



GUÍA GESTIÓN AVANZADA 2016

OSI DONOSTIALDEA ESI



Osakidetza

DONOSTIALDEA ESI
OSI DONOSTIALDEA



EUSKO JAURLARITZA
GOBIERNO VASCO

OSAKIDETZA
TRANSACCIONES Y CONTRATACIONES

Contenido

| | |
|--|-----------|
| PRESENTACIÓN..... | 01 |
| ELEMENTOS DE ACCIÓN | 04 |
| ELEMENTO ESTRATEGIA..... | 04 |
| E.1 CÓMO SE GESTIONA LA INFORMACIÓN NECESARIA PARA DEFINIR LA ESTRATEGIA: | 04 |
| E.2 CÓMO SE REFLEXIONA Y SE ESTABLECE LA ESTRATEGIA: | 05 |
| E.3 CÓMO SE COMUNICA, DESPLIEGA, REvisa Y ACTUALIZA LA ESTRATEGIA:..... | 06 |
| ELEMENTO CLIENTES | 07 |
| C.1. CÓMO GESTIONAMOS LAS RELACIONES CON CLIENTES..... | 07 |
| C.2 CÓMO SE DESARROLLAN Y COMERCIALIZAN PRODUCTOS Y SERVICIOS ORIENTADOS HACIA LOS CLIENTES..... | 08 |
| C.3 CÓMO SE PRODUCEN Y DISTRIBUYEN NUESTROS PRODUCTOS Y SE PRESTAN NUESTROS SERVICIOS..... | 09 |
| C.4. CÓMO GESTIONAMOS LAS RELACIONES CON PROVEEDORES..... | 10 |
| ELEMENTO PERSONAS (PROFESIONALES) | 11 |
| P.1. CÓMO SELECCIONAMOS, RETRIBUIMOS Y ATENDEMOS A LAS PERSONAS | 11 |
| P.2. CÓMO DESARROLLAMOS EL CONOCIMIENTO Y COMPETENCIAS DE LAS PERSONAS | 12 |
| P.3. CÓMO COMPROMETEMOS A LAS PERSONAS CON LA ORGANIZACIÓN | 12 |
| P.4. CÓMO AMPLIAMOS LA CAPACIDAD DE LIDERAZGO..... | 13 |
| ELEMENTO SOCIEDAD | 14 |
| S.1.CÓMO GESTIONAMOS EL COMPROMISO CON NUESTRO ENTORNO SOCIAL | 14 |
| S.2 CÓMO IMPULSAMOS LA SOSTENIBILIDAD MEDIOAMBIENTAL..... | 15 |
| ELEMENTO INNOVACIÓN..... | 16 |
| I.1 CÓMO DEFINIMOS NUESTROS OBJETIVOS Y ESTRATEGIA PARA INNOVAR | 16 |
| I.2 CÓMO CREAMOS EL CONTEXTO INTERNO PARA INNOVAR | 17 |
| I.3 COMO APROVECHAMOS EL POTENCIAL DE NUESTRO ENTORNO..... | 17 |
| I.4 CÓMO GESTIONAMOS LAS IDEAS Y PROYECTOS INNOVADORES..... | 18 |
| RESULTADOS | 19 |
| RESULTADOS ESTRATEGIA..... | 19 |
| RESULTADOS CLIENTES | 21 |
| RESULTADOS CLIENTES PROVEEDORES | 25 |
| RESULTADOS PERSONAS..... | 25 |
| RESULTADOS SOCIEDAD..... | 27 |
| RESULTADOS INNOVACIÓN..... | 27 |



PRESENTACIÓN

Osakidetza es un Ente Público de derecho privado adscrito al Departamento de Salud cuya finalidad es desempeñar la provisión de servicios sanitarios mediante las organizaciones públicas de servicios dependientes del mismo.

La **Organización Sanitaria Integrada Donostialdea (OSID)** es una de esas 22 organizaciones de servicios.

Se crea en enero de 2015, a partir de dos organizaciones previamente existentes -algunos centros que previamente formaban parte de la Comarca Gipuzkoa de Atención Primaria (**CG**) y el Hospital Universitario Donostia (**HUD**)-, fruto de la 'Estrategia de integración de organizaciones sanitarias' que busca centrar los cuidados en el paciente evitando la fragmentación de los mismos. La Fig. 0.1 muestra la evolución de ambas organizaciones hasta su integración.

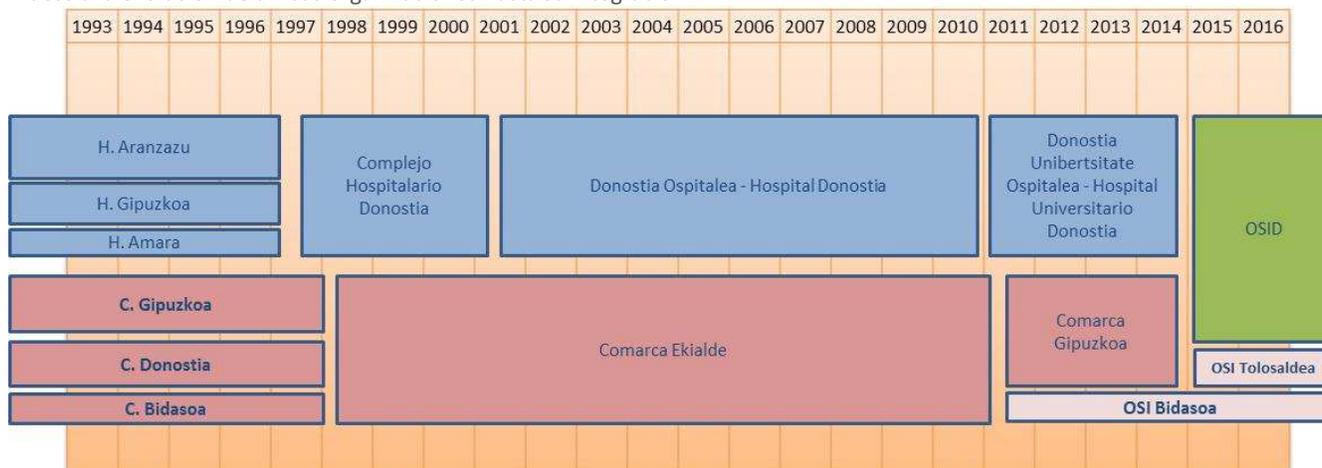
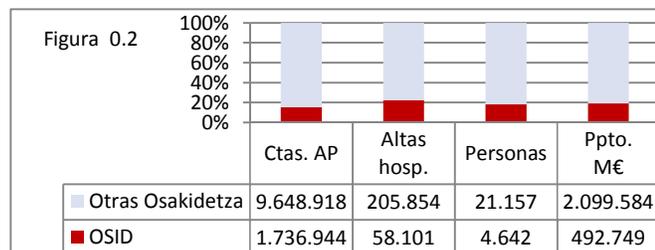


Fig.0.1.

En la actualidad, con 31 centros de AP y el HUD se puede estimar que es la organización más grande de Osakidetza. Su actividad, equipo humano y presupuesto constituyen aproximadamente el 20% de Osakidetza (Fig.0.2)



El **ámbito fundamental de actuación** de la OSID es el territorio histórico de Gipuzkoa, en dos vertientes: como organización comarcal en su área inmediata de influencia, y como hospital de referencia en el resto del territorio (Anexo 0.1). El HUD actúa también, para algunas prestaciones, como centro de referencia para la Comunidad Autónoma Vasca (CAV) y territorios limítrofes.

Nuestra Misión:

- Damos respuesta a las necesidades de salud de la ciudadanía en todos los ámbitos de actuación: promoción, prevención, cuidado, rehabilitación y mejora de la salud.
- Centramos nuestra atención en la población, con equipos integrales coordinados entre sí, a través de nuestra Red de Centros y Hospital, referencia para Gipuzkoa y, en algunos procesos, para Euskadi.
- Facilitamos la respuesta social a las necesidades de las personas por medio de alianzas con otras instituciones.
- Construimos el futuro preparando profesionales,

investigando e innovando.

Nuestra Visión es:

- Satisfacer las necesidades y expectativas de nuestra ciudadanía, a través de una atención centrada en la persona, segura y de calidad, con las técnicas más adecuadas y coordinada en todos sus aspectos, incluyendo el socio-sanitario.
- Formar y desarrollar equipos de profesionales excelentes, orgullosos de pertenecer a esta Organización.
- Formar futuros profesionales en diferentes ámbitos relacionados con la asistencia sanitaria, capaces de atender al paciente en cualquiera de los idiomas oficiales de Euskadi.
- Avanzar científicamente a través del desarrollo de la investigación e innovación.
- Consolidar esta Organización Sanitaria Integrada como una estructura sostenible, eficaz y eficiente, respetuosa con el medio ambiente, que comparte y logra objetivos.
- Impulsar el desarrollo socioeconómico de nuestra Comunidad y de Gipuzkoa, y lograr el reconocimiento de la Sociedad a la que pertenece.
- Constituirnos referente más importante del Sistema Sanitario Vasco (SSV)

Queremos seguir construyendo nuestra organización en torno a los siguientes **Valores**:

- Valoramos en las Personas: Responsabilidad, Honestidad, Empatía, Respeto
- En los Equipos: Calidad asistencial, Competencia profesional, Trabajo en equipo, Transparencia, Solidaridad
- Buscamos garantizar los valores de Autonomía del paciente, Confidencialidad y Equidad.



Nuestras **actividades principales**, alineadas con los contenidos de Misión y Visión, se centran en la prevención de las enfermedades y el cuidado de la salud, la formación de profesionales, y la innovación e investigación biomédica. Nuestra amplia cartera de servicios se resume en la Tabla 0.1.

Tabla 0.1: CARTERA DE SERVICIOS:

Salud

- Promoción y prevención de la salud,
- Asistencia sanitaria en la Comunidad (por medio de un dispositivo de atención familiar y comunitaria y consultas de especialidades), en régimen de hospitalización,
- Medios diagnósticos y terapéuticos.

Formación (Anexo 02) .

- Pregrado universitario en profesiones sanitarias (Medicina y Enfermería (EHU/UPV)
- Prácticas pregrado otras titulaciones
- Postgrado (38 especialidades médicas y de enfermería diferentes)
- Prácticas en ciclos formativos superior y medios

Investigación

- Plataformas de investigación
- Unidad Gestión de la Investigación
- Otras Unidades de apoyo

El **reto fundamental** que aborda OSID en el siguiente período estratégico 2015-2019, se centra fundamentalmente en dos ámbitos:

- Ofrecer una **respuesta asistencial integrada**
- **Construir una nueva organización**, capaz de integrar de forma eficiente a las personas y estructuras que configuraban las dos organizaciones precedentes.

Estamos convencidos de que el éxito del proceso es basarse en las necesidades y expectativas de sus **principales grupos de interés** (GI) (Anexo E.1.1), especialmente las de las personas a quienes dedica su actividad clínica. Y centramos nuestros esfuerzos en ofrecer la respuesta asistencial más adecuada a las necesidades de las personas. Para ello, ha identificado seis grupos de personas (clientes/pacientes) con necesidades homogéneas: personas sanas, personas con enfermedades agudas, con enfermedades crónicas, con cáncer, población infantil, mujeres en situación de gestación, parto y puerperio.

La orientación a satisfacer las necesidades y expectativas diferenciadas de estos seis grupos de personas orienta el enfoque de diseños asistenciales integrados, de los esquemas organizativos (unidades de gestión) y de la estrategia general.

Disponemos de un elemento que nos permite tener presentes permanentemente las necesidades y expectativas **de cada paciente**: la historia clínica. La historia clínica es el documento que recoge toda la información necesaria para atender bien al paciente: lo que expresa el paciente, los datos que se obtienen de la entrevista, de la exploración, el juicio diagnóstico, el plan de tratamiento, cuidados, medicación..., especificaciones (voluntades, situaciones personales...), lo que necesita el paciente, lo que tenemos que hacer, en definitiva, atender sus necesidades. Para el equipo profesional que trata a cada persona es la hoja de ruta más completa y más adaptada a las necesidades específicas de ese paciente. Los esfuerzos corporativos de los últimos años para **informatizar la historia clínica** han permitido que la información clínica de la ciudadanía de la CAV esté completamente disponible en cualquiera de los puntos de asistencia en nuestro territorio. Esto permite una asistencia de gran calidad y más segura.

4.642 personas

componen el equipo de profesionales que conforma la OSID (Tabla 0.2). Es importante tener en cuenta que el 64% de la plantilla tiene formación superior (57% universitaria y 7% profesional) y la responsabilidad que asumen en sus decisiones es personal.

Tabla 0.2 –EQUIPO PROFESIONALES

| | |
|---------------------------|-------|
| Directoras/es | 6 |
| Área médica | 1.047 |
| Enfermería | 1.542 |
| Técnicas/os sanitarios | 206 |
| P. Auxiliar sanitario | 738 |
| Técnicas/os de gestión | 59 |
| Técnicas/os profesionales | 133 |
| P.Auxiliar Profesionales | 443 |
| Celadores y operarios | 468 |

Los profesionales se agrupan tradicionalmente en **equipos homogéneos** -servicios, secciones, unidades...- en función de conocimientos similares o formas de prestar asistencia. Pero, para abordar esta transformación, impulsamos la constitución de **equipos multidisciplinares** conformados alrededor de los procesos asistenciales diseñados en función de los seis grupos de personas con necesidades homogéneas. Estos equipos precisan un **nuevo perfil de Líder**, transformador, integrador y muy comprometido con este proceso.

El **equipo directivo de la nueva organización** está conformado con la mayor parte de las personas que formaban parte de los equipos directivos de las dos organizaciones existentes previamente, con larga trayectoria (Fig.0.3.). El conocimiento detallado de las características de cada una de las organizaciones previas facilita enormemente la transformación hacia la nueva organización (El Anexo 0.3 amplía información relacionada con equipos profesionales, y liderazgo en la OSID).

Fig. 0.3



Recursos disponibles: en 175.000 m² construidos, disponemos de instalaciones y equipamientos tecnológicos comparables a los de cualquier centro excelente en la asistencia a la salud, lo que facilita el acceso a técnicas diagnósticas y terapéuticas de eficacia contrastada. (Anexo

0.4 con descripción de instalaciones y equipamientos más relevantes).



Los **recursos económicos** son proporcionales a la estructura y actividad desplegada: El presupuesto de la OSID para 2016 supera los 500 millones de euros. (El Anexo 0.5 muestra la cuenta de resultados del año 2015)

Algunas **alianzas** complementan los recursos propios para abordar el desafío de prestar la asistencia adecuada, la formación o la innovación o investigación (Anexo E.2.6.).

Peculiaridades: Si bien puede suponerse que hospitales y centros asistenciales se gestionan de forma similar, son también reconocibles algunas diferencias. En nuestro caso cabe destacar las siguientes:

- La **orientación a diferentes tipos de personas** (clientes/pacientes) con necesidades homogéneas, que inspira el diseño de respuestas diferenciadas, y modificaciones en la estructura organizativa.
- Un avanzado nivel de **coordinación con el mundo sociosanitario**: A lo largo de muchos años se han puesto en marcha muchas iniciativas de colaboración, tanto de la CG como en el HUD.
- EL HUD ha sido y es uno de los hospitales más eficaces en la **obtención de órganos para trasplante**. Un equipo de personas muy cohesionado contribuye de forma muy interesante al resultado del sistema sanitario vasco.
- **BioDonostia**, la unidad gestora de la Investigación e Innovación que reúne y gestiona todas las actividades que previamente desarrollaban tanto el HUD como la CG. Sus alianzas con la Universidad y otros centros tecnológicos son una ventaja competitiva con relación a otros centros de innovación e investigación. Es un Instituto acreditado por instituciones oficiales y forma parte de redes estatales e internacionales. (ver Elemento Innovación)

- **IZARKI** es una unidad creada en 2011 para gestionar proyectos y alianzas orientadas a incrementar y facilitar la difusión del conocimiento, compartirlo y generar valor en la organización y en su entorno, entre las personas que, en la actualidad y en el futuro, constituirán la OSID y el SSV. (ver Elemento Personas 3.- Gestión del Conocimiento).

Estamos **orgullosos de formar parte de Osakidetza**, una Corporación de reconocido prestigio que busca preservar el Sistema Sanitario Vasco como público, universal y de calidad. Trabajar codo con codo con la Corporación y con las otras organizaciones tiene **enormes ventajas**: una historia clínica digital, sistemas de gestión avanzados, numerosos elementos de comparación, iniciativas de aprendizaje y mejora, oportunidades de desarrollo... Y un conjunto de **compromisos que es preciso respetar**: orientar las decisiones con la estrategia global, avanzar coordinadamente y acompañar el paso al interés general, o cumplir determinados requisitos (por ejemplo en materia de contratación) propios de administraciones públicas.

A continuación se muestra una tabla que recoge sólo algunos de los **hitos más importantes desde 2011**. Nuestras organizaciones han sido merecedoras de numerosos reconocimientos (CG obtuvo la Q de plata en 2003, la Q de oro en 2006, finalista en dos ocasiones en European Award EFQM..., varios servicios del HUD – Urgencias, Cirugía Torácica, Enf. Infecciosas...- han sido considerados entre los mejores en el Estado). Afrontamos ahora el gran desafío de integrar ambas organizaciones, lo cual es sólo posible gracias al esfuerzo de todos los profesionales y los líderes que, desde hace muchos años, las han impulsado y han conseguido la valoración positiva de los usuarios y la ciudadanía guipuzcoana.

| AÑO | HITOS MÁS IMPORTANTES |
|------|---|
| 2011 | C.S. Ondarreta y Oiartzun Diploma acreditación Fase 1D Programa IHAN (Proyecto OMS-UNICEF) Premio a la Excelencia en Gestión Pública 2010 de la Agencia de Evaluación y Calidad (CG) Creación de UGC pacientes Frágiles y Convalecientes, Hospital Infantil Premio Best in Class al Servicio de Urgencias del HD |
| 2012 | Acreditación como Hospital Universitario Donostia Premio Avedis Donabedian a la mejor Memoria de Sostenibilidad (CG) Premio Best in Class al Servicio de Urgencias del HUD |
| 2013 | C.S. Ondarreta y Oiartzun Diploma acreditación Fase 2D Programa IHAN (Proyecto OMS-UNICEF) Proyecto de Integración Funcional en el área de oncología radioterápica – Onkologikoa Premios Top 20 Área Clínica de Respiratorio del HUD |
| 2014 | Gestión integrada Laboratorios de Gipuzkoa Premios Top 20 Área Clínica de Respiratorio del HUD |
| 2015 | Organización Sanitaria Integrada Donostialdea (OSID) Participación en el Programa “Centros Comprometidos con la Excelencia de Cuidados” C.S. Ondarreta y Oiartzun Diploma acreditación Fase 3D Programa IHAN (Proyecto OMS-UNICEF) Premio Buenas Prácticas SNS Unidad Rehabilitación Cardíaca y UGC Ginecología Premios Top 20 del área de Respiratorio del HUD |
| 2016 | Creación de Unidades de Gestión Clínica Ginecología y Obstetricia, y Urola-Kosta C.S. Ondarreta y Oiartzun Diploma acreditación Fase 4D Programa IHAN (Proyecto OMS-UNICEF) Premio Buenas Prácticas SNS Unidad de Diabetes |



ELEMENTOS DE ACCIÓN

ELEMENTO ESTRATEGIA

OSID es una nueva organización con experiencia en procesos estratégicos; las dos organizaciones que la constituyen han desarrollado ocho procesos estratégicos muy eficaces en los últimos 16 años (Fig. E.1). El Equipo Promotor de la Integración (más tarde **Equipo de Dirección (ED)**) era consciente de iniciar un proyecto nuevo y que, como todo cambio, en otras organizaciones había provocado algunas resistencias. Para afrontar este reto, invita a participar a todos aquellos líderes cuyos proyectos son considerados claves para conseguir el éxito y cuyo compromiso es patente. Todas las personas invitadas aceptan el reto y se constituye el **'Equipo de Dirección Ampliado' (EDA)**. Este grupo se ve reforzado por un **Equipo de Apoyo (EA)**, formado por personas de la Unidad de Calidad, cuyo apoyo logístico y metodológico ha sido valiosísimo para culminar el proyecto. Así pues, un equipo de más de 40 personas inicia el proceso de reflexión estratégica.



E.1 CÓMO SE GESTIONA LA INFORMACIÓN NECESARIA PARA DEFINIR LA ESTRATEGIA:

La **revisión de los grupos de interés** es uno de los trabajos preliminares del proceso de planificación estratégica: Un grupo de personas revisa la información disponible y reflexiona sobre los cambios posibles que han podido darse desde la reflexión previa (Tabla E.1).

En el ámbito asistencial, encontramos en la bibliografía mucha información relacionada con las **necesidades y expectativas de pacientes**, lo cual facilita un conocimiento contrastado de los aspectos más generales.

Tabla E.1.-PRINCIPALES GI

- Ciudadanía (pacientes, familiares)
- Personas de la Organización
- Departamento de Salud (G.V.)
- Osakidetza
- Aliados en prestación asistencial
- Centros Investigación e Innovación

Los aspectos más particulares se conocen por las investigaciones de Osakidetza o los grupos puestos en marcha en el mismo seno de la OSID, por ejemplo a través de Comunidades de práctica (CoP).

En otros ámbitos, como la relación con instituciones oficiales, en las actividades de I+D+i o las relacionadas con el mundo del conocimiento, normalmente vienen especificadas como requisitos en documentos como contratos, convenios, proyectos e informes de auditoría.

El Anexo E.1.1 recoge **información relativa a los GI relevantes**, una aproximación a sus principales necesidades y expectativas, la forma en la que las actualizamos y los mecanismos que utilizamos para conocer el grado de satisfacción que produce nuestra actividad.

Con **otras organizaciones** que, por interés estratégico, consideramos prioritarias es habitual mantener cauces de comunicación directos entre personas en diferentes niveles, lo que nos permiten conocer aspectos particulares y matices de sus estrategias. En general, las organizaciones de interés

publican sus proyectos estratégicos en la web, y su consulta es muy accesible. El Anexo E.1.2 recoge la tabla con información relevante publicada por las organizaciones con quienes mantenemos una relación más estrecha.

En este período estratégico, el equipo de apoyo seleccionó un conjunto de **publicaciones** orientadas a facilitar una aproximación a aspectos particularmente interesantes en el momento: modelos y experiencias de integración, nuevos sistemas de financiación, posibles modelos organizacionales futuros, sistemas de evaluación, sin olvidar los clásicos modelos demográficos, prospectivos y socioeconómicos más relevantes (Anexo E.1.3). Esta información se puso a disposición para consulta en el grupo de planificación estratégica de Osagune.

Además de la revisión de los grupos de interés, el trabajo previo al proceso de planificación estratégica incluye otras dos tareas: la **revisión de los resultados obtenidos** y la **identificación de las buenas prácticas en la Organización**.

El grupo que ha revisado los **resultados de los principales indicadores**, ha elaborado un informe resumido que ha facilitado en gran medida obtener conclusiones sobre la trayectoria seguida por ambas organizaciones, y los resultados obtenidos (tanto en aspectos individuales, como en actividades que han resultado de la colaboración, a pesar de ser dos organizaciones diferentes).

El segundo de los grupos ha revisado los registros previos de **buenas prácticas**, ha pedido a cada servicio y unidad una actualización de sus buenas prácticas, ha analizado los datos, los ha jerarquizado con arreglo a una sistemática expresada en el mismo informe, y ha destacado aquellas actividades que han considerado de especial interés.

También se han recopilado informes que han servido para profundizar en el resultado del **rendimiento operativo y otros resultados**, incluyendo los de otras organizaciones relevantes (Buena Práctica aprendida en este proceso de reflexión).

Mucha de la información utilizada forma parte de la que usamos de forma rutinaria en nuestra gestión. En otros casos se ha considerado conveniente resumirla o presentarla de forma más accesible. Esta tarea facilita su estudio y el

consenso, por ejemplo a la hora de llegar a un diagnóstico de la situación. Esta práctica es habitual en el **análisis de las encuestas de satisfacción** o en la elaboración de los **cuadros de mando** (a partir de la información contenida en aplicaciones de business intelligence), además de los ya mencionados análisis de BBPP (Anexo E.1.4)

E.2 CÓMO SE REFLEXIONA Y SE ESTABLECE LA ESTRATEGIA:

Para realizar el primer plan estratégico de la OSID (2015-2019) se ha seguido el esquema que se muestra en la figura E.2.1. Se trata de un procedimiento clásico que ha basado el trabajo en **tres equipos estables** (ED, EDA y EA: más de 40 personas). Además se han movilizado otras 100 personas más, en varias reuniones en forma de world café. También se han consultado contenidos con todas las personas de la Organización, solicitando su opinión por medio de correos electrónicos. A continuación indicamos el proceso de reflexión estratégica:



Fig.E.2.1

Se ha señalado en la Presentación la relevancia de la integración asistencial en este período estratégico. En las reflexiones de los equipos de planificación se comprendía esta orientación como *"la necesidad de transformar las organizaciones existentes en otra nueva, en la que la respuesta asistencial fuera el eje central y evitara cualquier fisura que pudiera mantenerse por el hecho de haber sido dos organizaciones diferentes"*.

Decidimos trabajar en la elaboración de unos conceptos nuevos que integraran **Misión y Visión**. El ED elaboró una propuesta, que presentó a todos los líderes y que difundió entre todas las personas de la Organización. Una vez revisadas todas las aportaciones, la redacción final quedó como se ha expresado en la Presentación y en su contenido se recogen las principales actividades y sus principales GI.

Un grupo de profesionales del HUD, muchos de los cuales participan en el Comité de Ética Asistencial, había iniciado un

trabajo de reflexión relacionado con los Valores. A partir del mismo fue fácil revisar y enunciar los **Valores** que se han descrito en la Presentación.

Uniendo los contenidos de la Misión, Visión y Valores con el Diagnóstico Estratégico, el ED junto con el EDA enuncia y ratifica los **5 Objetivos Estratégicos**:

- Mejorar la satisfacción de las personas (usuarias y usuarios)
- Mejorar la satisfacción de los profesionales
- Consolidar una estructura organizativa dinámica y bien gestionada
- Contribuir a la mejora en el bienestar de la sociedad guipuzcoana: una organización nueva, comprometida con la Sociedad
- Contribuir a la mejora y desarrollo del sistema sanitario vasco.

Los epígrafes más importantes que concretan estos objetivos estratégicos pueden ser medidos por medio de indicadores y son los que se utilizan para evaluar los resultados estratégicos (Anexo E.2.1). Hemos desarrollado un manual de indicadores que permite delimitar qué actividades son las que influyen en el resultado, la relación de cada objetivo con otros y con los planes de acción (Anexo E.2.2). Nuestro **Modelo de negocio** se basa en la cartera de servicios definida en la Tabla 0.1 (pág 2).

Tal y como hemos indicado en la presentación, una de las características de la OSID es que nuestro negocio Salud lo tenemos segmentado en seis grupos de personas con necesidades homogéneas: personas sanas, personas con enfermedades agudas, con enfermedades crónicas, con cáncer, población infantil, mujeres en situación de gestación, parto y puerperio (Anexo E.2.3). Para ello, el **modelo organizativo** hacia el que estamos evolucionando es un modelo de UGC, de tres tipos diferentes (Anexo E.2.4):

- Basadas en procesos clínicos (ej: cáncer, crónicos),
- Poblacionales (microOSI)
- Departamental/colaborativos (laboratorios, bloques quirúrgicos)

La figura del Anexo E.2.5 representa el **mapa de procesos** de la nueva organización integrada. En el núcleo los procesos operativos centrandos la atención de la Organización en los clientes. Además del proceso asistencial son procesos operativos todas aquellas actividades relacionadas con la innovación e investigación y la docencia, necesarias para conseguir los objetivos planteados en la Misión.

La imagen representa además, los procesos estratégicos y de soporte que hemos identificado como claves para gestionar el proyecto de integración en nuestra OSID.

Inicialmente identificamos cuatro **factores críticos para el éxito**: Prudencia, Rigor, Participación, y Transparencia. A lo largo de los primeros meses comprendimos la importancia de 'Apoyarse en lo que ya funciona bien', y lo hemos integrado como el quinto FCE.

El Anexo E.2.6 muestra el **mapa de alianzas** desarrollado para el despliegue de nuestra estrategia. Es preciso resaltar como fundamentales las que mantenemos con otras OSI de Gipuzkoa y las del mundo sociosanitario (en el ámbito asistencial), MSSSI, universidades y centros de formación



(ámbito de conocimiento) y centros tecnológicos, Innobasque e Instituto de Salud Carlos III (ámbito de Investigación e Innovación).

Para conseguir los objetivos estratégicos, se elabora la propuesta del PE 2015-2019 en forma de Programas que, a su vez, se desarrollan en Proyectos y Planes (con arreglo a un formato estandarizado PMI) en el seno del Comité Ampliado de Dirección. Una vez analizados y priorizados en base a tres criterios (Impacto estratégico y viabilidad económica, oportunidad), se implementan por medio de planes de gestión anuales. En el Anexo E.2.7 se muestran el Mapa de Programas y Proyectos asociados a cada uno de ellos.

Para verificar la coherencia entre planes y objetivos estratégicos se confecciona con cada plan de gestión anual una Matriz de impacto que es revisada por parte del equipo de dirección (Anexo E.2.8).

E.3 CÓMO SE COMUNICA, DESPLIEGA, REvisa Y ACTUALIZA LA ESTRATEGIA:

Para **comunicar la estrategia** a todas las personas de la Organización se han realizado diferentes iniciativas:

- Hemos distribuido carteles por todas las unidades especificando los contenidos de Misión, Visión y Valores,
- Hemos usado intensivamente los medios electrónicos (intranet y correo electrónico)
- Y, fundamentalmente, se han empleado reuniones específicas con los equipos de trabajo: A lo largo de 2015 el equipo directivo visitó todas las unidades para reunirse con todos los equipos de personas y presentar los contenidos de la estrategia.

Las organizaciones más relevantes también han sido visitadas por miembros del equipo de dirección para explicar detalladamente programas, proyectos y planes. Así, por ejemplo, se han mantenido reuniones con la Dirección de Osakidetza y el Departamento de Salud, medios de comunicación, principales Ayuntamientos, Universidades (EHU/UPV, Deusto, Tecnun) y aliados de Biodonostia. La estrategia de la OSID se ha explicado asimismo en congresos estatales de gestión sanitaria.

El PE prevé **desplegar los objetivos y estrategias** a través de **diez programas** liderados por doce personas pertenecientes al EDA. Estos programas se desarrollan a su vez en Proyectos y planes, muy orientados a conseguir el gran desafío de la Integración.

La puesta en marcha del PE precisa ir modificando progresivamente la estructura de los equipos y el organigrama de forma que facilite la implementación de nuevos diseños: equipos de profesionales movidos por objetivos adaptados a las necesidades de los clientes, sistemas internos de organización, liderazgo, recursos adecuados, compromisos con la OSID.

Nuestra experiencia en UGC (minicompañías) tanto en AP como en el HUD es muy positiva, habiendo demostrado su

eficacia en la mejora de la asistencia y eficiencia, y entendemos que es un modelo muy adecuado para desarrollar la estrategia de integración. Los objetivos estratégicos pueden ser proporcionalmente asumidos por las **UGC** y será conveniente promover la creación de nuevas unidades para ir completando un futuro mapa organizativo. (Anexo E.2.4.b)

Las doce personas **líderes** de los diez Programas determinan, con los **responsables de los proyectos y planes** que los componen (49 líderes de proyecto y más de 400 personas participando en planes), la forma en la que se van a desarrollar, sus fases y sistemas de evaluación. Anualizar los proyectos nos facilita adaptarlos en unidades específicas y en períodos más concretos, y desplegar la estrategia. Los diferentes planes especifican acciones, responsables y plazos. También se relacionan con los objetivos que persiguen.

Nuestra trayectoria en la gestión estratégica nos ha permitido comprender la dificultad de realizar el seguimiento y la evaluación de los planes. Hemos identificado varias razones: muchos planes, relaciones entre ellos, muchos responsables, liderazgo... El ED, conector de la dificultad de realizar el seguimiento de muchos planes en múltiples equipos, encargó la selección de una herramienta que facilitara el **seguimiento del despliegue y evaluación** (los planes anteriores se evaluaban por medio de tablas xls), habiendo seleccionado la herramienta Bikain® cuya implementación se está llevando a cabo en este ejercicio.

La **gestión de las alianzas**, de gran ayuda para desplegar la estrategia, se afronta de forma específica y constituye el Programa 7 del PE. Hemos identificado cinco tipos principales de alianzas (proyectos), y las organizaciones prioritarias en cada tipo (ver Anexo E.2.6) Un comité formado por los responsables de los proyectos orienta las prioridades, los objetivos a alcanzar, el desarrollo y evalúa el resultado de su gestión.

Los contenidos de la Misión y Visión, así como los Objetivos estratégicos se han detallado en un conjunto de atributos que los concretan (Anexo E.2.1) y se han cuantificado los resultados a conseguir. En el elemento RESULTADOS se pueden encontrar identificados los resultados que, tras la reflexión estratégica, consideramos 'Resultados clave'. Fueron revisados en la autoevaluación 2016).

Hemos elaborado una primera versión del '**Manual de indicadores estratégicos**' (donde se han revisado las relaciones entre diferentes objetivos, planes, factores que influyen, etc.) lo que nos ha facilitado comprender la relación causal entre factores y resultados (Anexo E.2.2).

Cada responsable de programa realiza, con arreglo a la periodicidad prevista, el seguimiento de los planes. El ED analiza mensualmente los principales resultados (informe de gestión mensual), cuatrimestralmente con la Dirección General y con las UGC, y semestralmente se repasa el plan anual en el seno del EDA presentando los resultados a todos los líderes de la Organización.

| Ámbito | Mejora introducida | Aprendizaje | Año |
|------------|--|--|------|
| Estrategia | Programa formativo a líderes Dirección Proyectos | Metodología Dirección Proyectos para despliegue Estrategia | 2015 |
| Estrategia | Herramienta BIKAIN | Seguimiento Estratégico. PGAs | 2015 |



ELEMENTO CLIENTES

Nuestra Misión centra nuestra Cartera de servicios en tres ámbitos principales: asistencia a la salud, formación - docencia, investigación-innovación.

Nuestra actividad asistencial es muy amplia: Además de los programas de prevención y promoción de la salud, realizamos alrededor de dos millones de consultas en atención primaria, 750.000 consultas especializadas, 132.000 urgencias hospitalarias, 58.000 hospitalizaciones, o más de 30.000 intervenciones de cirugía mayor. Esta respuesta asistencial se orienta en el sentido de las estrategias del Departamento de Salud concretadas a través de los contenidos del Contrato-Programa que ambos suscribimos.

La docencia de futuros profesionales es clave porque modela el futuro de nuestra organización: más de 35 promociones de médicos y enfermería han salido de las aulas (además de muchos profesionales de otras disciplinas). En este caso la OSID tiene un papel colaborador específicamente en las prácticas. Pero es en la formación postgraduada (MIR, EIR matronas, FIR...) en la que la propia OSID tiene un papel relevante: cada año más de 60 facultativos inician un período de formación como especialistas de cuatro o cinco años de duración, y más de 85 profesionales tutelan la formación de los futuros especialistas. La Tabla C1 resume algunas características relativas a nuestros principales clientes:

Investigación e Innovación se desarrollan específicamente más adelante (ver Elemento Innovación).

| Cliente | Ámbito de actuación | Objetivo | Requisitos |
|------------------------------------|--------------------------------|---|--|
| Población general | Promoción y Prevención | Mejorar el nivel de salud | Departamento Salud (Contrato Programa) |
| Población enferma | Asistencia Sanitaria | Prestación de servicios | Departamento Salud (Contrato Programa) |
| Departamento de Salud-DTS Gipuzkoa | Asistencia, Calidad, Seguridad | Desarrollar el Plan de Salud | Departamento Salud (Contrato Programa) |
| Profesionales en Formación | Pregrado | Colaborar con otras instituciones en formación de futuros profesionales | Los establecidos en los programas docentes de cada institución |
| | Postgrado | Formar especialistas | Criterios de acreditación del MSSSI |
| Investigadores | Investigación | Favorecer el desarrollo de la investigación | Criterios de acreditación del ISCIII |

Tabla C.1

C.1. CÓMO GESTIONAMOS LAS RELACIONES CON CLIENTES

El Programa I del PE se dedica específicamente a PACIENTES-CIUDADANOS (**personas**). Liderado por la Responsable del Servicio de Atención al Paciente y Usuario (SAPU), gestiona tres proyectos:

- 1.1.Necesidades y expectativas (1.1.1 Seguimiento de encuestas, 1.1.2 Atención de quejas, reclamaciones)
- 1.2 Participación de pacientes y familiares,
- 1.3 Nuevo modelo de Servicio de Atención al Paciente y Usuario.

Para **incorporar la opinión de pacientes y familiares** en el diseño de la respuesta asistencial, en la OSID se emplean las reuniones de Comunidades de práctica (CoP): en 2016 está previsto mantener activos al menos 12 de estas CoP (Anexo E.1.1).

Las **necesidades sociosanitarias** de los clientes se detectan en el seno de las reuniones de la Comisión Sociosanitaria (en la que participan, además de OSID, Ayuntamientos y Diputación Foral de Gipuzkoa).

Las **necesidades específicas** de cada uno de las personas se recogen en la historia clínica, el documento de máximo valor sobre el que pivota la asistencia sanitaria. Las mejoras implementadas en los últimos años han permitido disponer de un documento único para cada ciudadano de la CAV, accesible en cualquier punto de atención, completo, seguro y confidencial.

El Programa VIII del PE se dedica a la Comunicación. En su vertiente de Comunicación Externa se emplea eficazmente para **informar a la Sociedad y Ciudadanía a propósito de actividades** de promoción y prevención de la salud, y muchos contenidos y resultados asistenciales. Los medios de comunicación guipuzcoanos incorporan todos los meses diferentes mensajes que permiten a la ciudadanía conocer la oferta de servicios y a los profesionales que les atienden en las consultas o unidades de hospitalización.

Es el SAPU quien atiende asimismo las **quejas, reclamaciones o sugerencias** que las personas quieran formular. Dentro de unos plazos marcados, todas las reclamaciones reciben una respuesta revisada por los responsables de los servicios comprometidos. Los resultados agregados se revisan en Comité de Dirección y son tenidos en cuenta para elaborar los planes de gestión.

Periódicamente se realizan **diez encuestas en ámbitos diferentes** para conocer el grado de satisfacción de las personas con el servicio prestado. Sus resultados se analizan en grupos en los que participan profesionales y responsables (más de 32 personas) de los servicios analizados. Las iniciativas de mejora se incorporan en los correspondientes planes.

Conjuntamente con la **DTS** se evalúa periódicamente su satisfacción con la evolución del ejercicio.

El **proceso de formación postgraduada** incorpora también la encuesta como un elemento de evaluación de la satisfacción de los clientes. Sus resultados se analizan en el seno de la Comisión de Docencia nutriendo ulteriores planes de mejora.



| Ámbito | Mejora introducida | Aprendizaje | Año |
|----------------------------|--|--|-----------|
| Cientes | Office para familiares, Jardín Amara, Lactarios | Grupos focales SAPU | 2013-2015 |
| Cientes | Habitaciones individuales en “final de la vida” | Mejora atención en la fase final de la vida (SAPU) | 2013 |
| Cientes | Rediseño de procesos asistenciales (CoP Ictus, Alergia Alimentaria infantil) | Participación pacientes y familiares | 2013-2015 |
| Cientes | Atención interniveles, atención directa a pacientes | Enfermera enlace | 2014-2016 |
| Cientes | Actualización de consentimientos Informados | Reuniones con pacientes | 2014 |
| Cientes | Plan de accesibilidad | Relación con Asociaciones pacientes | 2015 |
| Profesionales en Formación | Rotaciones, actos acogida y despedida MIR, Jornada puertas abiertas | Encuesta de satisfacción del personal en formación postgrado | 2015-2016 |
| Cientes | Plan de atención telefónica al ciudadano | Reflexión interna del equipo de comunicación | 2016 |

C.2 CÓMO SE DESARROLLAN Y COMERCIALIZAN PRODUCTOS Y SERVICIOS ORIENTADOS HACIA LOS CLIENTES

Tras el Programa I del PE (Pacientes/Ciudadanía) el Programa II se dedica exclusivamente al ‘**Diseño de la respuesta asistencial**’ y se desarrolla en proyectos diferenciados, atendiendo específicamente a las necesidades y expectativas homogéneas de aquellos.

De esta manera surgen proyectos específicos centrados en personas con enfermedades agudas, crónicas, personas con cáncer, personas en edad infantil o mujeres en período de embarazo, parto y puerperio (EPP). Proyectos específicos como ‘Promoción de la salud y prevención de enfermedad’ ‘Plan sociosanitario’ ‘Seguridad de pacientes’ o ‘Procesos transversales’ completan los nueve proyectos principales que constituyen la respuesta asistencial.

Tanto los procesos asistenciales como los de docencia se incorporan en el mapa de procesos de la OSID que se muestra en el Anexo E.2.5.

El gran desafío que aborda la OSID, como se ha mencionado previamente, es ofrecer una asistencia integrada y sin fisuras. Para ello es imprescindible incorporar en el diseño a todos los **protagonistas de la asistencia** (Tabla C.2.1.), y fundamentalmente a los propios clientes y familiares. Los programas de promoción y prevención, las actividades grupales en atención primaria, el programa ‘paciente activo’, las sesiones de formación y autocuidado en pacientes y cuidadores en los diferentes programas (crónicos, cáncer, EPP) han demostrado resultados claramente favorables, disminuyendo reingresos, asistencia en urgencias y generando mayor satisfacción.

Tabla C.2.1.- Otros protagonistas vinculados en el diseño de proceso asistenciales:

- Pacientes Individuales. / Grupos
- Comisión sociosanitaria
- Otras OSI
- Centros concertados

El diseño de **rutas asistenciales** realizado con otros centros de Gipuzkoa también ha permitido mejorar resultados en los diferentes grupos de pacientes (Anexo C.2.1).

Es de destacar la participación de las propias asociaciones de pacientes en la propia asistencia. Esta participación es variable en función de la estrategia de cada una de ellas. Algunas, coordinan la asistencia con otros centros en desplazamientos, otras facilitan apoyo psicológico, logístico o respuesta específica a necesidades determinadas por su actividad (compañía, apoyo domiciliario...)

El diseño de la respuesta asistencial se realiza normalmente en el seno de **equipos** formados por especialistas en la asistencia y cuidado. La asistencia sanitaria es compleja y precisa que dichos equipos estén formados por personas expertas en disciplinas diferentes. Trasciende ya del ‘Servicio Médico’ o la ‘Especialidad’ e incorpora nuevas formas organizativas en las que los profesionales precisan alta capacidad de autoorganización y se responsabilizan de los resultados.

Estos grupos multidisciplinares adoptan diferentes formatos: comisiones clínicas, comités de expertos, y llegan a constituirse en Unidades de Gestión Clínica a modo de minicompañías. (Anexo C.2.2.)

Fruto de la actividad de estos grupos de profesionales ha sido posible poner en marcha gran número de mejoras (la última actualización de algunas de ellas, a modo de ejemplo, se refleja en la tabla de mejoras al final del subelemento).

Es muy importante destacar en este sentido el gran esfuerzo desarrollado para incrementar la Seguridad de la Asistencia. Para ello se ha puesto en marcha un **Proyecto de Seguridad** que aborda, de forma integrada, los aspectos más importantes de la asistencia (Anexo C.2.3)

La mejora en el diseño de la oferta asistencial ha permitido asimismo adaptar la asistencia a determinadas necesidades de la ciudadanía, por ejemplo, evitando rupturas con su forma de vida habitual. Así se han desarrollado programas de asistencia en el domicilio, cirugía ambulatoria, autocuidado, asistencia telefónica... muy apreciados por los usuarios y acompañantes.

El diseño de los procesos asistenciales incorpora en todos los casos un conjunto de indicadores que facilita conocer los resultados. El **seguimiento** de los mismos permite a los responsables evaluar la idoneidad de las mejoras. Algunos de los indicadores se emplean como base para el contrato de gestión que vincula la UGC con la Dirección de la OSID (Anexo C.2.4).



En cuanto a la formación de futuros especialistas, el proceso se inicia en un programa formativo elaborado por el MSSSI y que debe desarrollarse de forma personalizada con cada uno de ellos. Hemos desarrollado un sistema de gestión de calidad del proceso que permite comprobar el avance en la

satisfacción de los futuros especialistas y en la consecución de los objetivos formativos. Los tutores de las diferentes especialidades y la Comisión de Docencia, dirigidos por la Jefa de Estudios, lideran este proceso.

| Ámbito | Mejora introducida | Aprendizaje | Año |
|---------------------|---------------------------------------|---|------|
| Innovación | Radiología intervencionista | Mejora en el diseño del proceso asistencial | 2006 |
| Cáncer | Cirugía robótica | Mejora en el diseño del proceso asistencial | 2009 |
| Cáncer | Diseño de circuitos rápidos en cáncer | Mejora en el diseño del proceso asistencial | 2011 |
| Cáncer | Trasplante de médula ósea | Mejora en el diseño del proceso asistencial | 2011 |
| EPP | Unidad de reproducción asistida | Mejora en el diseño del proceso asistencial | 2012 |
| Cáncer | HIPEC | Mejora en el diseño del proceso asistencial | 2012 |
| Diagnostico | Integración Laboratorios de Gipuzkoa | Mejora en el diseño del proceso asistencial | 2013 |
| Servicio referencia | Implante coclear | Mejora en el diseño del proceso asistencial | 2015 |
| AP | Autocontrol TAO | Mejora en el diseño del proceso asistencial | 2016 |

C.3 CÓMO SE PRODUCEN Y DISTRIBUYEN NUESTROS PRODUCTOS Y SE PRESTAN NUESTROS SERVICIOS

El mapa que se muestra en el Anexo E.2.5 jerarquiza las relaciones entre los muchos procesos utilizados en la OSID para prestar los servicios. El desafío de integración en el que estamos comprometidos implica continuar la transformación progresiva de las organizaciones más clásicas en otra vertebrada por un nuevo diseño centrado en la mejor atención a necesidades específicas de tipos de pacientes.

Los equipos de AP ya gozan de una experiencia dilatada como UGC y, además de ‘puerta de entrada’ en el sistema sanitario, son organizaciones muy eficaces para desplegar planes y programas de prevención y promoción de la salud. Es necesario aprovechar esta experiencia y agrandarla para, basándose en un sentido poblacional, agrupar unidades e incorporar consultores en los equipos. Esta nueva configuración puede mejorar la asistencia y aproximarla al entorno próximo del ciudadano, proporcionando eficiencia, seguridad y calidad.

Los resultados de las UGC constituidas alrededor de procesos concretos (cáncer, enfermedades crónicas...) son asimismo muy favorables. Los propios equipos profesionales organizan la prestación de la asistencia de forma más integrada y favorecen la coordinación y cooperación con otros equipos profesionales, mejorando los resultados.

Estas unidades son las responsables de la gestión de los procesos de sus áreas de actividad. Su seguimiento se realiza mediante indicadores ya presentes desde el momento del diseño del proceso. Equipos de profesionales, en el seno de las unidades, se responsabilizan de dicho seguimiento y de la puesta en marcha de acciones de mejora en los propios procesos. (Anexo C.3.1.).

El modelo de gestión ha permitido avances muy significativos en la organización y prestación de servicios integrados, por ejemplo, en pacientes oncológicos y en pacientes crónicos: plazos de diagnóstico más cortos, menos reingresos y visitas a urgencias, más ingresos directos, asistencia domiciliaria, satisfacción en pacientes y familiares.

Hay dos preocupaciones constantes en la gestión y mejora de los procesos: La seguridad y la eficiencia.

Para mejorar la seguridad de los pacientes se ha desarrollado una estrategia específica que comporta la creación de comités de seguridad en los servicios y unidades, liderados por 56 babesle, con la responsabilidad de recoger y analizar incidentes y proponer mejoras.

La **mejora de la eficiencia** combina tres factores fundamentales: un diseño adaptado a las necesidades, una revisión crítica de prácticas que puedan resultar inadecuadas, y un seguimiento en los costes de los diferentes procesos, mediante el uso de la CAE. Diferentes comités profesionales: comisiones clínicas (mortalidad, infecciones, transfusiones, tumores...), MAPAC, comités específicos (traumatismo grave, RCP...), evalúan los resultados de los procesos.

Además de los procesos gestionados a través de unidades de gestión clínica, una parte muy importante de la actividad se desarrolla según el modelo más clásico, en el que los jefes y la dirección de la OSID asumen la responsabilidad directa. Algunos servicios, laboratorios, bloques quirúrgicos... mantienen este modelo clásico. En el seno de reuniones de trabajo se plantean objetivos y actividades a corto y medio plazo, cuyos resultados se evalúan y corrigen periódicamente por parte de los responsables (Anexo C.3.2.).

Todo el dispositivo de atención primaria y algunos de los servicios centrales mantienen **sistemas de gestión de calidad** (Anexo C.3.3). La docencia postgrado se realiza a través de los procesos recogidos en su manual de gestión.

Para el desarrollo de los servicios la OSID en su OE.3 cuenta con una estructura organizativa bien gestionada que, a través de los procesos del área económica: recursos económicos, compras y aprovisionamientos, hostelería y mantenimiento; gestionados con criterios de calidad (certificados) y con herramientas informáticas corporativas y propias, apoya en todo momento a los procesos asistenciales al permitir disponer de:



- Una **información económica de gastos y costes** actualizada y segmentada según las necesidades de sus usuarios para facilitar la toma de decisiones eficientes en el lugar oportuno. La OSID dispone de informes segmentados de: **Contabilidad analítica**, revisada anualmente y en 2015 adaptada a la nueva organización, (Anexo C.3.4) e **Informe de gestión** (Anexo C.3.5) mensual para Dirección y cuatrimestrales para los líderes de unidades y/o servicios permiten el seguimiento periódico de los resultados.
- Una **Gestión de Almacenes y logística interna**, automatizada y gestionada con criterios de eficiencia, que garantiza en todo momento los materiales y fármacos necesarios para la realización de la actividad en el lugar oportuno. Existen dos almacenes, además del también automatizado de Farmacia, gestionados diferente en función de las necesidades y de los costes que genera la logística (Hospital: suministro diario/semanal, y C.S. suministro mensual) en proceso de integración. En 2015 no se ha producido ninguna rotura de stock.
- Una **Hostelería** (lavandería, limpieza y cocina) gestionada con criterios de confort eficientes que, al mismo tiempo, garanticen la satisfacción del paciente (> 97% ESC 2015)

- Una **gestión de mantenimiento** de equipos, instalaciones y estructuras con un Plan preventivo y correctivo (Anexo C.3.6) planificado e integrado en SAP y revisado anualmente. Se realiza con personal propio y de contrata y la colaboración, en su seguimiento, de los profesionales implicados (parte de averías) con muy buenos resultados. (89,5% de los partes con respuesta en menos de 24 h. y 80,6% de resolución en el mismo plazo). En 2015 se ha integrado el mantenimiento correspondiente a la antigua CG.

Tanto en el proceso de Gestión de Compras y Contratación como en el de Almacenes y Mantenimiento la OSID apoya a la OSI Tolosaldea con quien, tras su creación en 2015, firmó un acuerdo de colaboración para dar soporte y apoyo con el objetivo final de aumentar la eficiencia y no crear nuevas estructuras innecesarias.

En la revisión anual de los procesos, en función de los resultados obtenidos y de la colaboración con proveedores y asociaciones colaboradoras, se detectan posibilidades de mejora que dan lugar a planes.

| Ámbito | Mejora introducida | Aprendizaje | Año |
|------------------------|---|---|-----------|
| Contabilidad Analítica | Automatización de los informes CAE (Qlik) | Revisión del proceso de información económica | 2014 |
| Gestión Almacenes | Homologación catálogo de materiales | Grupo de Trabajo OC | 2013 |
| | Automatización Almacén General y Logística interna: eliminación trabajo personal sanitario en reposición de almacenes | Colaboración con proveedor | 2013-2014 |
| | Redefinición almacenes quirófanos suministro diario | Estrategia 2013-2015 (CMA) | 2014-2016 |
| G. Mantenimiento | Auditoría energética | Revisión interna. | 2015 |
| | Plan de accesibilidad | Colaboración Asociaciones | 2015 |

C.4. CÓMO GESTIONAMOS LAS RELACIONES CON PROVEEDORES

La OSID, buscando una estructura organizativa bien gestionada para conseguir su OE3, tiene definido en el proceso de Compras la gestión de proveedores. Así, tiene clasificados los proveedores de suministros y de actividades externalizadas total o parcialmente (limpieza, mantenimiento, seguridad, esterilización,...) por su relevancia y criticidad (Anexo C.4.1) gestionando en este último caso los posibles riesgos. Desde hace años, por acuerdo de la mesa sectorial, no se externalizan más actividades. En nuestro caso, algunas se internalizan como por ejemplo, la actividad asistencial concertada con Policlínica y Pakea (2014) o la esterilización

que a partir de octubre 2016, con la nueva central se realizará con personal e instalaciones propias al 100%. La gestión de estos proveedores relevantes está basada, y mantenida, en la relación directa, personal y permanente del responsable correspondiente de cada área de la OSID con sus representantes. Ello nos permite conocer sus posibilidades y darles a conocer nuestras necesidades para llegar a acuerdos y desarrollar proyectos en colaboración, más allá del objeto del contrato, en los que ambas partes obtenemos beneficio.

La evaluación de los proveedores se realiza anualmente teniendo en cuenta tres ítems (Anexo C.4.2): Cumplimiento de compromisos, rapidez en la respuesta e interlocutor cercano.

| Ámbito | Mejora introducida | Aprendizaje | Año |
|----------------|--|----------------------------|------|
| G. Proveedores | Acuerdo con proveedores: Calendario de reparto | Colaboración con proveedor | 2014 |
| | Limpieza: Certificación integral ISO 9001 | Colaboración con proveedor | 2016 |



ELEMENTO PERSONAS (PROFESIONALES)

La OSID considera a todos sus “profesionales” como un elemento imprescindible en el desarrollo de su estrategia y así queda reflejado en el OE.2 de su reflexión estratégica: **mejorar la satisfacción de los profesionales**. En el desarrollo y despliegue del Plan Estratégico se ha definido el Programa Personas estructurado en proyectos que se despliegan en los Planes Anuales de Gestión y que se gestionan operativamente a través de sus **procesos de Gestión de Personas** alineados con la Corporación (Anexo P.0.1). La OSID también establece el Programa X Gestión del Conocimiento con el fin de incrementar el capital intelectual de sus profesionales.

HITOS Fig.P.1



P.1. CÓMO SELECCIONAMOS, RETRIBUIMOS Y ATENDEMOS A LAS PERSONAS

El Equipo Directivo aprueba anualmente la plantilla necesaria adoptando el Manual de Organización de Osakidetza (competencias y habilidades) y aplica las políticas de personal de empleo público y procedimientos (Anexo P.1.1) que garantizan los principios de igualdad (74% de mujeres y 26% hombres en 2016), mérito (46 PIT en 2016), capacidad y transparencia en todos los procesos selectivos (OPE, C. Traslados, Contratación Temporal y Movilidad Interna). En la OSID destacamos los siguientes aspectos:

Movilidad y promoción interna integrada abierta y permanente que permite la movilidad de los profesionales a otros puestos de la misma categoría u otro puesto de promoción a petición propia o, incluso, a propuesta de la organización, como mejora de sus condiciones profesionales. La OSID es la única organización que ha desarrollado una aplicación propia en la intranet para su gestión (Anexo P.1.2)

Portal del empleado: Incluido en el Proyecto OSID sin papeles, es la herramienta que se utiliza en la organización para la gestión y tramitación de solicitudes de permisos. La OSID fue la primera organización que pilotó la aplicación en 2014 y quien redactó las guías de uso que posteriormente han utilizado otras organizaciones.

Unidad de Atención al Profesional (UAP): es la oficina de información y atención personalizada a los profesionales, donde, entre otras cuestiones se entrega el Manual de Acogida a los nuevos profesionales. En 2015 la Dirección de Personal de la OSI Ezkerraldea-Enkarterri-Cruces nos visitó para conocer su funcionamiento y poder trasladarlo a su

organización. La UAP, como promedio, en un día ordinario de actividad, atiende a 110 personas, y en procesos selectivos corporativos, (OPE, contratación etc.) a 580 personas/día de atención directa, con un alto grado de satisfacción (4,82 en 2016).

El **sistema retributivo** (Certificado) está regulado normativamente. La participación en este proceso está desplegada por toda la línea de mando dada su vinculación directa con el módulo de gestión de tiempos (carteleras).

La OSID despliega la política corporativa en materia de **prevención** a través de la Unidad Básica de Prevención. AP ya dispone desde 2011 de la certificación OSHAS y, el HUDI, en el momento de la redacción de esta guía está realizando la auditoria interna previa para una certificación integrada.

Otro aspecto de la atención a los profesionales de gran relevancia en la OSID es el relacionado con la **conciliación** y otros derechos sociales, aplicando el Acuerdo de condiciones laborales de Osakidetza que mejora la legislación. Además, en el PE 2015-2019 se define un proyecto específico para elaborar un plan de conciliación ad hoc al acuerdo.

La última encuesta corporativa de satisfacción de los profesionales se realizó en 2010. La OSID, siendo consecuente con su modelo organizativo y en tanto se hace una nueva encuesta corporativa, en 2015 realiza la misma encuesta, en las UGC en formato online .

Previamente a la integración, en noviembre del 2014, para disponer de información en la reflexión estratégica se despliega la encuesta D’Amour.

| Ámbito | Mejora introducida | Aprendizaje | Año |
|----------------------|---|--|------|
| Promoción Movilidad | Aplicación informática de desarrollo propio para gestión de solicitudes | Proceso integrado de movilidad interna, abierta y permanente | 2015 |
| Atención profesional | Proceso de acogida integrado a través de UAP | Proceso de integración | 2015 |



P.2. CÓMO DESARROLLAMOS EL CONOCIMIENTO Y COMPETENCIAS DE LAS PERSONAS

Un factor diferenciador en los profesionales de la OSID respecto al resto de las organizaciones de Osakidetza es la gestión del conocimiento, individual, colectivo y organizacional como elemento estratégico que tiene el fin de: crear valor en primer lugar para los profesionales (actuales y futuros), para la organización y, en definitiva, para el paciente y sociedad de Gipuzkoa. Izarki ha logrado una plantilla de docentes internos que ha crecido de 180 en 2012 a 350 en 2015 y entre las diferentes metodologías innovadoras que ha desarrollado destacan la Dirección de Proyectos utilizada en la planificación estratégica y la metodología de las Comunidades de Práctica.

Izarki se crea en el 2008, como consecuencia de la reflexión estratégica que considera la gestión del conocimiento estratégica en el HUD. Esta Unidad de Gestión del Conocimiento, ahora de la OSID, desde el 2011 tiene la misión de "gestionar el conocimiento individual, colectivo y organizacional, e incorporarlo a un Modelo de Gestión del Conocimiento que incluya las 5 etapas del ciclo de vida de transferencia del conocimiento"(Anexo P.2.1). Consecuentes con este enfoque, en el PE 2015-2019 se concreta el Programa X Gestión del Conocimiento.

El **proceso de formación**, enmarcado en los procesos de gestión de personas, se gestiona desde Izarki. Para la elaboración del Plan de Formación anual, se realiza un diagnóstico de necesidades que se despliega a toda la OSID y se revisa a través de la Comisión de Formación Integrada (Anexo P.2.2). Además, se financian acciones relacionadas con la estrategia: a lo largo del 2014-2015 se ha formado a 22 personas en metodología de dirección de proyectos, a las 31 personas del EDA en el Modelo de Gestión avanzada y se ha financiado la asistencia a congresos y cursos específicos considerados estratégicos.

Somos una Organización Sanitaria Integrada, y por ello, en coherencia con la estrategia, el 76.92% de las acciones

formativas en 2015 han correspondido al Programa II Diseño de Respuesta Asistencial Integrada.

Dentro de este mismo Programa, está contemplada la **formación en euskera** con el objetivo de que las personas sean mejor atendidas en su entorno y su lengua. Se desarrolla el 2º Plan de euskera (2013-2019) que se despliega a través de la Comisión paritaria de euskera (dirección-parte social) y en 2012 se crea una CoP de profesionales de OSID, Diputación y Ayuntamiento de Donostia para compartir buenas prácticas en este ámbito.

Cada una de las actividades de formación es evaluada con una **encuesta de satisfacción con la formación** recibida, cuya puntuación en 2015 ha sido de 8.51. En el 2016, como consecuencia del benchmarking realizado con OSI Ezkerraldea-Enkarterri-Cruces el año anterior, se implanta el nuevo modelo Kirckpatrick para la evaluación de la formación. (Anexo P.2.3)

Izarki utiliza diferentes **metodologías** que contribuyen a desarrollar un modelo de relación colaborativo y participativo y favorecer la creatividad e innovación en personas: Word café, Comunidades de práctica (CoP), Grupos de Investigación Activa (G.I.A.), Jornadas divulgativas de Buenas Prácticas, Jornada específica dentro de la Semana de formación.

Utilizamos diferentes **TIC** como herramientas colaborativas para compartir conocimiento, por ejemplo, la Intranet y Osagune, (125 grupos activos de Osagune con 2354 personas participando, promedio de 19 personas por grupo). Jakinsarea es la herramienta corporativa de gestión de la formación y pilotada en la OSID desde marzo de 2016. Desde el mes de mayo disponemos de la nueva herramienta de gestión de ideas Parte Hartu

Para el desarrollo de las **competencias** de las personas, desde 2014, en 14 unidades de la OSID, se está realizando el pilotaje del Proyecto de itinerarios formativos (gestión por competencias) que en un futuro se extenderá a todas las categorías profesionales. Actualmente alrededor de 400 profesionales de enfermería participan en dicho proyecto.

| Ámbito | Mejora introducida | Aprendizaje | Año |
|--------|--|------------------------------------|------|
| IZARKI | Modelo KIRCKPATRICK evaluación formación | Benchmarking OSI Enkarterri cruces | 2015 |
| | Herramienta gestión solicitudes de formación | Proceso de integración | 2015 |
| | Bono Formación actividades docentes | Proceso de integración | 2016 |

P.3. CÓMO COMPROMETEMOS A LAS PERSONAS CON LA ORGANIZACIÓN

El PE 2015-2019 de la OSI Donostialdea considera a las personas como principal activo de la organización.

Las personas de la OSID destacan por su **contribución a Osakidetza**: se participa en grupos de mejora corporativos como, por ejemplo, la gestión administrativa y retribución o el reconocimiento, e incluso, se han realizado mejoras corporativas a raíz de experiencias de la OSID: metodología para gestionar el conocimiento clínico (MBE y EBE), comités de tumores, paciente activo, metodología comunidades de práctica, sistema de gestión de almacenes, sistema de información económica, proyectos de mejora de la eficiencia (PROA) etc.

Asimismo, el PE 2015-2019 se configura y despliega a través de equipos de Proyectos y Planes, todos ellos dirigidos por Líderes pertenecientes al EDA, con amplia **participación** (49 proyectos con más de 400 personas). La propia metodología de dicho despliegue (metodología gestión de proyectos PMBOK) implica establecer mecanismos para comunicación y cooperación.

Además, la OSID continúa con el desarrollo del sistema participativo de gestión a través de las UGC. Desde el mes de abril se han firmado dos nuevos contratos de Gestión Clínica: UGC Urola-Kosta y Ginecología y Obstetricia. 2595 personas trabajan actualmente en Unidades de Gestión Clínica (UGC).



El compromiso y la participación de los profesionales se articula a través de otros muchos **grupos de trabajo** (Anexo P.3.1)

Otro de los mecanismos para fomentar el compromiso e implicación de las personas es el **Programa IV. VALORES**, cuyos proyectos trabajan los valores hacia el paciente, personales y de equipo. En el 2014 se realizó la 1ª encuesta sobre valores de la organización (ampliada a AP en 2016) donde Responsabilidad, Respeto y la Calidad en la asistencia son los considerados más importantes y los más desarrollados en la OSID.

Por otra parte, una de las dificultades a las que se enfrenta nuestra OSID por su complejidad es la **Comunicación** Interna. Siendo conscientes de ello, el PE 2015-2019, en el Programa VIII. Comunicación Integral, desarrolla el Proyecto de Comunicación Interna que ha elaborado el mapa de comunicación.

En la Comunicación interna hay dos grandes mejoras consecuencia de nuestra colaboración con la Dirección General: 2012 el Portal del empleado como herramienta de información laboral para los empleados y de gestión para los responsables de Unidades y Servicios, y en 2014 intranet y portal colaborativo Osagune.

Se realizan acciones sistematizadas de **reconocimiento** desde años atrás: homenaje anual a los jubilados, reconocimiento al mejor MIR, premio Joanes Etxeberri etc...En el 2016, por primera vez, se establece la convocatoria de BBPP con premios al mejor proyecto, comunicación oral y poster.

Así y todo, como consecuencia de una mejora detectada en la autoevaluación 2016, se está desarrollando un Plan integrado de reconocimiento partiendo del existente de AP

| Ámbito | Mejora introducida | Aprendizaje | Año |
|---------------------|--------------------|------------------------------|------|
| SSII / Comunicación | Intranet Unificada | Proceso Integración | 2015 |
| IZARKI | Convocatoria BBPP | Recogida sistemática de BBPP | 2016 |

P.4. CÓMO AMPLIAMOS LA CAPACIDAD DE LIDERAZGO

En la elaboración y despliegue del PE 2015-2019 la OSID establece diferentes niveles de liderazgo para cada programa, proyecto y plan.

El programa III. Personas del PE, enmarcado en el desarrollo e integración organizativa de equipos, desarrolla el Plan de Liderazgo, para definir un modelo de liderazgo que incluya el procedimiento de evaluación y los planes de desarrollo de líderes.

Líderes en la OSID (ver Tabla P.1) son aquellas personas con responsabilidad sobre proyectos, equipos y personas que:

- Coordinan y equilibran las necesidades y expectativas de los diferentes grupos de interés e impulsan la mejora de la gestión, la innovación y la participación
- Potencian las relaciones personales y Comparten experiencias y conocimientos para alcanzar los objetivos previstos

| | |
|---|-----|
| Líderes con responsabilidad Equipos y Personas (jerárquico) | 348 |
| Líderes Proyectos Estratégicos | 49 |
| Líderes Proyectos Funcionales | 110 |

El modelo de liderazgo de la OSID, alineado con el desarrollado por la dirección general, define 5 dimensiones en las que la OSID ya ha comenzado a trabajar:

- **Estrategia:** Desde 2015 la OSID ha formado a 22 líderes en metodología de dirección de proyectos, que incluyen habilidades de liderazgo, y, además, todos los miembros del EDA han sido formados en el Modelo de Gestión Avanzada
- **Compromiso profesional y ético:** Actividades desarrolladas en el Programa IV. Valores.
- **Gestión:** los Contratos de las Unidades de Gestión Clínica incorporan a su programa formativo competencias de gestión.
- **Conocimiento, mejora e innovación:** en el Anexo P.3.1. está la relación de grupos que trabajan aspectos englobados en esta dimensión.
- **Relacional:** En 2015 en el Grupo de Investigación activa (G.I.A.) que se realizó con el servicio de Hospitalización a Domicilio se trabajaron diferentes metodologías para fortalecer esta dimensión. Esta actividad continúa en 2016

La evaluación de liderazgo, planificada para 2017, nos dará información sobre el éxito de estas iniciativas, el grado de desarrollo de cada dimensión y las áreas a potenciar.

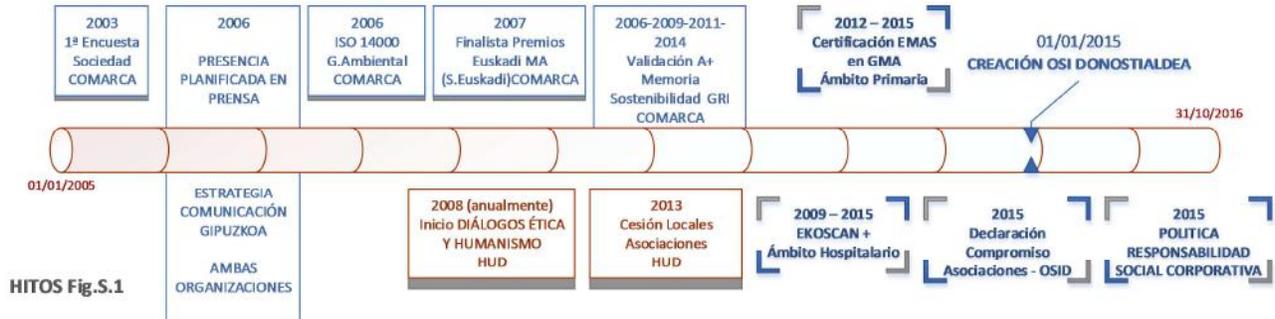
| Ámbito | Mejora introducida | Aprendizaje | Año |
|--------|---|------------------------|------|
| OSID | Líderes de proyectos funcionales de AP desplegados a la OSI | Proceso de integración | 2015 |



ELEMENTO SOCIEDAD

OSID es la mayor empresa de Gipuzkoa. Con más de 500 millones de € de presupuesto y más de 5.000 profesionales **influye** en la economía local; **contribuye**, como hospital universitario, en la formación de futuros profesionales e incide en el mundo de la Investigación y de la Innovación con Bionostia. Todo ello, no sólo nos permite sino que nos obliga a mantener un compromiso social relevante con Gipuzkoa para conseguir un objetivo global: **Estar presentes en la sociedad de Gipuzkoa para que sus ciudadanos nos consideren un valor propio.**

Esto es lo que persigue al definir su Estrategia e integrar su compromiso con la Sociedad en su MVV y en los OE 4 y 5: “Contribuir a la mejora del bienestar de la sociedad guipuzcoana” y “Contribuir a la mejora y desarrollo del Sistema Sanitario Vasco” como objetivos concretos para su desarrollo.



HITOS Fig.S.1

S.1.CÓMO GESTIONAMOS EL COMPROMISO CON NUESTRO ENTORNO SOCIAL

Durante el último proceso de reflexión estratégica, OSID revisa las estrategias de las dos organizaciones anteriores y redefine su Política de Responsabilidad Social (Anexo S.1.1) y el concepto de Sociedad como “Personas u organizaciones que representan diferentes intereses de la ciudadanía de Gipuzkoa que interactúen o puedan interactuar en las decisiones para la consecución de intereses compartidos”

Como elemento integrador se crea el Grupo de Trabajo Sociedad formado por 10 personas de diferentes ámbitos y estamentos que redefine las 5 líneas de actuación para el periodo estratégico:

- Conseguir que la ciudadanía de Gipuzkoa nos considere un valor propio. Estar siempre presentes en el entorno social
- Identificar los GI y tipos de organizaciones con quien queremos interactuar (Anexo S.1.2.)
- Proponer colaboraciones con objetivos concretos (Diálogos de ética y ; ...)
- Participar en las propuestas de otras organizaciones en línea con nuestra estrategia (Consejo Social del Ayuntamiento de Donostia, Asociaciones de pacientes, Algara...)
- Comunicar e informar sobre nuestra estrategia social y actuaciones (Estrategia de comunicación externa definida con cronograma de presencia periódica intensiva en radio, prensa escrita, TV,... de líderes de la organización)

Estas líneas de actuación pertenecen al plan “sostenibilidad económica, social y ambiental” incluido en el proyecto “Modelo de eficiencia” del programa de “Sistema de Gestión”.

Los componentes del grupo sociedad identifican a las personas y organizaciones que, dentro de sus GI merecen una

atención especial para el cumplimiento de sus OE (Anexo S.1.2), clasificándolas en grandes grupos y estableciendo objetivos e indicadores para cada uno de ellos que cohesionen las actuaciones de la OSID para que “los ciudadanos de Gipuzkoa” nos consideren un valor propio”.

En la relación con la sociedad la unidad de comunicación es la responsable de uno de los ámbitos de especial dedicación en los últimos años: las apariciones en prensa planificadas como forma de darnos a conocer como profesionales al servicio de la sociedad y participando en las actividades que ésta promueve.

La relación estable y personalizada existente con cada una de los grupos con que nos relacionamos permite conocer las necesidades del entorno de la OSID y poner en marcha actuaciones para alcanzar los objetivos comunes predefinidos y participar en sus proyectos involucrando a los profesionales de nuestra organización. Así, en 2013 se habilitaron locales permanentes a asociaciones de pacientes para el desarrollo de su función de apoyo y desde 2009 nuestros profesionales disponen de tiempo para participar en este tipo de actividades (ej. a los profesionales que se desplacen para colaborar con ONG se les concede el tiempo de la primera semana de su estancia a cargo de la empresa)

Por otro lado la OSID tiene un impacto económico directo e indirecto muy importante en la sociedad como consecuencia del desarrollo de su actividad influyendo notablemente en aspectos que considera significativos como: empleo generado en el entorno, proveedores contratados de la CAV... y dos de los que nos sentimos muy orgullosos, el número de profesionales de la medicina formados en nuestro Hospital universitario y que desarrollan su labor nacional e internacionalmente y el número de donaciones de órganos para trasplantes que, gracias al programa específico desarrollado por nuestros profesionales, nos sitúa como primer hospital del estado en nº órganos extraídos.

En enero de 2016, en el ámbito de la Autoevaluación 2016, se revisan los resultados obtenidos y se definen nuevos



indicadores que permitan conocer el grado de avance en la consecución de los objetivos.

Para ello se estima que es necesario poner en marcha en 2016 una encuesta de satisfacción de estos grupos (Anexo S.1.3) con la que pretendemos conocer la tendencia de la valoración de nuestras actuaciones.

Anualmente, CG realizaba una memoria de Responsabilidad Social siguiendo la guía GRI que certificaba en auditoría

externa. La OSID ha decidido continuar realizando, sin certificar, esta memoria y publicarla en la Web para informar al entorno de Gipuzkoa de nuestra estrategia y las actuaciones para su consecución.

Por otro lado, los responsables de cada uno de los grupos, en la revisión anual de las actuaciones, proponen y ponen en marcha mejoras que permitan avanzar en la obtención de resultados:

| Ámbito | Mejora introducida | Aprendizaje | Año |
|---------------------|------------------------------------|--------------------------------------|-----------|
| Estrategia | Matriz priorización GI | Revisión de la estrategia | 2015 |
| | Definición objetivos | | 2015 |
| Gestión | Creación Grupo de Trabajo Sociedad | Definición de la estrategia | 2015 |
| Fuentes información | Encuesta sociedad | Autoevaluación 2016 | 2016 |
| Actuaciones | Plan de Accesibilidad | Colaboración con asociaciones y ONCE | 2015-2016 |
| | Cambio Premio adecuándolo a edad | Revisión del protocolo anual | 2016 |

S.2 CÓMO IMPULSAMOS LA SOSTENIBILIDAD MEDIOAMBIENTAL

El compromiso con la Sociedad de la OSID incluyen el ámbito de la gestión ambiental en sus OE 4 y 5 y así lo especifica claramente en su declaración de Política de Responsabilidad Social (Anexo S.1.1) y en su **Política de gestión ambiental**.

La nueva organización ha integrado durante el año 2015 los procesos de gestión ambiental revisando sus políticas ambientales, objetivos y formas de actuar. Así ha redefinido los **aspectos ambientales** sobre los que nuestra actividad impacta fundamentalmente, los **5 objetivos** generales a conseguir y sus indicadores:

1. Cumplimiento de normativa vigente
2. Gestión segregada de residuos
3. Optimización del consumo de energía
4. Gestión del consumo de bienes escasos
5. Sensibilización de los profesionales

Los procesos de Gestión ambiental de ambas organizaciones ya se gestionaban con criterios de calidad certificados externamente: EMAS e ISO 14001 (C G) y EKOSCAN A⁺ (HUD) durante varios años. Estas prácticas de gestión han facilitado la integración en 2015.

En la **evaluación** de este primer año se han valorado muy positivamente las prácticas relacionadas con los 4 primeros objetivos y los resultados obtenidos relacionados con:

- Plan de adecuación a normativa.
- Plan integrado de gestión de residuos (Anexo S.2.1)
- Plan de eficiencia energética (auditoría y actuaciones) (Anexo S.2.2)
- Plan de eficiencia en el consumo de agua
- Plan “ OSID sin papeles”

Al mismo tiempo se constata en la Autoevaluación de 2016 la necesidad de actuaciones concretas en relación con la “sensibilidad e implicación de los profesionales” en el ámbito del antiguo HUD. Por ello se pone en marcha el Grupo de Mejora que establecerá las actuaciones a realizar adaptando la figura de los Ekogidariak que tan buen resultado obtuvo en la CG y sus prácticas de formación e información utilizando la intranet de la organización y otros medios disponibles

Por otro lado son **prácticas habituales** de la OSID desde hace varios años:

- Incluir en todos los expedientes de contratación cláusulas de Compra Verde,
- Exigir a los proveedores recoger y tratar de forma selectiva los residuos que generan
- Evitar, en lo posible, la utilización de instrumental desechable
- Cumplir la normativa de contratación

| Ámbito | Mejora introducida | Aprendizaje | Año |
|--|---|--------------------------------------|-----------|
| Gestión | Redefinición de indicadores | Revisión proceso para la integración | 2015 |
| | Plan de G. Residuos integrado | | 2015-2016 |
| | Creación del Grupo de Mejora | Autoevaluación | 2016 |
| Planes de actuación Hospital sin papeles | Digitalización H ² C ^a | Revisión de la G. Sanitaria | 2015-2016 |
| | Digitalización pruebas complementarias | | 2015-2016 |
| | Dispensación medicación y toma de constantes a pie cama | | 2016 |
| Energía Recursos | Digitalización Expts. Personal | Colaboración Empresa externa | 2016 |
| | Plan eficiencia consumo de agua | Revisión proceso Mantenimiento | 2015 |
| Accesibilidad | Plan de eficiencia energética | Colaboración empresa: Auditoría | 2014-2016 |
| | Plan de Accesibilidad | Colaboración con asociaciones | 2015-2016 |
| | Jardín Edificio Amara | Colaboración familiares pacientes | 2015 |



ELEMENTO INNOVACIÓN

La OSID recoge como OE.5 de su PE “Contribuir a la mejora y desarrollo del Sistema Sanitario Vasco”. La nueva Organización: “investiga e innova, incorporando actividades que mejoran el bienestar de las personas”. Para desarrollarlo ha definido el Programa IX “I+D+i” que despliega el Instituto de Investigación Sanitaria Biodonostia (IIS Biodonostia), Responsable de la Investigación e Innovación de la OSID.

El IIS Biodonostia es el **primer IIS de Euskadi**, acreditado en 2011 por el Instituto de Salud Carlos III (ISCIII), para el fomento de la excelencia científica en el ámbito de la biomedicina mediante la asociación y colaboración con entidades de su entorno.

Su Misión es ser “el centro de I+D+i de referencia del Sistema Sanitario Público en Gipuzkoa, liderar el desarrollo de actividades científicas e innovadoras de excelencia de carácter traslacional y de gran repercusión en Euskadi, generando sinergias con su entorno empresarial que permitan afrontar proyectos de valor añadido cuyos resultados reviertan en el paciente y la sociedad”.

La Investigación e Innovación que se desarrolla en la OSID-IIS Biodonostia es clínica y traslacional. Se estructura en **7 Áreas de Investigación e Innovación**, con **24 Grupos de Investigación** y aproximadamente **400 investigadores**, un presupuesto actual de **7,4 millones de €**, **156 proyectos de I+D+i activos** y **337 estudios clínicos abiertos** a lo largo del año 2015.

El IIS Biodonostia gestiona su actividad a través de 246 Convenios de I+D+i con empresas, entre los que destacan: 32 Acuerdos Marco, 66 Acuerdos de Colaboración, 35 Acuerdos de Confidencialidad y 10 Acuerdos de Titularidad, Cesión y Licencia de Explotación. Su Director Científico forma parte del Comité de Dirección ampliado de la OSID.



I.1 CÓMO DEFINIMOS NUESTROS OBJETIVOS Y ESTRATEGIA PARA INNOVAR

El IIS Biodonostia ha elaborado y desplegado 2 Planes Estratégicos de Investigación quinquenales y uno específico de Innovación asimismo quinquenal. En 2013 inició su primer PE de Investigación e Innovación.

| Evolución de la Estrategia de Investigación e Innovación | |
|---|---|
| Plan Estratégico del Hospital Donostia 2007-2011 | Sentar las bases para la creación del IIS Biodonostia como centro referente de la investigación biomédica a nivel autonómico y estatal |
| Plan Estratégico de Investigación del IIS Biodonostia 2009-2013 | Acreditación en 2011 como IIS por parte del Instituto de Salud Carlos III. |
| Plan Estratégico específico de Innovación 2011-2015 | Impulsar la actividad innovadora del Instituto , vinculada a las tecnologías médicas y sanitarias . Incorporación a la Red ITEMAS (ahora Plataforma ITEMAS) |
| Encomienda de Gestión de Innovación 2013 | El Comité de Dirección de la OSID encomienda la Gestión de la Innovación de la Organización al IIS Biodonostia |
| Plan Estratégico de I+D+i 2013-2017 | Primer Plan Estratégico integral de Investigación, Desarrollo e Innovación Consolidación del IIS para lograr mayor excelencia científica, convirtiéndose en referente de la investigación biomédica en el ámbito estatal e internacional |

En diciembre del año 2015, alineado con el PE de la OSID y para desplegar su Programa IX – I+D+i, el IIS Biodonostia desarrolla un nuevo PE de **Investigación e Innovación 2016-2020**, haciendo coincidir el inicio del mismo con el proceso de reacreditación (Anexo I.1.1). Este Plan se ha desarrollado teniendo en cuenta los requisitos de la norma vigente en materia de acreditación de IIS y se ha elaborado en base a 3 pilares básicos (Recursos, Procesos y Resultados), que permiten analizar las capacidades del IIS Biodonostia atendiendo a: las modificaciones del entorno en I+D+i y a sus últimas tendencias, a la realidad de la OSID y a los resultados obtenidos.

En la definición de la estrategia han participado 75 profesionales: Responsables de Grupos de Investigación y Personal investigador (29), Responsables de Unidades y Plataformas de Apoyo (26) y Personal perteneciente a los Agentes Externos que conforman el IIS Biodonostia y otros Agentes Externos relevantes a nivel internacional (20).

Las conclusiones tanto del análisis interno como las extraídas del análisis del entorno han permitido definir el **DAFO** (Anexo I.1.2) y validar la vigencia de las Áreas de Investigación priorizadas actualmente (Anexo I.1.3) y detectar posibles Áreas a impulsar a futuro

| Ámbito | Mejora introducida | Aprendizaje | Año |
|------------------|---|----------------------------|------|
| Estrategia I+D+i | Enfoque Estrategia IIS Biodonostia-OSID hacia I+D+i frente a sólo I+D | Reflexión Interna | 2011 |
| Estrategia I+D+i | Asunción Metodología Dirección Proyectos en la reflexión estratégica | Reflexión Estratégica OSID | 2015 |

I.2 CÓMO CREAMOS EL CONTEXTO INTERNO PARA INNOVAR

El IIS Biodonostia ha sido capaz de encauzar el conocimiento y pensamiento crítico existente entre los líderes y profesionales de la OSID interesados en **Investigación e Innovación** y alinearlo con la Estrategia. Para ello ha conformado:

- **9 Unidades de Apoyo** que impulsan, encauzan y desarrollan la actividad investigadora e innovadora. Estas Unidades aportan asesoramiento en metodología y apoyo en la planificación y presentación de proyectos, así como en la búsqueda de financiación pública y/o privada.
- **7 Plataformas de Apoyo Científico-Técnico** a los investigadores para el desarrollo de sus proyectos.

Participa en la Plataforma ITEMAS, Plataforma en Innovación en Tecnologías Médicas y Sanitarias, colaborando con hospitales y centros de salud a nivel del estado (Fig.1.2).



Fig.1.2

La información para la utilización de estas Unidades y Plataformas es conocida en todas las unidades y servicios de la OSID a través de la Unidad de Apoyo a la Innovación y sus

| Ámbito | Mejora introducida | Aprendizaje | Año |
|------------------|---|-----------------------|------|
| Estrategia I+D+i | Creación del Comité de Innovación (23 miembros) | Reflexión estratégica | 2013 |

I.3 COMO APROVECHAMOS EL POTENCIAL DE NUESTRO ENTORNO

El núcleo de referencia del IIS Biodonostia es la **OSID** junto con el **Departamento de Salud del Gobierno Vasco, Osakidetza-SVS** y la **Universidad del País Vasco-Euskal Herriko Unibertsitatea**. A ellos se unen la **Diputación Foral de Gipuzkoa**, la **Fundación Vasca de Innovación e Investigación Sanitarias (BIOEF)** y el **ISCIH**.

También está integrado el Parque Científico y Tecnológico de Gipuzkoa, en el que se incluyen un elevado número de centros de base tecnológica, entre los que se encuentran los que forman parte del Instituto (**Vicomtech-IK4, IK4-CIDETEC, Osatek S. A, Matía Instituto Gerontológico, Onkologikoa y BCBL**) y centros conveniados (**CIC nanoGUNE, CIC biomaGUNE, Tecnalia, INBIOMED, CITA Alzheimer y Fundación Dr. Carlos Elósegui de Policlínica Gipuzkoa**)(Fig.1.3.- Composición del IIS Biodonostia).

Hay que destacar la acción facilitadora de atracción de talento investigador a través de la **Fundación Ikerbasque**, que ha facilitado lograr aumentar la masa crítica investigadora, atrayendo investigadores de excelencia (**9** son los **investigadores Ikerbasque** en 2016 en el IIS Biodonostia).

acciones periódicas de comunicación y difusión (35 en 2015). Esta información está disponible en la Intranet de la OSID.

El IIS Biodonostia es el lugar al que acude cualquier profesional del ámbito sanitario de Gipuzkoa que quiere desarrollar sus ideas y proyectos para la mejora del paciente y la sociedad.

En los Contratos de Gestión clínica que se firman en la OSID se incluyen desde el año 2013 iniciativas y proyectos de innovación con objetivos concretos.

En el año 2016 (a falta de resolución de Convocatorias pendientes), se están desarrollando **126 proyectos (80 proyectos de investigación y 46 proyectos de innovación)** y 358 estudios clínicos.

Los proyectos de Innovación financiados por la OSID se gestionan desde 2013 por el IIS Biodonostia. Todos ellos, previa **priorización en relación a su alineación con la estrategia de la OSID**, son evaluados por los 10 miembros del Comité de Evaluación en base a **Criterios de Evaluación de Convocatorias Públicas Competitivas de Proyectos de I+D+i** (Anexo I.2.1). Los 23 miembros del Comité de Innovación realizaron en 2015 un curso de "Design Thinking". Aprovechando lo aprendido en este curso, en Servicios de la OSID como el Servicio de Medicina Intensiva se ha podido realizar una reflexión en base a esta metodología para mejorar la colaboración interprofesional.

En 2015 se celebró la **I Jornada de Innovación** de OSID con el fin de difundir los proyectos Bottom Up de Innovación desarrollados por los profesionales. En 2016 la **II Jornada de Innovación** incluirá además proyectos de innovación desarrollados en la OSID a través de otras iniciativas.

Fig.1.3



La cercanía física facilita la **colaboración entre todos los Agentes** y mejora los resultados originados en la actividad científica: financiación obtenida en concurrencia competitiva, producción científica o cartera de elementos de Propiedad Intelectual o Industrial y Acuerdos de transferencia de diversa índole.



Fruto de esta interacción con Entidades del entorno, los Grupos de Investigación del IIS Bionostia quedan conformados con profesionales de la OSID y del IIS y con Agentes Externos con los que el IIS Bionostia tiene firmados Acuerdos, lo que posibilita una fórmula idónea para lograr una **investigación biomédica** que potencia de forma preferente la investigación aplicada en los siguientes ámbitos de conocimiento: **micro y nano biotecnologías, biomateriales, imagen molecular, tecnologías audiovisuales, e-salud, gerontología, cognición, cerebro y lenguaje entre otros.**

En 2015 el 39% de los investigadores pertenecían a la OSID, el 39% a Agentes externos y el 22% correspondían a la Asociación Instituto Bionostia (forma jurídica del propio IIS Bionostia).

Con el fin de avanzar en la sostenibilidad del sistema y potenciar de manera preferente la innovación en tecnologías médicas y sanitarias, el IIS Bionostia participa como se ha indicado en la **Plataforma ITEMAS** (Plataforma de Innovación en Tecnologías Médicas y Sanitarias) promovida por el ISCIII, siendo uno de los 31 nodos que la integran a nivel estatal.

| Ámbito | Mejora introducida | Aprendizaje | Año |
|------------------|---|-------------------|------|
| Estrategia I+D+i | Reformulaciones anuales del PE para adaptarse al campo dinámico-cambiante de la investigación biomédica | Reflexión Interna | 2012 |

1.4 CÓMO GESTIONAMOS LAS IDEAS Y PROYECTOS INNOVADORES

En relación con la **Investigación** el IIS Bionostia dispone de un Órgano Participativo interno (**Comisión de Investigación**) responsable de la Investigación que se lleva a cabo en la OSID-IIS Bionostia.

Vela para que la Investigación que se lleve a cabo, se ajuste a los principios éticos generales que deben inspirarla, estableciendo el mecanismo concreto para el análisis de las propuestas de proyectos de I+D+i de acuerdo a criterios relativos a.

- Conformación del Equipo de investigación.
- Aportación científica del proyecto.
- Aspectos económicos.

Por otro lado, el IIS Bionostia es el ente gestor de los proyectos de **Innovación**, de la OSID. La OSID desarrolla y financia una Convocatoria de proyectos anual (Convocatoria Bottom Up mencionada previamente) para todos sus profesionales. En base a **Criterios de Priorización** establecidos por el **Comité de Innovación** (Anexo I.2.1), se evalúan por parte del **Comité de Evaluación** (10 miembros) los proyectos presentados.

Aquellos otros proyectos, fuera de la convocatoria y promovidos por la OSID, cuyas ideas se cree puedan ser encauzados a través del Comité de Innovación, reciben acompañamiento: apoyo y soporte en la definición del enfoque del proyecto y su orientación, re-escritura en base a orientación específica, revisión por parte de la Unidad de Apoyo Metodológico del IIS Bionostia y preparación de protocolos (Anexo I.4.1). Los resultados de los proyectos son publicados en la Intranet de la OSID.

En 2016 se está desarrollando el aplicativo Fund@net Innova para la **Gestión de los Proyectos de Innovación**.

La Unidad de Apoyo a la Innovación realiza visitas periódicas a las unidades y servicios de la OSID para dar a conocer a los profesionales las Unidades y Plataformas de Apoyo del IIS Bionostia que dan soporte a las ideas y proyectos.

Además, el IIS Bionostia como gestor de los estudios clínicos realizados por Investigadores de la OSID, gestiona los trámites de los Contratos con el Promotor, comunica la Aptitud y procede a la Liberación de los Contratos tras la comprobación de que los estudios tienen todas las autorizaciones requeridas.

Los **resultados** de los proyectos de I+D+i del IIS Bionostia-OSID son el origen de **iniciativas tecnológicas de alto valor añadido**. La I+D+i es capaz de movilizar recursos dentro y fuera de Gipuzkoa para la actividad directa de la I+D+i, que a su vez a través de procesos multiplicadores genera efectos indirectos e inducidos significativos en la economía regional y estatal, así **1 €** empleado en la **Estrategia de Envejecimiento del IIS Bionostia-OSID** genera hasta **4,3 €** en el conjunto de la economía estatal.

El éxito de programas de investigación como los que se realizan en el IIS Bionostia-OSID, en forma de resultados concretos, tiene beneficios potenciales importantes a través de la mejora de la efectividad del sistema sanitario. Estimaciones preliminares muestran que un **retraso de 3 años** en la **prevalencia del síndrome de fragilidad** para el conjunto de la **población de Gipuzkoa** puede suponer **ahorros** en el largo plazo (2015-2050) por **encima de 250 millones de €** en valor presente para su **sistema sanitario**.

| Ámbito | Mejora introducida | Aprendizaje | Año |
|------------------|---|-------------------|------|
| Estrategia I+D+i | Valorar la Innovación vinculada con Tecnologías Médicas y Sanitarias | Reflexión Interna | 2014 |
| Estrategia I+D+i | Potenciar la Innovación orientada a mercado, que permita la generación de productos o servicios y su transferencia al tejido productivo | Reflexión Interna | 2015 |

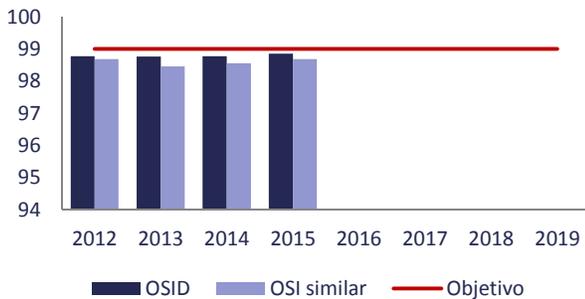


RESULTADOS *(sombreados en gris indicadores clave)*

RESULTADOS ESTRATEGIA

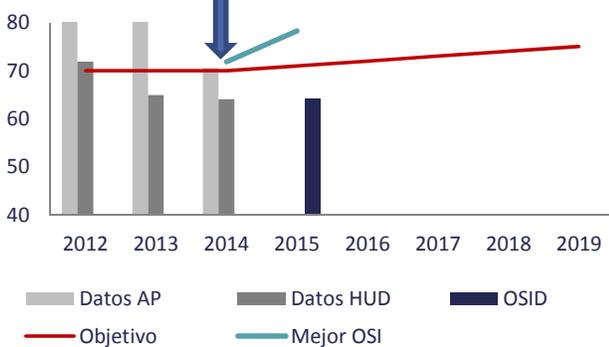
| | |
|---------------------------|--|
| FRECUENCIA | Resultados anuales y seguimiento mensual |
| SEGMENTACIONES | Segmentaciones por Unidades y Servicios |
| FIJACIÓN OBJETIVOS | Se establecen en los Planes de Gestión anuales |
| COMPARACIONES | En cada caso con organizaciones o ámbitos semejantes cuando es posible |

R.E.1.- Contrato Programa: % financiación obtenida



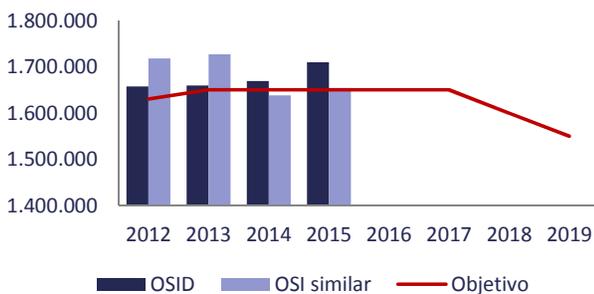
Nuestro objetivo es conseguir el máximo posible de financiación (condicionada por la consecución de objetivos). Actualmente depende fundamentalmente del resultado mostrado en R.E.2

R.E.2.- Resultado en calidad Contrato Programa



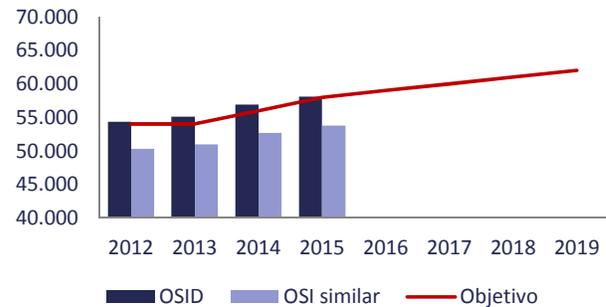
Desde 2014 el Departamento de Salud ha modificado los criterios de evaluación. El modelo está probándose en diferentes centros. Hay un cambio de financiación por actividad a capítativa. 2015 es el primer año en el que la evaluación es conjunta. El resultado se evalúa y se ponen en marcha acciones de mejora (PGA)

R.E.3.- Actividad: Consultas AP + Consultas especializadas



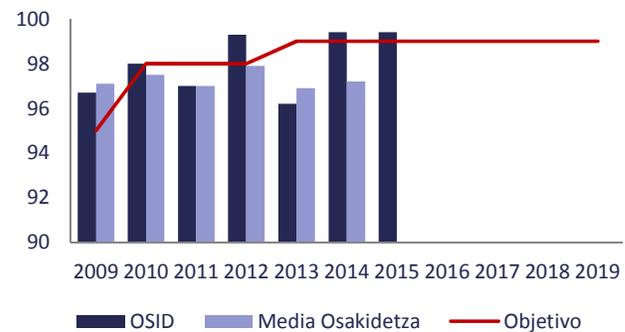
Nuestro objetivo inmediato es adaptar la oferta a la demanda. A medio plazo modular la demanda, fruto de estrategias de integración. Se trata de un resultado muy relacionado con R.C.9

R.E.4.- Actividad: Altas de hospitalización



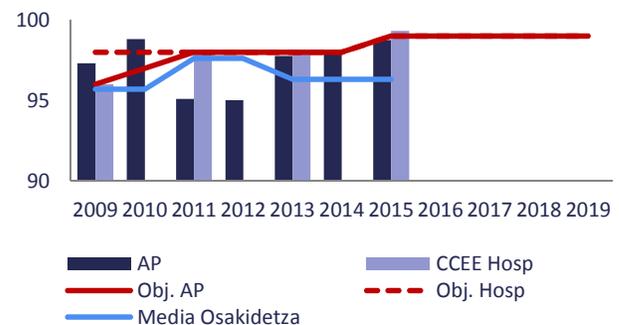
De la misma forma que en R.E.3 es nuestro objetivo adaptarnos a la demanda (lo que explica el sentido ascendente del objetivo marcado) A medio plazo no es previsible su disminución.

R.E.5-Satisfacción global: Hospitalización



Se trata de uno de los muchos indicadores de la encuesta a pacientes de hospitalización. Con resultados superiores a la media de Osakidetza, las variaciones entre encuestas (menores de 3 puntos) no siempre responden a causas internas específicas.

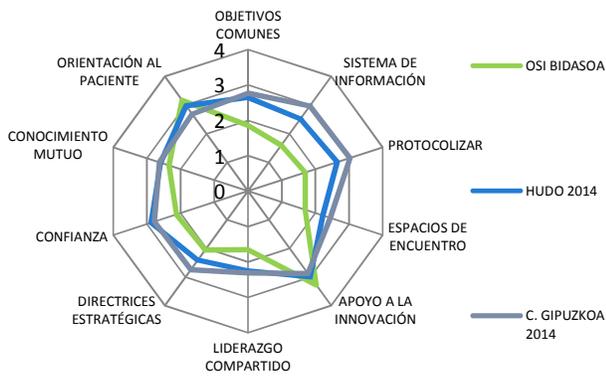
R.E.6.-Satisfacción global: AP+ CCEE hospitalarias



Se trata de uno de los muchos indicadores de las encuestas a pacientes en atención ambulatoria. Con resultados superiores a la media de Osakidetza, las variaciones entre encuestas (menores de 4 puntos) no siempre responden a causas internas específicas.

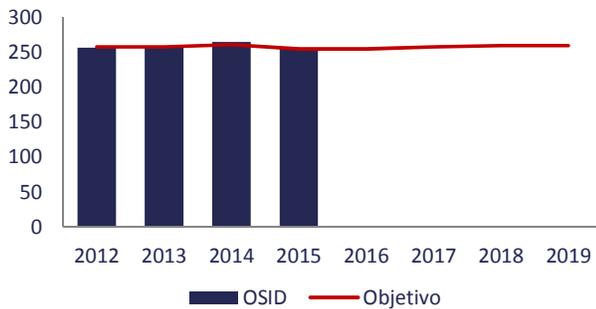


R.E.7. Encuesta D'Amour



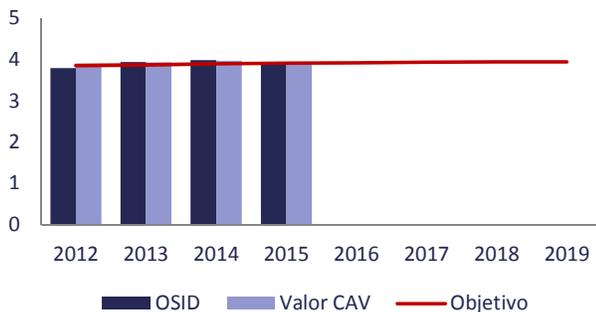
Se trata de un instrumento que mide la percepción de los profesionales con relación a la colaboración entre las organizaciones. Se realizó en las últimas semanas de 2014, en los prolegómenos del proceso de integración. Sus resultados superan los de la OSI más antigua. El grupo de análisis interpretó este hecho como el resultado de la colaboración existente previa al lanzamiento del proceso. En el momento de la redacción de la Guía se está preparando una segunda edición de la encuesta.

R.E.8.- Resultados Formación MIR: Nº residentes



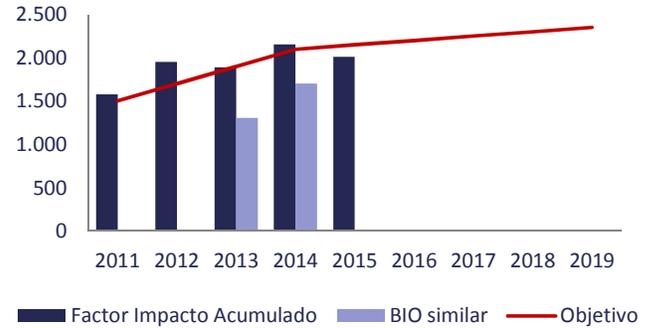
Nuestro objetivo es cubrir anualmente todas las plazas disponibles para la formación de personal Médico Residente. La comparación con otras organizaciones no es procedente

R.E.9.- Resultados Formación MIR: Encuesta de Satisfacción



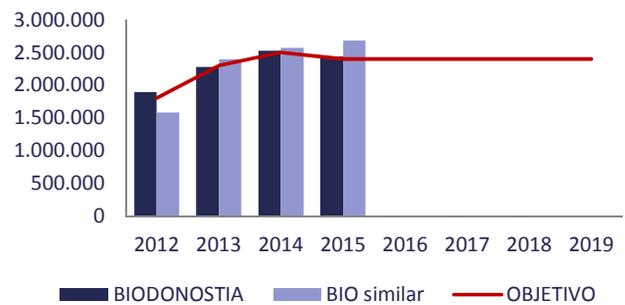
La satisfacción de los MIR es alta y en un rango de datos comparable a otras organizaciones en los últimos períodos.

R.E.10.- Resultados de Investigación e Innovación: Factor de impacto de nuestras publicaciones científicas



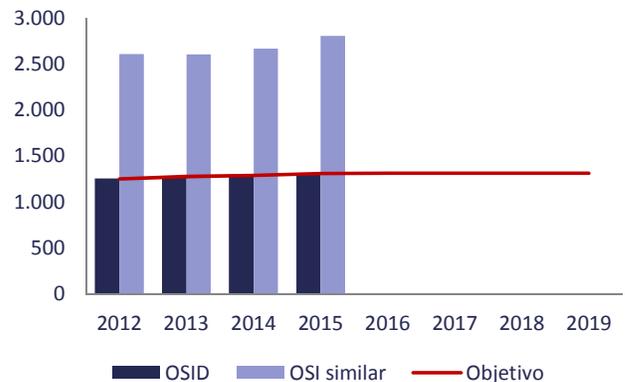
Mide el grado de importancia de las publicaciones científicas. Es importante relacionarlo con otros indicadores: nº de artículos publicados, nº de investigadores, nº de proyectos. Se trata de un resultado favorable con relación a otros centros de nuestro entorno.

R.E.11. Inversión en I+D+i



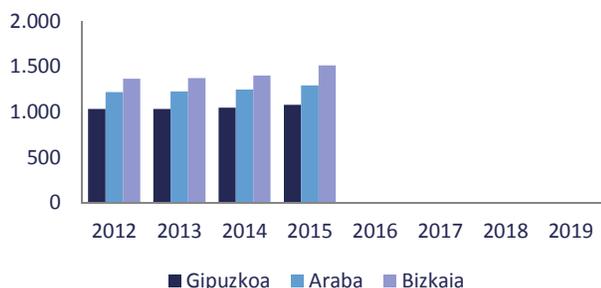
La tendencia es creciente hasta 2014 por la inclusión progresiva de ensayos clínicos. No es previsible un incremento de esta actividad en un futuro.

R.E.12- Eficiencia: Coste global población TIS



Se trata de un indicador muy global de eficiencia. Las comparaciones deben ser matizadas y tener en cuenta muchos factores. El objetivo es mantener el coste de la asistencia por cada ciudadano asignado.

R.E.13- Eficiencia: Coste Global/Población por Territorio Htco



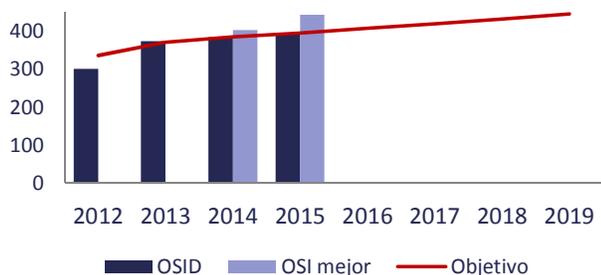
La estructura asistencial del entorno influye en el coste global por ciudadano (R.E.11) El coste por ciudadano en cada territorio histórico puede matizar el análisis y añade un ámbito poblacional que un hospital de referencia debe tener en cuenta

RESULTADOS CLIENTES

LÓGICA DE RESULTADOS

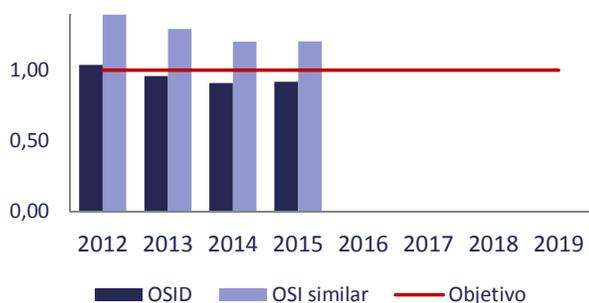
| | |
|---------------------------|--|
| FRECUENCIA | Encuestas: Anual. Índices (IMAR, IEAR, IRAR): Cuatrimestral. Procesos clínicos (ACVA, Cadera, Oncológicos, HbA-1c, Asma) / Demoras (LEQ, CCEE Hospital, Consultas AP): Mensual |
| SEGMENTACIONES | Encuestas: Por modalidades de asistencia (Hospitalización tradicional, HaD, CMA, CCEE, Urgencias, UGCs) y servicios/ Otros indicadores: por servicio y UAPs |
| FIJACIÓN OBJETIVOS | Encuestas: Por modalidades (Hospitalización, HaD, CMA, CCEE, Urgencias, UGCs). Índices (IMAR, IEAR, IRAR): Todos los servicios y áreas. Procesos clínicos: ACVA por servicio, Oncológicos y crónicos por proceso, HbA-1c, y Asma por UAP. Demoras (LEQ, CCEE Hospital, Consultas AP): Por servicio y UAPs |
| COMPARACIONES | Índices: IMAR e IRAR con el mejor de los hospitales de nivel 5 y el IEAR con la media hospitales nivel 5. Procesos clínicos ACVA, Cadera, otros hospitales y HbA-1c, Asma con otras UAPs: Con los resultados del CP de otras OSI de complejidad similar. Demoras: Con otras OSI de Osakidetza de complejidad similar |

R.C.1.-Oferta Preferente

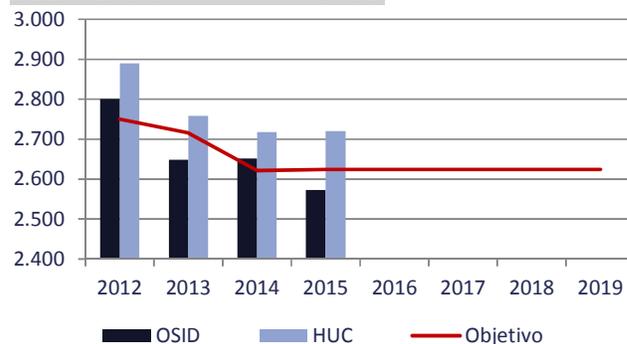


Refleja una puntuación resultante de muchos factores considerados excelentes en la labor de los equipos de atención primaria. Promedia la labor de todos los equipos. Buscamos incrementar su valor constantemente y alcanzar el valor medio de Osakidetza (líder en el Estado)

R.C.2.-Índice mortalidad ajustada a riesgo (IMAR)



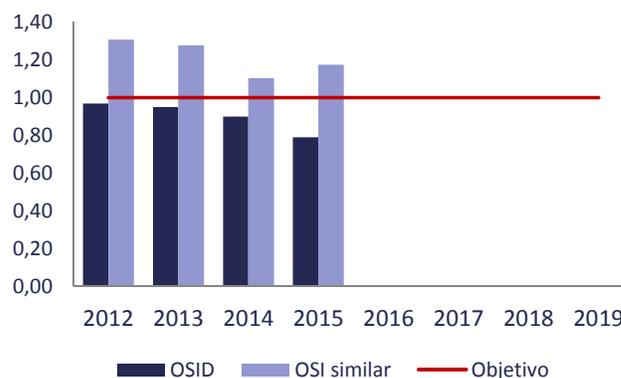
R.E.14.- Eficiencia: Coste medio GRD



Es un buen indicador global de eficiencia de ámbito hospitalario. Permite análisis muy segmentados por tipo de proceso y unidad. Se plantean objetivos de mantenimiento en costes unitarios

Accedemos a grandes bases de datos que comparan nuestros datos de hospitalización con los de otras organizaciones semejantes. En este caso se analiza la mortalidad de los pacientes ingresados (ajustada al riesgo). El valor 1 representa la mortalidad esperada con arreglo al riesgo de nuestros pacientes. Nuestros valores se mantienen por debajo de lo esperado.

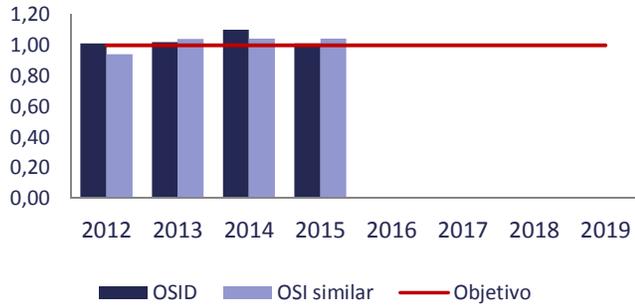
R.C.3.-Índice complicaciones ajustadas a riesgo (ICAR)



Las mismas bases de datos permiten ver otros parámetros. En este caso se trata de las complicaciones de los pacientes ingresados (ajustada al riesgo). También nuestros valores se mantienen por debajo de lo esperado

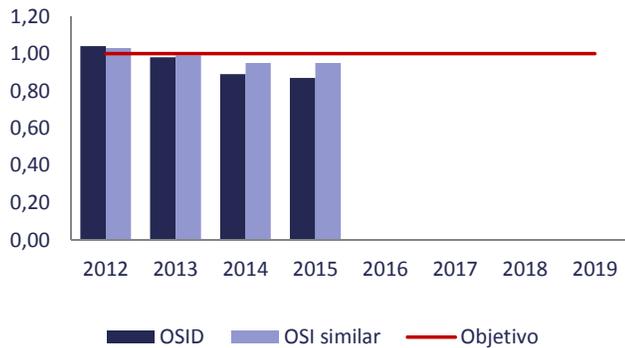


R.C.4.-Indice readmisiones ajustadas a riesgo (IRAR)



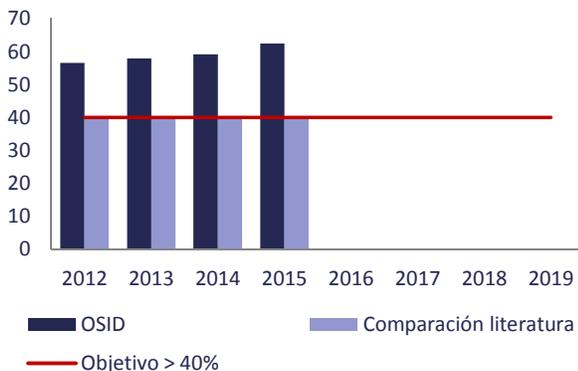
Llamamos readmisión al hecho de reingresar en el hospital antes de un mes a partir de la fecha del alta. Nuestros valores globales se aproximan a lo esperado. Es posible, a partir de estos datos, analizar cada uno de los casos que ha supuesto una desviación del valor previsto. Los servicios y unidades analizan estos resultados y ponen en marcha acciones de mejora.

R.C.5.-Indice estancias ajustadas a riesgo (IEAR)



También es posible conocer si la estancia en el hospital es adecuada con relación al riesgo. Además de evitar a los pacientes una estancia fuera de su medio habitual, es una medida muy adecuada de la eficiencia de la gestión del proceso.

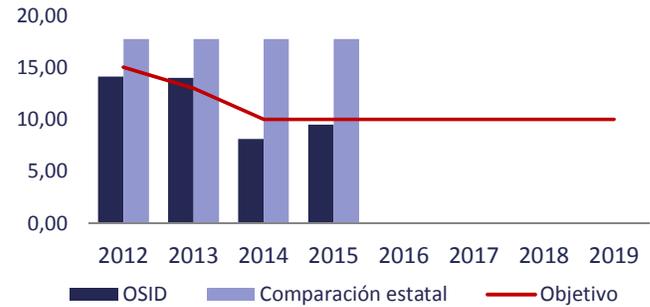
R.C.6.-ICTUS: % pacientes autónomos a 3 meses del alta.



El diseño de la atención a pacientes con ictus (pacientes agudos) ha permitido obtener un resultado muy positivo, por ejemplo en la proporción de pacientes autónomos al cabo de tres meses de sufrir un ictus. Utilizamos los resultados

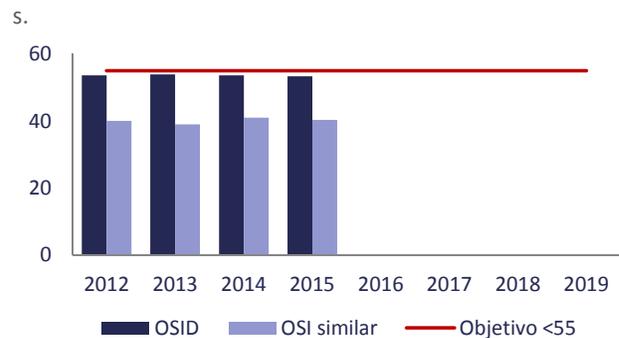
publicados en la literatura internacional para evaluar nuestros resultados, valores que utilizamos para marcar objetivos.

R.C.7.-Mortalidad en traumatismo grave



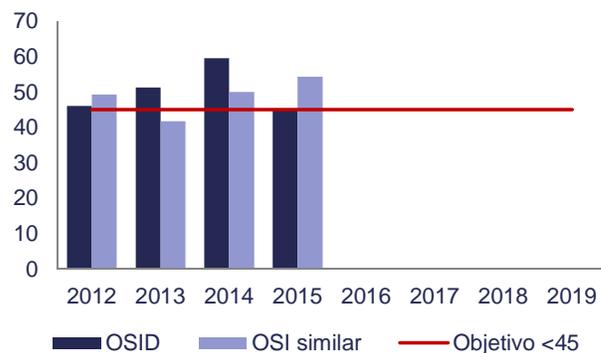
Otra experiencia muy positiva en pacientes agudos: el resultado de un importante trabajo de los profesionales ha permitido reducir la tasa de mortalidad en más de cinco puntos porcentuales a igual índice de gravedad.

R.C.8.-Demora media Lista de espera quirúrgica



Representa los días que, por término medio, llevan esperando los pacientes que están en nuestra lista de espera quirúrgica. Es muy importante el objetivo, marcado por la Corporación en menos de 55 días. A partir de este objetivo se planifica la actividad quirúrgica y reserva de camas de hospitalización. La gráfica muestra la estabilidad que buscamos

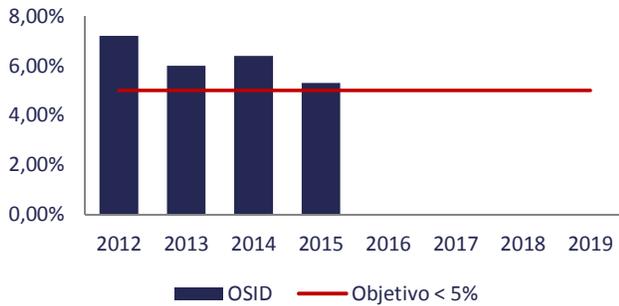
R.C.9.-Demora media LE estructural Consultas



Refleja la accesibilidad global a la consulta externa especializada. Este indicador debe observarse como un primer paso para analizar más adelante la segmentación por servicios: no es adecuada una demora superior a 8 ó 10 días si hay una sospecha de cáncer, u otra enfermedad grave.

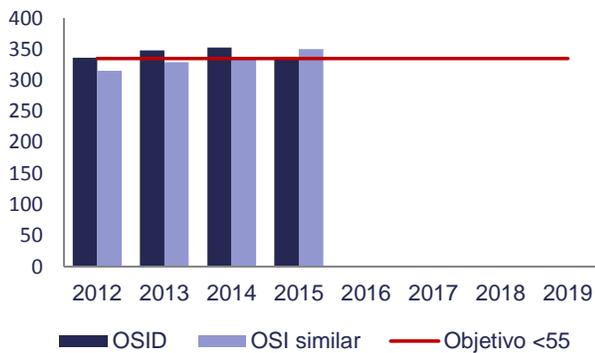


R.C.10.- % de agendas de AP con demora superior a 2 días



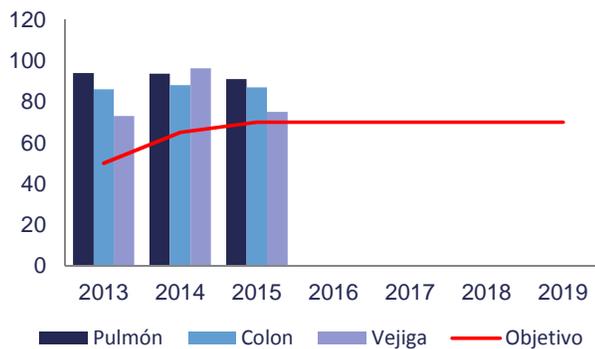
Queremos que más del 95% de las personas que quieran acceder a una consulta con su médico de familia obtenga esa cita antes de dos días. La tendencia va acercándonos a eso objetivo

R.C.11.-Derivaciones Atención Primaria a Especializada



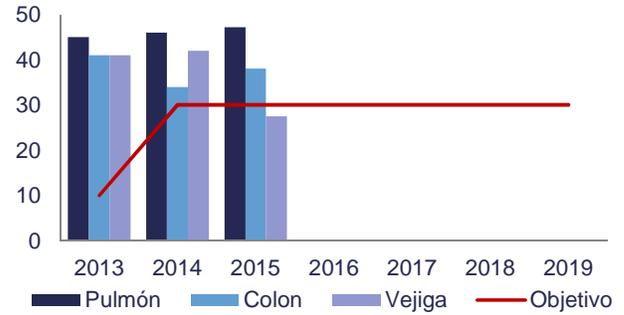
Este indicador es uno de los que reflejan el resultado de la colaboración entre primaristas y consultores (integración). Con los datos preliminares en algunas experiencias que estamos poniendo en marcha (Urola Kosta, consultas no presenciales) confiamos en corregir a la baja el objetivo en los siguientes años.

R.C.12-Unidad de Gestión Clínica IDOH (Oncología): MINBIZIA (diagnóstico rápido) % remisiones adecuadas



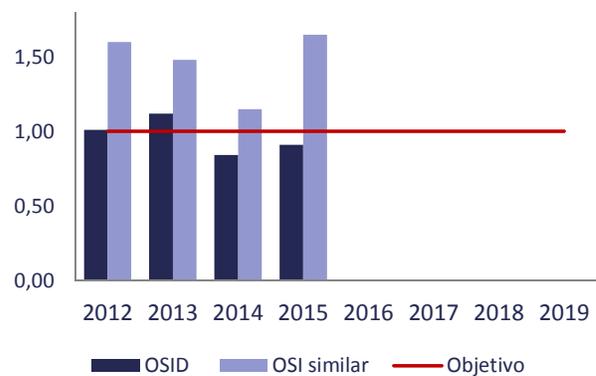
Minbizia es un programa que hemos puesto en marcha para acortar el tiempo entre la sospecha y el diagnóstico en casos de posible cáncer. Relaciona a los médicos de atención primaria con los consultores de diferentes especialidades (Integración).Este indicador evalúa el uso adecuado de la vía rápida

R.C.13- Unidad Gestión Clínica IDOH (Oncología): MINBIZIA (diagnóstico rápido) %casos remitidos que son tumores



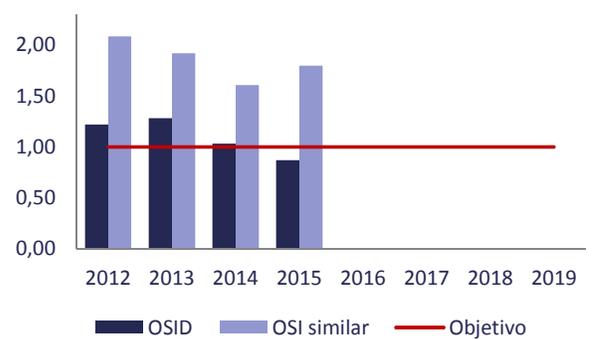
Esta información completa la del indicador anterior. Entre ambos comprobamos que el canal es eficaz

R.C.14-Indice complicaciones ajustadas a riesgo (ICAR) Onco-hematología



Usamos este indicador para conocer la tasa de complicaciones que sufren los pacientes hospitalizados por cáncer (ajustadas a su riesgo). Normalmente nos mantenemos por debajo de la tasa esperada y por debajo de la OSI semejante.

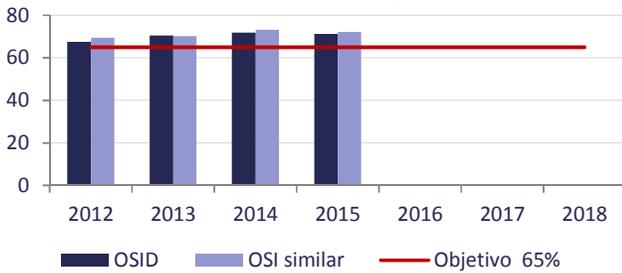
R.C.15-Indice mortalidad ajustadas a riesgo (IMAR) Onco-hematología



De la misma forma que el indicador anterior, evaluamos el índice de mortalidad de los pacientes ingresados por cáncer



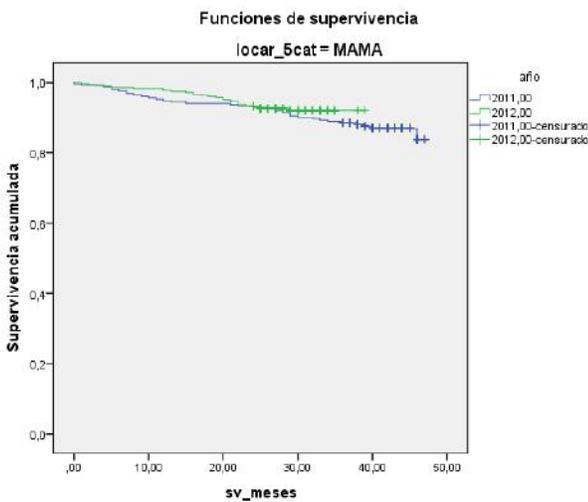
R.C.16-Cribado Cáncer de Colón. Participación



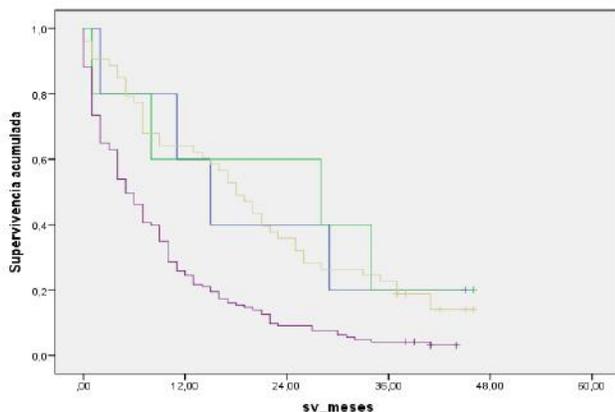
Los programas de detección precoz son eficaces, siempre y cuando consigamos que los ciudadanos los utilicen. Estos programas son muy sólidos en Osakidetza consiguiendo alta tasa de participación, muy por encima de otras poblaciones, lo que ha hecho que el objetivo se plantee muy por encima de los que marca la literatura internacional.

Entendemos que el éxito en la gestión de pacientes con cáncer lo verificaremos fundamentalmente con datos de supervivencia. Es un desafío muy complejo en el que estamos trabajando y los datos actuales son aún preliminares. A continuación ofrecemos dos apuntes relacionados con la supervivencia de pacientes con cáncer de mama y colon.

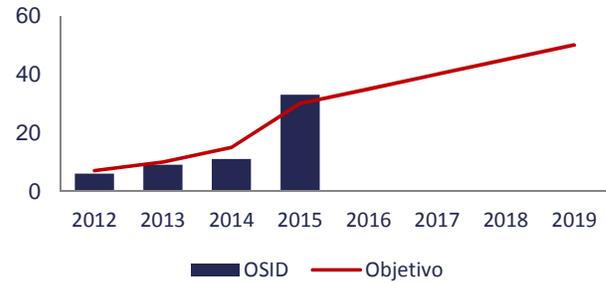
R.C.17-Cáncer Mama – Supervivencia global



R.C.18-Cáncer Pulmón – Supervivencia global por estadios

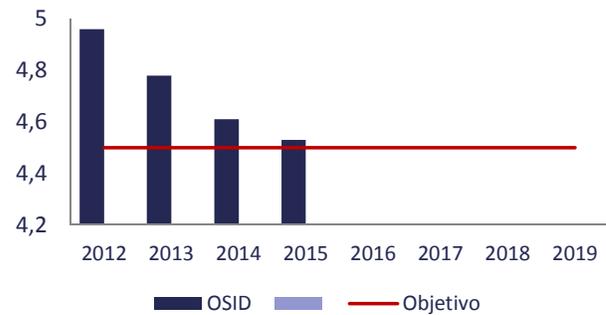


R.C.19-% ingresos programados pacientes pluripatológicos



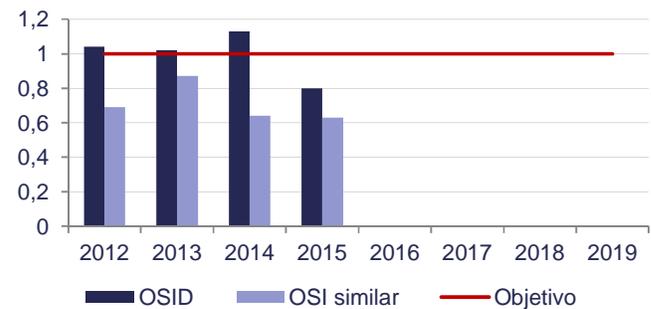
El programa de pacientes crónicos estableció hace unos años que los ingresos de pacientes pluripatológicos debían ser fundamentalmente programados (hasta esa fecha todos pasaban por urgencias). Fruto del trabajo de integración entre primaristas y consultores está siendo posible progresar y conseguir anticiparse en el estado de gravedad e ingresar programadamente al paciente que lo precisa.

R.C.20-Datos de estancia media de pacientes pluripatológicos



A través de la colaboración entre primaristas y consultores ha sido posible también acortar la estancia hospitalaria de los pacientes pluripatológicos que precisan ingreso hospitalario.

R.C.21-Índice de readmisiones ajustadas a riesgo (IRAR). Pacientes Crónicos



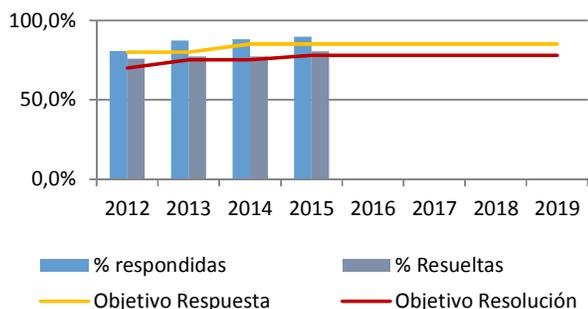
El hecho de acortar la estancia media del paciente crónico en el Hospital no implica mayor riesgo ni necesidad de una hospitalización prematura. La tasa de readmisiones ajustadas a riesgo se mantiene muy próxima a la esperada de forma estable.

De esta forma los pacientes pasan al año menos días en el Hospital, y más tiempo en su domicilio habitual. Y manifiestan en las encuestas específicas alto nivel de satisfacción.

RESULTADOS CLIENTES PROVEEDORES

| LÓGICA DE RESULTADOS | |
|---------------------------|---|
| FRECUENCIA | Seguimiento trimestral del indicador de mantenimiento y anual del de G. Proveedores |
| SEGMENTACIONES | Por tipo de mantenimiento y servicio, y suministro (Farmacia, Aprovisionamientos, Servicios) |
| FIJACIÓN OBJETIVOS | En el proceso se establece como óptimo que las reclamaciones al proveedor no superen nunca el 2% de los pedidos |
| COMPARACIONES | No son posibles con la OSI similar por gestionar de forma diferente. |

R.C.22.- Gestión Mantenimiento: % averías respondidas y resueltas en 24 horas



Tendencia positiva con objetivos cumplidos como consecuencia del seguimiento estricto del Plan de Mantenimiento y la implicación de todos los profesionales.

R.C.23.- Gestión. Proveedores: % reclamaciones a proveedores por incumpliendo de plazos de entrega

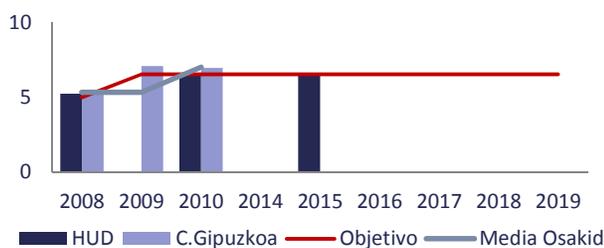


La tendencia es positiva desde 2013. En 2012, consecuencia de la evaluación del proceso de aprovisionamientos, se inició la gestión sistemática de las reclamaciones en SAP. No hay comparación porque no se realiza en otras organizaciones

RESULTADOS PERSONAS

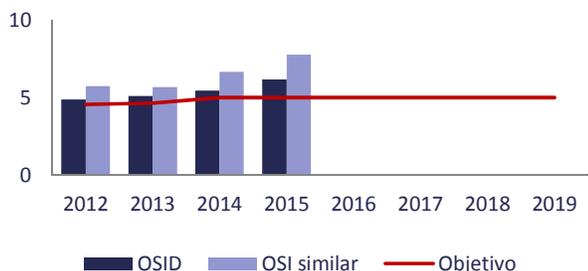
| LÓGICA DE RESULTADOS | |
|---------------------------|--|
| FRECUENCIA | Anuales, salvo encuesta satisfacción profesionales |
| SEGMENTACIONES | Por unidades y servicios, por grupo y categoría profesional, sexo y rango de edad |
| FIJACIÓN OBJETIVOS | Se establecen en los Planes de Gestión anuales en función de las actuaciones que se prevén llevar a cabo |
| COMPARACIONES | En cada caso con organizaciones o ámbitos semejantes cuando es posible |

R.P.1.- Satisfacción general



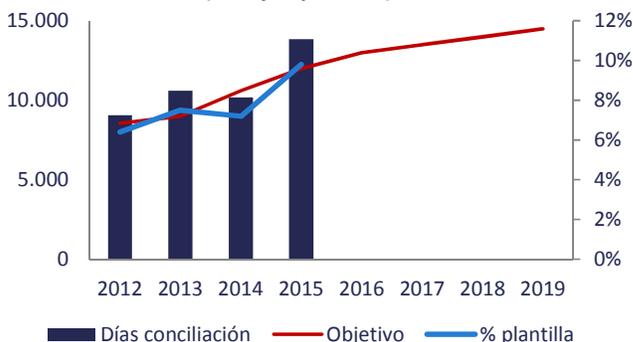
Teniendo en cuenta la ausencia de las encuestas corporativas, en el año 2015 se realiza la misma encuesta de satisfacción a UGC en formato online que alcanza el objetivo establecido.

R.P.2.- %Absentismo por IT



La tendencia es negativa como consecuencia de la variación de las condiciones del acuerdo en relación a la regulación de la situación de IT. No obstante las comparaciones son favorables.

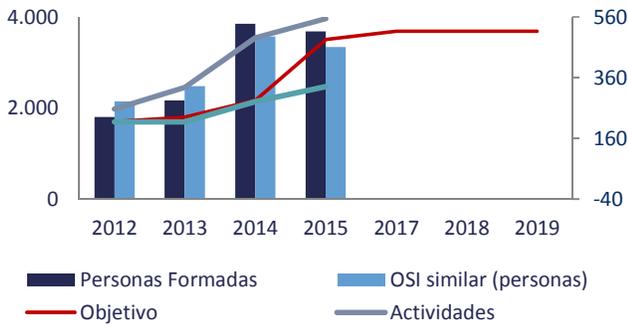
R.P.3.- Conciliación (días y % plantilla)



El resultado es positivo excepto en 2014 cuando disminuyeron las ayudas económicas externas que complementarias a las excedencias por conciliación familiar.

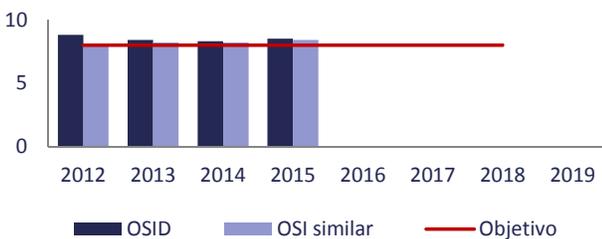


R.P.4.- Personas formadas / actividades formativas



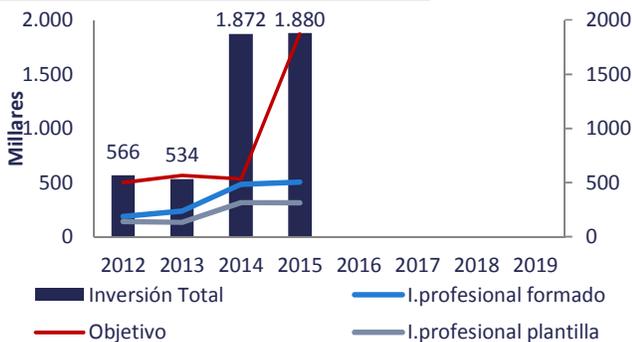
El incremento de actividades organizadas por la OSID es reflejo de considerar la gestión del conocimiento como ámbito estratégico. El Ébola y OSANAIA causan el incremento 2014. En el 2015 se mantiene los niveles de actividad y se celebra la I. Semana de Formación de la OSID

R.P.5.- Evaluación Programa Formación.



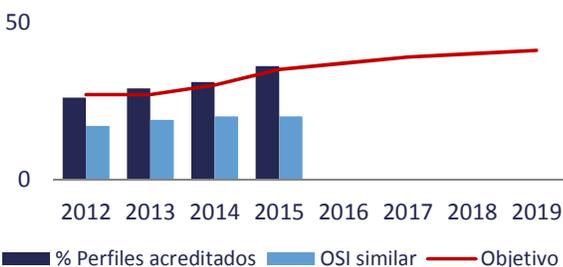
La satisfacción con la formación se mantiene desde el 2012 por encima de los 8 puntos, con comparaciones positivas, incluso con el crecimiento de actividades realizado.

R.P.6.- Inversión en Gestión Conocimiento



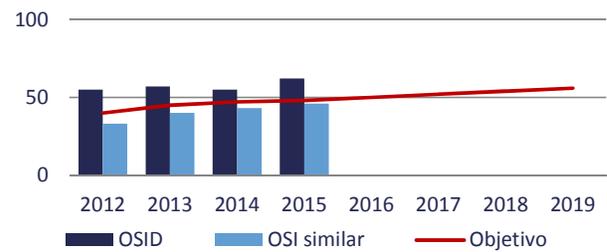
El objetivo de mantener la inversión en gestión del conocimiento al menos en el nivel del año anterior, se cumple por el apoyo explícito de la estrategia de la OSID.

R.P.7 % Perfiles acreditados/plantilla



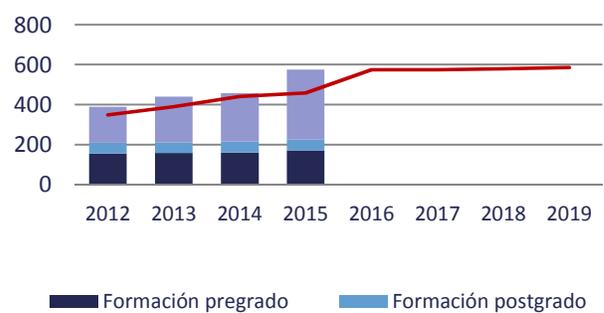
Tendencia positiva como consecuencia de la implantación del II.Plan de Euskera. Se alcanzan los objetivos planteados y además, los resultados son mejores que los de la OSI similar.

R.P.8 % Perfiles acreditados /unidades prioridad 1



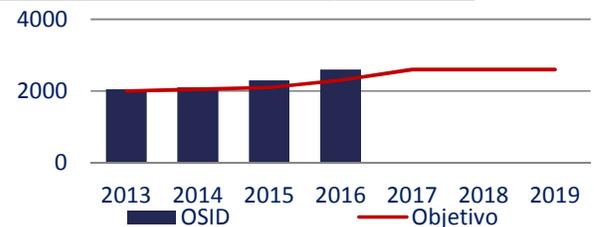
Tendencia positiva como consecuencia de la implantación del II.Plan de Euskera en las unidades de prioridad 1 (aquellas unidades de admisión y atención directa al ciudadano). Los resultados son mejores que los objetivos planteados y se superan los resultados de la OSI similar

R.P.9 Docentes comprometidos con la organización



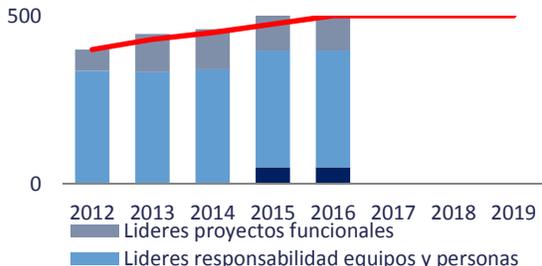
El crecimiento de las actividades organizadas y el nº de docentes internos demuestra el compromiso de los profesionales participando tanto como docentes internos como en la formación pregrado y postgrado.

R.P.10 Personas en unidades de gestión clínica



De acuerdo con la estrategia, el número de personas en unidades de gestión clínica va aumentando.

R.P.12 Evolución Liderazgo



En coherencia con la Estrategia, aumenta el nº de líderes a 2015 se incorpora la figura del líder de proyectos de acuerdo al despliegue del PE 2015-2019.



RESULTADOS SOCIEDAD

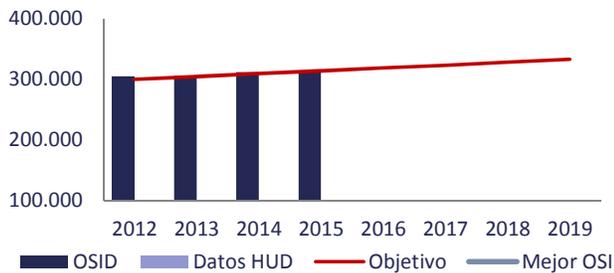
| LÓGICA DE RESULTADOS | |
|---------------------------|--|
| FRECUENCIA | SOCIEDAD: Anuales // GESTIÓN MEDIOAMBIENTAL: Trimestrales |
| SEGMENTACIONES | Segmentaciones por TIPO DE ACTIVIDAD RELACIONADA Y/O CENTRO |
| FIJACIÓN OBJETIVOS | Se establecen en los Planes de Gestión anuales en función de las actuaciones que se prevén llevar a cabo |
| COMPARACIONES | En cada caso con organizaciones o ámbitos semejantes cuando es posible |

R.S.1.- Organiza actos científicos, culturales. Presencia medios



Presenta una tendencia positiva por el esfuerzo para conseguir presencia en la sociedad liderado por Unidad de Comunicación

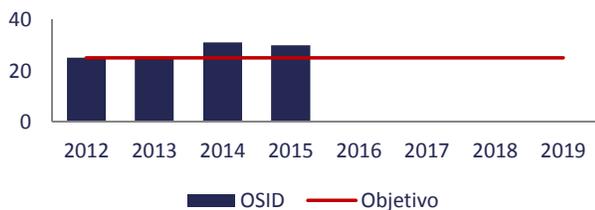
R.S.2.- Aportación directa a la economía local (miles de €)



Este indicador presenta la incidencia positiva que la OSID tiene económicamente en el entorno y que aumenta anualmente a pesar de la situación económica por los esfuerzos realizados en la Sanidad de Gipuzkoa

R.S.3.- Profesionales formados (MIR-EIR) que se aportan al exterior

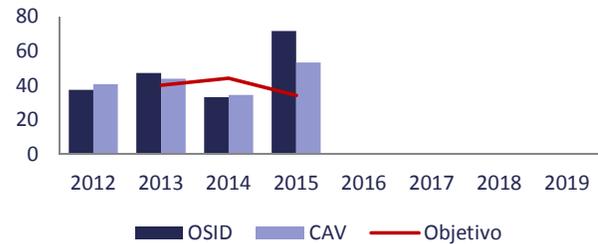
Nuestro programa de docencia postgrado atrae a profesionales de ámbito nacional e internacional, generando excedentes que desarrollarán su labor profesional fuera de nuestra OSI.



RESULTADOS INNOVACIÓN

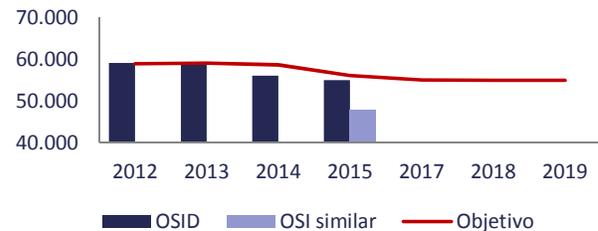
| LÓGICA DE RESULTADOS | |
|---------------------------|--|
| FRECUENCIA | Anuales |
| SEGMENTACIONES | Segmentaciones por TIPO DE ACTIVIDAD RELACIONADA |
| FIJACIÓN OBJETIVOS | Se establecen en los Planes de Gestión anuales en función de las actuaciones que se prevén llevar a cabo |
| COMPARACIONES | En cada caso con organizaciones o ámbitos semejantes cuando es posible (IIS Acreditados en la CAPV) |

R.S.4.- Número de donaciones de órganos



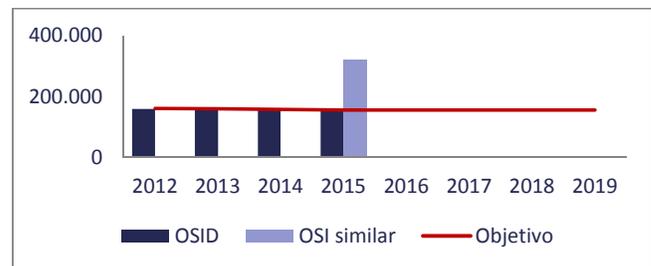
El proyecto de la Unidad de Trasplantes (Donación en asistolia) y la colaboración del resto de profesionales han logrado situarnos en el nivel más alto en la donación de órganos para el trasplante. Objetivo: superar a la CAV

R.S.5.- Consumo energético (miles de kw.h)



El objetivo de no consumir más que el año anterior, a pesar de aumentar la potencia de los equipos constantemente, se cumple por el Proyecto de eficiencia energética desde 2013.

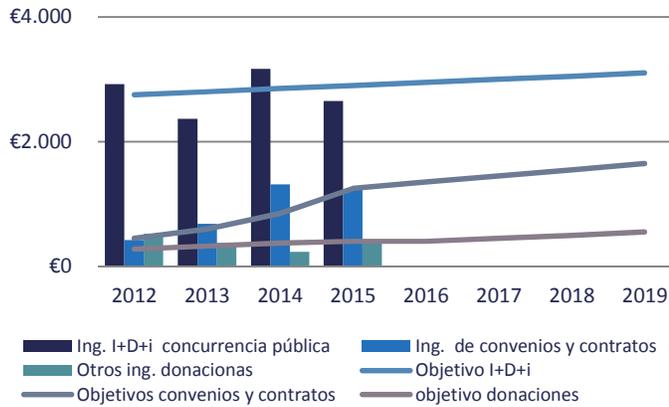
R.S.6.- Gestión de Residuos Tipo II y III



Este indicador presenta datos positivos por la labor realizada para hacer una gestión de residuos eficiente económica y ambientalmente

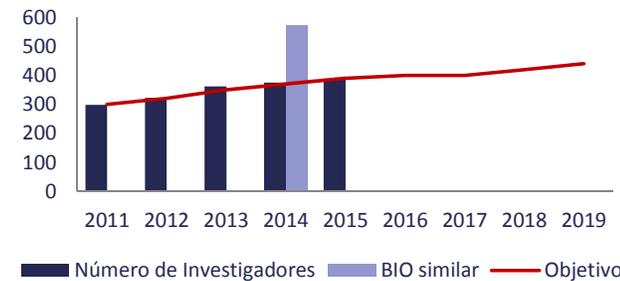


R.I.1.- Ingresos I+D+i (en miles de €)



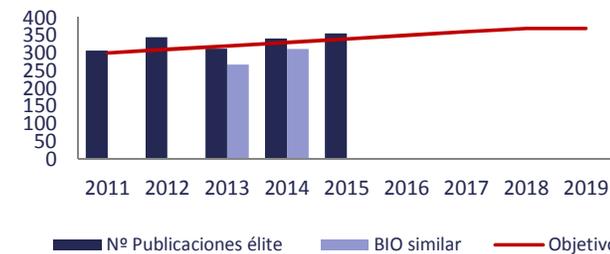
Los Ingresos de I+D+i obtenidos en concurrencia pública se mantienen en torno a 2,7 M €. Los Ingresos obtenidos a través de convenios y contratos han ido aumentando progresivamente pese a la bajada del año 2015. Otros Ingresos obtenidos: Las donaciones se mantienen en torno a 350.000 €

R.I.2.- Masa crítica investigadora: Evolución Número de Investigadores



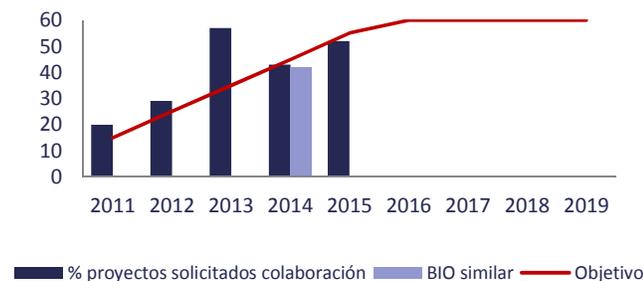
El nº de Investigadores del IIS Biodonostia-OSID que conforman los Grupos Investigación, presenta una tendencia positiva. Comparativa con BIO similar, Instituto con mayor nº de investigadores. IIS Biodonostia es un IIS de pequeño tamaño a nivel estatal.

R.I.3.- Producción Científica: Publicaciones de élite



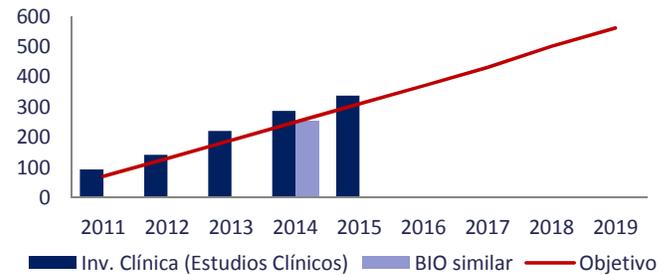
Presenta tendencia positiva en 2011-2015, por el esfuerzo continuado de profesionales del IIS Biodonostia-OSID por publicar en Revistas Científicas de reconocido prestigio.

R.I.4.- Proyectos de I+D+i en colaboración



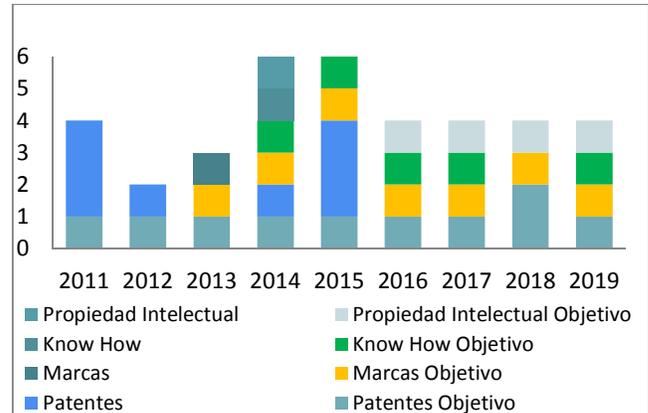
La potenciación de la Innovación mediante la estructura colaborativa multi-institucional e interdisciplinar del IIS Biodonostia-OSID, se refleja en aumento de proyectos en colaboración con Agentes Externos del ámbito biosanitario.

R.I.5.- Proyectos de Investigación Clínica



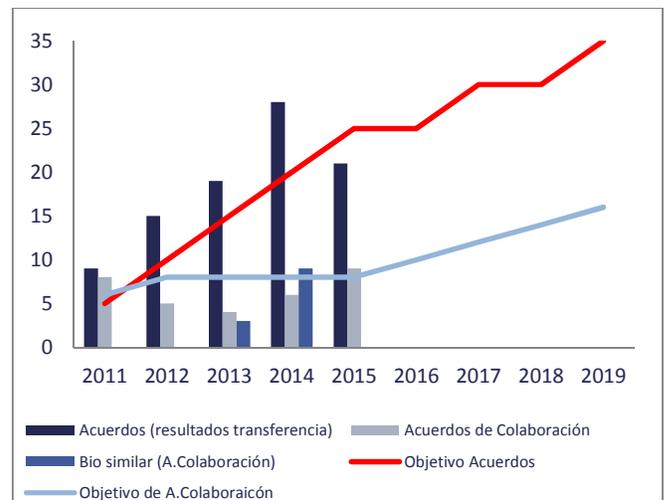
La investigación clínica en el quinquenio 2011-2015 representada como el número de Estudios Clínicos (incluyendo Ensayos Clínicos y Estudios Observacionales activos en el periodo), muestra una tendencia claramente positiva.

R.I.6.- Resultados de Transferencia: IPR



Los resultados de productos de transferencia al mercado (Intellectual Property Rights) muestran una tendencia moderada al alza a partir del año 2012.

R.I.7.- Resultados de Transferencia: Acuerdos



Los Acuerdos con resultados de Transferencia (Confidencialidad, Titularidad, Cesión, Licencia y MTAs), presentan tendencia positiva, por la potenciación de de la investigación traslacional enfocada al paciente. En comparativa los Acuerdos de Colaboración son similares



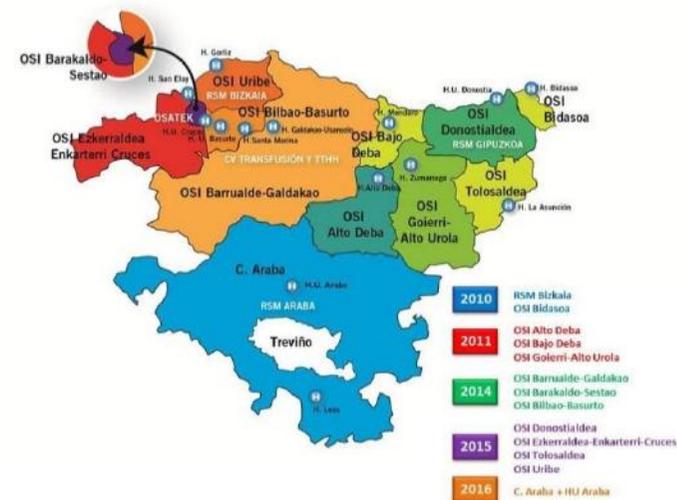
ANEXOS GUÍA GESTIÓN AVANZADA

Indice Anexos

| | |
|---|----|
| Anexo 0.1.-Localidades, población y listado de Centros y Unidades que conforman la OSID | 1 |
| Anexo 0.2.-Disciplinas en las que es posible formarse en la OSID | 2 |
| Anexo 0.3.a.-Organigrama (Equipo Directivo)..... | 3 |
| Anexo 0.3.b.-Organigrama (Jefaturas de Servicios y Unidades - Unidades de Gestión Clínica)..... | 4 |
| Anexo 0.4.-Instalaciones y equipamientos más relevantes | 5 |
| Anexo 0.5.- Cuenta Resultados EJERCICIO 2015 OSID | 6 |
| Anexo E.1.1.a.- Grupos de Interés de OSID y necesidades actuales y expectativas futuras | 7 |
| Anexo E.1.1.b- Grupos de Interés de OSID y necesidades actuales y expectativas futuras | 8 |
| Anexo E.1.2. Objetivos y Proyectos Estratégicos de los diferentes Grupos de Interés..... | 9 |
| Anexo E.1.3. Fuentes Información relevantes sobre clientes, mercados, nuevas tecnologías, estrategias competidores | 10 |
| Anexo E.1.4. Fuentes de información. Información procesada por grupos de trabajo | 11 |
| Anexo E.2.1.-Objetivos estratégicos | 12 |
| Anexo E.2.2. Manual de Indicadores Estratégicos..... | 13 |
| Anexo E.2.3. Evolución Modelo de Negocio Asistencial..... | 14 |
| Anexo E.2.4.a. Modelo organizativo | 15 |
| Anexo E.2.4.b. Modelo organizativo | 16 |
| Anexo E.2.5. Mapa procesos..... | 17 |
| Anexo E.2.6. Mapa Alianzas | 18 |
| Anexo E.2.7. Mapa de Programas - Proyectos | 19 |
| Anexo E.2.8. Matriz de Impacto | 20 |
| Anexo C.2.1. Diseño proceso asistencial con otras OSI de Gipuzkoa..... | 21 |
| Anexo C.2.2. Diseño de un proceso asistencial de la Unidad de Gestión Clínica del IDOH..... | 22 |
| Anexo C.2.3. Proyecto de Seguridad | 23 |
| Anexo C.2.4.a. Contrato de Unidad de Gestión Clínica y Objetivos del IDOH | 24 |
| Anexo C.2.4.b. Contrato de Unidad de Gestión Clínica y Objetivos de Urola Kosta | 25 |
| Anexo C.3.1. Seguimiento de la gestión del Pacientes Crónico por la Unidad de Gestión Clínica..... | 26 |
| Anexo C.3.2.a Evaluación de servicios y unidades asistenciales (extracto sistema IAMETRICS) | 27 |
| Anexo C.3.2.b Evaluación de servicios y unidades asistenciales (extracto sistema IAMETRICS)..... | 28 |
| Anexo C.3.2.c. Evaluación de servicios y unidades asistenciales (extracto sistema IAMETRICS)..... | 29 |
| Anexo C.3.3. Certificaciones sistemas gestión de calidad | 30 |
| Anexo C.3.4. Informes de Costes (extracto)..... | 31 |
| Anexo C.3.5. Informes de Gestión mensual de Dirección (extracto) | 32 |
| Anexo C.3.6. Plan de Mantenimiento (extractos)..... | 33 |
| Anexo C.4.1. Clasificación de proveedores | 34 |
| Anexo C.4.2. Evaluación de proveedores | 35 |
| Anexo P.0.1.Proyectos y Planes Programa Personas | 36 |
| Anexo P.1.1. Políticas y procedimientos de empleo público | 36 |
| Anexo P.1.2. Aplicación movilidad y promoción interna integrada abierta y permanente..... | 37 |
| Anexo P.2.1. Modelo de Gestión del Conocimiento | 38 |
| Anexo P.2.2. Diagnóstico necesidades de formación 2015-on line(extracto)..... | 39 |
| Anexo P.2.3. Actividades formativas 2016 y tipología evaluación | 40 |
| Anexo P.3.1. Grupos de Trabajo de OSID (extracto)..... | 41 |
| Anexo S.1.1. Política de Responsabilidad Social de OSID..... | 42 |
| Anexo S.1.2. Grupos de Interés y organizaciones con quien colaboramos en nuestro compromiso con la Sociedad (extracto)..... | 43 |
| Anexo S.1.3. Encuesta satisfacción Sociedad (extracto)..... | 44 |
| Anexo S.2.1.Plan Integrado Gestión de Residuos..... | 45 |
| Anexo S.2.2. Plan Eficiencia Energética..... | 46 |
| Anexo I.1.1. Plan Estratégico de Investigación e Innovación 2016-2020 | 47 |
| Anexo I.1.2. Análisis DAFO realizado para el PE de Investigación e Innovación 2016-2020 | 47 |
| Anexo I.1.3. Áreas y Grupos de Investigación..... | 48 |
| Anexo I.2.1. Criterios de Evaluación y Criterios de Priorización de Proyectos de Innovación | 49 |
| Anexo I.4.1. Ficha descriptiva de Iniciativas Innovadoras..... | 50 |

Anexo 0.1.-Localidades, población y listado de Centros y Unidades que conforman la OSID

| Población | | | Sexo | | Tramos de edad | | | Centro de salud | UAP |
|--------------|----------------|-------------|----------------|----------------|----------------|------------|------------|---------------------|-----------------------------|
| | Total | | Hombres | Mujeres | 0-19 | 20-64 | >64 | Centro de salud | UAP |
| Donostia | 181.788 | 51,2% | 85.088 | 96.700 | 17% | 62% | 21% | C.S. Alde Zaharra | Alde Zaharra |
| | | | | | | | | C.S. Altza | Altza |
| | | | | | | | | C.S. Amara Berri | Amara Berri |
| | | | | | | | | C.S. Amara Centro | Amara Centro |
| | | | | | | | | C.S. Bidebieta | P. San Pedro – Bidebieta |
| | | | | | | | | C.S. Eguia | Egia |
| | | | | | | | | A. Gros | Gros |
| | | | | | | | | C.S. Intxaurreondo | Intxaurreondo |
| | | | | | | | | C.S. Loiola | Loiola |
| | | | | | | | | C.S. Ondarreta | Ondarreta |
| | | | | | | | | C.S. Martutene | Martutene |
| | | | | | | | | PAC Bengoetxea | PAC Bengoetxea |
| | | | | | | | | Errenteria | 39.583 |
| Zarautz | 22.552 | 6,4% | 11.031 | 11.521 | 21% | 62% | 17% | C.S. Zarautz | Zarautz – Orio - A** |
| Hernani | 19.480 | 5,5% | 9.583 | 9.897 | 20% | 62% | 18% | C.S. Hernani | Hernani-Urnieta-Astigarraga |
| Lasarte-Oria | 18.208 | 5,1% | 9.035 | 9.173 | 17% | 62% | 21% | C.S. Lasarte | Lasarte – Usurbil |
| Pasaia | 16.160 | 4,6% | 7.702 | 8.458 | 18% | 60% | 22% | C.S. Pasai Donibane | Lezo - C.S. Pasai Donibane |
| | | | | | | | | C.S. Pasai Antxo | Pasai Antxo |
| | | | | | | | | A Pasai S. Pedro | P. San Pedro – Bidebieta |
| Oiartzun | 10.067 | 2,8% | 5.010 | 5.057 | 21% | 63% | 16% | C.S. Oiartzun | Oiartzun |
| Zumaia | 9.495 | 2,7% | 4.697 | 4.798 | 21% | 63% | 16% | C.S. Zumaia | Zumaia- G –Z-A** |
| Urnieta | 6.143 | 1,7% | 3.083 | 3.060 | 23% | 64% | 13% | C.S. Urnieta | Hernani-Urnieta-Astigarraga |
| Usurbil | 6.107 | 1,7% | 3.119 | 2.988 | 22% | 62% | 16% | C.S. Usurbil | Lasarte – Usurbil |
| Lezo | 6.043 | 1,7% | 3.005 | 3.038 | 20% | 66% | 14% | C.S. Lezo | Lezo - C.S. Pasai Donibane |
| Orio | 5.372 | 1,5% | 2.738 | 2.634 | 21% | 63% | 16% | C.S. Orio | Zarautz – Orio - A** |
| Astigarraga | 4.928 | 1,4% | 2.511 | 2.417 | 22% | 66% | 12% | C.S. Astigarraga | Hernani-Urnieta-Astigarraga |
| Zestoa | 3.655 | 1,0% | 1.914 | 1.741 | 20% | 62% | 18% | C.S. Zestoa | Zumaia – G –Z-A** |
| Getaria | 2.657 | 0,7% | 1.326 | 1.331 | 20% | 62% | 18% | C.S. Getaria | Zumaia – G –Z-A** |
| Aia | 2.004 | 0,6% | 1.072 | 932 | 23% | 61% | 16% | C. Aia | Zarautz – Orio - A** |
| Aizarnazabal | 738 | 0,2% | 379 | 359 | 22% | 66% | 12% | C.Aizarnazabal | Zumaia – G –Z-A** |
| Total | 354.980 | 100% | 170.694 | 184.286 | 18% | 62% | 20% | | |



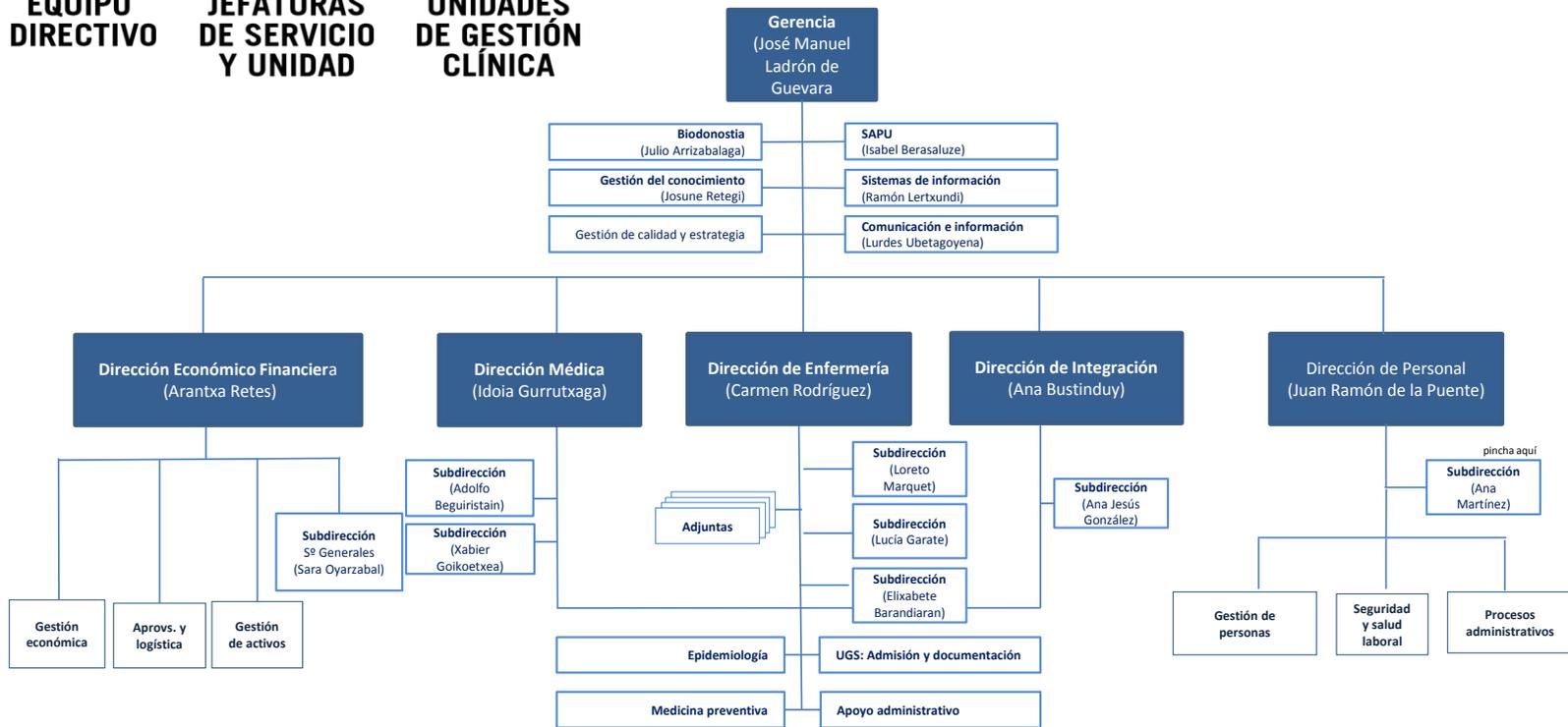
* Con Punto de atención continuada (P.A.C.)

** Zarautz, Orio, Aia, Zumaia, Getaria, Zestoa y Aizarnazabal forman la Unidad de Gestión Clínica Comunitaria Urola - Kosta

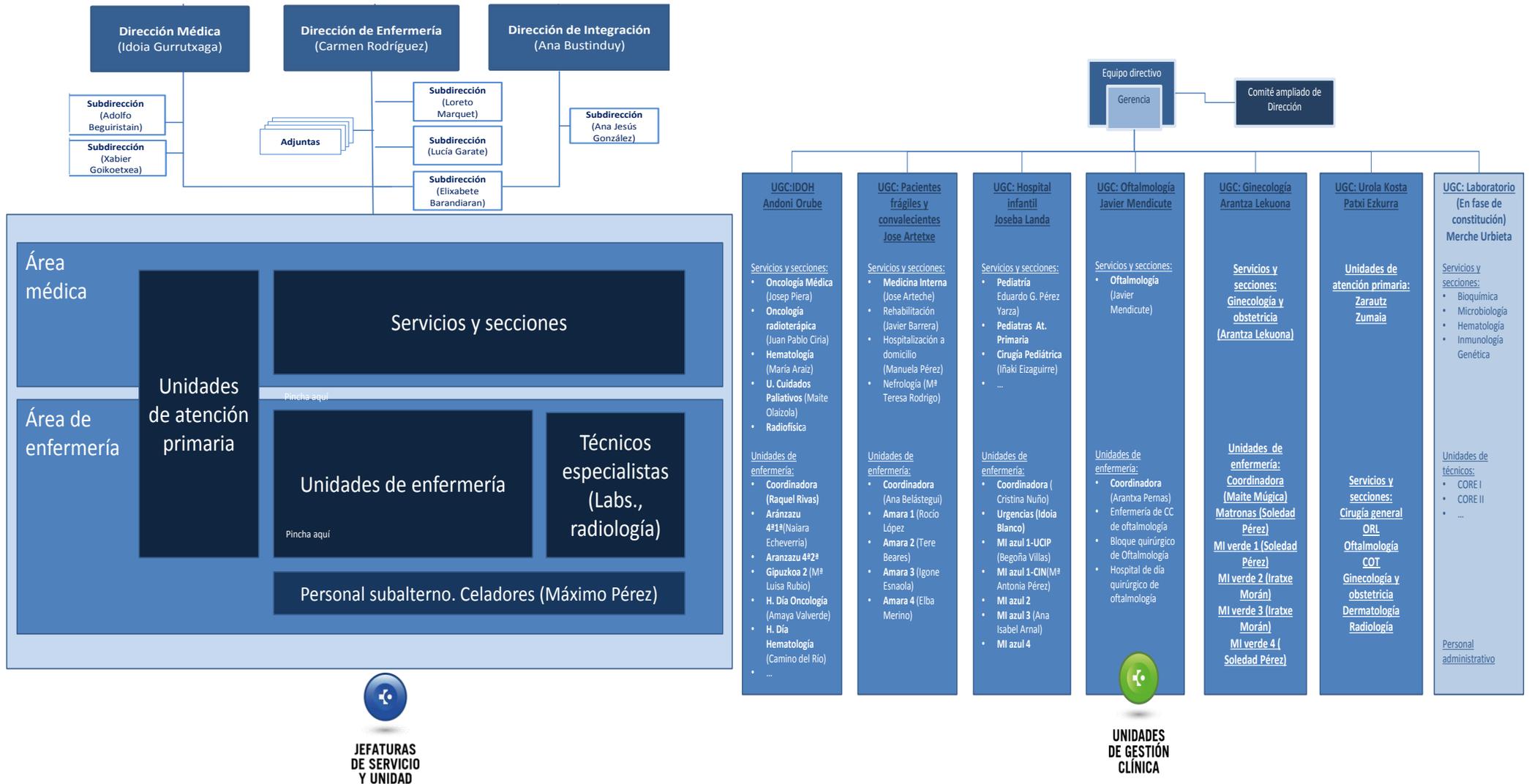
Anexo 0.2.-Disciplinas en las que es posible formarse en la OSID

| | FORMACIÓN POSTGRADO MÉDICA (MIR) | | FORMACIÓN POSTGRADO MÉDICA (MIR) | | FORMACIÓN PREGRADO CIENCIAS DE LA SALUD |
|----|---|----|---|----|--|
| 1 | Análisis Clínicos | 32 | Rehabilitación | 1 | Medicina |
| 2 | Anatomía Patológica. | 33 | Reumatología | 2 | Enfermería |
| 3 | Anestesiología | 34 | Urología | 3 | Farmacia |
| 4 | Aparato Digestivo | 35 | Neurocirugía | 4 | Fisioterapia |
| 5 | Cardiología | 36 | Medicina Familiar y Comunitaria | 5 | Terapia ocupacional |
| 6 | Cirugía General y del Aparato Digestivo | 25 | Oncología Medica | | FORMACIÓN PREGRADO EN OTRAS CIENCIAS |
| 7 | Cirugía Pediátrica. | 26 | Oncología Radioterápica | 6 | Grado Humanidades y Comunicación |
| 8 | Cirugía Plástica | 27 | ORL | 7 | Grado en Administración y Dirección Empresas |
| 9 | Cirugía Torácica | 28 | Psiquiatría | 8 | Profesores EGB-educación especial |
| 10 | Cirugía Vasculat | 29 | Psicología clínica | 9 | Trabajador Social |
| 11 | Traumatología | 30 | Pediatría | 10 | Grado Informática de Gestión |
| 12 | Dermatología | 31 | Radiodiagnóstico | 11 | Grado Ingenierías (Ingeniería industrial, Bioingeniería) |
| 13 | Farmacia Hospitalaria | 32 | Rehabilitación | | CICLOS FORMATIVOS SUPERIORES Y MEDIOS |
| 14 | Hematología. | 33 | Reumatología | 12 | Técnico en cuidados auxiliares de enfermería. TCAE |
| 15 | Inmunología | 34 | Urología | 13 | Técnico de rayos X (imagen para el diagnóstico) |
| 16 | Medicina Intensiva | 35 | Neurocirugía | 14 | Técnico en radioterapia |
| 17 | Medicina Interna | 36 | Medicina Familiar y Comunitaria | 15 | Técnico en anatomía patológica |
| 18 | Medicina del Trabajo | | FORMACIÓN POSTGRADO ENFERMERÍA(EIR) | 16 | Técnico en documentación y archivos |
| 19 | Microbiología | 37 | Enfermera materno-infantil | 17 | Técnico auxiliar de farmacia y parafarmacia |
| 20 | Nefrología | 38 | Salud Comunitaria | 18 | Técnico en salud ambiental. |
| 21 | Neumología | | POSTGRADO UNIVERSITARIO (ENFERMERÍA) | 19 | Auxiliar de psiquiatría |
| 22 | Neurología | 39 | Experto en urgencias y emergencias. E.C.S. | 20 | Dietética y nutrición |
| 23 | Obstetricia -Ginecología | 40 | Experto en cuidados críticos (UCI) | 21 | Tecnico Superior de Administración y Finanzas |
| 24 | Oftalmología | 41 | Experto en área quirúrgica (quirófano) | 22 | Técnico de Integración social |
| 25 | Oncología Medica | 42 | Máster en oncología (ICO) | 23 | Técnico Superior de Asistencia a Dirección |
| 26 | Oncología Radioterápica | 43 | Máster en urgencias y emergencias | 24 | Técnico Superior en Marketing y Publicidad |
| 27 | ORL | 44 | Intercambios internacionales (Finlandia, etc.) | | |
| 28 | Psiquiatría | 45 | Postgrado fisioterapia respiratoria de la ONCE | | |
| 29 | Psicología clínica | 46 | Postgrado en suelo pélvico | | |
| 30 | Pediatría | | POSTGRADO UNIVERSITARIO (OTRAS TITULACIONES) | | |
| 31 | Radiodiagnóstico | 47 | Master Gestión Sanitaria (DEUSTO) | | |

Anexo 0.3.a.-Organigrama (Equipo Directivo)



Anexo 0.3.b.-Organigrama (Jefaturas de Servicios y Unidades - Unidades de Gestión Clínica)



Anexo 0.4.-Instalaciones y equipamientos más relevantes

| INSTALACIÓN / EQUIPAMIENTO | UNIDADES |
|----------------------------------|----------|
| Pórticos de Alta Tensión 30 kV | 2 |
| Centros de Transformación | 3 |
| Grupos electrógenos | 7 |
| Motores Cogeneración | 2 |
| Calderas Cogeneración | 3 |
| Grupos Generadores de Frío | 50 |
| Intercambiadores Térmicos | 14 |
| Número de climatizadoras totales | 75 |
| Número de ascensores | 64 |
| Angiógrafos | 2 |
| Hemodinámicas | 1 |
| TAC | 5 |
| Mamógrafo | 1 |
| Ortopantomógrafo | 2 |

| INSTALACIÓN / EQUIPAMIENTO | UNIDADES |
|------------------------------|----------|
| Telemandos | 4 |
| Torax Automáticos | 3 |
| Salas RX Convencionales | 15 |
| Aceleradores Lineales | 2 |
| Quirófanos | 32 |
| Paritorios | 6 |
| Incubadoras / Cunas Térmicas | 38 |
| Ecógrafos | 66 |
| Arcos C / Portátiles | 21 |
| Densitómetro | 1 |
| Respiradores Anestesia | 41 |
| Respiradores | 108 |
| Robot Quirúrgico | 1 |

Anexo 0.5.- Cuenta Resultados EJERCICIO 2015 OSID

| PARTIDAS | Importes 2015 | % |
|--|----------------------|---------------|
| GASTOS EXPLOTACION | 493.259.540 | 100,0% |
| Gastos de Funcionamiento | 179.831.543 | 36,5% |
| Productos farmacéuticos | 65.636.240 | 13,3% |
| Material Sanitario | 69.962.811 | 14,2% |
| Prótesis | 20.112.157 | 4,1% |
| Laboratorio | 16.735.159 | 3,4% |
| Resto material sanitario | 33.115.495 | 6,7% |
| Otros Aprovisionamientos | 5.237.396 | 1,1% |
| Otros gastos externos | 19.497.831 | 4,0% |
| Servicios Exteriores (incl. Otros Gastos de Explotación) | 19.532.921 | 4,0% |
| Provisiones | -35.657 | 0,0% |
| Gastos de personal | 313.427.997 | 63,5% |
| Sueldos y salarios | 248.779.825 | 50,4% |
| Indemnizaciones | 47.102 | 0,0% |
| Seguridad social | 61.577.717 | 12,5% |
| Pensionistas | 2.141.899 | 0,4% |
| Sistemas complementarios de pensiones (Itzarri) | 21.063 | 0,0% |
| Gastos Sociales | 995.328 | 0,2% |
| Tribunales | 974 | 0,0% |
| Docencia | 17.573 | 0,0% |
| Otros y Restos | -153.484 | 0,0% |
| INGRESOS DE EXPLOTACION | -492.749.220 | 100,0% |
| Ingresos Contrato Programa | -487.574.684 | 98,9% |
| Ingresos a terceros | -4.237.265 | 0,9% |
| Otros ingresos | -937.271 | 0,2% |
| RESULTADO FINANCIERO | 890 | |
| RESULTADO TOTAL | 511.209 | -0,1% |

Anexo E.1.1.a.- Grupos de Interés de OSID y necesidades actuales y expectativas futuras

| Grupos de interés | | Aproximación a sus necesidades y expectativas | Cómo conocemos sus necesidades y expectativas | |
|--------------------|---------------------------------------|---|--|---------------------------|
| Ciudadanos/as | Sanos | Relacionadas con <ul style="list-style-type: none"> • su enfermedad (resultado, pronóstico, sufrimiento, dolor...) • su situación (confort, acompañamiento, coordinación...) • su condición como persona (respeto a su persona y su voluntad, valores (lengua, intimidad, autonomía...), información, empatía... | <ul style="list-style-type: none"> • Literatura • Grupos focales • Entrevistas con el Servicio de Atención al Paciente y Usuario • Ararteko, iniciativas parlamentarias... <p>Mejoras introducidas:</p> <p>Comunidades de práctica clínica:</p> <p><u>Ya desplegadas:</u> Alergia Alimentaria Infantil, Rehabilitación cardiaca, Ictus</p> <p><u>En marcha:</u></p> <p>Seguridad del paciente / Lactancia / Mama / EPOC / Diabetes gestacional / Paciente activo (Crónico) / Paciente activo (Oncología)</p> | |
| | Que precisan algún tipo de asistencia | | | Por enfermedades agudas |
| | | | | Por enfermedades crónicas |
| | | | | Por cáncer |
| Población infantil | | | | |
| | Gestación, parto y puerperio | | | |
| | Familias | Apoyo | Sus publicaciones | |
| | Asociaciones | Locales Soporte a sus iniciativas Confianza para vehicular sus aportaciones a la investigación (Ver Documento de compromisos) | Entrevistas directas <u>Mejoras introducidas:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Encuentro anual con asociaciones. • Documento de compromisos. | |

Anexo E.1.1.b- Grupos de Interés de OSID y necesidades actuales y expectativas futuras

| Grupos de interés | | | Aproximación a sus necesidades y expectativas | Cómo conocemos sus necesidades y expectativas | Cómo conocemos el nivel de satisfacción de sus necesidades y expectativas |
|--|------------------------|---|--|--|---|
| Profesionales | Actuales | Segmentación: Profesión Tipo de contrato Antigüedad ... | Entorno que facilite la actividad profesional. Oportunidades de desarrollo profesional Reconocimiento Participación Información Seguridad Respeto Colaboración .. | Literatura Grupos focales (Corporativos y locales) Unidad de Atención al Profesional Encuestas (niveles bajos de satisfacción o preguntas abiertas) | Encuestas de satisfacción Comité de docencia MIR / Comité de acreditación Reuniones con líderes <u>Mejoras introducidas:</u> Encuestas a miembros de unidades de gestión clínica Encuestas de riesgos psicosociales Encuestas D'Amour |
| | Futuros | Pregrado (Universitario o profesional) Postgrado | Acceso a la formación Prácticas Respeto Apoyo Oportunidades | | Encuestas de alumnos (Pre y postgrado) Relación con entidades docentes |
| | Colegios profesionales | | Información bidireccional Apoyo profesional a sus iniciativas | Encuentros bilaterales | Encuentros bilaterales |
| Departamento de Salud | | | Contrato programa (Plan de salud, Líneas estratégicas...) | | Evaluación anual |
| Osakidetza | | | Plan de gestión anual (Plan estratégico, planes sectoriales) | | Seguimiento cuatrimestral |
| Aliados en la prestación de asistencia | Centros sanitarios | Públicos | Protocolos clínicos de colaboración | Comisiones conjuntas | Comisiones conjuntas |
| | | Privados | Protocolos clínicos de colaboración | Comisiones conjuntas | Comisiones conjuntas |
| | Entidades sociales | | Protocolos de colaboración | Comisiones conjuntas | Comisiones conjuntas |
| Centros de investigación | | | Protocolos de colaboración | Comisiones conjuntas | Comisiones conjuntas |
| Centros de formación | | | Convenios de colaboración | Comisiones conjuntas | Comisiones conjuntas |

Anexo E.1.2. Objetivos y Proyectos Estratégicos de los diferentes Grupos de Interés

| Grupos de Interés | Objetivos y Proyectos estratégicos se pueden consultar en .. |
|---------------------------|---|
| Osakidetza | Líneas estratégicas de Osakidetza 2013-2016 Estrategia de seguridad del paciente Otros centros de Osakidetza |
| Departamento de Salud | Líneas Estratégicas del Departamento de Salud 2013 – 2016 Plan de Salud 2013-2020 Plan de atención integrada de Euskadi (Con notas; Reunión O:C: 03/06/2013) Líneas estratégicas de atención sociosanitaria para Euskadi |
| Asociaciones de pacientes | Nombre Asociación ACCU Asociación de Enfermos de Crohn y Colitis Ulcerosa ADELA Asociación de Esclerosis Lateral Amiotrófica ADEMGI Asociación Gipuzkoana de Esclerosis Múltiple AERGI ALCOHOLICOS EN REHABILITACION GIPUZKOA AFAGI Asociación de Familiares de Alzheimer AGUIFES Asociación Gipuzkoana de Familiares y Enfermos Psíquicos ALCER GIPUZKOA Asociación para la Lucha contra las Enfermedades Renales APREVAS ARANSKI Asociación de Rehabilitación Auditiva para Niños Sordos en Gipuzkoa ASHEGUI Asociación Gipuzkoana de Hemofilia ASLEMEGI Asociación de Lesionados Medulares de Gipuzkoa AECC Asociación española contra el cáncer ASPANOI Asociación de Padres de Niños con Cáncer de Gipuzkoa ASPARGI Delegación en Gipuzkoa de PARKINSON España ATECE Asociación de Daño Cerebral Adquirido de Gipuzkoa BEGISARE Asociación Gipuzkoana de Afectados de Retinosis Pigmentaria KATXALIN Asociación de Mujeres Afectadas de Cáncer de Mama |

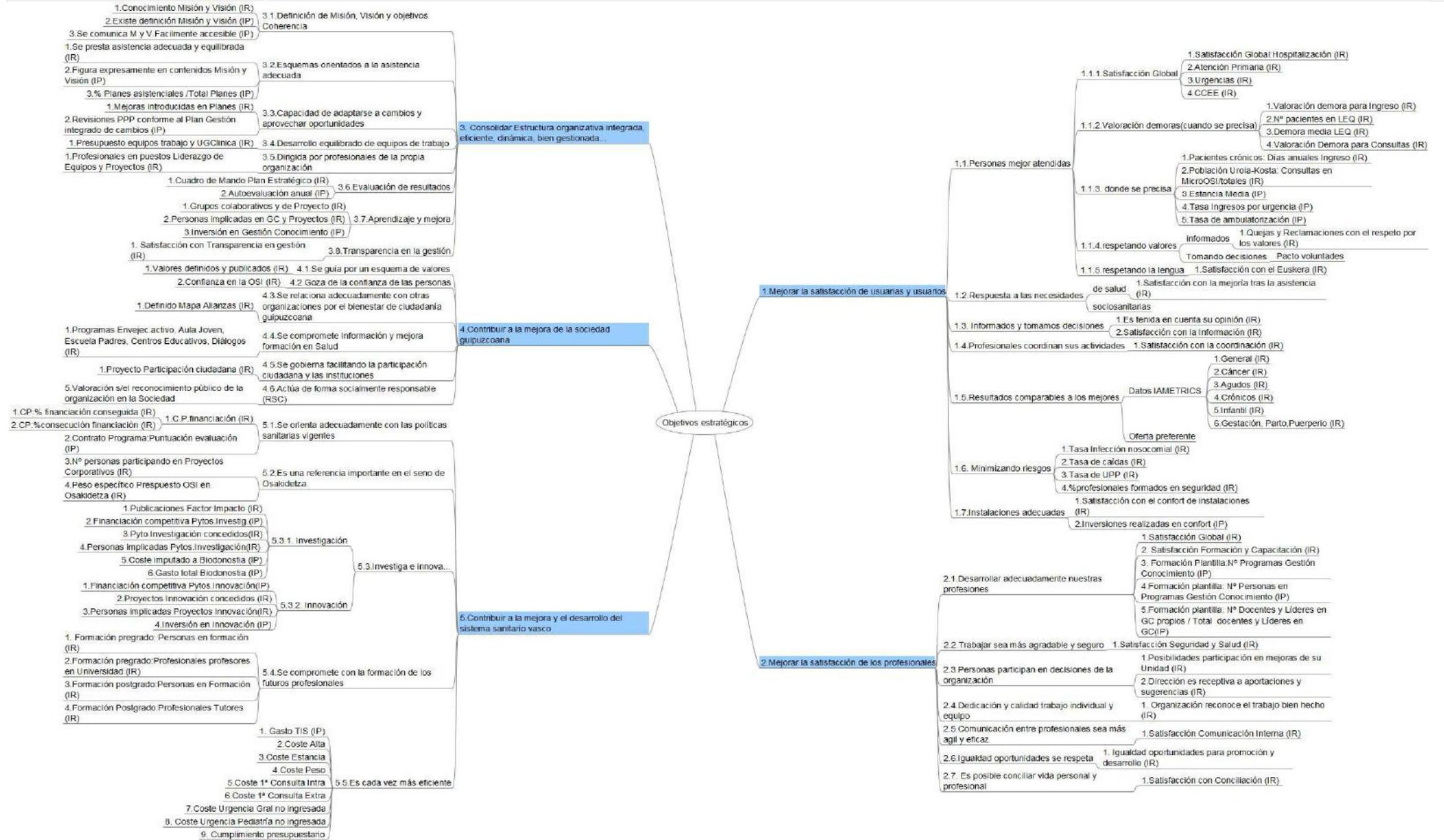
Anexo E.1.3. Fuentes Información relevantes sobre clientes, mercados, nuevas tecnologías, estrategias competidores

- [El Futuro del SNS: la visión de los profesionales de la salud Análisis Prospectivo Delphi](#)
- [El Futuro del SNS: la visión de los ciudadanos](#)
- [Funds.org](#)
- [Nota de la Diputación reclamando mayor presencia del euskera](#)
- [MANUAL PARA LA ELABORACIÓN DE PROTOCOLOS DE COORDINACIÓN INTERNIVELES](#)
- [Health at a Glance Europe 2012](#)
- [Health at a Glance 2013](#)
- [Health at a Glance 2014](#)
- [Health at a Glance 2015](#)
- [Intégration des soins: Concepts et mise en œuvre](#)
- [Intégration des soins \(artículo con esquemas\)](#)
- [ANTARES : Organizaciones Sanitarias integradas : Modelos organizativos y alianzas estratégicas con el entorno](#)
- [La refundación de la Atención Primaria \(Ortún\).](#)
- [ACCESO A PRUEBAS COMPLEMENTARIAS DESDE ATENCIÓN PRIMARIA \(Circular de la Dirección de Asistencia Sanitaria Osakidetza\)](#)
- [Cartera básica de Pruebas complementarias en Atención Primaria \(INSTRUCCION Nº 7/2003\)](#)
- [PRUEBAS DIAGNOSTICAS EN ATENCIÓN PRIMARIA EN NAVARRA](#)
- [Formulario IEMAC; IEMA Esquema](#)
- [Actualización del Marco Evaluativo \(Nuria Toro\)](#)
- [EL SISTEMA DE FINANCIACIÓN CAPITATIVO: POSIBILIDADES Y LIMITACIONES Vicente Ortún, Guillem López, Jaume Puig y Ramón Sabés Departament d'Economia i Empresa Centre de Recerca en Economia i Salut Universitat Pompeu Fabra](#)
- [IV Congreso de Gestión Clínica GESTIÓN CLÍNICA EN TIEMPOS DE CRISIS \(Ribera Salud\)](#)
- [MECANISMOS DE DISTRIBUCIÓN DEL SISTEMA DE PAGO CAPITATIVO: Revisión de algunas experiencias internacionales](#)
- [ESTUDIO DE DOS ORGANIZACIONES SANITARIAS INTEGRADAS DE CATALUÑA: La Corporació de Salut del Maresme i la Selva y el grup SAGESSA](#)
- [UN ESTUDIO DE CASO DE DOS ORGANIZACIONES SANITARIAS INTEGRADAS EN CATALUÑA \(Henao\)](#)
- [Marco conceptual para el estudio de las Organizaciones Sanitarias Integradas \(OSI\)](#)
- [EVALUACIÓN DE MODELOS ORGANIZATIVOS INTEGRADOS \(Informe ante el Parlamento Vasco Nov 2011\)](#)
- [La medida de la eficiencia en las organizaciones sanitarias](#)
- [Despliegue de procesos de integración asistencial en las Organizaciones Sanitarias Integradas. Jornada de reflexión Osakidetza. Marzo 2014](#)
- [Cuestionario Colaboración interprofesional D'Amour](#)
- [PMI – PROJECT MANAGEMENT INSTITUTE. Impacto Estrategia en la Gestión de Proyectos. Capturing value knowledge transfer](#)

Anexo E.1.4. Fuentes de información. Información procesada por grupos de trabajo

| Documento | Contenidos | Fuentes | Uso / Aplicación | Quien lo usa | Lecciones aprendidas |
|---|---|---|-------------------------------------|--|--|
| Análisis de trayectoria | Datos asistenciales, económicos, personas, comparaciones | Sistemas información asistenciales, económicos, mediambientales | Proceso de PE | Equipo planificación estratégica | Trayectoria de ambas organizaciones confluyente en algunos ámbitos y separada en otros |
| Buenas prácticas | Recopilación de buenas prácticas existentes en la Organización. Valoradas | Cuestionario recogida BBPP Grupos de trabajo | Proceso de PE | Equipo planificación estratégica | Comité Buenas Prácticas. Establecida convocatoria anual para su recogida |
| Análisis de necesidades y expectativas de los grupos de interés | Matriz de influencia/interés de GI | GI de ambas organizaciones previas a su integración | Proceso de PE | Equipo planificación estratégica | Buena definición por parte de ambas organizaciones ha facilitado su confluencia |
| Comunidades de práctica (CoP) | Recomendaciones | Grupos de CoPs, Blogs de las CoPs | Mejoras a implementar | Responsables de equipos y unidades | Requiere sistematización de la metodología para su seguimiento |
| Encuestas de satisfacción | Resultados encuestas satisfacción e Informes de encuestas comparativas | Encuestas corporativas y propias | Proceso de PE Plan de gestión anual | Grupos de mejora en los servicios y unidades | Propuesta a la Corporación de adaptación de la segmentación de la encuesta satisfacción al cliente(no basada en la organización) |
| Informe de gestión mensual | Datos asistenciales, económicos, personas, comparaciones | Qlik OBIE SAP Analyzer | Proceso de PE Plan de gestión anual | Comité de dirección | 'Tendencia a engordar' |
| Publicaciones relacionadas con el entorno | Resultados de otras organizaciones Tendencias organizativas, económicas, sociales | Osakidetza, Departamento Salud, Gobierno Vasco, MISS, Organizaciones y Organismos Internacionales | Proceso de PE | Equipo planificación estratégica | |
| Informe de autoevaluación | Reflexión interna sobre Elementos y Resultados MGA | Todas las utilizadas para Proceso de PE | Proceso de PE Plan de gestión anual | Equipo planificación estratégica | Incorporar la reflexión a los Planes gestión anuales ayuda al despliegue de los planes de mejora |
| Informe de contraste externo | Reflexión con equipo contraste externo sobre Elementos y Resultados MGA | Todas las utilizadas para Proceso de PE | Proceso de PE Plan de gestión anual | Equipo planificación estratégica | Incorporar la reflexión a los Planes gestión anuales ayuda al despliegue de los planes de mejora |
| Seguridad | Análisis ACR, AMFE, SNASP | | | | |

Anexo E.2.1.-Objetivos estratégicos





Osakidetza
DONOSTIALDEA ESI
OSI DONOSTIALDEA

MANUAL DE INDICADORES ESTRATÉGICOS 2015-2019

enero 1
2016

Este Manual recoge los INDICADORES DE NIVEL ESTRATÉGICO DE OSI DONOSTIALDEA para el periodo estratégico 2015-2019. Pretende recoger información básica de cada uno de los indicadores estratégicos: definición, tendencia del periodo, fuente de información, oOOEEe y planes relacionados y breve análisis e interpretación del mismo y de sus desviaciones (ya sean positivas o negativas)

GIE 2015-2019

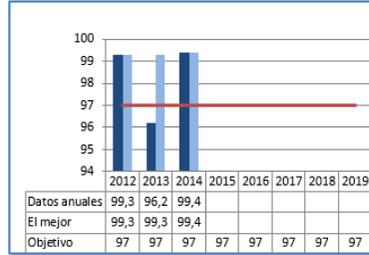
C:\Users\15241009\AppData\Local\Microsoft\Windows\Temporary Internet Files\Content.Outlook\AV0X1H98\GUIA INDICADORES ESTRA...

**EUSKO JAURLARITZA
GOBIERNO VASCO**
OSI DONOSTIALDEA
DEPARTAMENTO DE SALUD



Osakidetza
DONOSTIALDEA ESI
OSI DONOSTIALDEA

Nombre Indicador: SATISFACCIÓN GLOBAL (Hospitalización)



| | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 |
|---------------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Datos anuales | 99,3 | 96,2 | 99,4 | | | | | |
| El mejor | 99,3 | 99,3 | 99,4 | | | | | |
| Objetivo | 97 | 97 | 97 | 97 | 97 | 97 | 97 | 97 |

Objetivos que persigue

- MEJORAR SATISFACCIÓN DE LAS PERSONAS:
 - ✓ Las personas nos sentimos mejor atendidas
 - ✓ Satisfacción global

Planes asociados

- PROGRAMA USUARIOS/PACIENTES
- PROGRAMA DISEÑO RESPUESTA AISTENCIAL INTEGRADA

Definición del Indicador (incluida fuente información)
 Satisfacción Global del Cliente (Usuario/a, paciente,...) en Hospitalización. Pregunta 46
 Fuente: Encuesta Satisfacción clientes de Hospitalización
 Responsable del Indicador: Gerencia

Factores que influyen:

| | | |
|---------------|-----------|----------------|
| • Resultado | • Trato | • Información |
| • Respeto | • Confort | • Coordinación |
| • Puntualidad | | |

Otros indicadores relacionados:

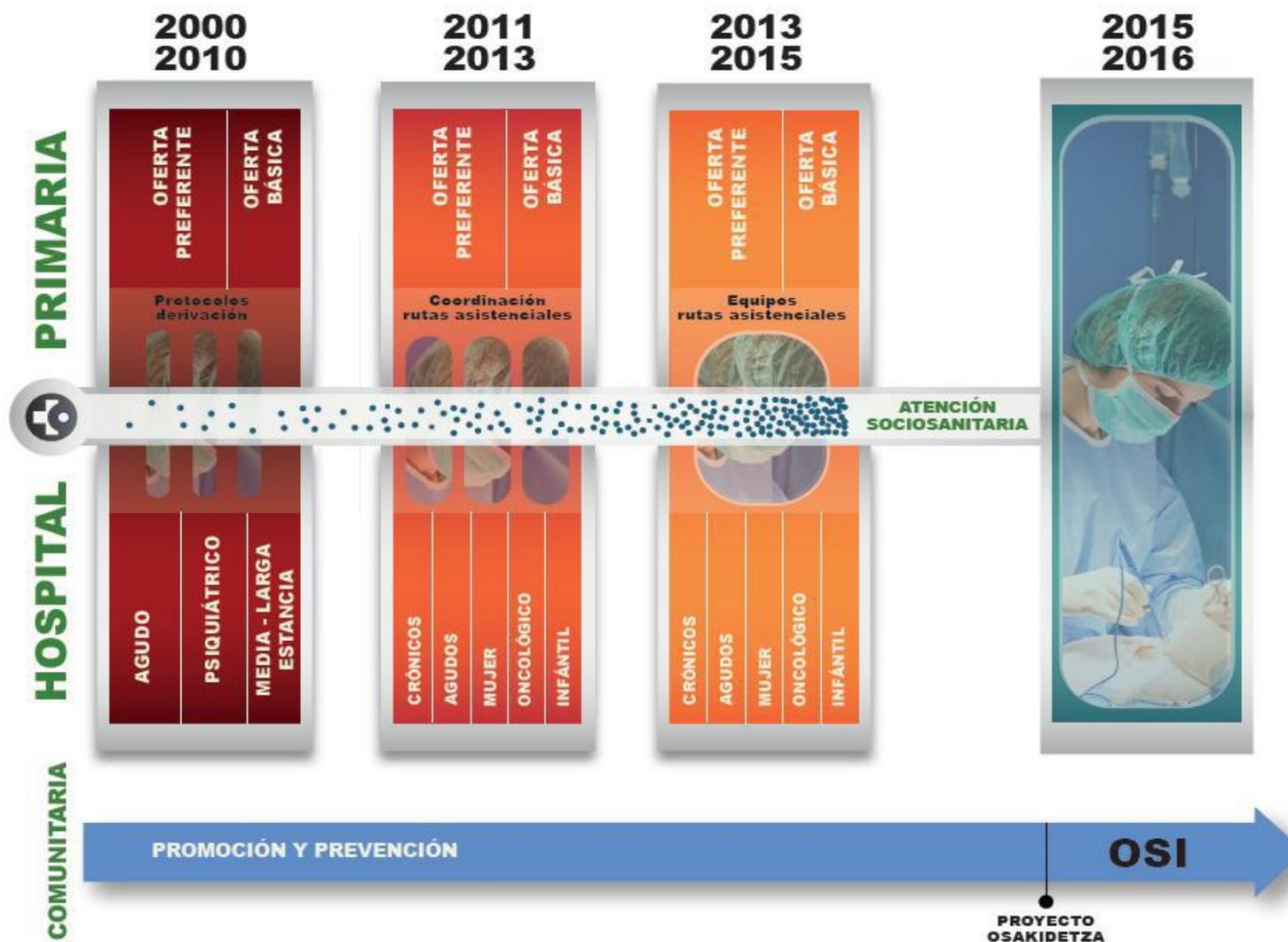
- Ocupación
- Traslados
- Seguridad
- Tipo de ingreso

| EVALUACIÓN | | | |
|------------|-------------|-----------|--------------|
| Tendencia | Comparación | Objetivos | Fecha |
| Positiva | Positiva | 97 | Febrero 2016 |

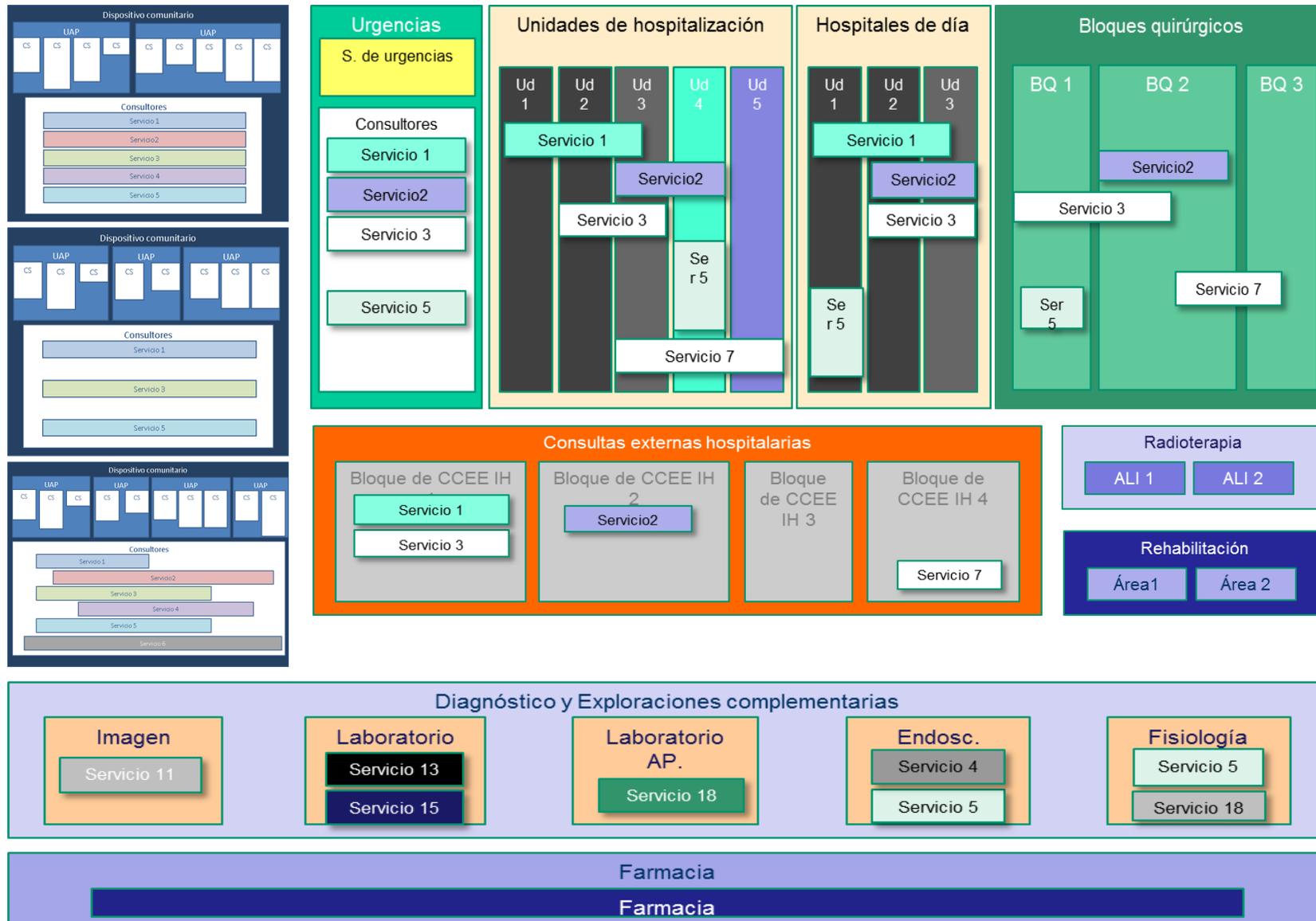
¿Causas posibles de desviaciones? (Causa/efectos) Febrero 2016

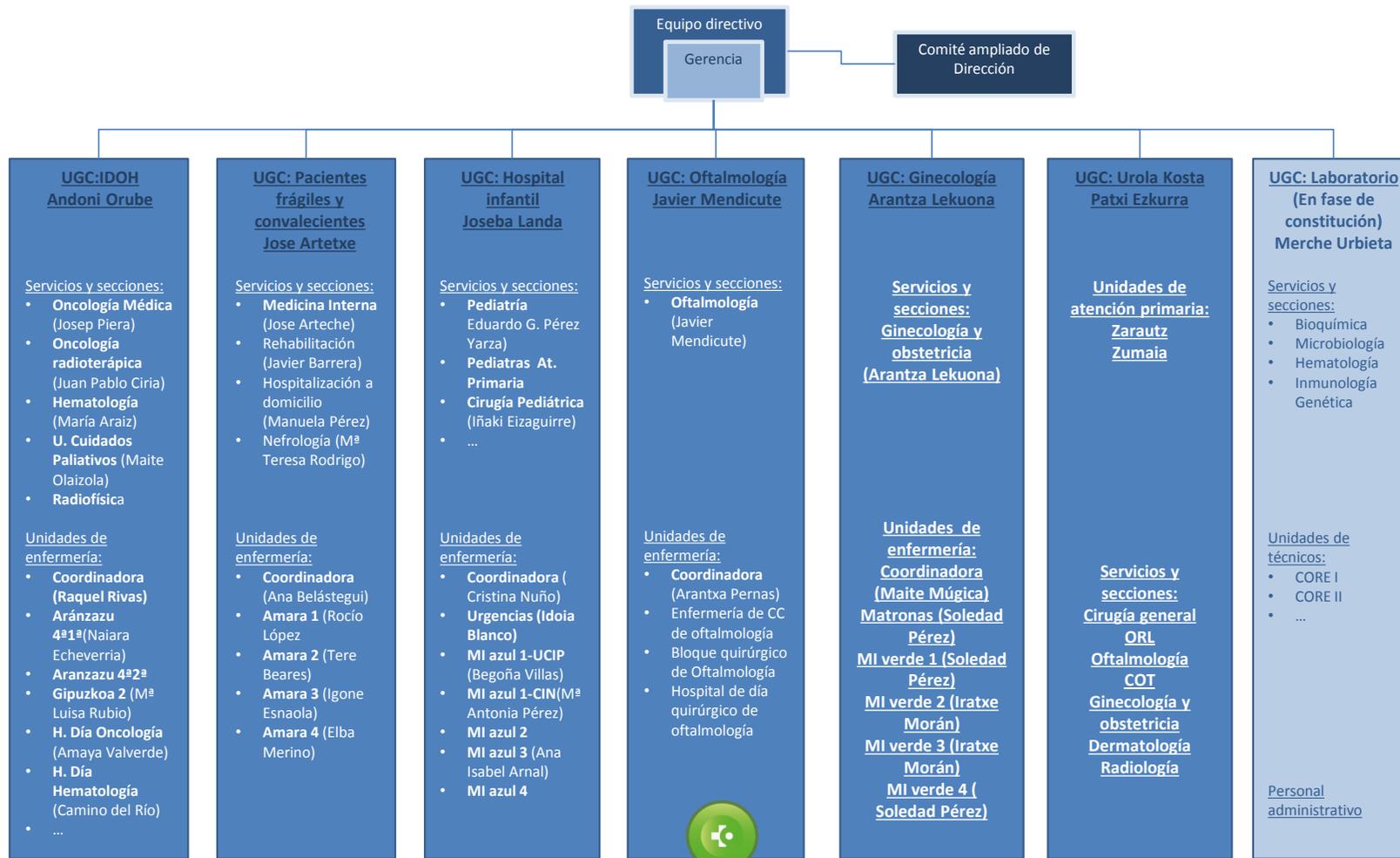
Otros comentarios:

1



Anexo E.2.4.a. Modelo organizativo



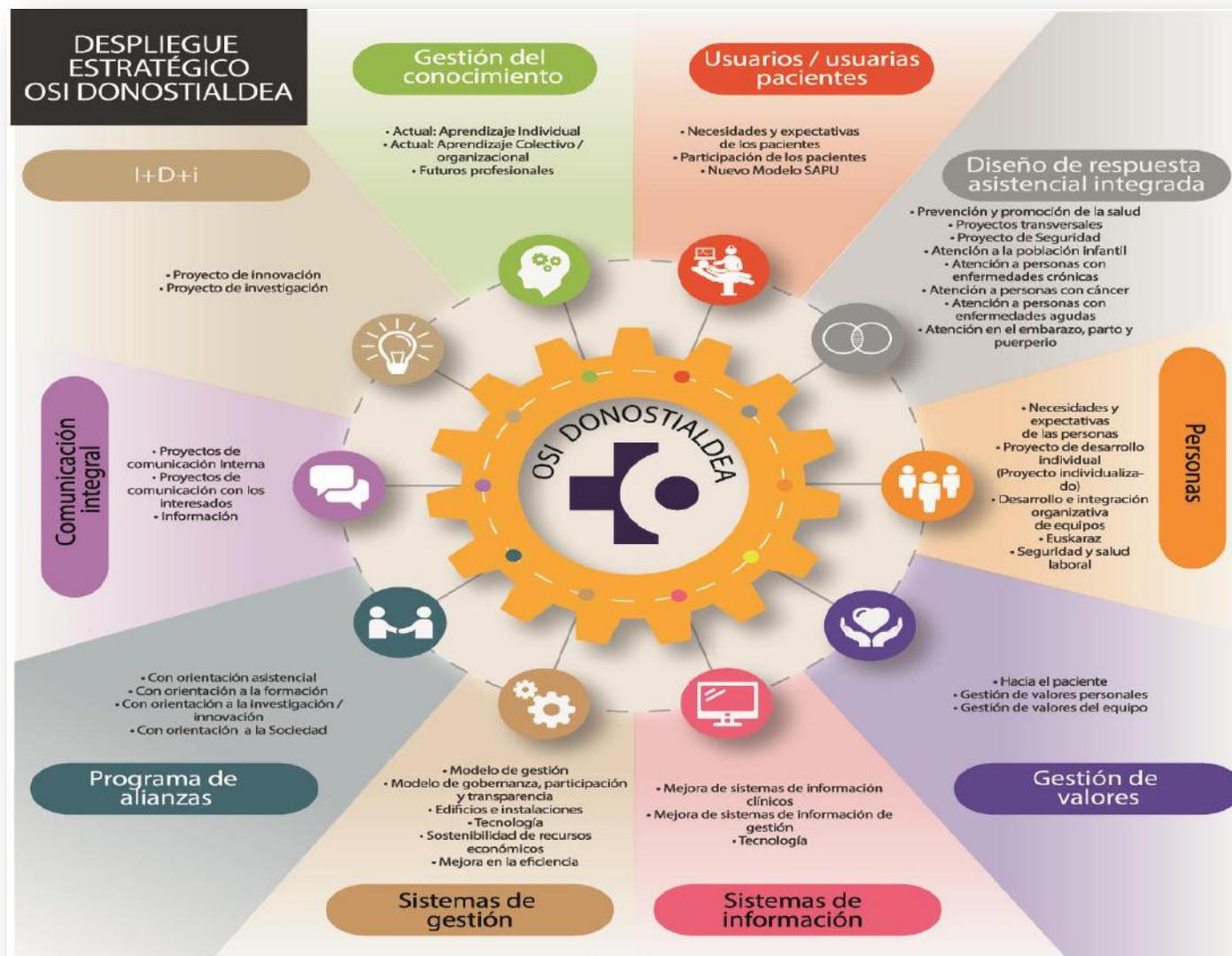



UNIDADES DE GESTIÓN CLÍNICA

MAPA DE PROCESOS DE LA OSI DONOSTIALDEA



Anexo E.2.7. Mapa de Programas - Proyectos



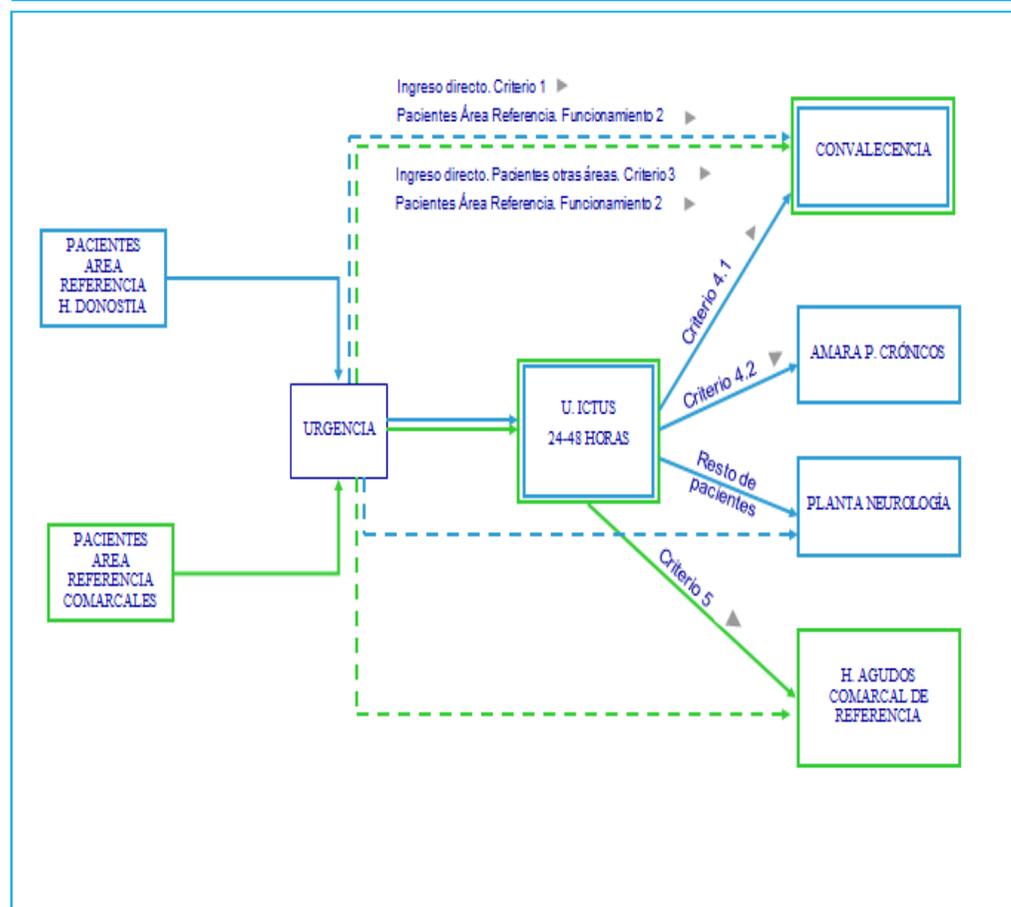
Anexo E.2.8. Matriz de Impacto

| PROGRAMA | PROYECTOS | PLANES | OBJETIVOS ESTRATÉGICOS(OE) EN LOS QUE IMPACTA | | | | | INDICADORES | | | |
|------------------------------|---|---|---|-----------------|---------------------------|------------|---------------------------|---|--|---|---|
| | | | 1.PERSONAS | 2.PROFESIONALES | 3.ESTRUCTURA ORGANIZATIVA | 4.SOCIEDAD | 5.SISTEMA SANITARIO VASCO | Código | DE RESULTADO | Código | DE PROCESO |
| Usuarios/usuarios, pacientes | Necesidades y expectativas de los pacientes | Seguimiento de encuestas de satisfacción. | X | | X | | | 1.1.1. | SATISFACCIÓN GLOBAL ENCUESTA (Hospitalización, Atenc.Primaria, Urgencias y CCEE) | | Nº ACCIONES MEJORA PUESTA EN MARCHA |
| | | | X | X | | | | 1.1.2. | VALORACIÓN DEMORAS (para Ingreso, Nº pacientes LEQ, Demora media LEQ) | | |
| | | | X | X | | | | 1.1.5 | SATISFACCIÓN EUSKERA | | INDICADORES DESARROLLO PLAN EUSKERA |
| | | | X | X | | | | 1.2.1 | SATISFACCIÓN MEJORA TRAS LA ASISTENCIA | | |
| | | | | X | | | | 1.3.1 | ES TENIDA EN CUENTA SU OPINIÓN??? | | |
| | | | X | X | | | | 1.3.2 | SATISFACCIÓN INFORMACIÓN RECIBIDA | | Nº PROTOCOLOS INFORMACIÓN DISPONIBLES |
| | | | X | X | | | | 1.4.1 | SATISFACCIÓN COORDINACIÓN ASISTENCIAL | | Nº RUTAS ASISTENCIALES |
| | | | X | | X | | | 1.7.1 | SATISFACCIÓN CONFORT (MOBILIARIO, HOSTELERIA Y LIMPIEZA) | 1.7.2 | INVERSIONES RELACIONADAS CON EL CONFORT |
| | | | | | | | | | | | PYTOS.MEJORA INSTALACIONES CON PARTICIPACIÓN PACIENTES |
| | | | | | X | | 4.2.1 | CONFIANZA EN LA OSI (SATISFACCIÓN FIDELIZACIÓN) | | | |
| | | | Atención quejas, reclamaciones y sugerencias | X | X | | | | Nº QUEJAS Y RECLAMACIONES S/MOTIVO | | Nº PROPUESTAS EN MARCHA EN RELACIÓN ACTIVIDAD SAPU |
| | | Participación de los pacientes | Los pacientes participan Diseño Respuesta Asistencial 'Comunidades de práctica' (CoP) | X | X | | | | Nº GUIAS ELABORADAS CON PARTICIPACIÓN PACIENTES | | Nº ACUERDOS PACIENTES/ASOCIACIONES PARA MEJORAR LA ASISTENCIA |
| | | | | X | | | | Nº PROCESOS ASISTENCIALES DISEÑADOS CON PARTICIPACIÓN PACIENTES | | Nº GRUPOS DE MEJORA (COPs, Comités) CON PACIENTES EN MARCHA | |
| | | | | X | | | X | | | 4.5.1. | Nº PROFESIONALES Y PACIENTES PARTICIPANDO EN PLAN PARTICIPACIÓN CIUDADANA EUSKADI |
| | | Nuevo Modelo SAPU | Reflexión sobre SAPU: un paso más cerca | X | | X | X | X | Nº ALIANZAS ESTABLECIDAS CON LOS SERVICIOS | | Nº DIFUSIONES ACTIVIDAD DE LA LABOR SAPU REALIZADAS |

Diseño proceso asistencial con otras OSI: ICTUS



Circuito de derivación para Gipuzkoa



DISEÑO PROCESO CANCER DE PULMON

Comité de Tumores de Pulmón

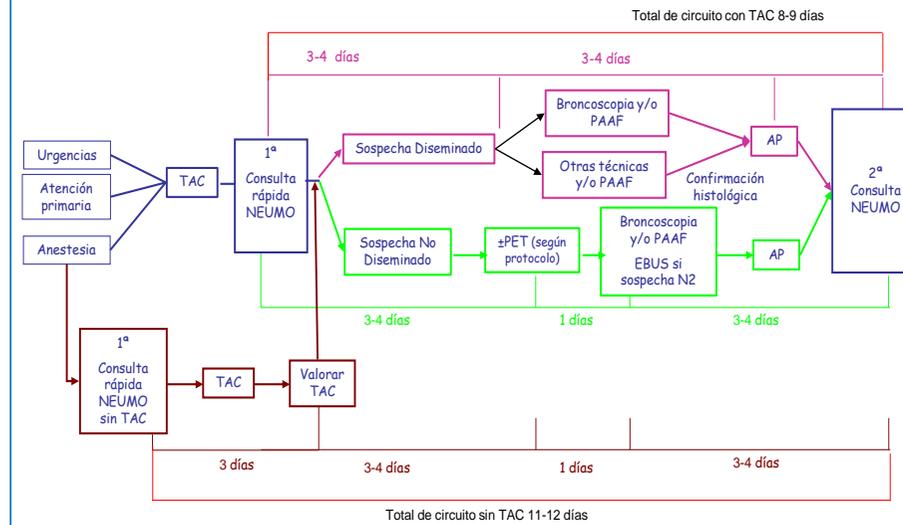


| 2014 | | | | | | | | | | | |
|-------|------------------------|-------|----------------|----------------|-------------------------|----------------------|----------------------|------------------|------------------------------------|---------------------|---|
| Casos | Adecuación de remisión | Tumor | 1ª Consulta <4 | 1ª Consulta <7 | Broncoscopias Indicadas | Broncoscopia <5 días | Broncoscopia <7 días | Comité 2 semanas | 10 3 semanas desde 2ª Cta o Comité | o Inicio de Trat QT | |
| 155 | 141 | 70 | 60 | 125 | 80 | 37 | 58 | 80 | | 4 | 6 |

| 2015 | | | | | | | | | | | |
|-------|------------------------|-------|----------------|----------------|-------------------------|----------------------|----------------------|------------------|------------------------------------|---------------------|---|
| Casos | Adecuación de remisión | Tumor | 1ª Consulta <4 | 1ª Consulta <7 | Broncoscopias Indicadas | Broncoscopia <5 días | Broncoscopia <7 días | Comité 2 semanas | 10 3 semanas desde 2ª Cta o Comité | o Inicio de Trat QT | |
| 178 | 162 | 80 | 53 | 131 | 102 | 39 | 89 | 102 | | 6 | 2 |

| 2016 | | | | | | | | | | | |
|-------|------------------------|-------|----------------|----------------|-------------------------|----------------------|----------------------|------------------|------------------------------------|---------------------|---|
| Casos | Adecuación de remisión | Tumor | 1ª Consulta <4 | 1ª Consulta <7 | Broncoscopias Indicadas | Broncoscopia <5 días | Broncoscopia <7 días | Comité 2 semanas | 10 3 semanas desde 2ª Cta o Comité | o Inicio de Trat QT | |
| 13 | 11 | 3 | 5 | 11 | 5 | 5 | 6 | 7 | | 4 | 0 |

CIRCUITO DIAGNÓSTICO TUMORES DE PULMÓN



Protocolo

CARCINOMA PULMONAR NO CÉLULA PEQUEÑA

Hospital Donostia



**PROYECTO DE SEGURIDAD
OSI DONOSTIALDEA
2015-2020
“BABESBIDEAN”**



Mayo 2015

INDICE

| | |
|-------------------------------------|----------|
| 1. INTRODUCCION | 3 |
| 2.SITUACIÓN DE PARTIDA | 3 |
| 2.1 COMARCA GUIPUZCOA | 3 |
| 2.2 HOSPITAL UNIVERSITARIO DONOSTIA | 4 |
| 3. DECLARACIÓN DE SEGURIDAD | 5 |
| 4. PROYECTO 2015-2020 | 6 |
| 4.1 OBJETIVO | 6 |
| 4.2 ESTRUCTURA ORGANIZATIVA | 7 |
| 4.3 LÍNEAS ESTRATÉGICAS Y PLANES | 9 |
| 4.4 FORMACIÓN | 10 |
| 4.5 INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN | 11 |
| 4.6 COMUNICACIÓN | 11 |
| 4.7 EVALUACIÓN | 12 |
| ANEXO 1: FICHA DE PLAN | |

CONTRATO DE GESTIÓN IDOH

| CONTRATO DE GESTIÓN AÑO 2013-2016 UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA INSTITUTO DONOSTIA ONCO-HEMATOLOGIA | |
|--|------------------------------|
| En Donostia, a 8 de Junio de 2013 | |
| REUNIDOS | |
| El Sr. D. José Manuel Ladrón de Guevara, Director Gerente del Hospital Donostia, y el Sr. Andoni Orube Bona, Director de la Unidad de Gestión Clínica de Instituto Donostia de Onco-Hematología (en adelante IDOH), acuerdan suscribir este Contrato de Gestión que establece los pactos de funcionamiento de la unidad para el periodo 2013-2016 | |
| MANIFIESTAN | |
| Las partes se comprometen a cumplir en todos sus términos, tanto asistenciales como económicos, los objetivos que se reconocen en el presente Contrato de Gestión (establecidos anualmente en el Anexo IV), considerando que son acordes con los objetivos institucionales marcados por Osakidetza al Hospital Donostia y con los objetivos estratégicos identificados en el Plan Estratégico del Hospital y de la UGCL, siendo el marco de referencia para las actuaciones a llevar a cabo por la Unidad de Gestión Clínica del IDOH durante la vigencia de dicho contrato. | |
| COMPETENCIAS DELEGADAS | |
| ESTIPULACIONES | |
| PRIMERA: DELIMITACION DEL OBJETO DEL CONTRATO DE GESTION | |
| SEGUNDA: VIGENCIA DEL CONTRATO DE GESTION Y DEFINICIÓN DEL PROYECTO | |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Anexo I – Proyecto de la Unidad de Gestión Clínica del IDOH. ▪ Anexo II – Delimitación del personal asignado a la UGC ▪ Anexo III – Presupuesto de gastos asignados a la UGC por centros de coste para el año 2013 ▪ Anexo IV – Objetivos anuales ▪ Anexo V- Plan de Inversiones | |
| TERCERA: DERECHOS DEL PACIENTE | |
| CUARTA: FACULTADES DE INSPECCIÓN | |
| QUINTA: MEMORIA DE ACTIVIDAD /OBJETIVOS Y CUENTA DE GASTO | |
| SEXTA: ASIGNACIÓN DE RECURSO | |
| SEPTIMA: LOS MECANISMOS DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN | |
| OCTAVA: INFORMACIÓN PARA EL SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL CONTRATO | |
| NOVENA: INCENTIVOS | |
| DECIMA: INCUMPLIMIENTO TEMPORAL | |
| DECIMOPRIMERA: INCUMPLIMIENTO REITERADO DE OBJETIVOS | |
| DECIMOSEGUNDA: MODIFICACIONES DEL CONTRATO | |
| Y en prueba de conformidad con el contenido de este Contrato de Gestión, ambas partes lo firman, por duplicado ejemplar y a un solo efecto, en el lugar y fecha indicados. | |
| San Sebastián - Donostia, a 8 de junio de 2013 | |
| Director Gerente del Hospital Donostia | Director de la UGCL del IDOH |
| Fdo.: Jose Manuel Ladrón de Guevara | Fdo.: Andoni Orube Bona |

OBJETIVOS DE RESULTADO IDOH

| OBJETIVOS | IDOH-2016 | Indicad |
|---|--|---|
| Indicadores de resultado (Avanzar en la medida del producto hospitalario) 30 | Tasa de UPP detectadas | |
| | % pacientes con UPP en estudio | |
| | % pacientes con UPP detectadas y no declaradas en osanaia (2) | |
| | Disminución del dolor en planta (2) | |
| | Valorar estado de nutrición en pacientes en trat ^o QT-RT del área de ORL. (2) | % de pacientes valorados antes del Tr ^o , durante el trat ^o y al finalizar el mismo. |
| | Aumentar Eficacia y efectividad de Minbizia (5) | % casos Dx en Hospital, a través de Minbizia % de casos con remisión adecuada % de casos remitidos con DX tumor (Colon con pólipos incluidos) |
| | Adecuación demoras | |
| | En DX Rápido: Minbizias | % casos minbizia de pulmón colon y vejiga que cumplen S-DX, según intervalo establecido (P:10 días, Colon 15 días, vejiga 1 semana) |
| | En 1er.TTto (Circuitos óptimos) | % casos minbizia de pulmón colon y vejiga que cumplen IQ 1er. Tto según intervalo establecido (P:3 sem, C:1 mes, V: 1 mes) |
| | En tratamientos Radioterapia | Paliativos: Demora media en días sobre fecha óptima Radicales: Demora media en días sobre fecha óptima |
| | En Primeras consultas de OM (5) | % Primeras consultas de OM con demora adecuada a fecha óptima para pulmón, colon y mama |
| | RESULTADOS DE SUPERVIVENCIA GLOBAL (6) | Corte de supervivencia a dic.2015 Comaración con estándares |
| | Satisfacción de pacientes Mejor que la media del Centro (4) | Consultas: Preguntas 2011:37,38,39 Planta: Preguntas 2012:46,47,48 |
| | Satisfacción de profesionales Mejor que la media del Centro (2) | Resultados de todas las preguntas por estamento |
| | Euskera praktika eta komunitatea (2) | |

Anexo C.2.4.b. Contrato de Unidad de Gestión Clínica y Objetivos de Urola Kosta

CONTRATO DE GESTIÓN UROLA-KOSTA

| | |
|--|-------------------------------------|
| CONTRATO DE GESTIÓN AÑO 2016-2019 UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA UROLA KOSTA | |
| En Donostia, a 08 de junio de 2016 REUNIDOS El Sr. D. José Manuel Ladrón de Guevara, Director Gerente del Hospital Donostia, y el Sra. José Francisco Ezkurra Loyola, Director de la Unidad de Gestión Clínica de Urola-Kosta, acuerdan suscribir este Contrato de Gestión que establece los pactos de funcionamiento de la unidad para el periodo 2013-2016 | |
| MANIFIESTAN | |
| Las partes se comprometen a cumplir en todos sus términos, tanto asistenciales como económicos, los objetivos que se reconocen en el presente Contrato de Gestión (establecidos anualmente en el Anexo IV), considerando que son acordes con los objetivos institucionales marcados por Osakidetza a la Organización Sanitaria Integrada Donostialdea y con los objetivos estratégicos identificados en el Plan Estratégico de la Organización Sanitaria Integrada, siendo el marco de referencia para las actuaciones a llevar a cabo por la Unidad de Gestión Clínica durante la vigencia de dicho contrato. | |
| COMPETENCIAS DELEGADAS | |
| ESTIPULACIONES PRIMERA: DELIMITACION DEL OBJETO DEL CONTRATO DE GESTION SEGUNDA: VIGENCIA DEL CONTRATO DE GESTION Y DEFINICIÓN DEL PROYECTO <ul style="list-style-type: none"> ▪ Anexo I – Proyecto de la Unidad de Gestión Clínica del IDOH. ▪ Anexo II – Delimitación del personal asignado a la UGC ▪ Anexo III – Presupuesto de gastos asignados a la UGC por centros de coste para el año 2013 ▪ Anexo IV – Objetivos anuales ▪ Anexo V- Plan de Inversiones TERCERA: DERECHOS DEL PACIENTE CUARTA: FACULTADES DE INSPECCIÓN QUINTA: MEMORIA DE ACTIVIDAD /OBJETIVOS Y CUENTA DE GASTO SEXTA: ASIGNACIÓN DE RECURSO SEPTIMA: LOS MECANISMOS DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN OCTAVA: INFORMACIÓN PARA EL SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL CONTRATO NOVENA: INCENTIVOS DECIMA: INCUMPLIMIENTO TEMPORAL DECIMOPRIMERA: INCUMPLIMIENTO REITERADO DE OBJETIVOS DECIMOSEGUNDA: MODIFICACIONES DEL CONTRATO | |
| Y en prueba de conformidad con el contenido de este Contrato de Gestión, ambas partes lo firman, por duplicado ejemplar y a un solo efecto, en el lugar y fecha indicados. | |
| San Sebastián - Donostia, a 08 de junio de 2016 | |
| Director Gerente De la OSID | Director de la UGC UROLA KOSTA |
| Fdo.: Jose Manuel Ladrón de Guevara | Fdo.: Jose Francisco Ezkurra Loiola |

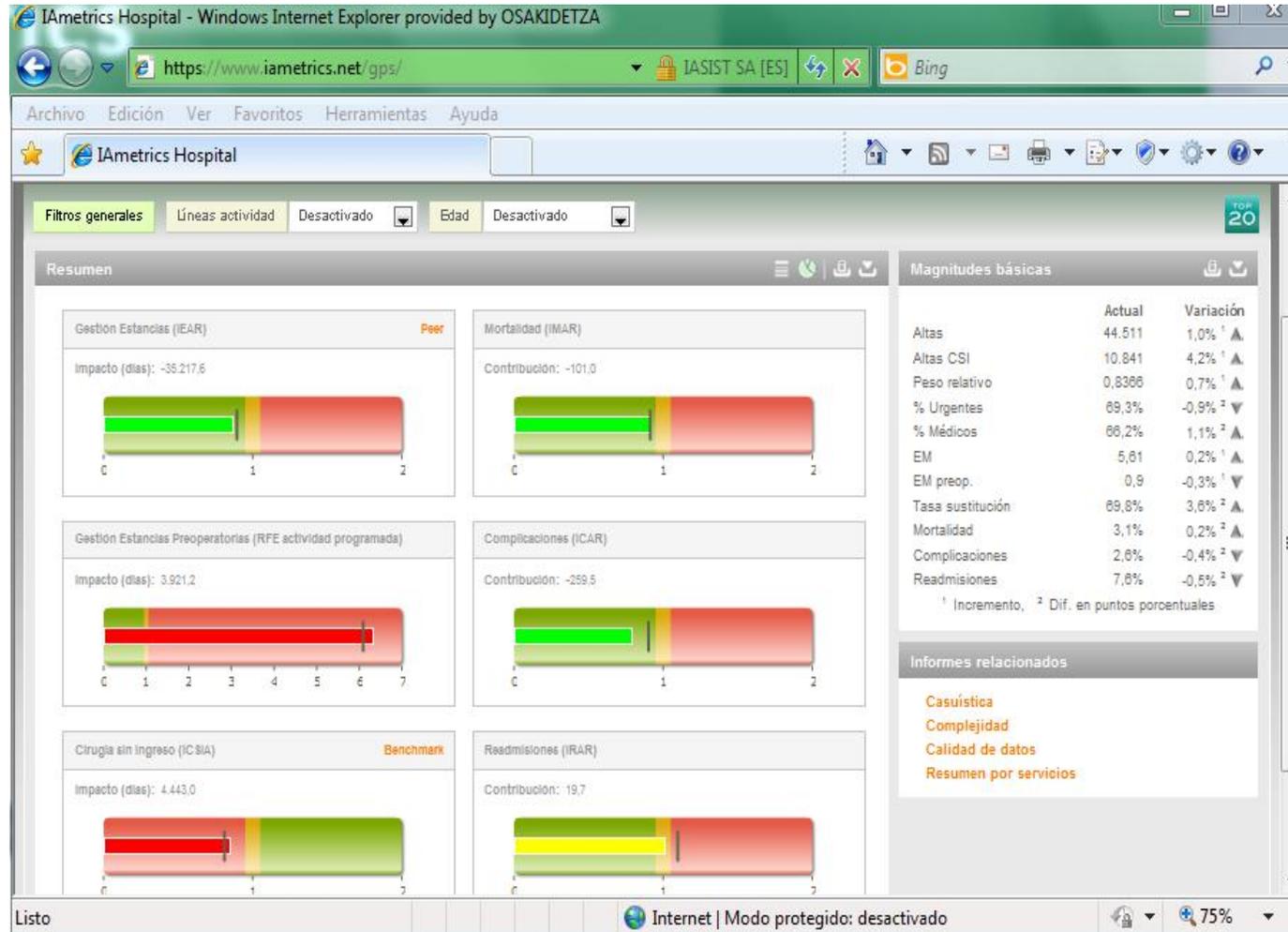
OBJETIVOS UROLA-KOSTA. 2016

| | |
|--|------------|
| Disminuir el Nº de pacientes asistidos en urgencias por ACSC | 2016<2015 |
| Disminución de días de estancia en hospitalización (Pacientes Pluripatológicos) | 2016<2015 |
| Disminución de derivaciones a consultas especializadas: <ul style="list-style-type: none"> • Cardiología • Traumatología | 2016<2015 |
| Disminución de días de listas de espera especializada: <ul style="list-style-type: none"> • Cardiología • Traumatología | 2016<2015 |
| Puntuación en Oferta preferente de la OSI UK | 2016>2015 |
| Resultado de prescripción conjunto (Seguridad + Eficiencia) de la OSI UK | 2016>2015 |
| Mejora de la satisfacción del personal de la OSI UK | 2016>2015 |
| Mejora de la satisfacción del cliente/usuario con los servicios de la OSI UK | 2016>2015 |
| Aumento del nº de personas en los programas de (paciente activo+ prevención de caídas) en la OSI UK. | 2016>2015 |
| Cumplimiento del presupuesto gestionable para el año 2016. | Equilibrio |

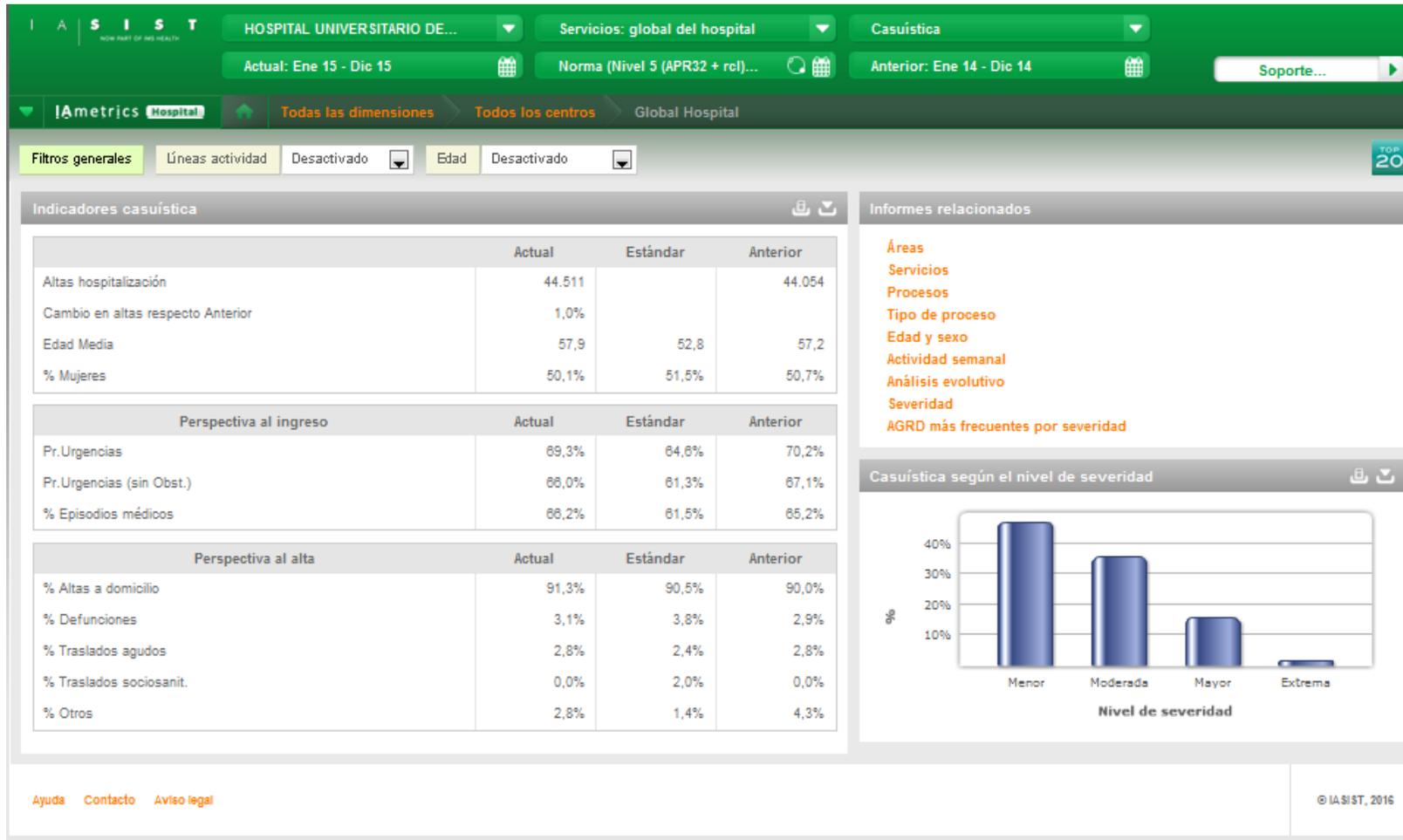
Anexo C.3.1. Seguimiento de la gestión del Paciente Crónico por la Unidad de Gestión Clínica

| EVOLUCIÓN | TIPOLOGÍA PACIENTE | REINGRESADORES | DEPENDIENTE EN DOMICILIO | DEPENDIENTE GERONTOLÓGICO | PACIENTE EN EL FINAL DE VIDA |
|-----------|--------------------|--|---|---|---|
| AÑO 2012 | ACTUACIÓN | Eje central de la intervención | Fase de diseño sin intervención concreta | | |
| | Nº PACIENTES | 200 pacientes hospital ∇ 70% visitas a Urgencias | | 455 | |
| | RESULTADOS | ∇ 60% días de ingreso | | Evitados 398 días de ingreso en hospital 40% de las visitas a urgencias | |
| AÑO 2014 | ACTUACIÓN | Eje central de la intervención | Eje central de la intervención | Se implanta el sistema en todos los gerontológicos de la OSI + de 2000 personas | |
| | Nº PACIENTES | 778 pacientes primaria / No (Estratificados:476 / No estratificados:301) | 451 (190 estratificados, 261 no estratificados) | | 230 |
| | RESULTADOS | ∇ 47% días de ingreso (4100 días evitados) | ∇ 25% ingresos programados | | Pactos 230 (cumplidos 227) Primaria 107 (46%) Hospital 123 (53%) Enfermera enlace 61 (26%) Derivaciones agonía 57 |
| AÑO 2015 | ACTUACIÓN | ∇ 33% visitas a urgencias (1000 visitas evitadas) Eje central de la intervención | Eje central de la intervención | | |
| | Nº PACIENTES | 1026 (804c, 222 Epoc) Estratificados 807 no 219 Días ingreso directo 2310 Visitas Urgencias 410 Muertos 181 | 484 (316 estratificados, 168 no estratificados) | | 261 |
| | RESULTADOS | ∇ 49% días de ingreso (4514 días evitados) ∇ 60% de visitas a Urgencias (1600 visitas evitadas) | Ingreso directo 922 Ingreso urgente 1317 HAD 472 Muertos 150 | | Pactos 261 (cumplidos 260) Primaria 144 (55%) Hospital 117 (45%) Enfermera enlace 49 (16%) Derivaciones agonía 83 |

IAMETRICS. DATOS GENERALES. 2015- COMPARATIVO 2014



IAMETRICS. CASUÍSTICA GLOBAL. 2015-COMPARATIVO 2014



IAMETRICS. RESUMEN POR SERVICIOS. 2015

IASIST HOSPITAL UNIVERSITARIO DE... Servicios: global del hospital Todos los módulos
 Actual: Ene 15 - Dic 15 Norma (Nivel 5 (APR32 + rc))... Anterior: Ene 14 - Dic 14 Soporte...

IAMetrics Hospital Todas las dimensiones Todos los centros Global Hospital
 Todos los módulos Resumen por servicios

Filtros generales Líneas actividad Desactivado Edad Desactivado TOP 20

Resumen por servicios

| | PR | IEAR | RFE-Urg | RFE-Prg | ICSIA | IMAR | ICAR | IRAR |
|-------------------------------|--------|------|---------|---------|--------|--------|--------|------|
| Todos los servicios | 0,8366 | 0,87 | 1,05 | 6,31 | 0,8507 | -101,0 | -259,5 | 19,7 |
| UNIDAD DEL DOLOR | 1,6171 | 0,32 | NC | 0,00 | 0,3994 | -0,1 | -0,2 | -0,2 |
| UCI PEDIATRICA | 0,3402 | 0,90 | 0,00 | 0,00 | 0,0597 | 4,6 | 0,0 | -0,5 |
| ANESTESIA | 0,8422 | 0,70 | 1,02 | 2,91 | 2,9113 | 11,5 | -2,5 | -0,1 |
| TRAUMATOLOGÍA | 1,0211 | 1,07 | 1,09 | 19,77 | 0,7526 | 4,8 | -8,9 | 1,8 |
| ONCOLOGÍA INFANTIL | 0,8909 | 0,93 | 1,25 | 0,00 | 0,0000 | -2,3 | 0,0 | 3,4 |
| CARDIOLOGÍA | 0,8715 | 1,18 | 0,93 | 17,37 | 0,0000 | -24,9 | -0,9 | 4,0 |
| PSIQUIATRÍA INFANTO - JUVENIL | 0,8757 | 1,61 | NC | NC | NC | 0,0 | 0,0 | 0,7 |
| CIRUGÍA VASCULAR | 0,9237 | 0,95 | 1,64 | 4,65 | 1,0970 | -6,3 | -20,6 | 10,5 |
| CIRUGÍA GENERAL Y DIGESTIVA | 1,0116 | 0,48 | NC | NC | 0,9049 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| CIRUGÍA PEDIÁTRICA | 0,8713 | 1,04 | 1,75 | 10,45 | 0,9932 | -0,3 | 0,0 | 0,8 |

| | PR | IEAR | RFE-Urg | RFE-Prg | ICSIA | IMAR | ICAR | IRAR |
|-----------------------------|--------|------|---------|---------|---------|-------|------|-------|
| ONCOLOGIA PALIATIVOS | 0,8266 | NC | 2,48 | 38,13 | 38,1280 | 0,0 | -2,5 | 0,0 |
| ORL | 0,8814 | 0,88 | 0,30 | 8,19 | 0,7391 | -1,6 | -3,5 | 1,5 |
| OFTALMOLOGÍA | 0,9880 | 0,89 | 4,38 | 3,21 | 0,9851 | -0,1 | -1,2 | 2,6 |
| ONCOLOGÍA MÉDICA | 0,9092 | 0,89 | 0,92 | 6,09 | 0,0000 | -27,5 | 1,1 | 9,7 |
| LACTANTES | 0,7839 | 1,05 | 0,82 | NC | 0,0000 | -0,6 | 0,0 | -19,5 |
| PSIQUIATRÍA | 0,8817 | 1,04 | 0,00 | 20,95 | 20,9496 | -1,5 | -0,7 | -1,7 |
| RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA | 1,0023 | 0,46 | 0,00 | 0,38 | 0,3946 | -1,0 | 2,2 | -0,8 |
| ONCOLOGÍA RADIOTERÁPICA | 1,0613 | 1,40 | 2,69 | NC | 0,0000 | 6,5 | -0,6 | 2,1 |
| REUMATOLOGÍA | 0,8917 | 0,91 | 5,41 | NC | 0,0000 | -2,7 | -0,4 | 3,2 |
| MEDICINA INTENSIVA | 0,6565 | 0,60 | 0,32 | 1,79 | 0,6724 | 115,1 | -2,1 | -1,9 |
| UROLOGÍA | 0,9592 | 0,92 | 0,90 | 26,25 | 0,5986 | -15,0 | -7,1 | 72,2 |

Anexo C.3.3. Certificaciones sistemas gestión de calidad

| Ámbitos Certificados | ISO 9001 | ISO 14001/EMAS | EKOSCAN | OHSAS 18001 |
|---|----------|----------------|---------|-------------|
| Centros de Salud (todos) | ✓ | ✓ | | ✓ |
| Hospital Universitario Donostia | | | ✓ | |
| Servicio de Radioterapia | ✓ | | | |
| Servicio de Urgencias Generales. | ✓ | | | |
| Laboratorio de Anatomía Patológica. | ✓ | | | |
| Gestión logística de la Farmacoterapia | ✓ | | | |
| Admisión al Hospital | ✓ | | | |
| Mantenimiento de Equipos e Infraestructuras | ✓ | | | |
| Limpieza | ✓ | | | |
| Cocina Hospitalaria | ✓ | | | |

Certificado del Sistema de Gestión de la Calidad



ER
190 0001

ER-0721/2004

AENOR, Asociación Española de Normalización y Certificación, certifica que la aprobación

OSAKIDETZA - SERVICIO VASCO DE SALUD
OSI DONOSTIALDEA

dispone de un sistema de gestión de la calidad conforme con la Norma ISO 9001:2008

para las actividades:

- los servicios de gestión y atención sanitaria de asistencia al, hospitalización, Gestión de Admisión al Hospital y Mantenimiento de Equipos e Infraestructuras,
- Asistencia al: radioterapia y urgencias, atención del adulto (casos agudos, neoplasias, gestión logística de la farmacoterapia, diagnósticos, laboratorio de anatomía patológica, fisiología y cirugía).

que se realizan en: HOSPITAL UNIVERSITARIO DONOSTIA PO DEL DOCTOR BEGIRISTAIN, VII, 10034 - SAN SEBASTIÁN (GIPUZKOA)

Fecha de primera emisión: 2006-05-10
Fecha de última emisión: 2010-05-10
Fecha de expiración: 2014-09-14



AENOR
Asociación Española de Normalización y Certificación

AVILA DE LOS RIOS S.A. JUNTA DIRECTIVA
Director General de AENOR
16.300.222.222 - www.aenor.es







CERTIFICADO DEL SISTEMA DE GESTIÓN

Número de certificado: 190460-2015-AQ-IBE-ENAC Fecha inicial de Certificación: 07 diciembre 2015 Válido: 07 diciembre 2015 - 07 diciembre 2018

Se certifica que el sistema de gestión de

OSI DONOSTIALDEA

Po. Begiristain Paselekua, z/g. 20014 Donostia, Gipuzkoa (España)

Está supeditado a la existencia y validez del certificado principal 190460-2015-AQ-IBE-ENAC, de la organización OSI DONOSTIALDEA, cuyo sistema de gestión es conforme a la Norma del Sistema de Gestión de Calidad:

ISO 9001:2008

Este certificado es válido para el siguiente campo de aplicación:

ACTIVIDAD INTEGRAL DENTRO DEL ÁMBITO SANITARIO DE LAS NECESIDADES DE LOS USUARIOS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA OSI DONOSTIALDEA.

Lugar y fecha: Barcelona, 07 diciembre 2015



ENAC
CERTIFICACION
Nº 190460-2015-AQ-IBE-ENAC

Oficina de emisión:
ENAC SL - Estudios Asociados
Calleja de San Juan, 12 - Barrio de San Juan, 2º - 28014 Madrid - España
Tel: +34 91 521 20 00

Acta del RG Siguero:
Acreditación 190460

El presente certificado de las condiciones mencionadas en el campo sujeto de la certificación de certificación, se emite en cumplimiento de lo establecido en el artículo 10 de la Ley 18/2003, de 4 de noviembre, de garantía, fomento y ordenación del seguro, así como de fomento de la actividad aseguradora. Fecha de emisión: 07/12/2015. Fecha de validez: 07/12/2015 - 07/12/2018. Teléfono de atención al cliente: +34 91 521 20 00. www.enac.es





CERTIFICADO DEL SISTEMA DE GESTIÓN

Número de certificado: 190460-2015-AQ-IBE-ENAC Fecha inicial de Certificación: 07 diciembre 2015 Válido: 07 diciembre 2015 - 07 diciembre 2018

Se certifica que el sistema de gestión de

OSI DONOSTIALDEA

Po. Begiristain Paselekua, z/g. 20014 Donostia, Gipuzkoa (España)

Está supeditado a la existencia y validez del certificado principal 190460-2015-AQ-IBE-ENAC, de la organización OSI DONOSTIALDEA, cuyo sistema de gestión es conforme a la Norma del Sistema de Gestión Medioambiental:

ISO 14001:2004

Este certificado es válido para el siguiente campo de aplicación:

ACTIVIDAD INTEGRAL DENTRO DEL ÁMBITO SANITARIO DE LAS NECESIDADES DE LOS USUARIOS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA OSI DONOSTIALDEA.

Lugar y fecha: Barcelona, 07 diciembre 2015



ENAC
CERTIFICACION
Nº 190460-2015-AQ-IBE-ENAC

Oficina de emisión:
ENAC SL - Estudios Asociados
Calleja de San Juan, 12 - Barrio de San Juan, 2º - 28014 Madrid - España
Tel: +34 91 521 20 00

Acta del RG Siguero:
Acreditación 190460

El presente certificado de las condiciones mencionadas en el campo sujeto de la certificación de certificación, se emite en cumplimiento de lo establecido en el artículo 10 de la Ley 18/2003, de 4 de noviembre, de garantía, fomento y ordenación del seguro, así como de fomento de la actividad aseguradora. Fecha de emisión: 07/12/2015. Fecha de validez: 07/12/2015 - 07/12/2018. Teléfono de atención al cliente: +34 91 521 20 00. www.enac.es





CERTIFICADO DEL SISTEMA DE GESTIÓN

Número de certificado: 194574-2016-AMS-O-IBE-ENAC Fecha inicial de Certificación: 08 agosto 2016 Válido: 07 diciembre 2015 - 07 diciembre 2018

Se certifica que el sistema de gestión de

OSI DONOSTIALDEA

Po. Begiristain Paselekua, z/g. 20014 Donostia, Gipuzkoa (España)

Está supeditado a la existencia y validez del certificado principal 194574-2016-AMS-O-IBE-ENAC, de la organización OSI DONOSTIALDEA, cuyo sistema de gestión es conforme a la Norma del Sistema de Gestión de Salud y Seguridad Laboral:

OHSAS 18001:2007

Este certificado es válido para el siguiente campo de aplicación:

ACTIVIDAD INTEGRAL DENTRO DEL ÁMBITO SANITARIO DE LAS NECESIDADES DE LOS USUARIOS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA OSI DONOSTIALDEA.

Lugar y fecha: Barcelona, 07 diciembre 2015



ENAC
CERTIFICACION
Nº 194574-2016-AMS-O-IBE-ENAC

Oficina de emisión:
ENAC SL - Estudios Asociados
Calleja de San Juan, 12 - Barrio de San Juan, 2º - 28014 Madrid - España
Tel: +34 91 521 20 00

Acta del RG Siguero:
Acreditación 194574

El presente certificado de las condiciones mencionadas en el campo sujeto de la certificación de certificación, se emite en cumplimiento de lo establecido en el artículo 10 de la Ley 18/2003, de 4 de noviembre, de garantía, fomento y ordenación del seguro, así como de fomento de la actividad aseguradora. Fecha de emisión: 07/12/2015. Fecha de validez: 07/12/2015 - 07/12/2018. Teléfono de atención al cliente: +34 91 521 20 00. www.enac.es



Anexo C.3.4. Informes de Costes (extracto)

| COSTES UNITARIOS | | | |
|------------------------------|------------|------------|------------|
| HOSPITAL | | | |
| ACTIVIDAD | 2013 | 2014 | 2015 |
| Altas | 55.053 | 56.890 | 57.987 |
| Estancias | 312.908 | 295.812 | 294.221 |
| Estancia Media | 5,68 | 5,20 | 5,07 |
| Pesos | 87.600 | 89.120 | 92.689 |
| Peso Medio | 1,59 | 1,57 | 1,60 |
| COSTES UNITARIOS | 2013 | 2014 | 2015 |
| Coste Alta | 4.309 | 4.241 | 4.219 |
| Coste Estancia | 758 | 816 | 831 |
| Coste Peso | 2.708 | 2.707 | 2.639 |
| URGENCIAS GENERALES | | | |
| | 2013 | 2014 | 2015 |
| Ingresadas | 22.368 | 22.491 | 22.954 |
| No ingresadas | 62.477 | 61.708 | 62.807 |
| Urgencias totales | 84.845 | 84.199 | 85.761 |
| Coste urg. Ingresadas | 7.487.880 | 7.595.271 | 8.277.577 |
| Coste urg. No ingresadas | 9.022.335 | 9.023.570 | 9.812.185 |
| Coste total urgencias | 16.510.215 | 16.618.841 | 18.089.762 |
| Coste unitario ingresadas | 334,76 | 337,70 | 360,62 |
| Coste unitario no ingresadas | 144,41 | 146,23 | 156,23 |
| Urgencias ponderadas | 47.359 | 47.174 | 48.077 |
| CONSULTAS EXTERNAS | | | |
| CONSULTAS INTRA | 2013 | 2014 | 2015 |
| Consultas Prim. | 102.662 | 80.837 | 79.779 |
| Consultas Suc. | 332.337 | 362.457 | 364.405 |
| Total Cons. Pond. | 537.661 | 524.131 | 523.963 |
| %SUCES./ PRIM | 3,24 | 4,48 | 4,57 |
| Coste Cons. Prim. | 187,88 | 186,93 | 190,60 |
| Coste Cons. Suc. | 93,94 | 93,46 | 95,30 |
| URV Laboratorio | 3.592.543 | 4.528.291 | 5.094.851 |
| Coste unitario | 6,62 | 5,61 | 5,22 |
| URV Radiología | 2.578.009 | 1.107.744 | 1.140.889 |
| Coste unitario | 8,20 | 20,03 | 19,65 |

| PRIMARIA | | | |
|-----------|---------|---------|---------|
| Nº TIS | 2013 | 2014 | 2015 |
| MG | 327.065 | 328.870 | 329.204 |
| Pediatría | 47.832 | 47.810 | 47.761 |
| Total | 374.897 | 376.680 | 376.965 |

| Coste/ TIS | 2013 | 2014 | 2015 |
|------------|--------|--------|--------|
| MG | 132,70 | 133,66 | 173,58 |
| Pediatría | 150,35 | 151,58 | 178,65 |
| Total | 149,94 | 152,51 | 174,22 |

| | | | |
|----------------------|-------------|-------------|-------------|
| Coste Total HUD | 411.148.706 | 417.919.693 | 427.519.526 |
| Coste Total Primaria | 56.211.998 | 57.446.284 | 65.675.185 |
| Total | 467.360.704 | 475.365.978 | 493.194.711 |

| CONSULTAS EXTERNAS | | | |
|--------------------|---------|---------|---------|
| CONSULTAS EXTRA | 2013 | 2014 | 2015 |
| Consultas Prim. | 148.171 | 143.390 | 143.798 |
| Consultas Suc. | 201.587 | 211.477 | 210.657 |
| Total Cons. Pond. | 497.929 | 498.257 | 498.253 |
| %SUCES./ PRIM | 1,36 | 1,47 | 1,46 |
| Coste Cons. Prim. | 85,04 | 93,63 | 95,05 |
| Coste Cons. Suc. | 42,52 | 46,82 | 47,53 |

| COSTES GRD | | | | | | | | | |
|------------|------|--|--------|-----------|-----------|-------|-------------|-----------|-------------|
| Total HUD | | | | | | | | | |
| GRD | TIPO | DESCRIPCIÓN | Altas | Peso 2015 | Estancias | E.M. | Complejidad | Coste GRD | Coste total |
| 602 | M | NEONATO, PESO AL NACER <750 G, ALTA CON VIDA | 57.987 | 1,60 | 294.221 | 5,1 | 92.688,87 | 2.639 | 244.626.645 |
| 606 | Q | NEONATO, PESO AL NACER 1000-1499 G, CON P. QUIRURGICO SIGNIF., ALTA CON VIDA | 4 | 34,83 | 433 | 108,3 | 139,34 | 91.934 | 367.737 |
| 604 | M | NEONATO, PESO AL NACER 750-999 G, ALTA CON VIDA | 11 | 28,22 | 102 | 102,0 | 28,22 | 74.489 | 74.489 |
| 483 | Q | TRAQUEOSTOMIA CON VENT. MEC.+96H O CON DIAG. PRINC. EXC. TRASTORNOS DE BOCA, LARINGE O FARINGE | 55 | 23,39 | 2.271 | 41,3 | 1.286,36 | 61.727 | 3.394.997 |
| 803 | Q | TRASPLANTE DE MEDULA OSEA ALOGENICO | 39 | 21,87 | 1.217 | 31,2 | 852,87 | 57.716 | 2.250.908 |
| 700 | Q | TRAQUEOSTOMIA POR INFECCION HIV | 1 | 21,07 | 70 | 70,0 | 21,07 | 55.603 | 55.603 |
| 804 | Q | TRASPLANTE DE MEDULA OSEA AUTOLOGO | 31 | 16,17 | 655 | 21,1 | 501,29 | 42.678 | 1.323.029 |
| 605 | M | NEONATO, PESO AL NACER 750-999 G, EXITUS | 2 | 15,68 | 28 | 14,0 | 31,35 | 41.376 | 82.752 |
| 609 | Q | NEONATO, PESO AL NACER 1500-1999 G, CON P. QUIR. SIGNIF., CON MULT. PROB. MAYORES | 2 | 15,05 | | 39,0 | 30,11 | 39.727 | 79.454 |
| 615 | Q | NEONATO, PESO AL NACER 2000-2499 G, CON P. QUIR. SIGNIF., CON MULT. PROB. MAYORES | 1 | 14,67 | 78 | 78,0 | 14,67 | 38.724 | 38.724 |
| 545 | Q | PROCEDIMIENTO VALVULAR CARDIACO CON CC MAYOR | 1 | 13,97 | 2 | 2,0 | 13,97 | 36.870 | 36.870 |
| 850 | Q | IMPLANTE DE DESFIBRILADOR CON CATETERISMO CARDIACO, SIN IAM, FALLO CARDIACO O SHOCK | 18 | 12,15 | 125 | 6,9 | 218,73 | 32.071 | 577.284 |
| 576 | M | LEUCEMIA AGUDA CON CC MAYOR | 17 | 11,60 | 377 | 22,2 | 197,19 | 30.613 | 520.423 |
| 607 | M | NEONATO, PESO AL NACER 1000-1499 G, SIN P. QUIRURGICO SIGNIF., ALTA CON VIDA | 33 | 11,40 | 1.679 | 50,9 | 376,25 | 30.091 | 993.007 |
| 530 | Q | CRANEOTOMIA CON CC MAYOR | 72 | 10,87 | 1.417 | 19,7 | 782,78 | 28.694 | 2.065.942 |
| 823 | Q | QUEMADURAS DE ESPESOR TOTAL CON INJ. PIEL O LESIONES INHALACION CON CC O TRAUMA SIG. | 3 | 10,27 | 66 | 22,0 | 30,80 | 27.096 | 81.287 |
| 549 | Q | PROCEDIMIENTOS CARDIOVASCULARES MAYORES CON CC MAYOR | 42 | 10,24 | 923 | 22,0 | 430,21 | 27.034 | 1.135.410 |
| 603 | M | NEONATO, PESO AL NACER <750 G, EXITUS | 2 | 10,08 | 38 | 19,0 | 20,15 | 26.593 | 53.185 |
| 793 | Q | PROC. POR TRAUMA MULTIPLE SIGNIF. EXC. CRANEOTOMIA CON CC MAYOR NO TRAUMATICA | 14 | 10,03 | 354 | 25,3 | 140,45 | 26.477 | 370.685 |
| 608 | M | NEONATO, PESO AL NACER 1000-1499 G, EXITUS | 2 | 9,63 | 25 | 12,5 | 19,27 | 25.424 | 50.848 |
| 622 | Q | NEONATO, PESO AL NACER >2499 G, CON P. QUIR. SIGNIF., CON MULT. PROB. MAYORES | 6 | 9,20 | 213 | 35,5 | 55,21 | 24.286 | 145.717 |
| 579 | Q | PROCEDIMIENTOS PARA LINFOMA, LEUCEMIA & TRAST. MIELOPROLIFERATIVO CON CC MAYOR | 20 | 8,89 | 425 | 21,3 | 177,87 | 23.472 | 469.439 |
| 833 | Q | PROCEDIMIENTOS VASCULARES INTRACRANEALES CON DIAG. PRINC. DE HEMORRAGIA | 29 | 8,63 | 426 | 14,7 | 250,40 | 22.788 | 660.863 |
| 730 | Q | CRANEOTOMIA PARA TRAUMA MULTIPLE SIGNIFICATIVO | 1 | 7,97 | 13 | 13,0 | 7,97 | 21.043 | 21.043 |
| 531 | Q | PROCEDIMIENTOS SISTEMA NERVIOSO EXCEPTO CRANEOTOMIA CON CC MAYOR | 18 | 7,72 | 326 | 18,1 | 138,91 | 20.367 | 366.609 |
| 555 | Q | PROC. PANCREAS, HIGADO & OTROS VIA BILIAR EXC. TRASPL. HEPATICO CON CC MAYOR | 45 | 7,66 | 970 | 21,6 | 344,57 | 20.209 | 909.408 |
| 851 | Q | IMPLANTE DE DESFIBRILADOR SIN CATETERISMO CARDIACO | 78 | 7,23 | 212 | 2,7 | 563,67 | 19.072 | 1.487.643 |
| 705 | M | HIV CON INFECC. MAYORES MULTIPLES RELACIONADAS CON TUBERCULOSIS | 3 | 7,15 | 113 | 37,7 | 21,46 | 18.881 | 56.642 |
| 707 | M | HIV CON VENTILACION MECANICA O SOPORTE ALIMENTICIO | 4 | 7,10 | 47 | 11,8 | 28,39 | 18.731 | 74.922 |
| 782 | M | LEUCEMIA AGUDA SIN PROCEDIMIENTO QUIRURGICO MAYOR EDAD>17 CON CC | 18 | 7,10 | 260 | 14,4 | 127,72 | 18.726 | 337.069 |
| 581 | Q | PROCEDIMIENTOS PARA INFECCIONES & PARASITOSIS SISTEMICAS CON CC MAYOR | 69 | 7,01 | 1.602 | 23,2 | 483,83 | 18.506 | 1.276.930 |

KUDEAKETA TXOSTENA

INFORME DE GESTIÓN

DICIEMBRE 2015

INFORME DE GESTIÓN

DICIEMBRE 2015

RESUMEN INICIAL

INFORME ASISTENCIAL

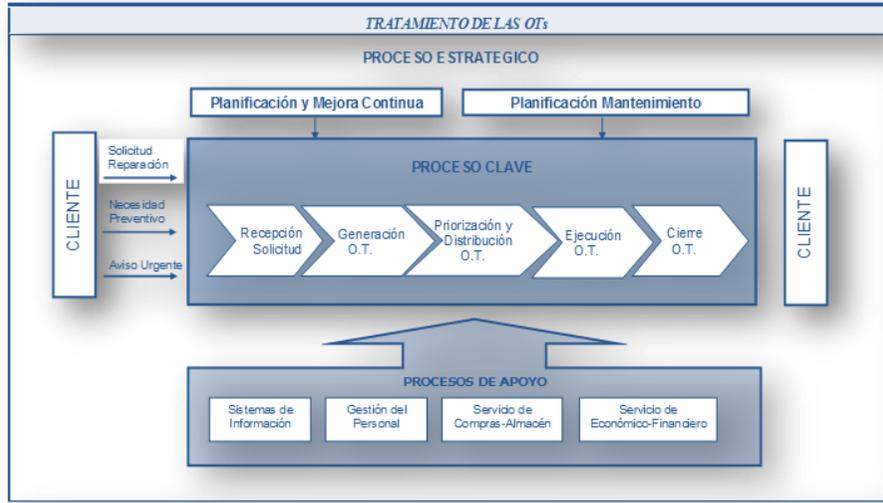
- ATENCIÓN PRIMARIA (pág. 1-6)
- ACTIVIDAD LABORATORIO (pág. 7)
- CONSULTAS EXTERNAS (pág.8-11)
- URGENCIAS (pág. 12)
- HOSPITALIZACIÓN (págs. 13-15)
- QUIRÚRGICA (págs. 16-24)
- INFORME ASISTENCIAL OTRAS OOSS (25-39)

INFORME ECONÓMICO

- DATOS GENERALES (págs.40-48)
- GASTO FUNCIONAMIENTO (págs. 49-95)
 - o GASTO FARMACIA (págs. 51-73)
 - INFORME FARMACIA (págs. 51-65)
 - INFORME OTRAS OOSS (págs. 66-73)
 - o GASTO MATERIAL SANITARIO (págs. 74-75)
 - o PRÓTESIS (págs. 76-79)
 - o RESTO MATERIAL SANITARIO (pág. 80-83)
 - o LABORATORIO (págs. 84-92)
 - o RESTO GASTOS FUNCIONAMIENTO (pág. 93-95)
- GASTO PERSONAL (págs. 96-157)
 - o GASTO GLOBAL (págs 97-120)
 - o GASTO CATEGORÍAS (págs. 120-143)
 - o INFORME CONTRATACIÓN Y ABSENTISMO (págs. 144-149)
 - o INFORME DE LA DIRECCIÓN DE PERSONAL (págs. 150-157)
- INFORME GASTO OTRAS OOSS (págs. 158-161)

Anexo C.3.6. Plan de Mantenimiento (extractos)

OT PREVENTIVO



| | | |
|--|---|---|
| | PREBENTIZIOZKO MANTENTZE-LANAK MANTENIMIENTO PREVENTIVO Agindu-zenbakia / Número de orden 303439460 Data / Fecha 24.12.2015 | 1 / 2 |
| | Zentro Planifikatzailea / Centro Planificador C301 OSI DONOSTIALDEA Talde Planifikatzailea / Grupo Planificador I Instalaciones Lehenetsuna / Prioridad | |
| Taldea / Equipo 30-735043 UPS 2 CENTRO TRANSFORMACION ARANZAZU Kokaleku Teknikoa / Ubicación Técnica 30-6054 MANTENIMIENTO INST ELECTR GENERALES ST | | |
| Lanak Amaitzeko Data / Fecha de Ejecución 01.01.2016 Lanpostua Arduraduna / Pto. Tbj. Resp. PREVENT PREVENTIVO Jarduera-Mota / Clase de Actividad PY Preventivo varios Egin Beharreko Lana / Trabajo a Realizar REVISION MENSUAL UPS 1 Y 2 C.T.ARANZAZU | | |
| Lanak / Operaciones 0010 OS01 REVISION MENSUAL UPS 1 Y 2 C.T.ARANZAZU 1- Comprobar que las dos UPS están OK, no tienen alarmas y el paralelo redundante está disponible. 2- Abrir interruptor #Q1: A UPS1 RECTIFICADOR#. La UPS1 empezará a trabajar desde baterías. 3- Abrir interruptor #Q2: A UPS2 RECTIFICADOR#. La UPS2 empezará a trabajar desde baterías. 4- Pulsando el botón #Medidas# de la UPS ver los minutos de autonomía que marcan las baterías y anotar en el parte de preventivo mensual. 5- Cerrar el interruptor #Q1: A UPS1 RECTIFICADOR#. La UPS 1 volverá al modo normal #online#. 6- Cerrar el interruptor #Q2: A UPS2 RECTIFICADOR#. La UPS 2 volverá al modo normal #online#. 7- Comprobar que no hay alarmas y se han restablecido las condiciones normales de trabajo. 8- Abrir el interruptor general que viene desde el cuadro general de Aranzazu, con lo que se quita tensión a todo el cuadro y las dos UPS pasarán a trabajar con baterías. 9- Comprobar que están funcionando correctamente y volver a meter interruptor. Revisar que todo queda trabajando correctamente con red. 10- Notificar a los electricistas de Rete y Oeste la finalización de las pruebas. Deberán pasar a comprobar los cuadros de las zonas afectadas (Quirófanos Programados, URPA, Reanimación, Laboratorio Core y Laboratorio Micro). 11- Revisar entre todos las maniobras que se deberían hacer en caso de que hubiera un hipotético problema con las UPS y se tuviera que meter el bypass manual (repassar la hoja de instrucciones disponible en la sala, sin llegar a hacer ninguna maniobra). Nota: Además del personal mínimo especificado, deberán asistir a las pruebas el resto de jefes de grupo y electricistas, para familiarizarse | | |
| Jakinarazpenak / Notificaciones | | Oharrak eta Materialak Observaciones y Materiales |
| Lanpostua Puesto de Trabajo | Data Fecha | Epea Tiempo |
| Kostuko Zentroak Ontzat Emana VUP Centro de Coste | Lanpostua Puesto de Trabajo | Mantentze-Lanetako arduradunak Ontzat Emana / VUP Resp. Mantenimiento |
| Data / Fecha: | Data / Fecha: | Data / Fecha: |

Anexo C.4.1. Clasificación de proveedores

| COD. | PROVEEDOR | VOLUMEN DE NEGOCIO | AMBITO DE ACTIVIDAD | CRITICIDAD | Responsable Losid | ALTERNATIVA | PLAZO DE ENTREGA | RAPIDEZ RESPUESTA | INTERLOC. ACCESIBLE | Problemas generados/Soluciones |
|---------|-------------------------------------|--------------------|--|-------------|----------------------------|--|------------------|-------------------|---------------------|---|
| 1206671 | ROCHE DIAGNOSTICS, S.L. | 6.752.171,21 | LABORATORIO | MUY CRITICO | M. Urbietta | ENVIAR LAS MUESTRAS A OTRA OSI | BIEN | BIEN | REGULAR | |
| 1211076 | GILEAD SCIENCES, S.L. | 8.391.848,86 | FARMACIA TTO HEPATITIS C | MUY CRITICO | P. Bachiller | CAMBIO DE TERAPIA | BIEN | BIEN | BUENO | |
| 1200309 | JANNSSEN-CILAG, S.A. | 4.863.143,41 | FARMACIA TTO VIH/HEPTITIS | MUY CRITICO | P. Bachiller | CAMBIO DE TERAPIA | BIEN | BIEN | BUENO | |
| 1222329 | ABBVIE SPAIN, S.L.U. | 4.155.268,72 | FARMACIA TTO VIH | MUY CRITICO | P. Bachiller | CAMBIO DE TERAPIA | BIEN | BIEN | BUENO | |
| 1200482 | ROCHE FARMA, S.A. | 5.575.747,52 | FARMACIA TTO CITOSTATICOS | MUY CRITICO | P. Bachiller | CAMBIO DE TERAPIA | BIEN | BIEN | BUENO | |
| 1200558 | ESTABLECIMIENTOS SUMISAN, S.A. | 3.908.840,19 | VARIOS | RELATIVA | JL Ibarburu/ T. Rodriguez | PROVEEDOR ALTERNATIVO | BIEN | BIEN | MUY BUENO | |
| 1208045 | GARBIALDI, SAL | 10.482.222,12 | LIMPIEZA | MUY CRITICO | S. Oyarzabal | NO HAY: SERVICIOS MÍNIMOS | BIEN | MUY BUENO | MUY BUENO | Inutilización de servicios/ servicios mínimos |
| 1200216 | FRESENIUS MEDICAL CARE ESPAÑA, S.A. | 1.062.486,96 | HEMODIALISIS | MUY CRITICO | T. Rodriguez | NO HAY. Se derivarían pacientes a una asistencia concertada o a otras organizaciones | BIEN | BIEN | MUY BUENO | Dificultad de contactar con la empresa y desconocimiento de los problemas/ se trata con ellos y nos asignan un unico interlocutor que resuelve las dificultades |
| 1205828 | OSATEK SA | 3.729.042,75 | RADIOLOGIA | CRITICO | Dirección médica | Derivación de pacientes a otras Organizaciones | BIEN | BIEN | BIEN | |
| 1202253 | PHILIPS IBERICA, S.A. | 302.508,63 | MTO. ALTA TECNOLOGIA QUIROFANOS ANGIOGRAFOS | MUY CRITICO | JL Ibarburu | NO HAY | BIEN | BIEN | MUY BUENO | |
| 1202357 | TOSHIBA MEDICAL SYSTEMS, S.A. | 149.357,66 | ALTA TECNOLOGIA ECOGRAFOS | MUY CRITICO | JL Ibarburu | NO HAY | BIEN | BIEN | MUY BUENO | |
| 1211046 | ELEKTA MEDICAL SA | 47.524,54 | MTO. ALTA TECNOLOGIA RADIOTERAPIA | MUY CRITICO | JL Ibarburu | NO HAY | BIEN | REGULAR | BIEN | |
| 1202167 | MANTELEC, S.A. | 2.415.934,30 | MTO. ELECTROMEDICINA | MUY CRITICO | JL Ibarburu | PROVEEDORES ALTERNATIVOS | MAL | MALA | REGULAR | Inutilización de equipos/ Contratación empresas específicas / comunicación deficiente |
| 1202863 | SIEMENS, S.A. | 413.029,81 | MTO. ALTA TECNOLOGIA RADIOLOGIA | MUY CRITICO | JL Ibarburu | NO HAY | MUY BIEN | BIEN | MUY BIEN | |
| 1200224 | GENERAL ELECTRIC HEALTHCARE ESPAÑA, | 672.484,70 | MTO. ALTA TECNOLOGIA RADIOLOGIA | MUY CRITICO | JL Ibarburu | NO HAY | BIEN | BIEN | MUY BUENO | |
| 1202011 | GIRBAU | 1.031.538,10 | MTO. LAVANDERÍA | MUY CRITICO | S. Oyarzabal | ENVIAR LA ROPA A xxxx | No aplica | MUY BUENO | MUY BUENO | Falta lencería y uniformidad / Mto. Permanente. Serv. Mínimos |
| 1200166 | DRAGER | 348.976,60 | MTO. ANESTESIA (RESPIRADORES) | CRITICO | JL Ibarburu | EQUIPOS DE REPUESTO | BIEN | BIEN | MUY BUENO | |
| 1200166 | DRAGER | | MTO. ANESTESIA (RESPIRADORES EQUIPOS DE ANEST) | CRITICO | JL Ibarburu | EQUIPOS DE REPUESTO | BIEN | BIEN | MUY BUENO | |
| 1201705 | ELIRECON | 653555,33 | G. RESIDUOS SANITARIOS | CRITICO | S. Oyarzabal | PROVEEDOR FUERA DE LA CAV | BIEN | BIEN | MUY BUENO | Acumulación de Residuos /Otro proveedor fuera CAV |
| 1205455 | ZUZEN EXPRESS | 103927,78 | TRANSPORTE DE MUESTRAS Y DOCUMENTACIÓN | CRITICO | S. Oyarzabal | OTRO PROVEEDOR | BIEN | BIEN | MUY BUENO | Falta de muestras en laboratorio / Otro Proveedor |
| | ELYO | | COGENERACIÓN | MUY CRITICO | JL Ibarburu | NO HAY | No aplica | BIEN | BUENO | |
| 1220125 | INVICO | 787528,02 | SEGURIDAD | CRITICO | S. Oyarzabal | | No aplica | BIEN | BUENO | Falta de Seguridad / |
| 1205342 | SAICA NATUR | 32549,44 | G. RESIDUOS NO SANTARIOS Y EXCESO URBANO | CRITICO | S. Oyarzabal | | BIEN | BIEN | MUY BUENO | Acumulación basura / NO HAY |
| 1202583 | DONOSTIAKO UDALA | 342263,26 | P.MUNICIPAL / G. RESIDUO URBANO / MOVILIDAD | CRITICO | S. Oyarzabal | | BIEN | BIEN | BUENO | Acumulación basura / NO HAY |
| 1208691 | MANCOMUNIDAD S. MARCOS | 93211,34 | G. RESIDUOS URBANOS | CRITICO | S. Oyarzabal | | BIEN | BIEN | BUENO | Acumulación basura / NO HAY |
| 1205000 | ALBIE | 132928,33 | CAFETERÍA Y COMEDOR DE PERSONAL | CRITICO | S. Oyarzabal | | BIEN | BIEN | MUY BUENO | Falta servicio personal guardia / Cocina del Hospital |
| | MUGABURU SL | | PARKING | NO CRITICO | S. Oyarzabal | | BIEN | BIEN | MUY BUENO | Falta de aparcamiento / transporte público |
| 1221124 | UTE AUTOCARES DIEZ S.A.-LANCHA | 862.587 | TRANSPORTE DE PERSONAL | NO CRITICO | S. Oyarzabal | | BIEN | BIEN | MUY BUENO | Falta de transporte / trnsporte público |
| 1218040 | ALEXION PHARMA SPAIN, S.L | 1.313.982 | FARMACIA | NO CRITICO | P. Bachiller | CAMBIO DE TERAPIA | BIEN | BIEN | MUY BUENO | |
| 1205490 | AMGEN, S.A. | 822.965 | FARMACIA | NO CRITICO | P. Bachiller | CAMBIO DE TERAPIA | BIEN | BIEN | MUY BUENO | |
| 1224315 | BAXALTA SPAIN, S.L | 650.538 | FARMACIA | RELATIVA | P. Bachiller | CAMBIO DE TERAPIA | BIEN | BIEN | MUY BUENO | |
| 1220375 | BAYER HISPANIA, S.L. | 1.757.357 | FARMACIA | RELATIVA | P. Bachiller | CAMBIO DE TERAPIA | BIEN | BIEN | MUY BUENO | |
| 1213404 | BIOGEN SPAIN, S.L.U. | 881.909 | FARMACIA | RELATIVA | P. Bachiller | CAMBIO DE TERAPIA | BIEN | BIEN | MUY BUENO | |
| 1215841 | BRISTOL MYERS SQUIBB, S.A. | 1.480.603 | FARMACIA | RELATIVA | P. Bachiller | CAMBIO DE TERAPIA | BIEN | BIEN | MUY BUENO | |
| 1216742 | CELGENE, S.L. (SOCIEDAD UNIPER | 3.270.881 | FARMACIA | RELATIVA | P. Bachiller | CAMBIO DE TERAPIA | BIEN | BIEN | MUY BUENO | |
| 1202417 | FRESENIUS KABI ESPAÑA, S.A. | 545.580 | FARMACIA | RELATIVA | P. Bachiller | CAMBIO DE TERAPIA | BIEN | BIEN | MUY BUENO | |
| 1202420 | GLAXOSMITHKLINE, S.A. | 553.692 | FARMACIA | CRITICO | P. Bachiller | CAMBIO DE TERAPIA | REGULAR | BUENO | BUENO | ROTURA DE STOCK CON LAS VACUNAS/ SE SOLUCIONA CON EL PROVEEDOR |
| 1200350 | LABORATORIOS FARMACEUTICOS ROV | 501.219 | FARMACIA | RELATIVA | P. Bachiller | CAMBIO DE TERAPIA | BIEN | BIEN | MUY BUENO | ROTURA DE STOCK DE LOS CONTRASTES/ CAMBIO Y REACCIONES ALERGICAS.EL PROVEEDOR SE RESPONSABILIZA |
| 1220075 | LABORATORIOS ViiV HEALTHCARE, | 1.296.937 | FARMACIA | RELATIVA | P. Bachiller | CAMBIO DE TERAPIA | BIEN | BIEN | MUY BUENO | |
| 1200373 | LILLY, S. A. | 1.064.698 | FARMACIA | RELATIVA | P. Bachiller | CAMBIO DE TERAPIA | BIEN | BIEN | MUY BUENO | |
| 1201171 | MERCK SHARP & DOHME DE ESPAÑA, | 3.662.942 | FARMACIA | RELATIVA | P. Bachiller | CAMBIO DE TERAPIA | BIEN | BIEN | MUY BUENO | |
| 1216540 | MERCK, S.L. | 1.956.123 | FARMACIA | RELATIVA | P. Bachiller | CAMBIO DE TERAPIA | BIEN | BIEN | MUY BUENO | |
| 1220345 | PFIZER, S.L.U. | 2.450.186 | FARMACIA | RELATIVA | P. Bachiller | CAMBIO DE TERAPIA | BIEN | BIEN | MUY BUENO | |
| 1200499 | SANOFI AVENTIS, S.A. | 1.151.358 | FARMACIA | RELATIVA | P. Bachiller | CAMBIO DE TERAPIA | BIEN | BIEN | MUY BUENO | |
| 1215110 | TEVA PHARMA, S.L.U. | 614.547 | FARMACIA | RELATIVA | P. Bachiller | CAMBIO DE TERAPIA | BIEN | BIEN | MUY BUENO | |
| 1204823 | PRAXAIR ESPAÑA, S.L.U. | 624.906 | MANTENIMIENTO | RELATIVA | JL Ibarburu | CAMBIO DE PROVEEDOR | BIEN | BIEN | BUENO | |
| 1223675 | IBERDROLA CLIENTES, S.A.U. | 983.845 | MANTENIMIENTO | CRITICO | JL Ibarburu | NO HAY | No aplica | BIEN | BIEN | |
| 1207915 | KOSORKUNTZA A.I.E. | 4.501.146 | MANTENIMIENTO | CRITICO | JL Ibarburu | NO HAY | No aplica | BIEN | BUENO | |
| 1202473 | LURGOIEN, S.A. | 31.977 | MANTENIMIENTO | RELATIVA | JL Ibarburu | PARALIZAR LA OBRA/NUEVO EXPEDIENTE | BIEN | BIEN | BUENO | |
| 1221630 | MED EL ELEKTROM.GE.GESELLSC.GM | 564.528 | SANITARIO | NO CRITICO | T. Rodriguez | CAMBIO DE PROVEEDOR | BIEN | BIEN | BUENO | |
| 1200004 | ABBOTT LABORATORIES, S.A. | 1.947.510 | SAN/FAR | RELATIVA | P. Bachiller/ T. Rodriguez | CAMBIO DE PROVEEDOR | BIEN | BIEN | BUENO | |
| 1200626 | ALCON CUSI, S.A. | 1.143.684 | SAN/FAR | RELATIVA | P. Bachiller/ T. Rodriguez | CAMBIO DE PROVEEDOR | BIEN | BIEN | BUENO | |

Criterios de clasificación de los proveedores: Por volumen de negocio, por criticidad o por ambas cosas

MUY CRÍTICO: SE PARALIZA LA ACTIVIDAD DE UN SERVICIO (QUIRÓFANOS) AFECTA A TODOS LOS PACIENTES DEL SERVICIO Y OBLIGA A UN CAMBIO EN LA ATENCIÓN

CRÍTICO: AFECTA DIRECTAMENTE A UN TIPO DE PACIENTE

Anexo C.4.2. Evaluación de proveedores

| EVALUACIÓN DE PROVEEDORES MUY CRÍTICOS | | | | EVALUACIÓN | | | | |
|--|-------------------------------------|--|-------------|--|-------------------|----------------------------|----------|----------|
| PROVEEDOR | SERVICIO | CRITICIDAD | ALTERNATIVA | PLAZO DE ENTREGA | RAPIDEZ RESPUESTA | ACCESIBILIDAD INTERLOCUTOR | GLOBAL | |
| 1206671 | ROCHE DIAGNOSTICS, S.L. | LABORATORIO | MUY CRITICO | ENVIAR LAS MUESTRAS A OTRA OSI | BIEN | BIEN | REGULAR | BIEN |
| 1211076 | GILEAD SCIENCES, S.L. | FARMACIA TTO HEPATITIS C | MUY CRITICO | CAMBIO DE TERAPIA | BIEN | BIEN | BUENO | BIEN |
| 1200309 | JANSSEN-CILAG, S.A. | FARMACIA TTO VIH/HEPTITIS | MUY CRITICO | CAMBIO DE TERAPIA | BIEN | BIEN | BUENO | BIEN |
| 1222329 | ABBVIE SPAIN, S.L.U. | FARMACIA TTO VIH | MUY CRITICO | CAMBIO DE TERAPIA | BIEN | BIEN | BUENO | BIEN |
| 1200482 | ROCHE FARMA, S.A. | FARMACIA TTO CITOSTATICOS | MUY CRITICO | CAMBIO DE TERAPIA | BIEN | BIEN | BUENO | BIEN |
| 1200558 | ESTABLECIMIENTOS SUMISAN, S.A. | VARIOS | RELATIVA | PROVEEDOR ALTERNATIVO | BIEN | BIEN | MUY BIEN | MUY BIEN |
| 1208045 | GARBIALDI, SAL | LIMPIEZA | MUY CRITICO | NO HAY: SERVICIOS MÍNIMOS | BIEN | MUY BIEN | MUY BIEN | MUY BIEN |
| 1200216 | FRESENIUS MEDICAL CARE ESPAÑA, S.A. | HEMODIALISIS | MUY CRITICO | NO HAY. Se derivarían pacientes a una asistencia concertada o a otras organizaciones | BIEN | BIEN | MUY BIEN | MUY BIEN |
| 1205828 | OSATEK SA | RADIOLOGIA | MUY CRITICO | Derivación de pacientes a otras Organizaciones | BIEN | BIEN | BIEN | BIEN |
| 1202253 | PHILIPS IBERICA, S.A. | ALTA TECNOLOGIA QUIROFANOS ANGIOGRAFOS | MUY CRITICO | NO HAY | BIEN | BIEN | MUY BIEN | MUY BIEN |
| 1202357 | TOSHIBA MEDICAL SYSTEMS, S.A. | ALTA TECNOLOGIA ECOGRAFOS | MUY CRITICO | NO HAY | BIEN | BIEN | MUY BIEN | MUY BIEN |
| 1211046 | ELEKTA MEDICAL SA | ALTA TECNOLOGIA RADIOTERAPIA | MUY CRITICO | NO HAY | BIEN | REGULAR | BIEN | REGULAR |
| 1202167 | MANTELEC, S.A. | ELECTROMEDICINA | MUY CRITICO | PROVEEDORES ALTERNATIVOS | MAL | MALA | REGULAR | MAL |
| 1202863 | SIEMENS, S.A. | ALTA TECNOLOGIA RADIOLOGIA | MUY CRITICO | NO HAY | MUY BIEN | BIEN | MUY BIEN | MUY BIEN |
| 1200224 | GENERAL ELECTRIC HEALTHCARE ESPAÑA, | ALTA TECNOLOGIA RADIOLOGIA | MUY CRITICO | NO HAY | BIEN | BIEN | MUY BIEN | MUY BIEN |

Anexo P.0.1. Proyectos y Planes Programa Personas



| PROYECTOS | PLANES |
|--------------------------------------|-------------------------|
| NECESIDADES Y EXPECTATIVAS | ESCUESTA CORPORATIVA |
| | ESTUDIO COMPLEMENTARIO |
| DESARROLLO INDIVIDUAL | ACOGIDA Y DESPEDIDA |
| | MOVILIDAD INTERNA |
| | PROMOCIÓN INTERNA |
| | CONCILIACIÓN |
| | FORMACION |
| DESARROLLO ORGANIZATIVO Y DE EQUIPOS | RECONOCIMIENTO |
| | ADECUACIÓN DE PLANTILLA |
| | ADECUACIÓN ORGANIZATIVA |
| EUSKARAZ | LIDERAZGO |
| | EUSKARA PLANA |
| SEGURIDAD Y SALUD | AURRERITZIAK GAINDITUZ |
| | OHSAS |
| | PROMOCIÓN DE LA SALUD |

Anexo P.1.1. Políticas y procedimientos de empleo público

- Ley 8/1997, de 26 de junio, de Ordenación Sanitaria de Euskadi
- la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los Servicios de Salud
- Ley 7/2007, de 12 de abril, del Estatuto Básico del Empleado Público
- Decreto 186/2005, de 19 de julio, que regula los puestos funcionales del Ente Público Osakidetza
- Decreto 255/1997, de 11 de noviembre, por el que se establecen los Estatutos Sociales del Ente Público Osakidetza
- Manual de organización (definición de competencias y funciones) . Ley 44/2003 de ordenación de las profesiones sanitarias
- Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales
- Real Decreto 39/1997 de 17 de enero, Reglamento de los Servicios de Prevención

Movilidad Interna ON LINE

- › Movilidad interna - LISTAS
- › Movilidad interna PUNTUAL
- › Movilidad interna definitiva - SEPT 2015

PIT

CCSS

CONCURSO DE TRASLADOS

OPE

PIT INTECENTROS

CONTRATACION TEMPORAL

Movilidad Interna ON LINE



Desde este espacio ofrecemos la posibilidad de apuntarse a las listas de movilidad interna, sistema por el que se llevará a cabo el proceso de movilidad en la OSI Donostialdea ; o bien solicitar los destinos de Movilidad Interna que puntualmente se oferten.

El proceso por listas de movilidad interna abierta y permanente podrá ser temporal y/o definitiva para lo que se confeccionarán unas listas de personal fijo por unidades/centros para unos puestos funcionales concretos, a los que se apuntarán los solicitantes interesados en acceder a otro puesto; de forma que cuando se produce una vacante o puesto reservado se ofertará a las personas que hayan solicitado formar parte de esta lista.

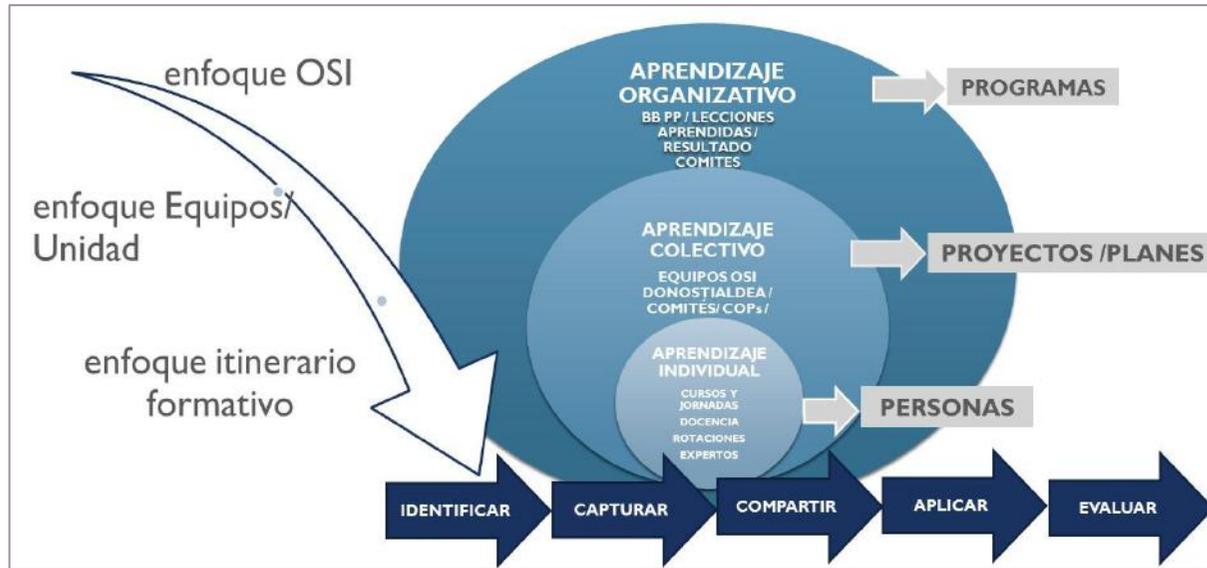
Acuerdo del 10 de junio de 2015 del Consejo de Administración de Osakidetza, por el que se aprueban los criterios generales para la provisión de puestos mediante movilidad interna, temporal y definitiva, en el conjunto de las organización de servicios del Ente Público.

▼
Movilidad interna - LISTAS

▼
Movilidad interna PUNTUAL

▼
Movilidad interna definitiva - SEPT 2015

Anexo P.2.1. Modelo de Gestión del Conocimiento



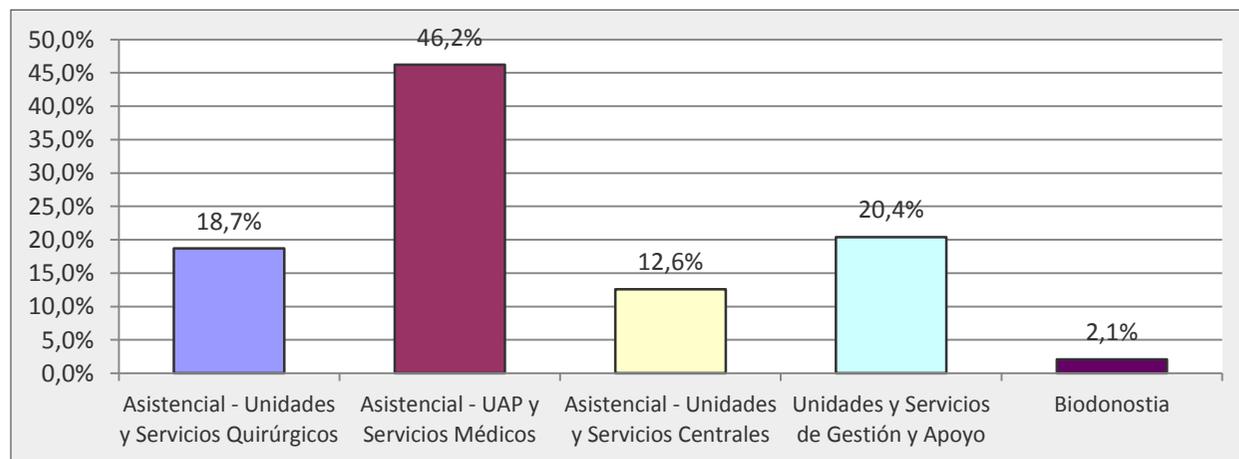
MAPA GESTIÓN CONOCIMIENTO OSID



DESARROLLO DE LAS FASES DE LA GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO EN OSID

Anexo P.2.2. Diagnóstico necesidades de formación 2015-on line(extracto)

Extracto respuestas obtenidas



Extracto preguntas

Por favor, de las áreas que a continuación aparecen, indica en qué medida crees que necesitas formación

2.3. FORMACIÓN dirigida a PROFESIONALES informados, comprometidos y corresponsables

| | Promedio de calificación (del 1 al 5) |
|---|---------------------------------------|
| Formación que fomente la comunicación interna, participación y responsabilidad (Portal empleado, Osagune,...). | 3,40 |
| Itinerario formativo del modelo de competencias para el liderazgo (gestión de proyectos, comunicación, negociación, relaciones interpersonales,...). | 3,35 |
| Mejora accesibilidad mediante oferta formativa on-line y desarrollo plataforma LMS-learning. | 3,58 |
| Formación para el liderazgo y transversalidad en el uso del euskara. | 2,87 |
| Formación de formadores. | 3,30 |

Anexo P.2.3. Actividades formativas 2016 y tipología evaluación

| CURSOS 1/1/2016 - 18/05/2016 | EDICIONES | NIVEL EVALUACIÓN M. KIRCKPATRICK |
|--|-----------|-------------------------------------|
| ABORDAJE DE LA SALUD DESDE UNA PERSPECTIVA COMUNITARIA | 1 | 1 |
| PREVENCIÓN INFECCIONES RESPIRATORIAS EN EL NIÑO | 1 | 2 |
| ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL Y VIRUS DE LA HEPATITIS C | 1 | 1 |
| SEGURIDAD MEDICAMENTOS EN PACIENTES POLIMEDICADOS | 1 | 2 |
| ACTUALIZACION EN DIABETES | 1 | 1 |
| ACTUALIZACIÓN NEURORRADIOLOGÍA INTERVENCIONISTA | 1 | 2 |
| ELECTROCARDIOGRAFÍA | 2 | 2 |
| CURSO DE ACTUALIZACIÓN UNIDAD DE ICTUS · AUXILIARES DE ENFERMERÍA | 1 | 1 |
| JORNADAS DE FORMACIÓN CONTINUADA DE ENFERMERÍA DE LA UNIDAD DE ICTUS | 1 | 1 |
| URGENCIAS OFTALMOLÓGICAS | 1 | 1 |
| RCP PEDIATRIA | 4 | 2 |
| ACTUALIZACIÓN EN URGENCIAS RESPIRATORIAS. BYPAP | 1 | 2 |
| CURSO BÁSICO DISECCIÓN SUBMUCOSA ENDOSCÓPICA | 1 | 2 |
| LAPAROSCOPIA GINECOLÓGICA AVANZADA online | 3 | 3 |
| MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA | 1 | 2 |
| JORNADA DEL PERSONAL CELADOR | 1 | 1 |
| ECOCARDIOGRAFÍA 3D TRANSESOFÁGICA | 1 | 2 |



Anexo P.3.1. Grupos de Trabajo de OSID (extracto)

| ÁMBITO | NOMBRE DEL GRUPO | TIPOLOGÍA | Nº PERSONAS | | | Ámbito | |
|---------------------------------|---|--|-------------|----------|-------|-------------------------|------|
| | | | Lider | No lider | TOTAL | | |
| RESPUESTA ASISTENCIAL INTEGRADA | COMISIÓN HISTORIAS CLINICAS | COMISIÓN | 5 | 10 | 15 | OSID | |
| | COMISIÓN FARMACIA | COMISIÓN | 3 | 10 | 13 | OSID | |
| | COMISIÓN GARANTÍA CALIDAD RADIOTERAPIA | COMISIÓN | 2 | 6 | 8 | OSID | |
| | COMISIÓN INFECCIONES | COMISIÓN | 6 | 18 | 24 | OSID | |
| | COMISIÓN MORTALIDAD | COMISIÓN | 5 | 11 | 16 | OSID | |
| | COMISIÓN TRANSFUSIONES | COMISIÓN | 5 | 13 | 18 | OSID | |
| | COMISIÓN FRACTURA DE CADERA | COMISIÓN | 5 | 13 | 18 | OSID | |
| | COMITÉ DE TUMORES | COMISIÓN | 12 | 4 | 16 | OSID | |
| | COMITÉ DE TUMORES HEMATOLOGÍA | COMISIÓN | 3 | 25 | 28 | OSID-ONKOLOGIKOA | |
| | COMITÉ DE TUMORES CABEZA Y CUELLO | COMISIÓN | | 15 | 15 | OSID | |
| | COMITÉ DE TUMORES COLORECTAL | COMISIÓN | 1 | 20 | 21 | OSID-OSATEK | |
| | COMITÉ DE TUMORES CUTÁNEOS | COMISIÓN | | 12 | 12 | OSID | |
| | COMITÉ DE TUMORES ENDOCRINOLOGÍA | COMISIÓN | 2 | 22 | 24 | OSID-ONKOLOGIKOA | |
| | COMITÉ DE TUMORES GASTROESOFÁGICO | COMISIÓN | 2 | 15 | 17 | OSID | |
| | COMITÉ DE TUMORES GINECOLÓGICOS | COMISIÓN | 2 | 25 | 27 | OSID-ONKOLOGIKOA-OSATEK | |
| | COMITÉ DE TUMORES HEPATOBILIOPANCREÁTICO | COMISIÓN | 1 | 26 | 27 | OSID-ONKOLOGIKOA | |
| | COMITÉ DE TUMORES MAMA | COMISIÓN | 1 | 21 | 22 | OSID-OSATEK | |
| | COMITÉ DE TUMORES HEPATOCARCINOMA | COMISIÓN | 3 | 21 | 24 | OSID-OSATEK | |
| | COMITÉ DE TUMORES NEURO-ONCOLOGÍA | COMISIÓN | 3 | 13 | 16 | OSID-ONKOLOGIKOA-OSATEK | |
| | COMITÉ DE TUMORES ONCO-PEDIATRÍA | COMISIÓN | 3 | 10 | 13 | OSID | |
| | COMITÉ DE TUMORES SARCOMAS | COMISIÓN | 2 | 14 | 16 | OSID-OSI ARABA | |
| | COMITÉ DE TUMORES PULMÓN | COMISIÓN | 3 | 24 | 27 | OSID-ONKOLOGIKOA | |
| | COMITÉ DE TUMORES DE UROLOGÍA | COMISIÓN | 2 | 21 | 23 | OSID-ONKOLOGIKOA-OSATEK | |
| | COMISIÓN DE POLITRAUMA | COMISIÓN | 6 | 21 | 27 | OSID | |
| | COMISIÓN DE TABAQUISMO | COMISIÓN | 10 | 5 | 15 | OSID | |
| | COMISIÓN RCP | COMISIÓN | 9 | 7 | 16 | OSID | |
| | COMISIÓN HERIDAS | COMISIÓN | 2 | 9 | 11 | OSID | |
| | COMISIÓN DE SEGURIDAD | COMISIÓN | 11 | 6 | 17 | OSID | |
| | COMITÉS SEGURIDAD EN 21 UNIDADES DE ATENCIÓN PRIMARIA | COMISIÓN | | 63 | 63 | OSID | |
| | COMITÉS SEGURIDAD EN 15 UGC Y SERVICIOS HOSPITALARIOS | COMISIÓN | | 182 | 182 | OSID | |
| | COMISIÓN CUIDADOS PALIATIVOS | COMISIÓN | 6 | 8 | 14 | OSID | |
| | COMISIÓN MAPAC | COMISIÓN | 8 | 12 | 20 | OSID | |
| | COMISIÓN HIGIENE DE MANOS | COMISIÓN | | 9 | 9 | OSID | |
| | COMISIÓN CATÁSTROFES | COMISIÓN | 8 | 12 | 20 | OSID | |
| | COMITÉ ITU | COMISIÓN | 4 | 12 | 16 | OSID | |
| | GESTIÓN CONOCIMIENTO | G.I.A.COBERTURA PERSONAL EXPUESTO A RADIACIONES IONIZANTES | G.I.A. | 9 | 2 | 11 | OSID |
| | | G.I.A.COMUNICACIÓN PACIENTE INTERESPECIALIDADES | G.I.A. | 3 | 7 | 10 | OSID |
| | | G.I.A.DESCONTACIONES | G.I.A. | 5 | 5 | 10 | OSID |
| | | G.I.A.HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO | G.I.A. | 4 | 36 | 40 | OSID |
| | | 49 EQUIPOS DE PROYECTO DESPLIEGUE ESTRATÉGICO | PROYECTOS | 55 | 450 | 505 | OSID |

| ÁMBITO | NOMBRE DEL GRUPO | TIPOLOGÍA | Nº PERSONAS | | | Ámbito |
|----------------------------------|--|-------------|-------------|----------|-------|------------|
| | | | Lider | No lider | TOTAL | |
| PARTICIPACIÓN PACIENTES/USUARIOS | DISFUNCIÓN MICCIONAL NEUROLÓGICA | CoP | 3 | 9 | 12 | OSID |
| | DILEMAS CLÍNICO-ASISTENCIALES | CoP | 5 | 5 | 10 | OSID |
| | ICTUS | CoP | 1 | 16 | 17 | OSID |
| | NUTRICIÓN PACIENTE INGRESADO | CoP | 4 | 8 | 12 | OSID |
| | ACCESO VASCULAR | CoP | 2 | 7 | 9 | OSID |
| | ALERGIA ALIMENTARIA INFANTIL | CoP | 2 | 13 | 15 | OSID |
| | APNEA DEL SUEÑO | CoP | 1 | 7 | 8 | OSID |
| | CONTINUACIÓN DE CUIDADOS EN EPOC | CoP | 4 | 8 | 12 | OSID |
| | REHABILITACIÓN CARDIACA | CoP | 1 | 10 | 11 | OSID |
| | DIABÉTICO ADULTO CON COMPLICACIONES VASCULARES | CoP | 1 | 13 | 14 | OSID |
| | EUSKERA | CoP | 1 | 12 | 13 | OSID |
| | PACIENTE TRAQUEOSTOMIZADO | CoP | 4 | 5 | 9 | OSID |
| | SEGURIDAD DEL PACIENTE | CoP | 4 | 10 | 14 | OSID |
| | VIAS ENDOVENOSAS Y SUBCUTÁNEAS | CoP | 4 | 9 | 13 | OSID |
| | PACIENTE CRÓNICO | CoP | 4 | 9 | 13 | OSID |
| | LACTANCIA MATERNA | CoP | 10 | 9 | 19 | OSID |
| | ENCUESTAS PADRES NIÑOS HOSPITALIZADOS | GRUPOS SAPU | 12 | 4 | 16 | OSID |
| | ENCUESTAS PRIMARIA | GRUPOS SAPU | 10 | 5 | 15 | OSID |
| | ENCUESTAS AGUDOS | GRUPOS SAPU | 8 | 2 | 10 | OSID |
| | ENCUESTAS HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO | GRUPOS SAPU | 8 | 2 | 10 | OSID |
| | ENCUESTAS URGENCIAS | GRUPOS SAPU | 11 | 3 | 14 | OSID |
| | ENCUESTAS MEDIA LARGA ESTANCIA | GRUPOS SAPU | 7 | 4 | 11 | OSID |
| | ENCUESTAS CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA | GRUPOS SAPU | 7 | 2 | 9 | OSID |
| PERSONAS | COMISIÓN DE ADECUACIÓN POR MOTIVOS DE SALUD | COMISIÓN | 4 | 4 | 8 | OSID |
| | COMISION DE DESARROLLO DEL PLAN DE EUSKERA | COMISIÓN | 1 | 1 | 2 | OSID |
| | COMISIÓN DE MOVILIDAD INTERNA | COMISIÓN | 2 | 5 | 7 | OSID |
| | COMITÉ DOCENCIA | COMISIÓN | 3 | 12 | 15 | OSID |
| | COMITÉ FORMACIÓN | COMISIÓN | 5 | 11 | 16 | OSID |
| | COMISIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD | COMISIÓN | 7 | 5 | 12 | OSID |
| | COMISIÓN AUTOPROTECCIÓN | COMISIÓN | 6 | 8 | 14 | OSID |
| COMITÉ BUENAS PRÁCTICAS | COMISIÓN | 6 | 6 | 12 | OSID | |
| GESTIÓN ECONÓMICO FINANCIERA | COMISIÓN CENTRALIZADA DE COMPRAS | COMISIÓN | 1 | | 1 | OSAKIDETZA |
| | COMISIÓN COMPRAS | COMISIÓN | 2 | 6 | 8 | OSID |
| | COMISIÓN OBRAS | COMISIÓN | 3 | 10 | 13 | OSID |
| | COMISIÓN GESTIÓN RESIDUOS | COMISIÓN | 1 | | 1 | OSAKIDETZA |
| | COMISIÓN FACTURACIÓN | COMISIÓN | 1 | | 1 | OSAKIDETZA |
| COMISIÓN GESTIÓN AMBIENTAL | COMISIÓN | 7 | | 7 | OSID | |
| I+D+i | COMISION DE INVESTIGACIÓN | COMISIÓN | 3 | 12 | 15 | OSID |
| | COMISION DE INNOVACIÓN | COMISIÓN | 3 | 20 | 23 | OSID |



POLITICA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL

La OSI Donostialdea se compromete a desarrollar prácticas responsables que se constituyan en un motor significativo de la transformación hacia una sociedad y una economía sostenible e integradora.

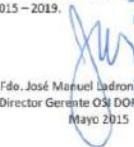
Y como parte importante de la Sociedad de Gipuzkoa, se marca los siguientes objetivos:

- Impulsar y promover la Responsabilidad Social, tanto en la propia organización como con sus grupos de interés.
- Definir estrategias de Responsabilidad Social transversales y adaptadas para que su asunción sea real.
- Contribuir al mantenimiento y cuidado del medio ambiente y adquirir conciencia de su papel en dicho entorno.
- Apoyar con su actuación la Sostenibilidad económica del Sistema Sanitario Vasco.

A través de la aplicación de una Gestión Social Responsable pretende desarrollar los siguientes valores:



Estos compromisos, difundidos a los grupos de interés, son conocidos y asumidos por todas las personas de la OSI Donostialdea. En coherencia con ello, la Dirección se compromete a liderar, impulsar y mantener el proceso iniciado, así como a la consecución de los objetivos señalados dentro del Plan Estratégico 2015 – 2019.


Fdo. José Manuel Ladrón de Guebara
Director Gerente OSI DONOSTIALDEA
MAYO 2015



Anexo S.1.2. Grupos de Interés y organizaciones con quien colaboramos en nuestro compromiso con la Sociedad (extracto)

| SOCIEDAD | | | | | | | | | |
|-----------------------|-----------------------------------|------------------------|-----------------------|----------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|---|-------------------------------|------------------|
| ENTIDADES | NOMBRE | Interlocutor por la | Responsable OSID | Frecuencia Comunicación | Canal de Comunicación | Beneficio Entidad | Beneficio OSID | Indicador | Resultado |
| AYUNTAMIENTOS | Donostia | ELENE EIZMENDI | Lurdes Ubetagoyena | mensual | correo electrónico/teléfono/directo | colaboración institucional y dif | colaboración institucional y difusión de acciones | difusion de la informacion en | impacto sociedad |
| | | Eva Salaberria | Lurdes Ubetagoyena | trimestral | | colaboración institucional y dif | | difusion de la informacion en | impacto sociedad |
| | Lezo | secretaria alcaldia | direccion integracion | habitual (1 a 3m) | | colaboración institucional | colaboracion | difusion de la inf. | Impacto sociedad |
| | Pasaia | secretaria alcaldia | direccion integracion | habitual | | colaboracion institucional | colaboracion | difusion de la inf. | impacto sociedad |
| | Oiartzun | secretaria alcaldia | direccion integracion | habitual | | colaboracion institucional | colaboracion | difusion de la inf. | Impacto sociedad |
| | Errenteria | secretaria alcaldia | direccion integracion | habitual | | colaboracion institucional | colaboracion | difusion de la inf. | Impacto sociedad |
| | Usurbil | secretaria alcaldia | direccion integracion | habitual | | colaboracion institucional | colaboracion | difusion de la inf. | impacto sociedad |
| | Lasarte | secretaria alcaldia | direccionintegracion | habitual | | colaboracion institucional | colaboracion | difusion de la inf. | impacto sociedad |
| | Hernani | secretaria alcaldia | direccion integracion | habitual | | colaboracion institucional | colaboracion | difusion de la inf. | impacto sociedad |
| | Urnieta | secretaria alcaldia | direccion integracion | habitual | | colaboracion institucional | colaboracion | difusion de la inf. | impacto sociedad |
| | Astigarraga | secretaria alcaldia | direccion integracion | habitual | | colaboracion institucional | colaboracion | difusion de la inf. | impacto sociedad |
| | Zarautz | secretaria alcaldia | direccion integracion | habitual | | colaboracion institucional | colaboracion | difusion de la inf. | impacto sociedad |
| | Orio | secretaria alcaldia | direccion integracion | habitual | | colaboracion institucional | colaboracion | difusion de la inf. | impacto sociedad |
| | Aia | secretaria alcaldia | direccion integracion | habitual | | colaboracion institucional | colaboracion | difusion de la inf. | Impacto sociedad |
| | Zumaia | secretaria alcaldia | direccion integracion | habitual | | colaboracion institucional | colaboracion | difusion de la inf. | Impacto sociedad |
| | Getaria | secretaria alcaldia | direccion integracion | habitual | | colaboracion institucional | colaboracion | difusion de la inf. | Impacto sociedad |
| | Zestoa | secretaria alcaldia | direccion integracion | habitual | | colaboracion institucional | colaboracion | difusion de la inf. | Impacto sociedad |
| Aizarnazabal | secretaria alcaldia | direccion integracion | habitual | colaboracion institucional | colaboracion | difusion de la inf. | Impacto sociedad | | |
| Departamento de salud | | | | | | | | | |
| DFG Y GOBIERNO VASCO | Departamento Bienestar Social DFG | | | | | | | | |
| | Medioambiente DFG | | | | | | | | |
| | SAE | | direccion personal | diaria/semanal | | información | conocimiento | resolucion | acuerdo |
| | SATSE | | direccion personal | diaria/semanal | | información | conocimiento | resolucion | acuerdo |
| | Sindicato Médico | | direccion personal | diaria/semanal | | información | conocimiento | resolucion | acuerdo |
| | UGT | | direccion personal | diaria/semanal | | información | conocimiento | resolucion | acuerdo |
| | UTESE | | J.S. Mantenimiento | semestral | | Información | Apoyo en gestión energética | % gasto subvencionado | |
| | Delegacion Territorial Salud | Rafael Uribarren | Lurdes ubetagoyena | semanal | | coordinacion acciones | coordinacion | difusion resultados | Impacto sociedad |
| | Subdireccion Salud Publica | Elena Albisua | Lurdes ubetagoyena | quincenal | | coordinacion acciones | coordinacion | difusion campañas | Impacto sociedad |
| | Departamento de Salud | Isabel Octavio | Lurdes ubetagoyena | diaria | | coordinacion acciones | coordinacion | difusion campañas | Impacto sociedad |
| | Osakidetza | Lurdes Ubetagoyena | Lurdes ubetagoyena | diaria | | coordinación acciones | coordinacion | difusion campañas | Impacto sociedad |
| | OSI ECC | David Garcia | Lurdes ubetagoyena | diaria | | coordinación acciones | coordinación acciones | trabajos equipo | Impacto sociedad |
| | OSI Araba | Cecilia Ibarrodo | Lurdes Ubetagoyena | diaria | | coordinación acciones | coordinación acciones | trabajos equipo | Impacto sociedad |
| | OSI Galdakao | Rebeca Villa | Lurdes Ubetagoyena | diaria | | coordinación de acciones | coordinación acciones | trabajos equipo | Impacto sociedad |
| | Bioef | Idoia Minguez | Lurdes Ubetagoyena | mensual | | coordinación acciones | coordinacion acciones | difusion investigaciones | Impacto sociedad |
| | Kronigune | Idoia Erreguenea | Lurdes Ubetagoyena | mensual | | coordinación acciones | coordinacion acciones | difusion investigaciones | Impacto sociedad |
| | OSI Tolosaldea | Marisa Merino | Lurdes Ubetagoyena | quincenal | | coordinación acciones | coordinación difusión información | | Impacto sociedad |
| | OSI Alto Deba | Antoni Arcelay | Lurdes ubetagoyena | quincenal | | coordinación acciones | coordinacion | difusion | Impacto sociedad |
| | OSI Debarrena | Eduardo Maiz | Lurdes Ubetagoyena | quincenal | | coordinacion acciones | coordinacion | difusion | Impacto sociedad |
| | OSI Bidasoa | | Lurdes Ubetagoyena | quincenal | | coordinacion acciones | coordinacion | difusion | Impacto sociedad |
| | OSI Goierrri-Alto Urola | Teresa Garmendia | Lurdes ubetagoyena | quincenal | | coordinación acciones | coordinacion | difusion | Impacto sociedad |
| | Red de Salud mental Gipuzkoa | Alvaro Iruin | Lurdes ubetagoyena | quincenal | | coordinación acciones | coordinacion | difusion | Impacto sociedad |
| | OSI Bilbao Basurto | Rafa Herrero | Lurdes Ubetagoyena | diaria | | coordinación de acciones | coordinación acciones | trabajos equipo | Impacto sociedad |

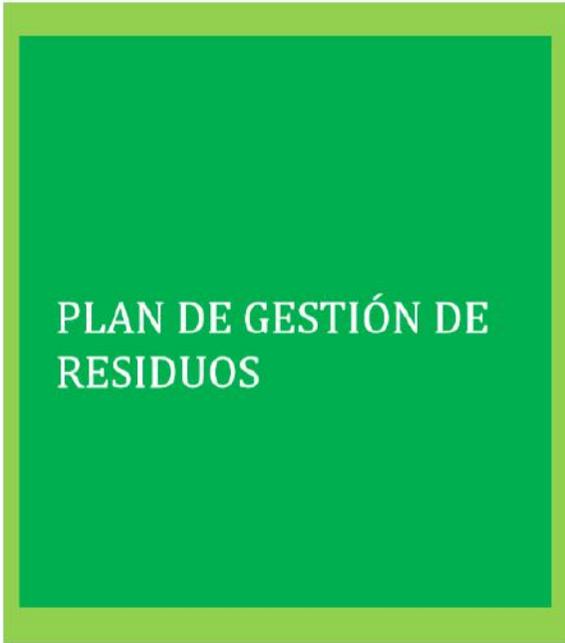

Impacto de la Estrategia de la OSI Donostialdea en sus Grupos de Interés.

La primera pregunta esta relacionada con las **acciones que esta desarrollando la OSI Donostialdea.**

1. Clasifique por orden de importancia los programas a desarrollar por la OSI Donostialdea, que considera, tienen mayor impacto en la Sociedad de Gipuzkoa. (El contenido de cada programa esta sintetizado en la imagen presentada) (siendo 1ª el más importante y 10ª el menos importante)

| | 1ª | 2ª | 3ª | 4ª | 5ª | 6ª | 7ª | 8ª | 9ª | 10ª |
|---------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Usuarios (pacientes) | <input type="radio"/> |
| Respuesta asistencial integrada | <input type="radio"/> |
| Personas (Profesionales) | <input type="radio"/> |
| Gestión de Valores | <input type="radio"/> |
| Sistema de Información | <input type="radio"/> |
| Sistema de Gestión | <input type="radio"/> |
| Programa de Alianzas | <input type="radio"/> |
| Comunicación Integral | <input type="radio"/> |
| I+D+i | <input type="radio"/> |
| Gestión del Conocimiento | <input type="radio"/> |

Un grupo de profesionales de la OSI Donostialdea ha pilotado un proyecto basado en el desarrollo y potenciación de los valores de la organización, por ello nos gustaría conocer si considera que **los valores con los que trabajamos en la actualidad, son coherentes con los que su organización atribuye a los Ciudadanos de Gipuzkoa.**

| | | |
|---|--|----------------------|
|  | <p>DONOSTIALDEA ESI OSI DONOSTIALDEA</p> | <p>INDICE</p> |
| <p>I. OBJETIVOS DEL PLAN DE GESTIÓN Pág. 1</p> <p>II. DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS QUE PRESTA LA ORGANIZACIÓN SERVICIOS INTEGRADA DONOSTIALDEA Y SUS CENTROS.....Pág. 4</p> <p>III. TIPOS DE RESIDUOS GENERADOS POR LAS UNIDADES DE LOS CENTROSPág. 5</p> <p>IV. DISTRIBUCIÓN CUANTITATIVA ANUAL DE LOS RESIDUOS SANITARIOS POR TIPOS Y POR CENTROSPág. 9</p> <p>V. CIRCUITOS DE TRANSPORTE INTERNOPág. 11</p> <p>VI. DESCRIPCIÓN DE LOS LUGARES DE ALMACENAMIENTOPág. 13</p> <p>VII. DESCRIPCIÓN DE LA SEGREGACIÓN, ENVASADO, Y ETIQUETADO DE LOS RESIDUOS.....Pág. 15</p> <p style="margin-left: 20px;">VII.1. Procedimiento seguido para la manipulación de cada tipo de residuo</p> <p style="margin-left: 20px;">VII.2. Personal que se implica directamente</p> <p style="margin-left: 20px;">VII.3. Personal que apoya y supervisa</p> <p style="margin-left: 20px;">VII.4. Período máximo de almacenamiento</p> <p>VIII. CARACTERÍSTICAS DE LOS ENVASES PARA RESIDUOS SANITARIOS ESPECÍFICOS QUÍMICOS Y OTROS.....Pág. 18</p> <p>IX. FRECUENCIAS DE EVACUACIÓN POR TIPOS DE RESIDUOS Y CENTROS.....Pág. 20</p> <p style="margin-left: 20px;">IX.1. Internas: Del origen de producción al lugar de almacenamiento</p> <p style="margin-left: 20px;">IX.2. Externas: Del almacenamiento final a su eliminación por el gestor</p> <p>X. METODOS DE ELIMINACIÓN FINAL SEGÚN TIPOS DE RESIDUOSPág. 21</p> <p style="margin-left: 20px;">X.1. Gestoras externas que intervienen en la eliminación</p> <p>XI. GESTIÓN DE LA DOCUMENTACIÓNPág. 22</p> <p style="margin-left: 20px;">XI.1. Intracentros: Libros de control y seguimiento</p> <p style="margin-left: 40px;">Registro de accidentes e incidentes</p> <p style="margin-left: 20px;">XI.2. Documentos de control y seguimiento</p> <p style="margin-left: 40px;">Notificación de traslado de residuos</p> <p>XII. GESTIÓN DE ACCIDENTES E INCIDENTES (Organización prevista).....Pág. 23</p> <p>XIII. RESPONSABILIDADES Y PROCEDIMIENTOSPág. 24</p> <p style="margin-left: 20px;">XIII.1. Organización de responsabilidades por centros y servicios.</p> <p style="margin-left: 20px;">XIII.2. Manual de instrucciones para la manipulación, recogida, envasado, etiquetado y almacenamiento de los residuos.</p> <p style="margin-left: 20px;">XIII.3. Alternativas previstas ante situaciones de emergencia para el proceso de gestión de los residuos.</p> <p>XIV. ESTRATEGIAS PARA LA MÍNIMIZACIÓN Y REDUCCIÓN DE LOS RESIDUOS QUE SE PRODUCEN.....Pág. 26</p> <p style="margin-left: 20px;">XIV.1. Equipo, métodos y formación de los trabajadores.</p> | <div style="text-align: center;">  <p>DONOSTIALDEA ESI OSI DONOSTIALDEA</p> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 20px;">  </div> <div style="text-align: center; margin-top: 20px;"> <p>1/2016</p> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <p>PLAN UNIFICADO</p> <p>   </p> </div> | |

| PLAN DE EFICIENCIA ENERGETICA 2012-2019 (extracto) | | | | |
|--|----------------------|----------------------------|--------------------|--|
| Fecha Prevista Ejecución | Fecha Real Ejecución | Edificio | Campo de Actuación | Mejora |
| 01.06.2015 | 01.06.2015 | Materno | Energía Térmica | Revisión y mejora de calorifugas de tuberías de agua para climatización general del edificio. |
| 01.09.2015 | 10.10.2015 | Todos | Agua | Instalación de contadores parciales de agua y análisis para reducción de consumo |
| 01.09.2015 | 01.09.2015 | Gipuzkoa | Energía Térmica | Modificación de central producción de ACS. Mejora temperaturas, sistemas de recirculación. |
| 01.09.2015 | 01.09.2015 | Arantzazu | Energía Térmica | Implantación de sistema de control integrado de climatización de quirófanos con modos de funcionamiento en horarios de no uso más eficientes. |
| 31.12.2015 | 31.12.2015 | Psiquiatría | Agua | Instalaciones de perlizadores reductores de consumo de agua en plantas de hospitalización. |
| 31.12.2015 | 31.12.2015 | Todos | Energía Eléctrica | Sustitución de alumbrados en habitaciones y cabezales camas hospitalización. |
| 31.12.2015 | 31.12.2015 | Lavandería y Mantenimiento | Energía Térmica | Automatización de sistema de control de calefacción del edificio Lavandería-Mantenimiento. Implantación de funcionamiento automático en base a temperatura exterior y control horario. |
| 01.06.2016 | 09.06.2016 | Arantzazu | Energía Eléctrica | Optimización de funcionamiento del sistema de condensación de las enfriadoras de la central de producción de Quirófanos Programados |
| 01.09.2016 | | Psiquiatría | Energía Eléctrica | Ampliación del actual sistema de contaje de energía eléctrica existente en el Hospital (Edificio Arantzazu) adoptando nuevos elementos de contaje e integrando los existentes en el resto de Edificios |
| 01.09.2016 | | Gipuzkoa | Energía Eléctrica | Ampliación del actual sistema de contaje de energía eléctrica existente en el Hospital adoptando nuevos elementos de contaje e integrando los existentes en el resto de Edificios |
| 31.12.2016 | | Arantzazu | Energía Eléctrica | Análisis de 10 principales puntos de consumo y adopción de medidas para mejora de eficiencia energética. |
| 31.12.2016 | | Todos | Agua | Reducción de consumo 2% respecto 2015, mediante análisis contadores y pruebas de estanqueidad |
| 2017 | | Arantzazu | Energía Térmica | Optimizar y adecuar calorifugados de vapor, ACS y Calefacción |
| 2017 | | Arantzazu | Energía Térmica | Instalación de un Sistema de Contaje de Energía Térmica (vapor, ACC y ACS) |

Anexo I.1.1. Plan Estratégico de Investigación e Innovación 2016-2020



La misión, visión y valores del IIS Biodonostia se consideran en su mayor parte vigentes, si bien cabe una reformulación parcial tras la reflexión estratégica

| | | |
|----------------|--|---|
| MISIÓN | <p>Ser un centro de I+D+i donde se desarrollen actividades científicas de excelencia con gran repercusión nacional e internacional que sean trasladables a la práctica clínica y al entorno empresarial. Se conforma como un centro que centraliza servicios, infraestructuras y metodologías de uso común para los investigadores e integra la gestión económico-administrativa de los recursos humanos y materiales</p> | <p>Siendo el centro de I+D+i de referencia del Sistema Sanitario Público en Gipuzkoa, liderar el desarrollo de actividades científicas e innovadoras de excelencia de carácter traslacional y gran repercusión en Euzkadi, generando sinergias con su entorno empresarial que permitan afrontar proyectos de valor añadido cuyos resultados reviertan en el paciente y la sociedad.</p> |
| VISIÓN | <ul style="list-style-type: none"> Potenciar la I+D+i biomédica de Gipuzkoa. Integrar la gestión económico-administrativa de los recursos humanos y materiales. Ofrecer servicios, infraestructuras y metodologías de uso común. Facilitar la transferencia de conocimientos científicos y tecnológicos de la actividad investigadora al proceso asistencial y empresarial. Asegurar la relación directa de la investigación realizada en el IIS Biodonostia y las necesidades de la población guipuzcoana de referencia. | <p>Ser un centro de referencia en materia de investigación en envejecimiento, medicina de precisión e innovación sanitaria, y un agente dinamizador de su entorno en materia de transferencia del conocimiento, orientado a la excelencia y la calidad total desde un punto de vista organizativo y poniendo el foco en las necesidades de la población</p> |
| VALORES | <ul style="list-style-type: none"> Excelencia Científica. Integración. Eficiencia y sostenibilidad. Innovación. | <ul style="list-style-type: none"> Internacionalización. Traslación de los resultados a la práctica clínica. Formación, difusión y retorno a la sociedad. |



Tras la realización del análisis DAFO y la definición de la Misión, la Visión y los Valores del Instituto, se definen los objetivos estratégicos para los próximos cinco años

1. ESPECIALIZACIÓN y establecimiento de las ALIANZAS pertinentes, en línea con los programas y políticas a nivel de Euzkadi, estatal y europeo.
2. Potenciar la EXCELENCIA en investigación e innovación, principalmente mediante el despliegue de actuaciones proactivas y potenciación de la TRASLACIÓN.
3. Desarrollar proyectos de investigación e innovación de ALTO IMPACTO, actuando como agente DINAMIZADOR y centralizador del entorno investigador en el área de las biociencias.
4. Incrementar la VISIBILIDAD del Instituto y la INTEGRACIÓN de sus entidades.
5. OPTIMIZACIÓN DE LA GESTIÓN DEL INSTITUTO, mediante la aplicación de criterios de calidad y la adecuación de la estructura organizativa, asegurando el mantenimiento de la acreditación como Instituto de Investigación Sanitaria por parte del ISCIII.
6. Lograr un CRECIMIENTO sostenido, basado en la puesta en marcha de nuevas líneas de investigación e innovación, en el apoyo a los Grupos Emergentes y en la formación y el desarrollo del personal del Instituto.

Anexo I.1.2. Análisis DAFO realizado para el PE de Investigación e Innovación 2016-2020



Áreas de Investigación resultantes del análisis de priorización desarrollado en el Plan Estratégico de Investigación del IIS Bionostia:

| NEUROCIENCIAS | ENFERMEDADES HEPÁTICAS Y GASTROINTESTINALES | ENFERMEDADES INFECCIOSAS | ONCOLOGÍA | ENFERMEDADES SISTÉMICAS | EPIDEMIOLOGÍA Y SALUD PÚBLICA | BIOINGENIERÍA |
|--|---|---|---------------------|---|--|--|
| Enfermedades Neurodegenerativas | Enfermedades GastroIntestinales | Enfermedades prevenibles por Vacunación | Cáncer de Mama | Insuficiencia Cardíaca de Etiología Hipertensiva y Valvular | Epidemiología Ambiental y Desarrollo Infantil | Biología Computacional y Biomedicina de Sistemas |
| Enfermedades Neuromusculares | Enfermedades Hepáticas | Infección Respiratoria y Resistencia Antimicrobiana | Oncología Celular | Intervención Terapéutica en Enfermedades Cardiovasculares | Epidemiología Clínica | E-Salud |
| Esclerosis Múltiple | | SIDA e Infecciones VIH | Oncología Molecular | Obstetricia y Ginecología | Epidemiología de Enfermedades Crónicas y Transmisibles | Ingeniería Tisular |
| Neurodegeneración Sensorial | | | | Servicios de Salud en Envejecimiento y Cronicidad | | Innovación |
| Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica | | | | | | |

Anexo I.2.1. Criterios de Evaluación y Criterios de Priorización de Proyectos de Innovación

| <p style="text-align: center;">CRITERIOS DE EVALUACIÓN DE PROYECTOS DE INNOVACIÓN.</p> <p style="text-align: center;">(Criterios de Convocatorias Públicas Competitivas)</p> <p style="text-align: center;">Evaluación Proyectos</p> <p>CRITERIOS EXCLUYENTES:</p> <p>a. Revisión de la adecuación a alguno/s de los 10 criterios de priorización. SI/NO.</p> <p>b. Fraccionamientos o subdivisiones del mismo proyecto. SÓLO INCLUIR UN PROYECTO.</p> <p>c. Financiación de 1 proyecto por Investigador Principal.</p> <p>EVALUACIÓN:</p> <p>2. VALORACIÓN DE LA PROPUESTA: IDEAS, MÉTODOS, CONCEPTOS, TEMAS NOVEDOSOS. (5 PUNTOS)</p> <p style="text-align: right;">Puntos:</p> <p>3. NIVEL DE DEDICACIÓN AL PROYECTO DEL PERSONAL INVESTIGADOR (3 puntos)</p> <p>a. Se refleja el interés en la dedicación a las actividades señaladas en la memoria.</p> <p style="text-align: right;">Puntos</p> <p>4. POTENCIAL DE TRANSFERENCIA REAL DE LOS RESULTADOS DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN A LA PRÁCTICA CLÍNICA / VALORACIÓN DE LA IMPORTANCIA QUE SUPONDRÍA LA INTRODUCCIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD (8 puntos)</p> <p style="text-align: right;">Puntos</p> <p>5. VALORACIÓN ECONÓMICA DEL PROYECTO (4 puntos)</p> <p>a. Presupuesto ajustado a la realidad.</p> <p style="text-align: right;">Puntos</p> <p style="text-align: right;">SUMA PUNTUACIÓN:</p> <p>DICTAMEN:</p> <p>Questionable: Hipótesis no lógica.</p> <p>Deficiente.</p> <p>Aceptable</p> <p>Bueno</p> <p>Excelente</p> | <p style="text-align: center;">CRITERIOS DE PRIORIZACIÓN DE LA CONVOCATORIA DE PROYECTOS DE INNOVACIÓN 2015 Y 2016.</p> <p style="text-align: center;">Criterios de priorización de la OSI Donostialdea para los Proyectos de Innovación objeto de la Convocatoria del Contrato Programa 2015.</p> <p>Se seleccionarán aquellos proyectos en los que se observe la correspondencia con alguna de las alternativas definidas como prioritarias. Se van a priorizar las alternativas que fomenten:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El rediseño de procesos para adecuar estructuras asistenciales específicas (tanto en el Ámbito Sanitario como en el domicilio), focalizadas en el proceso de la integración de la Organización de Servicios Integrada (OSI), de forma que se fomente la comunicación e interacción entre los diferentes agentes sanitarios para optimizar el manejo de pacientes. <ul style="list-style-type: none"> • El rediseño de los procesos asistenciales. • El rediseño de los procesos administrativos y organizativos. • El aumento de los niveles de creatividad innovadora del centro, la comunicación entre agentes participantes, el intercambio seguro de información y la colaboración de los empleados. • La mejora de la forma de comunicación y el mensaje que se transmite a los pacientes y su entorno para informar sobre cómo los profesionales van a abordar su proceso de salud fomentando la empatía en el trato con los mencionados pacientes. • El desarrollo de alianzas estratégicas con entidades privadas u otros centros sanitarios que permitan mejorar las tecnologías sanitarias, ayuden a reflexionar sobre el portafolio de tecnologías sanitarias del centro y permitan elaborar un dossier de necesidades tecnológicas del centro en base a una evaluación de las mismas. • El desarrollo de Procesos en el Ámbito Clínico de la OSI vinculados a los procesos de detección activa de innovadores y sus ideas, gestión de talleres para potenciar ideas innovadoras, procesos de Protección del Conocimiento Clínico y Transferencia al Mercado. • Sistemas de comunicación de e-salud, plataformas colaborativas y modelos de atención que ayuden a intensificar el seguimiento y procurar atención continuada de pacientes con situaciones de salud complejas o que requieran tratamientos, cuyos efectos secundarios deban conllevar vigilancia estrecha o que puedan impulsar el rol de paciente experto. • La seguridad al paciente mediante la implantación de ciclos de mejora continua que ayuden a identificar los incidentes, eventos adversos, implantación de medidas de corrección y evaluación de las medidas empleadas por los profesionales implicados. • Avanzar en Asistencia e Investigación potenciando y ordenando la utilización de estudios genéticos y moleculares, en las diferentes patologías que permitan la orientación hacia terapias individualizadas más eficaces y seguras. • El rediseño de procesos organizacionales que permita evolucionar la institución hacia la eliminación del almacenamiento de información en papel y dotarse de herramientas de gestión que permitan aumentar la eficacia en la toma de decisiones. • La mejora de la adecuación de la práctica asistencial, reduciendo las prestaciones que no aporten beneficio clínico, preservando y aumentando la calidad asistencial, e incrementando los resultados en salud, mediante un uso eficiente y sostenible de los recursos del sistema sanitario. |
|--|---|
|--|---|

Metodología para la descripción de las Iniciativas Innovadoras que responden a los Retos

Para cada iniciativa de innovación detectada se realiza una ficha descriptiva en la que se detallan sus aspectos clave

Línea estratégica del Plan Osakidetza 2013-2016 con la que está relacionada la iniciativa

Objetivo que se persigue con el desarrollo de la iniciativa

Breve descripción de la iniciativa: Factores Clave de Éxito del proceso

Agentes clave en el desarrollo de la iniciativa

Estimación de los recursos humanos, tecnológicos y económicos asociados al desarrollo de la iniciativa

Indicadores de seguimiento para asegurar la óptima implantación de la iniciativa y su repercusión en la calidad asistencial

Principales acciones a realizar para el desarrollo de la iniciativa y estimación del calendario de ejecución en un marco anual

Ausencia de barreras externas/internas para el desarrollo de la iniciativa (muy alto/alto/medio/medio-bajo/bajo)

Disponibilidad de medios en la actualidad y/o acceso a mecanismos de financiación (muy alto/alto/medio/medio-bajo/bajo)

Periodo de tiempo estimado para la consecución de los resultados de la aplicación de la iniciativa a (muy corto plazo/corto plazo/medio plazo/medio-largo plazo/largo plazo)

Repercusión de la aplicación de la iniciativa en la calidad asistencial (muy alto/alto/medio/medio-bajo/bajo)

Capacidad de estandarizar la iniciativa en distintos ámbitos/servicios/colectivos (muy alto/alto/medio/medio-bajo/bajo)

Valoración empírica de la iniciativa por parte del Comité de Innovación (muy alto/alto/medio/medio-bajo/bajo)

| Objetivo | <ul style="list-style-type: none"> Aumentar los niveles de creatividad innovadora del centro, a través de la comunicación entre agentes, el intercambio seguro de información y la colaboración de los empleados | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|-----------------------------------|---------------------------------------|------------------------|--|--|--|--|--|--|----|----|----|----|--|---|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|--|---------------------------|--|--|--|--|--|
| Descripción | <ul style="list-style-type: none"> Implantación de una herramienta que de soporte a la innovación que sirva de plataforma para llevar a cabo la canalización de las ideas innovadoras, la aplicación de metodologías para su priorización, el desarrollo y seguimiento de los proyectos, su transferencia al mercado si es de aplicación y su puesta en práctica en la organización Se trata de una iniciativa cross que da soporte a la estrategia de innovación del centro Proceso que desarrollará la herramienta gestionada por el equipo humano cualificado  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Responsables | <ul style="list-style-type: none"> Instituto Biodonostia, en coordinación con el Comité de innovación | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Acciones y calendario de ejecución | <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="6">Acciones a desarrollar</th> </tr> <tr> <th></th> <th>Q1</th> <th>Q2</th> <th>Q3</th> <th>Q4</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. Definición de los indicadores de seguimiento de la actividad de innovación</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2. Selección del servicio del hospital/área de mejora del hospital/temática donde desarrollar el piloto</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3. Desarrollo de la actividad piloto con un servicio del hospital</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>4. Análisis de los resultados y definición de la estrategia de ofrecer el servicio a todo el centro</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>5. Desarrollo de la estrategia de implantación definitiva</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>6. Valoración de impactos</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> | | | | | Acciones a desarrollar | | | | | | | Q1 | Q2 | Q3 | Q4 | | 1. Definición de los indicadores de seguimiento de la actividad de innovación | | | | | | 2. Selección del servicio del hospital/área de mejora del hospital/temática donde desarrollar el piloto | | | | | | 3. Desarrollo de la actividad piloto con un servicio del hospital | | | | | | 4. Análisis de los resultados y definición de la estrategia de ofrecer el servicio a todo el centro | | | | | | 5. Desarrollo de la estrategia de implantación definitiva | | | | | | 6. Valoración de impactos | | | | | |
| Acciones a desarrollar | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Q1 | Q2 | Q3 | Q4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Definición de los indicadores de seguimiento de la actividad de innovación | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. Selección del servicio del hospital/área de mejora del hospital/temática donde desarrollar el piloto | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. Desarrollo de la actividad piloto con un servicio del hospital | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4. Análisis de los resultados y definición de la estrategia de ofrecer el servicio a todo el centro | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5. Desarrollo de la estrategia de implantación definitiva | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6. Valoración de impactos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Recursos necesarios | Humanos <ul style="list-style-type: none"> Equipo especializado que ejerza de administrador de la herramienta, de nodo central en la gestión de la innovación y haga de interlocutor entre los agentes involucrados en el desarrollo de las iniciativas | Tecnológicos <ul style="list-style-type: none"> Actualmente se cuenta con la herramienta, aunque es preciso adquirir licencias de uso | Económicos <ul style="list-style-type: none"> Inversión asociada a la adquisición de las licencias de uso Cursos de formación para el manejo de la herramienta | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Indicadores de seguimiento | <ul style="list-style-type: none"> Iniciativas detectadas/profesionales Iniciativas pilotadas Iniciativas implantadas Impacto de las iniciativas implantadas en la salud de los pacientes | Inmediatez resultados Muy CORTO PLAZO | Impacto Muy ALTA | Replicabilidad Muy ALTA | Capacidad financiación ALTA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Prioridad Muy ALTA | Facilidad ALTA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

