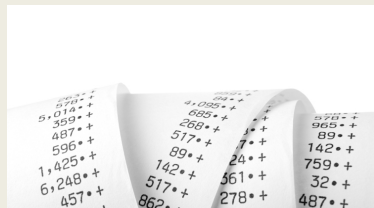


MEMORIA **12**

**Responsabilidad
Social
Corporativa**



ÍNDICE

- 1 Estrategia y análisis [3]**
- 2 Perfil de la organización [23]
- 3 Parámetros de la memoria [35]**
- 4 Gobierno y compromisos de participación de los Grupos de Interés [39]
- 5 Enfoque de gestión e indicadores de desempeño [53]**
- 6 Glosario [112]
- 7 Anexo I [115]**
- 8 Anexo II: Compromiso del Hospital Galdakao-Usansolo con el Pacto Mundial [123]

Galdakao
Usansolo
Ospitalea · Hospital

1

Estrategia y análisis

1.1

Declaración del máximo responsable de la toma de decisiones de la organización (Director general, presidente o puesto equivalente) sobre la relevancia de la sostenibilidad para la organización y su estrategia

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

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

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

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

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

La presente Memoria de Responsabilidad Social Corporativa recoge en un documento público los compromisos y actividades llevadas a cabo en este ámbito por el Hospital Galdakao-Usansolo, organización de servicios sanitarios integrada en la Red de Osakidetza y perteneciente a la red sanitaria pública vasca, durante el año 2011, también se recogen actividades incluidas en el actual Plan Estratégico 2010-14 y algunas previas que sirven para conocer la trayectoria de nuestro Hospital en este ámbito.

Además se pretende rendir cuentas públicas a sus Grupos de Interés: clientes, personas del Hospital Galdakao-Usansolo, Sistema Sanitario, proveedores y sociedad. Esta Memoria ha sido elaborada, siguiendo las recomendaciones de la Guía GRI versión 3.1 y tiene por alcance las actividades desarrolladas por el Hospital Galdakao-Usansolo.

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

Nuestro punto de inflexión en cuanto a nuestro compromiso con la RSC lo ha constituido el desarrollo del nuevo Plan Estratégico (PE) 2010-14. Desde la propia misión, que incorpora a toda la población como destinatario de los servicios, con un enfoque más hacia la prevención de la salud, una perspectiva más integradora con la ciudadanía.

MISIÓN: “Trabajamos para mejorar la salud de nuestra población”

Además, en la visión 2014, el HGU quiere convertirse en una organización **“que destaque por contribuir a la sostenibilidad del sistema sanitario de Osakidetza”**

Del mismo modo, se identifica el “compromiso con la Sociedad” como uno de los valores en los que se sustenta el Hospital;

Compromiso: Con la sociedad a la que servimos. Colaboramos con el resto de agentes del sistema sanitario, buscamos la sostenibilidad del sistema, garantizamos la accesibilidad, fomentamos la transparencia.

El PE ha sido diseñado con una metodología totalmente innovadora. Teníamos claro que, para poder hacer frente a los retos y cambios de la sociedad, no podíamos seguir haciendo lo mismo. Es por ello, que nos hemos apoyado en las herramientas de creatividad, con el objetivo de idear proyectos innovadores que nos ayuden a afrontar esta realidad tan cambiante. En este desarrollo hemos contado con todos los Grupos de Interés internos y externos.

Entre los objetivos de este nuevo Plan Estratégico, se ha incorporado uno específico para la RSC. Detrás de este objetivo se recoge la idea de:

Creemos que promover y desarrollar el concepto de RSC internamente puede contribuir a:

- *Elevar el nivel de sensibilidad en relación al concepto de sostenibilidad*
- *Mejorar aún más la gestión medioambiental*
- *Desarrollar el concepto de “transparencia”, interna y externa, no sólo “poner información a disposición”, sino implicarnos en compartirla de manera eficaz*
- *Mejorar la accesibilidad de nuestros servicios, promoviendo la inclusión de colectivos con discapacidades*
- *Ser más conscientes del valor de una buena gestión de las relaciones externas y potenciar la capacidad de hacer y gestionar alianzas: educación, ayuntamientos, proveedores, asociaciones, ONGs...*

Queremos estar presentes en foros externos, porque buscamos ser referente en el desarrollo de estos conceptos en el sector sanitario. Creemos que puede ser una palanca de innovación importante.

Contribuir a la legitimación social de “lo público”, mediante la sensibilización sobre la utilización eficiente de recursos públicos.

Promover la conciencia sobre la RSC en los profesionales del HGU

Dentro de un planteamiento estratégico como éste no cabe otro camino que el cumplimiento estricto de los parámetros generalmente admitidos en el ámbito de la RSC.

El año 2011 ha estado marcado por la profunda crisis económica que ha sacudido a nuestro entorno y, de la cual, el Hospital no ha podido ser ajeno. Sin embargo, consideramos que esta crisis nos tiene que servir para poner en valor los conceptos en los que se soporta la RSC, puesto que es precisamente la conculcación de estos valores la que nos ha arrastrado, en gran medida, a la situación actual. Debe de ser una oportunidad para poner en marcha una nueva manera de gestionar las organizaciones teniendo como principios la sostenibilidad económica, social y medioambiental. En esta línea, y para hacer frente a la crisis, el Hospital dispone desde el año 2009 de un Plan anual de Mejora y Contención del Gasto, que nos permite disminuir gastos ofertando a nuestros pacientes una asistencia de igual calidad.

Los objetivos, que nos marcamos en materia de RSC han sido cumplidos. Por mencionar algunos de los que impactaban directamente en nuestros Grupos de Interés: certificación EMAS e ISO 14064 de la Huella de Carbono, hemos continuado con el proyecto de compra verde y auditoria energética, renovación del parque móvil de Hospitalización a domicilio con vehículos híbridos. Hemos mantenido las jornadas de puertas abiertas los principales ayuntamientos de nuestro entorno, área de cobertura sanitaria para trasladarles nuestros objetivos, establecer canales de colaboración y mejorar la comunicación, el grado de conocimiento que tienen de nuestra actividad y mejorar los canales de comunicación entre nosotros. También hemos ampliado el nº de jornadas de puertas abiertas a centros de educación secundaria con el objetivo de acercarles el mundo sanitario a sus inquietudes de futuro. En relación a hacer visible la RSC, hemos sistematizado la celebración anual de las Jornadas de RSC, y el pasado año se realizaba además un Market Place de ONGs colaboradoras. Se ha

impulsado la participación de las personas en la mejora y la gestión, estando en la actualidad el 24% de la plantilla en un equipo de mejora o proceso. Buscando un compromiso mayor de los profesionales en la gestión y por consiguiente en la sostenibilidad del sistema, se ha impulsado la descentralización en la gestión mediante la implantación de los contratos de gestión en los servicios y procesos, estando en 2011 el 48,22% de la actividad del HGU con este modelo organizativo. El compromiso social con la salud de los trabajadores/as y de la sociedad se ha materializado con proyectos como la obtención del premio BIKAIN de gestión y normalización del Euskera, la certificación OHSAS en el 2010, el proyecto Compartir Coche y la celebración del Día Mundial sin coche, o el uso de las redes sociales para difundir noticias de promoción de la salud. En el ámbito del buen Gobierno, hemos constituido el Comité de Ética Institucional así como el código de ética. Continuamos verificando nuestro compromiso con la sociedad con instrumentos como el Pacto mundial de las UN, así como todas las auditorias internas y externas a las que nos sometemos.

Igualmente están aprobados para el 2012-13, entre otros objetivos, continuar con proyectos estratégicos como el Hospital verde, la visualización de la RSC mediante la participación en actividades de comunicación y jornadas a nivel interno y externo, continuar con el Plan de normalización lingüística, impulsar el proyecto de ética social, implantar el proyecto de “mírame diferénciate” que busca la sensibilización sobre la calidez en la atención al paciente, materializar alianzas explícitas con ONGs de nuestro entorno, diseñar el proyecto “Mujer e igualdad”.

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

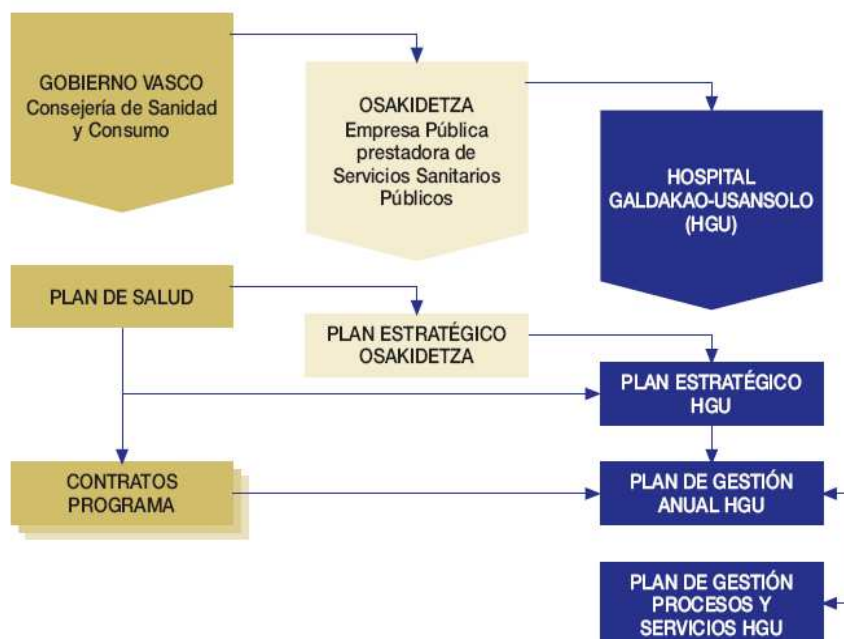
Santiago Rabanal Retolaza
Director Gerente

El Plan de Salud establecido por el Departamento de Sanidad y Consumo es el referente estratégico que guía nuestra oferta de servicios. En este documento, actualmente vigente para el periodo 2002-2010, se establecen las estrategias que pretenden mejorar la salud de la población aumentando la duración de los años de vida saludable, mejorar la salud de las personas más desfavorecidas y disminuir las desigualdades sociales de salud. A partir del Plan de Salud, se definen los siguientes documentos en los que se basan nuestra actividad y nuestros objetivos:

- El Plan Estratégico 2008-2012 de Osakidetza y el Plan de Salud del Departamento de Sanidad y Consumo, en el que se establecen las directrices básicas que todas sus organizaciones deben cumplir.
- El Contrato Programa. A través de él se priorizan las actuaciones en línea con el Plan de Salud vigente y se determinan los objetivos y metas a alcanzar. Este Contrato Programa representa actualmente el 80% de la actividad del Hospital y el 98,5% de su financiación. De duración anual, se compone de tres anexos: Cartera de Servicios, Financiación y Compromisos de Calidad.

Teniendo en cuenta estos documentos el HGU realizó su última Reflexión Estratégica fruto de la cual es el vigente Plan Estratégico 2010-14.

Fig. 01. Gobernanza del HGU



Para la realización del Plan Estratégico se tienen en cuenta las expectativas y necesidades de los Grupos de Interés. Asimismo, se evalúan los indicadores internos de rendimiento, las áreas de mejora detectadas en las evaluaciones EFQM y los planes y objetivos alcanzados. El Plan Estratégico en vigor marca una serie de Objetivos Estratégicos (OE) que pretenden conseguir el incremento de la satisfacción de todas las personas del HGU, la mejora de nuestros servicios y la satisfacción de nuestros clientes en línea con el Plan Estratégico de Osakidetza 2008-2012 y el Plan de Salud del Departamento de Sanidad y Consumo.

Para poder afrontar los nuevos retos entendíamos que debíamos diseñar un PE que fuese innovador, creativo y participativo, que contara con la presencia de todos nuestros GI. En total en el diseño de dicho plan han participado 402 personas del HGU, contando la presencia de 32 invitados externos pertenecientes a nuestros

grupos de interés (GI). Esta participación en la definición de la estrategia garantiza que el PE cubre sus necesidades y expectativas. Además han participado el 98% de los líderes del HGU.

La metodología de elaboración del PE se inicia con la revisión del cumplimiento del PE anterior y el análisis de las fuentes de información e indicadores internos del rendimiento. Posteriormente se revisa y define la MVV. En esta última revisión se ha modificado de manera sustancial la definición de nuestra Misión para adaptarla y poder dar una respuesta adecuada a los grandes cambios que se están dando en estos momentos en la sanidad.

Una vez realizado este proceso, se analizan las interrelaciones entre los diferentes elementos del entorno y la organización, identificándose las amenazas y oportunidades. Hasta ahora, la información relevante se analizaba con una matriz DAFO. En el PE 2010-14, fruto del aprendizaje con EITB (Ganador del Prize en el Premio EFQM 2009), hemos introducido como mejora la realización de talleres de creatividad, en los que han participado nuestros GI, y otras herramientas para complementar este análisis. A partir de este análisis se identifica el escenario básico o más probable para fijar las estrategias. Asimismo, se analizan los riesgos que pueden tener una mayor incidencia en el hospital y se identifican estrategias y acciones a desarrollar en el caso de que dichos riesgos se puedan producir.

Esta metodología, junto a la gestión de las fuentes de información señaladas y de los resultados obtenidos, nos garantiza alinear nuestros intereses con los de nuestros GI. Teniendo en cuenta la Misión y Visión 2014 marcadas en el PE, hemos definido **9 Objetivos Estratégicos**:

- Potenciar la Investigación y la Docencia
- Todos Somos Protagonistas
- Priorización y Sostenibilidad Económica
- Integración con Atención Primaria
- Organización Descentralizada
- Uso Inteligente de las TIC's
- Excelente Calidad Asistencial
- Referentes en Innovación
- Referentes en RSC

Cada uno de estos 9 objetivos, se han trabajado realizando un taller de creatividad, en el que han participado nuestros GI, y hemos contado con invitados externos relacionados con el OE en cuestión (Microsoft para las TIC's, EITB para la RSC, etc.). La herramienta utilizada ha sido la técnica de los "6 sombreros para pensar" del profesor Edward de Bono y se ha definido y desarrollado de forma sencilla en base a:

- las ideas base, el propósito o la intención, de lo que queremos hacer en cada objetivo;
- los indicadores concretos a medio plazo que nos van a permitir medir el logro de los objetivos que nos hemos planteado; y
- los proyectos estratégicos concretos que nos comprometemos a realizar cada año para el logro de los objetivos del Plan.

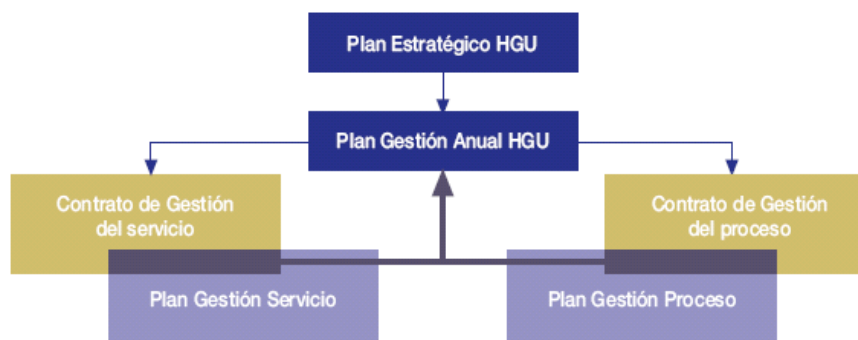
Cada uno de los OE se despliega mediante una serie de proyectos estratégicos, con sus planes de acción e indicadores de medición. Posteriormente, se elabora el PGA del HGU, donde se concretan los objetivos operativos a alcanzar, las acciones a desarrollar, los recursos asociados y los indicadores de seguimiento. A continuación dicho PGA se despliega a lo largo de toda la organización por medio de los PGA y contratos de gestión de cada proceso y Servicio. (Ver ejemplo **Fig. 2**: OE "Todos somos protagonistas"):

Fig. 02. Ejemplo OE

OBJETIVO ESTRATEGICO: Todos somos Protagonistas				
Proyecto Estratégico	Indicador	Proceso	PLAN DE ACCION	Responsable (s)
Impulsar la creatividad	Nº talleres para la creatividad	Innovación	Formar más <i>Txapelurdines</i> Utilización de herramientas de creatividad: talleres, Wordl Café, etc.	DG / UMC
Rediseño del Plan de Comunicación	Índice de satisfacción con la comunicación interna	Gestión de Personas	Realizar campañas de comunicación específica: PE; PGA, <i>Kaligidaria</i> , etc. Implantación de la nueva intranet Consolidar el Sirimiri Desarrollar e impulsar el <i>Zuzenean</i>	ED
Liderazgo compartido	Evaluación del liderazgo	Liderazgo	2º ciclo de evaluación del liderazgo Coaching Nuevos modelos de liderazgo; <i>Kaligidariak</i>	DG

El contexto actual de profunda crisis económica unido a un incremento de la demanda asistencial por motivos demográficos y su encarecimiento por el alto coste de los nuevos medicamentos y tecnologías médicas, nos han hecho ver la necesidad de realizar una transformación de nuestra organización con la participación de todas las personas de en su gestión, realizar una descentralización de la toma de decisiones y pasar de una macro-gestión a la micro-gestión. La herramienta que se plantea es la firma, previa negociación, de contratos de gestión con todos los Servicios y procesos del HGU. En dichos contratos se recogen objetivos asistenciales, económicos y estratégicos específicos para cada Servicio y proceso.

Fig. 03. Despliegue vertical de la estrategia del HGU



La descentralización y firma de contratos de gestión con los Servicios y procesos del HGU tiene como objetivo incorporar a la gestión de nuestro centro al mayor número de personas posible, se busca avanzar en un modelo de gestión descentralizada y participativa para poder utilizar nuestros recursos de una manera más eficiente y adaptar nuestra asistencia a las necesidades de los clientes de una manera efectiva. Este proyecto se puso en marcha de forma piloto el año 2010, con 4 Servicios que suponen el 37,04% de las altas que da el HGU. En el año 2011 se ha desplegado en 5 Servicios más, que suponen el 66,02% de las altas, y al PR. Hospitalización. Durante el año 2012 alcanzará al 100% de los Servicios. Para facilitar la evaluación de estos contratos se ha incluido una tabla de evaluación donde se agrupan los objetivos y se ponderan en base a su impacto en la estrategia. Esta tabla es la base sobre la que se reparten los incentivos pactados en cada CG. La evaluación de los resultados de la fase piloto ha sido muy satisfactoria, con un 67% de los objetivos cumplidos y una importante mejora en la eficiencia de esos Servicios. Este proyecto está teniendo un impacto social importante: desde su implantación en junio 2010 ya han sido 11 las comunicaciones realizadas en foros de gestión (congresos, cursos de postgrado, sociedades, etc.), además de recibir 2 premios. Asimismo, este proyecto nos ha servido para desarrollar herramientas de información clínica y económica referentes en el sector

sanitario y realizar alianzas con empresas de tecnología líderes en el mercado, 4. En todo el proceso de planificación están implicados el ED y los líderes de los diferentes Servicios, Unidades y procesos, quienes realizan revisiones periódicas y los ajustes ó correcciones pertinentes. De esta manera nos aseguramos que los Planes de Gestión anuales cubren la totalidad de las áreas del hospital, y dan respuesta a las necesidades y expectativas de los diferentes GI. En septiembre 2011 el ED, fruto de la evaluación realizada en la RE, incorporó medidas como; incorporación de propuestas de los Servicios en los CG, ampliación a CG plurianuales, y establecimiento de niveles para evitar agravios comparativos.

En el **apartado 4.9** de esta Memoria se recogen los diversos mecanismos que tiene implantados el Hospital para supervisar el grado de cumplimiento de los Objetivos Estratégicos y los Planes de Gestión.

Plan de Gestión 2011

Anualmente nos planteamos diferentes objetivos que se incluyen en el plan de gestión anual. Algunos debido a su complejidad o características se desarrollan más allá del periodo anual en el que se inician, y otros se integran ya de una manera sistemática en nuestros Planes de gestión. A continuación presentamos el estado de los objetivos planteados para el 2011 así como su grado de cumplimiento. Indicamos con un “+” y en color verde aquellos proyectos que están relacionados con la RSC;

Fig. 04. Avances de proyectos del Plan de Gestión 2011

OBJETIVO ESTRATEGICO	PROYECTOS	AVANCE	% Implantación	Grupo de Interés	Crit. EFQM
OE 1 POTENCIAR LA INVESTIGACION Y DOCENCIA	PE1 CREACION DE UN APARTADO EN LA INTRANET PARA INVESTIGACION	<ul style="list-style-type: none"> Diseño de la estructura y apartados sobre Investigación realizada en el HGU para su inclusión en la intranet del hospital. Pendiente: Identificar en la intranet del espacio para la Investigación (recogida de información y difusión a todos los profesionales) 	10%	Personas Sistema Sanitario	Personas
	PE 2 APROBACION DEL PLAN DE INVESTIGACION DEL HGU (2010 -2014) <ul style="list-style-type: none"> Estabilizar al personal de apoyo a la unidad de investigación Puesta en marcha del Instituto de Investigación conjunto con Basurto. Definir las líneas de investigación que respondan a las necesidades del HGU Buscar socios internacionales Crear un catalogo de ayudas Conseguir más espacios e infraestructuras Identificar nuevos investigadores y concebir una carrera investigadora en el HGU Facilitar la liberación de profesionales Desarrollar líderes de investigación dentro del HGU Formación para la ejecución de proyectos Formación en investigación y creación de una figura de referencia en investigación dentro de enfermería 	<ul style="list-style-type: none"> Inicio de contactos para el futuro Instituto de Investigación conjunto HGU-Hospital de Basurto (BIOEF y equipos de Galdakao y Basurto), Proyectos de Investigación activos en 2011 (48). Proyectos de investigación nuevos en 2011 (21). Formación de 17 médicos en investigación (Realización Curso de Investigación Avanzada) Pendiente: Formación en investigación a 8 enfermeras Creación figura de referencia en investigación dentro de enfermería Crear catalogo de ayudas. Definir las líneas de investigación que respondan a las necesidades del HGU 	80%	Personas Sistema Sanitario	Estrategia Personas Alianzas
	PE 3 ELABORACION DE UN PLAN DE CALIDAD DE FORMACION	Proceso de Docencia MIR con su Plan de Calidad	75%	Personas Sistema Sanitario	Estrategia Personas
TODOS SOMOS PROTAGONISTAS	PE 4 IMPULSAR LA CULTURA CREATIVA <ul style="list-style-type: none"> Formación: proporcionar herramientas de creatividad. Talleres de creatividad para distintos áreas, problemáticas, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> Formación 8 nuevos Txapelurdines (Total de 17 txapelurdines HGU Formación herramientas nuevas y transferencia al resto Txapelurdines (3 actividades 2011)) Pendiente: Conseguir que los servicios "demanden" mas talleres. Agilidad en la respuesta a los informes y demandas realizados en los talleres (incorpora en la dinámica del ED la revisión y respuesta ágil a las propuestas planteadas) 	75%	Personas	Estrategia Personas Procesos

SOSTENIBILIDAD ECONÓMICA	PE 5 REDISÑO DEL PLAN DE COMUNICACIÓN DEL HGU <ul style="list-style-type: none"> • Mejora de la comunicación y difusión para incrementar el conocimiento y conseguir una mayor implicación en el logro de los objetivos • Diseño de campañas de difusión e implantación de nuevas acciones de comunicación para áreas/temas (trabajar con talleres de creatividad): Plan Estratégico, Planes de Gestión, Proyectos del HGU, Resultados HGU 	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión del Plan de comunicación 50% • Incorporación de nuevos sistemas de comunicación 60% (Desayunos con la Dirección, Lunes Verdes, Facebook, Twitter, World café) • Taller de creatividad para la difusión del Plan estratégico 100% 	55%	Personas	Estrategia Personas
	PE 6 LIDERAZGO COMPARTIDO <ul style="list-style-type: none"> • Formación del líder – desarrollo de habilidades • Evaluación y autoevaluación del liderazgo • Coaching • Nuevos modelos de liderazgo: Gestores procesos, Kaligidariak, Contratos Gestión Sistemas de reconocimiento: impulso del reconocimiento en servicios/unidades y en el HGU 	<ul style="list-style-type: none"> • Inicio del segundo ciclo de evaluación del liderazgo (50%). • Realización conforme los resultados obtenidos por cada uno de los líderes en su evaluación, de un Plan individual de Liderazgo que recoge los resultados obtenidos en cada una de las 6 competencias que deben poseer los líderes, el objetivo a alcanzar en el plazo de 2 años y el Plan de Formación que debe seguir para conseguirlo. 50% • Implicación de los líderes en el proceso de evaluación externa EFQM. 100% • Revisión de las competencias de liderazgo acorde con el nuevo PE 2010-14. Incorporación de la RSC y criterios de ética social entre las mismas. 100% • Inclusión dentro del Plan de Formación del Hospital, de acciones para la formación de líderes. 100% • Modificar el organigrama del HGU adaptándolo a la gestión por procesos. 100% • Certificación OHSAS 18001-18002. Objetivo realizado. <p>Pendiente: determinar si realizar Autoevaluación 12 desafíos</p>	60%	Personas	Liderazgo Personas
	PE 7 DISEÑO E IMPLANTACION DEL SISTEMA DE INFORMACION DE COSTE POR PACIENTE <ul style="list-style-type: none"> • Para informar a Servicios y Procesos • Para informar a los pacientes de los costes generados por su asistencia • Para compararnos con otros centros 	<ul style="list-style-type: none"> • Año 2011 Se firma una alianza con Binteck como socio tecnológico y se inicia el Proyecto en junio. Se cumple el 100% de las actividades previstas para 2011, que se resumen en replicar nuestro modelo de costes por Servicio SAP en la herramienta CODIX 	100%	Personas Paciente Sociedad	Liderazgo Estrategia Alianzas

	PE 8 EVALUACION ECONOMICA (COSTE/UTILIDAD/EFFECTIVIDAD/BENEFICIO) • Evaluación de nuevos materiales, fármacos y equipamientos (SIT) • Participación en Proyectos de Investigación con evaluación económica • Evaluación de los Proyectos Innovadores • Evaluación de los Proyectos RSC • Coste de la seguridad del paciente (2012)	• Proyecto no priorizado en 2011. Se ha mantenido la actividad que ya se venía realizando anteriormente: Evaluación de SIT,s y participación en estudios de evaluación económica (4)	20%	Paciente Sociedad	Estrategia Alianzas Procesos
	PE 9 USO EFICIENTE DE LAS INSTALACIONES Y TECNOLOGIA • Uso eficiente de las instalaciones de los Quirófanos (2011)	• No se ha realizado debido a las obras de remodelación del Bloque Quirúrgico	0%	Paciente Sociedad	Estrategia Alianzas Procesos
INTEGRACION CON ATENCION PRIMARIA	PE 10 GUIAS DE PRACTICA CLINICA Y DEFINICION DE HOJAS DE RUTA DE LOS PROCEDIMIENTOS ASISTENCIALES MAS FRECUENTES	Digestivo. Hemorragia digestiva, dispepsia; protocolización de exploraciones complementarias. Atención en las curas por úlceras varicosas	60%	Paciente Sistema Sanitario Personas	Procesos
	PE 11 COORDINACION OPERATIVA Y ASISTENCIAL	Abordaje conjunto, mejora de las listas de espera: Ginecología, Digestivo, Medicina interna, Neumología, Cardiología, Cirugía General.	60%	Paciente Sistema Sanitario Personas	Procesos
	PE 12 CONTINUIDAD DE CUIDADOS	Desarrollo de un programa, interdisciplinar de atención al final de la vida. Violencia de Genero. EPOC, PROMIC, Asma.	60%	Paciente Sociedad Sistema Sanitario Personas	Procesos
ORGANIZACIÓN DESCENTRALIZADA	PE 13 CONSOLIDACION DE LA FIGURA DEL KALIGIDARIA	Reuniones planificadas con los diferentes Kaligidaris, definición de funciones y tareas. Redefinición de sus cometidos y responsabilidades.	80%	Personas Paciente	Liderazgo Personas Procesos
	PE 14 IMPLANTACION Y DESPLIEGUE DE LOS CONTRATOS DE GESTION +	Se sumamos al contrato de gestión los Servicios de: Cardiología, Oftalmología, Hematología, Psiquiatría y Urología. Así mismo, el proceso de Hospitalización. Se incorporan en los contratos de gestión aquellos objetivos estratégicos que, promovidos desde el propio servicio, tienen entidad suficiente Potenciación de la participación de los líderes en la Planificación y Gestión del Hospital: desligue del proyecto contratos de gestión a los servicios/procesos.	100%	Personas Paciente Sociedad Sistema Sanitario	Liderazgo Estrategia Procesos

	PE 15 GESTION POR PROCESOS Y AMPLIACION DE ALCANCE	Ampliación del alcance de la certificación ISO al 100% del hospital. Obtención de la Q Oro en la Evaluación Externa Premio Iberoamericano 2010 100%	100%	Personas Paciente Sociedad Sistema Sanitario	Estrategia Procesos
USO INTELIGENTE DE LAS TIC'S	PE16 DESARROLLO DE UNA HERRAMIENTA PARA LA REALCION E INTERCAMBIO DE INFORMACION CON PROFESIONALES DE OTROS CENTROS (ELKAR JAKINTZA)	El producto esta finalizado pero falta presentarlo a los profesionales e implantarlo en los 2 centros, Los accesos son desde octubre	60%	Personas Paciente Sistema Sanitario	Alianzas Procesos
	PE 17 AVANZAR EN EL HOSPITAL SIN PAPELES + • Osabide global: área de Consultas (2011) (100%) • Osabide Global: área de Hospitalización a domicilio (2011) • Osabide Global: área de Hospitalización (empezar 2011) • Osabide Global: área de Urgencias (2012) • Proyecto GINESTA (PILOTAJE 2011) • Receta electrónica (2011) • Prescripción farmacológica (2010-2011)	Se ha finalizado la implantación en Hospitalización a domicilio y en Consultas y Hospitalización se ha comenzado el despliegue con la formación y seguimiento en 7 servicios	80%	Personas Paciente Sociedad Sistema Sanitario	Procesos
	PE 18 INCORPORACION DE TECNOLOGIAS EXISTENTES • Wifi en áreas asistenciales (excepto área consultas) • Carros con ordenador para pase de visita • Tablet's PC para uso de la enfermería en la planta	Se ha puesto wifi en todas las áreas asistenciales exceptuando consultas Se han puesto en funcionamiento 2 carros ordenador por unidad de enfermería en la hospitalización	100%	Personas Paciente Sociedad Sistema Sanitario	Procesos
EXCELENTE CALIDAD ASISTENCIAL	PE 19 IDENTIFICACION Y CONTROL DE SISTEMA DE INDICADORES DE CALIDAD ASISTENCIAL • Búsqueda de indicadores calidad técnica • Evitación de ingresos innecesarios • Eliminación de pruebas innecesarias	La búsqueda de nuevos indicadores es muy compleja. Hay que enfocar el proyecto hacia el control de indicadores de calidad asistencial mediante diversas herramientas como el establecimiento de los contratos de gestión y la implantación de herramientas informáticas (Osabide Global)	0%	PacienteSistema Sanitario	Procesos

REFERENTES EN INNOVACION	PE 20 PLAN DE MEJORA DE INFORMACION Y ACCESIBILIDAD DE LOS PACIENTES <ul style="list-style-type: none"> • Mejora de señalización del HGU. • Mejora de la información a los pacientes • Mejora Gestión citas • Circuitos Alto Rendimiento • Plan de racionalización / autorregulación de citas 	<p>Se continúa avanzando en la mejora de la información de pacientes dentro del proceso de Hospitalización, a pesar de que los resultados de las encuestas todavía muestran posibilidades de mejora. Para el 2012 se plantea la implantación de las consultas de alta resolución del CAR de Gernikaldea y el establecimiento de las vías rápidas por patologías. Asimismo se estudiarán con la Comarca Interior las posibilidades de implantación de programas innovadores para el control de crónicos.</p> <p>Distribución por el hospital (Salas de espera y zonas de paciente) de las certificaciones y compromisos HGU (ISO, premios, etc.)</p> <p>Elaboración de guías de información al paciente en la WEB para los procesos asistenciales (Hospitalización, quirúrgico, Consultas y Litotricia)</p>	86%	Personas Paciente Sociedad Sistema Sanitario	Procesos
	PE 21 PLAN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE + <ul style="list-style-type: none"> • Puesta marcha de sistema de seguridad bloque quirúrgico • Herramientas informáticas para aumentar la seguridad del paciente 	<p>Continúan las obras de reforma del Bloque B que van en tiempo quedando pendiente por parte de SSCC dotar del equipamiento necesario para la puesta en marcha del mismo. El Hospital de día médico iniciará su funcionamiento con implantación del sistema de citación de pacientes con E-Osabide.</p> <p>Impulso del equipo seguridad HGU y de las líneas de trabajo en seguridad clínica (Campaña reducción 10.000 Eventos Adversos impulso bacteriemia zero.</p>	77%	Personas Paciente Sociedad Sistema Sanitario	Procesos
	PE 22 NUEVOS ROLES DE ENFERMERIA <ul style="list-style-type: none"> • La enfermería en la relación con el paciente crónico • Enfermería de enlace • Papel de la enfermería en la relación con el ciudadano: autocuidados, prevención,.... • Impulso a las consultas de enfermería 	<ul style="list-style-type: none"> • Implantación de enfermería específica, enfermera de enlace, para el seguimiento de pacientes con EPOC y Asma • Enfermería de enlace PROMIC • Cuidados de enfermería en diabetes 	78%	Personas Paciente Sistema Sanitario	Personas Procesos

REFERENTES EN RSC	PE 23 INNOVACION EN EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CRONICOS <ul style="list-style-type: none"> • Control domiciliario de pacientes crónicos: EPOC, PROMIC, Asma, • Utilización de TICs en el tratamiento de pacientes crónicos: enfermedades mentales, VIH, Rehabilitación 	<ul style="list-style-type: none"> • Libro de promoción de hábitos de vida saludable con Eneko Atxa "Menu osasungarriak". • Implantación del programa de seguimiento domiciliario de pacientes con EPOC (86 pacientes), pacientes con asma severo y con Insuficiencia cardíaca crónica • Desarrollo de un Plan de Gestión de la Innovación para el HGU. 	50%	Personas Paciente Sociedad Sistema Sanitario	Procesos Alianzas
	PE 24 ALIANZAS CON ORGANIZACIONES SANITARIAS <ul style="list-style-type: none"> • Coordinación Osatek y HGU • Plan director de laboratorios • Alianzas con hospitales: Osakidetza, Oligopsonio, CHU Bordeaux, Hospital del Mar.... 	<ul style="list-style-type: none"> • Firma de alianza con el CHU Bordeaux • Realización, con participación activa de profesionales del HGU, del Plan Director de Laboratorios de Osakidetza • Benchmarking con organizaciones líderes en innovación: Qulturum (Suecia), Parc Taulí 	45%	Personas Paciente Sistema Sanitario	Procesos Alianzas Estrategia
	PE 25 VISUALIZAR LA RSC (TANGIBILIZAR Y DIFUNDIR) + <ul style="list-style-type: none"> • Identificar acciones RSC, analizarlas y ponerlas en valor en el HGU • Día de la RSC • Reconocimiento a la RSC. Reconocimiento a Grupos de Interés (Aliados clave, Ayuntamiento, Asociación de pacientes,...) • Marketing viral: Crear una imagen de marca HGU+ y difundirla en las herramientas de CI; poner el Logo en artículos de la revista, difundir indicadores de RSC (GRI) que están en al Web mediante el Zuzenean con breves explicaciones de cómo esos indicadores impactan en RSC, etc.), formación-sensibilización • Lanzar mensajes en las pantallas del salón de actos sobre igualdad, respeto, PRL, etc. • Presentación a premios RSC (Fundación Avedis Donabedian, Premio transparencia, Fundamed, etc.) • Comunicación externa y difusión: Colaboración con EITB, presencia en Foros RSC (Forética, Euskalit, ...) 	<ul style="list-style-type: none"> • Celebración II Jornada de RSC (dimensión Social y ética) • Identificación de Acciones RSC (ver Póster HGU+), colocación II jornada RSC y Kafeleku • Identificación en la Revista HGU de un espacio para RSC • Especial Zuzenean RSC • Reconocimiento RSC (Libro Eneko Atxa) • Reconocimiento GI (ONG del Market Place) • Premio OMARS a la RSC • Finalistas premio Euskalit RSC • Finalistas premio europeo medioambiente • Presentación premio transparencia • Presencia HGU en buenas prácticas RSC de Euskalit • Benchmarking (visitas recibidas) de Hospitales para la Memoria GRI (Murcia) • Realización taller Memorias RSC en el simposium de Medioambiente • Presentación de varias comunicaciones de RSC (medioambiente, comunicación interna, accesibilidad, etc.) en diferentes congresos (SECA, Simposium medioambiente, etc.) • Incluir dentro de las encuestas ítems que nos permitan evaluar la percepción de nuestros clientes con las áreas de la RSC (grupos focales). 	86%	Sociedad Personas Sistema Sanitario	Estrategia Personas

	<p>PE 26 IMPACTO EN SOCIEDAD +</p> <ul style="list-style-type: none"> • Plan de Accesibilidad física al HGU • Proyecto Compartir Coche • Promoción de hábitos saludables en la población • Sistematizar la comunicación y espacios de encuentro con el entorno (asociaciones, organizaciones, etc.) • Colaboración con ONGs • Plan de Euskera: Premio BIKAIN 	<ul style="list-style-type: none"> • Diseñado el Plan de accesibilidad • Proyecto compartir coche • Promoción de hábitos de vida saludables (Libro de Eneko Atxa y difusión de noticias a través del Facebook) • Espacio de encuentros para ONGs: taller de creatividad y Market Place • Obtención del reconocimiento BIKAIN de Euskera • Inclusión en la encuesta de proveedores y Ayuntamientos ítems relacionados con los mecanismos de comunicación y relación con ellos. • Jornadas de puertas abiertas con Ayuntamientos. • Acuerdo de colaboración con DOA 	81%	Sociedad Personas pacientes	Estrategia Personas Alianzas
	<p>PE 27 HOSPITAL VERDE +</p> <ul style="list-style-type: none"> • Compra Verde • Gestión de residuos • Eficiencia energética • Celebración del Día Mundial del Medioambiente • Celebración del Día Mundial sin coche • Huella ecológica 	<p>La evaluación de este proyecto es el Informe del SGM</p> <ul style="list-style-type: none"> • Compra Verde: En el año 2011 se incluyeron cláusulas medioambiental en tres nuevos expedientes de Contratación • Certificación EMAS 2011. 100% • Gestión de residuos: Para el 2011 se aumentó la tasa de reciclado de un 28% a un 40% por mayor control sobre los contenedores. Además en el último trimestre del año se ha comenzado a impartir formación a todo el personal del Hospital. También se ha trabajado en el diseño de una nueva aplicación informática donde conoceremos el volumen de residuos generados por servicio. • Eficiencia energética: En el año 2011 se ha realizado una auditoría de iluminación y se ha instalado un programa de eficiencia energética donde podemos monitorizar el consumo de energía por áreas del Hospital • Celebración del Día Mundial del Medioambiente (ISG 92,4%. Importancia otorgada: 1) Cuidar el entorno natural del HGU, 2) Movilidad transporte) • Celebración del Día Mundial sin coche • Huella ecológica: Desde 2011 el Hospital participa en el Proyecto Europeo "RES-Hospitals: Towards zero carbon hospitals with renewable energy systems" cuyo objetivo es alcanzar el 20% del consumo a través de Energías Renovables para el año 2015. 	100	Sociedad Personas	Estrategia Personas Alianzas

		Además en 2011 el HGU ha participado en un proyecto piloto impulsado por IHOBE, para consolidar el inventario de emisiones de CO2 (Huella de carbono) mediante la obtención de la certificación voluntaria ISO 14064 Renovación del parque móvil con vehículos híbridos.			
% cumplimiento total PG 2011 HGU			65,85		

Compromiso con la Mejora en la Gestión

En 2010 hemos mantenido nuestro compromiso con el Modelo de Excelencia como principal herramienta de gestión, de esta manera, durante este año hemos sometido nuestro sistema de gestión a Evaluación Externa consiguiendo la el Premio Iberoamericano en categoría Oro que otorga Fundibeq. Igualmente hemos mantenido nuestra apuesta por la implantación de la Norma ISO en la gestión de nuestros procesos, estando en la actualidad el 100% del HGU certificado con las siguientes normas: ISO 9001, ISO 14001 y EMAS, ISO 166002, ISO14064.

En la **Fig. 17, apartado 2.10** de esta Memoria, se recogen los premios y distinciones que ha obtenido el Hospital Galdakao-Usansolo durante este periodo.

Plan de Gestión 2010-2012

La complejidad y tamaño de nuestra organización hace necesario que muchas acciones para poder ser desplegadas en todo el centro necesitan tener planes plurianuales, a continuación vamos a presentar alguna de las acciones relacionadas con la RSC que tenemos planificado desarrollar en los próximos años.

Fig. 05. Plan de Gestión 2010-2012

OBJETIVO ESTRATEGICO	PROYECTOS
OE 1 POTENCIAR LA INVESTIGACION Y DOCENCIA	PROYECTO ESPACIO INTRANET PARA LA INVESTIGACION <u>Acciones:</u> <ul style="list-style-type: none">• Seleccionar la estructura y contenidos del espacio de investigación en la intranet• Recogida de la información y difusión.
	PROYECTO CREACION DEL INSTITUTO DE INVESTIGACION CONJUNTO CON HOSPITAL DE BASURTO <u>Acciones:</u> <ul style="list-style-type: none">• Elaboración del Plan Estratégico de investigación conjunto• Realización Proyectos de Investigación conjuntos con Basurto
	PROYECTO DEFINICION DE NUEVAS LINEAS DE INVESTIGACION Identificación de líneas prioritarias de investigación en el HGU (Consejo de Dirección)
	PROYECTO AUMENTAR LA CAPACIDAD INVESTIGADORA DE LOS PROFESIONALES <ul style="list-style-type: none">• Formar en investigación a médicos y enfermeras (así como profesionales no sanitarios según líneas de investigación prioritizadas)• Reconstitución de la Comisión de Investigación, incorporando a personal de enfermería en la misma (2/3 enfermeras)
	PROYECTO AUMENTAR EL PRESTIGIO DOCENTE HGU <ul style="list-style-type: none">• Elaborar Plan de Calidad de Formación Docente para estudiantes de enfermería.• Mantener y mejorar el Plan de Calidad Docente MIR• Programa de Formación para TER, TEL y AE• Programa de Formación en Nutrición Humana y Dietética con la Universidad de Navarra
OE2 TODOS SOMOS PROTAGONISTAS	IMPULSAR LA CULTURA CREATIVA Utilización de las herramientas de creatividad reuniones de procesos Talleres de creatividad
	PLAN DE COMUNICACION DEL HGU Despliegue del Plan de comunicación Implantación y desarrollo campana 9 objetivos 9 meses Diseñar campanas de comunicación
	PARTICIPACION ACTIVA Y APORTACION DE VALOR Evidenciar eficiencia y mejora de los mecanismos de participación (participación grupos, comisiones, equipos); establecer objetivos y visualizar resultados

	LIDERAZGO COMPARTIDO 2 fase de Evaluación de liderazgo Plan formación kaligidariak Revisión y mejora plataforma valoración competencial
OE3 SOSTENIBILIDAD ECONÓMICA	PROYECTO GESTIÓN POR PACIENTE
	PROYECTO UNIDAD DE EVALUACIÓN ECONÓMICA <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación de nuevos materiales, fármacos y equipamientos (SIT) • Participación en Proyectos de Investigación con evaluación económica • Evaluación de los Proyectos Innovadores • Evaluación de los Proyectos RSC • Coste de la seguridad del paciente (2013)
	PROYECTO IMPUTACIÓN DE MATERIALES QUIRÚRGICOS A PACIENTE
	PROYECTO USO EFICIENTE DE LAS INSTALACIONES Y TECNOLOGÍA <ul style="list-style-type: none"> • Análisis de la eficiencia en la utilización de los Bloques Quirúrgicos
	EQUILIBRIO ECONÓMICO + Acciones: <ul style="list-style-type: none"> • Presupuesto 2012 y control presupuestario • Plan de mejora y contención del gasto
OE4 INTEGRACION CON ATENCION PRIMARIA	PROTOCOLIZACIÓN Y GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN PROCESOS ASISTENCIALES
	DEFINICIÓN DE HOJAS DE RUTA MÉDICO-ADMINISTRATIVAS/Y ASISTENCIALES EN LOS PROCESOS MÁS FRECUENTES
	ACUERDOS QUE FACILITEN CONSULTAS NO PRESENCIALES Y VÍDEO-CONSULTAS
	TELEMEDICINA / TELE ASISTENCIA
	FORMACIÓN CONTINUADA AP-AES
OE5 ORGANIZACIÓN DESCENTRALIZADA	CONSOLIDAR LA FIGURA DEL KALIGIDARIA: Reuniones periódicas (mensuales) con Gestores de Proceso
	DESPLIEGUE DE LOS CONTRATOS DE GESTION + <ul style="list-style-type: none"> • 100% actividad hospitalización • Proceso actividad ambulatoria • Proceso de tratamientos quirúrgicos
	IMPULSO Y REFUERZO DE LA GESTION POR PROCESOS Despliegue de los contratos de Gestión para control de sistema de indicadores de calidad asistencial.
	MEJORA DE LA SISTEMATICA Y SEGUIMIENTO DE LOS CONTRATOS DE GESTION + Establecimiento de un plan de seguimiento y control Inclusión de objetivos específicos del servicio
OE6 USO INTELIGENTE DE LAS TICS	PUESTA EN MARCHA DE LOS SISTEMAS DE INFORMACION EN GERNIKALDEA
	DESPLIEGUE DE OSABIDE GLOBAL (URGENCIAS) +
	IMPLANTACIÓN DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN DE ENFERMERIA +
	IMPLANTACIÓN DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN DE ANATOMIA PATOLOGICA
	IMPLANTACIÓN DE WINDOWS 7

	INTEGRACIÓN DE LA INFORMACIÓN DERIVADA DE EQUIPOS ELECTROMEDICOS (SISTEMAS EXTERNOS)
	HERRAMIENTAS INFORMÁTICAS PARA AUMENTAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE + GESTIÓN INFORMATIZADA DE UCA Y HOSPITAL DE DÍA MÉDICO
	USO DE LAS TICS Y REDES SOCIALES COMO HERRAMIENTA DE COMUNICACIÓN
OE7 EXCELENTE CALIDAD ASISTENCIAL	PROYECTO PLAN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE + Sistema de seguridad bloque quirúrgico, mejora de los circuitos y apertura del nuevo Bloque B. Herramientas informáticas para aumentar la seguridad del paciente: Gestión informatizada de UCA y Hospital de día médico
	PROYECTO PLAN DE MEJORA DE INFORMACION Y ACCESIBILIDAD DE LOS PACIENTES Mejora de señalización del HGU. Apertura de Hemodiálisis del CAR de Gernikaldeia Apertura de Urgencias del CAR de Gernikaldeia Implantación de vías rápidas por patologías Circuitos Alta Resolución: puesta en marcha consultas del CAR Gernikaldeia
	AMPLIACION CARTERA DE SERVICIOS Implantación Screening Cáncer Colo-rectal en Comarca Interior Despliegue del Servicio de Oncología
OE8 REFERENTES EN INNOVACION	PUESTA EN MARCHA DEL PROGRAMA DE AUTO HEMODIÁLISIS PARA EL PACIENTE CON IRC
	IMPLANTACIÓN DE UN MODELO DE ATENCIÓN DE PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA CON EL APOYO DE LAS TICS
	DESPLIEGAR EL PROYECTO DE LIBRO CON ENEKO ATXA +
	NUEVOS ROLES DEL PERSONAL SANITARIO
	ALIANZA CON VIRTUAL WARE PARA EL DESARROLLO DE "SERIOUS GAMES"
	ALIANZAS PARA DESARROLLAR UNA LÍNEA DE PRODUCTOS PARA DESCARGAS DE SMART PHONES
	GESTION SISTEMATIZADA DE LA INNOVACIÓN <ul style="list-style-type: none"> • Puesta en marcha del Comité de Innovación. • Puesta en marcha de la Unidad de Gestión de la Innovación. • Implantación de la herramienta "ideascale"
OE9 REFERENTES EN RSC	PROYECTO: VISUALIZAR LA RSC (TANGIBILIZAR Y DIFUNDIR) + <ul style="list-style-type: none"> • Identificar acciones RSC, analizarlas y ponerlas en valor en el HGU • III Jornada RSC (ámbito Medio Ambiental) • Reconocimiento a la RSC. Reconocimiento a Grupos de Interés (Aliados clave, Ayuntamiento, Asociación de pacientes,...) • Marketing viral: Potenciar la marca HGU+ y difundirla en las herramientas de CI • Verificación memoria GRI 2010-11 • Lanzar mensajes en las pantallas del salón de actos sobre igualdad, respeto, PRL, etc. • Presentación a premios RSC (Fundación Avedis Donabedian, Euskalit, Premio transparencia, Fundamed, etc.) • Comunicación externa y difusión: presencia en Foros RSC (Forética, Euskalit, ...)
	PROYECTO: ÉTICA SOCIAL + <ul style="list-style-type: none"> - Creación del Comité de ética social - Aprobación del código ética social - Constitución del Consejo de gobierno HGU
	PLAN DE ACCESIBILIDAD FÍSICA AL HGU (IMPLANTACION MEJORAS IDENTIFICADAS) +

<p>PROYECTO: POTENCIAR EL PROYECTO DE COMPARTIR COCHE (EVALUAR Y MARCAR MEJORAS) +</p>
<p>PROYECTO: PROMOCIÓN DE HÁBITOS SALUDABLES EN LA POBLACIÓN +</p>
<p>PROYECTO POTENCIAR EL VOLUNTARIADO CORPORATIVO + Implantación de mejoras fruto del taller de creatividad (creación de una coordinadora de ONGs, espacios de encuentro, etc.)</p>
<p>PROYECTO: "MIRAME, DIFERENCIATE" +</p>
<p>PROYECTO: MUJER E IGUALDAD +</p>
<p>IMPULSO DEL PLAN DE NORMALIZACIÓN DEL EUSKERA +</p>
<p>ALIANZAS CON ASOCIACIONES DE PACIENTES + - Encuestas de satisfacción - Establecimiento de alianzas - Sistematizar la comunicación y espacios de encuentro con el entorno (asociaciones, organizaciones, etc.)</p>
<p>HOSPITAL VERDE + • Compra Verde • Gestión de residuos: Cursos de formación al personal, obligatorio para el personal de nueva incorporación. Control de los residuos bio-sanitarios por punto de origen. • Eficiencia energética: Acciones dirigidas a los lugares donde se detecten puntas de consumo energético. Inicio del cambio a sistemas de iluminación más eficientes. Se continuará con el aislamiento y cambio de ventanales en las nuevas obras. • Celebración del Día Mundial del Medioambiente • Celebración del Día Mundial sin coche • Huella ecológica: Certificación ISO 14064 del inventario de emisiones.</p>

Galdakao
Usansolo
Ospitalea · Hospital

2

Perfil de la organización

2.1 Nombre de la organización

El Hospital Galdakao-Usansolo es una organización de Servicios Sanitarios perteneciente a la Red de Osakidetza, Ente Público de Derecho Privado dependiente del Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco. En la **Fig. 01** se describe la relación del Hospital con Osakidetza y el Departamento de Sanidad y Consumo.

2.2 Principales marcas, productos y servicios

Los productos que oferta el HGU son los propios de un hospital general. Dispone de todas las especialidades propias de un hospital general de agudos de su tamaño, con la excepción de no disponer de área materno-infantil, y mantiene acuerdos con otros hospitales, ver **Fig. 27, apartado 4.17** de esta Memoria, para la atención de aquellas especialidades que no entran en su cartera de servicios **Fig. 05**. El Hospital ofrece un servicio de cobertura extra comarcal en el caso de la Unidad de Litotricia Extracorpórea, la cápsula endoscópica, lavado seminal y la eco-broncoscopia; cuenta con servicios residencializados en el Centro como son Osatek-Resonancia Magnética, el Centro de Farmacovigilancia del País Vasco y el Centro Vasco de Transfusión y Tejidos Humanos.

Fig. 06. Relación del HGU con Osakidetza y Departamento de Sanidad y Consumo



Fig. 07. Cartera de servicios

ESPECIALIDADES		UNIDADES ESPECIALES
Alergología	Medicina Interna	Hemodinámica (Servicio de Cardiología)
Anestesia-Reanimación	Medicina Preventiva	Hospital de Día
Análisis Clínicos :	Nefrología	Hospital de Día Psiquiátrico (Servicio de Psiquiatría)
Microbiología,	Neumología	Hospitalización a Domicilio
Bioquímica y	Neurofisiología	ICTUS (Servicio de Neurología)
Hematología	Neurología	Litotricia (Servicio de Urología)
Anatomía Patológica	Psiquiatría	Unidad de Cirugía Ambulatoria
Cardiología	Oftalmología	Unidad Cuidados Intermedios Respiratorios (Servicio de Neumología)
Cuidados Intensivos	O.R.L.	Unidad de Desintoxicación Drogadicción (Servicio de Psiquiatría)
Cirugía General y del	Radiodiagnóstico	Unidad del Dolor (Servicio Anestesia y Reanimación)
Aparato Digestivo	Rehabilitación	Unidad de Epidemiología e Investigación
Cirugía Vascular y	Tocoginecología	Unidad de Hemodiálisis (Servicio de Nefrología)
Angiología	Traumatología y Cirugía	Unidad de Recuperación Post Anestésica
Dermatología	Ortopédica	Unidad de Salud Laboral
Digestivo	Urología	Unidad del Sueño (Servicio de Neumología)
Endocrinología		Unidad de Trasplante Médula Ósea (Servicio de Hematología)
Enfermedades Infecciosas		Unidad de Corta Estancia
Farmacia Clínica		
Hematología Clínica		
GESTIÓN CLÍNICA		
Admisión	Unidad de Metodología	
Documentación Clínica	de Calidad	
	SAPU	

Asimismo dispone de una Unidad de Catástrofes, con 56 camas, para dar cobertura en caso de necesidad a toda la CAV.

2.3

Estructura operativa de la organización, incluidas las principales divisiones, empresas operativas, filiales y negocios conjuntos (joint ventures)

Desde que comenzó su funcionamiento en diciembre de 1984, con tan sólo 80 camas y algunas especialidades, el Hospital ha ido consolidándose dentro del entramado asistencial hasta alcanzar su dimensión actual, produciéndose una renovación de estructuras y servicios para su adecuación constante a las necesidades y expectativas asistenciales de la ciudadanía.

Estructura Asistencial

Nuestra capacidad de hospitalización asciende a 383 camas (excluidas las 56 destinadas a catástrofes), de las cuales cerca del 40% son quirúrgicas, y el resto se dividen en médicas, cuidados intensivos, reanimación y otros servicios. Así mismo, contamos con 12 quirófanos para la realización de intervenciones programadas y otro para atender Urgencias a lo largo de las 24 horas del día. La actividad asistencial anual supone atender a cerca de 22.000 ingresos, 12.000 intervenciones quirúrgicas, más de 79.000 urgencias, 195.000 consultas en el hospital y 216.000 consultas en los ambulatorios.

Para ello contamos con una plantilla formada por 1.430 profesionales (fijos e interinos a 31/12/2011, no incluidos temporales estructurales) **Fig. 08**. La edad media de la plantilla es de 48 años, siendo el 85,59% personal fijo, lo que expresa el impacto social y de generación de empleo en el entorno que comporta la actividad del HGU. Además generamos empleo en empresas externas que realizan su actividad en el Hospital colaborando en la prestación de servicios como limpieza, seguridad, archivo, alimentación o cafetería. El HGU cuenta con acreditación para la actividad docente en especialidades médicas y en el área de enfermería, y dispone también de autorización y acreditación asistencial para la extracción y donación de órganos.

Fig. 08. Distribución de la plantilla

Tipo personal	Categoría	Nº Personas	%	Nº Hombres	% Hombres	Nº Mujeres	% Mujeres
Personal propio	Facultativos/as	389	23,91%	222	57,07%	167	42,93%
	Enfermería	862	52,98%	66	7,66%	796	92,34%
	Personal no sanitario	376	23,11%	172	45,74%	204	54,26%
	TOTAL	1627	100,00%	460	28,27%	1167	71,73%
Personal ajeno	Personal de contratas	159		40	25,32	118	74,68%

Estructura Organizativa

La estructura funcional del HGU está regulada por el Decreto 194/1996 para la atención especializada. Establece una estructura basada en dos tipos de órganos:

- Órganos de Dirección y Gestión: Gerente, Equipo Directivo y Consejo de Dirección
- Órganos de Participación: Consejo Técnico

El Gerente y el Equipo Directivo ejercen las funciones de dirección y gestión del Centro, reservándose al Consejo de Dirección las funciones de planificación. El Consejo de Dirección está formado por el Gerente, Equipo Directivo, tres representantes del Consejo Técnico elegidos por dicho Consejo, la Coordinadora del Sistema de Gestión de Calidad (SGC) y otras personas que el Director Gerente considere que sus opiniones puedan aportar valor añadido.

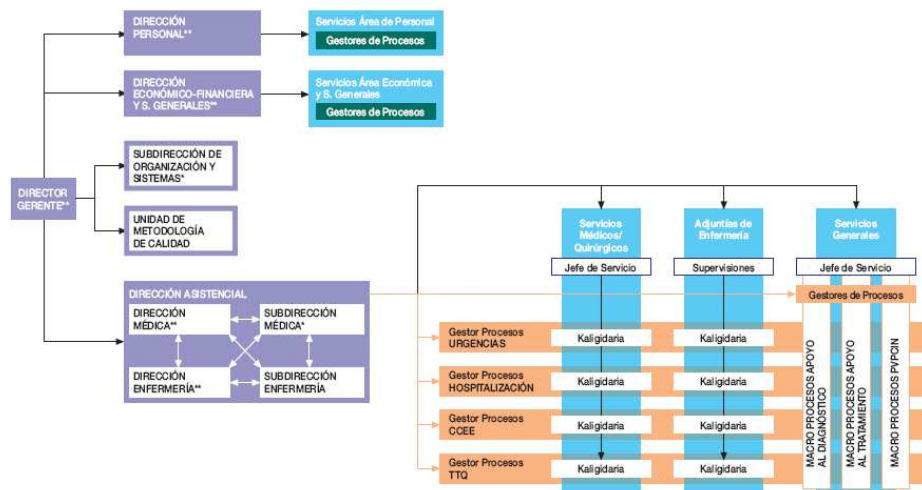
El Consejo Técnico es el órgano de asesoramiento y participación de los profesionales en la gestión del Hospital. Está compuesto por 6 médicos/as, 4 enfermeras/os, el Director de Enfermería, el Responsable del Servicio de Atención Paciente-Usuario (SAPU) y el Director Médico que actúa como presidente.

Aunque el Gerente y el Equipo Directivo sean los máximos responsables de la Organización y, por tanto, lideran los aspectos relacionados con nuestro ámbito social, económico y medioambiental. El HGU tiene identificadas 170 personas como líderes y apoyan al ED en la planificación y despliegue de las actividades de gestión.

Durante el año 2009 se ha realizado una modificación del organigrama del HGU pasando de un organigrama piramidal en el que estaban presentes solo los departamentos a otro matricial en el que están representados tanto los servicios/unidades como los procesos del HGU.

Las decisiones se transmiten en cascada a través de los líderes, estructurándose conforme al organigrama de la **Fig. 09**.

Fig. 09. Organigrama del HGU



Estructura de Gestión

Nuestro sistema de gestión toma como referencia desde 1996 el Modelo EFQM, con la adopción de este modelo se inicia la implantación continua de una serie de cambios que ha permitido pasar de una gestión basada exclusivamente en los servicios y departamentos a una actuación que conlleva una gestión integral por procesos y que garantiza la transversalidad de las actuaciones y la implicación de las personas en el proyecto.

Dadas las características de la actividad del HGU, los profesionales disponen de un alto grado de autonomía en la toma de decisiones que afectan a su trabajo a diferentes niveles. El pasado año 2010 en el marco de la Política de RSC del HGU, se apostó por avanzar en un modelo de mayor descentralización de la gestión, pasar de una macrogestión a una microgestión. Vivimos momentos de cambio en la sociedad y el HGU no es ajeno a los mismos; la crisis económica y el agotamiento del Modelo Asistencial, hace que la sostenibilidad sea uno de los objetivos estratégicos del HGU. La herramienta base es la firma, previa negociación, de contratos de gestión con todos los servicios y procesos del HGU. En dichos contratos se recogen objetivos asistenciales, económicos y estratégicos específicos para cada Servicio y proceso. A medida que hemos ido avanzando en nuestro sistema de gestión se ha ido incrementando el despliegue de la participación de las personas tanto en procesos, como en comisiones y equipos de mejora, de manera que el 25% de las personas distintas del HGU, participan en una comisión o equipo. El HGU ha apostado por el trabajo en equipo, de hecho en la actualidad (diciembre 2011) hay un total de 124 equipos, comisiones o comités. Este despliegue de la participación de las personas tanto en procesos, como en comisiones y equipos de mejora, ha incidido en la mejora de la satisfacción tanto de las personas como del resto de los grupos de interés. Nuestra pertenencia a Osakidetza nos permite, además de contribuir a unos objetivos comunes en materia sanitaria para los ciudadanos/as de la CAPV, compartir estrategias comunes y la utilización de herramientas conjuntas. Además, la transmisión de conocimientos y la utilización de grupos de trabajo entre los diversos centros constituyen una fuente continua de aprendizaje.

2.4

Localización de la sede principal de la organización

Barrio Labeaga s/n, 48960. Galdakao. Bizkaia.

2.5

Número de países en los que opera la organización y nombre de los países en los que desarrolla actividades significativas o los que sean relevantes específicamente con respecto a los aspectos de sostenibilidad tratados en la memoria

Comunidad Autónoma del País Vasco.

Fig. 10. Mapa de la cobertura



2.6

Naturaleza de la propiedad y forma jurídica

El Hospital Galdakao-Usansolo es una organización de Servicios Sanitarios perteneciente a la Red de Osakidetza, Ente Público de Derecho Privado dependiente del Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco.

2.7

Mercados servidos (incluyendo el desglose geográfico, los sectores que abastece y los tipos de clientes/beneficiarios)

Nuestra razón de ser es contribuir al desarrollo y bienestar de la comunidad, tal y como recoge la Misión, de **“Trabajamos para mejorar la salud de nuestra población”**

Damos cobertura asistencial a la Comarca Interior de Bizkaia y al Valle de Ayala del Territorio Histórico de Araba, siendo el hospital de referencia para una población cercana a los 300.000 habitantes, caracterizada por ser eminentemente rural y muy dispersa geográficamente, siendo de predominio vascoparlante. Para acercar la asistencia a nuestros clientes disponemos de 5 ambulatorios en Gernika, Durango, Galdakao, Basauri y Llodio a donde se desplazan nuestros profesionales para dispensar la asistencia especializada.

2.8

Dimensiones de la organización, informante incluido:

• Número de empleados/as

El Hospital Galdakao-Usansolo cuenta con una plantilla formada por 1.430 profesionales. La edad media de la plantilla es de 48 años, siendo el 85,59% personal fijo (tipos de personal, **ver apartado 5.3 Dimensión social: a) empleo**).

La distribución por categorías y años es la que muestra la **Fig. 12. La distribución del personal por edad, sexo, comarca de procedencia, puestos ofertados en OPE y concursos de traslados, queda recogido en el apartado 5.3 Dimensión social: a) empleo**

Fig. 11. Distribución por relación contractual

Relación contractual	Nº	% Personas	
Personal fijo	1.224	85,59%	Plantilla estructural
Personal interino	206	14,41%	
Subtotal	1.430	87,89%	
Personal temporal	197	12,11%	Necesidad estructural
TOTAL	1.627		

Fig. 12. Distribución de la plantilla estructural por categoría profesional

Distribución plantilla estructural(sin temporales)	2008	2009	2010	2011	2011
CATEGORIA	1.296	1.313	1.343	1.430	
Personal directivo	5	5	5	5	0,35%
Facultativos	286	294	309	363	25,38%
Técnicos superiores	15	17	16	18	1,26%
Diplomados sanitarios	401	401	409	430	30,07%
Técnicos medios	8	8	8	9	0,63%
Técnicos sanitarios	71	74	77	87	6,08%
Técnicos especialistas admon/profesionales	39	40	40	40	2,80%
Técnicos auxiliares sanitarios	232	232	236	234	16,36%
Técnicos auxiliares administrativos	75	78	80	82	5,73%
Técnicos auxiliares profesionales	29	28	27	27	1,89%
Subalterno - Operarios	135	136	136	135	9,44%

- **Ingresos netos**

Al ser el HGU un hospital público perteneciente a la Red sanitaria de Osakidetza el 98,5% de sus ingresos provienen de la facturación de sus servicios al Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco a través del Contrato Programa que suscriben anualmente. **Fig. 13.**

- **Cantidad de productos o servicios prestados**

Conforme a lo explicitado en nuestra Misión nuestra razón de ser es dar cobertura asistencial especializada a toda la población de la Comarca Interior de Bizkaia, aproximadamente 300.000 habitantes. Para cubrir estas necesidades asistenciales anualmente realizamos la siguiente actividad:

Fig. 13. Datos de facturación del Contrato Programa

	2010	2011
FACTURACION CP	157,491,753€	157,763,771€

Fig. 14. Actividad Asistencial: Hospitalización, Quirúrgico, Urgencias, Actividad ambulatoria, Alternativas a la Hospitalización

	2009	2010	2011
Hospitalización			
Media de camas utilizadas	395,64	382,92	369,16
Estancias	114.090	103.664	103.832
Altas	23.100	22.573	22.501
Índice de rotación	58,32	58,97	60,87
Pesos totales (vers 21)	34.187,77	33.359,39	34.157,66

Estancia media total	4,94	4,59	4,62
Índice de ocupación	79,01	74,17	77,06
Tasa ambulatorización	66,41	66,24	65,95
Reingresos en hospitalización	6,43	6,32	6,71
Quirúrgica			
Intervenciones PAG	5.862	5.604	5.748
Intervenciones PAL	2.192	2.321	2.544
Intervenciones UAG	1.573	1.674	1.585
Intervenciones UAL	281	307	188
Total mañana y urgente	9.908	9.906	10.065
Cirugía programada extraordinaria	2.316	2.310	2.231
Total actividad quirúrgica	12.224	12.216	12.296
Intervenciones menores	6.120	5.504	11.067
Estancia media preoperatoria de ingresos programados	0,39	0,31	0,27
% Cancelación de cirugía programada	3,17	3,78	4,98
Índice de utilización quirófanos	79,30	71,89	75,70
Urgencias			
Urgencias atendidas	79.500	79.233	79.207
Urgencias ingresadas	12.304	12.105	12.691
Presión de Urgencias	54,50	54,68	57,77
% Urgencias ingresadas	15,47	15,28	16,02
Actividad Ambulatoria			
Primeras consultas	127.218	125.477	126.144
Consultas sucesivas	258.914	260.627	274.623
Total consultas	386.132	386.104	400.767
Índice sucesivas/primeras	2,04	2,08	2,18
Alternativas a la Hospitalización			
Hospitalización a domicilio			
Nº de ingresos	497	420	456
Nº de estancias	10.033	7.802	9.191
Hospital de día Quirúrgico (UCSI)			
Nº de intervenciones	4.300	4.203	3.415
% Cirugía programada	41,47	41,06	32,45
% Traslados a Hospitalización	2,17	2,93	2,93
Hospital de Día Médico			
Nº procedimiento/actuaciones	6.323	6.249	6.958

Fig. 15. Actividad Asistencial Servicios Generales: Anatomía Patológica, Radiodiagnóstico, Farmacia, Rehabilitación

	2009	2010	2011
Anatomía Patológica			
Citologías	23.802	22.660	19.847
Biopsias	13.009	13.471	13.657
Autopsias	25	12	30
Biopsias intra operatorias	672	682	624
Rayos			
T.A.C.	13.995	13.325	13.061
Ecografías	17.243	17.973	18.331
Rx simples	80.033	91.174	95.580
Farmacia			
Farmacia Central			
Episodios unidosos	44.410	42.750	45.696
Pacientes unidosos	16.858	16.224	17.342
Pacientes ambulatorios (UCA, Hospitalización a Domicilio, Hemodiálisis, Urgencias)	1.765	2.162	2.549
Unidades de medicamentos dispensadas por día		9.904	10.330
Consulta Farmacia Ambulatoria			
Pacientes	1.707	1.846	2.013
Contactos	10.804	11.035	11.830
Rehabilitación			
Nº de pacientes	1.292	1.254	1.226
Nº total de prestaciones	99.552	95.415	97.944
Nº total de sesiones	34.255	33.656	33.737

2.9

Cambios significativos durante el periodo cubierto por la memoria en el tamaño, estructura y propiedad de la organización

El principal reto significativo marcado para el HGU es el nuevo PE 2010-14, que apuesta por el cambio del modelo asistencial y que ya ha empezado a dar los pasos;

- Cambios en nuestra relación con los pacientes, con la incorporación de nuevas tecnologías y modelos de asistenciales
- Cambios en las relaciones con la atención primaria
- Cambios organizativos internos, como el propio organigrama matricial o la orientación a la descentralización en la gestión
- Cambios en nuestra relación con la sociedad

El actual PE 2010-14 del HGU, recoge 9 objetivos estratégicos para hacer cumplir con la misión y visión identificada. Para conseguir alcanzar estos Objetivos Estratégicos el HGU está en una permanente

renovación de sus infraestructuras asistenciales y tecnológicas, muchas de ellas recogidas en la Memoria del Premio Iberoamericano 2010 y en la memoria EFQM 2012 (criterio 5 en ambos casos).

Los resultados que hemos obtenido en las distintas encuestas de satisfacción de los pacientes nos confirman el positivo impacto de los cambios implementados. El HGU valora como cliente "satisfecho" en las encuestas de satisfacción las valoraciones excelentes, muy buenas y buenas.

Fig. 16. Satisfacción del cliente

Confort (% Satisfacción)	2007	2008	2009	2010	2011
Hospitalización					
Comodidad de la habitación en la estuvo	80,40	89,20	90,40	95,10	91,60
Limpieza de la habitación	88,90	92,20	93,40	91,80	95,70
Media	84,80	90,70	91,90	93,45	93,65
Urgencias					
Comodidad	87,50	77,70	83,50	86,50	78,30
Limpieza	97,90	98,00	96,40	99,00	96,40
Ambiente ausencia de ruido o tranquilidad	90,20	85,80	85,10	82,00	72,40
Media	91,80	87,20	88,30	89,17	82,37
Consultas Externas					
Sala de espera limpieza	97,00		90,10		95,50
Sala de espera: temperatura	96,40		83,20		84,30
Sala de espera: Ambiente ausencia de ruido	89,40		84,20		84,30
Sala de espera: Comodidad	89,30		84,20		91,50
Media	89,90		88,10		88,90
Satisfaccion general (% satisfaccion)					
Hospitalización					
Valoracion del conjunto de la asistencia que recibio durante su hospitalización	94,50	97,30	98,70	99,00	98,70
Urgencias					
Valoracion conjunto de asistencia recibida en urgencias	93,50	92,50	93,90	96,50	86,50
Consultas externas					
Asistencia recibida en la consulta	97,00		95,10		97,60
Media	95,00	94,90	95,90	97,75	93,7
Fidelización (% satisfacción)					
Hospitalización					
En caso de elegir ¿volveria a ser atendido en este hospital	98,80	97,30	99,70	100,00	99,70
Urgencias					
En caso de elegir ¿volveria a ser atendido en este servicio de urgencias?	99,00	92,40	96,90	97,00	93,50
Consultas externas					
En caso de poder elegir ¿Volveria?	97,50		98,00		99,00
Media	98,37	94,85	98,20	98,50	96,86
Capacitación tecnica (% satisfacción)					
Hospitalización					
Competencia y conocimientos profesionales de los medicos	95,80	96,80	97,20	98,00	99,00
Competencia y conocimientos profesionales de enfermeria	91,60	97,60	98,60	96,70	98,30
Media	93,70	97,20	97,90	97,35	97,5
Urgencias					
Competencia y conocimientos de los profesionales	93,90	92,60	95,90	97,00	85,40
Media	93,80	94,90	96,90	97,18	91,45

Fig. 17. Premios y distinciones

Año	Reconocimiento / distinción
2009	Premio Q de Oro Premio best-in-class. Mejor Servicio en Atención al Paciente. Servicio de Psiquiatría del HGU Premio best-in-class. Mejor Servicio en Atención al Paciente. Servicio de Neurología del HGU Finalista en los premios best-in-class al Mejor Hospital
2010	Premio Iberoamericano de la Calidad Premio Mejor Práctica de Innovación Euskalit. Kirozainbide: Gestión del conocimiento enfermero Premio best-in-class Mejor Servicio de Neumología TOP20 Mejor Servicio de Neurología Accésit Mejor Práctica Innovadora FORUM EFQM 2010: Kirozainbide Premio Barea de Innovación: "Trastorno de la Conducta Alimentaria. Crónicos por Internet". Fundación Signo HGU Finalista en la IX Premios Fundamed-El Global en la categoría RSC
2011	Premio OMARS. Modalidad de Responsabilidad Social Premio best-in-class al mejor Servicio de Nefrología Mención de Honor en los premios best-in-class al Servicio de Psiquiatría. Categoría Esquizofrenia Finalista al premio a mejor práctica RSC Euskalit. "Contratos de Gestión" Finalistas en 5 categorías best-in-class finalista categoría de gestión para el desarrollo sostenible en los Premios Europeos de Medio Ambiente BIKAIN Certificado de calidad en la gestión lingüística (Euskalit)

Galdakao
Usansolo
Ospitalea · Hospital

3

Parámetros de la memoria

3.1 Periodo cubierto por la información contenida en la memoria

La presente memoria valida la información referida al año 2011, en cualquier caso incluimos los datos anteriores al año 2011 en aquellos casos que hemos considerado que pueden aportar información complementaria e interesante para la comprensión de nuestra trayectoria.

3.2 Fecha de la memoria anterior más reciente

Memoria 2009/2008, verificada con fecha 30 de junio de 2010.

3.3 Ciclo de presentación de memorias

Hemos adquirido el compromiso de elaborar bienalmente nuestra Memoria de RSC, con el objetivo de mantener la información de nuestras actividades en esta área lo más actualizada posible.

3.4 Punto de contacto para cuestiones relativas a la memoria o a su contenido

Jefa de la Unidad de Calidad e Innovación
e-mail: INES.GALLEGOCAMINA@osakidetza.net

3.5

Proceso de definición del contenido de la memoria, incluyendo el proceso para la determinación de la materialidad y el orden de prioridades de los aspectos incluidos en la memoria; identificación de los grupos de interés que la organización prevé que utilicen la memoria

Los contenidos de la Memoria se han definido teniendo en cuenta los intereses de los Grupos de Interés del HGU.

Asimismo, se ha tenido en cuenta especialmente el principio de comparabilidad, a fin de que los GI que utilicen la Memoria puedan comparar el desempeño del HGU en 2011, con otras organizaciones de servicios de Osakidetza y con nuestros resultados en años anteriores.

Con el fin de realizar una presentación equilibrada y razonable del desempeño del HGU, nos hemos ceñido lo más ajustadamente posible a la guía para la elaboración de memorias de sostenibilidad del Global Reporting Initiative en su versión 3.1

Materialidad

La información que facilitamos con esta Memoria cubre y trata de responder a todos los indicadores expuestos en la guía de elaboración G3.1

Identificación de los Grupos de Interés que pueden utilizar la Guía

En 1996, el ED junto con el Consejo Técnico realizó el primer análisis externo e interno del Hospital, para la elaboración del PE, fruto del cual y de forma coherente con la Misión se definieron y concretaron nuestros principales grupos de interés:

- Clientes
- Personas del HGU

- Sistema Sanitario:
 - Departamento Sanidad y Consumo / Dirección Territorial de Bizkaia
 - Osakidetza
 - Atención Primaria / Otros Hospitales
 - BIOEF
- Proveedores
- Sociedad

3.6

Cobertura de la memoria

La cobertura de la presente Memoria se ciñe al ámbito de influencia del Hospital Galdakao-Usansolo. Dicho ámbito, tal y como se describe en el Perfil de la Organización, alcanza a la Comarca Interior de Bizkaia y al Valle de Ayala del Territorio Histórico de Araba. Para acercar la asistencia a todos nuestros clientes, disponemos de cinco ambulatorios en: Gernika, Durango, Galdakao, Basauri y Llodio, a donde se desplazan nuestros profesionales.

3.7

Indicar la existencia de limitaciones del alcance o cobertura de la memoria

La memoria trata todos los impactos económicos, sociales y ambientales de la organización, para lo que se ha respondido exhaustivamente a lo solicitado por cada indicador, excepto aquellos que por su ámbito de actividad no se consideran de aplicación al HGU, situación indicada en dichos apartados.

3.8

La base para incluir información en el caso de negocios conjuntos (jointventures), filiales, instalaciones arrendadas, actividades subcontratadas y otras entidades que puedan afectar significativamente a la comparabilidad entre períodos y/o entre organizaciones

Dadas las características de nuestra organización, hospital de la red sanitaria pública vasca, no disponemos ni de negocios conjuntos ni de filiales.

3.9

Técnicas de medición de datos y bases para realizar los cálculos, incluidas las hipótesis y técnicas subyacentes a las estimaciones aplicadas en la recopilación de indicadores y demás información de la memoria

Para realizar esta Memoria se han tenido en cuenta las recomendaciones recogidas en la Guía para la Elaboración de Memorias de Sostenibilidad, versión G3.1

La información recogida proviene de nuestras fuentes de información.

La recogida de información junto con el análisis de necesidades y expectativas relevantes de los grupos de interés (GI) constituye la base del imprescindible conocimiento de la situación del negocio para definir, desarrollar, revisar y actualizar nuestra P&E.

Para disponer de una información relevante y completa de nuestros grupos de interés, disponemos de diferentes mecanismos: encuestas, grupos focales, benchmarking, sugerencias, quejas y reclamaciones, evaluaciones de resultados, reuniones individuales y de grupo, iniciativas y otros. En la Memoria del Premio Iberoamericano 2010 (ver www.hospitalgaldakao-usansolo.com) se muestra las fuentes de información

utilizadas, su periodicidad y el proceso responsable de su recogida y análisis. La sistemática de recogida y análisis de la información de los grupos de interés se realiza de forma sistemática para cada uno de ellos.

3.10

Descripción del efecto que pueda tener la reexpresión de información perteneciente a memorias anteriores, junto con las razones que han motivado dicha reexpresión

No existe reexpresión de información en relación con la memoria del año 2009.

3.11

Cambios significativos relativos a periodos anteriores en el alcance, la cobertura o los métodos de valoración aplicados en la memoria

No existen cambios significativos en alcance, cobertura o método de valoración con respecto a la memoria anterior.

3.12

Tabla que indica la localización de los Contenidos básicos en la memoria

Ver el Anexo.

3.13

Política y práctica actual en relación con la solicitud de verificación externa de la memoria

Empresa certificadora AENOR.

Galdakao
Usansolo
Ospitalea · Hospital

4

Gobierno y compromisos de participación de los Grupos de Interés

4 Gobierno y compromiso de participación de los Grupos de Interés

4.1

La estructura de gobierno de la organización, incluyendo los comités del máximo órgano de gobierno responsable de tareas tales como la definición de la estrategia o la supervisión de la organización

En el **apartado 2.3** se describe la estructura de gobierno del HGU. Además, de los órganos de gobierno el Hospital tiene establecidos diferentes mecanismos que favorecen la participación individual y el trabajo en equipo.

4.2

Ha de indicarse si el presidente del máximo órgano de gobierno ocupa también un cargo ejecutivo (y, de ser así, su función dentro de la dirección de la organización y las razones que la justifiquen)

El Director Gerente es el máximo responsable de la Organización y es un cargo ejecutivo.

4.3

En aquellas organizaciones que tengan estructura directiva unitaria, se indicará el número de miembros del máximo órgano de gobierno que sean independientes o no ejecutivos

El Comité de Dirección del HGU está conformado por el Director Gerente, el Director Médico, Director de Enfermería, Directora Económico-Financiera, Directora de Personal, Subdirectora de Organización y Sistemas y Subdirector Médico. Este Comité tiene funciones de dirección y gestión del Centro. El Consejo de Dirección está compuesto por los miembros del Comité de Dirección, tres representantes del Consejo Técnico, la Coordinadora del Sistema de Gestión de Calidad y otras 8 personas, de diferentes estamentos del Hospital, que el Director Gerente considere que sus opiniones puedan aportar valor añadido.

Solo los miembros del Comité de Dirección tienen carácter ejecutivo. El Equipo Directivo del HGU trimestralmente tiene reuniones de Control de Gestión con la Dirección de Osakidetza a través de los cuáles se evalúa su desempeño en los ámbitos económico, ambiental y social, como se describe en el **apartado 4.10**.

4.4

Mecanismos de los accionistas y empleados para comunicar recomendaciones o indicaciones al máximo órgano de gobierno

Dada la pertenencia del HGU al sistema sanitario público vasco no existen accionistas como tales. Si entendemos como accionistas de este sistema a los ciudadanos/as de la C.A.V, éstos, a través de la Comisión de Sanidad del Parlamento Vasco, en la que están representados todos los partidos que tienen presencia parlamentaria, pueden comunicar recomendaciones o indicaciones a la Dirección del HGU.

La relación que el HGU mantiene con sus trabajadores/as es directa y a través de los representantes sindicales.

La participación de los sindicatos en los órganos de gobierno, viene regulada en los distintos ámbitos de negociación y en la normativa e instrucciones que de ellos se deriva. Así, las Comisiones y reuniones en las que participan los Sindicatos en el HGU son:

- Comité de Seguridad y Salud
- Comisión de Traslados por Motivos de Salud
- Comisión de Movilidad interna Permanente y Temporal
- Comisión de Promoción Interna
- Comisión de Euskera
- Comisión de Formación
- Comités de Evaluación del Desarrollo Profesional
- Reuniones de trabajo: Seguimiento Contratación Temporal
- Reuniones generales Dirección del hospital y representantes sindicales.

Independientemente de los cauces de participación de que disponen los/as trabajadores/as a través de sus representantes nuestro Modelo de Gestión tiene implícita la necesidad de una comunicación interna fluida, abierta, accesible y dinámica entre todas las personas de la Organización, siendo la comunicación un elemento fundamental para lograr la identificación de los/las profesionales con el Proyecto del Hospital facilitando la implicación y participación de éstas en la Gestión y conocimiento de la Misión, Visión y Valores y en la mejora del empowerment.

En la actualidad, la gestión de la comunicación del HGU se realiza a través del Subproceso de Comunicación, enmarcado en el PR estratégico de Gestión de las Personas, dotándolo de recursos humanos específicos. Las fuentes de información para la detección de las necesidades de comunicación son: la ESP, encuesta de liderazgo, encuesta de la intranet, revista... reuniones de trabajo, auditorías, autoevaluaciones y evaluaciones externas, los Equipos de Trabajo y de Proceso, los contrastes del EMP, el Grupo de Comunicación, sugerencias, así como la visita de los miembros del ED a las Unidades y Servicios.

El ED es el responsable último de la gestión de la comunicación en sus respectivas áreas, siendo los diferentes líderes quienes hacen de transmisores de gran parte de la comunicación tanto ascendente como descendente. La revisión de la efectividad de la comunicación se mide con la ESP. Todos los ítems de la dimensión Comunicación Interna de la ESP presentan tendencias positivas en los últimos años destacando los resultados obtenidos en el “Conocimiento de a quién dirigirse ante cualquier necesidad” y la “Comunicación fluida entre responsable directo y equipo” con resultados, en el 2010 (última ESP realizada), de 7,40 y 6,87 respectivamente. Asimismo, la accesibilidad del ED, es uno de los ítems mejor valorados en la evaluación del liderazgo, pasando de un 7,35 en 2009 a un 7,52 en 2011 (en una escala de 1-10).

En el HGU distinguimos dos tipos de comunicación:

- **Comunicación Formal:** Está estructurada y determinados los canales de comunicación. Se desarrolla a través de las reuniones de equipos de proceso, equipos de mejora, comisiones, sesiones clínicas, talleres de creatividad, etc. Asimismo, se utilizan las Memorias, Revista Galdakao, Boletín Ospipress de procesos asistenciales, Boletín electrónico quincenal Zuzenean, correo electrónico, la Intranet y los sistemas Aldabide y Gizabide como mecanismos formales de comunicación.

- **Comunicación Informal:** No está estructurada y se desarrolla en el ámbito de la actividad diaria y en los espacios habilitados por el ED: celebraciones de Navidad, actos sociales, etc.

El HGU implantó el buzón de sugerencias en el año 2005 con el objeto de habilitar un canal de comunicación ascendente que permitiera motivar al personal y desarrollar su sentido de pertenencia, contribuyendo a la mejora de la Organización. A través de este cauce se pueden plantear las propuestas o consejos que se estimen convenientes en relación con la mejora del funcionamiento y la organización del Hospital. Desde ese año, han sido varias las mejoras que se han ido aplicando al sistema de sugerencias, entre ellas destacar la aplicada en el último año: *elaboración de una aplicación informática (bilingüe) que posibilita tanto la presentación y consulta de sugerencias de forma más sencilla y atractiva como una gestión (por parte de la Dirección y del resto de responsables) más ágil y dinámica de las mismas.*

Fig. 18. Buzón de sugerencias

	2008	2009	2010	2011	%
Admitidas a trámite	133	118	76	49	96,08%
No admitidas (anónima, otros)	12	16	2	2	3,92%
TOTAL	145	134	78	51	100%

	2008	2009	2010	2011	%
Aceptadas por E.D. (de las admitidas)	58	75	39	20	40,82%
Implantadas (de las aceptadas)	57	71	32	17	85,00%

Sugerencias implantadas por área temática (2010-2011)	2008	2009	2010	%	2011	%
Mejora de la gestión de las personas	12	18	7	21,88%	2	11,76%
Mejora de la gestión de los servicios/unidades	16	21	5	15,63%	9	52,94%
Mejora del medio ambiente	3	5	0	0,00%	0	0,00%
Mejora de las infraestructuras	26	27	20	62,50%	6	35,29%
TOTAL GLOBAL	57	71	32	100%	17	100%

4.5

Vínculo entre la retribución de los miembros del máximo órgano de gobierno, altos directivos y ejecutivos (incluidos los acuerdos de abandono del cargo) y el desempeño de la organización (incluyendo su desempeño social y ambiental)

Las retribuciones del Personal Directivo de Osakidetza se fijan por el Consejo de Administración del Ente, tomando como base lo establecido para todo el Gobierno por el Consejo del Gobierno Vasco.

Están expresamente prohibidos en la Administración Pública, los contratos blindados y las indemnizaciones-cesantías al dejar el puesto de alto cargo.

4.6

Procedimientos implantados para evitar conflictos de intereses en el máximo órgano de gobierno

Basamos nuestra actuación en materia de buen gobierno y transparencia en el ámbito de gestión, en los mismos principios y requisitos legales reflejados en la Memoria RSC 2009 en el **apartado 4.6**

4.7

Procedimiento de determinación de la capacitación y experiencia exigible a los miembros del más alto órgano de gobierno para poder guiar la estrategia de la organización en los aspectos sociales, ambientales y económicos

Conforme se establece en el Decreto 194/1996, de 23 de Julio, sobre estructura organizativa de los recursos adscritos a Osakidetza para la atención especializada y en la Ley 8/1997, de Ordenación Sanitaria de Euskadi, los miembros del Comité de Dirección del HGU para acceder a esta condición han superado un proceso previo de selección mediante convocatoria pública en el BOPV en la que se expresan los requisitos de capacidad y experiencia profesional, pudiendo haber accedido a dicha condición personas sin vinculación previa con la Administración Pública.

Así mismo y tal y como se establece en la norma, todos ellos ostentan titulación universitaria y han acreditado capacidad y experiencia suficiente para el cargo. Igualmente, los miembros del Consejo de Dirección, que no son miembros del Equipo Directivo, son elegidos por su prestigio y experiencia profesional.

4.8

Declaraciones de misión y valores desarrolladas internamente, códigos de conducta y principios relevantes para el desempeño económico, ambiental y social, y el estado de su implementación

Nuestra Misión como organización sanitaria, tiene un componente social indiscutible; *“Trabajamos para mejorar la salud de nuestra población”* incorporando a toda la población como destinatario de los servicios y se establece en la VISION, convertirse en una organización “que destaque por contribuir a la sostenibilidad del sistema sanitario de Osakidetza”.

Además, se identifica el “compromiso con la sociedad” como uno de los VALORES: “Colaboramos con el resto de agentes del sistema sanitario, buscamos la sostenibilidad del sistema, garantizamos la accesibilidad y fomentamos la transparencia”.

Además nuestros clientes encuentran sus derechos garantizados a través del Decreto 175/1989 “Derechos y Obligaciones de los pacientes”. Por otra parte, nuestros/as profesionales sanitarios están sujetos a los códigos deontológico de sus respectivos Colegios Profesionales.

Con el fin de seguir garantizando en el futuro la satisfacción de nuestros clientes, y de asumir nuestra responsabilidad con el entorno, somos conscientes que debemos compatibilizar el desarrollo económico y la protección al medio ambiente. Por ello, el HGU tiene definida una Política Medioambiental en la que asumimos el compromiso de mejora continua y de prevención de la contaminación, así como el compromiso de adecuación a la legislación medioambiental aplicable, y nos hemos comprometido a incorporar el medio ambiente en la gestión diaria de nuestra organización, mejorando día a día nuestro comportamiento medioambiental.

En la actividad diaria del Centro se consumen recursos naturales, se producen residuos, emisiones, vertidos, es decir, que se generan impactos al medio ambiente, por lo que hemos identificado y evaluado nuestros principales aspectos medioambientales, promovemos la sensibilización de las personas e impartimos la formación necesaria para reflejar nuestro compromiso.

Lograr la mejora ambiental continua, más allá del cumplimiento de la legislación medioambiental, es uno de nuestros retos para lo cual definimos y revisamos anualmente objetivos, metas, programas medioambientales y programas de adecuación legal para reducir los principales aspectos. Con el objetivo de alcanzar la meta que nos hemos marcado el HGU comenzó a trabajar en el año 2003 con la norma Ekoscan, sistema certificable de Gestión de la Mejora Ambiental dependiente de IHOBE (Sociedad Pública de Gestión Ambiental) consiguiéndose el año 2005 la certificación bajo esta norma. Siguiendo este camino el año 2009 nuestro Sistema de Gestión Medio Ambiental ha sido certificado con la Norma ISO 14001, y en el 2011 con la EMAS.

El HGU cuenta con un Comité de Ética Asistencial, acreditado desde el año 1998, y la mayoría de sus componentes, son Magíster o Expertos en Bioética. Tanto los profesionales como los pacientes y/o familiares pueden dirigirse al mismo para solicitar asesoramiento para resolver los conflictos morales que

puedan surgir en la práctica clínica. En los últimos años el Comité viene planificando diferentes sesiones informativo-formativas para todas las personas de la Organización en las que se tratan temas como: el Encarnizamiento Terapéutico, la Ley de Autonomía del Paciente, etc.

La recientemente aprobada Ley del Estatuto Básico del Empleado Público, establece dentro de su apartado de deberes de los Empleados/as Públicos, los principios con arreglo a los que han de prestar su servicio nuestros profesionales: objetividad, integridad, neutralidad, responsabilidad, imparcialidad, confidencialidad, dedicación al servicio público, transparencia, ejemplaridad, austeridad, accesibilidad, eficacia, honradez, promoción del entorno cultural y medioambiental y respeto a la igualdad entre mujeres y hombres. Estos principios, inspiran el Código de Conducta de los empleados públicos configurado por principios éticos y de conducta que son la base de actuación de nuestros profesionales.

4.9

Procedimientos del máximo órgano de gobierno para supervisar la identificación y gestión, por parte de la organización, del desempeño económico, ambiental y social, incluidos riesgos y oportunidades relacionadas, así como la adherencia o cumplimiento de los estándares acordados a nivel internacional, códigos de conducta y principios

El Director Gerente, con la colaboración del resto del Equipo Directivo, desempeña la función de dirección del HGU, lo que incluye la gestión de las políticas económicas, ambientales y sociales que se adopten en el Hospital.

El HGU tiene diseñados e implantados diversos mecanismos para supervisar el grado de cumplimiento de los Objetivos Estratégicos y los Planes de Gestión:

- **Reuniones mensuales.** El ED y los gestores de procesos revisan y ajustan, si procede, el grado de cumplimiento de los objetivos e indicadores asistenciales y económicos.
- **Reuniones trimestrales.** Los gestores de procesos y sus equipos ajustan, si procede, el grado de cumplimiento de los objetivos e indicadores.
- **Reuniones semestrales.** El ED junto a la UMC revisa y ajusta, si procede, el grado de cumplimiento de la totalidad de los objetivos estratégicos, así como la efectividad de las fuentes de información.
- **Reuniones anuales.** El ED revisa el grado de cumplimiento de los objetivos del PG y contratos de gestión, incorporando la información obtenida fruto del resultado de las mediciones realizadas en los planes de gestión de los procesos y los indicadores de rendimiento. Igualmente se revisa el grado de avance de cumplimiento del PE en vigor.

La Gestión económica se audita anualmente por el Tribunal Vasco de Cuentas Públicas, la Intervención delegada de la Hacienda del Gobierno Vasco y por Osakidetza a través de una figura de auditoría independiente.

La Política Económica y de Personal también es revisada anualmente con la Evaluación Externa a la que son sometidos los PR Recursos Humanos y PR Económico Financiero para conseguir la renovación de la Certificación según la Norma ISO 9001.

La Política Medioambiental se revisa con la Auditoría Externa que se realiza anualmente para conseguir la recertificación de la Norma ISO 14001 y EMAS.

4.10

Procedimientos para evaluar el desempeño propio del más alto órgano de gobierno, en especial con respecto al desempeño económico, ambiental y social

El Equipo Directivo del HGU trimestralmente tiene reuniones de Control de Gestión con la Dirección de Osakidetza a través de las cuales se evalúa su desempeño en los ámbitos económico, ambiental y social.

4.11

Descripción de cómo la organización ha adoptado un planteamiento o principio de precaución

El HGU, dada las características del sector sanitario en el que trabaja, dispone de diversos mecanismos para minimizar los riesgos para el desarrollo o la introducción de nuevos productos.

Cualquier producto farmacéutico o material sanitario previamente a su comercialización y uso asistencial debe contar con la autorización pertinente.

Previamente a dar la autorización, para la introducción de un nuevo fármaco en el Hospital, éste debe contar con el visto bueno de la Comisión de Farmacia, que evalúa conforme a la bibliografía médica los beneficios, efectos secundarios, contraindicaciones y coste del nuevo producto.

Los nuevos materiales sanitarios todos disponen del marcado CE y de una ficha de seguridad del producto.

La seguridad física de las instalaciones, equipos y personas que están en el Hospital la aseguramos con los diferentes equipos coordinados por el Comité de Autoprotección, en los que también se integra el personal de la empresa externa de vigilancia y seguridad, y la colaboración del Comité de Seguridad y Salud. Estos equipos son los responsables de protocolizar, hacer el seguimiento y adoptar las medidas necesarias para afrontar las posibles incidencias.

El impacto que pudiera darse relacionado con la alimentación de los pacientes hospitalizados, se gestiona a través del proceso de Alimentación, que desde el año 2005 está certificado con la Norma ISO. Asimismo, la cafetería del hospital, gestionada por una empresa externa, ha sido el primer establecimiento hostelero de un hospital público estatal en certificarse con la Norma ISO: 9001, contando con el apoyo del HGU en este proceso.

Previa a la implantación de cualquier mejora en un proceso que conlleve un cambio en las actividades que se realizan, el gestor del proceso se encarga de comunicar dichos cambios a las personas afectadas. Asimismo, en el caso de que la mejora introducida conlleve necesidades de formación para las personas afectadas por la actividad, ésta se planifica y ejecuta con el fin de que dispongan de los conocimientos necesarios para poner en práctica la mejora. Igualmente ante la implantación de mejoras se realizan pruebas piloto para garantizar que los cambios introducidos alcanzan los resultados previstos.

4.12

Principios o programas sociales, ambientales y económicos desarrollados externamente, así como cualquier otra iniciativa que la organización suscriba o apruebe

El compromiso del Hospital con la solidaridad ante situaciones desfavorecidas ha originado que, desde el año 1994, se hayan realizado diversas donaciones de material sanitario a diversas ONGs.

Fig. 19. Donaciones a ONGs

Año	ONG/ Fundación	Destino	Donación
2008	Herria	Sahara	Material Sanitario
	Médicos del mundo	Cuba	Material Sanitario
	DOA	Guatemala	Material Sanitario
	IES Eskurtze BHI	Bilbao	Material Sanitario
2009	DOA	Guatemala	Material Sanitario
	UPV	Leioa	Material Sanitario
2010	DYA	Galdakao	Equipamiento sanitario
	SIERVAS DE JESUS	Filipinas	Equipamiento sanitario
	DOA	Guatemala	Material Sanitario
	ACOB	Bielorrusia	Equipamiento sanitario
2011	CARITAS	Galdakao	Televisión
	DOA	Bolivia	Material Sanitario
	ADECABI	Centroamérica	Equipamiento sanitario

Nuestro compromiso con estas organizaciones va más allá de la donación de material, puesto que el HGU colabora también con la concesión de permisos retribuidos a personal sanitario para acudir a diversos países del mundo (Bolivia, Guatemala) a colaborar in situ con las ONGs. Así, desde el año 2002, el HGU favorece estas iniciativas de sus profesionales sanitarios ampliando la cobertura recogida en el Acuerdo de condiciones de trabajo hasta un máximo de 15 días/año compartiendo con ello el esfuerzo realizado por los trabajadores. Ver **Fig. 20**. El coste de la participación de nuestros profesionales en programas de cooperación con ONGs mediante la realización de actividad médico-quirúrgica y de apoyo a la misma, supuso en el año 2011 la cantidad de 9.248,18 €. El HGU colabora, así mismo, con diversas fundaciones y asociaciones.

Fig. 20. Asistencia a ONGs

Año	Personal por categorías
2006	7 Facultativos / 4 Enfermeras
2007	6 Facultativos / 5 Enfermeras
2008	6 Facultativos / 5 Enfermeras
2009	7 Facultativos / 3 Enfermeras
2010	6 Facultativos / 3 Enfermeras
2011	5 Facultativos / 1 Enfermera

Por otra parte, el HGU realiza acciones para darnos a conocer y/o colaborar con entidades de nuestro entorno, cabe destacar algunas de estas, llevadas a cabo en 2011, como son:

- Jornadas de Puertas abiertas para alumnos de Centros de la Comarca
- Colaboración en las carreras de atletismo de Galdakao (Cross San Silvestre y Herri Crosa)
- Colaboración con el Ibilaldia Cesión de materiales
- Market Place de ONGs en la II Jornada de RSC
- Taller con ONGs colaboradoras del HGU

4.13

Principales sociedades a las que se pertenezca (tales como asociaciones sectoriales) y/o entes nacionales e internacionales a las que la organización apoya

El HGU como hospital de la Red Sanitaria Pública Vasca es una organización de servicios perteneciente a Osakidetza.

El HGU forma parte a nivel nacional del Grupo Oligopsonio, grupo formado por 12 hospitales de prestigio del estado y cuya Misión es “Ser un grupo de hospitales que busca la mejora de nuestras organizaciones, compartiendo información y estableciendo comparaciones entre nosotros”.

El Grupo Oligopsonio tiene una alianza con la Asociación de Hospitales Públicos de Francia.

El Hospital colabora con Euskalit, Fundación Vasca para el Fomento de la Calidad, esta colaboración se traduce, aparte de ser socio, en la participación de diversas personas del Hospital en el Club de Evaluadores de Euskalit y en su colaboración desinteresada para realizar la Evaluaciones Externas del Modelo EFQM que realiza Euskalit, actualmente son 10 las personas del HGU que participan en Evaluaciones Externas. También colaboramos en la formación e inserción laboral de sus becarios.

Somos miembros de la EFQM desde el pasado año 2011 y pertenecemos a un grupo de buenas prácticas específico de Salud.

Otra organización con la que colaboramos y tenemos proyectos conjuntos es BIOEF, Fundación Vasca de Innovación e Investigación Sanitaria. Fruto de esta colaboración son los datos reflejados en los cuadros siguientes:

Fig. 21. Becario/as

Año	Becarios/as	En prácticas	Total
2008	14	99	113
2009	14	113	127
2010	16	112	128
2011	18	156	174

Fig. 22. Proyectos de investigación

	2008	2009	2010	2011
Nº Proyectos activos de investigación	50	51	50	48

A nivel individual, nuestros facultativos pertenecen a múltiples asociaciones profesionales nacionales e internacionales de su especialidad médica, así como asociaciones en el ámbito de la gestión.

En el apartado 4.12 se mencionan distintas organizaciones y ONGs a las que pertenecemos o apoyamos.

4.14

Relación de grupos de interés que la organización ha incluido

En el **apartado 3.5** se recoge la relación de nuestros grupos de interés.

4.15

Base para la identificación y selección de los grupos de interés con los que la organización se compromete

La recogida de información, junto con el análisis de necesidades y expectativas relevantes de los grupos de interés, constituye la base del imprescindible conocimiento de la situación del negocio para definir, desarrollar, revisar y actualizar nuestra P&E.

La sistemática de recogida y análisis de la información de los grupos de interés se realiza de igual manera a como queda reflejada en el **apartado 4.15** de la Memoria RSC 2009, así como en la memoria del Premio Iberoamericano 2010, ambas publicadas en la Web del HGU.

4.16

Enfoques adoptados para la inclusión de los grupos de interés, incluidas la frecuencia de su participación por tipos y categorías de grupos de interés

Para disponer de una información relevante y completa de nuestros grupos de interés, disponemos de diferentes mecanismos: encuestas, grupos focales, benchmarking, su-gerencias, quejas y reclamaciones, evaluaciones de resultados, reuniones individuales y de grupo, iniciativas y otros. Ver **Fig. 20** del **apartado 4.15** de la Memoria RSC 2009, donde se muestran las fuentes de información utilizadas, su periodicidad y el proceso responsable de su recogida y análisis.

Así mismo, en el **apartado 4.17** de esta Memoria se amplía la información.

Cientes

La información proveniente de los clientes a través de los resultados de las encuestas, las sugerencias, las autoevaluaciones EFQM, la realización de actividades de aprendizaje y mejores prácticas, así como mediante reuniones periódicas y programadas con asociaciones de usuarios/ as, directivos de otros hospitales, etc., permite al ED identificar áreas de mejora y modificaciones en los procesos, así como la inclusión de nuevos servicios dirigidos hacia una mejora en la calidad asistencial, siendo recogidas en los planes estratégicos y de gestión. Fruto de esta colaboración con los Clientes se han introducido numerosas mejoras en nuestra Organización, algunas de ellas se muestran en la **Fig. 5d2, pág. 62 de la Memoria del Premio Iberoamericano 2010.**

Personas

Que las personas que componen la organización son un elemento clave para alcanzar la misión del hospital, queda reflejado en la identificación de un objetivo estratégico focalizado en las personas “Todos somos protagonistas”

El HGU utiliza las distintas fuentes de información, descritas en el **apartado 4.15** de la memoria RSC 2009 así como en la memoria del Premio Iberoamericano, para detectar las necesidades de sus personas y a partir de ellas implantar mejoras. Del análisis de estas fuentes de información se han identificado cuatro dimensiones de actuación preferente en el ámbito de las personas:

- Formación
- Participación
- Comunicación
- Reconocimiento

Formación

El desarrollo del conocimiento y las capacidades de las personas, a través de su formación continua, constituye uno de los pilares claves para la consecución de la Misión del Hospital. El HGU cuenta entre sus Valores con “la profesionalidad”, entendida como el compromiso con el saber, para aunar la eficiencia y los criterios de ética social y bioética en cada una las actuaciones de nuestros profesionales.

La formación se desarrolla de manera continua, tanto de forma teórica como práctica, en el desempeño del puesto de trabajo. La existencia de la comisión de formación, el despliegue de un programa propio de formación, la participación activa en la planificación de las actividades formativas que desde la Organización Central se ofertan a todos los centros de la Red, el establecimiento de procedimientos sistematizados para la identificación de necesidades de formación y la existencia de mecanismos de movilidad y promoción profesional para desarrollar y mantener el conocimiento y capacidad de las personas de la Organización, son ejemplos de la implicación del HGU en el desarrollo integral de la personas que lo conforman.

Algunas de las mejoras introducidas en el ámbito de la formación de las personas durante 2010-2011 quedan reflejadas en la **Fig. 3b2, pág. 36 de la Memoria Premio Iberoamericano 2010**

Fig. 23. Acciones de mejora en el ámbito de la formación de las personas

Año	Fuente de información/ aprendizaje	Acción de mejora
2010	Comisión de Formación. Líderes.	Acceso al cuestionario de evaluación a través de la Intranet. Ampliación formativa a personal en listas de contratación temporal del HGU, 3c .
2011	Plan de Formación. ED Revisión PR de Docencia.	Evaluación de la eficiencia de la formación: modificación de la muestra y frecuencia de realización. Desarrollo del programa de realización de solicitudes de cursos de formación a través de la Intranet. Control de acceso a las sesiones clínicas y jornadas por tarjeta profesional.

Participación

Siendo unos de sus valores “Equipo”, el HGU ha impulsado el desarrollo de un sistema de participación continuo y sistemático, asumiendo que la implicación, la asunción de responsabilidad, el trabajo en equipo y el intercambio del conocimiento son la base para la consecución de los objetivos del Centro.

Para lograr la implicación de las personas, el HGU tiene establecido diferentes mecanismos que favorecen la participación individual, **ver Memoria Premio Iberoamericano 2010, pág. 39**.

Este impulso de la participación ha permitido alcanzar unos resultados muy positivos. La **Fig. 24** muestra una selección de mejoras implantadas por medio de los equipos de mejora /grupos de trabajo durante en 2010-2011. **Información relativa a años anteriores ver Memoria Premio Iberoamericano 2010, fig. 3c2, pág. 39**

Fig. 24. Acciones de mejora implantadas por medio de equipos/grupos de mejora

Año	Grupo/ equipo de mejora (número de personas)	Acción de mejora/ actividad
2010	Grupo implantación OHSAS (21)	Identificación de áreas de mejora en materia de seguridad y salud laboral.
	Equipo txapelurdines (16)	Protocolo sobre el silencio en el Servicio de Neumología.
	Equipo de seguridad	Estudio EPIDEAS, análisis de incidencias, etc.
2011	Equipo de prevención agresiones (18)	Elaboración de un anexo al protocolo de Agresión corporativo.
	Equipo Checklist de Urgencias	Elaboración de checklists de Urgencias para mejorar las condiciones de calidad de los pacientes en tránsito.

Comunicación

Nuestro Modelo de Gestión tiene implícita la necesidad de una comunicación interna fluida, abierta, accesible y dinámica entre todas las personas de la Organización, siendo como elemento potenciador de su implicación, participación y conocimiento del las personas HGU. La comunicación se considera un factor crítico para el despliegue de la MSV, objetivos estratégicos y del resto de los procesos.

El HGU cuenta con un Plan de comunicación (actualmente en fase de revisión), donde se recogen los diferentes mecanismos, que han sido revisados y mejorados a lo largo del tiempo, para identificar las necesidades de comunicación de las personas de la Organización. Algunas de las mejoras introducidas en el ámbito de la Comunicación quedan reflejadas en la **Fig. 3c1, pág. 38 de la Memoria Premio Iberoamericano 2010**,

Fig. 25. Acciones de mejora implantadas por medio de equipos/grupos de mejora

Año	Fuente de información/ aprendizaje	Acción de mejora
2010	ESP. Evaluación del Liderazgo. Equipo de comunicación. EITB.	Nombramiento del Responsable del subproceso de Comunicación. Plataforma on-line para la comunicación riesgos -accidentes laborales. Talleres de creatividad. Plan de Gestión de CI.
2011	IKEA. GAIKER. Hospital San Juan de Dios. Departamento de Sanidad. Sugerencias. Taller de creatividad. Despliegue PE. 3º Diagnóstico CI.	Desayunos con la Dirección. Rediseño del Intranet. Nuevas herramientas de comunicación: Facebook, Twitter, LinkedIn. Tablones de anuncios en el Kafeleku.

Reconocimiento

En consonancia con el objetivo estratégico de “Todos somos protagonistas”, el HGU ha puesto en marcha numerosos mecanismos que contribuyen al reconocimiento. El ED y los líderes del HGU han identificado y sistematizado el reconocimiento a las personas de la Organización. Desde el año 2006 el hospital cuenta con un Procedimiento de reconocimiento y recompensa integrado en el Proceso de Personas, donde se establecen la bases de la gestión del reconocimiento y los criterios a tener en cuenta para su asignación *ver Memoria Premio Iberoamericano, fig. 3d1*. Dicho procedimiento ha sido objeto de revisión continua, introduciéndose las mejoras que se estiman oportunas. La **Fig. 26** muestra alguno de los cambios introducidos en nuestro sistema de reconocimiento.

Fig. 26. Acciones de mejora implantadas en los reconocimientos

Año	Mejoras introducidas y Mantenidas
2010	Incorporación de un reconocimiento a la implicación de un Servicio o Unidad con la sostenibilidad social, medioambiental y/o económica (RSC)
	Supresión del reconocimiento al mejor Residente
	Puesta en marcha del reconocimiento a grupos de interés del Hospital
	Actualización del registro de reconocimientos
2011	Modificación de la BD de partida para elección de la mejor sugerencia: se parte de las sugerencias del año aceptadas en vez de las sugerencias del año implantadas
	Revisión/actualización del Plan y Procedimiento para la gestión del Reconocimiento
	Actualización de los valores que promueven los reconocimientos
2012	Incorporación de los casos de invalidez permanente (además de los de jubilación) en el reconocimiento a la labor de las personas a lo largo de su vida profesional en la Organización

Sistema Sanitario

Fruto de la colaboración e identificación de las necesidades de las distintas Organizaciones del Sistema Sanitario se han implantado numerosas mejoras. La **Fig. 27** muestra alguna de estas mejoras.

Fig. 27. Mejoras implantadas

Año	Organización sanitaria	Mejora
2010	Comarca Interior	Puesta en marcha de programas de atención al paciente crónico: EPOC, PROMIC (Insuficiencia cardíaca crónica), Asma.
	Hospital Cruces	Protocolo para la derivación de pacientes a tratamientos oncológicos
	Hospital de Basurto	Protocolo para la derivación de pacientes a tratamientos oncológicos
2011	Hospital de Basurto	Alianza con el Hospital de Basurto para la creación de un Instituto de Investigación
	Comarca Interior	Guías de Práctica clínica y definición de hoja de ruta en los procesos asistenciales más frecuentes: Digestivo. Hemorragia digestiva, dispepsia; protocolización de exploraciones complementarias. Atención en las curas por úlceras varicosas
		Abordaje conjunto, mejora de las listas de espera: Ginecología, Digestivo, Medicina interna, Neumología, Cardiología, Cirugía General.
		Desarrollo de un programa, interdisciplinar de atención al final de la vida. Violencia de Género.
		Plan de formación continuada conjunto
	Departamento de Sanidad	Acuerdo para la utilización de instalaciones de clínicas privadas por nuestros profesionales para minimizar el impacto de las obras de remodelación del "Bloque B" sobre la lista de espera

Sociedad

En el HGU, la Sociedad como GI se define de la siguiente manera:

"Cualquier individuo o grupo (que no sea ni cliente, ni proveedor, ni empleado del HGU ni otra organización sanitaria) sobre el que las actividades de la organización puedan impactar". El nuevo PE 2010-14 tiene una clara orientación a la Sociedad y a la RSC. La Misión del HGU recoge de manera como finalidad "trabajamos para mejorar la salud de nuestra población". De igual manera recoge en su Visión el ser una organización que "destaque por contribuir a la sostenibilidad del sistema sanitario" y entre sus Valores esta el "Compromiso con la sociedad a la que servimos, entendemos que colaboramos con el resto de agentes del sistema sanitario, buscamos la sostenibilidad del sistema, garantizamos la accesibilidad, fomentamos la transparencia".

Nuestras actuaciones en este ámbito obedecen a OE perfectamente planificados y desplegados a través de la gestión por procesos. El nuevo PE recoge varios OE relacionados, como son el "Ser Referentes en RSC", "Sostenibilidad y Priorización Económica" y "Todos Somos Protagonistas"

La **Fig. 28** recoge distintas mejoras implantadas fruto de alianzas con diferentes agentes sociales.

Fig. 28. Mejoras implantadas fruto de alianzas con agentes sociales

Organización/ Agente	Mejora	Año
DOA	Acuerdo de colaboración firmado mediante acuerdo, recogiendo las condiciones para dar apoyo de material, permisos laborales de los cooperantes, etc.	2011
Euskalit	Colaboraciones para la difusión del conocimiento en gestión del HGU en los foros como QEPEA, Club 400 etc. Participación como evaluadores EFQM	2010 y 2011
IHOBE	Certificación EMAS	2011
Hospitales y Organizaciones sanitarias de otros países: Ecuador, Uruguay, Argentina	Visitas para conocer el sistema de gestión del HGU.	2011
Fundación Argia (Salud Mental)	Difusión del modelo de innovación del HGU.	2011
Consejería de agricultura y pesca del Gobierno Vasco	Difusión modelo RSC HGU	2010
Eneko Atxa	Edición del Libro de cocina Menús Saludables	2011
Ayuntamientos	Continuar con las Jornadas de puertas abiertas	2011
Centros escolares	Continuar con las Jornadas de puertas abiertas	2010-2011

Proveedores

En 2006, desarrollando la estrategia de colaboración con los proveedores más allá del contrato, se definieron los proveedores clave en función del volumen de negocio, impacto en el paciente e implicación en la mejora continua. A partir del año 2007 se han implantado un calendario de reuniones entre la Dirección del HGU y los proveedores claves. Un ejemplo del fruto de esta colaboración con los proveedores son las mejoras que aparecen en la **Fig. 29**.

Fig. 29. Mejoras en colaboración con proveedores

Organización	Mejora	Año
EUREST	Cambio petición de dietas DIETOOLS	2010
EUREST	Solicitud dieta pacientes via PDA	2011
COVIDIEN- ROCHE-FRESENIUS	Implicación en la estrategia de eficiencia del HGU colaborando en la consecución de los objetivos marcados en el Plan de mejora y contención del gasto para 2011	2011
ARDIVA	Sistema compartido de gestión de cobertura quirúrgica desechable	2011

Galdakao
Usansolo
Ospitalea · Hospital

5

Enfoque de gestión e indicadores de desempeño

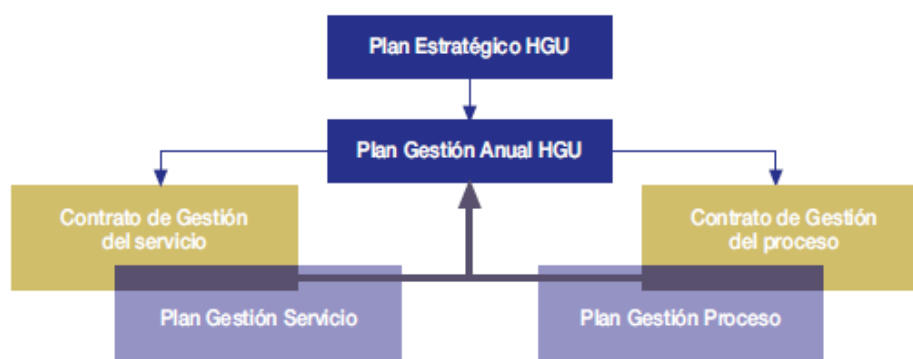
5.1

Dimensión económica

Como ya ha quedado reseñado, la P&E y los objetivos estratégicos se despliegan a lo largo de la Organización a través de los procesos. Para ello se ha procedido a la identificación de los factores críticos de éxito.

Con el fin de desplegar los objetivos a lo largo de la organización, se identifican cuales son los procesos que más contribuyen a la consecución de los objetivos a medio y largo plazo. Posteriormente, los equipos de procesos determinan las acciones a desarrollar para la consecución de dichos objetivos, volviendo la información al ED. De esta manera, la elaboración de la P&E se desarrolla en un ciclo bidireccional, de arriba abajo y de abajo a arriba, según muestra la **Fig. 30**.

Fig. 30. Despliegue vertical de la estrategia del HGU

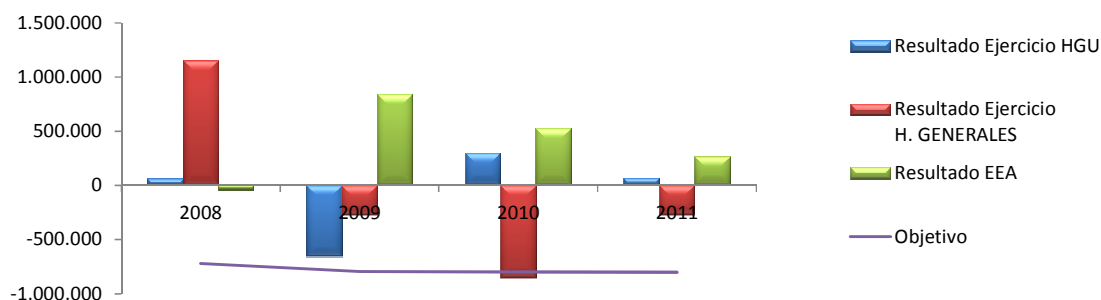


Desempeño económico

El Plan Estratégico 2010-14 recoge como una de sus Líneas Estratégicas el “Sostenibilidad económica” entendiendo por tal, la capacidad de obtener ingresos suficientes para atender la actividad requerida por los usuarios/as, con los medios adecuados y con la eficiencia que todo el servicio público requiere.

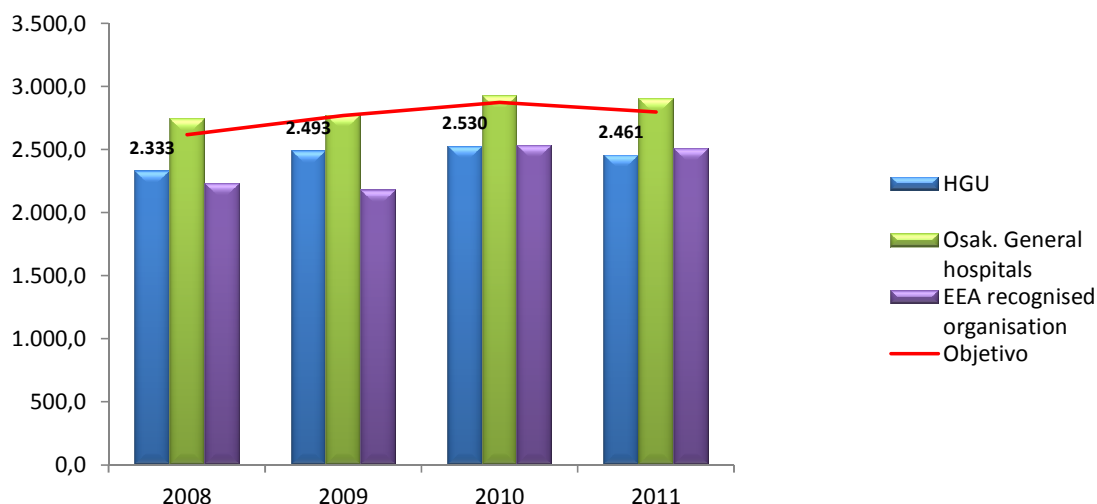
Nuestra gestión económica, por lo tanto, se basa en conseguir el equilibrio económico. Los siguientes indicadores presentan resultados económicos relacionados con la actividad y la prestación asistencial.

Fig. 31. Resultado Económico



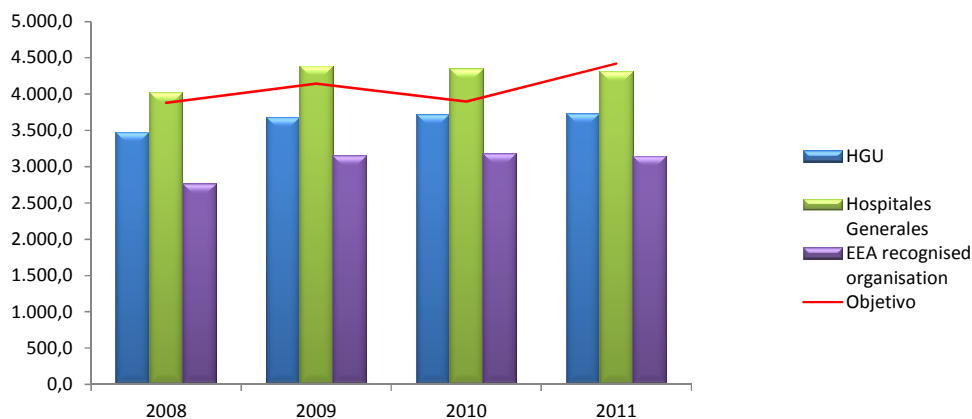
Resultado Económico: El indicador mide la evolución del resultado a lo largo del tiempo. El objetivo es el equilibrio financiero, con un margen de desviación negativa, en ningún caso mayor al 0,5% del presupuesto de gastos. Los objetivos se cumplen y las comparaciones resultan favorables. Es consecuencia de la eficiencia alcanzada por el HGU en la prestación asistencial mediante proyectos estratégicos como el de los Contratos de Gestión con Servicios y procesos, la transparencia de la información económica o la realización del “Plan de Mejora y Contención del Gasto”

Fig. 32. Coste Peso



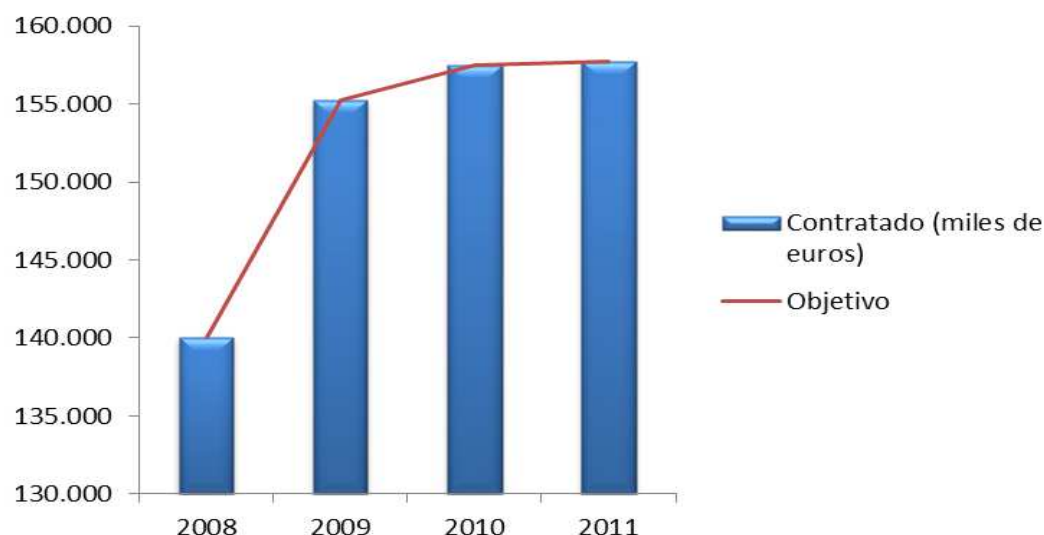
El peso es la unidad, según los GRD, por la que se mide la complejidad de la patología atendida en el área de Hospitalización. Cuanto menor el valor, mejor el resultado. El coste por peso nos permite valorar el coste de cada centro atendiendo el mismo nivel de complejidad, por lo tanto nos permite medir y comparar la eficiencia de los centros. Es un indicador muy importante de cara a la negociación del CP, puesto que el precio por peso es la unidad de facturación de nuestros servicios, siendo el objetivo estar siempre por debajo del precio anual marcado. Nuestros resultados han sido todos los años los mejores de los HG de Osakidetza, alcanzándose el objetivo marcado. Esto es el resultado de la eficiente gestión de los recursos y los procesos, y de la descentralización de la gestión con la firma de los contratos de gestión con los Servicios y procesos.

Fig. 33. Coste Alta



El coste por alta nos indica lo que ha costado cada paciente dado de alta en el Hospital. Como se ve en la **Fig. 33**, se alcanzan los objetivos marcados y las comparaciones resultan favorables para el HGU.

Fig. 34. Cumplimiento del contrato Programa



El Contrato Programa es la principal fuente de financiación del HGU. Por ello conseguir facturar el total de lo firmado es vital para poder mantener el equilibrio económico. El objetivo marcado es cumplimentar el 100% de lo firmado en el CP. Los resultados son excelentes, alcanzándose todos los años los objetivos marcados.

Presencia en el mercado

Nuestra razón de ser es contribuir al desarrollo y bienestar de la comunidad, a través, tal y como recoge la Misión, de “la prestación de asistencia sanitaria especializada para satisfacer las necesidades de salud de los ciudadanos/as de su área de referencia, con equidad, calidad y eficiencia”.

Damos cobertura asistencial a la Comarca Interior de Bizkaia y al Valle de Ayala del Territorio Histórico de Araba, siendo el hospital de referencia para una población cercana a los 300.000 habitantes.

Impacto económico indirecto

Fig. 35. Inversiones

Inversiones	2009	2010	2011
Euros	4.691.814	2.623.424	2.179.346

Fig. 36. Compras a proveedores

Evolución de compras directas a proveedores de la CAPV	2009	2010	2011
Compras	2.920.009	2.596.536	2.340.958
Inversiones	408.342	575.847	171.318
TOTAL	3.328.351	3.172.383	2.512.275

Fig. 37. Valor económico directo generado y distribuido

GASTOS E INGRESOS DE EXPLOTACION (Euros)	2009	2010	2011	Objetivo 2012
Productos farmacéuticos	17.996.237	18.619.601	18.622.480	20.589.224
Material sanitario y otros materiales	20.533.552	20.974.771	21.022.048	21.412.950
Gastos externos	8.948.218	8.981.747	8.980.026	9.203.601
Otros gastos de explotación	8.657.760	8.646.482	9.279.385	9.793.747
Total gastos de funcionamiento	56.135.768	57.222.602	57.903.939	60.999.522
Total gastos de personal	102.715.444	102.213.329	101.968.573	101.557.584
Total gastos de explotación	158.851.212	159.435.931	159.872.512	162.557.106
Total ingresos de explotación	157.859.207	159.624.140	159.773.330	161.635.135

Objetivos y desempeño

El objetivo del PE en vigor, 2010-14, marca una serie de Objetivos Estratégicos, con sus proyectos estratégicos, e indicadores de medición. Posteriormente, se elabora el Plan de Gestión Anual, donde se concretan los objetivos operativos a alcanzar, las acciones a desarrollar, los recursos asociados y los indicadores de seguimiento.

Política

Para el HGU la determinación de la Política y Estrategia a seguir es el elemento clave para garantizar su futuro. Con el fin de desarrollar su planificación estratégica de la manera más acorde posible, el HGU ha definido un proceso para gestionar la definición de la Política y Estrategia (P&E).

Es un proceso, identificado como estratégico, que desencadena la gestión de todos los procesos y se basa en un continuo ciclo PDCA, teniendo como misión la de definir, desarrollar y controlar la P&E. Se inicia con la reflexión estratégica, la elaboración del Plan de Gestión Anual, el seguimiento de gestión y el seguimiento estratégico que se enlaza de nuevo con el plan estratégico y su concreción en un nuevo Plan de Gestión. El responsable del proceso es el Director Gerente.

En el Hospital, la actividad se basa en las ciencias médicas y, por ello, la innovación, el aprendizaje y la mejora continua son elementos fundamentales para establecer nuestra estrategia y conseguir resultados para nuestros clientes. Nuestro sistema de evaluación del rendimiento está basado en la evaluación cuantitativa por indicadores y la evaluación cualitativa de las personas que utilizan las diversas fuentes de aprendizaje.

En nuestro sistema de gestión el Plan Estratégico es el elemento que nos define la Política y las Líneas Estratégicas a seguir durante su periodo de vigencia. Para su realización se tienen en cuenta las expectativas y necesidades de los Grupos de Interés. Asimismo, se evalúan los indicadores internos de rendimiento, las áreas de mejora detectadas en las auto-evaluaciones EFQM y los planes y objetivos alcanzados. El objetivo del Plan Estratégico en vigor, 2010-14, marca una serie de proyectos estratégicos que pretenden conseguir el incremento de la satisfacción de todas las personas, la mejora de nuestros servicios y la satisfacción de nuestros clientes, en línea con las directrices del PE de Osakidetza.

La metodología de elaboración del Plan Estratégico se inicia con la revisión del cumplimiento del Plan Estratégico anterior y el análisis de las fuentes de información e indicadores internos del rendimiento. Posteriormente se revisa y define la Misión, Visión y Valores. En esta última revisión se ha modificado de manera sustancial la definición de nuestra Misión para adaptarla y poder dar una respuesta adecuada a los grandes cambios que se están dando en estos momentos en la sanidad.

Una vez realizado este proceso, se analizan las interrelaciones entre los diferentes elementos del entorno y la organización, identificándose las amenazas y oportunidades. Hasta ahora, la información relevante se analizaba con una matriz DAFO. En el PE 2010-14, hemos introducido como mejora la realización de talleres de creatividad, en los que han participado nuestros GI, y otras herramientas para complementar este análisis. A partir de este análisis se identifica el escenario básico o más probable para fijar las estrategias. Asimismo, se analizan los riesgos que pueden tener una mayor incidencia en el hospital y se identifican estrategias y acciones a desarrollar en el caso de que dichos riesgos se puedan producir.

Esta metodología, junto a la gestión de las fuentes de información señaladas y de los resultados obtenidos, nos garantiza alinear nuestros intereses con los de nuestros GI. Teniendo en cuenta la Misión y Visión 2014 marcadas en el PE, hemos definido 9 Objetivos Estratégicos:

- Potenciar la Investigación y la Docencia
- Todos Somos Protagonistas
- Priorización y Sostenibilidad Económica
- Integración con Atención Primaria
- Organización Descentralizada
- Uso Inteligente de las TIC's
- Excelente Calidad Asistencial
- Referentes en Innovación
- Referentes en RSC

Cada uno de estos 9 objetivos se ha trabajado realizando un taller de creatividad, en el que han participado nuestros GI, y hemos contado con invitados externos relacionados con el OE en cuestión (Microsoft para las TIC's, *EITB* para la RSC, etc.). La herramienta utilizada ha sido la técnica de los "6 sombreros para pensar" del profesor Edward de Bono y se ha definido y desarrollado de forma sencilla en base a:

- las ideas base, el propósito o la intención, de lo que queremos hacer en cada objetivo;
- los indicadores concretos a medio plazo que nos van a permitir medir el logro de los objetivos que nos hemos planteado; y
- los proyectos estratégicos concretos que nos comprometemos a realizar cada año para el logro de los objetivos del Plan.

Igualmente se ha identificado con que Valor del HGU está relacionado cada uno de los OE y con qué Concepto Fundamental del Modelo EFQM está relacionado. Para cada OE hemos identificado las ventajas competitivas que tiene el HGU con respecto al sector donde operamos, Cada uno de los OE se despliega mediante una serie de proyectos estratégicos, con sus planes de acción e indicadores de medición.

Posteriormente, se elabora el PGA del HGU, donde se concretan los objetivos operativos a alcanzar, las acciones a desarrollar, los recursos asociados y los indicadores de seguimiento. A continuación dicho PGA se despliega a lo largo de toda la organización por medio de los PGA y contratos de gestión de cada proceso y Servicio

Cada una de estas Líneas Estratégicas se despliega con una serie de Objetivos Estratégicos con sus indicadores de medición y las metas a alcanzar durante los años de vigencia del PE. Posteriormente, se elabora el Plan de Gestión Anual, donde se concretan los objetivos operativos a alcanzar, las acciones a desarrollar, los recursos asociados y los indicadores de seguimiento. Posteriormente se despliega a lo largo de toda la Organización.

Indicadores de desempeño económico

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

Ver en el apartado 5.1.f. la **Fig. 35:** "Inversiones" y **Fig. 37:** "Valor económico directo generado y distribuido".

EC2 - CONSECUENCIAS FINANCIERAS Y OTROS RIESGOS Y OPORTUNIDADES PARA LAS ACTIVIDADES DE LA ORGANIZACIÓN DEBIDO AL CAMBIO CLIMÁTICO

Dada nuestra actividad, este indicador no afecta a nuestra organización.

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

El HGU en el año 2011, ha destinado 452.646 € para la cobertura de los anticipos y adelantos de nómina, complementos de pensión, póliza de seguros, fondo social, ayudas para estudios y ayudas por guardería. En este año, han sido 100 personas a las que se les ha aplicado o han podido acceder a estos beneficios, a petición propia y en aplicación de la normativa en vigor

	2009	2010	2011
BENEFICIOS SOCIALES	valor en €	valor en €	valor en €
Anticipos de nómina	121.078	167.907	197.639
Adelantos de nómina (Préstamos al Consumo)	108.755	97.152	113.207
Complemento de Pensiones	48.383	56.949	72.635
Póliza de Seguros	60.000	120.000	66.000
Fondo Social (art. 25)	4.724	1.551	2.876
Ayuda por Guarderías	1.242	1.708	289
Total	344.182	445.267	452.646

EC4 – AYUDAS FINANCIERAS SIGNIFICATIVAS RECIBIDAS DE GOBIERNOS

Ayudas financieras	2008	2009	2010	2011
FORMACIÓN	22.660	23.370	8.943	20.404
TRANSPLANTES	13.310	14.322	15.853	16.570

EC5 – RANGO DE LAS REALCIONES ENTRE EL SALARIO INICIAL ESTANDAR Y EL MINIMO LOCAL EN LUGARES DONDE SE DESARROLLEN OPERACIONES SIGNIFICATIVAS

Salario mínimo	2009	2010	2011
Salario mínimo interprofesional	8.736,00	8.866,20	8.979,60
Osakidetza	19.358,00	19.513,01	19.419,34
HGU	21.621,10	21.114,53	19.554,27

EC6 - POLÍTICA, PRÁCTICAS Y PROPORCIÓN DE GASTO CORRESPONDIENTES A PROVEEDORES LOCALES EN LUGARES DONDE SE DESARROLLEN OPERACIONES SIGNIFICATIVAS

Ver en el apartado 5.1.g. la [Fig.36](#): “Compras a proveedores”.

EC7 - PROCEDIMIENTOS PARA LA CONTRATACIÓN LOCAL Y PROPORCIÓN DE ALTOS DIRECTIVOS PROCEDENTES DE LA COMUNIDAD LOCAL EN LUGARES DONDE SE DESARROLLEN OPERACIONES SIGNIFICATIVAS

En el [apartado 4.7](#) se describe el proceso de contratación de los Altos Directivos. El 100% proceden de la CAV.

EC8 - DESARROLLO E IMPACTO DE LAS INVERSIONES EN INFRAESTRUCTURAS Y LOS SERVICIOS PRESTADOS PRINCIPALMENTE PARA EL BENEFICIO PÚBLICO MEDIANTE COMPROMISOS COMERCIALES, PRO BONO, O EN ESPECIE

El 100% de la actividad se destina al beneficio público dada la razón de ser de nuestra organización como prestadora de servicio público de salud.

El coste de la participación de nuestros profesionales en programas de cooperación con ONGs mediante la realización de actividad médico-quirúrgica y de apoyo a la misma, supuso en el año 2011 la cantidad de 9.248,18 €.

EC9 - ENTENDIMIENTO Y DESCRIPCIÓN DE LOS IMPACTOS ECONÓMICOS INDIRECTOS SIGNIFICATIVOS, INCLUYENDO EL ALCANCE DE DICHS IMPACTOS

Conforme a un estudio realizado por el Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco de cada 100 € de riqueza que se generan (P.I.B.) en la Comunidad Autónoma Vasca, 3,43 € se deben a la actividad inducida por la Sanidad Pública, igualmente 1 de cada 6 € retorna a la Hacienda Pública.

5.2

Dimensión ambiental

Para el desarrollo de la dimensión medioambiental el Hospital identifica en su plan Estratégico 2010-2014 un compromiso clave denominado hospital verde, para materializar ese compromiso nace el PROYECTO HOSPITAL VERDE, desde donde se lideran todas las iniciativas encaminadas hacia la sostenibilidad ambiental de nuestra actividad. El pilar fundamental de este Proyecto es el Sistema de Gestión Medioambiental basado desde finales del año 2011 en el exigente Reglamento Europeo 1221/2009 (EMAS III).

Objetivos y desempeño

Con el objeto de avanzar hacia la mejora continua y eficiencia de nuestras instalaciones el Plan de Gestión Medioambiental se ha estructurado en los años 2010 y 2011 en torno a cinco objetivos dentro de los cuales ha desarrollado distintas acciones que se resumen a continuación:

POTENCIAR EL SISTEMA DE GESTIÓN AMBIENTAL
1. Mejora del Cuadro de Mando de Indicadores Ambientales adaptándolo a los requerimientos EMAS.
2. Formación a 3 personas del hospital para consolidación de un equipo de auditoría interna
3. Celebración de distintas campañas de sensibilización como el Día Mundial del Medio Ambiente y el Día sin coche.
4. Participación con 2 sesiones anuales en el Grupo SIRIMIRI (Grupo interno con el fin de compartir conocimiento entre los profesionales de distintas áreas de la gestión y la mejora)
5. Difusión mediática mediante presentaciones en congresos, artículos ambientales en revista del Hospital, boletines, intranet y otros medios externos como son la Web Stop CO2.
6. Colaborar activamente con el Programa de Ecoeficiencia de IHOBE en el que estamos adheridos desde noviembre del 2010
7. Elaboración de un plan de formación en Medio Ambiente.
8. Compra Verde: Incluir cláusulas medioambientales en al menos tres nuevos expedientes de contratación.

Los resultados de este objetivo son en su mayoría cualitativos:

A nivel de sensibilización, las últimas encuestas realizadas a nuestros profesionales revelan que ha mejorado la percepción de la dimensión ambiental.

En cuanto a compra verde se ha superado ampliamente las expectativas planteadas incluyendo para el año 2011, 87 nuevos expedientes de contratación con criterios ambientales.

MEJORAR GESTION DE RESIDUOS

1. Desarrollo de un programa informático para conocer la generación de residuos por servicio.
2. Impartición de Sesiones de formación sobre el Plan de Gestión de residuos al personal
3. Implantar contenedores estándares de residuos sólidos urbanos en todo el hospital.
4. Aumento de la tasa de reciclado hasta un 35%-40%
5. Realizar un mayor control en origen y evitar el aumento de residuos biológicos y peligrosos.
6. Habilitar una zona para depositar los pales usados para facilitar la retirada de los mismos por un gestor que los reutiliza.
7. Implantación de contenedor específico para hojas de bisturí en el laboratorio de Anatomía patológica.

Gracias a estas acciones en el HGU se han generado un 1% menos de residuos que en el año 2010, alrededor de 10 toneladas menos. No así en el ambulatorio de Durango, donde debido a las obras realizadas en las consultas de traumatología y dermatología, se ha casi triplicado la cantidad de residuos generado.

OPTIMIZAR CONSUMOS DE RECURSOS ENERGÉTICOS

1. Seguimiento de reducción de vapor en Lavandería entre un 20-30%
2. Realización de estudio de iluminación y comenzar con un planning de cambios de luminarias.
3. Automatizaciones climatizadoras según planning.
4. Mejora de aislamiento y cambio de ventanales en las nuevas obras según planning
5. Instalación de un sistema de eficiencia energética que nos permite conocer el consumo energético por áreas del hospital.
6. Instalación de placas foto térmicas para climatización de piscina de rehabilitación.
7. Participación en el Proyecto Europeo "RES hospitals" con el objetivo de alcanzar el 20% del consumo a través de Energías Renovables para el año 2015.

Con estas medidas se ha reducido considerablemente el consumo de energía en el HGU se ha reducido un 14%, lo que supone 4.000 Mwh ahorrados.

OPTIMIZAR CONSUMO DE AGUA

1. Adecuación del circuito de agua del anillo de la Boca de Incendios Equipada
2. Bajada de presión para agua de consumo.
3. Implantación de perlizadores en grifos y duchas según planning.

En 2011 el consumo de agua ha disminuido en un 14% respecto al 2010. En 2 años el hospital ha conseguido reducir de casi 90 m3 de agua por empleado a 64 m3. Para los años futuros el objetivo del hospital es mantener estable el consumo de agua.

CONTROL DE EMISIONES CONTAMINANTES

1. Participación en el Proyecto piloto de IHOBE para elaborar y certificar el inventario de emisiones de CO2 según norma ISO 14064.

Se ha observado una reducción en un 8% de la emisión de gases de efecto invernadero asociado a la reducción de consumo energético.

Política

El HGU tiene definida y publicada a través su página Web (www.osakidetza.euskadi.net/v19-hgalhome/es) e intranet su política de Gestión Medioambiental, en la misma se explicita cual es nuestro modelo de Gestión y nuestro Compromiso Medioambiental.

Responsabilidad de la organización

Dentro del sistema de gestión se definen las responsabilidades, siendo la Gestora del Proceso la Directora Económico Financiera del Hospital.

Además, nuestro modelo de gestión medioambiental se soporta y desarrolla gracias a un Equipo de Mejora Medioambiental multidisciplinar que plantea y lleva a cabo los proyectos medioambientales del Centro.

El Equipo de Mejora Medioambiental está compuesto por un grupo multidisciplinar compuesto por profesionales de distintas áreas: Aprovisionamiento, Mantenimiento, Hostelería, Enfermería, Auxiliar de enfermería, Medicina preventiva, Proveedor externo (GIROA) Limpieza y Celadores.

Por lo tanto, los gestores de estos procesos junto con un técnico de medioambiente comparten la responsabilidad en la gestión.

Para tener en cuenta las opiniones y sugerencias de los profesionales del Hospital y hacerles partícipes en la toma de decisiones del proceso, existe un Buzón de Medioambiente, donde pueden escribir sus opiniones, dudas y sugerencias. El acceso a este buzón se realiza a través de la página web del hospital (HGU.medioambiente@osakidetza.net), teniendo acceso la sociedad en general, así como los grupos de interés. Así mismo, para conocer la opinión de los trabajadores, se realiza anualmente una encuesta on-line coincidiendo con la celebración del Día Mundial del Medio Ambiente. Las sugerencias obtenidas a través de esta encuesta son valoradas por el Equipo de Mejora y una vez priorizadas se ponen en marcha mediante acciones concretas.

Formación y sensibilización

En 2011 se inició un plan de formación que tiene como objetivo recordar el contenido del Plan de Gestión de Residuos del Hospital a todo el personal del Centro.

Respecto a la implicación de los trabajadores, el Hospital desde el inicio de su sistema de gestión medioambiental ha considerado un recurso clave para el éxito del proceso medioambiental la participación de sus profesionales (equipo de mejora ambiental, día mundial del medio ambiente, sesiones sirimiri, etc.) el año 2011 cuando se han recogido de manera formal esas participaciones y se han establecido en un plan de comunicación y participación anual.

Evaluación y seguimiento

El Hospital monitoriza los resultados ambientales mediante los indicadores del Cuadro de Mando Ambiental, y realiza de manera anual la evaluación de aspectos ambientales, gracias a la cual conocemos la eficacia de las acciones implantadas e identificamos las principales áreas de trabajo donde podemos minimizar el impacto ambiental de nuestra organización, y plantearnos nuevas metas para el año siguiente, así aseguramos la mejora continua y la formación sensibilización de las personas del HGU.

Indicadores de desempeño ambiental

Los indicadores que a continuación se muestran corresponden al Centro de Hospital Galdakao Usansolo. Para ampliar información ambiental sobre el Ambulatorio de Durango está disponible la Declaración Ambiental EMAS publicada en nuestra página Web

EN1 - MATERIALES UTILIZADOS POR PESO O VOLUMEN

(TONELADAS)	2008	2009	2010	2011
Fluorescentes	0,785	0,755	0,675	0,751
Glutaraldehído	0,418	0,259	0,000	0,000

Material informático	6,350	5,723	5,137	4,355
Oxido Etileno	0,250	0,146	0,073	0,104
Papel Blanco	27,288	31,250	28,790	29,363
Papel color	0,320	0,465	1,140	1,245
Peracético	0,000	0,000	0,490	0,230
Pilas	0,453	0,420	0,387	0,367
Placas Petri	0,016	0,046	0,028	0,014
Termómetros	0,013	0,000	0,000	0,000
Tubo ensayo plástico	17,531	14,733	14,522	15,124
Tubo ensayo vidrio	3,422	3,470	3,095	2,690
Xileno	0,794	0,877	0,877	1,469
TOTAL	57,639	58,143	55,214	55,711

EN2 - PORCENTAJE DE MATERIALES UTILIZADOS QUE SON MATERIALES VALORIZADOS

MATERIAL	2008		2009		2010		2011		% Consumo Total
	CONSUMO unidades	VALOR euros	CONSUMO unidades	VALOR euros	CONSUMO unidades	VALOR euros	CONSUMO unidades	VALOR euros	
SOBRE MINISTRO 170X120 90G	73.855	1.224	55.085	926	54.550	926	53.050	814	100,00%
SOBRE AMERICANO C/VENT. 225X114 90G	6.500	132	22.500	485	36.500	485	51.500	1.124	100,00%
BOLSA HOLANDESA 260X185 90G	68.943	2.643	63.475	2.493	49.450	2.493	44.700	1.710	100,00%
BOLSA FOLIO 360X260 100G	56.220	3.331	44.280	2.685	37.356	2.685	40.094	2.552	100,00%
SOBRE INFORME CLINICO DE ALTA	16.500	1.005	15.750	978	15.750	849	19.750	909	100,00%
PAPEL DIN A4 80G P/FOTOCOP. PAQ. 500 H	10.873	28.044	12.482	32.900	11.857	30.364	8.806	22.341	74,99%
PAPEL DIN A4 80G FOTOC RECICLADO 500 H	0	0	0	0	0	0	2.937	7.451	25,01%
PAPEL DIN A3 80G P/FOTOCOP. PAQ. 500 H	42	240	18	92	33	169	2	10	100,00%
TOTAL	232.891	36.378	213.572	40.466	193.606	7.438	209.094	7.109	

EN3 - CONSUMO DIRECTO DE ENERGÍA DESGLOSADO POR FUENTES PRIMARIAS

La energía del Hospital es suministrada por la Central de Cogeneración, que produce energía eléctrica, térmica y frigorífica a partir de Gas Natural. Además, cuando el hospital demanda más energía de la producida por la Central también se toma energía de la Red eléctrica.

El Hospital cuenta además con una central solar de 450 placas solares con una producción de 100 Mwh anuales.

MWh	2008	2009	2010	2011
Electricidad (MWh)	5.561,05	6.329,42	6.290,52	5.975,54
Gas natural (MWh)	35.986,68	39.564,37	40.356,27	37.602,84

*Todos los datos de energía de esta memoria, se muestran en Mwh y no en Julios como especifica la memoria GRI, debido a que por los requerimientos del Reglamento EMAS al cual el Hospital está sometido, pide la medición del consumo de energía en vatios.

EN4 - CONSUMO INDIRECTO DE ENERGÍA DESGLOSADO POR FUENTES PRIMARIAS

CONSUMOS ENERGÍA (Mwh*)	2008	2009	2010	2011
Electricidad	9.948	10.501	11.219	10.970
Electricidad placas solares	6	88	94	97
E. Frigorífica	1.824	2.319	1.760	1.509
E. Térmica	14.456	14.754	16.143	12.473
Gas natural	192	213	196	194

EN5 - AHORRO DE ENERGÍA DEBIDO A LA CONSERVACIÓN Y MEJORAS A LA EFICIENCIA

2008	2009	2010	2011
5,535 Mwh	87,536 Mwh	A pesar de las inversiones en eficiencia energética realizadas, no se lograron los ahorros esperados debido a la apertura en este ejercicio del Centro Vasco de Transfusiones anexo a nuestras instalaciones y consumidor también de recursos del hospital, lo que originó en un aumento de consumo	4.168,96 Mwh

EN6 - INICIATIVAS PARA PROPORCIONAR PRODUCTOS Y SERVICIOS EFICIENTES EN EL CONSUMO DE ENERGÍA O BASADOS EN ENERGÍAS RENOVABLES, Y LAS REDUCCIONES EN EL CONSUMO DE ENERGÍA COMO RESULTADO DE DICHAS INICIATIVAS

(Mwh/año)	2008	2009	2010	2011
Válvulas de corte vapor en túnel y calandras de lavandería				780
2 Secadoras nuevas en lavandería			90	
Automatización control de Climatizadoras	120		171	
Nuevos Climatizadores en Hospital de día y Bloque quirúrgico B			65	158
Cambio de ventanales con aislamiento térmico y cámara de aire	47	62	23	16
Aislamientos en cubiertas del Bloque quirúrgico B y Ambulatorio de Durango				71
Renovación maquinaria de ascensor nº 16 con variador de frecuencia				7

Nuevas lavadoras en lavandería		830		
Luminarias de bajo consumo				
Cambio de iluminación a LED				60
Control de Tª de climatizadoras y ACS - Gestor Centralizado				3.100

EN7 - INICIATIVAS PARA REDUCIR EL CONSUMO INDIRECTO DE ENERGÍA Y LAS REDUCCIONES LOGRADAS CON DICHAS INICIATIVAS

Mwh/año	2008	2009	2010	2011
Cambio del Motor nº 1 de Cogeneración de 2.000 Kwe		6.780		
Cambio del Motor nº 2 de Cogeneración de 2.000 Kwe				6.780
Nueva máquina de ABSORCIÓN de 1.400 Kwe		1.034		
Recuperador de humos en Caldera de ACS (Mwh PCS)		65		
Placas Solares Foto-voltaicas (Producción)	6	88	94	96
Placas Solares Térmicas- calentamiento Vaso de Piscina				9

EN8 - CAPTACIÓN TOTAL DE AGUA POR FUENTES

m3	2008	2009	2010	2011
Agua de la Red	157.641,00	143.380,00	120.084,25	103.935,74

EN9 - FUENTES DE AGUA QUE HAN SIDO AFECTADAS SIGNIFICATIVAMENTE POR LA CAPTACIÓN DE AGUAS

Toda el agua consumida en el Hospital proviene de la red por lo que no hay fuentes de agua que explote el Hospital directamente, sino que proviene del Consorcio de Aguas Bilbao Bizkaia que capta el agua en los embalses de Ullibarri Ganboa y Santa Engracia. Pertenecen al sistema del Zadorra y almacenan el 90% del agua que el Consorcio de Aguas distribuye.

Complementan este volumen hídrico otras aportaciones secundarias como los pequeños embalses de Lekubaso y Zollo, en la cuenca del Nervión-Ibaizabal y San Cristóbal en Arratia.

Para casos de emergencia se ha establecido un plan de aprovisionamiento de agua desde diversos ríos vizcaínos.

EN10 - PORCENTAJE Y VOLUMEN TOTAL DE AGUA REICLADA Y REUTILIZADA

Toda el agua residual que genera el Hospital se depura a través de la depuradora del Consorcio de Aguas de Bilbao, donde, además de la depuración física y química, también recibe el tratamiento biológico, por lo que la depuración de las aguas ha mejorado notablemente. Desde marzo de 2011 la Estación Depuradora de Galindo ha puesto en marcha un nuevo proceso para destinar parte de las aguas residuales tratadas y depuradas a nuevos fines de cara a mejorar los usos sostenibles del agua. La Estación Depuradora tiene una capacidad de reutilización de 100 litros/seg., lo que permite no solo su utilización en procesos de limpieza dentro de sus propias instalaciones (3,5 millones de litros de agua diarios) si no también da respuesta a nuevas necesidades para como la limpieza de calles y el riego de jardines de distintos municipios, entre otros usos.

EN11 - DESCRIPCIÓN DE TERRENOS ADYACENTES O UBICADOS DENTRO DE ESPACIOS NATURALES PROTEGIDOS O DE ÁREAS DE ALTA BIODIVERSIDAD NO PROTEGIDAS. INDÍQUESE LA LOCALIZACIÓN Y EL

TAMAÑO DE TERRENOS EN PROPIEDAD, ARRENDADOS, O QUE SON GESTIONADOS DE ALTO VALOR EN BIODIVERSIDAD EN ZONAS AJENAS A ÁREAS PROTEGIDAS

Hospital Galdakao-Usansolo no se encuentra ubicado en ningún espacio de la RED Natura 2000 ni en sus proximidades.

Se aporta mapas de ubicación y listado de los términos municipales afectados por la RED Natura 2000 publicado por el GOBIERNO Vasco, donde se observa que las áreas protegidas más cercanas son la Reserva Natural del Urdaibai, el Parque Natural de Gorbea y el Parque Natural de Urkiola y la actividad del Centro situado en Galdakao no influye en la biodiversidad de estos parques.)

http://www9.euskadi.net/biodiversidad/datos/iia_c.pdf

http://www9.euskadi.net/biodiversidad/natura_cartografia_c.htm

A pesar de ello el Hospital es uno de los centros sanitarios de la CAPV que mayor contacto tiene con la biodiversidad que le rodea, puesto que se encuentra ubicado en un espacio rural próximo al río Ibaizabal y rodeado de montes forestales y caseríos dispersos. Esta área de campiña es un rico mosaico de diferentes habitats: ribera, bosques naturales, plantaciones forestales y terrenos agrícolas.

La superficie ocupada del Hospital es:

Ocupación del suelo (m2)	2010	2011
SUPERFICIE OCUPADA	72.000,00	72.000,00

EN12 - DESCRIPCIÓN DE LOS IMPACTOS MÁS SIGNIFICATIVOS EN LA BIODIVERSIDAD EN ESPACIOS NATURALES PROTEGIDOS O EN ÁREAS DE ALTA BIODIVERSIDAD NO PROTEGIDOS, DERIVADOS DE LAS ACTIVIDADES, PRODUCTOS Y SERVICIOS EN ÁREAS PROTEGIDAS Y EN ÁREAS DE ALTO VALOR EN BIODIVERSIDAD EN ZONAS AJENAS A LAS ÁREAS PROTEGIDAS

FRAGMENTACION DEL HABITAT: Para que el impacto sobre la biodiversidad sea el menor posible el entorno del Hospital está ajardinado, lo cual permite un cambio ecosistémico gradual entre las instalaciones del Centro y el entorno rural y forestal. Conservación de espacios ajardinados priorizando la plantación de especies autóctonas.

EN13 - HÁBITATS PROTEGIDOS O RESTAURADOS

ROBLEDAL BOSQUE MIXTO

Para nuestra organización es de interés proteger y preservar dentro de sus terrenos una parcela de bosque mixto de robles autóctonos, ya que entre las funciones que cumple este bosque está la de mantener ejemplares de especies autóctonas, separar el recinto hospitalario de las viviendas más cercanas y reducir el impacto paisajístico que tiene el Hospital en el entorno.



EN14 - ESTRATEGIAS Y ACCIONES IMPLANTADAS PARA LA GESTIÓN DE IMPACTOS SOBRE LA BIODIVERSIDAD

2010: este año se eliminaron de los jardines del Centro una planta invasora como es la planta de las pampas (Cortaderia selloana).

2011: El año 2011 con motivo de la celebración del Día Mundial del Medio Ambiente, se orientaron acciones específicas con el fin de preservar la biodiversidad: se señalaron mediante placas identificativas árboles que se encuentran dentro de nuestras instalaciones con el fin de que todos aquellos que acudan al HGU puedan identificarlos. Además, se instalaron 10 cajas nido para pájaros.

EN15 - NÚMERO DE ESPECIES, DESGLOSADAS EN FUNCIÓN DE SU PELIGRO DE EXTINCIÓN, INCLUIDAS EN LA LISTA ROJA DE LA IUCN Y EN LISTADOS NACIONALES Y CUYOS HÁBITATS SE ENCUENTREN EN ÁREAS AFECTADAS POR LAS OPERACIONES SEGÚN EL GRADO DE AMENAZA DE LA ESPECIE

En el área de actividad de la organización no hay ninguna especie que este dentro de las categorías de la IUCN o en listados nacionales.

EN16 - EMISIONES TOTALES, DIRECTAS E INDIRECTAS, DE GASES DE EFECTOS INVERNADERO, EN PESO

Hospital Galdakao-Usansolo ha certificado voluntariamente sus emisiones de Gases de Efecto Invernadero según la norma ISO 14064. Se pueden consultar los inventarios del año 2010 y el año 2011 en los Informes de Gases de Efecto Invernadero publicados en la página Web.

La principal fuente directa de emisión es la central de cogeneración seguida de los gases medicinales que se suministran a pacientes. Como fuente indirecta de emisión tenemos el consumo de energía procedente de la red eléctrica, esta última se ha visto aumentada debido al aumento del mix eléctrico del suministrador.

		2010	2011
TOTAL EMISIONES (Tm CO2 equivalentes)		9.344,08	8.593,28
EMISIONES DIRECTAS DE GEI		8.709	7.870
COMBUSTIÓN FIJA	Calderas CENTRAL COGENERACION	7.346	6.845
EMISIONES FUGITIVAS	Gases medicinales	1.363	1.026
EMISIONES INDIRECTAS DE GEI POR ENERGIA		635	723

ELECTRICIDAD	Consumo global de electricidad	635	723
---------------------	---------------------------------------	-----	-----

EN17 - OTRAS EMISIONES INDIRECTAS DE GASES DE EFECTO INVERNADERO, EN PESO

El Hospital cuenta con una flota de 5 vehículos para Hospitalización a Domicilio. Las emisiones de la flota son de 17,77 Tm de CO₂ equivalentes para ambos años (2010 y 2011). Como se puede observar estas emisiones son residuales respecto al total de emisiones ya comentado en el EN16.

N18 - INICIATIVAS PARA REDUCIR LAS EMISIONES DE GASES DE EFECTO INVERNADERO Y LAS REDUCCIONES LOGRADAS

2010	2011
Compra de coche híbrido para hospitalización a domicilio.	Válvulas de corte vapor en túnel y calandras de lavandería.
Curso de formación de conducción ecológica al personal del Hospital a Domicilio.	2 Secadoras nuevas en Lavandería.
Mejora de aislamiento térmico.	Automatización control de climatizadoras.
Automatización de una climatizadora.	Nuevos climatizadores.
Reducción de vapor por la adecuación de equipos (renovación de lavadoras) y eliminación de los domingos en lavandería.	Cambio de ventanales con aislamiento térmico y cámara de aire
	Aislamientos en cubiertas.
	Renovación maquinaria de ascensores con variador de frecuencia
	nuevas lavadoras en lavandería
	Luminarias de bajo consumo
	Cambio de Iluminación a LED
	Control de Tª de climatizadoras y ACS - Gestor Centralizado
	Instalación de placas foto térmicas para el calentamiento del agua de la piscina de rehabilitación.

En el año 2010 se registró un aumento de consumo de energía debido a la apertura del Centro Vasco de Transfusiones que supuso un aumento de emisiones de GEI. En el año 2011 se redujeron en un 8% las emisiones registradas en el año 2010.

EN19 - EMISIONES DE SUSTANCIAS DESTRUCTORA DE LA CAPA DE OZONO, EN PESO

Siguiendo las recomendaciones del Protocolo de Montreal, el centro elimino los focos de sustancias perjudiciales para la capa de Ozono por otras alternativas seguras. Las neveras del hospital están libres de CFCs en sus dispositivos de refrigeración.

EN20 - NO, SO Y OTRAS EMISIONES SIGNIFICATIVAS AL AIRE POR TIPO Y PESO

		2008	2009	2010	2011
CONSUMO GAS Kwh PCS		35.986.675	39.564.366	40.356.273	37.602.839
CONSUMO GAS Nm3		3.438.108	3.779.915	3.855.572	3.592.514

Factores conversión (KG)					
Partículas sólidas	0,000045	154,714854	170,096156	174	161,66
SO2	0,000009	21,24	33,64	34,7	32,33
NOx	0,00378	8920,8	14128,83	14.574,06	13.579,70
CO	0,00045	1062	1682	1.735,01	1.616,63
VOC	0,00019	448,4	710,18	732,56	682,58

El cálculo de emisión de estos contaminantes se realiza a partir del consumo de gas de la central de cogeneración aplicándole el factor de conversión que corresponde a cada contaminante.

EN21 - VERTIMIENTO TOTAL DE AGUAS RESIDUALES, SEGÚN SU NATURALEZA Y DESTINO

m3	2008	2009	2010	2011
Aguas residuales	137.026	121.889	100.158	83.585

Se vierte a la estación depuradora de aguas de Galindo del Consorcio de Aguas de Bilbao

EN22 - PESO TOTAL DE RESIDUOS GESTIONADOS, SEGÚN TIPO Y MÉTODO DE TRATAMIENTO

Toneladas		2008	2009	2010	2011	
Residuos Sólidos Urbanos - Grupo I	Aceites alimentarios	2,29	2,39	1,72	1,66	RECICLAJE
	Mezclas	621,74	633,89	552,98	552,70	VERTEDERO
	Papel/Cartón	175,62	264,98	292,59	301,50	RECICLAJE
	Plásticos	51,01	62,33	58,74	56,10	RECICLAJE
	Radiografías	0,99	1,94	0,00	0,00	RECICLAJE
	Residuos metálicos	2,51	3,58	4,22	0,00	RECICLAJE
	Ropa	0,00	0,76	1,24	0,99	RECICLAJE
	Vidrio	10,26	23,16	30,46	19,53	RECICLAJE
Total Grupo I		864,413	993,026	941,949	932,472	
Residuos Sanitarios - Grupo II	Residuos sanitarios	107,02	113,96	98,49	98	VERTEDERO
Total Grupo II		107,02	113,955	98,491	98,46	
Residuos Peligrosos - Grupo III	Aceites industriales	0,00	0,00	1,00	0,00	RECICLAJE
	Amianto	0,00	0,00	0,00	1,70	VERTEDERO
	Baterías, acumuladores, pilas	0,28	0,61	0,39	0,40	RECICLAJE
	Disolventes no halogenados	9,44	10,85	5,53	6,12	INCINERACION
	Envases contaminados	6,77	5,94	0,68	5,25	INCINERACION
	Equipos electrónicos	0,00	0,79	1,00	0,12	RECICLAJE
	Filtros contaminados	2,68	4,30	0,22	1,86	INCINERACION
	Fluorescentes (residuo)	0,29	0,36	0,69	0,17	RECICLAJE
	Líquidos de radiología	0,83	0,54	0,00	0,62	VERTEDERO
	Medicamentos desechados	5,17	0,55	3,52	0,00	INCINERACION
	Residuos citostáticos	1,21	1,75	8,70	4,34	INCINERACION
	Restos anatómicos con formol	0,12	2,38	2,88	3,19	INCINERACION
	Residuos químicos	1,85	3,37	4,14	4,31	INCINERACION
	Toners (residuo)	0,00	0,00	1,45	1,37	RECICLAJE
Total Grupo III		28,635	31,431	30,199	29,451	

Generación Total		1000,068	1138,412	1070,639	1060,383	
RESIDUOS RECICLADOS SOBRE EL PESO TOTAL		27,14%	35,48%	35,97%	36,60%	

EN23 - NÚMERO TOTAL Y VOLUMEN DE LOS DERRAMES ACCIDENTALES MÁS SIGNIFICATIVOS

En los años 2010 y 2011 no se ha producido ningún derrame accidental significativo.

EN24 - PESO DE LOS RESIDUOS TRANSPORTADOS, IMPORTADOS, EXPORTADOS O TRATADOS QUE SE CONSIDERAN PELIGROSOS SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DEL CONVENIO DE BASILEA, ANEXOS I, II, III Y VIII Y PORCENTAJE DE RESIDUOS TRANSPORTADOS INTERNACIONALMENTE

No se han exportado residuos ni en 2010 ni 2011

EN25 - IDENTIFICACIÓN, TAMAÑO, ESTADO DE PROTECCIÓN Y VALOR DE BIODIVERSIDAD DE RECURSOS HÍDRICOS Y HÁBITATS RELACIONADOS, AFECTADOS SIGNIFICATIVAMENTE POR VERTIDOS DE AGUA Y AGUAS DE ESCORRENTÍA DE LA ORGANIZACIÓN INFORMANTE

Se han adoptado las medidas necesarias para disponer de RED SEPARATIVA de evacuación de Pluviales y Fecales; de manera que las Pluviales, cuya carga contaminante es nula, se evacuan al río Ibaizabal y las aguas Residuales son evacuadas al interceptor de Consorcio tras realizar el pre tratamiento de sólidos gruesos en las rejillas de desbaste propias del hospital.

Se mantiene contacto permanente con el Consorcio de Aguas y además se realiza un control de muestras con periodicidad semestral.

Por otra parte los residuos de Laboratorios se agrupan por familias y se retiran por gestor autorizado de residuos y se ha eliminado el uso de mercurio en el hospital de acuerdo con la Directiva Comunitaria 2000/60/CE.

Por lo tanto podemos decir que gracias a la gestión controlada de los vertidos el hospital esta contribuyendo a la recuperación de la biodiversidad del río Ibaizabal que empieza ya a regenerarse del impacto ambiental que sufrió durante la industrialización.

Desde el año 2011 el Hospital colabora con un proyecto liderado por IK4 Tekniker y subvencionado por URA (La Agencia Vasca del Agua) para realizar un estudio sobre el análisis y el control de los contaminantes emergentes procedentes de los vertidos hospitalarios.

Para el año 2012 se prevé continuar colaborando con ellos y aportando información sobre la farmacología y suministro de medicamentos hospitalarios.

EN26 - INICIATIVAS PARA MITIGAR LOS IMPACTOS AMBIENTALES DE LOS PRODUCTOS Y SERVICIOS, Y GRADO DE REDUCCIÓN DE ESE IMPACTO

La organización es de servicios, por lo que las iniciativas para mitigar el impacto son el propio sistema de gestión ambiental y las acciones contempladas por el mismo.

EN27 - PORCENTAJE DE PRODUCTOS VENDIDOS, Y SUS MATERIALES DE EMBALAJE, QUE SON RECUPERADOS AL FINAL DE SU VIDA ÚTIL POR CATEGORÍAS DE PRODUCTOS

El centro no vende ningún producto, sin embargo, en cuanto a la prestación de servicios, mencionar a la Farmacia Ambulatoria. Dicho Servicio distribuye medicamentos junto con los recipientes para depositar los residuos sanitarios generados, y que luego son devueltos al Hospital junto con los medicamentos caducados o resto de medicación, para proceder a su retirada por los gestores autorizados.

EN28 - COSTE DE LAS MULTAS SIGNIFICATIVAS Y NÚMERO DE SANCIONES NO MONETARIAS POR INCUMPLIMIENTO DE LA NORMATIVA AMBIENTAL.

No se han producido

EN29 - IMPACTOS AMBIENTALES SIGNIFICATIVOS DEL TRANSPORTE DE PRODUCTOS Y OTROS BIENES Y MATERIALES UTILIZADOS PARA LAS ACTIVIDADES DE LA ORGANIZACIÓN, ASÍ COMO DEL TRANSPORTE DE PERSONAS

El Hospital tan solo dispone del parque del Servicio de Hospitalización a Domicilio de 5 vehículos, cuyo impacto en el medioambiente no es significativo.(en el año 2010 se sustituyo uno de los vehículos de gasoil por uno híbrido y para el año 2012 está prevista la sustitución del 100% de la flota con lo que se prevé reducir el consumo de combustible en un 45% pasando de un consumo medio de 7 litros a 3,8 litros)

EN30 - DESGLOSE POR TIPO DEL TOTAL DE GASTOS E INVERSIONES AMBIENTALES. €

€	2.010	2.011
INVERSIONES	376.243,16	334.723,22
GASTOS (gestión de residuos)	235.185,83	248.040,51

AÑO 2010

CENTRO o ZONA	ACCIÓN PARA EL MEDIO AMBIENTE	IMPACTO PARA EL MEDIO AMBIENTE	IMPORTE INVERSIÓN realizada por la ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS
TODO EL HOSPITAL	CONOCIMIENTO Y SEGMENTACIÓN DE CONSUMOS ELECTRICOS (implantación de un sistema de gestión energética en la instalación eléctrica)	Mayor control en los consumos energéticos	49.862,00 €
LAVANDERIA	AHORRO VAPOR (racionalizar el consumo de vapor de las máquinas de lavandería mediante válvulas de control neumático de 2 vías para cortar el suministro de vapor a tres máquinas p	Reducción consumo energético	5.909,29 €
LAVANDERIA	AHORRO ENERGÍA (Sustitución de antigua secadora por una rotativa con control de secado por microprocesador y dotada de todas las seguridades)	Reducción consumo energético	8.845,50 €
TODO EL HOSPITAL	REDUCCION DE PERDIDAS DE CALOR (cambio de ventanas e impermeabilización)	Reducción consumo energético	78.858,31 €
TODO EL HOSPITAL	REDUCCION DE CONSUMO ELECTRICOS (estudio de eficiencia en instalaciones de iluminación: análisis concreto de necesidades para proponer soluciones para mejora de eficiencia energética en alumbrado interior)	Propuesta de soluciones de mejora de eficiencia energética	21.342,00 €
TODO EL HOSPITAL	REDUCCION DE CONSUMO ELECTRICOS (Instalación de nuevos equipos de iluminación como son los detectores de presencia, luces Led, etc.. Para reducción de consumo de energía)	Reducción consumo energético	123.707,00 €
HOSPITAL DE DÍA	REDUCCIÓN DE CONSUMO ENERGÉTICO (nueva climatización de nuevo hospital de día con la dotación del sistema de recuperación con eficacia del 47%)	Reducción consumo energético	16.359,53 €
TODO EL HOSPITAL	REDUCCIÓN DE CONSUMO ENERGÉTICO (Automatización climatizadora CL8 zona consultas: sustitución de las válvulas actuales (todo o nada) existentes el control de calefacción de las plantas -1,0 y +1	Reducción consumo energético	52.924,00 €

REHABILITACIÓN	AHORRO ENERGÍA con INSTALACION SOLAR TERMICA PARA EL CALENTAMIENTO DE LA PISCINA DE REHABILITACION (Instalación de un sistema de colectores solares térmicos para el calentamiento del agua de la piscina cubierta)	Reducción consumo energético	16.359,53 €
----------------	---	------------------------------	-------------

AÑO 2011

CENTRO o ZONA	ACCIÓN PARA EL MEDIO AMBIENTE	IMPACTO PARA EL MEDIO AMBIENTE	IMPORTE INVERSIÓN realizada por la ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS
PSIQUIATRIA	SUSTITUCION DE LUMINARIAS INTERIORES PARA REDUCCION DE CONSUMO ENERGÉTICO EN Sº PSIQUIATRIA	Reducción consumo energético	9.880,00
ANATOMIA PATOLOGICA	SUSTITUCION DE LUMINARIAS INTERIORES PARA REDUCCION DE CONSUMO ENERGETICO EN Sº ANATOMIA PATOLOGICA	Reducción consumo energético	3.344,00
TODO EL HOSPITAL	SUSTITUCION DE CLIMATIZADORA PARA BLOQUE QUIRURGICO B, CON RECUPERACIÓN DE ENERGIA	Reducción consumo energético	135.834,00
TODO EL HOSPITAL	AISLAMIENTO DE CUBIERTA BLOQUE QUIRURGICO B	Reducción consumo energético	137.742,02
TODO EL HOSPITAL	REMODELACION DE ASCENSOR Nº16 DE CCEE, CAMBIO DEL EQUIPO TRACTOR, PUERTAS DE CABINA Y PLANTA, MANIOBRA.	Reducción consumo energético	47.923,20

5.3

Dimensión social

El Plan Estratégico 2010-14 del HGU identifica como uno de sus objetivos estratégicos, la satisfacción e integración de todas las personas que componen nuestra Organización, concretamente en el Objetivo “Todos somos protagonistas”

La pertenencia del HGU, como organización de servicios sanitarios a la Red de Osakidetza, afecta a aspectos fundamentales de la gestión de sus RRHH, tales como selección del personal, retribuciones y promoción, ya que está condicionada a las políticas generales establecidas para todos los centros de la Red.

A través de los Planes de Gestión anual vamos estableciendo objetivos operativos y acciones encaminadas a la consecución de los objetivos estratégicos.

El Hospital tiene definidos los Valores en los cuales apoyará su servicio:

- **Innovación:** Estamos abiertos permanentemente al cambio.
- **Profesionalidad:** Nos comprometemos con nuestro saber y conocimientos.
- **Equipo:** Compartimos objetivos, ideas, conocimiento e información.
- **Cercanía:** Somos personas al servicio de personas.
- **Compromiso:** Con la sociedad a la que servimos.

La Ley del Estatuto Básico del Empleado Público, establece dentro de su apartado de deberes de los Empleados Públicos, los principios con arreglo a los que han de prestar su servicio nuestros profesionales: objetividad, integridad, neutralidad, responsabilidad, imparcialidad, confidencialidad, dedicación al servicio público, transparencia, ejemplaridad, austeridad, accesibilidad, eficacia, honradez, promoción del entorno cultural y medioambiental y respeto a la igualdad entre mujeres y hombres. Estos principios, inspiran el Código de Conducta de los empleados/as públicos/ as configurado por principios éticos y de conducta siendo la base de actuación de nuestros/as profesionales. Por otro lado, durante el año 2011, se ha trabajado en un borrador del Código ético del Hospital que recoge los compromisos éticos que adquiere el

hospital como organización e individualmente todas las personas que trabajan en el HGU con los Grupos de Interés

Objetivos y desempeño

A continuación destacamos algunos de los resultados obtenidos durante el periodo 2010 - 2011:

- Evaluación del proceso de normalización lingüística: certificado de calidad en la gestión lingüística (Bikain Negro: nivel básico)
- Elaboración Plan de mejora 2011/12 de los resultados de Encuesta de Satisfacción de las personas 2010: ejecución del mismo
- Revisión de los protocolos de movilidad: hincado el proceso de revisión de los Protocolos de horizontal definitiva y movilidad interna temporal.
- Buzón de sugerencias: revisión del procedimiento e implantación de nuevo sistema de gestión (aplicación informática)
- Plan de Formación 2011: inicio revisión del plan.
- Programa de Formación 2011: áreas de mejora implantadas:
- Incorporación de nuevas áreas (normalización lingüística)
- Gestión de solicitudes: informatización
- Reorganización sesiones (clínicas facultativos, sesiones enfermería, sesiones generales jornadas RSC, jornadas de ética,..): planificación, acreditación, control de asistencias reorganización e impulso de las sesiones clínicas y sesiones generales.
- Protocolo de agresiones: aprobación de la “Política de no tolerancia ante las agresiones” y constitución de la comisión de violencia
- Seguridad y Salud laboral: certificación bajo el estándar OHSAS del proceso de prevención de riesgos laborales
- Impulso de aplicación compartir coche: participación en la celebración de la semana de la movilidad y del Día sin coche
- Evaluación de riesgos psicosociales: bases para el inicio de su realización.
- Revisión continúa de procedimiento de Reconocimientos: incorporación de nuevos reconocimientos.

Política

- El HGU, en consonancia con los grandes cambios que se están produciendo en nuestro entorno sanitario, ha modificado sustancialmente su misión “*trabajamos para mejorar la salud de la población*”. Para conseguir este compromiso con la sociedad durante los últimos años hemos impulsado la idea de que las personas que componen la organización juegan un papel clave, siendo el motor de desarrollo del hospital.
- Ello ha quedado reflejado en nuestra estrategia, con un OE focalizado en las personas “Todos Somos Protagonistas”. La gestión de las personas en el hospital se estructura en base a procesos que apoyan la consecución de su Misión y Visión, y lo hace impulsando los valores de Innovación, Profesionalidad, Equipo, Cercanía y Compromiso, **1a**. La pertenencia del HGU a Osakidetza incide en aspectos fundamentales de la gestión de RRHH, tales como selección del personal, retribución y promoción, ya que está condicionada a las políticas generales establecidas para todos los centros de la red de Osakidetza, limitando con ello la actuación de la Dirección del hospital en este ámbito.

Responsabilidad de la organización

- La dirección operativa sobre los aspectos laborales, de RRHH y Personas de la organización, corre a cargo de la Directora de Personal del Hospital.

Formación y sensibilización

- El Hospital tiene definido un procedimiento de acogida que abarca tanto la cobertura de puestos estructurales, como la cobertura de necesidades de otra índole y de duración en general más breve.
- La finalidad de la acogida es, por una parte, facilitar tanto información de carácter general, que debe conocer cualquier profesional que preste sus servicios en Osakidetza y, más específicamente, la referida a la cultura del Hospital, como información precisa para un correcto desempeño del trabajo y, por otra parte, conseguir la

integración efectiva en el puesto de trabajo al que se incorpora el profesional, generando una actitud de pertenencia al Hospital.

- Además, se busca conocer el nivel competencial y grado de adecuación al puesto del profesional e identificar sus intereses y necesidades formativas.
- Fruto de la última revisión del procedimiento de acogida se sustituyó la carpeta de acogida (documentación impresa y un CD) por la entrega de un “pen drive” con una presentación de acogida (información nueva y actualizada en formato más dinámico).
- Las personas, además de ser recibidas por el Servicio de Personal y resto de Servicios relacionados, son recibidas por los responsables del Servicio o Unidad al que son asignados. Estos Servicios/Unidades cuentan también con un manual de acogida específico.
- El Programa de formación contempla a todos los colectivos del Centro. Todas las personas del HGU pueden ser candidatas a acceder a la formación. En este sentido, se han aprobado los criterios de selección que garantizan la diversidad e igualdad de oportunidades, primando en todo momento las necesidades del Hospital y de sus usuarios.
- Este aspecto relativo a formación está ampliamente desarrollado en otro apartado de esta memoria y en los indicadores **LA10, LA11 y LA12**.

Evaluación y seguimiento

- El HGU dispone de mecanismos de evaluación, de la política aplicada y de las actuaciones realizadas a través de las encuestas de satisfacción, tanto de las personas como de los usuarios, así como a través de los indicadores de los diferentes procesos y Servicios. La comunicación fluida mantenida con los Responsables de los diferentes Servicios y con los representantes de los/as trabajadores/as permite detectar áreas de mejora de forma permanente. A través de los diferentes comités y comisiones ya mencionados en los que estos participan, permiten así mismo realizar una evaluación y seguimiento de las actuaciones realizadas por el Hospital en este ámbito.

Indicadores de desempeño social

a. Empleo:

El HGU dentro del Proceso del “Gestión de RRHH” cuenta el “Subproceso de selección e integración de personas” que es de aplicación al 100% de las personas que se incorporan al Centro. El sistema de selección y contratación de personal está regulado por la legislación administrativa y se rige por los principios de publicidad, igualdad, mérito y capacidad. El sistema varía conforme al tipo de cobertura de los puestos:

Personal Fijo: Su selección se realiza a través de una Oferta Pública de Empleo, OPE. La adscripción de plaza en propiedad se realiza para una categoría y un centro de trabajo concreto, pudiendo ser objeto de movilidad voluntaria en un futuro mediante el sistema de Concurso de Traslados. El procedimiento de la Comisión de Servicios regulado para todas las Organizaciones, permite la movilidad a otro puesto de la misma categoría con carácter provisional hasta la obtención del puesto de forma definitiva a través del correspondiente, Concurso de Traslados.

Personal Temporal: Este personal puede ser *Interino*, para el desempeño de plaza vacante, *Eventual*, para coberturas coyunturales, extraordinarias, y/o garantes del funcionamiento permanente y continuado del Centro y/o complemento de una reducción de jornada y de *Sustitución*. La contratación de este personal parte de la detección de las necesidades, la cual es realizada por los Mandos Intermedios en función de la actividad programada y la sobrevenida (ausencias de titulares por licencias y permisos), así como necesidades de refuerzos puntuales o permanentes del Servicio. El desarrollo de las últimas Ofertas Públicas, ha facilitado la confección de listas de contratación que garantizan el cumplimiento de los principios que rigen la selección las personas mediante un sistema imparcial que protege la igualdad de oportunidades en el acceso al trabajo.

El HGU cuenta con otros mecanismos para la provisión interna de puestos, que favorecen el desarrollo profesional y la satisfacción de intereses personales de los trabajadores del Centro. Estos procedimientos, que son objeto de revisión permanente son:

- **Movilidad horizontal definitiva.** Concurso con adscripción definitiva donde el personal del Hospital tiene acceso a los puestos de nueva creación o vacantes producidas en el propio Hospital por rotación del personal.
- **Movilidad interna temporal.** Este mecanismo permite a los profesionales del Hospital obtener experiencia en funciones diferentes a las propias del puesto de procedencia, así como mejorar sus turnos y/o condiciones de trabajo.
- **Promoción interna temporal.** Tiene como finalidad principal facilitar la promoción, formación y desarrollo profesional de trabajadores en una categoría profesional superior a la que se encuentran ejerciendo, cuando cumplen los requisitos exigidos.

Todos estos procedimientos realizados en el Hospital, son públicos y consensuados con los representantes de los trabajadores. El seguimiento de los mismos se realiza mediante Comisiones creadas al efecto donde participan los sindicatos firmantes de los correspondientes Acuerdos.

Todos los profesionales tienen la posibilidad de reclamar, tanto vía recurso de alzada, ante el órgano superior, como vía contencioso-administrativa, aquellas situaciones derivadas de su selección o de cualquier circunstancia que afecte a sus condiciones de trabajo cuando las considere inadecuadas.

LA1 y LA2 - DESGLOSE DEL COLECTIVO DE TRABAJADORES/AS POR TIPO DE EMPLEO, POR CONTRATO Y POR REGIÓN; NÚMERO TOTAL DE EMPLEADOS Y ROTACIÓN MEDIA DE EMPLEADOS, DESGLOSADOS POR GRUPO DE EDAD, SEXO Y REGIÓN

La distribución de los/las empleados/as según su relación contractual y categoría, queda recogido en el **apartado 2.8, Fig. 08**, sobre Perfil de la Organización; dimensiones de la Organización.

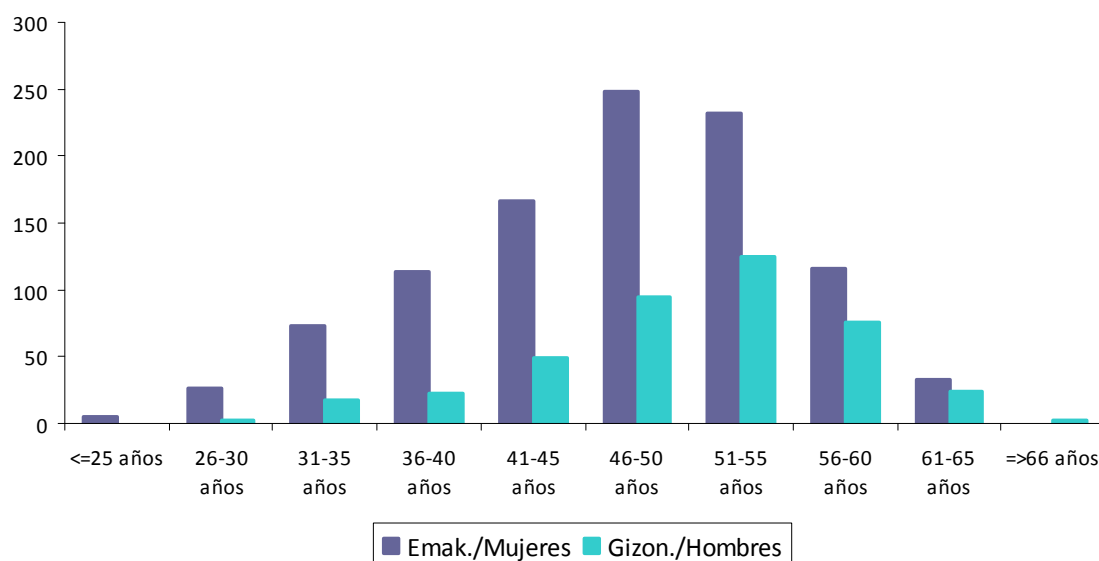
Pirámide de edad (Plantilla Estructural)

	Mujeres	Hombres	Total	%
<=25 años	5		5	0,35%
26-30 años	27	3	30	2,10%
31-35 años	73	18	91	6,36%
36-40 años	114	23	137	9,58%
41-45 años	167	49	216	15,10%
46-50 años	248	94	342	23,92%
51-55 años	232	125	357	24,97%
56-60 años	116	76	192	13,43%
61-65 años	33	24	57	3,99%
> 65 años	0	3	3	0,21%
TOTAL	1015	415	1430	100,00%
%	70,98%	29,02%	100,00%	

Distribución por sexos

Edad media	
Mujeres	47,09
Hombres	50,47

Estructura de la Plantilla Estructural por edad y sexo



Trabajadores/as de la comarca (Plantilla Estructural)

	2009	2010	2011
Total trabajadores	1.313	1.343	1.430
Viven en la comarca	545	589	649
Viven en la comarca - Mujeres	449	485	534
Porcentaje de los que viven en la comarca sobre el total	41,51%	43,86%	45,38%
% mujeres que viven en la comarca sobre el total	34,20%	36,11%	37,34%

Puestos ofertados en la Oferta Pública de Empleo (OPE)

Propuesta puesto ofertados OPE 2011	
FEM	71
DUE	38
DUE salud mental	3
Fisioterapeutas	1
TER	2
TEC. informáticos	2
Administrativos	2
TEC. documentalista	1
AE	14
Aux. administrativo	7
Oficial mantenimiento	5
Celador	14
Operario servicios	1

* La relación total de puestos a ofertar queda sujeta a la Resolución de los Concursos de traslados convocados conforme al Acuerdo de condiciones de trabajo para los años 2007, 2008 y 2009.

Trabajadores en activo el último día de cada año

	2009	2010	2011
Plantilla necesaria	1594	1603	1627
Plantilla estructural	1313	1343	1430
Personal fijo	1130	1131	1224
% personal fijo/códigos	86,06%	84,21%	85,59%
% personal fijo/puestos necesarios	70,89	70,56	75,23%

Concurso de traslados 2009 (Resuelto 2010)

Categorías	Desiertas	Adjudicadas	Se van
FEM	5	12	6
Técnico organización			1
DUE SM	3	3	
DUE		8	
Fisioterapeuta		2	
TER		3	2
TEL		2	2
TEAP		1	
Cocinero		1	
AE		16	6
Aux. farmacia		1	
Aux. administrativo	2	4	2
Oficial costura		1	
Oficial mantenimiento		3	
Celador		6	1
Operario Servicios		3	2
TOTAL	10	66	22

Puestos ofertados y adjudicados por Movilidad Horizontal

	2010 Adjudicación				2011 Adjudicación			
	OFERTA	H	M	TOTAL	OFERTA	H	M	TOTAL
1ª Convoc.	60	4	33	37	6	0	6	6
2ª Convoc.	18	0	8	8	3	0	1	1
3ª Convoc.	19	1	16	17	17	1	12	13
4ª Convoc.					1	0	1	1

Las personas que se han marchado del Hospital por concurso de traslados en los años 2010-2011, ascienden a 22, de los cuales 9 ya venían estando en otros centros en Comisión de Servicios

LA3 - BENEFICIOS SOCIALES PARA LOS EMPLEADOS CON JORNADA COMPLETA, QUE NO SE OFRECEN A LOS EMPLEADOS TEMPORALES O DE MEDIA JORNADA, DESGLOSADO POR ACTIVIDAD PRINCIPAL

Los beneficios sociales a los que pueden acceder los profesionales del HGU están regulados por el Acuerdo de Condiciones de Trabajo, firmado a nivel corporativo para todas las personas de Osakidetza. Estos beneficios son independientes del tipo de jornada. Asimismo, con algunas excepciones, como adelantos de nómina, se aplican también independientemente del tipo de relación de empleo (fijo, interino o temporal). Los beneficios son revisados y mejorados en cada proceso negociador.

Entre ellos se encuentra la ropa de trabajo, los anticipos sin intereses para sufragar gastos, adelantos de nómina, póliza de seguro de accidentes personales, responsabilidad civil y vida, indemnizaciones por razón de servicio, ayuda por estudios de perfeccionamiento profesional, jubilaciones y fondo de acción social; apoyo a la colaboración con ONGs ([ver apartado 4.12](#)) y otros.

Beneficios sociales

	2007	2008	2009	2010	2011
BENEFICIOS SOCIALES	Nº traba	Nº traba	Nº traba	Nº traba	Nº traba
Anticipos de nómina	25	44	29	27	27
Adelantos de nómina	36	37	24	23	20
Complemento de Pensiones	10	11	15	16	17
Póliza de Seguros	2	4	1	0	2
Fondo Social (art. 25)	15	16	24	33	32
Ayuda por Guarderías	5	6	6	4	2

Por otra parte, como organización de carácter público y perteneciente a Osakidetza, avanzamos en las políticas de conciliación y mejora de la vida familiar de las personas del Centro. El HGU se organiza de forma que se haga posible el disfrute de estas licencias y permisos que se especifican a continuación con un servicio adecuado y de calidad a nuestros usuarios/as.

Alcance de los beneficios

	2010	2011
Autorización de colaboración con ONG	0	2
Autorización para la realización de estudios de perfeccionamiento profesional	0	1
Excedencia para el cuidado de familiares (hijos)	18	10

Excedencia resto de causas	7	2
Licencia por gestación	49	50
Paternidad	9	15
Licencia por enfermedad grave u hospitalización de parientes (art. 47)	567	557
Licencia por fallecimiento de parientes (art. 47)	78	67
Licencia para cuidado de familiar de 1º grado por enfermedad muy grave (art. 52)	3	1
Reducción de jornada para cuidado de menores/minusvál. psíqu., físic. o sens. y de parientes hasta 2º grado consag.(hijos menores 12 años) (art. 63)	78	70
Reducción de jornada para cuidado de menores/minusvál. psíqu., físic. o sens. y de parientes hasta 2º grado consag.(resto de familiares) (art. 63)	3	2
Reducción de jornada voluntaria (art. 60)	53	57
Permiso para atender a familiares con enfermedad crónica o problemas de movilidad (permiso de 50h.) (art. 62)	69	89
Permiso por asuntos propios (art. 58)	80	95
Permiso sin sueldo de un año (art. 61)	0	1
Licencia por lactancia (art. 44)	27	31
Exención trabajo nocturno	0	1

b. Relación Empresa-Trabajadores/as:

La relación del HGU con sus trabajadores/as, está enmarcada, como parte de Osakidetza, en lo dispuesto La Ley 9/1987, de 12 de junio, de Órganos de representación, determinación de las condiciones de trabajo y participación del personal al servicio de las Administraciones Públicas. La Ley 7/1990, de 9 de julio, sobre negociación colectiva y participaciones la determinación de las condiciones de trabajo de los empleados públicos, Decreto 304/1987, de 6 de octubre, de Órganos de Representación, Regulación del Proceso Electoral. Determinación de las Condiciones de Trabajo y Participación del personal al servicio de la Administraciones Públicas de la Comunidad Autónoma del País Vasco, modificado por el Decreto 228/1990 de 4 de septiembre.

LA4 - PORCENTAJE DE EMPLEADOS/AS CUBIERTOS POR UN CONVENIO COLECTIVO

Todas las personas del HGU están incluidas en los Convenios Colectivos de Osakidetza y están representadas sindicalmente en los diferentes ámbitos de Negociación:

- Mesa General de Negociación en el ámbito de la Administración de la CAPV para la determinación conjunta de las retribuciones de los empleados públicos.
- Mesa Sectorial para la negociación colectiva y la determinación de las condiciones de trabajo del sector sanitario, recogidas en los Acuerdos de Regulación de Condiciones de Trabajo de Osakidetza.
- Junta de personal que abarca el ámbito territorial, en el que se negocia nuestro calendario laboral con los representantes de los/as trabajadores/as y aquellos aspectos relacionados con las condiciones de trabajo de los profesionales de nuestra organización.

La participación de los sindicatos en los órganos de gobierno, viene regulada en los distintos ámbitos de negociación y en la normativa e instrucciones que de ellos se deriva. (Ver **apartado 4.4** Gobierno y compromisos de participación de los grupos de interés)

Asimismo en dicho el citado apartado 4.4, las personas se relacionan, participan y se comunican con el hospital y Osakidetza utilizando los distintos canales de comunicación existente y: “Buzón de Sugerencias”.

Fig. 18

LA5 - PERIODO(S) MÍNIMO(S) DE PREAVISO RELATIVO(S) A CAMBIOS ORGANIZATIVOS, INCLUYENDO SI ESTAS NOTIFICACIONES SON ESPECÍFICAS EN LOS CONVENIOS COLECTIVOS

El Acuerdo de condiciones de trabajo fija algunos plazos como es el caso de las carteleras de trabajo, que debe ser conocida con dos meses de antelación, entre otros. Las carteleras son notificadas bimestralmente a las personas. El resto, queda recogido en la Normativa de Aplicación General (Ley de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común). Otras Leyes de aplicación: Ley 8/1997, de 26 de Junio, de Ordenación Sanitaria de Euskadi (art.28, 3ª, apartado 6), Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco (art.12,13,14,36,70 y siguientes,...).

En diciembre de 2009, tras negociación con los Representantes sindicales del HGU se aprobó el “Protocolo de actuación ante la necesidad de someter a votación distintas alternativas organizativas”, donde se fijan los criterios de actuación a seguir en relación con la implantación de cambios organizativos (no estructurales) o de carteleras y la necesidad de someter a votación distintas alternativas organizativas como consecuencia de dichos cambios. La aplicación del citado protocolo en la modificación de Carteleras del Servicio de lavandería en 2011 ha puesto de manifiesto la necesidad de su revisión, la cual se realizará durante el año 2012.

Cambios organizativos que han supuesto modificación de carteleras durante el 2011:

Unidad	Año	Cambio
Apertura UCE	2010	Reasignación de RRHH, modificación de carteleras
Reestructuración (Apertura Hospital día)	2011	Modificación de dotación y carteleras
Reestructuración 4ª planta hospitalización	2011	Modificación de dotación y carteleras
Reestructuración Pull/Ref. noche hospitalización	2011-2012	Reasignación de RRH y modificación de carteleras

c. Salud y Seguridad en el trabajo:

Tal y como se recoge en la Política de Prevención de riesgos laborales, aprobada en mayo de 2010, entre los objetivos del Hospital Galdakao-Usansolo se encuentra la Seguridad y Salud como parte inherente a todas las actividades de trabajo, considerándose al mismo nivel que la Asistencia Sanitaria, la Calidad, el Medio Ambiente y la Gestión Económica, estableciéndose su planificación, coordinación y control, como un elemento más de la tarea a realizar.

La protección de las personas frente a los riesgos laborales exige, como objetivo prioritario, el promover la mejora continua de las condiciones de trabajo, así como la prevención de los accidentes laborales y enfermedades profesionales, que en todos los niveles de nuestro proceso asistencial se pudieran originar.

Este objetivo se ha de cumplir teniendo en cuenta principios éticos y estándares de buena práctica de trabajo y debe mantener los niveles de calidad de servicio a la ciudadanía, así como observar los requisitos legales y contractuales que, en tal sentido, estén establecidos o se establezcan en el futuro.

Todas las personas de la plantilla del Hospital son objeto y sujeto de la Salud Laboral, debiendo asumir, en la medida que a cada uno le compete, los derechos y obligaciones que la misma requiere, entendiendo ésta como esencialmente preventiva más que correctiva.

En consonancia con la estrategia de mejora continua que el Hospital mantiene y de acuerdo con las directrices de Osakidetza, se ha establecido como medio de seguimiento, la implantación del estándar OHSAS 18001:2007 - Sistemas de gestión de la seguridad y salud en el trabajo, lo que permite una evaluación continua del desempeño de la seguridad y salud laboral. Su implantación conduce la integración de los aspectos preventivos en todas las actividades y en todos los niveles jerárquicos y funcionales de la organización.

La estructura del Hospital para abordar la prevención de riesgos y cuidados de la salud está basada, principalmente, en una Unidad Básica de Prevención propia (UBP) y en un Comité de Seguridad y Salud.

El Comité de Seguridad y Salud del Hospital es el órgano paritario y colegiado de participación, destinado a la consulta regular y periódica de las actuaciones del Hospital en materia de Prevención de Riesgos Laborales. Está formado por igual número de Delegados/as de Prevención y representantes de la Dirección del Hospital. En el caso del Hospital, y debido al número de personas existentes, corresponden 5 delegados/as de prevención y 5 representantes de la Dirección.

En las reuniones del Comité de Seguridad y Salud pueden participar, con voz pero sin voto, los/las delegados/as sindicales y los responsables técnicos de la Unidad Básica de Prevención. En las mismas condiciones pueden participar personas del Hospital que cuenten con una especial calificación o información respecto de cuestiones concretas.

El Comité de Seguridad y Salud se rige por su propio reglamento de funcionamiento interno en el que se fijan, entre otras cuestiones, la periodicidad de las reuniones y el calendario anual de las mismas. Las convocatorias de las reuniones del Comité se realizan por el secretario con la antelación suficiente incluyéndose el orden del día, salvo convocatoria urgente del mismo.

Las competencias del Comité de Seguridad y Salud son las recogidas en el artículo 39 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales. A través de él, la UBP informa de la implantación de los procesos derivados del sistema de prevención: evaluaciones de riesgos, análisis de accidentes e incidentes, comunicados de riesgos, acciones correctoras, plan de acción y seguimiento derivados.

La Dirección de Personal se responsabiliza de la difusión de los acuerdos adoptados a toda la plantilla del Hospital. Las responsabilidades de los diferentes líderes del Hospital Galdakao-Usansolo en el ámbito de la Seguridad y Salud en el trabajo se recogen en el Plan de Prevención de Riesgos Laborales del Hospital, el cual es aprobado en el Comité.

La UBP está constituida por personal sanitario junto con personal asignado al área de seguridad en el trabajo, así como personal administrativo, concretamente 2 médicos, 1,5 enfermeras, 2 técnicos de prevención de riesgos laborales y 1 auxiliar administrativo. Se atienden las disciplinas de Seguridad, Higiene Industrial y Vigilancia de la Salud. La UBP es una unidad organizativa que depende orgánicamente de la Dirección-Gerencia del hospital, que podrá ser delegada en la Dirección de Personal y participa como estructura técnica de apoyo al Servicio de Prevención de Osakidetza.

Son funciones de la Unidad Básica de Prevención:

- Dar apoyo técnico para la elaboración de la documentación relativa al Sistema de Gestión de Prevención de Riesgos Laborales.
- Implantación del Sistema de Gestión de Prevención de Riesgos Laborales.

LA6 - PORCENTAJE DEL TOTAL DE TRABAJADORES/AS QUE ESTÁ REPRESENTADO EN COMITÉS DE SALUD Y SEGURIDAD CONJUNTOS DE DIRECCIÓN-EMPLEADOS/AS, ESTABLECIDOS PARA AYUDAR A CONTROLAR Y ASESORAR SOBRE PROGRAMAS DE SALUD Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO

Todas las personas del Hospital están representadas en el Comité de Seguridad y Salud.

La Comisión de traslados y adecuaciones por motivos de salud, tiene como objetivo dar respuesta a todas las personas que, por motivos de salud, tienen dificultad para desempeñar su propio puesto, valorando y promoviendo su adecuación o traslado a otro alternativo. La comisión, tomando como referencia el procedimiento de consolidación de destino aprobado por la Dirección General de Osakidetza y los Representantes sindicales en el año 2005, aprueba en el año 2008 el Procedimiento de consolidación definitiva de traslados por motivos de salud en el HGU, garantizando en todo momento la equidad que ha de regir en este tipo de procedimientos.

Forman parte de esta comisión, además de los/las delegados/as de prevención del centro, la Dirección de Personal y los/las Responsables de los estamentos a los que pertenecen las personas afectadas.

Cuadro evolutivo interanual adecuaciones por motivos de salud

ADECUACIONES	2008	2009	2010	2011
Casos anteriores			66	70
Casos nuevos			10	9
Casos en vigor	67	63	76	79
Casos adecuados temporalmente durante el año	63	40	61	65
% adecuación temporal durante el año			80,26%	82,28%
Casos cerrados	8	16	6	12
% Casos cerrados			7,89%	15,19%

Cuadro Evolutivo Adecuación trabajadoras embarazadas dentro de la organización

Año	Total
2010	6
2011	7

Asimismo, durante el año 2011 se ha realizado una tramitación de riesgo para embarazo

El **Comité de Autoprotección** es un órgano consultivo, cuya misión es proponer las actuaciones que tengan relación con la implantación, mantenimiento y mejora del Manual de Autoprotección y Emergencias. Esta formado por los representantes de las Direcciones, área de Mantenimiento, área de Personal Subalterno, Unidad Básica de Prevención, responsable de OSATEK, responsable de CVTTH, responsable de Ambulatorio de Durango, representante de los Delegados de Prevención.

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

Evolución del absentismo por I.T. %

ESTAMENTOS PROFESIONALES	2008	2009	2010	2011	Var.2010-2011
P. Ldo. Sanitario	4,06	2,34	3,83	3,70	-0,13
P. Técnico Sanitario	8,02	7,02	6,25	5,94	-0,31
P. Auxiliar Sanitario	11,61	9,74	9,79	10,42	0,63
P. Administración	4,79	5,3	4,76	4,69	-0,07
P. Manuales y Oficios	9,79	10,93	9,61	9,52	-0,08
P. no cualificado	7,71	8,3	6,45	6,68	0,23
MIR	1,49	1,47	0,99	1,21	0,22

Días perdidos en absentismo por I.T. y maternidad

DIAS PERDIDOS POR IT Y MATERNIDAD						
	2007	2008	2009	2010	2011	dif 11/10
IT	35.828	32.236	29.260	27.625	27.926	301
MATERNIDAD	3.217	3.167	2.683	2.384	2.851	467
	39.044	35.403	31.942	30.009	30.777	768

Accidentes laborales

ACCIDENTES LABORALES					
	2007	2008	2009	2010	2011
Accidentes con baja	19	39	31	24	29
In itinere con baja	5	13	7	12	8
SUBTOTAL	24	52	38	36	37
Accidentes sin baja	157	156	157	125	125
In itinere sin baja	8	14	11	12	5
SUBTOTAL	165	170	168	137	130
TOTAL GLOBAL	189	222	206	173	167
Total accidentes trabajo	176	195	188	149	154
Días perdidos accidente con baja	1.230	1.864	792	1.193	1.188
Nº horas trabajadas	3.095.094	2.666.333	2.756.334	2.682.153	2.736.295
Índice incidencia (Ii)	14,00%	23,29%	17,89%	14,25%	16,87%
Índice frecuencia A. Cb(If)	57,00%	14,63%	11,24%	8,95%	10,60%
Índice gravedad (Ig)	0,4	0,7	0,29	0,44	0,43

Enfermedades Profesionales

En el año 2010 se han declarado tres casos de enfermedad profesional sin baja y en el 2011 tres casos de enfermedad profesional sin baja.

Accidentes mortales

Se ha producido un caso de accidente mortal en el periodo 2010-2011 en el HGU

LA8 - PROGRAMAS DE EDUCACIÓN, FORMACIÓN, ASESORAMIENTO, PREVENCIÓN Y CONTROL DE RIESGOS QUE SE APLIQUEN A LOS/LAS TRABAJADORES/AS, A SUS FAMILIAS O A LOS MIEMBROS DE LA COMUNIDAD EN RELACIÓN CON ENFERMEDADES GRAVES

El Plan de formación del centro, contempla un área de actuación específica de salud laboral. Todos los años son muchos los profesionales de todos los estamentos que se forman en materia de seguridad y salud laboral y emergencias.

Actividades formativas del Área de salud durante el 2011

ACTIVIDAD FORMATIVA	DIRIGIDO A	Nº ACCIONES	HORAS / ACCIÓN	Nº PLAZAS TOTALES
Manipulación manual de cargas Imparte: UBP y Sº Rehabilitación	Mandos intermedios de hostelería, mantenimiento y personal subalterno	1	3	23
Responsabilidades de mandos intermedios en PRL Imparte: UBP	Mandos Intermedios	1	2	7
Medidas Preventivas en puestos de trabajo con PVDs Imparte: UBP	Administrativos	2	1,5	36
Prevención ante la exposición a riesgos biológicos Imparte: UBP	Personal sanitario	1	3	20
Prevención ante la exposición a riesgos biológicos Imparte: UBP	Celadores	1	3	16
Inspecciones planeadas de seguridad. Listas de chequeo Imparte: UBP	Mandos intermedios de los servicios planificados (laboratorios, unidad de esterilización, farmacia, citostáticos, etc.)	1	1	8
Amianto Imparte: UBP	Mantenimiento	2	2	32
Formación básica en PRL Imparte: UBP	Estudiantes MIR y estudiantes de enfermería	1	1,5	
Formación en materia de Seguridad y Salud Imparte: UBP	Trabajadores y mandos intermedios del ambulatorio de Durango	2	1	17
Riesgo Químico: Citostáticos y otros fármacos peligrosos Imparte: Nerea Lopez azcarraga (UBP)	Personal de contrata de limpieza	1	2	13
Riesgos laborales del servicio de mantenimiento	Mantenimiento	1	1	11
Grupos Emergencia Imparte: UBP	Trabajadores y mandos intermedios del ambulatorio de Durango	1	1	5
		14	25	188

	2007	2008	2009	2010	2011
AREA SALUD LABORAL	149	96	75	187	188
AREA DE EMERGENCIAS	157	154	64	184	609
CURSOS DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES, Nº DE ASISTENTES	306	250	139	371	797

LA9 - ASUNTOS DE SALUD Y SEGURIDAD CUBIERTOS EN ACUERDOS FORMALES CON SINDICATOS

A través del Comité de Seguridad y Salud se gestionan las actividades de este ámbito. Los acuerdos más formales se establecen a nivel corporativo y se traducen en protocolos de actuación general que son de aplicación en todos los centros.

Desde el año 2011 el **Plan de prevención**, que se presenta para su aprobación en el Comité de seguridad y salud laboral, incluye, por un lado, el plan de actividad preventiva, donde se recoge planificación anual de las actividades habituales que desempeña la U.B.P – Salud Laboral y, por otro lado, el Plan de gestión de mejora donde se recogen los objetivos y actividades de mejora a implantar durante el año.. Dentro de las actuaciones realizadas en los últimos años en materia de seguridad y salud contando con acuerdo sindical:

Prevención de riesgos laborales: (Plan de prevención 2011)

- Certificación de sistema de gestión de seguridad y salud laboral bajo el estándar OHSAS 18001.
- Diagnostico situación violencia HGU riesgos psicosociales- Constitución Comisión de violencia – Formación en prevención y resolución de conflictos

- Elaboración e implantación del procedimiento de Atención de accidente biológico fuera horario UBP
- Revisión y mejora del circuito informativo de riesgos a los trabajadores de nueva incorporación.
- Charlas informativas en prevención de riesgos laborales y salud laboral a personal nueva incorporación: Personal facultativo en formación y estudiantes de enfermería
- Revisión y mejora del Sistema de comunicación de accidentes / incidentes y Comunicación de riesgos on line de las situaciones, espacios y comportamientos de riesgo que se producen en el Hospital, relacionados directamente con la seguridad de los trabajadores.
- Evaluaciones de riesgos laborales de Servicios y Unidades: Revisión y actualización.
- Investigación de accidentes.
- Plan de comunicación bienal UBP.
- Información mensual y comparativa de los accidentes de trabajo producidos por servicios.
- Coordinación con el SAPU para evaluación de los accidentes visitas (control del riesgo al paciente y sus familias)
- Procedimiento para valoración preventiva previa a la compra de productos químicos y equipos: *Asesoramiento técnico en la comisión de compras*

Seguridad: (Plan de autoprotección)

- Sectorización de áreas y unidades del Hospital: Plantas de hospitalización, laboratorio Anatomía Patológica.
- Simulacros de alarma de incendios en plantas y servicios generales.
- Simulacros en el área de Psiquiatría.
- Planos de ubicación "Ud. está aquí", enmarcado en el proyecto de Señalización Global del Hospital (2ª fase)
- Continuación de la Formación on line a trabajadores en el área de emergencias no sanitarias.
- Elaboración de normas de trabajo seguro: Almacenamiento de Productos Químicos Inflamables- borrador pendiente de aprobación
- Establecer inspecciones de los servicios de extinción en hospitalización
- Sistemas de extinción automático en almacén.
- Sistema de extinción automático mediante agente extintor en el archivo de historias clínicas: mejora
- Instalación independiente de sistema de bombeo de protección contra incendios.
- Revisión de Protocolos de actuación antes situaciones de emergencia no sanitarias.
- *Primera valoración para establecer la sistemática de revisión de los equipos e instalaciones frente al fuego:* check-list, instrumento de ayuda en las visitas de inspección o de comportamiento para la detección sistemática de situaciones de riesgo. Estas visitas serán realizadas por los mandos intermedios o trabajadores designados con la colaboración de la UBP, como forma de integración a todos los niveles jerárquicos de los aspectos preventivos.
- *Visitas de inspección a las áreas de trabajo* que se encuentran en *obra* de reforma o integral, para detectar las incidencias tanto de seguridad como de bioseguridad,

d. Formación y Educación:

El HGU dispone de un Plan de formación (revisado en el 2011) donde se recogen los objetivos estratégicos en materia de formación del Centro y se establecen los diferentes cauces que se utilizan para identificar las necesidades de formación, tales como la información derivada del PE y PG del Centro, de los Planes de Gestión de las diferentes Unidades, Servicios.

La formación se gestiona a través del subproceso de formación, enmarcado dentro del Proceso de Gestión de los RRHH. El hospital desde el 2004 cuenta con una Comisión de Formación, órgano de composición multidisciplinar, liderada por la directora de personal, y de la que forman parte líderes y trabajadores de distintos estamentos, así como los Responsables de Docencia Médica y enfermería, el responsable de Investigación y un representante de los trabajadores.

Detectadas las necesidades de formación y la propuesta priorizada realizada por la Comisión de formación, el ED aprueba anualmente el Programa de formación. Desde el 2009, todas las actividades del programa de

formación están vinculadas a las líneas y proyectos estratégicos del HGU. El programa de formación anual contempla acciones tanto para las áreas asistenciales como de gestión.

Difundido el programa formativo, la participación de cada profesional es autorizada y priorizada por su Mando Intermedio, teniendo en cuenta la formación previa, la utilidad del curso para el desempeño del puesto actual o futuro y las necesidades de su Servicio o Unidad, siendo en este sentido la formación, mecanismo de promoción y reconocimiento.

Los cursos realizados disponen de una evaluación final cuyo análisis permite la incorporación de mejoras y ajustes para próximas convocatorias. Asimismo, en el año 2008 se comenzó a realizar la encuesta de aplicabilidad de las acciones formativas impartidas durante el año anterior. Tras realizar la encuesta de aplicabilidad en el año 2010, se procedió a una revisión de la sistemática, con el fin de aumentar la muestra y la fiabilidad de los resultados, logrando un mayor índice de respuesta. Los resultados obtenidos nos aportan información relevante sobre el cumplimiento de expectativas de los trabajadores, el grado de aplicabilidad de las acciones formativas que se imparten, en que medida dicha formación aumenta el conocimiento y aporta autonomía del trabajador, etc.

Siempre que es posible, los docentes de las acciones formativas son profesionales del propio HGU, dado que, además de ser quienes mejor conocen su ámbito de trabajo, sirve como elemento de reconocimiento e implicación, así en 2011 el número de profesionales del HGU docentes en el programa ha sido de 102 profesionales

El programa formativo de 2011:

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	Nº ACCIONES	HORAS / ACCIÓN	Nº PLAZAS TOTALES
CALIDAD	7	76	109
INFORMÁTICA	30	104	304
MANTENIMIENTO	1	18	15
HOSTELERÍA	6	16	110
PERSONAS	2	40,5	28
HABILIDADES DIRECTIVAS	4	66	44
GESTIÓN	8	34,5	210
MEDICINA PREVENTIVA	12	24	227
SALUD LABORAL	14	25	188
EMERGENCIAS	10	45,5	609
INVESTIGACIÓN	8	529	78
SANITARIA	37	190	820
NORMALIZACIÓN LINGÜÍSTICA	6	64	85

El HGU financia el gasto de la docencia y material necesarios que genera la organización de actividades formativas a través de la dotación que todos los años se asigna a la Comisión de Formación. Asimismo, concede apoyos económicos para la organización de jornadas formativas y/o divulgación organizadas en el Centro por Servicios/ Unidades que así lo proponen y para la asistencia a actividades externas, máxime cuando existe participación activa en ellas (ponencias, comunicaciones, etc.)

La **Fig.38** muestra los mecanismos de identificación de las necesidades formativas y las acciones emprendidas.

Fig. 38. Mecanismos de identificación de necesidades de formación y acciones emprendidas

Mecanismos de Identificación de Necesidades de Formación	Despliegue acciones formativas	Valoración y revisión
Plan Estratégico	Formación	Seguimiento del plan y programas, encuestas al término de las acciones, encuestas de aplicabilidad tras 1 año
Planes de Gestión anuales de Procesos y Servicios/Unidades	- Plan y Programa de formación Hospital	
Líderes	- Acceso a acciones formativas de Osakidetza	
Comisión de Formación	- Plan y oferta formativa Personal listas de contratación temporal del Hospital	
Plataforma valoración competencial	Entrenamiento en el trabajo	Información de los Líderes
Sugerencias de las personas de la Organización	- Práctica diaria	
Estudios de diagnóstico	- Sesiones Clínicas - Intercambio experiencias - Grupos de mejora - Plataforma Elkarjakintza	
	Oportunidades de aprendizaje	Líderes
	- Promoción profesional / Movilidad interna temporal	Profesionales
	- Autoformación	Memoria científica y profesional
	- Ofertas de formación externa	
	- Congresos/Foros científicos	
	- Sirimiris	
	- Sesiones Generales	
	- Biblioteca	
	- Apartado Conocimiento de la Intranet	
	- Proyectos Investigación	

La **Fig. 39**, muestra la evolución del gasto directo de la Comisión de Formación. A ello habría que añadir el gasto indirecto generado por la sustitución del personal que acude a las actividades formativas.

Fig. 39. Evolución del gasto en formación

	2007		2008		2009		2010		2011	
DOCENCIA Y MATERIALES PARA LA DOCENCIA (PROGRAMA)	53.258,80	77,37%	71.855,22	74,82%	92.433,19	75,65%	74.609,95	67,78%	108.713,39	82,36%
INSCRIPCIONES Y MATRÍCULAS	11.665,82	16,95%	19.346,00	20,14%	19.667,74	16,10%	27.391,87	24,88%	19.033,96	14,42%
GASTOS DE VIAJE Y ESTANCIAS	3.910,40	5,68%	4.837,98	5,04%	10.086,27	8,25%	8.073,54	7,33%	4.255,71	3,22%
TOTALES	68.835,02	100,00%	96.039,20	100,00%	122.187,20	100,00%	110.075,36	200,00%	132.003,06	100,00%

LA10 - PROMEDIO DE HORAS DE FORMACIÓN AL AÑO POR EMPLEADO, DESGLOSADO POR SEXO Y POR CATEGORÍA DE EMPLEADO

Fig.40

	2008		2009	
	Promedio Horas TOTAL	Promedio Horas Mujeres	Promedio Horas TOTAL	Promedio Horas Mujeres
Médicos	28,53	27,79	32,73	29,59
Residentes	55,90	29,36	30,39	29,15
Enfermería + Técnicos	15,02	14,40	17,26	14,93
Aux. Sanitarios	8,81	9,09	7,94	7,18
Administr + Telefonistas	14,86	10,38	11,10	7,47
Mantenimiento + Oficios	1,69	1,75	0,00	0,00
No cualificado (Cel + O.S.)	9,59	1,52	8,24	1,58
TOTAL	18,13	13,92	17,85	13,92

	2010		2011	
	Promedio Horas TOTAL	Promedio Horas Mujeres	Promedio Horas TOTAL	Promedio Horas Mujeres
Médicos	22,95	24,12	25,05	27,00
Residentes	25,26	30,82	29,80	32,97
Enfermería + Técnicos	10,46	11,9	7,93	8,35
Aux. Sanitarios	5,45	5,06	3,59	3,8
Administr + Telefonistas	6,28	5,79	5,84	6,3
Mantenimiento + Oficios	0,36	0,00	2,18	0,00
No cualificado (Cel + O.S.)	4,23	2,1	5,78	1,63
TOTAL	11,99	9,76	11,72	10,91

Para el cálculo del promedio de horas de formación al año por empleado se han tenido en cuenta los datos introducidos en SAP por los gestores de carteleros.

LA11 - PROGRAMAS DE GESTIÓN DE HABILIDADES Y DE FORMACIÓN CONTINUA QUE FOMENTEN LA EMPLEABILIDAD DE LOS/LAS TRABAJADORES/AS Y QUE LES APOYEN EN LA GESTIÓN DEL FINAL DE SUS CARRERAS PROFESIONALES

Con el fin de fomentar las oportunidades de aprendizaje de las personas, tanto a nivel individual como de equipo, el HGU ha articulado diferentes mecanismos: Actividad diaria. Dentro del ámbito de cada Servicio y Unidad, los responsables del mismo son los encargados de gestionar este tipo de formación, tanto teórica como práctica.

Con el fin de favorecer y mejorar la incorporación e integración de nuevos trabajadores a su puesto de trabajo, se ha revisado el procedimiento de acogida y se ha diseñado e implantado una aplicación de valoración competencial. El procedimiento de acogida articula una serie de entrevistas/encuentros Responsable/mando intermedio y nuevo trabajador en distintos momentos que permitan un intercambio recíproco de información para conseguir la integración del nuevo trabajador en su puesto de trabajo. Como herramienta de apoyo en la implantación del mencionado procedimiento se ha diseñado una aplicación informática de valoración competencial, como instrumento de guía y registro de las valoraciones realizadas por el mando.

La incorporación de nuevos profesionales o la adquisición de nuevas técnicas o tecnologías, va acompañada de la formación directa a cargo de otros compañeros o de periodos de formación en otros centros. Así, la formación para de TER en ecocardiogramas, formación para la incorporación de TEL en el Servicio de Banco de sangre, ha contado con periodos formativos internos financiados por el Hospital o, en ocasiones, en otros centros sanitarios de Osakidetza y del Estado, todo ello hasta conseguir la plena integración en los puestos y el conocimiento preciso para un adecuado desempeño.

Grupos y equipos de mejora. Es imprescindible en un sistema de funcionamiento basado en procesos integrados donde la coordinación entre los diferentes estamentos profesionales es básica. Así, se han creado 122 grupos de trabajo/equipos de mejora funcionando de manera temporal o permanente.

Fig. 41. Acciones/actividades llevadas a cabo por los grupos y equipos de mejora

Año	Grupo/equipo de mejora (número de personas)	Acción de mejora/actividad
2007	Infección nosocomial (3)	Diseño PR PVPCIN
	Neumología (4)	Guía de la EPOC
	Enfermedad cerebro vascular (4)	Protocolo ICTUS
2008	Gestores calidad e informática (29)	BBDD Incidencias PR Hospitalización
	Equipo mejoramedio ambiental (10)	Celebración en el HGU del Día de Medioambiente
	Equipo de Mejora de Personas (10)	Guía Básica sobre la acogida de personas. Contraste de acciones de mejora tras ESP 2006
	AMFE circuito citostáticos (12)	Mejora circuito de prescripción, preparación, dispensación y administración de citostáticos
	AMFE circuito Urgencias-planta (14)	Mejora de la derivación de pacientes de Urgencias a Planta
	Seguridad Medicamento (13)	Estudio de efectos adversos y medidas correctoras
	Ambulancias (13)	Nueva gestión de ambulancias
2009	Reflexión EFQM (49)	Contraste a la memoria EFQM 07: identificación de áreas de mejora y evidencias
2010	Equipo de trabajo	Protocolo sobre la gestión de incidencias y permisos de personal facultativo: mejora del circuito de gestión
	Grupo implantación OSHAS (21)	Identificación de áreas de mejora en materia de seguridad y salud laboral
	Equipo txapelurdines (16)	Protocolo sobre el silencio en el servicio de Neumología
	Equipo de seguridad	Estudio EPIDEAS, análisis de incidencias
2011	Equipo check list de Urgencias	Elaboración de check list de Urgencias para mejorar las condiciones de calidad de los pacientes en tránsito a planta
	Equipo de prevención agresiones (18)	Elaboración de un anexo al protocolo de Agresión corporativo

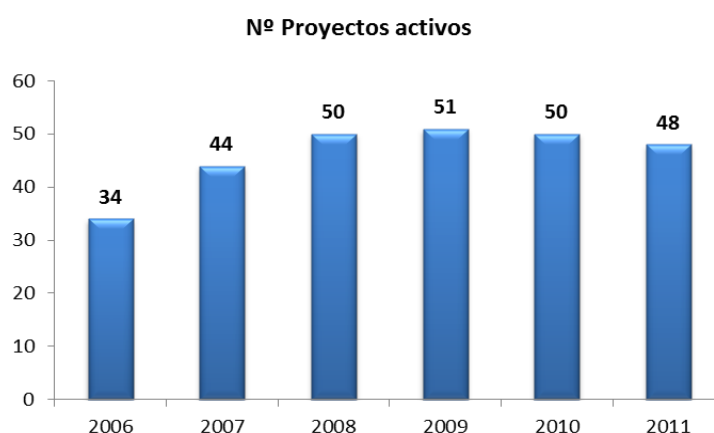
Sesiones Clínicas. Constituyen una excelente fuente de aprendizaje, con revisiones de casos clínicos y/o revisiones bibliográficas, actualización de conocimientos en ciertas patologías, etc., generándose un mecanismo clave para la gestión de la tecnología y el conocimiento. Autoformación. La autoformación juega un papel importante para el desarrollo de las actividades de aprendizaje.

Así, el HGU apoya la asistencia de sus profesionales a jornadas y congresos, destinando un 30% del presupuesto de la Comisión de formación para la concesión de ayudas económicas para la realización y asistencias a estas actividades auto-formativas externas.

La preparación de artículos supone un mecanismo de aprendizaje constante. Anualmente se elabora una memoria científica en la que se recogen todas las publicaciones, ponencias, comunicaciones y pósteres presentados en congresos por parte de los profesionales del Centro, estando a disposición de todos.

Proyectos de Investigación. La investigación que se realiza en el HGU mantiene un nivel sobresaliente especialmente desde el año 1993 en que se creó la Unidad de Investigación y que se traduce en la consecución de proyectos de investigación y en publicaciones en revistas científicas de gran impacto. En el 2010 se firmó un compromiso para la creación del Instituto de investigación sanitario entre el HGU y el Hospital de Basurto. El número de proyectos de investigación activos en el 2011 viene reflejado en la **Fig.42**

Fig. 42. Proyectos de investigación activos



Durante el año 2011 se han formado 19 facultativos en investigación, de los cuales 17 trabajan en el Hospital Galdakao-Usansolo, en los cursos “Bioestadística con SPSS” y “Programa de formación en investigación para personal sanitario hospitalario”.

Además, se han formado 12 enfermeras/os en el “Curso de formación en investigación” 2011-2012, de las/los cuales 8 trabajan en el Hospital Galdakao-Usansolo.

Biblioteca. El Hospital cuenta con una Biblioteca donde se dispone de las revistas más importantes en las diversas áreas de interés. Además proporciona el acceso electrónico a bases de datos y revistas electrónicas a través de Internet o la Intranet de Osakidetza.

LA12 - PORCENTAJE DE EMPLEADOS QUE RECIBEN EVALUACIONES REGULARES DEL DESEMPEÑO Y DE DESARROLLO PROFESIONAL DESGLOSADO POR SEXO

	Procesos	% de personas con evaluación del desempeño individual o a nivel de equipo
2008	142	9,32%
2009	180	11,29%
2010	211	13,16%
2011	386	23,72%

	Desarrollo Profesional	% de personas con evaluación del desempeño individual o a nivel de equipo
2008	265	17,39%
2009	1017	63,80%
2010	0	0,00%
2011	0	0,00%

Este año 2012 se está llevando a cabo una nueva evaluación del desarrollo profesional

	Liderazgo	% de personas con evaluación del desempeño individual o a nivel de equipo
2008	26	1,71%
2009	37	2,32%
2010	0	0,00%
2011	34	2,09%

e. Diversidad e Igualdad de Oportunidades:

Ninguna política llevada a cabo por nuestra organización respecto a los profesionales que trabajan o puedan incorporarse al Hospital establece diferencia alguna entre ellos/ellas, ni en función de sus circunstancias personales, función o puesto que desempeñan o tipo de nombramiento/ contrato, evitando cualquier clase de discriminación.

El sistema de selección y contratación de personal está regulado por la legislación administrativa y se rige por los principios de publicidad, igualdad, mérito y capacidad. Estos principios se aplican tanto para los procesos de selección de personal fijo, como temporal, sustitutos/as, promociones internas, traslados internos, etc.

La política de personal en el HGU, al igual que en todas las Organizaciones de Servicios pertenecientes a Osakidetza, está regulada por el Acuerdo de Condiciones de Trabajo del Personal de Osakidetza, negociado anualmente por la Organización Central de Osakidetza con las Centrales Sindicales representativas de los/las trabajadores/as. El acuerdo actual, firmado inicialmente en diciembre del 2007, prolongado a tres años más en 2008 y que se ha extendido hasta que se negocie y entre en vigor un nuevo acuerdo, contempla una jornada anual de 1.592 horas y regula los términos de contratación (sistema retributivo general, condiciones

laborales, permisos, licencias, beneficios sociales, etc.) para todos los/las trabajadores/as con la perspectiva de alinear las necesidades de los/las trabajadores/as con la estrategia de la Organización.

LA13 - COMPOSICIÓN DE LOS ÓRGANOS DE GOBIERNO CORPORATIVO Y PLANTILLA, DESGLOSADO POR SEXO, GRUPO DE EDAD, PERTENENCIA A MINORÍAS Y OTROS INDICADORES DE DIVERSIDAD

Porcentaje de mujeres en órganos de Gestión

	Total	Mujeres	% Mujeres sobre total
Equipo Directivo	8	4	50,00
Consejo de Dirección	19	7	36,84
Consejo Técnico	13	5	38,46
Jefaturas Médicas	54	9	16,67
Jefaturas Enfermería	46	39	84,78
Jefaturas No Sanitario	32	11	34,38
	172	75	43,60

Desglose del Consejo Técnico

	Total	Mujeres	% Mujeres sobre total
Director Médico	1	0	0%
Director Enfermería	1	0	0%
FEM	7	1	14,29%
Enfermeros/as	4	4	100%
	13	5	38,46%

Los datos recogidos en **LA1 y LA2**, indican la distribución de la plantilla del HGU por intervalos de edad y sexo.

LA14 (P) - RELACIÓN ENTRE SALARIO BASE DE LOS HOMBRES CON RESPECTO AL DE LAS MUJERES, DESGLOSADO POR CATEGORÍA PROFESIONAL

Dentro del marco general fijado por la normativa de aplicación y con la concreción anual de la correspondiente Ley de Presupuestos y de los Acuerdos de Consejo de Gobierno, han de tenerse en cuenta las previsiones del Acuerdo de Condiciones de Trabajo del Personal de Osakidetza, así como el de aplicación al personal funcionario de la Administración de la Comunidad Autónoma de Euskadi.

En ambos se establecen las categorías profesionales y las tablas retributivas de las mismas, cuyos valores económicos se fijan conforme a los acuerdos fijados en Mesa General de negociación de la Administración de la Comunidad de Euskadi sobre incremento salarial anual, ratificados en Acuerdo de Consejo de Gobierno. Las retribuciones, por tanto, son iguales dentro de cada categoría, independientemente del sexo o relación laboral que tenga el/la trabajador/a.

LA15 (P) – NIVELES DE REINCORPORACIÓN AL TRABAJO Y DE RETENCIÓN TRAS LA BAJA POR MATERNIDAD O PATERNIDA, DESGLOSADO POR SEXO

100%. Ver indicador **LA3**, en su apartado “Alcance de los beneficios”, capítulos “Licencia por gestación” (equivalente a maternidad) y “Paternidad”.

- **No discriminación**

Dentro de la cultura y prácticas del HGU nunca se ha admitido ningún tipo de distinción entre sus empleados/as ni ante el cliente por razones basadas en su condición, raza, sexo, ideología o religión, ni se ha permitido un trato preferente de unas personas respecto de otras.

Nuestros clientes encuentran sus derechos garantizados a través del Decreto 175/1989 “Derechos y Obligaciones de los pacientes”. El Acuerdo de Condiciones de Trabajo, que regula los derechos y deberes de nuestros/as trabajadores/as es de aplicación a todas las personas que trabajan en nuestro Hospital independientemente del tipo de relación laboral que tengan: fija, interina, sustituta o eventual.

Esto evita la posibilidad de que existan diferencias entre ellos/as, tanto en función de sus circunstancias contractuales, personales o funcionales, no existiendo ningún tipo de discriminación.

Los distintos procesos de selección, tanto para personal fijo como no fijo, cambios de puesto, promociones internas, etc. se ajustan a los principios de Igualdad, Publicidad, Mérito y Capacidad, tal como se recoge en la distinta normativa derivada de la Ley de Ordenación Sanitaria de Euskadi. En las Ofertas Públicas de empleo, se reservan, para su cobertura por personal discapacitado, el 5% de los destinos ofertados en cada turno (libre y promoción interna).

Para ello, han de tener reconocida dicha condición, con discapacidad de grado igual o superior al 33%, por el órgano competente de la Administración y son admitidos en igualdad de condiciones que los demás aspirantes al proceso de selección, siempre que reúnan la aptitud necesaria para el desempeño del destino. El HGU cuenta en la actualidad con 26 trabajadores con minusvalías declaradas.

Todos ellos, cuentan con las condiciones necesarias para realizar las tareas encomendadas. Desde el punto de vista de las infraestructuras, éstas cumplen con la normativa en esta materia, dando con ello respuesta tanto a trabajadores como a usuarios (lenguaje para invidentes en señalizaciones y ascensores, cuartos de baño adaptados, así como, adaptación del número de plazas del parking para minusválidos).

- **Libertad de Asociación y Convenios Colectivos**

La libertad de asociación y negociación colectiva está garantizada en el marco de la normativa legal vigente en la CAV, no existiendo riesgo de incumplimiento de estos derechos.

- **Prevención del trabajo forzoso y obligatorio**

El HGU es una Organización pública dependiente de Osakidetza y del Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco. La actual legislación vigente en la CAV garantiza la no existencia de trabajos forzosos u obligatorios.

- **Quejas y procedimientos conciliatorios**

En el ámbito de los pacientes y la actividad asistencial operada sobre los mismos o sus familiares, existe un **Servicio de Atención al Paciente** donde se informa y orienta a aquellos sobre las cuestiones planteadas. Superado dicho ámbito, las quejas o reclamaciones se formulan de conformidad con las previsiones contenidas en la normativa administrativa, consistente en escrito de solicitud, recurso y demanda (tanto penal como contencioso-administrativa). También pueden plantear cuestiones al Ararteko.

Los pacientes pueden realizar sus aportaciones a la mejora a través de los diferentes caminos establecidos al efecto, cuales son las asociaciones específicas, las representaciones sociales, sindicales o políticas, el Ararteko, etc. Adicionalmente, en el año 2010 se implantó el **buzón de sugerencias de pacientes** (ver dimensión responsabilidad sobre productos [apartado 5.6](#))

Respecto de los pacientes y sus familiares en sus relaciones con los/as trabajadores/as del HGU, existe un **Protocolo de Agresiones**, que permite conocer, analizar y resolver cuantas cuestiones en la materia

podieren plantearse. En el año 2011, la Dirección del Hospital considerando que una adecuada relación entre los pacientes y el personal, basada en el respeto y la confianza mutua, está en la base de la misión asistencial del hospital, aprobó la “Política de no tolerancia ante las agresiones y se constituyó la Comisión de Violencia del hospital, para analizar las incidencias relacionadas con la violencia en el trabajo y la elaboración de protocolos y propuestas de acción en materia de agresiones, entre objetivos.

Evolución de incidentes (enero-diciembre)

Tipología	Hospitalización		Urgencias		Otros	
	2010	2011	2010	2011	2010	2011
Incidentes	2	8	2	1	-	-
Agresiones sin baja	1	1	-	-	1	-
Agresiones con baja	-	-	-	-	-	-

Hemos de señalar que fruto de las campañas de sensibilización y actividades formativas desarrolladas en esta área, se observa un aumento en la declaración de incidentes por agresión. Por ello, se han planificado como medidas preventivas a desarrollar en 2012, continuar con Plan de formación para la prevención de agresiones, y análisis de propuestas de actuación por la Comisión de violencia.

En el ámbito de los/as trabajadores/as del centro y su vinculación al centro, sus quejas laborales se sustancian conforme a las **previsiones** en la materia contenidas en la **legislación administrativa**, tanto propia de Osakidetza como derivada de las instituciones propias de la Comunidad Autónoma o del Estado. Dichas quejas, derivadas de la vinculación laboral, se tramitan mediante escrito de solicitud, recurso y demanda, siempre dentro de la vía contencioso administrativa. También puede utilizarse el acceso al Ararteko cuyas resoluciones, aún no siendo de obligado cumplimiento, su no seguimiento puede suponer una tacha en su informe parlamentario.

Por otro lado, las personas del HGU además cuentan con un **buzón de sugerencias** donde plantean cuanto consideran oportuno, habiéndose establecido un procedimiento de respuesta y actuación, conforme proceda. Ver **Fig. 18**

Asimismo, se dispone de un **Protocolo sobre resolución de situaciones de conflicto o Acoso Moral entre profesionales**, cuya aplicación lo es a nivel de todas las organizaciones de servicios.

• Prácticas de Seguridad

La política de prevención que asume el HGU para la promoción y la mejora de las condiciones de trabajo conllevan la elevación del nivel de protección de la seguridad en todos sus aspectos y la mejora constante de las condiciones de salud para todas y cada una de las personas trabajadoras, sin reparar en el nivel de protección necesario y la consecución de los fines establecidos. Asumimos el compromiso de conseguir el mejor nivel de seguridad y salud en el trabajo, aceptando las disposiciones legales publicadas al respecto e intentando mejorar las acciones preventivas que se precisen. **Ver apartado 5.3: Dimensión Social apartado c, L9**

Por otra parte, dada la importancia de los datos a los que se tiene acceso que exigen la mayor protección, conforme a las previsiones de la Ley de Protección de Datos de carácter Personal, además de llevar a efecto sus previsiones, el centro cuenta con un Reglamento de Seguridad donde se determinan y definen tales elementos de protección, así como sus propuestas de seguridad en materia de protección de datos, se analizan y estudian para establecer las mejores prácticas a tal fin. **(Ver apartado 5.6, PR 8)**

• Derechos de los indígenas

El HGU solo opera en la CAV por lo tanto no es de aplicación este apartado.

Objetivos y desempeño

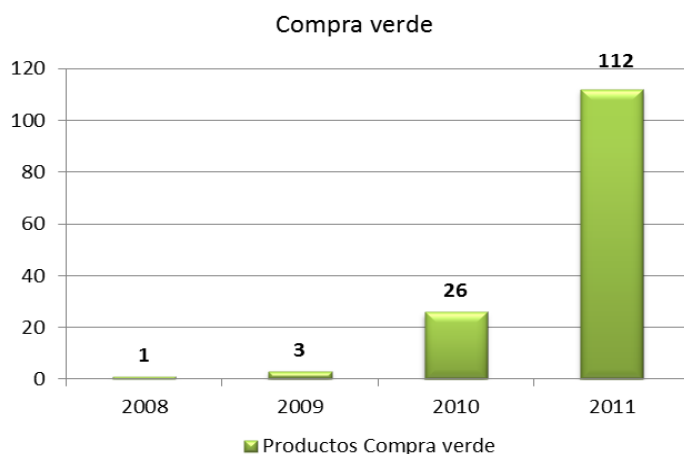
El HGU ha incluido cláusulas de gestión ética, de compromiso con el medioambiente en sus contratos con proveedores de acuerdo con los valores e ideales que guían la actuación de la organización. El objetivo es sistematizar la inclusión de este tipo de cláusulas en todos los contratos de la organización para poder ejercer un control efectivo de su cumplimiento.

A nivel interno, definimos como mínimos en nuestro código ético y de conducta los máximos del cumplimiento responsable y legal convencional, considerando implícito el respeto a los Derechos Humanos y a la legislación laboral vigente. Indicar que en el 2011 se ha trabajado un borrador de Código Ético del Hospital.

En el año 2008 y como parte de la estrategia de desarrollo sostenible, se comenzó con el proyecto de Compra Verde

El HGU, en este ámbito, se marca el objetivo de continuar trabajando con el proyecto de Compra Verde.

Fig. 43. Productos en Compra Verde



Política

El HGU es una organización integrada en el Sistema Sanitario Público Vasco y garantiza la universalización de sus prestaciones a todos los/las ciudadanos/as de su área asistencial, asegurando de esta forma la asistencia sanitaria a los sectores más desfavorecidos de la sociedad. Garantizamos la existencia de igualdad en la accesibilidad y la no existencia de prácticas discriminatorias en nuestra Organización.

Responsabilidad de la organización

Todos y cada uno de los empleados/as del HGU están comprometidos con la gestión ética en su desempeño laboral. Dado el carácter y el ámbito de actuación de la entidad, no existe un responsable directo de Derechos Humanos por no existir riesgos latentes en sentido de incumplimiento de los mismos en la relación del HGU con sus empleados/as, clientes o proveedores.

Formación y sensibilización

Dado el ámbito en el que desarrollamos nuestra actividad todas nuestras personas trabajadoras están sensibilizadas y formadas para desarrollar su desempeño laboral teniendo en cuenta los Derechos Humanos. En otros apartados de la memoria se recoge ampliamente las actuaciones que el HGU realiza en materia de formación.

Evaluación y seguimiento

Dado el carácter de nuestro Hospital y de los proveedores con los que trabajamos, no se han detectado riesgos latentes en cuanto a posible incumplimiento de los Derechos Humanos, por lo que no se ha hecho un seguimiento especial. No se han detectado riesgos de incumplimiento de los Derechos Humanos para los empleados.

Indicadores del desempeño de Derechos Humanos

ASPECTO: PRÁCTICAS DE INVERSIÓN Y ABASTECIMIENTO

HR1 - PORCENTAJE Y NÚMERO TOTAL DE ACUERDOS DE INVERSIÓN SIGNIFICATIVOS QUE INCLUYAN CLÁUSULAS DE DERECHOS HUMANOS O QUE HAYAN SIDO OBJETO DE ANÁLISIS EN MATERIA DE DERECHOS HUMANOS

La gestión de las personas está regulada por la Ley del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud (Ley 55/2003, de 16 de Diciembre) y el Acuerdo regulador de las condiciones de trabajo del personal de Osakidetza para los años 2007, 2008 y 2009, aprobado por Decreto 235/2007, de 18 de Diciembre. Debido a nuestra actividad, los derechos de los pacientes están sujetos a la legislación y Códigos Deontológicos, como son la Ley 41/2002 básica reguladora de la autonomía del paciente y derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, Decreto 175/1989 de 18 de Julio. Carta de Derechos y Obligaciones de los usuarios de Osakidetza, etc.

Los proveedores de servicios están sujetos a la Ley de Contratos del Sector Público (LCSP) (Ley 30/2007 de 30 de Octubre), donde se especifica las prohibiciones de contratación de empresas que hubiesen sido condenadas por haber cometido delitos contra los derechos de los trabajadores, relativos a la protección del medio ambiente, además de aquellas que hayan sido sancionadas por infracción grave en materia de integración laboral y de igualdad de oportunidades y no discriminación de las personas con discapacidad o por infracción muy grave en materia social, incluidas las infracciones en materia de prevención de riesgos laborales.

En cuanto a los pliegos de cláusulas administrativas particulares, el HGU tiene definido en el Subproceso de Obras, un procedimiento de intercambio de documentación donde se especifica, entre otros aspectos que el contratista de la obra deberá entregar al Hospital un plan de medidas de seguridad en obra y, por otro lado, el Hospital entrega a la empresa las normas de Seguridad y Bioseguridad en obra, así como las medidas de emergencia para trabajadores en obra.

Todas las medidas anteriores se aplican al 100% de los acuerdos y/o contratos.

HR2 - PORCENTAJE DE LOS PRINCIPALES DISTRIBUIDORES Y CONTRATISTAS QUE HAN SIDO OBJETO DE ANÁLISIS EN MATERIA DE DERECHOS HUMANOS, Y MEDIDAS ADOPTADAS COMO CONSECUENCIA.

La Ley de Contratos del Sector Público (LCSP) (Ley 30/2007 de 30 de Octubre) está implantada en el 100% de los contratos.

OHSAS 18001 propone un sistema de mejora continua para la coordinación de actividades empresariales con las contratas y subcontratas. De esta forma profundizamos en la relación directa y continúa con ellos: reuniones de intercambio de documentación en seguridad y salud de los trabajadores y de la actividad propia del hospital que puede interactuar con su actividad, presencia de los interlocutores en seguridad en el HGU y visitas de seguimiento de la actividad diaria de las contratas. Además de la relación con las empresas adjudicatarias de servicios, la implantación de OHSAS ha facilitado que las empresas que suministran equipamiento y productos entreguen la documentación relativa a los aspectos de seguridad para el uso por parte de los trabajadores (marcado CE, declaraciones de conformidad, manuales de instrucciones, fichas de seguridad).

AÑO	REUNION CONTRATAS NIVEL I	REUNION CONTRATAS NIVEL II	REUNION CONTRATAS NIVEL III	DOCUMENTACIÓN NIVEL II Y III
2010	30%	0%	0%	-
2011	34%	0%	0%	3%

Asimismo, se continúan con las *visitas de inspección a las áreas de trabajo* que se encuentran en obra de reforma o integral, para detectar las incidencias tanto de seguridad como de bioseguridad, incorporando la revisión de los equipos e instalaciones al finalizar la obra.

AÑO	OBRAS PROPIAS	Nº de accidentes en obras	Nº Incidencias Seguridad	Nº de visitas	Visitas Previstas	Visitas Realizadas / Visitas Previstas
2010	Subtotal Obras Propias	0	4	53	91	58%
	Subtotal Obras Centralizadas	0	4	18	55	33%
	Total Obras	0	8	71	146	49%
2011	Subtotal Obras Propias	0	20	45	52	87%
	Subtotal Obras Centralizadas	0	15	24	25	96%
	Total Obras	0	35	69	77	90%

HR3 - TOTAL DE HORAS DE FORMACIÓN DE LOS/LAS EMPLEADOS/ AS SOBRE POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS CON AQUELLOS ASPECTOS DE LOS DERECHOS HUMANOS RELEVANTES PARA SUS ACTIVIDADES, INCLUYENDO EL PORCENTAJE DE EMPLEADOS FORMADOS

Todas las personas trabajadoras del Hospital, están sujetas a la legislación y código Deontológico correspondiente.

ASPECTO: NO DISCRIMINACIÓN

HR4 - NÚMERO TOTAL DE INCIDENTES DE DISCRIMINACIÓN Y MEDIDAS ADOPTADAS

Tal y como se recoge en el **apartado 5.4** Derechos Humanos en el punto “Quejas y procedimientos conciliadores”, último párrafo, el HGU, con el apoyo de la Comisión de Violencia, de los profesionales de la UBP y la aplicación de los protocolos existentes, como por ejemplo el de Actuación ante Agresiones, el Protocolo de Conciliación e investigación en caso de conflicto y/o acoso moral en el trabajo, responde a las necesidades de los trabajadores desde el punto de vista de los compromisos éticos adquiridos, de su salud laboral y en materia de prevención de riesgos laborales. El HGU no cuenta con incidentes registrados en materia de discriminación.

ASPECTO: LIBERTAD DE ASOCIACIÓN Y CONVENIOS COLECTIVOS

HR5 - ACTIVIDADES DE LA COMPAÑÍA EN LAS QUE EL DERECHO A LIBERTAD DE ASOCIACIÓN Y DE ACOGERSE A CONVENIOS COLECTIVOS PUEDAN CORRER IMPORTANTES RIESGOS, Y MEDIDAS ADOPTADAS PARA RESPALDAR ESTOS DERECHOS

Las personas del Hospital están sujetas al acuerdo de condiciones de trabajo, no existiendo riesgo alguno al respecto.

ASPECTO: EXPLOTACIÓN INFANTIL

HR6 - ACTIVIDADES IDENTIFICADAS QUE CONLLEVAN UN RIESGO POTENCIAL DE INCIDENTES DE EXPLOTACIÓN INFANTIL, Y MEDIDAS ADOPTADAS PARA CONTRIBUIR A SU ELIMINACIÓN

Las personas trabajadoras del Hospital deben tener cumplida la edad prevista en el Estatuto Básico del Empleado Público. Los trabajadores del Hospital, acceden al mismo por los procedimientos mencionados en el **apartado 5.3** Dimensión Social, punto a. Empleo.

El Hospital colabora en la realización de prácticas formativas regladas de pregrado, de alumnos de ciclos formativos de grado medio y de grado superior, una vez concluido los periodos teóricos académicos. Para ello, se suscriben los correspondientes Acuerdos de Colaboración Empresa- Centro Educativo. La colaboración que el HGU y los trabajadores que actúan de tutores, brinda a los centros educativos para que los alumnos que realicen las prácticas en nuestro centro de cara a la adquisición de los oportunos conocimientos, habilidades, destrezas y técnicas que les permitan su inserción en el mundo laboral, es totalmente desinteresada.

Formación pre y postgrado

Año	Becarios/as	En prácticas	Total
2006	12	105	117
2007	6	110	116
2008	14	99	113
2009	14	113	127
2010	16	112	128
2011	18	156	174

ASPECTO: TRABAJOS FORZADOS

HR7 - OPERACIONES IDENTIFICADAS COMO DE RIESGO SIGNIFICATIVO DE SER ORIGEN DE EPISODIOS DE TRABAJO FORZADO O NO CONSENTIDO, Y LAS MEDIDAS ADOPTADAS PARA CONTRIBUIR A SU ELIMINACIÓN

Las condiciones laborales de los trabajadores del HGU vienen recogidas en el Acuerdo Regulador de las Condiciones de trabajo del personal de Osakidetza, en vigor. (ARCTO).

ASPECTO: PRÁCTICAS DE SEGURIDAD

HR8 - PORCENTAJE DEL PERSONAL DE SEGURIDAD QUE HA SIDO FORMADO EN LAS POLÍTICAS O PROCEDIMIENTOS DE LA ORGANIZACIÓN EN ASPECTOS DE DERECHOS HUMANOS RELEVANTES PARA LAS ACTIVIDADES

La empresa contratada debe cumplir con los requisitos y condiciones establecidas en los contratos rigiéndose por la Ley de Contratos del Servicio Público (LCSP). Además de las horas que por Ley y reglamento de seguridad privada, la empresa de seguridad está obligada a proporcionar a todos los vigilantes en activo, el Hospital se ocupa de ampliar dicha formación de forma específica en diversas áreas de la prevención de riesgos laborales (prevención contra incendios y emergencias) y de manejo de personas agitadas, vinculado generalmente a situaciones delicadas con pacientes de psiquiatría. Se oferta al 100% del personal vigilante y es el 80% del mismo el que ha venido acudiendo a esta formación. Así mismo, se potencia su participación en aquellos foros donde pueden aportar su experiencia en materia de seguridad, como en la comisión de obras, visitas de obras, la comisión técnica permanente del comité de autoprotección del centro, grupos de señalítica, accesibilidad, etc.

HR9 - NÚMERO TOTAL DE INCIDENTES CON VIOLACIONES DE LOS DERECHOS DE LOS INDÍGENAS Y MEDIDAS ADOPTADAS

Este indicador no es de aplicación ya que nuestra actividad se desarrolla en zonas sin población indígena.

HR10 (A) – PORCENTAJE Y NÚMERO TOTAL DE OPERACIONES QUE HAN SIDO OBJETO DE REVISIONES O EVALUACIONES DE IMPACTOS EN MATERIA DE DERECHOS HUMANOS

Dadas las características de nuestra organización, este indicador no es de aplicación.

HR11 (A) – NÚMERO DE QUEJAS RELACIONADAS CON LOS DERECHOS HUMANOS QUE HAN SIDO PRESENTADAS, TRATADAS Y RESUELTAS MEDIANTE MECANISMOS CONCILIATORIOS FORMALES.

No se han registrado quejas relacionadas con los derechos humanos.

5.5

Sociedad

Política

El HGU, como miembro responsable de la sociedad en la que interviene y fruto de nuestra interacción continua, es consciente de su alto impacto en la sociedad.

En 2008 el HGU realizó una revisión del enfoque de la estrategia, buscando evolucionar hacia una organización centrada en la creación de valor para el conjunto de la sociedad. Para ello ha introducido en su gestión la Responsabilidad Social Corporativa, que supone el compromiso ético del HGU en la gestión, y se ha adherido al Pacto Mundial de la ONU, pacto que se renueva anualmente.

La Responsabilidad Social Corporativa se ha incorporado como elemento clave de nuestra estrategia. Los conceptos inherentes a esta han sido una de las bases sobre las que se elaboró el PE 2010-2014, de forma que son un elemento transversal que afecta a todo el PE, estando presentes en los Misión, Visión y Valores y explícitos en el Objetivo Estratégico de “Ser referentes en RSC”. Objetivo que recoge los siguientes principios o ideas;

La promoción y desarrollo del concepto de RSC internamente puede contribuir a:

- *Elevar el nivel de sensibilidad en relación al concepto de sostenibilidad*
- *Mejorar aún más la gestión medioambiental*
- *Desarrollar el concepto de “transparencia”, interna y externa, no sólo “poner información a disposición”, sino implicarnos en compartirla de manera eficaz*
- *Mejorar la accesibilidad de los servicios, promoviendo la inclusión de colectivos con discapacidades*
- *Concienciarse del valor de una buena gestión de las relaciones externas y potenciar la capacidad de hacer y gestionar alianzas: educación, ayuntamientos, proveedores, asociaciones, ONG ...*

Presencia en foros externos, porque se busca ser referente en el desarrollo de estos conceptos en el sector sanitario. Esto puede ser una palanca de innovación importante.

Contribuir a la legitimación social de “lo público”, mediante la sensibilización sobre la utilización eficiente de recursos públicos.

Promover la conciencia sobre la RSC en los profesionales del HGU

Para reafirmar nuestro compromiso con la sociedad realizamos desde el año 2008, y con carácter bienal, la Memoria de Responsabilidad Social Corporativa, según la Guía G3.1 del Global Reporting Initiative, que ha sido verificada por una entidad certificadora alcanzando la calificación A+, siendo el primer hospital del Estado Español que lo logra. Este enfoque se despliega por medio del proceso RSC, cuyo propietario es el DG.

Del mismo modo, se identifica el “compromiso con la Sociedad” como uno de los valores en los que se sustenta el Hospital;

Compromiso: Con la sociedad a la que servimos. Colaboramos con el resto de agentes del sistema sanitario, buscamos la sostenibilidad del sistema, garantizamos la accesibilidad, fomentamos la transparencia.

Objetivos y desempeño

Tras establecer los objetivos operativos y las acciones encaminadas a conseguirlos en el Plan de Gestión del año 2011, tal y como han quedado recogidos en el apartado general **apartado 1.2** de la memoria, a continuación destacamos algunos de los resultados obtenidos:

✓ VISUALIZAR LA RSC (TANGIBILIZAR Y DIFUNDIR)

- Identificar acciones RSC, analizarlas y ponerlas en valor en el HGU, mediante las herramientas de comunicación interna (Revista, Zuzenean)
- Celebración de las I y II Jornadas de RSC en el HGU (2011 especial ámbito social y ética social)
- Celebración del Market Place para ONGs
- Desarrollo de un taller de creatividad con ONGs
- Reconocimiento a la RSC. Reconocimiento a Grupos de Interés (ONG DOA en el año 2011)
- Sesión general sobre violencia de género
- Obtención del Premio OMARS a la RSC
- Comunicaciones externas en foros: Euskalit, Congreso nacional de Calidad Asistencial, Simposio medioambiental etc.

✓ IMPACTO EN SOCIEDAD

- Plan de Accesibilidad física al HGU
- Proyecto Compartir Coche, con el desarrollo de un programa informático
- Promoción de hábitos saludables en la población mediante el Libro de dietas saludables, en colaboración con Eneko Atxa (II Estrellas Michelin)
- Jornadas de puertas abiertas con ayuntamientos del entorno
- Jornadas de puertas abiertas con educación secundaria
- Colaboración con ONG

✓ Hospital Verde (ver detalles en **apartado 5.2** "Dimensión ambiental")

- Compra Verde
- Gestión de residuos
- Eficiencia energética
- Celebración del Día Mundial del Medioambiente
- Celebración del Día Mundial sin coche
- Huella ecológica

Responsabilidad de la organización

La responsabilidad operativa en esta área recae en el Equipo Directivo. El Director Gerente es responsable de las relaciones institucionales con la sociedad. Cada proyecto estratégico tiene un propietario, que atendiendo a la temática recae en una dirección u otra. El seguimiento global de los proyectos estratégico recae en la Jefa de la Unidad de Calidad e Innovación.

Evaluación y seguimiento

El HGU dispone de diversos mecanismos para evaluar y seguir el impacto de nuestra Organización en la sociedad. El impacto medioambiental se evalúa a través de la revisión del PR Gestión Medioambiental que está Certificado con la Norma ISO: 14001/ EMAS. La actividad económica se gestiona mediante el Proceso Económico-Financiero, certificado en el año 2005 según la Norma ISO 9001. El Proceso es auditado anualmente por el tribunal Vasco de Cuentas Públicas, la Intervención Delegada de Hacienda del Gobierno Vasco y por Osakidetza a través de una firma de auditoria independiente.

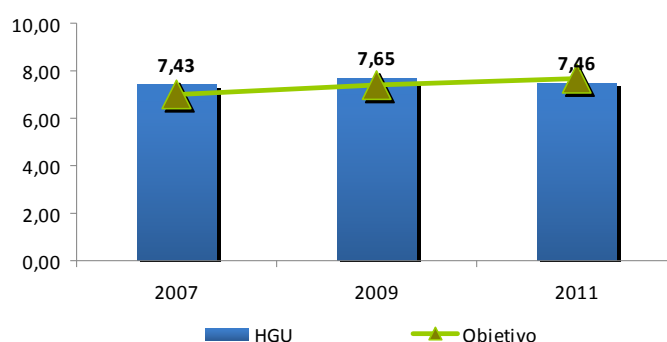
El Objetivo Estratégico de RSC, es revisado junto con el resto de Objetivos estratégicos en la reflexión estratégica semestral que se realiza por el Equipo de Dirección con el apoyo de la Jefa de la Unidad de Calidad e Innovación. Los indicadores del OE así como el grado de cumplimiento de los proyectos se monitorizan a través del Cuadro de Mando Estratégico.

Indicadores del desempeño de Sociedad

SO1 (P) – PORCENTAJE DE OPERACIONES DONDE SE HAN IMPLANTADO PROGRAMAS DE DESARROLLO, EVALUACIONES DE IMPACTOS Y PARTICIPACIÓN DE LA COMUNIDAD LOCAL

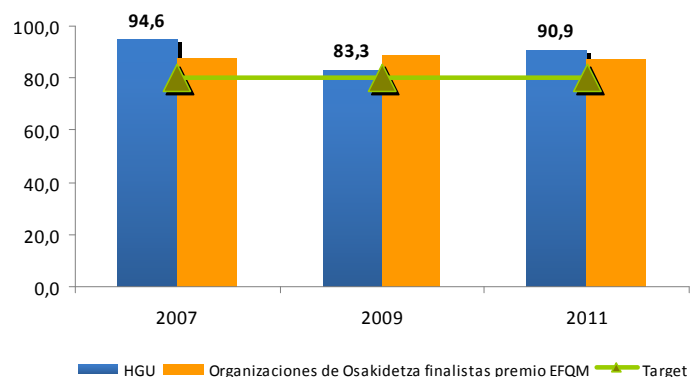
Ámbito Comunidad: en el año 2007 y 2009 se realizó una encuesta a diez Ayuntamientos de nuestro entorno. En el 2011 se amplió el alcance de la encuesta incluyendo en total a los siguientes agentes: Ayuntamientos, Centros Educativos, Universidad, Diputación y GV, ONG y Asociaciones o Fundaciones de Gestión (Euskalit, Fundibeq).

Fig. 44a. Satisfacción Global de la sociedad con el HGU



A continuación mostramos algunos ítems de la encuesta de sociedad donde podemos compararnos con organizaciones similares a la nuestra, concretamente con la media de las organizaciones de Osakidetza que han sido finalistas del premio EFQM.

Fig. 44b. Valore la relación del Hospital Galdakao-Usansolo con su organización



SO2 (P) - PORCENTAJE Y NÚMERO TOTAL DE UNIDADES DE NEGOCIO ANALIZADAS CON RESPECTO A RIESGOS RELACIONADOS CON LA CORRUPCIÓN

El informe del Tribunal Público de Cuentas en el que se integran todas las conclusiones de las inspecciones y auditorías realizadas es de carácter público.

SO3 (P) - PORCENTAJE DE EMPLEADOS FORMADOS EN LAS POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS ANTI-CORRUPCIÓN DE LA ORGANIZACIÓN

No se realiza formación expresa. Los aspectos relacionados con este ámbito se recogen en la Ley del Funcionario Público y está sujeto a la LCSP.

SO4 (P) - MEDIDAS TOMADAS EN RESPUESTA A INCIDENTES DE CORRUPCIÓN

No ha habido ningún caso.

SO5 (P) - POSICIÓN EN LAS POLÍTICAS PÚBLICAS Y PARTICIPACIÓN EN EL DESARROLLO DE LAS MISMAS Y DE ACTIVIDADES DE “LOBBYING”

Debido a la naturaleza de nuestra organización, no es de aplicación.

SO6 (A) - VALOR TOTAL DE LAS APORTACIONES FINANCIERAS Y EN ESPECIE A PARTIDOS POLÍTICOS O A INSTITUCIONES RELACIONADAS, POR PAÍSES

Debido a la naturaleza de nuestra organización, no es de aplicación.

SO7 (A) - NÚMERO TOTAL DE ACCIONES POR CAUSAS RELACIONADAS CON PRÁCTICAS MONOPOLÍSTICAS Y CONTRA LA LIBRE COMPETENCIA, Y SUS RESULTADOS

Debido a la naturaleza de nuestra organización, no es de aplicación.

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

No se ha tenido ninguna multa o sanción.

SO9 (P) – OPERACIONES CON IMPACTOS NEGATIVOS SIGNIFICATIVOS POSIBLES O REALES EN LAS COMUNIDADES LOCALES

Debido a la naturaleza de nuestra organización, no es de aplicación.

SO10 (P) – MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y MITIGACIÓN IMPLANTADAS EN OPERACIONES CON IMPACTOS NEGATIVOS SIGNIFICATIVOS POSIBLES O REALES EN LAS COMUNIDADES LOCALES.

Como resultado de la reflexión estratégica para la elaboración del PE 2010-14 y en coherencia con la nueva definición de la Misión del hospital, identificamos otros dos tipos de clientes, ampliando la definición de cliente del HGU de la siguiente manera: 1) Paciente agudo: personas de esta área que precisaban atención médica especializada 2) Paciente crónico: personas que teniendo una patología crónica les vamos a ofertar un dispositivo asistencial para evitar o actuar precozmente ante una descompensación de su enfermedad. 3) Ciudadanía: población de nuestra área, estén enfermos o no, a los que vamos a ofertar servicios, en coordinación con la Atención Primaria, para promocionar la salud y prevenir o retrasar la aparición de enfermedades. Este nuevo enfoque supone pasar de actuar solo cuando las personas enferman y necesitan cuidados de asistencia médica especializada a asumir el compromiso de trabajar en los ámbitos de prevención de la enfermedad coordinadamente con la Atención Primaria.

Algunos ejemplos de acciones encaminadas a la prevención y la promoción de la vida saludable son, la publicación del libro de cocina sobre “Comida Saludable” en colaboración con Eneko Atxa (Cocinero 3 estrellas Michelin), la educación sanitaria mediante los programas de formación a paciente crónico (Diabetes, Insuficiencia cardiaca o EPOC), los programas de Screening de cáncer de mama y de colon, así como el sistema de prevención en materia de Salud pública comunitaria (prevención TBC, estudios de contactos por medicina preventiva etc.)

Política

El HGU trabaja para desarrollar productos y servicios que estén basados en las necesidades y expectativas de sus clientes; anticipar e identificar mejoras; innovar y ofrecer servicios competitivos, todo ello en el marco establecido por el Plan de Salud del Departamento de Sanidad y Consumo. Los pacientes acceden al sistema a través de las modalidades de asistencia: Urgencias, Consultas y Hospitalización.

Las diferentes modalidades de asistencia en el Hospital, estructuradas a partir de las necesidades cambiantes de nuestros clientes, se sustentan en los principios de Universalidad y Equidad que son la base de la distribución de nuestros productos y servicios.

La actividad propia de nuestra organización, la asistencia sanitaria, hace que todas nuestras actuaciones tengan un impacto directo sobre la salud y seguridad de nuestros clientes.

Para alcanzar esta Misión el HGU en la Reflexión Estratégica que dio lugar al PE 2010-14 definió como Objetivos Estratégicos a seguir:

OE3. Integración con Atención Primaria

Se quiere que el paciente tenga una percepción de atención única. Este reto tiene un enorme recorrido en la percepción de calidad. Además, se entiende esta integración como mejora de la eficacia, los tiempos y los costes del servicio, la atención y seguridad de los pacientes y la satisfacción de los profesionales tanto de Atención Primaria, como especializada.

Para ello, se necesita organizar integrando y coordinando las actividades. Se entiende como clave una mejora de la comunicación, para hacerla más fluida, eficaz y respetuosa, que repercuta en una mayor satisfacción de los pacientes (percepción de tratamiento integral), una agilización de los procesos de diagnóstico y tratamiento e incluso en un ahorro de gasto evitando traslados y compras de medicamentos no necesarios y la propia del personal derivada de compartir conocimientos sobre los pacientes.

Se quiere liderar este reto, que está contemplado en la agenda de innovación del Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco. Ambos equipos directivos (el de AP y el del HGU) están comprometidos en él.

El avance se plantea en diversos planos:

- La modelización de la relación ideal, para obtener una visión hacia la cual ir avanzando. Existe un equipo que está iniciando esta labor.
- El establecimiento de objetivos comunes centrados en el paciente.
- El desarrollo de proyectos concretos que permitan aprender y adquirir experiencia concreta. Existen 4 proyectos en marcha.
- Potenciar el intercambio de conocimientos y formación.
- Es importante conocer, en este proceso, la satisfacción de los profesionales de AP.

OE7. Excelente Calidad Asistencial

Contando con unos niveles de excelencia reconocidos por parte de los pacientes, aún existe recorrido de mejora para estos próximos 5 años:

- Mejorar la información que facilitamos a usuarios
- Mejorar el trato amable/cálido/cercano/humano, dedicar tiempo a los pacientes y hacerles sentir más seguros
- Mejorar el confort
- Mejora de los accesos
- Mejorar el tratamiento del dolor
- Optimizar tiempo de estancia

- Alianzas con hospitales de media-larga estancia y otros hospitales de agudos
- Accesibilidad: reducción de las listas de espera y de la burocracia

Propuesta de iniciar nuevas líneas de trabajo en prevención / autocuidado: formación a pacientes y cuidadores

- Con una visión más técnica/interna:
- Mejorar en la medición y monitorización de la “adecuación de la indicación”. Evitar lo innecesario. Afinar los indicadores y ampliar la visión de “calidad”
- Avanzar en la “expertización” en algunos servicios grandes.
- Seguridad del paciente
- Medir mejor los “resultados”, nuevos indicadores que expliquen mejor los factores que impactan en resultados y calidad
- Mejora del servicio (horarios, procesos complejos, tiempos de espera...)

Funcionamiento más eficaz de los servicios. Reducir burocracia.

La cartera de servicios que oferta nuestro Hospital se acuerda con la Delegación Territorial del Departamento de Sanidad y Consumo (DTSC), por ser éste el garante de las prestaciones sanitarias. Esta cartera de servicios viene recogida en el Contrato Programa, en su Anexo 1, que firmamos con la DTSC, y es revisada y actualizada anualmente. Esta cartera de servicios está recogida en la **Fig. 07** del **apartado 2.2**. El HGU dispone de diferentes mecanismos para conocer las expectativas de nuestros clientes e incorporarlas a nuestros productos sanitarios entre ellas destacan; encuestas de satisfacción, Quejas, reclamaciones y sugerencias, contacto con asociaciones de pacientes, Grupos focales y talleres de creatividad con pacientes, o el Mystery Shopper, todas las fuentes detalladas en la memoria RSC 2009 y en la Memoria del premio Iberoamericano 2010.

En el Hospital, la actividad se basa en las ciencias médicas y, por ello, la innovación, el aprendizaje y la mejora continua son elementos fundamentales para establecer nuestra estrategia y conseguir resultados para nuestros clientes. Nuestro sistema de evaluación del rendimiento está basado en la evaluación cuantitativa por indicadores.

Desde hace años el HGU dispone de un Cuadro de Mando, sometido a diversas mejoras con el paso del tiempo, que es la herramienta para seguir y controlar los indicadores asistenciales más relevantes. El cuadro de mando del HGU contempla un amplio número de indicadores, que incluye información mensual, acumulada y comparable con los mismos períodos del año anterior en aspectos asistenciales tan importantes como el nº de altas, el grado de ocupación de camas, la actividad quirúrgica de mañana, tardes y Urgencias, ocupación de quirófanos según especialidades y la lista de espera de pacientes, también por especialidades, consultas externas, actividad de UCA/HD, etc. Estos indicadores surgen de los procesos, lo que nos permite conocer las tendencias y actuar sobre la P&E para conseguir las metas pactadas. Todos los servicios del Hospital disponen de estos resultados a través de la Intranet y parte de ellos son accesibles por todos los/as ciudadanos/as por medio de la página web del Hospital.

Objetivos y desempeño

Tras establecer los objetivos operativos y las acciones encaminadas a conseguirlos en el Plan de Gestión del año 2010, tal y como han quedado recogidos al apartado general del inicio de la memoria **apartado 1.2**. Las **Fig. 14 y 15** del **apartado 2.8**, muestran los resultados relativos a la Actividad Asistencial. Así mismo, en la **Fig. 16**, del **apartado 2.8**, se muestran los resultados de la satisfacción de nuestros clientes. A continuación, mostramos algunas de las acciones del Plan de Gestión 2010-11 llevadas a cabo.

AÑO	Fuente aprendizaje	Mejora
2010	Osakidetza	Digitalización de la imagen radiológica
	Reflexión del ED / Benchmarking	Unidad de Corta Estancia
	Reflexión del ED	Reforma y adecuación de la 4ª planta de Hospitalización

2011	Sociedad / SAPU	Nueva base de HDOM en Arrankudiaga
	Líder asistencial	Ampliación de las consultas del Servicio de Toco-ginecología
	Benchmarking con el Hospital Clínico San Carlos	Gestión de imagen integrada; Quirófano Inteligente
	Sociedad	Ampliación del parking gratuito
	OMS / Benchmarking con el grupo Oligopsonio	Informatización del parte quirúrgico
		Implantación del check-list de cirugía segura de la OMS
		Normalización de los consentimientos informados
	ED y líderes del proceso HDOM	Ampliación de la cobertura del proceso de HDOM
	Osakidetza /DS	Lavado seminal
	Reflexión del equipo del proceso TTQQ	Pantallas digitales para visualización de imágenes radiológicas en el quirófano
	Reflexión del ED y Osakidetza / Benchmarking	Reforma del Bloque Quirúrgico B
	Equipo de proceso	Eliminación de la orden de ingreso
	Taller de creatividad. Auditorías	Mejora del circuito de llamada a pacientes para intervención
	Equipo del proceso de TTQQ	Reforma de la sala de citoscopías urodinámica

Así mismo, presentamos algunos de los objetivos destacables para el año 2012 de Procesos Asistenciales:

		PROCESO
PLAN DE SEGURIDAD CLINICA	<ul style="list-style-type: none"> Análisis y plan de mejora de la incidencia de accidentes Implantación efectiva en las CCEE del Procedimiento del Mantenimiento del carro de paradas Establecer, junto con AP, las necesidades de carros parada/DEAS en los ambulatorios Formación en seguridad clínica 	CONSULTAS EXTERNAS
	<ul style="list-style-type: none"> Utilización real de la pulsera de identificación Evaluación de la implantación de la pulsera de identificación Revisión del Procedimiento de aislamientos Recomposición del Equipo de Seguridad del Medicamento, transformación en el Equipo de seguridad del HGU Campañas de seguridad, marketing interno en seguridad del paciente Implantación de la Hoja transfusional Valorar la ampliación del alcance del programa Bacteriemia Zero en el resto del HGU Definición del futuro carro de Unidosis Análisis y plan de mejora de la incidencia de úlceras y accidentes. Realización de una Guía de orientación Formación en seguridad clínica 	HOSPITALIZACION

	<ul style="list-style-type: none"> • Plan de estanqueidad del Bloque quirúrgico • Indumentaria del personal y dispensador • Implantación, consolidación y evaluación del Check list de seguridad • Formación en seguridad clínica 	TRATAMIENTO QUIRURGICO
MEJORA INFORMACION AL PACIENTE	<ul style="list-style-type: none"> • Difusión en la WEB de recomendaciones al alta • Verificación del grado de implantación del manual de acogida en planta (verificación cruzada) • Realización de un video explicativo del circuito que sigue el paciente (igual q se va a hacer en Proceso Quirúrgico) 	HOSPITALIZACION
	<ul style="list-style-type: none"> • Difusión en la WEB de recomendaciones al alta • Implantación de la Enfermera informante para intervenciones largas • Mejorar la confidencialidad y avisos en el Hall para pacientes de CMA • Realización de un video explicativo del circuito que sigue el paciente 	TRATAMIENTO QUIRURGICO
	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar procedimientos, hojas de información, preparación de pruebas complementarias, cuidados en el domicilio, enfermedades especiales /crónicas (educación sanitaria) • Unificar registros clínicos (Historia Clínica) de las consultas intra y extra hospitalarias • Realizar hoja informativa informativo para pacientes que acudan a consultas • Realizar hoja informativa para los paciente que acudan a realizarse alguna prueba 	CONSULTAS EXTERNAS

Responsabilidad de la organización

El responsable en nuestra organización sobre la producción es el Director Médico.

Formación y sensibilización

El HGU dispone de un Plan de Formación para mejorar las habilidades y conocimientos de nuestras personas, siendo la Formación Continuada uno de los pilares básicos para alcanzar nuestra Misión. En los apartados **LA10, LA11 y LA12** se describen las distintas actuaciones realizadas en el marco del Plan de Formación.

Evaluación y seguimiento

El HGU dispone de diversos mecanismos, tanto preventivos como correctivos, para garantizar la calidad de nuestros servicios, que tiene diferente periodicidad:

Mensual: El ED en el marco del Comité de Dirección revisa, y ajusta si procede, el grado de cumplimiento de los objetivos asistenciales y los indicadores económicos.

Cuatrimstral: Los Equipos de proceso revisan al mínimo tres veces al año, los resultados asistenciales, seguimiento de hallazgos de auditorías así como análisis de incidencias. Diariamente se revisan las incidencias notificadas en la base de datos.

Semestral: Se revisa, y ajusta si procede, el grado de cumplimiento de la totalidad de los objetivos estratégicos.

Anual: El ED revisa el grado de cumplimiento de los objetivos del PG, incorporando la información obtenida fruto del resultado de las mediciones realizadas en los planes de gestión de los procesos y los indicadores de rendimiento. Además de estos mecanismos, disponemos de diversos Comités y Comisiones, a través de los cuales se evalúa la calidad de nuestros productos y la introducción de nueva tecnología.

Las diferentes encuestas a clientes, referidas en este apartado, así como el contacto directo de nuestros profesionales con los pacientes, nos permiten evaluar los resultados de nuestra actividad e implantar medidas correctoras en caso de desviación de los objetivos marcados.

Los procesos certificados son revisados anualmente a través de la revisión anual con la Dirección y la evaluación externa que se realiza para renovar la Certificación bajo la Norma ISO 9001, en el marco de estas revisiones se identifican las desviaciones con el estándar prefijado y se planifican acciones correctoras en caso de ser necesarias. Actualmente el 100% de nuestras personas trabajan en procesos certificados.

Además de las certificaciones de servicios en base a la Norma ISO 9001, en el área médica se elaboran protocolos de intervención que nos permiten disminuir la variabilidad de nuestra actuación y garantizar la calidad de nuestros servicios. La revisión de procedimientos y protocolos se realiza en base a las últimas novedades recogidas en las bases de datos médicas (Cochrane, Medline, etc.), así como por la formación continuada y la asistencia a Congresos. Dichas modificaciones son comunicadas a los responsables de los procedimientos y protocolos, quienes las actualizan y comunican al resto de profesionales a través de los diferentes canales de comunicación, con el fin de que el conocimiento y la aplicación del mismo estén actualizados dentro de la Organización, garantizando de esta forma la calidad de nuestros servicios a los clientes.

El Contrato Programa recoge en su Anexo II- Calidad los requisitos que debe cumplir, desde el punto de vista de calidad, nuestra producción asistencial. Estas condiciones de calidad se orientan de manera preferente a la mejora de la información, al consentimiento informado, a la personalización en el trato y a minimizar el impacto de problemas contemplados en el Plan de Salud. Además, se incorporan condiciones relacionadas con los plazos de acceso al servicio, uso racional del medicamento, tipo de intervención y otras condiciones concurrentes con la optimización de los recursos.

El cumplimiento de estas condiciones se revisa en el marco de la reunión anual que tenemos con la DTSC de Bizkaia para evaluar el CP. Su incumplimiento tiene repercusiones económicas en la factura del CP.

Indicadores del desempeño de Responsabilidad sobre productos

PR1 (P) - FASES DEL CICLO DE VIDA DE LOS PRODUCTOS Y SERVICIOS EN LAS QUE SE EVALUAN, PARA EN SU CASO SER MEJORADOS, LOS IMPACTOS DE LOS MISMOS EN LA SALUD Y SEGURIDAD DE LOS CLIENTES, Y PORCENTAJE DE CATEGORÍAS DE PRODUCTOS Y SERVICIOS SIGNIFICATIVOS SUJETOS A TALES PROCEDIMIENTOS DE EVALUACIÓN

El sistema de gestión del HGU toma como referencia desde el año 1996 el Modelo de Excelencia EFQM. Desde entonces ha ido alcanzando diferentes compromisos en el ámbito de la Calidad, la Innovación y la Responsabilidad Social Corporativa (RSC).

Este compromiso se ve también reflejado en el actual Plan Estratégico 2010-14, para su consecución se han desarrollado 3 objetivos específicos: “Excelente Calidad Asistencial”, “Referentes en Innovación” y “Referentes en RSC”. Además estos elementos son transversales en el resto de objetivos estratégicos.

Con la finalidad de desplegar dichos objetivos estratégicos, la Dirección del hospital apuesta por la consolidación de un Sistema de Gestión basado en la Gestión por procesos.

Para la mayoría de los procesos (ver capítulo 3, de este Manual) esta implantación es acorde a sistemas normalizados como las Normas: ISO 9001, ISO 14001 e ISO 16602

El propósito de la implantación de un Sistema de Gestión por procesos es:

- a) Estimular la participación de nuestro personal en actividades de evaluación, mejora e innovación
- b) Descentralizar la gestión del HGU y la corresponsabilidad e la gestión.
- c) Poder demostrar nuestra capacidad para la prestación de un servicio que satisfaga las exigencias que sean de aplicación y,
- d) Aumentar el nivel de satisfacción de todos los clientes receptores de nuestros servicios, contribuyendo de esta manera a la mejora del servicio global proporcionado a los pacientes de nuestro hospital.

Para ello, la Dirección del hospital ha establecido la siguiente declaración como Política de Calidad e Innovación:

“Desarrollar una estrategia de mejora continua y de innovación en el HGU, para **adaptarse** con mayor rapidez al **entorno cambiante**, con el fin de contribuir a la mejora de la calidad asistencial, a la excelencia en la gestión y a la sostenibilidad del HGU. Basándose en 3 pilares;

- La mejora de la calidad técnica en la prestación del servicio sanitario
- La mejora de la calidad en la gestión.
- Potenciar la generación de ideas innovadoras, transformándolas en proyectos de I+d+i susceptibles de su puesta en valor, dinamizar las actividades de vigilancia y previsión, así como gestionar la transferencia tecnológica”

“Entendemos la innovación en el HGU como la introducción de un **nuevo servicio, proceso o producto**, de un nuevo método organizativo aplicado a las practicas internas, a la organización del lugar del trabajo o a las relaciones externas y que **aporte valor añadido y mejore nuestra competitividad.**”

“Creemos que **innovar es cosa de todos**”

Desde el año 2003, el HGU ha ido ampliando el alcance de su certificación ISO 9001 de manera continuada hasta la fecha;

AÑO	Mejoras en el sistema de gestión
2007	Certificación del proceso de Hospitalización (1º proceso asistencial certificado) Ampliación de certificaciones ISO 9001 a RRHH y Radiodiagnóstico Implantación del sistema de notificación de incidencias, fuente de información para la gestión por procesos Creación de la figura de Kaligidaria en el proceso de Hospitalización
2008	Ampliación de certificaciones ISO 9001 a Rehabilitación y Servicios Informáticos Verificación de la Memoria de RSC según la GRI, obteniendo la clasificación A+, siendo el primer Hospital General del Estado en conseguirlo 3º mapa de procesos Implantación de los procesos de RSC e Innovación
2009	Ampliación de certificaciones ISO 9001 a los procesos de TTQQ, CCEE y Limpieza Certificación del proceso de Innovación con la ISO 166.002 Mejora de los CM de los procesos (integración con el CMI del HGU) Cambio en el contenido de las reuniones de procesos (se incorpora una sección sobre las oportunidades de innovación) Ampliación de la figura de Kaligidaria a los procesos TTQQ y CCEE
2010	Certificación ISO 14001 Ampliación de la certificación ISO 9001 a los procesos de Hospitalización a Domicilio y Lencería 1ª encuesta de satisfacción de las auditorías internas HGU Implantación de los contratos de gestión (con la participación de los Kaligidariak y Jefes de Servicio)
2011	Certificación TOTAL ISO 9001 del HGU con la ampliación al proceso de Urgencias Certificación OHSAS de PRL Revisión de las funciones de los Kaligidariak Implantación de los Desayunos con la Dirección con participación de los Kaligidariak Revisión y mejoras en los contratos de gestión Contrato de gestión para el proceso de Hospitalización

Control del Proceso. El control de los procesos certificados se realiza a través de los indicadores, que están directamente relacionados con los objetivos estratégicos del HGU y en clara coherencia con las directrices emanadas desde Osakidetza. Los indicadores tienen en cuenta dimensiones de calidad, como accesibilidad,

trato, información, efectividad, continuidad de la asistencia, condiciones hoteleras. La fijación de los objetivos a alcanzar para cada año se establece en base a los resultados obtenidos, las acciones de mejora a desarrollar y las metas establecidas en el PE 2010-14

El HGU utiliza diferentes fuentes de detección para identificar y priorizar oportunidades de mejora: por ejemplo, indicadores de control, una base de datos de incidencias, encuestas de satisfacción, autoevaluación y evaluación externa, autoevaluación de innovación, benchmarking, QSR (quejas sugerencias y reclamaciones) y auditorías internas y externas de los procesos.

A partir de la implantación de la gestión por procesos, además del Equipo de Dirección son los propios equipos de proceso quienes tienen capacidad para determinar si se desarrolla una acción de mejora. Para ello, todos los procesos siguen el mismo cronograma de reuniones; se reúnen al menos tres veces al año para evaluar, analizar y mejorar la eficacia y eficiencia de su trabajo. En estas reuniones analizan: los indicadores del proceso y sus tendencias, a través del cuadro de mando del proceso, las incidencias surgidas, informes de auditoría y avances del Plan de Gestión anual. Con carácter anual desarrollan el Plan de Gestión y el de Formación para el año siguiente. Las mejoras detectadas, que son presentadas anualmente al ED por el gestor del proceso, pueden incorporarse al plan de gestión anual del HGU o, en el caso de las de menor impacto, desarrollarse desde el propio equipo de proceso.

Nuestro SGC establece un cronograma de revisiones de los procesos. Los procesos tienen una revisión anual, dos revisiones interanuales, una revisión por la dirección, así como la realización de una auditoría interna y externa, además del seguimiento continuo de indicadores e incidencias por parte de los equipos de procesos.

La revisión de la efectividad del sistema se realiza a través de las auditorías internas, el seguimiento de las no conformidades, el desarrollo de acciones preventivas y correctivas y las auditorías externas realizadas por la empresa certificadora. Además de las certificaciones de servicios en base a la Norma ISO 9001, en el área médica se elaboran protocolos de intervención. La revisión de procedimientos y protocolos se realiza en base a las últimas novedades recogidas en las bases de datos médicas (Cochrane, Medline...), así como por la formación continuada y la asistencia a Congresos. Dichas modificaciones son comunicadas a los responsables de los procedimientos y protocolos, quienes las actualizan y comunican al resto de profesionales a través de los diferentes canales de comunicación, con el fin de que el conocimiento y la aplicación del mismo estén actualizados dentro de la organización.

La seguridad clínica constituye uno de los Proyectos Estratégicos del HGU. Anualmente, se define un plan de seguridad, que afecta en los planes de gestión de los procesos asistenciales, tal y como ha quedado reflejado en la **Fig.04** del **apartado 1.2**

A continuación mostramos algunos de los indicadores de seguridad clínica del HGU así como su rendimiento 2010 y 2011. Observar, que se tratan de indicadores, muchos de ellos, centinela en los cuales no se pueden marcar objetivos sino actuar ante alarmas, y en otros como las notificaciones de incidencias, errores o casi-errores, donde lo óptimo viene dada por el aumento de la notificación, ya que responde a una mayor implicación del personal en una cultura de seguridad.

	2007	2008	2009	2010	2011
Seguridad Clínica					
Incidencias					
Nº de incidencias	52	572	1132	1.087	1.632
Nº de incidencias de seguridad	34	268	397	163	468
Banco de sangre					
Nº de errores				0	0
Nº de casi errores			0	3	13
Farmacovigilancia					
Nº total de notificaciones a farmacovigilancia				94	131

Nº notificaciones graves				55	79
Nº notificaciones desconocidas				2	6
Úlceras					
Nº de úlceras				0,84%	0,32%
Caídas					
Nº de caídas				0,63%	0,48%
Infección Nosocomial					
Prevalencia I.N.	5,5	7,57	10,25	5,82	6,16
Prevalencia pacientes con I.N.	4,53	6,62	8,83	5,04	5,43
Estudio EPIDEA	-	-	-	-	5,8
Resultado Autoevaluación ISMP					
	2007		2009		2011
Mejora en los 10 criterios básicos incluidos en la Autoevaluación ISMP/ Ministerio de Sanidad	33,7		50,26		57,37

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

	2007	2008	2009	2010	2011
Nº de reclamaciones presentadas	1.787	1.709	1.816	2.254	2.900
% reclamaciones resueltas	98,0%	96,3%	96,7%	99,1%	96,9%

PR3 (P) - TIPOS DE INFORMACIÓN SOBRE LOS PRODUCTOS Y SERVICIOS QUE SON REQUERIDOS POR LOS PROCEDIMIENTOS EN VIGOR Y LA NORMATIVA, Y PORCENTAJE DE PRODUCTOS Y SERVICIOS SUJETOS A TALES REQUERIMIENTOS INFORMATIVOS

Información al cliente-paciente: Toda la información a paciente está protocolizada, tanto los consentimientos informados como las guías de información. Dicha información está actualizada, y disponible en la intranet del HGU, con el objetivo de facilitar al paciente la información necesaria durante su proceso asistencial. Además, siguiendo la Política de Normalización Lingüística del Gobierno Vasco, el HGU ha definido la política de que toda la documentación que sea facilitada al paciente sea en euskera y castellano. Dicha información queda publicada en la web del HGU.

Información asistencial: la información relevante de cada acto sanitario realizado a los pacientes atendidos en la hospitalización y en la consulta externa se recoge en una carpeta que denominamos historia clínica, esta carpeta es única por paciente y es el canal que nos permite un flujo de información clínica entre profesionales y/o entre procesos asistenciales, asegurando así la trazabilidad del paciente durante todo su proceso asistencial.

Los documentos que componen la HC están regulados por normativa del Departamento de Sanidad y Consumo, existe una comisión de seguimiento en la que participan expertos de la Red de Osakidetza que actualizan y revisan periódicamente estos documentos. Las condiciones de confidencialidad, trazabilidad, acceso y seguridad de este documento están reguladas mediante una normativa interna (Reglamento de Historia Clínica) propuesta por la Comisión de Historias y aprobada por el Departamento de Sanidad y Consumo. El cumplimiento de esta normativa está supervisado por la Dirección Médica. Así mismo, existe una Comisión central compuesta por expertos de la Red que define los criterios de expurgo periódico de documentos. Anualmente se revisa la calidad de las historias clínicas mediante criterios específicos para informes médicos, quirúrgicos y de enfermería. La revisión de las historias se utiliza para evaluar la infección hospitalaria, los resultados de algunas técnicas o la evolución de ciertas patologías. Dicha información asistencial se rige por la aplicación de la LOPD.

En línea con el OE de “Uso Inteligente de las TIC”, en el 2011 se ha comenzado la implantación de la Historia Clínica electrónica que permite el acceso a la información clínica por cualquier profesional y desde cualquier punto de la red Osakidetza, favoreciendo la continuidad asistencial a los diferentes niveles del sistema (Atención Primaria y Atención Especializada), la trazabilidad y la seguridad clínica del paciente.

PR4 (A) - NÚMERO TOTAL DE INCUMPLIMIENTOS DE LA REGULACIÓN Y DE LOS CÓDIGOS VOLUNTARIOS RELATIVOS A LA INFORMACIÓN Y AL ETIQUETADO DE LOS PRODUCTOS Y SERVICIOS, DISTRIBUIDOS EN FUNCIÓN DEL TIPO DE RESULTADOS DE DICHS INCIDENTES

No hemos tenido ningún incidente de este tipo.

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

Dada la naturaleza de nuestra Organización, hacemos referencia a todos los apartados de Cliente. Disponemos de numerosas encuestas de satisfacción segmentadas a nivel de proceso, y reflejadas en el **apartado 2.9** de la presente memoria. Además, estos datos están publicados en la página web del Hospital.

PR6 (P) - PROGRAMAS DE CUMPLIMIENTO DE LAS LEYES O ADHESIÓN A ESTÁNDARES Y CÓDIGOS VOLUNTARIOS MENCIONADOS EN COMUNICACIONES DE MARKETING, INCLUIDOS LA PUBLICIDAD, OTRAS ACTIVIDADES PROMOCIONALES Y LOS PATROCINIOS

Nuestra organización no desarrolla actividades de este tipo, ya que viene determinada corporativamente por Osakidetza.

PR7 (A) - NÚMERO TOTAL DE INCIDENTES FRUTO DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS REGULACIONES RELATIVAS A LAS COMUNICACIONES DE MARKETING, INCLUYENDO LA PUBLICIDAD, LA PROMOCIÓN Y PATROCINIO, DISTRIBUIDOS EN FUNCIÓN DEL TIPO DE RESULTADOS DE DICHS INCIDENTES

Nuestra organización no desarrolla actividades de este tipo, ya que viene determinada corporativamente por Osakidetza, por lo tanto, no hemos tenido incidentes al respecto.

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

El Hospital cumple con todas las directrices de la legislación referentes a este apartado, tanto la de carácter supra-autonómico como la emitida por los órganos competentes de nuestra Comunidad, en relación a normas que afectan a todos los Centros y organizaciones sanitarias. Su objetivo es garantizar que la información de carácter personal de nuestros clientes tenga un tratamiento que permita garantizar su seguridad.

- Derechos y Obligaciones de los pacientes y usuarios de Osakidetza. (Decreto 175/1989 de 18 de Julio).
- Ficheros automatizados de carácter personal gestionados por Sanidad y Osakidetza. (Orden de 20 de Enero de 1995).
- Ley Orgánica 15/1999 de 13 de Diciembre, de Protección de datos de Carácter Personal.
- RD. 994/1999, de 11 de Junio, por el que se aprueba el Reglamento de Medidas de Seguridad de los ficheros automatizados que contengan datos de carácter personal.
- Voluntades anticipadas en el ámbito de la Sanidad. (Ley 7/2002 de 12 de Diciembre).
- Ley 41/2002, de 14 de Diciembre, Básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
- Acuerdo Sanidad/Osakidetza de 28 de Marzo de 2003 sobre creación y asignación de funciones a la comisión de seguridad para la protección de datos.
- Creación y regulación de registro de voluntades anticipadas. (Decreto 270/2003 de 4 de Noviembre).
- Instrucción Nº 2/2003 del Director General de Osakidetza sobre el Modelo Organizativo de Seguridad para las Organizaciones de Servicios de Osakidetza sobre Funciones y Obligaciones del Personal de Osakidetza con relación a la protección de datos de carácter Personal. Procedimientos de Actuación.
- Normas sobre uso de la firma electrónica en las relaciones por medios electrónicos. (Orden de 22 de Noviembre de 2004).
- Procedimiento para la incorporación de tecnologías sanitarias. (Orden del 12 de Noviembre de 2004).

- Regulación de ficheros de carácter personal del Departamento de Sanidad y Consumo. (Orden del 1 de Junio de 2005).
- R.D. 1720/2007 de 21 de Diciembre, por el que se aprueba el reglamento de desarrollo de la L.O.P.D. de 1999. Otro dato lo constituye la dotación en todos nuestros.

A todo el personal de nueva incorporación se le habilita un acceso en el ordenador y, a la vez, se le hace entrega del documento: Las Funciones y Obligaciones del personal con acceso a datos de carácter personal en el ámbito de:

- El equipo de informática del usuario
- Uso apropiado de aplicaciones y/o recursos
- Identificación y autenticación
- Gestión de incidencias
- Gestión de soportes
- Comunicaciones y correo electrónico
- Confidencialidad de la información
- Solicitud de información a terceros
- Transferencia de información a terceros
- Modelo organizativo de seguridad

Toda esta documentación se encuentra en el documento de seguridad que tiene el HGU de carácter corporativo que está colgado en la Intranet del Hospital y que, por tanto, es accesible a todo el personal.

En cuanto a las Historias Clínicas en papel, se cumplen las directrices de la Ley Orgánica sobre Protección de Datos personales (LOPD). A parte de esto, el Hospital se encuentra inmerso en el escaneo de Historias del mismo Hospital y de los ambulatorios con el objetivo de llegar a conseguir la digitalización de todas las historias lo que se traducirá en un mayor control del uso que se hace de las mismas. Antes de escanear las historias, se hace un expurgo según las leyes: Ley 41/2002, de 14 de Noviembre y el decreto 45/1998, de 17 de marzo.

Además de esto, el Hospital dispone de un documento que explica cómo afecta el nuevo Reglamento RD 1720/2007 por el que se desarrolla la LOPD en los diferentes ámbitos de la información, tanto en los datos informáticos como en soporte papel, y se contemplan los siguientes aspectos:

- A que datos afecta la ley
- Clasificación de los mismos según niveles
- Medidas a tomar según nivel de clasificación

PR9 (P) - COSTE DE AQUELLAS MULTAS SIGNIFICATIVAS FRUTO DEL INCUMPLIMIENTO DE LA NORMATIVA EN RELACIÓN CON EL SUMINISTRO Y EL USO DE PRODUCTOS Y SERVICIOS DE LA ORGANIZACIÓN

No hemos tenido ninguna multa en el ámbito de la asistencia sanitaria.

Galdakao
Usansolo
Ospitalea · Hospital

6

Glosario

ACS Agua Caliente Sanitaria
AE Auxiliar de Enfermería
AES Atención Especializada
AP Atención Primaria
APA Anatomía Patológica
ARCTO Acuerdo Regulador de las Condiciones de trabajo del personal de Osakidetza
Benchmarking Proceso sistemático y continuo para evaluar comparativamente los productos, servicios y procesos de trabajo en organizaciones
BIOEF B+I+O Eusko Fundazioa / Fundación Vasca de Innovación e Investigación Sanitarias
CAR Centro de Alta Resolución
CAV Comunidad Autónoma Vasca
CCEE Consultas Externas
CD Consejo de Dirección
CFC: COMPUESTOS COLROFLUOROCARBONADOS, derivados de los hidrocarburos saturados obtenidos mediante la sustitución de átomos de hidrógeno por átomos de flúor y/o cloro principalmente. Son los principales responsables de la destrucción de la capa de ozono
CI Comunicación Interna
CMA Cirugía Mayor Ambulatoria
CMI Cuadro de Mando Integral
Consumo Directo Todas las fuentes de energía utilizadas por la organización para sus propias operaciones
Consumo Indirecto Energía empleada para producir y distribuir productos energéticos adquiridos por la organización informante (por ejemplo, electricidad o calor)
CP Contrato Programa
DAFO Metodología de estudio de la situación competitiva de una empresa en su mercado y de las características internas de la misma, a efectos de determinar sus Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas
DG Director Gerente
DS Dirección de Sanidad
DTSC Dirección Territorial de Sanidad y Consumo
DUE Diplomado Universitario en Enfermería
ED Equipo Directivo
EITB Primer grupo de comunicación de Euskadi
EMP Grupo de Mejora de Personas
EPOC Enfermedad Pulmonar Obstructiva
ESP Encuesta de Satisfacción de las Personas
Euskalit Fundación Vasca para la Excelencia
FEM Facultativos Especialista Médico
Forética Asociación de empresas y profesionales de la RSE
GI Grupos de Interés
GRD Grupos Relacionados por el Diagnóstico
GRI Global Reporting Initiative
GV Gobierno Vasco
HC Historia Clínica
HGU Hospital Galdakao-Usansolo
IUCN Unión Internacional para la Conservación de la Naturaleza
ICTUS Enfermedad cerebro vascular que afecta a los vasos sanguíneos que suministran sangre al cerebro. También conocido como: Accidente Cerebro Vascular (ACV) Embolia o Trombosis
If Índice de frecuencia: (Número de accidentes con baja/Número de horas trabajadas)* 10^6
Ig Índice de gravedad: (Número de jornadas perdidas por accidente/Número de horas trabajadas)* 10^3
IHOBE Sociedad Pública de Gestión Ambiental del Gobierno Vasco
Ii Índice de incidencia: (Número de accidentes con baja / Número de trabajadores)* 10^3

Índice de ocupación Proporción entre las estancias reales generadas en un periodo de tiempo y las estancias teóricas posibles en ese mismo período

Índice de rotación Número de pacientes que rotan en una cama en un intervalo de tiempo

Intervenciones PAG Intervenciones Programadas con Anestesia General

Intervenciones PAL Intervenciones Programadas con Anestesia Local

Intervenciones UAG Intervenciones Urgentes con Anestesia General

Intervenciones UAL Intervenciones Urgentes con Anestesia Local

IRC Insuficiencia Renal Crónica

ISG Índice de Satisfacción Global

IT Incapacidad Transitoria

LCSP Ley de Contratos de las Administraciones Públicas

LOPD Ley Orgánica de Protección de Datos de carácter Personal

MIR Médico Interno Residente

MVV Misión, Visión y Valores

Mystery Shopper Cliente Misterioso utilizado para evaluar la calidad en la atención al cliente

OE Objetivo Estratégico

Oligopsonio Grupo de 12 hospitales líderes en España

OMS Organización Mundial de la Salud

ONG Organización No Gubernamental

ONU Organización de las Naciones Unidas

OPE Oferta Pública de Empleo

ORL Otorrinolaringología

Osabide Aplicación informática para la gestión de la historia clínica

PDCA Plan, Do, Check, Act

PE Plan Estratégico

PG Plan de Gestión

PGA Plan de Gestión Anual

PR Proceso

PROMIC Programa para pacientes con insuficiencia cardiaca

P&E Política y estrategia

Q de Oro Más de 500 puntos EFQM como consecuencia de evaluación externa de Euskalit

QSR Quejas, Sugerencia y Reclamaciones

Qulturum Centro para el desarrollo, mejora, conocimiento y renovación sanitaria

RRHH Recursos Humanos

RSC Responsabilidad Social Corporativa

SAPU Servicio de Atención Paciente Usuario

SGC Sistema de Gestión de Calidad

SGM Sistema de Gestión Medio ambiental

SSCC Servicios Centrales

TEL Técnico Especialista de Laboratorio

TER Técnico Especialista en Radiodiagnóstico

TIC Técnicas de Información y Comunicación

UBP Unidad Básica de Prevención

UCA Unidad de Cirugía Ambulatoria

UMC Unidad de Metodología de Calidad

**Galdakao
Usansolo**
Ospitalea · Hospital

7

Anexo I

1. Estrategia y análisis	3
1.1 Declaración del máximo responsable de la toma de decisiones de la organización (Director general, presidente o puesto equivalente) sobre la relevancia de la sostenibilidad para la organización y su estrategia	4
1.2 Descripción de los principales impactos, riesgos y oportunidades	7
2. Perfil de la organización	23
2.1 Nombre de la organización	24
2.2 Principales marcas, productos y/o servicios	24
2.3 Estructura operativa de la organización, incluidas las principales divisiones, empresas operativas, filiales y negocios conjuntos (joint ventures)	25
2.4 Localización de la sede principal de la organización	27
2.5 Número de países en los que opera la organización y nombre de los países en los que desarrolla actividades significativas o los que sean relevantes específicamente con respecto a los aspectos de sostenibilidad tratados en la memoria	27
2.6 Naturaleza de la propiedad y forma jurídica	28
2.7 Mercados servidos (incluyendo el desglose geográfico, los sectores que abastece y los tipos de clientes/beneficiarios)	28
2.8 Dimensiones de la organización, informante incluido:	28
2.9 Cambios significativos durante el periodo cubierto por la memoria en el tamaño, estructura y propiedad de la organización	31
2.10 Premios y distinciones recibidos durante el periodo informativo	34
3. Parámetros de la memoria	35
3.1 Periodo cubierto por la información contenida en la memoria	36
3.2 Fecha de la memoria anterior más reciente	36
3.3 Ciclo de presentación de memorias	36
3.5 Proceso de definición del contenido de la memoria, incluyendo el proceso para la determinación de la materialidad y el orden de prioridades de los aspectos incluidos en la memoria; identificación de los grupos de interés que la organización prevé que utilicen la memoria	36
3.6 Cobertura de la memoria	37
3.7 Indicar la existencia de limitaciones del alcance o cobertura de la memoria	37
3.8 La base para incluir información en el caso de negocios conjuntos (jointventures), filiales, instalaciones arrendadas, actividades subcontratadas y otras entidades que puedan afectar significativamente a la comparabilidad entre períodos y/o entre organizaciones	37
3.9 Técnicas de medición de datos y bases para realizar los cálculos, incluidas las hipótesis y técnicas subyacentes a las estimaciones aplicadas en la recopilación de indicadores y demás información de la memoria	37
3.10 Descripción del efecto que pueda tener la reexpresión de información perteneciente a memorias anteriores, junto con las razones que han motivado dicha reexpresión	38
3.11 Cambios significativos relativos a periodos anteriores en el alcance, la cobertura o los métodos de valoración aplicados en la memoria	38
3.12 Tabla que indica la localización de los Contenidos básicos en la memoria	38
3.13 Política y práctica actual en relación con la solicitud de verificación externa de la memoria	38

4. Gobierno y compromisos de participación de los grupos de Interés	39
4.1 La estructura de gobierno de la organización, incluyendo los comités del máximo órgano de gobierno responsable de tareas tales como la definición de la estrategia o la supervisión de la organización	40
4.2 Ha de indicarse si el presidente del máximo órgano de gobierno ocupa también un cargo ejecutivo (y, de ser así, su función dentro de la dirección de la organización y las razones que la justifiquen)	40
4.3 En aquellas organizaciones que tengan estructura directiva unitaria, se indicará el número de miembros del máximo órgano de gobierno que sean independientes o no ejecutivos	40
4.4 Mecanismos de los accionistas y empleados para comunicar recomendaciones o indicaciones al máximo órgano de gobierno	40
4.5 Vínculo entre la retribución de los miembros del máximo órgano de gobierno, altos directivos y ejecutivos (incluidos los acuerdos de abandono del cargo) y el desempeño de la organización (incluyendo su desempeño social y ambiental)	42
4.6 Procedimientos implantados para evitar conflictos de intereses en el máximo órgano de gobierno	42
4.7 Procedimiento de determinación de la capacitación y experiencia exigible a los miembros del más alto órgano de gobierno para poder guiar la estrategia de la organización en los aspectos sociales, ambientales y económicos	42
4.8 Declaraciones de misión y valores desarrolladas internamente, códigos de conducta y principios relevantes para el desempeño económico, ambiental y social, y el estado de su implementación	43
4.9 Procedimientos del máximo órgano de gobierno para supervisar la identificación y gestión, por parte de la organización, del desempeño económico, ambiental y social, incluidos riesgos y oportunidades relacionadas, así como la adherencia o cumplimiento de los estándares acordados a nivel internacional, códigos de conducta y principios	44
4.10 Procedimientos para evaluar el desempeño propio del más alto órgano de gobierno, en especial con respecto al desempeño económico, ambiental y social	44
4.11 Descripción de cómo la organización ha adoptado un planteamiento o principio de precaución	45
4.12 Principios o programas sociales, ambientales y económicos desarrollados externamente, así como cualquier otra iniciativa que la organización suscriba o apruebe	45
4.13 Principales sociedades a las que se pertenezca (tales como asociaciones sectoriales), y/o entes nacionales e internacionales a las que la organización apoya	46
4.14 Relación de grupos de interés que la organización ha incluido	47
4.15 Base para la identificación y selección de los grupos de interés con los que la organización se compromete	47
4.16 Enfoques adoptados para la inclusión de los grupos de interés, incluidas la frecuencia de su participación por tipos y categorías de grupos de interés	47
4.17 Principales preocupaciones y aspectos de interés que hayan surgido a través de la participación de los grupos de interés y la forma en la que ha respondido la organización a los mismos en la elaboración de la memoria	48

5. Enfoque de gestión e indicadores de desempeño	53
5.1 Dimensión económica	54
Desempeño económico	54
Presencia en el mercado	56
Impacto económico indirecto	56
Objetivos y desempeño	57
Política	57

Indicadores de desempeño económico	58
EC1 (P) - VALOR ECONÓMICO DIRECTO GENERADO Y DISTRIBUIDO, INCLUYENDO INGRESOS, COSTES DE EXPLOTACIÓN, RETRIBUCIÓN A EMPLEADOS, DONACIONES Y OTRAS INVERSIONES EN LA COMUNIDAD, BENEFICIOS NO DISTRIBUIDOS Y PAGOS A PROVEEDORES DE CAPITAL Y A GOBIERNOS	58
EC2 (P) - CONSECUENCIAS FINANCIERAS Y OTROS RIESGOS Y OPORTUNIDADES PARA LAS ACTIVIDADES DE LA ORGANIZACIÓN DEBIDO AL CAMBIO CLIMÁTICO	58
EC3 (P) - COBERTURA DE LAS OBLIGACIONES DE LA ORGANIZACIÓN DEBIDAS A PROGRAMAS DE BENEFICIOS SOCIALES	59
EC4 (P) - AYUDAS FINANCIERAS SIGNIFICATIVAS RECIBIDAS DE GOBIERNOS	59
EC5 (P) - RANGO DE LAS RELACIONES ENTRE EL SALARIO INICIAL ESTÁNDAR Y EL MÍNIMO LOCAL EN LUGARES DONDE SE DESARROLLEN OPERACIONES SIGNIFICATIVAS	59
EC6 (P) - POLÍTICA, PRÁCTICAS Y PROPORCIÓN DE GASTO CORRESPONDIENTES A PROVEEDORES LOCALES EN LUGARES DONDE SE DESARROLLEN OPERACIONES SIGNIFICATIVAS	59
EC7 (P) - PROCEDIMIENTOS PARA LA CONTRATACIÓN LOCAL Y PROPORCIÓN DE ALTOS DIRECTIVOS PROCEDENTES DE LA COMUNIDAD LOCAL EN LUGARES DONDE SE DESARROLLEN OPERACIONES SIGNIFICATIVAS	59
EC8 (P) - DESARROLLO E IMPACTO DE LAS INVERSIONES EN INFRAESTRUCTURAS Y LOS SERVICIOS PRESTADOS PRINCIPALMENTE PARA EL BENEFICIO PÚBLICO MEDIANTE COMPROMISOS COMERCIALES, PRO BONO, O EN ESPECIE	60
EC9 (P) - ENTENDIMIENTO Y DESCRIPCIÓN DE LOS IMPACTOS ECONÓMICOS INDIRECTOS SIGNIFICATIVOS, INCLUYENDO EL ALCANCE DE DICHS IMPACTOS	60
5.2 Dimensión ambiental	60
Objetivos y desempeño	60
Política	62
Responsabilidad de la organización	62
Formación y sensibilización	62
Evaluación y seguimiento	62
Indicadores de desempeño ambiental	62
EN1 (P) - MATERIALES UTILIZADOS POR PESO O VOLUMEN	62
EN2 (P) - PORCENTAJE DE MATERIALES UTILIZADOS QUE SON MATERIALES VALORIZADOS	63
EN3 (P) - CONSUMO DIRECTO DE ENERGÍA DESGLOSADO POR FUENTES PRIMARIAS	63
EN4 (P) - CONSUMO INDIRECTO DE ENERGÍA DESGLOSADO POR FUENTES PRIMARIAS	64
EN5 (P) - AHORRO DE ENERGÍA DEBIDO A LA CONSERVACIÓN Y MEJORAS A LA EFICIENCIA	64
EN6 (P) - INICIATIVAS PARA PROPORCIONAR PRODUCTOS Y SERVICIOS EFICIENTES EN EL CONSUMO DE ENERGÍA O BASADOS EN ENERGÍAS RENOVABLES, Y LAS REDUCCIONES EN EL CONSUMO DE ENERGÍA COMO RESULTADO DE DICHAS INICIATIVAS	64
EN7 (P) - INICIATIVAS PARA REDUCIR EL CONSUMO INDIRECTO DE ENERGÍA Y LAS REDUCCIONES LOGRADAS CON DICHAS INICIATIVAS	65
EN8 (P) - CAPTACIÓN TOTAL DE AGUA POR FUENTES	65
EN9 (A) - FUENTES DE AGUA QUE HAN SIDO AFECTADAS SIGNIFICATIVAMENTE POR LA CAPTACIÓN DE AGUAS	65
EN10 (A) - PORCENTAJE Y VOLUMEN TOTAL DE AGUA REICLADA Y REUTILIZADA	65
EN11 (P) - DESCRIPCIÓN DE TERRENOS ADYACENTES O UBICADOS DENTRO DE ESPACIOS NATURALES PROTEGIDOS O DE ÁREAS DE ALTA BIODIVERSIDAD NO PROTEGIDAS. INDÍQUESE LA LOCALIZACIÓN Y EL TAMAÑO DE TERRENOS EN PROPIEDAD, ARRENDADOS, O QUE SON GESTIONADOS DE ALTO VALOR EN BIODIVERSIDAD EN ZONAS AJENAS A ÁREAS PROTEGIDAS	65

EN12 (P) - DESCRIPCIÓN DE LOS IMPACTOS MÁS SIGNIFICATIVOS EN LA BIODIVERSIDAD EN ESPACIOS NATURALES PROTEGIDOS O EN ÁREAS DE ALTA BIODIVERSIDAD NO PROTEGIDOS, DERIVADOS DE LAS ACTIVIDADES, PRODUCTOS Y SERVICIOS EN ÁREAS PROTEGIDAS Y EN ÁREAS DE ALTO VALOR EN BIODIVERSIDAD EN ZONAS AJENAS A LAS ÁREAS PROTEGIDAS	66
EN13 (A) - HÁBITATS PROTEGIDOS O RESTAURADOS	66
EN14 (A) - ESTRATEGIAS Y ACCIONES IMPLANTADAS PARA LA GESTIÓN DE IMPACTOS SOBRE LA BIODIVERSIDAD	67
EN15 (A) - NÚMERO DE ESPECIES, DESGLOSADAS EN FUNCIÓN DE SU PELIGRO DE EXTINCIÓN, INCLUIDAS EN LA LISTA ROJA DE LA IUCN Y EN LISTADOS NACIONALES Y CUYOS HÁBITATS SE ENCUENTREN EN ÁREAS AFECTADAS POR LAS OPERACIONES SEGÚN EL GRADO DE AMENAZA DE LA ESPECIE	67
EN16 (P) - EMISIONES TOTALES, DIRECTAS E INDIRECTAS, DE GASES DE EFECTOS INVERNADERO, EN PESO	67
EN17 (P) - OTRAS EMISIONES INDIRECTAS DE GASES DE EFECTO INVERNADERO, EN PESO	68
EN18 (A) - INICIATIVAS PARA REDUCIR LAS EMISIONES DE GASES DE EFECTO INVERNADERO Y LAS REDUCCIONES LOGRADAS	68
EN19 (P) - EMISIONES DE SUSTANCIAS DESTRUCTORA DE LA CAPA DE OZONO, EN PESO	68
EN20 (P) - NO, SO Y OTRAS EMISIONES SIGNIFICATIVAS AL AIRE POR TIPO Y PESO	68
EN21 (P) - VERTIMIENTO TOTAL DE AGUAS RESIDUALES, SEGÚN SU NATURALEZA Y DESTINO	69
EN22 (P) - PESO TOTAL DE RESIDUOS GESTIONADOS, SEGÚN TIPO Y MÉTODO DE TRATAMIENTO	69
EN23 (P) - NÚMERO TOTAL Y VOLUMEN DE LOS DERRAMES ACCIDENTALES MÁS SIGNIFICATIVOS	70
EN24 (A) - PESO DE LOS RESIDUOS TRANSPORTADOS, IMPORTADOS, EXPORTADOS O TRATADOS QUE SE CONSIDERAN PELIGROSOS SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DEL CONVENIO DE BASILEA, ANEXOS I, II, III Y VIII Y PORCENTAJE DE RESIDUOS TRANSPORTADOS INTERNACIONALMENTE	70
EN25 (A) - IDENTIFICACIÓN, TAMAÑO, ESTADO DE PROTECCIÓN Y VALOR DE BIODIVERSIDAD DE RECURSOS HÍDRICOS Y HÁBITATS RELACIONADOS, AFECTADOS SIGNIFICATIVAMENTE POR VERTIDOS DE AGUA Y AGUAS DE ESCORRENTÍA DE LA ORGANIZACIÓN INFORMANTE	70
EN26 (P) - INICIATIVAS PARA MITIGAR LOS IMPACTOS AMBIENTALES DE LOS PRODUCTOS Y SERVICIOS, Y GRADO DE REDUCCIÓN DE ESE IMPACTO	70
EN27 (P) - PORCENTAJE DE PRODUCTOS VENDIDOS, Y SUS MATERIALES DE EMBALAJE, QUE SON RECUPERADOS AL FINAL DE SU VIDA ÚTIL. POR CATEGORÍAS DE PRODUCTOS	70
EN28 (P) - COSTE DE MULTAS SIGNIFICATIVAS Y NÚMERO DE SANCIONES NO MONETARIAS POR INCUMPLIMIENTO DE LA NORMATIVA AMBIENTAL	70
EN29 (A) - IMPACTOS AMBIENTALES SIGNIFICATIVOS DEL TRANSPORTE DE PRODUCTOS Y OTROS BIENES Y MATERIALES UTILIZADOS PARA LAS ACTIVIDADES DE LA ORGANIZACIÓN, ASÍ COMO DEL TRANSPORTE DE PERSONAS	71
EN30 (A) - DESGLOSE POR TIPO DEL TOTAL DE GASTOS E INVERSIONES AMBIENTALES	71
5.3 Dimensión social	72
Objetivos y desempeño	73
Política	73
Responsabilidad de la organización	73
Formación y sensibilización	73
Evaluación y seguimiento	74
Indicadores de desempeño social	74

a. Empleo:	74
LA1 y LA2 (P) - DESGLOSE DEL COLECTIVO DE TRABAJADORES/AS POR TIPO DE EMPLEO, POR CONTRATO Y POR REGIÓN; NÚMERO TOTAL DE EMPLEADOS Y ROTACIÓN MEDIA DE EMPLEADOS, DESGLOSADOS POR GRUPO DE EDAD, SEXO Y REGIÓN	75
LA3 (A) - BENEFICIOS SOCIALES PARA LOS EMPLEADOS CON JORNADA COMPLETA, QUE NO SE OFRECEN A LOS EMPLEADOS TEMPORALES O DE MEDIA JORNADA, DESGLOSADO POR ACTIVIDAD PRINCIPAL	78
b. Relación Empresa-Trabajadores/as:	79
LA4 (P) - PORCENTAJE DE EMPLEADOS/AS CUBIERTOS POR UN CONVENIO COLECTIVO	79
LA5 (P) - PERIODO(S) MÍNIMO(S) DE PREAVISO RELATIVO(S) A CAMBIOS ORGANIZATIVOS, INCLUYENDO SI ESTAS NOTIFICACIONES SON ESPECÍFICAS EN LOS CONVENIOS COLECTIVOS	80
c. Salud y Seguridad en el trabajo:	80
LA6 (P) - PORCENTAJE DEL TOTAL DE TRABAJADORES/AS QUE ESTÁ REPRESENTADO EN COMITÉS DE SALUD Y SEGURIDAD CONJUNTOS DE DIRECCIÓN-EMPLEADOS/AS, ESTABLECIDOS PARA AYUDAR A CONTROLAR Y ASESORAR SOBRE PROGRAMAS DE SALUD Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO	81
LA7 (P) - TASAS DE ABSENTISMO, ENFERMEDADES PROFESIONALES, DÍAS PERDIDOS Y NÚMERO DE VÍCTIMAS MORTALES RELACIONADAS CON EL TRABAJO POR REGIÓN	82
LA8 (P) - PROGRAMAS DE EDUCACIÓN, FORMACIÓN, ASESORAMIENTO, PREVENCIÓN Y CONTROL DE RIESGOS QUE SE APLIQUEN A LOS/LAS TRABAJADORES/AS, A SUS FAMILIAS O A LOS MIEMBROS DE LA COMUNIDAD EN RELACIÓN CON ENFERMEDADES GRAVES	83
LA9 (A) - ASUNTOS DE SALUD Y SEGURIDAD CUBIERTOS EN ACUERDOS FORMALES CON SINDICATOS	84
d. Formación y Educación:	85
LA10 (P) - PROMEDIO DE HORAS AL AÑO POR EMPLEADO/A, DESGLOSADO POR CATEGORÍA DEL EMPLEADO/A	87
LA11 (A) - PROGRAMAS DE GESTIÓN DE HABILIDADES Y DE FORMACIÓN CONTINUA QUE FOMENTEN LA EMPLEABILIDAD DE LOS/LAS TRABAJADORES/AS Y QUE LES APOYEN EN LA GESTIÓN DEL FINAL DE SUS CARRERAS PROFESIONALES	88
LA12 (A) - PORCENTAJE DE EMPLEADOS/AS QUE RECIBEN EVALUACIONES REGULARES DEL DESEMPEÑO Y DE DESARROLLO PROFESIONAL	90
e. Diversidad e Igualdad de Oportunidades:	90
LA13 (P) - COMPOSICIÓN DE LOS ÓRGANOS DE GOBIERNO CORPORATIVO Y PLANTILLA, DESGLOSADO POR SEXO, GRUPO DE EDAD, PERTENENCIA A MINORÍAS Y OTROS INDICADORES DE DIVERSIDAD	91
LA14 (P) - RELACIÓN ENTRE SALARIO BASE DE LOS HOMBRES CON RESPECTO AL DE LAS MUJERES, DESGLOSADO POR CATEGORÍA PROFESIONAL	91
LA15 (P) – NIVELES DE REINCORPORACIÓN AL TRABAJO Y DE RETENCIÓN TRAS LA BAJA POR MATERNIDAD O PATERNIDA, DESGLOSADO POR SEXO	91
5.4 Derechos humanos	92
Objetivos y desempeño	94
Política	94
Responsabilidad de la organización	94
Formación y sensibilización	94
Evaluación y seguimiento	95
Indicadores del desempeño de Derechos Humanos	95
HR1 (P) - PORCENTAJE Y NÚMERO TOTAL DE ACUERDOS DE INVERSIÓN SIGNIFICATIVOS QUE INCLUYAN CLÁUSULAS DE DERECHOS HUMANOS O QUE HAYAN SIDO OBJETO DE ANÁLISIS EN MATERIA DE DERECHOS HUMANOS	95

HR2 (P) - PORCENTAJE DE LOS PRINCIPALES DISTRIBUIDORES Y CONTRATISTAS QUE HAN SIDO OBJETO DE ANÁLISIS EN MATERIA DE DERECHOS HUMANOS, Y MEDIDAS ADOPTADAS COMO CONSECUENCIA	95
HR3 (A) - TOTAL DE HORAS DE FORMACIÓN DE LOS/LAS EMPLEADOS/ AS SOBRE POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS CON AQUELLOS ASPECTOS DE LOS DERECHOS HUMANOS RELEVANTES PARA SUS ACTIVIDADES, INCLUYENDO EL PORCENTAJE DE EMPLEADOS FORMADOS	96
HR4 (P) - NÚMERO TOTAL DE INCIDENTES DE DISCRIMINACIÓN Y MEDIDAS ADOPTADAS	96
HR5 (P) - ACTIVIDADES DE LA COMPAÑÍA EN LAS QUE EL DERECHO A LIBERTAD DE ASOCIACIÓN Y DE ACOGERSE A CONVENIOS COLECTIVOS PUEDAN CORRER IMPORTANTES RIESGOS, Y MEDIDAS ADOPTADAS PARA RESPALDAR ESTOS DERECHOS	96
HR6 (P) - ACTIVIDADES IDENTIFICADAS QUE CONLLEVAN UN RIESGO POTENCIAL DE INCIDENTES DE EXPLOTACIÓN INFANTIL, Y MEDIDAS ADOPTADAS PARA CONTRIBUIR A SU ELIMINACIÓN	96
HR7 (P) - OPERACIONES IDENTIFICADAS COMO DE RIESGO SIGNIFICATIVO DE SER ORIGEN DE EPISODIOS DE TRABAJO FORZADO O NO CONSENTIDO, Y LAS MEDIDAS ADOPTADAS PARA CONTRIBUIR A SU ELIMINACIÓN	97
HR8 (A) - PORCENTAJE DEL PERSONAL DE SEGURIDAD QUE HA SIDO FORMADO EN LAS POLÍTICAS O PROCEDIMIENTOS DE LA ORGANIZACIÓN EN ASPECTOS DE DERECHOS HUMANOS RELEVANTES PARA LAS ACTIVIDADES	97
HR9 (A) - NÚMERO TOTAL DE INCIDENTES CON VIOLACIONES DE LOS DERECHOS DE LOS INDÍGENAS Y MEDIDAS ADOPTADAS	97
HR10 (A) – PORCENTAJE Y NÚMERO TOTAL DE OPERACIONES QUE HAN SIDO OBJETO DE REVISIONES O EVALUACIONES DE IMPACTOS EN MATERIA DE DERECHOS HUMANOS	97
HR11 (A) – NÚMERO DE QUEJAS RELACIONADAS CON LOS DERECHOS HUMANOS QUE HAN SIDO PRESENTADAS, TRATADAS Y RESUELTAS MEDIANTE MECANISMOS CONCILIATORIOS FORMALES.	98
5.5 Sociedad	98
Política	98
Objetivos y desempeño	99
Responsabilidad de la organización	99
Evaluación y seguimiento	99
Indicadores del desempeño de Sociedad	100
SO1 (P) - PORCENTAJE DE OPERACIONES DONDE SE HAN IMPLANTADO PROGRAMAS DE DESARROLLO, EVALUACIONES DE IMPACTOS Y PARTICIPACIÓN DE LA COMUNIDAD LOCAL	100
SO2 (P) - PORCENTAJE Y NÚMERO TOTAL DE UNIDADES DE NEGOCIO ANALIZADAS CON RESPECTO A RIESGOS RELACIONADOS CON LA CORRUPCIÓN	100
SO3 (P) - PORCENTAJE DE EMPLEADOS FORMADOS EN LAS POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS ANTI-CORRUPCIÓN DE LA ORGANIZACIÓN	101
SO4 (P) - MEDIDAS TOMADAS EN RESPUESTA A INCIDENTES DE CORRUPCIÓN	101
SO5 (P) - POSICIÓN EN LAS POLÍTICAS PÚBLICAS Y PARTICIPACIÓN EN EL DESARROLLO DE LAS MISMAS Y DE ACTIVIDADES DE “LOBBYING”	101
SO6 (A) - VALOR TOTAL DE LAS APORTACIONES FINANCIERAS Y EN ESPECIE A PARTIDOS POLÍTICOS O A INSTITUCIONES RELACIONADAS, POR PAÍSES	101
SO7 (A) - NÚMERO TOTAL DE ACCIONES POR CAUSAS RELACIONADAS CON PRÁCTICAS MONOPOLÍSTICAS Y CONTRA LA LIBRE COMPETENCIA, Y SUS RESULTADOS	101
SO8 (P) - VALOR MONETARIO DE SANCIONES Y MULTAS SIGNIFICATIVAS Y NÚMERO TOTAL DE SANCIONES NO MONETARIAS DERIVADAS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS LEYES Y REGULACIONES	101
SO9 (P) – OPERACIONES CON IMPACTOS NEGATIVOS SIGNIFICATIVOS POSIBLES O REALES	101

EN LAS COMUNIDADES LOCALES	
SO10 (P) – MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y MITIGACIÓN IMPLANTADAS EN OPERACIONES CON IMPACTOS NEGATIVOS SIGNIFICATIVOS POSIBLES O REALES EN LAS COMUNIDADES LOCALES.	101
5.6 Responsabilidad sobre productos	102
Política	102
Objetivos y desempeño	103
Responsabilidad de la organización	105
Formación y sensibilización	105
Evaluación y seguimiento	105
Indicadores del desempeño de Responsabilidad sobre productos	106
PR1 (P) - FASES DEL CICLO DE VIDA DE LOS PRODUCTOS Y SERVICIOS EN LAS QUE SE EVALUAN, PARA EN SUCASO SER MEJORADOS, LOS IMPACTOS DE LOS MISMOS EN LA SALUD Y SEGURIDAD DE LOS CLIENTES, Y PORCENTAJE DE CATEGORÍAS DE PRODUCTOS Y SERVICIOS SIGNIFICATIVOS SUJETOS A TALES PROCEDIMIENTOS DE EVALUACIÓN	106
PR2 (A) - NÚMERO TOTAL DE INCIDENTES DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO LA REGULACIÓN LEGAL O DE LOS CÓDIGOS VOLUNTARIOS RELATIVOS A LOS IMPACTOS DE LOS PRODUCTOS Y SERVICIOS EN LA SALUD Y LA SEGURIDAD DURANTE SU CICLO DE VIDA, DISTRIBUIDOS EN FUNCIÓN DEL TIPO DE RESULTADO DE DICHOS INCIDENTES	109
PR3 (P) - TIPOS DE INFORMACIÓN SOBRE LOS PRODUCTOS Y SERVICIOS QUE SON REQUERIDOS POR LOS PROCEDIMIENTOS EN VIGOR Y LA NORMATIVA, Y PORCENTAJE DE PRODUCTOS Y SERVICIOS SUJETOS A TALES REQUERIMIENTOS INFORMATIVOS	109
PR4 (A) - NÚMERO TOTAL DE INCUMPLIMIENTOS DE LA REGULACIÓN Y DE LOS CÓDIGOS VOLUNTARIOS RELATIVOS A LA INFORMACIÓN Y AL ETIQUETADO DE LOS PRODUCTOS Y SERVICIOS, DISTRIBUIDOS EN FUNCIÓN DEL TIPO DE RESULTADOS DE DICHOS INCIDENTES	110
PR5 (A) - PRÁCTICAS CON RESPECTO A LA SATISFACCIÓN DEL CLIENTE, INCLUYENDO LOS RESULTADOS DE LOS ESTUDIOS DE SATISFACCIÓN DEL CLIENTE	110
PR6 (P) - PROGRAMAS DE CUMPLIMIENTO DE LAS LEYES O ADHESIÓN A ESTÁNDARES Y CÓDIGOS VOLUNTARIOS MENCIONADOS EN COMUNICACIONES DE MARKETING, INCLUIDOS LA PUBLICIDAD, OTRAS ACTIVIDADES PROMOCIONALES Y LOS PATROCINIOS	110
PR7 (A) - NÚMERO TOTAL DE INCIDENTES FRUTO DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS REGULACIONES RELATIVAS A LAS COMUNICACIONES DE MARKETING, INCLUYENDO LA PUBLICIDAD, LA PROMOCIÓN Y PATROCINIO, DISTRIBUIDOS EN FUNCIÓN DEL TIPO DE RESULTADOS DE DICHOS INCIDENTES	110
PR8 (A) - NÚMERO TOTAL DE RECLAMACIONES DEBIDAMENTE FUNDAMENTADAS EN RELACIÓN CON EL RESPETO A LA PRIVACIDAD Y LA FUGA DE DATOS PERSONALES DE CLIENTES	110
PR9 (P) - COSTE DE AQUELLAS MULTAS SIGNIFICATIVAS FRUTO DEL INCUMPLIMIENTO DE LA NORMATIVA EN RELACIÓN CON EL SUMINISTRO Y EL USO DE PRODUCTOS Y SERVICIOS DE LA ORGANIZACIÓN	111

8

Anexo II: Compromiso del Hospital Galdakao- Usansolo con el Pacto Mundial

Compromiso del Hospital Galdakao-Usansolo con el Pacto Mundial

El Hospital Galdakao-Usansolo por sus características, centro sanitario y público, tiene desde sus orígenes una función social indiscutible; la mejora de la salud de la población a la que da servicio, sin duda, un aspecto básico en la sociedad actual y futura.

Para avanzar en nuestro compromiso con la sociedad hemos incorporado a nuestra gestión la Responsabilidad Social Corporativa, bajo este concepto de gestión se engloban un conjunto de prácticas, estrategias y sistemas de gestión empresariales que persiguen un nuevo equilibrio entre las dimensiones económica, social y ambiental.

Lo que pretendemos con este nuevo enfoque es realizar una gestión integrada de estas dimensiones que nos permita crear un entorno razonadamente sostenible.

Nos encontramos inmersos en un contexto marcado por la profunda crisis económica que ha sacudido a nuestro entorno y de la cual el Hospital no ha podido ser ajeno. Sin embargo consideramos que esta crisis nos tiene que servir para poner en valor los conceptos en los que se soporta la RSC, puesto que es precisamente la conculcación de estos valores la que nos ha arrastrado, en gran medida, a la situación actual.

Por todo esto el Hospital Galdakao-Usansolo se reafirma en su compromiso con los diez principios del Pacto Mundial que nos permite avanzar adecuadamente en la dirección señalada.

Destacar que en el año 2010 este Hospital en aras de avanzar en la implementación de dichos principios, ha emprendido varias actuaciones entre las que podemos destacar:

- Introducción del concepto de “compra verde” en la adquisición de productos y servicios, considerando criterios medioambientales.
- Certificación bajo la Norma ISO: 14001, el Proceso de Gestión Medioambiental y avance al EMAS
- Celebración del Día Mundial del Medioambiente
- Participación de todos los Grupos de interés en el nuevo Plan Estratégico 2010-14
- Jornadas de puertas abiertas a centros escolares
- Edición de un Libro de cocina para la promoción de hábitos de vida saludables con la colaboración de Eneko Atxa
- Realización de un Taller de creatividad en torno a cómo el HGU puede colaborar activamente con ONGs (con la participación de ONGs, personas del HGU e invitados externos)
- Establecimiento de un plan de racionalización del gasto para el año 2010 y 2011.
- Proyecto descentralización en la gestión (eficiencia), suponiendo una estimación de ahorro de 2.257.877€
- Potenciar la transparencia de la gestión facilitando a los líderes información económica
- Mystery Shopper de accesibilidad
- Incorporación de nuevas herramientas de comunicación (world Café y Desayunos con la Dirección)
- Incorporación de la RSC, Seguridad e Innovación en el Plan de reconocimientos del HGU
- Proyecto “Compartir Coche”
- Celebración del día sin coche
- Certificación OHSAS
- Celebración en el 2010 de las I Jornadas de RSC en el HGU

Nuestros principales retos en este ámbito para los años 2010 y 2011 están recogidos dentro de los proyectos incluidos en el Plan Estratégico 2010-2014, en su Objetivo Estratégico "RSC" que son:

Visualizar la RSC (tangibilizar y difundir):

- Identificar acciones RSC, analizarlas y ponerlas en valor en el HGU
- Día de la RSC
- Reconocimiento a la RSC. Reconocimiento a Grupos de Interés
- Marketing viral: Crear una imagen de marca HGU+ y difundirla en las herramientas de Comunicación Interna e impartir formación-sensibilización.
- Sensibilizar mediante mensajes en las pantallas del salón de actos sobre igualdad, respeto, PRL, etc.
- Presentación a premios RSC
- Comunicación externa y difusión: Colaboración con EITB, presencia en Foros R

Impacto en Sociedad

- Implantación de Mystery Shopper para la accesibilidad en el HGU
- Autoevaluación AENOR Accesibilidad
- Evaluación accesibilidad Organización ADIR
- Proyecto Compartir Coche
- Colaboración con Eneko Atxa en la publicación del libro de recetas saludables

Hospital Verde

- Potenciar el Equipo de Mejora Medio Ambiente
- Compra Verde
- Gestión de residuos
- Eficiencia energética
- Celebración del Día Mundial del Medioambiente
- Celebración del día Mundial sin coche
- Huella ecológica

A través de este escrito queremos reiterar, un año más, nuestro compromiso con el Pacto Mundial. Apoyando los diez principios en materia de derechos humanos, trabajo, medio ambiente y lucha contra la corrupción. Con esta comunicación, expresamos nuestra intención de continuar promoviendo dichos principios dentro de nuestra área de influencia así como de presentar anualmente el informe de progreso, en aras de la transparencia y comunicación con nuestros Grupos de Interés.

En Galdakao, a 10 de noviembre de 2011

Santiago Rabanal Retolaza
Director Gerente Hospital Galdakao-Usansolo



Osakidetza
GALDAKAO-USANSOLO OSPITALEA
HOSPITAL GALDAKAO-USANSOLO
Zuzendaritza garrantzia
Director gerente

VERIFICACIÓN DE LA MEMORIA DE SOSTENIBILIDAD**VMS-Nº 002/13**

La Asociación Española de Normalización y Certificación (AENOR) ha verificado que la Memoria de la empresa:

HOSPITAL GALDAKAO USANSOLO/GALDAKAO USANSOLO OSPITALEA

Titulada: **MEMORIA RESPONSABILIDAD SOCIAL CORPORATIVA 2012**

Y con número de depósito legal: BI-709-09

Proporciona una imagen razonable y equilibrada del desempeño, teniendo en cuenta tanto la veracidad de los datos de la memoria como la selección general de su contenido, siendo su nivel de aplicación: **A***

Este aseguramiento externo se ha realizado en conformidad con la Guía G3.1 del Global Reporting Initiative. La verificación se ha realizado con fecha 4 de diciembre de 2012, no considerando cualquier circunstancia acontecida con posterioridad.

La presente verificación es vigente salvo suspensión o retirada notificada en tiempo por AENOR y en las condiciones particulares indicadas en la solicitud nº GRI-025/12, de fecha 10 de febrero de 2012 y en el Reglamento General de verificación de memorias de sostenibilidad de fecha enero de 2007 que exige entre otros compromisos permitir las visitas de acreditaciones por los servicios técnicos de AENOR para comprobar la veracidad de lo declarado.

Esta declaración no condiciona la decisión que el propio Global Reporting Initiative pueda adoptar para incorporar a HOSPITAL GALDAKAO USANSOLO/GALDAKAO USANSOLO OSPITALEA, en la lista de entidades que han realizado la memoria en conformidad con la Guía GRI, y que publica en su página web: <http://web.globalreporting.org>.

Fecha de emisión: 8 de febrero de 2013

AENORAsociación Española de
Normalización y CertificaciónÁlvaro BLANCO MARQUINA
Director General de AENOR

