

**PLAN ESTRATÉGICO DEL
HOSPITAL VALLE DEL NALÓN.
2007.**

I.- INTRODUCCIÓN.

La planificación estratégica es un proceso que dirige al futuro la atención de una organización, de manera que la capacita para adaptarse más rápidamente a los cambios al enfocar sus esfuerzos en la dirección en que decide avanzar. Trata de la relación entre lo real y lo deseado. Las ideas relativas a dónde está el hospital hoy, dónde quiere estar mañana, y qué pasos deben darse para llegar allí, impregnan cada una de las tareas del proceso.

El plan estratégico (PE) es una herramienta clave para el aprendizaje organizativo, aspecto que debe considerarse a lo largo de todo el proceso, no solo de formulación, sino también de implantación, etapa ésta en la que fallan la mayor parte de los planes estratégicos.

En el caso del Hospital Valle Del Nalón (HVN), la utilidad del proceso de planificación estratégica deriva de la realización de un trabajo en común de los responsables de la gestión del centro que ha de traducirse progresivamente en una visión compartida de la situación del mismo y de las líneas básicas que han de guiar su gestión en el futuro.

El PE del HVN es un documento que recoge las líneas generales de actuación del centro. Sus principales fines son los siguientes:

- Facilitar una perspectiva común de las iniciativas a llevar a cabo para intentar conseguir una actuación coherente de todas las unidades y miembros del hospital.
- Constituir un elemento clave de comunicación interna del centro.
- Facilitar el despliegue de objetivos en toda la organización de modo que se mantenga un enfoque unificado a lo largo y ancho de la misma.
- Dar sentido y coherencia a las diversas iniciativas procedentes de los diferentes ámbitos de decisión que afectan al centro (Servicios y Unidades, Consejería de Salud y Servicio de Salud especialmente).

Se ha elaborado el PE con una metodología que ha de permitir la participación y las aportaciones de los diferentes profesionales del Hospital, así como una sencilla actualización anual. Inicialmente, en 2004, la comisión de Dirección del Hospital adoptó la iniciativa de la puesta en marcha del proceso y la elaboración de los diversos documentos de trabajo con el fin de establecer el marco de actuaciones. A lo largo de 2005 se produjo un incremento de la participación en la actualización de los aspectos generales del plan (Misión, visión, valores, estrategias). En la actual edición se ha llevado a cabo una revisión menor en el seno de la Comisión de Dirección.

Hemos pretendido utilizar un formato que permita desplegar los objetivos estratégicos en objetivos anuales del plan de gestión, por lo que se formulan exclusivamente en el documento objetivos y estrategias que han de constituirse en las guías para la formulación de los objetivos anuales.

A lo largo del periodo 2004-2006 se han ido produciendo algunas modificaciones en la metodología de elaboración que han contribuido a configurar un proceso que puede considerarse dotado ya de suficiente estabilidad.

Una vez conseguida dicha estabilidad en la metodología se hace necesario integrar las actuaciones del PE con las del plan de gestión y la gestión de procesos, asunto que condiciona el éxito en la implantación de un PE. Ese es el reto fundamental que nos planteamos para 2007.

II.- ORGANIZACIÓN DE LA PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA EN EL HVN.

La experiencia de tres años con la reformulación anual del plan estratégico ha permitido que, tal como se planteaba en el documento de 2004, se haya producido un progresivo incremento en la participación para su elaboración. No obstante, la comisión de dirección (CD) del HVN ha mantenido las funciones de comité de planificación. Dicha función ha sido integrada en el trabajo diario de la misma incluyendo sistemáticamente en el orden del día de sus reuniones el abordaje de los diferentes aspectos derivados de la elaboración y el seguimiento del plan estratégico. A lo largo de este periodo, se ha producido la participación de los siguientes grupos en la elaboración del plan:

- Mandos y responsables de unidades de la Dirección Médica.
- Miembros de la Junta Técnico- Asistencial.
- Mandos y responsables de unidades de la Dirección de Enfermería.
- Mandos y responsables de unidades de la Dirección de Gestión.
- Mandos y responsables de unidades de las Áreas Adscritas a Gerencia.
- Coordinadores de calidad del HVNL y miembros de la Comisión Central de Garantía de la Calidad del Hospital.
- Miembros de la Junta de Personal del hospital.
- Representantes de Asociaciones de Vecinos del Área de influencia del hospital.
- Responsables de la gerencia de Atención Primaria del Área Sanitaria VIII.
- Médicos de APS del Área Sanitaria VIII.

1. El proceso de P.E. Características generales.

1.1. Nivel de participación del personal del HVNL.

En la fase de reformulación y actualización del plan, manteniendo la función de la Comisión de Dirección se continuará buscando la participación de una proporción cada vez mayor de personas del centro. En la fase de discusión del despliegue del plan y las estrategias a las unidades, se buscará la máxima participación de los miembros de las diferentes unidades.

1.2. Horizonte de planificación.

El horizonte temporal de los objetivos estratégicos se establece en tres años. No obstante, se debe buscar el seguimiento, la reflexión y la actualización continua a través sobre todo de una mayor integración de las fases de evaluación y aprendizaje en el proceso de planificación. En ese sentido se utiliza una metodología que posibilita tal integración, procediendo a una reformulación anual del PE en función de los nuevos eventos que se hayan dado a lo largo del año previo. En consonancia con la realidad del Hospital como un centro público, parece razonable llevar a cabo una reformulación con mayor profundidad cada cuatro años, coincidiendo con los años en que se celebran elecciones en la Comunidad Autónoma. En ese sentido, corresponde realizar dicha reformulación en profundidad a lo largo del año 2007.

1.3. Calendario de planificación.

Se desarrolla en el cronograma del proyecto. Se han producido variaciones en el mismo, siendo el utilizado para el plan 2006 el que se presenta a continuación.

PLAN ESTRATÉGICO 2007. CRONOGRAMA (año 2006).													
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	Procedimiento												
2	Misión, visión y valores												
3	Mapa estratégico y FCE												
4	CM estratégico. Propuesta												
5	Análisis estratégico. Entorno												
6	Análisis estratégico: an. interno												
7	Iniciativas estratégicas												
8	Aprobación del plan												

1.4. Integración en la gestión diaria.

El PE se despliega a través de los planes de acción y los objetivos anuales que constituyen, junto a los aspectos de mantenimiento y mejora continua de la gestión diaria de los procesos, el plan de gestión anual.

2. Las actividades en que se descompone el proceso de P.E.

El proceso completo de Planificación estratégica en el HVNL, ha de constituir un ciclo PDCA completo, cuyas actividades para el documento actual se han desglosado del siguiente modo.

2.1. Planificar (P).

- 2.1.1. ¿Qué queremos conseguir?: El marco estratégico del HVNL. En esta fase, se describen o actualizan los aspectos generales que definirán nuestro “viaje”, con un nivel de concreción progresivamente creciente.
 - 2.1.1.1. Revisión (o formulación en su caso) de la Misión, Visión y Valores del HVNL.
 - 2.1.1.2. Definición de las áreas de resultados clave (objetivos estratégicos) y elaboración del mapa estratégico. Establecimiento de las áreas en que se considera imprescindible conseguir buenos resultados de cara a conseguir alcanzar la visión formulada.
 - 2.1.1.3. Definición de los factores clave para el éxito y de las mediciones que nos permitirán decidir si hemos conseguido lo que pretendíamos.
 - 2.1.1.4. Definición de los objetivos a conseguir en los factores clave y las áreas de resultados clave.
- 2.1.2. Análisis estratégico. ¿En qué situación nos encontramos?.
 - 2.1.2.1. Análisis interno.
 - 2.1.2.1.1. Autoevaluación. Situación con respecto al modelo de Acreditación de la Joint Commission International. Siguiendo el documento Estrategias de Calidad para la Administración Sanitaria del Principado de Asturias, el hospital se haya embarcado en un proyecto de Acreditación según este modelo, que se pretende culminar en 2007. Así pues, es clave el conocimiento de las evaluaciones previas efectuadas de modo que podamos actuar sobre nuestras principales oportunidades de mejora.
 - 2.1.2.1.2. Situación de las actividades para la acreditación docente.
 - 2.1.2.1.3. La evaluación de la situación y tendencias de áreas críticas de resultados, según el contrato programa.
 - 2.1.2.1.4. Evaluación de la estrategia previa. Rendimiento respecto al plan estratégico versiones 2004 y 2006 y planes de gestión previos.
 - 2.1.2.1.5. Necesidades de los clientes y niveles de satisfacción.
 - 2.1.2.1.6. Autoevaluación según el modelo de la EFQM realizada en 2006, dirigida a la detección de puntos fuertes y áreas de mejora.
 - 2.1.2.1.7. Opinión de los profesionales de APS del Área en una encuesta dirigida a conocer los principales aspectos a mejorar desde su perspectiva.
 - 2.1.2.2. Análisis del entorno. Aspectos clave del entorno. Para el análisis del entorno en el periodo actual se utilizó, aparte de la información previa, el documento “Healthcast 2020”.
- 2.1.3. ¿Qué vamos a hacer para conseguir alcanzar la visión?. En esta fase, se definen, sobre la base de la realidad de nuestro punto de partida, los

planes de acción o las iniciativas que nos han de permitir alcanzar la visión.

2.1.3.1. Estrategias a llevar a cabo en el próximo ejercicio para mejorar nuestros resultados clave.

2.1.3.2. Iniciativas a abordar para conseguir implantar las estrategias.

2.1.3.3. Formulación de los objetivos anuales en el seno de esas iniciativas y estrategias.

2.1.3.4. Proyectos a abordar prioritariamente.

2.1.3.5. Despliegue de los proyectos a planes de acción, unidades y procesos.

2.2. Hacer (D).

2.2.1. Elaboración del plan de gestión anual. Puede considerarse un ciclo PDCA incluido en el más amplio de planificación estratégica. Es el instrumento para implantar las estrategias en el periodo de gestión de un año.

2.2.1.1. “P”. Determinación de los objetivos e indicadores a monitorizar y despliegue a las unidades de responsabilidad correspondientes.

2.2.1.2. “D”. Realización de las actividades establecidas.

2.2.1.3. “C”. Revisión del cumplimiento de los objetivos.

2.2.1.4. “A”. Implicaciones y “lecciones aprendidas” para el planteamiento de objetivos del año siguiente.

2.3. Verificar (C).

2.3.1. Revisión periódica del cumplimiento del plan estratégico y análisis de las desviaciones.

2.4. Ajustar (A).

2.4.1. Recopilación de las “lecciones aprendidas” por fallos en el planteamiento de la estrategia o por modificaciones del entorno que han hecho obsoleta alguna de las estrategias, para su utilización en el siguiente ciclo de planificación.

2.4.2. Lleva implícita la aprobación anual del plan estratégico con las modificaciones a que haya habido lugar, y no solo la elaboración del plan de gestión del año siguiente. Así pues, la totalidad de este ciclo ha de llevarse a cabo a lo largo del periodo de un año.

III.- LA MISIÓN Y LA VISIÓN: HACIA DÓNDE DESEAMOS IR.

MISIÓN.

El Hospital Valle del Nalón es un centro del SESPA que se dedica a mejorar la calidad de vida relacionada con la salud (CDVRS) de la población del Área VIII y del resto de su área de influencia, satisfaciendo sus expectativas a través de una asistencia sanitaria especializada eficiente, y de la generación y difusión del conocimiento necesario para conseguirlas.

VISIÓN.

Un buen hospital, un buen centro de trabajo, una institución prestigiosa.

VALORES O PRINCIPIOS OPERATIVOS.

- **Orientación a las necesidades del paciente y de la sociedad.**

Las necesidades de nuestros pacientes y de la sociedad a quienes atendemos, serán la guía fundamental para el diseño y la prestación de nuestros servicios.

- **Desarrollo de las personas.**

Hemos de conseguir que la organización y las actividades que dentro de ella llevamos a cabo, constituyan un entorno que contribuya al desarrollo de todos los trabajadores. Consideramos que para poder realizar esto, debemos trabajar en varios aspectos:

- **Formación.** Aparte de los conocimientos técnicos sobre el puesto de trabajo, es imprescindible conocer la relación de nuestra actividad con las de los demás.
- **Comunicación.** Desarrollaremos mejor nuestro trabajo si disponemos de la información que nos muestre el por qué del mismo y la contribución que representa nuestra actuación a la consecución de la misión y los objetivos del hospital.
- **Seguridad en las condiciones de trabajo.** El garantizar unas condiciones de trabajo en las que el riesgo esté minimizado y se fomente la protección ha de ser una preocupación constante de todos en el hospital..
- **Trabajo en equipo.** No es posible trabajar de modo individualista y sin contar con el resto de personas implicadas en nuestra organización. Por ello debemos fomentar la conciencia de trabajo en equipo como forma habitual de trabajo en el hospital.

- **Mejora continua de nuestra organización.**

Para el cumplimiento de nuestra misión y visión, es imprescindible adoptar el principio de la mejora continua de todas las actuaciones que llevemos a cabo en nuestra organización.

- **Eficiencia.**

Nos esforzamos por conseguir el mejor nivel de resultados posible utilizando de manera responsable los recursos que la sociedad pone a nuestra disposición..

- **Cooperación.**

Dentro del hospital debemos ser capaces de establecer un sistema de trabajo basado en la cooperación y apoyo entre los profesionales y las unidades, que nos permita realizar contribuciones creativas para la consecución de nuestra misión.

Para el cumplimiento de nuestra misión es imprescindible trabajar junto con otras organizaciones que se dirigen asimismo a la mejora de la calidad de vida de nuestros ciudadanos.

- **Participación.**

La participación de los pacientes en su proceso asistencial, de los representantes de la sociedad en la gestión del centro y de los trabajadores en sus procesos de trabajo.

- **Compromiso con el medio.**

En todas nuestras actividades debemos tener en cuenta su impacto ambiental, pensando siempre en minimizarlo y en mejorar el medio.

IV.- LAS ÁREAS DE RESULTADOS ESTRATÉGICOS Y EL MAPA ESTRATÉGICO.

Para conseguir alcanzar nuestra visión y cumplir con nuestra misión, debemos conseguir buenos resultados en diversas áreas. Esas áreas representan un mayor nivel de concreción a partir de la formulación más general contenida en la visión. En nuestro caso, a partir de la participación de los diferentes grupos mencionados en la introducción y con la agrupación de los conceptos aportados utilizando diagramas de afinidad, las áreas clave en que debemos conseguir buenos resultados (nuestros objetivos estratégicos), son las que se enumeran a continuación:

1. Alcanzamos el cumplimiento de la misión y la visión del hospital.

El HVN debe, en última instancia cumplir con su misión, satisfaciendo así las expectativas de la autoridad sanitaria, responsable final de las prestaciones del centro. Interpretamos que estas expectativas incluyen la consecución del resto de áreas u objetivos estratégicos así como el cumplimiento del Contrato Programa.

2. Satisfacemos las necesidades y expectativas de nuestros clientes y nuestra población.

Como organización prestadora de servicios, la satisfacción de las necesidades y expectativas de nuestros clientes finales (los pacientes que atendemos) y la población de nuestra área de influencia constituye nuestra razón de ser.

3. Sostenibilidad.

El HVN debe contribuir, en la consecución de sus fines, a que el sistema sanitario público sea viable a través de un elevado nivel de eficiencia y moviéndose dentro del presupuesto establecido por la Autoridad Sanitaria.

Debemos conseguir a través de nuestras actuaciones que la Sociedad a la que servimos en última instancia tenga una imagen positiva de nuestro hospital.

Junto a la sostenibilidad económica y social, tenemos responsabilidad en la vertiente ambiental, la cual debe ser gestionada activamente también.

4. Cooperación con otros niveles asistenciales.

El HVN pertenece a la red del SESPA, siendo precisa, para la satisfacción de las necesidades y expectativas de nuestros pacientes la colaboración con APS y con otros centros del área o de referencia, sobre todo del SESPA, pero también de otros ámbitos, tanto sociales como sanitarios.

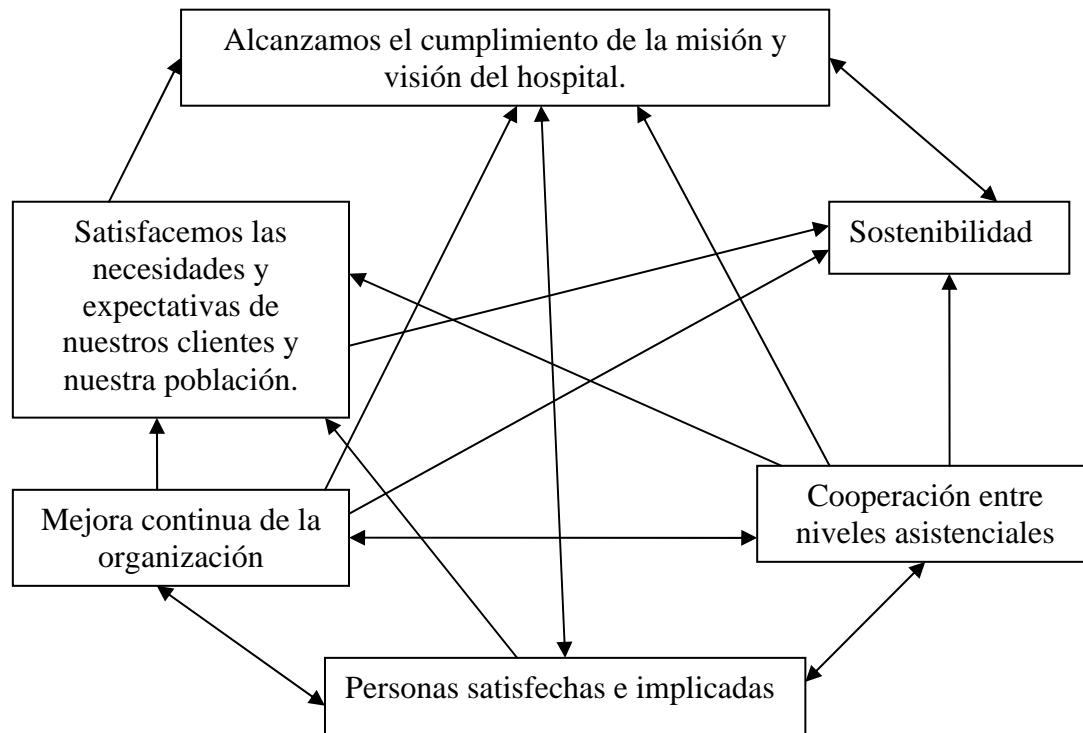
5. Mejora continua del HVN.

Los resultados relevantes han de conseguirse, especialmente en una organización con la complejidad de un hospital, a través de la gestión sistemática de los diferentes componentes clave del mismo. Debemos preocuparnos de implantar un sistema de gestión que soporte el abordaje de los distintos objetivos de un modo coherente y coordinado contemplando los múltiples niveles relevantes en nuestro hospital.

6. Personas satisfechas e implicadas.

La base de los resultados de toda organización está en las personas que trabajan en ella, y especialmente su competencia y motivación. En el HVN debemos esforzarnos por conseguir una organización que facilite la implicación de las personas y la satisfacción de sus expectativas.

Estas grandes áreas de resultados, no son independientes entre sí. La interrelación existente entre ellas, se puede apreciar mejor si se expresa gráficamente, objetivo que pretende cubrir el mapa estratégico que a continuación se presenta:



Así pues, las diversas áreas de resultados estratégicos están interrelacionadas. Ello quiere decir que los objetivos e iniciativas que nos planteemos llevar a cabo en cualquiera de ellas, incidirán también en la consecución de buenos resultados en varias de las otras. Esta interrelación permite apreciar mejor el hecho de que los objetivos están interconectados y todos contribuyen a un fin último que no es otro que el de alcanzar nuestra visión y cumplir con nuestra misión.

V.- LOS FACTORES CLAVE PARA EL ÉXITO.

Con el nivel de desagregación de la visión alcanzado hasta este momento no se consigue aún una formulación suficientemente concreta que nos permita poner en marcha iniciativas específicas que nos lleven a alcanzar objetivos medibles. Por este motivo, es preciso alcanzar un mayor nivel de concreción, el cual lleva inevitablemente aparejado un mayor nivel de desagregación. Es decir, para concretar, debemos describir los diversos elementos que son fundamentales para conseguir buenos resultados en cada una de las áreas de resultados estratégicos. Estos son los factores clave para el éxito (fce). En este nivel, ya nos es posible asimismo presentar una propuesta inicial de mediciones que nos ayuden a determinar hasta qué punto estamos alcanzando resultados positivos en cada uno de dichos factores. Dichas mediciones no se incluyen en este documento (consultar la presentación en formato tabla del plan estratégico). Los fce en cada una de las áreas estratégicas de resultados se mencionan a continuación.

1. CUMPLIR LA MISIÓN Y ALCANZAR LA VISIÓN.

1.1. Cumplir el contrato programa.

1.2. Cumplir el resto de áreas de resultados estratégicos.

2. SATISFACER A NUESTROS CLIENTES FINALES.

2.1. Cartera adecuada.

- 2.1.1. Disponemos de los servicios necesarios. Faltan...
- 2.1.2. Disponemos de los servicios necesarios. Sobran...
- 2.1.3. Brindamos la atención incluida en nuestra cartera.
- 2.1.4. Servicios de referencia para lo no incluido en el HVN.

2.2. Asistencia adecuada.

- 2.2.1. Efectividad.
 - 2.2.1.1. En procesos concretos.
 - 2.2.1.2. En lo solicitado en el contrato programa.
- 2.2.2. Seguridad.
 - 2.2.2.1. Infección nosocomial.
 - 2.2.2.2. Fármacos.
 - 2.2.2.3. Complicaciones.
 - 2.2.2.4. Úlceras por presión (UPP).
 - 2.2.2.5. Caídas.
 - 2.2.2.6. Seguridad e higiene en procesos concretos.
 - 2.2.2.6.1. Hemodiálisis.
 - 2.2.2.6.2. UCI.
 - 2.2.2.6.3. Radiología.
 - 2.2.2.6.4. Quirófanos.
- 2.2.3. Accesibilidad.
 - 2.2.3.1. Demora quirúrgica.
 - 2.2.3.2. Demora en consultas.
 - 2.2.3.3. Demoras en urgencias.
 - 2.2.3.4. Demoras en estudios complementarios.
 - 2.2.3.5. Tiempo de ciclo de estudios.

- 2.2.3.6. Tiempo de ciclo en procesos concretos.
- 2.2.3.7. Accesibilidad en poblaciones marginales.
- 2.2.3.8. Accesibilidad definida en el contrato programa.
- 2.2.4. Educación del paciente y su familia.

2.3. Atención adecuada.

- 2.3.1. Trato.
- 2.3.2. Información.
- 2.3.3. Hostelería.
- 2.3.4. Intimidad y confidencialidad.

2.4. Participación.

- 2.4.1. Participación ciudadana.
 - 2.4.1.1. Cooperación con asociaciones vecinales.
 - 2.4.1.2. Comisión de participación hospitalaria.

2.5. Investigación.

- 2.5.1. Publicaciones.
- 2.5.2. Proyectos.

2.6. Docencia.

- 2.6.1. Acreditación docente.

3. SOSTENIBILIDAD.

3.1. Ingresos.

- 3.1.1. Facturación a terceros.
- 3.1.2. Otros ingresos.

3.2. Eficiencia. Utilización adecuada.

- 3.2.1. Hospitalización.
- 3.2.2. Fármacos.
- 3.2.3. Implantes.
- 3.2.4. Estudios radiológicos.
- 3.2.5. Estudios / pruebas de laboratorio.
- 3.2.6. Tecnología. Renovación, basada en evidencia.
- 3.2.7. Tecnología. Implantación de nuevas tecnologías basada en evidencia.
- 3.2.8. Tecnología. Uso adecuado de las tecnologías.
- 3.2.9. Consumibles de laboratorio.
- 3.2.10. Material sanitario.
- 3.2.11. Rendimiento de las instalaciones.
 - 3.2.11.1. Quirófanos.
 - 3.2.11.2. Otras instalaciones.

3.3. Ambiental.

- 3.3.1. Gestión ambiental.
 - 3.3.1.1. Gestión ambiental certificada.

4. COOPERACIÓN CON OTROS NIVELES ASISTENCIALES.

4.1. Cooperación con APS.

- 4.1.1. Continuidad e integración de la atención.
- 4.1.2. Comunicación APS-AE.
- 4.1.3. Iniciativas de área.
- 4.1.4. Contrato programa.
- 4.1.5. Cooperación con Carbayines y Valdesoto.

4.2. Cooperación con centros de referencia.

- 4.2.1. Cooperación con el Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA).
- 4.2.2. Cooperación con Cabueñes.

4.3. Cooperación con el Sanatorio Adaro.

- 4.3.1. Programa de asistencia geriátrica del área VIII.
- 4.3.2. Coordinación de varias unidades con el SAD.

5. MEJORA CONTINUA DEL HOSPITAL VALLE DEL NALÓN.

5.1. Liderazgo.

- 5.1.1. Gestión del liderazgo.
- 5.1.2. Gestión de los procesos.
- 5.1.3. Gestión de la mejora.
- 5.1.4. Despliegue de objetivos.

5.2. Herramientas de gestión.

- 5.2.1. Gestionamos las dimensiones relevantes.
- 5.2.2. El sistema de información refleja las dimensiones relevantes.
- 5.2.3. Gestión por procesos.
- 5.2.4. Planificación estratégica.
- 5.2.5. Unidades de gestión clínica en funcionamiento.
- 5.2.6. Sistema de gestión de riesgos.
- 5.2.7. Gestionamos las tecnologías de la información y la comunicación (TIC).
- 5.2.8. Certificación ISO.
- 5.2.9. Acreditación según el modelo de la Joint Commission International (JCI).
- 5.2.10. Autoevaluación según el modelo de la EFQM.

6. PERSONAS SATISFECHAS E IMPLICADAS.

6.1. Adecuación del trabajo.

- 6.1.1. Organización.
- 6.1.2. Cargas.
- 6.1.3. Medios.

6.2. Desarrollo profesional.

- 6.2.1. Formación.
- 6.2.2. Promoción.
- 6.2.3. Iniciativa.

6.3. Cualificación.

- 6.3.1. Nivel de cualificación.

6.4. Clima.

- 6.4.1. Clima.

6.5. Condiciones laborales.

- 6.5.1. Equidad.
- 6.5.2. Estabilidad.
- 6.5.3. Autonomía.
- 6.5.4. Transparencia.
- 6.5.5. Condiciones laborales.

6.6. Implicación.

- 6.6.1. Implicación de las OOS en la organización.
- 6.6.2. Implicación.
 - 6.6.2.1. Comunicación.
 - 6.6.2.2. Participación en las decisiones /equipos de mejora.

VI.- LA SITUACIÓN DEL CENTRO. LOS PRINCIPALES PROBLEMAS.

Se resumen a continuación los principales aspectos a abordar dada la actual coyuntura y la situación actual del hospital. En el documento correspondiente al año 2004 se formuló con gran amplitud este apartado. Para el año 2007 se resumen a continuación los principales aspectos a abordar dada la actual coyuntura y la situación actual del hospital.

1. ENTORNO.

Se describen los elementos más relevantes del entorno, y para cada uno de ellos, la evolución esperada y el posicionamiento deseado para el Hospital Valle del Nalón.

1.1. Proveedores.

1.1.1. Tendencias:

1.1.1.1. Compras centralizadas. La Central de compras condicionará nuestras opciones de negociación. Por otra parte es previsible que consiga una reducción de los precios.

1.1.1.2. Progresiva transformación en asociados en la prestación del servicio.

1.1.1.3. Demoras en los pagos reducen el número de proveedores, restringidos progresivamente a grandes empresas.

1.1.2. Posicionamiento deseado:

1.1.2.1. El HVN sigue los procedimientos establecidos por el SESPA.

1.1.2.2. Se llevan a cabo proyectos con los proveedores considerados estratégicos por el Hospital.

1.1.2.3. Una adecuada financiación y cumplimiento nos permiten evitar esta situación.

1.2. Financiación del centro y acceso a los recursos.

1.2.1. Tendencia. Actualmente, presupuesto en base a históricos. Se espera un progresivo desplazamiento al pago por desempeño (calidad, seguridad, actividad al menos). Limitada ante las dificultades de financiación de la Administración del Principado derivadas de la insuficiencia del sistema vigente, siendo Asturias receptor neto.

1.2.2. Posicionamiento deseado:

1.2.2.1. Pago por desempeño integrado en nuestro sistema de gestión.

1.2.2.2. elevados niveles de productividad y eficiencia que nos permiten cumplir el presupuesto.

1.3. Sistemas sanitarios de los países de nuestro entorno (OCDE).

1.3.1. Tendencia. Enfrentados a un incremento de costes y al reto de la sostenibilidad, la globalización está provocando una tendencia hacia la convergencia de los diferentes sistemas de aseguramiento. No es previsible un cambio radical en los próximos años en la financiación en nuestro medio, pero esta tendencia acabará influyendo también en nosotros.

1.3.2. Posicionamiento deseado:

1.3.2.1. Somos eficientes y productivo.

1.3.2.2. Elevados niveles de satisfacción del cliente, calidad y seguridad.

- 1.3.2.3. Implantamos nuevas formas de gestión que integramos en nuestro sistema de gestión.
- 1.3.2.4. Comunicamos nuestros resultados.
- 1.3.2.5. elevado grado de normalización.

1.4. Sistema sanitario en Asturias.

- 1.4.1. Tendencias:
 - 1.4.1.1. Mapa sanitario será reconfigurado.
 - 1.4.1.2. Potenciación de la cooperación entre centros.
- 1.4.2. Posicionamiento deseado:
 - 1.4.2.1. Amplia área de influencia.
 - 1.4.2.2. Alianzas formales con diferentes centros y niveles asistenciales.

1.5. Demografía del área Sanitaria VIII.

- 1.5.1. Tendencias:
 - 1.5.1.1. Envejecimiento progresivamente creciente.
 - 1.5.1.2. Inmigración progresivamente creciente.
 - 1.5.1.3. Reducción de la población (crecimiento negativo).
- 1.5.2. Posicionamiento deseado:
 - 1.5.2.1. Atendemos la demanda de asistencia geriátrica.
 - 1.5.2.2. Atendemos las necesidades de la población inmigrante.
 - 1.5.2.3. Amplia área de influencia.

1.6. Influencia creciente de los consumidores.

- 1.6.1. Tendencias:
 - 1.6.1.1. Se deberá orientar la organización hacia las necesidades y expectativas de los clientes.
 - 1.6.1.2. Exigencia de implicación en las decisiones que les afecten.
 - 1.6.1.3. Mayor demanda de implicación de las organizaciones de usuarios y otras en la gestión de los centros.
 - 1.6.1.4. Mayor demanda de implicación.
 - 1.6.1.5. Concienciación de los costes.
- 1.6.2. Posicionamiento deseado:
 - 1.6.2.1. Buenos resultados en satisfacción del cliente. Principales componentes: personalización, comunicación, transparencia y confidencialidad.
 - 1.6.2.2. Implicamos a los clientes en las decisiones que les afectan.
 - 1.6.2.3. Tenemos establecidos suficientes cauces formales e informales de participación.
 - 1.6.2.4. Transparencia en la información.
 - 1.6.2.5. Los consumidores conocen y asumen los costes.

1.7. Tecnologías de la información y la comunicación.

- 1.7.1. Tendencia. Se incrementará su uso por parte de los profesionales, de los usuarios y de la Administración. Permitirán mejorar la gestión de diversos resultados.
- 1.7.2. Posicionamiento deseado:
 - 1.7.2.1. Las TIC nos permiten mejorar el acceso de nuestros pacientes.

- 1.7.2.2. Nuestros profesionales están capacitados para su uso.
- 1.7.2.3. Las TIC permiten preservar la privacidad.
- 1.7.2.4. Las TIC permiten informar a y comunicar con las partes interesadas.

1.8. Tecnología.

- 1.8.1. Tendencias:
 - 1.8.1.1. Las tensiones para la incorporación de nuevas tecnologías se incrementarán como consecuencia de las expectativas de las diferentes partes interesadas y de las limitaciones para su financiación. Así pues, cada vez habrá que adoptar más decisiones en este ámbito.
 - 1.8.1.2. Nuevos fármacos: un grupo de gasto con tendencia de gran crecimiento aún en el caso de que haya una utilización adecuada.
- 1.8.2. Posicionamiento deseado:
 - 1.8.2.1. Usamos la tecnología para mejorar nuestra eficiencia.
 - 1.8.2.2. Realizamos evaluación de tecnologías sanitarias en base a su impacto en la productividad y en la esperanza de vida.
 - 1.8.2.3. La evaluación de tecnologías sanitarias se realiza de manera sistemática como parte del proceso de planificación.
 - 1.8.2.4. Los profesionales participan activamente en la evaluación de las tecnologías sanitarias.
 - 1.8.2.5. Uso racional del medicamento. Política de uso de genéricos implantada.

1.9. Personas

- 1.9.1. Tendencias:
 - 1.9.1.1. Incremento de la necesidad de personas (especialistas).
 - 1.9.1.2. Exigencias de competencia a muchos niveles a las personas de la organización.
 - 1.9.1.3. Incentivos según su grado de contribución.
- 1.9.2. Posicionamiento deseado:
 - 1.9.2.1. Gestionamos la satisfacción de las personas.
 - 1.9.2.2. Conseguimos elevados niveles de competencia.
 - 1.9.2.3. Tenemos instaurado un sistema de pago por desempeño individual y de equipo.

2. SITUACIÓN INTERNA.

2.1. Comparación con los estándares de la Joint Commission International.

- 2.1.1. Farmacia.
- 2.1.2. Hospitalización.
- 2.1.3. Formación y cualificaciones del personal.
- 2.1.4. Seguridad clínica y de las instalaciones.

2.2. Contrato programa 2006-2007.

- 2.2.1. Accesibilidad en LEQ y algunas pruebas.
- 2.2.2. Estancia media.
- 2.2.3. Tiempo de trombolisis.

2.3. Plan estratégico.

- 2.3.1. Seguridad: gestión de la mortalidad y complicaciones. Bioseguridad. Comisiones.
- 2.3.2. Accesibilidad: capacidad de resolución CEXT, demoras en estudios complementarios, flujo de pacientes en urgencias.
- 2.3.3. Confortabilidad. Accesibilidad física, percepción de los médicos, habitación individual, derechos del paciente.
- 2.3.4. Investigación.
- 2.3.5. Uso adecuado: EM, CMA (sobre todo en cirugía general), farmacia, consultas, implantes, cesáreas, gestión adecuada.
- 2.3.6. CM de unidades y ligazón al estratégico (CMI).
- 2.3.7. Cooperación estratégica con APS.
- 2.3.8. Mejora del sistema de gestión: EFQM, JCI, comisiones clínicas, gestión por procesos.
- 2.3.9. Sistema de gestión de personas: opinión, grupos de mejora, gestión por competencias.
- 2.3.10. Implantación de gestión clínica.

2.4. Opinión de APS.

- 2.4.1. El dispositivo de consultas externas del hospital no es adecuado.
- 2.4.2. Tardanza en atender a los pacientes en consultas externas.
- 2.4.3. Conocimiento de los médicos del hospital que atienden a sus pacientes.
- 2.4.4. Información al alta en consultas externas.
- 2.4.5. Resolución de los problemas por el servicio de urgencias.
- 2.4.6. Información y coordinación para asegurar la continuidad al alta de los pacientes.
- 2.4.7. Valoración global de las consultas externas.

2.5. Autoevaluación EFQM.

- 2.5.1. Despliegue de misión, visión y valores.
- 2.5.2. Proceso de gestión del liderazgo. Implicación de los líderes. Proceso. Oportunidades.
- 2.5.3. Reconocimiento e incentivos.
- 2.5.4. Comunicación.
- 2.5.5. Trato equitativo.
- 2.5.6. Trabajo en equipo. Cooperación dentro del HVN.

- 2.5.7. Cooperación con otros niveles asistenciales.
- 2.5.8. Cultura de trabajo.
- 2.5.9. Proceso de planificación estratégica.
- 2.5.10. Sistema de información.
- 2.5.11. Relación con partners.
- 2.5.12. Gestión de riesgos.

VII.- LAS ESTRATEGIAS.

A partir del análisis de la situación actual en las diferentes áreas de resultado estratégico y sus correspondientes fce, se han derivado una serie de estrategias con sus correspondientes iniciativas que se reseñan a continuación (el análisis estratégico se refleja mejor en la presentación en formato hoja de cálculo que acompaña a este documento):

1. Cumplir en su totalidad el contrato programa.

- 1.1. Desplegar a iniciativas del resto de estrategias.
- 1.2. Despliegue directo del resto de requisitos del contrato programa.
- 1.3. Establecer la ponderación del contrato programa para valorar su cumplimiento.

2. Definir y gestionar la cartera de servicios (CS) del HVN incluyendo los aspectos asistenciales y los no asistenciales.

- 2.1. Difundir la CS en la intranet.
- 2.2. Gestionar las aportaciones de los servicios, actualizándolas.
- 2.3. Establecer el CM con los indicadores priorizados en este ámbito.

3. Mejorar la efectividad.

- 3.1. Mejorar la atención al cáncer: mejorar la supervivencia y el intervalo libre de enfermedad de algunos cánceres.
- 3.2. Implantar PCAIs: EPOC.
- 3.3. Implantar PCAIs: cáncer de mama.
- 3.4. Implantar PCAIs: diabetes mellitas.
- 3.5. Implantar PCAIs: cardiopatía isquémica.
- 3.6. Implantar PCAIs: ACV.

4. Poner en marcha la gestión sistemática de los riesgos en el hospital, incluida la seguridad clínica.

- 4.1. Implantar un sistema de gestión (SG) de residuos y avanzar hacia un SG ambiental.
 - 4.1.1. Certificar la gestión de residuos (ISO 9001:2000).
 - 4.1.2. Implantar planes de actuación a partir de la evaluación ambiental.
- 4.2. Normalizar la gestión de instalaciones y aparataje desde la perspectiva de los riesgos asociados.
- 4.3. Implantar y evaluar el plan de atención a las catástrofes externas.
- 4.4. Implantar y evaluar el plan de actuación en incendios y evacuación.
- 4.5. Implantar las actuaciones derivadas del análisis de los riesgos laborales y actualización del plan.
- 4.6. Elaborar y difundir el cuadro de mando (CM) de seguridad clínica, que contiene, al menos información relativa a: resultados de enfermería,

- información proporcionada por la aplicación Clinos, infección nosocomial, mortalidad y ENEAS versión local.
- 4.7. Avanzar en el fomento de una cultura de seguridad
 - 4.7.1. Conocer el sentir de los profesionales con respecto a estrategias de mejora de la seguridad clínica. Utilizar la metodología que, desde el MSC se plantee a la CS en virtud del convenio firmado entre ambas.
 - 4.7.2. Difundir los resultados del estudio ENEAS en los centros del SESPA y, si ello es posible informe comparativo del HVN.
 - 4.7.3. Formación específica (curso FAD).
 - 4.7.4. Desarrollo de una jornada técnica en el segundo semestre de 2007.
 - 4.7.5. Implantación de rondas de sensibilización.
 - 4.7.6. Formación específica en el puesto de trabajo.
 - 4.8. Abordar específicamente las ocho áreas incluidas en la estrategia de seguridad del plan de calidad del SNS.
 - 4.8.1. Prevenir los EA de la anestesia en cirugía electiva.
 - 4.8.2. Prevenir fracturas de cadera en pacientes postquirúrgicos.
 - 4.8.3. Prevenir UPP en pacientes en riesgo. Adoptar las iniciativas de normalización planteadas en el convenio MSC-CS, adaptando nuestras actuaciones, cuando sea necesario a las directrices que emanen de la CS a través del grupo de trabajo en este asunto.
 - 4.8.4. Prevenir el TEP/TVP en pacientes sometidos a cirugía.
 - 4.8.5. Prevenir la infección nosocomial y las infecciones quirúrgicas.
 - 4.8.6. Prevenir la cirugía en lugar erróneo.
 - 4.8.7. Prevenir los errores debidos a medicación. Adoptar las iniciativas de normalización planteadas en el convenio MSC-CS, adaptando nuestras actuaciones, cuando sea necesario a las directrices que emanen de la CS a través del grupo de trabajo en este asunto.
 - 4.8.8. Asegurar la implantación y correcta aplicación del consentimiento informado así como el cumplimiento de las últimas voluntades de los pacientes.
 - 4.9. Desarrollo de un plan de minimización de la infección nosocomial en el HVN, adaptándolo cuando sea necesario a las directrices que emanen de la CS a través del grupo de trabajo en este asunto.
 - 4.10. Diseñar e implantar un sistema de notificación adecuado a la realidad cultural y normativa del entorno del HVN
 - 4.10.1. Implantar un procedimiento de notificación.
 - 4.10.2. Implantar un procedimiento de análisis de los incidentes relacionados con medicamentos (a partir de los conceptos del ISP).
 - 4.10.3. Podría incluir asimismo la realización de análisis interno de los eventos detectados relacionados con la seguridad del paciente en lo relativo a medicación, utilizando metodología adaptada del ISMP.
 - 4.10.4. Puesta en marcha de actuaciones preventivas.
 - 4.10.5. Participar en la iniciativa vía Web en función de lo que se nos solicite desde la CS.
 - 4.11. Adquirir formación en SG que incluyan la gestión de riesgos (GR).
 - 4.12. Poner en marcha iniciativas para la participación e implicación del paciente.
 - 4.13. Implantar la estructura organizativa para la gestión de la seguridad clínica.

5. Mejorar la accesibilidad y la continuidad.

- 5.1. Mejorar las demoras en la lista de espera quirúrgica (LEQ).
 - 5.1.1. Mejorar el rendimiento de los quirófanos.
- 5.2. Mejorar las demoras en la lista de espera de consultas externas (LEC).
 - 5.2.1. Incrementar la capacidad de resolución de las consultas externas.
Poner en marcha iniciativas de alta resolución.
 - 5.2.2. Mejorar las demoras en estudios complementarios (TC, eco, RMN).
 - 5.2.3. Gestión de las citas en estudios complementarios.
- 5.3. Mejorar la accesibilidad de poblaciones marginales. Conocer la situación.
- 5.4. Ampliar la descentralización del Sintrom.
- 5.5. Mejorar el flujo de pacientes en urgencias.
- 5.6. Cumplir los requisitos para tiempo de trombolisis.

6. Plan de confortabilidad, horizonte mínimo para la confortabilidad de los pacientes y los profesionales.

- 6.1. Mejorar la percepción de la calidad de la comida por parte del paciente.
- 6.2. Asignar habitación individual a determinados pacientes.
- 6.3. Hospital amigo de los niños.
 - 6.3.1. Elaborar plan de actuación.
 - 6.3.2. Implantar acciones planificadas.
- 6.4. Cumplir el resto del plan de confortabilidad.
- 6.5. Mejorar la percepción de la calidad de la comida por parte del médico de guardia.
- 6.6. Poner en marcha la sala de estar de profesionales de guardia.
- 6.7. Mejorar la accesibilidad física según sugerencias del estudio llevado a cabo por las asociaciones de minusválidos.

7. Potenciar la cooperación con la comunidad.

- 7.1. Mantener el funcionamiento de la comisión de participación hospitalaria (CPH).
 - 7.1.1. Cooperación con escuelas / colegios.
- 7.2. Poner en marcha actividades de cooperación.
 - 7.2.1. Cooperación con asociaciones: visitas.
 - 7.2.2. Cooperación con asociaciones: charlas.
 - 7.2.3. Cooperación con asociaciones: campañas conjuntas.

8. Mejorar la investigación en el HVN.

- 8.1. Normalizar la autorización de proyectos.
 - 8.1.1. Incluir los requisitos de derechos de los pacientes.
- 8.2. Definir la política de investigación en la comisión.
- 8.3. Programa de apoyo a los nuevos investigadores.
- 8.4. Coordinación con la Ficyt.
- 8.5. Dotación de una unidad de apoyo.

9. Mejorar la utilización de los recursos.

- 9.1. Reducir la hospitalización.
 - 9.1.1. Reducir la estancia media (EM).
 - 9.1.1.1. Unidad de corta estancia (UCE).
 - 9.1.1.2. Estancias en la unidad de psiquiatría.
 - 9.1.2. Potenciar la ambulatorización.
 - 9.1.2.1. Potenciar la cirugía mayor ambulatoria (CMA) especialmente en cirugía general.
 - 9.1.2.2. Potenciar la ambulatorización de procesos médicos.
 - 9.1.2.3. Normalizar la función del hospital de día quirúrgico (HDQ).
- 9.2. Mejorar aspectos relacionados con la farmacia.
 - 9.2.1. Mejorar la organización de la unidad.
 - 9.2.2. Mejorar la gestión de fármacos.
 - 9.2.3. Información del gasto en farmacia se hace llegar a las unidades.
- 9.3. Mejorar el uso de la CEX dentro de l proyecto de mejora de la percepción de CEX por APS.
- 9.4. Gestionar el gasto en los laboratorios.
- 9.5. Gestionar la utilización en radiología.
- 9.6. Implantes.
- 9.7. Material sanitario.

10. Implantar un sistema de información que permita la gestión de la mejora en el hospital.

- 10.1. Implantar nuevos cuadros de mando (CM).
 - 10.1.1. Implantar CM estratégico.
 - 10.1.2. Implantar CM de la EFQM.
 - 10.1.3. Implantar CM de gasto.
- 10.2. Evaluar los CM en uso.
- 10.3. Participar en el desarrollo de ÉDESIS.
- 10.4. Desarrollo de contenidos de la intranet.

11. Desarrollar e implantar planes de cooperación con otros agentes del sistema.

- 11.1. Cooperación con APS del área.
 - 11.1.1. Plan de cooperación estratégica.
 - 11.1.1.1. Elaboración por las dos gerencias.
 - 11.1.1.2. Grupos de mejora conjuntos.
 - 11.1.1.3. Mejorar la percepción de CEX por APS
 - 11.1.1.4. Cooperación con Valdesoto y Carbayín Alto y Bajo.
 - 11.1.2. Actividades del contrato programa.
- 11.2. Normalizar la referencia de cirugía vascular con Cabueñes. Asimismo normalizar la referencia con cardiología cuando se establezca la referencia.
- 11.3. Coordinación con el Sanatorio Adaro.
- 11.4. Coordinación con el HUCA. Normalización de la derivación de TAC y de un proceso desde urgencias del HVN.

12. Mejorar el sistema de gestión.

- 12.1. Llevar a cabo el proyecto de mejora basado en la autoevaluación EFQM (Consejería de salud).
- 12.2. Avanzar en la implantación del proyecto Gestión por procesos.
- 12.3. Acreditación en base al modelo de la Joint Commission International (JCI).
- 12.4. ISO 9001: 2000.
 - 12.4.1. Área de suministros.
 - 12.4.2. Área de hemodiálisis.
 - 12.4.3. Gestión de residuos.
- 12.5. Comisiones abordan sus procesos sistemáticamente.
- 12.6. Mejorar la gestión de los laboratorios.
- 12.7. Certificar el sistema de gestión ambiental (SGA).
 - 12.7.1. Normalizar la gestión de residuos.
 - 12.7.2. Plan de acción en base a la evaluación ambiental.

13. Implantar un sistema de gestión de las personas

- 13.1. Seguridad y salud laboral.
- 13.2. Gestión del liderazgo: jefes y coordinadores.
- 13.3. Normalizar la descripción de puestos de trabajo (DPT).
- 13.4. Actualizar los expedientes de personal.
- 13.5. Desarrollo e implantación del plan de formación.
- 13.6. Implantar iniciativas de mejora de personal en grupos de mejora (gm).
- 13.7. Implantar un plan de acogida.
- 13.8. Gestión de la comunicación.
 - 13.8.1. Difundir Misión, visión y valores (MVV).
 - 13.8.2. Otras iniciativas. Intranet funciona y se actualiza.
- 13.9. Mejorar el proceso de contratación.

14. Implantar experiencias de gestión clínica en varias unidades del hospital.

- 14.1. Definir las unidades afectadas.
- 14.2. Autoevaluación.
- 14.3. Describir procesos e indicadores.
- 14.4. Objetivos.

15. Mejorar la docencia en el HVN.

- 15.1. Cumplir los estándares del modelo de acreditación docente MIR.
 - 15.1.1. Acreditación JCI.
 - 15.1.2. Normalizar el proceso docente MIR en el HVN.
- 15.2. Normalizar la docencia no MIR en el HVN.

16. Avanzar en el cumplimiento y garantía de los derechos de los pacientes.

- 16.1. Implantar un procedimiento de información a los acompañantes de los pacientes de urgencias.
- 16.2. Implantar un plan de actuación de confidencialidad.

VIII.- LOS PROYECTOS.

Con el fin de incrementar la efectividad de nuestra limitada capacidad de actuación, es preciso concentrarse en una serie de proyectos que contemplen los aspectos que han de producir mayor impacto en el conjunto de objetivos que nos hemos planteado. El no priorizar las iniciativas que acabamos de considerar puede dar lugar a que no se consigan avances significativos en ninguna de ellas. Puesto que, como hemos señalado al principio consideramos que se hayan interconectados los diferentes objetivos estratégicos, la actuación sobre uno de ellos repercutirá en el resto. Así pues, hemos definido diversos proyectos de los que debemos ocuparnos, con diferente grado de intensidad a lo largo del año en curso. Se mencionan aquí los estratégicos y de mejora. El resto se llevarían a cabo en base a la normalización o a la gestión cotidiana. En estos dos primeros grupos, el esfuerzo organizativo será mayor, afectando a uno o varios grupos de mejora cada uno de ellos.

1. Proyectos estratégicos.

- 1.1. Gestión por procesos.
- 1.2. Acreditación JCI.
- 1.3. Mejorar la percepción de CEX por parte de APS.
- 1.4. Liderazgo: jefes y coordinadores.

2. Proyectos de mejora.

- 2.1. Mejorar las demoras en LEQ.
- 2.2. Reducción de la estancia media.
- 2.3. Mejorar el flujo de pacientes en urgencias.
- 2.4. Grupos de mejora del ambiente de trabajo.
- 2.5. Prescripción de genéricos.
- 2.6. Accesibilidad en la atención al cáncer.
- 2.7. Demoras en radiología.
- 2.8. Tiempo de trombolisis.
- 2.9. Cumplimiento presupuestario.