

**Plan de Calidad  
2003 / 2007**

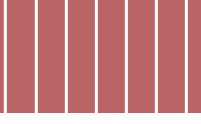
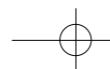
**Estrategia de Mejora**

Osakidetza/Servicio vasco de salud

## Índice

<b>Presentación</b>	5
<b>Introducción</b>	6
<b>Antecedentes</b>	8
<b>Objetivos</b>	9
<b>Ánálisis de situación</b>	10
1. Planes y programas derivados del Plan Estratégico	10
2. Indicadores de rendimiento relacionados con la calidad del servicio	16
3. Autoevaluación de organizaciones de servicio asistenciales y de la organización central	18
4. Encuestas de satisfacción de pacientes	18
5. Sistema de información de quejas y reclamaciones	19
6. Encuestas de satisfacción de personas	19
7. Directrices estratégicas del Departamento de Sanidad	20
8. Contratos-Programa de las organizaciones de servicios con el Departamento de Sanidad	21
9. Ordenación del Sistema Nacional de Salud	22
10. Identificación de mejores prácticas en el entorno sanitario	22
11. Identificación de mejores prácticas en otros entornos	23
<b>Objetivos y programas de actuación para la mejora de la calidad del servicio sanitario</b>	24
1. Mejora de la eficacia y efectividad de las prestaciones sanitarias	24
2. Mejora de la continuidad en la atención	25
3. Mejora de la adecuación en el uso de las prestaciones sanitarias	25
4. Mejora de la seguridad de los pacientes en la asistencia sanitaria	26
5. Mejora de la accesibilidad a las prestaciones sanitarias	27
6. Mejora del trato y de las condiciones hosteleras	28
7. Mejora de la información	28
<b>Objetivos y programas de actuación para la mejora de la calidad de la gestión</b>	30
1. Liderazgo	30
2. Política y estrategia	31
3. Personas	33
4. Alianzas y recursos	34
5. Procesos	36
<b>Comunicación del plan de calidad</b>	38
<b>Estrategia de implantación</b>	38
<b>Organización y evaluación del plan de calidad</b>	38
Referencias y documentación de apoyo	39
Anexo I	41
Anexo II	53
Anexo III	59

EDICIÓN: I<sup>a</sup>, DICIEMBRE 2002  
 TIRADA: 3000 EJEMPLARES  
 © OSAKIDETZA/SERVICIO VASCO DE SALUD  
 ADMINISTRACION DE LA COMUNIDAD AUTONÓMICA DEL PAÍS VASCO  
 INTERNET: [www.osakidetza-svs.org](http://www.osakidetza-svs.org) <<http://www.osakidetza-svs.org>>  
 ISBN :84-89342-20-2  
 DEPOSITO LEGAL: VI-131/02  
 PVP: 6 EUROS (IVA INCLUIDO)



## PRESENTACIÓN

Es para mí una satisfacción presentar este Plan de Calidad 2003-2007, que supone una consolidación de la apuesta por la calidad en Osakidetza/Servicio vasco de salud, apuesta compartida con el Departamento de Sanidad y con el Gobierno Vasco, para el que la calidad es una garantía de la mejora continua de la competitividad en nuestro país.

Muchos de los objetivos y programas de este Plan dan respuesta a directrices estratégicas marcadas por el Departamento de Sanidad, como son: la utilización del modelo EFQM como referente de la calidad en la gestión, la mejora de las garantías al ciudadano en los tiempos de acceso a determinadas prestaciones, la mejora de las políticas de recursos humanos, o el impulso de la participación de los profesionales en la gestión de los procesos, y en la gestión clínica en general.

El Plan de Salud 2002-2010 plantea una serie de objetivos de salud para la población, cuya consecución depende de que las actuaciones de Osakidetza/Servicio vasco de salud, además de ser eficaces, adecuadas y seguras, estén orientadas a las necesidades del paciente, aspectos que son ampliamente desarrollados en este Plan.

Asimismo, el nuevo Plan Estratégico 2003-2007 de Osakidetza/Servicio vasco de salud marca también una serie de objetivos. Este Plan de Calidad incide en muchos de ellos, en la medida en que los clientes, las personas y la mejora continua de los procesos asistenciales, son elementos clave en ambas líneas de trabajo.

Hoy día hemos de plantearnos, además, objetivos de innovación, investigación y desarrollo. Estos son el camino para avanzar en la sociedad actual, "sociedad del conocimiento", tanto más en una empresa de alta tecnología y especialización como es la empresa sanitaria. Desde el Departamento de Sanidad se están poniendo en marcha distintas iniciativas para avanzar en ese camino. Este Plan, que plantea como uno de sus objetivos fundamentales, la mejora en la calidad de la gestión, y apuesta por un modelo de excelencia como es el Modelo EFQM, puede también contribuir a la creación de un clima de aprendizaje e innovación en Osakidetza/Servicio vasco de salud, tal como propone el propio Modelo.

Existen evidencias de que las políticas de calidad mejoran los resultados de las empresas y de las organizaciones. Por ello, me congratulo por esta iniciativa de Osakidetza/Servicio vasco de salud, ya que estoy seguro de que va a ser una herramienta para que pueda seguir mejorando y cumplir su objetivo fundamental, que no es otro que proporcionar a los ciudadanos un servicio sanitario con los mayores niveles de calidad y eficiencia.

Gabriel M<sup>a</sup> Inclán Iríbar  
Consejero de Sanidad del Gobierno Vasco



## INTRODUCCIÓN

La calidad es, hoy día, un paradigma de las actividades laborales. Empresas industriales, de servicios, públicas y privadas, se esfuerzan en poner de relieve la calidad de sus actividades, y aplican para ello todo tipo de herramientas: círculos de calidad, grupos de mejora, orientación al cliente, certificaciones ISO, calidad total, modelo EFQM, etc.

Osakidetza/Servicio vasco de salud no es ajena a todo este movimiento, y en los últimos años hemos llevado a cabo distintas estrategias orientadas a la mejora continua de la calidad. Sin ánimo de pecar de autocaplacencia, hoy podemos decir que algunas de nuestras organizaciones son ejemplo de buenas prácticas en la gestión, y ahí están los reconocimientos otorgados: Certificaciones Iso en un elevado número de organizaciones, premios Q de oro y Q de plata del Gobierno Vasco, además de otras menciones otorgadas fuera de la Comunidad Autónoma. También los ciudadanos nos han demostrado en diversas encuestas de opinión, su valoración positiva de los servicios sanitarios públicos vascos.

Sin embargo, sabemos que seguimos teniendo muchas oportunidades para mejorar. No en vano, una de las mejores definiciones de la calidad es la "mejora continua". Estamos convencidos de que debemos empeñarnos en seguir mejorando. Y el Plan de Calidad 2003-2007 es un instrumento para conseguirlo.

Pretendemos, además, que el avance en calidad sea corporativo. No se trata de tener unas pocas organizaciones excelentes; nuestra visión es que, Osakidetza/Servicio vasco de salud sea reconocida como una "corporación excelente". Reconocimiento de los ciudadanos vascos, de los propios profesionales y también de otras organizaciones de dentro y fuera de la nuestra Comunidad Autónoma, y de Europa.

Este Plan no es tan sólo una declaración de intenciones, hemos planteado una serie de objetivos cuantificados, -ambiciosos en algunos aspectos- en los que la importancia del objetivo y nuestra situación actual nos permitía hacerlo así. En otros casos, las metas planteadas son más modestas, pero es que hemos creído que había que ser realistas, y que dentro de cinco años tendríamos de nuevo la oportunidad para marcarnos nuevos retos. Lo que sí es importante resaltar es que los objetivos marcados son para toda la Corporación, y que no queremos conseguirlos sólo en algunas organizaciones de servicios, queremos que todas se comprometan con el Plan de Calidad y avancen en las áreas planteadas en los cinco próximos años.

Para conseguir lo anterior, se ha establecido un modelo de evaluación y seguimiento del Plan, con la participación de las organizaciones de servicios, coordinado por la Organización Central, que va a contar con el impulso y todo el apoyo necesario de la Dirección General.

El Plan contiene dos tipos de objetivos: mejora de la calidad del servicio sanitario, y mejora de la calidad de la gestión.

Los primeros, hacen referencia básicamente a la calidad técnica y a la calidad percibida. Están orientados al cliente/paciente y pretenden mejorar no sólo la eficacia y adecuación de las prestaciones sanitarias, sino que inciden en otros aspectos fundamentales y profundamente sentidos por los ciudadanos, como son la accesibilidad a los servicios -control de las demoras en la atención- y la seguridad de los pacientes. La continuidad en la atención, el trato, las condiciones hosteleras y la información, son otras dimensiones contempladas en el plan, que tienen una alta incidencia en la percepción positiva que los usuarios puedan tener del servicio sanitario.

El segundo tipo de objetivos, está relacionado con la calidad de la gestión. Entendemos aquí la gestión en su sentido más amplio, abarcando todo aquello que hacemos diariamente para "hacer funcionar" más

y mejor la organización. Esto supone la utilización adecuada de los recursos -materiales, humanos, conocimiento, herramientas- para conseguir el mejor servicio posible. Es en este capítulo, donde tenemos probablemente los mayores retos para transformarnos en una organización moderna, competitiva y excelente en la gestión. En este Plan hay objetivos que solo se conseguirán si Osakidetza/Servicio vasco de salud se orienta también hacia sus personas, se compromete con ellas y se las vincula con el proyecto corporativo. Como señala el Modelo EFQM de calidad total, estos son los caminos para conseguir también un gran número de "líderes" excelentes que hagan avanzar de forma continua la organización.

Los objetivos son numerosos y abarcan muchas áreas de nuestra actividad, lo que resulta coherente con el modelo de referencia para la calidad en la gestión escogido por nuestra organización, que es el Modelo EFQM. Así está también reflejado en el Plan Estratégico 2003-2007 de Osakidetza/Servicio vasco de salud, de forma que los objetivos del Plan de Calidad suponen en la práctica el despliegue de muchas de las líneas estratégicas incluidas en el Plan Estratégico.

Un Plan es siempre el inicio de un camino por andar; pero no sería justo si no reconociese que no partimos de cero, que hay ya un camino recorrido, gracias al entusiasmo y dedicación de muchos profesionales de nuestra organización, que han venido trabajando de forma activa en la gestión de la calidad en los últimos años, y que han participado también en la elaboración del Plan. Con este bagaje, y con el compromiso con la calidad tanto desde el Departamento de Sanidad como desde esta Dirección General, estoy convencido de que vamos a ser capaces de conseguir mejoras en las áreas propuestas en este Plan de Calidad.

Josu I. Garay Ibáñez de Elejalde  
Director General de Osakidetza/Servicio vasco de salud

## ANTECEDENTES

Hace 9 años, en 1993, el Parlamento Vasco aprobó el documento “Osasuna Zainduz – Estrategias de Cambio para la Sanidad Vasca”, abriendo un período de amplio consenso político y social, sobre el valor del sistema sanitario como bien a preservar, desarrollar y mejorar y, como un elemento de gran valor para la cohesión de la sociedad vasca.

Ya en 1992, la calidad asistencial ocupaba un lugar estratégico en la planificación de los servicios sanitarios vascos, y en esa fecha se publica e implanta el Plan Integral de Calidad para centros hospitalarios. En este plan se realiza una integración de las dimensiones clásicas de la calidad asistencial y junto a la calidad técnica, tradicionalmente vivida como un elemento de gran valor para los profesionales, se plantean también como objetivos: la calidad percibida por los usuarios (accesibilidad al sistema, trato, información, respeto...), la calidad en la utilización de los recursos (control de costes y eficiencia), y la disminución de los costes de no calidad (infección nosocomial, complicaciones, errores...).

Con posterioridad, se efectúan planes para otras áreas asistenciales como la salud mental y la atención primaria (Plan Integral de Calidad en Salud Mental y Estrategia para la Mejora Continua en Atención Primaria), implantados ambos en el año 1994.

Mientras tanto, en la sociedad vasca, van surgiendo iniciativas en torno a la calidad como un elemento estratégico para la productividad y competitividad de las empresas del país. Así, junto a otras iniciativas, en 1993 inicia sus actividades Euskalit/Fundación Vasca para la Calidad, financiada y apoyada por una veintena de empresas e instituciones vascas, entre las que se encontraba Osakidetza/Servicio vasco de salud. Entre los objetivos de esta Fundación, estaba la difusión y el apoyo para la implantación de los más modernos enfoques de la calidad como estrategia empresarial. El modelo de gestión de calidad total, promulgado por la European Foundation for Quality Management, pasó a ser un marco de referencia para la calidad en el País Vasco. En torno a él se fueron articulando los prestigiosos Premios Q Plata y Q Oro que otorga el Gobierno Vasco a las empresas que se distinguen por la excelencia en su gestión.

Osakidetza/Servicio vasco de salud no fue ajeno a este movimiento y sus organizaciones comenzaron, a partir de 1995, a formarse y utilizar el modelo de calidad de la EFQM, como marco de referencia para la calidad y mejora continua de los servicios sanitarios. Es de destacar que esta apuesta ha tenido carácter pionero entre las administraciones públicas del País Vasco y, entre los servicios autonómicos del Sistema Nacional de Salud.

En 1997, el Parlamento Vasco aprueba la Ley de Ordenación Sanitaria de Euskadi, que articula la separación funcional de la planificación y la financiación, competencias del Departamento de Sanidad, de la provisión de servicios sanitarios, que queda como competencia de Osakidetza/Servicio vasco de salud, y transformando el Organismo Autónomo en Ente Público de Derecho Privado, marco administrativo que facilita la gestión de sus organizaciones de servicios bajo los principios de autonomía de gestión, flexibilidad, responsabilidad, eficiencia y calidad.

El Plan Estratégico de Osakidetza/Servicio vasco de salud 1998-2002 establece cinco grandes objetivos estratégicos: orientación al cliente, implicación de las personas, calidad total, innovación tecnológica y desarrollo empresarial. Este plan, que ha sido desplegado en las organizaciones de servicios, a través de sus planes estratégicos y de gestión, ha supuesto un avance en las estrategias de calidad y en la propia percepción que los ciudadanos tienen de Osakidetza/Servicio vasco de salud, valorándose muy positivamente en diferentes estudios de opinión, realizados por el Gobierno Vasco.

En el año 2001, se inicia la VII Legislatura del Parlamento Vasco, y entre los objetivos y estrategias marcadas por el Departamento de Sanidad, se encuentran el mantenimiento y la mejora de la calidad de los servicios sanitarios y el avance de las organizaciones en las estrategias de calidad total y excelencia.

A partir de Enero de 2002, se completa el proceso transferencial de los servicios sanitarios que todavía dependían del Insalud hacia las comunidades autónomas. Surgen entonces opiniones técnicas sobre la necesidad de garantizar de forma explícita la calidad de los servicios sanitarios en las distintas comunidades.

Nuestras organizaciones de servicios, en la medida que utilizan como marco de referencia de la política de calidad el modelo EFQM de excelencia, efectúan autoevaluaciones regularmente. De ellas surgen planes de mejora que se integran en los planes de gestión y planes estratégicos, resultando conveniente en el contexto actual plantear de forma explícita los planes y objetivos de mejora de la calidad en el Ente Público Osakidetza/Servicio vasco de salud.

Por todas las razones anteriores, se presenta en este momento un nuevo Plan de Calidad, que teniendo en cuenta las experiencias acumuladas hasta el momento, y la situación actual de la provisión de servicios sanitarios, permite seguir avanzando en las estrategias de calidad, con el fin último de dar a los ciudadanos vascos el mejor servicio sanitario posible, con los recursos que la propia sociedad pone a disposición de Osakidetza/Servicio vasco de salud. Queda señalar por último, que este Plan de Calidad está alineado e integrado con el Plan Estratégico. A su vez, su despliegue en las organizaciones de servicios deberá ser acorde con los propios planes estratégicos y de gestión de éstas.

## OBJETIVOS

Este plan se configura con dos objetivos generales, cada uno de los cuales tiene diferentes objetivos específicos. Teniendo en cuenta que el objetivo final de las actividades de Osakidetza/Servicio vasco de salud, tal como aparece enunciado en su Misión, es proveer los servicios públicos necesarios para satisfacer las necesidades de salud de la población, bajo los principios de universalidad, equidad, solidaridad, eficiencia y calidad, el primer objetivo general de este plan debe ser **la mejora de la calidad del servicio sanitario**.

Las modernas estrategias de calidad han demostrado que para mejorar continuamente la calidad de los servicios o productos finales de las organizaciones, es necesario incidir también en la mejora continua de todos los elementos que configuran una organización (personas, competencias, recursos, sistemas, líderes, planes de gestión...). Este enfoque, junto a la experiencia vivida en Osakidetza con la utilización del Modelo EFQM como marco de referencia, nos conduce a plantear como segundo objetivo general, **la mejora de la calidad en la gestión**.

## ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN

Se realiza basándose en el análisis de las siguientes fuentes de información:

1. Planes y programas derivados del Plan Estratégico
2. Indicadores de rendimiento relacionados con la calidad del servicio
3. Autoevaluación de las organizaciones de servicios sanitarios y de la organización central
4. Encuestas de satisfacción de pacientes
5. Sistema de información de quejas y reclamaciones
6. Encuestas de satisfacción de personas
7. Directrices estratégicas del Departamento de Sanidad
8. Contratos-Programa de las organizaciones de servicios con el Departamento de Sanidad
9. Ordenación del Sistema Nacional de Salud
10. Identificación de mejores prácticas en el entorno sanitario
11. Identificación de mejores prácticas en el entorno no sanitario

### 1. Planes y programas derivados del Plan Estratégico

En el Plan Estratégico de Osakidetza 1998-2002 se establecen 5 grandes objetivos estratégicos: servicio al cliente, implicación del personal, calidad total, desarrollo empresarial y desarrollo tecnológico.

Todos ellos están siendo revisados con motivo de la elaboración del nuevo Plan Estratégico de Osakidetza 2003-2007. Los cinco objetivos referidos tienen relación con los objetivos de este Plan de Calidad, si bien vamos a presentar unas reflexiones únicamente sobre tres de ellos, por su implicación directa con los objetivos planteados en este Plan. Se trata de los objetivos "Servicio al cliente" "Implicación del personal" y "Calidad total".

A continuación se exponen unos breves comentarios sobre el estado de los planes, programas y acciones llevados a cabo en torno a los distintos objetivos específicos derivados de ellos.

#### "SERVICIO AL CLIENTE"

Objetivo específico: **flexibilizar la organización para facilitar de forma progresiva la elección de médico y de centro por parte del paciente/cliente**

Desde el año 1988 está aprobada la libre elección de médico en la zona básica de salud y se permite la elección fuera de la misma si el médico está conforme (Decreto 252/1988, BOPV 7-X-1988).

Por otro lado, en el ámbito de la atención especializada, se permite la libre elección de especialista en uno de los territorios, y se ha flexibilizado en los otros la elección de hospital tanto por el facultativo que deriva al paciente como por parte de éste.

#### "SERVICIO AL CLIENTE"

Objetivo específico: **globalizar el proceso del paciente priorizando su continuidad**

Si bien se han puesto en marcha planes y programas en los últimos años con este objetivo (programa de continuidad de cuidados de enfermería, protocolos conjuntos primaria-especializada, conexión informática de agendas, gestión de procesos multifuncionales en hospitales, hospitalización a domicilio...), existe todavía un amplio margen de mejora en la gestión de las "interfases" del servicio sanitario (primaria-especializada, relación entre centros, relación entre servicios de un mismo centro, etc.)

La continuidad de cuidados de enfermería ha sido un objetivo de calidad durante los últimos años, en el que ha trabajado activamente el personal de enfermería de nuestra Organización, habiéndose avanzado más recientemente en una mejor identificación de las indicaciones de la continuidad de cuidados

El programa de hospitalización a domicilio se ha consolidado también en los últimos años. En el 2002 se ha efectuado la primera encuesta corporativa en este ámbito de atención, habiéndose podido observar la buena valoración que tienen los usuarios de este servicio.

Existe, así mismo, un servicio de atención domiciliaria en atención primaria desarrollado fundamentalmente por el personal de enfermería, siendo de especial interés el seguimiento del paciente crónico domiciliario y el programa consolidado de continuidad de cuidados al alta.

Una estrategia relevante, que incide en la mejora del proceso global del paciente, es la gestión de listas de espera tanto para cirugía programada como para consultas externas y pruebas complementarias. A fecha 1 de Enero de 2002 la demora media de los pacientes en lista de espera quirúrgica era de 57 días.

En cuanto a la situación de la lista de espera de consultas de atención especializada y pruebas complementarias, en la misma fecha, el 70% y el 69% respectivamente de los pacientes de la lista, estaban citados en menos de 30 días.

Esta última situación es un objetivo de mejora, habiéndose planteado que ningún paciente tenga que esperar más de 30 días para una cita de consultas de atención especializada, o pruebas complementarias.

#### "SERVICIO AL CLIENTE"

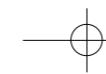
Objetivo específico: **mejorar la atención al paciente**

En esta área, se han efectuado numerosas acciones para mejorar el trato al paciente y las condiciones hospitalarias, estando estos aspectos en general, bien valorados en las encuestas de satisfacción de pacientes.

La información ha sido también objeto de atención, y de hecho es considerada en todas las metodologías de calidad, como uno de los flujos de salida del proceso asistencial.

En los últimos años ha tenido una especial consideración, la mejora de la información al paciente sobre las alternativas terapéuticas y la facilitación de la autonomía del paciente en las decisiones que afectan a su salud. Se han elaborado una guía sobre el consentimiento informado y numerosos documentos específicos de consentimiento para procedimientos especiales. No obstante, este área continúa siendo un área de mejora.

Una de las estrategias desarrolladas que incide en la mejora de la atención al paciente desde el punto de vista de los valores humanos y éticos, ha sido la creación de grupos promotores y comités de bioética en las organizaciones de servicios. En el momento actual existen once grupos de estas características, siete de los cuales están acreditados por el Departamento de Sanidad.



Estos grupos han jugado un papel fundamental en la difusión de los valores asociados a la práctica del consentimiento informado. Otra de las áreas de mejora en este objetivo es la elaboración de documentos específicos de información sobre determinados procedimientos o enfermedades, guías sobre la cartera de servicios, etc.

#### **“SERVICIO AL CLIENTE”**

Objetivo específico: **evaluar de manera permanente la satisfacción del cliente**

Este objetivo ha sido tratado con especial atención en los últimos años así:

Disponemos de diez encuestas corporativas para pacientes en distintos ámbitos de atención, que se efectúan regularmente, algunas con carácter anual y otras bienal o trienalmente.

La gestión de quejas, reclamaciones, agradecimientos y sugerencias ha sido una actividad desarrollada en las organizaciones de servicios de las que se ha obtenido información sobre la satisfacción de los pacientes. Durante el año 2001, se ha puesto en marcha un nuevo sistema corporativo de información sobre las quejas y reclamaciones de todas las organizaciones de servicios.

Por otro lado, el punto de vista del paciente, obtenido mediante grupos focales u otras técnicas, ha sido incorporado de forma sistemática mediante la metodología de gestión de procesos, que está siendo implantada progresivamente en los centros.

Del análisis de la información generada mediante las herramientas anteriores, se desprenden puntos fuertes a mantener y áreas de mejora, que son abordadas más adelante.

#### **“SERVICIO AL CLIENTE”**

Objetivo específico: **avanzar en la definición del espacio socio-sanitario**

Se han dado pasos para abordar de forma multidisciplinar este objetivo. Existen distintas iniciativas desde el Departamento de Sanidad, Osakidetza y otras instituciones, a través de las cuales se intenta mejorar la coordinación y definición de las prestaciones sociosanitarias, y establecer los ámbitos de responsabilidad de las mismas.

Este área ha de abordarse con interés en nuestro sector, teniendo en cuenta el incremento previsible de población mayor y la necesidad de abordar acciones conjuntas con otras Instituciones y Organismos, encaminadas a paliar los efectos del envejecimiento en la salud y la calidad de vida en general.

#### **“IMPLICACIÓN DEL PERSONAL”**

Objetivo específico: **realizar una gestión integrada de las competencias y de los recursos**

La implantación del sistema informático Gizabide, desde el año 1998, ha permitido mejorar la información sobre los recursos humanos disponibles y mejorar y agilizar su gestión.

Si bien se han realizado diversas iniciativas orientadas a la mejora de la planificación de personas con arreglo a las necesidades, su sistematización continúa siendo un área de mejora.

Se han efectuado también avances en el acercamiento de la selección de las personas a las organizaciones de servicios, como es el caso de la oferta pública de empleo 2002, atendiendo a los principios de igualdad, mérito y capacidad que rige la provisión del empleo público.

#### **“IMPLICACIÓN DEL PERSONAL”**

Objetivo específico: **potenciar el desarrollo de líderes de gestión en los diferentes niveles de responsabilidad**

El Programa de Formación Continuada incluye entre sus actividades un curso de gestión sanitaria dirigido a mandos y líderes de la organización, por el que han pasado hasta el momento un 2% de los profesionales de Osakidetza/Servicio vasco de salud.

Los resultados de este programa son revisados periódicamente, lo que junto al procedimiento anual de detección de necesidades, permite la introducción de las adaptaciones y mejoras necesarias. La satisfacción global de los participantes en este programa, obtenida en las últimas ediciones, es del 86%.

#### **“IMPLICACIÓN DEL PERSONAL”**

Objetivo específico: **potenciar la adhesión del personal a Osakidetza/Servicio vasco de salud y alcanzar niveles de satisfacción y de motivación suficientes**

Varias organizaciones de servicios han estado trabajando de forma intensa, en los últimos años, en la motivación y satisfacción de las personas como uno de los elementos clave del modelo de gestión de calidad total de la EFQM. Un instrumento fundamental, en esta área, es el sistema de medición de la percepción de las personas sobre estos aspectos.

Después de la implantación de diversas iniciativas en los centros, en el año 2001, se ha elaborado un procedimiento corporativo que permite disponer de indicadores válidos y comparativos entre las diferentes organizaciones, lo que facilita la detección de áreas de mejora.

Quedan todavía muchos aspectos por abordar en relación con este objetivo, aspectos de la gestión de las personas que inciden en la satisfacción y motivación tales como el sistema de incentivos, de reconocimiento, de promoción personal, etc.

Se han dado algunos pasos en la implantación de un sistema de incentivos, vinculados generalmente a los proyectos de gestión clínica. Así, en Atención Primaria, existe desde el año 2000 un sistema de incentivos vinculado a la obtención de resultados en las Unidades de Gestión Clínica.

#### **“IMPLICACIÓN DEL PERSONAL”**

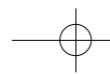
Objetivo específico: **establecer un plan de formación continua para todo el ente**

Existen diversos planes de formación continua en la organización central y en las organizaciones de servicios. Si bien se va progresando en la integración de los planes de formación, estos adolecen todavía de tener una orientación excesivamente estamentaria en algunos casos.

Otro aspecto a mejorar es la evaluación de la efectividad de los planes de formación, es decir, el impacto de la formación impartida en las capacidades de las personas y en su motivación para el trabajo, tal como es contemplado en este objetivo específico.

Este objetivo plantea también, el desarrollo de un plan de normalización del uso del Euskera, que se está llevando a efecto, en colaboración con la Viceconsejería de Política Lingüística del Departamento de Cultura del Gobierno Vasco.





#### “IMPLICACIÓN DEL PERSONAL”

Objetivo específico: **generar vías de comunicación interna entre los distintos niveles de la organización**

Si bien se han llevado a cabo diversas iniciativas, entre las que destacan el desarrollo del portal corporativo, la extensión de las facilidades para la comunicación electrónica a través de la intranet, o la edición de revistas periódicas de comunicación en los centros, ésta es un área habitualmente detectada como de mejora en diferentes evaluaciones.

#### “IMPLICACIÓN DEL PERSONAL”

Objetivo específico: **establecer cauces de colaboración y participación sindical**

En los últimos años, se han establecido canales estables de comunicación con la representación sindical, lo que ha facilitado la integración y el equilibrio entre los intereses de las personas, los de Osakidetza/Servicio vasco de salud, y la corresponsabilidad de las personas en los resultados de la organización.

#### “IMPLICACIÓN DEL PERSONAL”

Objetivo específico: **considerar la docencia como un factor de motivación de los profesionales**

En este objetivo, se plantea una mejora de las estructuras de gestión de la formación de pregrado y postgrado. Si bien en la formación de postgrado, básicamente programa MIR y homólogos, las estructuras de apoyo se han ido asentando a fin de dar respuesta a los requerimientos de acreditación docente, la formación de pregrado, fundamentalmente la médica, sigue adoleciendo de una integración adecuada en las actividades de Osakidetza/Servicio vasco de salud.

#### “CALIDAD TOTAL”

Objetivo específico: **promover un cambio cultural hacia la calidad total en todos los ámbitos y centros de Osakidetza/Servicio vasco de salud**

Más del 90% de las organizaciones de servicios de Osakidetza/Servicio vasco de salud utilizan el modelo EFQM como herramienta de gestión. La tercera autoevaluación fue efectuada en 2000-2001 por el 100% de los hospitales, el 86% de las comarcas de atención primaria y el 66% de otras organizaciones de servicios. Una organización ha obtenido la Q de Oro del Gobierno Vasco, tres organizaciones han obtenido la Q de plata y otras doce tienen el Diploma de Compromiso con la Excelencia. En la actualidad, el 50% de las organizaciones de servicios de Osakidetza/Servicio vasco de salud han recibido algún tipo de reconocimiento por su compromiso con la calidad total.

En el año 2000, se implantó por primera vez, un programa de formación/acción para la autoevaluación con el modelo EFQM, de los servicios y unidades, programa que ha continuado durante los años 2001 y 2002, con una buena valoración por parte de los servicios participantes. En el momento actual han recibido esta formación, aproximadamente unos 180 profesionales de sesenta servicios/unidades.

Por otro lado, el Programa de Formación Continuada ha incluido durante los últimos diez años diversos módulos de formación en calidad por los que han pasado un gran número de profesionales. La mayor parte de los módulos de este Programa son impartidos por profesionales de Osakidetza/Servicio vasco de salud, expertos en técnicas de calidad.

Hay que resaltar también que sesenta y ocho profesionales de Osakidetza/Servicio vasco de salud son miembros del Club de Evaluadores de Euskalit (11% del total de evaluadores de dicha organización), que actúan como consultores de apoyo en las autoevaluaciones de las organizaciones de servicios, servicios y unidades y en la elaboración de memorias de organizaciones que se presentan a evaluación externa.

Como reflexión final de este apartado, puede decirse que, la filosofía de la calidad total ha calado en Osakidetza/Servicio vasco de salud, a nivel de los equipos directivos y otros profesionales vinculados con la gestión. El despliegue hacia el resto de las personas de la organización es variable según los centros, constituyendo un área de mejora en la mayoría de ellos.

#### “CALIDAD TOTAL”

Objetivo específico: **sistematizar los métodos de garantía y mejora continua de calidad en todos los centros y servicios/equipos de Osakidetza/Servicio vasco de salud**

Una de las herramientas que contribuye a sistematizar los métodos de garantía y mejora continua de la calidad son los compromisos de calidad contenidos tanto en el contrato-programa, como en los contratos de gestión clínica.

Es de destacar la evolución experimentada por los contratos-programa desde el año 1998; en este momento, además de indicadores globales de calidad (de calidad percibida, calidad técnica y seguridad del paciente), incluyen procesos singularizados, relacionados con los objetivos del Plan de Salud, tanto a nivel de atención primaria como de atención especializada.

La metodología de gestión de procesos ha sido difundida en nuestra organización, y constituye uno de los módulos del programa de formación continuada en calidad. Además, desde el año 1999, se han llevado a cabo dos proyectos de investigación, con financiación del Fondo de Investigaciones Sanitarias, que han permitido avanzar en el conocimiento de la estructura de procesos, tanto a nivel de atención primaria, como de atención especializada. El conocimiento adquirido se ha reflejado en varias publicaciones corporativas sobre el tema.

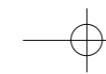
En cuanto a la utilización de sistemas homologados de garantía de calidad, tipo ISO, se ha avanzado desde el año 1999. En este momento, están certificados con la norma ISO 9001:2000, las Áreas de Atención al Cliente de 30 centros de salud pertenecientes a todas las Comarcas de Atención Primaria, encontrándose planificada su extensión progresiva a otros centros de salud. El Centro Vasco de Transfusiones y Tejidos Humanos está también certificado.

En el ámbito de la atención hospitalaria, ha habido distintas iniciativas, y en este momento, un total de cinco hospitales tiene certificado el sistema de gestión de la calidad de algunas de sus unidades. Se encuentra también en marcha un proyecto para extender la certificación ISO en algunos servicios generales y centrales de los hospitales, proyecto en el que participan todos los hospitales de la red.

Las características de la nueva Norma ISO 9000:2000, basada en la gestión por procesos, hacen que la certificación se convierta en una estrategia, que facilita el despliegue de la gestión por procesos en los centros sanitarios. Las experiencias recientes con la nueva Norma están siendo, en general, bien valoradas por los profesionales sanitarios, que ven como su participación y sus conocimientos son imprescindibles para la mejora.

Este despliegue enfrenta a la Organización a nuevos retos, como es la facilitación de sistemas para la obtención de “indicadores de proceso”, de la forma más automatizada posible. Tanto la acreditación por parte del Departamento de Sanidad como la homologación de proveedores son dos temas pendientes, que si bien fueron incluidos en el Plan Estratégico, no han sido todavía desarrollados.

Como reflexión final, de este apartado, es de destacar que, a pesar de las iniciativas desarrolladas ya comentadas es necesario seguir avanzando en el despliegue de la implantación de métodos de garantía y mejora continua de la calidad, siendo ésta una estrategia básica para aumentar la implicación de los profesionales en la mejora continua de la calidad.



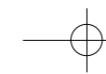
## 2. Indicadores de rendimiento relacionados con la calidad del servicio

Exponemos a continuación una serie de indicadores de calidad de los dos últimos años concluidos:

ATENCIÓN PRIMARIA		
	2000	2001
Disponibilidad	minutos por visita medicina de familia	7,6
	minutos por visita pediatría	10,4
Farmacia	coste/TIS (euros)	133,41
	% envases EFG	2,04
Derivaciones/100TIS/año		28,4
Informatización	% consultas informatizadas	53
	% AAC informatizadas	80
Programa asistencia dental infantil	% niños libres de caries a los 14 años	47,85
	% cobertura	60,5
HOSPITALES DE AGUDOS		
	2000	2001
Estancia media (días)	6,14	6
Reingresos (%)	5,65	5,86
Mortalidad (%)	3,25	3,22
Necropsias (%)	7,46	6,76
Cesáreas (%)	13,13	12,89
CMA en hospital de día quirúrgico sobre cirugía mayor programada total (%)	34,07	35,91
Demora media de la lista de espera quirúrgica (días)	57,1	53,7
Pacientes de la lista de espera de consultas citados en menos de 1 mes (%)	63,14	65,79
Pacientes de la lista de espera de pruebas complementarias citados en menos de 1 mes (%)	65,29	67,82
Infección nosocomial	prevalencia de pacientes (%)	6,3
	incidencia inf. quirúrgica prótesis cadera (%)	1,8
	incidencia inf. quirúrgica prótesis rodilla (%)	2,4
	incidencia inf. quirúrgica prostatectomía (%)	9,4
	incidencia inf. quirúrgica cirugía colon (%)	20,3
Pacientes con úlceras postingreso hospitalario (%)	0,62	0,84
Proceso de atención de enfermería (% aplicación criterios de buena práctica)		66,80
Coordinación continuidad de cuidados (global de red) (%)	71,4	64
Gasto farmacéutico/paciente ingresado (euros)	149,98	165,53
Costes (euros)	alta	2.593,18
	proceso de consultas	237,26
	urgencia no ingresada	79,72

HOSPITALES DE MEDIA Y LARGA ESTANCIA		
	2000	2001
Estancia media (días)	22,46	23,20
Mortalidad (%)	15,87	14,39
Pacientes de la lista de espera de consultas citados en menos de 1 mes (%)	100	76,27
Pacientes de la lista de espera de pruebas complementarias citados en menos de 1 mes (%)	25,25	53,33
Infección nosocomial	prevalencia de pacientes (%)	10,1
Proceso de atención de enfermería (% aplicación criterios de buena práctica)		56,71
Coordinación continuidad de cuidados (global de red) (%)	71,4	64
Gasto farmacéutico / paciente ingresado (euros)	180,86	161,44
Costes (euros)	alta	3.978,65
	proceso de consultas	298,96
	urgencia no ingresada	113,51

ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA Y SALUD MENTAL		
	2000	2001
Unidades de agudos	estancia media (días)	15,3
	reingresos < 1 mes (%)	7,35
	suicidios (%)	0,02
	altas informadas (%)	86,73
Unidades de media estancia	estancia media (días)	69,12
	reingresos (%)	11,64
	altas informadas (%)	86,65
Unidades de rehabilitación	estancia media (días)	120,2
Salud mental extrahospitalaria adultos	altas (%)	19,10
	altas voluntarias y administrativas (%)	5,91
Salud mental extrahospitalaria infanto-juvenil	altas (%)	27,85
	altas voluntarias y administrativas (%)	8,71



#### OTROS PROGRAMAS DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA

		2000	2001
Plan de prevención y control del SIDA	fallecidos por año	96	65
	casos diagnosticados por año	203	142
	pacientes en tratamiento antirretroviral	3.141	3.452
Programa detección precoz cáncer de mama	participación (%)	76,7	71,9
	tasa detección (por mil)	4,1	3,4
	tumores mínimos (%)	43,3	46,5
	tratamiento quirúrgico conservador (%)	77,6	80,6
Programa de donación y trasplantes	donantes reales de órganos (por millón de personas)	50,2	40,7
	negativas familiares en donantes de órganos (%)	13	13,5
	demora para trasplante de riñón (mediana) (meses)		10
	demora para trasplante de hígado (mediana) (meses)		5
Programa de transfusión y tejidos humanos	donantes activos de hemoderivados (por mil habitantes)	25	26
	donaciones de hemoderivados (por millón de habitantes)	44	45

### 3. Autoevaluación de las organizaciones de servicios sanitarios y de la organización central

Desde finales del año 1996, las organizaciones de servicios de Osakidetza/Servicio vasco de salud han efectuado, bienalmente, autoevaluaciones con el modelo EFQM. El tercer proceso general de autoevaluación, tuvo lugar en el 2000-2001, siendo las áreas de mejora priorizadas las siguientes:

1. Plan de comunicación
2. Satisfacción del personal (diseño e implantación de encuestas, gestión de quejas y sugerencias)
3. Gestión por procesos (mapa, gestión de procesos)
4. Satisfacción de clientes (diseño de encuestas, implantación, análisis de encuestas, acciones de mejora)
5. Plan estratégico de formación
6. Plan estratégico (divulgación, realización, revisión)
7. Identificación de mejores prácticas
8. Desarrollo del portal corporativo

### 4. Encuestas de satisfacción de pacientes

En el momento actual, existe un sistema corporativo de información sobre la satisfacción de los pacientes y usuarios, efectuándose anualmente encuestas en los siguientes ámbitos de atención: hospitalización de agudos, urgencias hospitalarias, consultas externas hospitalarias, hospitalización de media y larga estancia y atención primaria. Con periodicidad bienal se realizan las siguientes encuestas: hospital de día quirúrgico, hospitalización a domicilio, salud mental extrahospitalaria, hospitalización pediátrica y programa de detección precoz del cáncer de mama. Está prevista la implantación, en un futuro próximo, de una encuesta para hospitalización psiquiátrica de agudos.

En el Anexo I, se recogen las distintas áreas exploradas por las encuestas, clasificadas según sus resultados en: áreas de excelencia (respuestas positivas superiores al 95%), áreas fuertes (respuestas positivas entre 90% y 95%), áreas con oportunidades de mejora (respuestas positivas entre el 80 y el 90%) y áreas que requieren mejora (respuestas positivas inferiores al 80%). Dentro de estas áreas aparecen sombreadas aquellas dimensiones más valoradas por los pacientes; lo que significa, que deben ser priorizadas tanto en el caso de que por su valoración sean áreas fuertes o áreas de mejora.

### 5. Sistema de información de quejas y reclamaciones

Durante el año 2001 se ha puesto en marcha un nuevo sistema corporativo de información de quejas y reclamaciones de los usuarios de Osakidetza/Servicio vasco de salud, que nos permite avanzar en la identificación de áreas de mejora de la atención. Exponemos a continuación los datos más relevantes obtenidos ese año:

Se han contabilizado un total de 12.485 quejas y 13.370 reclamaciones. De la gestión de las mismas, cabe destacar que el 85,65% han sido respondidas en menos de 30 días y la demora media de la respuesta ha sido de 14,87 días.

La causa más frecuente de las reclamaciones son las listas de espera/demora (27,06%), seguido de problemas de organización/coordinación (26,55%), situándose en tercer lugar, los aspectos relacionados con la asistencia sanitaria propiamente dicha (16,48%).

Se han identificado además, una serie de áreas de mejora del propio sistema de información, que se están abordando a lo largo del año 2002, como son la homogeneización de los contenidos de la información referente a los conceptos quejas, reclamaciones y motivos, y la unificación de criterios para la recogida de los indicadores propuestos.

Al mismo tiempo, durante este año, el Departamento de Sanidad ha iniciado un proyecto con objeto de coordinar, conjuntamente con las organizaciones de servicios de Osakidetza/Servicio vasco de salud, la respuesta a las quejas y reclamaciones de los ciudadanos, en relación con las prestaciones sanitarias.

Paralelamente se ha analizado durante el año 2001, la opinión de los usuarios vertida en la prensa, y se han obtenido los resultados que se exponen a continuación:

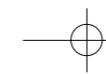
Se contabilizaron, durante ese año, un total de 64 quejas/reclamaciones, frente a 62 agradecimientos. El 43,75% de las quejas y reclamaciones hacían referencia al ámbito de la atención especializada y un 28,12% a la atención primaria. Los motivos principales, 45,31% correspondían a problemas de organización/coordinación, siguiendo con una frecuencia del 18,75% aspectos relacionados con la hostelería e instalaciones.

El 91,93% de los agradecimientos en prensa correspondían a la atención especializada, hecho que está en relación con una mayor gravedad percibida por los usuarios en la hospitalización que en la atención primaria. El motivo principal de agradecimiento era el trato personal (95,16%), lo que confirma la importancia que los pacientes otorgan al trato en la asistencia sanitaria, aspecto referido como el más positivo en las encuestas de satisfacción.

### 6. Encuestas de satisfacción de personas

Si bien en los últimos años, algunas organizaciones de servicios habían efectuado estudios sobre la percepción de los trabajadores sobre la organización y sus condiciones laborales, es en el año 2001 cuando Osakidetza/Servicio vasco de salud implanta un procedimiento corporativo para la evaluación periódica de la motivación y satisfacción de las personas.

Es a partir de este momento cuando la homogeneización de la metodología permite un análisis más profundo y robusto sobre este tema.



Las encuestas de satisfacción efectuadas, durante el año 2001 y el primer semestre del 2002, en nueve organizaciones de servicios, han permitido el análisis de doce dimensiones relacionadas con la motivación y la satisfacción de las personas.

El Anexo II, incluye un resumen de los resultados de la encuesta de satisfacción de personas 2001-2002. Los datos se presentan de forma agregada para el total de la red, segmentados por tipología de organización (hospitales generales, hospitales monográficos, hospitales comarcales y atención primaria) y por grupo profesional (facultativos, sanitarios no facultativos y no sanitarios). Las doce dimensiones globales que contiene la encuesta se agrupan según el % de satisfacción alcanzado en: áreas excelentes (>65%), áreas fuertes (entre 50 y 65%), áreas con oportunidades de mejora (entre 35% y 50%) y áreas que requieren mejora (<35%).

Junto al grado de satisfacción se pregunta a las personas por la importancia que ellas atribuyen a cada una de las dimensiones, lo que también se incluye en el Anexo II. Mediante el cruce, entre esta valoración y la satisfacción, las dimensiones se clasifican en: prioridades de mejora (áreas con satisfacción escasa pero que son muy valoradas), áreas de mejora (satisfacción escasa con baja incidencia en la misma), áreas a revalorizar (satisfacción alta con baja incidencia en la misma) y áreas a mantener (satisfacción alta y al mismo tiempo dimensión muy valorada). Los resultados así clasificados obtenidos en 2001-2002 son los siguientes:

#### **Prioridades de mejora**

- Formación
- Reconocimiento
- Retribución

#### **Áreas de mejora**

- Participación
- Organización y gestión del cambio
- Comunicación
- Conocimiento e identificación con objetivos
- Percepción de la Dirección

#### **Áreas a revalorizar**

- Relación mando-colaborador

#### **Áreas a mantener**

- Condiciones de trabajo
- Promoción y desarrollo profesional
- Clima de trabajo

La encuesta incluye también, una serie de preguntas sobre la percepción de la Corporación y la implantación de valores corporativos, (Ver Anexo II). El valor corporativo mejor considerado es "la organización del trabajo para dar el mejor servicio al cliente". El ítem peor valorado es la receptividad de la Dirección de Osakidetza/Servicio vasco de salud. La "calidad del servicio prestado a los usuarios" es valorada positivamente por un 78,4% de las personas.

## **7. Directrices estratégicas del Departamento de Sanidad**

Tanto en la comparecencia del Consejero de Sanidad en el Parlamento Vasco al inicio de la presente legislatura, como en sucesivas intervenciones ante directivos de Osakidetza/Servicio vasco de salud, desde el Departamento de Sanidad se han lanzado una serie de líneas estratégicas y programas de acción, con las cuales debe coordinarse y alinearse este Plan de calidad. De una forma sintética las líneas estratégicas marcadas son las siguientes:

**1. Mejorar la coordinación y la implicación en las actuaciones del Ente Osakidetza/Servicio vasco de salud con los objetivos del Plan de Salud, cuya actualización se ha efectuado en el año 2002**

**2. Impulsar desde el Departamento de Sanidad los contratos-programa como órgano fundamental en las relaciones con Osakidetza/Servicio vasco de salud. Este instrumento contiene un apartado de calidad cuya mejora, tanto en su enfoque como en su seguimiento, debe redundar en un incremento de la calidad del servicio sanitario y del cumplimiento de los objetivos del Plan de Salud**

**3. Rediseño del enfoque de la gestión clínica con el objetivo de mejorar la participación, la autonomía y la responsabilidad de los profesionales**

**4. Políticas de recursos humanos orientadas a la mejora en la selección y provisión de personal, a una mayor descentralización y a mejorar el reconocimiento y la incentivación**

**5. Modelo EFQM como referente de la calidad en la gestión**

**6. Mejora de la calidad de los servicios sanitarios, a través de una mejora de la gestión de los procesos asistenciales y la implicación de los profesionales**

**7. Redefinición de los derechos y deberes de los ciudadanos en relación al Sistema Sanitario Vasco, incluyendo la determinación de "tiempos máximos tolerables de demora" para determinadas prestaciones**

**8. Articulación de un modelo sociosanitario que de respuesta a las necesidades planteadas en esta área**

**9. Mejora de la prescripción y racionalización del gasto farmacéutico**

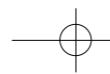
**10. Desarrollo de políticas de investigación, innovación y desarrollo orientadas, fundamentalmente, a garantizar el buen uso de la tecnología y la incorporación adecuada de los nuevos avances médicos**

## **8. Contratos-programa de las organizaciones de servicios con el Departamento de Sanidad**

El contrato-programa es un acuerdo financiero entre el Departamento de Sanidad y las organizaciones de servicios de Osakidetza/Servicio vasco de salud que permite a éstas su financiación y gestión. Desde su instauración, el contrato-programa ha evolucionado en todos sus apartados, y especialmente el referido a la calidad.

Tanto en el ámbito de la atención primaria como en el de la atención especializada, las condiciones de calidad incluyen una serie de compromisos generales que hacen referencia a la calidad percibida, la calidad técnica y la seguridad del paciente. Además, se han ido estableciendo progresivamente compromisos relacionados con los objetivos del Plan de Salud, orientados a la denominada oferta preferente de la atención primaria (tabaquismo, hipertensión, diabetes, etc.) y a los denominados procesos singularizados de la atención especializada (cáncer, cataratas, prótesis de cadera, etc.).

La evaluación de estos acuerdos contractuales se efectúa, mediante sistemas de auditoría interna o externa, que no siempre se apoyan en sistemas automáticos de información, constituyendo este aspecto un área de mejora para la evaluación de la calidad de los servicios.



## 9. Ordenación del Sistema Nacional de Salud

A comienzos del año 2002, han finalizado las transferencias en materia sanitaria desde el Ministerio de Sanidad a las Comunidades Autónomas cuya provisión de servicios sanitarios dependía del Insalud. Una vez finalizado este proceso de transferencias, desde el Ministerio de Sanidad y Consumo se plantea un sistema de coordinación, que, entre otros objetivos, garantice la calidad y la equidad en las prestaciones sanitarias dentro de las distintas Comunidades Autónomas. En este marco, la existencia de un Plan de Calidad específico para Osakidetza/Servicio vasco de salud, que tiene en cuenta su situación actual y su visión de futuro, es una herramienta más para garantizar ante terceros la calidad de los servicios sanitarios públicos, que se prestan en Euskadi.

En Enero de 2002, la Comisión para la Mejora de la Seguridad y de la Calidad en el Sistema Nacional de Salud, dependiente del Consejo Interterritorial aprobó un documento titulado "Documento de bases para el desarrollo de un plan de calidad para el Sistema Nacional de Salud".

Este documento plantea los valores que debieran orientar las políticas de calidad en el Sistema Nacional de Salud y que son los siguientes:

- Cobertura universal y pública
- Equidad y solidaridad
- Igualdad efectiva en el acceso a las prestaciones sanitarias
- Ética y humanismo
- Ciudadano como centro del sistema
- Búsqueda de la innovación y de la generación de valor añadido

El documento citado finaliza afirmando que "cada Comunidad Autónoma articulará las estructuras necesarias para el cumplimiento de las funciones de políticas de calidad que sean de su competencia. De acuerdo con este punto, en su momento se podrán establecer mecanismos de coordinación entre dichas estructuras, que impulsen el desarrollo del Plan de Calidad (del Sistema Nacional de Salud) y que respeten al máximo las competencias, iniciativas y experiencias de las Comunidades Autónomas, en relación a la mejora de la calidad de la asistencia."

## 10. Identificación de mejores prácticas en el entorno sanitario

Cataluña fue la primera comunidad autónoma que implantó un programa de acreditación de centros sanitarios, en revisión actualmente, intentando alinear los criterios de acreditación sectoriales con los de entidades homologadas internacionalmente, como la ISO o la EFQM.

La Consejería de Salud de la Junta de Andalucía aprobó, en el año 2000, un plan de calidad, una de cuyas líneas más interesantes e innovadoras es la gestión de procesos interniveles, de la cual se ha publicado recientemente una guía de diseño y mejora continua de procesos asistenciales, cuya metodología está siendo implantada en una serie de procesos priorizados, con atención preferente a la continuidad en la atención. Con esta visión estratégica, han planteado un proceso de acreditación, basado en la evaluación de los procesos asistenciales.

El Insalud ha venido desarrollando en los últimos años contratos-programa con compromisos en calidad, y distintas iniciativas para compartir la información y facilitar el benchmarking entre sus centros.

Al completarse las transferencias sanitarias, muchas comunidades autónomas están inmersas en un proceso de puesta en marcha de políticas de calidad apropiadas su ámbito.

La utilización de indicadores permite medir el grado de consecución de los objetivos, dentro de la política de calidad sanitaria. Existen diversas iniciativas en países desarrollados, para proveer a los servicios sanitarios de indicadores de la atención que sean relevantes, sensibles, específicos y factibles.

Los indicadores que se plantean, en general, hacen referencia a cuatro dimensiones: seguridad, efectividad, atención al paciente y accesibilidad. Son interesantes los proyectos de Dinamarca y Suecia, en la medida en que están dando lugar a registros nacionales sobre ámbitos específicos de atención y procesos asistenciales concretos.

En Suecia, las áreas propuestas, que están siendo objeto de desarrollo para su medición, mediante registros nacionales son las siguientes:

- Diabetes Mellitus
- Enfermedad coronaria
- Accidente cerebrovascular
- Artritis reumatoide
- Atención psiquiátrica
- Enfermedades musculoesqueléticas
- Cáncer
- Atención primaria
- Atención quirúrgica
- Cuidados paliativos
- Atención a la infancia y adolescencia
- Cuidado prenatal
- Atención obstétrica y ginecológica
- Atención a la demencia
- Atención dental
- Oftalmología

Estos sistemas de indicadores están basados, en gran medida, en el establecimiento de registros específicos por especialidad, para procesos seleccionados.

Existen también otros enfoques, con una visión más estratégica, que inciden en el uso de modelos de calidad total. Son relevantes en este sentido las experiencias en Holanda y Alemania, donde el uso del modelo EFQM como herramienta de gestión, ha adquirido un gran desarrollo, debido en gran medida al apoyo institucional.

## 11. Identificación de mejores prácticas en otros entornos

Fuera del ámbito sanitario, existen experiencias de mejora en la calidad de la gestión, que bien pudieran ser de interés para el sector sanitario.

Estas experiencias pueden ser fácilmente identificadas, a través de la consulta de memorias de organizaciones galardonadas por su excelencia en la gestión, tanto en Euskadi, como en España o la Unión Europea. Las áreas que pueden ser objeto de benchmarking son las siguientes:

- Gestión del liderazgo
- Planificación estratégica y cuadro de mando integral
- Gestión de personas (competencias, evaluación del desempeño, reconocimiento, implicación)
- Descentralización y autonomía de gestión (unidades de negocio, minicompañías y minifábricas)
- Gestión de la tecnología y del conocimiento
- Desarrollo de alianzas
- Gestión de procesos

## OBJETIVOS Y PROGRAMAS DE ACTUACIÓN PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD DEL SERVICIO SANITARIO

Hoy día existe un amplio consenso sobre las dimensiones que configuran la calidad de los servicios sanitarios, y que se corresponden con las expectativas y necesidades de los usuarios, de los profesionales, y de las empresas financieras y/o aseguradoras (en nuestro caso el Departamento de Sanidad). Los objetivos específicos del Plan de Calidad en este apartado, se articulan en torno a las siguientes dimensiones:

- Eficacia/efectividad
- Adecuación
- Seguridad
- Accesibilidad
- Continuidad de la atención
- Trato y hostelería
- Información

La efectividad de este enfoque se evaluará en función del impacto sobre la percepción de la calidad del servicio por los usuarios, por el Departamento de Sanidad, por los propios profesionales y por agencias independientes de evaluación.

### 1. Mejora de la eficiencia y efectividad de las prestaciones sanitarias

1. Desarrollo consensuado con los profesionales de guías de práctica clínica, con especial atención a los procesos asistenciales interniveles
2. Promover y sistematizar métodos de autoevaluación y mejora de la eficacia y efectividad en los procesos asistenciales
3. Aplicación de herramientas de mejora, como la gestión de procesos o la certificación ISO a los procesos asistenciales
4. Evaluación y mejora del proceso de atención de enfermería

Indicadores	Fuente	Actual	Objetivos 2007
Percepción positiva de la capacitación y medios técnicos por los usuarios de los servicios sanitarios	Encuesta pacientes	96,2%	96%
Porcentaje de cumplimiento del nivel máximo de requisitos técnicos (contrato-programa)	Evaluación contrato-programa	56% en atención primaria	60%
Porcentaje de servicios/unidades asistenciales, con actividades regulares de autoevaluación y mejora de la eficacia y efectividad de los procesos asistenciales	Informe anual	-	70%
Porcentaje de personas desarrollando una actividad clínica, cuya unidad/servicio tiene un sistema de gestión de la calidad tipo ISO o de gestión de procesos implantado	Informe anual	-	25%
Evaluación positiva del proceso de atención de enfermería	Informe anual	65%	80%

### 2. Mejora de la continuidad en la atención

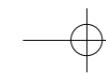
1. Mejora de la coordinación primaria-especializada: protocolos de derivaciones, protocolos de atención a pacientes dependientes y/o con pluripatologías, guías conjuntas de práctica clínica, continuidad de cuidados de enfermería...
2. Mejora de la coordinación interorganizaciones: hospitales de agudos y de media-larga estancia, centros públicos y centros privados
3. Mejora de la coordinación interservicios en un mismo centro mediante el establecimiento de protocolos conjuntos
4. Mejora de los cuidados paliativos

Indicadores	Fuente	Actual	Objetivos 2007
Número de protocolos o guías conjuntas primaria-especializada, por comarca, hospital y especialidad	Informe anual	-	I
Grado de coordinación en la continuidad de cuidados de enfermería	Informe anual	64%	70%
Número de acuerdos formales de colaboración interorganizaciones, por organización de servicios	Informe anual		I
Número de protocolos conjuntos interservicios, por especialidad y organización de servicios	Informe anual		I en más de la mitad de las especialidades de las organizaciones de servicios
Satisfacción de la familia y/o allegados del paciente con los cuidados paliativos	Encuesta de pacientes	-	90%

### 3. Mejora de la adecuación en el uso de las prestaciones sanitarias

1. Mejora de la prescripción de fármacos
2. Promover y facilitar estudios de investigación, sobre la adecuación en el uso de las prestaciones sanitarias
3. Establecimiento de sistemas regulares de evaluación de la adecuación de determinados procedimientos o tecnologías (procedimientos quirúrgicos, exploraciones complementarias de laboratorio, técnicas de imagen u otras, nuevas tecnologías, etc.), en cuanto a su indicación, lugar y momento de realización. Los procedimientos y tecnologías a evaluar serán seleccionados en función de su prevalencia, su impacto sobre la salud, el riesgo asociado que conllevan y el coste

Indicadores	Fuente	Actual	Objetivos 2007
Porcentaje de envases EFG prescritos, sobre el total de envases en atención primaria	Informe anual	4%	10%
Porcentaje de fármacos dispensados a pacientes hospitalarios no incluidos en las guías fármaco-terapéuticas de los hospitales	Informe anual	8,3%	< 2%
Número de procedimientos, tecnologías médicas o quirúrgicas, o derivaciones para los que se evalúa, de forma regular, la adecuación de la indicación, en unidades y servicios asistenciales	Informe anual	-	I en más de la mitad de las unidades o servicios asistenciales de las organizaciones de servicios



#### 4. Mejora de la seguridad de los pacientes en la sistencia sanitaria

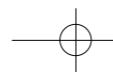
1. Implantación y seguimiento de planes para la prevención y declaración de efectos adversos de la atención preventibles, como accidentes, errores de medicación, reacciones transfusionales, etc.
2. Evaluación regular y mejora de los planes de vigilancia, prevención y control de la infección nosocomial en los centros hospitalarios
3. Declaración y monitorización de los efectos adversos (graves o no descritos previamente) causados por medicamentos
4. Consolidación del Plan de hemovigilancia de Euskadi para la declaración de todos los efectos adversos producidos en toda la cadena transfusional
5. Establecimiento de sistemas de información para la monitorización de complicaciones, en procesos asistenciales seleccionados

Indicadores	Fuente	Actual	Objetivos 2007
Prevalencia de pacientes con infección nosocomial	Comisión Inoz	6%	6%
Incidencia de infección del lugar quirúrgico	Comisión Inoz	Variable según proced. quirúrgico	según estándares
Evaluación positiva de los planes de vigilancia, prevención y control de infección nosocomial (% de criterios cumplidos)	Comisión Inoz	59%	80% en más del 80% de los centros
Accidentes en pacientes hospitalizados	Informe anual	0,3%	< 0,3%
Efectos adversos (graves o no descritos previamente) por medicamentos declarados anualmente	Centro de fármaco-vigilancia	8 por 1000 médicos	30 por 1000 médicos
Efectos adversos de la práctica transfusional declarados por cada hospital	Centro de transfusión y tejidos humanos	1/434	1/300 productos transfundidos
Efectos adversos graves (nivel 2-4 del Consejo de Europa) de la práctica transfusional declarados por cada hospital	Centro de transfusión y tejidos humanos	1/8750	1/8000 productos transfundidos
Numero de procesos clínicos en los que se monitorizan regularmente las complicaciones, en unidades y servicios asistenciales	Informe anual	-	1 en más del 80% de las unidades o servicios asistenciales de las organizaciones de servicios

#### 5. Mejora de la accesibilidad a las prestaciones sanitarias

1. Garantizar con carácter general, una demora máxima en la cirugía programada, las consultas externas de atención especializada, la realización de exploraciones complementarias, las consultas de atención primaria y la atención urgente (hospitalaria y extrahospitalaria)
2. Establecer rangos máximos de demora, según su nivel de prioridad en procedimientos quirúrgicos seleccionados
3. Ampliar progresivamente en atención primaria, las Unidades de atención primaria con horario al público de 8 a 20 horas
4. Acercar en la medida de lo posible, en función de la dispersión geográfica y los recursos disponibles, el centro de salud a la residencia de los pacientes

Indicadores	Fuente	Actual	Objetivos 2007
Percepción positiva del tiempo de espera, en el paciente que ingresa para cirugía programada	Encuesta de pacientes	68%	70%
Porcentaje de pacientes con una demora en cirugía programada superior a 6 meses	Sistema de información atención especializada	0%	0%
Porcentaje de pacientes de la lista de espera con una demora, en la cita para consultas externas de atención especializada, superior a 30 días	Sistema de información atención especializada	30%	0%
Porcentaje de pacientes de la lista de espera con una demora, en la cita para exploraciones complementarias, superior a 30 días atención especializada	Sistema de información	31%	0%
Porcentaje de pacientes con una demora, en la cita para consulta de atención primaria, superior a 1 día	Informe anual	-	0%
Demora media, hasta primer contacto con el médico en urgencias hospitalarias (minutos)	Encuesta de pacientes	40,3	< 40 minutos
Porcentaje pacientes esperando más que el rango máximo de demora, según nivel de prioridad en procedimientos quirúrgicos seleccionados	Sistema de información asistencia especializada	-	0%
Porcentaje de Unidades de atención primaria con atención ordinaria de tarde	Informe anual	41%	60%
Percepción positiva de los horarios de atención en el centro de salud por los usuarios	Encuesta de pacientes	92,5%	92%



## 6. Mejora del trato y de las condiciones hosteleras

1. Incluir en los programas de formación, actividades encaminadas a la mejora del trato a pacientes y familiares
2. Mantenimiento y mejora de la calidad de las instalaciones y de los servicios de hostelería
3. Garantizar el respeto a la intimidad del paciente
4. Facilitar durante las prestaciones sanitarias la estancia de acompañantes del paciente, a los que se proveerá de instalaciones hosteleras confortables

Indicadores	Fuente	Actual	Objetivos 2007
Satisfacción de los pacientes y familiares con el trato	Encuesta de pacientes	96,5%	96%
Satisfacción con la limpieza y comodidad en las instalaciones de hospitalización	Encuesta de pacientes	87,5%	90%
Satisfacción con la limpieza y comodidad en las instalaciones de atención ambulatoria	Encuesta de pacientes	94,6%	95%
Percepción del paciente sobre el respeto a su intimidad	Encuesta de pacientes	94%	95%
Acompañamiento del paciente durante la asistencia en Urgencias	Encuesta de pacientes	73,1%	90%
Satisfacción con las condiciones hosteleras para los acompañantes,durante la hospitalización	Encuesta de pacientes	78,7%	85%

8. Mejora de la información del portal corporativo dirigida al ciudadano, pudiendo incluir aspectos organizativos de los centros de atención en cuanto a horarios, temas de salud pública, información sobre trámites y prestaciones, gestión de quejas y reclamaciones, etc.

Indicadores	Fuente	Actual	Objetivos 2007
Porcentaje de Organizaciones con guía de información, sobre la cartera de servicios y el acceso a redes de apoyo	Informe anual	-	100%
Porcentaje de unidades o servicios con guías de información, sobre procedimientos o enfermedades especiales	Informe anual	-	100%
Percepción del paciente sobre su oportunidad para decidir sobre las alternativas terapéuticas	Encuesta de pacientes	67,3%	70%
Valoración positiva de la información recibida del personal sanitario	Encuesta de pacientes	93,3%	94%
Información sobre los tiempos de espera para la cirugía programada	Encuesta de pacientes	70,2%	80%
Información sobre las pruebas complementarias	Encuesta de pacientes	85%	90%

## 7. Mejora de la información

1. Elaboración de guías de información sobre la cartera de servicios y el acceso a otras redes de apoyo, como los servicios sociosanitarios
2. Elaboración de guías de información sobre procedimientos y enfermedades especiales
3. Incluir en los protocolos y procedimientos asistenciales, actividades sistemáticas orientadas a informar al paciente, sobre las demoras previstas para las intervenciones quirúrgicas programadas o los tiempos de espera para las consultas o pruebas especiales
4. Mejorar la información al paciente, sobre todo el proceso asistencial, incluyendo la finalidad y resultado de las exploraciones complementarias, el tipo de actividad permitida y el tratamiento a seguir
5. Mejorar la información al paciente, ante intervenciones o procedimientos de riesgo, de forma que pueda decidir sobre su realización con autonomía
6. Mejorar la información al paciente y su familia en el momento de la acogida en el centro o servicio sanitario
7. Adecuar la organización del servicio y las instalaciones, para garantizar el suministro de información al paciente, con la privacidad y la comodidad necesarias tanto para el médico como para el paciente y sus allegados

## OBJETIVOS Y PROGRAMAS DE ACTUACIÓN PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD DE LA GESTIÓN

Las mejores prácticas empresariales, en el momento actual, están relacionadas con sistemas avanzados de calidad en la gestión. Existe ya bibliografía disponible en la que se demuestra, que la excelencia en la gestión conduce generalmente a buenos resultados empresariales.

En nuestro país, el modelo de excelencia de la EFQM está teniendo una implantación creciente en las empresas industriales y de servicios, incluyendo las sanitarias. Dentro de Osakidetza/Servicio vasco de salud, y en línea con la estrategia de implantación del modelo de calidad total, un total de 22 organizaciones (73% del total) han obtenido diferentes reconocimientos externos en función de sus prácticas de calidad y su compromiso con la excelencia (Anexo III).

Como continuidad con el camino emprendido, los objetivos específicos de este objetivo general se articulan en relación con los criterios agentes del modelo EFQM, tal como aparecen enumerados a continuación:

- Liderazgo
- Política y estrategia
- Personas
- Alianzas y recursos
- Procesos

La efectividad de este enfoque se evaluará en función del impacto sobre los criterios de resultados del modelo EFQM: resultados en los clientes, resultados en las personas, resultados en la sociedad y resultados clave de la organización.

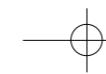
### 1. Liderazgo

1. Difundir la misión, visión y valores de Osakidetza/Servicio vasco de salud en todos los ámbitos del Ente
2. Mantenimiento y mejora del programa de formación de líderes y mandos
3. Realización de autoevaluaciones EFQM bienales, por parte de las organizaciones de servicios, e integración de los planes de mejora derivados en el plan de gestión
4. Obtención del Diploma de Compromiso con la Excelencia por las organizaciones de servicios
5. Estimular a las organizaciones de servicios para la realización de evaluaciones externas con el modelo EFQM (Euskalit, EFQM)
6. Facilitar el uso del modelo EFQM para autoevaluación, por parte de las unidades y servicios, mediante la elaboración de material adaptado y la realización de programas de formación/acción
7. Liderar desde las Direcciones de los centros, la implantación de un sistema de gestión de procesos

Indicadores	Fuente	Actual	Objetivos 2007
Conocimiento de la misión, visión y valores	Encuesta de personas	-	50%
Porcentaje de profesionales formados en el programa de formación de líderes y mandos	Programa de formación continuada	2%	4%
Satisfacción global con el programa de formación de líderes y mandos por parte de los asistentes	Programa de formación continuada	86%	90%
Valoración de la utilidad del programa de formación de líderes y mandos por parte de los directivos	Programa de formación continuada	-	90%
Organizaciones con Diploma de Euskalit de Compromiso con la Excelencia o reconocimientos superiores	Euskalit (FVFC)	50%	80%
Organizaciones presentadas a evaluación externa por Euskalit, según el modelo EFQM	Euskalit (FVFC)	13%	50%
Organizaciones galardonadas con la Q de Plata de Euskalit o reconocimientos superiores	Euskalit (FVFC)	3	10
Organizaciones galardonadas con la Q de Oro de Euskalit, Premio Vasco a la Calidad en la Gestión	Euskalit (FVFC)	1	4
Porcentaje de unidades de gestión clínica utilizando el modelo EFQM, como herramienta de autoevaluación	Informe anual	-	50%
Porcentaje de organizaciones de servicios con un sistema de gestión de procesos implantado	Informe anual	-	60%

### 2. Política y estrategia

1. Mejora de los sistemas de información, con el fin de obtener datos cualitativos (case-mix), sobre la actividad ambulatoria de atención especializada y la actividad de atención primaria
2. Definición de los procesos y/o ámbitos asistenciales más relevantes y articulación de sistemas de información corporativos, basados en registros específicos, complementarios del actual sistema de explotación de los GRD's, que posibilite la obtención automática y regular de indicadores de calidad técnica (efectividad, complicaciones, etc.) para su evaluación y mejora
3. Mejora y articulación de los indicadores de gestión, con el fin de poder disponer de un cuadro de mando integral en todas las organizaciones de servicios
4. Elaboración del Plan Estratégico de Osakidetza/Servicio vasco de salud 2003-2007



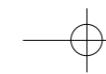
5. Elaboración o adaptación de los planes estratégicos de las organizaciones de servicios, asegurando la coherencia con el Plan Estratégico del Ente
6. Elaboración por cada organización de servicios de su mapa de procesos, e identificación de los procesos clave, con el fin de facilitar a través de estos, el despliegue de los planes estratégicos
7. Estimular a las unidades y servicios para que elaboren sus propios planes de gestión, de forma coherente con la política y estrategia de sus organizaciones de servicios, buscando siempre la máxima participación de sus personas
8. Mejorar el conocimiento de la política y estrategia, de los objetivos y planes, por parte del personal de Osakidetza/Servicio vasco de salud

Indicadores	Fuente	Actual	Objetivos 2007
Porcentaje de organizaciones de servicios con Plan Estratégico, y análisis de coherencia con el Plan del Ente	Dirección General	-	100%
Elaboración de un cuadro de mando integral para las organizaciones de servicios	Dirección General	-	Sí
Implantación de un sistema de medición cualitativa de la actividad ambulatoria, en atención primaria y en atención especializada	Dirección de Asistencia Sanitaria	-	Sí
Número de procesos asistenciales de alta prevalencia, para los cuales se ha implantado un sistema de información corporativo, basado en registros específicos para la evaluación de indicadores de calidad técnica	Dirección de Asistencia Sanitaria	-	10
Porcentaje de unidades y servicios con planes de gestión	Informe anual	-	50%
Conocimiento por parte del personal de la política y estrategia de la organización	Encuesta de personas	21,7%	50%
Percepción positiva del personal sobre su participación en los planes y objetivos	Encuesta de personas	34,9%	50%

### 3. Personas

1. Mejorar el sistema de información sobre las personas, mediante la consolidación de la encuesta corporativa para personas, y el desarrollo de otros indicadores relacionados con el rendimiento y la satisfacción de las personas
2. Elaboración por las organizaciones de servicios de un plan de acogida para el nuevo personal
3. Estudiar e impulsar políticas para la promoción y el desarrollo profesional de las personas
4. Establecer sistemas de evaluación del desempeño, individual o a nivel de equipo, en relación con el despliegue de objetivos
5. Articular sistemas de reconocimiento, en función del cumplimiento de objetivos y la consecución de logros
6. Actualizar el proyecto de gestión clínica, en función de la revisión de las experiencias obtenidas y las necesidades actuales de la organización
7. Articular una metodología para estimular las sugerencias de las personas y gestionar su implantación
8. Diseño e implantación de un plan de comunicación para el Ente y sus organizaciones de servicios

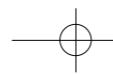
Indicadores	Fuente	Actual	Objetivos 2007
Porcentaje de respuesta a la encuesta corporativa	Encuesta de personas	45,6%	50%
Porcentaje de satisfacción global percibida por las personas	Encuesta de personas	46,4%	50%
Porcentaje de organizaciones con plan de acogida al nuevo personal implantado	Dirección de Recursos Humanos	-	100%
Porcentaje de personas con evaluación del desempeño individual o a nivel de equipo	Informe anual	-	50%
Número de sugerencias anuales por persona	Informe anual	-	0,1
Porcentaje de sugerencias tramitadas en menos de 60 días	Informe anual	-	90%
Porcentaje de sugerencias implantadas	Informe anual	-	50%
Percepción positiva de la promoción y desarrollo profesional	Encuesta de personas	53,3%	60%
Percepción positiva de las personas sobre el reconocimiento	Encuesta de personas	49,4%	60%
Percepción positiva de las personas sobre la comunicación	Encuesta de personas	42,5%	50%



#### 4. Alianza y recursos

1. Identificación de aliados, promoción de planes y programas conjuntos de actuación con clientes, y otras instituciones, organizaciones y empresas: direcciones territoriales del Departamento de Sanidad, ayuntamientos, departamentos de bienestar social, organizaciones de voluntariado, centros educativos, sociedades científicas, asociaciones de pacientes y usuarios, proveedores, etc.
2. Mejora de las alianzas con proveedores
3. Mejorar el mantenimiento preventivo de instalaciones y equipos
4. Optimizar las instalaciones y recursos disponibles, mediante políticas adecuadas orientadas a la mejora del rendimiento de quirófanos, consultas, tecnología, equipamiento, etc.
5. Mejora de los sistemas de información para la gestión y funcionamiento de la organización, y desarrollo de la historia clínica integrada
6. Desarrollo adecuado del portal corporativo con el objeto de facilitar la comunicación, y la información intra y extraorganizacional
7. Identificación de oportunidades para la mejora en el acceso al conocimiento organizacional. Desarrollo de programas orientados a una mejora en la gestión del conocimiento, como sistemas de acceso libre a través del portal corporativo a guías, protocolos y procedimientos, al conocimiento de las mejores prácticas, a información sobre nuevas tecnologías, etc.
8. Impulsar la formación de los profesionales en la "Práctica basada en la evidencia científica"
9. Elaboración de un plan estratégico de formación, que contemple la detección de necesidades y la articulación de programas de formación para todos los colectivos, con el apoyo de las nuevas tecnologías de información y comunicación
10. Colaborar en la elaboración del plan estratégico de investigación y desarrollo del Departamento de Sanidad, teniendo en cuenta como prioridades la investigación sobre resultados en los servicios de salud, efectividad y calidad de las prestaciones sanitarias, adecuación de prácticas profesionales, análisis de expectativas de los grupos de interés e identificación, gestión y evaluación de nuevas tecnologías

Indicadores	Fuente	Actual	Objetivos 2007
Porcentaje de organizaciones de servicios con un sistema definido para la gestión de las alianzas	Informe anual	-	80%
Porcentaje de organizaciones de servicios con un sistema definido para la gestión de las alianzas con proveedores	Informe anual	-	80%
Porcentaje de organizaciones de servicios con un proceso estabilizado para el mantenimiento preventivo de las instalaciones y equipos	Informe anual	-	100%
Porcentaje de quirófanos abiertos en horario de mañana y tarde	Informe anual	-	20%
Porcentaje de instalaciones de alta tecnología abiertas en horario de mañana y tarde	Informe anual	-	50%
Porcentaje de cirugía mayor ambulatoria sobre el total de cirugía programada	Sistema de información de atención especializada	40,8%	50%
Estancia media en hospitales de agudos y de media-larga estancia (días)	Sistema de información de atención especializada	6,6	< 6,5
Derivaciones de primaria a especializada/100TIS/año	Informe anual	33,3	< 30
Percepción positiva del personal sobre el sistema de información	Encuesta de personas	-	60%
Percepción positiva del personal sobre el portal corporativo	Encuesta de personas	-	60%
Percepción positiva del personal sobre las herramientas implantadas para la gestión del conocimiento	Encuesta de personas	-	60%
Actividades de formación en "Práctica basada en la evidencia", por año y por organización de servicios	Informe anual	-	I en más del 80% de las organizaciones de servicios
Percepción positiva de las personas sobre la formación	Encuesta de personas	31,2%	50%
Proyectos de investigación activos sobre evaluación y resultados de los servicios de salud, por año y por organización de servicios	Informe anual	-	I en más del 80% de las organizaciones de servicios



## 5. Procesos

Los procesos de las organizaciones de servicios han de estar orientados a los clientes externos, en el caso de los procesos operativos, y a los clientes internos, en los procesos de apoyo y procesos estratégicos.

Aún teniendo en cuenta, esta perspectiva de los distintos tipos de clientes, los clientes fundamentales en nuestras organizaciones son los del servicio final, esto es los pacientes y usuarios de los servicios sanitarios.

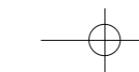
El sistema de financiación actual, basado en el contrato-programa, hace que se tenga que tener en cuenta también a la agencia compradora, en nuestro caso las direcciones territoriales del Departamento de Sanidad, sobre todo en los aspectos que hacen referencia a las condiciones de calidad.

Los distintos atributos del servicio sanitario, que necesariamente deben ser objetivo de los procesos de atención, han sido considerados en el capítulo "Objetivos y programas de actuación para la mejora de la calidad del servicio sanitario" en el que se han planteado planes y programas orientados a la mejora de la eficacia y efectividad, adecuación, seguridad, accesibilidad, continuidad de la atención, trato y hostelería e información.

Para llevar a cabo de forma ordenada, el desarrollo de los procesos y garantizar la orientación al cliente, existen diversos sistemas de gestión, cuya implantación y desarrollo son objetivos del Plan de Calidad, y son desarrollados a continuación:

1. Mejorar los métodos de obtención de la opinión y expectativas de los clientes, mediante el desarrollo armónico de las encuestas corporativas para pacientes
2. Avanzar en la coordinación entre organizaciones de servicios y el Departamento de Sanidad, con el objeto de mejorar la respuesta a las quejas y reclamaciones de los ciudadanos, y mejorar el sistema de información de las mismas
3. Desplegar la metodología de gestión de procesos a toda la organización, a través de programas adecuados de formación para la acción, evaluados periódicamente, llevados a cabo desde la organización central y en las propias organizaciones de servicios
4. Aplicar la metodología de gestión de procesos a los procesos asistenciales más frecuentes, incluyendo en su gestión, en la medida de lo posible, por un lado, todos los niveles de atención, y por otro, los distintos grupos de profesionales implicados, con el objetivo de garantizar la continuidad en la atención sanitaria
5. Extender la Certificación ISO 9001: 2000 a una parte relevante de los procesos de las organizaciones de servicios, en función de la evaluación de su impacto sobre la participación y satisfacción de los profesionales, y de los resultados para el servicio sanitario obtenidos como consecuencia de su implantación
6. Extender metodologías de mejora como las "5 S", en las unidades y servicios de las organizaciones de servicios
7. Desarrollar metodologías corporativas de autoimplantación para la gestión de procesos, certificación ISO y 5S
8. Estimular la participación de las personas, mediante la creación de grupos de mejora orientados a la resolución de problemas, y al desarrollo de oportunidades de mejora mediante la innovación y creatividad

Indicadores	Fuente	Actual	Objetivos 2007
Satisfacción de las organizaciones de servicios con el proceso "encuestas de satisfacción a pacientes"	Subdirección de Calidad Asistencial	-	90%
Satisfacción global de los pacientes con la atención recibida	Encuesta de pacientes	96,2%	96%
Porcentaje de reclamaciones resueltas en menos de 30 días	Sistema de información de quejas y reclamaciones	85,65%	90%
Demora media en la respuesta a reclamaciones (días)	Sistema de información de quejas y reclamaciones	14,87	< 12
Porcentaje de personas cuya unidad o servicio está certificado según norma ISO	Informe anual	-	20%
Porcentaje de personas participando en proyectos de mejora: gestión de procesos, certificación ISO, 5S, otras metodologías de mejora, grupos de mejora...	Informe anual	28% en hospitales	40%



## COMUNICACIÓN DEL PLAN DE CALIDAD

Una vez aprobado el Plan de Calidad 2003-2007, por el Consejo de Administración de Osakidetza/Servicio vasco de salud, será difundido a las organizaciones de servicios a través de:

- **Difusión de una publicación escrita**
- **Sesiones de presentación a los directivos y profesionales de las organizaciones de servicios**
- **Difusión a través del portal corporativo de información**

En las estrategias de difusión, se contemplarán además otros colectivos como Comisión de sanidad del Parlamento Vasco, sindicatos, sociedades profesionales, colegios profesionales y otros servicios autonómicos de salud.

En el momento actual, existen estructuras que, dependiendo de las circunstancias de cada organización de servicios, pueden cumplir estas funciones como son las unidades de calidad, unidades de gestión sanitaria y los consejos técnicos. Será en cualquier caso la dirección gerencia de la organización de servicios la que deberá articular los mecanismos que considere oportunos para un mejor cumplimiento de las políticas de calidad.

La Dirección General de Osakidetza/Servicio vasco de salud establecerá un grupo de apoyo y seguimiento a la implantación del Plan de Calidad 2003-2007, con la participación de representantes de las organizaciones de servicios, coordinado por la Subdirección de Calidad Asistencial.

Anualmente, la junta o comité de calidad de cada organización de servicios efectuará un informe sobre el progreso del Plan de Calidad 2003-2007 y el grado de avance conseguido en los objetivos planteados.

Si fuera necesario, se realizarán los ajustes necesarios al Plan, tanto en cuanto a los objetivos a conseguir, como a los planes y programas previstos, y los recursos necesarios.

Desde la Organización Central, se efectuará igualmente, un informe anual en el que se constatará la situación del Plan de Calidad 2003-2007 en el Ente Osakidetza/Servicio vasco de salud y se propondrán los ajustes necesarios en cuanto a objetivos, programas y métodos de evaluación.

## ESTRATEGIA DE IMPLANTACIÓN

Una vez realizada la difusión del Plan de Calidad 2003-2007, cada organización de servicios, incluida la organización central, deberá efectuar en un plazo máximo de 6 meses y alineado con el Plan del Ente y su propio plan estratégico, su plan de calidad.

El plan de calidad de cada organización de servicios contendrá para cada uno de los objetivos enunciados, a cuya consecución pueda contribuir esa organización, un objetivo cuantificado, con un cronograma de acciones, responsable y método de evaluación.

Este último deberá estar en consonancia con el sistema de evaluación del resto de las organizaciones, lo que será coordinado por la organización central, con el objeto de poder medir la situación global de Osakidetza/Servicio vasco de salud y permitir la comparación entre centros.

Una vez elaborado el plan de calidad, serán los órganos articulados al efecto, juntas o comités de calidad, los que con el consejo de dirección de la organización de servicios, planificarán la implantación del plan y la evaluarán regularmente, con una periodicidad mínima cuatrimestral.

## ORGANIZACIÓN Y EVALUACIÓN DEL PLAN DE CALIDAD

La calidad es un planteamiento estratégico que debe estar incorporado en la propia gestión de la organización, de tal modo que desde directivos y líderes hasta todo el resto del personal interioricen la cultura de la calidad y de la mejora continua en las actividades cotidianas.

Existen dos tipos de estructuras específicas facilitadoras para la articulación e implantación de las políticas de calidad en las organizaciones de servicios de Osakidetza/Servicio vasco de salud:

- Metodólogos o coordinadores del sistema de gestión de la calidad, entrenados en técnicas y herramientas de gestión de la calidad, que facilitan la implantación de las políticas de calidad en sus centros.
- Juntas o comités de calidad, con dependencia funcional del director gerente, que de forma coordinada con el consejo de dirección, desarrollarán tres tipos de funciones: planificación de las políticas de calidad, despliegue y evaluación de éstas. Estas estructuras deberán estar integradas por una representación de la dirección de la organización de servicios, de los metodólogos o coordinadores del sistema de gestión de la calidad y de los profesionales participantes en implantaciones de sistemas de calidad.

## REFERENCIAS Y DOCUMENTACIÓN DE APOYO

1. Plan Estratégico 1998-2002. Vitoria-Gasteiz. Osakidetza/Servicio vasco de salud, 1998.
2. Políticas de salud para Euskadi: Plan de Salud 2002-2010. Vitoria-Gasteiz. Departamento de Sanidad, 2002.
3. Guía para la autoevaluación de organizaciones sanitarias. Versión simplificada. Vitoria-Gasteiz. Osakidetza/Servicio vasco de salud, 1999.
4. Guía para la autoevaluación de organizaciones sanitarias. Versión completa. Vitoria-Gasteiz. Osakidetza/Servicio vasco de salud, 1999.
5. Guía para la gestión de procesos. Vitoria-Gasteiz. Osakidetza/Servicio vasco de salud, 1996.
6. Guía para la gestión de procesos. Vitoria-Gasteiz. Osakidetza/Servicio vasco de salud, 1999.
7. Guía práctica para la elaboración de documentos de información y consentimiento. Vitoria-Gasteiz. Osakidetza/Servicio vasco de salud, 1998.
8. Manual de evaluación y mejora de la satisfacción de las personas en las organizaciones de servicios. Vitoria-Gasteiz. Osakidetza/Servicio vasco de salud, 2001.
9. Evaluación de la satisfacción de las personas de Osakidetza/Servicio Vasco de salud. Vitoria-Gasteiz. Osakidetza/Servicio vasco de salud, 2002.
10. Manual de encuestas de pacientes. Vitoria-Gasteiz. Osakidetza/Servicio vasco de salud, 2002.
11. Informes anuales de las encuestas de satisfacción de pacientes. Vitoria-Gasteiz. Osakidetza/Servicio vasco de salud, 1996ss.
12. Formación-acción para la implantación de la metodología 5S en organizaciones sanitarias. Vitoria-Gasteiz. Osakidetza/Servicio vasco de salud, 2001.
13. Evaluación de los planes de vigilancia, prevención y control de la infección nosocomial: Hospitales de agudos. Vitoria-Gasteiz. Osakidetza/Servicio vasco de salud, 2000.
14. Evaluación de los planes de vigilancia, prevención y control de la infección nosocomial: Hospitales de media y larga estancia. Vitoria-Gasteiz. Osakidetza/Servicio vasco de salud, 2000.
15. Memoria Q de Plata 2000: Hospital de Zumarraga. Vitoria-Gasteiz. Osakidetza/Servicio vasco de salud, 2001.
16. Memoria Q de Plata 2000: Hospital del Bidasoa. Vitoria-Gasteiz. Osakidetza/Servicio vasco de salud, 2001.
17. Memoria Q de Plata 2001: Hospital Psiquiátrico de Álava y Salud Mental Extrahospitalaria. Vitoria-Gasteiz: Osakidetza/Servicio vasco de salud, 2002.
18. Memorias de Osakidetza/Servicio vasco de salud. Vitoria-Gasteiz. Osakidetza/Servicio vasco de salud, 1998ss.
19. Página Web de Euskalit/Fundación Vasca para el Fomento de la Calidad ([www.euskalit.net](http://www.euskalit.net)).
20. Página Web de Osakidetza/Servicio vasco de salud ([www.osakidetza-svs.org](http://www.osakidetza-svs.org)).

## ANEXO I

CLASIFICACIÓN DE LAS ÁREAS EXPLORADAS  
EN LAS ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN DE PACIENTES  
EN ÁREAS DE EXCELENCIA, ÁREAS FUERTES,  
ÁREAS CON POSIBLES OPORTUNIDADES DE MEJORA  
Y ÁREAS QUE REQUIEREN MEJORA

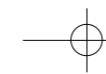
## HOSPITALIZACIÓN DE AGUDOS 2001

	Áreas de excelencia	Áreas fuertes	Ítems que ofrecen oportunidades de mejora	Ítems que requieren mejora
Área de pre-hospitalización	Avisado con tiempo suficiente para organizarse			Recibieron información sobre tiempo de espera  Valoración no negativa del tiempo de espera
Área de admisión				Recibieron información sobre normas de funcionamiento de la planta
Área de información	Recibieron información sobre el tratamiento a seguir en domicilio	Valoración positiva de la información dada por enfermería	Recibieron información sobre resultado de la intervención quirúrgica	
	Fue clara la información dada sobre tratamiento a seguir en domicilio		Recibieron información sobre régimen de vida a seguir en domicilio	Recibieron información sobre los riesgos y beneficios de la anestesia
	Fue clara la información dada sobre los riesgos y beneficios de la anestesia		Avisado sobre el día del alta con suficiente antelación	
	Fue clara la información recibida sobre los resultados de la intervención quirúrgica		Recibieron información sobre la finalidad de la intervención quirúrgica	Recibieron información sobre las diferentes alternativas terapéuticas
	Fue clara la información recibida sobre la finalidad de la intervención quirúrgica			
	Fue clara la información sobre resultados de pruebas complementarias		Recibieron información sobre el resultado de las pruebas complementarias	

	Áreas de excelencia	Áreas fuertes	Ítems que ofrecen oportunidades de mejora	Ítems que requieren mejora
Área de trato*	Molesto porque el personal sanitario hablara de su enfermedad delante de otras personas  Valoración positiva de la rapidez del personal de enfermería en acudir a las llamadas  Valoración positiva de la amabilidad y respeto de los médicos  Valoración positiva de la amabilidad y respeto del personal de enfermería  Sintió respetada su intimidad	Valoración positiva de la capacidad de apoyo del personal sanitario  Los médicos le dedicaron suficiente tiempo	El médico que le atendió se identificó	
Área de valoración técnica**	Valoración positiva de la competencia profesional del personal de enfermería  Valoración positiva de la competencia profesional de los médicos			
Área de coordinación	Valoración positiva de la organización del equipo que le atendió			Fue seguido especialmente por uno de los médicos durante la estancia en el hospital
Área de hostelería	Horario, cantidad, temperatura y variedad de la comida	Valoración positiva de la limpieza de la habitación y del cuarto de baño  Calidad de la comida	Valoración positiva de la comodidad de la habitación  Considera normal el número de visitas  Valoración positiva de la comodidad de la habitación para los acompañantes	Se ha respetado su reposo nocturno  Considera normal el número de visitas  Valoración positiva de la comodidad de la habitación para los acompañantes
Área de resultados	El personal sanitario se preocupaba por su dolor		Pacientes a los que se les quitó el dolor	

\*Primer área más importante de la atención recibida

\*\* Segunda área más importante de la atención recibida



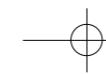
## URGENCIAS 2001

	Áreas de excelencia	Áreas fuertes	Ítems que ofrecen oportunidades de mejora	Ítems que requieren mejora
Área de admisión	Ayuda recibida en admisión			Existencia de una persona que ayude u oriente sobre qué hacer a la llegada
Área de tiempos de espera		Ayuda prestada en el triaje		Demora hasta el primer contacto con el médico Percepción de que existe un triaje Oportunidad de estar acompañado
Área de información	Claridad información resultados exploraciones complementarias Proporcionar información al alta sobre recomendaciones a seguir en casa Claridad información al alta sobre recomendaciones a seguir en casa Proporcionar informe de alta con el tratamiento a seguir en casa Proporcionar información sobre diagnóstico	Claridad informe de alta sobre tratamiento en casa Claridad información sobre diagnóstico Proporcionar información sobre ingreso o traslado a otro centro Claridad información sobre ingreso o traslado a otro centro	Proporcionar información resultados exploraciones complementarias Ausencia de preguntas repetitivas e innecesarias Proporcionar información al alta sobre controles médicos posteriores	
Área de trato *	Discreción Respeto intimidad Amabilidad y respeto médicos y enfermería	Interés de los profesionales por escuchar comprender		
Área de valoración técnica**	Competencia profesional			
Área de estructura física				Confort instalaciones Tranquilidad del ambiente

\*Primer área importante en la atención recibida. \*\* Segunda área importante en la atención recibida.

## CONSULTAS EXTERNAS 2001

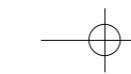
	Áreas de excelencia	Áreas fuertes	Ítems que ofrecen oportunidades de mejora	Ítems que requieren mejora
Área de cita			Valoración de la complejidad de los trámites necesarios para solicitar la cita	
Área de accesibilidad			Aunque no pudieron elegir la hora de la consulta, les resultó adecuado el horario Aunque no pudieron elegir la fecha de la consulta, les resultó adecuada la fecha	Les cambiaron la fecha de la consulta Pudieron elegir la hora de la consulta Pudieron elegir la fecha de la consulta
Área de tiempos			Valoración positiva de la duración de la consulta	Valoración positiva del tiempo de espera hasta que entraron en la consulta
Área de información			Valoración positiva de las explicaciones sobre los demás aspectos de su problema de salud Valoración positiva de la información dada sobre su problema de salud	Valoración positiva de la información dada para localizar la consulta Cuando llegaron a la consulta recibieron información del personal del hospital sobre los trámites a seguir Cuando llegaron a la consulta recibieron información del personal del hospital sobre la hora aproximada en que serían atendidos o si la consulta llevaba retraso Recibieron información escrita sobre el tratamiento a seguir Le pidieron su opinión sobre la opción diagnóstica o terapéutica a seguir



### CONSULTAS DE ATENCIÓN PRIMARIA 2001

	Áreas de excelencia	Áreas fuertes	Ítems que ofrecen oportunidades de mejora	Ítems que requieren mejora
Área de trato	Valoración positiva del trato recibido al solicitar la cita	El médico no tuvo que interrumpir la consulta porque le llamaran por teléfono o le reclamara otra persona		Si fue interrumpido, recibió alguna explicación o disculpa
	Valoración positiva del trato dado por el médico			
	Valoración positiva del trato dado por la enfermera			
	Le permitieron entrar a la consulta con un acompañante	Sintió respetada su intimidad		
Área de coordinación	No recibieron consejos contradictorios sobre su salud o sobre los trámites a seguir	Cuando entraron en la consulta el médico disponía de su historia clínica	Disponibilidad durante la consulta de las pruebas complementarias solicitadas en una consulta anterior	Fueron atendidos por su médico habitual Valoración positiva de la coordinación de horarios
Área de valoración técnica	Valoración positiva de los medios técnicos de los que dispone el médico			
Área de hostelería	Valoración positiva de la limpieza de la sala de espera	Valoración positiva de la ambiente de la sala de consulta		
	Valoración positiva de la limpieza de la sala de consulta		Valoración positiva de la temperatura de la sala de espera	Valoración positiva del ambiente de la sala de espera
	Valoración positiva del ambiente de la sala de consulta		Valoración positiva de la comodidad de la sala de espera	Valoración positiva del entretenimiento ofrecido en la sala de espera
	Valoración positiva de la comodidad de la sala de consulta			
	Valoración positiva de la comodidad y el aspecto de la sala de exploraciones			

	Áreas de excelencia	Áreas fuertes	Ítems que ofrecen oportunidades de mejora	Ítems que requieren mejora
Área de accesibilidad		Adecuación del horario de consultas Ausencia de problemas para acercarse al centro	Tiempo de espera para cita telefónica	Posibilidad de elegir la fecha de la consulta Pudieron elegir la hora de la consulta Información al llegar al centro sobre lo que tenían que hacer o a dónde debían dirigirse
Área de tiempos	Duración de la consulta del médico	Organización del turno de entrada en la consulta del médico Tiempo de espera en la consulta de enfermería	Tiempo de espera en recepción Tiempo de espera en la consulta del médico	
Área de trato	Trato recibido al pedir la cita Trato dado por el médico Trato dado por la enfermera	Trato recibido en recepción Ausencia de interrupciones en la consulta		Proporcionar explicaciones o pedir disculpas en caso de interrupciones
Área de coordinación	Ausencia de informaciones contradictorias sobre su salud o la consulta	Disponibilidad de la historia clínica en la consulta Conocimiento del médico de los episodios anteriores del paciente Conocimiento del médico de la asistencia recibida por el paciente en atención especializada	Seguimiento por el médico habitual	Información sobre ausencia de su médico habitual
Área de información	Explicaciones sobre el tratamiento a seguir	Información sobre su problema		Instrucciones escritas sobre medicinas Instrucciones escritas sobre estilo de vida a seguir
Área de hostelería	Limpieza de la sala de espera Limpieza de la sala de consulta Ambiente de la sala de consulta Comodidad de la sala de consulta	Discreción de la consulta del médico Ambiente de la sala de espera Comodidad de la sala de espera Limpieza de los aseos	Temperatura de la sala de espera Comodidad de la sala de espera Discreción de la sala de enfermería	Entretenimiento de la sala de espera
Área de valoración técnica		Medios técnicos de los que dispone el médico		



## HOSPITALIZACIÓN DE MEDIA Y LARGA ESTANCIA 2001

	Áreas de excelencia	Áreas fuertes	Ítems que ofrecen oportunidades de mejora	Ítems que requieren mejora
Área de admisión y accesibilidad	Valoración positiva de los trámites necesarios para ingresar		Les facilitaron la fecha de revisión desde el hospital	Al ingresar recibieron información el paciente o su acompañante sobre las normas de funcionamiento de la planta
Área de información	Recibieron información sobre cómo debían tomar las medicinas en casa  Les dieron el informe de alta al irse a casa	Valoración positiva de la información dada por el médico  Valoración positiva de la información dada por el personal de enfermería  Recibieron información sobre si era necesario realizar un seguimiento tras el alta y dónde debían acudir en caso necesario	Avisados sobre el día de alta con suficiente antelación	Recibieron información sobre los síntomas a vigilar en casa
Área de trato *	El médico le dedicó suficiente tiempo  Valoración positiva de la amabilidad y respeto de los médicos  Se sintió alguna vez molesto porque los profesionales hablaron de su enfermedad delante de otras personas  Se sintió alguna vez molesto porque le dejaron desnudo	Valoración positiva de la rapidez del personal de enfermería en acudir a las llamadas  Valoración positiva de la amabilidad y respeto del personal de enfermería  Valoración positiva de la capacidad del personal sanitario para tranquilizarle y darle apoyo  Sintió respetada su intimidad  Valoración positiva del trato dado por el personal no sanitario	El médico se identificó	

\* Primer área más importante de la atención recibida.

	Áreas de excelencia	Áreas fuertes	Ítems que ofrecen oportunidades de mejora	Ítems que requieren mejora
Área de valoración técnica **	Valoración positiva de la competencia profesional del médico que le atendió  Valoración positiva de la competencia profesional de la enfermera que le atendió			
Área de hostelería	No tuvieron ningún problema con el horario de la comida.  No tuvieron ningún problema con la temperatura de la comida  No tuvieron ningún problema con la cantidad de la comida  No tuvieron ningún problema con la variedad de la comida	Valoración positiva de la limpieza de la habitación y el cuarto de baño  Consideran que el horario de visitas es normal	Valoración positiva de la comodidad de la habitación para el paciente  Respeto del descanso nocturno  Consideran que el numero de visitas es normal  Valoración positiva de la comodidad de la habitación para los acompañantes  Respeto de la prohibición de fumar	
Área de tiempos				Le pareció normal la duración del ingreso
Área de resultados	Preocupación del personal sanitario por aliviar el dolor		Alivio del dolor	

\*\* Segunda área más importante de la atención recibida.

## CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA 2001

	Áreas de excelencia	Áreas fuertes	Ítems que ofrecen oportunidades de mejora	Ítems que requieren mejora
Área de accesibilidad	Facilidad de los trámites de ingreso	Facilidad para encontrar lugar de ingreso		
Área de tiempos de espera	Aviso con suficiente antelación para ingreso		Tiempo de espera desde el ingreso hasta la intervención	Tiempo en lista de espera hasta ingreso
Área de información	Información dada por las enfermeras Información dada por los médicos Información dada por el personal no sanitario	Información dada por la familia	Proporcionar información sobre hora de la intervención Proporcionar información escrita a seguir	Proporcionar información sobre motivo de retraso de la intervención
Área de trato*	Trato dado por los médicos Trato dado por las enfermeras Trato dado por el personal no sanitario Respeto de la intimidad del paciente	Oportunidad de estar acompañado por familiares		
Área de valoración técnica **	Conocimientos y competencia de los médicos Conocimientos y competencia de las enfermeras Coordinación entre profesionales			
Área de hostelería	Limpieza de la zona de ingreso Ambiente de la zona de ingreso Comodidad de la zona de ingreso	Temperatura de la zona de ingreso		
Área de alta y seguimiento		Tiempo de espera hasta la siguiente consulta	Resolución de problemas que aparecen en domicilio	
Área de resultados	Preocupación del personal sanitario por aliviar el dolor		Alivio del dolor	

\* Primer área más importante de la atención recibida. \*\* Segunda área más importante de la atención recibida.

## CONSULTAS DE ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA 2002

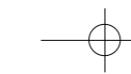
	Áreas de excelencia	Áreas fuertes	Ítems que ofrecen oportunidades de mejora	Ítems que requieren mejora
Área de accesibilidad			Valoración positiva del tiempo que tardaron en cogerle el teléfono Le cambiaron la fecha y la hora de la cita	Casi siempre ha podido contactar con su terapeuta
Área de tiempos			Valoración positiva del tiempo que tuvo que esperar para la consulta Valoración positiva de la duración de la consulta	
Área de trato		Valoración positiva de la atención prestada por su terapeuta	Valoración positiva del trato dado por el personal administrativo Conoce la profesión de su terapeuta Valoración positiva de la compresión de su problema por su terapeuta	Conoce el nombre de su terapeuta
Área de coordinación	El terapeuta disponía de su historia clínica			
Área de información			Le dio el médico instrucciones por escrito sobre cómo tomar los medicamentos Le explicaron lo que le pasaba	
Área de hostelería	Le parece que hay suficiente intimidad en la consulta Valoración positiva de la limpieza de la sala de espera Valoración positiva de la limpieza de la sala de consulta Valoración positiva del ambiente de la sala de consulta Valoración positiva de la comodidad de la sala de consulta	Valoración positiva de la temperatura de la sala de espera Valoración positiva del ambiente de la sala de espera Valoración positiva de la comodidad de la sala de espera		

ANEXO II

RESUMEN DE LOS RESULTADOS  
DE LA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN  
DE PERSONAS 2001-2002\*

\*Incluye exclusivamente los datos de 9 organizaciones de servicios que efectuaron la encuesta de personas durante el año 2001 y primer semestre de 2002 con posterioridad a la publicación del procedimiento corporativo, circunstancia que permite la agrupación de resultados.

Se han excluido del análisis las respuestas "sin opinión" y las no respuestas.



**RESULTADOS DE SATISFACCIÓN (%) EN LAS DISTINTAS DIMENSIONES E ITEMS EN OSAKIDETZA/SERVICIO VASCO DE SALUD**

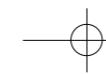
DIMENSIONES	OSAKIDETZA/Servicio vasco de salud
Condiciones de trabajo	57,0
Condiciones físicas y ambientales en que desarollas tu trabajo	42,5
Condiciones de seguridad en que realizas tu trabajo	56,0
Condiciones relativas a horario y calendario de trabajo	72,4
Formación: satisfacción con la formación recibida para el puesto	31,2
Promoción y desarrollo profesional	53,3
Satisfacción con la tarea	75,9
Igualdad de oportunidades de promoción y desarrollo profesional	30,7
Reconocimiento: reconocimiento al trabajo bien hecho en la Unidad	49,4
Retribución	41,8
Retribución total en relación al trabajo realizado	46,4
Comparación con otras categorías	37,8
Comparación con categorías equiparables de otros sectores	41,3
Relación mando-colaborador: relación profesional con el mando	71,6
Participación: posibilidades de participar en la mejora de la unidad	34,9
Organización y gestión del cambio	46,8
Grado de adecuación de la organización del trabajo en la Unidad	58,7
Esfuerzos del centro para la mejora de su funcionamiento	36,7
Clima de trabajo: clima de trabajo en la unidad	77,4
Comunicación	42,5
Información recibida para la ejecución del trabajo	48,1
Grado de escucha y consideración de sugerencias de mejora	36,9
Conocimiento e identificación con objetivos	28,8
Adecuación de los objetivos de la unidad	35,9
Conocimiento de los objetivos y resultados del centro	21,7
Percepción de la Dirección*: percepción de las decisiones de la Dirección	40,4

**RESULTADOS DE SATISFACCIÓN (%) EN LAS DISTINTAS DIMENSIONES E ITEMS EN OSAKIDETZA/SERVICIO VASCO DE SALUD SEGÚN TIPOLOGÍA DE ORGANIZACIÓN**

DIMENSIONES	TIPOLOGÍA DE ORGANIZACIÓN			
	Hospitales Generales	Hospitales Monográficos	Hospitales Comarcales	Primaria
Condiciones de trabajo	49,1	48,7	62,4	65,0
Condiciones físicas y ambientales en que desarollas tu trabajo	38,1	38,5	45,6	46,4
Condiciones de seguridad en que realizas tu trabajo	47,2	40,6	63,9	68,5
Condiciones relativas a horario y calendario de trabajo	62,0	67,0	77,7	80,1
Formación: satisfacción con la formación recibida para el puesto	26,2	36,8	29,9	32,4
Promoción y desarrollo profesional	40,8	50,8	58,3	60,6
Satisfacción con la tarea	59,8	74,9	83,1	82,3
Igualdad de oportunidades de promoción y desarrollo profesional	21,8	26,7	33,6	38,9
Reconocimiento: reconocimiento al trabajo bien hecho en la Unidad	46,7	48,0	52,3	49,3
Retribución	35,4	46,4	39,8	46,9
Retribución total en relación al trabajo realizado	37,3	49,8	44,5	55,0
Comparación con otras categorías	31,7	40,1	36,0	44,1
Comparación con categorías equiparables de otros sectores	37,1	49,2	38,8	41,5
Relación mando-colaborador: relación profesional con el mando	60,0	74,1	76,8	73,1
Participación: posibilidades de participar en la mejora de la unidad	23,2	41,5	36,7	37,1
Organización y gestión del cambio	38,5	47,3	49,0	51,5
Grado de adecuación de la organización del trabajo en la Unidad	44,1	61,6	60,8	60,1
Esfuerzos del centro para la mejora de su funcionamiento	33,4	33,1	37,2	42,9
Clima de trabajo: clima de trabajo en la unidad	64,7	81,5	81,9	79,0
Comunicación	34,3	44,6	42,5	48,7
Información recibida para la ejecución del trabajo	44,0	50,9	45,2	53,8
Grado de escucha y consideración de sugerencias de mejora	24,7	38,3	39,7	43,5
Conocimiento e identificación con objetivos	25,3	27,7	30,3	31,2
Adecuación de los objetivos de la unidad	29,1	37,3	38,1	38,0
Conocimiento de los objetivos y resultados del centro	21,4	18,2	22,4	24,5
Percepción de la Dirección*: percepción de las decisiones de la Dirección	23,9	38,6	43,7	53,7

\* Si bien se ha prescindido de las frecuencias de respuestas "sin opinión", cabe destacar el alto porcentaje de encuestados que a nivel del total de Osakidetza manifiesta no tener opinión respecto a este ítem: 39,1%

\* Si bien se ha prescindido de las frecuencias de respuestas "sin opinión", cabe destacar el alto porcentaje de encuestados que a nivel del total de Osakidetza manifiesta no tener opinión respecto a este ítem: 39,1%



**RESULTADOS DE SATISFACCIÓN (%) EN LAS DISTINTAS DIMENSIONES E ITEMS EN OSAKIDETZA/SERVICIO VASCO DE SALUD SEGÚN GRUPO PROFESIONAL**

DIMENSIONES	GRUPO PROFESIONAL		
	Facultativo	Sanitario No facultativo	No sanitario
Condiciones de trabajo	67,3	53,0	60,3
Condiciones físicas y ambientales en que desarollas tu trabajo	54,6	38,2	44,5
Condiciones de seguridad en que realizas tu trabajo	71,3	52,1	54,5
Condiciones relativas a horario y calendario de trabajo	75,9	68,7	81,9
Formación:satisfacción con la formación recibida para el puesto	28,2	31,1	32,3
Promoción y desarrollo profesional	54,3	54,1	50,0
Satisfacción con la tarea	73,5	76,5	75,9
Igualdad de oportunidades de promoción y desarrollo profesional	35,1	31,7	24,0
Reconocimiento: reconocimiento al trabajo bien hecho en la Unidad	54,9	47,8	51,2
Retribución	37,0	41,6	45,5
Retribución total en relación al trabajo realizado	43,5	46,2	50,4
Comparación con otras categorías	39,9	34,5	39,0
Comparación con categorías equiparables de otros sectores	27,6	44,2	47,3
Relación mando-colaborador: Relación profesional con el mando	66,3	71,6	74,6
Participación:posibilidades de participar en la mejora de la unidad	39,0	34,5	34,8
Organización y gestión del cambio	53,2	45,2	47,1
Grado de adecuación de la organización del trabajo en la Unidad	63,1	59,4	56,7
Esfuerzos del centro para la mejora de su funcionamiento	44,4	33,3	38,5
Clima de trabajo: Clima de trabajo en la unidad	76,6	77,2	76,4
Comunicación	49,2	41,2	43,5
Información recibida para la ejecución del trabajo	54,2	46,4	49,2
Grado de escucha y consideración de sugerencias de mejora	44,1	36,0	37,8
Conocimiento e identificación con objetivos	37,5	26,5	30,2
Adecuación de los objetivos de la unidad	42,9	35,6	36,7
Conocimiento de los objetivos y resultados del centro	32,2	17,4	23,8
Percepción de la Dirección*:percepción de las decisiones de la Dirección	46,8	35,8	47,0

**CLASIFICACIÓN DE LAS DIMENSIONES EN ÁREAS EXCELENTEs, ÁREAS FUERTES, ÁREAS CON OPORTUNIDADES DE MEJORA Y ÁREAS QUE REQUIEREN MEJORA**

CRITERIO DE AGRUPACIÓN	DIMENSIONES	% PERSONAS SATISFECHAS
Áreas Excelentes	65% de personas satisfechas	Clima de trabajo 77,4 Relación mando-colaborador 71,6
	50% - <65% de personas satisfechas	Condiciones de trabajo 57,0 Promoción y desarrollo profesional 53,3
Áreas con oportunidades de mejora	35% - <50% de personas satisfechas	Reconocimiento 49,4 Organización y gestión del cambio 46,8 Comunicación 42,5 Retribución 41,8 Percepción de la Dirección 40,4
	35% de Personas.satisfechas	Participación 34,9 Formación 31,2 Conocimiento e identificación con objetivos 28,8
Áreas que requieren mejora		

**TABLA DE INCIDENCIA DE LAS DIMENSIONES SOBRE LA SATISFACCIÓN (%) EN OSAKIDETZA/SERVICIO VASCO DE SALUD**

DIMENSIONES	OSAKIDETZA/Servicio vasco de salud
Condiciones de trabajo	43,2
Reconocimiento	41,1
Promoción y desarrollo profesional	35,1
Retribución	34,6
Clima de trabajo	34,3
Formación	31,5
Organización y gestión del cambio	24,5
Participación	12,6
Percepción de la Dirección	10,8
Comunicación	9,6
Conocimiento e identificación con objetivos	9,3
Relación mando-colaborador	8,4

\* Si bien se ha prescindido de las frecuencias de respuestas "sin opinión", cabe destacar el alto porcentaje de encuestados que a nivel del total de Osakidetza manifiesta no tener opinión respecto a este ítem:39,1%

**PERCEPCIÓN POSITIVA DE LA CORPORACIÓN, IMPLANTACIÓN DE VALORES CORPORATIVOS Y CALIDAD DE SERVICIO PRESTADO A LOS USUARIOS. RESULTADOS GLOBALES EN LA RED (%)**

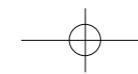
PREGUNTAS CORPORATIVAS		TOTAL
Percepción de la Corporación	Información recibida de Osakidetza/Servicio vasco de salud	22,2
	Receptividad dirección de Osakidetza/Servicio vasco de salud (*)	14,1
	Expectativas desarrollo profesional en Osakidetza/Servicio vasco de salud	42,1
Implantación de valores corporativos	Organización del trabajo para dar el mejor servicio al cliente	58,5
	Confianza de las personas y en la búsqueda de su desarrollo profesional	24,8
	Se comparten objetivos y se busca la participación de las personas	25,7
	Interés en los profesionales por actuar eficientemente y con calidad	70,0
	Trabajo en equipo y coordinación entre todas las unidades	25,4
	Calidad de servicio prestada a los usuarios	78,4

**ANEXO III**

**RECONOCIMIENTOS EXTERNOS  
DE ORGANIZACIONES DE  
OSAKIDETZA/SERVICIO VASCO DE SALUD\***  
2000-2002

\* Si bien se ha prescindido de las frecuencias de respuestas "sin opinión", cabe destacar el alto porcentaje de encuestados que a nivel del total de Osakidetza manifiesta no tener opinión respecto a este ítem: 17,6%

\* Incluye exclusivamente los Reconocimientos obtenidos mediante certificación según la norma ISO o evaluaciones según el modelo EFQM



## RECONOCIMIENTOS EXTERNOS DE ORGANIZACIONES (ISO Y EFQM)

	Certificación ISO	Diploma Compromiso Excelencia	Q plata Euskalit/ Fundación Vasca para la Calidad	Q oro Gobierno Vasco
Comarca Araba	5 Centros			
Comarca Gipuzkoa Este	5 Centros			
Comarca Gipuzkoa Oeste	4 Centros			
Comarca Bilbao	4 Centros			
Comarca Ezkerraldea	5 Centros			
Comarca Interior	3 Centros			
Comarca Uribe	4 Centros	X		
Hospital Donostia-Laboratorio Unificado		X		
Hospital Cruces		X		
Hospital Txagorritxu		X		
Hospital Santiago	1 Servicio			
Hospital Basurto	2 Servicios			
Hospital Galdakao		X		
Hospital Zumárraga	3 Servicios		X	
Hospital Bidasoa	5 Servicios		X	X
Hospital Alto Deba		X		
Hospital San Eloy		X		
Hospital Santa Marina	5 Servicios	X		
Hospital Psiq. Zamudio		X		
Hospital Psiq. Araba y SME		X	X	
S.M. Extrahospital Gipuzkoa		X		
Centro Vasco de Transfusiones	X			