procesos de BiE (ver 2d), relación que queda reflejada en las iniciativas y proyectos incluidos y desarrollados a través de los PG.

• ESTABLECIMIENTO Y GESTIÓN DE LA ALIANZA.

La relación con los aliados es establecida por el ED y JUAPs de BIE en el marco de los PG y operativizada a través de ellos mismos y/o profesionales de BiE integrados en Comisiones, Comités y/o EMs (Ej.: Coordinadora de la Comisión de Formación y HBas), materializándose en forma de Acuerdo cuando es escrita, o como Colaboración cuando se basa en las relaciones conformadas en el tiempo.

• IDENTIFICACIÓN DE ALIANZAS

Las alianzas en BiE son identificadas por los líderes de BiE de manera anual en base a las necesidades para el desarrollo de su Misión y LEs.

Proveedores.- Los proveedores son claves para el correcto funcionamiento de los recursos e infraestructura de BiE. Los proveedores de productos o servicios principales según la técnica ABC y sensibles o críticos adquieren la consideración de Aliados. En este sentido se realizan prórrogas en la contratación, o se fideliza a los gremios, de forma que la relación se amplia en el tiempo de manera beneficiosa para ambas partes, colaborando en el desarrollo de las mejoras en el servicio .

Sistema Sanitario.- Son aquellas Organizaciones que aportan la financiación, recursos, directrices que permiten desarrollar a BiE su Mi y Vi.

Pueden distinguirse tres grandes epígrafes:

1. **DS:** Es el principal financiador de la actividad de BiE. Establece los compromisos y objetivos generales a cumplir de conformidad con el Plan de salud.
2. **OC:** Es el órgano que financia las inversiones, valida los Objetivos y acciones establecidos en PG de BiE y presta asesoramiento y apoyo en los proyectos estratégicos
3. **Otras organizaciones:** BiE estructura su relación principalmente con aquellas organizaciones funcional o geográficamente cercanas, tales como HBas, Emergencias de Bizkaia, HMar y Salud Mental Extrahospitalaria de Bizkaia, desarrollando objetivos y/o acciones conjuntas que tiene impacto en la población de refrencia. Además, BiE tiene relaciones con el resto de Organizaciones de Osakidetza, lo que pèrmite realizar acciones de Benchmarking, aprovechar sinergias, etc.

Agentes Sociales e instituciones.- En este epígrafe recogemos aquellos grupos de interés con las que la colaboración genera beneficio para la comunidad aún sin ser necesariamente usuarios del servicio ya que su opinión resulta conveniente tener en cuenta en orden al desarrollo de la Mi y Vi. Entre ellas se encuentran los Ayuntamientos de Bilbao y Alonsotegi, AAVV, asociaciones de afectados y entidades educativas.

Esta recogida de información está estructurada a través del proceso BPE 1.2 “VGI” y el subproceso BPE 1.2.1 “Diálogo con el ciudadano” , en el que los líderes de BiE tienen parte activa (ver 1c).

En 2003, tras la autoevaluación realizada y según las necesidades derivadas del despliegue de la PyE, se han incorporado nuevos aliados como los de Docencia e Investigación, CADEM e IHOBE.

• EVALUACIÓN DE LA RELACIÓN

La evaluación de la efectividad de la relación es realizada de manera sistemática a través del impacto en la consecución de los objetivos de BiE, de la mejora de los procesos, del cumplimiento de los requisitos y del impacto en clientes y/o profesionales recogido a través de las diferentes encuestas, realizándose cuantas revisiones se estiman adecuadas a demanda de cada parte. Las principales mejoras provienen de la sistematización paulatina de las relaciones con nuestros aliados, lo que permite a BIE introducir mejoras en sus procesos tal y como se refleja en las figuras 5a.1, 5b.3 y 5c.5. Así, con el HBas se han estructurado reuniones cuatrimestrales entre los ED de ambas organizaciones y mejorando la fluidez de la comunicación entre ambas DA. En cuanto a AAVV y Ayuntamientos, se ha conseguido sistematizar las relaciones a partir de los primeros contactos, manteniéndolas en el tiempo.

A partir de 2005, y fruto de la Autoevaluación realizada ese mismo año, se diseña la Encuesta de Satisfacción de Aliados (ESA) dirigida a 25 organizaciones de todos los ámbitos. En ellas se recogen aspectos clave de la relación de BiE con los mismos con el objetivo de identificar posibles mejoras, fruto de la cual se desarrolla en 2006 el PCOM externo.

En la fig. 4a.1 se muestra el valor añadido de la relación estructurada mantenida por BiE y sus aliados.

Fig. 4a.1 GRUPO	ALIADOS		GESTOR	PROCEDIMIENTO	VALOR AÑADIDO	
					Valor Añadido a BIE	al aliado
PROVEEDORES (LE 1-4-5)	Materiales Sanitarios-Varios ABC		DEF	CONCURSO y Condiciones Técnicas	Aprovisionamiento y mejora de productos	Desarrollo de su PG. Ingresos y trabajo continuado
	Trasporte de Muestras Analíticas AEREOFERR		DEF		Transporte de Muestras Analíticas y otros efectos	
	Mantenimiento de infraestructuras		DEF		Mejora de las condiciones físicas de trabajo de los profesionales de BIE	
	Mantenimiento Electromedicina EUSKALMAN		DEF		Mejora y aumento de vida útil de Equipos electromédicos	
	Gestión de Residuos Sanitarios ELIRECON		DEF		Mejora condiciones de Seguridad e Higiene	
	Limpieza: IMPACTO		DEF		Mejora del Comfort e Higiene	
	Equipamiento y Mobiliario		DEF, DM y DE		Dotación y mejora del Equipamiento	
	Gremios		DEF	Selección	Mejora de Infraestructuras Edificios e Instalaciones	
SISTEMA SANITARIO (LE 1-3-4-5)	**Departamento de Sanidad**		DG	CP	Financiación CP	Desarrollo Plan de Salud
	OC	D. Asistencia Sanitaria S. Atención Primaria	DM Y DE	Colaboración en Decreto de estructura	Asesoramiento, Instrucciones	Desarrollo de la Oferta de servicios
		Subdirección de Calidad	ED y Técnico		Desarrollo de herramientas de gestión	Desarrollo procesos
		D. Económica Financiera	DG y DEF		Financiación Inversiones	Ampliación y Mejora de servicios
	H. Basurto H. Santa Marina H. Cruces S. Mental Extrah		DG, DM y DE	Convenios Protocolos Colaboracion continua	Pruebas Diagnósticas e Interconsultas Mejora de servicios y coordinación	Ampliación, acercamiento y Mejora de servicios y coordinación
	OSATEK		DG	Convenio	Pruebas Diagnósticas e Interconsultas e Ingresos económicos	
	Emergencias		DG y DM	Colaboración continua	Servicio 24h	Socialización conocimientos
	B. Hemoterápico		DG y DE	Colaboración continua	Socialización conocimientos	Cesión de locales
	Otras Comarcas		ED y Técnico	Colaboración	Socialización conocimientos y organización de servicios comunes	
AGENTES SOCIALES E INSTITUCIONES (LE 1-3-4-5)	Docencia e investigación	Escuela de Enfermería	DE	Convenio	Profesionales en prácticas	Formación práctica de alumnos (pregrado)
		U.D. de MF y C	DG y DM	Colaboración		Formación práctica de posgrado Apoyo en locales e infraestrutura
		Und. De Investigación	DG y DM	Colaboración	Apoyo a la investigación de profesionales	Apoyo en locales e infraestrutura Apoyo a la investigación
	Serv. Sociales Municipales BFA- Serv. Sociales		DE	Colaboración	Identificación de personas con necesidades sanitarias	Identificación de personas con necesidades sociales
	Instituciones: Ayto. de Bilbao Ayto. de Alonsótegi		DG	Colaboración	Locales Información demográfica y estrategica Desarrollo del subproceso "Diálogo con el ciudadano"	Infraestructura sanitaria para la población Estructuración de barrios periféricos
	Asociaciones de Vecinos		ED	Colaboración	Información de áreas de mejora Desarrollo del subproceso "Diálogo con el ciudadano"	
	Asociaciones de afectados		DA	Colaboración		Mejoras específicas de la atención a afectados
	Nuestros centros		ED	Colaboración	Información y sugerencias de mejora	Mejoras de los servicios en los CS
	Otras organizaciones	Calidad: EUSKALIT y Novia salcedo	ED	Socios colaboradores	Metodología de gestión Becarios	Información sobre buenas prácticas en Organizaciones sanitarias
		MA: Cadem, IHOBE	DEF	Colaboración	Mejora en Gestión Ambiental	Información sobre buenas prácticas en Organizaciones sanitarias y cesión de infraestr. para estudios MA (Altamira)

4B GESTION DE LOS RECURSOS ECONÓMICOS Y FINANCIEROS

La gestión Ec-Fra de BiE tiene como fuente principal de ingresos al CP, instrumento jurídico que establece los compromisos que BiE adquiere anualmente con el DS a nivel de actividad y características de calidad de la misma. Supone más del 99,5% de los ingresos lo que permite desarrollar los objetivos establecidos en el PG, exceptuando el importe relacionado con las inversiones que se establecen por la DG de la OC.

El CP está Desglosado en varios apartados:

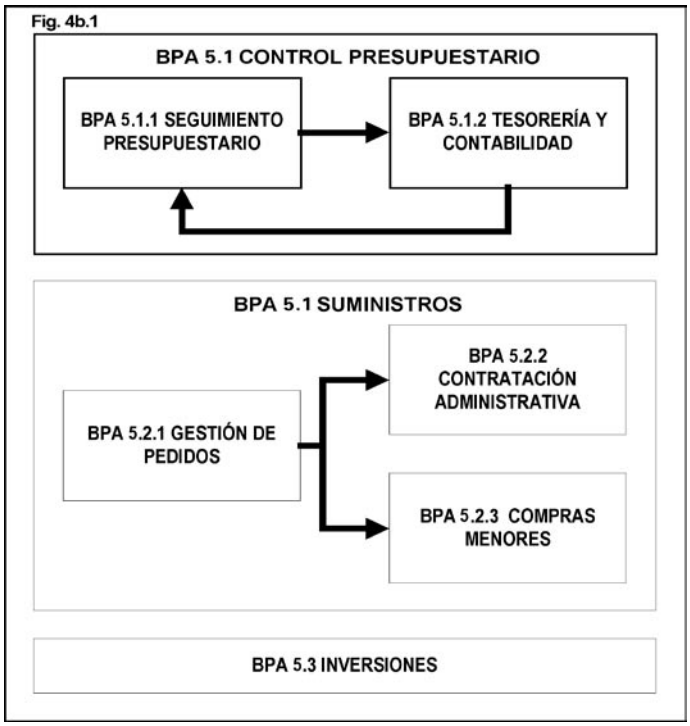
- **Precio Básico:** Es el precio que el DS asigna a las TISes adscritas a la población de referencia de la comarca.
- **Oferta Preferente – Oferta de Calidad (ver 5c):** Conjunto de servicios que suponen financiación añadida en función del cumplimiento de los objetivos establecidos
- **Precio Estructural:** Importe asignado para desarrollar otros servicios de apoyo a la AE y específicos como el PAC, la docencia, etc.

A lo largo de los años el CP ha tenido diversas revisiones a nivel corporativo, en las cuales han participado de manera activa miembros de ED y ET de BiE.

1.997	La DEF participó en el grupo de trabajo que elaboró el primer CP.
1.999	A propuesta de BiE se incluyó como epígrafe separado el correspondiente a Complementos de pensión
2.002	Redefinición de los criterio de definición del precio estructural (DEF) y de cumplimiento de Objetivos de OP y Oferta de Calidad (DG)
2.003	El Gerente y la DM participaron en su revisión.

La gestión Ec Fra se realiza a través del Macroproceso BPA 5 "Gestión Ec-Fra" (fig. 4b.1).

Fig. 4b.1



• BPA 6.1 CONTROL PRESUPUESTARIO

Es el proceso a través del cual se gestionan los ingresos provenientes del CP. Está compuesto por los siguientes subprocesos.

• BPA 5.1.1"Seguimiento presupuestario"

Este subproceso se inicia con la elaboración y aprobación del anteproyecto del PG de BiE por el ED. Este anteproyecto contiene el Plan de Producción, en el que se recoge la previsión de la actividad, junto a la cuenta de resultados previsional. En su elaboración se siguen los criterios determinados por la OC, incorporando las intenciones o necesidades propias de BiE de acuerdo a su PE. Su aprobación por la DGral se realiza en el último trimestre del año, llevándose a cabo de manera simultánea la negociación de CP con la Dirección Territorial del DS.

Una vez establecidos los acuerdos, en CD se aprueba el despliegue por las UAPs adaptándolo a cada una de ellas, por medio del CGC o del PO (ver 2d).

Hasta 2002 el seguimiento presupuestario se realizaba a nivel comarcal desde la DEF de BiE, particularizando este análisis en los casos de creación de nuevos centros o servicios.

A partir de 2003 fruto del inicio de la utilización del CM (ver 2d) como herramienta de este seguimiento, este análisis se particulariza para cada Unidad.

A través del CM se monitorizan , por una parte, aquellos gastos que pueden ser gestionados por las UAPs, fomentando la asunción de responsabilidades por parte de los profesionales en la gestión de los RR ec-fros , y por otra el gasto de los productos de mayor consumo; esto permite identificar los artículos que generan la mayor desviación presupuestaria, apósitos y tiras reactivas principalmente. La utilización del CM ha derivado en la implantación de mejoras como la definición en 2003 del Protocolo de Atención de residencias 3ª edad, que ha permitido racionalizar el gasto en el consumo de apósitos o la implantación de la cartilla del diabético en colaboración con el servicio de endocrinología del HBas, ambas lideradas por la DE, que han permitido reducir el gasto en material sanitario en más de 80.000€ anuales.

Cabe destacar que en 2005 y fruto de las mejoras anteriormente citadas, BiE ha sido la Comarca que menor gasto en dispensación por receta de apósitos por TIS ha tenido en la CAV, habiendo solicitado el DS informe referencial al respecto como mejor práctica en AP (0.35€/TIS frente a 1.46€/TIS de media).

Por otra parte, a nivel comarcal complementando el seguimiento realizado a las UAPs, desde la DEF se realiza de manera sistemática el seguimiento de la evolución económica por medio de diversos informes sobre la apertura de nuevos centros, implantación de nuevos servicios y remodelaciones de espacios entre otros. Una de las mejoras a nivel comarcal, consecuencia de la mejora del seguimiento del gasto , ha sido la posibilidad de planificar de manera anticipada las cantidades disponibles para realizar obras y labores de mejora en las infraestructuras, que con anterioridad debían posponerse a los meses finales de los ejercicios.

• BPA 5.1.2 "Gestión de Contabilidad y Tesorería"

La misión de este proceso es **"Gestionar eficientemente la Documentación referente a Gastos, Ingresos y facturas recibidas en la Comarca, proceder a la verificación y proponer los pagos en los tiempos establecidos"**.

Los ingresos procedentes del CP y de las Inversiones autorizadas por la OC se reciben por dozavos; respecto a los gastos, previa actualización de las previsiones, todas las semanas se proponen los pagos vencidos a proveedores (30 y 60 días) así como los correspondientes a la nómina, Hacienda y Seguridad Social en las fechas acordadas.

Este proceso está gestionado y estructurado completamente en la plataforma informática ALDABIDE, donde se centraliza toda la gestión económica, incluida la proveniente del programa GIZABIDE, donde se

encuentra toda la información relacionada con personal.

Cabe destacar que los asientos contables se referencian respecto a los centros de coste de cada CS, lo que permite disponer de la información necesaria para los CM.

Relacionado con este proceso cabe reseñar el Fondo de Maniobra y la Facturación a Terceros, procedimientos que permiten además la implicación de las UAPs en la autogestión.

El Fondo de Maniobra es un procedimiento que permite destinar una cantidad de manera sistemática desde la DEF a los CS, de forma que puedan hacer frente a pequeñas reparaciones o compras. Periódicamente se remite a la DEF el estado de pagos realizados junto con sus justificantes, reponiéndosele el importe dispuesto. Anualmente, la DEF revisa las cantidades asignadas a cada centro, lo que en 2005 significó el incremento de la misma a 11 CS.

El procedimiento "Facturación a terceros" está relacionado con aquella asistencia prestada en los CS en los que hay otro garante del pago diferente a Osakidetza como pueden ser las mutuas y cuya gestión administrativa se realiza desde los propios centros.

Así mismo existen otros ingresos e ingresos atípicos derivados de compartir locales propios con otras entidades como SURBISA en la UAP de Casco Viejo y OSATEK en la UAP de Indautxu.

En 2.003 se estableció la última revisión de las normas de facturación a terceros, fruto de las sugerencias de los CS y en el que se especificaban las nuevas circunstancias, como convenios, etc.

Asimismo, y a sugerencia de los profesionales, se realizó una actividad formativa expresa, aprovechando las I Jornadas de Formación continuada de BiE (2005) a la que asistieron 45 profesionales.

• INVERSIONES

La misión del proceso BPA 5.3 Inversiones es **"Dotar de los medios a través de Inversiones propias y de Gestión Centralizada a las UAPs de BiE para cubrir las necesidades y expectativas de la población en materia de salud, en función de la disponibilidad de los recursos y el PE de la Comarca"**. Las inversiones pueden ser de dos tipos:

• Inversiones Centralizadas o Estratégicas

Corresponden a aquellas inversiones cuya gestión se realiza de manera centralizada por la Dirección General de Osakidetza. De manera sistemática y con carácter anual se solicita al ED y a los Centros sus necesidades, conformando con ellas el Plan Anual de Inversiones (PAI), fuente sistemática y estructurada de sugerencias de mejora de infraestructuras y equipos propuestas por los líderes de los centros. Aquellas que son de importe elevado o de carácter plurianual, Obras e Instalaciones fundamentalmente, se remiten a la OC-Subdirección de Arquitectura e Instalaciones, y se incluyen en la solicitud del anteproyecto de PG.

Las inversiones estratégicas más cuantiosas son las referidas a la creación de nuevos centros. Cabe resaltar que con carácter anual, y en coherencia con la orientación al cliente que guía las actuaciones de BiE, desde hace más de diez años se actualiza el informe de necesidades de nuevos centros en BiE. De esta forma se han podido mantener gestiones ante la OC, Ayuntamientos de Bilbao y Alonsótegi, AAVV , etc. permitiendo que en los últimos años se haya ido recuperando parte del déficit histórico de centros en los barrios de Bilbao y aumentado y actualizado el espacio en otros, pasando en 10 años de 17 CS con una superficie total de 16000 m^2 a 23 C.S, y 25500 m^2 (un incremento de más del 60% de superficie). En la figura 4b.2 se muestran los últimos nuevos CS, sustituciones o ampliaciones realizadas.

Evidentemente los nuevos centros tienen un efecto económico manifiesto tanto en plantilla como en el resto de gastos, por lo que es uno de los condicionantes en la evolución del PG y del CP tanto el año en que se produce como en los siguientes.

Fig 4b.2

Año	Nuevo centro	Metros cuadrados	Centro anterior	Superficie antigua
2001	Gazteleku	1200	No existía: Se atendía en Zurbaran, Begoña y J. Saéz de Buruaga	-
2003	Arangoiti	450	No existía: Se atendía en Deusto	-
2005	San Inazio	1500	San Inazio	1100
2005	Zorroza	1100	Zorroza	350
2.006	Iparralde	1.550	Briñas	450

• Inversiones propias

Son aquellas no incluidas en las inversiones estratégicas como equipamiento y mobiliario clínico y general así como la realización de mejoras de los edificios e instalaciones. Estas son priorizadas a propuesta del ED de BiE según el impacto en las LE de BiE y su aprobación se realiza en CG. En este sentido cabe destacar que en los últimos años, se ha realizado una continuada política de priorización en la adquisición de equipamiento Clínico así como en la mejora de mobiliario general en aspectos relacionados con la ergonomía, fruto de la apuesta de BiE por la mejora de la seguridad y salud de los trabajadores (ver 4c).

Las sucesivas confecciones de los PAI han supuesto que en la actualidad se aprecie una relativamente escasa solicitud de nuevos equipamientos, pudiéndose liberar importes que, en colaboración con la UBP, permiten atender las solicitudes de las mejoras de las instalaciones o a la realización de obras de adaptación de los centros (ver fig. 4b.3).

La DEF realiza desde 2004 anualmente una encuesta a los CS respecto a los servicios que presta de la cual obtiene AMs. Así, en 2004 se detectó el excesivo tiempo que transcurre desde las solicitudes de los CS, y la entrega de los equipos solicitados. Este AM se derivaba fundamentalmente de la falta de información del procedimiento de solicitud desde el centro, compra al proveedor y entrega, procediéndose a mejorar la relación entre las interfaces del proceso como la mejora en la identificación del servicio que requería el equipo y relación directa proveedor y cliente final, el CS.

Los informes de intervención del Tribunal Vasco de Cuentas Públicas (TVCP) y la auditoria general de la OC son los mecanismos que permiten verificar el correcto funcionamiento de las actividades desarrolladas en la DEF y en ocasiones identificar AMs.

Asimismo el inicio de la certificación ISO en 2005 en la DEF ha supuesto la revisión de sus procesos y la redefinición de los indicadores de los mismos, así como la inclusión del análisis sistemático de la evaluación de proveedores realizada por los centros en sus Revisiones por la Dirección, que junto a la definición del Procedimiento de NC e incidencias a nivel de Gerencia en 2006 permite disponer de la información necesaria para su evaluación estructurada.

Figura 4b.3	
AÑO	**Obra / Renovación**
2002	Instalación Aire Acond. Zorroza y renovación del de Txurdinaga
	Reforma despacho AAC San Adrián
2003	Baños P. baja Rekalde
	Consulta Enf. San Adrián
	Baños P. Baja C.S Deusto
2004	Renovación Pintura en Salas de espera de la UAP Santutxu Solokoetxe
	Reforma PAC Deusto
2005	Habilitación Aula de Formación en UAP J. Saez de Buruaga
	Habilitación 4 Consultas más en UAP San Inazio
2006	Habilitación Puesto extracc.en UAP Gazteleku
	Remodelación Sala de reuniones UAP Deusto

4C GESTION DE EQUIPOS Y MATERIALES

Además de atender las necesidades básicas de los centros, desde BiE se desarrollan estrategias cuyo fin es realizar una gestión de los recursos y medioambiental apropiada, como queda reflejado en el OE 4.3 "Gestión eficiente de los recursos y la tecnología; Adecuar la gestión económica de los recursos a las necesidades comarcales". Este objetivo se despliega a través de los Procesos de "Suministros" (BPA 5.2) y "Gestión del mantenimiento" (BPA 8), soportados por ALDABIDE (ver 4d) y cuya gestión es compartida entre los centros y la DEF.

• BPA 5.2 Suministros

Su Misión es **"Proveer de materiales fungibles servicios, equipos e instalaciones suficientes y adecuados para satisfacer las diferentes necesidades que demandan los profesionales de la comarca"**.

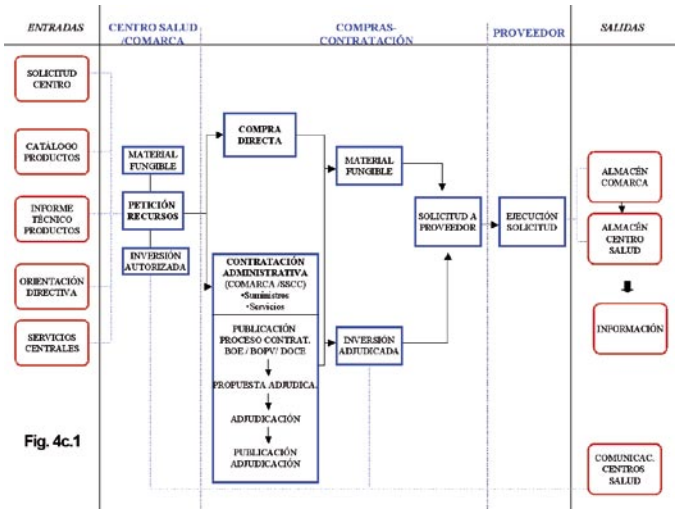


Fig. 4c.1

Este proceso (ver 4c.1) está compuesto de los siguientes subprocesos:

1.Gestión de pedidos (BPA5.2.1)

Este subproceso es el encargado de recepcionar la solicitudes de los CS y de confirmar su recepción. Los centros solicitan los productos que necesitan con periodicidad trimestral en la mayoría de los productos y mensual en tiras reactivas e impresos. Algunas de las mejoras en este aspecto quedan reflejadas en el apartado "control presupuestario" (ver 4b).

Los gestores del proceso solicitan los productos a los proveedores, en tanto en cuanto sean productos del catálogo de la Comarca, al estar sujetos a la Ley de Contratación de las Administraciones Públicas (LCAP) ya sea utilizando la contratación administrativa o los Compras Menores. En el caso de que sean productos nuevos, su uso debe ser autorizado por la Dirección correspondiente.

Los consumos de los principales productos son evaluados en las reuniones de CM, y de manera anual, se realiza un inventario de las existencias sitas en las dependencias de la comarca y de los principales productos almacenados en los centros por parte de los diferentes propietarios de dicho proceso.

En 2.004 y derivado de una desviación de gasto, se revisó el apartado de "Apósitos" (ver 4b) del Catálogo de productos realizando una actualización de los tipos y clases para su uso. En 2.006, fruto del inicio de la certificación ISO del Área Ec-Fra y de sugerencias de los profesionales, se ha actualizado, el catálogo de productos y códigos de la Comarca, incluyéndolo en la web y se ha unificado la hoja de solicitud de pedido que realizan los centros.

2. Contratación administrativa (BPA 5.2.2)

Este subproceso está relacionado con los procesos de Mantenimiento e Inversiones en función de lo dispuesto en la LCAP.

Todos los años el Departamento EC-FRO revisa los productos adquiridos y su importe, seleccionando aquellos de mayor consumo y que no estén incluidos en expedientes gestionados de manera centralizada desde OC, para incluirlos en los diferentes expedientes de contratación.

Los proveedores son seleccionados teniendo en cuenta factores de calidad, técnicos y económicos, asignando a cada uno de ellos un porcentaje de ponderación. Fruto de la definición del proceso en 2004, se adaptó la ponderación fundamentalmente en los expedientes de servicios aumentado el correspondiente a calidad de los producto u otros factores asociados. Para ello se cuenta con la participación de la DA en los productos sanitarios o equipamientos clínicos.

En todos los expedientes de contratación se realiza el informe técnico por personal del colectivo que lo utiliza. La utilización de las prorrogas contractuales permite ampliar el tiempo de la relación, lo que permite realizar modificaciones de las especificaciones como en el caso de los tubos de la extracción periférica o considerar nuevos productos como la s tiras reactivas.

3. Compras menores (BPA 5.2.3)

Aun cuando no se realice expediente administrativo formal, se sigue un procedimiento semejante, salvo que el importe, tal y como se establece en la legislación requiera la aplicación de contratación administrativa. Cuando se propone algún cambio de proveedor o producto se analiza conjuntamente con la dirección correspondiente actuando en consecuencia.

• Mantenimiento BPA 8

Su gestión, liderada desde la DEF está orientada a mantener y mejorar el ciclo de vida de las infraestructuras y los equipos así como el confort y la seguridad de los ciudadanos y profesionales. Tiene como misión gestionar el mantenimiento preventivo y predictivo de los equipos, instalaciones y edificios de los CS de BiE, así como las reparaciones correctivas según estándares establecidos de manera rápida y eficaz.

Cabe distinguir la reparación de las incidencias que surgen diariamente (mantenimiento no programado), las labores de mantenimiento programado y las pequeñas obras de mejora.

1. Incidencias:

Hay dos tipos:

a.- En **Instalaciones o edificios**.- Cuando se producen se contacta con el responsable de mantenimiento, quién solicita los servicios del gremio o empresa correspondiente.

A principios de 2005, fruto del inicio de la certificación ISO de la DEF, se inició la estructuración de los criterios a seguir con el objetivo de mejorar la eficacia del mismo, pudiendo acumu-

larse algunas labores previstas para ser realizadas de manera que afecten menos al funcionamiento del centro o resulten más económicas y asegurando la cobertura durante 24 horas.

b.-Equipo de electromedicina: Los responsables de los CS contactan con el operario de la empresa contratada, que actúa como responsable de mantenimiento quien mensualmente remite informe de todas las actuaciones para su control desde la DEF.

Desde 2.004 como consecuencia de las sugerencias de los centros y de la Auditoría externa de AENOR se dispone de equipos de repuesto, de los considerados sensibles, para sustituir a los que se reparan. En 2006, como consecuencia de la auditoría externa de 05 se ha reforzado el carácter de mantenimiento preventivo exigiendo a los proveedores la planificación mensual de las mismas. En 2006 en colaboración con MANTELEC, se iniciará un proyecto que permitirá el seguimiento on-line del estado de las reparaciones de los equipos, lo que permitirá agilizar el control de las mismas.

2. Mantenimiento programado

Consiste fundamentalmente en labores programadas que deben realizarse en las instalaciones o equipamientos de la Comarca.

La planificación del mantenimiento ha seguido una evolución en el tiempo, pasando de realizarse casi exclusivamente según la obligatoriedad en el cumplimiento de normativas de seguridad o por su importancia económica a realizarse también a aquellos elementos que afectan al confort y funcionalidad (aires acondicionados, puertas de acceso a centros, etc.)

Desde 2.004 tienen como soporte en la mayoría de los casos un contrato administrativo que establece el mantenimiento preventivo y correctivo. Se realiza mayoritariamente con recursos ajenos contratados y en su selección se tiene en cuenta factores como la calidad de servicio, certificaciones ISO y el coste.

3. Infraestructuras: Pequeñas obras de mejora

Son aquellas actividades que surgen como una posible mejora a consecuencia de sugerencias de los profesionales o proyectos planteado, ya sea desde el propio ED de BiE o desde la OC. La UBP ha realizado la evaluación de riesgos de los Centros detectando AMs respecto a los edificios e Instalaciones, lo que ha permitido mejorar las mismas. Con carácter previo debe diferenciarse si corresponden a Inversiones en cuyo caso se gestionan según el proceso "Inversiones" (ver 4b) o si son pequeñas obras o reparaciones, en cuyo caso se actúa siguiendo el procedimiento existente.

Su realización puede diferirse en el tiempo según las posibilidades económicas o circunstancias de oportunidad o afectación al servicio.

La sistemática de EyR es idéntica a la mencionada en 4b debido a la estrecha interrelación entre los procesos descritos. Cabe destacar que en los resultados de la ESEF, la valoración global es satisfactoria, obteniendo una valoración de 7.4 en 2004 y 2005. No obstabte, el análisis por apartados permite identificar AMs como limpieza y mantenimiento, que ha derivado, por ejemplo, en la adecuación de los horarios de limpieza a los horarios de apertura de los centros en 2004 y al inicio en 2006 de la limpieza entre la M/Ta esta sistemática de EyR, se añaden asimismo los informes y planes de acción de la UBP.

• MINIMIZACIÓN DEL IMPACTO DE LOS ACTIVOS DE LA ORGANIZACIÓN.

En la actualidad se está realizando un análisis de los sistemas de esterilización por parte de la DE y la UBP con el objetivo de evaluar la eficacia y correcto funcionamiento de los distintos esterilizadores existentes en BiE y el posterior establecimiento de un protocolo para su control periódico

Además, durante el año 2004 y dentro de la apuesta por la GPP se implantó el proceso de desinfección, liderado por la DE.

Las AAC han tenido históricamente un seguimiento especial por la UBP debido a sus especiales características. Así, en 2005, se realizó a sugerencia de los profesionales un estudio ergonómico exhaustivo en el CS. Bombero-Etxaniz que ha traído una mejora sobre todo en las condiciones de temperatura y confort. Se han analizado todos los puestos y, siendo el lugar donde puede haber un conflicto de espacio se han priorizado la introducción de pantallas planas mediante un sistema objetivo diseñado por la UBP.

En 2005 se ha desarrollado, por personal de BiE. un prototipo de análisis participativo de los puestos con Pantallas de Visualización de Datos, basado en fase II o de Observación en estrategia SOBANE (Screening, Análisis, Observación y Experto). El citado proyecto se ha probado en las práctica totalidad de los puestos y personas de dos centros de salud de BiE y en los administrativos del Hospital de Galdakao. El Sistema propicia la adecuación de las condiciones de trabajo por parte de usuario, ya que da sencillos consejos de mejora y permite que el trabajador usuario emita sus acciones concretas , facilitando la tarea del técnico evaluador de riesgos. Este sistema ha sido además utilizado por Hospital de Cruces adoptándolo como buena práctica.

También se ha realizado un estudio ergonómico del área de extracciones en el CS Gazteleku tras petición de la DE a sugerencia de un profesional, estudio tras el cuál se realizó una reordenación de espacios. Otras de las mejoras se plasman en la fig. 4c.2

Fig. 4c.2

AÑO	ASUNTO	IMPACTO MEJORA
2004	Accidente por inhalación de formaldehído en consulta de cirujía oral en CS Santutxu	Cambios en etiquetado
2004	Cambio de antiretroviral para la profilaxis VIH	Actualización de tratamiento de accidentes
2005	Queja de los trabajadores de CS Otxarkoaga	Mejoras en AAC
2005	Contenedores de material biológico	Aumento de laboca del contenedor

• GESTIÓN MEDIOAMBIENTAL

BiE cumple la legislación vigente en el ámbito de la gestión de sus residuos; así en 1994 se inició la segregación de los residuos en los CS, diferenciando entre los de tipo I, cuya gestión es realizada a través de los Ayuntamientos y los de Tipo II a través del gestores autorizados; en 2004, tras acuerdo con HBas y con motivo del inicio de la dispensación del Metrotexate en los CS se amplia la gestión a los del Grupo III (citostáticos).

Tras el resultado de la Autoevaluación comarcal de 2002, BiE apostó definitivamente por la optimización en el consumo de suministros y disminución del impacto medioambiental, expresamente recogida en el OE 4.5 "Gestión Medioambiental" a la hora de elaborar el PE 2003-2007. Así, se trata de aumentar la segregación de residuos, minimizando con ello el riesgo para los profesionales y el impacto medio ambiental

Esta gestión tiene un despliegue a dos niveles:

- **A nivel de UAP:** Está definido el proceso "gestión de residuos", cuya misión es "Gestión de recogida, compartimentación, traslado, control y expedición de los diversos residuos generados en la UAP", orientado a la gestión de residuos sanitarios.
- **A nivel comarcal:** Tras el diseño del MP, se definió el proceso del mismo nombre con la finalidad de desplegar el OE 4.5. La misión de este proceso (BPA 6) es **"Garantizar el servicio de gestión de los residuos orgánicos urbanos, biológicos y tóxico - pe-**

ligrosos generados en los Centros de Salud" y aglutina todas las iniciativas relacionadas con el medioambiente, completando de esa manera el ámbito de aplicación del proceso diseñado para las UAPs. Tras las primeras iniciativas realizadas en años anteriores (reciclaje de papel, tonner, etc.), y tras el análisis de los resultados de la Autoevaluación 2005, BiE inicia en 2006 el pilotaje del programa "EKOSCAN" en 7 UAPs. Su objetivo es evaluar el impacto medioambiental de su actividad y establecer posteriores mejoras tendentes a minimizarlo. El inicio de este programa sirve de input para la estabilización del proceso a nivel comarcal,estando previsto su completo desarrollo en el PE 2007-2010.

4D GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA

La Vi de BiE recoge el deseo de ser una organización reconocida por su compromiso con la mejora continua y la innovación; el desarrollo de esta idea queda recogida dentro de la LE 4 "Gestión eficiente de los RR y la Tecnología" y la LE 3 "Aplicación de Nuevas Herramientas de Gestión y Mejora de la Calidad Científico Técnica", donde se integran todas aquellos Objetivos relacionados con el desarrollo e implantación de las tecnologías / metodologías que permiten mejorar la gestión de la actividad desarrollada en BiE. Es por ello que BiE asume como tecnología, no solo el equipamiento tecnológico sino también los métodos o formas de utilizar la información, las técnicas/metodologías que permiten mejorar la gestión, la organización de los servicios, o la utilización optimizada de los medicamentos. En concreto, dividimos nuestras tecnologías en 4 campos:

1.- Tecnología Clínica Diagnóstica.
2.- Uso Racional del Medicamento
3.-Tecnología de Telecomunicaciones / información.
4.- Tecnología de gestión

1.- TECNOLOGÍA CLÍNICA DIAGNÓSTICA.

Es el equipamiento necesario y básico para desarrollar con todas las garantías la Mi de BiE. El CT definió por primera vez, en el año 1999, el equipamiento básico que debe tener un CS, equuipamiento que se ha ido adecuando a los nuevos servicios o necesidades como por ejemplo los pulsiosímetros, el Holter de TA y el Doppler. La revisión y propuestas de adquisición de este equipamiento es realizado de manera sistemática anualmente por el CT, y a su vez es revisado y definido cada vez que se abre un Centro por parte de la DA de cara a ajustarlo a la nueva situación. Los responsables de su gestión son la DA en aquellas UAPs en Liderazgo delegado y los JUAPs en el resto de UAPs. Asimismo, las propuestas de incorporación de equipos, las realizan también los profesionales a través de propuestas individuales que trasladan a los líderes de BiE. Se valoran por el CT, en el caso de nuevas tecnología, o por la DA, incorporándose a los PAI (ver 4b).

Cabe resaltar la existencia en los casos más complejos de un centro monitor en el que se testa previamente la tecnología, como en el caso de la UAP San Inazio en la implantación de OSABIDE-Laboratorio y las UAPs de Santutxu y Gazteleku para TAO punción capilar.

Fuente de información / aprendizaje	Ejemplo de Implantación/mejora
Asistencia a Cursos específicos	Desfibriladores
Publicaciones, webs especializadas	TAO veno punción
Benchmarking con otras organizaciones	Retinografia.
Reuniones Organización central	TAO punción capilar

Por otro lado, el desarrollo de la AP hace que sea necesario el acceso directo a determinadas pruebas diagnósticas, para dotarla de un mayor poder resolutivo. Para ello BiE puede contar con tecnología ajena consiguiendo que los médicos de familia de BiE puedan solicitar endoscopias y Ecografías en HBas conforme a los protocolos de acceso establecidos (instrucción7-2003), siendo este un fenómeno dinámico en el tiempo.

2.- USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO (URM)

Una de las tecnologías más importantes empleadas en atención primaria es **el medicamento**, cuya prescripción se realiza a través de la receta. El URM es un objetivo básico de los sistemas de salud, debido al enorme impacto que tiene tanto sobre la Salud Pública como sobre el consumo de recursos. En 2004 supuso 72.625.167 euros y se expendieron 5.113.052 recetas.

En el CP firmado cada año con el DS se establecen los objetivos a alcanzar y los compromisos en este ámbito. Para conseguirlos, cuenta con el apoyo de las dos técnicos de la Unidad de Farmacia, cuya función es, entre otras, asesorar a los profesionales de BiE tanto de forma activa a través de sesiones farmacoterapéuticas, boletines, hojas informativas, etc, como pasiva resolviendo las consultas sobre medicamentos que se plantean. Desde la Unidad de Farmacia se realiza el seguimiento mensual de los indicadores de prescripción farmacéutica, tanto cuantitativos como cualitativos a través de la herramienta Bussines Objects (ver 4e) y se analizan para el diseño de acciones de mejora que se detallan más adelante. El despliegue de la Unidad de farmacia por centros se ha incrementado a raíz de la incorporación de UAPs en CGC, ya que la prescripción farmacéutica tiene un peso muy importante en las condiciones de cumplimiento del Contrato.

Otras actividades realizadas con el fin de mejorar la información sobre medicamentos de los profesionales de BiE son:

- Participación de las farmacéuticas de BiE en la elaboración del Boletín Farmacoterapéutico INFAC (10 ejemplares/año) y de las fichas de evaluación de nuevos medicamentos "Nuevo Medicamento a Examen" (10-12/año), junto con otros profesionales de las distintas comarcas sanitarias de la CAPV.
- Reuniones de la Comisión de Farmacia. Se trata de un grupo de profesionales de BiE liderados por la DM que actúa como órgano consultivo para el asesoramiento en la utilización adecuada de los medicamentos. En este foro se analizan los datos de prescripción, se detectan áreas de mejora y se planifican actividades, estableciendo estrategias para mejorar la información y formación de los profesionales de BiE; fruto del análisis realizado, en 2006 se ha iniciado la realización de sesiones en cascada en todas las UAPs con el objetivo de aumentar la implicación de los facultativos en la formación sobre el URM. Entre los trabajos de mayor interés realizados por la Comisión de Farmacia en los últimos años destaca el impulso y la coordinación para la edición de los **"Protocolos de Urgencia y Medicación de Urgencia de la comarca Bilbao**" en 2004, trabajo que debido a su interés general, fue editado y distribuído por el Departamento de Sanidad para todas las Comarcas de la CAPV, y que fue reconocido con el premio a "Las mejores iniciativas del año 2004" por el Correo Farmaceútico.

Otro trabajo reciente es la revisión y actualización del **"Formulario de Medicamentos para los Centros de AP de BiE",** editado en abril de 2005. Este documento recoge la selección de fármacos considerados de elección para el uso dentro de los Centros de BiE (en curas, tratamientos de urgencia, pruebas diagnósticas…), proporcionando información sobre los mismos (indicaciones, posología…), así como normas para su correcto almacenamiento y conservación.

Asimismo, y dado que la utilización racional de antiinfecciosos es un OE de BiE, durante los años 2004 y 2005 la Comisión de Farmacia, junto con profesionales de la UAP de Otxarkoaga, ha estado trabajando

en la elaboración de un documento que será editado próximamente sobre "**Recomendaciones para el Uso de Antiinfecciosos en Atención Primaria"**, que se distribuirá a todos los profesionales de BiE con el objetivo de contribuir a una mejor utilización de estos fármacos en la Comarca.

Los aspectos relacionados con el URM se coordinan conjuntamente entre la Dirección de Farmacia del DS y los foros que fomenta la Subdirección de AP de la OC en la que participa la Unidad de Farmacia de BiE.

3.- TECNOLOGÍA DE TELECOMUNICACIONES / INFORMACIÓN

La apuesta por la mejora en la accesibilidad de los clientes y la adopción de herramientas informáticas que permitan disponer de una manera ágil de la información necesaria para la prestacióndel servicio y la gestión diaria es una constante en la estrategia de BiE.

La implantación del sistema corporativo de telecomunicaciones permite que BiE tenga acceso a las nuevas tecnologías de telecomunicación: voz y datos. La implantación del sistema de telefonía digital en los centros ha permitido la utilización de la red informática para la implantación del programa de gestión de la HC Única OSABIDE (4e) sobre una base de datos centralizada, o la gestión de la cita de la atención especializada desde los centros permitiendo que los clientes no tengan que realizar las gestiones en los ambulatorios o en las consultas externas hospitalarias y la petición de sustituciones on line.

Cabe reseñar la función tractora que realizó BiE en los primeros años de implantación de los programas de HC Informatizada, en 1.991 APD en Rekalde, 1.994 OMI-AP en Otxakoaga y Basurto – Briñas y desde 2001 Osabide, lo que supuso la desburocratización de las consultas, junto con mayor tiempo de atención al cliente. Durante estos años se han realizado cursos de formación no solo para sus profesionales, sino para los de las distintas bolsas de sustituciones (ver 3b), lo que ha permitido que las Comarcas de Bizkaia dispusieran de profesionales formados en su utilización.

Asimismo, desde BiE se han desarrollado e implantado otras tecnologías que han permitido mejorar la rapidez y exactitud de información disponibles en apoyo de la PE como INFOBIE, OSABIDE, etc (ver 4e).

4.-TECNOLOGÍA DE GESTIÓN.-

El marco conceptual de Hobekuntza, y por lo tanto, la apuesta estratégica de BiE (ver 1e) es la mejora en la gestión, para lo que es indispensable la adopción de herramientas/metodologías de gestión como referentes y apoyo en la mejora de su actividad lo que ha llevado a desarrollar y desplegar diferentes iniciativas y proyectos relacionados con las mismas a todos los niveles, ya sea a nivel comarcal o de UAP por parte de los líderes. Esta apuesta tiene su reflejo en los OE 3.1 y OE 3.3 del PE.

A este nivel ,cabe destacar la sistemática de implantación de la GPP (ver 5a) o la integración de la Autoevaluación en los procesos estratégicos/de gestión

En el caso de la autoevaluación, su utilización en BiE ha experimentado una evolución. Las primeras experiencias eran realizadas por el ED utilizando las matrices REDER como referencia; en 2005, se amplió la participación (34 profesionales) y se utilizó una la Herramienta "Evalexpress" que simplificaba el proceso. Tras analizar el éxito de la experiencia, el TO y el TRAAC han adaptado la herramienta a la realidad de las UAPs, siendo una iniciativa pionera en Osakidetza y utilizada por las UAPS como input a su PG. Está proyectada la publicación de la Herramienta en 2006 de cara a que el resto de UAPs de Osakidetza puedan adoptarla como referente.

Asimismo, BIE realiza una gestión respetuosa con el medio ambiente realizando la gestión de residuos sanitarios con un gestor autorizado y fomentando en los centros la minimización y segregación del resto de residuos adoptando los proyecto EKOSCAN y LEGESCAN, liderados por la DEF y los JUAPs de las 7 UAPs piloto (ver 4c)

Otros hitos en la utilización de las nuevas tecnologías en el ámbito de la gestión han sido la plataforma informática sobre la que se desarrolla la evaluación de liderazgo (ver 1a), a la que se accede desde cualquier equipo informático con acceso a internet , el programa de gestión de QRS , adoptado desde 2006 fruto del benchmarking con Ekialde que agiliza la gestión de las QRS y facilita la obtención de los indicadores necesarios para la monitorización de la actividad, el programa de gestión de sustituciones on-line y la herramienta de evaluación de MIRes utilizada en las Unidades Docentes.

4E GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN Y CONOCIMIENTO

GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN

La gestión de la información es un aspecto fundamental tanto en la definición como en el desarrollo de la PyE de BiE ya que permite analizar el rendimiento de los aspectos claves y por lo tanto, disponer de la información necesaria para la toma de decisiones en el momento oportuno. Esta importancia queda patente en los OEs definidos para la LE2. El enfoque del primer mapa de Información/conocimiento en BiE (ver tabla 4e.1) partió del desarrollo del Mapa de Comunicación interna, realizado en 2005 (ver 3d) como respuesta al AM identificada en este ámbito en la Autoevaluación del mismo año. La realización de este Mapa permite el inicio de la implantación del proceso "Gestión de los sistemas de información" (BPA 7), cuya misión es **"Gestionar y proteger la información que llega a BiE desde diferentes canales, facilitando a los usuarios, tanto internos como externos, un acceso adecuado a los mismos, sirviendo como apoyo relevante a la PyE y a su desarrollo en los PG"**.

Así, la UGS, estableció las características más relevantes de nuestra Información como Organización, cuyos FCE, definidos en el proceso, son la accesibilidad, la información adecuada, a tiempo y fiable, estructurádola en dos tipos.

Fruto de este primer análisis, se detectaron las áreas de mejora más relevantes, de manera que la UGS en colaboración con el ED, estableció planes operativos dirigidos a mejorar los sistemas de información y su accesibilidad (fig. 4e.2).

Fig. 4e.2 PLANES OPERATIVOS REALIZADOS 2005 - 2006
Puesta en marcha de una Red local de acceso al Cuadro de Mando y a InfoBiE por parte del ED y Técnico en Dirección de Comarca
Instalación de acceso a internet y correo electrónico en el 100% de los puestos de trabajo
Creación del portal de BiE en la Intranet comarcal y utilización del mismo como soporte de información a disposición de los profesionales
Inicio en 2.006 del programa de sustituciones en los centros a través de red informática interna
Creación de direcciones de correo electrónico especificas (sugerencias, formación…)
Acceso universal a la información contenida en CALITEL (manual de procesos de AP) a través de intranet.

Desde Osakidetza se han desarrollado los sistemas informáticos necesarios para la adecuada gestión de la gran mayoría de la información relevante en la actividad, tanto asistencial , como de gestión, correspondiendo su implantación y despliegue a cada Comarca.

1. Información Asistencial

• OSABIDE

Es el sistema informático utilizado por los profesionales de BiE **que tiene como objetivo la integración** y gestión **de toda la información**

Fig. 4e.1 MAPA DE INFORMACIÓN/CONOCIMIENTO

CLINICO ASISTENCIAL • PROPIETARIO: DA					
Tipo de Información	**Propietario Información**	**Fuente Información**	**Objeto-Validez Información**	**Garante Seguridad Fuente Información**	**Proyección interna**
Actividad Asistencial	UGS	OSABIDE	PG	Accesos Osabide	Cuadro de Mando
Derivaciones a Especializada	UGS	OSABIDE	CP - PG	Accesos Osabide	Cuadro de Mando
Datos Prescripción Farmacéutica	U. Farmacia	GESTALON / BASE DATOS FARMACIA	CP - PG	Unidad Farmacia	Cuadro de Mando
Oferta Preferente	UGS	OSABIDE / PAP	CP	Accesos Osabide	Cuadro de Mando
Coordinación Interniveles	DA	Acuerdos formalizados entre BIE y A.E.	CP	DA	CD, Despliegue del PG, Difusión Acuerdos a UAPs, web
Base de Datos Clinicos	DA	Biblioteca Virtual OSANET	Plan de Formación	DA	WEB OSANET
Enfermedades Declaración Obligatoria	DA	OSABIDE	CP	Accesos Osabide	Cuadro mando
GESTIÓN Y ESTRATÉGICOS • PROPIETARIO: ED					
Tipo de Información	**Propietario Información**	**Fuente Información**	**Objeto-Validez Información**	**Garante Seguridad Fuente Información**	**Proyección interna**
Oferta nuevos servicios asistenciales (TAO, Cirugia Menor, Retinógrafo..)	DA	Planes de Implantación	PG, PE	DA	CD, Cuadro Mando, web
Gestión de Procesos de BIE	ED	Sistemas de Información de BIE	PG, PE	ED	Despliegue procesos ED/ET a UAP,s,
Estrategia de Mejora Hobekuntza	ED	Modelo EFQM - Manual de Procesos de BIE y de A.P.	PG, PE	ED	CD, Despliegue PG a UAP,s, Cuadro Mando, web
Actividades de Formación	ED/ Comisión Formación	Plan de Formación Anual	PG	ED/ Comisión Formación	CD, Difusión escrita a UAPs, web
Autoevaluaciones EFQM	ED/ ET	Sistemas de Información de BIE	PG, PE	ED	CD, Despliegue PG a UAPs,
Quejas, Reclamaciones, Sugerencias	DA	Registro Centralizado	PG	DA	Difusión escrita a UAPs
Satisfacción Clientes	ED/ UGS	Encuesta Satisfacción Clientes	PG	ED / UGS	Cuadro de Mando, web
Accesibilidad a los Servicios	ED / ET	Evaluación Cuatrimestral	PG, PE, CP	ED / ET	Cuadro de Mando
Satisfacción de las Personas	DRRHH	Encuesta Satisfacción Personas	PG, PE	DRRHH	CD, Difusión ia UAP,s y personalizada a trabajadores, web
Sugerencias de las Personas	DRRHH	Registro de Sugerencias	PG	DRRHH	Cuadro Mando
Incentivos a las UAP,s	ED	C.G.C. y Pacto por Objetivos	PI	ED	CD, Despliegue a UAP,s, web
Calendario Laboral, normativa y acuerdos en materia de RR.HH	DRRHH	Acuerdo Osakidetza, Planificación RRHH, Acuerdos BIE-Representantes Trabajadores, GIZABIDE	P.G.	DRRHH	CD, Cuadro Mando, Documentación escrita UAP,s. web
Seguridad e Higiene en le Trabajo	ED / UBP	Plan de Emergencias, Protocolos de Actuación en Seguridad e Higiene	PG	ED / UBP	CD, Documentación escrita UAP,s., web
Novedades y Modificaciones de Legislación y Normativa Interna	ED	Legislación y Normativa Vigentes	PG, PE	ED	CD, Cuadro Mando, Difusión escrita a UAP,s., web
Información sobre inversiones adjudicadas	DEF	Plan Anual de Inversiones	PG	DEF	CD, Cuadro Mando, Difusión escrita a UAP,s.
Tarjeta Individual Sanitaria	DA	Base de datos TIS, Padrón Municipal, Mapa Sanitario Osakidetza, Callejero	PG	DA	Cuadro Mando, Difusión escrita a UAP,s., web
Información presupuestaria	ED	GIZABIDE, ALDABIDE	PG	ED	Despliegue PG a UAP,s Cuadro Mando

Fig. 4e.3		
ORIGEN	**INTERVIENEN**	**MEJORA**
En 2003 Propuesta por personal de Laboratorio y ED	Profesionales de San Ignacio dirigidos por la RO, y HBas.	Desarrollos en el programa OSABIDE - Laboratorio, evitando registro de datos por duplicado y posibles errores de trascripcion. Se contó con un aliado como Roche Laboratorio.
A partir de 2003, propuesta de profesionales	RO y equipos de profesionales	SE unifican criterios a la hora de registrar información clinica, e incluso crear registros específicos: Matronas (2003), Aac (2004), enfermeras y medicos (2005) Pediatras (2006)
En 2005, Plan de Formación	RO e informatico	Creación en todas las bibliotecas de los CS del módulo Osabide -Formación que permite a los profesionales realizar prácticas para mejorar en el manejo del sistema.
En 2005, impulsado por OC.	DE, junto con Hematología Hbas. Facultaivo y Enfermera de UAP	Implantación del proyecto de Punción capilar TAO, en alianza con IZASA. Como elemento diferencial, en pacientes dentro de rango adecuado, control en consulta de enfermería
En 2005 , a sugerencia de profesionales de BIE	DA, RO	Se inica la unificación de los actos de citación de todas las agendas sanitarias de BiE, posibilitando una mayor homogeneización del registro y gestión de la información.
En 2006, a propuesta de profesionales UAP,s ISO Alcance Total	UGS	Mejora de la periodicidad en la obtención de Indicadores Asistenciales: se pasa de explotación anual a cuatrimestral en UAPs ISO Alcance Total, y semestral en el resto

clínica del cliente recogida en la HC, ya sea a nivel de AP, como de AE. Además integra otras prestaciones como el Sistema de Citación para AP y AE, y la gestión de trámites administrativos: TIS, IT, receta medica, etc, lo que evita perdidas de tiempo y desplazamientos innecesarios a nuestros clientes.

Permite disponer de la información para evaluar y comparar las actividades y resultados clínicos a nivel de Unidad y profesional. Además permite la programación de las actividades, la mejora del servicio y facilita la toma de decisiones en la asignación de recursos

La información recogida contiene datos demográficos, administrativos y clínicos de cada cliente, siempre garantizando la confidencialidad, tal como fue acreditado por la Agencia Estatal de Protección de Datos. La primera evaluación del programa OSABIDE se realizó en octubre de 2004, mediante una encuesta dirigida a todos los profesionales los CS, fruto de la cual se identificaron mejoras a nivel formativo. En 2006 se repetirá esta encuesta.

BiE, ha sido pionera en la implantación de OSABIDE, al igual que en la implantación de otros sistemas informáticos como APD u OMI-AP, siendo una de sus estrategias clave, recogida tanto en su PE como en los correspondientes PG que lo desarrollan. Así, en 2001, BiE fue la primera Comarca que tuvo informatizadas el 100% de las AAC`s.

La implantación del sistema, que supuso la realización de acciones formativas dirigidas al 100% de los profesionales (ver 3b) y adecuación de hardware y mobiliario, tuvo un fuerte impulso tras la incorporación del la Responsable Comarcal de Osabide, finalizando su implantación en el 100% de UAPs en 2003. Esto ha permitido una clara evolución en el grado de registro de la HC Informatizada, pasando de una utilización del 55.20% en 2004 al 69.12% 2005 (ver 9a.14). En 2.005 BiE ha realizado la implantación del mismo en los PAC, permitiendo las consultas a Historias Clínicas durante las 24 horas del día. La fig. 4e.3 muestra algunas de las mejoras introducidas en la gestión de OSABIDE.

• INFOBIE

Por otro lado un hito clave en la gestión de la información referente a los indicadores de los procesos ASISTENCIALES es el desarrollo desde la UGS del programa INFOBIE, a raíz de las sugerencias de los profesionales y análisis realizado por el ED y ET de la necesidad de disponer de la información en un único soporte. Esta herramienta permite integrar las distintas fuentes de información de BiE, así como la mayoría de los indicadores que miden el grado de implantación de los procesos en Comarca y UAP , lo que facilita el acceso y el seguimiento de la información.

A partir de 2005, desde la UGS se está desarrollando de manera pionera a nivel de Osakidetza la evaluación individualizada por cada profesional del CP y de los procesos asistenciales. Esta herramienta ha sido pilotada por 2 profesionales de BiE con resultados muy positivos, permitiendo que cada profesional se evalue individualmente detectando sus áreas de mejora. En 2006 esta iniciativa se extenderá a otros profesionales de todos los CS.

• GESTALON Y BUSINESS OBJECTS

Se trata de dos aplicaciones informáticas del DS, utilizadas para gestionar la información referente a la actividad farmacéutica, gestionada a través del **proceso BPO 3.2 Gestión de Farmacia.**

Gestalon permite gestionar toda la información referente a los talonarios de recetas médicas, y permite la correcta imputación del gasto farmacéutico generado por cada facultativo para poder contar con información fiable sobre la calidad y cantidad de la prescripción farmacéutica por cada plaza médica.

Bussines Objects es la herramienta que permite explotar la información sobre la prescripción farmacéutica con diferentes grados de agregación: Comarca, UAP, Centro, plaza, y colegiado, y durante el periodo de tiempo que se requiera (mes, año…).En la Unidad de Farmacia se obtienen una serie de informes que se envían con periodicidad trimestral a todos los facultativos de BiE, y que permiten de manera periódica al ED, JUAPs y cada médico tener un feed-back sobre cuál es la calidad de su prescripción así como su gasto farmacéutico.

Desde BiE, el equipo de farmacia ha participado activamente en la implantación, desarrollo y mejora de los mismos, como por ejemplo, en el diseño de informes de explotación.

2. GESTIÓN.

• ALDABIDE Y GIZABIDE

ALDABIDE es la herramienta que permite gestionar la información referente al área Ec-Fra como las compras, gastos ingresos, tesorería, almacenes, contabilidad general y analítica, inversiones, etc. , desde los procesos de Gestión Económico Financiera (BPA.5).

En 1998 se implantó la plataforma informática SAP/R3 por medio del proyecto ALDABIDE, utilizándose la técnica de formación de formadores de manera pionera en Osakidetza. De esta manera se pudo realizar la formación en un breve periodo de tiempo, evitando las pérdidas de conocimiento, abarcando a la totalidad de los profesionales afectados y con un notable éxito. Esta metodología se ha seguido en la implantación de los sucesivos módulos y en otras áreas. En 1999, BiE fue pionera en la implantación del módulo de Tesoría, aplicando el aprendizaje realizado a otras OOSS.

GIZABIDE es la herramienta en la que se sustenta la gestión de las

Fig. 4e.4					
AÑO	**MEJORA INTRODUCIDA**	**PROFESIONALES IMPLICADOS**	**FI / FA**	**AMBITO APLICACIÓN**	**BENEFICIO**
2001 2006	Sesiones Clínicas en 100% UAPs con acreditación docencia	Profesionales Sanitarios	Gestión asistencial de Comarca	Clínico-Asistencial	Actualización conocimientos clínicos
2004	Acceso a Biblioteca Virtual en 100% UAPs	Técnico Informático	PG	Clínico-Asistencial	Actualización de conocimientos, Medicina basada en la Evidencia
2006	Equipo de despliegue de Procesos de UAPs ISO Alcance Total	15 Profesionales de UAPs	PG	Sistema de Gestión	Divulgación de Mejores Prácticas entre UAPs
2003	Guía de Practica Clínica Hipertensión Arterial	2 Profesionales Sanitarios	Contrato Programa	Clínico-Asistencial	Actualización conocimientos y unificación de criterios clínicos
2004	Protocolo de Urgencias y Medicación de Urgencias	Profesionales (12) Comisión Farmacia	Proceso Emergencias	Clínico Asistencial	Actualización conocimientos y unificación de criterios clínicos
2006	Guía de apoyo para la evaluacion de los indicadores de OP y Procesos Asistenciales a traves del PAP OSABIDE	UGS y RO	Sugerencia RO y UGS	Clínico Asistencial	Acceso a información unificada

personas de BiE. Este programa dispone de la información referida a al personal de plantilla y sustitutos, gestión de listas de contratación, carteleras, permisos, licencias y bajas, así como un cuadro de mando integral que mensualmente aporta datos de producción, absentismo, gasto de personal etc, fundamentales en el control de los procesos de Gestión de Personas (BPA 4). La OC dispone de un Centro de Atención al Usuario (CAU) que permite la resolución de las incidencias surgidas en los mismos.

Ambas herramientas son complementarias y han experimentado varias mejoras a lo largo del tiempo, impulsadas desde la OC. Así, en 2.005 se ha implantado el modulo de contratación administrativa (Eginbide) en ALDABIDE, y está prevista la implantación del modulo de almacenes (Bilbide) en 2006; en 2005 se implantó el módulo de nómina en Personal en GIZABIDE.

• PROCESOS / SG

La documentación referida al SG de calidad y GPP (procedimientos, procesos, etc.) se encuentra disponible y accesible a todos los profesionales, a través de la página web de la Intranet desde 2006, actualizándose periódicamente por los miembros del ET y ED tras su análisis en el Consejo de Gerencia. Asimismo, las UAPs disponen del programa de gestión documental "CALITEL" desarrollado por la OC, donde se puede acceder a todos los documentos relacionados con el SG de las UAPs. Tras la incorporación del TO se modifican los formatos de descripción de procesos con el objetivo de integrar la información, formatos que han sido solicitados por otras organizaciones como modelo.

• SEGURIDAD - NORBIDE

Para la custodia de la información, se disponen de antivirus que se actualizan automáticamente y de copias de seguridad diarias de la información disponible en soporte informático, responsabilidad del Técnico Informático.

El tratamiento y acceso a la información se realiza en base a los criterios establecidos en la LOPD desarrollado a través del programa NORBIDE, disponiendo cada usuario una clave de acceso según su perfil profesional que debe ser actualizada periódicamente.

Asimismo, se realizan comunicaciones periódicas a los profesionales de BiE sobre los criterios de tratamiento de la información. En 2005 se editó un BB especial con objeto de aumentar la sensibilización en el tratamiento de los Datos de carácter personal de nuestros clientes.

Si ocurre alguna incidencia, se aplica, bien el plan de contingencias definido desde OC o el Plan de contingencias propio de BiE , cuya aplicación derivó en la instalación de grabadoras de CD en las UAPs y destructoras de documentación en el 100% de los Centros. En 2006 se instalará BABESLEBIDE, aplicación web que permitirá al ciudadano ejercer los derechos contemplados en la LOPD .La estructuración de responsabilidades se ha desarrollado en conformidad con la instrucción 6-2003, recayendo en la DA y el Técnico Informático de BiE.

• GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO

BiE es consciente de la importancia de la gestión del conocimiento en la AP así como su necesaria y constante actualización, y las iniciativas relacionadas con este ámbito quedan recogidas el OE 4.2. Socialización de Mejores Prácticas. Su importancia queda reafirmada con la inclusión del intercambio de conocimiento entre las UAPs como aspecto a incentivar, desde el PI el 2005 (ver 3e), priorizando aquel conocimiento que ayude a la consecución de nuestra PyE, además del impulso realizado en el fomento de la formación interna por los profesionales de BiE (ver fig. 3b.1, 3c.1) y en la creación de foros para el intercambio de conocimiento (ver 3c.2) .

Con la puesta en marcha de la Intranet a finales de 2005, se dispone de una herramienta que permite el acceso al conocimiento generado por nuestros profesionales, lo que permite basándose en el Mapa de Información/Conocimiento (fig. 4e.1) el inicio de una gestión integrada del conocimiento existente.

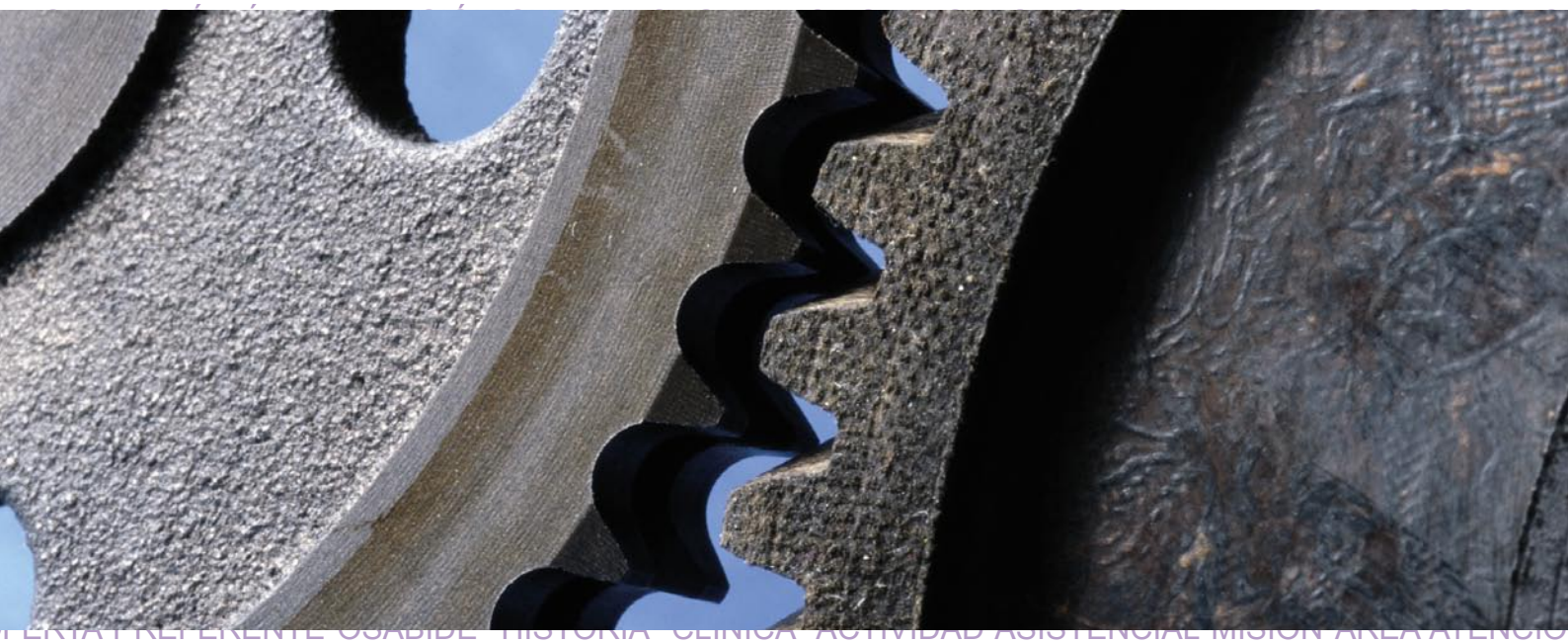
La fig. 4e.4 muestra algunas de las mejoras introducidas en la gestión del conocimiento. Asimismo, el compromiso con la proyección externa del conocimiento generado, se evidencia en la implicación de BiE en la docencia (ver 8b.8 y 9b.12) , con la positiva evolución del número de UAPs acreditadas como docentes y el número de alumnos que han participado. Además son numerosas las asistencias como ponentes a congresos y jornadas organizadas tanto desde la propia comarca como desde otras organizaciones. (ver figura 1c.1)

Osakidetza
Servicio vasco de salud

BILBOKO ESKUALDEA
COMARCA DE BILBAO

BILBOKO ESKUALDEA
BiE

PROZESUAK



PROCESOS

CRITERIO 5: PROCESOS

La GPP en BiE adquiere especial sentido, teniendo en cuenta que la Orientación al Cliente es uno de los pilares básicos, tanto del Plan de Salud del DS, como de los PE de la OC y de BiE 2003-2007 (Ver 2c).

La aplicación de los principios de la Gestión Clínica basada en la optimización de los procesos de Gestión enfocados a la práctica clínica no es posible sin un esquema adecuado que aglutine todos estos procesos y resuelva además las interfaces entre los mismos. Estas últimas, internas y externas, adquieren especial relevancia en AP, teniendo en cuenta que el proceso de atención al paciente no finaliza en las UAPs, sino que en muchos casos continua en la AE.

En este contexto, el despliegue del PE de BiE (2003-2007) desarrolla 3 LEs (ver 2c):

- La LE 1: Orientación de los servicios al cliente, que aglutina el compromiso absoluto de BiE con el diseño y prestación de sus servicios entorno a las necesidades del Cliente.
- La LE 3: Aplicación de Herramientas de Gestión y mejora de la Calidad, y en especial, se despliega a través del Objetivo 3.1. Orientación, Enfoque y Desarrollo de un sistema de Gestión basado en procesos.
- La LE 5: Mejora de la Oferta de Servicios, que se concreta en el OE 5.4 Mejorar la coordinación entre los diferentes servicios que atienden a la población de BiE.

Por otro lado, también los diferentes ejercicios de Autoevaluación de BiE realizados (1996, 1998, 2000, 2002 y 2005) según el modelo EFQM, han puesto de manifiesto la necesidad de desarrollar y mejorar los procesos de la organización, resultando áreas de mejora prioritarias en todas las autoevaluaciones realizadas.

Los resultados de esta apuesta por la GPP y las mejoras desarrolladas a este nivel son analizados de manera periódica por los líderes de BiE a través de los mecanismos de monitorización de los resultados existentes:

- A nivel interno, a través del CM y las Revisiones del PG de las UAPs, así como la consecución de los objetivos establecidos en los PG comarcales (ver 2d). Esta monitorización tiene su reflejo en la evolución positiva de los resultados de la OP y Oferta de Calidad (ver 9a) y la ESP, en concreto en las dimensiones "Organización y Mejora" (Fig. 7a.8) y "Participación" (Fig. 7a.11), dimensiones que han mejorado de una manera relevante. El diseño de la encuesta de aliados en 2005 será asimismo una FI importante para comprobar la eficacia en la gestión de las interfases.
- A nivel externo, a través de las diferentes ES existentes (ver 5e), reflejándose de una manera más concreta el impacto en el caso de la ES corporativa en los apartados "Tiempos", "Coordinación" e "Información" (ver 6a).

5A DISEÑO Y GESTIÓN SISTEMÁTICA DE LOS PROCESOS

• DISEÑO Y ESTANDARIZACION DE LOS PROCESOS

El enfoque a procesos en BiE se inicia ya con el desarrollo de los Sistemas de Gestión de Calidad impulsado por la OC en el año 2000. En este proyecto, en el que participaron profesionales de BiE (ver 1c) se definieron los procesos que acabarían conformando en 2003 lo que hoy conocemos como el MP de una UAP y en el que se identificaron los procesos de gestión, operativos y soporte.

Esta definición de MP permitió iniciar la implantación de los procesos de las AACs, con los que empezó la estrategia estandarización, y la implantación del resto de los procesos de las UAPs, denominado "Alcance total", marcando un hito en el SG de BiE. En 2003, fruto de la reflexión estratégica realizada por el DG de BiE (ver 1e), desde el ED de BiE se detecta la necesidad de extender la GPP a nivel de toda la Organización. Para gestionar de manera más eficaz los procesos "compartidos" definidos en las UAPs era necesario identificar las interfaces con la actividad desarrollada desde la Dirección comarcal, además de la existente en los procesos de gestión compartida Dirección –UAP, PR29 ó Plan de Gestión, y PR 30 ó Negociación con los centros , para lo que se hace el primer inventario de procesos comarcales por parte del ED. No es hasta 2004 con Hobekuntza cuando se inicia la implantación de la GPP a través de equipos formados por profesionales de todos los estamentos.

Fruto del trabajo desarrollado por estos equipos se definió el primer MP comarcal utilizando como fuentes de aprendizaje el MP de Organizaciones consideradas por BiE como referentes en la gestión del ámbito de la AP como la Comarca Ekialde, el inventario realizado en 2002 y el apoyo de la Guía de Procesos de BiE. En la definición de este MP (junio 04), utilizando la metodología IDEF0 participan 64 personas, el 9% de la plantilla, y se establecen distintos niveles de desarrollo (Mapa: Nivel 0, Macroprocesos: Nivel 1...), Flujos, y Fichas de Proceso identificando para cada uno de los procesos, entre otros elementos:

- **Entradas - salidas, actividades y responsabilidades**
- **Misión** de cada proceso, factores críticos de éxito, grupos de interés, interfases.
- **Métrica** del proceso: Indicadores de actividad y de resultado.

Posteriormente, en noviembre de ese mismo año se realiza la primera revisión del MP por parte de los equipos de proceso, incluyendo propuestas de los mismos y realizando la priorización de los procesos identificados en enero de 05 de cara a diseñar las acciones del PG05 (ver 2d). El MP comarcal se vuelve a revisar en junio 05 por parte del ED y ET (ver fig. 5d.1), analizando la interrelación entre los procesos, complejidad de los mismos y posibilidad de establecer objetivos claramente cuantificables a nivel de gestión para cada uno de ellos; esta revisión es apoyada asimismo con el inicio del proyecto de certificación en estándares ISO 9001:2000 de los procesos EC-FROS, el inicio de la certificación OHSAS 18001en la UBP y la realización de EKOSCAN en 7 UAPs (ver 4c)). Además se han producido cambios a nivel documental, adoptando los procesos en fase de revisión formatos que permiten facilitar su descripción y comprensión.

AÑO	MEJORA/MODIFICACIÓN	FI/FA
04	Modificaciones en los contenidos de la Ficha de proceso (FCEs, Misión, etc.)	Formación
05	Desaparición de Hobetzen como Proceso. redefinición o integración de sus subprocesos	Formación, Implantación Sistemas Estandarizados
	Redefinición del proceso "Gestión de Personas"	
	Integración de Compras en "Gestión Ec-Fra"	
	Integración del proceso "GPP" como sistemática de gestión de cada proceso a través de la Guía de GPP de BiE	
	Mejora en los formatos de descripción: Simplificación	
	Integración del proceso "Comunicación" como fase de cada proceso	
	Redefinición completa del proceso "Seguridad y Salud Laboral"	

BiE ha sido pionera a la hora del enfoque en la sistemática de implantación de la GPP a nivel de UAP. La vía inicial era la certificación, en un principio AAC y posteriormente alcance total, la cuál hacía que

la implantación de los procesos en BiE fuera espaciada en el tiempo, ya que afectaba únicamente a las UAPs que asumían como objetivo la certificación. Es por ello que desde el ED se toma la iniciativa de iniciar la implantación de los procesos de manera parcial en todas las UAPs, además de la que ya venía haciendo con los PR 29 y 30 anteriormente citados de forma sistematizada con todas las UAPs. Para ello, en 2004 priorizó 3 procesos asistenciales en función del impacto que estos tenían en las LEs, estableciéndose su implantación como objetivo en el PG 2005. Asimismo, para favorecer su implantación, se incluyó la misma en el PI (ver 3e) y la rotatoriedad de la propiedad del proceso, lo que garantiza un mayor conocimiento del SG, y fomenta la implicación en la mejora de los profesionales.

La implantación y seguimiento de la GPP a nivel de UAP se apoya en los siguientes equipos:

- **Comité Técnico ISO comarcal**: Reuniones mensuales con las UAPs en sistema de gestión ISO (AAC y Alcance total) donde se abordan los problemas de coordinación / implantación de los diferentes procesos de las UAPs. Todas las propuestas se analizan, y aquellas que supongan una modificación sustancial se elevan al Comité Técnico Corporativo.
- **Reuniones habituales intercentros ISO Alcance total** para intercambio de experiencias.
- **Reuniones de propietarios de los procesos asistenciales con ED y ET** desde 2006.
- **Reuniones en las propias UAPs con los profesionales del ED y ET** para resolución de dudas y apoyo en la implantación.
- **Comité técnico a nivel corporativo** bimensual en el que participan el TRAAC y la TUGS de BiE.
- **Comité Director a nivel corporativo**, de periodicidad cuatrimestral en el que participa el DG de BiE.

A continuación se muestra en la figura la evolución en la implantación de los procesos singularizados.

AÑO	PROCESOS	% UAPs implantados
2004	Emergencias, Crónico domiciliario y agudo	30%
2005	Emergencias, Crónico domiciliario, agudo domiciliario	100%
	Alta de Clientes, Gestión de residuos, esterilización y muestras biológicas	100%
2006	Atención crónico en centro, Gestión Hª Clínica, Visado de documentación, pruebas funcionales y actividad preventiva	100%

• UTILIZACIÓN DE METODOLOGÍAS NOVEDOSAS

Este despliegue al 100% de las UAPs, la propia implantación de los procesos de propiedad comarcal y el incremento de UAPs en proyectos de certificación, se soporta en herramientas informáticas como CALITEL (ver 4e) y ha obligado a redefinir la sistemática utilizada desde la Comarca en la implantación de los procesos, para lo que, entre otros aspectos, se incorporó un TO en 2005; esta redefinición, basada en los resultados de las autoevaluaciones, las propias sugerencias de los profesionales y el análisis del ED, ha traído el incremento de las reuniones intercentros como medio para intercambio de experiencias (ver 3b), el fomento de la formación interna en GPP (3b), el despliegue del propio ED y ET por los centros (ver 1b) y la mejora en los Sistemas de información para la monitorización de los indicadores desde la UGS a través de INFOBIE (ver 4e).

Por otro lado la implantación de los procesos propiedad de la Dirección de BiE se realiza a través de equipos de proceso, formados por un coordinador miembro del ED y 4-5 profesionales y el apoyo del ET; en 2006, tras analizar la idoneidad de la sistemática de gestión definida en 2004 ,en la que se establecía la participación de profesionales de las UAPs en los equipos de gestión del proceso y comprobar por parte del ED y TO el éxito de diferentes experiencias de otras OOSS , se redefine la sistemática de gestión estos procesos ; los equipos de proceso pasan a ser formados sólo por miembros del ED y ET, haciendo partícipes al resto de profesionales en el desarrollo de los planes de mejora, lo que permite realizar una gestión más eficaz del proceso.

La implantación de los procesos se apoyan en una auditoria interna realizada por los propietarios llamada “de estabilización”, en la que se analiza la situación inicial de la UAP en cada uno de los procesos a implantar. y de sus resultados se establecen planes de acción, que son priorizados e implantados por los mismos o el equipo de proceso (la coordinación de los procesos asistenciales es compartida por un facultativos y un profesional de enfermería)/Comité de calidad de las UAPs.

Sistemáticamente, BiE realiza dos tipos de auditorias del SG que permiten identificar mejoras a implantar en los procesos:

- **Gestionadas por OC:** se realiza previa a la auditoria externa. Fruto de esta auditoria, en septiembre de 2005 se detectó la necesidad de que todos los indicadores incluidos en nuestros sistemas de información y gestión deben de disponer de un valor objetivo, estableciéndose los mismos para el 100% de los indicadores.
- **Gestionadas por BiE:** A aquellas UAPs dentro de la dinámica de certificación ISO para comprobar el estado del despliegue del sus planes de gestión estas auditorias eran realizadas en un principio por el TRAAC de la Comarca, pero tras revisión realizada en septiembre de 2005, se modificó la sistemática, ampliándose a 3 el número de auditorias anuales, para mejorar el control y formando un equipo de auditores que posteriormente permitiera implicar a más profesionales con experiencia en ISO y además fomentar la participación y el intercambio de mejores prácticas a nivel interno (ver 3b).

• INDICADORES de PROCESO Y OBJETIVOS DE RENDIMIENTO

A la hora de diseñar el sistema de GPP, uno de los aspectos es la definición de objetivos e indicadores que permitan medir el grado de consecución de los mismos, y por ende, de la Visión de BiE . Es por ello que para su definición, se toma como referencia el PE de BiE, los indicadores de gestión clínica derivados de los CP, CGC y PO, informe de progreso del Plan de Calidad Corporativo, y los propios definidos desde OC para los procesos de UAP en base a la ISO 9001. Para los procesos de propiedad comarcal, los objetivos e indicadores son definidos por los propios Equipos de Proceso, diseñándose indicadores de resultado y de actividad establecidos siguiendo la metodología “causa-efecto” lo que ha llevado a la redefinición de algunos de ellos en la 2ª revisión del MP.

En la definición del primer MP de BiE en 2004, el enfoque adoptado a la hora de establecer los objetivos de los procesos fue de objetivos de control, no guardando una relación causa efecto clara algunos de ellos con los OE de BiE; este enfoque ha sido modificado por el ED y ET en la revisión de los procesos iniciada en 2005. Para evaluar el desarrollo de la consecución de los objetivos, todos los procesos disponen de sus indicadores correspondientes y tiene definida la fuente de información, periodicidad y responsable de su recogida y análisis.

El análisis de la evolución de los objetivos de los procesos se realiza de manera cuatrimestral a todos los niveles de BiE (ver 2d) a través de las Revisiones por la Dirección, CMs (herramienta que se ha ido modificando para apoyar la implantación de la GPP (ver 2d)) y las propias auditorias internas realizadas desde BiE o desde OC.

El despliegue de la GPP iniciado en 2004 hizo necesario mejorar la metodología de gestión informática de los mismos, favoreciendo la auto-

Fig. 5a.1 INTERFAZ/ PROCESOS	MEJORA INTRODUCIDA	FI / FA
Citación UAPs BIE/ Citación Especialidades Hospital Basurto	Citación directa de consultas de especialistas a través Osabide, evitando desplazamientos del cliente	ESC, QRS Sugerencias profesionales, Desarrollo PG, Indicadores de proceso y Auditorías
Gestión Muestras Biológicas/ Citación: petición analítica desde UAP, resultado llega desde Laboratorio en formato papel (2 ó 3 días)	Integración de petición analítica en programa Osabide: volcado informático en en Osabide de resultados en el mismo día permitiendo citación con menos demora	
Gestión Almacén UAP / Suministros BIE : petición de artículos desde UAP a Dpto. Suministros Comarcal	Hoja única de petición para las UAPs y codificación de artículos	
Citación/Atención a Emergencias	Creación Acto Emergencias en Osabide, mejorando el registro y seguimiento de proceso	
Citación/ Atención Domiciliaria Crónico y Agudo	Citación en Agendas Osabide PAC de las asistencias de continuidad de cuidados a domicilio domingos y festivos	
PG UAP / Dirección Estratégica BIE	Revisión conjunta, en encuentro Gerente-JUAP, de los PG de las UAPs así como sus revisiones cuatrimestrales, reforzándose el alineamineto de éstos con el PG de BIE	
Hospitalización / Atención paciente agudo en centro y en domicilio	Mejora en el seguimiento de la Continuidad de cuidados al Alta Hospitalaria	
Hospitalización / Atención paciente agudo en centro y en domicilio	Coordinación Interniveles de UAPs-Servicios Hospitalarios en la atención integral al paciente terminal	

matización, la integración y la concentración de la información. Con este motivo se realizan esfuerzos orientados a la adaptación de OSABIDE (ver 4e) a las características del sistema de medición de los procesos y a la elaboración de documentos que permitan una gestión más eficaz de la información contenida en los mismos, para lo que se desarrolló como mejora por el TRAAC , tras sugerencia de UAPs certificadas, un CM armonizado en soporte informático para Centros ISO, cuadro que fue identificado por la OC como mejor práctica en 2005.

Identificada la dificultad en la recogida de determinados indicadores de los procesos priorizados en todas las UAPs a través de las reuniones de los equipos existentes en BiE para la implantación de la GPP, en junio de 2005 la DA, decide introducir como mejora la recogida de indicadores de proceso de forma centralizada desde la Dirección de Comarca, facilitándolos a través del personal técnico comarcal directamente del programa Osabide, hito clave en el la implantación de la GPP en BiE, ya que simplifica el trabajo de los propietarios y por lo tanto facilita el despliegue de la GPP.

• RESOLUCIÓN DE INTERFACES ENTRE LOS PROCESOS

Como se ha indicado en la introducción, BiE no puede considerarse una organización aislada, y es por ello que ha definido sus GI (ver 2 a), claves a la hora de desarrollar todas las LEs, y en especial la LE1 y LE 5; esta relación con los GI y la propia estructura comarcal (Dirección-UAP) hace necesario identificar las interfaces para cada uno de ellos con el objetivo de solucionar las descoordinaciones existentes. Una vez identificadas y analizadas estas interfaces para cada uno de los procesos, los propietarios de los procesos son los responsables últimos de asegurar el adecuado flujo de información, y de estimular la coordinación entre las partes implicadas.

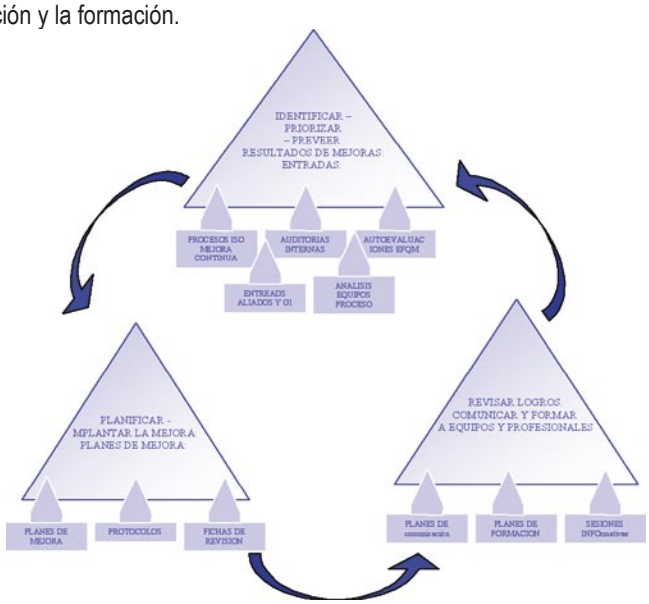
Conforme a ello, se ponen en marcha los **órganos de coordinación** previstos, tanto dentro de la comarca, como con organismos externos, algunos de los cuales se citan a continuación

- **Reuniones periódicas** entre los EDs de **BiE** y HBas donde se abordan temas de interés común.
- Reuniones entre **BiE** y **HMar** y **SME**
- Reuniones y contactos formales e informales entre las Direcciones Asistenciales (DA) y representantes de instituciones.
- Se han formado **grupos de trabajo** con profesionales del AP y AE para llevar a cabo **protocolos comunes**.
- **Reuniones** ISO Comarcales, CD, Reuniones de propietarios de proceso, CT,….

Estos órganos utilizan la información derivada de los propios indicadores, que permiten detectar ineficiencias en el funcionamiento de los procesos, sugerencias de los profesionales y otras herramientas de revisión sistemática utilizadas a nivel comarcal (autoevaluaciones UAPs), valorándose la utilidad de las mejoras a través de los indicadores clave de BiE como por ej., a través de la Oferta de Calidad del CP, se valoran los compromisos adquiridos entre BiE y los HBas y HMar (protocolos conjuntos), y se revisan los mismos, como por ejemplo, el protocolo de Atención a pacientes terminales. La figura 5a.1 muestra algunas de las mejoras introducidas en la gestión de interfases.

5B INTRODUCCIÓN DE LAS MEJORAS NECESARIAS EN LOS PROCESOS MEDIANTE LA INNOVACIÓN, A FIN DE SATISFACER PLENAMENTE A CLIENTES Y OTROS GRUPOS DE INTERÉS, GENERANDO CADA VEZ MAYOR VALOR.

La GPP de BiE no se consideraría plenamente implantada si, tras una fase inicial de identificación y definición de procesos, no se hubiera integrado la sistemática de mejora continua de los mismos. Esta sistemática, recogida en la Guía de GPP de BiE, permite identificar de una manera organizada las fuentes de la mejora, planificarlas e implantarlas priorizadamente, para finalmente desplegar los cambios a las personas y equipos a los que afectan en la organización, mediante la comunicación y la formación.



• MEJORA DE PROCESOS

Establecer la sistemática de la mejora de los procesos ha sido uno de las premisas fundamentales a la hora de enfocar el proyecto Hobekuntza.

A nivel comarcal, en la definición del primer MP en Mayo de 2004 se definió "Hobetzen", proceso en el que se incorporaban como procesos las fuentes de información para la mejora continua en BiE (BPE 1.3 Benchmarking, BPE 1.2 VGI...) (ver 2a). Además, se definió el proceso Gestión de Procesos que incorporaba, la definición y tratamiento de los mismos desde un enfoque PDCA. Con el objetivo de integrar en Dirección Estratégica todos aquellos procesos que lo alimentan de una manera directa en la 2ª revisión del MP en Junio 2005 el CG, tras propuesta del TO, incorpora al Macroproceso BPE.1, Dirección estratégica, los procesos integrados en Hobetzen y el proceso de Gestión de procesos específico se elimina, integrándose dentro del propio ciclo de trabajo de cada proceso las actividades de definición, revisión y mejora. Con ello se logra interiorizar la mejora como una actividad natural de los procesos y permite a los propietarios de los mismos una mayor autonomía de gestión, como en el caso de la integración de la Autoevaluación como una de los inputs del proceso de Dirección Estratégica para comprobar el impacto de las iniciativas desarrolladas a través de los PG.

A nivel de UAP, los mecanismos específicos para identificar las mejoras identificadas por los GI, además del análisis sistemático de los resultados sobre su evolución (ver 2d) a través de los indicadores definidos, se concretan de la siguiente manera:

- Procesos de captación de **NC** (**centros en fase de certificación ó estabilización ISO**), incidencias ó sugerencias del personal de la organización.
- Las **Auditorias internas** y **externas** (ver **5a**) en centros en fase de certificación ó estabilización ISO.
- Las **Instrucciones de Trabajo**, documento interno elaborado por la propia UAP, a través de las cuales se mejoran o definen más claramente flujos y actividades, responsabilidades, registros dentro de un proceso. Son múltiples los Ej. a este nivel, siendo uno bastante común entre unidades las Instrucciones de Trabajo sobre asignación de facultativo en un centro.
- Las **reuniones sistemáticas** mantenidas por miembros de la DA y ET con los propietarios de procesos singularizados y los líderes de los Centros (ver 5a) donde se recogen las sugerencias de mejora de los profesionales de BiE por ej. la centralización de obtención de indicadores asistenciales en la UGS de BiE.
- Las **FI** disponibles como encuestas, Autoevaluación, actividades de benchmarking, reuniones con aliados por parte de los líderes, Revisión de Información del PG (ver 2a y 2b).
- Otros órganos consultivos existentes en **BiE** (CT, Comisión de farmacia, Comité ISO Comarcal, etc.)

Las oportunidades de mejora identificadas a través de estos mecanismos son transmitidas y analizadas en los distintos equipos existentes para apoyar la implantación de la GPP (ver 5a) con el objetivo de intercambiar experiencias y poder diseñar mejoras a implantar; este impulso al intercambio de mejores prácticas queda reflejado en su introducción a partir de 2005, dentro del PI. Una vez diseñadas y aprobadas estas mejoras, se comunican por parte de la DA, JUAPs y/o ET al propietario del proceso de cada UAP para realizar su puesta en marcha.

• PRIORIZACIÓN Y OBJETIVOS DE MEJORA

A la hora de priorizar las mejoras de los procesos, los criterios utilizados por los líderes y propietarios son el impacto de los mismos en la consecución de objetivos de los CGC, PG y PE, así como con las necesidades y expectativas de los clientes y demás GI, sin olvidar el análisis de factores como la viabilidad económica de los mismos, y la sencillez de su implantación. Una de las mejoras en este aspecto es la utilización de matrices de priorización a partir de 2005 para las mejoras derivadas de las autoevaluaciones para su posterior integración en los correspondientes PGs, tras aprendizaje derivado de la herramienta de Autoevaluación Evalexpress de la OC, utilizada en 2005.

Desde el inicio del diseño e implantación de los procesos por parte de los Equipos de Proceso de la Comarca y profesionales de las UAPs, se identificaron oportunidades de mejora, que se implantaron gracias al liderazgo de los propietarios. Las mejoras a implantar se estructuran normalmente a través de un Plan de acción asociado, denominado objetivo de mejora en el que se identifican responsables, Acciones - objetivos - recursos – y su seguimiento y cierre. Otras mejoras puntuales en la gestión del proceso pueden ser implantadas por el propietario del proceso o por el equipo de mejora responsable tras análisis de su conveniencia por los líderes. Algunas de las mejoras introducidas en los procesos se muestran en las fig. 5b.3 y 5c.5.

• GESTIÓN DE LOS CAMBIOS

La GPP en BiE se apoya una sistemática a la hora de incorporar cualquier modificación, ya que se deben garantizar los métodos y herramientas que faciliten la difusión a todos las UAPs como son la necesaria formación, la comunicación, el diseño y realización de pruebas piloto, el control de implantación de procesos, etc.

Dentro del plan de implantación de los distintos procesos, se contemplan tanto la fase de Comunicación como la de Formación necesaria para que esta implantación se culmine con éxito, aspectos que quedan recogidos en la Guía de GPP de BiE. Cabe destacar las mejoras introducidas en la formación a los profesionales de BiE ,como la realización de sesiones específicas en centros estabilizados ó en proceso de certificación ISO para formar a las personas implicadas en los procesos por parte del TRAAC, las sesiones divulgativas a toda la UAP previa a la implantación lideradas por la DA con el apoyo del ET y otros profesionales con experiencia en sus UAPs, y a partir de 2005 con el inicio de formación interna específica impartida por miembros del ET (ver 1b), tras recoger las sugerencias y los resultados de encuestas y autoevaluaciones.

Dependiendo de la envergadura e impacto del cambio en la organización, los líderes de BiE establecen la necesidad del pilotaje del mismo en determinadas áreas o unidades. Si la modificación no requiere de pilotaje, el ED y/o JUAPs comunican a los profesionales implicados el cambio producido y las pautas para ponerlo en marcha.

Cuando se requiere pilotaje, los cambios y pruebas piloto relacionadas con los procesos comarcales son llevados a cabo por el propio equipo de proceso, que realiza un seguimiento exhaustivo de los planes de implantación así como del logro de los objetivos establecidos; a nivel de UAP, las pruebas piloto se establecen y acuerdan entre los diferentes profesionales implicados. Algunos ejemplos de esto son los pilotajes realizados en la implantación del laboratorio/analítica por código barras en UAP S. Ignacio en 2002, la implantación del programa de ausencias personal en 2006 en las UAPs de San Ignacio, San Adrián y Santutxu-Solokoetxe.

Los cambios y modificaciones realizadas en los procesos desde la dirección de comarca o desde las propias UAPs se comunican mediante distintos medios según el tipo de modificación que sea (ver Fig. 5b.1), comunicación que se sistematiza a través del PCOM de BiE (ver 3d).

Fig. 5b.1			
Tipo de cambio - mejora	**Medio difusión**	**Destinatarios**	**Rpble**
Mejoras en procesos singularizados en PG BIE	Sesiones realizadas por los propietarios y líderes de comarca	Todos los profesionales implicados	DA, ET y JUAPs
Mapa de Procesos UAPs o comarca	Sesiones específicas en centros ISO para formar a las personas implicadas en los procesos		ED y ET JUAPs/ RAAC
	Paneles expuestos en centros		
	Sesiones de formación en GPP		
	CALITEL		
	Sesiones Comité ISO comarcal		
Relacionados con los sistemas de información	Sesiones realizadas por los propietarios y líderes de BiE		ED y ET

Con objeto de comprobar si la difusión, implantación e impacto de los cambios ha sido efectivo, BiE ha ideado diversos mecanismos, de manera que, además, se propongan ideas de mejora al respecto (ver fig. 5b.2).

Fig. 5b.2			
Ámbito de aplicación	**Mecanismo evaluación**	**Rpble**	**Mejoras**
Procesos singularizados en PG BiE	Reuniones de seguimiento e implantación	DA y ET	Gestión del conocimiento: Inclusión en CALITEL de modificaciones de procesos o incorporación de documentación relacionada con el sistema de Gestión ISO Mejora en la sistemática de monitorización: INFOBiE Mejora en la sistemática de implantación: Inicio de reuniones entre ET, ED y propietarios
	ESP / ESC	ED y ET	
	Revisiones cuatrimestrales / Cuadros de mando	ED y ET	
Mapa de Procesos UAPs o comarca	Autoevaluación	ED y ET	
	ESP / ESC	ED y ET	
	Revisión del PG UAP	JUAP y Equipo ISO	
	Reuniones de seguimiento de implantación (Comité ISO, JUAP-Propietarios, JUAP-ED…)	ED y ET, JUAP, PROPIETARIOS	
Relacionados con los sistemas de información	Revisiones cuatrimestrales / Cuadros de mando	ED y ET	
	Reuniones de seguimiento e implantación	ED y ET	
	ESP	ED y ET	

Fig. 5b3			
PROCESO	**FI / FA**	**MEJORA INTRODUCIDA**	**BENEFICIO**
CITACIÓN PR 01.02	Sugerencias Profesionales PAC, QR	Citación Osabide Agendas PAC Enfermería (2005)	Accesibilidad al Servicio
	PG, CM Comarca	Ampliación horaria agendas sanitarias (desde año 2000)	Accesibilidad al Servicio
GESTION HISTORIAS CLINICAS UAP-PR 03.02	PG, CM Comarca	Informatización Osabide en consultas sanitarias, desde 2001	Otros Procesos desarrollados por AAC
GESTIÓN DE PROCESOS UAP PR 02.03	Sugerencias profesionales, Auditoria Externa, Comité Tecnico ISO	Revisión de Indicadores de Procesos (2005)	Sistema de Información más ágil y coherente Satisfacción Profesionales
PROCESOS CLINICO ASISTENCIALES UAP	ESC, Resultados Internos, PG de BiE, CGC, PO, Benchmarking, Reuniones/acuerdos con Aliados	Cartera de Servicios de enfermería desplegada en 100% UAPs (2004) Protocolo derivación continuidad cuidados UAP-PAC (2004) Rotaciones facultativos AP por especialidades HBas (2005)	Accesibilidad Servicios sanitarios Mejora de calidad asistencial Mejora coordinación con servicios A.E. Mejora de capacitación y motivación profesionales
GESTIÓN SUSTITUCIONES PR 03.01	ESP, PG BiE 2006, Revisiones PG UAPs, Benchmarking	Programa on-line de ausencias de personal	Satisfacción profesionales Proceso Acogida sustitutos Mejora en seguimiento PG
PLAN GESTIÓN UAP PR 02.02	Sugerencia profesionales, Comisión ISO Comarcal	Formato para despliegue de análisis de información y planteamiento objetivos PG	Información de PG más clara accesible y ágil
GESTIÓN ALMACEN PR 03.04	Auditoria Externa, Sugerencia profesionales, Comité Técnico ISO	Redacción 2006	Actividades de control de temperatura neveras más claras. Nuevo formato para medición
PLAN ANUAL DE GESTION DE COMARCA-PR 02.01	Revisión PG, Benchmarking, Autoevaluaciones	• Formato seguimiento objetivos 2005 • Formatos para profesionales del PG	Mayor alineación con PE Mayor alineamiento con PG UAPs

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

Los clientes/pacientes, constituyen el principal GI de BiE, tal y como queda explicitado en su Mi, siendo fundamental conocer cuales son por tanto, sus necesidades, expectativas y percepción sobre los servicios ofertados, para diseñar nuevos procesos o mejorar los existentes. La recogida de esta información se realiza a través de las FI gestionadas por BiE (ver 2a, 2b y 5e) además de la implicación proactiva y continua con representantes de los ciudadanos como las AAVV e instituciones (ver 1c), con las que se desarrollan y diseñan servicios de manera conjunta (ver 1c y 8b).

Este compromiso con nuestros clientes/pacientes y la generación de un servicios que les satisfagan plenamente, queda recogido en la LE1 "Orientación de los servicios al Cliente/Paciente" y la LE 5 "Mejora de la Oferta de Servicios".

Fig. 5c2 OFERTA PREFERENTE
1. CANCER
2. CARDIOVASCULAR
3. DIABETES MELLITUS
4. SALUD MENTAL Y ABUSO DE DROGAS
5. ENFERMEDADES TRANSMISIBLES
6. ATENCION AL NIÑO
7. ATENCION A LA MUJER
8. ATENCIÓN A LA TERCERA EDAD
9. ATENCIÓN AL ADULTO

Los servicios que BiE presta a sus clientes quedan explicitados en su Cartera de Servicios (fig. 5c.1), que se revisa y refrenda con cada CP anual, donde se definen los servicios y actividades que los profesionales de las UAPs de BiE, hacen llegar a los ciudadanos/as de Bilbao y Alonsótegi, a través de los procesos definidos en su MP, y los objetivos que estos servicios deben cumplir, objetivos recogidos en los apartados de OP (Fig. 5c.2) y Oferta de Calidad (Fig. 5c.3)

Fig. 5c3 COMPROMISOS BASICOS DE CALIDAD del CP
1.- ACCESIBILIDAD
2.- SATISFACCION CON LA INFORMACIÓN Y EL TRATO
3.- HISTORIA CLINICA: Utilización de OSABIDE
4.- COORDINACION INTERNIVELES: Protocolos de derivaciones
5.- GESTION DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL (IT)
6.- GESTION DE RECLAMACIONES: Demora media en la resolución
7.- VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA
8.- USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO
9.- PROTOCOLO ANTE MALOS TRATOS DOMÉSTICOS
10.- NORMALIZACIÓN DEL USO DEL EUSKERA
11.- PROMOCIÓN DEL EJERCICIO FÍSICO COMUNITARIO
12.- CENTROS DE SALUD Y CONSULTORIOS RURALES SIN TABACO
13.- FORMACIÓN EN PREVENCIÓN LESIONES ACCIDENT. INFANTILES

Con su Cartera de Servicios ya definida, BiE utiliza las FI, anteriormente comentadas para adecuar los servicios que presta a las características de la población y de su propia estructura, realizando esfuerzos de cara a superar el marco establecido en el CP y ofertar sus servicios y prestaciones de manera innovadora, como las Rotaciones M/T , Cita Previa los sábados, y la citación a partir de 2004 de curas e inyectables a los puntos PAC desde las UAPs.

Cabe destacar que debido a las peculiaridades de BiE (23 centros, 765 profesionales), muchas de las iniciativas a implantar se desarrollan en periodos plurianuales, ya sean mejoras a implantar relacionadas con los clientes o del propio SG como la implantación de los procesos (ver 5a).

A este nivel, BiE ha basado históricamente su estrategia de gestión en un cliente con capacidad de participación en el diseño del servicio que finalmente va a consumir . Sobre la base de esta visión de cliente y tras el inicio de Hobekuntza, BiE estructura esta participación a partir de 2004 a través del Subproceso BPE 1.2.1 Diálogo con el ciudadano (ver 1c).

Fig. 5c.1 CARTERA de SERVICIOS
1. Procedimientos Diagnósticos Básicos:
2 .Procedimientos Diagnósticos accesibles desde AP
3. Procedimientos Terapéuticos
4. Prevención, Promoción de la Salud, Atención Familiar y Comunitaria
5. Información, Vigilancia Epidemiológica
6. Derivación directa a Rehabilitación, Fisioterapia Básica
7. Atención a Grupos especificos y de riesgo
• Infancia
• Adolescencia
• Mujer
• Adulto
• Personas Mayores 1
• Violencia Domestica y malos tratos en todas las edades 1
• Atención Paliativa a enfermos terminales
8. Atención a la Salud Mental
9. Atención a la Salud Buco dental

Asimismo, y como complemento de este proceso, en 2004 se define el proceso BPO 3.1 "Oferta de Servicios" (ver fig. 5c.4), dentro del Macroproceso BPO.3 "Gestión asistencial", cuya Mi es **"Incorporar nuevos servicios sanitarios e innovar los ya existentes para cubrir las necesidades de la población de BiE a nivel de AP"** y el proceso BPE 1.3 Benchmarking (ver 2b), que permite analizar y valorar las mejores prácticas existentes para su posterior adaptación y aplicación a BiE.

Su propietario es la DA, e integra de manera estructurada las aportaciones y reflexiones del CD así como de las diferentes Comisiones comarcales (CT, Comisión de farmacia, Equipos de Desarrollo, Comité ISO….), reuniones con GI y sugerencias de los profesionales.

A través de este proceso se valora la posibilidad de incorporar nuevos productos o servicios y tecnología, o bien la posibilidad de mejorar lo existente, desarrollándose las iniciativas en el PE o PG.

Una vez aprobada por el CD la implantación del nuevo servicio, se establece a necesidad de la realización de actividades de Benchmarking por los profesionales responsables, como en el caso del TAO en Comarca mendebalde, la necesidad de formación como en el caso del programa "Oinez Bizi" en 2006 o el pilotaje (ver 5b) del nuevo servicio algunas UAPs de BiE para detectar posibles AMs (ver 5b). Los resultados de esta apuesta de BiE por la mejora y ampliación de los servicios para los pacientes se ve reflejado en el hecho de que BiE es la Comarca de BizKaia con mayor número de Servicios implantados (ver fig.9b.4). La figura 5c.5 muestra algunas de las mejoras implantadas.

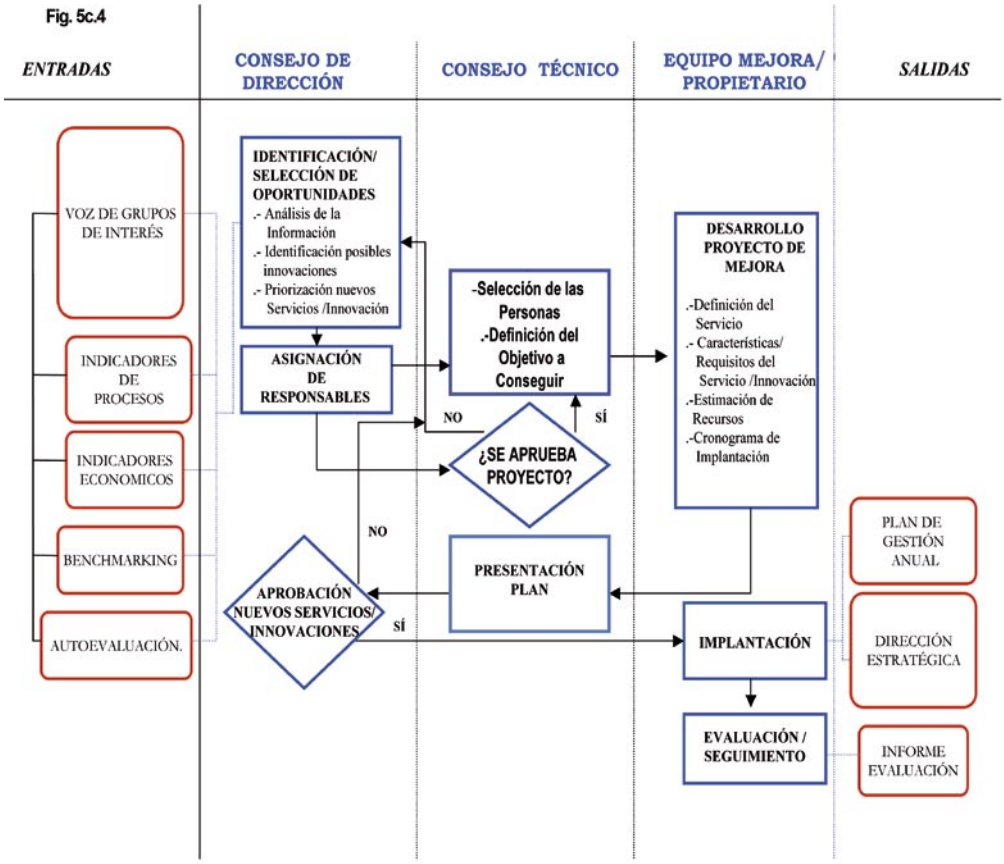
Asimismo, este proceso se beneficia de la mejora de los sistemas de información (ver 4e) como la unificación de los criterios de evaluación y medición del CP, que permite establecer comparativas y priorizar la oferta

Fig. 5c5 Ejemplos mejoras en el servicio y procesos con impacto directo en el cliente:

MEJORA INCLUIDA DEL SERVICIO	Beneficio: Para los clientes Para los G.I./Aliados Para BiE	PERIODO	FI / FA	RPBL	PRINCIPALES GI / ALIADOS implicados	L.E. RELACIO-NADA	PROCESO/S DE REFERENCIA
PROCESO ASISTENCIAL DEL CLIENTE/PACIENTE: ACCESIBILIDAD DE LOS SERVICIOS							
Asistencia dental a pacientes oncológicos tras tratamiento radioterápico	• Cliente: Continuidad de la atención en el proceso oncológico (atención bucodental) • Aliados/GI: asistencia complementaria a sus clientes desde BIE. • BIE: Mejora global proceso asistencial paciente. Cumplimiento del CP	Desde 03	Contrato Programa	DA	HBas H.Cruces, Comarcas de Uribe y Enkarterri. DS	L5	Oferta de Servicios BIE
Ampliación de horarios de apertura del 100% de las UAPs (de 8 a 20 horas)	Cliente: Mayor accesibilidad a los servicios Aliados/G.I.: Cumplimiento Directrices Estratégicas Osakidetza, disminución afluencia usuarios a servicios hospitalarios de urgencia. BIE: Cumplimiento de Directrices estratégicas propias	2004	PG BIE; PC y PE OSAKIDETZA	ED	DS, OC, Aytos Bilbao y Alonsotegi y AAVV, Hbas.	L1 y L5	BPE 1 Dirección Estratégica BIE
Reordenaciones de mapa sanitario de BIE	Cliente: mayor acercamiento de los servicios a su domicilio Aliados/GI: Cumplimiento Directrices Estratégicas Osakidetza, mayor integración de zonas básicas de salud con barrios de referencia , adecuación derivación a especialistas. BIE: mejora de adecuación de recursos humanos, materiales e infraestructura.	Periodo continuo, desde 1995	PG, QRS clientes	ED	DS, OC, Aytos Bilbao y Alonsotegi y AAVV, HBas	L1 y L5	BPE 1 Dirección Estratégica BIE
Cita previa los sábados en 100% UAPs	Cliente: Mejora accesibilidad telefónica BIE: Cumplimiento de Directrices estratégicas propias. Homogeneización de actuaciones en sus AAC	2005	PG, QR Encuestas clientes	ED	-	L1	PR 01.02 CITACION
Optimización Cita Múltiple en Osabide	Cliente: mejora accesibilidad (1 sólo contacto obtiene varias citaciones coordinadas) Aliados/GI: mejora accesibilidad a servicios HBas. BIE: homogeneización de actuaciones en sus AAC	2001	PG	ED	HBas	L1, L4	PR 01.02 CITACION
Citación previa de pacientes en agenda sala curas PAC desde el centro de salud los domingos y festivos	Cliente: mejora accesibilidad, hora programada para su atención evitando demoras en sala de espera BIE: Homogeneización de actuaciones en sus AAC, mejora coordinación UAPs-PAC	2004	PG, QR Clientes, Sugerencias Trabajadores PAC	ED	-	L1	PR 01.02 CITACION
Rotaciones horarios mañana/tarde profesionales sanitarios	Cliente: Mejora en el Acceso a su médico/ enfermer@ BIE: mejora en cumplimiento de directrices estratégicas propias (accesibilidad a servicios)	Desde 2002	Petición del Profesional, PI 2006	ED	-	L1	PR 01.02 CITACION
Reordenaciones fisicas y organizacionales de AACs de BIE (ver 6a)	Cliente: Mejora de la accesibilidad telefónica y mostrador G.I./Aliados: mejora y homogeneización infraestructuras de AAC,s Osakidetza, cumplimiento directrices estratégicas SSCC BIE: mejora de confort, homogeneización y adecuación de infraestructuras UAPs	2003-2006	PG, QR, Encuestas clientes	ED	OC	L1, L4	PR 01.02 CITACION
Ampliación horario de salas de curas durante toda la apertura horaria del centro en 100% UAPs	Cliente: Mejora accesibilidad a los servicios sanitarios G.I./Aliados: garantía de continuidad de cuidados al alta hospitalaria BIE: homogeneización oferta horaria servicios	2004	PG	DA	HBas	L1, l4	PR 01.02 CITACION

Atención paciente crónico tanto en centro como a domicilioo durante toda la apertura horaria centro en 100% UAPs	Cliente: Mejora accesibilidad a los servicios sanitarios GI/Aliados: garantía de continuidad de cuidados al alta hospitalaria tanto en centro como domicilio BIE: homogeneización oferta horaria servicios	2004	PG	DA	HBas	L1, L4	PR 01.02 CITACION
Creación de la unidad de donantes de sangre y hemoderivados de Bizkaia en centro de salud céntrico (Bombero-Etxaniz)	Cliente: acceso céntrico y cercano GI/Aliados: Mejora infraestructura servicio, centralizando el mismo. Mejora del seguimiento de los pacientes hospitalarios. BIE: sesiones clínicas realizadas a nuestros profesionales por Dr. Médico de la Unidad	2005	PG, Acuerdo con Unidad Donantes	ED	HBas, Unidad de transfusiones/ hemoderivados, asociación, OC	L1, L4	BPE 1 Dirección Estratégica
Mejora de la actividad procesamiento y citación de peticiones analíticas (a través Osabide)	Cliente: Satisfacción cliente (permite conocimiento de resultados analíticos en el día), menor demora en la atención requerida GI/Aliados: agilización de procesamiento y entrega de resultados en Laboratorio de H.Bas. BIE: Cumplimiento de CP	2004	PG	ED	HBas, OC	L1, L4	PR 01.02 CITACION, PR 01.10 MUESTRAS BIOLÓGICAS
Punto de conexión Osabide entre AACs y Laboratorio del H.Bas. para peticiones analíticas especiales	Cliente: Satisfacción y accesibilidad, obtiene la cita analítica en el momento en el AAC GI/Aliados: mejora accesibilidad a servicios HBas. BIE: Cumplimiento de CP	2005	PG	ED	HBas	L1,L4	PR 01.02 CITACION
Ampliación de la oferta de servicios de matrona en horario de 8-20 horas	Cliente: Posibilidad de las mujeres de BIE e incluso de otras comarcas, de elección de oferta horaria GI/Aliados: protocolo de actuación con servicio Ginecología HBas. BIE: posibilita adecuación de recursos humanos en función de necesidades	2001	PG	DA	HBas	L1, L4	PR 01.02 CITACION
PROCESO ASISTENCIAL DEL CLIENTE/PACIENTE: OFERTA SERVICIOS							
Prevención y promoción de la salud escolar	Cliente: Acercamiento de los servicios a los centros escolares, garantizando la cobertura vacunal GI/Aliados: complementariedad en la atención sanitaria prestada por Ayto. No necesidad absentismo de escolares del centro educativo. BIE: Cumplimiento de CP	Desde 1995	CP	DA	Ayto – Centros Escolares	L1, L5	PR 01.15 Intervención Comunitaria
Cirugía menor en los centros de salud	Cliente: mayor accesibilidad, menor demora atención GI/Aliados: adecuación de la actividad en Consultas A. Especializada BIE: Cumplimiento de CP	2006	PG	ED	HBas	L1, L5	Oferta de Servicios BIE
Control de anticoagulación oral en UAP	Cliente: Satisfacción cliente, técnica de punción capilar menos agresiva, garantizandose el proceso desde su propia UAP GI/Aliados: adecuación de servicios en la Unidad de Hematología H.Bas. Cumplimiento directrices estratégicas Osakidetza BIE: Cumplimiento de CP	05-06	PG	DE	HBas, OC, Asociación Anticoagulados	L4 y L5	Oferta de servicios BIE
PROCESO ASISTENCIAL DEL CLIENTE/PACIENTE: INFORMACIÓN,TRÁMITES Y GESTIONES ADMINISTRATIVAS							
Cartera de servicios multilingüe en la UAP La Merced	Cliente: mejora de información cartera servicios a población inmigrante GI/Aliados: disminución de atenciones sanitarias en servicio urgencias hospitalario, mayor integración colectivo inmigrantes BIE: Cumplimiento de CP	2005	BiE	ED / JUAP	ONGs, HBas.	L1	PR 01.02 Citación, PR 01.01 información/ recepción
Implantación de la actividad de entrega de partes IT, en AACs (80% en 2006)	Cliente Mejora accesibilidad a servicios BIE: Homogeneización oferta servicios y desburocratización consultas sanitarias,	2001-2006	PG	DA	-	L1, L4	PR 01.12 GESTIÓN IT

Fig. 5c.4



5D PRODUCCION, DISEÑO Y SERVICIO DE ATENCION DE LOS PRODUCTOS Y SERVICIOS

Las actividades sanitarias realizadas por nuestros centros están relacionadas con la salud de los ciudadanos y participan de unas características especiales, que las definen y singularizan:

- La **intangibilidad**, y es que los clientes/ pacientes evalúan el propio proceso de prestación, además del resultado de la intervención.
- la **sincronía** entre la producción y su consumo.
- la **heterogeneidad** de los resultados, aun coincidiendo el mismo servicio, a través del mismo proveedor, y al mismo cliente.

Estas actividades, identificadas y sistematizadas, son desplegadas a través de los procesos operativos clave: Procesos Asistenciales, Gestión de Prestaciones y Tramites Administrativos, e Intervención Comunitaria. Cada una de las UAPs de BiE constituyen los centros de producción, distribución y prestación de servicios sanitarios de AP a los ciudadanos.

de servicios y áreas de mejora a implantar , como la implantación del programa ZAINBIDE para accidentes infantiles, y la creación y desarrollo del PAP Osabide, guía que permite sistematizar la realización de las actividades definidas en el Plan de Salud y en la OP del CP y por tanto apoya el desempeño de los profesionales sanitarios.

Las mejoras que suponen un impacto directo en los clientes, como una nueva prestación, se comunican ya sea a través de las Asociaciones/Instituciones que representan sus intereses (Asambleas de Vecinos, Consejos de Distrito), por parte de los líderes de BiE (ver 1c) , en reuniones al efecto, o a través de notificaciones por escrito en los propios centros, además de a través de otros canales (ver 5d).

La innovación tecnológica supone además una oportunidad a la hora de introducir mejoras como por ejemplo (ver 4e):

- **Osabide y le receta electrónica**: Control del paciente crónico y su medicación como mejora en la prestación del servicio a estos.
- **Analítica vía OSABIDE**, que permite rapidez en el diagnóstico.
- **Tecnología de Gestión**: La GPP aporta mayor control en la prestación del servicio al cliente y mayores posibilidades de mejora a a través de la medición de los indicadores asociados.

La revisión de la efectividad de las iniciativas en la mejora/innovación de los servicios, se realiza a través de las siguientes FI:

- **Proceso de Quejas, Reclamaciones y Sugerencias (QRS)** (ver 5e)
- La **evaluación** de los indicadores relacionados de cada proceso
- **Encuestas sistemáticas específicas** a clientes/colectivos afectados por el cambio/modificación (ver 5e), de las que se desarrollan iniciativas tales como los Grupos Focales para la mejora del TAO capilar .
- **ESC** corporativa realizada de manera anual (ver 5e)

El MP de las UAPs (ver fig. 5d.1) se estructura de manera que refleje esta realidad, estableciendo los anteriores procesos operativos, así como los de gestión y apoyo:

Tan importante es la prestación del servicio asistencial como la mejora de su accesibilidad para nuestros clientes. Así, en el año 2003 BiE fue pionera, a nivel de la Corporación Osakidetza, al disponer para todas sus UAPs, de un horario diario de funcionamiento y prestación de servicios, de 8:00 a.m. a 20:00 p.m., lo que supuso un incremento de aproximadamente 23.000 horas anuales de atención. Además, las necesidades de atención en el centro, o a domicilio durante el resto de las horas del día, se continúan cubriendo a través de los 3 Puntos de Atención Continuada (PAC) y en Coordinación con el Servicio de Emergencias de Osakidetza.

La prestación de servicios de BiE se desarrolla a través de 3 líneas:

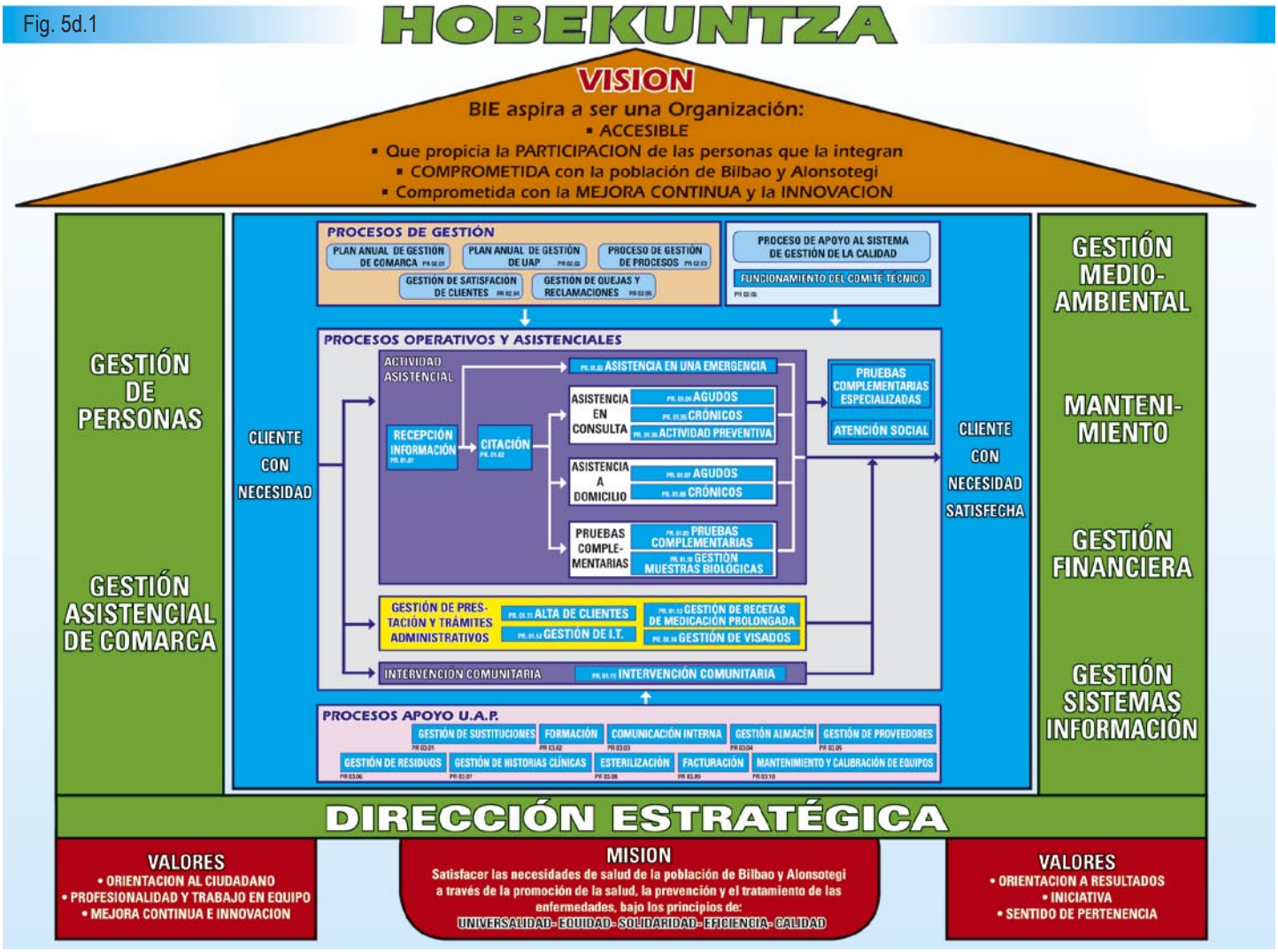
1. PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA SALUD

La AP, puerta de entrada a la atención sanitaria pública, tiene como uno de sus ejes la promoción de la salud, desarrollándose a este fin una serie de actividades de promoción y prevención a nivel comunitario o individual recogidas en su cartera de servicios y desplegadas a través de sus procesos operativos. BiE despliega y desarrolla estas actividades, principalmente a través de los procesos PR 01.15 “Intervención Comunitaria” y PR 01.06 “Actividad Preventiva.

El proceso Intervención Comunitaria, tiene como Misión: **“Desarrollar un conjunto de Actividades Programadas, para intervenir sobre problemas de Salud, orientadas hacia grupos de población en los que se ha observado mayor riesgo de padecer dichos problemas, con el objetivo de disminuir en los mismos ese exceso de riesgo y por consiguiente el problema de salud”**.

En este ámbito se desarrollan actividades como la deshabituación tabáquica, promoción del ejercicio físico, la lactancia materna, etc.

Fig. 5d.1



El proceso Actividad Preventiva (Fig. 5d.2), **promueve un aumento del nivel de salud, mediante la detección de factores de riesgo y de patologías, y mediante la recomendación de estilos de vida saludables de cara a evitar patologías crónicas, como la bronquitis, la hipertensión, etc.** Se realiza de forma sistemática, cuando el paciente acude a la consulta de manera espontánea.

Ambos procesos son gestionados en todas las UAPs a través de sus responsables, y constituyen un conjunto de actividades, recogidas en los Compromisos de OP del CP a nivel Comarcal y de los CGC y Pactos en las Unidades, midiéndose su efectividad a través del PAP Corporativo de OSABIDE.

Asimismo, BiE despliega, en coordinación con la Subdirección de AP de Osakidetza, las campañas establecidas por el DS relacionadas con la promoción y prevención:

- Campañas de vacunación **antigripales**, gestionadas por la DA y que se realizan de manera sistemática anualmente, y cuya efectividad se analiza a través del indicador "cobertura a mayores de 65 años, y menores de 65 años con patologías crónicas, recogido en el CP". Esta cobertura ha mejorado progresivamente en el año 2001-2005 (Ver 9b)
- Campañas **periódicas no sistemáticas**: **BiE** despliega campañas puntuales dirigidas a colectivos específicos y en momentos determinados, como la campaña de vacunación de la meningitis realizada en 1997y 2004 (UPV y centros escolares), o Triple vírica en 2000 (centros escolares), lideradas por la **DE** en coordinación con el Ayuntamiento de Bilbao y el Alonsótegi , UPV y Centros Escolares

Desde el año 95 hasta la actualidad, se lleva a cabo anualmente el programa de **Educación para la salud** en centros escolares, en el que se trata sobre los hábitos de alimentación e higiene y cumplimiento del calendario vacunal de 13 a 16 años .Tomando como referencia los Criterios de Buena Atención (CBA) establecidos en el CP, y en coordinación con el Ayuntamiento de Bilbao, desde 2004 BiE lleva a cabo el screening de Hipertensión Arterial HTA y obesidad en escolares de 14 años, iniciativa pionera en CAPV.

Todas estas iniciativas llevan asociadas acciones de comunicación a los GI afectados, alineadas con las campañas del DS, que se gestionan desde la DE, a través de:

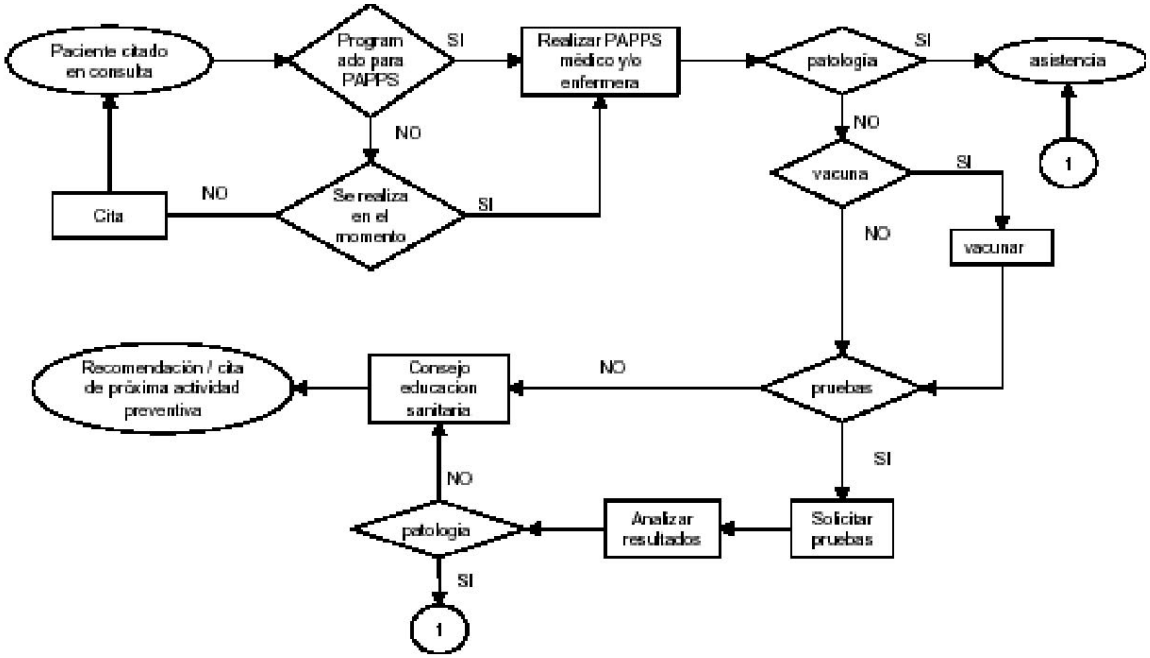
- Programa de salud escolar: Se divulga a centros escolares y padres de alumnos solicitando autorización.
- Cesión de locales y colaboración de profesionales con el DS en la divulgación en los medios.
- Divulgación a Consejos de Distrito, asociaciones de vecinos, asociaciones de colectivos afectados por la intervención, …

2. ACTIVIDAD ASISTENCIAL:

Como su propio nombre indica, comprende las actividades directamente relacionados con la prestación de la asistencia sanitaria habitual a los clientes. Exige la coordinación de actividades desarrolladas desde las AACs, y las propias consultas. Se identifican las siguientes tipologías de asistencia:

Asistencia a demanda (paciente agudo) en consulta PR 01.04: Es

Fig. 5d.2



la prestada en el centro de salud, por el personal sanitario a los pacientes con enfermedades crónicas o a los pacientes agudos (con episodios puntuales) tras la citación realizada en el AAC. Supone gran parte de la demanda asistencial en BiE. El gran hito en la mejora de este proceso ha consistido en la adecuación de agendas para la mejora de la accesibilidad, consiguiendo la atención en un máximo de 24 horas. (6b). Este hito ha sido refrendado por el incremento en nivel de satisfacción de nuestros clientes en accesibilidad (ver 6a)

Asistencia al paciente crónico en consulta PR 01.05: Es la asistencia al paciente que precisa una atención continuada por una patología crónica (HTA, Diabetes Mellitus, EPOC…).. Fruto de la aplicación del programa Osabide y explorando las posibilidades que la herramienta oferta, desde 2001, la DA, apoyada por los JUAPs y el TRAAC, impulsan la implantación de la agrupación de citas y pruebas complementarias, facilitando al paciente la Cita múltiple en un único contacto con el centro.

Asistencia en una emergencia PR 01.03: La Mi de este proceso es **"dar asistencia al cliente/paciente que requiere una atención inmediata para descartar una emergencia vital y actuar en consecuencia, manteniéndolo en las mejores condiciones posibles, hasta su traslado a un Centro Hospitalario"**.

Tras el inicio de su implantación de este proceso en 2004 (ver 5a), se establece la asignación de responsabilidades (propietarios), en las actuaciones a llevar a cabo por cada profesional (AAC, Médico, enfermero/a)... Además se establece el reciclaje en RCP a todos los profesionales, y se realiza la dotación de desfibriladores semiautomáticos (ver 4d) a todas las UAPs y PACs.

Asistencia a domicilio: Es aquella asistencia que se realiza directamente en el domicilio del paciente/cliente a aquellos usuarios que por discapacidad temporal o permanente no puedan acudir personalmente a los CS, ya sea por patología crónico o aguda tras haber sido demandada la asistencia en el centro, o derivada de un centro Hospitalario.

Una de las mejoras más relevantes realizada desde el análisis del proceso en la implantación del mismo (2003) fue la valoración del caso por parte del Médico y/o enfermera, garantizando la asistencia más eficaz.

Pruebas complementarias PR 01.09: tienen la función de apoyar el desarrollo de los demás procesos asistenciales a través de la realización de las pruebas necesarias para el diagnóstico, con destino, tanto a la AP como a la AE. Pueden ser dos tipos de pruebas: diagnósticas (EKG, espirometrías, Holter, Doppler, Pulsiosímetros) y Biológicas (extracciones, glucemias,…).

El nº de pruebas complementarias se ha ampliado notablemente desde 2001 en muchos casos gracias a aportaciones de los profesionales de UAPs como por ejemplo la implantación del Holter para el control de los pacientes hipertensos a sugerencia de la UAP Santutxu Solokoetxe, y en la actualidad disponible en el 100% de las UAPs. Por otro lado, uno de los logros más importantes en la extracción de muestras biológicas ha supuesto la obtención de los resultados analíticos del paciente en el mismo día.

3. GESTIÓN DE PRESTACIÓN DE TRÁMITES ADMINISTRATIVOS:

Aquí se engloban las actividades directamente relacionadas con el AAC y que apoyan el desarrollo de la actividad asistencial. Los subprocesos incluidos son:

Alta de clientes PR 01.11, cuya Mi es **"Facilitar los medios para el acceso de pacientes al centro, registrando a nuevos Clientes/ pacientes en los sistemas de información e informando sobre la cartera de servicios de la UA"**. Este proceso en las UAPs es revisado periódicamente (lo mismo que los 3 siguientes) a través Auditorias Internas y/o en las revisiones de sus PGs (100% centros), a través del CM Cuatrimestral de BiE. Como Ej. de mejora del mismo están las actualizaciones de procedimientos de asignación de médico al cliente/paciente, realizadas en UAPs de BiE (Begoña 2004 - Otxarkoaga 2005 y Basurto-Altamira en 2006). Las mejoras introducidas en este proceso se han monitorizado por los indicadores de % errores en AAC en tramitación de TISes (que en 2005 tuvo un valor de 0,36%,) así como por la constante adecuación de número de pacientes por cupo, cumpliéndose los objetivos en 2005.

En cuanto a comunicación de la oferta de servicios entre nuestros clientes, desde las AAC se han implantado mejoras, con la entrega de trípticos en 5 idiomas en aquellas UAPs en las que por las características y necesidades derivadas de los clientes se considera oportuno, además de paneles y directorios. Otros ejemplos constituyen la divulgación en medios, como la revista Bilbao la Vieja, (BLV) responsabilidad del ED y JUAP de La Merced, y la elaboración de los dípticos del PAC en 2006, lo que nos permite la comunicación de nuestra oferta de servicios; asimismo, los 5 SAPUS de la comarca, informan de la oferta en AP, además de la oferta en asistencia en especializada, gestionando el acceso a la misma por la asignación de citas.

Gestión de IT PR 01.12: Su Mi consiste en **"Valoración y seguimiento por el médico de las situaciones de baja temporal por en-**

fermedad o accidente, gestionándose los trámites administrativos necesarios e informando al paciente de una manera clara sobre dichos trámites administrativos a realizar mientras dure la baja, con trato adecuado".

En este proceso se ha mejorado la tramitación de partes de confirmación de IT, al gestionarlos desde 2001 en las AAC. En la actualidad se realiza en un 75% de UAPs, con el objetivo de llegar al 100% en 2007.

PR 01.13 Gestión de recetas de medicación prolongada, cuya Mi es **"establecer el sistema para prescribir, proporcionar recetas y revisar tratamientos a los pacientes con enfermedades crónicas o que requieran medicación de forma continuada en el tiempo, con información completa, trato adecuado y en el plazo acordado, y el correspondiente registro en la historia clínica".** Fruto del proceso formativo en herramientas de creatividad (CREA) y se está pilotando en la actualidad en la UAP San Ignacio una mejora clave, consistente en la entrega directa de recetas desde el AAC; para este pilotaje la DE y profesionales de la UAP de San Inazio acudieron a la UAP Beraun (Comarca Ekialde) con el objetivo de analizar su experiencia.

PR 01.14 Gestión de visados, cuya Mi es **"la recogida, registro y envío de documentos a diario, que precisan visado por el DS, así como la recepción y entrega de los mismos desde el AAC a los usuarios"**.

Las mejoras en esta área se han centrado en evitar desplazamientos innecesarios a los clientes, que actualmente encuentran este trámite realizado en el 100% de los centros.

Todos los procesos disponen de un propietario que gestiona su implantación, seguimiento y mejora (5a), apoyado por el ET de BiE y cuatrimestralmente (CM), se realiza la revisión de sus resultados (2d), con el objeto de evaluar su impacto y rendimiento e identificar las mejoras a implantar, muchas de ellas identificadas en los anteriores puntos y cuyo impacto se muestra, de una manera más clara, en los resultados explicitados en el criterio 6 y subcriterio 9a.

Además, las diferentes comisiones y EMs existentes en BiE (ver fig. 3c.2) analizan los resultados y proponen mejoras a implantar, en algunos casos en coordinación con aliados como HBas y HMar. Una evidencia de esta Coordinación es el protocolo de Continuidad de Cuidados al Alta Hospitalaria que viene desarrollando de manera conjunta BiE y el HBas, desde 2001, y la elaboración de un estudio en 2004 sobre Resistencias a Antibióticos con el HBas que ha permitido mejorar la prescripción de los mismos.

La figura 5c.5 muestra algunas de las mejoras más relevantes, obtenidas en las actividades de prestación y accesibilidad de nuestros servicios.

5E GESTIÓN Y MEJORA DE LAS RELACIONES CON LOS CLIENTES

La orientación a la satisfacción de las necesidades de los clientes es el eje fundamental sobre el que se basa el desarrollo del SG de BiE, tal y como se recoge en su Mi.

Aunque la propia definición de BiE como organización sanitaria pública, le permite disponer de una sistemática de contactos diaria con sus clientes y otros GI, es a partir de 2003 con la definición del PE, cuando se plasma la necesidad de estructurar las relaciones con los clientes de manera que se establezcan sistemas de información/relación eficaces que permitan integrar las necesidades y expectativas de los mismos en la definición de los Objetivos y acciones a desarrollar.

Este enfoque hacia el cliente, fue reforzado por BiE a través de la innovación en la propia forma de relación. En este sentido en 2004, diseñó su subproceso BPE 1.2.1 "Diálogo con el ciudadano" donde recogió la sistematización de la relación de los líderes de BiE con asociaciones/instituciones, y otros colectivos, ó representantes de su entorno más inmediato que representaban al cliente en situaciones de diseño o modificación en la prestación de servicio (1c).

BiE considera el diseño de este proceso un hito fundamental para la creación de valor en su propio servicio a través del trabajo conjunto con sus clientes, que en último término actúan como aliados que lo mejoran.

El despliegue de este proceso ha conllevado la extensión de la relación a un continuo contacto con estos representantes de los ciudadanos, que han visto en la accesibilidad de BiE una oportunidad para hacernos llegar las necesidades derivadas de la propia utilización de nuestros servicios.

Tal es la importancia del cliente en BiE que entre las competencias definidas para sus líderes se incluye "Orientación al ciudadano", cuyo desarrollo se despliega a través de LIDERBIE (ver 1a), además de la inclusión del despliegue del subproceso BPE 1.2.1 "Dialogo con el ciudadano" como aspecto a incentivar en el PI de 2006 (ver 3e)

BiE, asimismo destaca en la Vi que "pretende ser reconocida por la Sociedad, Instituciones Públicas y Privadas como Organización comprometida con la Población de Bilbao y Alonsótegi.", por lo que la relación con los aliados es clave a la hora de establecer mejoras que inciden directamente en la satisfacción de los clientes (ver 4a).

Además de los contactos directos de los líderes y profesionales con los clientes y aliados, BiE dispone de los siguientes mecanismos sistematizados de recogida de información y de gestión de la misma:

• QUEJAS, RECLAMACIONES Y SUGERENCIAS (QRS):

El tratamiento de las quejas y reclamaciones, está sistematizado a nivel de las UAPs y de la propia Dirección de BiE, gestionándose a través del proceso del mismo nombre (fig 5e.1) cuya Mi es **"el correcto tratamiento y resolución de las quejas y reclamaciones, en el menor plazo de tiempo posible".**

El papel que juegan las AAC es clave en este caso, derivado del contacto directo que tienen con los clientes como puerta de entrada a la asistencia sanitaria, centralizando la recogida de las QRS; además, el DS transmite a BiE las quejas de sus ciudadanos recogidas fuera de los CS y relacionadas con BiE.

En las UAPs con "liderazgo delegado" la DM asume la responsabilidad de la gestión de sus quejas y reclamaciones, siendo analizadas y revisadas semanalmente, como todas las relevantes provenientes de las UAPs de BiE, en el CG. Por otro lado, las QR gestionadas de manera directa por los líderes de las UAPs son analizadas cuatrimestralmente en las Revisiones de sus PG. Aquellas cuya resolución exceda sus competencias son derivadas al ED para su respuesta.

BiE además cuenta con otra importante estructura de apoyo a las AAC en la recogida de las QRS en aquellas UAPs de mayor tamaño y complejidad, formada por 5 SAPUs, uno de ellos en horario de tarde, los cuales intervienen además en la resolución de todo tipo de incidencias surgidas a los ciudadanos sobre todo en el ámbito de coordinación AP-AE.

BiE asimismo dispone de un procedimiento de recogida y gestión de sugerencias de los clientes, en la que los líderes de BiE asumen su gestión y respuesta, ya sea a nivel de UAP o a nivel de Dirección.

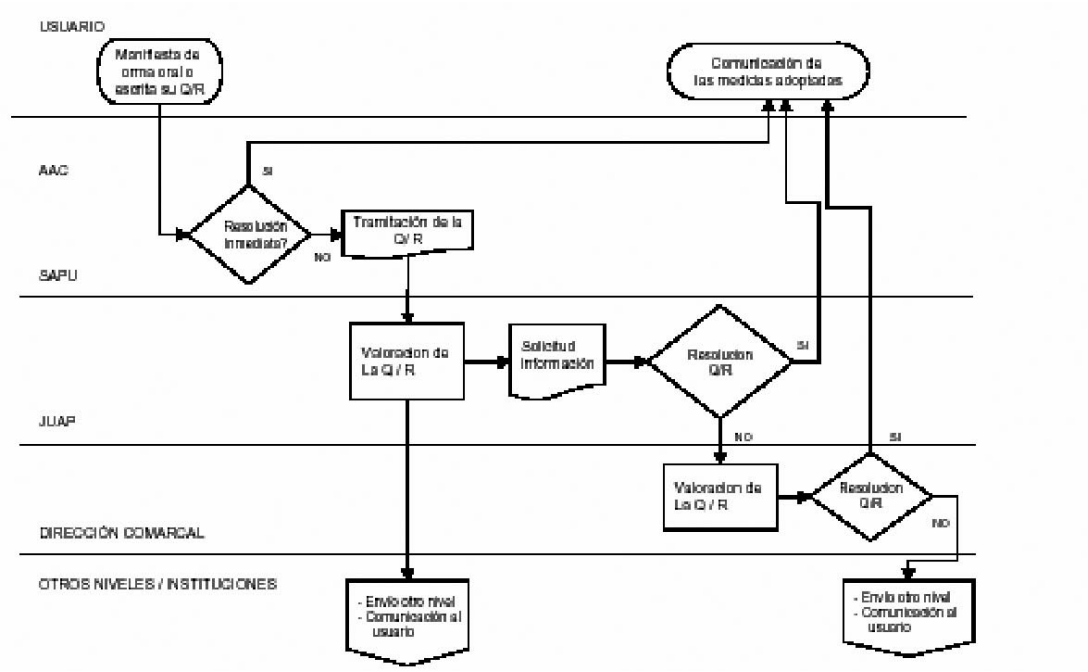
La gestión de las QRS es evaluada a través de los indicadores referidos del CP, en los que BiE obtiene buenos resultados (ver FIG. 6.b13).

No Conformidades (NC) e incidencias: Las NC e incidencias están generadas por ineficiencias del sistema de gestión, ineficiencias que pueden tener un impacto directo en los clientes.

Para su tratamiento, las UAPs disponen del proceso PR 02.05 **"Tratamiento de NC e incidencias"** que permite su gestión y resolución.

La **Reflexión interna** llevada a cabo por los miembros del CG tras la auditoria externa de AENOR realizada en 2005 en BiE, y el inicio de la certificación en el área Económico Financiera (EF) y la UBP en 2005,

Fig. 5e.1



determinaron la necesidad de sistematizar el tratamiento de aquellas NC que deben ser gestionadas desde la Dirección de BiE, lo que deriva en 2006 en la definición y aplicación del procedimiento "Gestión de NC comarcales".

• ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN:

Uno de los mecanismos más importantes a la hora de recabar la información sobre los clientes son las encuestas de satisfacción.

A nivel de UAP existe un proceso específico **"PR 02.04 Gestión Satisfacción Clientes"** cuya Mi es **"Conocer la percepción de los clientes, sus expectativas y sus sugerencias respecto a los servicios proporcionados en las UAP, para detectar áreas de mejora en la actuación de los centros y de la red de atención primaria y poner en marcha acciones que mejoren la satisfacción de dichos clientes"**.

Pese a ser un proceso de propiedad de la UAP, su desarrollo es diseñado y gestionado desde la Dirección de Comarca, trasladando a las UAPs los resultados para su análisis individualizado.

Las encuestas se realizan de manera sistemática desde 2000 y en su inicio consistían en una única encuesta anual y de ámbito comarcal.

Desde 2001 y fruto de los proyectos de certificación ISO y el despliegue de los CGC en las UAPs, BiE aplicó la mejora de su realización, al aumentar el tamaño de la muestra y singularizarla por UAP, disponiéndose así de una información más ajustada de la opinión del ciudadano atendido en cada una de ellas, y la posibilidad de poder desarrollar acciones de mejora más específicas:

AÑO	2001	2002	2003	2004	2005
%UAPs con ESP específica	5%	30%	40%	65%	100%

Asimismo, la creciente complejidad de la gestión y las relaciones con los clientes, y el crecimiento de sus expectativas ha llevado a la apuesta estratégica de integrar el enfoque de "orientación a los clientes como objeto de servicio, al de ciudadanos como sujeto de diálogo"; este cambio de enfoque, desplegado a través del Subproceso BPE 1.2.1 "Dialogo con el ciudadano" ha conllevado el desarrollo desde BiE de otro tipo de encuestas específicas sobre iniciativas consideradas estratégicas para recabar información sobre iniciativas/objetivos concretos, lo que permite singularizar los resultados y realizar un análisis más exhaustivo sobre el impacto de los mismos, pudiendo ser previas a su implantación como en el caso de la apertura de nuevos centros ó ampliación de horarios, o posteriores como en el caso de la implantación de la Terapia de Anticoagulación Oral (TAO), siempre de cara a identificar posibles AMs.

Estas Encuestas de Satisfacción (ES) han permitido implantar mejoras como la ampliación de plantilla en Arangoiti o la planificación de un punto periférico de atención sanitaria en Olabeaga para mejorar la accesibilidad de los vecinos. Tras un periodo de estabilización de la mejora introducida, en algunos casos se evalúa la satisfacción e impacto en los GI implicados con el objetivo de identificar posibles AMs, como en el caso de la incorporación del Barrio de Torre Urízar en la atención sanitaria de la UAP de San Adrián en 2005, o los Grupos Focales con pacientes TAO en 2006.

Otras mejoras en la realización de las esc:

- Introducción de preguntas específicas sobre aspectos estratégicos (Ej.: Apertura de tardes)
- Muestras específicas de los padres de usuarios de pediatría 2003 y 2005
- Encuestas especificas a colectivos determinados: lactancia, TAO…
- Incorporación de nuevas preguntas corporativas desde 2002: 1 en 2002, 1 en 2003, y preguntas abiertas.
- Incorporación preguntas específicas en UAP,s: 2004, 2 preguntas en Santutxu-Sol. y 1 en S.Inazio.

La información recogida a través de estas fuentes es input clave para la elaboración del PE y PGs anuales tal y como queda reflejado en BPE.1 "Dirección Estatrégica" y en el proceso "PR 02.02 Plan Anual de Gestión de UAP". Ejemplo de esto son las mejoras en accesibilidad a los CS realizadas fruto de las sugerencias, como por ejemplo, la remodelación de la sala de extracciones y el vestidor de pediatría en la UAP de Gazteleku, y en el CS de Arangoiti, y la mejora en las salas de espera en el CS de Zorroza. Otras mejoras se recogen en las figuras 5b.3 y 5c.5.

• ASESORAR/ COMUNICAR A LOS CLIENTES SOBRE EL USO RESPONSABLE DE LOS PRODUCTOS:

Además de la propia recogida de información para dar respuesta a las necesidades y expectativas de nuestros clientes, BiE, considera clave la política de información sobre su utilización que abarca desde la edición de información sobre la oferta de nuestros servicios y la forma de utilizarlos (trípticos de información en todas las UAPs, preparación para pruebas complementarias en alianza con la AE, etc.), hasta la implantación del proceso PR 01.15 Intervención Comunitaria que refuerzan la propia consecución de la Misión de BiE, como por ejemplo los programas de Lactancia Materna de la UAP La Merced en 2005, y el programa de Atención al Riesgo Cardiovascular de la UAP San Adrián desde 2005.

CRITERIOS de RESULTADO

Osakidetza
Servicio vasco de salud

BILBOKO ESKUALDEA
COMARCA DE BILBAO

BILBOKO ESKUALDEA
BiE

Emaitzak BEZEROETAN

Resultados en CLIENTES

INTRODUCCIÓN A LOS RESULTADOS

A continuación se muestra el enfoque seguido por BiE a la hora de plantear sus objetivos y analizar sus resultados

OBJETIVOS:

• **Establecimiento de objetivos cuantitativos**: Hay que destacar que el establecimiento de objetivos es una tarea prospectiva, por lo que BiE los revisa anualmente para adaptarlos a las nuevas circunstancias que van surgiendo. Los valores de los objetivos referidos a cada uno de los indicadores presentados en los criterio resultados se establecen en base a las siguientes fuentes de información:

1. **CGC/CP**: son los documento claves que establecen de manera anual los valores que debe conseguir BiE en indicadores relacionados con actividad (ver 2c).
2. **ISO**: BiE asume como propios los valores mínimos establecidos para cumplir los requisitos de calidad de los procesos establecidos por la Norma.
3. **Plan de Calidad de Osakidetza 2003-2007**: Documento estratégico que establece objetivos de mejora en la calidad del servicio sanitario y la mejora en la calidad de la gestión a nivel de Osakidetza.
4. Para aquellos indicadores **no integrados en ninguno de los puntos anteriores**, y tras el aprendizaje adquirido por miembros del ED y ET derivado de la formación en gestión y análisis de mejores prácticas de Organizaciones Excelentes, BiE ha definido la siguiente sistemática de cara a la definición de los objetivos a incluir en los PGs, con un enfoque de mejora continua.
   La referencia es la media entre el resultado del año y el objetivo planteado, añadiéndole una mejora del 3%.
   Pueden darse las siguientes excepciones:
   • Una vez calculado el valor del objetivo tal y como se ha descrito, si este valor es inferior al objetivo del año anterior, por ejemplo, por haber tenido un resultado muy inferior, se mantiene el objetivo del año anterior como objetivo para el año siguiente
   • Si se ha superado en más de un 3% el objetivo previsto, se toma como referencia para el cálculo del objetivo del año siguiente el resultado.
   Todas estas excepciones son aplicables siempre y cuando tras realizar los cálculos, el valor obtenido sea mayor al de la media de Osakidetza, ya que en el caso contrario se adopta el valor de la media de Osakidetza como objetivo.
   En las medidas de percepción, cabe resaltar los siguientes aspectos:
   • Criterio 6: Clientes --- Se establece el 95% como valor excelente, por lo que una vez logrado este valor, el objetivo se mantiene en el mismo para el resto de los años, salvo que no se logre durante dos años consecutivos, en cuyo caso se redefine calculando la media del resultado obtenido durante esos dos años.
   • Criterio 7: Personas --- Tras analizar diferentes experiencias en otras organizaciones sanitarias y no sanitarias, se establece la puntuación de 3,5 sobre 5 como excelente; una vez logrado ese valor, la sistemática seguida es la misma que en el caso de clientes.

COMPARACIONES:

Tras realizar un análisis de afinidad entre las comarcas de Osakidetza, en la que se ha tomado en cuenta aspectos claves como edad media y características de la población, entorno donde desarrolla la actividad (urbano, rural),número de TIS, número de UAPs y profesionales, etc., BiE ha seleccionado como referencia a la Comarca Gipuzkoa Ekialde (C1 en adelante), comarca considerada como excelente tras evaluación externa realizada en base al Modelo EFQM (Q de plata en 2003) en aquellos resultados relacionados con clientes, personas y mejora del SG. Esta similitud ha permitido, tal y como se ha mostrado a lo largo del presente documento, la realización de múltiples actividades de benchmarking conjunto entre ambas comarcas. En el ámbito de los resultados asistenciales, la existencia de diferentes Contratos Programa en cada territorio hace que para realizar las comparativas se tome como referencia al resto de Comarcas de BizKaia
Para completar las comparaciones, BiE presenta además los resultados de la media de las comarcas de AP de Osakidetza y ,en el caso de las medidas de percepción de clientes, los resultados obtenidos por organizaciones del ámbito de la AP a nivel estatal en aquellos indicadores donde los valores son comparables.

CAUSA EFECTO

A la hora de analizar los valores logrados en los indicadores de percepción, BiE dispone de una metodología consistente en el análisis estadístico de los resultados en base al calculo de valores medios y su intervalo de confianza, lo que permite identificar las variaciones derivadas de causas/acciones concretas por un lado y las variaciones en los resultados que surgen de manera "natural" con un nivel de significación α: 0,05. Esto permite realizar un análisis exhaustivo del impacto de las iniciativas desarrolladas desde BiE en sus resultados permitiendo focalizar las mismas de manera priorizada.

ÁMBITO

BiE dispone de múltiples indicadores que permiten monitorizar los resultados de manera segmentada en todas las áreas de su actividad, indicadores que según se desarrolla el sistema de gestión se adaptan a la nueva realidad. En este documento se presentan los más relevantes.

TENDENCIAS

Cabe destacar en este ámbito la realización en el periodo comprendido entre el 15 y el 25 de junio de 2006 de la 4ª ESP de Personas de BiE, y el cambio en 2005 del sistema de evaluación de los resultados asistenciales a través del PAP corporativo OSABIDE, lo que ha influido en el descenso generalizado del resultado de los indicadores asistenciales en 2005.
Destacar que en aquellos indicadores de los que se dispone información se muestran los resultados obtenidos hasta junio de 2006.

CRITERIO 6: RESULTADOS EN CLIENTES

La orientación al cliente, como grupo de interés prioritario de BiE, está presente tanto en su MVV como en la gran mayoría de estrategias y actuaciones que acomete, situándose como eje central de las mismas.

Por ello resulta trascendental para BiE tener un conocimiento directo de las necesidades y expectativas de sus clientes, permitiendo de esta forma comprenderlas y anticiparnos a ellas, dando una respuesta que como a continuación reflejamos es cada vez más satisfactoria.

6A MEDIDAS DE PERCEPCIÓN

Una de las características de nuestra BiE es que el 95% de sus profesionales están en contacto directo con los clientes en el día a día. Esta fortaleza se complementa con un sistema de medición corporativo a través de la encuesta de satisfacción de clientes (ESC) que consta de 48 items que se agrupan en 7 áreas lo que nos permite las comparaciones con el resto de Comarcas de Osakidetza.

Esta encuesta ha sido utilizada por BiE desde el año 2000 con periodicidad anual. Dicho año se realizaba una muestra global para toda la Comarca, incrementándose paulatinamente (ver 5e) hasta alcanzar al 100% de nuestras UAPs en 2005 lo que permite realizar la explotación de los datos de manera segmentada por UAP.

Alineado con la estrategia de segmentación de encuestas para el conocimiento de la satisfacción de los diferentes servicios (ver 5e) desde el año 2003 y con carácter bienal, BIE utiliza también la ESC Corporativa para conocer específicamente el grado de satisfacción de nuestros clientes con nuestro Servicio de Pediatría, que mantiene la misma estructura e items que la general.

Además, dichas mediciones se completan con la realización de encuestas específicas previas y/o o posteriores al desarrollo de iniciativas como la apertura de centros o implatación de procesos asistenciales (como TAO capilar) con el objetivo de detectar posibles AMs a implantar.

A- ENCUESTA CORPORATIVA

A continuación se presentan los resultados más relevantes de acuerdo con la áreas establecidas, alcanzados por BiE en los últimos años (fuente SubDireccion de Calidad de Osakidetza).

1. AREA DE ACCESIBILIDAD

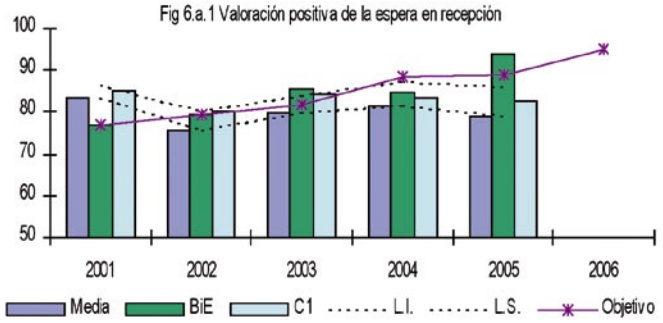
1.1 ACCESIBILIDAD MOSTRADOR

Este indicador mide el grado de satisfacción de los clientes con el tiempo que tienen que esperar en la cola frente al mostrador AAC para realizar algun trámite administrativo. Es un factor relacionado con la accesibilidad telefónica, ya que siendo buena ésta última, contribuye positivamente a que la accesibilidad en mostrador también lo sea: así por ej. en 2005 un 0% de pacientes manifestaron que se vieran obligados a acudir personalmente al mostrador del centro a concertar una cita porque no les cogían el teléfono.

En 2005 los resultados de BiE han llegado a ser los mejores de Osakidetza (fig. 6a.1,∑% manifestaron no tuvieron esperar, espera muy corta, corta o normal).

Una importante aportación a esta mejora lo ha constituido el hecho de que a partir de mayo 2004, el 100% de las consultas sanitarias estén informatizadas (ver 4e), y progresivamente sea cada vez mayor el número de citas previas que médicos y enfermer@s dan directamente al cliente en la propia consulta, sin necesidad de paso por el mostrador AAC ascendiendo al 14,23% del total de citas en noviembre 2005.

Fig 6.a.1 Valoración positiva de la espera en recepción

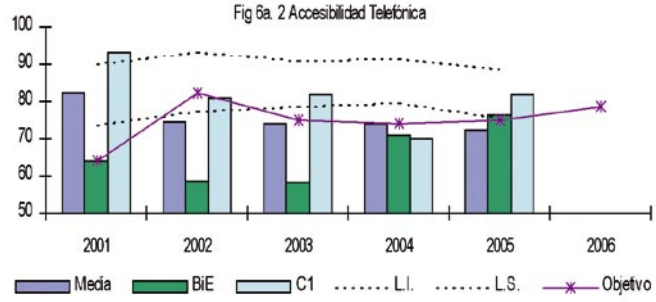


Otras comparaciones: Barómetro sanitario 2004: 63,73%

1.2 ACCESIBILIDAD TELEFÓNICA

La apuesta de BiE por mejorar este factor, cobra especial relevancia a partir de 2004. En la fig. 6a.2 se refleja el % de clientes que manifestaron que no se tardó nada o se tardó un poco en que se les cogiera el teléfono en el centro

Fig 6a. 2 Accesibilidad Telefónica



Otras comparaciones: AP Aragón 2002: 47,20% • Catsalut 2004: 64%

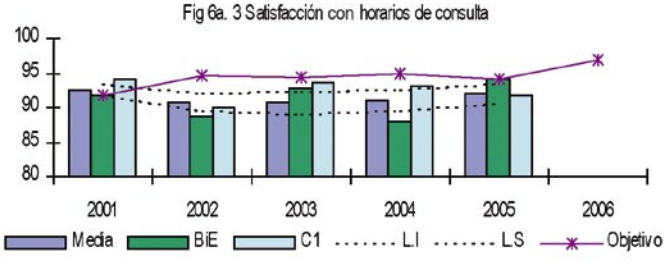
Destacar como algunas de las estrategias que han contribuido a esta positiva tendencia las reordenaciones físicas y organizacionales de las AAC de nuestras UAPs, orientadas a la potenciación de los back-office de atención telefónica, el incremento del uso de HC informatizada que permite liberar tiempo en el AAC, la implantación de la cita previa los sábados alcanzando al 100% UAPs en 2005: en feb.06 p. ej. se dieron hasta 1000 citas previas de media/sabado, tanto telefónicas como en el mostrador AAC. (ver 5c).

1.3 ACCESIBILIDAD A LA CONSULTA SANITARIA

Un factor estratégico en BiE es que sus clientes tengan la posibilidad de acceder de forma ágil a nuestros servicios sanitarios.

En 2005, un 65,7% de los encuestados que manifestaron haber conseguido cita el día en que querían ser atendidos, lo fueron además en ese mismo día en que formularon la petición (mejor resultado Osakidetza), lo que corrobora los esfuerzos de BiE por alcanzar demoras "0" o no superiores a "24 horas" en sus consultas, excluyendo las situaciones de atención indemorable, que son atendidas siempre en el mismo día, si el cliente manifiesta que no puede esperar.

Fig 6a. 3 Satisfacción con horarios de consulta



Otras comparaciones: AP Andalucía 2004: 89,8%

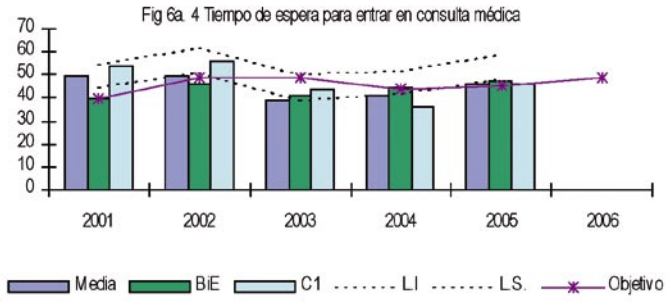
Las estrategias de ampliación de la oferta horaria de agendas sanitarias como el intercambio horario de las mismas, son factores clave, impulsados por los Líderes de BiE, que indudablemente han contribuido a este positivo resultado.

Otro indicador complementario (ver fig 6a.3) que corrobora la alta satisfacción de los clientes en cuanto a la accesibilidad a las consultas sanitarias es el grado de valoración positiva sobre los horarios de atención en las mismas (Σ % que respondieron horario muy apropiado+apropiado).

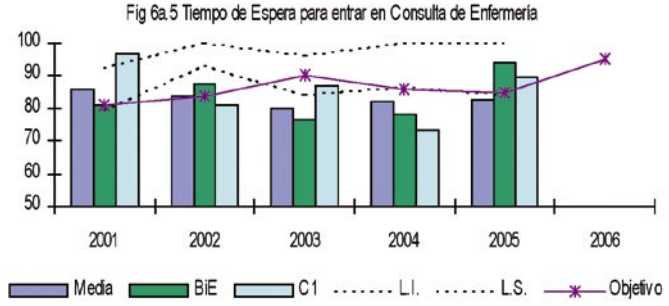
Por último, señalar el resultado aportado por la Encuesta realizada por los laboratorios Pfizer 2003, sobre ciudades saludables. En uno de los factores analizados en dicha encuesta, satisfacción con "la cercanía y facilidad de acceso a los servicios de salud esenciales" , respondió positivamente en Bilbao el 86% de los encuestados (mayor % sobre 8 ciudades importantes de España), que viene a corroborar los buenos resultados ya anteriormente reflejados.

2. TIEMPOS

Las figuras 6a.4 y 6a.5 muestran el Σ % de clientes satisfechos (no tuvieron que esperar o tuvieron que esperar un tiempo muy corto, corto o normal), tanto en la consulta con el médico como con la enfermera.

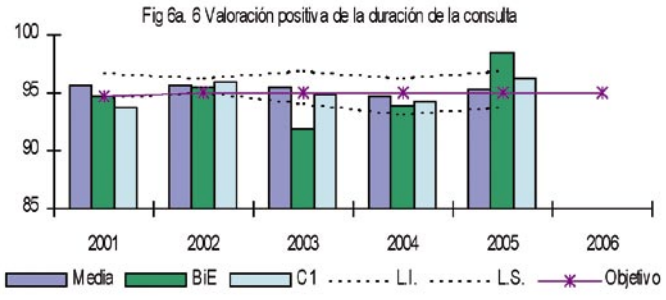


Otras comparaciones: AP Aragón 2003: 75,1% • Catsalut 2003: 55,3%



Otras comparaciones: Catsalut 2003: 80,1%

En la fig.6a. 6, se muestran también los excelentes resultados sostenidos en BiE sobre la valoración positiva de los clientes en cuanto a la duración de la consulta médica (Σ % duración muy adecuada+bastante adecuada+adecuada)

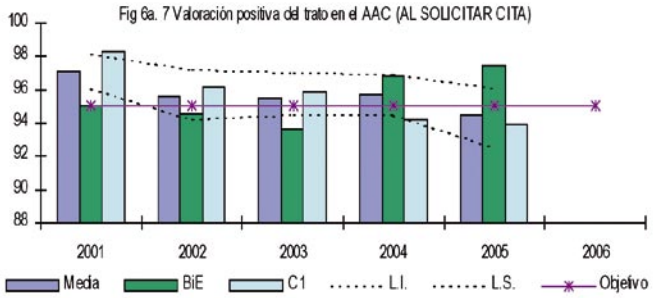


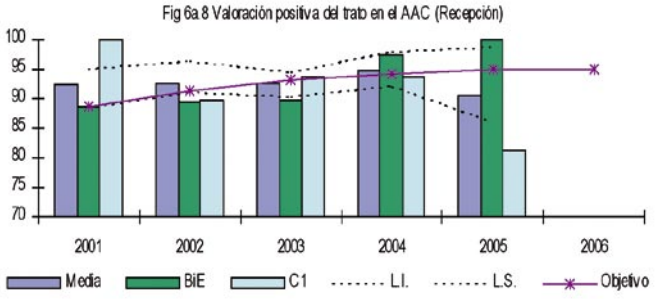
Otras comparaciones: AP Aragón 2003: 92,4% • Catsalut 2003: 86,8%

Estos buenos resultados en el área de tiempos son también consecuencia de iniciativas tales como la coordinación procesos médicos / enfermería y la desburocratización en consultas de actividades administrativas, como la entrega de partes de IT en AAC, además de las comentadas en el apartado de accesibilidad a la consulta sanitaria.

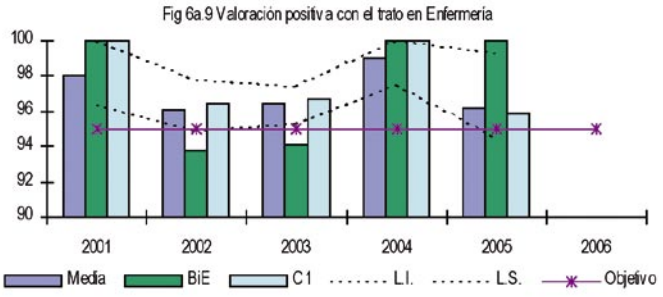
3. AREA DE TRATO

Se presentan los positivos resultados sostenidos (∑ de % excelente+muy bueno+bueno) en cuanto a satisfacción con el trato recibido tanto por AAC (fig. 6a.7 y 6a. 8), como por enfermeras (fig.6a.9) y médicos (fig.6a. 10)

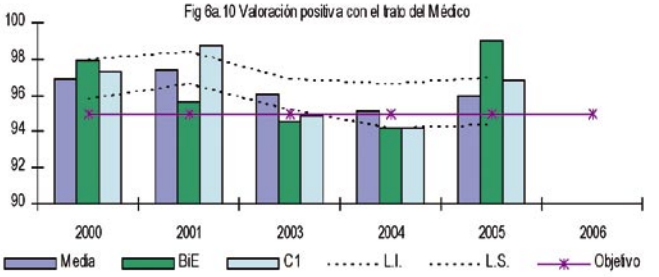




Otras comparaciones: AP Aragón 2003: 72,6% • Catsalut 2004: 87,2%



Otras comparaciones: AP Aragón 2003: 94,2% • Catsalut 2003: 91,9%

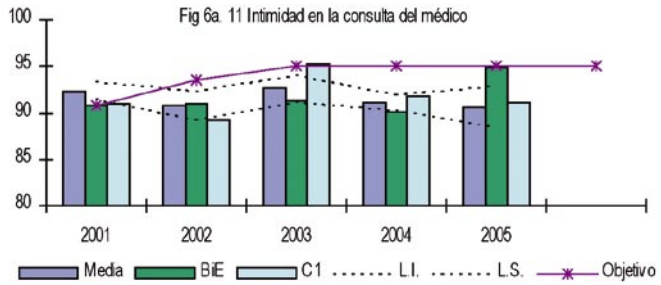


Otras comparaciones: AP Aragón 2003: 93,5% • Catsalut 2003: 94,1%

Los resultados son consecuencia del alto grado de sensibilizacion de los profesionales con esta dimensión, impulsada desde BiE, a través de acciones formativas como por ejemplo la sesión sobre Habilidades de Comunicación realizada en 2005 y a la que asistió el 25% de la plantilla del AAC (52 personas) o cursos sobre entrevista clínica o motivacional dirigidos a sanitarios . Asimismo, el hecho de que el análisis de las QR que se recogen en este apartado sean analizadas por el responsable correspondiente junto con el profesional implicado hacen que las posibles incidencias surgidas tengan una respuesta adecuada.

Otro factor importante dentro de este área lo constituye la satisfacción del cliente con la intimidad en la consulta. En la figura 6a.11 se muestra el porcentaje de personas que respondieron que sí hay intimidad en la consulta médica para exploraciones físicas y hablar de cosas confidenciales. Como medida relevante que incide en estos positivos resultados

citar la progresiva informatización en Osabide de la HC disponiendo el profesional al momento de toda la información necesaria disminuyendo así las interrupciones en consulta.

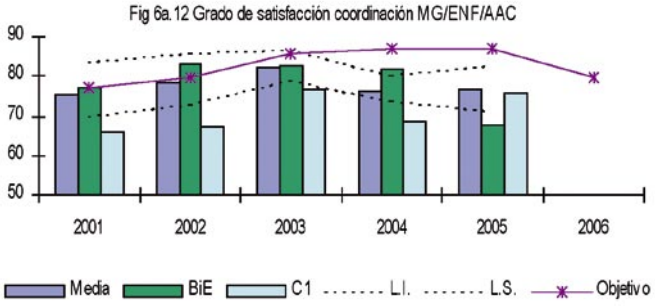


Otras comparaciones: AP Andalucía 2004: 92,9%

Para concluir indicar que en 2005, un 66,7% de los clientes (mejor resultado Osakidetza), contestaron afirmativamente cuando se les preguntó si el médico les dio alguna explicación o disculpa ante una interrupción en consulta.

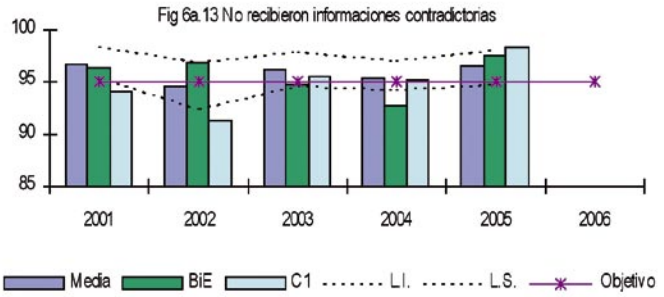
4. AREA DE COORDINACION

Los datos más relevantes en el area de coordinación son presentadas en las figuras 6a. 12 y 6a 13 (% satisfechos con grado coordinacion médico-enfermer@, y % de clientes que no recibieron informaciones contradictorias durante su estancia en el centro).



El descenso del resultado en 2005 es derivado de las modificaciones realizadas durante ese año al objeto de establecer criterios uniformes de denominación de los actos de citación, lo que ha supuesto unos esfuerzos importantes de adaptación de los profesionales y que han repercutido inicialmente en este área.

Asimismo la consolidación y homogenización del modelo de agenda de enfermería en BiE ha recibido también en 2005 un fuerte impulso generando esta necesaria adaptación algunas incidencias iniciales respecto a modelos previos de actuación, especialmente en la coordinación del proceso asistencial médico-enfermera.

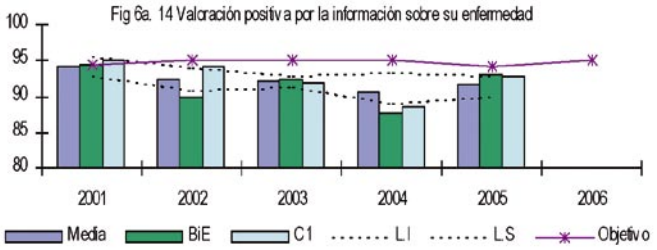


Otras comparaciones: Catsalut 95,4%

El desarrollo en BiE de la GPP es el referente principal para explicar el resultado sostenido que se ha visto influido por mejoras tales como la protocolización en todas las UAPs de actuaciones para la atención a pacientes indemorables o la atención al aviso domiciliario a una emergencia.

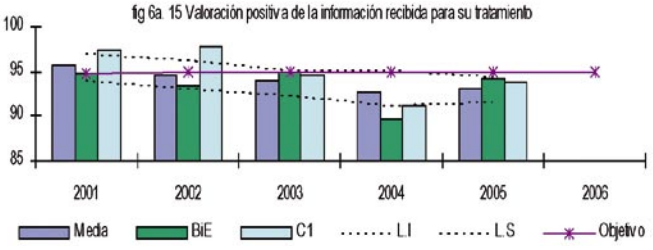
5.ÁREA DE INFORMACION

En la Dimensión Información, se reflejan los resultados de 2 items (Σ % excelente+muy bueno+bueno): Grado de satisfacción con la información facilitada por su médico sobre su problema de salud (fig. 6a.14), y con las explicaciones dadas por el médico sobre el tratamiento a seguir (fig.6a.15).



Otras comparaciones: AP Aragón 2003: 92,2% • Catsalut 2003: 92,3%

Factores que impulsan estos resultados lo constituyen la mayor utilización de Guías de Practica Clínica, la Medicina Basada en la Evidencia, sesiones internas y formación clínica. Es de destacar en este último aspecto, como en 2005 donde médicos de BiE han ampliado su formación clínica rotando por diferentes servicios de AE del HBas, que ha permitido actualizar su formacion Clinica.

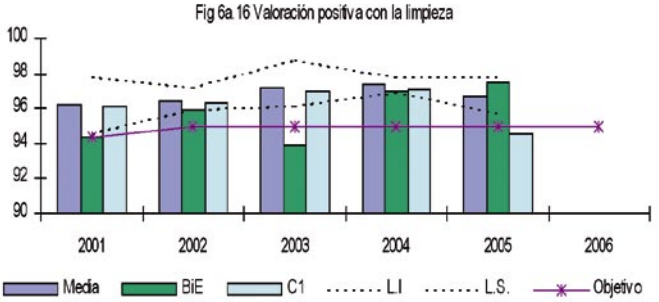


Otras comparaciones: AP Aragón 2003: 96,1% • AP Andalucía 2004: 92,6%

El desarrollo y aplicación progresiva del PAP Osabide en BiE que recoge toda la informacion sobre criterios de buena atencion reflejados en el CP y (ver 4e) que cobra un especial impulso desde enero 2005 constituye un factor clave a la hora de ayudar al facultativo a disponer de toda la información clínica necesaria, permitiendo imprimir y entregar al usuario p.ej. la informacion sobre dietas, consejos sanitarios, preparacion de pruebas diaganosticas, etc. y posibilitando además "detalles" de gran calidad para el cliente y farmaceuticos como son las recetas impresas desde esta aplicación informatica.

6. AREA DE HOSTELERIA

Se presentan los resultados (fig 6a16, 6a 17, 6a 18 y 6a 19) que sobre esta variable se incluyen en la E.S.: limpieza, temperatura adecuada, comodidad y ambiente agradable (ausencia ruidos), tanto de las consultas como de las salas de espera y aseos. Los datos reflejados constituyen el Σde % excelente+muy bueno+bueno.



Otras comparaciones: AP Aragón 2003: 91,8% • AP Andalucía 2004: 90%

Fig 6a.17 Valoración positiva con la temperatura

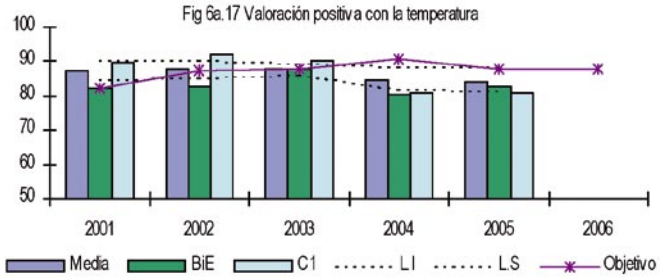
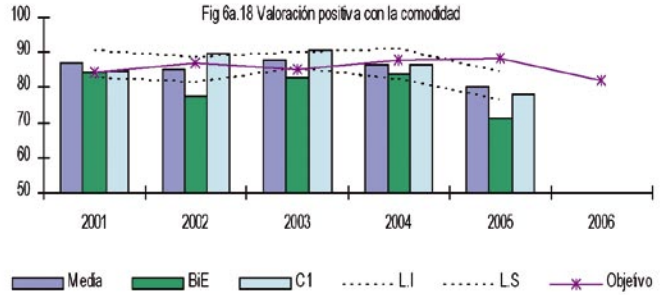
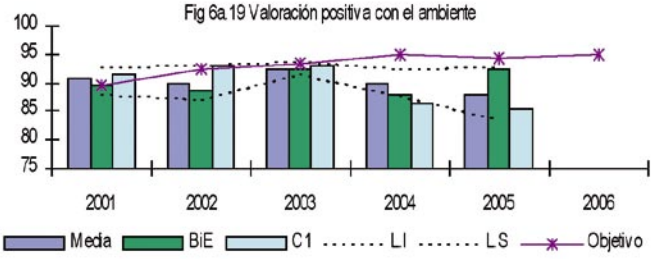


Fig 6a.18 Valoración positiva con la comodidad



Otras comparaciones: AP Andalucía 2004: 80,8%

Fig 6a.19 Valoración positiva con el ambiente



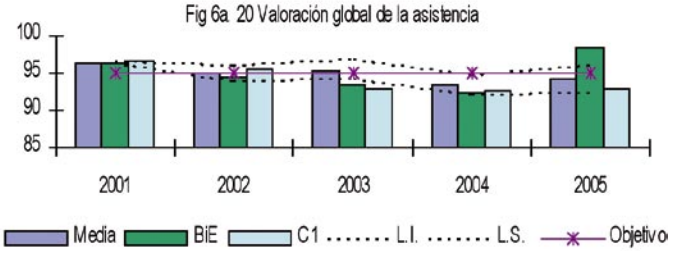
La construcción de nuevos centros de salud en BiE en los últimos años incide de manera notable al sostenimiento de estos buenos datos alineado con el OE 1.3 de su PE, orientada a promover mejoras hosteleras año tras año que redunden en la satisfacción de nuestros clientes (ver 5e).

7. AREA DE VALORACIONES FINALES

A continuacion se presentan los resultados de los items que situados como preguntas finales de la encuesta muestran una valoracion global de la satisfaccion del cliente tras su contacto con el centro de salud, resumiendo en buena medida los resultados ya reflejados anteriormente.

En la fig. 6a.20 se muestran el % de clientes que valoran como excelente, muy buena y buena la atencion recibida en su centro de salud.

Fig 6a. 20 Valoración global de la asistencia

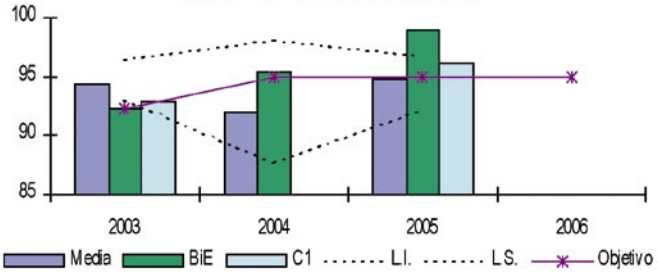


Otras comparaciones: AP Aragón 2003: 87,3% • Barómetro sanitario 2003: 82,58%

La fig. 6a.21 muestra los excelentes resultados relacionados con la dimension Fidelidad.

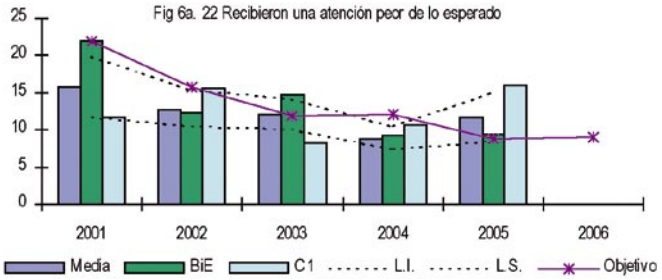
Por último en relación con las expectativas del cliente con respecto al servicio prestado, se presenta el positivo resultado en la figura 6a.22 (% de clientes que manifestaron que la atención fue peor o algo peor de lo previsto) siendo el criterio estar por debajo del objetivo establecido al ser un indicador inverso.

Fig 6.a 21 Volverían al centro si pudieran elegir



Otras comparaciones: AP Andalucía 2004: 90,61% • Catsalut 2003: 86,3%

Fig 6a. 22 Recibieron una atención peor de lo esperado



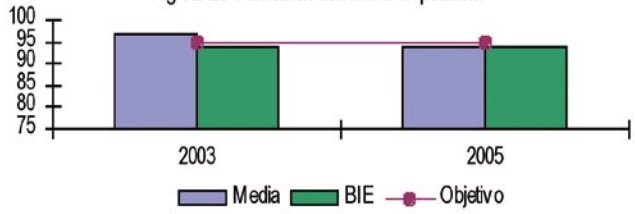
B. OTRAS ESC

1. ÁREA DE PEDIATRÍA

Desde el año 2003, BiE cuenta con información bienal específica sobre la valoración global de la asistencia en el Servicio de Pediatría. La fig. 6a.22 presenta el índice de satisfaccion global (Σ% de clientes que valoran como excelente, muy buena y buena la atención recibida).

Los buenos resultados están basados en iniciativas como el Desarrollo de los Programas del Niño Sano, Prevención Accidentes Infantiles y Vacunación Infantil. También otras medidas relevantes han sido el incremento de recursos pediatricos (3 pediatras más desde desde 2004), y el aumento de oferta horaria de tarde: 5 nuevas consultas desde 2004.

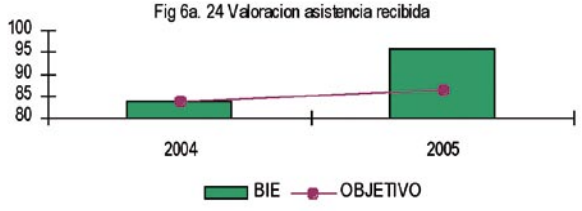
Fig 6a. 23 Valoracion asistencia en pediatria



2. TAO (Punción Capilar)

Esta encuesta específica recoge la percepción de los pacientes anticoagulados con la asistencia recibida sobre este proceso en su CS. Estos excelentes resultados están relacionados con el despliegue formativo realizado por los líderes de BiE.

Fig 6a. 24 Valoracion asistencia recibida



6B INDICADORES DE RENDIMIENTO

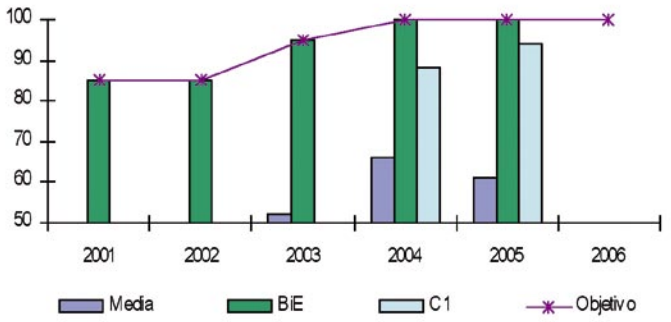
BiE dispone de indicadores internos de rendimiento, desplegados en sus PG, con el propósito de realizar un seguimiento y análisis de resultados en dimensiones que inciden directamente en la calidad del servicio que BiE oferta a sus clientes, permitiendo de esta forma establecer las áreas de mejora oportunas en todo momento.

Dichos indicadores están referidos fundamentalmente a las condiciones de accesibilidad a los servicios, así como a las quejas y reclamaciones interpuestas por sus clientes. Todos ellos forman parte en su mayoría de los compromisos de calidad que anualmente se firman en el CP con el DS. BiE ha añadido además los indicadores "cita previa en sábados", "duración agenda médica" incluidos en sus PG desde 2003, "UAP,s con horario hasta 20 h.", éste último priorizado en el PC de Osakidetza 2003-2007; así como otros indicadores que inciden directamente sobre la accesibilidad a nuestros servicios, relacionados con la oferta de matronas y la jerarquización de plazas de profesionales.

ACCESIBILIDAD A LOS SERVICIOS

Una constante prioritaria de la PyE de BiE ha sido ofertar a la población un acceso horario a sus servicios lo más amplio posible, lo que se traduce en primer lugar en la apertura de sus UAPs en un horario de 8 a 20 horas. Este es uno de los objetivos priorizados por el PC de Osakidetza 2003-2007, en el que se pretende alcanzar que el 60% de las UAPs de Osakidetza dispongan en 2007 de oferta horaria de 8 a 20 h.
BiE se ha adelantado a este objetivo, y lo ha superado ya en enero del año 2004 (ver fig. 6 b 1).

Fig 6.b.1 % de UAPs abiertas hasta las 20:00



El cumplimiento de este objetivo ha supuesto un aumento de oferta de servicio horaria del 42% sobre la inicial de horario de mañana. . Otro ejemplo muy significativo es la oferta de matronas en horario de tarde, acudiendo incluso al control y seguimiento del embarazo mujeres fuera del ámbito de población asignada a BiE, como se desprende del siguiente resultado, que muestra anualmente el total de mujeres captadas por BiE durante su embarazo (C.E., fig. 6b2), frente al número de recien nacidos (R.N.) asignados a BiE.

fig. 6b2	2002	2003	2004	2005	2006 (En.-Feb.)
C. E.	2828	2723	3069	3008	547
R.N.	2855	2789	2867	2932	486

ACCESIBILIDAD TELEFONICA

BiE realiza, con carácter cuatrimestral controles en el 100% de nuestras UAPs. En todas ellas se realiza un muestreo, siguiendo la metodología establecida en los CGC El objetivo de BiE es el alcanzar el 60% y 75% respectivamente de llamadas contestadas en los 2 tramos horarios en los que se agrupa esta medición (8-12 horas y 12-20 h.), (figuras 6b3 y 6b.4).

Algunas medidas implementadas para mejorar este factor ya han sido descritas en 6a. El dato de 2005 plantea un AM, lo que ha llevado a BiE, en su PG 2006, a impulsar la puesta en marcha futura de un sistema "call center" de citación telefónica integrado (Proyecto DEIGUNE), el cual tiene componentes corporativos de decisión.

Fig 6b.3 Accesibilidad telefónica de 8:00 a 12:00

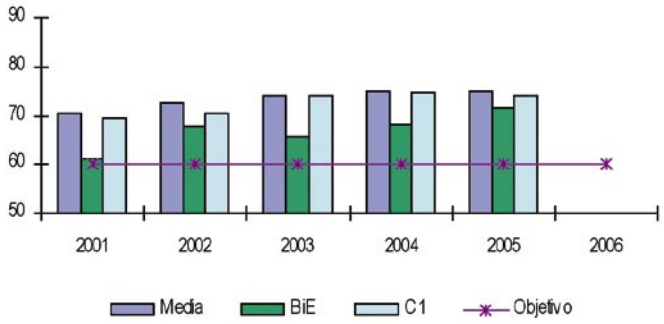
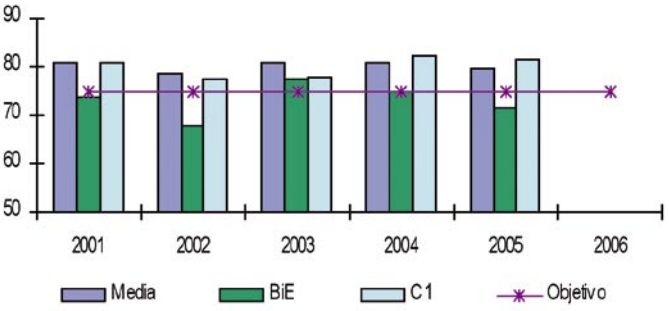


Fig 6b.4 Accesibilidad telefónica de 12:00 a 20:00 h.



Además en el último cuatrimestre 2005 , se alcanzó el 100% de UAPs con actividad normalizada de citación previa en sábados: es decir que desde el AAC se facilite al ciudadano la cita previa para un día posterior, incrementando de esta forma la accesibilidad telefónica y de mostrador al comienzo de la semana siguiente.

Esta es una actividad pionera entre las Comarcas y por lo tanto no se dispone de comparativas al efecto En la fig. 6b.5 se muestra el % de UAPs con esta actividad implantada.

Fig.6b.5	2002	2003	2004	2005
OBJ.	-	30%	70%	100%
BiE	5%	45%	85%	100%

ACCESIBILIDAD MOSTRADOR

El objetivo de BiE es el establecido en el CP: situarnos en una presión media inferior a 5 personas en cola por cada trabajador que en esos momentos esté atendiendo el mostrador AAC (fig. 6b.6), siendo además éste el criterio de calidad standard ISO. Este control es realizado cuatrimestralmente en todas las UAPs. A estos positivos datos contribuyen las medidas ya comentadas en 6a.

Fig 6b.6	2001	2002	2003	2004	2005
OBJ.	<5	<5	<5	<5	<5
BiE	2,15	2,23	1,92	1,97	2,14
MEDIA COMARCAS	1,52	1,94	2,09	1,94	2,2
C1	1,5	1,81	1,78	1,71	1,87

DEMORA EN AGENDA MÉDICA

A través de los controles cuatrimestrales en todas sus agendas médicas (fig. 6b.7) se comprueba a través de Osabide la demora que éstas presentan. El objetivo es que ningún cliente vea retrasada su atención más allá de 24 horas. Hasta 2002 el objetivo de calidad estaba fijado en las 48 horas de demora permitida.

Fig.6b.7	2001	2002	2003	2004	2005
OBJ.	0%>48 h.	0%>48 h.	0%>24 h.	0%>24 h.	0%>24 h.
BiE	0%	0%	4,5%	3,6%	3,6%
MEDIA COMARCAS			8,6%	5%	7,2%

Las medidas de adecuación horaria sobre las agendas sanitarias (ver 6a), constituyen el factor principal que impulsa estos resultados, así como medidas de incremento de plantilla de médicos y pediatras en aquellas unidades con presión asistencial muy elevada (2 plazas más en 2005 y 3 en 2006).

TIEMPO DE ESPERA EN SALA PARA ENTRAR EN CONSULTA MÉDICA

El objetivo es el planteado en CP: media de min. de espera en sala para entrar en la consulta médica inferior a 20 min., control realizado con carácter cuatrimestral en todas nuestras UAPs. En la fig 6b.8 se muestran los resultados (media de min.)

Fig. 6b.8	2001	2002	2003	2004	2005
OBJ.	<20	<20	<20	<20	<20
BiE	13,69	14,11	9,65	12,28	16,31
MEDIA COMARCAS	12,84	13,54	12,17	11,53	13,40

Nº CITAS FORZADAS EN AGENDA MÉDICA

De medición cuatrimestral, da información para adecuar la demanda asistencial a la oferta de servicios de las agendas en todas las UAPs: la cita forzada se corresponde con todas aquellas demandas de asistencia que han de ser atendidas en el día de forma indemorable fuera de la actividad programada.

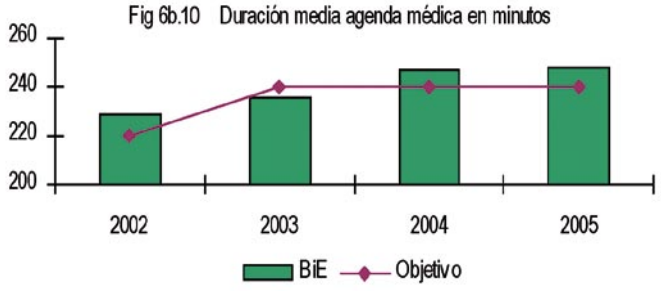
El objetivo de BiE sigue correspondiéndose con el standard planteado por el CP. En la fig. 6b.9 se muestra el evolutivo de BiE, recogiéndose la cifra media de citas forzadas/día por facultativo.

Fig. 6b.9	2001	2002	2003	2004	2005
OBJ.	<5	<5	<5	<5	<5
BiE	4,2	3,14	1,85	2,1	2,39
MEDIA COMARCAS	3,7	2,33	1,97	2,00	2,37

Las medidas implementadas por BiE para cumplir los objetivos marcados, tanto en este indicador como en el anterior, son las mismas que las ya mencionadas en 6a (áreas de tiempos y accesibilidad).

Por último, en este área de accesibilidad, se presenta la información sobre indicadores que inciden en todos los resultados anteriores: duración media de la agenda médica en minutos (fig.6b.10) y % de profesionales sanitarios jerarquizados (contrato laboral de 7 horas, fig. 6b.11, modelo por el que BiE siempre apuesta, reconvirtiendo a esta modalidad todas aquellas vacantes de plazas con dedicación horaria inferior siempre que la situación lo permita como por jubilaciones.

Fig 6b.10 Duración media agenda médica en minutos



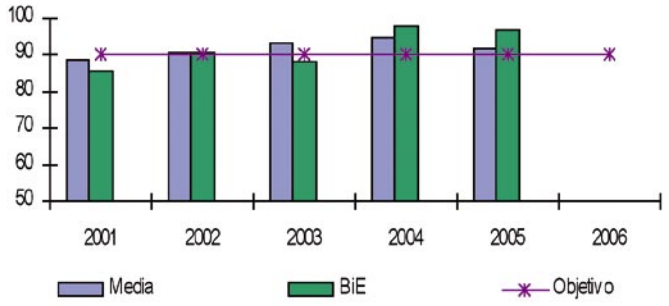
6b.11	2001	2002	2003	2004	2005
BiE	90,45	91,32	92,25	92,88	93,72

QUEJAS Y RECLAMACIONES

BiE dispone de un circuito para recoger las quejas y reclamaciones de sus clientes, que constituyen una importante FI para el conocimiento de posibles AMs, así como para comprender mejor sus necesidades y expectativas (ver 5e). En cualquiera de los 23 CS de BiE, así como en la propia sede comarcal, el cliente puede aportar esta información, relacionada con cualquier ámbito de la atención sanitaria (incluida la atención especializada, reforzandose así el carácter de ventanilla única de las AAC de los centros).

En fig. 6b.12 vemos el % de reclamaciones que han sido contestadas por escrito en un plazo inferior a 30 días. El objetivo es superar el 90%, siendo este umbral además el que ha fijado el PC 2003-2007 de Osakidetza.

Fig 6b.12 % de reclamacion contestadas por escrito en menos de 30 dias



El descenso de resultado en 2003, se debió a algunas incidencias de coordinación en el traslado de las reclamaciones al responsable competente. El AM derivada de esta situación propició la centralización de la respuesta a las reclamaciones en la DM de aquellas UAPs en Liderazgo Delegado.

La fig. 6b.13 presenta los resultados de demora media, en días, de contestación escrita a las reclamaciones. La implantación del Proceso PR 02.05 Quejas y reclamaciones en un número cada vez mayor de UAPs (60% en 2006), así como la centralización en la Dirección Médica (2004) comentada anteriormente son los factores clave que han impulsado estos positivos resultados. A partir de 2004, BiE asumió como objetivo propio el fijado alcanzar en 2007 por el PC de Osakidetza, más ambicioso que el fijado por el CP.

Fig. 6b.13	2001	2002	2003	2004	2005
OBJ.	<20	<20	<20	<12	<12
BiE	16,03	14,69	12,41	9,75	10,88
MEDIA COMARCAS	20,61	15,62	16,05	12,01	11,20
MEJOR COMARCA	9,91	8,54	8,38	6,04	6,04

Por último se presenta la información sobre el número total de QR expuestas en prensa escrita, un indicador más que corrobora, a la vista de su escaso número, la alta satisfacción de los clientes con los servicios de BiE (fig. 6b14, fuente Subd. Calidad Osakidetza).

Fig. 6b.14	2001	2002	2003	2004	2005
BiE	3	0	5	1	3
MEDIA COMARCAS	3,75	4	4,83	2,75	2,25

Osakidetza
Servicio vasco de salud

BILBOKO ESKUALDEA
COMARCA DE BILBAO

BILBOKO ESKUALDEA
BiE

Emaitzak PERTSONETAN

Resultados en PERSONAS

CRITERIO 7: RESULTADOS EN LAS PERSONAS

Los profesionales que integran BiE son un pilar clave en el desarrollo de su Mi y consecución de su Vi, y como tal están presentes a través de la participación e implicación en el sistema de gestión que la impulsa.

BiE considera en este sentido fundamental conocer las necesidades de las personas que la componen para integrarlas en su PyE . Así a través de las medidas de percepción y la información derivada de otros indicadores indirectos, BiE va ajustando su estrategia.

7A MEDIDAS DE PERCEPCIÓN

• ESP

Tras la autoevaluación de 2002, y con la implantación del sistema de gestión basado en el modelo EFQM, BiE incluye dentro sus áreas de mejora la realización de la ESP. Así lo hizo en 2003 y a partir de entonces lo viene haciendo de forma anual siendo esta su principal fuente de información sobre necesidades, expectativas y satisfacción de sus profesionales.

BiE utiliza la encuesta que a nivel corporativo diseñó Osakidetza, y en 2003 aprovechó el proceso general centralizado de aplicación (en Osakidetza es bienal) adoptando la decisión estratégica de integrarla como un hito más en el PG, gestionándola de manera autónoma y directa con la empresa facilitadora del proceso.

La encuesta consta de 48 preguntas que se agrupan en 13 dimensiones y su aplicación permite recoger y explotar información segmentada por los tres grupos profesionales, líderes, relación laboral, antigüedad y horario de trabajo, aspecto estratégico para BiE ya que tiene al 35% de sus profesionales en horario de tarde.

Además de las dimensiones en las que está estructurada, la ESP también proporciona información sobre los aspectos que mayor satisfacción producen (figura 7a.0), permitiendo la priorización de las estrategias de mejora, sin olvidar la limitación de la capacidad de gestión de BiE en algunas de estas dimensiones como por ejemplo, "retribución", aspecto gestionado exclusivamente de manera corporativa.

FACTORES	INFLUYENTES Porcentajes
Condiciones de trabajo	18,5%
Reconocimiento al trabajo realizado	15,6%
Retribucion	12,9%
Formacion	10,4%
Clima y ambiente de trabajo	10,0%
Identificacion con el trabajo y desarrol	8,6%
Organizacion y funcionamiento	6,1%
Seguridad y salud laboral	5,0%
Estilo de la dirección	3,8%
Posibilidades de participacion	2,7%
Relacion con el mando	2,6%
Conocimiento y adecuacion de objetivos	1,4%
Comunicacion interna	1,3%
Otros aspectos	0,8%
TOTAL	100,0%

Fig. 7a.0 prioridad ESP 2005

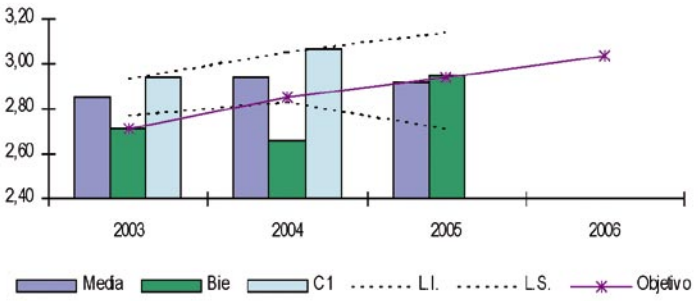
Así en 2004, y fruto de la revisión de los resultados de la encuesta, BiE amplió su metodología para la detección de necesidades y expectativas a través de la organización de 3 **grupos focales** (1 por cada grupo profesional) (ver 3a) en el que se ahondó en las dimensiones de la ESP que eran más susceptibles de mejora desde la capacidad de gestión de BiE y que mayor importancia tenían desde el punto de vista de los profesionales (Clima de trabajo, Comunicación, Participación, Reconocimiento y Formación).

Los resultados de las ESP han sido transformados en AMs que se han incluido en los PGs correspondientes, siendo además comunicados de forma personalizada a cada profesional participante en la ESP a través de un folleto informativo que recoge resultados comparativos y áreas de mejora.

La ESP del año 2006 incorpora varias preguntas relacionadas con la estrategia de comunicación de BiE así como dos nuevos indicadores, relacionados con los riesgos psicosociales recogidos en proceso de prevención y con situaciones de igualdad de oportunidades en el trabajo.

Hay que destacar la gran mejora obtenida en los resultados de la ESP de 2005, mejorando los resultados de las 13 dimensiones y llegando a obtener el mejor resultado de AP de Osakidetza en 9 de las mismas, consecuencia de las iniciativas desarrolladas en Hobekuntza, apuesta que queda claramente reflejada en los indicadores de resultado del 7b.

Fig 7a.1 Índice de satisfacción global

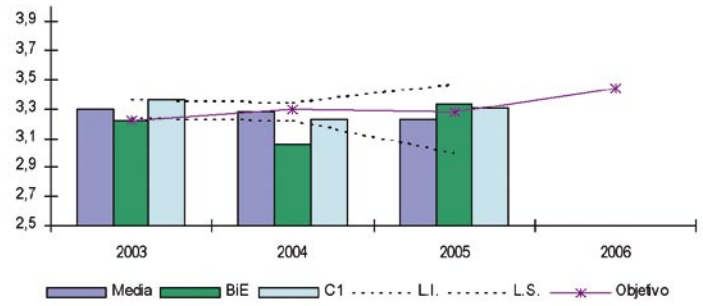


CONDICIONES DE TRABAJO

Este apartado recoge los aspectos relacionados con las condiciones de horario y calendario de trabajo, licencias y permisos, estabilidad de empleo y condiciones del ARCTO.

El resultado en esta dimensión ha alcanzado los objetivos en los tres últimos años, siendo el mejor en las comparaciones realizadas, como consecuencia de mejoras recogidas en el ARCTO (ver 3e) y las propias que BiE, pese al margen de gestión limitado en esta dimensión, ha propiciado en su calendario laboral y en los sistemas de trabajo que han mejorado las condiciones de sus profesionales. Así, el año 2003 y dentro del calendario anual redujo de 6 a 4 el número de sábados que trabajan sus profesionales, manteniéndolo hasta la actualidad. Por otro lado, propicia el intercambio de horarios de trabajo a sus profesionales (mañana/tarde) orientando principalmente esta actuación flexible hacia aquellos que trabajan en horario de tarde.(ver fig. 5c.5).

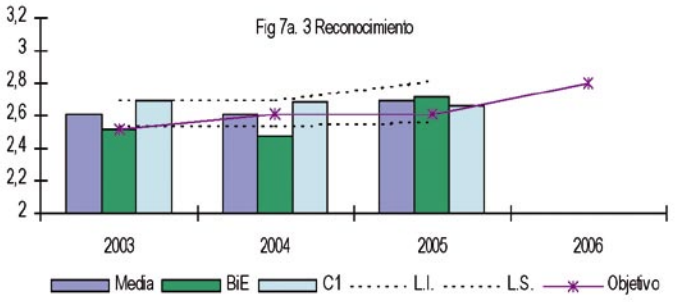
Fig 7a. 2 Condiciones de trabajo



RECONOCIMIENTO

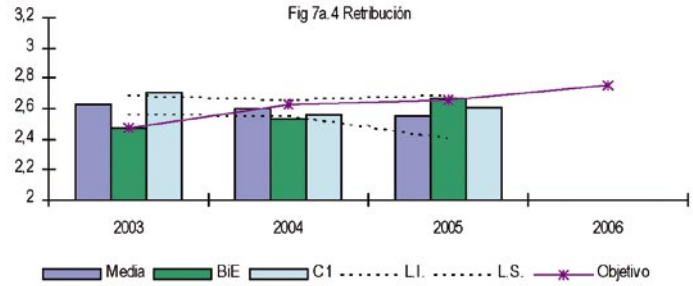
Esta dimensión recoge la percepción que los profesionales tienen sobre el reconocimiento a su desempeño. El desarrollo de los reconocimiento individuales, fruto de la priorización de las AMs de las autoevaluaciones

y los resultados de las ESP, desde 2004 (MEREZIMENDUAK) y grupales (PI) desde 2003 ha incidido directamente en la mejora del resultado. El impulso a la definición de Planes de reconocimiento a nivel de UAPs, incluido en el PI 2006, es también un hito que complementa lo realizado a nivel comarcal.



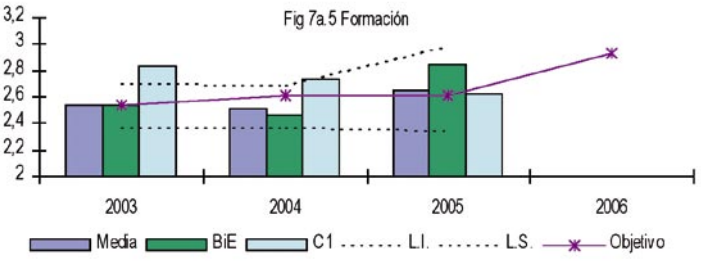
RETRIBUCIÓN:

La limitación de capacidad de gestión en este ámbito hace que BiE considere este dato como informativo, y que en todo caso revela la distinta percepción de los profesionales de cada organización, siendo no obstante todos retribuidos de forma homogénea.



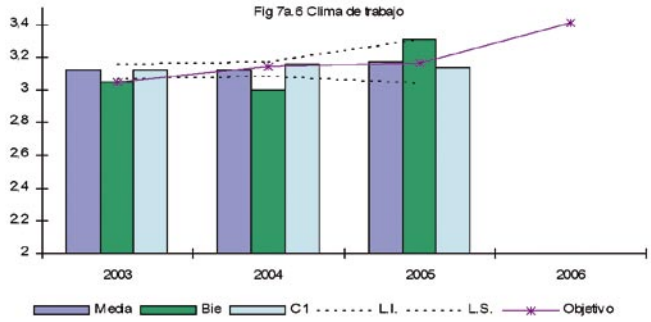
FORMACIÓN

La creación de la Comisión de formación integrada por profesionales de todos los estamentos (ver 3b) ha incidido directamente en el incremento en la satisfacción de los profesionales, sobre todo en los facultativos, que eran aquellos que contaban con menor oferta formativa y los cuales han duplicado su satisfacción. La celebración de las Jornadas anuales de Formación de BiE y la sistematización junto al HBas de la realización de rotaciones formativas en las que el 100% de los Centros disponen al menos de un profesional rotando como la impartición de formación asistencial y de gestión (ver 7b.5, 7b.6 y 7b.7) por parte de los líderes de BiE y el incremento de la realización de sesiones clínicas inciden directamente en este aspecto.



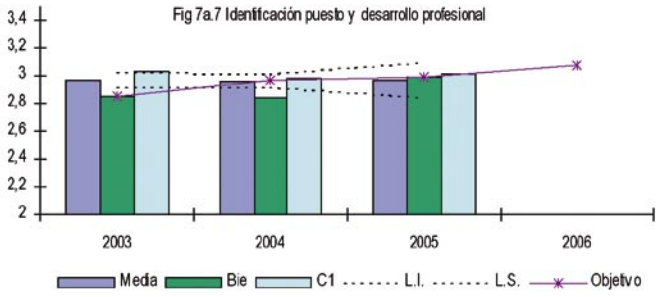
CLIMA DE TRABAJO:

La percepción del clima de trabajo como un factor intracentro por parte de los profesionales hace que sus valores sean muy positivos y por encima de 3 puntos. El resultado de 2004 está directamente relacionado con el esfuerzo organizativo y de gestión que supuso la apertura de tardes y el comienzo de la implantación de la GPP; una vez estabilizada esta fase, el inicio de Hobekuntza ha significado el comienzo de la gestión itinerante (ver 1d), los actos de reconocimiento (ver 3e) el aumento en la participación en EMs (ver 3c), la mejora en la comunicación (ver 3d) entre otras, incide directamente en esta dimensión.



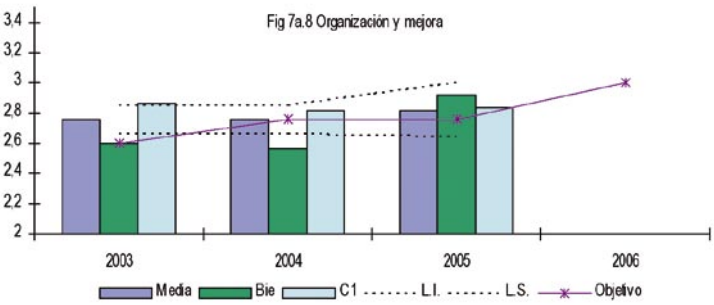
IDENTIFICACIÓN CON EL PUESTO Y DESARROLLO PROFESIONAL

Recoge la satisfacción con la tarea, aprovechamiento de las capacidades, igualdad de oportunidades, promoción y desarrollo profesional. BiE dispone de mecanismos de promoción interna a través de los cuales propicia por un lado la mejora del conocimiento y por otro el propio desarrollo profesional (de enfermera a matrona y a médico, de aux. admvo. a administrativo, etc.). BiE tiene habilitados los mecanismos que han permitido el incremento del número de JUAP, RENF y RAAC. (ver 3b).



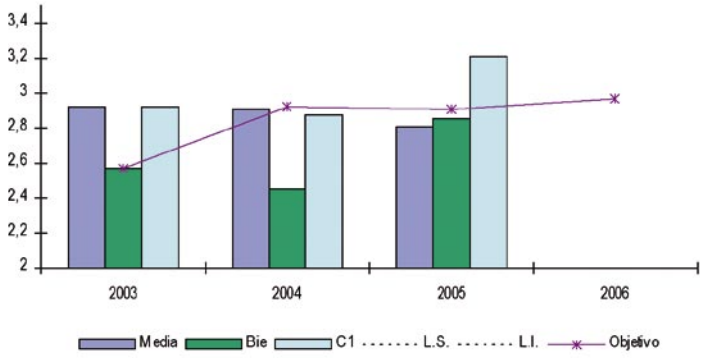
ORGANIZACIÓN Y MEJORA:

Esta dimensión refleja datos que han colocado a BiE por encima de la media, debido al impulso de la Estrategia Hobekuntza basada en la GPP, que ha propiciado la progresiva implantación del MP en cada UAP, logrando así una clara percepción de mejora por parte de los profesionales.
La implantación de nuevas herramientas de gestión como la Autoevaluación, la GPP y la apuesta por las certificaciones ISO ha permitido la sistematización en la detección AMs en las UAPs, además la monitorización realizada de los resultados a través de las herramientas de despliegue como el CM (ver 2d) han contribuido a la mejora de este resultado.



SEGURIDAD Y SALUD LABORAL

Fig 7a. 9 Seguridad y Salud Laboral

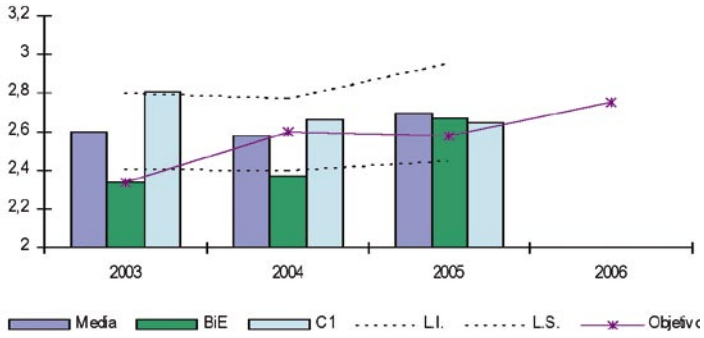


Las características de los centros en Bilbao, con una ubicación en bajos de edificios de más de 20 años en muchos casos, el tamaño de los centros y las dificultades para buscar nuevas ubicaciones, conlleva a realizar grandes esfuerzos en la mejora de las condiciones de los existentes habiéndose realizado importantes mejoras en AACs y consultas, reordenación de espacios, instalaciones de aire acondicionado, adquisición de pantallas de visualización planas, etc (ver 4e). Asimismo, el esfuerzo realizado por la UBP en la definición de protocolos, evaluaciones de riesgos, etc. (ver 3e), ha permitido la mejora de los resultados

PERCEPCIÓN DE LA DIRECCIÓN

Los datos de partida son consecuencia del esfuerzo realizado en la apertura de tardes de las UAPs finalizado en 2004 (ver 6b.1) Una vez finalizada esta fase, la implicación en actividades de mejora conjuntas con profesionales (ver 3c) y el desarrollo de iniciativas tras sugerencias de los mismos (ver 3a) ha contribuido a la mejora de este factor. La interpretación de este resultado junto con las conclusiones de las autoevaluaciones ha supuesto el lanzamiento del proyecto LIDERBIE (ver 1a).

Fig 7a. 10 Percepción de la Dirección

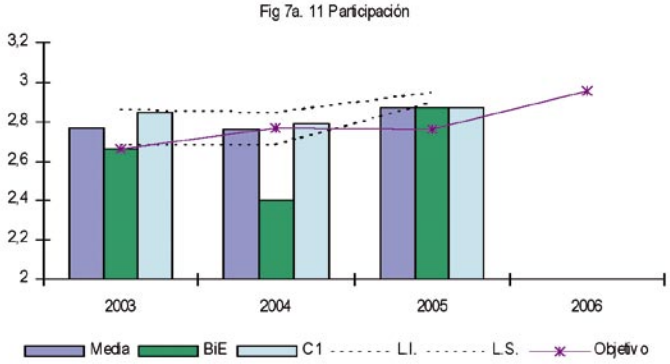


PARTICIPACIÓN

La mejora en los datos es atribuida al esfuerzo de los líderes de BiE en propiciarla (ver 1a) que ha tenido su reflejo en la estructuración de dicha participación a través de distintos foros permanentes y no permanentes (ver 3c) como consecuencia de las mejoras aportadas por el Grupo Focal en 2004.

La implantación de la GPP, la participación en equipos de mejora por los profesionales y la apuesta por la asunción de responsabilidades (definición de protocolos internos de funcionamiento, rotaciones M/T, etc.) ha supuesto un aspecto clave en la mejora de la percepción en esta dimensión.

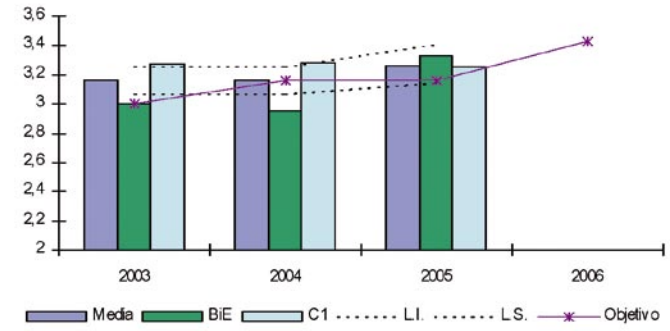
Fig 7a. 11 Participación



RELACIÓN MANDO COLABORADOR

Esta dimensión hace referencia a la relación con el mando inmediato y la capacidad/competencias que este tiene como mando, es decir, engloba conceptos de liderazgo claves para la implicación del personal en la organización. La mejora en la comunicación y el despliegue itinerante de los líderes por las UAPs, entre otros aspectos, han contribuido a la mejora de este resultado; el impacto del programa LiderBiE (ver 1a), que tiene como objetivo el desarrollo de las competencias de los líderes sobre esta dimensión, se plasmará en sucesivas ESPs.

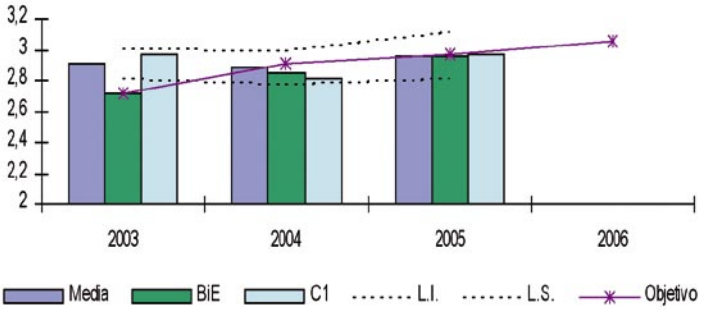
Fig 7a.12 Relación Mando Colaborador



CONOCIMIENTO E IDENTIFICACIÓN CON LOS OBJETIVOS

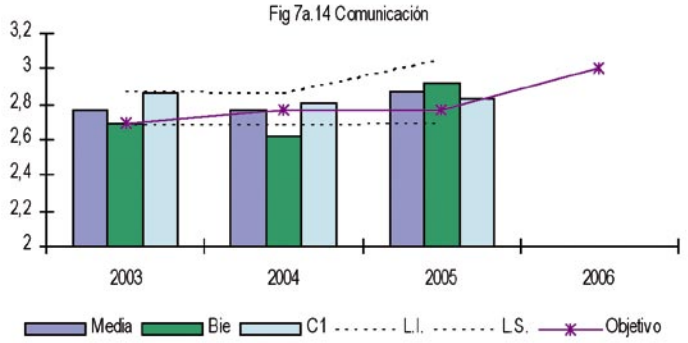
Esta dimensión recoge el nivel de conocimiento de los profesionales sobre los objetivos de la organización. El despliegue de la comunicación por cada una de las UAPs desde 2003, los esfuerzos de comunicación de los líderes incluso en actividades de formación sobre aspectos estratégicos de BiE (ver 1d), la edición de los documentos estratégicos y distribución a todos los profesionales (ver 2d) y participación en la definición de los objetivos de mejora a través de los equipos ISO y autoevaluaciones (UAPs y comarcales) han permitido la mejora de los resultados.

Fig 7a. 13 Conocimiento e identificación con objetivos



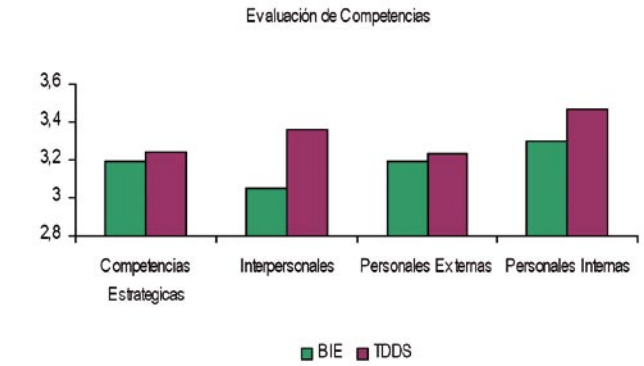
COMUNICACIÓN

El inicio de la gestión itinerante para la presentación de PG, PE, y CMs, (ver 1d), las comisiones permanentes en las que se da un incremento en participación y rotación de profesionales y los equipos de mejora han contribuido a la mejora de esta dimensión. Por otro lado, fruto de los grupos focales realizados en 2004, se diseñaron formatos de comunicación como el BB, mejorado tras la ESP 2005; asimismo la revisión realizada en 2005 del plan de comunicación comarcal posibilitó la definición de responsabilidades, canales, etc. a utilizar en cada caso.



EVALUACIÓN DE COMPETENCIAS (LIDERBIE)

El proyecto de evaluación de las competencias de los líderes en base a la metodología "Feedback 360º" ha permitido evaluar las competencias existentes frente a las deseadas, permitiendo encontrar AMs a desarrollar a través de LIDERBIE (ver 1a). Esta evaluación se va a extender a más profesionales en una segunda fase, y es tal su importancia que su realización se sistematiza en los PGs anuales, integrándola como una iniciativa estratégica de mejora en la gestión de los RRHH. Se muestra la comparativa con la media TDDS (empresa propietaria de la herramienta) integrada por más de 5.000 evaluaciones realizadas a líderes de diferentes tipologias de organizacines.

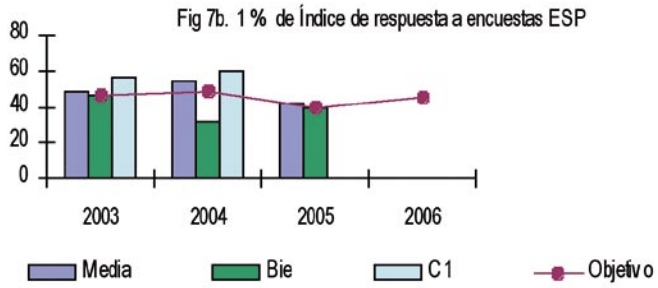


7B INDICADORES DE RENDIMIENTO

La consecución de la Mi y Vi de BiE así como el fomento de sus Val requiere de la utilización de FI que ayuden a mejorar el rendimiento y la percepción de sus profesionales. Así y en coherencia con la LE 2 y los objetivos en las que se despliega, BiE prioriza la información aportada por los siguientes indicadores como facilitadores en la comprensión y mejora de la implicación de sus profesionales, algunos de ellos recogidos en el Plan de Calidad corporativo y otros, determinados por BiE en función de la definición de su MP. Su selección se ha realizado en base al impacto en los indicadores de percepción directa recogidos en el 7a.

INDICE DE RESPUESTA A ENCUESTAS:

El nivel de respuesta obtenido en 2005 tras la estabilización de la metodología de realización de la ESP (ver 3a) permite analizar los resultados de 7a con un nivel de confianza superior al 94%. Los resultados obtenidos en 2004 tienen su origen en el poco tiempo transcurrido desde la puesta en marcha de las AMs del 2003 y la ESP del 2004.



Aun no estando recogido en esta tabla, cabe destacar la participación del 100% de las personas seleccionadas para realizar la primera fase de evaluación de liderazgo abarcando el 8,12% de la plantilla y estando prevista una participación del 10% de los profesionales en la 2ª fase.

PLANIFICACIÓN DE RRHH

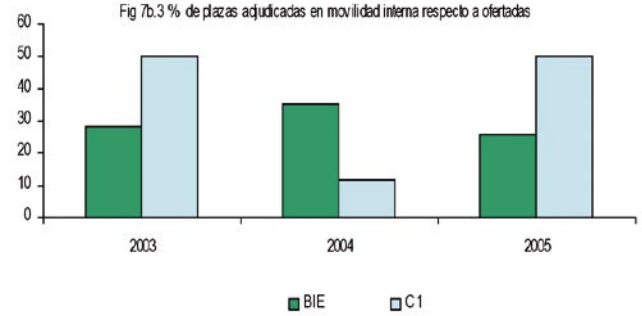
BiE cuenta con distintos mecanismos de gestión de RRHH para llevar adelante sus OE (ver 3 a), El esfuerzo realizado por BiE desde el año 2001 ha tenido reflejo en la evolución de los resultados de satisfacción del cliente en cuanto a la mejora de la accesibilidad de los servicios (ver 6b.1), afianzando la eficacia de dicha estrategia de planificación.

Figura 7b2

MECANISMOS DE APOYO A LA PLANIFICACIÓN DE RRHH	2001	2002	2003	2004	2005
Adecuaciones de puestos	3	26	3	4	4
Reconversiones de puestos	12	NA	17	15	NA
Movilidades por necesidades de servicio	32	8	9	7	4

MOVILIDAD PERMANENTE

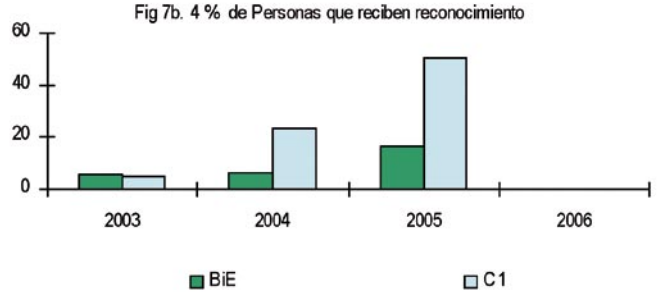
BiE es la organización pionera en la aplicación del mecanismo de movilidad permanente, posibilitando el cambio de centro de los profesionales en los casos en los que se producen vacantes (3 a). La apuesta por este mecanismo hace que el objetivo de BiE sea ofertar el 100% de las plazas vacantes disponibles. Tal y como se muestra en la figura 7b.3, la variabilidad y poca cobertura de las plazas adjudicadas frente a las ofertadas tiene su origen en que la estabilidad de la plantilla en BiE, hace que sean pocas las personas que deseen moverse de la UAP en la que están, y que el número de plazas a ofertar en horario de mañana (mayoritariamente deseado) vaya bajando en número.



RECONOCIMIENTO

BiE sistematizó a partir de 2003 el reconocimiento tanto a nivel grupal con su primer PI como a nivel individual desde 2004 con su acto formal "Merezimenduak" (ver 3e). A través de estos mecanismos, todos los grupos profesionales que componen BiE ven una respuesta positiva de la organización a su aportación en la consecución e implicación con los objetivos de esta (7a.13). La buena cifra referida a reconocimientos individuales se incrementa significativamente en el caso de los reconocimientos grupales derivados del PI.

Fig 7b. 4 % de Personas que reciben reconocimiento



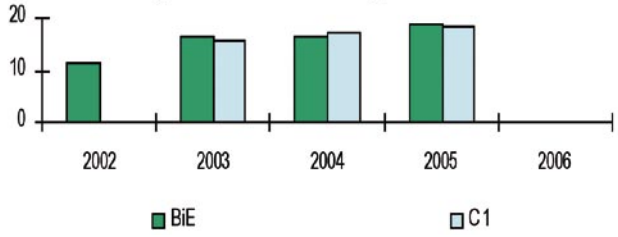
FORMACIÓN

La creación de la Comisión de Formación, las I Jornadas de Formación de BiE (2005), la inversión en la formación en gestión de la Calidad fuertemente desarrollada desde 2004 (ver 3b) y el impulso a la formación interna desde 2005 son mejoras que se reflejan tanto en la satisfacción de todos los grupos profesionales (ver 7a.5) como en los resultados reflejados en las siguientes figuras.

El número de horas de formación se ha incrementado de forma progresiva y muy importante en los últimos años, pasando de 8.840h en 2002 a 14.487 en 2005, siendo BiE la mejor comarca en nº de horas de formación por persona (ver fig. 7b.5).

Cabe destacar en este sentido la mejora en la diversificación de acciones formativas y personas formadas que desde BiE se están propiciando como consecuencia de la sistematización de sus PFORM (figura 7b.6).

Fig 7b.5 Nº de horas Formación por Profesional



Resaltar también el esfuerzo que en la diversificación de acciones formativas ha realizado BiE en el periodo 2002 - 2005, incrementándose el número de las mismas en un 85%.

Fig 7b. 6

		2002	2003	2004	2005	2006*
Nº de acciones formativas desarrolladas	BIE	831	874	1.222	1.541	984
	C1	540	949	944	1.507	ND
Nº de profesionales que han acudido a acciones formativas	BIE	310	391	469	560	401

Fig 7b.7

		2003	2004	2005	2006*
% de profesionales formados en gestion calidad	OBJETIVO	0,65	0,66	5,65	9,00
	BiE	0,65	5,49	8,61	11,70
	C1	4,25	4,98	8,1	ND

Por otro lado la apuesta de BiE por el desarrollo de su SG (ver 1e) se ve reflejada en el incremento en la formación de sus profesionales en gestión de la Calidad (figura 7b7), impulsado a través de la formación externa (OC, Euskalit) y la interna a través del ET de BiE. (ver 3b).

Este esfuerzo tiene su reflejo en el gasto generado por la cobertura de la ausencia de los profesionales por Formación de BiE, que pasó de 183.365 euros en 2002 a 288.276 euros en 2005 (incremento de 57,21%), dándose el mayor incremento en el ejercicio 2003 con un 82%, y un descenso del 23% en 2004, gracias al fomento de la formación interna en cada centro permitiendo el ajuste del gasto por sustitución.

La organización interna de sesiones formativas tiene también reflejo en la mejora de las propias instalaciones de sus UAPs y en su habilitación para ser utilizadas como aulas de formación. Así y desde el comienzo de la estrategia de mejora en BiE, las horas de utilización de dichas aulas han pasado de cifras anecdóticas en 2002 (8 horas) a cifras que reflejan el impacto de Hobekuntza en este sentido (159h en 2003, 417h en 2004, y 727h en 2005).

MOTIVACIÓN E IMPLICACIÓN

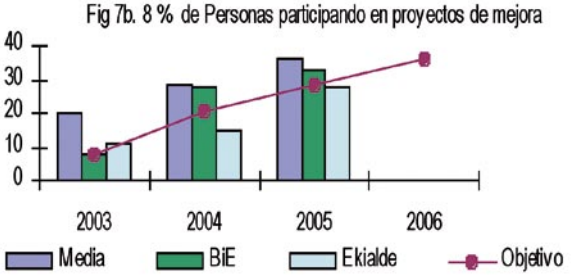
BiE impulsa la mejora de la motivación e implicación de sus profesionales a través de estrategias de participación, formación y el reconocimiento que además de tener un claro reflejo de satisfacción en las personas que la componen, se ven reflejadas en los siguientes indicadores:

• **Participación en proyectos de mejora**:

En línea con su Vi y Val, BiE fomenta la participación a través de sus comisiones y comités permanentes, equipos de mejora y reuniones en las que fomenta el trabajo en equipo y la mejora de sus distintos procesos (ver 3c y 5a)

La puesta en marcha de Hobekuntza en 2004, y la estrategia de definición del MP y sus revisiones, así como la consiguiente implantación de procesos en todas las UAPs desde entonces, constituyen un hito de participación en BiE.

Fig 7b. 8 % de Personas participando en proyectos de mejora



• **Sugerencias:**

BiE definió en 2003 el procedimiento de sugerencias (ver 3d) como canal de comunicación para sus profesionales. La definición del indicador de forma corporativa y la variabilidad de interpretación de esta desde las distintas Organizaciones, ha llevado a su redefinición pasando de nº de sugerencias anuales por persona a nº de sugerencias anuales por 1.000 personas. Desde su implantación, y teniendo en cuenta los datos obtenidos en 2005, BiE ha impulsado su registro de manera proactiva obteniendo datos muy positivos en el primer cuatrimestre de 2006, que sin duda son reflejo de la creciente implicación de sus profesionales en la mejora.

Fig 7b.9 Nº de sugerencias anuales por 1000 personas			
	2004	2005	2006*
OBJETIVO	65,6	20,9	24,95
BiE	65,6	20,9	11,76
C1	8,7	10,9	ND
MEDIA	25,3	24,95	ND

SATISFACCIÓN

Bajo esta denominación incluimos aquellos indicadores que tradicionalmente han sido considerados informadores de la satisfacción.

• Absentismo:

En un entorno laboral como el sanitario, suele tener valores elevados y BiE es una de las organizaciones que confirman esta realidad. Las características de Bilbao como ciudad y su poca dispersión geográfica, unidas a la modalidad de atención prestada (Primaria) han hecho de BiE una organización destino de muchos profesionales del entorno hospitalario, con muchos años de antigüedad en la empresa. Por otro lado la edad media de los profesionales de nuestra organización está cercana a los 50 años, con las consecuencias lógicas que sobre la salud conllevan.

La UBP de BiE (ver 3e) realiza un seguimiento sistematizado de los procesos de enfermedad más largos, derivando de ello un estudio de prevalencias de Incapacidad Temporal de 2005 por centro y categoría profesional, presentado en el CSS en abril de 2006 y del que se extraerán las correspondientes áreas de mejora.

En el ámbito del absentismo, destacar también el mínimo índice de gravedad de la accidentabilidad reflejado en los días perdidos por accidente , estando claramente por debajo de la media de Osakidetza, y relacionado con el seguimiento que a través del proceso de Vigilancia de la Salud realiza la UBP de BiE.

Fig 7b.10 Indice de absentismo por I.T.						
	2001	2002	2003	2004	2005	2006*
OBJETIVO	<10	<10	<10	<10	<10	<10
BIE	7,47	9,37	9,87	10,05	9,76	9,53
C1	5,65	6,99	7,43	7,76	ND	ND
MEDIA	7,86	8,6	8,71	8,75	ND	ND

Cabe destacar también el % de participación en la huelga de 2005 a nivel de Osakidetza en la que BiE fue una de las comarcas con menor incidencia

• Demandas judiciales:

La estrategia de mejora de la accesibilidad basada en la orientación al cliente, culminada en 2004, y la consiguiente movilidad de profesionales a horarios de tarde, ha tenido su reflejo también en las demandas recibidas en BiE. Finalizada esta fase, la disminución del número de demandas recibidas ha sido notable. Por otro lado la resolución de las peticiones realizadas vía reclamación previa por otros motivos en la propia organización, ha propiciado la no judicialización de las mismas.

Fig 7b. 11 Nº de demandas				
	2003	2004	2005	2006
BiE	19	6	4	0
Media	10	10	10	ND
C1	36	36	24	ND

SERVICIOS QUE LA ORGANIZACIÓN PROPORCIONA A LAS PERSONAS QUE LA INTEGRAN

• Beneficios Sociales:

Osakidetza, recoge en su ARCTO los beneficios sociales aplicables a su plantilla. En la Figura 7b12, presentamos algunos datos de aquellos beneficios que BiE gestiona a sus trabajadores.

Figura 7b 12 Nº de personas que han disfrutado de Beneficios Sociales por:				
	2003	2004	2005	2006*
Nº de personas que han solicitado anticipos y adelantos de nómina	47	37	18	7
Prima por jubilación voluntaria y complemento jubilación anticipada	-	4	3	0
Póliza de seguros	4	3	3	3

• Apoyo al desempeño:

Desde BiE se articulan diferentes mecanismos de apoyo para mejorar el desempeño de los profesionales en su actividad diaria, algunos de los mismos gestionados desde las Unidades de apoyo existentes.

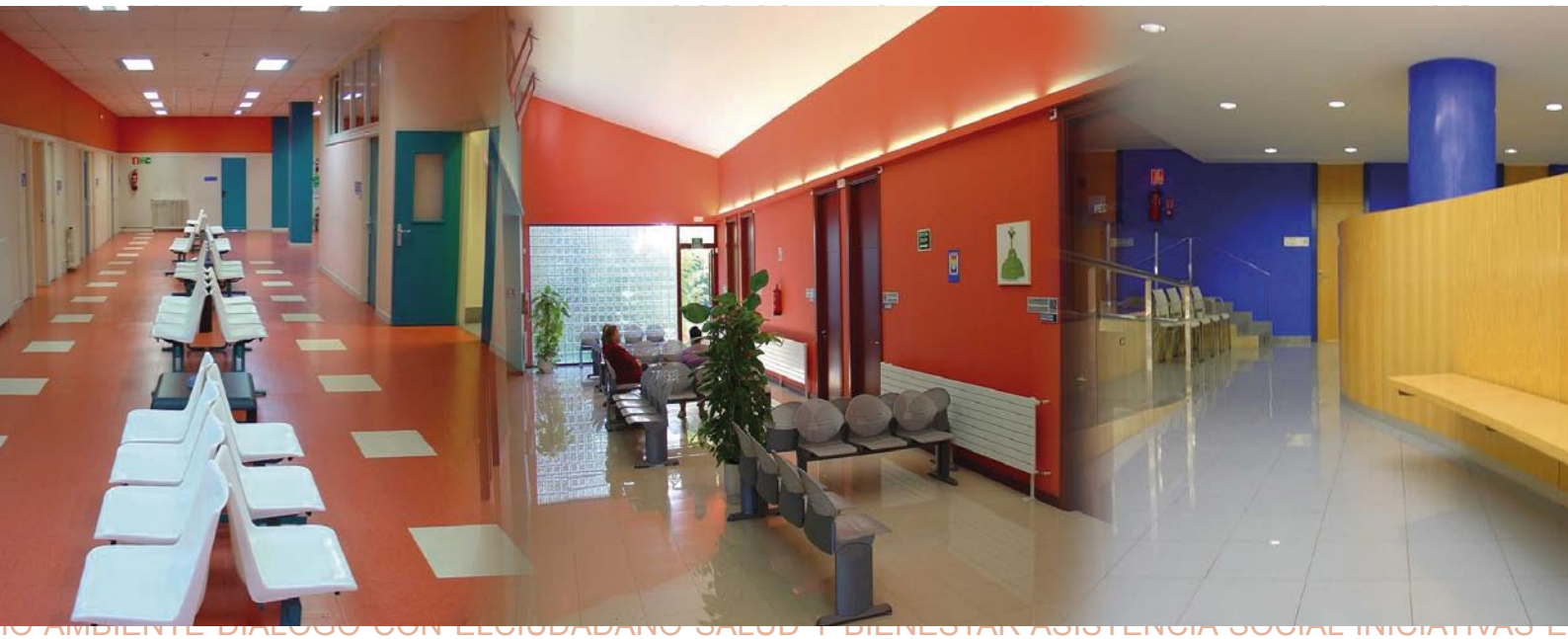
Fig. 7b.13	2002	2003	2004	2005	2006*
Actividad proactiva de asesoramiento farmaceútico (sesiones, boletines, etc.)	53	53	53	42	31
Nº de profesionales formados en Osabide en cursos específicos	61	259	269	352	150
Nº de personas que reciben ayuda por estudios de euskera fuera horario laboral	NA	27	32	77	149

Osakidetza
Servicio vasco de salud

BILBOKO ESKUALDEA
COMARCA DE BILBAO

BILBOKO ESKUALDEA
BiE

Emaitzak GIZARTEAN



Resultados en SOCIEDAD

CRITERIO 8: RESULTADOS EN LA SOCIEDAD

De la Mi (ver 1a) de BiE como miembro responsable la sociedad en la que interviene, y de su interactuación continua se concluye que es una organización con un importante impacto y compromiso en la sociedad, y como tal queda recogida además en su Vi.

Así utilizando el análisis de entorno (ver 2a) BiE diseñó el subproceso BPE 1.2.1 "Diálogo con el Ciudadano", a través del cual, y tomando como referencia las FI externas relacionadas, el ED / Líderes de BiE identifican y seleccionan al sujeto del diálogo que representa al cliente (AAVV, asociaciones de enfermos, ayuntamientos…). Tras confirmar la información recogida y las necesidades y expectativas de los ciudadanos representados, diseñan las características de prestación del servicio junto con ellos (ver 1c y 5c), estableciendo lo siguientes ámbitos:

- **Salud y Bienestar:** la expectativa más importante y la mayor aportación que puede realizarse es la de satisfacer las necesidades de salud a través de la prestación de servicios, tal y como se recoge en la Mi de BiE.
- **Asistencia Social y colaboración con iniciativas de la comunidad:** detectar las necesidades sociales de nuestros pacientes/ clientes y ayudar a canalizarlas en coordinación con los dispositivos sociales del entorno, autoridades, representantes de la sociedad, ONGs… es uno de los objetivos prioritarios de BiE.
- **Generación de empleo:** La actividad que generan los centros en los barrios y la política de apoyo a proveedores locales, tienen un impacto importante en nuestra sociedad.
- **Difusión del conocimiento:** La difusión y divulgación en temas sanitarios, información y el compartir los conocimientos y avances con el entorno, forman parte de la política y estrategia diaria.
- **Preservar el medio ambiente:** Para ello, BiE ha establecido una política de reducción de impacto medioambiental (ver 4c).

8A MEDIDAS DE PERCEPCIÓN

• SALUD Y BIENESTAR

La Mi de BiE como organización sanitaria, hace que la opinión de sus GI sea asimilable a la de sus clientes, lo que implica que las organizaciones con las que mantiene habitualmente relaciones sean organizaciones que agrupan y representan a diferentes intereses de la ciudadanía, convirtiéndose en interlocutoras de las necesidades y expectativas de la sociedad.

BiE identifica la percepción de la sociedad a través de los siguientes apartados:

1.- Integración con el barrio

El análisis y la evaluación de las relaciones con la sociedad nos ha llevado a buscar una gestión de adaptación al barrio, de manera que el conjunto de la sociedad que compone ese barrio se identifique con su Centro de Salud (ver figura 8a.1)

2.- Estudio sobre las características de la población extranjera residente en Bilbao realizado por el Ayto. Bilbao (2002).

En este estudio se refleja que la población extranjera no se siente discriminada en sus Centros. Esta percepción, basada en la actitud de los profesionales, se ha visto complementada por iniciativas como la traducción a 3 idiomas la Cartera de Servicios de los CS donde mas inmigración hay, como en la UAP La Merced en 2004, tras benchmarking con la experiencia Comunidad Autónoma de Andalucía.

3.- Encuesta de satisfacción de Aliados / representantes de la Sociedad

Fruto de la implantación del subproceso BPE 1.2.1 "Diálogo con el ciudadano" y de la última Autoevaluación EFQM de 2005, se detectó la necesidad de estructurar las relaciones con los aliados diseñándose una encuesta para recabar información sobre su grado de satisfacción con la actividad de BiE.

Esta encuesta dirigida en 2005 a un total de 25 organizaciones entre instituciones públicas (Ayuntamientos de Bilbao y Alonsótegi, Diputación de Bizkaia) AAVV (Olabeaga, Zorroza, etc...), e instituciones educativas (Escuela de enfermería, colegios, etc.), se integra en los PGs de manera sistemática. Cabe destacar que el índice de respuesta ha sido del 100% en su 1ª edición. La Encuesta recoge las dimensiones sobre imagen general, actividades como miembro responsable de la sociedad e implicación en la comunidad (ver fig. 8a.2).

Los resultados de la encuesta y la oportunidad de mejora de los servicios tienen una relación directa con los usuarios, ésto ha hecho que BiE incluya como aspecto en su PI 2006 el despliegue el subproceso BPE

Fig.8a.1

Satisfacción Global %	2002	2003	2004	2005
OBJETIVO	>30	>30	>30	>30
% de barrios (identificando barrio con CS) en los que la satisfacción de nuestros usuarios esta en el intervalo medio de nuestra Comunidad	38,3	33,3	42,9	57,1
% de barrios en los que la satisfacción es Superior en nuestros usuarios que en los de nuestra Comunidad	50	33,3	28,9	23,8
Fidelidad de los barrios con sus centros	**2002**	**2003**	**2004**	**2005**
OBJETIVO	>80%	>80%	>80%	>80%
% de barrios (identificando barrio con CS) que han integrado al Centro de Salud como suyo.	NA	88,5	94.5	99

Fig. 8a.2	Satisfacción Global	MP	P	N	MN
¿Cómo consideras la manera en que Comarca Bilbao (BIE) de Osakidetza responde a las necesidades de la población a la que se dirige?		26.6%	66.6%	6.6%	0%
¿Cómo valoras la accesibilidad a la hora de ponerte en contacto con nosotros?		66.6%	26.6%	6.6%	0%
Consideras que la información sobre proyectos, temas de interés....que se os proporciona, es :		33.3%	33.3%	33.3%	0%
¿Cómo valoras la repuesta a las necesidades que nos planteas?		33.3%	46.6%	20%	0%
¿Cómo consideras nuestra relación de colaboración?		53.3%	33.3%	13.3%	0%

MP: Muy positiva P: Positiva N: Negativa MN: Muy negativa

1.2.1 "Dialogo con el ciudadano" en las UAPs, de forma que sean éstas las que vayan aumentando su relación con los ellos (ver 1c y 3e).

El análisis y la evaluación de la figura 8a2 a BiE le obligan a buscar nuevos ámbitos de opinión y conocer las distintas posiciones que existen en la sociedad. Para ello, se contacta desde 2006 con diversas personas-relevantes de todos los ámbitos sociales del entorno de BiE, para contrastar sus opiniones sobre los servicios sanitarios de Bilbao y obtener así una FI alternativa de cara a identificar, en lo posible, AMs, recogiéndose estas opiniones en la publicación "Bilbaínos/as Ilustres" de BiE.

8B INDICADORES DE RENDIMIENTO

• ASISTENCIA SOCIAL Y COLABORACIÓN CON INICIATIVAS DE LA COMUNIDAD

a) Intervención comunitaria:

Aunque la actividad de BiE se centra en este ámbito, cabe destacar la realización de iniciativas dentro del proceso PR 01.05 Intervención Comunitaria y las campañas de vacunación (5d), las cuales están dirigidas a colectivos determinados de la sociedad y fomentan la salud de manera proactiva.

Fig. 8b.1 Politica de mejoras calidad de vida desde los CS de BiE	2002	2003	2004	2005
Salud Escolar- Centros Privados Reconocimientos Vacunaciones	 5.980 4.598	 5.986 4.704	 3.061 3.341	 2.940 12.350
Deshabituación tabáquica %	NA	34.33	19.07	13.44 *
Deshabituación alcohólica %	NA	56	60.23	12.31*
Lactancia materna	2359	2441	2861	2652

** Se ha cambiado la escala de medida.*

Tras el análisis realizado por la DA de los datos de 2002 y 2003, se detectó en el apartado de reconocimientos duplicidad de los mismos en algunos casos, por lo que se establece como **mejora** la obligatoriedad de su realización en el pediatra de la UAP que les corresponde, reflejándose en la bajada de actividad posterior por la mejora en la veracidad del registro.

El aumento de vacunaciones en el 2005 se debió al brote de meningitis que hubo en Enero.

b) Colaboración con iniciativas de la Comunidad

Su número y alcance nos permiten anticipar la percepción de la misma, así como adaptar los servicios a sus necesidades. Dentro de éstas se pueden encontrar las siguientes:

- Participación y Reuniones periódicas con la Diputación Foral de Bizkaia para diversos temas relacionados con el maltrato infantil, , mayores, inmigrantes, etc.
- Reuniones periódicas con las AAVV: En la figura 8b.2 se muestran el número de proyectos presentados y gestionados de manera conjunta con las diferentes AAVV a través de las reuniones periódicas que mantiene los líderes de BiE con las mismas, algunas de las cuales vienen especificadas abajo.

	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Nº de proyectos con AAVV	1	4	3	2	3	4

- **2.001** AAVV de Zorroza respecto a la necesidad de nuevo centro.
- **2.002** AAVV de Otxarkoaga respecto al turno de tarde, AAVV de Arangoiti respecto al nuevo Centro, AAVV de Zurbaran y Begoña respecto al turno de tarde en Begoña
- **2.003** Vecinos/as de Alonsótegi (horario y ampliación de servicios), Vecinos de Indautxu, por remodelación de accesos y parte trasera de ambulatorio, Vecinos de Casco Viejo con respecto a apertura de turno de tarde en el centro de salud….
- **2.004** Comunidad de la calle Jose Mª Olabarri respecto al cambio de La Merced a J. S. De Buruaga, AAVV de Rekalde con respecto a las prestaciones sanitarias del PAC de su barrio,…
- **2005** AAVV de Olabeaga y Altamira respecto al nuevo centro en Basurto AAVV de Zorroza pre y post apertura de centro nuevo.
- **2006,** AAVV de Olabeaga, Arangoiti, San Adrián, Bolueta,…por necesidades de locales para centros de salud…...

c) Mejora de acceso y disminución de barreras arquitectónicas:

Dada la Mi de BiE, es necesario facilitar el acceso a todas las personas a sus CS para lo que se desarrollan las siguientes iniciativas :

- Mejora de la señalización en todas las UAPs.
- Disminución de barreras arquitectónicas y readecuación de servicios para disminuidos físicos como la implantación del sistema Braille en 3 UAPs, la construcción de baños para discapacitados como en las UAPs de Rekalde, Bombero Etxaniz, Deusto , etc.o los acuerdos para la construcción en escaleras mecánicas en Gazteleku y El Karmelo en el periodo 2004-2006.

d) Política de apoyo al transporte.

A través de las reuniones sistemáticas de los Ayuntamientos y de la Gerencia de **BiE**, se asegura que los transportes públicos se adecuen y acomoden en lo posible en la mejora a la accesibilidad a los Centros, modificando itinerarios, o mejorando los medios como en el caso de la adecuación del recorrido en transporte publico de Uribarri para el CS Gazteleku en 2003 o en el caso de propuestas para Olabeaga en 2006.

Asimismo, BiE ha protocolizado, revisado y homogeneizado los itinerarios de su transporte interno desde el año 2002, evitando así el uso incorrecto de los vehículos y unificando procesos de recogida y reparto de material, muestras, etc.…entre los Centros. El circuito de transporte da asimismo servicio a la Delegación Territorial del DS y al HBas.

e) Relaciones con las autoridades / instituciones relevantes:

El ámbito de servicio que tiene BiE, y su orientación al ciudadano tal como recoge en su Mi y Vi ha hecho que la relación de los líderes con las autoridades de Bilbao y Alonsótegi, haya sido continua y en beneficio de los ciudadanos (ver 1c) , trabajando como aliados en la planificación de servicios, actos y mejoras en la accesibilidad de los ciudadanos a los CS. Además, la implicación de BiE con el desarrollo de Bilbao se plasma en iniciativas tales como la cesión de exteriores del CS de Santutxu para utilización pública del parque en 2002.

f) Colaboración con Organizaciones Gubernamentales y No Gubernamentales

La percepción en este apartado se valora respecto a la implicación e interactuación de BiE, con ONGs y otras organizaciones con las que se colabora con asiduidad.

Algunas actividades también habituales en BiE, son la cobertura sanitaria de las acogidas anuales de los niños provenientes del Sahara, protocolizadas desde el año 2003 tras acuerdo con la Asociación que tutela su llegada a Bilbao, y Euskadi.

Desde BiE se facilita la liberación de los profesionales para desarrollar proyectos relacionado en este ámbito.

Fig.8b.3 Aspectos clave a valorar	2002	2003	2004	2005	2006
Osasun Publikoaren Elkartea (entrega de información sanitaria y material)	1 contai	1 contai	1 contai	NA	ND
Acogida Niños Saharaui (protocolizado)	NA	30	32	29	ND
Acuerdos con Asociación Vizcaína contra el Cáncer	Anuales	Anuales	Anuales	Anuales	Anuales
Nº de C.S con información de Médicos Mundi	NA	NA	1	3	8
Colaboración Médicos del Mundo: analíticas realizadas a cargo de comarca	NA	NA	12	9	3

El decrecimiento de los datos referentes a las analíticas, se relaciona con la "no discriminación" que los emigrantes tienen en la Comarca de Bilbao (ver 8a), llegando a la inexistencia de otros sistemas paralelos de cobertura sanitaria.

Asimismo, se ha impulsado desde su creación la colaboración de nuestros profesionales con el movimiento solidario 0,7 %, reflejándose en la figura siguiente las personas que realizan una aportación del 0,7 % de su sueldo para este propósito (fig 8b.4).

AÑO	Nº PERSONAS
2002	39
2003	39
2004	38
2005	38

Fig. 8b.4 Colaboración con ONGs

• GENERACIÓN DE EMPLEO

a) Política de igualdad de oportunidades

El sector sanitario ha sido siempre un campo de actividad importante para la mujer, sin embargo, su desarrollo en las tareas directivas no ha sido proporcional con los puestos de trabajos desempeñados. Esta situación no es específica de la sanidad, pues según los estudios realizados por Instituto de la Mujer, sólo un 17,76% de mujeres tienen la responsabilidad de las empresas. La figura 8b.6 muestra el porcentaje de mujeres con responsabilidad en el funcionamiento de BiE:

Fig. 8b.6				
Actividad de Mujeres C.Bilbao	**2002**	**2003**	**2004**	**2005**
Personal Directivo	60%	60%	60%	60%
Responsables de Centros	64.28%	64.28%	76.92%	72,72%
Total de trabajadoras	70.25%	71.20%	71.71%	74.78%
Actividad de Mujeres SSCC	**2002**	**2003**	**2004**	**2005**
Personal Directivo	40.6%	40.2%	43,5%	43,1%
Total de trabajadoras	59,6%	72.60%	72,8%	73,1%

b) Política de apoyo a los proveedores locales

La planificación de las compras se realiza en BiE siguiendo los principios marcados en la "Ley de Contratos del Estado" (4c) en la cual se recoge la metodología de las adquisiciones a realizar en cada caso (concurso público, compra directa, etc ...).

En el ámbito de los pedidos directos, sin concurso público, valoramos como aspecto positivo a los proveedores locales, destacando en este sentido a los pequeños gremios y empresas de mantenimiento.

c) Política de apoyo al empleo (figura 8b.7): La plantilla estructural de BiE, de 765 trabajadores, genera la contratación de profesionales, que han elegido BiE entre las opciones de destino para prestar sus servicios.

Percepción desarrollo económico y social en % (Fig. 8b7)	2002	2003	2004	2005
Trabajadores fijos	65.05	65.96	66,88	70.17
Contratos de sustituciones	61.55	62.13	68.81	66.98

• DIFUSIÓN DEL CONOCIMIENTO

a) Política de apoyo a la formación

A través de las UAPs y la propia Dirección Comarcal, BiE está acreditada como docente, aspecto recogido en su cartera de servicios, y por lo tanto colabora en la formación y ofrece conocimiento a los alumnos/as y becarios que de manera concertada con la Gerencia y su Centro de Enseñanza acuden a ellos. BiE adapta sus centros a los requisitos marcados desde la Universidad y el Ministerio de Educación y Ciencia, como en los casos de los centros docentes tanto de Medicina Familiar y Comunitaria y/ó Pediatría, (ver 9b.11).

Actividades (Fig. 8b.8)	2002	2003	2004	2005
MIR 6º año	45	45	45	45
MIR 3er año	16	15	17	15
MIR 1er año	15	11	11	11
ENFERMERÍA	116	119	112	128
MATRONAS	5	5	5	7
AUX. ENFERMERIA	NA	20	16	20
DOCUMENTALISTAS SANITARIOS	5	4	7	0
ESCUELA UNIVERSITARIA MAGISTERIO	NA	NA	2	2
OTROS (Euskalit, farmacia, graduados sociales…)	NA	1	2	2
TOTAL	202	220	219	230

Cabe resaltar además que la apuesta en este ámbito hace que BiE acoja en sus instalaciones a la Unidad Docente de Medicina de Familia y Comunitaria, y la Unidad de Investigación en Atención Primaria, pertenecientes a Osakidetza, y ambas de Bizkaia.

b) Difsión del conocimiento:

El importante incremento que desde hace varios años, han tenido en BiE los intercambios de información y conocimiento con su entorno más inmediato (ver 1c y 3b), generan actividades periódicas de comunicación, implicación y patrocinio en la comunidad como las Jornadas anuales de Formación de BiE y las Jornadas "Pediatria Topaketak", además de recibir visitas de profesionales de otras Organizaciones para realizar actividades de Benchmarking, como en el caso de representantes de la AP de Albacete y el DG y la DEF de Ekialde en 2006, etc. La

Fig. 8b.9	DIFUSIÓN DEL CONOCIMIENTO	2002	2003	2004	2005	2006*
Cursos Impartidos en nuestros Centros		2	4	43	50	34
Reuniones y evaluación con la Asociación de Trombosis sobre TAO		NA	Trimestral	Trimestral	Trimestral	Trimestral
Acuerdos para Calendario de Formación entre Centro Vasco de Transfusiones y UAP		NA	Anual	Anual	Anual	Anual
Publicaciones (Memoria anual de BiE)		NA	NA	1	1	1
Grupo de Trabajo de Bio-etica		1	1	1	1	1

figura 8b.9 muestra otros ejemplos. Cabe destacar que el 100% de las acciones planificadas se han cumplido desde el año 2002 .

Además de los aspectos incluidos en la figura 8b.9, los profesionales de BiE tiene una presencia activa en los medios de comunicación como parte importante de la difusión de información relevante sobre su actividad. Así, es continua su presencia proactiva en diferentes medios como la revista BLV (perteneciente al barrio de Bilbao La Vieja), televisión, prensa, etc., como por ejemplo en las campañas anuales de vacunación antigripal, medidas contra la gripe aviar, meningitis, Jornadas de formación, aperturas de centros, modificaciones/mejoras en los servicios, actividades culturales desarrolladas como por ejemplo la exposición fotográfica “Espacios” en el Centro de Salud de J.S.de Buruaga, etc.

• PRESERVAR EL MEDIO AMBIENTE:

El relativo peso que la actividad que BiE tiene en cuanto a niveles de riesgo para la población y el medioambiente, ha incidido en el diseño de procesos que permitan su gestión (ver 4c), integrándose objetivos e iniciativas en los PGs. El impacto de las iniciativas EKOSCAN Y LEGESCAN a desarrollar durante 2006 se reflejará en próximos años

Fig. 8b.10	2002	2003	2004	2005
Percepción impacto medioambiental (en kg.)				
Residuos sanitarios Medicamentos caducados Cistostáticos	7470 21	8.538 k 34 k	9.406 56 49	11.183 154 752
Reciclado de Papel	9.210	9.430 k	10.038	10.920
Reciclado de Consumibles Ofimáticos	150	160	175	225
TOTAL	16.851	18.162	19.724	23.234
Minimización de impacto medioambiental de las infraestructuras				
Mejoras en las calefacciones y aires acondicionado en los Centros	5	3	4	4

• RECONOCIMIENTOS EXTERNOS

La actividad e implicación de los profesionales de BiE con la sociedad mostrada en los anteriores apartados tiene su reflejo en los reconocimientos que, además de las personas individuales le otorgan las instituciones y organizaciones con las que colabora, tal y como se muestra en la figura.

RECONOCIMIENTOS EXTERNOS (Fig. 8b.11)

- Agradecimientos anuales de AAVV de Jose María Olabarri, Otxarkoaga, Torre Urizar, Arangoiti, ... (desde 2001).
- Euskalit: Agradecimientos anuales a los evaluadores externos por su colaboración en la EVALUACION de empresas para optar a las Q Oro /Plata (desde 2001).
- Certificado IQNET y AENOR, ISO 9001-2000 (desde 2001).
- Agradecimiento Instituto Social de la Marina (2001).
- Agradecimientos y Felicitaciones anuales de Centros Profesionales (desde 2002).
- Agradecimientos y Felicitaciones anuales de CONFEBASK (desde 2002).
- Agradecimientos de la Asociación para la Defensa de la Salud Pública (2002).
- Metrópoli-30 (2002).
- Agradecimiento Director - Gerente del Centro Vasco de Transfusiones y Tejidos Humanos (2003).
- Agradecimiento Responsable Programa de Detección Precoz del Cáncer de Mama (2004).
- Informe Pfizer (2004).
- Compromiso de Avance hacia la Calidad Total/Excelencia por Euskalit (2004).
- Asociación CRISALIS (2005).

Osakidetza
Servicio vasco de salud

BILBOKO ESKUALDEA
COMARCA DE BILBAO

BILBOKO ESKUALDEA
BiE

Emaitza NAGUSIAK

Resultados CLAVE

CRITERIO 9: RESULTADOS CLAVE

Los resultados clave de BiE están definidos en su PyE, concretándose en sus PGs a nivel Comarcal, y a través de los CGC y POs en sus UAPs. Para monitorizar y analizar la evolución de los procesos operativos clave y de apoyo y la eficacia de las estrategias desarrolladas, BiE dispone de una amplia batería de indicadores, algunos de los cuales presentamos a continuación.

Para analizar los resultados de los indicadores de CP hay que hacer referencia a los cambios producidos en el sistema de evaluación, a través del PAP Corporativo de OSABIDE a partir del año 2005, y los diferentes grados de desarrollo del mismo en las Comarcas de AP, finalizándose su implantación en BiE en Enero de 2005. Aunque esta nueva metodología de evaluación ha supuesto un descenso generalizado de las puntuaciones, nos ha permitido obtener una evaluación comparativa con el resto de las UAPs de la CAPV, cuando hasta ese año las comparaciones eran solamente a nivel de Bizkaia, ya que cada Dirección Territorial del DS lo negocia de manera independiente con las Organizaciones de su entorno.

9A RENDIMIENTO DE LA ORGANIZACIÓN

Ante la dificultad de atribuir las mejoras en salud de nuestra población exclusivamente a la actividad asistencial, BiE ha orientado sus resultados clave a los Objetivos del Plan de Salud de la CAPV, recogidos en su CP y desplegados a todas sus UAPs.

1. CUMPLIMIENTO PLANES

Este indicador permite evaluar la idoneidad de las acciones desplegadas a través del PG. Como se puede observar en la figura 9 a.1 el grado de Cumplimiento de los Objetivos del PE de BiE muestra una tendencia positiva para el periodo 2003-2006; habiéndose iniciado en año 2004 un total de 96 acciones, que han sido desarrolladas y ampliadas en los sucesivos planes de gestión.

Figura 9a.1 DESPLIEGUE PE	2004	2005	2006*
Estrategias de Acción del PE iniciadas	41	44	44
Acciones puestas en marcha	100	114	124
Nuevas acciones incorporadas	100	19	18
Grado Cumplimiento Objetivos del PE	68,6%	67,8%	-

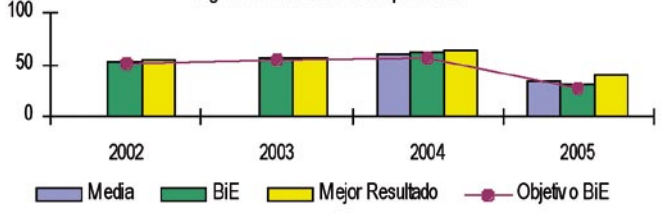
El incremento de acciones iniciadas para el periodo ha sido del 24%, con un grado de cumplimiento de los objetivos que consideramos favorable, aunque algunas de las acciones, como la centralización del PAC o la implantación del Dei Gune–se encuentran en estudio / análisis a nivel corporativo.

2. RESULTADOS CLAVES

2.1 CUMPLIMIENTO de OBJETIVOS del PLAN de SALUD

En la figura 9a.2, se representa el grado de cumplimiento de los objetivos pactados en la OP del CP (ver 5c).

Fig 9a. 2 Resultados oferta preferente



BiE ha cumplido los Compromisos pactados, alcanzando el año 2003 el mejor resultado en Bizkaia. Estos compromisos han sido asumidos por sus UAPs, estableciéndose para cada una de ellas unos objetivos específicos según se iban incorporando a los CGC y PO. Los resultados a nivel de UAP (ver 9b.2), muestran un rendimiento sostenido, siendo la UAP de Otxarkoaga la que ha presentado los mejores resultados a nivel de Bizkaia en el periodo 1999 - 2004 y a nivel de la CAPV en el año 2005.

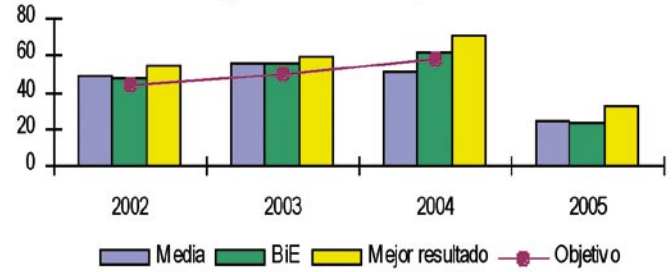
La mejora de estos resultados está claramente relacionada con todas las iniciativas de mejora impulsadas desde 2003 con la definición del PE y de Hobekuntza, y más concretamente con el incremento de las coberturas poblacionales, el mayor grado de utilización de la HC informatizada (ver 9a.14), el despliegue de objetivos específicos a las UAPs (ver 9a.18) además del incremento del número de UAPs con certificación ISO (ver 9b.6).

INDICADORES de PROCESOS ASISTENCIALES - PLAN de SALUD

En este apartado se presentan los principales datos relacionados con los 5 ítems de mayor impacto en el Plan de Salud de la CAPV: Cribado de Tabaquismo (fig 9 a.3) , HTA (fig. 9 a.4), Diabetes mellitus (fig 9 a.5) y Atención al Paciente Crónico Domiciliario (fig 9 a.6), que son operativizados en las UAPs a través de los Procesos Actividades Preventivas, y Atención al Paciente Crónico.

PROCESO de ACTIVIDADES PREVENTIVAS

Fig 9a. 3 % Cribado Tabaquismo

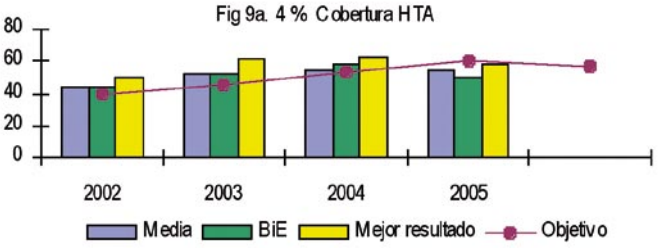


Se puede observar la tendencia positiva de los resultados (fig.9a.3), basada en el impulso realizado desde BiE a la formación dirigida a los profesionales sanitarios en deshabituación tabáquica de manera sistemática (40 profesionales sanitarios durante los años 2004 y 2005) y a su implicación en el desarrollo de las actividades.

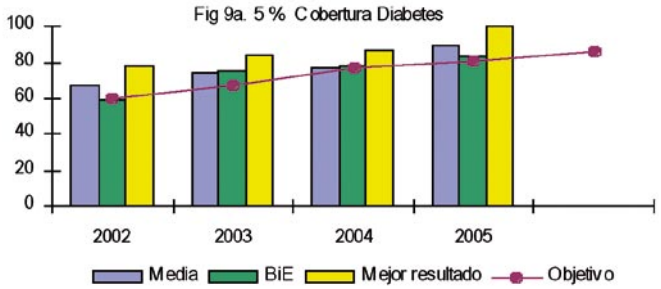
PROCESO de ATENCION al PACIENTE CRONICO

Los resultados sostenidos en el periodo están relacionados con el incremento de utilización de HC debido a la progresiva implantación de Osabide; cabe destacar el trabajo del grupo de mejora de Osabide en 2003, en el que se trabajó esta área y su cumplimentación en HC del paciente lo que contribuyó a la mejora de los resultados. Además, la divulgación en 2004 de la Guía de práctica clínica sobre la HTA en el 100% de las UAPs ha tenido un impacto positivo (fig. 9a.4).

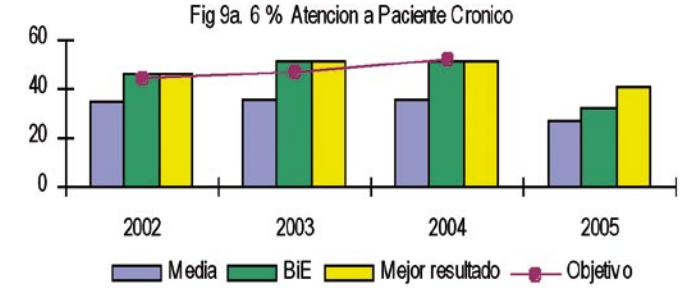
Fig 9a. 4 % Cobertura HTA



Los bajos datos de partida en la cobertura alcanzada en Diabetes han impulsado el desarrollo de estrategias específicas a este nivel en colaboración con el Servicio de Endocrinología del HBas como han sido la Formación a enfermería en pacientes diabéticos y las sesiones clínicas llevadas a cabo en las UAPs de BiE por sus profesionales. Otras estrategias específicas han sido la difusión a partir de 2002 de la información sobre los CBAs recogidos en el CP.



La cobertura alcanzada en la Atención al paciente Crónico Domiciliario muestra los mejores resultados de Bizkaia para el periodo 2001-2003, manteniendo valores superiores a la media de Bizkaia y CAPV en el resto del periodo. Este es un objetivo prioritario para BiE debido al gran número de mayores de 65 años (mayor a 25%) y el incremento de residencias y pisos tutelados para la atención a estas personas en nuestra área de referencia. Esto ha impulsado estrategias como planes de cuidados individualizados por paciente desde 2004, además de la definición de protocolos como el de residencias de la tercera edad.



2.2 CALIDAD CIENTÍFICO TÉCNICA

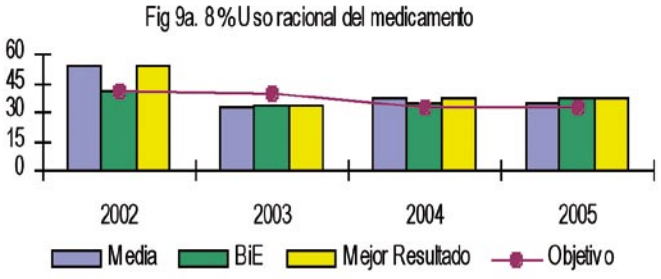
Además de los Compromisos en OP, BiE establece con el DS otros de Calidad Científico Técnica, que incluyen las siguientes áreas: accesibilidad a los servicios, calidad de la Documentación Clínica, Coordinación inter-niveles Asistenciales, Gestión de la IT, Gestión de Quejas y Reclamaciones, Vigilancia Epidemiológica y URM.

Figura 9a.7 CALIDAD	2002	2003	2004	2005
BiE	42%	44%	47%	65%
Mejor Resultado	54%	54%	64%	65%
Media Bizkaia	46.8%	45.8%	52.3%	60%

La figura 9a.7 muestra los resultados obtenidos por las comarcas de Bizkaia para el periodo 2002 - 2005. BiE muestra para el periodo una tendencia positiva en sus resultados, presentando el mejor valor de Bizkaia en el 2005, principalmente debido a una mejora en los apartados de calidad del servicio al cliente como la accesibilidad, la información y el trato (ver 6a) y el URM (ver 9a.8).

2.3 USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO (URM)

Este apartado recoge uno de los objetivos centrales del DS, que es la gestión eficiente de la prestación farmacéutica a través de receta médica; esta prestación supone más del 20% del presupuesto sanitario total del Estado, estimándose que el 90% del gasto es imputable a AP.

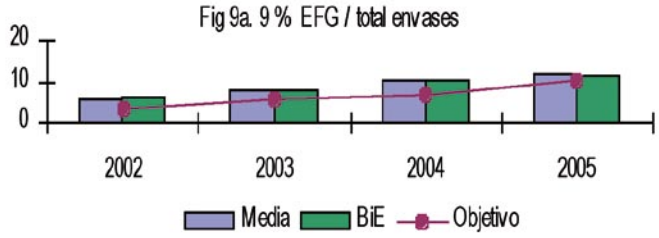


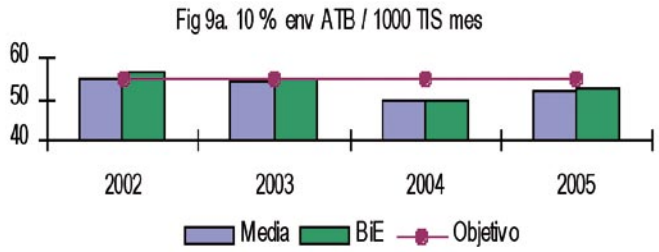
Como se puede observar en la figura 9 a.8 la evolución de la puntuación de los compromisos de calidad de farmacia muestra una tendencia claramente favorable, ya que teniendo la menor puntuación de todas las Comarcas de BizKaia en el año 2000, BiE ocupa en el 2005 el primer lugar en el apartado Calidad de Farmacia en el CP. Cabe destacar en este apartado el esfuerzo realizado en la gestión de los apósitos (ver 4b) cuyo impacto en este indicador es clave y en el que BiE ha sido considerada como benchmark por el DS a nivel de Osakidetza en 2006.

• Indicadores de calidad en la prescripcion farmaceútica

Dentro de los OEs de BiE, OE4.4 "Uso racional del Medicamento", se ha considerado prioritario el seguimiento y la mejora de los Indicadores de Prescripción en EFG (fig 9 a.9) y Antibióticos (fig. 9 a.10 y fig.9a.11); además, presentamos otros indicadores de eficiencia también evaluados en CP como el % de envases de Antiinflamatorios no esteroideos/ AINE (9a.13) seleccionados y % envases de omeprazol/total (9a.12). Los gráficos adjuntos, muestran la evolución de estos indicadores para el periodo 2001 - 2005, en relación a la media de la CAPV y a los Objetivos de BiE, establecidos según CP anual.

La mejora de estos indicadores ha sido un objetivo mantenido en los PGs anuales de BiE desde su inicio, desarrollándose diferentes acciones para la mejora de los resultados, destacando la comunicación trimestral a cada facultativo de sus informes de prescripción desde la Unidad de Farmacia, los listados de EFG disponibles en el mercado, la elaboración y difusión de un documento monográficos de la Comisión de Farmacia, las sesiones fármaco terapéuticas realizadas por las farmacéuticas de BiE-con las UAPs que presentaban mayores desviaciones en 2003 así como con algunos profesionales seleccionados, y la elaboración de un documento sobre "prescripción racional de Antiinfecciosos" por parte de los profesionales de la Comisión de Farmacia de BiE y la UAP de Otxarkoaga , que será editado y difundido a lo largo de 2006. Todas estas acciones han incidido claramente en la mejora de los resultados y en el logro de los objetivos.





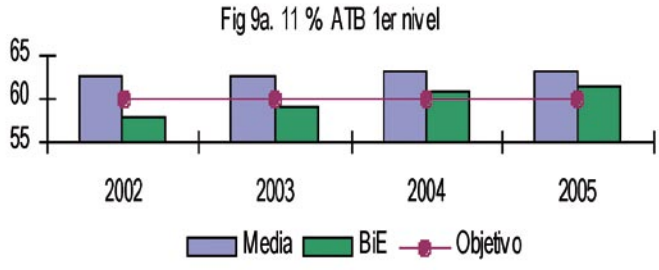


Fig 9a. 12 % Omeoprazol / IBP

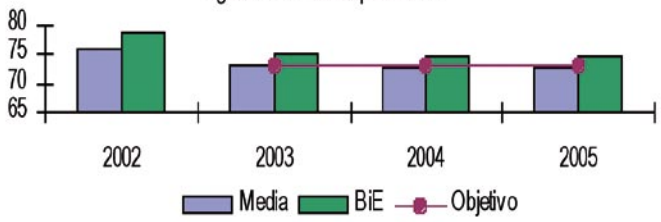
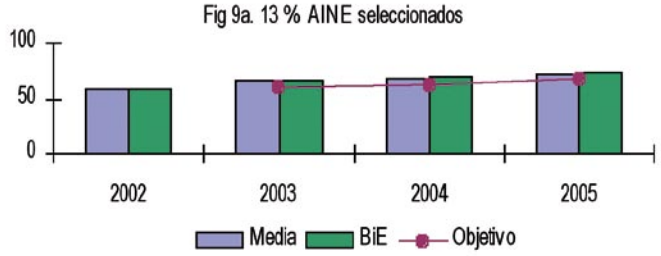


Fig 9a. 13 % AINE seleccionados



2.4 SISTEMAS DE INFORMACIÓN: USO DE HISTORIA CLÍNICA INFORMATIZADA

Este aspecto es uno de los OE de BiE, ya que garantiza la confidencialidad de los datos clínicos del paciente y permite disponer de toda la información relacionada con el paciente en un soporte accesible para los profesionales que facilita el seguimiento de los actos, además de tener impacto en la accesibilidad (ver 6a.2). La figura 9a.14 muestra el % de uso de HC informatizada en BiE desde 2004, año en el que se inicia el cálculo desde la OC. Cabe destacar la positiva tendencia mostrada, fruto del impulso a las acciones formativas realizadas a los profesionales en Osabide (ver 7b.13)

Fig 9a.14	2004	2005	1º cuat. 2006
Objetivo	52%	61.2%	72.2%
BiE	55.2%	70,6%	76.7%
C1	63.3%	73.4%	79.9%
Media	59.5	70.1	76.9

3. GESTION EC-FRA

3.1 GESTION PRESUPUESTARIA

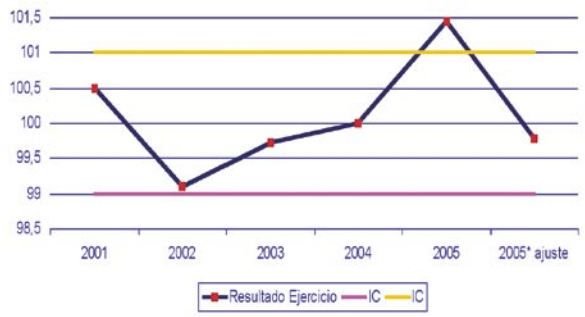
BiE, como organización cuya financiación proviene fundamentalmente del DS tiene como objetivo buscar el equilibrio entre sus gastos e ingresos (+/-1%), equilibrio logrado tal y como se muestra en las figuras 9 a.15 y 9a.16.

Fig. 9a.15 Evolución ingresos y gastos

AÑO	GASTOS	DESVIACIÓN	INGRESOS	DESVIACIÓN
2.002	37.621.337	0%	37.963.788	0%
2.003	40.077.859	0%	40.192.168	0%
2.004	42.422.436	0%	42.422.436	0%
2.005	46.052.603	0%	45.399.240	0%

La evolución de Ingresos ha ido acompañada de una evolución semejante en los gastos, con la excepción de 2.005 y motivado por el inicio del proyecto de desarrollo de la carrera profesional , novedoso e incipiente para todas las Organizaciones de Osakidetza. Excluyendo dichos gastos o incluyendo los correspondientes ingresos, se arrojaría un superávit de 103.738 euros (+ 0.23%). Ello ha permitido mantenernos en el objetivo de que la relación entre gastos e ingresos se mantenga en ± 1 %.

Fig. 9a.16 RESULTADOS ECONOMICOS



3.2 GASTO de FARMACIA

Debido a que BiE asume el 19% de la población de la CAPV, su peso específico en el gasto/TIS global en AP es muy alto, por lo que su objetivo anual es mantener un crecimiento inferior o igual al de la CAPV .Estos objetivos se recogen en los CGC – PO de las UAPs, y son un requisito indispensable para considerar cumplidos los Objetivos anuales y poder acceder al PI de la UAPs (ver 3e). El control de este gasto, aunque no es asumido por BiE, es un resultado determinante por su peso específico.

Fig. 9a.17 GASTO / TIS	2002	2003	2004	2005
%Δ	11,25%	10,88%	4,89%	11,15%
%Δ	10,60%	11,16%	5,46%	9,39%
%Δ	9,71%	12,26%	6,26%	12,25%

La evolución del crecimiento del gasto/TIS en BiE (ver figura 9a.17) muestra una contención respecto al crecimiento de la CAPV durante el periodo 2001-2005, periodo en el que se da una disminución del 1% respecto al crecimiento de la CAPV. Estos resultados son atribuidos a la puesta en marcha de los PGs (fig. 9a.18) en los que el gasto farmacéutico y la calidad de prescripción son aspectos muy importantes de los mismos, lo que ha motivado intensificación de las actividades formativas de la Unidad de Farmacia de BiE, en las UAPs y la mejora de los sistemas de información en este aspecto (ver 4d). El crecimiento superior observado en el 2005 se atribuye al cambio del sistema imputación de gasto realizado en Enero de dicho año por el DS.

4. PLAN DE GESTIÓN UAPs

El despliegue del proceso del PG, ya sea bajo el modelo de CGC o de Pacto por Objetivos (ver 2d) es un objetivo prioritario para BiE por el impacto que tiene en la mejora de los resultados generales y en el impulso de las estrategias de mejora impulsadas por Hobekuntza.

La figura 9.a.18 muestra el evolutivo de las UAPs de BiE con objetivos individualizados. Este incremento ha sido posible gracias a la estrategia de mejora introducida desde el ED relacionada con el avance escalonado hacia el CGC (ver 2d).

Fig. 9a.18 DESPLIEGUE PG	2002	2003	2004	2005	2006*
% de UAPs en CGC	25%	35%	40%	65%	85%
% de UAPs en Pacto	NA	NA	60%	35%	15%
TOTAL BiE	25%	35%	100%	100%	100%
MEDIA CAPV	25%	46%	59%	79%	ND

La Figura 9.a.19, muestra el % de UAPs en CGC que han cumplido los requisitos de acceso al Sistema de Incentivación en el periodo 2001-2005, lo que implica el cumplimiento de los objetivos del CGC.

Figura 9a. 19 Sistema de Incentivación	2002	2003	2004	2005
% de UAPs de BiE	60%	57%	77%)	55%
% de UAPs de Osakidetza	61%	31%	41%	30%

El resultado de 2005 es debido principalmente al apartado de farmacia (ver figura 9b.1), en la que ha influido de manera decisiva el cambio en el sistema de imputación del gasto antes mencionado.

El número de UAPs que han obtenido incentivos gracias al apartado "Extensión de la Mejora" propio de BiE (ver 3e) es también un resultado de gran relevancia, ya que indica el grado de asunción de Hobekuntza como referente en la gestión a nivel de UAP (ver Fig. 9a.20).

Fig. 9a.20	2003	2004	2005	2006*
Nº de UAPs	3	3	9	2
Objetivo	3	3	>6	>7

9B INDICADORES CLAVE DE RENDIMIENTO DE LA ORGANIZACIÓN

1. RENDIMIENTO UAPS

1.1 CONTRATO de GESTION CLINICA / PACTO de OBJETIVOS

En este apartado se analizan los resultados de cumplimiento de los compromisos en la OP, y del Presupuesto Clínico, requisitos indispensables para considerar cumplidos el PG de la UAP (ver 9a.19) y poder acceder al Sistema de Incentivación.

La evaluación de los resultados económicos se realiza en relación al grado de cumplimiento o incumplimiento del presupuesto global asignado a cada UAP. Este presupuesto Global incluye los gastos variables, dependientes de la actividad del centro, como la farmacia, los RRHH y el mantenimiento.

La figura 9b.1 muestra el % de Unidades de BiE que cumplen los compromisos presupuestarios en cada uno de los apartados, y su comparativa con el conjunto de Osakidetza.

Fig. 9b.1				
Presupuesto Farmacia	2002	2003	2004	2005
% de Unidades de BiE que cumplen sus Compromisos	60%	43%	40%	55%
% de Unidades de Osakidetza que cumplen sus Compromisos	55%	31,57%	ND	ND
Presupuesto RRHH	2002	2003	2004	2005
% de Unidades de BiE que cumplen sus Compromisos	100%	45%	45%	55%
% de Unidades de Osakidetza que cumplen sus Compromisos	64%	56,1%	ND	ND
Presupuesto Funcionamiento	2002	2003	2004	2005
% de Unidades de BiE que cumplen sus Compromisos	60%	60%	85%	85%
% de Unidades de Osakidetza que cumplen sus Compromisos	45%	52,6%	ND	ND

Como se puede observar la gestión presupuestaria de la farmacia es uno de los apartados de más difícil cumplimiento a nivel de BiE y de Osakidetza. En parte, esto es debido al cálculo del presupuesto teórico de las UAPs que refleja las características demográficas de la población, pero no contempla otros factores determinantes del gasto como el estado de salud, el nivel socioeconómico, el acceso a las prestaciones, etc. Las acciones de apoyo de la Unidad de Farmacia citadas en el apartado referido al URM permiten mantener una tendencia sostenida en este apartado.

Hasta el año 2004, el presupuesto en RRHH supone la 2ª causa de dificultad en el cumplimiento a nivel de BiE y la CAPV, mejorándose sus resultados tras los acuerdos sindicales que originaron un incremento de nuevas contrataciones. No ocurre lo mismo con el presupuesto de funcionamiento que en BiE muestra valores favorables, y mejores que en el global de Osakidetza.

1.2 OFERTA PREFERENTE

Los compromisos de OP pactados por BiE con la Delegación Territorial del DS se despliegan en las UAPs a través de los Procesos Asistenciales de Actividades Preventivas, Atención al paciente Crónico e Intervención Comunitaria (ver 5d). Hasta 2003, sólo las UAPs en CGC tenían objetivos individualizados en este apartado, asumiendo el resto de UAPs los objetivos de BiE como Comarca.

La figura 9.b.2 muestra el Grado de cumplimiento de OP en las Unidades de BiE.

Fig. 9b.2 Compromisos OP en CGC	2001	2002	2003	2004	2005
% de UAPs de BiE que Cumplen Compromisos de OP	100%	80%	100%	95%	100%
% de Unidades de Osakidetza que cumplen Compromisos de OP	65%	73%	80%	77%	85%

2. CLAVES

2.1 INDICADORES de ACTIVIDAD

En la figura 9b.3 se presentan los indicadores de seguimiento de la actividad desarrollada por los profesionales sanitarios. Esta información se obtiene a nivel de profesional, pudiéndose detallar a nivel diario, mensual o anual.

Como se puede observar se han cumplido los objetivos de Presión Asistencial y Atención Domiciliaria, manteniéndose una tendencia positiva en el tiempo de atención. Entendemos que estas mejoras están en relación con el incremento de recursos y el esfuerzo organizativo realizado: certificaciones ISO, agendas de calidad, desburocratización de las consultas, incremento de oferta horaria (turnos de tarde,....), etc.

Fig. 9.b.3 ACTIVIDAD		OBJ	2002	2003	2004	2005
Visitas/día	MED	≤ 30	30,4	30	28,2	24,4
	PED	≤ 25	23,5	22,4	23,2	24,2
	ENF	≤ 30	26,4	26	29,1	29,6
Visita Dom / día	MED	≥ 0,60	0,62	0,64	0,68	0,64
	PED	≥ 0,03	0,06	0,1	0,06	0,02
	ENF	≥ 1,2	1,42	1,56	1,36	1,21
Min/visita/día	MED	≥ 10	7,9	8,5	8,5	8,3
	PED	>10	9,7	10,4	11,2	10,3

2.2 OFERTA de SERVICIOS

La Oferta de Servicios de AP pactada con el DS en los CP anuales comprende un total de 127 Servicios, de los cuales, en el año 2006, BiE ya oferta el 91% de ellos en todas sus UAPs, siendo la Comarca con mayor número de servicios ofertados de Bizkaia. Como se puede observar en la figura adjunta, el número de nuevos servicios implantados para el periodo 2001-2005 asciende a 5: Derivación directa a Endoscopias, Fondo de ojo, Atención al inmigrante, Odontología del Deporte, TAO con punción capilar; durante 2006 se implantará la Cirugía Menor. De los 11 servicios no implantados, 9 son de gestión directa de la AE y corresponden a la derivación desde AP a Pruebas Diagnosticas y Servicio de Rehabilitación.

Fig. 9.b.4.					
CARTERA de SERVICIOS	2002	2003	2004	2005	2006*
Objetivo BiE	86.6%	87,4%	89.7%	89.7%	91.3%
% Total Servicios implantados BiE	86,6%	87,4%	89,7%	89,7%	91,3%
% medio de Servicios implantados en las comarcas de Bizkaia	ND	ND	ND	ND	82.6%

2.3 INDICADORES de CALIDAD del SERVICIO

Los principales indicadores de rendimiento clave referentes a la calidad del servicio ofertado como son la: Accesibilidad, Trato, información y la Gestión de Quejas y Reclamaciones han sido presentadas en el criterio 6.

2.4 SISTEMAS DE INFORMACIÓN: USO DE HISTORIA CLÍNICA INFORMATIZADA

En la figura 9b.5 se muestra el % de UAPs que gestionan más del 75% de las HC en soporte informático. Este es un indicador indirecto de la informatización de las consultas y el uso de Hª Clínica Informatizada (ver fig. 9a.14) En 2005 se da el salto por el esfuerzo realizado en la la formación en Osabide (ver fig. 7b.13), lográndose el objetivo.

Fig. 9b.5	2002	2003	2004	2005	2006
% de UAPs BiE	5%	20%	30%	75%	80%
Objetivo BiE	25%	25%	50%	75%	85%

3. MEJORA EN LA GESTIÓN

3.1 SISTEMA de GESTION de la CALIDAD (SGC)

El compromiso de BiE con la implantación de SGC comienza en 2001; en el año 2004, tras la puesta en marcha de Hobekuntza (ver 1e) BiE apuesta definitivamente por la GPP, impulsando la implantación paulatina de los procesos singularizados en el 100% de las UAPs y desarrollando proyectos de certificación OHSAS 18001 en su sistema de prevención de riegos laborales e ISO 9001:2000 en los procesos EC-Fras.(ver 5a). La figura 9b.6 muestra el incremento de los SGC en las UAPs de BiE.

Figura 9b.6					
Sistema de Gestión de Calidad	**2002**	**2003**	**2004**	**2005**	**2006**
Nº de UAP con SGC en AAC certificado	4	5	6	7	7
Nº de UAPs con SGC en Alcance total certificado	-	1	2	3	5
TOTAL UAPS certificadas BiE	20%	30%	40%	50%	60%
% UAPS certificadas Osakidetza	20%	27%	40%	48%	ND

3.2 COMPROMISO CON LA EXCELENCIA

El Compromiso de BiE con la Calidad Total y la adopción del Modelo EFQM como referente ha supuesto la apuesta por la realización de autoevaluaciones como input sistemático de los PGs, ya sean a nivel comarcal o a nivel de UAP, siendo esta última iniciativa pionera entre las Comarcas de Osakidetza. La positivos resultados son consecuencia del PI (ver 3e) y el incremento en formación en gestión (ver 7b.7)

Fig. 9b.7	2003	2004	2005	2006*
% UAPs utilizando Auto evaluación	0	5%	20%	30%
Objetivo	0	5%	10%	20%
C1	0	0%	5%	ND

Asimismo, BiE considera clave el incremento del número de profesionales capacitados para ser evaluadores externos, ya que permite profundizar en los conceptos claves de la gestión con el consecuente impacto en el avance del nuevo modelo de gestión, formando parte del plan LIDERBiE

Fig. 9b.8	2002	2003	2004	2005	2006
Objetivo	1	1	4	8	12
Nº de evaluadores externos	1	1	6	11	15

4. EC-FROS

4.1 CUMPLIMIENTO DEL PAI

En la figura 9b.9 se puede comprobar el importe destinado a las inversiones en BiE y el cumplimiento del PAI. Con el nivel actual de inversiones, BiE mantiene actualizado el equipamiento clínico y mobiliario de los CS pudiendo acometer obras de mejora cada año (ver 4b.2). Resaltar el cumplimiento del 100% del PAI de manera anual.

Fig. 9b.9 Inversiones en €	2002	2003	2004	2005
Propias	479.073	517.425	469.411	430.832
Estratégicas	576.832	327.769	681.464	2.618.856
Informática	255.290	208.307	41.761	150.605
TOTAL Inversiones	**1.311.195**	**1.060.733**	**1.192.637**	**3.200.293**
Cumplimiento PAI	100%	100%	100%	100%
Objetivo	**100%**	**100%**	**100%**	**100%**

4.2 GESTIÓN DE PROVEEDORES / SUMINISTROS

La figura 9b.10 muestra la evolución al cierre del ejercicio del inventario de productos A, que son aquellos de mayor consumo, y el % de los mismos sobre el total de gasto en suministros. Esta figura indica la eficacia en la gestión de productos y, proveedores fruto entre otros aspectos, del control realizado a través de los CM.

Fig. 9b.10	2002	2003	2004	2005
Inventario 31-12	39.619€	86.766€	77.555€	65.278€
% de gasto s/suministros	1.69%	3.28%	2.92%	2.43%

4.3 CONTRATACIÓN ADMINISTRATIVA

Fig. 9b.11	2.001	2.002	2.003	2004	2.005
Expedientes Nuevos					
Fiscalizados	7	8	5	NA	8
Con Incidencia	7	2	4		3
Nº de Incidencias	9	3	6		5
Expedientes prorrogados					
Fiscalizados	3	4	4	NA	7
Con incidencia	3	2	0		4
Nº de Incidencias	3	2	0		6

La figura 9b.11 muestra la adecuación de BiE a la LCAP. En todos los años el informe de intervención ha resultado favorable ya que las incidencias detectadas no tienen la consideración de incumplimientos básicos fijados el el artículo 11.1 del texto refundido de la LCAP. A modo de ejemplo, 10 de las incidencias de 2.005 corresponden a elementos formales como por ejemplo, discrepancias respecto a alguno de los criterios de adjudicación.

5. CONOCIMIENTO

La apuesta por BiE en este sentido es muy importante ya que la difusión del conocimiento y el fomento del aprendizaje son aspectos íntimamente ligados a su Mi. La figura 9b.12 muestra el incremento del número de UAPs con acreditación docente en medicina, enfermería y pediatría, debido sobre todo al impulso de los líderes en este ámbito y a la implicación de los profesionales.

Fig. 9b. 12	2003	2004	2005	2006
UAPs con acreditación en medicina	5	5	5	5
UAPs con acreditación en pediatría	0	0	3	13
UAPs con acreditación en enfermería	20	20	20	20

BILBOKO ESKUALDEA

BiE

HOBEKUNTZA