

[← INICIO DE LA EVALUACIÓN](#)
[IMPRIMIR](#)

 MEMORIA EFQM
GASSO 2021

INFORMACIÓN CLAVE

HECHOS Y DATOS

Propósito de la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria (GASSO)

La GASSO tiene como propósito *atender las necesidades sanitarias de la población contribuyendo a que las personas desarrollen su proyecto de vida* *.

**Proyecto de vida: conjunto de expectativas, acciones y decisiones que la persona despliega a lo largo de su vida para alcanzar metas orientadas por valores personales.*

Misión

La GASSO tiene como misión atender de manera global e integrada las necesidades sanitarias de la población de la provincia de Soria, contribuyendo a promover, cuidar, recuperar y mejorar su salud con carácter de universalidad, equidad, eficiencia y accesibilidad y a formar a los futuros profesionales del sistema sanitario y generar conocimiento a la sociedad a través de su labor investigadora.

Visión

La GASSO es una organización que, ofreciendo servicios de atención sanitaria que cubran todas las necesidades de asistencia de nuestros ciudadanos de una manera integrada, participativa, centrada en la persona y la comunidad, aspira a ser líder por la excelencia de sus profesionales y resultados, orientada a la mejora continua y reconocida por la calidad de la asistencia y su aportación científica y docente, al mismo tiempo que sostenible y perdurable en el tiempo (ver Archivo **01. Conceptos**).

Sector de actividad

La GASSO es la institución sanitaria que, en el ámbito del Área de Salud de Soria, asume de forma integrada la gestión de los recursos, prestaciones, planes y programas de atención sanitaria en los niveles de atención primaria, atención especializada, atención socio-sanitaria y de protección de la salud. El acceso universal a la asistencia se recoge en el Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso al Sistema Nacional de Salud.

Tipo legal de entidad

La GASSO se creó por Decreto de la Junta de Castilla y León de 11 de noviembre de 2016 y sustituye a las anteriores Gerencias de Atención Primaria, Atención Especializada y Gerencia de Salud de Área y a la que, con carácter funcional, agrupaba a las dos primeras, desde 2011, como Gerencia Integrada de Soria.

Adscripción

La GASSO forma parte del Sistema Público de Salud de Castilla y León, SACYL, que comprende el conjunto de actuaciones y recursos públicos y privados, cuya finalidad es la promoción y protección de la salud en todos sus ámbitos, la prevención de la enfermedad, la asistencia sanitaria y la rehabilitación, todo ello bajo una perspectiva de asistencia sanitaria integral, como queda recogido en la Ley 8/2010, de 30 de agosto, de Ordenación del Sistema de Salud de Castilla y León.

La Gerencia Regional de Salud (GRS) es responsable de la función ejecutiva de planificar, organizar, dirigir, controlar y supervisar actividades sanitarias encaminadas a mejorar resultados en salud de la población, siendo algunas de las múltiples herramientas utilizadas para realizar esta tarea, la eficacia, la eficiencia y la efectividad, premisas a considerar ante toda nueva acción que se acometa en el sistema.

Ámbito de actividad (ver Archivo **02. Ámbito socio-demográfico**)

La GASSO desarrolla su actividad en el ámbito del Área de Salud de Soria, que coincide con la provincia, además de las localidades de: Hontoria del Pinar, Rabanera del Pinar, Navas del Pinar y Aldea del Pinar (Burgos) y Pozuel de Ariza y Pomer (Zaragoza).

La provincia de Soria presenta una superficie de 10.287 km² con una densidad de 8,70 habitantes/km², una de las menores de la Unión Europea que la califica como **desierto demográfico** (< 10 habitantes/km²). Predominan los municipios de pequeño tamaño, casi un 65% tienen menos de 100 habitantes. Hay dos municipios con más de 5.000 habitantes, Almazán y El Burgo de Osma, y la capital, Soria, que con 39.821 supone el 45% del total provincial. La esperanza de vida, en hombres como en mujeres, es superior a la media nacional, siendo en 2020 de 84,87 años en mujeres y 80,12 años en hombres.

Número de emplazamientos

La GASSO para desarrollar su tarea asistencial, según la Ley General de Sanidad de 14 de abril de 1986, cuenta:

- el Complejo Asistencial de Soria, integrado por los hospitales de Santa Bárbara y Virgen del Mirón, donde se presta la asistencia sanitaria tanto en hospitalización como en consultas externas y urgencias de toda el Área de Salud. Dispone además de los servicios quirúrgicos, de rehabilitación, salud mental y buena parte de los de apoyo al diagnóstico.
- el Área de Salud se estructura en 14 Zonas Básicas de Salud, marco territorial y poblacional donde se desarrollan las actividades de Atención Primaria. Cada una cuenta con un Centro de Salud y con 345 consultorios locales en los distintos núcleos poblacionales.
- La GASSO tiene su sede central en Hospital de Santa Bárbara (1ª planta), Paseo de Santa Bárbara s/n, 42005, Soria, teléfono 975234300, fax 975234305

Historia e hitos clave (ver Archivo **03. Historia e hitos clave**)

Es necesario reseñar el impacto que la situación excepcional que estamos viviendo, la pandemia por la COVID-19, ha tenido sobre nuestra prestación de servicios, sobre el cumplimiento de nuestros objetivos y sobre la salud global de nuestra población. La flexibilidad y la capacidad de adaptación de nuestros profesionales y unidades ante situaciones de incertidumbre ha sido extraordinaria y solo se puede explicar desde un modelo de descentralización de la toma de decisiones y de la integración asistencial, basado en la mejora y la transformación como queda recogido en el libro y obra de referencia "*COVID-19. Un año de pandemia en Soria*" cuyo autor es el Director de Gestión de la GASSO.

Grupos de interés clave

La GASSO considera los siguientes como grupos de interés clave a todas las personas y entidades que se ven, de manera directa o indirecta, afectadas por su actividad, la cual también se ve influenciada por ellos a la hora de tomar decisiones: clientes, personas, inversores/reguladores, sociedad y partners/proveedores, y los ponderamos mediante una matriz de poder / interés. El Archivo **04. Grupos de interés clave de la sociedad** muestra una ampliación de los grupos de interés clasificados mediante una tabla de priorización influencia / impacto / interés.

RETOS Y ESTRATEGIA

Retos estratégicos

Los retos estratégicos del nuevo ciclo de planificación que se iniciará en 2022 tienen continuidad con las líneas desarrolladas desde 2015, volviendo a reiniciar el camino o, al menos, acelerando el paso para recuperar el tiempo pasado:

- los resultados en salud y la orientación de toda la organización a la evaluación de los mismos y la definición de objetivos asistenciales claros que permitan aumentar la salud y calidad de vida de la población atendida.
- la participación de todos los agentes implicados en nuestros procesos asistenciales y muy especialmente usuarios y profesionales. La humanización de la asistencia y la comunicación interna y externa son elementos del desarrollo de estas estrategias.

- la calidad y eficiencia en todos nuestros procesos, minimizando y controlando las molestias y efectos indeseables, cubriendo todas las necesidades asistenciales de nuestros ciudadanos y manteniendo un esfuerzo de mejora continua que nos permita seguir siendo una organización comprometida con la excelencia.
- el desarrollo de la generación y transmisión del conocimiento, la innovación y la investigación que nos permita generar y atraer talento a nuestros centros y, en un futuro a corto o medio plazo, volver a recuperar la condición de hospital universitario, así como potenciar al máximo nuestra capacidad de formación especializada.

Modelo de negocio

Los servicios ofertados por la GASSO van en relación con el mercado, actual y futuro, y con su adaptación al ecosistema. Cada vez más los conceptos de necesidad y expectativa dejan paso al de experiencia del ciudadano. Por ello la GASSO pretende superar la compartimentación entre niveles asistenciales posibilitando la comunicación directa, la gestión compartida de procesos y la información a través de la historia clínica electrónica, con la calidad y la innovación como herramientas y el establecimiento de un nuevo modelo asistencial basado en integración asistencial y centrado en las patologías crónicas como expectativa de futuro y herramienta de sostenibilidad. Una muestra de ello ha sido el proceso de adaptación a la pandemia por COVID-19, tanto en atención primaria, hospitalaria y socio-sanitaria.

Gestión financiera (proceso *S.04.101 Contabilidad Financiera y Presupuestaria*)

El gasto total de la GASSO, en base a una clasificación de las principales áreas de gasto, es el que se refleja en el Archivo *05. Presupuesto ejecutado 2016-2020*. A lo largo de los últimos años, se venía produciendo un lento pero constante incremento del presupuesto ejecutado. En 2020 el crecimiento respecto del ejercicio anterior ha sido de más de 19 millones de € y un porcentaje del 13,54%. Obviamente, estos porcentajes no son habituales en los escenarios presupuestarios previos. Dos han sido las razones fundamentales de este importante crecimiento:

- el abono del grado IV del complemento de carrera profesional a los profesionales sanitarios ha supuesto un desembolso algo superior a los 9 millones de €.
- el gasto destinado a la pandemia COVID-19 ha afectado a todos los capítulos del presupuesto:
 - más 4,7 millones de € se han destinado a la contratación de personal y al pago de gratificaciones por los servicios extraordinarios prestados.
 - destacan otras partidas como material de laboratorio (2,6 millones de €), material sanitario (1,2 millones de €) o gasto extraordinario en inversiones (2 millones de €).

El Indicador Clave del Plan Anual de Gestión es el Balance asignación crédito / gasto, cuyo objetivo principal es ser < 100%.

Número de empleados y organización asistencial

La evolución y segmentación del número de trabajadores de la GASSO y la organización asistencial se reflejan en el Archivo *06. Profesionales y organización asistencial*.

El porcentaje de mujeres que realizan su actividad profesional en la GASSO, en 2020, es del 78,9% (en el equipo directivo del 33,3%) con un crecimiento mantenido en los puestos de libre designación.

Objetivos corporativos clave

Los objetivos corporativos clave de la GASSO en los que se apoya el Propósito y la consecución de la Visión se han definido como:

- consolidar una política presupuestaria y de recursos humanos que garantice la eficiencia y la calidad.
- mejorar la atención y la coordinación con el resto de los ámbitos asistenciales, servicios e instituciones.
- reforzar la orientación comunitaria, la promoción de la salud y la prevención.
- potenciar el uso de las tecnologías de la información y la comunicación.
- impulsar la formación y la investigación.

Las Debilidades - Amenazas - Fortalezas - Oportunidades (DAFO)

Tras la evaluación, en 2021, del Plan Estratégico 2015-2020 y de cara a desarrollar el Plan Estratégico 2022-2024, se realiza un análisis de la organización segmentado por Grupos de Interés clave mediante la herramienta DAFO (ver Archivo *07. DAFO segmentado por grupos de interés*) en la que se recogen los principales resultados, que son la base para el desarrollo de los ejes estratégicos *Sostenibilidad y solvencia, Participación de los grupos de interés, Modelo de relaciones profesionales, Transformación y Una gerencia para un proyecto vital*.

Los factores claves de éxito y de la ventaja competitiva

Los factores claves de éxito son los elementos que distinguen a la GASSO y le permiten alcanzar sus objetivos. Podemos distinguir los reconocidos por la GASSO y por la sociedad, no siempre coincidentes (ver Archivo *Factores clave de éxito*). La ventaja competitiva guarda una relación con el concepto de valor y transformación (ver Archivo *08. Propuesta de valor: modelo de Notre Dame*). En nuestro caso, frente a criterios de bajo coste o de segmentación, se opta por la diferenciación en el servicio por medio de:

- el desarrollo de las personas mediante la gestión del conocimiento como inversión de futuro.
- la experiencia de las personas y los usuarios como base de fidelización.
- la cultura de la organización como herramienta de cambio y transformación.
- la calidad asistencial y la mejora continua como instrumentos para la satisfacción del ciudadano y del profesional.

OPERACIONES, PARTNERS Y PROVEEDORES

Organigrama directivo de la GASSO

El Organigrama directivo de la GASSO persigue la integración asistencial y organizativa, aumentando la capacidad resolutoria en Atención Primaria, los rendimientos en Atención Hospitalaria y la percepción del paciente de que la atención sanitaria en Soria es un todo al servicio de sus necesidades de salud. Se estructura con carácter funcional y horizontal, hasta que defina la GRS su estructura periférica (ver Archivo *012. Organigrama directivo*).

Organización asistencial

El Catálogo de Unidades (ver el Archivo *6. Profesionales*) que componen la GASSO recoge su estructura directiva, los profesionales que las integran, su tipo (asistencial/central/apoyo/mixta), su oferta de servicios y, en el caso de unidades grandes, si tienen en su seno unidades funcionales para actividades concretas.

En el ámbito de la Atención Primaria, las unidades asistenciales se denominan Equipos de Atención Primaria (EAP) y las de apoyo técnico a las asistenciales "Unidades de Apoyo". En Atención Especializada, las unidades que atienden a los pacientes/usuarios se denominan "Servicios", siendo estos de tres tipos:

- Asistenciales, prestando directamente la asistencia al cliente.
- Centrales, que realizan pruebas diagnósticas para todos los Servicios y EAP.
- De Apoyo, con apoyo técnico específico a los Servicios.

En cuanto a las unidades sin atención directa tenemos:

- Organizativas, con apoyo administrativo al resto.
- Centrales o de apoyo no asistenciales, que prestan servicios específicos de mantenimiento de infraestructuras o apoyo técnico a servicios centrales.

Principales funciones de la GASSO

La actuación social para prevenir enfermedades, prolongar la vida y promover la salud incluye tanto la minimización, o eliminación, de los comportamientos dañinos y las influencias perjudiciales de factores medioambientales y sociales, como la prestación de servicios sanitarios eficientes lleva a la necesidad de comprender y, si es posible, de compartir el concepto de *Creación de Valor Público*: un bien público se define como aquel tipo de bien disponible para todos y cuyo uso por parte de una persona no sustrae de su uso por parte de otros, es decir, el coste marginal de compartir el bien es cero. La eficiencia social pasa por producir al menor coste social aquellos bienes y servicios que más valora la sociedad.

El servicio que presta la GASSO, la función principal de sus intervenciones, es aumentar, restablecer y mantener la salud, disminuir los factores de riesgo y limitar las consecuencias de las enfermedades. Otras funciones derivadas son su contribución a la economía local, a la redistribución de la riqueza, a la igualdad de género y al desarrollo de las personas.

Recursos y activos clave

La Gerencia en el Área de Salud, tiene adscritos un total de 16 edificios, con un valor catastral de 53.351.031,62 €, además de 345 consultorios locales de titularidad municipal. La 2ª fase de las Obras de ampliación y reforma del Hospital Santa Bárbara tienen un presupuesto 27.191.710,48 € (IVA incluido) y un periodo de ejecución de 48 meses.

El Plan Anual de Inversiones de la GASSO está sometido a unos Criterios de Priorización a los que se expone cada una de las solicitudes recibidas, comunicadas o conocidas por la Dirección de Gestión.

El servicio de mantenimiento realiza actividades preventivas, de mejora, correctivas y legales. Su actividad se registra mediante la plataforma informática MANSIS (*Proceso S.05.102 Mantenimiento de Instalaciones y Equipos*).

Partners y proveedores clave

Para mejorar la asistencia y alcanzar su Visión, la GASSO identifica de forma sistemática las oportunidades para establecer alianzas con otras organizaciones (sanitarias o no) y con proveedores para el desarrollo y ejecución más eficiente de su estrategia, bajo criterios de beneficio mutuo (*win-win*) y de creación de sinergias positivas, optimizando recursos y evitando duplicidades.

Las *alianzas* se explicitan como relaciones duraderas en el tiempo que crean y comparten valor añadido y los *acuerdos* se dirigen a realizar actividades conjuntas específicas limitadas en el tiempo. Las alianzas se revisan y mejoran (*proceso E.05.102 Alianzas Externas*).

Los *proveedores* se evalúan anualmente estableciéndose criterios de proveedores clave y mecanismos de reconocimiento a través de los Premios Institucionales Anuales a Proveedores y Aliados, desde 2017.

Alianzas estratégicas

La GASSO considera alianza estratégica al marco de colaboración estable con otras organizaciones que persiguen unos objetivos comunes, a través de la realización de acciones conjuntas que implican intercambiar, compartir y/o generar recursos y/o capacidades. Estas alianzas actúan como instrumento para desarrollar alguna de las líneas establecidas en el Plan Estratégico de la GASSO.

Sociedad

a. Impacto de la GASSO en la sociedad:

- Proporciona empleo, con carácter directo o indirecto, a más del 5% de la población activa de la provincia de Soria y representa aproximadamente el 7% de su Producto Interior Bruto (PIB), lo que hace que juegue un importante papel en la economía provincial y en su sostenibilidad.
- Para ofertar toda la atención sanitaria que precisa la población, los servicios hospitalarios que oferta la GASSO deben ser completados con los de los Hospitales de referencia de la Comunidad.
- El ámbito laboral es multiprofesional, incluyendo facultativos especialistas, odontólogos, psicólogos, diplomados y graduados en enfermería, fisioterapia y trabajo social, técnicos sanitarios superiores, administrativos y personal de servicios.

b. Cómo la sociedad afecta a la GASSO, especialmente en la gestión de recursos.

- Demanda social creciente.
- Aparición de nuevas patologías.
- Dispersión geográfica
- Envejecimiento (ver Archivo 2. *Ámbito socio-demográfico*): el envejecimiento activo es una herramienta internacional para desarrollar actividades relacionadas con el envejecimiento que incluye empleo, participación social, vida independiente, saludable y segura, y capacidad y entornos apropiados para un envejecimiento activo, en población de 55 años o más. En 2018 en Soria era del 42,5, en Castilla y León del 39,6, en España del 33,6 y en Europa del 35,7.
- Cronicidad: supone la puesta en marcha de un nuevo modelo de atención, con la implantación de la Unidad Hospitalaria del Paciente Crónico Pluripatológico Complejo (2012) y se acredita en el Servicio de atención a la persona con patología crónica compleja en la Cartera de Atención Primaria (2019).

MERCADO, CLIENTES Y PRODUCTOS, SERVICIOS Y SOLUCIONES

Mercados actuales y futuros

Los servicios sanitarios públicos están relativamente protegidos de la competencia y cualquier reforma tiene importantes repercusiones redistributivas entre profesionales, usuarios, industria proveedora del sector y ciudadanos (concepto de paciente cautivo).

La GASSO presta servicios a toda la sociedad y su mercado actual y futuro es la población asignada. En Soria sus principales características son:

- la dispersión geográfica: la atención en zonas rurales, la España vaciada, supone para las intenciones de la GASSO de ofrecer servicios de cercanía, un elevado sobrecoste en profesionales y medios.
- el envejecimiento de la población, resultado de una esperanza de vida más larga y de la disminución de la natalidad, multiplica los problemas de accesibilidad y determina la colaboración socio-sanitaria. El porcentaje de mayores de 65 años, en los próximos 15 años, pasará del 25,4% al 32%.
- la despoblación (desierto demográfico)
- el paciente crónico pluripatológico complejo: supone actuaciones, centradas en un nuevo modelo de atención que intenta reorientar la asistencia de forma que permita adecuar la actividad dirigida a un colectivo con un importante consumo de recursos (generan el 70% del gasto sanitario), debido al aumento de la demanda de atención sanitaria y el incremento de la prevalencia de patologías crónicas.

La GASSO ofrece docencia especializada y cuenta con seis Servicios Docentes: Medicina Familiar y Comunitaria, Medicina Interna, Medicina Intensiva, Urología, Medicina del Trabajo y Salud Mental. Están previstos Otorrinolaringología, Radiodiagnóstico, Pediatría, Geriátrica, Cirugía General y Medicina Preventiva.

Segmentos de clientes y oferta de servicios

La actividad de la GASSO se dirige a toda la población del Área de Soria, actual y futura, al ser la organización pública que asume de forma integrada la gestión de los recursos, prestaciones, planes y programas de atención sanitaria en la provincia de Soria

Las prestaciones sanitarias se establecen por la Consejería de Sanidad, competente en esta materia, a través del Sistema Público de Salud de Castilla y León, garantizando a los ciudadanos la equidad y accesibilidad, tanto hospitalarios como de atención primaria y de urgencia. La oferta se explicita en las Carteras de Servicios, tanto de Atención Primaria (ver Archivo 09. *Cartera de Servicios de Atención Primaria. 2019*) como de Atención Hospitalaria (similar a la de los hospitales del Grupo II de Sacyl) y se centran en actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, dirigidas a fomentar, restaurar o mejorar la salud de las personas en apoyo a su proyecto vital. El Complejo Asistencial de Soria tiene instaladas 319 camas, 8 quirófanos y 4 paritorios.

Dada la evolución sociodemográfica, paradigma de la España vaciada (disminución de la población, envejecimiento y dispersión) y las necesidades y expectativas detectadas, la GASSO para ofrecer sus servicios segmenta a los pacientes, como también lo hacen las carteras de servicios, utilizando un sistema de severidad mediante *Clinical Risk Groups (CRG)* en el que se ponderan la gravedad, la comorbilidad, el uso de servicios sanitarios y el consumo de recursos. Los pacientes se estratifican en 4 en categorías mutuamente excluyentes (ver archivo 010. *Clasificación de usuarios. Clinical Risk Groups*)

- **G0:** sanos, no usuarios o procesos agudos no significativos.
- **G1:** pacientes con una enfermedad inicial – estable.
- **G2:** pacientes crónicos pluripatológicos enfermedad avanzada – estables.
- **G3:** pacientes crónicos pluripatológicos complejos.

Demandas de la sociedad a la GASSO

Los resultados del cuestionario propuesto de forma sistemática los vocales de los Consejos de Salud, como grupo focal, nos permiten clasificar las principales demandas que la sociedad solicita de la GASSO y sus variaciones en el tiempo. Cómo en la mayoría de los estudios realizados sobre este tema, los conceptos de eficiencia y sostenibilidad, financiera y ambiental, son por los que manifiestan un menor interés los encuestados (ver Archivo 011. *Demandas sociales*)

Es fundamental que los ciudadanos sepan que el sistema sanitario es una ayuda en tiempo de enfermedad, pero que no es inocuo. Es socialmente deseable asumir un uso prudente de la sanidad y acudir a ella lo mínimo imprescindible. Disponer de profesionales de confianza que puedan guiar y ayudar a hacer un uso prudente de los servicios sanitarios tiene cada día mayor importancia. Por eso es básico cuidarlos y acudir a ellos solo cuando es realmente necesario.

Listado de los competidores principales

La GASSO ha sido, hasta 2021, la única organización sanitaria prestadora de servicios en la provincia de Soria. Al ser una organización pública más que competidores directos tiene aliados con los que trabajar en red para proporcionar a los ciudadanos todos los servicios que precisan.

Internamente, formando parte del Sistema Público de Salud de Castilla y León, las GASSO se apoya para ofrecer aquellos servicios no incluidos en su cartera en los Hospitales de Burgos y León. Reseñar que para hacer frente a las demandas asistenciales provocadas por la pandemia COVID-19 los hospitales de Castilla y León han

trabajado en red (en especial a nivel de Unidades de Cuidados Intensivos y Laboratorio).

ESTRUCTURA Y ACTIVIDADES DE GESTIÓN

Estructura de gobierno corporativo

EL gobierno corporativo es el conjunto de normas, principios y procedimientos que regulan la estructura y el funcionamiento de la GASSO. Establece las relaciones y estipula las reglas por las que se rige el proceso de toma de decisiones que alineadas con la estrategia proponen la generación de valor. La estructura básica de la GASSO corresponde, entre otras, a la Comisión de Dirección, la Junta de Personal, la Junta Técnico Asistencial, la Comisión Mixta, el Consejo de Gestión de Atención Primaria, las Comisiones y Comités (18), las estructuras de apoyo y los órganos de participación de los ciudadanos. Intervienen en estas estructuras, en 2020, un total de 192 personas que representan aproximadamente un 10% de los trabajadores de la GASSO (ver archivo **013. Gobierno corporativo**)

La GASSO diseña e implanta un *cluster funcional* integrado por la Unidad de Apoyo a la Investigación, la Comisión de Nuevas Tecnologías, la Comisión de Docencia, la Comisión de Formación y de Innovación, denominado IDIGES, cuya funcional principal consiste en fomentar la investigación, la innovación y la gestión del conocimiento. En la ampliación del Hospital de Santa Bárbara este *cluster* cuenta con un espacio integrado propio, de unos 200 m², donde desarrollar sus actividades (ver **Archivo 014. Gestión del conocimiento**).

Planificación estratégica (ver Archivo **1. Conceptos**)

Podemos establecer una planificación a corto y a largo plazo:

- Corto plazo:
 - Plan Anual de Gestión: líneas de actividad, con objetivos e indicadores, que la GRS y la GASSO acuerdan para hacer efectivos los compromisos que, en materia de atención sanitaria, ha establecido la Junta de Castilla y León con la ciudadanía.
 - Pacto de Objetivos: líneas de actividad anuales que la GASSO acuerda con sus Unidades Asistenciales, de acuerdo con su organización, para alcanzar los objetivos de su Plan Estratégico y su Plan Anual de Gestión.
- Largo plazo:
 - Plan estratégico: es el documento en el que se plasma el programa de actuación de la GASSO para alcanzar su visión y convertir los proyectos en acciones a través de líneas estratégicas, metas, objetivos e indicadores. Tras las revisiones anuales para evaluar su seguimiento y realizar las adaptaciones pertinentes en 2021 se lleva a cabo la evaluación final del III Plan Estratégico 2015-2020 y se inicia el proceso para definir el IV Plan Estratégico 2022-2024. Esta reducción de la perspectiva temporal del Plan se debe a las características cambiantes, especialmente, del entorno (VUCA, BANI) que supone un ejercicio ágil de adaptación.

Gestión del rendimiento

La GASSO tiene como herramientas para mejorar su rendimiento el realizar su actividad mediante procesos asistenciales integrados, el *benchmarking ágil*, las buenas prácticas y la mejora continua

Las palancas que precisamos activar para que la GASSO se desarrolle y evolucione de manera continua, adaptándose de forma proactiva y no forzada, como con la pandemia, a un entorno que sabemos siempre cambiante son:

- el liderazgo, apostando por un liderazgo dual al armonizar las necesidades de la organización con las de las personas
- el funcionamiento y la transformación, diseñando una organización, un modelo de gestión y un entorno de trabajo colaborativo y centrado en la persona.
- la capacidad de compartir, generando una cultura organizacional sinérgica, conectada y diversa, entendida como la forma de pensar y hacer las cosas compartida por las personas.
- suscitar experiencias, atendiendo al propósito y a las sensaciones para alcanzar la mejor experiencia en la relación con los grupos de interés.

La pandemia por COVID-19 (ver Archivo **015. La COVID-19 en el Área de Salud de Soria**)

Es necesario destacar el impacto que la situación excepcional que se está viviendo, a causa de la pandemia por COVID-19, tiene sobre la asistencia sanitaria de la GASSO, en el cumplimiento de sus objetivos y en la salud de la población y de los profesionales.

Aunque todo se ha ralentizado, no se ha dejado de trabajar en las estrategias, es más, éstas han sido pilares fundamentales para poder afrontar la pandemia. Se han perdido actividades, además de desafortunadamente muchas vidas, pero también se ha aprendido y se han adquirido nuevas fortalezas que en el futuro aportarán valor a la actividad y al bienestar de los ciudadanos. Los objetivos y resultados de la GASSO no han sido los inicialmente previstos, por tanto es difícil compararlos con los de años anteriores, sin embargo, han sido razonables en el entorno en que se han producido. Se ha crecido en estructura y recursos, tanto humanos como materiales, para adaptarse a la pandemia, pero también para aumentar la capacidad asistencial. Conceptos como la vigilancia epidemiológica, los rastreos y cribados, las nuevas estrategias de vacunación, las nuevas formas de asistencia no presencial o el refuerzo de unidades básicas para atender situaciones extraordinarias, van a persistir y van a aportar una mayor capacidad operativa a la organización.

Nunca se logrará agradecer lo bastante a los profesionales, a toda la sociedad soriana y a las innumerables personas que han ayudado, su abnegado esfuerzo para vencer a la pandemia y controlar y minimizar sus efectos, pero también a mantener un sistema sanitario y una asistencia que es pieza clave para sostener nuestro estado de bienestar y minimizar los desequilibrios socio-económicos.

PROPÓSITO, VISIÓN Y ESTRATEGIA

RESUMEN

criterio 1. Propósito, visión y estrategia (ver Archivo *1.1 Diagrama de relaciones del Criterio 1*)

La Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria (GASSO) ofrece una atención coordinada a través de un continuo de prestaciones a una población definida (Área de Soria) y se responsabiliza de los costes y de los resultados en salud en dichas personas.

Para definir su propósito, el equipo directivo de la GASSO se remite más al concepto de "¿para qué?" que al de "¿por qué?"; ya que el último se identifica más con las razones por las que la organización comenzó históricamente, mientras que el primero nos hace pensar en la función de utilidad que cumple la GASSO en el contexto de su ecosistema actual y más alineado con lo que entendemos por propósito. El Propósito de la GASSO se transmite a los vocales de los Consejos de Salud de Zona, órgano de participación de los ciudadanos en el Sistema de Salud de Castilla y León, como grupo focal en representación de la sociedad. El fin último del propósito de la GASSO es ejercer de motor social actuando en el ámbito de la salud.

La Misión y la Visión de la GASSO, revisados en 2018, se comunican a los grupos de interés mediante paneles, Boletín Informativo, Consejos de Salud y Memoria Anual que se incluye en la intranet de la GASSO y en su página web (<http://www.sanidadSORIA.es/>). Seguimos manteniendo el concepto de Misión entre nuestros criterios organizativos ya que recoge lo fundamental de nuestra actividad. La declaración de misión de la GASSO es cómo cumplir su propósito. Es una declaración escrita del enfoque actual que puede verse modificada con el paso del tiempo y con los cambios en el ecosistema. La misión establece el "Cómo" y "Para quién" realizar una tarea. La meta de la Visión es alcanzar resultados destacados en los grupos de interés clave de nuestro ecosistema, mediante la capacidad clínica, la docencia-formación y la investigación.

En el ámbito de las organizaciones, el término ecosistema (ver Archivo *1.2 Ecosistema y características de los servicios de la GASSO*) es usado por primera vez por Moore (1993) que propone que para entender mejor el planteamiento estratégico y afrontar los retos de innovación y transformación, las organizaciones sean consideradas como miembros de un universo de relaciones tendentes a la creación conjunta de valor sostenible. En la GASSO se ha estructurado el ecosistema por grupos de interés clave (clientes, personas, inversores/reguladores, sociedad y partners/proveedores), ámbito y megatendencias, tanto sociales como tecnológicas (ver Archivo *1.3 Megatendencias*) y se recoge de ellos información sistemática para posibilitar la adaptación a los cambios. Las megatendencias influyen en la GASSO de forma principal en su estrategia, y de forma más tangencial en su visión y en su propósito. El componente de Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) incluido en la megatendencias se analiza mediante una matriz de materialidad, con las prioritizaciones de la GASSO y la sociedad en sus ejes (ver Archivo *1.4 Objetivos de desarrollo sostenible. Matriz de materialidad*)

Los grupos de interés clave tienen una incidencia variable en la capacidad de la organización para alcanzar su propósito. Para su valoración hemos combinado 2 matrices: una de interés/poder/actitud y otra de influencia, impacto y disposición (ver Archivo *3.2 Ponderación de los grupos de interés clave*). En coincidencia con la planificación estratégica se realiza un análisis del entorno externo de la organización que nos permite identificar cambios en la intensidad de las relaciones que pudieran afectar a dicha valoración. Las necesidades y expectativas actuales y futuras de los grupos de interés clave se identifican de forma sistemática y segmentada mediante diversos instrumentos complementarios entre los que destacan el contacto personal directo, las encuestas, las reclamaciones y sugerencias, la identificación de la experiencia o las comisiones. De sus resultados se obtiene información básica para el desarrollo por parte de la GASSO de nuevas prestaciones, procesos o servicios alineados con los las percepciones de los grupos de interés.

La planificación estratégica es la herramienta de gestión que utiliza la GASSO para conocer, analizar, reflexionar y tomar decisiones sobre sus objetivos y el enfoque de sus actividades futuras para alcanzar la Visión, adaptándose a los cambios y las demandas de su entorno. La estrategia define cómo alcanzar la visión de la organización. En 2021 se ha realizado la evaluación final del Plan Estratégico 2015-2020, cuyos resultados sobre múltiples objetivos han sido condicionados por la transformación, reactiva y proactiva, de la actividad de la GASSO en relación con la pandemia por Covid-19. Este necesario reajuste va a dar paso a un nuevo Plan Estratégico 2022-2024 más condicionado, aún si cabe, por evolución de la características de un entorno VUCA (volatilidad, incertidumbre, complejidad y ambigüedad) a las de un entorno BANI (quebradizo, ansioso, no lineal e incomprensible) mucho más imprevisible. No obstante y como puntos de referencia se siguen manteniendo como ejes transversales de nuestra actuación la sostenibilidad (en su triple vertiente financiera, social y ambiental), la descentralización de la gestión, la gestión por procesos, la mejora continua y la gestión del conocimiento. El análisis de la situación actual de la GASSO se realiza mediante un DAFO (debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades) segmentado por grupos de interés como garante de una visión holística, que no busca tanto una referencia interna/externa sino preferentemente de interrelación, y que sirve de argumento inicial para la planificación estratégica.

El sistema de gestión de la GASSO es el conjunto de elementos vinculados (estructuras, funciones, recursos y herramientas) adecuados al logro de sus objetivos. Incluye, entre otros el organigrama, la relación de puestos de trabajo, los comités de dirección, las comisiones, la cartera de servicios, los procesos, los protocolos, los sistemas de información y la tecnología. En nuestro ámbito sanitario público el Plan Anual de Gestión, los Pactos de Objetivos y el Plan Estratégico son las principales referencias en relación al sistema de gestión, junto con el Modelo EFQM (ver Archivo *1.5 Sistema de Gestión*).

1.1: DEFINIR EL PROPÓSITO Y LA VISIÓN

1 LO QUE HACEMOS (ENFOQUE)

1.1.1 Por qué la GASSO hace lo que hace

La GASSO define su Propósito como "Atender las necesidades sanitarias de la población contribuyendo a que las personas desarrollen su proyecto de vida". Se entiende por proyecto de vida al conjunto de expectativas, acciones y decisiones que la persona despliega a lo largo de su vida para alcanzar sus metas orientadas por los valores personales. Los profesionales informan y proponen a la persona las intervenciones que la evidencia científica y su competencia profesional estiman como más convenientes, pero es la persona quien toma las decisiones según su proyecto de vida.

1 CÓMO LO HACEMOS (DESPLIEGUE)

El Propósito se concreta mediante una técnica Delphi de consenso entre los miembros del equipo directivo, teniendo en cuenta, para formular la propuesta inicial con diferentes opciones, los valores y la cultura organizacional con la incorporación de la opinión los vocales de los Consejos de Salud de Zona, órgano de participación de los ciudadanos en representación de la sociedad. El Propósito es una creencia y explica por qué la actividad de la GASSO es importante, establece la base para proporcionar valor a los grupos de interés y fija su impacto en el ecosistema en el que se desarrolla.

1 CÓMO Y CUÁNDO LO REVISAMOS (EVALUACIÓN, REVISIÓN Y MEJORA)

La declaración del Propósito, que articula el concepto de para qué existe la GASSO y le proporciona la motivación para lograr sus objetivos, ha sido concretada en 2021 y permanece hasta el final, con independencia de los servicios que pueda ofrecer en un futuro la GASSO. El Propósito es una constante que debe repetirse en todo lo que la organización dice y hace, por lo que sus servicios y objetivos deben ser la prueba fehaciente de aquello en lo que la GASSO cree y desarrolla.

1 CÓMO LO DEMOSTRAMOS (EVIDENCIAS)

Sistemática para la definición del propósito de la GASSO:

- encuesta de opinión al grupo focal compuesto por los vocales de los Consejos de Salud de Zona como representantes de la sociedad (ver Archivo **1.1.1 El Propósito según los representantes de la sociedad**)
- técnica Delphi en el equipo directivo.
- decisión final por parte del Director/ Gerente de la GASSO.

1 RESPONSABLE

Director / Gerente de la GASSO, oído el equipo directivo y valorada la opinión de la sociedad.

1 LINKS EFQM

- 1.1: Definir el propósito y la visión
2.4: Unirse y comprometerse en torno a un propósito, visión y estrategia
4.4: Diseñar e implantar la experiencia global

2 LO QUE HACEMOS (ENFOQUE)

1.1.2 Una Visión motivadora y consolidada hacia la que la GASSO avanza de forma sostenida

La GASSO aspira a ser "*líder por la excelencia de sus profesionales y resultados, orientada a la mejora continua y reconocida por la calidad de la asistencia y su aportación científica y docente, al mismo tiempo que sostenible y perdurable en el tiempo*". Esta Visión describe lo que la GASSO trata de alcanzar en el largo plazo, sirve de guía para seleccionar las líneas de actuación actuales y futuras y proporciona, junto con el propósito, las bases para establecer la estrategia.

2 CÓMO LO HACEMOS (DESPLIEGUE)

Tras la integración de las Gerencias de Atención Primaria y Atención Hospitalaria, en 2012, se redefinió la Visión, facilitándose la participación activa de los profesionales y, tras su aprobación, se difundió a los grupos de interés a través de las Memorias Anuales de la GASSO incluidas en la intranet y en la página web, de los Boletines Informativos y mediante paneles gráficos. El avance hacia la visión se manifiesta a través de las actividades recogidas en el Plan Estratégico 2015-2020 y en el futuro marco de estrategia que desarrolla la GASSO.

2 CÓMO Y CUÁNDO LO REVISAMOS (EVALUACIÓN, REVISIÓN Y MEJORA)

La Visión se revisa antes de cada evaluación según el modelo EFQM (2014, 2016, 2018 y 2021). En 2018 se realiza una encuesta entre los profesionales de la GASSO con el objetivo de averiguar el conocimiento general de la Misión y Visión, y si su declaración era compartida, resultando que conocen la Visión un 97% de los profesionales y la comparten un 87% de los mismos.

2 CÓMO LO DEMOSTRAMOS (EVIDENCIAS)

La GASSO comunica la Visión a través de su difusión en los Planes Estratégicos, las Memorias Anuales y el Boletín Informativo (a los que se puede acceder desde la intranet de la GASSO (<http://soria.sacyl.es/>) y desde su página web (<http://www.sanidadsoria.es/Home/Biblioteca>). También se difunde mediante paneles gráficos situados en los diferentes espacios de la GASSO con amplio acceso a profesionales, pacientes y acompañantes (ver Archivo **1.1.2 Visión motivadora y consolidada**)

2 RESPONSABLE

Director / Gerente de la GASSO, oído el equipo directivo y valorada la opinión de los profesionales.

2 LINKS EFQM

- 1.1: Definir el propósito y la visión
1.3: Comprender el ecosistema, las capacidades propias y los principales retos
1.4: Desarrollar la estrategia
2.4: Unirse y comprometerse en torno a un propósito, visión y estrategia

3 LO QUE HACEMOS (ENFOQUE)

1.1.3 Áreas de actividad que impulsan a la GASSO hacia su Visión

La GASSO identifica las áreas de actividad donde deben obtenerse resultados sobresalientes para poder dar respuesta a su propósito y a su visión, de acuerdo con su propuesta de valor. Estas áreas de actividad son las que conforman los ejes transversales de actividad de la GASSO, y que junto con los retos de su ecosistema, se desarrollan en sus Planes Estratégicos, herramienta dirigida a alcanzar la Visión. Los cuadros de mandos a los que accede el equipo directivo reflejan la tendencia en la consecución de los objetivos.

3 CÓMO LO HACEMOS (DESPLIEGUE)

Las áreas de actividad que permiten avanzar a la GASSO hacia su Visión son el resultado de los retos derivados de su interacción con el entorno mediante un análisis DAFO (segmentado por grupos de interés), del estudio de los resultados del Plan Estratégico 2015-2020 y del desarrollo del Plan Anual de Gestión, cuyo fin es la optimización de los recursos y la mejora continua. Las áreas de actividad prioritarias no flexibles y pueden variar dependiendo, entre otros parámetros, de los resultados de actividad de la GASSO, de las necesidades de los usuarios y de la evolución de las megatendencias.

3 CÓMO Y CUÁNDO LO REVISAMOS (EVALUACIÓN, REVISIÓN Y MEJORA)

La pertinencia en el tiempo de las áreas de actividad prioritarias se revisa a corto plazo con la orientación del Plan Anual de Gestión (cumplimiento presupuestario, efectividad, equidad, accesibilidad, eficiencia, paciente activo y viabilidad) y el seguimiento anual del Plan Estratégico (modelo asistencial integrado, accesibilidad, universalidad, equidad, eficiencia, calidad y seguridad del paciente, desarrollo profesional, participación y motivación de los profesionales, participación comunitaria, sostenibilidad, innovación y desarrollo). Y a medio plazo con un análisis DAFO que precede a cada nuevo desarrollo estratégico.

3 CÓMO LO DEMOSTRAMOS (EVIDENCIAS)

En el Archivo **1.1.3 Áreas de actividad. Alineamiento de los ejes transversales y los retos con la planificación** se describe el *continuum* de los ejes transversales en los que la GASSO basa su actividad y desarrollo (integración asistencial, gestión por procesos, descentralización de la gestión, mejora continua, sostenibilidad en su triple vertiente financiera, social y ambiental y gestión del conocimiento) y los retos (gestión de las expectativas sociales, gestión de las personas, gestión de las tecnología emergentes, condicionantes económicos, condicionantes de salud, condicionantes medioambientales) con las líneas estratégicas pasadas y futuras.

3 RESPONSABLE

Director / Gerente de la GASSO, oído el equipo directivo

3 LINKS EFQM

- 1.1: Definir el propósito y la visión
- 1.3: Comprender el ecosistema, las capacidades propias y los principales retos
- 1.4: Desarrollar la estrategia

1.2: IDENTIFICAR Y ENTENDER LAS NECESIDADES DE LOS GRUPOS DE INTERÉS

1 LO QUE HACEMOS (ENFOQUE)

1.2.1 La GASSO reconoce a sus grupos de interés clave

La GASSO reconoce a los grupos de interés de su ecosistema, que incluyen cualquier grupo o individuo que puede afectar o estar afectado por el logro del propósito de la organización (ver Archivo **1.2 Ecosistema y características de los servicios de la GASSO**) y manifiesta a los que considera clave para la toma de decisiones y la planificación estratégica. De este análisis surge un sistema de escucha activa, diálogo real, objetivos y mecanismos para su seguimiento y análisis en cada uno de los grupos.

1 CÓMO LO HACEMOS (DESPLIEGUE)

La identificación de los grupos de interés clave se realiza según dimensiones concretas como responsabilidad, poder, interés, dependencia o representación. Identificamos a los grupos de interés con mayor impacto en el logro de objetivos y a los más afectados por nuestras actividades utilizando la matriz poder/interés de Gardner (ver Archivo **1.2.1 Grupos de interés**), orientada a clasificar a los grupos de interés según "poder que poseen" y "grado de interés", y añadimos como innovación y alineación con nuestros valores, el concepto "actitud"

1 CÓMO Y CUÁNDO LO REVISAMOS (EVALUACIÓN, REVISIÓN Y MEJORA)

La matriz de grupos de interés y de temas relevantes no es inmutable. El entorno BANI (*Brittle, Anxious, Non-linear e Incomprehensible*) en el que nos encontramos obliga a una reflexión íntimamente relacionada con las megatendencias (ver Archivo **1.3 Megatendencias**). Por ello la GASSO realiza un estudio de sus grupos de interés clave antes de cada ciclo de planificación estratégica y de los temas de interés con la evaluación anual del Plan Estratégico, los Pactos de Objetivos o aquellas situaciones disruptivas que así lo requieren (por ejemplo las actividades relacionadas con las personas institucionalizadas durante la pandemia).

1 CÓMO LO DEMOSTRAMOS (EVIDENCIAS)

La GASSO ha implantado una sistemática consistente en el tiempo, iniciada en 2017, para la detección de los grupos de interés clave o principales modificando incluso, para dotarla de una mayor representatividad de los valores de la organización, la matriz de Gardner. Se actualizan, en relación con las necesidades cambiantes del entorno, los temas de interacción relevantes GASSO-grupos de interés en un intento de ofrecer los mejores y más actualizados servicios. Para ello se han redefinido en 2020 los grupos de interés clave, el ecosistema y las megatendencias.

1 RESPONSABLE

Equipo directivo (ver Archivo **012. Organigrama directivo**)

1 LINKS EFQM

- 1.2: Identificar y entender las necesidades de los grupos de interés
- 1.3: Comprender el ecosistema, las capacidades propias y los principales retos
- 1.4: Desarrollar la estrategia
- 2.2: Crear las condiciones para hacer realidad el cambio

2 LO QUE HACEMOS (ENFOQUE)

1.2.2. Tipo de relación de la GASSO con sus grupos de interés clave

La GASSO se relaciona con distintos grupos de interés y dicha relación es clave para desarrollar sus procesos de planificación estratégica. Abarca a una gran variedad de actores que van desde los inversores, los empleados, los proveedores o los clientes (con intereses directos) a las administraciones públicas. Parece razonable pensar que la relación de la organización con cada uno de sus grupos de interés no sea el mismo. Las relaciones se conciben como un legítimo espacio de influencia, e incluso participación, en la esfera del gobierno corporativo.

2 CÓMO LO HACEMOS (DESPLIEGUE)

La GASSO determina la relación que debe mantener con sus grupos de interés clave basándose en la *matriz interés/poder de Gardner*. Clasifica una relación satisfactoria según las variables "poder que poseen" y "grado de interés para la GASSO". De esta manera se definen 4 tipos de relaciones: promotores (mantener cerca y gestionar de forma preferente), defensores (mantener informados), latentes (mantener satisfechos) e indiferentes (monitorizar la relación) (ver Archivo **04. Grupos de interés clave de la sociedad**).

2 CÓMO Y CUÁNDO LO REVISAMOS (EVALUACIÓN, REVISIÓN Y MEJORA)

Las posibles modificaciones en la relación de la GASSO con sus grupos de interés clave es una constante en el día a día, pero se objetiva de forma sistemática antes de cada periodo de planificación estratégica y posteriormente en sus revisiones anuales. La pandemia por COVID-19 ha demostrado que estas relaciones también deben revisarse ante acontecimientos que modifiquen de forma sustancial la misión de la organización en relación con las variaciones que provocan ruptura o fractura en las relaciones con su ecosistema.

2 CÓMO LO DEMOSTRAMOS (EVIDENCIAS)

Los grupos de interés clave no presentan una misma interacción con la GASSO para satisfacer sus necesidades y expectativas y para colaborar con ellos en la consecución del propósito, por ello, en aras de la eficiencia, graduamos el tipo de relación (Ver Archivo **1.2.2 Tipo de relación con los grupos de interés clave**) lo que además comporta el añadir un valor diferencial para cada relación (ver Archivo **3.2 Ponderación de los grupos de interés clave_ doble entrada**) gestionando así los esfuerzos.

2 RESPONSABLE

Equipo directivo (ver Archivo **012. Organigrama directivo**)

Subdirector de calidad y seguridad del paciente

2 LINKS EFQM

- 1.2: Identificar y entender las necesidades de los grupos de interés
 - 1.3: Comprender el ecosistema, las capacidades propias y los principales retos
 - 1.4: Desarrollar la estrategia
 - 2.2: Crear las condiciones para hacer realidad el cambio
-

3 LO QUE HACEMOS (ENFOQUE)

1.2.3 ¿Qué esperan de la GASSO sus grupos de interés clave? Necesidades y expectativas

Cada grupo de interés clave tiene necesidades y expectativas diferenciales y diferenciadas que espera ver cumplidas por la GASSO. Es importante tener, y mantener, una comunicación fluida ya sea a través del diálogo u otras herramientas que nos permitan distinguir sus opiniones. Identificando las necesidades y expectativas se pretende asegurar su conocimiento, análisis y comunicación con el fin de incluirlas en las especificaciones de los servicios ofertados y aumentar así el grado de satisfacción y mejorar la experiencia de los grupos de interés clave.

3 CÓMO LO HACEMOS (DESPLIEGUE)

La GASSO detecta y analiza las necesidades y expectativas actuales y futuras de sus grupos de interés clave. Dispone de diferentes fuentes, específicas y sistematizadas, de recogida de información como encuestas, reclamaciones y sugerencias, vocales de los Consejos de Salud, terminales táctiles para valorar la experiencia de los ciudadanos y de las personas, órganos de participación de los profesionales, contactos directos y medios de comunicación. Las necesidades formativas de los profesionales se recogen en el Plan Anual de Formación. La información recogida permite orientar la estrategia de la organización y poner en marcha acciones de renovación y mejora.

3 CÓMO Y CUÁNDO LO REVISAMOS (EVALUACIÓN, REVISIÓN Y MEJORA)

La GASSO tiene desarrollada una sistemática de recogida segmentada de información en relación con los principales grupos de interés (centrado especialmente en clientes, personas y sociedad) que van desde el contacto directo, las reclamaciones o la recogida de la experiencia del ciudadano en su interacción con la organización mediante dispositivos táctiles de carácter diario, a encuestas específicas (satisfacción con el servicio o con la actividad laboral, conciliación de la vida laboral y familiar de los profesionales, cultura organizacional, laboratorio, transporte sanitario, priorización de necesidades de salud) que pueden ser puntuales o, las que precisan trazabilidad, bienales.

3 CÓMO LO DEMOSTRAMOS (EVIDENCIAS)

Además de la recogida sistemática de información ya descrita se realiza un análisis a través de los vocales de los Consejos de Salud de Zona que son los órganos de representación de la ciudadanía en el sistema sanitario de Castilla y León, de la perspectiva que presentan sobre las fortalezas y debilidades de la GASSO en relación con la satisfacción de sus necesidades y expectativas (ver Archivo *1.2.3 Necesidades, expectativas y aspectos positivos y a mejorar de la GASSO*), lo que nos permite dirigir la planificación hacia esas actuaciones.

3 RESPONSABLE

Subdirección de calidad, equipo directivo (ver Archivo *012. Organigrama directivo*) y profesionales de la GASSO desde los diferentes puestos de interacción con los grupos de interés.

3 LINKS EFQM

- 1.2: Identificar y entender las necesidades de los grupos de interés
- 1.4: Desarrollar la estrategia
- 2.2: Crear las condiciones para hacer realidad el cambio
- 4.1: Diseñar el valor y cómo se crea
- 5.2: Transformar la organización para el futuro

1.3: COMPRENDER EL ECOSISTEMA, LAS CAPACIDADES PROPIAS Y LOS PRINCIPALES RETOS

1 LO QUE HACEMOS (ENFOQUE)

1.3.1 Interrelación con el ecosistema: oportunidades y amenazas

Un "ecosistema" es el sistema físico y biológico formado por una comunidad de seres vivos que habita un medio delimitado, y su principal característica es la relación de interdependencia entre sus elementos. Este pensamiento aplicado a la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria presupone un "ecosistema organizativo" en forma de red inicialmente alrededor de interacciones más estrechas (grupos de interés), que se amplían al mercado-ámbito común y se modulan por el entorno global- megatendencias (ver Archivo **1.2 Ecosistema y características de los servicios de la GASSO**)

1 CÓMO LO HACEMOS (DESPLIEGUE)

La planificación y previsión que tienen lugar en los ecosistemas organizativos no se observa en los ecosistemas biológicos. La GASSO, para llevar a cabo su planificación, estudia y diseña su ecosistema y las interacciones que en él se producen mediante un análisis DAFO externo para detectar amenazas y oportunidades, y para alcanzar una mayor relación con su ecosistema más próximo lo segmenta por grupos de interés clave.

1 CÓMO Y CUÁNDO LO REVISAMOS (EVALUACIÓN, REVISIÓN Y MEJORA)

La interacción con el ecosistema es continua pero su estudio se produce de forma más específica antes de cada plan estratégico o ante posibles cambios en la orientación estratégica de nuestro principal inversor y regulador, la Gerencia Regional de Salud.

1 CÓMO LO DEMOSTRAMOS (EVIDENCIAS)

Diseñamos el ecosistema de la GASSO y analizamos sus interacciones ante el ciclo estratégico 2022-2024. Incidimos en los cambios socio-demográficos, epidemiológicos y de experiencia del ciudadano y del trabajador. La atención a los pacientes crónicos y pluripatológicos, que representan un gran consumo de recursos tanto humanos como materiales, es el eje de actividad del nuevo modelo sanitario que propone la GASSO.

1 RESPONSABLE

Subdirección de calidad y seguridad del paciente Equipo directivo

1 LINKS EFQM

- 1.1: Definir el propósito y la visión
- 1.2: Identificar y entender las necesidades de los grupos de interés
- 1.4: Desarrollar la estrategia
- 5.1: Gestionar el funcionamiento y el riesgo
- 5.3: Impulsar la innovación y aprovechar la tecnología

2 LO QUE HACEMOS (ENFOQUE)

1.3.2 Aportaciones a la comunidad: fortalezas y debilidades

Es importante conocer los recursos y habilidades con los que cuenta la GASSO para poder diferenciarse de la competencia en la oferta de valor. Los aspectos que tenemos en cuenta en el análisis interno son el capital humano, la cultura organizacional, el liderazgo y la sostenibilidad. Las fortalezas y las debilidades, para obtener una mejor visión global, también son revisadas para su posterior análisis por los grupos de interés personas y sociedad (ver Archivo **3.3 Percepción de los aspectos positivos y a mejorar de la GASSO**)

2 CÓMO LO HACEMOS (DESPLIEGUE)

La GASSO estudia su potencial interno actual y futuro. Su propuesta de valor se basa en la diferenciación en el servicio y para ello actúa en la cultura organizacional y en el liderazgo, y todo ello repercute sobre la experiencia del ciudadano, ya que tiene valor lo que éste estima que tiene valor, aquello que contribuye a su prosperidad, que le evita o resuelve problemas o que satisface sus necesidades.

2 CÓMO Y CUÁNDO LO REVISAMOS (EVALUACIÓN, REVISIÓN Y MEJORA)

La introspección de la GASSO es continua, sobre todo en relación al capital humano y a su estructuración sobre todo a nivel de Atención primaria, pero su estudio se produce de forma más específica antes de cada plan estratégico ante posibles cambios en la orientación de nuestro principal inversor y regulador, la Gerencia Regional de Salud. Los resultados del Plan Anual de Gestión y de los Pactos de Objetivos, no tanto globales sino segmentados, nos dan idea de su capacidad para alcanzar objetivos.

2 CÓMO LO DEMOSTRAMOS (EVIDENCIAS)

Las aportaciones de la GASSO a la sociedad la podemos revisar desde dos puntos de vista: la consecución de objetivos (la evaluación anual y final del Plan Estratégico, los resultados del Plan Anual de Gestión y de los Pactos de Objetivos) y la experiencia del ciudadano (a través de encuestas de percepción). Ambas actuaciones se realizan de forma sistemática y de sus incumplimientos se llevan a cabo acciones de mejora.

2 RESPONSABLE

Subdirección de calidad y seguridad del paciente Equipo directivo

2 LINKS EFQM

- 1.1: Definir el propósito y la visión
- 1.2: Identificar y entender las necesidades de los grupos de interés
- 1.4: Desarrollar la estrategia
- 5.1: Gestionar el funcionamiento y el riesgo
- 5.2: Transformar la organización para el futuro

3 LO QUE HACEMOS (ENFOQUE)

1.3.3. Desafíos actuales y futuros del entorno. Las megatendencias

A pesar de que el término "megatendencias" no está incluido en el diccionario RAE, hay que entenderlas como una serie de fuerzas económicas, estratégicas y sociales que configuran el futuro y que afectarán a la sociedad durante un importante periodo de tiempo. Son el reflejo de cambios y, debido a su interdependencia, tienen relevancia en el desarrollo de las organizaciones. Reconocerlas de forma precoz es de suma importancia para la GASSO ya que evaluando el posible impacto, puede orientar su estrategia.

3 CÓMO LO HACEMOS (DESPLIEGUE)

Las megatendencias prevén, detectan y sintetizan aquellos cambios, que aunque se encuentren en fase inicial, son susceptibles de modificar el paradigma social establecido. Su conocimiento y análisis nos ayuda a aprovechar las importantes **oportunidades** que surgen y a adelantarnos a los posibles **riesgos** que haya que mitigar al diseñar e implementar la planificación estratégica de la GASSO, e incluso la operativa. Por ello, posicionamos **la salud como principal megatendencia**; por los cambios a los que asistimos tales como el envejecimiento poblacional, la prevalencia de la cronicidad y la irrupción nuevas patologías.

3 CÓMO Y CUÁNDO LO REVISAMOS (EVALUACIÓN, REVISIÓN Y MEJORA)

En la GASSO hemos definido las megatendencias con mayor impacto en nuestro ecosistema y las hemos segmentado en **megatendencias sociales** y **megatendencias económicas** realizando un ejercicio de adecuación de nuestra actividad a las mismas para aprovechar sus oportunidades y minimizar los riesgos que indudablemente conllevan para nuestra organización (ver Archivo **1.3 Megatendencias**).

3 CÓMO LO DEMOSTRAMOS (EVIDENCIAS)

En la GASSO hemos considerado 14 megatendencias (11 sociales y 3 tecnológicas). Se ha calculado la incidencia que pueden representar para la GASSO resultando las más importantes los condicionantes de salud ya descritos, el incremento de las exigencias sociales en este tema, la disrupción tecnológica y los objetivos de desarrollo sostenible (ODS). También se ha calculado su repercusión en la GASSO resultando más comprometida la estrategia (55), seguida de la visión (41) y del propósito en menor medida (23). Por ello, ante el nuevo ciclo de planificación estratégica, las tenemos muy presentes.

3 RESPONSABLE

Equipo directivo

3 LINKS EFQM

- 1.1: Definir el propósito y la visión
- 1.2: Identificar y entender las necesidades de los grupos de interés
- 1.4: Desarrollar la estrategia
- 4.1: Diseñar el valor y cómo se crea
- 5.1: Gestionar el funcionamiento y el riesgo
- 5.2: Transformar la organización para el futuro

4 LO QUE HACEMOS (ENFOQUE)

Análisis de escenarios Peter Drucker advertía que lo peligroso en tiempos de cambios no son los cambios en sí, sino *operar con la lógica de ayer*. Con la información sobre su ecosistema más próximo obtenida del análisis DAFO de los Grupos de Interés clave, la GASSO realiza una aproximación a sus escenarios alternativos (ver Archivo **1.2.1 Análisis del escenario**). De la interacción con las megatendencias, que condicionan la planificación de la GASSO (ver Archivo **1.3 Megatendencias**) obtenemos una visión dinámica que, junto con los compromisos del Global Compact de UN, orienta nuestra Visión (entorno BANI),

4 CÓMO LO HACEMOS (DESPLIEGUE)

Del análisis interno y externo del ecosistema y de la GASSO surgen una serie de escenarios que debemos tener en cuenta en el ciclo de planificación. Así en el documento de *Orientaciones estratégicas* previo al Plan Estratégico 2022-2024 (ver Archivo **1.4.1 Orientaciones estratégicas 2022-2024**) se recogen tres grupos de escenarios de riesgo (modificaciones de la demanda, modificaciones de la financiación y modificaciones de la estructura) y sus posibles respuestas. Además se debe dotar a la estrategia de la suficiente flexibilidad cómo para poder dar respuesta, en un plazo breve, a escenarios de riesgo imprevisibles (pandemia por COVID-19, por ejemplo)

4 CÓMO Y CUÁNDO LO REVISAMOS (EVALUACIÓN, REVISIÓN Y MEJORA)

El análisis de los escenarios es una actividad continuada en el tiempo, dada la variabilidad de los entornos actuales y un ejemplo de ello son las actuaciones de escalada y desescalada llevadas a cabo por la GASSO durante la pandemia por COVID-19, pero se produce de forma más específica antes de cada ciclo de planificación o ante cambios en la orientación estrategia de nuestro principal inversor y regulador, la Gerencia Regional de Salud (un ejemplo sería la actual reestructuración de la atención primaria).

4 CÓMO LO DEMOSTRAMOS (EVIDENCIAS)

Un ejemplo de adaptación a nuevos escenarios sin duda lo representa la importante adecuación, es este caso reactiva de forma inicial y transformadora en su evolución posterior, en relación con el afrontamiento de la Gerencia de Asistencia de Soria en relación con la pandemia COVID-19 (ver Archivo **1.3.2 Pandemia por COVID-19. Nuevo escenario**). Otros modelos de adaptación a escenario los encontramos en el déficit de profesionales o las actuaciones para disminuir las listas de espera en Consultas externas y cirugía secundarias a la disminución de la actividad durante la pandemia.

4 RESPONSABLE

Equipo directivo

4 LINKS EFQM

- 1.2: Identificar y entender las necesidades de los grupos de interés
- 1.4: Desarrollar la estrategia
- 5.1: Gestionar el funcionamiento y el riesgo
- 5.4: Aprovechar los datos, la información y el conocimiento

1.4: DESARROLLAR LA ESTRATEGIA

1 LO QUE HACEMOS (ENFOQUE)

1.4.1 Pavimentando el camino: la planificación estratégica

La planificación estratégica es una de las herramientas fundamentales de gestión organizacional, al conseguir, en el medio y largo plazo, que la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria se aproxime lo más posible a su Visión cumpliendo con su Misión y Propósito, razón de su propia existencia. El ciclo de planificación estratégica 2015-2020 ha sido el tercero que se desarrolla en el Área de Soria, y constituye una reconocida excepción en la planificación estratégica a largo plazo en las organizaciones sanitarias de nuestro país (ver Archivo **1.4.1 Orientaciones estratégicas 2022-2024**).

1 CÓMO LO HACEMOS (DESPLIEGUE)

El documento de Orientaciones Estratégicas es la base inicial del proceso de planificación en cada ciclo. Tras un análisis DAFO segmentado por grupos de interés (ver Archivo **07. DAFO segmentado por grupos de interés**), en el que tienen lugar destacado las valoraciones del ecosistema y de las megatendencias, y considerando las circunstancias (entorno BANI), se esbozan los criterios generales que deben plasmarse en los Ejes Estratégicos. Dada la incertidumbre actual hemos disminuido la duración del plan (2022-2024) dotándolo de mayor flexibilidad tanto en su revisión temporal como en sus contenidos, en un ejercicio de adaptación al entorno.

1 CÓMO Y CUÁNDO LO REVISAMOS (EVALUACIÓN, REVISIÓN Y MEJORA)

Durante cada ciclo de planificación se realizan cortes temporales de análisis para comprobar tanto la evolución de los objetivos anuales como el necesario alineamiento del Plan estratégico con los sucesivos Planes Anuales de Gestión firmados con la Gerencia Regional de Salud que han desarrollado su IV Plan de Salud. Perspectiva 2020. Las posibles modificaciones se plasman a través de los Pactos de Objetivos que la Gerencia suscribe con sus diferentes Unidades. Los objetivos no cumplidos en el Plan Estratégico 2015-2020 pero con vigencia, revisados y actualizados, se incorporan al nuevo Plan Estratégico 2022-2024

1 CÓMO LO DEMOSTRAMOS (EVIDENCIAS)

En el Mapa de Procesos de la GASSO se incluye el Proceso E.01.101 Plan estratégico. Los Planes estratégicos se difunden y comunican a través de la intranet y de la página web de la Gerencia. Anualmente se evalúa la evolución de los objetivos del Plan y se realiza un informe (ver Archivo **1.4.2 Resultados del Plan estratégico 2015-2020**).

1 RESPONSABLE

Equipo directivo

Staff

1 LINKS EFQM

- 1.1: Definir el propósito y la visión
- 1.2: Identificar y entender las necesidades de los grupos de interés
- 1.3: Comprender el ecosistema, las capacidades propias y los principales retos
- 1.5: Diseñar e implantar un sistema de gestión y de gobierno
- 2.2: Crear las condiciones para hacer realidad el cambio
- 2.4: Unirse y comprometerse en torno a un propósito, visión y estrategia
- 4.1: Diseñar el valor y cómo se crea
- 5.1: Gestionar el funcionamiento y el riesgo
- 5.2: Transformar la organización para el futuro

2 LO QUE HACEMOS (ENFOQUE)

1.4.2 Los ejes transversales pilares del nuevo modelo asistencial

La Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria ha definido sus ejes transversales (Sostenibilidad y solvencia, Integración Asistencial, Gestión por Procesos, Descentralización de la Gestión y Mejora del conocimiento) para desarrollar su nuevo modelo asistencial basado en la atención integral de la salud de la persona, sin fragmentaciones por enfermedades o niveles asistenciales, resolviendo las necesidades asistenciales siempre en el lugar más adecuado y con los medios adecuados para conseguir una atención resolutoria, eficiente, segura y de calidad sin desplazamientos, pruebas o molestias innecesarias para el paciente.

2 CÓMO LO HACEMOS (DESPLIEGUE)

Los ejes transversales orientan el funcionamiento y modulan la transformación de la GASSO. Junto con la detección de los retos a los que se ve sometida la GASSO (Gestión de las expectativas sociales, Gestión de las personas, Gestión de la tecnología emergente, Condicionantes económicos, Condicionantes de salud y Condicionantes medioambientales) condicionan una dualidad interna-externa en la que se basa el progreso de la organización (ver Archivo **1.4.3 Alineación de los ejes transversales y los retos con las líneas estratégicas**).

2 CÓMO Y CUÁNDO LO REVISAMOS (EVALUACIÓN, REVISIÓN Y MEJORA)

La continuidad de la pertinencia de los ejes transversales se valora antes de cada ciclo de planificación. Un ejemplo de ello es el proceso adaptativo que lleva a conceder un menor peso a la Integración Asistencial en el Plan Estratégico 2022-2024 al considerarse alcanzados un buen número de sus objetivos esenciales y el papel más relevante que se quiere otorgar a la Participación de los grupos de interés (posible nuevo eje transversal) por el escaso bagaje alcanzado en el cumplimiento de los objetivos relativos a la Participación comunitaria.

2 CÓMO LO DEMOSTRAMOS (EVIDENCIAS)

Las actividades de más calado, que pretenden modificar la inercia de la GASSO e intentar desarrollar su nuevo modelo asistencial, puestas en marcha a partir del Plan Estratégico 2015-2020, e incluso con anterioridad, tienen su motivación en los ejes transversales (Memoria de sostenibilidad 2018, Plan de gestión de profesionales 2018-2020, Modelo EFQM 2020, creación del espacio Gestión del conocimiento, apoyo a un modelo de liderazgo transformador, Mapa de procesos,..) que prolongan su influencia en el Plan Estratégico 2022-2024.

2 RESPONSABLE

Equipo directivo

Staff

1.5: DISEÑAR E IMPLANTAR UN SISTEMA DE GESTIÓN Y DE GOBIERNO

1 LO QUE HACEMOS (ENFOQUE)

1.5.1 El modelo de gestión El modelo de gestión de la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria es la forma como se organiza y combina sus recursos para cumplir sus objetivos y regulaciones, alcanzando el mejor desempeño de forma ordenada (ver Archivo **1.5 Sistema de gestión**). Pretende modificar el modelo habitual en la mayoría de las organizaciones sanitarias: jerarquizado, poco autónomo, sin visión integral de los procesos y proclive medir actividades pero no resultados en salud.

1 CÓMO LO HACEMOS (DESPLIEGUE)

El modelo de gestión de la GASSO se basa en un organigrama directivo en red, en una cultura sinérgica y colaborativa, en un liderazgo dual (transaccional en lo formal y transformacional en las relaciones), en la descentralización de la toma de decisiones, en la actividad por procesos integrados y con la tendencia progresiva a centrarse en el paciente crónico y pluripatológico midiendo su actividad en resultados en salud. A ello se añade trabajar con el modelo de gestión EFQM.

1 CÓMO Y CUÁNDO LO REVISAMOS (EVALUACIÓN, REVISIÓN Y MEJORA)

Mediante su modelo de gestión la GASSO se propone dos objetivos: el primero, alcanzar los objetivos derivados de la Gerencia Regional de Salud (Pacto Anual de Gestión. Plan Persona, Plan de calidad y seguridad del paciente) orientados al desarrollo y cumplimiento del IV Plan de Salud de Castilla y León y el segundo alcanzar los objetivos, alineados con los anteriores pero propios, de su Plan Estratégico. El modelo de gestión se revisa, y en su caso modifica, en relación a los resultados obtenidos en los objetivos anteriores.

1 CÓMO LO DEMOSTRAMOS (EVIDENCIAS)

La línea estratégica E.I.2 del Plan de 2015-2020 recoge la Gestión por procesos, la E.I.3 la Atención a la cronicidad, la E.III.1 la mejora continua y el modelo EFQM de calidad y la E.V.1 la descentralización. El nuevo Plan 2022-2024 recoge además la humanización de la asistencia (V.1) y los resultados en salud y calidad de vida (V.4).

1 RESPONSABLE

Director/gerente Equipo directivo

1 LINKS EFQM

1.2: Identificar y entender las necesidades de los grupos de interés
 1.4: Desarrollar la estrategia
 2.1: Dirigir la cultura de la organización y reforzar los valores
 2.2: Crear las condiciones para hacer realidad el cambio
 2.4: Unirse y comprometerse en torno a un propósito, visión y estrategia
 5.1: Gestionar el funcionamiento y el riesgo

2 LO QUE HACEMOS (ENFOQUE)

1.5.2 El gobierno corporativo El gobierno corporativo (*corporate governance*) es el conjunto de normas que rigen la forma de gestionar la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria. Distribuye y equilibra los poderes entre los grupos de interés (equipo directivo, trabajadores, pacientes, proveedores, partners,...) y establece las normas y los procedimientos de toma de decisiones que deben seguirse, especificando la distribución de derechos y responsabilidades entre los diferentes participantes de la corporación (ver Archivo **013. Gobierno corporativo**). El gobierno corporativo tiene una vertiente orgánica y otra relacionada con los comportamientos éticos, que no debe ser olvidada.

2 CÓMO LO HACEMOS (DESPLIEGUE)

La GASSO orgánicamente está compuesta por un Director/Gerente y un Equipo directivo cuya actividad se refleja en su organigrama. Las Unidades tienen un Jefe de Servicio y una Supervisora de enfermería en el ámbito hospitalario y un Coordinador y una Responsable de enfermería en el ámbito de la Atención primaria. La sociedad participa a través de los Consejos de Salud de Zona y de Área. En la GASSO existen 16 Comisiones, órganos clave de participación, que agrupan a más de un centenar de profesionales, y están enfocadas a aportar conocimiento y propuestas organizativas y priorización a la Dirección.

2 CÓMO Y CUÁNDO LO REVISAMOS (EVALUACIÓN, REVISIÓN Y MEJORA)

El Director Gerente y el Equipo Directivo se nombran por la Gerencia Regional de Salud a través de un procedimiento que, siendo de **libre designación**, debe cumplir unos requisitos normalizados. Los Jefes de Servicio, de Unidad o Supervisoras se nombran siguiendo un procedimiento igualmente regulado que consiste en su **currículum vitae** y **defender un proyecto de gestión** de la Unidad o Servicio. Su desempeño se reevalúa a los 4 años. Los miembros de Junta de Personal, Junta Técnico Asistencial, la Comisión Mixta o Comité de Empresa se nombran tras **procesos electorales** libres, abiertos y participativos.

2 CÓMO LO DEMOSTRAMOS (EVIDENCIAS)

Este enfoque se demuestra con la estructura regulada de la GASSO y con las convocatorias y resoluciones de los diferentes procedimientos de selección y provisión (RD 521/1987 de 15 de abril por el que se aprueba el reglamento de estructura, organización y funcionamiento de Hospitales). En el ámbito de la representación con las diferentes convocatorias y actas de escrutinios electorales.

2 RESPONSABLE

Director/gerente Equipo directivo

2 LINKS EFQM

1.2: Identificar y entender las necesidades de los grupos de interés
 1.4: Desarrollar la estrategia
 2.1: Dirigir la cultura de la organización y reforzar los valores
 2.2: Crear las condiciones para hacer realidad el cambio
 2.4: Unirse y comprometerse en torno a un propósito, visión y estrategia
 5.1: Gestionar el funcionamiento y el riesgo

3 LO QUE HACEMOS (ENFOQUE)

1.5.3 La transparencia en la gestión Los precedentes de la transparencia pueden encontrarse en la Declaración de los derechos del hombre y del ciudadano de 1788: “La sociedad tiene derecho a pedir a todos sus agentes, cuentas de su administración”. La gestión transparente de la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria asume el deber, como organización pública, de responder a las demandas sociales con el compromiso de rendir cuentas de su administración, de las bases de sus decisiones, del destino de los recursos que la sociedad le ha confiado y del desempeño de sus profesionales.

3 CÓMO LO HACEMOS (DESPLIEGUE)

La transparencia y la comunicación son una de las prioridades en la estrategia organizativa de la GASSO. A la hora de rendir cuentas, se divulga la información de forma clara, íntegra y responsable, incluyendo los datos referidos al cumplimiento financiero y normativo (*compliance*), la política de incentivos, los resultados o su impacto en la sociedad. Así, el borrador del Plan Estratégico 2022-2024 recoge en su Línea II.3 Basar las relaciones en la transparencia y en la Línea II.5 Comunicación externa.

3 CÓMO Y CUÁNDO LO REVISAMOS (EVALUACIÓN, REVISIÓN Y MEJORA)

La GASSO actualiza y revisa el Archivo *Transparencia* de su página web, e incluye la información relevante para que el ciudadano posea una información veraz y detallada sobre sus actuaciones, así como el Archivo *Publicaciones y documentación* desde donde se accede a las memorias de la GASSO. Se plantean la incorporación de nuevas informaciones en relación a las posibilidades que permita la instauración de nuevos sistemas de información.

3 CÓMO LO DEMOSTRAMOS (EVIDENCIAS)

A nivel institucional y siguiendo la Ley 3/2015, de 4 de marzo, de Transparencia y Participación Ciudadana de Castilla y León, Sacyl incluye los datos de la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria en su portal de transparencia <https://www.saludcastillayleon.es/transparencia/es/transparencia>. A nivel de organización, la GASSO, en su página web <http://www.sanidadsoria.es/Transparencia>, establecer una vía para la transparencia teniendo como objetivo ir incrementando los contenidos y la documentación a mostrar en esta ventana de información. Además también se carga la información sobre las Memoria anuales, resultados de las evaluaciones EFQM, Plan estratégico y Boletines informativos (ver Archivo **1.5.1. Boletín informativo**).

3 RESPONSABLE

Director/gerente Equipo directivo

3 LINKS EFQM

1.1: Definir el propósito y la visión
1.2: Identificar y entender las necesidades de los grupos de interés
2.1: Dirigir la cultura de la organización y reforzar los valores
4.2: Comunicar y vender la propuesta de valor

CULTURA DE LA ORGANIZACIÓN Y LIDERAZGO

RESUMEN

criterio 2. Cultura de la organización y liderazgo (ver Archivo [2.1 Diagrama de relaciones del Criterio 2](#))

La Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria ha dedicado en el último trienio, importantes esfuerzos, ya que adoptar nuevas formas de trabajo y de relaciones consume mucha energía tanto a nivel global como de cada una de las personas, en temas relacionados con el análisis del liderazgo y de la cultura organizacional. Tras su evaluación, en la organización se proponen, como base para la afrontar el funcionamiento y la transformación, unos valores, un tipo de cultura y un modelo de liderazgo.

Valores: son los principios operativos que rigen la conducta interna de la GASSO y orientan a las personas sobre lo que es bueno o deseable y lo que no. Ejercen una influencia fundamental en el comportamiento de los individuos y equipos y sirven como directrices generales en todas las situaciones. La GASSO ha definido y revisado, desde 2014, sus valores de forma participativa y consensuada: 1. Sostenibilidad asistencial, 2. Capital humano emprendedor, trabajo en equipo y sentido de pertenencia. 3. Mejora continua e innovación, 4. Implicación en la sociedad, 5. Participación de los profesionales, 6. Planificación con objetivos a medio y largo plazo y 7. Descentralización de la gestión a través de liderazgos compartidos y motivadores. Los valores se desarrollan en Principios éticos y de conducta que se comunican, a través de cartelería, boletín informativo, memorias e intranet, y promueven en las relaciones de día a día (ver Archivo [2.1.2 Principios éticos y de conducta](#)).

Cultura: es el conjunto específico de normas que comparten las personas y grupos de la GASSO, que influyen en el modo de comportarse entre ellos y con los grupos de interés clave externos (ver Archivo [2.2 Cultura organizacional](#)). Tras estudiar la cultura organizacional con el cuestionario de Denison, la GASSO asume, como propia, una cultura organizacional sinérgica y participativa, con alto énfasis en las personas y en las tareas, según la rejilla gerencial de Blake y Mouton (ver Archivo [2.1.1 Cultura organizativa sinérgica y participativa](#))

Liderazgo: es la actitud que asumen aquellas personas que promueven un cambio y mediante cuya convicción logran transmitir a los demás, a través de la ilusión y el optimismo, el deseo de alcanzar un objetivo común. Analizado el liderazgo con el cuestionario MLQ 6S en la GASSO se propugna un modelo de liderazgo dual (ver Archivo [2.3 Modelo dual de liderazgo como palanca para el cambio](#)), apoyado en entrevistas de cambio transformacional, de características complementarias: uno de predominio transaccional en el ámbito de la gestión (jerarquía ya establecida) y otro de predominio transformacional en el ámbito interpersonal (redarquía como innovación). Desarrollar este tipo de liderazgo no es un fin para la GASSO sino un medio indispensable para conducir con éxito los imprescindibles procesos de cambio cultural.

Los valores, la cultura organizacional sinérgica y participativa junto con el liderazgo dual nos deben conducir hacia el concepto de innovación organizativa que consiste en la implementación de nuevos métodos en el funcionamiento interno de la GASSO, en la organización del lugar de trabajo, en la gestión del conocimiento o en las relaciones externas. Es sinónimo de producir, asimilar y explotar con éxito una novedad, en las esferas organizativas, económicas o sociales, de forma que aporte nuevas perspectivas a los problemas que permitan responder a las necesidades de los grupos de interés de una organización. Este proyecto ha recibido la Beca nacional SEDISA a la Innovación en la Gestión Sanitaria de 2020 (ver Archivo [2.4 La transformación y el cambio de la cultura organizacional mediante el liderazgo transformacional](#))

Una oportunidad para la mejora en la GASSO la constituye llevar a cabo proyectos de benchmarking, método de gestión que busca encontrar las mejores prácticas dentro o fuera de la organización a través de la comparación con procesos y servicios de otras organizaciones líderes en su ecosistema con el fin de alcanzar su propósito y aumentar el aporte de valor a sus grupos de interés. La GASSO implementa desde hace años un sistema de *benchmarking ágil* con la idea es reducir la complejidad y acelerar la velocidad de incorporación de nuevos métodos y potenciar la innovación (ver Archivo [2.3.1 Benchmarking ágil](#)). En el Archivo [2.2.1 La innovación según la encuesta de cultura organizacional](#) se describe como se percibe y valora la innovación por las personas de la organización.

Finalmente, la GASSO promueve la comunicación de sus actividades y sus proyectos de transformación con sus grupos de interés, tanto internos como externos promoviendo la participación para favorecer el alineamiento y la confianza (ver Archivo [2.5 Vías de comunicación](#))

2.1: DIRIGIR LA CULTURA DE LA ORGANIZACIÓN Y REFORZAR LOS VALORES

1 LO QUE HACEMOS (ENFOQUE)

2.1.1. La cultura de la organización como sustrato para el desarrollo del propósito

La cultura de la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria es el conjunto de valores y normas que comparten las personas y equipos y que influyen en la forma en que se comportan entre ellos y con los grupos de interés clave externos. Los profesionales de la GASSO se encuentran comprometidos con su trabajo, la autoridad se delega y consideran que la dirección tiene un proyecto a largo plazo con una estrategia definida orientada hacia el propósito.

1 CÓMO LO HACEMOS (DESPLIEGUE)

La GASSO ha realizado en 2020 un análisis entre sus líderes de la cultura organizacional, con la Encuesta de Denison que mide la implicación, la consistencia, la adaptabilidad y la misión (ver Archivo [2.1.1. Cultura organizacional sinérgica y participativa](#)). Las máximas puntuaciones se obtienen en Dirección y estrategia y Aprendizaje organizativo, y establecemos las áreas de mejora (transmisión de la información convertida en conocimiento, cooperación entre unidades, alinear los objetivos personales con los de la GASSO, invertir en las capacidades de los futuros líderes, ser abiertos a los cambios, fomentar la innovación y generalizar la visión).

1 CÓMO Y CUÁNDO LO REVISAMOS (EVALUACIÓN, REVISIÓN Y MEJORA)

Es la primera vez que en la GASSO se realiza un análisis de la cultura. Hemos detectado sus puntos fuertes y sus debilidades que son tenidas en cuenta en el proceso de planificación estratégica abierto, a finales de 2021, tras la evaluación del anterior Plan 2015-2020. En sus revisiones anuales y final constataremos la evolución de los distintos objetivos y para valorar su efectividad realizaremos una nueva evaluación de la cultura con la encuesta de Denison.

1 CÓMO LO DEMOSTRAMOS (EVIDENCIAS)

Las áreas de mejora de la cultura más determinantes detectadas tras la encuesta son tenidas en cuenta en el proceso de planificación estratégica (en modelo de relaciones profesionales). De la valoración de la encuesta de Denison se depende que los profesionales se decantan por un tipo de cultura organizacional, según la parrilla de énfasis en la tarea y en las personas, de tipo *sinérgico* (según Sánchez) y *colaborativo* (según Blake y Mouton).

1 RESPONSABLE

Subdirección de calidad y seguridad del paciente Equipo directivo

Profesionales de la Gerencia

1 LINKS EFQM

- 1.1: Definir el propósito y la visión
- 1.2: Identificar y entender las necesidades de los grupos de interés
- 2.4: Unirse y comprometerse en torno a un propósito, visión y estrategia
- 3.2: Personas: Atraer, implicar, desarrollar y retener el talento
- 5.2: Transformar la organización para el futuro

2 LO QUE HACEMOS (ENFOQUE)

2.1.2 Un sistema de liderazgo dual para el funcionamiento y la transformación

En la GASSO se considera **líder** a toda aquella persona capaz de influenciar a un grupo de personas para alcanzar un objetivo común y que siendo modelo de referencia trabaja para, en equipo, alcanzar el propósito siendo un factor de cambio. Se propone un modelo dual de liderazgo (**transaccional** para la gestión y **transformacional** para las relaciones). El liderazgo transformacional busca a través de la motivación un impacto positivo en la calidad de los servicios y en el compromiso y satisfacción de las personas.

2 CÓMO LO HACEMOS (DESPLIEGUE)

Evolucionando desde preguntas generales sobre liderazgo incluidas en cuestionarios, en 2013 se realizó la evaluación específica del liderazgo de la GASSO con una encuesta propia (LIDGIS), adaptación de "Los 12 Desafíos" de EUSKALIT". En 2018 se analiza la compatibilidad de los líderes de la GASSO con el concepto de liderazgo transformacional mediante el cuestionario MLQ 6S (ver Archivo **2.3 Modelo dual de liderazgo como palanca para el cambio**).

2 CÓMO Y CUÁNDO LO REVISAMOS (EVALUACIÓN, REVISIÓN Y MEJORA)

En 2020 se diseña una **entrevista de apoyo transformacional** (Premio SEDISA 2020 a la Innovación en la Gestión Sanitaria). En 2021 se implementa de forma inicial en atención primaria (personal sanitario facultativo y personal sanitario no facultativo) debido a la situación de inestabilidad que atraviesa y en alguna Unidad hospitalaria (personal sanitario facultativo de Urología) y sus resultados sirven de referencia para incidir en el ciclo de vida laboral de las personas (formación, desarrollo y retención) así como en el Mapa de viaje del empleado (ver Archivo **3.2.3 El mapa de viaje del empleado**).

2 CÓMO LO DEMOSTRAMOS (EVIDENCIAS)

El camino seguido en la evaluación y desarrollo del liderazgo en la GASSO se inicia con la encuesta propia LIDGIS a las personas de la organización, sigue con la evaluación del liderazgo transformacional en los líderes formales y se plasma en la Entrevista de apoyo transformacional a las personas. También se desarrolla un Curso de gestión para mandos intermedios, durante los años 2017 y 2018, en el que el liderazgo es tratado con amplitud.

2 RESPONSABLE

Subdirector de calidad y seguridad del paciente Subdirector de gestión y servicios generales. Área de profesionales

Staff

2 LINKS EFQM

- 1.4: Desarrollar la estrategia
- 2.1: Dirigir la cultura de la organización y reforzar los valores
- 2.2: Crear las condiciones para hacer realidad el cambio
- 2.3: Estimular la creatividad y la innovación
- 2.4: Unirse y comprometerse en torno a un propósito, visión y estrategia
- 3.2: Personas: Atraer, implicar, desarrollar y retener el talento
- 5.2: Transformar la organización para el futuro

3 LO QUE HACEMOS (ENFOQUE)

2.1.3 Guías de comportamiento que inciden en la conducta

La Junta de Castilla y León establece la necesidad de una cultura de la ética y la calidad en las administraciones públicas y por ello aprueba un Código Ético de los empleados públicos. La Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria va más allá y establece, alineados con los de la Junta, sus propios principios. El hecho de que estos principios no generen obligaciones jurídicas no es obstáculo para obviar la necesidad de que se promueva su conocimiento y cumplimiento, y dar ejemplo es buena prueba. Son su tarjeta de presentación.

3 CÓMO LO HACEMOS (DESPLIEGUE)

La GASSO documenta en 2014 y revisa en 2017 y 2020, de forma previa a sus ciclos estratégicos, sus Principios éticos y de conducta como una declaración formal del comportamiento que se espera de una organización hacia sus grupos de interés (ver Archivo **2.1.2 Principios éticos y de conducta**). No es un código deontológico en la medida en la que no se establecen mínimos obligatorios exigibles por ley y sancionables, sino acuerdos de buena práctica que tratan de promover valores esenciales. Los comportamientos sancionables entrarían en las competencias de los Colegios profesionales o de la Gerencia Regional de Salud.

3 CÓMO Y CUÁNDO LO REVISAMOS (EVALUACIÓN, REVISIÓN Y MEJORA)

La Subdirección de Calidad y Seguridad del paciente elaboró una propuesta inicial (2014), publicada en la intranet, facilitando el aporte de propuestas y sugerencias por los profesionales. El documento resultante se modificó en 2017 para añadir los principios y valores mínimos que han de guiar la actuación del equipo directivo según la Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA) y está abierto a modificaciones inherentes a las megatendencias y relativas a los cambios del paradigma de comportamiento de las personas y organizaciones.

3 CÓMO LO DEMOSTRAMOS (EVIDENCIAS)

La GASSO pretende ir más allá del cumplimiento de las obligaciones legales y normativas que regulan tanto la práctica asistencial como la docencia y la investigación. Para ello alinea sus Principios éticos y de conducta con su adscripción, en el mes de noviembre de 2017, al Pacto Global de Naciones Unidas y realiza su Informe de Progreso en noviembre de 2019. Los Principios éticos se comunican a través de paneles gráficos, el Boletín informativo (número 87, año 2018) y la Memoria anual de 2019 y de 2020, disponibles en la intranet de la Gerencia y en su página web.

3 RESPONSABLE

Equipo directivo
Gerencia

Dirección de gestión. Área de profesionales

Jefes de servicio

Profesionales de la

3 LINKS EFQM

- 2.2: Crear las condiciones para hacer realidad el cambio
- 1.2: Identificar y entender las necesidades de los grupos de interés
- 2.4: Unirse y comprometerse en torno a un propósito, visión y estrategia
- 3.4: Sociedad: Contribuir al desarrollo, bienestar y prosperidad
- 4.4: Diseñar e implantar la experiencia global
- 5.2: Transformar la organización para el futuro

4 LO QUE HACEMOS (ENFOQUE)

2.1.4 Valores, cultura y reconocimiento Los valores determinan el comportamiento y dan sentido a la estrategia y a las acciones que diferencian a una organización de otra. Se estudian por una rama de la ética, la axiología son uno de los elementos destacados de la cultura organizacional. El diseño y seguimiento de los valores de la Gerencia de Asistencia de Soria tiene una serie de implicaciones prácticas como facilitar la consecución de objetivos, potenciar el compromiso laboral, atraer y retener el talento, fidelizar a los grupos de interés y mejorar el rendimiento

4 CÓMO LO HACEMOS (DESPLIEGUE)

Los valores de la GASSO son conocidos y reforzados de manera continua. Hay diversas formas de conseguirlo como la ejemplaridad del equipo directivo (ser un ejemplo a seguir), la formación en valores y el reconocimiento a las personas que destacan por poner en práctica los valores organizacionales. Pero entendemos que las acciones ordinarias de las personas de la GASSO, aquello que se hace o se decide, siempre fomenta un tipo determinado de valor, deseable o no, que finalmente incide en la cultura.

4 CÓMO Y CUÁNDO LO REVISAMOS (EVALUACIÓN, REVISIÓN Y MEJORA)

En la encuesta de cultura organizacional de Denison se obtienen las siguientes puntuaciones (1-5):
el ejemplo (3,12) - *existe un conjunto de valores claro y consistente* (3,16) - *los líderes predicán con el ejemplo* (3,22) - *existe un código ético que guía el comportamiento*
 Los resultados de la entrevista de apoyo transformacional, que pretende modificar la cultura, los podremos valorar en su próxima revisión en 2013.

4 CÓMO LO DEMOSTRAMOS (EVIDENCIAS)

Además de la ejemplaridad del equipo directivo y de los líderes, tanto formales como informales y la formación (*La excelencia en la atención al usuario, 2020*), se alinean los sistemas de valores, cultura y reconocimiento (ver Archivo **2.1.3 Alineamiento de valores, cultura y reconocimiento**) para reconocer a las personas y además la GASSO concede un Premio institucional anual a los **Valores humanos**, cuyos candidatos son presentados por los propios profesionales e intenta recompensar el esfuerzo realizado en la forma de comportarse con los usuarios, sus familiares y los que comparten su mismo espacio laboral.

4 RESPONSABLE

Director/Gerente organización	Equipo directivo	Jefes de servicio	Personas de la
-------------------------------	------------------	-------------------	----------------

4 LINKS EFQM

- 1.3: Comprender el ecosistema, las capacidades propias y los principales retos
- 1.4: Desarrollar la estrategia
- 2.2: Crear las condiciones para hacer realidad el cambio
- 2.4: Unirse y comprometerse en torno a un propósito, visión y estrategia
- 3.4: Sociedad: Contribuir al desarrollo, bienestar y prosperidad
- 4.4: Diseñar e implantar la experiencia global
- 5.2: Transformar la organización para el futuro
- 4.1: Diseñar el valor y cómo se crea

2.2: CREAR LAS CONDICIONES PARA HACER REALIDAD EL CAMBIO

1 LO QUE HACEMOS (ENFOQUE)

2.2.1 Una organización permeable a la innovación y el cambio

La Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria, dadas sus características como organización, entiende la innovación desde dos puntos de vista complementarios: a nivel general cómo la conversión de los resultados de la investigación en productos o servicios comercializables y a nivel de las prácticas internas cómo la introducción de tecnologías y/o servicios que ofrezcan a los ciudadanos una asistencia de calidad o que favorezca la accesibilidad evitando, en lo posible, su desplazamiento a otros centros. Desde ambas perspectivas la gestión del cambio (ofrecer servicios adaptados a las necesidades) es prioritaria.

1 CÓMO LO HACEMOS (DESPLIEGUE)

La Unidad de Apoyo a la Innovación SACYLINNOVA impulsa y ampara las actividades de innovación en el marco del SACYL, ofreciendo asesoramiento a los profesionales en las diferentes etapas del proceso de innovación y de transferencia de conocimiento. La GASSO, en sus Valores (búsqueda de la excelencia a través de la mejora continua y la innovación), en su Plan Estratégico 2015-2020 (Línea Estratégica VIII: Innovación y desarrollo) y en su Mapa de procesos (Proceso E.04.105 Innovación y Nuevas Tecnologías) destaca la innovación como referente clave de su actuación.

1 CÓMO Y CUÁNDO LO REVISAMOS (EVALUACIÓN, REVISIÓN Y MEJORA)

Se evalúa la percepción de los líderes de la GASSO, mediante la encuesta de cultura organizacional, sobre la innovación y el cambio en la organización: las necesidades de los pacientes conducen a realizar cambios, se adoptan de continuo nuevas formas de hacer las cosas, la dirección tiene en cuenta las ideas de innovación y no se penaliza tomar riesgos e innovar obtienen valoraciones positivas (ver Archivo **2.2.1 La innovación según la cultura organizacional**). Tras la implantación de actividades para desarrollar una cultura sinérgica y participativa en 2013 se llevará a cabo una nueva evaluación (la cultura cambia con lentitud).

1 CÓMO LO DEMOSTRAMOS (EVIDENCIAS)

Un ejemplo claro de innovación y cambio (reactivo) ha sido la adaptación de la Gerencia a la pandemia por COVID-19, creándose nuevos servicios (rastreo, COVID-residencias), nuevas tecnologías (microbiología) o adaptaciones hospitalarias (unidad de semicríticos). De forma proactiva han sido múltiples las actividades y servicios implantados en los últimos años para ofrecer un mejor alineamiento de la oferta con las necesidades detectadas en los ciudadanos.

1 RESPONSABLE

Miembros de la IDIGES

1 LINKS EFQM

- 1.1: Definir el propósito y la visión
- 1.2: Identificar y entender las necesidades de los grupos de interés
- 1.3: Comprender el ecosistema, las capacidades propias y los principales retos
- 2.1: Dirigir la cultura de la organización y reforzar los valores
- 2.3: Estimular la creatividad y la innovación
- 4.1: Diseñar el valor y cómo se crea
- 5.2: Transformar la organización para el futuro
- 5.3: Impulsar la innovación y aprovechar la tecnología

2 LO QUE HACEMOS (ENFOQUE)

2.2.2 Estructura para la gestión del cambio

La Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria, en 2015, implantó, como concepto de I+D+I, la IDIGES para, entre otras actividades, la incorporación de nuevos servicios, tecnologías y procedimientos. Su objetivo es generar conocimiento, transmitirlo y desarrollar procesos innovadores que permitan mejorar los servicios asistenciales en calidad y seguridad. El cambio sólo es posible a través de las personas, de forma cuantitativa (número de profesionales e igualdad de oportunidades, ver **Archivo 2.2.3 Personas e Indicador Igualdad de oportunidades**) y cualitativa (formación)

2 CÓMO LO HACEMOS (DESPLIEGUE)

IDIGES (*cluster* de Innovación, Desarrollo e Investigación de la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria) es un concepto funcional que agrupa e integra los recursos ya existentes en la GASSO para el estímulo y apoyo técnico a la innovación, y su espacio físico corresponde al de Gestión de conocimiento. Se pretende desarrollar un marco de intercambio de conocimiento para la implementación de proyectos innovadores (*hub de innovación*). Es una iniciativa con visión abierta a un modelo de trabajo en equipo multidisciplinar e integrador que de soporte a la GASSO.

2 CÓMO Y CUÁNDO LO REVISAMOS (EVALUACIÓN, REVISIÓN Y MEJORA)

La IDIGES (con anterioridad denominada IDIGIS) inició su actividad en octubre de 2015 y, en ese momento, contaba con un número de integrantes superior al actual que por motivos de agilidad en la actividad se concretan en formación, docencia, investigación, nuevas tecnología e innovación. Su actividad se revisa mediante los planes anuales de formación (proceso E.04.101), el plan de gestión de la calidad docente (proceso E.04.103), la memoria de investigación y el proceso de innovación y nuevas tecnologías (E.04.105).

2 CÓMO LO DEMOSTRAMOS (EVIDENCIAS)

La GASSO convoca y resuelve los premios científicos anuales a la investigación (desde 2007) y a la innovación (desde 2014). En la ampliación del Hospital de Santa Bárbara se crea un espacio físico para desarrollar en concepto funcional de IDIGES y centrado en la gestión del conocimiento (ver Archivo **014. Gestión del conocimiento**). De especial interés para iniciar en la investigación y en la innovación a los médicos y enfermeras residentes (punto de encuentro con biblioteca, internet y sala de formación).

2 RESPONSABLE

Miembros de la IDIGES

2 LINKS EFQM

- 1.1: Definir el propósito y la visión
 - 2.1: Dirigir la cultura de la organización y reforzar los valores
 - 2.2: Crear las condiciones para hacer realidad el cambio
 - 4.1: Diseñar el valor y cómo se crea
 - 5.1: Gestionar el funcionamiento y el riesgo
 - 5.2: Transformar la organización para el futuro
 - 5.3: Impulsar la innovación y aprovechar la tecnología
-

3 LO QUE HACEMOS (ENFOQUE)

2.2.3 La mejora continua como consigna La Cultura de la mejora continua consiste en entender cualquier proceso o servicio como un elemento susceptible de ser revisado y mejorado por las personas de la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria. La búsqueda de la excelencia a través de la mejora continua es uno de los **Valores** que acredita como propios la GASSO, siendo prioritario para la organización trabajar con el modelo EFQM (primera evaluación externa en 2009) y la formación en proyectos de mejora (en 2019 y 2020 se llevaron a cabo ediciones del curso *Diseño de proyectos de mejora*)

3 CÓMO LO HACEMOS (DESPLIEGUE)

El eje transversal de actuación de la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria "*Mejora continua*" se desarrolla en el Plan Estratégico 2015-2020 en los epígrafes *Calidad y seguridad del paciente e Innovación y desarrollo*, y se continua en el Plan Estratégico 2022-2024, Línea III Calidad y seguridad del paciente, Estrategia E.III.4 Elaboración de planes de mejora. En la intranet de la GASSO la mejora continua ocupa uno de los capítulos que incluye el Manual de equipos de mejora (ver Archivo *2.2.2. Manual de equipos de mejora*) y la Memoria y la evaluación de la Gerencia EFQM 2018.

3 CÓMO Y CUÁNDO LO REVISAMOS (EVALUACIÓN, REVISIÓN Y MEJORA)

La mejora continua es un proceso con una doble vía de aplicación: de forma puntual tras la detección, en general a iniciativa de los profesionales, de un problema o disconformidad (en resultados clínicos o gestión del servicio) y de forma sistemática, en general a iniciativa del equipo directivo, tras los resultados de la evaluación de grandes grupos de actividad (Plan Anual de Gestión, Plan Estratégico, Evaluación con el modelo EFQM, listas de espera) o resultados de la experiencia del paciente (reclamaciones)

3 CÓMO LO DEMOSTRAMOS (EVIDENCIAS)

La GASSO implementa un Manual de Equipos de mejora y una plantilla para recoger acciones de mejora que se encuentra a disposición de los profesionales en la Intranet. En los Pactos de Objetivos, que se negocian con las Unidades hospitalarias y Centros de salud, un capítulo importante corresponde a la realización de, al menos, 3 acciones de mejora detectadas por los profesionales en su actividad diaria o secundarias a un proceso de autoevaluación, también incluido en los pactos. La puesta en marcha de Equipos de mejora es una constante en la actividad diaria de los profesionales de la GASSO.

3 RESPONSABLE

Subdirección de calidad y seguridad del paciente Subdirección de enfermería de atención hospitalaria

3 LINKS EFQM

- 1.1: Definir el propósito y la visión
- 1.2: Identificar y entender las necesidades de los grupos de interés
- 2.1: Dirigir la cultura de la organización y reforzar los valores
- 2.2: Crear las condiciones para hacer realidad el cambio
- 4.1: Diseñar el valor y cómo se crea
- 5.1: Gestionar el funcionamiento y el riesgo
- 5.2: Transformar la organización para el futuro

2.3: ESTIMULAR LA CREATIVIDAD Y LA INNOVACIÓN

1 LO QUE HACEMOS (ENFOQUE)

2.3.1 Compartir y desarrollarse aprendiendo

La GASSO, en su búsqueda de oportunidades de mejora a través de la estrategia, los procesos, los servicios y los resultados, utiliza diversas herramientas para estar alineada con las tendencias más actuales de su ecosistema. Entre ellas (búsquedas bibliográficas, revistas científicas, agencias de evaluación de tecnologías sanitarias, participación en congresos y jornadas o pertenencias a organizaciones de excelencia) destaca como palanca de mejora el benchmarking, tanto interno como externo, entendido como el proceso continuo para evaluar enfoques y resultados de las organizaciones reconocidas como líderes en nuestro ecosistema y adaptarlos a nuestra realidad.

1 CÓMO LO HACEMOS (DESPLIEGUE)

La metodología clásica del benchmarking (Proceso E.03-104) tiene ciertos aspectos que limitan su eficiencia para la GASSO (consumo de recursos humanos y temporales) y como el objetivo final es, sin duda, el aprendizaje y la mejora se decide la implantación, en 2017, de un modelo adaptado denominado **benchmarking ágil**. Su propósito es alcanzar el resultado esperado (la mejora) de la manera más efectiva, en el menor tiempo posible y minimizando los costes. El concepto "ágil" significa adaptarse al cambio, reduciendo la complejidad, para crear productos y servicios que potencien la innovación y que satisfagan las necesidades de los ciudadanos.

1 CÓMO Y CUÁNDO LO REVISAMOS (EVALUACIÓN, REVISIÓN Y MEJORA)

Para llevar a cabo las actividades de benchmarking la GASSO se apoya en fuentes de información que proporcionan los datos necesarios sobre aquellas organizaciones con servicios, procesos o resultados sobresalientes (bibliografía, bases de datos informatizadas, asistencia a congresos, redes de conocimiento como el CEG,...). Los resultados de la actividad de benchmarking se valoran según la posible adaptación de las mejores prácticas a nuestro ámbito.

1 CÓMO LO DEMOSTRAMOS (EVIDENCIAS)

A partir de 2017 en la GASSO se tienen registradas 21 actividades de *benchmarking ágil* con organizaciones de diversos sectores de su ecosistema y no únicamente en el ámbito sanitario. De dichas actividades 15 han sido a iniciativa de la GASSO y 6 propuestas a la GASSO, debido a su liderazgo en algunas actividades, por otras organizaciones (ver Archivo 2.3.1 *Benchmarking ágil*). Por ello desde la GASSO se entiende el *benchmarking ágil* como una actividad enriquecedora bidireccional. Aprender de las mejores prácticas enriquece la experiencia de entidades similares, ahorra esfuerzos y previene deficiencias que otros ya han experimentado

1 RESPONSABLE

La tarea de aprender y compartir con los mejores recae, sobre todo en los temas relacionados con procesos y tecnologías, en todos los miembros de la organización (y así se refleja en la existencia de la Comisión de nuevas tecnologías y en la creación de los Premios institucionales a la innovación). En relación con la estrategia recae en el Equipo directivo y en especial en la Subdirección de calidad y seguridad del paciente.

1 LINKS EFQM

2.3: Estimular la creatividad y la innovación
2.2: Crear las condiciones para hacer realidad el cambio
4.1: Diseñar el valor y cómo se crea

2 LO QUE HACEMOS (ENFOQUE)

2.3.2 Contribuir a la sociedad mediante el desarrollo de la investigación científica

La investigación sanitaria (Proceso E.04.104 Líneas de investigación) es un elemento imprescindible para el éxito de cualquier estrategia que pretenda mejorar la salud de los ciudadanos. Así lo recoge la misión y la visión de la GASSO. La integración de la investigación básica, anclada en nuestro ecosistema más cercano, con la práctica clínica garantiza la calidad de los servicios y la rápida implantación de los avances científicos en la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, y un cuidado más ético y eficiente de los pacientes.

2 CÓMO LO HACEMOS (DESPLIEGUE)

El propósito de la Unidad de Investigación del Área de Soria es promover la formación básica de los profesionales de la Gerencia en metodología de la investigación, apoyar la producción científica en temas básicos relacionados con las características epidemiológicas, sociodemográficas y medioambientales del área y transferir los conocimientos al servicio de la sociedad, favoreciendo el acceso a la carrera profesional y posibilitando la retención del talento. Para ello, en la ampliación del Hospital de Santa Bárbara, se habilita un espacio de *Gestión del conocimiento* para el desarrollo físico del cluster funcional IDIGES (investigación, docencia, formación, innovación y nuevas tecnologías).

2 CÓMO Y CUÁNDO LO REVISAMOS (EVALUACIÓN, REVISIÓN Y MEJORA)

La actividad investigadora se revisa de forma anual mediante la realización de una Memoria en la que se recogen tanto las actividades como las personas que las realizan. En 2020 se realiza un análisis DAFO en relación con la investigación siendo las principales debilidades la insuficiencia de medios y la carga laboral de los profesionales, y las amenazas detectadas la dificultad para el acceso a la financiación externa y el alejamiento de centros universitarios. Se intenta paliar informando de fuentes de financiación (GRS), mediante convenios de colaboración con la universidad y con la creación de espacios favorables a la investigación.

2 CÓMO LO DEMOSTRAMOS (EVIDENCIAS)

Para el desarrollo y la facilitación de la actividad investigadora por parte de los profesionales de la GASSO nos apoyamos en:

- el convenio entre la GASSO y la Fundación Burgos por la Investigación de la Salud (2014)
- el convenio de colaboración entre la GASSO y la Universidad de Valladolid, a través del Campus Duques de Soria (2015), para la promoción de la investigación (ver Archivo 2.3.2 *Convenio colaboración para la investigación*).
- los premios anuales de la GASSO a la investigación (proyectos, comunicaciones, publicaciones e innovación).
- facilitando el acceso de profesionales a jornadas y congresos.

2 RESPONSABLE

Responsable de la Unidad de Investigación del Área Miembros de la IDIGES
Proceso E.04.104

2 LINKS EFQM

- 1.1: Definir el propósito y la visión
- 2.3: Estimular la creatividad y la innovación
- 3.2: Personas: Atraer, implicar, desarrollar y retener el talento
- 3.4: Sociedad: Contribuir al desarrollo, bienestar y prosperidad

3 LO QUE HACEMOS (ENFOQUE)

2.3.3 Participación en redes de buenas prácticas y foros de intercambio sectorial

La Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria entiende que adecuar los

recursos a la demanda real y rentabilizar las inversiones a través de intervenciones que hayan demostrado su eficacia, constituye una acción básica para la sostenibilidad del sistema sanitario. Se considera **Buena Práctica** aquella intervención o experiencia basada en el mejor conocimiento científico disponible, que haya demostrado ser efectiva, pueda ser transferible y represente un elemento innovador para el sistema sanitario.

3 CÓMO LO HACEMOS (DESPLIEGUE)

La GASSO para conocer las buenas prácticas en materia sanitaria y participar en foros de intercambio sectorial establece diferentes acciones: conoce y participa en las buenas prácticas del Ministerio de Sanidad y del Sacyl, desarrolla un sistema de benchmarking ágil y participa de forma activa, como organización fundadora, en el Foro de Sanidad del Club de la Excelencia en Gestión.

3 CÓMO Y CUÁNDO LO REVISAMOS (EVALUACIÓN, REVISIÓN Y MEJORA)

La GASSO participa en redes de buenas prácticas. Aporta su desarrollo y es receptiva a las aportaciones de las demás organizaciones, tanto del ámbito sanitario como no, como alianzas (Colegio Británico de Zaragoza), Lean Healthcare (Consorcio Sanitario del Garraf) o conciliación (Caja Rural de Soria).

3 CÓMO LO DEMOSTRAMOS (EVIDENCIAS)

La GASSO ha desarrollado una buena práctica acreditada por el Ministerio de Sanidad (Detección precoz de la depresión posparto), Sacyl avala una buena práctica (*Helicobacter pilory*), desde 2017 tiene registradas 21 actividades de benchmarking ágil, el Club de Excelencia en gestión le reconoce 6 buenas prácticas y participa activamente en la elaboración de las Guías de interpretación del modelo EFQM (2013 y 2020) para el sector sanitario. (ver Archivo **4.3.1 Buenas prácticas**). Participa en encuentros de reconocimiento de buenas prácticas como Best in class, siendo finalista en Atención Primaria en 3 ocasiones

3 RESPONSABLE

Equipo directivo Subdirección de calidad y seguridad del paciente

3 LINKS EFQM

- 1.2: Identificar y entender las necesidades de los grupos de interés
- 1.3: Comprender el ecosistema, las capacidades propias y los principales retos
- 2.1: Dirigir la cultura de la organización y reforzar los valores
- 2.2: Crear las condiciones para hacer realidad el cambio
- 4.1: Diseñar el valor y cómo se crea
- 5.2: Transformar la organización para el futuro

4 LO QUE HACEMOS (ENFOQUE)

2.3.4 La estrategia de formación continuada como garantía de crecimiento personal y profesional

La formación continuada es un

proceso de aprendizaje **activo y permanente** al que tienen derecho y obligación los profesionales sanitarios. Se inicia tras el pregrado y está destinado a mejorar los conocimientos y habilidades de los profesionales ante la evolución científica y las necesidades, sociales y del sistema sanitario. Partiendo de un análisis de la situación se planifican las acciones formativas en base a las necesidades demandadas individuales y colectivas, los objetivos institucionales y los de la organización. La GASSO coordina la formación pregrado, continuada y especializada.

4 CÓMO LO HACEMOS (DESPLIEGUE)

El **Plan de formación anual** se implementa a través de la Unidad de formación continuada. Se identifican y priorizan las necesidades individuales y colectivas, las que dan respuesta a objetivos institucionales y/o de la Gerencia y las propuestas que provienen de entidades que representan a profesionales. Tras la priorización se realiza una **propuesta de actividades** atendiendo a las expectativas de los profesionales, criterios generales y líneas estratégicas de formación, teniendo en cuenta criterios de diversidad. El Plan incluye formación en prevención de riesgos laborales y el Plan transversal común del residente (proceso E.04.101 Formación continuada)

4 CÓMO Y CUÁNDO LO REVISAMOS (EVALUACIÓN, REVISIÓN Y MEJORA)

Una vez aprobado el plan pueden incluirse, si es necesario, nuevas acciones formativas a medida o no programadas. Las acciones formativas se someten a evaluación sistemática para conocer el logro de los objetivos previamente definidos y establecer planes de mejora en base a los resultados obtenidos. Se realiza evaluación de la satisfacción, el aprendizaje, la transferencia o el impacto según requiera cada tipo de acción. Los resultados de la evaluación son tenidos en cuenta para seguir ofertando la misma actividad formativa o decidir, si sigue siendo prioritaria, un cambio de docente (ver Archivo **2.3.3 Formación continuada**).

4 CÓMO LO DEMOSTRAMOS (EVIDENCIAS)

Las necesidades formativas de los profesionales se recogen a través de la aplicación de formación informatizada Gestion@FC (Portal de Formación de Sacyl). La Comisión de Formación Continuada es el órgano colegiado responsable de la Acreditación de las Actividades de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias en el ámbito de la Comunidad de Castilla y León. Los Planes de formación de la GASSO se explicitan a través de la intranet y se evalúa su grado de cumplimiento, el nivel de satisfacción alcanzado con la formación y la valoración de la transferencia de los conocimientos adquiridos al puesto de trabajo.

4 RESPONSABLE

Dirección de Gestión. Área de profesionales Unidad de formación continuada

4 LINKS EFQM

- 1.1: Definir el propósito y la visión
- 1.2: Identificar y entender las necesidades de los grupos de interés
- 1.3: Comprender el ecosistema, las capacidades propias y los principales retos
- 1.4: Desarrollar la estrategia
- 2.1: Dirigir la cultura de la organización y reforzar los valores
- 2.2: Crear las condiciones para hacer realidad el cambio
- 5.2: Transformar la organización para el futuro
- 6.2: Resultados de percepción de personas

2.4: UNIRSE Y COMPROMETERSE EN TORNO A UN PROPÓSITO, VISIÓN Y ESTRATEGIA

1 LO QUE HACEMOS (ENFOQUE)

2.4.1 El propósito, la visión y la estrategia se comunican de forma eficaz

Comunicar el Propósito, la Visión y la Estrategia (y también la Misión) es un proceso que tiene como destinatarios a los distintos Grupos de Interés de la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria. De todos ellos es especialmente importante que las Personas de la organización los conozcan, los entiendan y los trasladen a su actividad diaria a través de su participación. La comunicación otorga visibilidad, crea un discurso común que permite divulgar los objetivos y potencia la imagen de la GASSO.

1 CÓMO LO HACEMOS (DESPLIEGUE)

La GASSO tras definir su Misión, Visión y Valores los comunica a los Grupos de Interés mediante paneles gráficos, reuniones, memorias anuales o el Plan Estratégico 2015-2020 incluidos en la intranet y en la página web. El Plan Estratégico, en el que participa un grupo de trabajo formado por 40 profesionales de los distintos sectores de la organización y su evolución se recogen también en el Boletín Informativo (números 71, 82 y 84). En la reciente definición del Propósito han intervenido los vocales de los Consejos de Salud como grupo focal representante de la sociedad.

1 CÓMO Y CUÁNDO LO REVISAMOS (EVALUACIÓN, REVISIÓN Y MEJORA)

La GASSO (ver Archivo *5.5 Plantilla de comunicación*) define, para cada tipos de información relevante, el canal de comunicación más indicado para hacerla llegar de forma efectiva a cada Grupo de Interés clave. Siguiendo este proceso, y cómo marco de mejora, el Plan Estratégico 2022-2024 dispone de un plan específico, no sólo de participación de los Grupos de Interés clave, sino también de comunicación. Los Consejos de Salud de Zona son los órganos de participación de la sociedad y en ellos, por parte de los representantes de la Gerencia, se solicita colaboración y se da a conocer la planificación estratégica

1 CÓMO LO DEMOSTRAMOS (EVIDENCIAS)

Los paneles gráficos están situados en zona de especial confluencia de profesionales. Las memorias anuales, el Plan Estratégico y las memorias EFQM se pueden consultar en la intranet y en la página web de la Gerencia. Las referencias del Boletín informativo se pueden revisar en el Archivo *1.5.1 Boletín informativo*.

1 RESPONSABLE

Equipo directivo Responsable de comunicación

1 LINKS EFQM

- 1.1: Definir el propósito y la visión
- 2.1: Dirigir la cultura de la organización y reforzar los valores

2 LO QUE HACEMOS (ENFOQUE)

2.4.2 Entablar un diálogo constructivo con los Grupos de Interés

La Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria emprende actividades para acercarse a sus Grupos de Interés clave y establecer con ellos un diálogo abierto y constructivo sobre los principios y las líneas que marcan su estrategia. Diseña diversos métodos para conocer la opinión, y propiciar la inclusión en sus políticas.

2 CÓMO LO HACEMOS (DESPLIEGUE)

Los métodos más utilizados para conocer las opiniones y realizar aportaciones son la realización de encuestas tanto a las personas de la organización (encuesta de satisfacción, de compromiso, de cultura organizacional), como a los pacientes (satisfacción) e incluso a la sociedad (propósito). Otros son el contacto directo, las reclamaciones y los medios de comunicación.

2 CÓMO Y CUÁNDO LO REVISAMOS (EVALUACIÓN, REVISIÓN Y MEJORA)

La encuesta sobre el conocimiento y la adhesión a la Misión, Visión y Valores de la organización se lleva cabo en 2018 tras la implantación del Plan Estratégico 2015-2020 donde se explicitaban. La próxima valoración (incluyendo el Propósito) se llevará a cabo tras el desarrollo y comunicación del Plan Estratégico 2022-2024. Niveles bajos de conocimiento o adhesión implicarán realizar actividades de formación o la utilización de otros medios que faciliten su noción. Una de las dimensiones de la encuesta de cultura organizacional de Denison analiza la Misión y en ella las subescalas estrategia, objetivos y visión compartida.

2 CÓMO LO DEMOSTRAMOS (EVIDENCIAS)

Un 97% de las personas de la GASSO conoce su Misión, Visión y Valores y el 87% comparte la Visión (ver Archivo *2.4.2 Compartir la visión*). En la encuesta de Denison la subescala que alcanza mayor puntuación es la estrategia (3,44/5) pero la visión compartida (2,97/5) es una clara área de mejora (ver Archivo *2.2 Cultura organizacional*)

2 RESPONSABLE

Subdirección de calidad y seguridad del paciente Staff

2 LINKS EFQM

- 1.1: Definir el propósito y la visión
- 2.1: Dirigir la cultura de la organización y reforzar los valores
- 1.2: Identificar y entender las necesidades de los grupos de interés

3 LO QUE HACEMOS (ENFOQUE)

2.4.3 La docencia como expresión de futuro

La docencia en Formación Especializada constituye uno de los pilares fundamentales de la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria, junto con la Asistencia y la Investigación. En el Plan de Gestión de Calidad Docente se define la Misión de las Unidades Docentes (seis en el momento actual) como garantizar que los profesionales en formación especializada adquieran los conocimientos, habilidades y actitudes para el desarrollo de la Especialidad de Ciencias Sanitarias elegida y que lo puedan realizar en la GASSO evaluando todo su proceso formativo (ver Archivo *2.4.3. Plan de gestión de calidad docente*).

3 CÓMO LO HACEMOS (DESPLIEGUE)

La visión de las Unidades Docentes es que los residentes adquieran la mejor formación posible, lo que se traduce en positivos resultados clínicos en la población atendida así como en su satisfacción. La formación de los residentes se realiza a través de las Unidades Docentes y Comisiones de Docencia, con la colaboración de Tutores y Colaboradores docentes, según los Programas de las distintas especialidades y el Plan de Gestión de Calidad Docente. Se realizan rotaciones y atención continuada en toda la estructura docente (Servicios del Hospital y Centros de Salud) (proceso E.04.103 Plan de gestión de la calidad docente)

3 CÓMO Y CUÁNDO LO REVISAMOS (EVALUACIÓN, REVISIÓN Y MEJORA)

Los Comités de Evaluación revisan la formación realizada mediante evaluaciones de todos los residentes en las rotaciones, evaluación anual y final de residencia. Los residentes disponen de la Guía y Libro del Residente para el seguimiento y control de su formación. El Plan de Gestión de Calidad Docente se revisa periódicamente mediante indicadores anuales. Se realiza un Plan de Mejora anual de las Unidades Docentes teniendo en cuenta los resultados del Plan de Mejora previo, las directrices institucionales y las encuestas de satisfacción de tutores y residentes en dos aspectos: formación de residentes y estructura docente

3 CÓMO LO DEMOSTRAMOS (EVIDENCIAS)

Se realiza una Memoria Anual de las Unidades Docentes donde se reflejan los resultados de la formación especializada, la satisfacción de los tutores y residentes, los objetivos del Plan Anual de Gestión de la Gerencia Regional de Salud y de la Línea de Formación Especializada del Plan Estratégico 2021-2026 de la GASSO. Actualmente hay 71 residentes en formación (31 hace 3 años, incremento del 56,3%) y más de 200 tutores acreditados. En la próxima convocatoria se ofertarán 37 plazas y están pendientes de acreditación 5 Unidades Docentes nuevas: Radiodiagnóstico, Cirugía General, Geriátrica, Pediatría y Otorrinolaringología.

3 RESPONSABLE

Coordinador de la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria

Coordinador de la Unidad Docente Hospitalaria

Unidades Docentes Actuales: Medicina Familiar y Comunitaria, Enfermería Familiar y Comunitaria, Medicina Interna, Medicina Intensiva, Urología y Salud Mental (2021), y se colabora con Medicina del Trabajo.

3 LINKS EFQM

1.1: Definir el propósito y la visión

1.2: Identificar y entender las necesidades de los grupos de interés

1.3: Comprender el ecosistema, las capacidades propias y los principales retos

2.1: Dirigir la cultura de la organización y reforzar los valores

2.2: Crear las condiciones para hacer realidad el cambio

3.2: Personas: Atraer, implicar, desarrollar y retener el talento

3.4: Sociedad: Contribuir al desarrollo, bienestar y prosperidad

4.1: Diseñar el valor y cómo se crea

5.2: Transformar la organización para el futuro

IMPLICAR A LOS GRUPOS DE INTERÉS

RESUMEN

Criterio 3. Implicar a los grupos de interés (ver Archivo *3.1 Diagrama de relaciones del Criterio 3*)

La Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria ha definido, siguiendo los conceptos de Freeman (1984), a sus **Grupos de Interés** (*stakeholders* o partes interesadas) como todas aquellas personas o conjunto de personas que se ven afectadas directa o indirectamente por el desarrollo de su actividad y que, por lo tanto, también tienen la capacidad de afectarla directa o indirectamente en su desarrollo. Esta definición recoge no solo a personas y/o grupos internos de la organización, sino también a los externos a ella y con diferentes grados de implicación.

La **matriz interés-poder** (entendiendo "interés" cómo el grado de implicación en la colaboración y "poder" cómo la capacidad de influir en el desarrollo estratégico) es de utilidad para la GASSO ya que le permite conocer cómo cada uno de estos grupos de interés puede ser integrado en su estrategia y así diseñar prácticas dirigidas a ordenar las diferentes relaciones (promotor, latente, defensor e indiferente), si bien ofrece una visión estática de las relaciones que debe ser apoyada por un análisis más dinámico como corresponde a un entorno BANI (ver Archivo *1.2.1 Grupos de interés* y Archivo *04. Grupos de interés clave de la sociedad*).

Cada Grupo de Interés precisa un grado de relación diferenciado con la GASSO, al no tener el mismo grado de relación ni demandar la misma implicación. La gestión de los Grupos de Interés implica alcanzar un equilibrio sus necesidades y expectativas y las respuestas de la GASSO que permitan resolverlas de manera eficaz, siendo un objetivo de la reducir el potencial de amenaza e incrementar el comportamiento de cooperación con cada uno de los grupos considerados como clave (ver Archivo *1.2.2 Tipo de relación con los Grupos de Interés clave*). La GASSO apoya sus relaciones con los Grupos de Interés clave en base a la confianza y la cooperación para intentar obtener una ventaja competitiva y reconoce que el mayor nivel de poder que dispongan los grupos la obliga a un mayor cumplimiento de sus expectativas.

Para la ponderación de los Grupos de Interés (ver Archivo *3.2 Ponderación de los grupos de interés clave (doble entrada)*) la GASSO utiliza la convergencia de dos matrices: la comentada interés/poder (matizada con el concepto añadido propio "actitud") y la matriz influencia/impacto, ya que juntas nos proporcionan una visión más holística (la realidad como un todo distinto de la suma de las partes).

La GASSO realiza, en su objetivo de comprender las expectativas de los Grupos de Interés, diversas actuaciones proactivas para captar su percepción sobre su propuesta de valor y cómo mejorarla (ver Archivo *4.4.2 Percepción de los aspectos positivos y a mejorar de la GASSO*). Incluso, en temas relacionados con las megatendencias cómo los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), recaba la opinión de aquellos objetivos que la sociedad considera clave para la actuación de la GASSO y alinearlos con sus propias expectativas (ver Archivo *3.3 ODS prioritarios para la GASSO según el Grupo de Interés sociedad*).

La GASSO mantiene, como característica propia sostenida en el tiempo, una actitud proactiva a la hora de captar necesidades, expectativas y experiencias de los Grupos de Interés clave y poder alinearlas con su actividad. Lo realiza mediante el despliegue de encuestas sistemáticas, tanto internas como externas que recogen amplios y significativos aspectos sobre la satisfacción laboral, el compromiso con la organización, el liderazgo, la conciliación, la movilidad laboral, la experiencia del ciudadano o la priorización de necesidades de salud (ver Archivo *6.1 Encuestas*). Mantiene una coherencia temporal en aquellas que considera de mayor interés y a la vez implanta otras nuevas en relación con temas emergentes (ODS, transporte sanitario o riesgo percibido en su interacción con la GASSO).

El **ciclo de vida** laboral de las personas es un concepto que hace referencia a toda la trayectoria del trabajador en la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria. Generalmente, el término se utiliza en el ámbito de la gestión **laboral** para dar una respuesta apropiada a las necesidades de cada trabajador. Es un proceso dinámico, continuo y fluido que se divide en 5 etapas: selección, inducción o integración, formación y desarrollo, retención y desvinculación (ver Archivo *3.4 Ciclo de vida laboral*)

El propósito de la GASSO es crear valor y reconoce que el valor se crea conjuntamente a través de una colaboración activa con las partes interesadas (*win-win*) (ver Archivo *3.5 Co-creación de valor*)

3.1: CLIENTES: CONSTRUIR RELACIONES SOSTENIBLES

1 LO QUE HACEMOS (ENFOQUE)

3.1.1. Clasificación de los usuarios El aumento de las enfermedades crónicas se debe, principalmente, al envejecimiento de la población. Esta situación hace necesaria la correcta gestión de los sistemas sanitarios para una mayor eficiencia y que puedan seguir realizando su servicio público. Los sistemas de clasificación de usuarios que se utilizan en la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria tratan de estimar la utilización de los servicios y las necesidades reales de atención de cada paciente, teniendo en cuenta características clínicas y funcionales, para permitir una adecuada utilización de los recursos públicos.

1 CÓMO LO HACEMOS (DESPLIEGUE)

La clasificación más básica es por características sociodemográficas que incide en la planificación (envejecimiento, despoblación, aislamiento) o de utilización del sistema (primaria, urgente, nocturna, festivos). Clinical Risk Groups (CRG) estratifica la población en función de su carga de enfermedad y riesgo clínico (severidad). Es una herramienta de segmentación poblacional en función de la morbilidad (ver Archivo *010. Clasificación de usuarios. Clinical Risk Groups*) Los Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD), se basan en la información del CMBD habitual y son un sistema de clasificación **consumo de recursos** (ver Archivo *7.1.3 Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD)*) .

1 CÓMO Y CUÁNDO LO REVISAMOS (EVALUACIÓN, REVISIÓN Y MEJORA)

Las características sociodemográficas y de demanda de atención se analizan antes de cada ciclo de planificación estratégico, mediante un análisis DAFO externo, y se recogen en las memorias anuales de la GASSO. Los Clinical Risk Groups están de continua actualización en las consultas de Atención primaria en relación con la inclusión en proceso del Paciente Crónico Complejo. Los Grupos Relacionados por el Diagnóstico se recogen y analizan de forma continua.

1 CÓMO LO DEMOSTRAMOS (EVIDENCIAS)

La Cartera de servicios de Atención primaria segmenta a los usuarios según edad (infancia, adolescencia y juventud, adultos, personas mayores), sexo (mujer) y actividad (promoción, prevención y atención a los problemas de salud prevalentes (ver Archivo *09. Cartera de servicios. Atención primaria y Atención hospitalaria*). Clinical Risk Groups clasifica en personas sanas o con procesos agudos simples (G0), con patologías estables o iniciales (G1), pluripatológicos estables (G3) y pluripatológicos severos que son priorizados en el nuevo modelo de asistencia para su estabilización y control, intentando disminuir las visitas a Urgencias y los ingresos con un eficiente consumo de recursos.

1 RESPONSABLE

Dirección médica de Atención primaria Dirección médica de Atención hospitalaria

1 LINKS EFQM

- 1.2: Identificar y entender las necesidades de los grupos de interés
- 2.4: Unirse y comprometerse en torno a un propósito, visión y estrategia
- 4.1: Diseñar el valor y cómo se crea
- 5.1: Gestionar el funcionamiento y el riesgo

2 LO QUE HACEMOS (ENFOQUE)

3.1.2 Plan persona

La humanización de la asistencia implica una visión holística del paciente y de su entorno y no sólo el cuidado de su enfermedad. Con una orientación centrada en las necesidades y demandas de los pacientes y sus allegados se desea mejorar la atención armonizando la calidad clínica con los valores, creencias, necesidades y expectativas de las personas, para conferir una mayor dimensión humana a cada encuentro. El Plan va dirigido, valorando su ecosistema, a los pacientes que necesitan atención, a sus allegados y también al profesional necesita sentirse apoyado.

2 CÓMO LO HACEMOS (DESPLIEGUE)

Humanizar, según la Real Academia española (RAE) es hacer humano, familiar y afable a alguien o algo. En la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria se constituye la Comisión de Humanización para poner en marcha actuaciones encaminadas a favorecer una atención sanitaria más humana y detectar las posibles necesidades de los profesionales y de los pacientes y sus allegados. La Comisión constituye una importante forma de participación de los profesionales en la gestión constituyendo un índice de calidad del centro sanitario.

2 CÓMO Y CUÁNDO LO REVISAMOS (EVALUACIÓN, REVISIÓN Y MEJORA)

La Comisión de Humanización establece los objetivos anuales, la metodología de evaluación, seguimiento y estándares de cumplimiento, estando dichos objetivos alineados con el Plan Anual de Gestión, el Plan Estratégico y los Pactos de Objetivos. El Presidente de la Comisión elabora una Memoria anual en la que refleja las actuaciones acometidas y aquellas por implementar en las siguientes actuaciones.

2 CÓMO LO DEMOSTRAMOS (EVIDENCIAS)

El Plan tiene una vigencia de 4 años con una implantación progresiva de actividades. Para 2021 se han establecido 8 grupos de actuaciones con la implicación directa de 30 profesionales multidisciplinares con la misión de asesoramiento y propuesta de actuaciones (ver Archivo **3.1.1 Plan persona**).

2 RESPONSABLE

Presidenta de la Comisión de Humanización Equipo directivo

2 LINKS EFQM

- 1.1: Definir el propósito y la visión
- 1.3: Comprender el ecosistema, las capacidades propias y los principales retos
- 2.1: Dirigir la cultura de la organización y reforzar los valores
- 2.2: Crear las condiciones para hacer realidad el cambio
- 2.4: Unirse y comprometerse en torno a un propósito, visión y estrategia
- 3.4: Sociedad: Contribuir al desarrollo, bienestar y prosperidad
- 4.1: Diseñar el valor y cómo se crea
- 4.4: Diseñar e implantar la experiencia global
- 5.2: Transformar la organización para el futuro
- 6.1: Resultados de percepción de clientes

3 LO QUE HACEMOS (ENFOQUE)

3.1.3 Gestión de las reclamaciones

Uno de los cauces de participación de los ciudadanos es el procedimiento de reclamaciones a través del cual pueden manifestar su opinión acerca del funcionamiento, organización y estructura de los centros, servicios y establecimientos sanitarios. Se puede presentar una reclamación de forma presencial en cualquier centro de la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria, en el buzón que existe a junto a la entrada del Servicio de Atención al Paciente o de forma telemática a través del Portal de Salud de Castilla y León <https://reclamacionesysugerencias.saludcastillayleon.es/RESU/>.

3 CÓMO LO HACEMOS (DESPLIEGUE)

La reclamación es incluida en la aplicación informática RESU, ordenando la misma según los códigos de clasificación. El Servicio de Atención al Paciente, solicita los informes oportunos, al responsable del servicio o unidad objeto de la reclamación, que dispone de un plazo de diez días para recabar la información precisa sobre lo acaecido y emitir un informe. La respuesta, que ratifica con su firma el Director Médico, queda incluida en la aplicación RESU y es comunicada por escrito al reclamante con registro de salida.

3 CÓMO Y CUÁNDO LO REVISAMOS (EVALUACIÓN, REVISIÓN Y MEJORA)

Las reclamaciones se revisan, analizan, responden y, en su caso, se establecen acciones correctoras de forma continuada. La opinión de los usuarios expresada mediante las reclamaciones sirve para que, tras su análisis cuantitativo y cualitativo, se adopten medidas para mejorar la calidad de la asistencia y la satisfacción. En el Plan Anual de Gestión se recoge el objetivo de establecer al menos 4 acciones de mejora anuales (2 en Atención Primaria y 2 en Atención Hospitalaria) en relación con los 5 principales motivos de reclamación en cada ámbito.

3 CÓMO LO DEMOSTRAMOS (EVIDENCIAS)

El programa RESU permite analizar el número de reclamaciones y su clasificación de forma segmentada por ámbito, unidades y motivos codificados. Recoge también los tiempos de respuesta (estándar < 30 días) que debido a un cambio en la gestión se vieron comprometidos en 2020, pero con una evolución favorable en 2021. El Área de Soria históricamente presenta el número de reclamaciones, tanto por habitante como por número de actos asistenciales, más bajo de Castilla y León (ver Archivo **3.1.2 Motivos de reclamación y acciones de mejora**).

3 RESPONSABLE

Subdirección de enfermería de Atención hospitalaria Staff Dirección médica de Atención hospitalaria Dirección médica de Atención primaria Jefes de servicio

3 LINKS EFQM

- 1.2: Identificar y entender las necesidades de los grupos de interés
- 2.1: Dirigir la cultura de la organización y reforzar los valores
- 2.2: Crear las condiciones para hacer realidad el cambio
- 3.4: Sociedad: Contribuir al desarrollo, bienestar y prosperidad
- 4.4: Diseñar e implantar la experiencia global
- 5.1: Gestionar el funcionamiento y el riesgo
- 6.1: Resultados de percepción de clientes

4 LO QUE HACEMOS (ENFOQUE)

3.1.4 Canales de comunicación organizativos y asistenciales

La comunicación es el proceso de transmitir información que requiere de un **emisor**, de un **receptor** y de la información o **mensaje** a comunicar. Distinguimos la **voz del ciudadano** proceso estratégico (proceso E. 05.104), para alinear la actividad de la GASSO hacia la satisfacción de las necesidades (calidad técnica en términos de eficacia y/o efectividad) y expectativas (calidad percibida en términos de información, trato y confort... etc.) y la capacidad de las organizaciones de facilitar a los ciudadanos el acceso a sus datos y a la actividad.

4 CÓMO LO HACEMOS (DESPLIEGUE)

La GASSO da voz al ciudadano mediante encuestas, reclamaciones, consejos de salud, medios de comunicación o interacción personal (ver Archivo **6.3 Encuestas**). La valoración de la experiencia se realiza de forma segmentada en ámbitos de asistencia (atención primaria, urgencias hospitalarias, hospitalización, consultas externas,...) (ver Archivo **6.2 La experiencia del ciudadano_NPS. 2019**) Desde el Sacyl se facilita y promueve el acceso informatizado de los ciudadanos al sistema sanitario y a sus datos mediante la Carpeta del paciente y SacylConecta (ver Archivo **3.1.3 SacylConecta**).

4 CÓMO Y CUÁNDO LO REVISAMOS (EVALUACIÓN, REVISIÓN Y MEJORA)

La voz del ciudadano, mediante la realización de encuestas, evoluciona y se adapta a las nuevas propuestas intentando captar de manera global la opinión y experiencia (laboratorio, transporte, objetivos de desarrollo sostenible,...). En el proceso de planificación estratégico 2002-2004 la GASSO incluye como grupo focal a grupos de pacientes y representantes de la sociedad. Sacyl revisa y actualiza sus plataformas, añadiendo funcionalidades, para adecuarlas a las necesidades de los ciudadanos y asegura su seguridad.

4 CÓMO LO DEMOSTRAMOS (EVIDENCIAS)

La **Carpeta del Paciente** es el portal de acceso a los datos de salud de los pacientes. Permite visualizar los datos administrativos, la consulta de las citas, la visualización de las imágenes de radiología, la consulta/descarga de informes, hoja de medicación, procesos de baja, vacunación, pruebas COVID-19 e Historia Clínica Resumida de Atención Primaria. Está pensada para una navegación ágil, intuitiva y sencilla y además es compatible con todos los dispositivos móviles. **SacylConecta** es una forma sencilla de acceder a distintos servicios e información sanitaria a través de la página de SACYL o descargando la App con el mismo nombre.

4 RESPONSABLE

Responsable de comunicación

4 LINKS EFQM

- 1.1: Definir el propósito y la visión
- 1.2: Identificar y entender las necesidades de los grupos de interés
- 1.3: Comprender el ecosistema, las capacidades propias y los principales retos
- 2.2: Crear las condiciones para hacer realidad el cambio
- 3.4: Sociedad: Contribuir al desarrollo, bienestar y prosperidad
- 4.4: Diseñar e implantar la experiencia global
- 5.2: Transformar la organización para el futuro
- 5.3: Impulsar la innovación y aprovechar la tecnología

3.2: PERSONAS: ATRAER, IMPLICAR, DESARROLLAR Y RETENER EL TALENTO

1 LO QUE HACEMOS (ENFOQUE)

3.2.1 Las personas como artífices del funcionamiento y la transformación

La GASSO cuenta con unos 2000 profesionales para cumplir sus fines. Para las personas implanta un Plan de Gestión de Profesionales (ver Archivo **3.2.1 Plan de gestión de profesionales**) vinculado a la planificación estratégica general y a la planificación de la Gerencia Regional de Salud. Las personas no son recursos para alcanzar objetivos, sino que son seres trascendentes con sus propios objetivos personales a desarrollar. El crecimiento profesional y la retención del talento son básicos para esta organización y por ello desarrolla un amplio abanico de actividades.

1 CÓMO LO HACEMOS (DESPLIEGUE)

La GASSO se asegura de actuar de forma proactiva, reconociendo y cuidando de sus trabajadores. Fomenta la identificación de sus necesidades mediante la detección de actividades formativas y las empodera para que compartan sus aprendizajes, y adquieran otros, mediante estancias, asistencia a congresos, docencia, investigación... etc. Planifica su gestión, la evalúa y se adapta a los cambios de las personas, mediante el Plan de Acogida, la resolución de trámites en la Unidad de Atención al Profesional, el Portal del empleado, la movilidad interna, promoción interna, coberturas de jefaturas, protección de la salud... (Proceso E. 02.1010 Gestión de recursos humanos).

1 CÓMO Y CUÁNDO LO REVISAMOS (EVALUACIÓN, REVISIÓN Y MEJORA)

El Plan de Gestión de Profesionales 2018/2020 se ha evaluado anualmente y al final. De esa evaluación derivan acciones de mejora y el siguiente Plan de Gestión. La COVID-19 ha supuesto un esfuerzo de adaptación: las plantillas se han dimensionado y adaptado según las necesidades, la prevención de riesgos y la protección de la salud y la formación en la utilización de EPIs ha sido relevante y persiste la Unidad de Apoyo Psicológico. La creación de la Unidad de Gestión del Conocimiento va a suponer potenciar acciones en torno a los profesionales que promuevan reconocimiento, desarrollo de carrera y retención.

1 CÓMO LO DEMOSTRAMOS (EVIDENCIAS)

Las evidencias se demuestran con el Plan de Gestión de Profesionales y su desarrollo. En el ámbito de la gestión de personas: plantillas, evolución de la contratación en periodo COVID-19, convocatorias y resoluciones de procesos selectivos, concursos de traslados, movilidad interna...etc. En el ámbito de desarrollo formativo y reconocimiento: planes de formación, promoción interna, comisiones y órganos de participación, convocatoria de jefaturas, premios de investigación e institucionales...etc. En el ámbito de cuidado y apoyo: plan de acogida, unidad de asesoramiento administrativo, prevención de riesgos laborales, plan de apoyo psicológico COVID-19, adaptación de puesto de trabajo por salud laboral, conciliación familiar...etc.

1 RESPONSABLE

Dirección de gestión. Área de profesionales

1 LINKS EFQM

- 1.2: Identificar y entender las necesidades de los grupos de interés
- 2.1: Dirigir la cultura de la organización y reforzar los valores
- 2.2: Crear las condiciones para hacer realidad el cambio
- 4.4: Diseñar e implantar la experiencia global
- 6.2: Resultados de percepción de personas

2 LO QUE HACEMOS (ENFOQUE)

3.2.2 La experiencia de las personas

El Employee Net Promoter Score (eNPS) es una evolución del Net Promoter Score (NPS) creado en 2003 por Fred Reichheld, que nos permite medir la probabilidad de que un empleado recomiende la GASSO como lugar de trabajo. Es el resultado a la pregunta *En una escala del 0 al 10 ¿Con qué probabilidad recomendarías esta empresa para trabajar a un amigo o familiar?*. Los encuestados se agrupan en Promotores (9-10), Pasivos (7-8) y Detractores (0-6). El eNPS es igual al porcentaje de promotores menos el porcentaje de detractores.

2 CÓMO LO HACEMOS (DESPLIEGUE)

La experiencia de las personas mediante el análisis del eNPS se lleva a cabo, durante los años 2019 y 2020 (primer trimestre), con un terminal táctil con respuestas anónimas. Se recogen los resultados y se segmentan según edad, sexo y categoría laboral. Se estudian las características que influyen en los resultados tales como interés por el trabajo, carga de trabajo, oportunidades de aprendizaje, comunicación, conciliación y satisfacción de trabajar en la GASSO. La experiencia está íntimamente relacionada con el **ciclo de vida laboral** de las personas, en donde se producen los principales momentos de la verdad.

2 CÓMO Y CUÁNDO LO REVISAMOS (EVALUACIÓN, REVISIÓN Y MEJORA)

Existe una correlación de un 98% entre la satisfacción de las personas y la del cliente. Una persona que se siente realizada en la GASSO y que sabe de la importancia de su trabajo, no solo estará más capacitada, sino que se esforzará más por hacer mejor su trabajo y por conseguir que el cliente se vaya satisfecho. Temas como la comunicación (modifica la experiencia hasta en un 80%), la estabilidad laboral, la descentralización en la toma de decisiones, la conciliación y el liderazgo transformacional que influyen en la experiencia son analizados sistemáticamente mediante encuestas.

2 CÓMO LO DEMOSTRAMOS (EVIDENCIAS)

Las personas influyen en la recomendación de la marca GASSO tanto o más que los usuarios finales. De ello deriva la estrategia de mejorar la experiencia de trabajo y facilitar la recomendación de la organización como un buen empleador. En 2019 se instala un terminal táctil, que recoge 430 opiniones, para conocer la experiencia de las personas en su relación con la organización y aquellas variables que a ella contribuyen realizándose un estudio de riesgos relativos para la posibilidad de ser detractor o promotor (ver Archivo **3.2.2 La experiencia de las personas**).

2 RESPONSABLE

Subdirección de calidad y seguridad del paciente Equipo directivo intermedios

Jefes de servicio

Mandos

2 LINKS EFQM

- 1.2: Identificar y entender las necesidades de los grupos de interés
- 2.1: Dirigir la cultura de la organización y reforzar los valores
- 5.2: Transformar la organización para el futuro
- 6.2: Resultados de percepción de personas

3 LO QUE HACEMOS (ENFOQUE)

3.2.3 El mapa de viaje del empleado

Los empleados de la GASSO ejercen gran influencia sobre la reputación de la organización, su imagen social y su capacidad para atraer y fidelizar el talento. El mapa viaje del empleado o *Employee journey map*, inspirado en el viaje del cliente, es una herramienta que nos ayuda a mejorar la experiencia de los empleados. Las organizaciones que lo utilizan lo limitan a la fase de incorporación y formación. Ha sido una Buena Práctica seleccionada en la IV Edición de las Premios de Buenas Prácticas en Gestión (2021) organizados por el CEG.

3 CÓMO LO HACEMOS (DESPLIEGUE)

El mapa viaje del empleado es un ejercicio de análisis cuantitativo, cualitativo y de pensamiento heurístico que lleva tiempo y esfuerzo, y que conviene diseñarlo de forma gráfica. Incluye las fases por las que pasa el empleado, incluso hasta la futura salida ya sea por jubilación, traslado o despido, en su interacción con la GASSO. El objetivo es tener conocimiento de cómo nuestra organización gestiona cada una de estas fases, en cuales es posible mejorar, establecer unas actividades para ello y alinearlas e incluirlas en la planificación de la GASSO.

3 CÓMO Y CUÁNDO LO REVISAMOS (EVALUACIÓN, REVISIÓN Y MEJORA)

Se enumeran los puntos de contacto (o *touchpoints*) que los empleados tienen con la GASSO, desde su contacto inicial hasta el final de su relación con la organización, en la desvinculación. Utilizamos datos cuantitativos de los empleados extraídos de las encuestas sistemáticas que se realizan (Font Roja, MBI, Q12, Denison) y datos cualitativos en relación con la experiencia de las personas mediante terminales táctiles. Nos sirven para identificar lo que la GASSO puede hacer, como organización, para mejorar la experiencia de los empleados.

3 CÓMO LO DEMOSTRAMOS (EVIDENCIAS)

Para cada punto de contacto existen factores que influyen en la experiencia y que debemos evaluar y trabajar para que resulten positivos. El objetivo final es acercar el funcionamiento organizacional con la perspectiva del trabajador y eliminar fricciones que surgen durante la experiencia. Se planifican diversas acciones (6) y se segmentan según la fase de ejecución: análisis, desarrollo, testeo y realizada (ver Archivo *3.2.3 Mapa de viaje del empleado*).

3 RESPONSABLE

Subdirección de calidad y seguridad del paciente
Equipo directivo intermedios

Jefes de servicio

Mandos

3 LINKS EFQM

- 1.2: Identificar y entender las necesidades de los grupos de interés
- 2.1: Dirigir la cultura de la organización y reforzar los valores
- 5.2: Transformar la organización para el futuro
- 6.2: Resultados de percepción de personas

4 LO QUE HACEMOS (ENFOQUE)

3.2.4 Desarrollo y reconocimiento de las personas

La Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria implementa una oferta formativa orientada al desarrollo profesional y a la adquisición y mejora de competencias. Mediante la formación se facilita la adaptación del profesional a las necesidades cambiantes, tanto de usuarios como de la organización. Se planifican las acciones formativas en base a las necesidades expresadas en la plataforma informatizada, los objetivos institucionales y los organizativos. La GASSO desarrolla el *Programa de reconocimiento a profesionales*: reconocer el desempeño mejora la satisfacción, la fidelidad y la retención del talento, así como la rentabilidad y productividad.

4 CÓMO LO HACEMOS (DESPLIEGUE)

El *Plan de formación* se despliega a través de la Unidad de formación continuada. En una primera fase se identifican las necesidades que provienen de profesionales e informadores clave. Tras la priorización de las demandas se realiza una propuesta de actividades atendiendo tanto a expectativas de profesionales como a criterios generales y líneas estratégicas de formación establecidas, con criterios de diversidad. El plan incluye la formación específica en prevención de riesgos laborales y el plan transversal común del residente. Una vez aprobado pueden incluirse nuevas acciones formativas a medida o no programadas. El Plan se comunica en la intranet.

4 CÓMO Y CUÁNDO LO REVISAMOS (EVALUACIÓN, REVISIÓN Y MEJORA)

Las acciones formativas se someten a evaluación sistemática para conocer el grado de satisfacción de los discentes, el logro de los objetivos y establecer planes de mejora en base a los resultados obtenidos. Se realiza evaluación de satisfacción, aprendizaje, transferencia o impacto según requiera cada tipo de acción formativa. La satisfacción de los profesionales con el reconocimiento se evalúa mediante *items* de las encuestas de *Gallup Q12*, *Font Roja*, *Denison* o *MLQ 6S*.

4 CÓMO LO DEMOSTRAMOS (EVIDENCIAS)

Los Planes de formación se evalúan de forma anual y se objetivan en la intranet. Las actividades formativas con una baja valoración se descartan para siguientes planes. El Programa de reconocimiento desarrolla una serie de indicadores (7) para su seguimiento, tanto de percepción (2) como de actividad (5).

4 RESPONSABLE

Dirección de gestión. Área de profesionales

Subdirección de enfermería de Atención hospitalaria

Staff

4 LINKS EFQM

- 1.1: Definir el propósito y la visión
- 1.2: Identificar y entender las necesidades de los grupos de interés
- 2.1: Dirigir la cultura de la organización y reforzar los valores
- 2.2: Crear las condiciones para hacer realidad el cambio
- 4.1: Diseñar el valor y cómo se crea
- 6.2: Resultados de percepción de personas

5 LO QUE HACEMOS (ENFOQUE)

3.2.5 Sistemas de promoción, prevención y protección de la salud física y psíquica

La prevención de los riesgos laborales es una exigencia ética, legal y social que ha de ser integrada como un elemento más de actualización y mejora de la GASSO. Surge del reconocimiento del derecho de los trabajadores a la protección de su salud en integridad en el ámbito laboral.

5 CÓMO LO HACEMOS (DESPLIEGUE)

Desde la Unidad de Prevención de Riesgos Laborales se desarrolla una ingente tarea que va desde las revisiones médicas, a la vacunación o a los accidentes laborales. como ejemplo de otras actividades destacamos: Violencia interna, Plan de gestión de conflictos y mediación, Plan integral frente a las agresiones, Evaluación de riesgos psicosociales (FPSICO 4.0 del INSST), Cambios y adaptaciones del puesto de trabajo (ORDEN SAN/1037/2014). Durante la pandemia por COVID-19 se atendieron las necesidades de apoyo psicológico de los profesionales mediante una consulta implementada desde Salud Mental

5 CÓMO Y CUÁNDO LO REVISAMOS (EVALUACIÓN, REVISIÓN Y MEJORA)

La Unidad de Prevención de Riesgos Laborales trabaja de forma continua con los profesionales de la GASSO y cada año implementa una Memoria en la que se recogen las actividades más destacadas que, de forma interna conllevan un análisis específico y la adopción de las medidas de mejora correspondientes. Temas de especial relevancia son los accidentes en el ámbito laboral, que requieren y estudio sistemático e individualizado y los temas relacionados con el acoso laboral o la violencia interna.

5 CÓMO LO DEMOSTRAMOS (EVIDENCIAS)

En las Memorias anuales de la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria se recogen de forma sistemática las actuaciones de la Unidad de Prevención de Riesgos Laborales. El Comité de Seguridad y Salud es el órgano máximo de participación y consulta en materia de prevención de riesgos laborales en el Área de Soria. Las Unidades de Gestión Preventiva del EAP de San Esteban de Gormaz y del Servicio de Anatomía Patológica, tras su acreditación, fueron auditadas de forma positiva en 2019.

5 RESPONSABLE

Unidad de Prevención de Riesgos Laborales (PRL)

5 LINKS EFQM

- 1.2: Identificar y entender las necesidades de los grupos de interés
- 6.2: Resultados de percepción de personas
- 2.1: Dirigir la cultura de la organización y reforzar los valores

6 LO QUE HACEMOS (ENFOQUE)

3.2.6 Conciliación de la vida personal, familiar y laboral

La Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria entiende por conciliación el "*hacer compatible el desarrollo de la actividad profesional de la persona, con el desarrollo de su vida familiar y social*". Se considera que un desequilibrio entre el desarrollo profesional y personal genera desmotivación laboral e insatisfacción y al contrario, una mayor satisfacción influye, en positivo, en una buena asistencia sanitaria a los ciudadanos. La GASSO, no solo respeta e impulsa la legislación sobre conciliación sino que llega más allá (permisos, reducción de jornada, cambios de puesto de trabajo).

6 CÓMO LO HACEMOS (DESPLIEGUE)

La GASSO realiza, a finales de 2018, un **Informe de diagnóstico de conciliación**, elaborado por consultores externos a la organización, cuyo objetivo es analizar hasta qué punto existe un equilibrio real entre la vida personal y profesional de las personas y si éste es un elemento integrante de la cultura de la organización, se ha incorporado en de la estrategia y se ha promovido eficazmente por parte del Equipo directivo. Intervienen grupos focales con personal perteneciente a los distintos colectivos de la organización, con objeto de recabar información cualitativa sobre la voz de las personas, y representantes sindicales.

6 CÓMO Y CUÁNDO LO REVISAMOS (EVALUACIÓN, REVISIÓN Y MEJORA)

Para la realización del Informe de diagnóstico también se realiza el lanzamiento de la **encuesta "Voz de las personas"**, dirigida a obtener información cuantitativa y representativa sobre la opinión de los trabajadores de la GASSO en esta materia. El principal problema detectado es el desconocimiento de las medidas de conciliación ya existentes, por lo que desde el Área de profesionales se incluye en la Intranet el Catálogo de medidas de conciliación. La actividad del Área de profesionales derivada de la pandemia impide su desarrollo de un Plan de igualdad, que será objetivo del próximo Plan estratégico.

6 CÓMO LO DEMOSTRAMOS (EVIDENCIAS)

Según el **Informe de diagnóstico de conciliación**, elaborado por consultores externos, la GASSO cumple los requisitos establecidos en la Ley 39/1999 para la promoción de la conciliación de la vida familiar y personal y la Ley 3/2007, para la igualdad efectiva de hombres y mujeres, superando en alguno de ellos lo establecido. Se identifican iniciativas puestas en marcha por la organización, en aras de la conciliación, más allá de lo legalmente establecido, como la facilidad para acercar el lugar de trabajo a la vivienda habitual, vía comisiones de servicio o moviidades, o la exención de guardias.

6 RESPONSABLE

Dirección de gestión. Área de profesionales Subdirección de calidad y seguridad del paciente

6 LINKS EFQM

- 1.2: Identificar y entender las necesidades de los grupos de interés
- 2.1: Dirigir la cultura de la organización y reforzar los valores
- 2.4: Unirse y comprometerse en torno a un propósito, visión y estrategia
- 4.1: Diseñar el valor y cómo se crea
- 5.1: Gestionar el funcionamiento y el riesgo
- 6.2: Resultados de percepción de personas

3.3: INVERSORES Y REGULADORES: ASEGURAR Y MANTENER SU APOYO CONTINUO

1 LO QUE HACEMOS (ENFOQUE)

3.3.1 Inversor público

El Sistema de Salud de Castilla y León comprende el conjunto de actuaciones y recursos públicos y privados, cuya finalidad es la promoción y protección de la salud en todos sus ámbitos, la prevención de la enfermedad, la asistencia sanitaria y la rehabilitación. Uno de sus principios rectores es el aseguramiento y la financiación públicos del Sistema Público de Salud de Castilla y León, desde la corresponsabilidad de los usuarios y eficiencia de los recursos existentes. La Gerencia Regional de Salud organiza, dirige y gestiona los recursos humanos, materiales y financieros para el cumplimiento de sus fines.

1 CÓMO LO HACEMOS (DESPLIEGUE)

El cumplimiento presupuestario se presenta como un indicador fundamental. El cumplimiento del gasto público de la GASSO viene fijado en el Plan Anual de Gestión del centro. En ningún caso la autorización por parte de los servicios centrales de contrataciones o nuevas acciones podrá suponer un incremento del objetivo de gasto asignado. La Dirección de Gestión en su Área Económica y Presupuestaria realiza un exhaustivo control del cumplimiento presupuestario y comunica su evolución al Equipo Directivo en la Comisión de Dirección.

1 CÓMO Y CUÁNDO LO REVISAMOS (EVALUACIÓN, REVISIÓN Y MEJORA)

El control financiero se realiza por el Servicio de Control Financiero del Sector Público dependiente de la Intervención General de la Administración de la Comunidad de la Consejería de Hacienda de la JCyL, con marco legal establecido. Desde la Dirección de Gestión se determina el presupuesto por servicio con informes de seguimiento mensual. A nivel agregado, desde la Dirección de Gestión se realiza un seguimiento mensual de todas las grandes partidas, con análisis de desviaciones y propuestas de mejora. Evaluación anual del cumplimiento del presupuesto de cada servicio.

1 CÓMO LO DEMOSTRAMOS (EVIDENCIAS)

La GASSO tiene tres fuentes de financiación, una directa y mayoritaria a través de la Gerencia Regional de Salud y plasmada en el Pacto de Objetivos, y dos indirectas y minoritarias, una mediante los ingresos por la prestación de servicios de asistencia a pacientes no beneficiarios de la Seguridad Social o cuando existan terceros obligados al pago y otra residual a través de la Fundación Burgos para la Investigación en Salud derivada de la repercusión económica de los estudios de investigación con una financiación externa..

1 RESPONSABLE

Dirección de gestión. Área económica y presupuestaria

1 LINKS EFQM

- 1.2: Identificar y entender las necesidades de los grupos de interés
- 2.1: Dirigir la cultura de la organización y reforzar los valores
- 5.1: Gestionar el funcionamiento y el riesgo
- 5.5: Gestionar los activos y recursos
- 6.3: Resultados de percepción de inversores y reguladores

2 LO QUE HACEMOS (ENFOQUE)

3.3.2 Reguladores. Área de Profesionales

La GASSO identifica los reguladores a los que rendir cuentas cumpliendo requerimientos legales, fiscales, éticos y administrativos. Depende de la Gerencia Regional de Salud, Organismo Autónomo de la Comunidad de Castilla y León. Se atiene a sus regulaciones en estructura, organización, actividad y presupuesto. Comprende sus necesidades y expectativas que son ofrecer a los ciudadanos de Castilla y León una asistencia sanitaria integral. Tiene identificados reguladores sectoriales con los que mantiene relaciones de mutua confianza y beneficio: Ministerios de Sanidad, Hacienda, Trabajo y Justicia, otras Consejerías de la Comunidad Autónoma y Ayuntamientos de Soria.

2 CÓMO LO HACEMOS (DESPLIEGUE)

La GASSO cumple la legislación vigente que dimana de cada uno de sus reguladores, y a ella somete todas sus actuaciones de forma permanente. Goza de una amplia capacidad organizativa, disponiendo de discrecionalidad para la toma de decisiones. El carácter de organismo público le obliga a respetar toda la normativa aplicable en materia de contratación administrativa, gestión de personal, gestión económica, además de ambicionar cumplir con los distintos objetivos de calidad, asistenciales o de contenido económico fijados en los sucesivos Planes Anuales de Gestión. Para ello desarrolla Planes Estratégicos, Pactos de Objetivos, procesos, protocolos, guías... etc.

2 CÓMO Y CUÁNDO LO REVISAMOS (EVALUACIÓN, REVISIÓN Y MEJORA)

La GASSO revisa, evalúa y mejora, mediante el análisis de resultados de Memorias de Evaluación de Calidad, Informes anuales del Servicio de Auditoría y Control Financiero Permanente del Área Sanitaria de la Consejería de Economía y Hacienda, Informes sectoriales del Servicio de Inspección y Evaluación de Centros de la Gerencia Regional... etc. La Planificación Estratégica de la GASSO implica crear Grupos de Mejora que, tras los informes de evaluación e inspección y otras fuentes, revisa y mejora su actuación; así Grupos de Mejora de "Protección de datos" o "Protección de los derechos de las personas en relación a la salud".

2 CÓMO LO DEMOSTRAMOS (EVIDENCIAS)

La GASSO demuestra este enfoque con diversas evidencias. Con la propia evaluación de los Planes Estratégicos y de Gestión de Personal; además con los informes periódicos a los diferentes entes reguladores: al Servicio de Auditoría Pública y Control Financiero Permanente, al Servicio de Inspección y Evaluación de Centros, a la Inspección de Trabajo y Seguridad Social... También con la respuesta escrita a Preguntas Parlamentarias de los miembros de las Cortes Regionales o a peticiones de informes del Procurador del Común, del Defensor del Pueblo o con la aportación periódica o puntual de informes específicos. -según los casos- a otros reguladores.

2 RESPONSABLE

Dirección de gestión. Área de profesionales

2 LINKS EFQM

- 1.2: Identificar y entender las necesidades de los grupos de interés
- 2.1: Dirigir la cultura de la organización y reforzar los valores
- 2.2: Crear las condiciones para hacer realidad el cambio
- 5.1: Gestionar el funcionamiento y el riesgo
- 5.2: Transformar la organización para el futuro
- 6.3: Resultados de percepción de inversores y reguladores

3 LO QUE HACEMOS (ENFOQUE)

3.3.3 Reguladores. Área Económica, Presupuestaria y de Servicios Generales La Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria y los centros sanitarios que la componen tienen una relativa autonomía de gestión y una amplia discrecionalidad clínica. Esta autonomía debe integrarse con una extensa normativa que afecta a todos los órdenes de la organización. La sanidad es una competencia transferida a las comunidades autónomas que ostentan la potestad organizativa. De ellas emana un paquete normativo de aplicación sanitaria o presupuestaria. Debe observarse la norma estatal en materias: derechos y deberes, regulación marco, seguridad social, hacienda, procedimiento administrativo, contratación pública, prevención de riesgos, etc.

3 CÓMO LO HACEMOS (DESPLIEGUE)

El cumplimiento de las normas que afectan a la GASSO exige una especialización de la organización plasmada en su organigrama directivo. Más allá de la formación y experiencia, hay perfiles distintos en cada una de las Áreas competenciales (Área económica y presupuestaria, Área de servicios generales y Área de profesionales).

La regulación consta de controles externos a la propia organización. El más importante es el financiero que afecta al presupuesto y a los procedimientos de gestión. También se producen auditorías aleatorias de diferentes áreas de actividad asistencial u otro tipo de controles periódicos (Hacienda, Seguridad Social, Industria, Consejo de Cuentas).

3 CÓMO Y CUÁNDO LO REVISAMOS (EVALUACIÓN, REVISIÓN Y MEJORA)

Puesto que la actuación de los organismos reguladores es externa a la GASSO difícilmente se puede influir en las funciones que prestan. Sin embargo, la actividad de estos se plasma en informes que son aprovechados para la mejora continua. Incluso, el hecho de contar con supervisores de las acciones a realizar obliga a gestionar de la forma más óptima o incluso efectiva. La propia acción sindical, continuada en el tiempo, supone un estímulo adicional para el cumplimiento de la norma de forma legal y objetiva.

3 CÓMO LO DEMOSTRAMOS (EVIDENCIAS)

Son continuas las mejoras que se producen en las distintas áreas en base a las acciones de estos reguladores. De los informes anuales de control financiero se extraen acciones de mejora a desarrollar en próximos ejercicios. Lo mismo puede decirse de los informes específicos del Consejo de Cuentas regional. Hacienda y Seguridad Social nos van marcando continuamente una senda de cumplimiento. La extensa normativa en materia de industria, además de su cumplimiento, nos aporta una mayor seguridad en las instalaciones. Las auditorías regulares de funcionamiento siempre se componen de áreas de mejora que son aplicadas.

3 RESPONSABLE

Dirección de gestión. Área económica y presupuestaria

Dirección de gestión. Área de servicios generales

3 LINKS EFQM

- 1.2: Identificar y entender las necesidades de los grupos de interés
- 1.3: Comprender el ecosistema, las capacidades propias y los principales retos
- 2.1: Dirigir la cultura de la organización y reforzar los valores
- 2.4: Unirse y comprometerse en torno a un propósito, visión y estrategia
- 5.1: Gestionar el funcionamiento y el riesgo
- 6.3: Resultados de percepción de inversores y reguladores

4 LO QUE HACEMOS (ENFOQUE)

3.3.4 Reguladores. Área de Asistencia Sanitaria La Gerencia Regional de Salud regula y evalúa los resultados de la asistencia sanitaria mediante el Plan Anual de Gestión y la Cartera de servicios de Atención primaria y Atención hospitalaria. Otros reguladores en este ámbito, aunque no supongan una evaluación directa de la actividad pero si la condicionan son los Colegios profesionales, las Agencias de evaluación del medicamento, las Sociedades científicas, el Plan Nacional frente a la Resistencia a los Antibióticos (PRAN) y la Estrategia para la Seguridad del Paciente, dependientes del Ministerio de Sanidad, y las Agencias de Evaluación de Tecnología.

4 CÓMO LO HACEMOS (DESPLIEGUE)

El Plan Anual de Gestión se analiza y planifica su implementación en Comisión de Dirección y sus criterios más prevalentes se transmiten a toda la organización a través de los Pactos de Objetivos. Los Colegios profesionales regulan en especial los criterios de acreditación laboral y los comportamientos éticos de los profesionales. Para el resto de actividades relacionadas en el Apartado *evidencias* la GASSO tiene una actitud abierta de colaboración y realización de planes de mejora en relación con los resultados de la evaluación.

4 CÓMO Y CUÁNDO LO REVISAMOS (EVALUACIÓN, REVISIÓN Y MEJORA)

El Plan Anual de Gestión comporta un seguimiento regular de actividades y resultados y una evaluación final anual. El resto de actividades de regulación son continuas y en ocasiones (resultados de PROA, investigación, seguridad del paciente) se dispone de resultados anuales. (ver Archivo **3.3.2 Informe evaluación externa. Seguridad ámbito quirúrgico 2019**). Con los resultados de las inspecciones se ponen en marcha planes de mejora.

4 CÓMO LO DEMOSTRAMOS (EVIDENCIAS)

La GASSO trabaja directamente con el Plan Anual de Gestión de la GRS, sigue las recomendaciones de las Agencias de evaluación del medicamento (por ejemplo, en relación con la COVID-19 en tratamientos, vacunas,...), se adhiere el PRAN a nivel de PROA de Atención primaria y de Atención hospitalaria, en investigación se somete a la consulta y conformidad del Comité de Ética de la Investigación (CEIm) de Burgos y Soria, en seguridad del paciente participa en registro ENVIN y la Comisión de Nuevas Tecnologías sigue los criterios de la Agencia de evaluación de tecnologías sanitarias.

4 RESPONSABLE

Equipo directivo

Jefes de servicio y coordinadores

Mandos intermedios

4 LINKS EFQM

- 1.2: Identificar y entender las necesidades de los grupos de interés
- 2.1: Dirigir la cultura de la organización y reforzar los valores
- 2.2: Crear las condiciones para hacer realidad el cambio
- 5.1: Gestionar el funcionamiento y el riesgo
- 5.2: Transformar la organización para el futuro
- 6.3: Resultados de percepción de inversores y reguladores

3.4: SOCIEDAD: CONTRIBUIR AL DESARROLLO, BIENESTAR Y PROSPERIDAD

1 LO QUE HACEMOS (ENFOQUE)

3.4.1 Pacto Global de Naciones Unidas El Pacto Global es un instrumento de libre adhesión de la sociedad civil para aplicar los Diez Principios que integran sus estrategias y operaciones. Los Diez Principios derivan de declaraciones de Naciones Unidas en materia de derechos humanos, trabajo, medio ambiente y anticorrupción y gozan de consenso universal. La Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria se adhiere en noviembre de 2017 al Pacto Global y asume el compromiso de rendir cuentas a la sociedad de los progresos que realiza en ese proceso de implantación, mediante la elaboración del Informe de Progreso (diciembre, 2019).

1 CÓMO LO HACEMOS (DESPLIEGUE)

La GASSO es firmante, tras carta de solicitud dirigida al Secretario General UN Antonio Guterres, del Pacto Global de Naciones Unidas (*Global Compact UN*) y asume el compromiso de desarrollarlo en sus actividades cotidianas y darlo a conocer alentando a participar en el mismo. En el Informe de Progreso bienal se relacionan las líneas de actuación de la GASSO respecto a los diez puntos del Pacto Global. Se comunica a los grupos de interés a través de la prensa, el Boletín Informativo, la intranet y la página web.

1 CÓMO Y CUÁNDO LO REVISAMOS (EVALUACIÓN, REVISIÓN Y MEJORA)

La GASSO suscribió el pasado 11 de diciembre de 2017 el Global Compact de Naciones Unidas expresando su compromiso con los diez principios que lo rigen. Al cumplirse los 2 años del mismo, y para seguir siendo miembro activo, se remite a dicho organismo el Informe de Progreso de la Gerencia en el que se relacionan las líneas de actuación de la GASSO respecto a los diez puntos del Pacto Global.

1 CÓMO LO DEMOSTRAMOS (EVIDENCIAS)

La GASSO presenta, en relación al Global Compact, su Informe de Progreso en noviembre de 2019 siendo aprobado y publicado (ver Archivo **3.4.1 Global Compact. Informe de Progreso**). Entre las actividades llevadas a cabo por la GASSO destacamos la presentación del Pacto en prensa, su divulgación entre los profesionales y a la sociedad a través de los Consejos de Salud y su inclusión en los convenios llevados a cabo con los aliados para desarrollar la estrategia.

1 RESPONSABLE

Director/Gerente Subdirección de calidad y seguridad del paciente

1 LINKS EFQM

1.2: Identificar y entender las necesidades de los grupos de interés
2.1: Dirigir la cultura de la organización y reforzar los valores
6.4: Resultados de percepción de la sociedad
5.2: Transformar la organización para el futuro

2 LO QUE HACEMOS (ENFOQUE)

3.4.2 Órganos de participación de la sociedad Los ciudadanos, como titulares del derecho a la protección de la salud, constituyen el eje de la política sanitaria. No deben ser protagonistas pasivos sino que se debe promover su participación activa. Para ello se establecen diversos cauces: uno es el procedimiento de reclamaciones y sugerencias y otro los órganos de participación a nivel de la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria (Consejo de Salud de Área y Consejos de Salud de Zona). (ver Archivo **3.4.2 Órganos de participación**)

2 CÓMO LO HACEMOS (DESPLIEGUE)

El Consejo de Salud de Zona es un órgano colegiado de participación y coordinación. Existe uno por cada Zona de Salud (14) y el Coordinador del Equipo de Atención Primaria es su Presidente. En él se encuentran representados el Centro de Salud, los municipios, los centros educativos, las asociaciones (de consumidores y usuarios, de vecinos, de padres y madres de alumnos, empresariales y sindicales) y el Servicio Territorial de Sanidad y Bienestar Social. Consideramos a los vocales del Consejo de Salud de Zona como *grupo focal* para detectar necesidades y expectativas, tanto a nivel de clientes como de sociedad.

2 CÓMO Y CUÁNDO LO REVISAMOS (EVALUACIÓN, REVISIÓN Y MEJORA)

Entre los fines del Consejo de Salud de Zona se encuentran: participar en la asignación de prioridades a los problemas de salud (ver Archivo **011. Demandas sociales**), conocer los compromisos de su Equipo de Atención Primaria en relación con los Pactos de Objetivos y canalizar cuantas iniciativas y sugerencias permitan mejorar la atención y el nivel de salud de la Zona. La GASSO recurre al Consejo de Salud de Zona para conocer su opinión, en temas como necesidades y expectativas y satisfacción con los servicios prestados, mediante encuestas o a través de las actas de las reuniones.

2 CÓMO LO DEMOSTRAMOS (EVIDENCIAS)

La GASSO realiza encuestas sistemáticas a los vocales de los Consejos de Salud de Zona para alinear sus actividades y servicios con las prioridades así detectadas en materia de asistencia sanitaria y seguridad y dar una respuesta aceptable para la sociedad (ver Archivo **011. Demandas sociales**). Como novedad en las últimas encuestas, realizadas de forma informatizada, se incluye la visión de los Objetivos de Desarrollo Sostenible en que creen que debe estar más implicada la GASSO así como su disposición para colaborar en la planificación estratégica (el 50% responde que bastante o mucho)

2 RESPONSABLE

Subdirección de calidad y seguridad del paciente Coordinadores de los centros de salud (presidente) Trabajadora social (secretaria)

2 LINKS EFQM

1.2: Identificar y entender las necesidades de los grupos de interés
1.3: Comprender el ecosistema, las capacidades propias y los principales retos
2.1: Dirigir la cultura de la organización y reforzar los valores
3.1: Clientes: Construir relaciones sostenibles
5.2: Transformar la organización para el futuro

3 LO QUE HACEMOS (ENFOQUE)

3.4.3 La investigación como bien social La actividad de la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria se sustenta, como se recoge en su Misión y Visión, en tres pilares básicos: asistencial, docente e investigador. Los resultados de la investigación conllevan mejorar los procesos asistenciales, obtener nuevos productos y servicios, conseguir tratamientos innovadores y/o nuevas tecnologías. Todo ello repercute, en beneficios directos, sobre la sociedad (alineados con Estrategia de Investigación e Innovación de Cyl 2021-2017). El *Comité de Ética para la Investigación de Burgos y Soria* es el organismo regulador para aprobar los proyectos de investigación en el Área de Soria.

3 CÓMO LO HACEMOS (DESPLIEGUE)

La Unidad de Apoyo a la Investigación tiene por objeto proponer, informar, asesorar, gestionar, formar, dar respuesta y difundir la investigación en el Área de Salud de Soria, siendo básicos sus proyectos, regulación y cartera de servicios. Los profesionales que deseen realizar una publicación o/y comunicación científica, deben tener autorización del Director/Gerente tramitada por la Unidad de Apoyo a la Investigación, donde quedará registro. La GASSO tiene un Convenio con la *Fundación Burgos por la Investigación de la Salud* que establece el marco de colaboración para promocionar, impulsar y coordinar la investigación biomédica, tanto básica como aplicada.

3 CÓMO Y CUÁNDO LO REVISAMOS (EVALUACIÓN, REVISIÓN Y MEJORA)

La Unidad de Apoyo a la Investigación cumplimenta una Memoria Anual donde se reflejan los resultados de la investigación y este año, tras un análisis DAFO, se incluyen las líneas de futuo entre las que se encuentra la apertura del espacio Gestión del conocimiento, la búsqueda de financiación, extender la investigación a la Atención primaria e implicar en mayor grado a la mujer en la investigación (se ha impartido en 2021 un Curso básico de investigación a las Enfermeras Internas Residentes de 1º año, con la intención de que realicen un proyecto de investigación durante su residencia).

3 CÓMO LO DEMOSTRAMOS (EVIDENCIAS)

La actividad investigadora se ha incrementado en 2020 y 2021, con 39 y 35 proyectos respectivamente. La GASSO convoca anualmente, desde 2006, los Premios de Investigación (al mejor proyecto, al mejor artículo y a la mejor comunicación). En 2021, aprovechando el espacio dedicado a Archivo en la ampliación del Hospital de Santa Bárbara ahora innecesario en el tránsito a un Hospital sin papel, se ha diseñado el espacio de Gestión del Conocimiento que incluye el *cluster formado por docencia, formación, innovación, nuevas tecnología e investigación* (ver Archivo **014. Gestión del conocimiento**).

3 RESPONSABLE

Responsable de la Unidad de Apoyo a la Investigación

3 LINKS EFQM

- 1.1: Definir el propósito y la visión
- 1.2: Identificar y entender las necesidades de los grupos de interés
- 2.1: Dirigir la cultura de la organización y reforzar los valores
- 2.3: Estimular la creatividad y la innovación
- 3.2: Personas: Atraer, implicar, desarrollar y retener el talento
- 4.2: Comunicar y vender la propuesta de valor
- 5.4: Aprovechar los datos, la información y el conocimiento
- 6.4: Resultados de percepción de la sociedad

4 LO QUE HACEMOS (ENFOQUE)

3.4.4 Movilidad laboral sostenible y segura (Plan de Transporte al Trabajo)

La movilidad sostenible atañe a toda la sociedad y la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria adquiere, con su entorno y trabajadores, el compromiso de favorecer una movilidad laboral sostenible y segura. El Plan de movilidad (ver Archivo **3.4.3 Movilidad laboral sostenible y segura**) comprende un conjunto de medidas para racionalizar los desplazamientos de sus trabajadores evitando el uso del vehículo privado y en su lugar incluir líneas que fomenten la movilidad activa cardiosaludable (andar, bicicleta) o en transporte público reduciendo los problemas medioambientales y fomentando la salud.

4 CÓMO LO HACEMOS (DESPLIEGUE)

Tras constituir un equipo de trabajo (dirección, representantes de los trabajadores, personas voluntarias) se realiza un amplio análisis de los comportamientos de las personas que trabajan en el Hospital de Santa Bárbara en relación con la movilidad laboral segmentado por turnos e incluyendo su disposición al cambio (Objetivo de desarrollo sostenible 11. Ciudades y comunidades sostenibles, 11.2 y 11.6). Los trabajadores se inclinan, en caso de cambio, por el transporte urbano y el uso de la bicicleta.

4 CÓMO Y CUÁNDO LO REVISAMOS (EVALUACIÓN, REVISIÓN Y MEJORA)

Se han estudiado diversas posibilidades para incrementar un sistema de movilidad laboral que favorezca la salud de los trabajadores (andar, bicicleta) como bonos para desayunos saludables. El principal cambio, según los propios trabajadores, consistía en incrementar el uso del transporte urbano y al él se dedicaron las principales iniciativas. Las modificaciones necesarias en este sistema debidas a la pandemia por COVID-19 han dificultado su desarrollo y posterior evaluación.

4 CÓMO LO DEMOSTRAMOS (EVIDENCIAS)

En colaboración con el Ayuntamiento de Soria se revisaron las líneas y la frecuencia de los autobuses urbanos en relación con el Hospital de Santa Bárbara, proponiendo y realizando diversas modificaciones (paradas). Se realizó una difusión pública (carteles) de la adecuación de las líneas y de la aplicación app "*Urbanos de Soria*". Se dispone de aparcamiento para bicicletas en el Hospital de Santa Bárbara y en el Virgen del Mirón, lo que también se tendrá en cuenta en el aparcamiento del nuevo edificio. Se promueve la movilidad cardiosaludable en la Jornada "*La salud en el lugar de trabajo*".

4 RESPONSABLE

Dirección de gestión. Área de servicios generales Subdirección de calidad y seguridad dl paciente

4 LINKS EFQM

- 1.2: Identificar y entender las necesidades de los grupos de interés
- 1.3: Comprender el ecosistema, las capacidades propias y los principales retos
- 2.1: Dirigir la cultura de la organización y reforzar los valores
- 2.2: Crear las condiciones para hacer realidad el cambio
- 3.4: Sociedad: Contribuir al desarrollo, bienestar y prosperidad
- 5.2: Transformar la organización para el futuro

3.5: PARTNERS Y PROVEEDORES: CONSTRUIR RELACIONES Y ASEGURAR SU COMPROMISO PARA CREAR VALOR SOSTENIBLE

1 LO QUE HACEMOS (ENFOQUE)

3.5.1 Las alianzas como palanca para el desarrollo de la estrategia

Las alianzas se explicitan como relaciones duraderas en el tiempo que crean y comparten valor en apoyo de los objetivos estratégicos de ambos aliados. La Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria identifica de forma sistemática las situaciones favorables para establecer alianzas estratégicas y potenciar la eficacia, eficiencia y seguridad de sus servicios. Lo realiza bajo criterios de beneficio mutuo y creación de sinergias positivas, optimizando recursos y evitando duplicidades, adquiriendo compromisos y aspirando, más que a una relación contractual, a la creación de valor añadido para ciudadanos y organizaciones.

1 CÓMO LO HACEMOS (DESPLIEGUE)

La GASSO encamina sus alianzas hacia optimizar recursos, obtener beneficios mutuos, mantener constante la comunicación, formalizar los acuerdos, gestionar las expectativas y mantener una sistemática de evaluación, seguimiento y mejora. Un marco general de alianzas se recoge (proceso E.VI.2 Alianzas con pacientes, proveedores y partners) junto con su alineación con los objetivos estratégicos del Plan 2015-2020, en la Intranet y los diferentes pasos de su gestión en el esquema *Ruta crítica de las alianzas* (ver Archivo **3.5.1 Gestión de las alianzas**). Se desarrolla, cómo base del próximo ciclo estratégico, un análisis DAFO segmentado de aliados y proveedores.

1 CÓMO Y CUÁNDO LO REVISAMOS (EVALUACIÓN, REVISIÓN Y MEJORA)

En 2018 se desarrolló la sistematización y mejora de las alianzas que incluye la identificación de aliados, la clasificación de las alianzas para la GASSO mediante una matriz de influencia-dependencia, la firma de un acuerdo estandarizado de colaboración con las entidades aliadas (acción desarrollada tras una actividad de *benchmarking ágil*) que incluye la complementariedad de las estrategias, las líneas de actuación, los objetivos e indicadores para la evaluación y, finalmente, una encuesta de satisfacción con la alianza. La *Gestión de las alianzas estratégicas* de la GASSO es reconocida por el Club de Excelencia en Gestión como una Buena Práctica.

1 CÓMO LO DEMOSTRAMOS (EVIDENCIAS)

Los ciudadanos que se benefician de los servicios prestados por las asociaciones priorizadas (logopedia, rehabilitación, terapia cognitiva, apoyo psicológico,...) se han incrementado así como los servicios que se les prestan. Un ejemplo es el *Proyecto Parkinson Rural* que mediante la cesión de las salas de rehabilitación de los centros de salud rurales, da cobertura los pacientes y sus familias evitando desplazamientos en una provincia con distancias significativas. Otro ejemplo, con metodología *Design Thinking* orientada a la acción, es la instalación de una consulta ficticia para acostumbrar a niños con autismo el acudir a su médico o enfermera reduciendo la ansiedad.

1 RESPONSABLE

Subdirección de enfermería de Atención hospitalaria (responsable de las alianzas)

Subdirección de calidad y seguridad del paciente

1 LINKS EFQM

- 1.2: Identificar y entender las necesidades de los grupos de interés
- 1.3: Comprender el ecosistema, las capacidades propias y los principales retos
- 2.2: Crear las condiciones para hacer realidad el cambio
- 2.4: Unirse y comprometerse en torno a un propósito, visión y estrategia
- 3.4: Sociedad: Contribuir al desarrollo, bienestar y prosperidad
- 4.3: Elaborar y entregar la propuesta de valor
- 4.4: Diseñar e implantar la experiencia global
- 5.2: Transformar la organización para el futuro
- 5.5: Gestionar los activos y recursos
- 6.5: Resultados de percepción de partners y proveedores

2 LO QUE HACEMOS (ENFOQUE)

3.5.2 Sistemática de evaluación de las alianzas La Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria considera que la evaluación es parte esencial del proceso de gestión de las alianzas, ya que permite que ambas organizaciones conozcan hasta qué punto se alcanzan los beneficios esperados en relación con su estrategia, se identifican los problemas y, si es necesario, se realizan acciones de mejora que modifiquen la relación. Define sus alianzas clave mediante una matriz dependencia/influencia que las clasifica en prioritarias o clave, conservadoras, accesorias y competitivas (ver Archivo **3.5.2 Ejemplos de alianzas. Parkinson, Cruz Roja y Alzheimer**)

2 CÓMO LO HACEMOS (DESPLIEGUE)

La GASSO realiza una evaluación bienal de sus alianzas clave mediante una encuesta (puntuación entre 1-5) adaptada a sus necesidades del documento *Evaluación de las Alianzas de la Organización Mundial de la Salud (2007)*, en el que se recogen las cuestiones de respuesta cerrada facilidad en el trato, beneficio para las persona y satisfacción con la alianza, y una pregunta con respuestas abiertas abierta en relación con las necesidades de cambio que creen pertinentes para mejorar la alianza en beneficio de los ciudadanos que representan.

2 CÓMO Y CUÁNDO LO REVISAMOS (EVALUACIÓN, REVISIÓN Y MEJORA)

La GASSO realiza una evaluación bienal de sus alianzas estratégicas clave mediante una encuesta (puntuación entre 1-5) adaptada a sus necesidades del documento *Evaluación de las Alianzas de la Organización Mundial de la Salud (2007)*, en el que se recogen las cuestiones cerradas facilidad en el trato, beneficio para las persona y satisfacción con la alianza, y una pregunta abierta en relación con las necesidades de cambio que creen pertinentes para mejorar la alianza en beneficio de los ciudadanos que representan. En caso necesario se plantean actuaciones adaptativas puntuales

2 CÓMO LO DEMOSTRAMOS (EVIDENCIAS)

Las alianzas de la GASSO se describen en la intranet bajo el epígrafe Alianzas externas. Las alianzas se priorizan según una matriz dependencia/influencia. Las alianzas clave se gestionan mediante un acuerdo de colaboración. Las alianzas se revisan de forma bienal mediante una encuesta que en su parte cualitativa recoge las opiniones y posibles cambios, y evaluando los objetivos en aquellas que así lo especifican (ver Archivo **3.5.2 Ejemplos de alianzas. Parkinson, Cruz Roja y Alzheimer**), y en su caso se lleva a cabo un seguimiento y mejora.

2 RESPONSABLE

Subdirección de enfermería de Atención hospitalaria (responsable de las alianzas)

Subdirección de calidad y seguridad del paciente

2 LINKS EFQM

- 1.2: Identificar y entender las necesidades de los grupos de interés
- 1.3: Comprender el ecosistema, las capacidades propias y los principales retos
- 2.2: Crear las condiciones para hacer realidad el cambio
- 2.4: Unirse y comprometerse en torno a un propósito, visión y estrategia
- 4.1: Diseñar el valor y cómo se crea
- 5.2: Transformar la organización para el futuro
- 6.5: Resultados de percepción de partners y proveedores

3 LO QUE HACEMOS (ENFOQUE)

3.5.3 Dinámica de interacción de los proveedores

La Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria gestiona la relación con los proveedores necesarios para cubrir las necesidades de recursos para el desarrollo de sus actividades así como de los servicios que la organización decide externalizar, revisa su interacción, identifica su peso estratégico y reconoce a los mejores. Los proveedores, tanto en el ámbito sanitario como no sanitario aportan tecnología, especialización y experiencia en técnicas innovadoras que comparten con la organización, así como formación a los profesionales de las características y correcta utilización de los nuevos productos antes de su implantación.

3 CÓMO LO HACEMOS (DESPLIEGUE)

Las relaciones estables y de confianza con los proveedores son esenciales para la GASSO, al no poder prestar todos los servicios con medios propios y no contar con personal necesario (proceso S.06 Suministros). La GASSO evalúa la proactividad de sus proveedores para generar innovación (pilotajes de nuevos productos o servicios). Las relaciones con proveedores se regulan mediante documento contractual que se determina los compromisos económicos, técnicos, de servicio y medioambientales en base a los cuales se realiza un seguimiento de los servicios prestados y de los productos suministrados. Existe una homologación de proveedores desde Sacyl y/o Consejería de Hacienda.

3 CÓMO Y CUÁNDO LO REVISAMOS (EVALUACIÓN, REVISIÓN Y MEJORA)

La GASSO es una organización integrada en la Gerencia Regional de Salud de CyL que tiene carácter de organismo autónomo. Por tal motivo, está sometida a las normas generales de procedimiento administrativo. La evaluación y aprobación de los servicios se efectúa por el Responsable de Evaluación de suministros. En 2017 se produce la adaptación a la Ley de Contratación en la Administración Pública. Las mayores sinergias con los proveedores se producen en los proyectos tecnológicos y en la formación, buscando siempre el *win-win*, y en este sentido se ha institucionalizado en la GASSO el premio anual al aliado/proveedor.

3 CÓMO LO DEMOSTRAMOS (EVIDENCIAS)

La relación GASSO-proveedores se pone de manifiesto con el acceso a proyectos de renovación tecnológica que nos ayudan a mejorar el funcionamiento interno. Podemos referirnos a desarrollos de historia clínica, peticiones electrónicas de radiología o actualmente en materia de laboratorio con Roche Diagnostics. Estas alianzas promovidas desde la Dirección de Gestión están en el marco de una colaboración iniciada hace ya bastantes años, con notables resultados tecnológicos y "estratégicos".

3 RESPONSABLE

Dirección de gestión. Área económica y presupuestaria Dirección de gestión. Área de servicios generales

3 LINKS EFQM

- 1.2: Identificar y entender las necesidades de los grupos de interés
- 1.3: Comprender el ecosistema, las capacidades propias y los principales retos
- 2.2: Crear las condiciones para hacer realidad el cambio
- 4.1: Diseñar el valor y cómo se crea
- 5.1: Gestionar el funcionamiento y el riesgo
- 5.2: Transformar la organización para el futuro
- 5.3: Impulsar la innovación y aprovechar la tecnología
- 6.5: Resultados de percepción de partners y proveedores

4 LO QUE HACEMOS (ENFOQUE)

3.5.4 Sistemática de evaluación de los proveedores

La Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria lleva a cabo una sistemática de evaluación de los proveedores mediante una ficha de análisis para asegurar que las expectativas iniciales se mantienen de forma persistente. El primer paso para realizar la evaluación de proveedores es definir los criterios que van a ser tenidos en cuenta. El objetivo es elaborar un archivo para determinar y supervisar el desempeño de los proveedores en relación con las necesidades manifiestas de la GASSO con el fin de mitigar los riesgos e impulsar la mejora.

4 CÓMO LO HACEMOS (DESPLIEGUE)

Desde 2013 se elabora un listado del valor de los proveedores con las puntuaciones resultantes obtenidas mediante la evaluación de los criterios definidos por la GASSO e incluidos en la ficha. La tendencia es un argumento para valorar la posibilidad, en caso negativo, de buscar nuevos proveedores, o en caso positivo de mantener y reforzar la relación y de proponerlos para los Premios anuales al aliado/proveedor más destacado instaurados en 2017 (2017: GASMEDI 2000, 2018: Nuevas Ambulancias Soria, 2019: Asociación Parkinson de Soria)

4 CÓMO Y CUÁNDO LO REVISAMOS (EVALUACIÓN, REVISIÓN Y MEJORA)

La evaluación del valor mediante la ficha es anual. En ella se recogen aspectos como precios competitivos, tiempo de respuesta, realizar actividades formativas, tener certificados de calidad o plantear a la GASSO innovaciones o mejoras en el servicio y/o su pilotaje. La puntuación de cada criterio tiene un rango de 0 (no cumple) y 5 (supera expectativas) y la puntuación global califica al proveedor en deficiente, aceptable y excelente (ver Archivo **3.5.3 Evaluación de los proveedores**). La matriz de Kraljic pondera el valor del proveedor para la GASSO junto con el riesgo de suministros

4 CÓMO LO DEMOSTRAMOS (EVIDENCIAS)

Los resultados de la ficha de evaluación de los proveedores se recogen en una tabla en la que, a lo largo del tiempo, se percibe su trayectoria de servicio respecto a la GASSO. Diversos proveedores han sido sustituidos teniendo en cuenta, entre otros criterios, la percepción de desacoplar sus ofertas a las necesidades de la GASSO. La matriz de Kraljic, cuyo objetivo es identificar el peso estratégico de los proveedores, clasifica a los proveedores en estratégicos (realizar alianzas), a fidelizar (para reducir riesgos y cuellos de botella), alternativos (para minimizar costes con la misma calidad) y no críticos

4 RESPONSABLE

Dirección de gestión. Área económica y presupuestaria

Dirección de gestión. Área de servicios generales

4 LINKS EFQM

- 1.2: Identificar y entender las necesidades de los grupos de interés
- 1.3: Comprender el ecosistema, las capacidades propias y los principales retos
- 2.2: Crear las condiciones para hacer realidad el cambio
- 5.1: Gestionar el funcionamiento y el riesgo
- 6.5: Resultados de percepción de partners y proveedores

5 LO QUE HACEMOS (ENFOQUE)

3.5.5 Colaboración con el ámbito educativo En el Campus Duques de Soria de la Universidad de Valladolid (UVA) imparte su actividad la Facultad de Ciencias de la Salud en la que se cursan estudios de Enfermería y Fisioterapia. La Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria es **Centro Concertado Sanitario** según el concierto específico de colaboración UVA-Gerencia Regional de Salud de CyL en materia docente y de investigación en ciencias relacionadas con la salud (2021), y el interés en un futuro es ser Hospital Universitario, al recoger en su misión y visión la formación de profesionales del sistema sanitario.

5 CÓMO LO HACEMOS (DESPLIEGUE)

La GASSO tiene un convenio de colaboración con la UVA, a través del Campus de Soria, para la promoción de la investigación y se establece una línea de investigación conjunta sobre *La salud medioambiental como determinante de la salud de las personas*. Los estudiantes de enfermería y fisioterapia realizan prácticas clínicas en los centros de la GASSO, durante un periodo de adquisición de conocimientos, habilidades y aptitudes clave (proceso E.04.102 Docencia pregrado). También a alumnos de los ciclos formativos de Técnico Superior de Laboratorio y Diagnóstico clínico (TEL), Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) y Técnicos en Farmacia.

5 CÓMO Y CUÁNDO LO REVISAMOS (EVALUACIÓN, REVISIÓN Y MEJORA)

La formación en nuestro centro se orienta a la capacitación para la acción y permite complementar los aprendizajes teóricos del mundo académico con los de la práctica asistencial. Anualmente se realiza un acto de acogida a los alumnos que se incorporan al *practicum* de fisioterapia y enfermería y a los alumnos de Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería. Se establece una encuesta sobre la utilidad de la formación recibida y de su resultado, por ejemplo, surgió la necesidad de espaciar la formación en más días y menos horas y realizar tutoriales de apoyo a la estancia formativa.

5 CÓMO LO DEMOSTRAMOS (EVIDENCIAS)

El concierto específico de colaboración registra que el Complejo Asistencial de Soria y los Centros de Salud pertenecientes a su Área de Salud poseen las condiciones e infraestructuras necesarias para el desarrollo de los fines de docencia e investigación. Se favorece la implicación de los profesionales de enfermería mediante la acreditación de la actividad docente. Los resultados de satisfacción con la formación recibida se recogen en los indicadores **Facultad de Ciencias de la Salud de Soria: satisfacción con las prácticas en la GASSO de los alumnos de enfermería y fisioterapia**.

5 RESPONSABLE

Equipo directivo

Subdirección de enfermería de Atención hospitalaria

5 LINKS EFQM

- 1.1: Definir el propósito y la visión
- 1.2: Identificar y entender las necesidades de los grupos de interés
- 1.3: Comprender el ecosistema, las capacidades propias y los principales retos
- 2.2: Crear las condiciones para hacer realidad el cambio
- 2.3: Estimular la creatividad y la innovación
- 4.1: Diseñar el valor y cómo se crea
- 5.2: Transformar la organización para el futuro
- 6.5: Resultados de percepción de partners y proveedores

6 LO QUE HACEMOS (ENFOQUE)

6 CÓMO LO HACEMOS (DESPLIEGUE)

6 CÓMO Y CUÁNDO LO REVISAMOS (EVALUACIÓN, REVISIÓN Y MEJORA)

6 CÓMO LO DEMOSTRAMOS (EVIDENCIAS)

6 RESPONSABLE

6 LINKS EFQM

CREAR VALOR SOSTENIBLE

RESUMEN

criterio 4. Crear valor sostenible (ver Archivo 4.1 Diagrama de relaciones del Criterio 4)

La Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria propone nuevos modelos de concebir el cuidado de la salud que consideran la asistencia sanitaria como una "inversión" con sus correspondientes beneficios para el ciudadano y la sociedad en su conjunto ("valor"). Impulsar lo que funciona y dejar de lado lo que no aporta valor y además crea "falsas inseguridades" incide en la importancia de buscar y compartir soluciones sobre cómo hacer lo que hay que hacer, a quién hay que hacerlo y donde hay que hacerlo con los mismos recursos (ver Archivo 4.2 No hacer. Selección de propuestas y resultados en Atención primaria).

La Cartera de servicios es un instrumento de ayuda y apoyo a los profesionales que tiene en cuenta la nueva organización de la asistencia con un enfoque basado en la continuidad asistencial, la proactividad de los profesionales y la coordinación socio-sanitaria a la vez que sirve de herramienta de evaluación y mejora de la calidad. En la actualización de la Cartera de servicios de Atención primaria de 2019 se pone énfasis en la educación para la salud individual pero también en las actividades de promoción de la salud de abordaje grupal y comunitario. La Cartera de Servicios de Atención hospitalaria incluye todas las prestaciones asistenciales que el sistema sanitario público garantiza para los ciudadanos en el marco de la Cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud (Real Decreto 1030/2006) y garantiza la continuidad de la atención al paciente, una vez superadas las posibilidades de la Atención primaria y hasta que aquél pueda reintegrarse a ese nivel asistencial (ver Archivo 09. Cartera de servicios de Atención primaria y Atención hospitalaria).

El valor sostenible se basa en ofrecer un mayor beneficio al paciente como centro del sistema, obteniendo mejores resultados en salud, teniendo un menor riesgo de que experimente efectos secundarios y a un coste aceptable. Pero como organización que presta servicios la aportación de valor real corre a cargo de las personas que la integran a las que se debe detectar e intentar satisfacer sus necesidades y expectativas consiguiendo que su experiencia en la interacción con la GASSO sea la mejor posible (personas satisfechas que satisfacen las necesidades y expectativas de los usuarios). Para ello debemos captar la realidad del entorno mediante aquellas herramientas que nos faciliten su comprensión, tales como encuestas, reclamaciones, grupos focales, o medios de comunicación (ver Archivo 6.1 Encuestas y Archivo 011. Demandas sociales). Y, cómo, organización sanitaria pública no podemos olvidar la necesidad de responder a nuestro inversor y principal regulador, la Gerencia Regional de Salud, mediante el cumplimiento presupuestario, el Plan Anual de Gestión, el Plan de Calidad y seguridad del paciente y la Cartera de Servicios.

Por ello la GASSO, siguiendo el modelo de Nôtre-Dame para la propuesta de valor (ver Archivo 08. Propuesta de valor. Modelo de Nôtre-Dame), opta frente a criterios de bajo coste o de segmentación (especialización) por la diferenciación en el servicio mediante el desarrollo de las personas mediante la gestión del conocimiento y el liderazgo transformacional como inversión de futuro, la experiencia de las personas y de los usuarios como base de la fidelización, la cultura organizacional sinérgica y participativa como herramienta de cambio y transformación y la calidad asistencial y la mejora continua como instrumentos para la satisfacción del ciudadano y del profesional, y su inclusión en la planificación estratégica. Dos actividades importantes en este sentido, con gran calado individual y social, son las propuestas de **No Hacer** de las Sociedades científicas que pretenden evitar actividades que no tienen un grado demostrado de eficiencia y el **Plan Nacional frente a la resistencia a los antibióticos (PRAN)**, con sus dos ramas: PROA de Atención primaria y PROA de Atención hospitalaria.

La **Historia clínica electrónica** es la recopilación de la información médica de un paciente en formato digital (electrónico) que se guarda en un archivo informático. Una historia clínica electrónica incluye información sobre los antecedentes de salud de un paciente (como diagnósticos, medicamentos, pruebas, alergias, vacunaciones y planes de tratamiento). En la GASSO se trabaja con MEDORA 4 (Atención primaria), JIMENA 4 (Atención hospitalaria) y los sistemas de gestión de la actividad de enfermería CUAP (Atención primaria) y GACELA (Atención hospitalaria).

El **Customer Journey Map (mapa de viaje)**, es una herramienta de *Design Thinking* que hace posible dar forma en un mapa a cada una de las fases o etapas que recorre un cliente, interno o externo, desde que le sobreviene la necesidad de solicitar los servicios de la GASSO hasta que recibe el servicio y se realiza su seguimiento (ver Archivo 3.2.3 Mapa de viaje del empleado y 4.4.1 Mapa de viaje del paciente). Del análisis de aquellos momentos de la verdad que el paciente considera que no responden a sus expectativas se proponen acciones correctivas o de mejora con la intención de superar, cómo organización, las de los ciudadanos y de los empleados.

4.1: DISEÑAR EL VALOR Y CÓMO SE CREA

1 LO QUE HACEMOS (ENFOQUE)

4.1.1 Desarrollo de la propuesta de valor La propuesta de valor o valor diferencial de los servicios que la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria ofrece a los ciudadanos se distingue en que, frente a criterios de bajo coste o de segmentación de la oferta, centra sus esfuerzos en la diferenciación a través de la calidad y la calidez de los servicios (ver Archivo 08. Propuesta de valor. Modelo de Nôtre Dame).

1 CÓMO LO HACEMOS (DESPLIEGUE)

Orientar la atención en función del valor en vez de en función de la actividad, entendiendo como valor la consecución de los mejores resultados a partir de los recursos empleados y, además, logrando ofrecer la mejor experiencia a los ciudadanos (y también a los profesionales) conlleva una nueva forma actuar desde la innovación entendida, en este caso, como la introducción servicios que ofrezcan a los ciudadanos una asistencia de calidad.

1 CÓMO Y CUÁNDO LO REVISAMOS (EVALUACIÓN, REVISIÓN Y MEJORA)

La GASSO realiza su propuesta de valor y analiza mediante encuestas a los vocales de los Consejos de Salud, como grupo focal representativa de la sociedad, su alineamiento con la percepción que manifiestan sobre sus puntos fuertes. Podemos inferir de los resultados que la propuesta de valor y la percepción de la sociedad se encuentran alineadas y que la sociedad percibe favorablemente la propuesta (ver Archivo 4.1.1 Alineamiento de la propuesta de valor con la percepción social de los servicios).

1 CÓMO LO DEMOSTRAMOS (EVIDENCIAS)

La innovación realizada en los servicios, siempre centrada en satisfacer las necesidades de los ciudadanos se objetiva en el Archivo 4.1.2 Actividades implantadas. Pero en estos momentos tiene mayor interés para desarrollar la propuesta de valor de la GASSO las actividades en vías de implantación que, a pesar de las dificultades inherentes a la pandemia en 2020 y 2021, representan un esfuerzo de la organización para seguir desarrollando su propuesta de valor.

1 RESPONSABLE

Equipo directivo

Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria

1 LINKS EFQM

- 1.1: Definir el propósito y la visión
- 1.3: Comprender el ecosistema, las capacidades propias y los principales retos
- 2.2: Crear las condiciones para hacer realidad el cambio
- 2.4: Unirse y comprometerse en torno a un propósito, visión y estrategia
- 4.4: Diseñar e implantar la experiencia global
- 5.2: Transformar la organización para el futuro
- 5.3: Impulsar la innovación y aprovechar la tecnología

2 LO QUE HACEMOS (ENFOQUE)

4.1.2 Cartera de servicios La Cartera contiene los servicios básicos y comunes, necesarios para llevar a cabo una atención adecuada, integral y continuada a todos los ciudadanos. La revisión del catálogo de la **Cartera de Servicios de Atención Primaria** (48 servicios) en 2019 se adapta a las necesidades de la población y da respuesta al incremento de la pluripatología. La **Cartera de servicios de atención hospitalaria** comprende actividades asistenciales, diagnósticas, terapéuticas, de rehabilitación y de cuidados, así como promoción de la salud, educación sanitaria y prevención de la enfermedad, que se aconseja realizar en este nivel asistencial.

2 CÓMO LO HACEMOS (DESPLIEGUE)

El acceso a los servicios incluidos en la Cartera de Atención primaria se realiza a demanda del ciudadano, a la atención ambulatoria especializada por indicación del médico de atención primaria, a la asistencia en régimen de hospitalización por indicación del médico especialista y a la atención de urgencias por indicación del médico de atención primaria, pero también por iniciativa del paciente, si la situación lo requiere. La Cartera de servicios de Atención primaria se recoge en la Historia clínica electrónica MEDORA. Los servicios ofertados en ambos ámbitos se alinean mediante procesos asistenciales integrados.

2 CÓMO Y CUÁNDO LO REVISAMOS (EVALUACIÓN, REVISIÓN Y MEJORA)

La Cartera de Servicios de Atención primaria se revisa desde los Servicios centrales, con la participación de los profesionales, en función de la variación de las necesidades de los ciudadanos y de las características propias de la oferta de servicios (la actual es de 2019 y la anterior de 2011).

La Cartera de Servicios de Atención hospitalaria, según datos de SACYL de 2014 y actualizada en 2021, comprende 36 especialidades (16 médicas, 8 quirúrgicas, 11 de servicios centrales y 1 de servicios especiales) y es similar a los hospitales de grupo II de SACYL (Ávila, El Bierzo, Palencia, Segovia, Zamora)

2 CÓMO LO DEMOSTRAMOS (EVIDENCIAS)

En el Archivo **09. Cartera de servicios. Atención primaria y Atención hospitalaria** se detalla, de forma resumida, el catálogo de servicios de Atención primaria y de Atención hospitalaria. Al fluir en la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria los dos ámbitos, primaria y hospitalaria, entre sus ejes transversales de actuación en el último ciclo de planificación estratégica se encuentran la integración asistencial y la gestión por procesos. Para aquellas especialidades médicas de las que no se dispone, con carácter general el hospital de referencia es el Hospital Universitario de Burgos (HUBU).

2 RESPONSABLE

Dirección médica y de enfermería de Atención primaria Dirección médica y de enfermería de Atención hospitalaria Subdirección de enfermería de Atención hospitalaria

2 LINKS EFQM

- 1.1: Definir el propósito y la visión
- 1.2: Identificar y entender las necesidades de los grupos de interés
- 1.3: Comprender el ecosistema, las capacidades propias y los principales retos
- 1.4: Desarrollar la estrategia
- 2.2: Crear las condiciones para hacer realidad el cambio
- 2.4: Unirse y comprometerse en torno a un propósito, visión y estrategia
- 4.3: Elaborar y entregar la propuesta de valor
- 4.4: Diseñar e implantar la experiencia global
- 5.1: Gestionar el funcionamiento y el riesgo

3 LO QUE HACEMOS (ENFOQUE)

4.1.3 Adecuación de los servicios El proceso de integración asistencial persigue un nuevo modelo en la atención de la salud (resolutiva, eficiente, segura, y satisfactoria para el ciudadano). El nicho de mercado es la población de la provincia de Soria y las prestaciones futuras vienen marcadas por la modificación de la distribución geográfica de la población (aislamiento y dispersión en núcleos rurales y concentración en la capital), envejecimiento, dependencia y flujo migratorio. Los servicios se desarrollan en línea con el propósito y la visión, con las necesidades y prioridades sentidas por los ciudadanos y con las tendencias del sector.

3 CÓMO LO HACEMOS (DESPLIEGUE)

La Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria, desde 2014, incorpora la información proveniente de los ciudadanos (ver Archivo **011. Demandas sociales**), analiza el entorno (publicaciones, congresos, nuevas tecnologías, benchmarking ágil), escucha a los profesionales y se alinea con los objetivos de la Gerencia Regional de Salud a través del Plan Anual de Gestión, para actualizar de una forma estructurada su oferta de servicios y satisfacer su demanda actual y futura.

3 CÓMO Y CUÁNDO LO REVISAMOS (EVALUACIÓN, REVISIÓN Y MEJORA)

Los nuevos servicios se analizan y valoran, cómo por ejemplo los datos y la satisfacción con la enfermera gestora de casos. Tras su valoración teórica, la implantación de un nuevo servicio requiere para de personal y espacios físicos, por lo que la ampliación del hospital de Santa Bárbara nos ofrece valiosas expectativas (rehabilitación cardíaca, suelo pélvico, hospital de día infanto-juvenil, radioterapia). (ver Archivo **1.2.3 Necesidades, expectativas y aspectos positivos y a mejorar de la GASSO**).

3 CÓMO LO DEMOSTRAMOS (EVIDENCIAS)

La GASSO alinea la demanda de servicios de los ciudadanos con su oferta a través de los procesos integrados (ver Archivo **6.1.2 Respuesta de la GASSO a los problemas de salud priorizados**) y mediante el desarrollo de nuevos servicios actuales y futuros (ver Archivo **4.1.2 Actividades implantadas**), con el asentimiento y supervisión de la Gerencia Regional de Salud.

3 RESPONSABLE

Director/gerente

Equipo directivo

Jefes de servicio

3 LINKS EFQM

- 1.1: Definir el propósito y la visión
- 1.2: Identificar y entender las necesidades de los grupos de interés
- 1.3: Comprender el ecosistema, las capacidades propias y los principales retos
- 2.2: Crear las condiciones para hacer realidad el cambio
- 4.1: Diseñar el valor y cómo se crea
- 5.1: Gestionar el funcionamiento y el riesgo
- 5.2: Transformar la organización para el futuro

4 LO QUE HACEMOS (ENFOQUE)

4.1.4 Sistemas de gestión de la actividad de enfermería

En la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria los cuidados de enfermería se basan en la *metodología enfermera*, utilizando los **planes de cuidados** como método de trabajo y estándar de calidad profesional. La elaboración e implementación de planes de cuidados, para activar un proceso de mejora continua en la atención a los pacientes, constituye un reto para la profesión enfermera en la medida en que aumenta la eficiencia y disminuye la variabilidad en la práctica asistencial.

4 CÓMO LO HACEMOS (DESPLIEGUE)

La GASSO dispone de dos sistemas de registro integrados para la planificación de cuidados: **GACELA** en las unidades de enfermería de hospitalización y **CUAP** en las consultas de enfermería de Atención primaria. Estas aplicaciones informáticas hacen posible, además del registro de la actividad enfermera, la planificación, la evaluación y la continuidad de cuidados basados en un método ordenado, sistemático y científico.

4 CÓMO Y CUÁNDO LO REVISAMOS (EVALUACIÓN, REVISIÓN Y MEJORA)

Los planes de cuidados se evalúan de forma anual y los resultados se transmiten desglosados a la diversas unidades, para que en aquellas actividades en las que no se alcance el estándar establecido se valoren los datos y, en su caso, se implanten acciones de mejora. Los datos de 2020 están influenciados por la pandemia por COVID-19 que modificó, de forma sustancial, la actividad de enfermería en ese periodo. Se revisan en relación con los cambios necesarios detectados para adecuar los servicios.

4 CÓMO LO DEMOSTRAMOS (EVIDENCIAS)

Los 137 planes de cuidados y las 146 recomendaciones de enfermería al alta hospitalaria configuran los respectivos manuales (ver un ejemplo en el Archivo **4.1.3 Manual de planes de cuidados y funciones de enfermería**). En los pactos de Objetivos cada unidad presenta unos objetivos a alcanzar de forma anual en pacientes con planes de cuidados recogidos en la plataforma de registro de enfermería Gacela. Los resultados generales se recogen en el indicador **Porcentaje de pacientes con planes de cuidados registrados en Gacela**.

4 RESPONSABLE

Supervisora de calidad y sistemas de Información Dirección de enfermería de Atención hospitalaria Subdirección de enfermería de Atención hospitalaria

4 LINKS EFQM

- 2.1: Dirigir la cultura de la organización y reforzar los valores
- 2.4: Unirse y comprometerse en torno a un propósito, visión y estrategia
- 3.1: Clientes: Construir relaciones sostenibles
- 4.3: Elaborar y entregar la propuesta de valor
- 4.4: Diseñar e implantar la experiencia global
- 7.1: Rendimiento estratégico y operativo

4.2: COMUNICAR Y VENDER LA PROPUESTA DE VALOR

1 LO QUE HACEMOS (ENFOQUE)

4.2.1 Comunicar la propuesta de valor La Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria dispone, y utiliza, las herramientas necesarias para comunicar a los Grupos de Interés de su ecosistema su propuesta de valor, e implementarla para diferenciarse de las demás organizaciones sanitarias y ser apreciada por los ciudadanos creando una experiencia positiva. La comunicación de la propuesta de valor no se dirige tanto profundizar en las características de un servicio como dar a conocer cómo éste va a mejorar la vida del ciudadano (el propósito de la GASSO incide en contribuir a que las personas desarrollen su proyecto vital).

1 CÓMO LO HACEMOS (DESPLIEGUE)

La comunicación de la propuesta de valor se sistematiza a través del proceso E.05 Relaciones Externas. Desde su desarrollo, el Equipo Directivo ha remitido noticias a los medios de comunicación con el fin de dar a conocer su oferta de servicios, incluso mediante ruedas de prensa específicas. La GASSO dispone de un Gabinete de comunicación integrado en la Delegación Territorial de la Junta de Castilla y León en Soria. Medios sustanciales para la difusión de nuestra propuesta de valor y de creación de imagen de marca son la página web de la GASSO <http://www.sanidadSORIA.es> y el Boletín Informativo

1 CÓMO Y CUÁNDO LO REVISAMOS (EVALUACIÓN, REVISIÓN Y MEJORA)

El Manual de comunicación externa (2018) surge del desarrollo de la línea E.VI.1: Comunicación y participación comunitaria del Plan Estratégico 2015-2020 y recoge los medios de que dispone la GASSO para que su propuesta de valor como servicio público llegue a los ciudadanos y alcanzar una imagen abierta y accesible a la sociedad. El manual recoge la utilización de un lenguaje inclusivo, la sistemática de comunicaciones de especial relevancia, la estrategia de comunicación en las crisis y la creación de un gabinete de comunicación (producto de la realización de un proceso de benchmarking ágil con el Hospital Río Hortega).

1 CÓMO LO DEMOSTRAMOS (EVIDENCIAS)

Sistemas esenciales para la difusión de la propuesta de valor y de creación de imagen de marca son la página web de la GASSO (en la que se pone al alcance de los ciudadanos el Mapa de procesos, las Carteras de Servicios de Atención primaria y Atención hospitalaria y la calidad profesional así como los Planes Anuales de Gestión, las Memorias anuales, las Memorias EFQM y Planes estratégicos) y el Boletín Informativo que comunica de forma trimestral datos sobre estrategia, procesos, calidad y formación y docencia (ver Archivo **4.2.1 Clasificación y cuantificación de la información recogida en el Boletín Informativo**)

1 RESPONSABLE

Equipo directivo Responsable de comunicación

1 LINKS EFQM

- 1.2: Identificar y entender las necesidades de los grupos de interés
- 1.3: Comprender el ecosistema, las capacidades propias y los principales retos
- 2.4: Unirse y comprometerse en torno a un propósito, visión y estrategia

2 LO QUE HACEMOS (ENFOQUE)

4.2.2 Percepción de la sociedad Todas las organizaciones sanitarias tienen una propuesta de valor. Todas entregan algo a la sociedad que esperan sea de valor y se convierta en la razón por la cual los ciudadanos las prefieren ante otras. El concepto de **valor percibido** tiene sus antecedentes en Hermann Gossen (1810-1858) y se define como la *evaluación global de la utilidad y desempeño de un servicio con relación a la competencia y basada en las percepciones de lo que se recibe y de lo que se da a cambio*. Conocer esta percepción orienta el propósito de una organización.

2 CÓMO LO HACEMOS (DESPLIEGUE)

La Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria, para conocer la **percepción de valor** de la sociedad, utiliza encuestas complementarias con las bienales de satisfacción de usuarios y las continuas de experiencia. Otras medidas a tener en cuenta son la satisfacción de la formación pregrado y posgrado, las reclamaciones y los agradecimientos. Los medios de comunicación nos pueden ofrecer también una visión que, aunque parcial y en ocasiones interesada, de cómo percibe la sociedad la entrega de valor por la GASSO. Todo ello nos conduce al concepto de **co-creación de valor**, conocer la percepción de valor e intentar satisfacerla.

2 CÓMO Y CUÁNDO LO REVISAMOS (EVALUACIÓN, REVISIÓN Y MEJORA)

La propuesta de valor de la GASSO se basa en la diferenciación a través de la calidad y la calidez de los servicios de un *cliente cautivo* (ver Elemento **4.1.1 Desarrollo de la propuesta de valor**). Se revisa su percepción mediante encuestas a los vocales de los Consejos de Salud de Zona como grupo focal de la sociedad (ver Archivo **4.2.2 Percepción de los aspectos positivos y a mejorar**) y a los receptores de la formación tanto pregrado como especializada (ver indicadores **Adhesión a la formación especializada** y **Satisfacción con las prácticas en la GASSO**)

2 CÓMO LO DEMOSTRAMOS (EVIDENCIAS)

Los aspectos más destacados del valor percibido por la sociedad, ante la propuesta de la GASSO, están en relación con las actuaciones de las personas (cercanía, trato, profesionalidad,...) y los menos con las estructuras (falta de profesionales y servicios, listas de espera, infraestructuras, presupuesto,...). Los primeros están al alcance de la GASSO y en ellos se trabaja (liderazgo, cultura organizacional) y los segundos dependen en mayor medida de las decisiones organizativas que superan la capacidad de la Gerencia. Ello nos refuerza la convicción de la necesidad de una mayor descentralización de la gestión.

2 RESPONSABLE

Equipo directivo Subdirección de calidad y seguridad del paciente

2 LINKS EFQM

- 1.1: Definir el propósito y la visión
- 1.2: Identificar y entender las necesidades de los grupos de interés
- 3.4: Sociedad: Contribuir al desarrollo, bienestar y prosperidad
- 6.4: Resultados de percepción de la sociedad
- 7.1: Rendimiento estratégico y operativo

3 LO QUE HACEMOS (ENFOQUE)

4.2.3 Presencia activa en la comunidad científica

La Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria, en su Misión y en su Visión, define los tres pilares básicos de su actividad: asistencia clínica, docencia e investigación. Nos hemos referido con anterioridad a los dos primeros. En la Declaración de la Ciencia y el Uso del Conocimiento Científico (UNESCO, 1999) se afirma que el conocimiento científico debe ser compartido y por ello la GASSO considera que es una de las principales formas de comunicar su propuesta de valor. La más beneficiada con ello es la sociedad al contribuir a su desarrollo y bienestar.

3 CÓMO LO HACEMOS (DESPLIEGUE)

La GASSO promueve la investigación, y la comunicación de sus resultados, a través de la Unidad de Investigación y su integración funcional en la IDIGES. Apoya esta iniciativa con los convenios de colaboración para la promoción de la investigación con la Universidad de Valladolid, a través del Campus Duques de Soria, y con la Fundación Burgos por la Investigación de la Salud. Además se facilita el acceso de los profesionales a Jornadas y Congresos mediante días libres y, ocasionalmente, con apoyo económico. La GASSO, desde 2013, premia de forma interna, los proyectos de investigación, comunicaciones y artículos en revistas científicas.

3 CÓMO Y CUÁNDO LO REVISAMOS (EVALUACIÓN, REVISIÓN Y MEJORA)

La Unidad de Investigación realiza una Memoria anual en la que recoge la actividad científica desarrollada en la GASSO (ver Archivo **6.4.1 Memoria de la Unidad de investigación**). En el Indicador *Investigación* se recoge la evolución de este concepto desde 2015. En 2020 (39 proyectos de investigación) y 2021 (37) se produce un incremento de la actividad respecto a la media de 2015-2020 (23 proyectos). Un mayor impulso se pretende dar desde la GASSO con la creación, en la ampliación del Hospital de Santa Bárbara, del espacio físico y funcional Gestión del conocimiento.

3 CÓMO LO DEMOSTRAMOS (EVIDENCIAS)

Los reconocimientos de la comunidad científica tienen como primer objetivo el producir impacto en la sociedad y sensibilizarla sobre el valor del conocimiento, a la vez que reconocer y estimular el trabajo de los investigadores. En los siguiente archivo se recogen algunos de estos reconocimientos a los profesionales de la GASSO, como una forma de comunicar a la sociedad su propuesta de valor (ver Archivos **4.2.3 Premios a comunicaciones científicas**, **Archivo 4.3.1 Buenas prácticas e indicadores Certificaciones y Premios**)

3 RESPONSABLE

Equipo directivo Subdirección de calidad y seguridad del paciente Profesionales de la GASSO

3 LINKS EFQM

- 1.1: Definir el propósito y la visión
- 1.2: Identificar y entender las necesidades de los grupos de interés
- 1.3: Comprender el ecosistema, las capacidades propias y los principales retos
- 2.1: Dirigir la cultura de la organización y reforzar los valores
- 2.2: Crear las condiciones para hacer realidad el cambio
- 2.3: Estimular la creatividad y la innovación
- 5.2: Transformar la organización para el futuro

4.3: ELABORAR Y ENTREGAR LA PROPUESTA DE VALOR

1 LO QUE HACEMOS (ENFOQUE)

4.3.1 Ofrecer una atención de calidad La Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria es la organización responsable de la atención sanitaria integral de los ciudadanos del Área de Salud de Soria. Sus dos ámbitos principales de actuación son la Atención primaria y la Atención hospitalaria, que se coordinan mediante procesos asistenciales. Una de las características destacadas es la longitudinalidad de la asistencia (relación personal que se establece en el tiempo entre el médico y los pacientes) que abarca desde el seguimiento del embarazo, el parto, la pediatría, la atención a la mujer, los cribados, la geriatría y los cuidados paliativos.

1 CÓMO LO HACEMOS (DESPLIEGUE)

Para ofrecer una atención de calidad, y siguiendo su propósito la GASSO define los ejes transversales de su actividad (integración asistencial, gestión por procesos, descentralización de la gestión, mejora continua, sostenibilidad y gestión del conocimiento). La estandarización y protocolización de las actividades, en la sistemática de trabajo y la entrega de servicios, valida la propuesta de valor. El interés de dicha actividad se comprueba por los reconocimientos externos a sus buenas prácticas en los más diversos campos de su actividad (ver Archivo **4.3.1 Buenas prácticas**)

1 CÓMO Y CUÁNDO LO REVISAMOS (EVALUACIÓN, REVISIÓN Y MEJORA)

La GASSO revisa y alinea sus ejes transversales con la planificación estratégica y lo plasma en el nuevo modelo de atención integral de la salud de la persona, sin fragmentaciones por enfermedades o niveles asistenciales, resolviendo las necesidades siempre en el lugar más adecuado y con los medios adecuados, para conseguir una atención resolutive, eficiente, segura y de calidad sin desplazamientos, pruebas o molestias innecesarias para el paciente. La pertinencia de los ejes transversales se analiza antes de cada ciclo de planificación estratégica, o en su caso, ante cambios en su ecosistema.

1 CÓMO LO DEMOSTRAMOS (EVIDENCIAS)

Un ejemplo de la adecuación de los servicios de la GASSO a su entorno es la innovación de la atención a la depresión durante el embarazo y tras el parto. Iniciada en el Centro de Salud Soria Norte fue considerada una Buena Práctica, en Atención al parto y Salud reproductiva, por el Ministerio de Sanidad en 2015 e incluida en la Cartera de servicios de Atención Primaria de Sacyl en 2019 <https://jsierram.wixsite.com/depresionperiparto>. Otro ejemplo en relación con la COVID-19 es la elaboración por los profesionales de la GASSO de la Guía de ejercicios cognitivos para personas en aislamiento.

1 RESPONSABLE

Equipo directivo Profesionales de la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria

1 LINKS EFQM

- 1.2: Identificar y entender las necesidades de los grupos de interés
- 1.3: Comprender el ecosistema, las capacidades propias y los principales retos
- 1.4: Desarrollar la estrategia
- 2.1: Dirigir la cultura de la organización y reforzar los valores
- 2.2: Crear las condiciones para hacer realidad el cambio
- 2.4: Unirse y comprometerse en torno a un propósito, visión y estrategia
- 5.2: Transformar la organización para el futuro

2 LO QUE HACEMOS (ENFOQUE)

4.3.2 Mejorar la eficiencia de las actividades clínicas En la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria para fomentar la sostenibilidad del sistema, a la vez que propiciar la seguridad del paciente, se decide mejorar la eficiencia de las actividades clínicas (las de poco valor generan un dispendio en la economía de hasta un 25%). Para ello es necesario conseguir una mayor participación del personal sanitario en la organización y la gestión con la implicación de los propios pacientes en el proceso clínico.

2 CÓMO LO HACEMOS (DESPLIEGUE)

Dos ejemplos de la mejora de la eficiencia de las actividades clínicas lo constituyen los proyectos NO HACER (menos es más, dejar de hacer como oportunidad de mejora) de las Sociedades Científicas, cuyas propuestas han sido seleccionadas y aplicadas en Atención hospitalaria y Atención primaria (ver Archivo **4.2 No hacer. Selección de propuestas y resultados en atención primaria**) y el Plan Nacional frente a la Resistencia a los Antibióticos (PRAN) que en la GASSO se implanta a través de los PROA de Atención hospitalaria y Atención primaria.

2 CÓMO Y CUÁNDO LO REVISAMOS (EVALUACIÓN, REVISIÓN Y MEJORA)

Se realiza un seguimiento anual de los resultados de ambas actividades (No hacer por Servicios centrales de calidad y PROA AH y AP por Farmacia hospitalaria y Farmacia de Atención primaria). En aquellos indicadores que no alcanzan el estándar o están por debajo de los resultados del SACYL se implantan acciones de mejora.

2 CÓMO LO DEMOSTRAMOS (EVIDENCIAS)

Los resultados del Proyecto No hacer de Atención primaria se consignán en el archivo 4.2 y el indicador en criterio 7 Rendimiento estratégico y operativo, Proyecto No Hacer. El Programa de Optimización de Uso de los Antibióticos (PROA) del Complejo Hospitalario de Soria en 2018 priorizó el control de 2 fármacos: linezolid y caspofungina; su evolución queda reflejada en el criterio 7. Rendimiento estratégico y operativo, indicador Plan Nacional frente a la Resistencia a los Antibióticos.

2 RESPONSABLE

Equipo directivo Subdirección de calidad y seguridad del paciente Jefes de servicio y coordinadores Equipo PROA Hospital y Equipo PROA Atención primaria

2 LINKS EFQM

- 1.3: Comprender el ecosistema, las capacidades propias y los principales retos
- 2.1: Dirigir la cultura de la organización y reforzar los valores
- 2.2: Crear las condiciones para hacer realidad el cambio
- 5.2: Transformar la organización para el futuro

3 LO QUE HACEMOS (ENFOQUE)

4.3.3 Fomentar el uso responsable de los servicios

Para promover un uso adecuado y responsable de los recursos sanitarios de la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria es necesaria la colaboración de todos los ciudadanos para hacer una utilización correcta de acuerdo a las necesidades de salud y en función de las disponibilidades del sistema. Hace falta que los **ciudadanos sean corresponsables de su salud** y que se impliquen al hacer un buen uso de los servicios sanitarios, que confíen en los profesionales y conozcan las diferentes opciones y servicios para actuar de la forma más adecuada.

3 CÓMO LO HACEMOS (DESPLIEGUE)

Se accede a la atención sanitaria en el sistema público de salud contactando con el **Centro de Salud**. En caso de precisar atención sanitaria que no puede esperar a una próxima cita se puede acceder a los **Puntos de Atención Continuada**. Los **Servicios de Urgencia Hospitalarios** prestan asistencia durante las 24 horas al día y su acceso se debe realizar cuando lo indique el médico de atención primaria o cuando se precise una atención inmediata por razones de riesgo vital. Mediante información directa, cartelería, medios de comunicación o página web se informa del uso responsable.

3 CÓMO Y CUÁNDO LO REVISAMOS (EVALUACIÓN, REVISIÓN Y MEJORA)

Los sistemas de información de la GASSO permiten conocer la evolución del uso de sus servicios. Como norma general se detecta un uso inadecuado de los servicios de urgencias, tanto de atención primaria como hospitalaria, al acudir por patologías menores o procesos no urgentes. La educación para la salud, que incluye el uso adecuado de los recursos y el autocuidado, se realiza por los profesionales en los contactos directos con los pacientes. Esta actividad informativa se incrementa de forma sustancial desde marzo de 2020 en relación con la enfermedad COVID-19 que exige rigurosas medidas de acceso y uso de servicios.

3 CÓMO LO DEMOSTRAMOS (EVIDENCIAS)

La GASSO en su página web informa del uso responsable de servicios <http://www.sanidadsoria.es/Educacion> y en especial por COVID-19 <http://www.sanidadsoria.es/Covid19>. Al ser una población cautiva, a la que desde el ámbito político difícilmente se va a limitar el uso de unos teóricos derechos, fomentar un uso responsable se convierte en un motivo de fricción entre organización y profesionales con los ciudadanos que aspiran a **todo, aquí y ahora**.

3 RESPONSABLE

Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria

3 LINKS EFQM

4 LO QUE HACEMOS (ENFOQUE)

4.3.4 Minimizar el impacto social y ambiental La Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria tiene un claro compromiso con la sostenibilidad medioambiental y la eficiencia energética, cómo recoge en su Visión, en sus ejes transversales y en el próximo ciclo estratégico en la Línea Sostenibilidad y solvencia. A pesar de un sector energético fuertemente regulado la apuesta actual es por fomentar el uso de energías renovables. El consumo sostenible de recursos debe permitir el bienestar de las generaciones actuales sin desmerecer el futuro de las próximas generaciones. La gestión de residuos supone una actividad constante de formación de profesionales.

4 CÓMO LO HACEMOS (DESPLIEGUE)

Se siguen las líneas, sobre el uso eficiente de recursos, descritas en la Memoria de sostenibilidad de la GASSO de 2018. En los contratos y en la solicitud de Nuevas tecnologías por los profesionales se incluye un apartado de gestión medioambiental. Las Historias clínicas electrónicas, la gestión de las interconsultas, la digitalización de las Historias clínicas y de los expedientes de personal en 2018 nos acercan al concepto de Gerencia sin papel. La incorporación de biomasa en 2015, además de reducciones de CO2, consiguió disminuir los consumos energéticos del Hospital Virgen del Mirón (ver Archivo **4.3.3. Consumo de recursos**).

4 CÓMO Y CUÁNDO LO REVISAMOS (EVALUACIÓN, REVISIÓN Y MEJORA)

En la GASSO se procede un control exhaustivo de las distintas fuentes energéticas (E.VII.1 Objetivo 61). En costes económicos se observa un mantenimiento del gasto en electricidad y una notable reducción en gas natural hasta 2020. La incorporación de la biomasa en 2015, además de reducciones de CO2, consiguió disminuir y después estabilizar los consumos energéticos del Hospital Virgen del Mirón. La evolución del consumo de agua es favorable, con consumo medio en el Complejo Asistencial de Soria, en los últimos 5 años, de 839 litros/paciente/día (consumo medio en hospitales 960 litros/paciente/día)

4 CÓMO LO DEMOSTRAMOS (EVIDENCIAS)

En la gestión selectiva de residuos se colabora en un proyecto de mejora de recogida de residuos plásticos (ver Archivo 4.3.2 Acuerdo ECOEMBES).

La actual reforma del Hospital Santa Bárbara incorpora diversas tecnologías para mejorar los sistemas de electricidad y climatización. El aislamiento, la iluminación LED, el encendido por movimiento, los sistemas de control de climatización, la sustitución de bañeras por duchas, la sustitución de propano por gas natural, la segregación de residuos, el control medioambiental en la nueva cocina en línea fría, el uso de tubos neumáticos de transporte y la certificación energética de los edificios son acciones implantadas.

4 RESPONSABLE

Dirección de gestión. Área económica y presupuestaria

Dirección de gestión. Área de servicios generales

4 LINKS EFQM

- 1.1: Definir el propósito y la visión
- 1.2: Identificar y entender las necesidades de los grupos de interés
- 2.1: Dirigir la cultura de la organización y reforzar los valores
- 2.2: Crear las condiciones para hacer realidad el cambio
- 3.4: Sociedad: Contribuir al desarrollo, bienestar y prosperidad
- 5.2: Transformar la organización para el futuro
- 5.5: Gestionar los activos y recursos

4.4: DISEÑAR E IMPLANTAR LA EXPERIENCIA GLOBAL

1 LO QUE HACEMOS (ENFOQUE)

4.4.1 El paciente como eje del sistema Avanzando hacia su Visión, la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria desarrolla en 2014 un Modelo Asistencial Integrado, basado en la atención holística de la salud de los ciudadanos, para una atención resolutive, eficiente, segura y de calidad. El Plan estratégico 2015-2020 está al servicio de este cambio y las alianzas posibilitan un incremento en las prestaciones estratégicas. No es una propuesta cerrada siendo permeable a las propuestas de los profesionales (capital humano emprendedor) y de la priorización de problemas de salud de los Consejos de Salud.

1 CÓMO LO HACEMOS (DESPLIEGUE)

A partir de este enfoque de atención integral, la GASSO ha puesto en marcha nuevos servicios compartidos entre Atención primaria y Atención hospitalaria para su desarrollo, como son la Unidad de Continuidad Asistencial (UCA), la Unidad y Consulta de Atención Inmediata (UCAI), la Unidad de Corta Estancia en urgencias (UCE), la Enfermera gestora de casos en oncología radioterápica y esclerosis lateral amiotrófica (EGC) y el Equipo de Soporte domiciliario en cuidados paliativos (ESDCP).

1 CÓMO Y CUÁNDO LO REVISAMOS (EVALUACIÓN, REVISIÓN Y MEJORA)

La Gestión por procesos integrados es una estrategia transversal de la GASSO que le permite situar a los pacientes como eje del sistema y de la prestación sanitaria pública. Los resultados de estas Unidades, con un enfoque de atención integral, se revisan mediante el Plan Anual de Gestión y, más concretamente, con los Pactos de Objetivos. De sus resultados se plantean acciones de mejora.

1 CÓMO LO DEMOSTRAMOS (EVIDENCIAS)

La GASSO explora la experiencia global del paciente mediante los resultados de encuestas (propias y de la Gerencia regional de Salud) y reclamaciones, y más concretamente a través de terminales táctiles situados en zonas estratégicas, por la información que proporcionan, y que entre otros datos recogen el Net Promoter Score (NPS). Con todos estos datos y en aras a la prestación de un mejor servicio se diseña el Mapa de viaje del paciente mediante el cual y atendiendo a los puntos críticos de su interacción con la organización se proponen acciones de mejora para su inclusión en futuras estrategias

1 RESPONSABLE

Equipo directivo Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria	Jefes de Servicio y Coordinadores	Supervisoras y responsables de enfermería	Personal de la
---	-----------------------------------	---	----------------

1 LINKS EFQM

- 1.1: Definir el propósito y la visión
- 1.2: Identificar y entender las necesidades de los grupos de interés
- 1.4: Desarrollar la estrategia
- 2.2: Crear las condiciones para hacer realidad el cambio
- 2.4: Unirse y comprometerse en torno a un propósito, visión y estrategia
- 3.1: Clientes: Construir relaciones sostenibles
- 4.3: Elaborar y entregar la propuesta de valor
- 5.2: Transformar la organización para el futuro

2 LO QUE HACEMOS (ENFOQUE)

4.4.2 Experiencia del paciente La experiencia del paciente se basa en aspectos a los que le otorga valor al recurrir a atención médica, e incluye el trato con el personal médico, la obtención de citas oportunas o una información adecuada entre otros. Tener un indicador en la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria que la mida nos puede revelar si la atención que se brinda es de calidad. En España aún no hay un consenso sobre lo que es experiencia del paciente: la sanidad pública se vuelca en la humanización mientras que la privada se centra más en satisfacción.

2 CÓMO LO HACEMOS (DESPLIEGUE)

Desde el año 2018 hasta el primer trimestre de 2020 (inicio de la pandemia por la COVID-19) la GASSO mide la experiencia del paciente mediante terminales táctiles informatizados situados, tanto en Atención primaria como hospitalaria, en aquellos puntos estratégicos en los que se precisaba una mayor información. La encuesta consta de datos demográficos, el Net Promoter Score (NPS), preguntas cerradas comunes y otras abiertas específicas para cada ámbito de análisis que ayudan a identificar opiniones y áreas de mejora. Las áreas estudiadas han sido urgencias hospitalarias, consultas externas y hospitalización (ver Enfoque **3.2.2 La experiencia de las personas**).

2 CÓMO Y CUÁNDO LO REVISAMOS (EVALUACIÓN, REVISIÓN Y MEJORA)

Los resultados de la evaluación mensual se transmiten a los responsables. Su conocimiento implica la posibilidad de implantar acciones de mejora para incrementar la experiencia del paciente adecuando los servicios y las acciones de los profesionales. En 2019 se recogen 10.984 opiniones de los ciudadanos en los terminales habilitados. Desde el inicio de la pandemia por la COVID-19 se retiraron los terminales táctiles que medían la experiencia por motivos de seguridad clínica. Se está evaluando el reinicio de la actividad, e incluso incrementarla con encuestas SMS, en cuanto las condiciones epidemiológicas así lo permitan.

2 CÓMO LO DEMOSTRAMOS (EVIDENCIAS)

Desde la Subdirección de calidad de la GASSO se realiza una evaluación mensual y otra anual de los datos recogidos en la encuesta de experiencia del paciente. La información estructurada se transmite al Gerente, Director médico y Jefes de servicio implicados en la evaluación (Medicina interna, Urgencias, Coordinador del Centro de salud). Un ejemplo de los informes remitidos se puede ver en el Archivo **4.4.1 Experiencia del paciente** y los resultados se recogen en el indicador **Experiencia del paciente. Net Promoter Score (NPS)**.

2 RESPONSABLE

Subdirección de calidad y seguridad del paciente Equipo directivo intermedios	Jefes de servicio	Mandos
--	-------------------	--------

2 LINKS EFQM

- 1.2: Identificar y entender las necesidades de los grupos de interés
- 1.3: Comprender el ecosistema, las capacidades propias y los principales retos
- 2.1: Dirigir la cultura de la organización y reforzar los valores
- 2.2: Crear las condiciones para hacer realidad el cambio
- 3.1: Clientes: Construir relaciones sostenibles
- 6.1: Resultados de percepción de clientes

3 LO QUE HACEMOS (ENFOQUE)

4.4.3 El mapa de viaje del paciente El mapa de viaje es una visualización de la experiencia en la relación con los pacientes, durante todo su recorrido, con la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria. Es una hoja de ruta para apoyar la toma de decisiones. Todos los mapas tienen en común dos cosas: ilustran los puntos de contacto y ayudan a ver los procesos y servicios desde el prisma del usuario. La mejora continua es posible gracias a la posibilidad que nos proporciona esta herramienta para obtener información valiosa y comprensión sobre los puntos débiles de la GASSO.

3 CÓMO LO HACEMOS (DESPLIEGUE)

Es una herramienta proveniente del Design Thinking. Para conocer y cuantificar la experiencia del paciente y del empleado en su interacción con la GASSO y como se sienten, utilizamos los resultados de encuestas y en especial las que nos acercan a su experiencia (terminales táctiles). Sobre esta base diseñamos, en los *momentos de la verdad*, acciones de mejora para su incorporación a la actividad habitual de la GASSO mediante acciones formativas o de planificación. Diseñamos diferentes mapas para una visión global de la interacción, segmentando las experiencias en los arquetipos atención primaria, urgencias hospitalarias, consultas externas y hospitalización.

3 CÓMO Y CUÁNDO LO REVISAMOS (EVALUACIÓN, REVISIÓN Y MEJORA)

Tras la implantación de las acciones de mejora acordadas, la propia dinámica de la GASSO, establecida mediante encuestas sistemáticas y la valoración de la experiencia del paciente, nos proporciona los datos necesarios para valorar su efectividad. Se entiende que la experiencia positiva del paciente se acrecienta con un plan de implantación de acciones de mejora y que eso se verá reflejado, a lo largo del tiempo, en las sucesivas encuestas.

3 CÓMO LO DEMOSTRAMOS (EVIDENCIAS)

Se desarrollan cuatro mapas de viaje de los pacientes en relación con interacción con la GASSO en las áreas de atención primaria (12 tareas de mejora), urgencias hospitalarias (9 tareas de mejora), consultas externas (5 tareas de mejora) y hospitalización (7 tareas de mejora). Las tareas se segmentan según su grado de ejecución en análisis, desarrollo, testeo y hechas. (ver Archivo **4.4. Mapa de viaje del paciente**). La experiencia del paciente en el mapa de viaje no es sólo una opinión subjetiva por parte de la GASSO sino que se basa en datos procedentes de encuestas a los pacientes.

3 RESPONSABLE

Subdirección de calidad y seguridad del paciente

3 LINKS EFQM

- 1.2: Identificar y entender las necesidades de los grupos de interés
- 1.3: Comprender el ecosistema, las capacidades propias y los principales retos
- 2.1: Dirigir la cultura de la organización y reforzar los valores
- 2.2: Crear las condiciones para hacer realidad el cambio
- 3.1: Clientes: Construir relaciones sostenibles
- 4.4: Diseñar e implantar la experiencia global

4 LO QUE HACEMOS (ENFOQUE)

4.4.4 Implantar la experiencia global para los grupos de interés Establecer una experiencia global para los grupos de interés implica colaborar con diferentes actores a la vez y sobre temas complejos. Es un proceso largo, que requiere la generación de un compromiso por parte de la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria, entendido como aquel conjunto de acciones que pone en marcha la organización para satisfacer la necesidad de sus grupos de interés de ser escuchados y alentar su participación. Las experiencias globales están compuestas por todas las interacciones o "puntos de contacto" que cada grupo tiene con la organización,

4 CÓMO LO HACEMOS (DESPLIEGUE)

La priorización según el nivel de influencia y dependencia de los grupos de interés implica identificar a los que pueden tener un mayor impacto en la consecución de los objetivos estratégicos de la GASSO y a aquellos que pueden verse más afectados por sus actividades. Se realizan encuestas internas a las personas y externas a usuarios, sociedad y proveedores en las que se valora su experiencia (NPS, eNPS y pNPS), su mapa de viaje (usuarios y personas) y su voluntad de participar en las actividades de la GASSO (personas, sociedad y proveedores). Las reclamaciones son una importante oportunidad de experiencia.

4 CÓMO Y CUÁNDO LO REVISAMOS (EVALUACIÓN, REVISIÓN Y MEJORA)

Hay tres barreras que dificultan el avance hacia la experiencia global: la cultura organizativa (54%), la estructura organizacional (45%) y los procesos (41%). La GASSO trabaja estos puntos mediante la modificación de la cultura organizacional, que aspira a ser sinérgica y participativa desarrollando un liderazgo transformacional, una estructura organizativa basada en la participación y en un organigrama directivo horizontal y con futuro en red y una actividad mediante procesos integrados, recogidos en el mapa de procesos, con el usuario eje del sistema. El Plan persona supone un importante paso de cara a la experiencia global de usuarios y profesionales.

4 CÓMO LO DEMOSTRAMOS (EVIDENCIAS)

Las personas de la organización participan en el desarrollo de las actividades a través de las comisiones y órganos de gestión. También presentaron una actividad relevante en el desarrollo y revisión intermedia del plan Estratégico 2015-2020. La sociedad, representada por los vocales de los Consejos de Salud, participa de forma continua (aunque con menor intensidad por la pandemia por COVID-19). Todos los grupos de interés clave van a participar en el desarrollo del Plan Estratégico 2022-2024, tras conocer mediante encuestas su elevado interés en ello. Las emociones son las que generan el recuerdo y la experiencia.

4 RESPONSABLE

Equipo directivo

Jefes de servicio

Profesionales de la Gerencia de Asistencia Sanitaria

4 LINKS EFQM

- 1.2: Identificar y entender las necesidades de los grupos de interés
- 2.1: Dirigir la cultura de la organización y reforzar los valores
- 2.2: Crear las condiciones para hacer realidad el cambio
- 3.1: Clientes: Construir relaciones sostenibles
- 4.1: Diseñar el valor y cómo se crea
- 6.1: Resultados de percepción de clientes

GESTIONAR EL FUNCIONAMIENTO Y LA TRANSFORMACIÓN

RESUMEN

Criterio 5. Gestionar el funcionamiento y la transformación (ver Archivo 5.1 Diagrama de relaciones del Criterio 5)

El Sistema de gestión de la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria es la herramienta que le permite obtener el mejor desempeño de su actividad y proporcionar la mejor respuesta a las necesidades y expectativas de sus grupos de interés, de una manera ordenada. Consta de una serie de elementos que interactúan para establecer políticas y procesos para lograr su propósito que incluyen planes estratégicos (PE), planes anuales de gestión (PAG, ver Archivo 5.2 Plan Anual de Gestión 2020), pactos anuales de objetivos (PO, ver Archivo 5.3 Pacto de Objetivos 2020), sistemas de información (SI), gestión de riesgos o gestión de profesionales (ver Archivo 5.4 Mapa de procesos de profesionales). Es el motor del funcionamiento de la GASSO junto con la tecnología, la gestión del conocimiento y la gestión de los recursos, tanto financieros como no financieros.

La GASSO recoge en su intranet el archivo SIGGAS (Sistema de Información para Gestión de la Gerencia de Asistencia de Soria) que recoge centralizada la información general, estructura, estrategia, control de gestión y cuadro de mandos integral. La actividad relacionada con la pandemia por la COVID-19 ha dificultado, en los aspectos con mayor variabilidad temporal, su adecuada actualización.

Uno de los grandes retos de la GASSO no solo es definir en qué dirección debe darse la transformación y qué tipo de cultura organizativa proporcionará un verdadero avance sino, sobre todo, conseguir hacerla realidad. La transformación organizativa supone la evolución y el cambio de la cultura organizacional para lograr alcanzar una ventaja competitiva y abordar un desafío que implica necesariamente a la totalidad de las personas. La planificación estratégica, los procesos integrados o los avances tecnológicos son, sin duda, palancas necesarias para la transformación pero el factor determinante sigue radicando, en última instancia, en las personas que la tienen que hacer posible. Sobre los primeros la GASSO tiene capacidad de decisión y actuación, pero sobre las personas, la capacidad de decisión depende de su voluntad individual y colectiva siendo, por tanto, el eje de cambio más complejo, inercial y crítico. Confiar en que la transformación organizativa se producirá por generación espontánea o gracias a la disrupción tecnológica sin considerar a los verdaderos protagonistas, las personas, es ir directamente al fracaso. El desempeño obediente en estos casos no es suficiente. Se trata de crear equipos de profesionales entusiastas y con plena confianza entre los líderes, sabiendo que todos estarán dispuestos a hacer lo necesario en cada momento.

Elemento clave, probablemente tanto del funcionamiento como de la transformación, es la ampliación del Hospital de Santa Bárbara. De funcionamiento, ya que servicios que establecidos se van a prestar en mejores condiciones y con mejores medios, y de transformación, ya que se incluye el desarrollo de servicios novedosos (radioterapia, gestión del conocimiento).

En el paradigma en el que nos movemos, para mejorar el funcionamiento, tiene un gran peso específico la adecuación de los sistemas informáticos. Un ejemplo de ello son las modificaciones, a propuesta de los profesionales, realizadas por el Servicio de informática de la GASSO en la Historia clínica de Atención hospitalaria Jimena 3, que han contribuido a una evidente mejora de la atención prestada.

Para avanzar hacia esta transformación serán necesarias modalidades de comunicación (ver Archivo 5.5 Plantilla de comunicación) que permitan el flujo de información de manera ágil, expansiva y transversal. Para ello, fomentar espacios colaborativos (por ejemplo, la nueva área de gestión del conocimiento) debe generar el mejor motor para la transformación.

5.1: GESTIONAR EL FUNCIONAMIENTO Y EL RIESGO

1 LO QUE HACEMOS (ENFOQUE)

5.1.1 Mapa de procesos

Para responder a las necesidades de un entorno cambiante, se hace necesario modificar el funcionamiento de las organizaciones, o sea, sus procesos. En la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria no se piensa en diseños con una estructura inmutable, sino sometidos a revisiones en virtud de que cada proceso de por sí es mejorable. Como base para la mejora, es extendido el uso de los mapas de procesos que, a partir de varios enfoques, permiten la visualización y apreciación de las interrelaciones entre los procesos, y las actividades para perfeccionar los resultados que los pacientes desean.

1 CÓMO LO HACEMOS (DESPLIEGUE)

La GASSO diseña un Mapa de procesos integrados en el que cada proceso, en un primer paso, comprende su delimitación y definición para, posteriormente, identificar las actividades y su secuencia hasta producir el resultado final. Cada proceso se estructura en ficha del proceso, flujograma, documentación y actividades. El Mapa de procesos incluye, en este momento, 26 procesos estratégicos, 33 procesos operativos, 31 procesos asistenciales y 13 procesos de soporte. La principal característica de los procesos, en especial los asistenciales, es ser **integrados**. La Gerencia Regional de Salud, por su parte, también implanta y difunde otros 25 procesos.

1 CÓMO Y CUÁNDO LO REVISAMOS (EVALUACIÓN, REVISIÓN Y MEJORA)

Desde 2015 se han revisado para su actualización 26 procesos (2015: 5, 2016: 2, 2017: 6, 2018: 11, 2019: 2) y se ha realizado un Análisis Modal de Fallos y Efectos (AMFE) en 18 de ellos, con el compromiso de realizarlo *de novo* en cada proceso que se implante. En los 2 últimos años, y a causa de la pandemia por COVID-10, el desarrollo de los procesos ha sufrido un estancamiento tanto en su creación como en su evaluación. El último proceso implantado es Proceso Asistencial integrado para la atención de las personas afectadas por SARS-CoV-2.

1 CÓMO LO DEMOSTRAMOS (EVIDENCIAS)

El Mapa de procesos está incluido en la intranet de la GASSO (ver Archivo 5.1.1 Mapa de procesos) para revisión y valoración de los profesionales, que en cualquier momento pueden realizar propuestas de cambios o actualizaciones, para las cuales se realizan reuniones conjuntas Atención primaria-atención hospitalaria. La Gestión de procesos se recoge como el proceso E.03.105 con 3 subprocesos: E.03.105.1. Elaboración, E.03.105.2. Integración y E.03.105.3. Modificación.

1 RESPONSABLE

Dirección médica de Atención primaria

Dirección médica de Atención hospitalaria

Responsable de procesos

1 LINKS EFQM

1.2: Identificar y entender las necesidades de los grupos de interés

1.3: Comprender el ecosistema, las capacidades propias y los principales retos

2.2: Crear las condiciones para hacer realidad el cambio

4.1: Diseñar el valor y cómo se crea

5.2: Transformar la organización para el futuro

2 LO QUE HACEMOS (ENFOQUE)

5.1.2 Seguridad del paciente

La seguridad del paciente es una disciplina de la atención de la salud que surgió con la evolución de la complejidad de los sistemas de atención y el consiguiente aumento de los daños a los pacientes en los centros sanitarios. Su objetivo es prevenir y reducir los riesgos, errores y daños que sufren los pacientes durante la prestación de la asistencia sanitaria. Es fundamental para prestar servicios sanitarios esenciales de calidad que, por consenso internacional, deben ser eficaces, estar centrados en las necesidades de las personas y seguros.

2 CÓMO LO HACEMOS (DESPLIEGUE)

La GASSO participa, entre otros, en:

- **ENVIN**, registro de las infecciones relacionadas con el uso de dispositivos desarrollados durante la estancia de los pacientes en UCI. La participación es voluntaria.
- **EPINE**, sistema de vigilancia epidemiológica de prevalencia de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS) en los pacientes hospitalizado que causan importante de morbilidad y coste adicional en la atención sanitaria. La participación es voluntaria.
- **PROA**, Programas de Optimización del Uso de Antibióticos, para mejorar los resultados clínicos, minimizar los efectos adversos (incluyendo las resistencias) y garantizar el uso coste-eficaz.
- **NO HACER**.

2 CÓMO Y CUÁNDO LO REVISAMOS (EVALUACIÓN, REVISIÓN Y MEJORA)

Desde los servicios de UCI, Medicina Preventiva y Seguridad del paciente se implementa una recogida de datos, su registro y análisis continuo (ver archivo **5.1.2 Seguridad del paciente**). Se analizan las infecciones específicas y se implementan actividades de aislamiento y estudio.

2 CÓMO LO DEMOSTRAMOS (EVIDENCIAS)

La Gerencia Regional de Salud desarrolla el Plan de Calidad y Seguridad del Paciente 2021-2025, apostando por el modelo EFQM como marco de transformación y mejora continua, establece actividades como No hacer, infección zero, higiene de manos, estrategia PROA, notificación de incidentes sin daño (SISNOT) o adherencia a Listado de Verificación de Seguridad Quirúrgica (LVSQ). La GASSO, alineada, tiene un Sello EFQM 500+, obtiene reconocimientos por parte de la SEMIUNCYC en Neumonía zero, Resistencia zero y Bacteriemia zero y de la Dirección General de Innovación y Resultados en Salud en Higiene de manos.

2 RESPONSABLE

Servicio de Cuidados Críticos e Intensivos Servicio de Medicina Preventiva Subdirección de calidad y seguridad del paciente

2 LINKS EFQM

- 1.1: Definir el propósito y la visión
- 3.1: Clientes: Construir relaciones sostenibles
- 3.3: Inversores y reguladores: Asegurar y mantener su apoyo continuo
- 3.4: Sociedad: Contribuir al desarrollo, bienestar y prosperidad
- 4.3: Elaborar y entregar la propuesta de valor
- 5.1: Gestionar el funcionamiento y el riesgo
- 7.1: Rendimiento estratégico y operativo

3 LO QUE HACEMOS (ENFOQUE)

5.1.3. Seguridad de la información

Los incidentes de seguridad son situaciones que pueden causar un gran daño en una organización, afectando datos de carácter personal, sistemas de información, personas o toda la organización. Por este motivo es importante tener la capacidad de prevención, detección y respuesta para la protección de los sistemas y procesos implicados en el procesamiento de la información. Toda persona de la organización que detecte un incidente, ya sea cierto o posible, tiene la responsabilidad de notificarlo con la máxima celeridad e información de la que disponga.

3 CÓMO LO HACEMOS (DESPLIEGUE)

El Reglamento (UE) 2016/679 de 27 de abril y la Ley Orgánica, 3/2018 de 5 de diciembre de Protección de Datos Personales y garantía de derechos digitales tienen por objeto garantizar y proteger los datos personales, las libertades públicas y los derechos fundamentales de las personas físicas. Sacyl dispone de una **Oficina de seguridad de la información (OSI)**, gestionada a través de un portal Web específico, para informar del desarrollo seguro de la actividad diaria desde los puntos de vista técnico, legal y normativo. Es un instrumento de asesoramiento, prevención y resolución de amenazas y riesgos de seguridad.

3 CÓMO Y CUÁNDO LO REVISAMOS (EVALUACIÓN, REVISIÓN Y MEJORA)

Todas las contraseñas asignadas a las cuentas activas en los sistemas de información deberán observar ciertas restricciones: periodo máximo de rotación de 180 días para cuentas de usuario, caducidad automática al finalizar dicho periodo, no reutilización habitual de contraseñas y longitud mínima de 8 caracteres. Las contraseñas iniciales deben ser generadas automáticamente y se cambiarán en el primer acceso a los sistemas y la autenticación de las aplicaciones debe ser individual, no estando permitida la autenticación por grupo. Se realizan campañas de Phishing desde la Oficina de Seguridad de la Información (la última el 27/12/2021)

3 CÓMO LO DEMOSTRAMOS (EVIDENCIAS)

Gestión Web de contraseñas, junto con el código de usuario, siendo estos el medio de acceso a la mayoría de los sistemas de información, a los puestos de trabajo, acceso a la red corporativa o las cuentas de correo electrónico. Por ello, las contraseñas que se utilicen como mecanismo de autenticación deben ser robustas, es decir: difícilmente vulnerables por terceros. Es especialmente importante mantener el carácter secreto de la contraseña. No debe entregarse ni comunicarse a nadie. En caso de haber tenido necesidad de hacerlo, el usuario deberá proceder a cambiarla de forma inmediata.

3 RESPONSABLE

Servicio de informática

3 LINKS EFQM

- 1.2: Identificar y entender las necesidades de los grupos de interés
- 3.1: Clientes: Construir relaciones sostenibles
- 3.3: Inversores y reguladores: Asegurar y mantener su apoyo continuo
- 5.2: Transformar la organización para el futuro
- 5.3: Impulsar la innovación y aprovechar la tecnología

4 LO QUE HACEMOS (ENFOQUE)

5.1.4 Gestión de riesgos

El concepto *Gestión de riesgos* hace referencia al proceso de identificación y evaluación de riesgos y a los planes para disminuirlos o controlarlos y así reducir el efecto que podrían tener sobre la organización. La Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria, más allá de los riesgos vinculados a la seguridad del paciente o los relacionados con la seguridad de las personas, ha identificado y analizado tres tipos de riesgos en las Orientaciones estratégicas 2022-2024: riesgos de modificación de la demanda, riesgos de cambios en la financiación y riesgos en la estructura de la organización.

4 CÓMO LO HACEMOS (DESPLIEGUE)

En el Plan Estratégico 2015-2020 se plantea el riesgo para los pacientes (Línea Estratégica III, Subdirección de calidad y seguridad del paciente) y para los profesionales (Línea Estratégica V, Unidad de Prevención de riesgos laborales). Además, la GASSO ha establecido otras sistemáticas de análisis de riesgos: en los procesos clave (AMFE) y en la relación con los diferentes GGII tras análisis DAFO segmentado (riesgos inherentes). La Gestión de riesgos se recoge en el Mapa de procesos (proceso E.01.106 Gestión de riesgos).

4 CÓMO Y CUÁNDO LO REVISAMOS (EVALUACIÓN, REVISIÓN Y MEJORA)

Unos riesgos se valoran de forma continua en relación con las modificaciones en el ecosistema de la GASSO. Otros riesgos se estudian de forma anual ante acontecimientos que se repiten en el tiempo y sobre los que la GASSO no tiene control (incremento de la demanda en zonas rurales en periodo estival, incremento de la ocupación hospitalaria en invierno o ante pandemias) o si lo tiene (evaluación económica del Plan Anual de Gestión y en su caso medidas de control). Además se estudian otros riesgos antes de cada Plan estratégico en relación con los Grupos de interés segmentados.

4 CÓMO LO DEMOSTRAMOS (EVIDENCIAS)

Los riesgos se identifican y priorizan en relación a su **probabilidad e impacto** (ver Archivo *5.1.3 Mapa de riesgos inherentes*) basados en la Tabla resumen de los resultados del análisis DAFO segmentado para el Plan Estratégico 2022-2024 (ver Archivo *07 DAFO segmentado por grupos de interés*). Se implementan planes de contingencia en relación a los riesgos de incremento de la ocupación hospitalaria (gripe, COVID-19).

4 RESPONSABLE

Equipo directivo

4 LINKS EFQM

- 1.2: Identificar y entender las necesidades de los grupos de interés
- 1.3: Comprender el ecosistema, las capacidades propias y los principales retos
- 2.1: Dirigir la cultura de la organización y reforzar los valores
- 2.2: Crear las condiciones para hacer realidad el cambio
- 3.3: Inversores y reguladores: Asegurar y mantener su apoyo continuo
- 4.1: Diseñar el valor y cómo se crea
- 5.4: Aprovechar los datos, la información y el conocimiento

5.2: TRANSFORMAR LA ORGANIZACIÓN PARA EL FUTURO

1 LO QUE HACEMOS (ENFOQUE)

5.2.1 Necesidades de cambio y transformación La Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria de conformidad con su propósito, propuesta de valor, estrategia y objetivos, y teniendo en cuenta las interacciones de su ecosistema, percibe las exigencias de cambio y transformación a las que se ve abocada para satisfacer a sus grupos de interés y tener una posición sobresaliente en su ámbito de actuación. Las demandas sociales y los aspectos a mejorar por la GASSO, analizadas en el tiempo (ver Archivo **1.2.3 Necesidades, expectativas y aspectos positivos y a mejorar de la GASSO**), ayudan a visualizar la trayectoria necesaria.

1 CÓMO LO HACEMOS (DESPLIEGUE)

Junto a las percepciones sociales, la GASSO es receptiva a las necesidades de cambio y transformación detectadas por los profesionales, tanto de Atención primaria como de Atención hospitalaria (ver Archivo **5.2.1 Necesidades de transformación según los profesionales**). Con este conocimiento, y analizando además su situación actual en relación con sus grupos de interés (ver Archivo **07. DAFO segmentado por grupos de interés**) y los mapas de viaje del empleado (ver Archivo **3.2.3**) y del paciente (ver archivo **4.4.1**) elabora las Orientaciones estratégicas (ver Archivo **1.4.1**) previas al desarrollo del Plan estratégico 2022-2024.

1 CÓMO Y CUÁNDO LO REVISAMOS (EVALUACIÓN, REVISIÓN Y MEJORA)

Las circunstancias que inciden en la necesidad, por la GASSO, de llevar a cabo un cambio o transformación, se detectan de forma sistemática mediante la evaluación del cumplimiento de sus objetivos y a través de encuestas, y se modulan con el conocimiento y adecuación a las megatendencias (ver Archivo **1.3 Megatendencias**). Además, ante la finalización y evaluación de un ciclo estratégico y la planificación del siguiente, se realizan actividades suplementarias de conocimiento y se alinean los retos con la planificación (ver Archivo **1.1.3 Áreas de actividad. Alineamiento de los ejes transversales y los retos con la planificación**).

1 CÓMO LO DEMOSTRAMOS (EVIDENCIAS)

La necesidad de cambio en la actuación llevada por la GASSO se refleja en el nuevo modelo asistencial que propugna, incidiendo en la atención integrada a los pacientes pluripatológicos crónicos complejos (PCC), en su organigrama directivo y en el liderazgo. La necesidad de transformación, en este caso reactiva, se constata con la práctica conversión de un sistema de atención general a la salud en un sistema específico de enfermedades infecciosas (vacunaciones, rastreos, cribados poblacionales, reestructuración hospitalaria). Las necesidades de cambio y transformación se verán reflejadas en el Plan estratégico 2022-2024, Línea IV Transformación, con participación de los grupos de interés.

1 RESPONSABLE

Equipo directivo	Profesionales de la Gerencia de Asistencia Sanitaria	Otros grupos de interés
------------------	--	-------------------------

1 LINKS EFQM

- 1.1: Definir el propósito y la visión
- 1.2: Identificar y entender las necesidades de los grupos de interés
- 1.3: Comprender el ecosistema, las capacidades propias y los principales retos
- 1.4: Desarrollar la estrategia
- 2.2: Crear las condiciones para hacer realidad el cambio
- 2.4: Unirse y comprometerse en torno a un propósito, visión y estrategia
- 4.1: Diseñar el valor y cómo se crea

2 LO QUE HACEMOS (ENFOQUE)

5.2.2 Un organigrama directivo transformador El Organigrama directivo persigue la integración asistencial y organizativa, aumentando la capacidad resolutive en Atención Primaria, los rendimientos de Atención Hospitalaria y la percepción del paciente de que la atención sanitaria en Soria es un todo al servicio de sus necesidades de salud. Se organiza con carácter funcional y horizontal, y a partir de las antiguas plantillas de las gerencias de origen, hasta que se defina por la Gerencia Regional de Salud, la estructura periférica de la misma y consiguientemente de las Gerencias de Asistencia Sanitaria.

2 CÓMO LO HACEMOS (DESPLIEGUE)

Un **organigrama vertical** representaría la estructura del equipo directivo de la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria como una pirámide de manera que los niveles más altos tienen una mayor autoridad. Su ventaja es que la jerarquía queda clara y con ella, los responsables. De cara a la implantación de un nuevo modelo asistencial la GASSO opta por un **organigrama horizontal** que se basa en los procesos de trabajo (actividades) y no tanto los niveles de jerarquía, que pretende evolucionar hacia un **modelo en red** en el que las acciones son coordinadas por acuerdos en lugar de por jerarquía.

2 CÓMO Y CUÁNDO LO REVISAMOS (EVALUACIÓN, REVISIÓN Y MEJORA)

La GASSO evoluciona su organigrama para adaptarlo a la realidad cambiante de su ecosistema. En la Memoria EFQM 2014 se recoge un organigrama vertical, en la Memoria EFQM de 2018 un organigrama horizontal y para la Memoria EFQM 2021 un organigrama con tendencia a ser en red, en el centro del cual se encuentra el núcleo de la organización. Estas variaciones son debidas al interés de la GASSO por llevar a cabo una gestión innovadora.

2 CÓMO LO DEMOSTRAMOS (EVIDENCIAS)

En el Archivo **012. Organigrama directivo** se muestra la concepción del sistema organizativo funcional y en red con el que la GASSO pretende desarrollar su estrategia, tendente a lo que consideramos un liderazgo transformacional y una cultura organizacional sinérgica y participativa.

2 RESPONSABLE

Director/gerente	Equipo directivo
------------------	------------------

2 LINKS EFQM

- 1.1: Definir el propósito y la visión
- 1.3: Comprender el ecosistema, las capacidades propias y los principales retos
- 1.4: Desarrollar la estrategia
- 1.5: Diseñar e implantar un sistema de gestión y de gobierno
- 2.1: Dirigir la cultura de la organización y reforzar los valores
- 2.2: Crear las condiciones para hacer realidad el cambio
- 2.4: Unirse y comprometerse en torno a un propósito, visión y estrategia
- 5.1: Gestionar el funcionamiento y el riesgo

3 LO QUE HACEMOS (ENFOQUE)

5.2.3 La integración asistencial como camino y meta

El nuevo modelo asistencial que propone la Gerencia de Asistencia

Sanitaria de Soria se basa en la atención integral de la salud de la persona, sin fragmentaciones por enfermedades o niveles asistenciales, resolviendo las necesidades y expectativas en el lugar más adecuado y con los medios precisos para alcanzar una atención resolutoria, eficiente, segura y de calidad, sin actividades innecesarias para el paciente que no aporten valor.

3 CÓMO LO HACEMOS (DESPLIEGUE)

Para facilitar el desarrollo del modelo se lleva a cabo la implantación de unidades asistenciales integradas, creadas para la atención específica de las nuevas necesidades asistenciales: la Unidad del Paciente Crónico y Pluripatológico/ Unidad de Continuidad Asistencial (13/05/2014), la Unidad de Diagnóstico Rápido, la Unidad de Corta Estancia en Urgencias y la Unidad de Cuidados Paliativos. La integración asistencial pasa, además de por la asunción por los profesionales de su filosofía, por tres aspectos: la gestión por procesos asistenciales integrados, la descentralización de la gestión y la cultura de mejora continua.

3 CÓMO Y CUÁNDO LO REVISAMOS (EVALUACIÓN, REVISIÓN Y MEJORA)

Tras la integración funcional realizada en los años precedentes y la integración normativa, contable y presupuestaria realizada en 2017, actualmente queda por completar la integración de la asistencia sanitaria mediante el desarrollo del III Plan Estratégico 2015-2020 de la GASSO. La evaluación de los objetivos alcanzados en la Línea estratégica 1. Modelo asistencial integrado dio un resultado de 38,9% (por debajo de la media del Plan de 49,9%). De cara al próximo ciclo estratégico se pondrán en marcha medidas de mejora con objetivos adecuados.

3 CÓMO LO DEMOSTRAMOS (EVIDENCIAS)

Las Unidades de Continuidad Asistencial (ver los indicadores *Cobertura del programa de la persona con Pluripatología Crónica Compleja, Índice de efectividad del nuevo modelo de atención y Pacientes atendidos en consultas de alta resolución*), ofrecen buenos resultados de actividad, pero la cobertura o población incluida en los procesos queda lejos de los objetivos previstos, en parte por la incidencia de la COVID-19 que dificulta en gran medida su desarrollo.

3 RESPONSABLE

Dirección médica de Atención hospitalaria Dirección médica de Atención primaria

3 LINKS EFQM

- 1.1: Definir el propósito y la visión
- 1.2: Identificar y entender las necesidades de los grupos de interés
- 1.3: Comprender el ecosistema, las capacidades propias y los principales retos
- 1.4: Desarrollar la estrategia
- 2.2: Crear las condiciones para hacer realidad el cambio
- 2.4: Unirse y comprometerse en torno a un propósito, visión y estrategia
- 4.1: Diseñar el valor y cómo se crea
- 4.4: Diseñar e implantar la experiencia global
- 5.1: Gestionar el funcionamiento y el riesgo
- 5.2: Transformar la organización para el futuro

4 LO QUE HACEMOS (ENFOQUE)

5.2.4 Metodologías ágiles

El concepto *Ágil* es más que una serie de herramientas para el desarrollo de actividades que precisan de rapidez y

flexibilidad. Su objetivo es desarrollar productos y servicios de calidad que respondan a las necesidades de unos ciudadanos cuyas prioridades cambian a gran velocidad. Los diferentes métodos que componen la filosofía *Ágil* (Lean, Scrum, Kanban) comparten unos mismos principios, pero lo más importante, es que ante cada situación, desde la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria, se puede escoger el método que mejor se adapte a sus necesidades.

4 CÓMO LO HACEMOS (DESPLIEGUE)

Desde la GASSO se implantan actividades con metodología *Ágil* entre la que destacan: *metodología 5S* de los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería en relación con los almacenes de Urgencias hospitalarias (ver Archivo 5.2.2 5S TCAE Urgencias), *metodología Scrum*, tras realizar una encuesta a los Directores de algunas de las residencias de mayores para conocer sus necesidades, por parte del Equipo COVID-residencias (ver Archivo *Adaptación de la metodología ágil scrum al equipo COVID-residencias*) y como aportación propia de la GASSO el concepto de *benchmarking ágil* (ver Archivo 2.3.1 *Benchmarking ágil*)

4 CÓMO Y CUÁNDO LO REVISAMOS (EVALUACIÓN, REVISIÓN Y MEJORA)

La propia sistemática de *Lean 5S* incorpora un sistema de seguimiento y evaluación (*Shitsuke*, disciplina). La metodología *Scrum* se evaluó con los niveles de satisfacción de las organizaciones implicadas y de los propios profesionales integrantes del Equipo. Los resultados del *Benchmarking ágil* viene definidos por el número de interacciones con otras organizaciones y por la aplicabilidad de los resultados (ejemplos son el modelo de convenio con los aliados fruto de una interacción con el Colegio Británico o la conciliación con Caja Rural).

4 CÓMO LO DEMOSTRAMOS (EVIDENCIAS)

La metodología *Lean 5S* de los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería fue finalista en la convocatoria de los premios de Innovación de la GASSO en 2018, realizándose una presentación oficial para la difusión de los resultados del proyecto y ejemplo. La metodología *Scrum* del Equipo COVID-residencias facilitó su actividad durante la pandemia que fue reconocida como excelente por todos los implicados. El *benchmarking ágil* supone 21 actividades (15 a iniciativa de la GASSO y 6 a iniciativa de otras organizaciones)

4 RESPONSABLE

Subdirección de calidad y seguridad del paciente Dirección médica de Atención hospitalaria Subdirección de enfermería de Atención hospitalaria

4 LINKS EFQM

- 1.2: Identificar y entender las necesidades de los grupos de interés
- 1.3: Comprender el ecosistema, las capacidades propias y los principales retos
- 2.2: Crear las condiciones para hacer realidad el cambio
- 2.4: Unirse y comprometerse en torno a un propósito, visión y estrategia
- 4.3: Elaborar y entregar la propuesta de valor
- 5.2: Transformar la organización para el futuro

5.3: IMPULSAR LA INNOVACIÓN Y APROVECHAR LA TECNOLOGÍA

1 LO QUE HACEMOS (ENFOQUE)

5.3.1 La innovación como cultura La cultura organizacional de la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria se desarrolla sobre la base de implicación, delegación, responsabilidad compartida, mejora continua e innovación, centrada en las personas y en la valoración de su compromiso (ver indicador *Compromiso de los profesionales con la GASSO*). En este contexto la GASSO entiende la innovación como una pulsión de los profesionales, basada en el conocimiento como activo fundamental, que da salida a su creatividad y su capacidad de encontrar soluciones a los problemas para procurar una atención de calidad que satisfaga la experiencia de los ciudadanos.

1 CÓMO LO HACEMOS (DESPLIEGUE)

El Mapa de procesos de la GASSO recoge la innovación (proceso *E.04.105 Innovación y Nuevas Tecnologías*) como parte integral de la actividad de sus profesionales y se desarrolla a través de la IDIGES. Mediante la encuesta de Denison podemos objetivar como aprecian los profesionales la cultura de la innovación (ver Archivo **2.2.1 La innovación según la cultura organizacional**): se realizan cambios según las recomendaciones de los pacientes, las ideas innovadoras son tenidas en cuenta por la dirección, se adoptan de continuo nuevas formas de actuar para conseguir mejoras y no se penaliza la actividad de innovar.

1 CÓMO Y CUÁNDO LO REVISAMOS (EVALUACIÓN, REVISIÓN Y MEJORA)

El desarrollo del liderazgo dual, transformacional en la forma de relacionarse las personas de la GASSO, es un intento de modificar la cultura organizacional y permitir el desarrollo de las actividades de innovación por parte de los profesionales. La reevaluación de la cultura, en 2024, con el cuestionario de Denison permitirá valorar sin los deseos de cambio fructifican y la percepción de la innovación por parte de los profesionales mejora.

1 CÓMO LO DEMOSTRAMOS (EVIDENCIAS)

Los objetivos de la **Línea Estratégica VIII. Innovación y desarrollo** del Plan Estratégico 2015-2020 se han cumplido en un 62,9%, siendo los de la Historia Clínica Electrónica (100%) y los de la Renovación tecnológica (91,7%) los de mayor nivel de consecución. En el próximo proceso de planificación estratégica se recogerán aquellos objetivos de innovación que acerquen a la GASSO a su Propósito y Visión. La GASSO manifiesta su compromiso con la convocatoria de un premio anual a la innovación.

1 RESPONSABLE

Subdirección de calidad y seguridad del paciente Profesionales de la Gerencia de Asistencia Sanitaria

1 LINKS EFQM

- 1.2: Identificar y entender las necesidades de los grupos de interés
- 1.3: Comprender el ecosistema, las capacidades propias y los principales retos
- 2.1: Dirigir la cultura de la organización y reforzar los valores
- 2.2: Crear las condiciones para hacer realidad el cambio
- 2.3: Estimular la creatividad y la innovación
- 4.1: Diseñar el valor y cómo se crea

2 LO QUE HACEMOS (ENFOQUE)

5.3.2 La innovación tecnológica apoya la creación de valor Hay dos aspectos básicos que distinguen a los hospitales de otros centros de carácter más clínico. Además de unas infraestructuras óptimas, se debe contar con profesionales especializados y con tecnología específica para cada atención. Por ello, la tecnología juega un papel clave en nuestra organización. Sin ella no hay posibilidad de innovación ni mejora, y se está convirtiendo en un requerimiento de mínimos para el diagnóstico de las distintas patologías y el seguimiento de pacientes asumiendo su control y evitando desplazamientos, consiguiendo aumentar la calidad de los servicios prestados al ciudadano.

2 CÓMO LO HACEMOS (DESPLIEGUE)

La gestión de la tecnología se abarca desde distintas áreas. La incorporación de nuevas técnicas se realiza a través de la **Comisión de Evaluación de Tecnologías, nuevos productos y servicios** previa solicitud documentada del servicio proponente. Si la mejora es la incorporación de equipamientos se produce en el seno de un grupo de trabajo de la Dirección, después de valorar las propuestas con arreglo a un procedimiento previamente establecido y aprobado. En la gestión de la tecnología, la responsabilidad es compartida. Intervienen desde las distintas direcciones, la unidad IDIGES, los servicios de electromedicina, informática, suministros y/o mantenimiento.

2 CÓMO Y CUÁNDO LO REVISAMOS (EVALUACIÓN, REVISIÓN Y MEJORA)

La Comisión de Evaluación de Tecnologías, nuevos productos y servicios será convocada, con carácter ordinario, por su Presidente en tiempo y forma y con el correspondiente Orden del Día y Acta de la reunión anterior para su aprobación. La frecuencia de las reuniones queda sujeta a las peticiones de incorporación de tecnologías que cumplan los estándares de calidad para incorporarlas a la cartera de servicios. Además de la valoración económica desde 2018 se incluye en la Hoja de solicitud la reseña del impacto medioambiental.

2 CÓMO LO DEMOSTRAMOS (EVIDENCIAS)

En el último año han sido muy numerosas las técnicas relacionadas con la atención de pacientes con COVID-19 y generalmente asociadas al Laboratorio de Microbiología. La realización de obras de la fase II del Hospital de Santa Bárbara va a suponer la introducción de nuevas tecnologías en distintos ámbitos: rehabilitación cardíaca, consulta de suelo pélvico, cocina en línea fría y/o robotización en los laboratorios. Su implantación será en 2022, si bien estos años previos han sido necesarios para ir adaptando las infraestructuras a los cambios tecnológicos previstos (ver Archivo **5.3.1 Nuevas tecnologías**)

2 RESPONSABLE

Comisión de Evaluación de tecnologías, nuevos productos y servicios
Dirección de gestión. Área de servicios generales

Dirección de gestión. Área económica y presupuestaria

2 LINKS EFQM

- 2.2: Crear las condiciones para hacer realidad el cambio
- 2.3: Estimular la creatividad y la innovación
- 3.4: Sociedad: Contribuir al desarrollo, bienestar y prosperidad
- 4.1: Diseñar el valor y cómo se crea

3 LO QUE HACEMOS (ENFOQUE)

5.3.3 Ciclo de vida de la tecnología

La inversión en tecnología siempre ha sido una prioridad para la GASSO. En la medida que sus posibilidades presupuestarias lo permiten o dentro de los márgenes que ofrece la cartera de servicios (aprobada por SACYL), el planteamiento pasa por incorporar nuevas tecnologías que nos permitan ofrecer la mejor asistencia sanitarias a nuestros ciudadanos. Al presupuesto habitual de capítulo II (gastos corrientes) o los planes anuales de inversiones, en el año 2020 se ha sumado las importantes donaciones de la ciudadanía que nos han permitido mejorar el equipamiento con el que afrontar la COVID-19.

3 CÓMO LO HACEMOS (DESPLIEGUE)

Los planes anuales de inversión van destinados a la renovación de los equipamientos y a inversiones relacionadas con la transformación que nos permiten ser más autosuficientes y evitar desplazamientos a otros hospitales. Existe un procedimiento de priorización en la adquisición de equipamientos en función de cuatro criterios (equipamiento necesario para la continuidad del servicio, equipamiento para nuevas prestaciones, incidencia de la inversión en la calidad de los servicios y el impacto de los nuevos equipamientos en las listas de espera) y 11 subcriterios. En la gestión de aparatos eléctricos incorporamos soluciones de reciclaje (ver Archivo **5.3.3. Contrato de tratamiento Chatelac**)

3 CÓMO Y CUÁNDO LO REVISAMOS (EVALUACIÓN, REVISIÓN Y MEJORA)

Los criterios de priorización no han sufrido modificaciones sustanciales en los últimos años ya que responden de forma adecuada a las necesidades de la organización. Otra cuestión distinta son las limitaciones presupuestarias que influyen en la capacidad de renovación o incorporación de equipamiento. Durante la pandemia, ante los ofrecimientos de la ciudadanía de ayudas desinteresadas se estableció un nuevo *Procedimiento de canalización de las donaciones realizadas por instituciones particulares o asociaciones destinadas a equipamientos en la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria* que supuso un recaudación de 401.000 € para equipamientos, algo desconocido en otras provincias de nuestro país.

3 CÓMO LO DEMOSTRAMOS (EVIDENCIAS)

Las principales inversiones en nuevos equipamientos de la GASSO se listan en el Archivo **5.3.2 Nuevos equipamientos**. A ello han contribuido los planes anuales de inversiones con cuantías de 793.000 € (2018), 871.000 € (2019) o 2.417.000 € (2020). En 2020, muy vinculado a la pandemia, se produjeron cesiones de equipos de la Gerencia Regional de Salud por valor de 408.000 € y se estableció el procedimiento de canalizar los fondos que por donaciones por otros 401.000 €. En 2021 el montante de las inversiones supera los 6,6 M € vinculadas al Plan de montaje de la Fase II.

3 RESPONSABLE

Dirección de gestión. Área económica y presupuestaria

Dirección de gestión. Área de servicios generales

3 LINKS EFQM

- 1.2: Identificar y entender las necesidades de los grupos de interés
- 1.3: Comprender el ecosistema, las capacidades propias y los principales retos
- 2.2: Crear las condiciones para hacer realidad el cambio
- 3.5: Partners y proveedores: Construir relaciones y asegurar su compromiso para crear valor sostenible
- 5.1: Gestionar el funcionamiento y el riesgo

4 LO QUE HACEMOS (ENFOQUE)

5.3.4 Mantenimiento de equipos

Los centros sanitarios, y particularmente los hospitales, son los edificios de mayor complejidad técnica de aquellos que se construyen y exigen un cuidadoso mantenimiento que debe reunir una serie de características como funcionalidad, eficiencia, seguridad, fiabilidad o incluso confortabilidad. El mantenimiento de los equipos es un servicio y una necesidad para la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria, ya que garantiza el correcto funcionamiento, tanto de las estructuras físicas como de los equipos de electromedicina (proceso S.05.102 Mantenimiento de instalaciones y equipos). El mantenimiento puede ser preventivo (proactivo, al que se debe tender), correctivo y técnico-legal.

4 CÓMO LO HACEMOS (DESPLIEGUE)

Las nuevas inversiones se realizan a través de Planes de Montaje (renovación y mejora de equipamiento) y Planes de Necesidades Ordinarios (reposición de equipos que requieren sustitución) pero las actuaciones de mantenimiento están sujetas al Plan de Mantenimiento de Electromedicina, con acciones preventivas, protocolos, correctivos y clasificación de equipos por riesgo: 1: riesgo vital, 2: daños a pacientes y 3: anomalías. El Plan de contingencias tecnológicas (2018) pretende plasmar la respuesta de la GASSO ante los distintos tipos de contingencias tecnológicas que se puedan producir e las áreas de informática relacionada con las TICs, equipamiento electromédico y tecnologías no asistenciales.

4 CÓMO Y CUÁNDO LO REVISAMOS (EVALUACIÓN, REVISIÓN Y MEJORA)

El Servicio de mantenimiento se estructura en dos grandes áreas: electromedicina y mantenimiento general. Incluso hay una tercera área, menos definida, como sería la sección de obras. En cuanto a los tipos de mantenimiento, se distinguen preventivo, correctivo y técnico legal. Todos ellos se articulan en torno a la aplicación informática MANSIS que es el sistema de gestión del mantenimiento de equipos e instalaciones de todos los edificios de la GASSO, tanto urgente como ordinario. La realización de las operaciones de mantenimiento de las instalaciones vienen definidas en los reglamentos e instrucciones técnicas de los equipos e instalaciones.

4 CÓMO LO DEMOSTRAMOS (EVIDENCIAS)

Se lleva a cabo una reestructuración del Servicio de mantenimiento con una estructura más horizontal con dos responsables en cada una de los cuatro áreas definidas: Santa Bárbara, Oficina Técnica (innovación más destacada), Virgen del Mirón más Atención primaria y Electromedicina. Todas sus actuaciones están sujetas al Plan de mantenimiento con acciones preventivas, protocolos, correctivos y clasificación de equipos por riesgos: 1: riesgo vital, 2: daños a pacientes y 3: anomalías. En el indicador **Sistema integral de patrimonio y gestión de activos de mantenimiento** se recoge la evolución entre las actividades preventivas y correctivas.

4 RESPONSABLE

Servicio de mantenimiento
servicios generales

Dirección de gestión. Área económica y presupuestaria

Dirección de gestión. Área de

4 LINKS EFQM

2.2: Crear las condiciones para hacer realidad el cambio

5.1: Gestionar el funcionamiento y el riesgo

5.3: Impulsar la innovación y aprovechar la tecnología

7.1: Rendimiento estratégico y operativo

5.4: APROVECHAR LOS DATOS, LA INFORMACIÓN Y EL CONOCIMIENTO

1 LO QUE HACEMOS (ENFOQUE)

5.4.1 Los sistemas de información

La GASSO muestra una voluntad decidida de generación y transmisión del conocimiento. Dispone de un amplio despliegue de sistemas de información básicos para la gestión y para la toma de decisiones (ver Archivo 5.4.1 *Sistemas de información*). A los sistemas formales propios de la Gerencia Regional de Salud se incorporan de experiencias piloto o el **diseño de sistemas propios**. Como ejemplo de estos últimos estaría la historia de enfermería de Urgencias, la gestión del inventario o la incorporación del sistema Alfresco como base de la digitalización, y en especial el **archivo SIGGIS**.

1 CÓMO LO HACEMOS (DESPLIEGUE)

Los sistemas de información se articulan fundamentalmente en dos áreas: el área asistencial y el área económica. La explotación de datos del área asistencial es realizada por la Unidad de Control de Gestión en estrecha colaboración del Servicio de Admisión a través de una importante estructura de **cuadros de mandos** de actualización de predominio mensual. La información económica es elaborada por las Áreas de gestión y coordinada y explotada por la propia Dirección de Gestión. La configuración de las estructuras de los distintos sistemas de información recae sobre todo en el Servicio de Informática y en la Dirección correspondiente.

1 CÓMO Y CUÁNDO LO REVISAMOS (EVALUACIÓN, REVISIÓN Y MEJORA)

Existe una permanente revisión y mejora de los sistemas de información. Hay **tres proyectos de mejora**, uno de ámbito regional con adaptación específica (anillo UCI) y dos de desarrollo propio: petición electrónica de laboratorio y sistema de gestión de esperas. La petición electrónica de laboratorio es una **alianza** con el proveedor estratégico Roche Diagnostica. La gestión de esperas supone una modernización del sistema de flujo e intimidad de pacientes. El seguimiento de la COVID-19 supuso la implantación de cuadros de mando específicos. En fase de implantación **BISION**, cuadro de mando (ver Archivo 5.4.2. *BISION. Cuadro de mando*).

1 CÓMO LO DEMOSTRAMOS (EVIDENCIAS)

La Unidad de Control de Gestión y la Dirección de Gestión Económica disponen de carpetas compartidas con acceso a toda la batería de cuadros de mando, fruto de la explotación de los distintos sistemas de información. La información asistencial está accesible en cualquier momento por la Gerencia, la Dirección Médica u otras direcciones con el objeto de tomar decisiones en base a los datos e indicadores procesados. La información económica es más heterogénea. El procesamiento y explotación de los datos es llevado a cabo por los profesionales del área de Control de Gestión y por la propia Dirección de Gestión.

1 RESPONSABLE

Servicio de admisión

Dirección de gestión

Servicio de informática

1 LINKS EFQM

- 1.2: Identificar y entender las necesidades de los grupos de interés
- 1.3: Comprender el ecosistema, las capacidades propias y los principales retos
- 2.2: Crear las condiciones para hacer realidad el cambio
- 5.1: Gestionar el funcionamiento y el riesgo
- 5.4: Aprovechar los datos, la información y el conocimiento

2 LO QUE HACEMOS (ENFOQUE)

5.4.2 La tecnología y la información al servicio de los ciudadanos

Un ejemplo de aplicación práctica y de alta repercusión en la atención al ciudadano, de la tecnología y la información, es la Historia Clínica Electrónica, conjunto global y estructurado de información, en relación con la asistencia sanitaria de un paciente individual, cuyo soporte permite que sea almacenada, procesada y transmitida mediante sistemas informáticos. El avance de la tecnología debe llevar aparejado sistemas de protección de datos y ciberataques.

2 CÓMO LO HACEMOS (DESPLIEGUE)

En la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria, como en el resto de centros de Castilla y León, se trabaja con Historias Clínicas Electrónicas, MEDORA 4 en Atención primaria y JIMENA 3 (en estos momentos en cambio a JIMENA 4) en Atención especializada, con un cierto grado de interconexión. Como consecuencia de estas medidas también destaca el despliegue completo del servicio de receta electrónica interoperable en la totalidad del Servicio Nacional de Salud.

2 CÓMO Y CUÁNDO LO REVISAMOS (EVALUACIÓN, REVISIÓN Y MEJORA)

MEDORA experimenta actualizaciones de manera continua que incrementan sus capacidades. Una de las innovaciones en Atención primaria es el Escritorio del profesional, herramienta que mejora la gestión de pacientes y ordena el caudal de información que llega a las consultas y permite acceder a la información en tiempo real en cualquier nivel asistencial. Se está llevando a cabo el cambio, a nivel hospitalario, de JIMENA 3 a JIMENA 4, con ciertos problemas de interconexión debido al gran desarrollo que, debido a las aportaciones de los profesionales y del Servicio de informática, se ha alcanzado en la GASSO.

2 CÓMO LO DEMOSTRAMOS (EVIDENCIAS)

Como complemento a las Historias clínicas Electrónicas y para favorecer la accesibilidad de los pacientes se implantan en Sacyl la **Carpeta del paciente** (portal de acceso a los datos de salud de los pacientes) y **SacylConecta** (forma sencilla de acceder a distintos servicios e información sanitaria a través de la página de SACYL o descargando la App). Están previstas la incorporación de nuevas utilidades de telemedicina como la interconsulta vía on-line entre médicos de Atención primaria y especializada, incluso interactuando con el paciente, y una plataforma integrada y continua de asistencia urgente para el ciudadano, independiente del ámbito asistencial.

2 RESPONSABLE

Servicio de informática

Direcciones médicas y de enfermería de Atención primaria y Atención hospitalaria

2 LINKS EFQM

- 1.3: Comprender el ecosistema, las capacidades propias y los principales retos
- 1.2: Identificar y entender las necesidades de los grupos de interés
- 2.2: Crear las condiciones para hacer realidad el cambio
- 4.1: Diseñar el valor y cómo se crea
- 5.1: Gestionar el funcionamiento y el riesgo
- 5.2: Transformar la organización para el futuro
- 5.3: Impulsar la innovación y aprovechar la tecnología

3 LO QUE HACEMOS (ENFOQUE)

5.4.3 Abordaje de la cronicidad (como ejemplo del aprovechamiento de los datos) La Estrategia de Atención al Paciente Crónico tiene como objetivo fundamental, mejorar la salud y la calidad de vida de las personas que padecen enfermedades crónicas, generalmente pluripatológicas, mediante un modelo de atención integrada y de responsabilidad compartida entre los distintos niveles asistenciales. Y como objetivo secundario, avanzar en la gestión de la atención prestada a estos pacientes contribuyendo así a la sostenibilidad de nuestro sistema sanitario. El desarrollo operativo tiene como eje la Atención primaria compartida, cuando sea necesario, con la Unidad de Continuidad Asistencial (UCA),

3 CÓMO LO HACEMOS (DESPLIEGUE)

Se realizó un proceso de clasificación de la población en base a los datos y la información recogidos en su historia clínica. Con esta información se segmenta en cuatro grupos (G1, G2, G3 y G4) con niveles de riesgo clínico y necesidades distintas, tanto sanitarias como sociales, para los que se diseñan intervenciones específicas (ver Archivo 010. *Clasificación de los usuarios. Clinical risk Groups*). Los pacientes con pluripatología crónica compleja son los identificados por el sistema como G3 y validados por los profesionales de Atención Primaria (ver Archivo *5.4.3 Criterios de validación clínica del paciente crónico pluripatológico complejo*)

3 CÓMO Y CUÁNDO LO REVISAMOS (EVALUACIÓN, REVISIÓN Y MEJORA)

Anualmente, a los pacientes nuevos clasificados como G3 en el proceso de clasificación, se les activará de forma provisional, en su Historia Clínica MEDORA, el proceso de pluripatología compleja. En el plazo de dos meses atendiendo a los criterios clínicos y de complejidad deberán ser validados por el equipo de AP. Los procesos activos de *paciente crónico pluripatológico complejo* van actualizándose de forma continua en la Historia Clínica JIMENA 4 para que los profesionales de hospital también los tengan registrados. Está incluido en el mapa de procesos como Subproceso asistencial A.300.

3 CÓMO LO DEMOSTRAMOS (EVIDENCIAS)

El indicador **Cobertura del programa de la persona con Pluripatología Crónica Compleja (PCC)** nos proporciona datos sobre el grado de incorporación de los pacientes al proceso del paciente crónico pluripatológico complejo (13% en 2020). El indicador **Índice de efectividad del nuevo modelo de atención** nos proporciona datos sobre la efectividad del programa objetivándose una progresiva reducción de las visitas a urgencias y de los ingresos hospitalarios de los pacientes crónicos pluripatológicos complejos. Sin duda, la pandemia por la COVID-19 va a dificultar la progresión del proceso.

3 RESPONSABLE

Profesionales de Atención primaria Unidad de Continuidad Asistencial (UCA),

3 LINKS EFQM

- 1.2: Identificar y entender las necesidades de los grupos de interés
- 1.3: Comprender el ecosistema, las capacidades propias y los principales retos
- 2.2: Crear las condiciones para hacer realidad el cambio
- 3.1: Clientes: Construir relaciones sostenibles
- 4.1: Diseñar el valor y cómo se crea
- 4.4: Diseñar e implantar la experiencia global
- 5.2: Transformar la organización para el futuro
- 7.1: Rendimiento estratégico y operativo

4 LO QUE HACEMOS (ENFOQUE)

5.4.4 La gestión del conocimiento La inteligencia colectiva se desarrolla en mayor grado en las organizaciones que comparten el conocimiento de forma transversal. La gestión del conocimiento es aquel conjunto de métodos y técnicas encaminadas a detectar, analizar, archivar y compartir los conocimientos, entendidos como la mezcla fluida de información, valores, experiencias y apreciaciones expertas. La gestión del conocimiento sólo es aplicable a partir de las personas que, con los valores de la organización, una cultura organizativa sinérgica y colaborativa y un liderazgo transformacional, innovan en las prestaciones que la sociedad precisa.

4 CÓMO LO HACEMOS (DESPLIEGUE)

El conocimiento es el único recurso de una organización que aumenta con su uso. La innovación, proceso para realizar cambios involucrando la aplicación de nuevas ideas y nuevas formas de hacer las cosas, deberá ser una constante y conducir a la excelencia. La GASSO dispone de un **Manual de gestión del conocimiento (2018)**, situado en si Intranet, en el Archivo Gestión del conocimiento que incluye Formación, Docencia, Innovación, Investigación y Nuevas Tecnologías y acceso a biblioteca on-line de Sacyl, y se relaciona, además, en el Mapa de procesos como **proceso E.04.106 Gestión del conocimiento**.

4 CÓMO Y CUÁNDO LO REVISAMOS (EVALUACIÓN, REVISIÓN Y MEJORA)

La gestión del conocimiento es uno de los ejes de actuación para alcanzar la innovación en los servicios. Ocupa un amplio espectro de actuaciones desde el apoyo de la Unidad de Investigación a los proyectos y su publicación anual en la Intranet, el desarrollo de un sistema propio de benchmarking ágil, la creación y actualización de protocolos clínicos en formato normalizado y su publicación en la Intranet hasta el apoyo institucional para la presentación de trabajos de investigación en Jornadas y Congresos.

4 CÓMO LO DEMOSTRAMOS (EVIDENCIAS)

En la Intranet se recoge la producción científica de los profesionales de la GASSO desde 2013. Se ha puesto en marcha en 2020 un sistema de gestión normalizada de los protocolos. En la ampliación del Hospital de Santa Bárbara se dispone de un espacio funcional de 200 m² (ver Archivo *014. Gestión del conocimiento*) para convertirse en punto de reunión y foro de actividades relacionadas con la gestión del conocimiento, con despachos, biblioteca, acceso a internet y aula de formación. Su uso va destinado a los profesionales, pero en especial médicos y enfermas en formación en las Unidades docentes.

5.5: GESTIONAR LOS ACTIVOS Y RECURSOS

1 LO QUE HACEMOS (ENFOQUE)

5.5.1 Gestión financiera sostenible

La Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria tiene como fin principal la prestación de servicios asistenciales básicos para la población a la que atiende. También presenta un poder económico y de gasto que junto al del resto de Gerencias condicionan los presupuestos de la comunidad autónoma. El cumplimiento de los presupuestos asignados ofrece rigor y un compromiso con la sostenibilidad financiera de la propia GASSO y del Servicio Regional de Salud. Esta es una de las líneas del Plan Estratégico 2015-2020 (E VII.1 Gestión financiera-presupuestaria) y del nuevo Plan Estratégico 2022-2024 (I.1 Alcanzar las sostenibilidad económica-financiera).

1 CÓMO LO HACEMOS (DESPLIEGUE)

La GASSO tiene un compromiso con la gestión financiera sostenible. En su Visión se destaca que será una organización sostenible y perdurable en el tiempo, tanto financieramente como en la adecuación a las necesidades de los ciudadanos. El presupuesto anual de la GASSO se refleja en el Plan Anual de Gestión y su cumplimiento se constituye como un indicador clave. El control financiero se realiza por el Servicio de Control Financiero del Sector Público dependiente de la Intervención General de la Administración de la Comunidad de la Consejería de Hacienda de la JCYL, con marco legal establecido.

1 CÓMO Y CUÁNDO LO REVISAMOS (EVALUACIÓN, REVISIÓN Y MEJORA)

Para el resto de ejercicios, la sistemática de revisión consiste en la evaluación de los resultados económicos del ejercicio anterior y, en caso de desviaciones la propuesta de medidas correctoras, la valoración del presupuesto fijado para el año en curso por la Gerencia Regional de Salud, la distribución interna entre las partidas del presupuesto y su asignación entre los gestores de gasto. En función de las posibilidades económicas previstas, se plantean las áreas de mejora, con el **seguimiento periódico** del presupuesto, donde la digitalización juega un papel determinante. La aparición de la COVID-19 desvirtúa la tendencia correspondiente al año 2020.

1 CÓMO LO DEMOSTRAMOS (EVIDENCIAS)

En los últimos cinco años, se ha alcanzado el cumplimiento presupuestario, cuyo balance asignación crédito/gasto oscila, en todos los años, entre el 99 y el 100% de ejecución, un **resultado óptimo**, al no dejar excesivos recursos sin consumir, lo que nos acerca a nuestra Visión. Las auditorías se realizan sobre periodos anuales. El año 2020 es nuevamente un ejercicio excepcional. Por parte de SACYL ni siquiera se llega a realizar una evaluación anual de cumplimiento. Considerando que el gasto COVID-19 no era gasto computable y que toda la organización estuvo volcada en la pandemia, la evaluación resultó positiva

1 RESPONSABLE

Dirección de gestión. Área económica y presupuestaria

1 LINKS EFQM

- 1.1: Definir el propósito y la visión
- 2.2: Crear las condiciones para hacer realidad el cambio
- 3.3: Inversores y reguladores: Asegurar y mantener su apoyo continuo
- 3.4: Sociedad: Contribuir al desarrollo, bienestar y prosperidad
- 5.1: Gestionar el funcionamiento y el riesgo
- 5.2: Transformar la organización para el futuro
- 6.3: Resultados de percepción de inversores y reguladores

2 LO QUE HACEMOS (ENFOQUE)

5.5.2 Gestión del funcionamiento y la transformación de los activos tangibles

Las infraestructuras de la GASSO están diseñadas para un funcionamiento acorde con la actividad planificada para satisfacer las necesidades de los ciudadanos. Además deben ser lo suficientemente resistentes para permitir realizar acciones de transformación en no demasiado tiempo. En nuestra planificación se tienen en consideración factores fundamentales tales como la **versatilidad y la flexibilidad**, para prever escenarios alternativos como puedan ser los incrementos de demanda. La pandemia COVID-19 ha puesto a prueba las infraestructuras del Área de Salud exigiendo modificaciones del funcionamiento y proyectos de transformación.

2 CÓMO LO HACEMOS (DESPLIEGUE)

El Proyecto de ampliación y reforma del Hospital Santa Bárbara es ejemplo del **concepto de transformación**. Se inicia con una planificación funcional de las necesidades de la provincia para los próximos 15-20 años en base al estudio de indicadores demográficos y sanitarios, al consenso con los líderes asistenciales, a las necesidades demandadas por los grupos de interés y a la aprobación del financiador, la Gerencia Regional de Salud. Otras actuaciones, en los últimos 3 años, están relacionadas con el **funcionamiento**, tendentes a mejorar la confortabilidad y el mantenimiento de los inmuebles (ver Archivo **5.5.1 Actuación en infraestructuras**)

2 CÓMO Y CUÁNDO LO REVISAMOS (EVALUACIÓN, REVISIÓN Y MEJORA)

La revisión viene determinada, en gran medida, para responder a necesidades asistenciales, avances técnicos, incrementos de demanda, peticiones de la sociedad o motivaciones políticas. Cualquiera de ellas puede hacer cambiar el escenario de planificación previsto para los próximos años, como así se recoge en el análisis DAFO. En este caso se reformula el propio Plan Funcional, se somete a consideración y finalmente se aprueba por el financiador. La mayor transformación reactiva ha supuesto la cohabitación de dos hospitales en un solo edificio, **el general y el de patología infecciosa** por COVID-19, con la pertinente reconsideración de la Misión.

2 CÓMO LO DEMOSTRAMOS (EVIDENCIAS)

El Plan Funcional del Hospital Santa Bárbara cuenta con tres modificaciones de enorme trascendencia: planificar el futuro del Hospital Virgen del Mirón (2008), actualización a la nueva realidad después del parón de las obras en 2011 (2016) y modificado de obras para incorporar, entre otras, una nueva prestación demanda por los grupos de interés de nuestro ecosistema más próximo como la radioterapia (2020). También han sufrido cambios importantes, para incorporar las nuevas necesidades definidas por la COVID-19, los planes respectivos, ahora en fase tramitación, de los Centros de Salud Soria Norte y San Leonardo de Yagüe.

2 RESPONSABLE

Dirección de gestión. Área económica y presupuestaria

Dirección de gestión. Área de servicios generales

2 LINKS EFQM

- 1.1: Definir el propósito y la visión
 - 2.2: Crear las condiciones para hacer realidad el cambio
 - 3.4: Sociedad: Contribuir al desarrollo, bienestar y prosperidad
 - 5.1: Gestionar el funcionamiento y el riesgo
 - 5.2: Transformar la organización para el futuro
 - 6.4: Resultados de percepción de la sociedad
-

3 LO QUE HACEMOS (ENFOQUE)

5.5.3 Una organización con menos papeles Las "Organizaciones sin papeles", denominadas ahora como "**Organizaciones con menos papeles**", según el cambio que realizó *Healthcare Information and Management Systems Society (HIMSS)* al darse cuenta que no existen verdaderas organizaciones sanitarias sin papeles pretenden, como la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria, que los datos sean ingresados digitalmente, puedan ser validados, procesados y puestos a disposición de todo el equipo de salud (gestión del conocimiento). Además la GASSO adopta un compromiso en la protección medioambiental, al ser la industria papelera una de las mayores generadoras de contaminantes.

3 CÓMO LO HACEMOS (DESPLIEGUE)

El concepto de "**GASSO con menos papeles**" responde a la necesidad de que la Historia clínica permanezca disponible en distintos puntos de atención, de mejorar la seguridad del acceso a la información, de disminuir los posibles errores, de reducir espacios pasivos dedicados al almacenaje de papel (700 m²) posibilitando otros usos y de aminorar el impacto medioambiental de la organización (ODS). Según la Universidad Johns Hopkins, la digitalización de las historias clínicas redujo un 15% el riesgo de morir durante un ingreso.

3 CÓMO Y CUÁNDO LO REVISAMOS (EVALUACIÓN, REVISIÓN Y MEJORA)

En el proceso de "**GASSO con menos papeles**" se incluyen las siguientes actividades: la implantación de la Historia clínica electrónica (Medora en Atención primaria y Jimena en Atención hospitalaria) que posibilita las interconsultas telemáticas y la transmisión de resultados (analítica, Rx, informes), las vías electrónicas para la prescripción farmacológica (receta electrónica y Farmatools), la petición electrónica de laboratorio, la digitalización de las Historias clínicas del Complejo Asistencial de Soria y la digitalización de los expedientes de personal de la gerencia (Portal del empleado).

3 CÓMO LO DEMOSTRAMOS (EVIDENCIAS)

En 2018 se llevó a cabo el proceso de digitalización e indexación de las más de 150.000 Historias clínicas del archivo del Complejo Asistencial de Soria, por un importe de 675.180 €, con la participación de la Unidad de Admisión y Documentación Clínica y el Servicio de Informática. El 20 de marzo, *Día sin papel*, es una fecha clave ya que desde entonces no se remitieron Historias clínicas en papel a los servicios solicitantes, y el proceso finaliza en diciembre de 2018. A continuación se lleva a cabo, con proceso similar, la digitalización de los expedientes de personal

3 RESPONSABLE

Equipo directivo Profesionales de la Gerencia de Asistencia Sanitaria

3 LINKS EFQM

- 1.2: Identificar y entender las necesidades de los grupos de interés
 - 1.3: Comprender el ecosistema, las capacidades propias y los principales retos
 - 5.1: Gestionar el funcionamiento y el riesgo
 - 5.2: Transformar la organización para el futuro
 - 5.3: Impulsar la innovación y aprovechar la tecnología
-

4 LO QUE HACEMOS (ENFOQUE)

5.5.4 Gestión de residuos La Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria, como el resto de organizaciones sanitarias, genera una ingente cantidad de residuos. La actividad diaria con grandes cantidades de material desechable, líquidos y material contaminado resultantes de las distintas técnicas y terapias o los restos orgánicos generados en un ámbito con importante actividad hostelera, hacen que la gestión de los residuos se convierta en una actividad destacada, siendo su segregación fundamental en un enfoque de ciclo de vida, protección de los trabajadores y compromiso con el medio ambiente, que precisa un cumplimiento estricto de la normativa.

4 CÓMO LO HACEMOS (DESPLIEGUE)

La gestión de residuos está protocolizada y gestionada por el Servicio de Medicina Preventiva, mediante el Manual de gestión de residuos de 2013, revisado y actualizado en 2018. Los ayuntamientos disponen de sistemas de recogida de los residuos generales de competencia municipal. Para el resto de residuos ya sean biosanitarios, químicos, medicamentos citotóxicos o cistostáticos se dispone de un contrato específico con GERESCYL para su recogida y tratamiento. La gestión y competencia en esta materia está asignada al Servicio de Medicina Preventiva y se desarrolla en el marco del Plan de Gestión de Residuos revisado en 2018.

4 CÓMO Y CUÁNDO LO REVISAMOS (EVALUACIÓN, REVISIÓN Y MEJORA)

Con GERESCYL que gestiona los residuos existe un convenio para llevar a cabo actividades formativas y se plantean objetivos de calidad. La generación de residuos era positiva hasta el inicio de la pandemia, cuando el consumo de materiales aumentó de forma importante, lo que ha supuesto un cambio en la manera de abordar esta actividad. Se pasó de un sistema de recogida en contenedor rígido a otro en bolsa de basura especial (color rojo). La imposibilidad de conseguir los contenedores habituales obligó a este cambio que fue asumido sin aparentes problemas de gestión, más allá del coste económico.

4 CÓMO LO DEMOSTRAMOS (EVIDENCIAS)

Además del servicio municipal de basuras o el contrato suscrito con GERESCYL la GASSO dispone de otros tipos de acuerdo o contrato, como el firmado con Ecoembes para la correcta gestión de los residuos de envases domésticos generados, con Viguera Gestión de Residuos para envases mixtos, con Ambilight para recogida de lámparas y fluorescentes o con Chatelac, S.L. para equipos desechados que contienen clorofluorocarburos, equipos eléctricos y electrónicos desechados, baterías y acumuladores, residuos de tóner de impresión o equipos desechados que contienen componentes peligrosos y con Recuperaciones De Miguel para resto de materiales (madera, hierro o plásticos).

4 RESPONSABLE

Servicio de Medicina Preventiva

Dirección de gestión. Área de servicios generales Dirección de gestión. Área económica y presupuestaria

4 LINKS EFQM

- 1.2: Identificar y entender las necesidades de los grupos de interés
- 1.3: Comprender el ecosistema, las capacidades propias y los principales retos
- 5.1: Gestionar el funcionamiento y el riesgo

PERCEPCIÓN DE LOS GRUPOS DE INTERÉS

RESUMEN

Percepción de los grupos de interés

La Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria estudia los indicadores de resultados de calidad percibida en su interacción con los grupos de interés mediante diversas herramientas. Destacan las encuestas, iniciadas desde hace unos 20 años, dando continuidad a las realizadas por el INSALUD (ver Archivo **6.1 Encuestas**), el análisis de las reclamaciones recogidas y clasificadas con el programa RESU y la experiencia del ciudadano mediante la recogida de información con terminales táctiles en centros de salud, urgencias hospitalarias, consultas externas y hospitalización (ver Archivo **6.2 La experiencia del ciudadano. Informe 2019**). Durante la pandemia, por motivos de seguridad, se han dejado de usar los terminales táctiles y en su lugar se han puesto en marcha sistemas informatizados de encuestas para minimizar riesgos.

Las encuestas externas institucionales (GRS, SNS), en ocasiones, no responden a las necesidades de información que precisa la GASSO para conocer su realidad y desarrollar su estrategia y por ello se realizan, además, encuestas propias específicas. Los resultados son de difícil comparabilidad externa, dada la escasa y fragmentada información actualizada en el sector sanitario, mayor si cabe tras la pandemia por COVID-19, y por los indicadores utilizados por las diversas organizaciones que no son, en general, homogéneos. Consideramos al Servicio Madrileño de Salud (SERMAS) como organización susceptible de comparación dado su bagaje de acreditaciones EFQM. En la mayoría de las encuestas se utiliza una escala de calificación de Likert para incidir sobre el nivel de acuerdo o desacuerdo con una declaración. Tiene un máximo interés para medir reacciones, actitudes y comportamientos de una persona ya que asume que la fuerza e intensidad de la experiencia es lineal, por lo tanto va desde un totalmente de acuerdo a un totalmente desacuerdo, y que las actitudes pueden ser medidas.

Los indicadores presentados se alinean con aquellos aspectos que más impacto tienen en la calidad percibida (ver Archivo **6.3 Los indicadores como elemento predictivo de la percepción de los grupos de interés clave**), se relacionan con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y se segmentan en las cuestiones más relevantes para profundizar en el análisis de cada uno y en las acciones de mejora precisas, que dada su relevancia para la organización, se llegan a incluir en la revisión anual del Plan Estratégico. Los objetivos de cada indicador se definen en base a los resultados en salud previstos en la planificación estratégica y en los resultados claves. En las encuestas institucionales (GRS, SNS) se consideran habitualmente óptimas cifras superiores al 80% y las propias de la GASSO tienen como referencia para su seguimiento los resultados del año anterior o los recogidos, en su caso, en el Plan Estratégico 2015-2020 y en los Planes Anuales de Gestión. Las comparaciones se llevan a cabo con organizaciones o instituciones de nuestro ámbito, por similitudes demográficas y de comportamiento (Sacyl) y en un segundo paso con otras entidades nacionales (SNS, Servicios de Salud y otras organizaciones sanitarias) reconocidas por su calidad. Se planifica la actividad con periodicidad anual, comprendiendo los responsables de las actuaciones, la población diana, los medios de contacto, la recogida, la revisión, el análisis de datos y las propuestas de acciones de mejora. Los resultados se presentan internamente en los órganos de participación, en las Memorias Anuales y en los Boletines Informativos y al resto de grupos de interés a través de los Consejos de Salud de Zona y de Área y de la página web de la GASSO, <http://www.sanidadSORIA.es/>.

Además de encuestas ya consolidadas se han implantado otras nuevas para abarcar un espectro más amplio de las interacciones con los ciudadanos (laboratorio, transporte sanitario, intimidad). Se pretende mantener, e incluso mejorar, las tendencias derivadas de la calidad de los servicios, del desarrollo del nuevo modelo asistencial, de la planificación a medio/largo plazo y de la confianza y experiencia en estrategias de mejora (proceso E.05.104 Voz del Ciudadano). La situación epidemiológica y socioeconómica derivada de la pandemia por COVID-19 han supuesto una indudable modificación, incluida la percepción, y por ello también se han realizado encuestas de seguridad percibida en relación con la asistencia, tema al que se concede importante relevancia. Sin duda los datos de los años 2020 y 2021 son reflejo de una realidad distinta y poco comparable en sus tendencias.

Los indicadores de rendimiento son predictivos de los de percepción y consecuencia de las estrategias desplegadas por la GASSO. Las posibles relaciones de causa-efecto están basadas en investigaciones previas con indicadores o en los supuestos que se establecen con base en los conocimientos empíricos e intuición acumulados.

Se intenta innovar en las áreas de las encuestas para tener datos en más campos de actuación y también evitar la fatiga de los encuestados.

Algunos ejemplos son el análisis de los Objetivos de Desarrollo Sostenible con la opinión de los más relevantes para la GASSO a través de los vocales de los Consejos de Salud de Zona como grupo focal representativo de la sociedad (se desarrolla una parrilla de priorización posterior), la dinámica individual, la cultura organizacional o el transporte sanitario no urgente. Algunas actuaciones de la GASSO para evaluar la percepción de los grupos de interés han sido consideradas por el Club de Excelencia en Gestión como **Buenas Prácticas** y así se recogen en su Plataforma del conocimiento. Asimismo la comunicación *La experiencia del ciudadano* fue premiada en el XXI Congreso de la Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria, 2019. Al ser una organización pública el financiador casi exclusivo es la Gerencia Regional de Salud, con la dualidad de ser uno de los principales reguladores.

Toda esta actividad tiene una finalidad concreta, permitir a la GASSO satisfacer las expectativas de sus grupos de interés clave y poder mejorar su experiencia en la interacción con la co-creación de valor (ver Archivo **6.4 Satisfacción de la expectativas detectadas en los grupos de interés clave**). Para ello, el ejercicio de la empatía se vuelve cada vez más importante y la comunicación veraz, ágil y transparente es la mejor herramienta.

6.1: RESULTADOS DE PERCEPCIÓN DE CLIENTES

1 NOMBRE DEL INDICADOR

Problemas de salud priorizados por los usuarios

Priorizar significa situar los problemas de salud de acuerdo con el orden por el que los ciudadanos creen que deben ser abordados. La priorización tiene como escollo fundamental la subjetividad, ya que, es inexcusable la realización de juicios de valor. Es por ello, que en el proceso de priorización deben ser tenidas en cuenta, no sólo las opiniones de los representantes de la administración sanitaria, sino las de los profesionales sanitarios y los usuarios. Desde la GASSO se alinean los servicios con la percepción de necesidad de los usuarios.

1 DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR

Desde 2014, mediante encuesta a los vocales de los Consejos de Salud de Zona (órgano de participación de la sociedad en el ámbito sanitario), la GASSO realiza encuestas para conocer como varía la percepción de los usuarios en relación con los problemas de salud. (ver Archivo **6.1.2 Respuesta de la GASSO a los problemas de salud priorizados**).

1 RESPONSABLE

Subdirección de calidad y seguridad del paciente

1 LINKS EFQM

3.1: Clientes: Construir relaciones sostenibles

1.2: Identificar y entender las necesidades de los grupos de interés

2.2: Crear las condiciones para hacer realidad el cambio

4.1: Diseñar el valor y cómo se crea

1 AÑADIR GRÁFICO (IMAGEN)

Problemas sanitarios priorizados (valoración de 0-10)				
Demandas	2014	2016	2018	2021
Actividades preventivas	8,8	8,6	9	9,1
Paciente crónico	8,4	7,9	9,1	9,1
Recursos humanos	8,2	7,7	7,8	9,6
Hábitos de salud	8,0	7,1	9	8,6
Educación sanitaria	7,8	7,8	8,6	8,9
IAMI	7,8	7,7	8,3	8,9
Patología tumoral	7,7	8,6	7,4	9,1
Patología infecciosa (Covid-19)	7,7	7,3	7,8	8,6
Ictus	7,6	8,0	8,6	8,9
Insuficiencia cardiaca	7,5	7,8	8,2	8,7
Cuidados paliativos	7,5	7,2	8,2	9
Salud laboral	7,4	7,0	7,4	8,3
Alzheimer y demencia	7,3	7,4	8,8	8,7
EPOC	7,1	7,5	7,1	8,1
Trastornos adaptativos	7,0	7,5	8,2	8,7

Problemas sanitarios priorizados por el grupo focal constituido por los vocales de los Consejos de Salud de Zona

2 NOMBRE DEL INDICADOR

Satisfacción global de los pacientes

Las encuestas a los pacientes son instrumentos indispensables para la planificación y el desarrollo de políticas de salud.

Entre ellas, las encuestas de satisfacción proporcionan los indicadores necesarios para el conocimiento de la opinión sobre la competencia profesional, el trato, el respeto a la intimidad, la información, la participación, la seguridad, la hostelería y la valoración global. La Gerencia Regional de Salud lleva a cabo cada 4 años encuestas segmentadas por Áreas sucesivas en urgencias hospitalarias, hospitalización, consultas externas hospitalarias y atención primaria (cada año en un ámbito distinto).

2 DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR

Clasificación de la asistencia como buena + muy buena / clasificación de la asistencia total x 100 (escala Likert)

2 RESPONSABLE

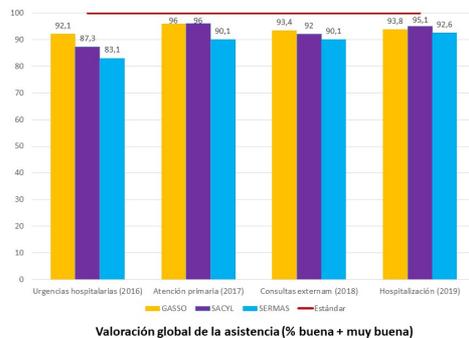
Gerencia Regional de Salud

Subdirección de calidad y seguridad del paciente

2 LINKS EFQM

- 1.2: Identificar y entender las necesidades de los grupos de interés
- 2.1: Dirigir la cultura de la organización y reforzar los valores
- 3.1: Clientes: Construir relaciones sostenibles
- 4.4: Diseñar e implantar la experiencia global
- 6.1: Resultados de percepción de clientes

2 AÑADIR GRÁFICO (IMAGEN)



Valoración global de la asistencia (% buena + muy buena)

3 NOMBRE DEL INDICADOR

Valoración de las consultas

El Barómetro Sanitario tiene como objetivo obtener información sobre la percepción que tienen los ciudadanos del funcionamiento del sistema sanitario público y del impacto de las medidas vinculadas a las políticas sanitarias públicas. Analiza las actitudes ante problemas de salud de interés específicos y se encarga de conocer el grado de penetración de las campañas de información. Se recogen resultados de las encuestas en el SACYL y en el SNS. La comparación se lleva a cabo con encuestas propias realizadas en pacientes de forma bienal por la GASSO.

3 DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR

Puntuación absoluta de 0-10 (consultas de atención primaria y consultas de atención hospitalaria)

3 RESPONSABLE

Subdirección de calidad y seguridad del paciente

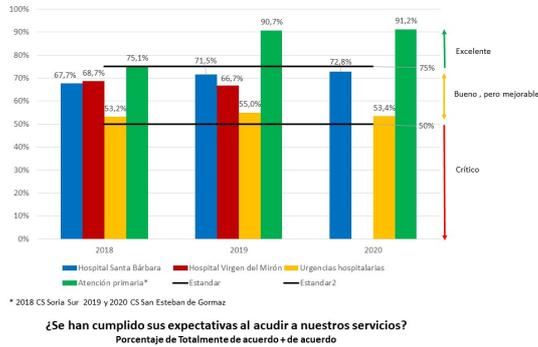
3 LINKS EFQM

- 1.2: Identificar y entender las necesidades de los grupos de interés
- 2.1: Dirigir la cultura de la organización y reforzar los valores
- 3.1: Clientes: Construir relaciones sostenibles
- 3.4: Sociedad: Contribuir al desarrollo, bienestar y prosperidad
- 6.1: Resultados de percepción de clientes

5 LINKS EFQM

- 3.1: Clientes: Construir relaciones sostenibles
- 1.2: Identificar y entender las necesidades de los grupos de interés
- 2.2: Crear las condiciones para hacer realidad el cambio
- 4.3: Elaborar y entregar la propuesta de valor
- 4.4: Diseñar e implantar la experiencia global

5 AÑADIR GRÁFICO (IMAGEN)



6 NOMBRE DEL INDICADOR

Percepción de seguridad en la interacción con la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria Una cultura positiva sobre seguridad del paciente es uno de los requisitos esenciales para evitar, en lo posible, la aparición de efectos adversos y ha sido señalada como la primera «buena práctica: *primum non nocere*». Además de activar sistemas para evaluar y mejorar la seguridad, en la GASSO interesa conocer no sólo los resultados cuantitativos de esas actuaciones sino también la sensación subjetiva de los usuarios. En este sentido la pandemia por COVID-19 supone un punto de inflexión, en la tendencia, a evaluar.

6 DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR

¿Cómo calificaría su nivel de seguridad al ser atendido por los profesionales de la GASSO? Escala Likert
Se comparan en realidad dos bloques temporales, años 2018/ 2019 y 2020/2021. La percepción de seguridad ha disminuido en todos los ámbitos de la atención motivada por la incertidumbre en relación con la COVID-19.

6 RESPONSABLE

Subdirección de calidad y seguridad del paciente

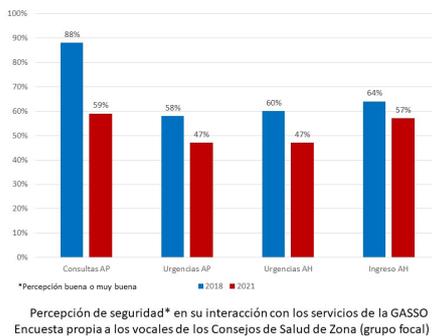
Equipo directivo

Jefes de servicio

6 LINKS EFQM

- 3.1: Clientes: Construir relaciones sostenibles
- 1.2: Identificar y entender las necesidades de los grupos de interés
- 3.4: Sociedad: Contribuir al desarrollo, bienestar y prosperidad
- 4.3: Elaborar y entregar la propuesta de valor

6 AÑADIR GRÁFICO (IMAGEN)



7 NOMBRE DEL INDICADOR

Reclamaciones (1) Constituyen la expresión de la participación de cada ciudadano en el sistema sanitario y se concretan en el derecho a presentar una demanda concreta sobre cualquiera de los aspectos relativos a defectos de funcionamiento, estructura, recursos, organización, trato, asistencia u otras cuestiones análogas relativas a los centros, servicios y establecimientos sanitarios. Son una fuente importante de información para mejorar la calidad de la atención.

Los datos relativos a todas las reclamaciones, cualquiera que sea el medio por el que se han recibido, son incorporados al fichero automatizado y accesible de datos denominado RESU.

7 DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR

Número de reclamaciones / 10.000 usuarios en un periodo de tiempo (año)

7 RESPONSABLE

Responsable de la gestión de las reclamaciones (Subdirección de enfermería hospitalaria)

Subdirección de calidad y seguridad del paciente

7 LINKS EFQM

- 1.2: Identificar y entender las necesidades de los grupos de interés
- 2.1: Dirigir la cultura de la organización y reforzar los valores
- 3.1: Clientes: Construir relaciones sostenibles
- 4.4: Diseñar e implantar la experiencia global
- 5.1: Gestionar el funcionamiento y el riesgo
- 6.1: Resultados de percepción de clientes

7 AÑADIR GRÁFICO (IMAGEN)



8 NOMBRE DEL INDICADOR

Reclamaciones (2)

La reclamación es una muestra de insatisfacción en relación directa con el servicio y con ella se pretende algún tipo de compensación o solución rápida. Se convierten en un poderoso indicador de la **satisfacción** de los pacientes y de la **calidad percibida** de los servicios. Son una valiosa fuente de información para detectar deficiencias y áreas de mejora. Siguiendo este criterio, en los Planes Anuales de Gestión se recoge la implantación de 4 acciones de mejora en relación con los 5 motivos de reclamación más frecuentes en el Área para mejorar la calidad de la atención.

8 DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR

Número de reclamaciones / 100.000 actos asistenciales en un periodo de tiempo (año)

8 RESPONSABLE

Responsable de la gestión de las reclamaciones (Subdirección de enfermería hospitalaria)

Subdirección de calidad y seguridad del paciente

8 LINKS EFQM

- 1.2: Identificar y entender las necesidades de los grupos de interés
- 2.1: Dirigir la cultura de la organización y reforzar los valores
- 3.1: Clientes: Construir relaciones sostenibles
- 4.4: Diseñar e implantar la experiencia global
- 6.1: Resultados de percepción de clientes

8 AÑADIR GRÁFICO (IMAGEN)



9 NOMBRE DEL INDICADOR

Satisfacción de los usuarios con el transporte sanitario no urgente

El transporte no urgente consiste en el desplazamiento de enfermos por causas clínicas, cuya situación les impida hacerlo en los medios ordinarios de transporte (diálisis, quimioterapia, radioterapia, rehabilitación y otros). Será accesible a las personas con discapacidad. Abarca al paciente, acompañante si fuera necesario y aquellos elementos supletorios, que sujetos a criterios facultativos, sean necesarios para permitir y facilitar el traslado y posterior movilidad del paciente de la forma más digna y autónoma posible. El personal de la ambulancia deberá prestar el servicio adecuadamente uniformado y estar debidamente identificado.

9 DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR

Satisfacción, según una escala Likert (muy bien, bien, normal, mal o muy mal) de los parámetros puntualidad, recorrido del vehículo, comodidad del vehículo, limpieza del vehículo y trato del conductor.

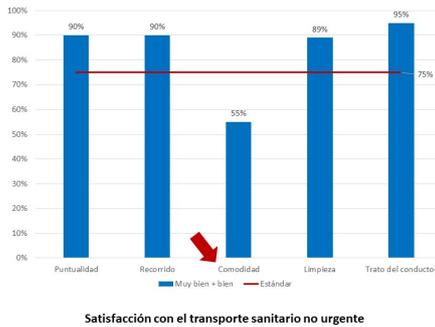
9 RESPONSABLE

Área de Asistencia Sanitaria e Inspección

9 LINKS EFQM

- 3.1: Clientes: Construir relaciones sostenibles
- 1.2: Identificar y entender las necesidades de los grupos de interés
- 3.5: Partners y proveedores: Construir relaciones y asegurar su compromiso para crear valor sostenible
- 4.3: Elaborar y entregar la propuesta de valor
- 4.4: Diseñar e implantar la experiencia global

9 AÑADIR GRÁFICO (IMAGEN)



10 NOMBRE DEL INDICADOR

Satisfacción de los usuarios con el laboratorio Los usuarios del laboratorio son una buena fuente de información para descubrir los elementos del servicio que se pueden mejorar. Experimentan los servicios del laboratorio desde una perspectiva independiente e imparcial y pueden indicar puntos débiles en el servicio de los que se podría no ser consciente. La satisfacción del cliente se puede medir de forma pasiva (mediante un registro de reclamaciones) o activa. En la medición activa, como es nuestro caso, el laboratorio se dirige a los clientes presentándoles una encuesta sistemática de satisfacción para conocer los datos y las tendencias.

10 DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR

Satisfacción percibida, según una escala cuantitativa de 0-5 de los parámetros información, adecuación de la sala de espera, tiempo de espera, adecuación de la sala de extracciones, confianza en los profesionales y **satisfacción global con el servicio**.

10 RESPONSABLE

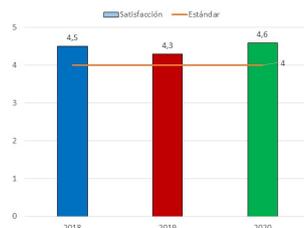
Jefe del Servicio de Análisis Clínicos

10 LINKS EFQM

- 3.1: Clientes: Construir relaciones sostenibles
- 1.2: Identificar y entender las necesidades de los grupos de interés
- 4.3: Elaborar y entregar la propuesta de valor
- 4.4: Diseñar e implantar la experiencia global

10 AÑADIR GRÁFICO (IMAGEN)

Año	Nº respuestas	Satisfacción
2018	313	4,5/5
2019	235	4,3/5
2020	174	4,6/5



11 NOMBRE DEL INDICADOR

Satisfacción de los residentes con la formación recibida

Escuchar al residente es un objetivo contemplado en la normativa de referencia y en las directrices del Plan de Gestión de Calidad Docente de cada centro para aumentar la calidad percibida y la satisfacción de los residentes con los servicios prestados en la formación sanitaria especializada. Con este fin se plantea una encuesta anual de opinión y satisfacción del residente, fuente de información para establecer las actuaciones y planes de mejora pertinentes según los resultados obtenidos en ellas.

11 DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR

Satisfacción de los residentes con la formación recibida en Atención primaria y Atención hospitalaria (0-10)

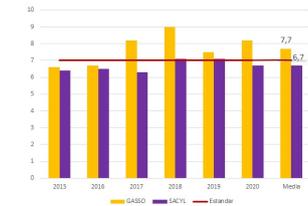
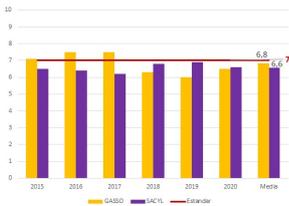
11 RESPONSABLE

Unidades docentes de Atención primaria y Atención hospitalaria

11 LINKS EFQM

- 1.1: Definir el propósito y la visión
- 1.2: Identificar y entender las necesidades de los grupos de interés
- 3.1: Clientes: Construir relaciones sostenibles
- 4.3: Elaborar y entregar la propuesta de valor

11 AÑADIR GRÁFICO (IMAGEN)



Satisfacción global de los residentes. Atención Primaria

Satisfacción global de los residentes. Atención Hospitalaria

12 NOMBRE DEL INDICADOR

Posicionamiento de las Unidades docentes de la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria entre las de Castilla y León en relación a la satisfacción de los residentes. En Castilla y León hay 11 Unidades docentes. En el gráfico se plasma la situación relativa de las Unidades de la GASSO.

12 DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR

Lugar que ocupan las Unidades docentes de la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria (Atención primaria y Atención hospitalaria) entre las Unidades docentes de Castilla y León.

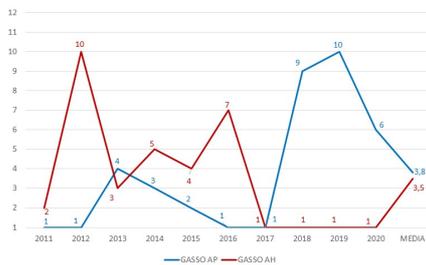
12 RESPONSABLE

Unidades docentes de Atención primaria y Atención hospitalaria

12 LINKS EFQM

- 1.1: Definir el propósito y la visión
- 1.2: Identificar y entender las necesidades de los grupos de interés
- 3.1: Clientes: Construir relaciones sostenibles
- 4.3: Elaborar y entregar la propuesta de valor

12 AÑADIR GRÁFICO (IMAGEN)



Posición relativa de las Unidades docentes de la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria respecto al resto de Unidades docentes de Castilla y León

13 NOMBRE DEL INDICADOR

Respeto a la intimidad del usuario

La intimidad durante la asistencia sanitaria es un valor cada vez más apreciado por el ciudadano y así se refleja en las encuestas de satisfacción. La intimidad es un concepto único para cada individuo, subjetivo e influenciado enormemente por la educación, edad, sexo, etnia, religión, etc. La mejora en la percepción de la intimidad en el ámbito sanitario precisa un cambio cultural que conlleve la incorporación de pautas de comportamiento de los profesionales, que tengan presente al paciente, no como objeto de cuidado, sino como persona en su globalidad y complejidad.

13 DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR

¿Considera que se respeta su intimidad durante la atención? Porcentaje de Totalmente de acuerdo + de acuerdo.

Escala Likert (totalmente de acuerdo, de acuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo, en desacuerdo y totalmente en desacuerdo) y cuantitativa (1-5). Se acompaña de una pregunta abierta donde describir las situaciones de falta de intimidad.

13 RESPONSABLE

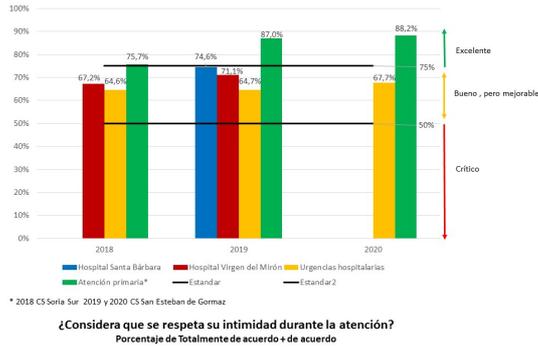
Subdirección de calidad y seguridad del paciente

Jefes de servicio

13 LINKS EFQM

- 3.1: Clientes: Construir relaciones sostenibles
- 1.2: Identificar y entender las necesidades de los grupos de interés
- 2.2: Crear las condiciones para hacer realidad el cambio
- 4.3: Elaborar y entregar la propuesta de valor
- 4.4: Diseñar e implantar la experiencia global

13 AÑADIR GRÁFICO (IMAGEN)



14 NOMBRE DEL INDICADOR

Interés que muestran los profesionales en resolver los problemas de los usuarios

Uno de los elementos subjetivos que más condicionan la percepción de

satisfacción con la asistencia sanitaria es el poseer la convicción de que, los profesionales que atienden, intentan dar una solución a los problemas de salud que se les plantean. El profesional debe demostrar al paciente su interés por ayudarlo y establecer una alianza con el usuario para que confíe en su intervención. La mayoría de los estudios coinciden en que crear una buena alianza terapéutica con el paciente es un buen predictor de éxito en la asistencia.

14 DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR

¿Los profesionales que le atienden muestran interés en resolver sus problemas? Porcentaje de Totalmente de acuerdo + de acuerdo.

Escala Likert (totalmente de acuerdo, de acuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo, en desacuerdo y totalmente en desacuerdo) y cuantitativa (1-5). Se acompaña de una pregunta abierta donde describir las situaciones de falta de interés en resolver los problemas.

14 RESPONSABLE

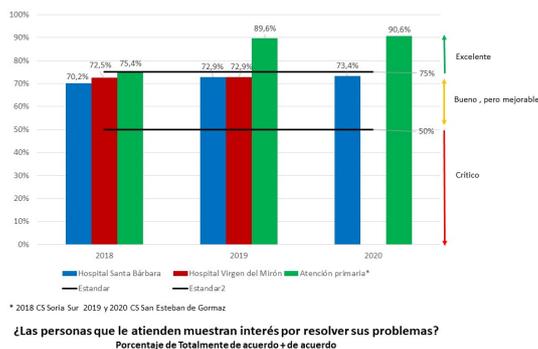
Jefes de servicio

Profesionales de la Gerencia de Asistencia Sanitaria

14 LINKS EFQM

- 3.1: Clientes: Construir relaciones sostenibles
- 1.2: Identificar y entender las necesidades de los grupos de interés
- 2.2: Crear las condiciones para hacer realidad el cambio
- 4.3: Elaborar y entregar la propuesta de valor
- 4.4: Diseñar e implantar la experiencia global

14 AÑADIR GRÁFICO (IMAGEN)



15 NOMBRE DEL INDICADOR

Nivel de compromiso de las personas de la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria con el paciente

El profesionalismo sanitario,

código de conducta de referencia, demanda la consideración de las necesidades del paciente sobre los intereses del médico, el mantenimiento de los máximos estándares de competencia e integridad y la provisión de asistencia calificada a la sociedad en materia de salud. La esencia del profesionalismo radica en la confianza de la sociedad en el sanitario, la cual depende en gran medida de la integridad individual y conjunta de todos los profesionales implicados en el acto asistencial.

15 DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR

Indicador múltiple:
conducen a realizar cambios?

¿Existe un código ético que guía el comportamiento?
¿Nuestras decisiones se identifican con las necesidades de nuestros pacientes?

¿Los comentarios de los pacientes nos

15 RESPONSABLE

Equipo directivo

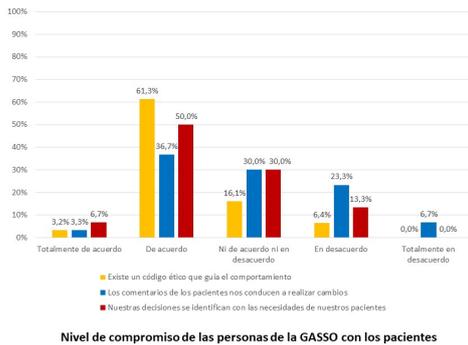
Jefes de Servicios

Mandos intermedios

15 LINKS EFQM

3.1: Clientes: Construir relaciones sostenibles

15 AÑADIR GRÁFICO (IMAGEN)



6.2: RESULTADOS DE PERCEPCIÓN DE PERSONAS

1 NOMBRE DEL INDICADOR

Compromiso de los profesionales con la Gerencia Asistencial de Soria

Uno de los grandes retos de la gestión de los profesionales en la GASSO radica en conseguir que su compromiso sea el pilar de la retención del talento en la organización. El compromiso impulsa el desempeño, mejora la retención, reduce el absentismo y aumenta la satisfacción del usuario del servicio. La encuesta más extendida para valorar el compromiso es la Gallup Q12 que muestra una fuerte correlación entre compromiso y rendimiento (los profesionales no comprometidos no aportan valor añadido a la organización ni a los grupos de interés).

1 DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR

Cuantificación del compromiso de los profesionales (necesidades básicas, apoyo de los superiores, trabajo en equipo y crecimiento)

El parámetro con más margen de mejora es el crecimiento profesional, lo que nos reafirma en la idea de implantar un modelo de liderazgo transformacional de apoyo a las personas y en plantear un cambio en la cultura organizacional para que sea sinérgica y participativa.

1 RESPONSABLE

Subdirector de calidad y seguridad del paciente Equipo directivo

Profesionales de la Gerencia de Asistencia Sanitaria

1 LINKS EFQM

3.2: Personas: Atraer, implicar, desarrollar y retener el talento

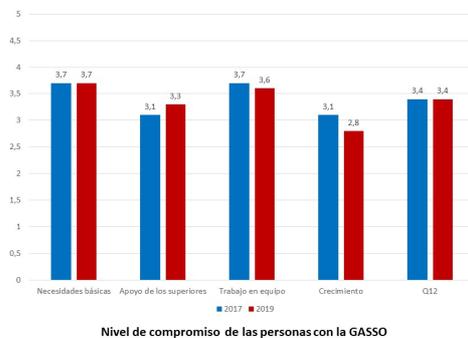
1.2: Identificar y entender las necesidades de los grupos de interés

2.1: Dirigir la cultura de la organización y reforzar los valores

2.4: Unirse y comprometerse en torno a un propósito, visión y estrategia

6.2: Resultados de percepción de personas

1 AÑADIR GRÁFICO (IMAGEN)



2 NOMBRE DEL INDICADOR

Satisfacción de los profesionales con la pertenencia

La Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria, de forma sistemática desde 2012, realiza encuestas bienales, a las personas de su organización y las segmenta por ámbito (AP y AH), estamento (profesional sanitario facultativo -PSF-, profesional sanitario no facultativo -PSNF- y personal no sanitario -PNS-) y sexo. Del análisis de los resultados se extraen propuestas de mejora. El nivel de satisfacción con la pertenencia a la GASSO presenta una tendencia positiva de forma mantenida en el tiempo (ver Archivo *6.2.1 Encuestas sistemáticas a las personas*)

2 DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR

Nivel de satisfacción con la pertenencia (0-10) segmentado: satisfacción personal con el trabajo, con la Unidad, con la GASSO y con el SACYL.

2 RESPONSABLE

Subdirección de calidad y seguridad del paciente

Staff

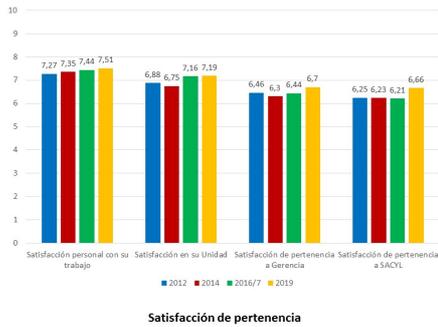
2 LINKS EFQM

1.2: Identificar y entender las necesidades de los grupos de interés

3.2: Personas: Atraer, implicar, desarrollar y retener el talento

6.2: Resultados de percepción de personas

2 AÑADIR GRÁFICO (IMAGEN)



3 NOMBRE DEL INDICADOR

Satisfacción en el trabajo

La satisfacción personal y laboral de los profesionales que componen la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria es uno de sus principales retos, ya que el éxito de la misma pasa por sus trabajadores y condiciona la calidad del servicio. En ella inciden el reconocimiento al esfuerzo realizado y el entrenamiento en el ejercicio profesional. El instrumento de medida más utilizado en el entorno sanitario es el cuestionario Font Roja. Sus autores, Aranz y Mira (1988) definen la satisfacción laboral como una actitud positiva individual hacia el trabajo y las condiciones en que se realiza.

3 DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR

Porcentaje de personas que están de acuerdo o muy de acuerdo en que se encuentran satisfechas en su trabajo

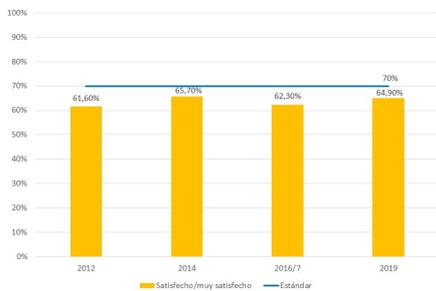
3 RESPONSABLE

Subdirección de calidad y seguridad del paciente Staff

3 LINKS EFQM

- 1.2: Identificar y entender las necesidades de los grupos de interés
- 3.2: Personas: Atraer, implicar, desarrollar y retener el talento
- 6.2: Resultados de percepción de personas

3 AÑADIR GRÁFICO (IMAGEN)



En mi trabajo me encuentro satisfecho (ítem 7 del cuestionario de Clima Laboral Font Roja)

4 NOMBRE DEL INDICADOR

Atractivo laboral de la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria

La encuesta *Voz de las personas* tiene como objetivo conocer la situación de partida y las perspectivas en materia de conciliación de la vida laboral y personal de los profesionales de la GASSO. Un buen lugar para desarrollarse profesionalmente es aquel en el que las personas confían en los líderes formales, se sienten orgullosos de lo que hacen y disfrutan trabajando en equipo. Es un indicador reflejo de tipo de liderazgo, del clima laboral y del compromiso.

4 DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR

La Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria, en relación con otras organizaciones similares ¿es un buen lugar para trabajar?

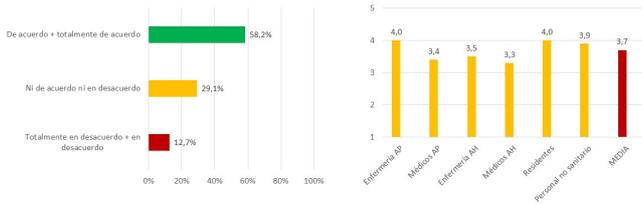
4 RESPONSABLE

Dirección de gestión. Área de profesionales Subdirección de calidad y seguridad del paciente

4 LINKS EFQM

- 1.2: Identificar y entender las necesidades de los grupos de interés
- 2.1: Dirigir la cultura de la organización y reforzar los valores
- 2.2: Crear las condiciones para hacer realidad el cambio
- 3.2: Personas: Atraer, implicar, desarrollar y retener el talento
- 5.2: Transformar la organización para el futuro
- 6.1: Resultados de percepción de clientes

4 AÑADIR GRÁFICO (IMAGEN)



¿La GASSO, en relación con otras organizaciones similares ¿es un buen lugar para trabajar?

5 NOMBRE DEL INDICADOR

Satisfacción con las actividades formativas La GASSO implanta de forma anual un Plan de Formación continuada. En el se incluyen las solicitudes de formación expresadas de forma individual y colectiva por los profesionales y aquellas otras acciones necesarias para la implantación de actividades o servicios propios. Entre 2015-2020 la media de acciones formativas ha sido de 155 y la media del presupuesto dedicado a dichas acciones de 35.760 €, que en 2020 se vio reducido a una tercera parte debido a la COVID-19. La satisfacción con las acciones formativas se recoge en el Plan Anual de Gestión.

5 DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR

∑ satisfacción con cada acción formativa / número de acciones formativas en un periodo de tiempo (año)

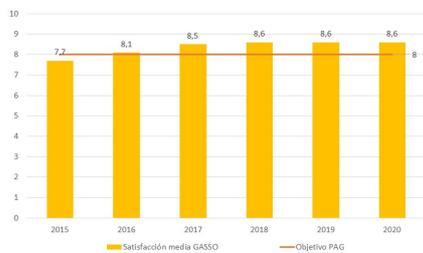
5 RESPONSABLE

Dirección de gestión. Área de profesionales Subdirección de enfermería de Atención hospitalaria

5 LINKS EFQM

- 2.2: Crear las condiciones para hacer realidad el cambio
- 3.2: Personas: Atraer, implicar, desarrollar y retener el talento
- 4.3: Elaborar y entregar la propuesta de valor
- 5.2: Transformar la organización para el futuro
- 5.4: Aprovechar los datos, la información y el conocimiento
- 6.2: Resultados de percepción de personas

5 AÑADIR GRÁFICO (IMAGEN)



Media de satisfacción con las acciones formativas

6 NOMBRE DEL INDICADOR

Satisfacción con las relaciones personales en el ámbito laboral

La actividad laboral requiere establecer comunicación constante con las personas, generando así relaciones interpersonales. A través de ellas, la persona obtiene refuerzos sociales del entorno más inmediato que favorecen su adaptación al mismo.

Un elemento clave para la generación de relaciones personales satisfactorias es mantener un ambiente de confianza y comunicación. Mantener relaciones interpersonales adecuadas en el ámbito laboral, con compañeros y superiores, en el trabajo debe permitir alcanzar los objetivos planteados en la GASSO y ayudar a mejorar el clima laboral.

6 DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR

Indicador múltiple según la encuesta de Font Roja de satisfacción laboral: porcentaje de personas que se muestran de acuerdo o muy de acuerdo en las cuestiones:

- las relaciones con mis superiores son cordiales
- las relaciones con mis compañeros son cordiales

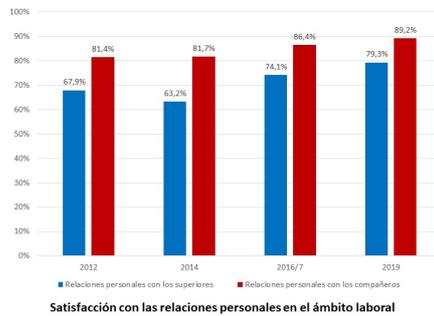
6 RESPONSABLE

Equipo directivo Jefes de servicio Profesionales de la Gerencia de Asistencia Sanitaria

6 LINKS EFQM

- 1.2: Identificar y entender las necesidades de los grupos de interés
- 2.1: Dirigir la cultura de la organización y reforzar los valores
- 2.2: Crear las condiciones para hacer realidad el cambio
- 3.2: Personas: Atraer, implicar, desarrollar y retener el talento
- 6.2: Resultados de percepción de personas

6 AÑADIR GRÁFICO (IMAGEN)



7 NOMBRE DEL INDICADOR

Aprovechamiento de las competencias de las personas

Se entiende por competencias aquellas características individuales (motivación, valores, rasgos) que permiten a las personas desempeñar su puesto de trabajo con experiencia y conocimiento. La sensación de aprovechar las competencias tiene un tinte subjetivo muy relacionado en el ámbito de lo sanitario con poner al servicio de los pacientes todo el interés personal y es sinónimo de implicación y satisfacción con el trabajo.

7 DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR

Indicador múltiple según la encuesta de Font Roja de satisfacción laboral (1-5), segmentado en Atención primaria y Atención hospitalaria

- tengo interés por las cosas que hago
- tengo la sensación de que lo que hago merece la pena

7 RESPONSABLE

Equipo directivo

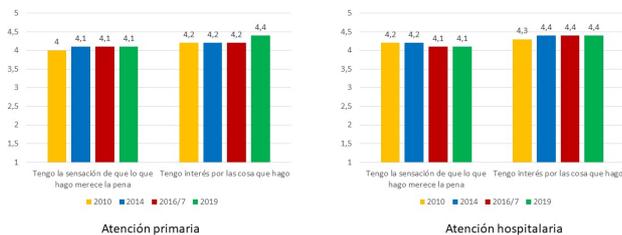
Jefes de servicio

Profesionales de la Gerencia de Asistencia Sanitaria

7 LINKS EFQM

- 2.1: Dirigir la cultura de la organización y reforzar los valores
- 2.2: Crear las condiciones para hacer realidad el cambio
- 2.4: Unirse y comprometerse en torno a un propósito, visión y estrategia
- 3.2: Personas: Atraer, implicar, desarrollar y retener el talento

7 AÑADIR GRÁFICO (IMAGEN)



8 NOMBRE DEL INDICADOR

Desgaste profesional (burnout)

El cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI) está constituido por 22 ítems en forma de afirmaciones, sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y su función es medir el desgaste profesional. Analiza los 3 aspectos del síndrome de burnout con una alta consistencia interna y una fiabilidad cercana al 90%:

- 1. subescala de agotamiento o cansancio emocional.
- 2. subescala de despersonalización.
- 3. subescala de realización personal.

En la GASSO, los profesionales que tienen las tres dimensiones afectadas presentan una cierta estabilidad con tendencia decreciente (ver Archivo **6.2.1 Encuestas sistemáticas a las personas**)

8 DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR

Porcentaje de personas con cansancio emocional alto, despersonalización alta y realización personal baja

8 RESPONSABLE

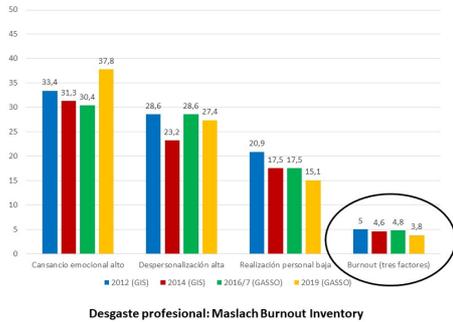
Subdirección de calidad y seguridad del paciente

Staff

8 LINKS EFQM

- 1.2: Identificar y entender las necesidades de los grupos de interés
- 3.2: Personas: Atraer, implicar, desarrollar y retener el talento
- 6.2: Resultados de percepción de personas

8 AÑADIR GRÁFICO (IMAGEN)



9 NOMBRE DEL INDICADOR

Conciliación de la vida personal, familiar y laboral

La encuesta *Voz de las personas* tiene como objetivo conocer la situación de partida y perspectivas en materia de conciliación de la vida personal, familiar y laboral de los profesionales de la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria. Conciliar es un derecho de la ciudadanía y condición fundamental para garantizar la igualdad entre mujeres y hombres. Además de cumplir la GASSO los requisitos legales en materia de conciliación, las personas deben tener la sensación de dicha voluntad de cumplimiento (ver Archivo *6.2.3 Conciliación de la vida personal, familiar y laboral. Encuesta*)

9 DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR

¿La GASSO cumple los requisitos legales en materia de conciliación?

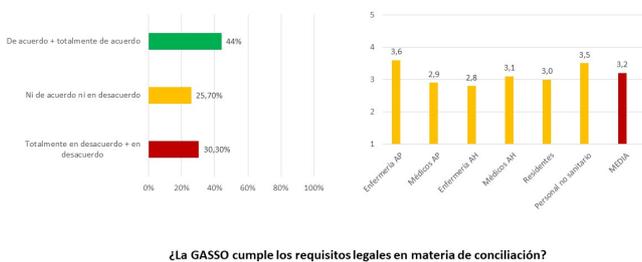
9 RESPONSABLE

Dirección de gestión. Área de profesionales Subdirección de calidad y seguridad del paciente

9 LINKS EFQM

- 1.2: Identificar y entender las necesidades de los grupos de interés
- 2.1: Dirigir la cultura de la organización y reforzar los valores
- 2.2: Crear las condiciones para hacer realidad el cambio
- 3.2: Personas: Atraer, implicar, desarrollar y retener el talento
- 5.2: Transformar la organización para el futuro
- 6.1: Resultados de percepción de clientes

9 AÑADIR GRÁFICO (IMAGEN)



10 NOMBRE DEL INDICADOR

Apoyo transformacional

Fomentar y formar en liderazgo transformacional es un importante paso para alcanzar cambios reales encaminados a la búsqueda de la excelencia y la calidad. La entrevista de apoyo transformacional realizada a los profesionales de la GASSO (inicialmente médicos de AP, enfermería de AP y médicos de Urología) es la herramienta propuesta para la transformación y el cambio de la cultura mediante el liderazgo transformacional. Es una encuesta semiestructurada con 10 competencias y 41 cuestiones. Las competencias con una menor puntuación obligan a desarrollar acciones formativas y de desarrollo personal y profesional (ver Archivo *6.2.2 Apoyo transformacional*)

10 DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR

Necesidad de apoyo transformacional en aquellas competencias con una puntuación media < 4 (investigación y pensamiento estratégico)
Beca SEDISA a la Innovación en la Gestión Sanitaria 2020

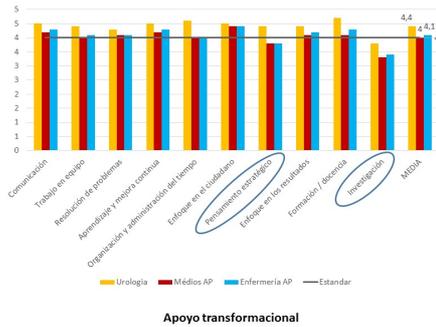
10 RESPONSABLE

Subdirector de calidad y seguridad del paciente

10 LINKS EFQM

- 1.2: Identificar y entender las necesidades de los grupos de interés
- 2.2: Crear las condiciones para hacer realidad el cambio
- 3.2: Personas: Atraer, implicar, desarrollar y retener el talento
- 5.2: Transformar la organización para el futuro
- 6.2: Resultados de percepción de personas

10 AÑADIR GRÁFICO (IMAGEN)



11 NOMBRE DEL INDICADOR

Reconocimiento

El reconocimiento laboral es una de las fuentes de satisfacción más importantes con las que cuentan las personas para sentirse a gusto con su trabajo, y por extensión con su vida. Reconocer el desempeño mejora la satisfacción y la retención de los empleados y la rentabilidad y productividad de la organización, ya que las personas que se sienten apreciadas, poseen una actitud positiva y mayor confianza y habilidad para contribuir a las metas. El reconocimiento se evalúa en varias de las encuestas que realiza la GASSO. Fruto de ello se desarrolla un Programa de reconocimiento a profesionales en 2021.

11 DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR

En los últimos 7 días, ¿te has sentido reconocido o premiado por haber hecho un buen trabajo?

- Generalmente el reconocimiento que obtengo por mi trabajo es muy reconfortante
- Tomar riesgos e innovar son fomentados y recompensados
- Se informa de cómo los profesionales están desarrollando su trabajo

11 RESPONSABLE

Equipo directivo

Jefes de servicio

Profesionales de la Gerencia de Asistencia Sanitaria

11 LINKS EFQM

- 3.2: Personas: Atraer, implicar, desarrollar y retener el talento
- 1.2: Identificar y entender las necesidades de los grupos de interés
- 2.1: Dirigir la cultura de la organización y reforzar los valores
- 4.4: Diseñar e implantar la experiencia global

11 AÑADIR GRÁFICO (IMAGEN)

RECONOCIMIENTO PROFESIONAL					
Método	Criterio	2017	2018	2019	2020
Encuesta Gallup Q12 de compromiso laboral	Q4: En los últimos 7 días, ¿te has sentido reconocido o premiado por haber hecho un buen trabajo?	2,6/5		2,9/5	
Encuesta Font-Roja de satisfacción laboral	12: Generalmente el reconocimiento que obtengo por mi trabajo es muy reconfortante	2,8/5		3,1/5	
Encuesta de Denison de cultura organizacional	42: Tomar riesgos e innovar son fomentados y recompensados				3,2/5
Encuesta MLQ-6S de liderazgo transformacional	11: Se informa de cómo los profesionales están desarrollando su trabajo		2,8/5		

12 NOMBRE DEL INDICADOR

Modelo de movilidad laboral

Los desplazamientos por motivos laborales, fundamentalmente los que implican la entrada y salida de los centros de trabajo, constituyen una parte principal de la movilidad cotidiana (35-40%). Se pretende un compromiso entre la dirección y las personas, que se caracterice por la búsqueda de la racionalidad en la movilidad laboral desde el punto de vista social, económico, ambiental y de la salud. La propuesta es desplazar los hábitos de movilidad hacia ir al trabajo andando, en bicicleta o en transporte público (ver Archivo **3.4.1 Plan de movilidad sostenible y segura**)

12 DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR

Variación en la tendencia expresada por las personas en el uso de sistemas de movilidad (Hospital de Santa Bárbara)

Objetivo de Desarrollo Sostenible 11. Ciudades y comunidades sostenibles: lograr que las ciudades y los asentamientos humanos sean inclusivos, seguros, resilientes y sostenibles (11.2. Transporte público y 11.6. Desechos y contaminación en ciudades)

12 RESPONSABLE

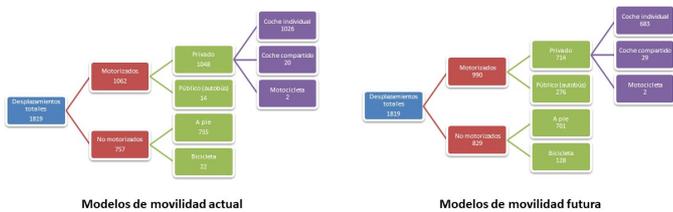
Dirección de gestión. Área económica y presupuestaria
Subdirección de calidad y seguridad del paciente

Dirección de gestión. Área de Servicios Generales

12 LINKS EFQM

- 1.2: Identificar y entender las necesidades de los grupos de interés
- 1.3: Comprender el ecosistema, las capacidades propias y los principales retos
- 2.2: Crear las condiciones para hacer realidad el cambio
- 3.2: Personas: Atraer, implicar, desarrollar y retener el talento
- 3.4: Sociedad: Contribuir al desarrollo, bienestar y prosperidad
- 6.2: Resultados de percepción de personas

12 AÑADIR GRÁFICO (IMAGEN)



Tendencias según la encuesta de movilidad (2019)	
Disminución de la utilización del automóvil (-33,4%)	
Utilización del transporte público (+ 1871%)	
Utilización de la bicicleta (+ 481%)	

13 NOMBRE DEL INDICADOR

La innovación en la cultura organizacional

La realidad nos demuestra que la innovación de hoy en día está sobre todo impulsada por la creatividad de las personas al encontrar nuevas soluciones a problemas cotidianos mediante una nueva mirada o un nuevo enfoque. Pretendemos potenciar determinadas habilidades, mejorar los procesos de comunicación internos y optimizar las formas de trabajo en equipo y todo ello lo evaluamos con la percepción que tienen las personas sobre las posibilidades de innovación en la GASSO (ver Archivo **5.3.1 La innovación según la cultura organizacional**).

13 DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR

Indicador múltiple según la encuesta de cultura organizacional de Denison.

- En la GASSO las ideas innovadoras son tenidas en cuenta por el equipo directivo.
- En la GASSO se aceptan de continuo nuevas y mejores formas de hacer las cosas (innovación)

13 RESPONSABLE

Equipo directivo

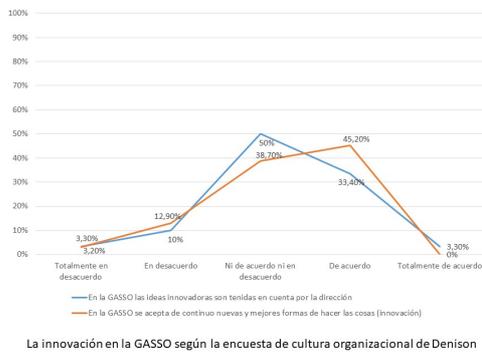
Jefes de servicios

Profesionales de la Gerencia de Asistencia Sanitaria

13 LINKS EFQM

- 1.2: Identificar y entender las necesidades de los grupos de interés
- 2.1: Dirigir la cultura de la organización y reforzar los valores
- 2.2: Crear las condiciones para hacer realidad el cambio
- 2.3: Estimular la creatividad y la innovación
- 3.2: Personas: Atraer, implicar, desarrollar y retener el talento
- 5.3: Impulsar la innovación y aprovechar la tecnología
- 6.2: Resultados de percepción de personas

13 AÑADIR GRÁFICO (IMAGEN)



14 NOMBRE DEL INDICADOR

Acceso a la Intranet (<http://soria.sacyl.es/>) La Intranet es la plataforma digital privada de la GASSO, a la que los empleados tienen acceso con un usuario y contraseña, basada en los estándares de Internet, cuyo objetivo es asistir en la generación de valor para la organización, poniendo a disposición de los profesionales recursos como información, archivos, procesos y herramientas, facilitando la colaboración y comunicación entre las personas y los equipos y favoreciendo la gestión del conocimiento. El nivel del uso de la intranet nos sirve como referencia de la efectividad de la **comunicación interna**.

14 DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR

Evolución de las visitas mensuales: número de visitantes a la Intranet al año / 12 meses
 Evolución de las páginas mensuales vistas: número de páginas de la Intranet vistas al año / 12 meses

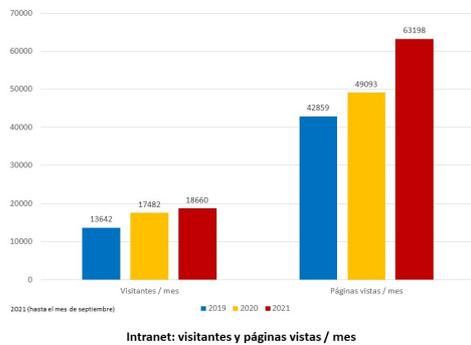
14 RESPONSABLE

Responsable de comunicación: Equipo directivo Staff

14 LINKS EFQM

- 1.2: Identificar y entender las necesidades de los grupos de interés
- 4.2: Comunicar y vender la propuesta de valor
- 5.4: Aprovechar los datos, la información y el conocimiento
- 6.2: Resultados de percepción de personas

14 AÑADIR GRÁFICO (IMAGEN)



15 NOMBRE DEL INDICADOR

Igualdad de oportunidades El artículo 14 de la Constitución española proclama el derecho a la igualdad y a la no discriminación por razón de sexo. La igualdad entre mujeres y hombres es un principio jurídico universal reconocido en diversos textos internacionales sobre derechos humanos.
 La Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria es firmante del **Global Compact de UN**, que recoge en su **principio 6: Las empresas deben apoyar la abolición de las prácticas de discriminación en el empleo y la ocupación**.

15 DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR

Mujeres que ocupan puestos de liderazgo en Atención primaria y Atención hospitalaria / Puestos de liderazgo x 100 (evolución 2018/2020)

15 RESPONSABLE

Dirección de gestión. Área de profesionales

15 LINKS EFQM

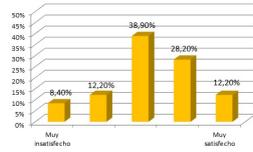
- 2.1: Dirigir la cultura de la organización y reforzar los valores
- 2.2: Crear las condiciones para hacer realidad el cambio
- 3.2: Personas: Atraer, implicar, desarrollar y retener el talento
- 4.1: Diseñar el valor y cómo se crea
- 5.2: Transformar la organización para el futuro

15 AÑADIR GRÁFICO (IMAGEN)

Atención Hospitalaria	2018			2019			2020			Porcentaje de mujeres		
	MUJERES	HOMBRES	TOTAL	MUJERES	HOMBRES	TOTAL	MUJERES	HOMBRES	TOTAL	2018	2019	2020
JEFE DE SERVICIO	4	8	12	4	9	13	4	7	11	48%	50%	54%
JEFE DE UNIDAD	9	6	15	10	5	15	10	5	15			
J. UNIDAD ENFERMERÍA (Área)	2	0	2	2	0	2	3	0	3			
J. UNIDAD ENFERMERÍA (Supervisora)	16	3	19	16	2	18	17	2	19	86%	90%	91%
J. UNIDAD ENF. DE AT. PACIENTE	1	0	1	1	0	1	0	0	0			
JEFE DE SERVICIOS	1	2	3	1	2	3	1	2	3	44%	44%	44%
JEFE DE UNIDAD NS	3	3	6	3	3	6	3	3	6			
TOTAL										62%	64%	67%

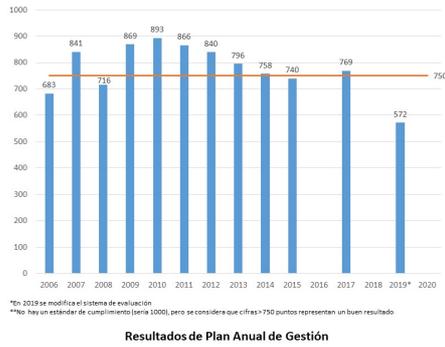
Atención Primaria*	2020			Porcentaje de mujeres	
	MUJERES	HOMBRES	TOTAL	2020	
COORDINADOR	12	3	15	80%	
RESPONSABLE DE ENFERMERÍA	14	1	15	93%	
TOTAL				87%	

* En constante cambio, por lo que se selecciona sólo un año



Porcentaje de satisfacción con la igualdad de oportunidades

2 AÑADIR GRÁFICO (IMAGEN)



3 NOMBRE DEL INDICADOR

Sanciones Tributarias y de la Seguridad Social La sanción Tributaria es la consecuencia de no haber cumplido con los deberes tributarios, y lo estipula la administración pública. En la GASSO son fundamentalmente por liquidaciones no correctas o fuera de plazo. El incumplimiento de las obligaciones con la Seguridad Social (no comunicar en tiempo y forma las altas/bajas de los trabajadores, iniciar su actividad sin haber solicitado su inscripción en la Seguridad Social, no ingresar en el plazo y formas reglamentarios las cuotas) da lugar a sanciones. Las sanciones a la GASSO son, en general, por altas fuera de plazo.

3 DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR

Sanciones Tributarias y de la Seguridad Social por unidad de tiempo (año)

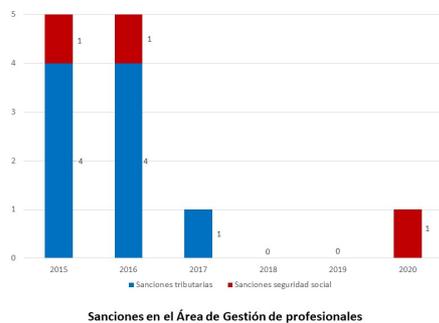
3 RESPONSABLE

Dirección de gestión. Área de profesionales

3 LINKS EFQM

- 1.2: Identificar y entender las necesidades de los grupos de interés
- 3.3: Inversores y reguladores: Asegurar y mantener su apoyo continuo
- 5.1: Gestionar el funcionamiento y el riesgo

3 AÑADIR GRÁFICO (IMAGEN)



4 NOMBRE DEL INDICADOR

Reclamaciones contestadas en plazo El derecho a presentar reclamaciones en el ámbito sanitario, así como a recibir respuesta razonada en plazo y por escrito, se encuentra reconocido en la Ley 8/2003, de 8 de abril, sobre derechos y deberes de las personas en relación con la salud. Recibida la reclamación se solicitarán los informes oportunos y se realizarán las actuaciones precisas a la vista de cuyos resultados se elaborará y remitirá la contestación. El plazo para la contestación de las reclamaciones no excederá de **treinta días naturales** contados a partir del día siguiente al de su recepción.

4 DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR

- 1. Tiempo total, en días, de contestación de reclamaciones desde la fecha de recepción
- 2. Número de reclamaciones contestadas en menos de 30 días desde la fecha de recepción / número total de reclamaciones x 100

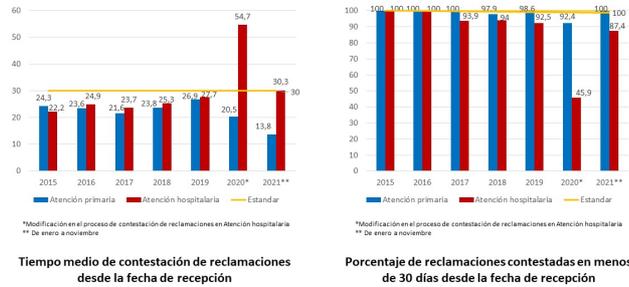
4 RESPONSABLE

Responsables de reclamaciones Jefes de servicio y Coordinadores de centros de salud Profesionales de la Gerencia de Asistencia Sanitaria

4 LINKS EFQM

- 1.2: Identificar y entender las necesidades de los grupos de interés
- 2.1: Dirigir la cultura de la organización y reforzar los valores
- 3.1: Clientes: Construir relaciones sostenibles
- 3.3: Inversores y reguladores: Asegurar y mantener su apoyo continuo
- 3.4: Sociedad: Contribuir al desarrollo, bienestar y prosperidad
- 4.1: Diseñar el valor y cómo se crea
- 4.4: Diseñar e implantar la experiencia global

4 AÑADIR GRÁFICO (IMAGEN)



5 NOMBRE DEL INDICADOR

Bacteriemia zero (UCI) La bacteriemia asociada a catéter venoso central es una de las infecciones relacionadas con dispositivos más frecuentes en las UCI españolas, con tasas superiores a las de otros países europeos que aportan datos al programa de vigilancia HELICS. Las infecciones asociadas con catéteres vasculares incrementan la mortalidad, las complicaciones, la estancia en el Hospital y los costes. Las actividades en relación con la seguridad del paciente han recibido de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC) certificados de calidad en el cumplimiento de las recomendaciones de 3 proyectos "Tolerancia Zero".

5 DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR

Número de bacteriemias primarias asociadas a catéter venoso central / número de días con catéter venoso central x 1000

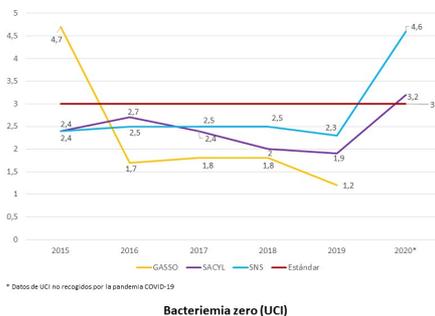
5 RESPONSABLE

Jefe del Servicio de Cuidados Críticos e Intensivos

5 LINKS EFQM

- 1.2: Identificar y entender las necesidades de los grupos de interés
- 2.1: Dirigir la cultura de la organización y reforzar los valores
- 3.1: Clientes: Construir relaciones sostenibles
- 3.3: Inversores y reguladores: Asegurar y mantener su apoyo continuo
- 3.4: Sociedad: Contribuir al desarrollo, bienestar y prosperidad
- 5.1: Gestionar el funcionamiento y el riesgo

5 AÑADIR GRÁFICO (IMAGEN)



6 NOMBRE DEL INDICADOR

Personal vacunado frente a la gripe estacional La vacunación antigripal de los profesionales de los centros sanitarios tiene por objetivo garantizar la seguridad y salud del personal y muy especialmente evitar que los propios profesionales sean fuente de transmisión de la enfermedad entre los pacientes. Este simple gesto puede contribuir a prevenir la saturación del sistema asistencial. Tiene aún más importancia ante la persistencia de la COVID-19. La GASSO presenta de forma mantenida porcentajes de vacunación superiores a la media del SACYL, que implanta objetivos anuales, encontrándose entre las dos Gerencias de Castilla y León con mejores datos.

8 DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR

Número de OPEs del ámbito sanitario en Castilla y León en las que la GASSO es Órgano gestor

8 RESPONSABLE

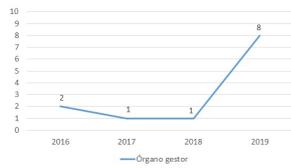
Director/gerente

8 LINKS EFQM

- 1.2: Identificar y entender las necesidades de los grupos de interés
- 2.4: Unirse y comprometerse en torno a un propósito, visión y estrategia
- 3.3: Inversores y reguladores: Asegurar y mantener su apoyo continuo
- 4.3: Elaborar y entregar la propuesta de valor

8 AÑADIR GRÁFICO (IMAGEN)

CONVOCATORIAS PÚBLICAS DE EMPLEO DE CASTILLA Y LEÓN EN LAS QUE LA GERENCIA DE ASISTENCIA SANITARIA DE SORIA ES ÓRGANO GESTOR			
AÑO	ESPECIALIDAD	ÓRDEN CONVOCATORIA	PUBLICACIÓN BOCYL
2016	L.E. Medicina Familiar y Comunitaria	Orden SAN/129/2016, de 22 de febrero	nt 44, de 4 de marzo
2016	L. E. Medicina Familiar y Comunitaria.-Promoción Interna	Orden SAN/ 140/2016, de 25 de febrero	nt 45, de 7 de marzo
2017	L.E. Medicina Familiar y Comunitaria.-Promoción Interna	Orden SAN/115/2018, de 29 de enero	nt 30, de 12 de febrero
2018	L.E. Medicina Familiar y Comunitaria	Orden SAN/266/2018, de 6 de marzo	nt 51, de 13 de marzo
2019	L.E. Medicina Familiar y Comunitaria	Orden SAN/018/2019, de 18 de junio	nt 123, de 28 de junio
2019	L.E. Análisis Clínicos	Orden SAN 189/2020, de 14 de febrero	nt 39 de 26 de febrero
2019	L.E. Cirugía Ortopédica y Traumatología	Orden SAN 191/2020, de 14 de febrero	nt 39 de 26 de febrero
2019	L.E. Dermatología Médico-Quirúrgica y Dermatología	Orden SAN 176/2020, de 14 de febrero	nt 38 de 25 de febrero
2019	L.E. Endocrinología y Nutrición	Orden SAN 178/2020, de 14 de febrero	nt 38 de 25 de febrero
2019	L.E. Geriatria	Orden SAN 179/2020, de 14 de febrero	nt 38 de 25 de febrero
2019	L.E. Medicina Interna	Orden SAN 180/2020, de 14 de febrero	nt 38 de 25 de febrero
2019	L.E. Urología	Orden SAN 196/2020, de 14 de febrero	nt 39 de 26 de febrero



6.4: RESULTADOS DE PERCEPCIÓN DE LA SOCIEDAD

1 NOMBRE DEL INDICADOR

Priorización de las actividades de la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria

Se realiza una encuesta a los vocales de los Consejos de Salud de Zona, como grupo focal representante de la sociedad, sobre las actividades que son de mayor interés para ser llevadas a cabo por la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria. Destacan excelencia, equidad, universalidad, docencia, investigación e innovación- Se encuentran, en su mayoría, alineadas con el nuevo espacio físico y funcional de Gestión del Conocimiento situado en la ampliación del Hospital de Santa Bárbara. Destaca la escasa importancia concedida a criterios como sostenibilidad presupuestaria y ambiental

1 DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR

Priorización de las actividades a desarrollar por la GASSO

Puntuación 1 (nada)-5 (mucho)

1 RESPONSABLE

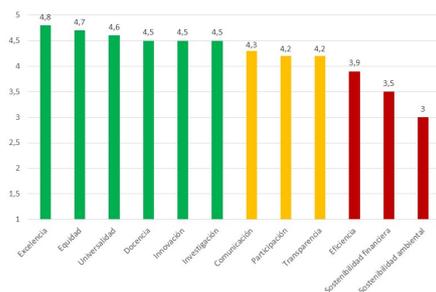
Equipo directivo

Subdirección de calidad y seguridad del paciente Vocales de los Consejos de Salud de Zona

1 LINKS EFQM

- 1.1: Definir el propósito y la visión
- 1.2: Identificar y entender las necesidades de los grupos de interés
- 1.3: Comprender el ecosistema, las capacidades propias y los principales retos
- 1.4: Desarrollar la estrategia
- 2.1: Dirigir la cultura de la organización y reforzar los valores
- 2.2: Crear las condiciones para hacer realidad el cambio
- 2.4: Unirse y comprometerse en torno a un propósito, visión y estrategia
- 4.1: Diseñar el valor y cómo se crea
- 4.4: Diseñar e implantar la experiencia global
- 5.2: Transformar la organización para el futuro

1 AÑADIR GRÁFICO (IMAGEN)



De las siguientes actuaciones de la GASSO ¿cuál le parece más importante?

2 NOMBRE DEL INDICADOR

Brecha salarial

Las mujeres representan más de las tres cuartas partes de los empleos de la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria y el sueldo que se percibe es el mismo, sin embargo, cobran menos que sus compañeros. La brecha salarial es fruto de desigualdades, unas que no tienen su origen directo en el ámbito laboral como el hecho de que las mujeres lleven el cuidado de la familia y otras que sí lo tienen, como la dificultad para acceder a los puestos de mayor responsabilidad.

2 DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR

$[(\text{remuneración en mujeres} - \text{remuneración en hombres}) / \text{remuneración en hombres}] \times 100$

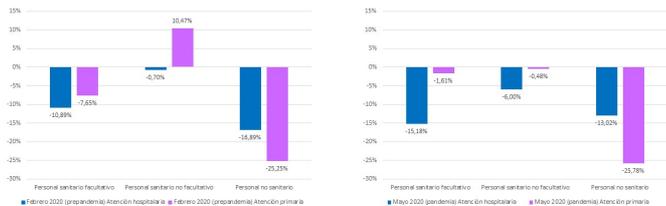
2 RESPONSABLE

Dirección de gestión. Área de profesionales

2 LINKS EFQM

- 1.2: Identificar y entender las necesidades de los grupos de interés
- 4.3: Elaborar y entregar la propuesta de valor
- 2.2: Crear las condiciones para hacer realidad el cambio
- 3.2: Personas: Atraer, implicar, desarrollar y retener el talento
- 3.4: Sociedad: Contribuir al desarrollo, bienestar y prosperidad

2 AÑADIR GRÁFICO (IMAGEN)



Brecha salarial en las mujeres (en febrero y mayo de 2020)

3 NOMBRE DEL INDICADOR

Impacto directo en la economía local La Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria emplea, con carácter directo o indirecto, aproximadamente a un 5% de la población activa de Soria y representa alrededor del 6% de su Producto Interior Bruto (PIB), lo que denota su impacto económico, siendo la segunda organización por volumen de facturación de la provincia.

3 DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR

Porcentaje de participación de la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria (GASSO) en el Producto Interior Bruto (PIB) de la provincia de Soria
 Gasto ejecutado por la GASSO / PIB de Soria x 100

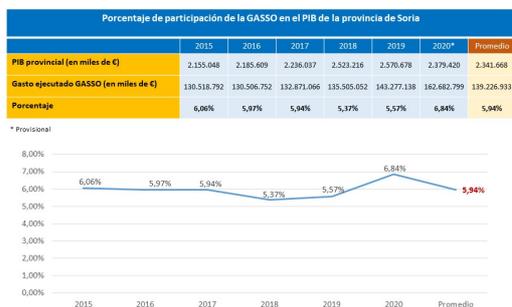
3 RESPONSABLE

Dirección de gestión. Área económica y presupuestaria

3 LINKS EFQM

- 1.3: Comprender el ecosistema, las capacidades propias y los principales retos
- 3.4: Sociedad: Contribuir al desarrollo, bienestar y prosperidad

3 AÑADIR GRÁFICO (IMAGEN)



Porcentaje de participación de la GASSO en el PIB de la provincia de Soria

4 NOMBRE DEL INDICADOR

Tasa de interinidad El no tener un empleo indefinido tiene consecuencias negativas sobre la sociedad en general. El Estatuto Marco del personal estatutario del Sistema Nacional de Salud regula los nombramientos de personal estatutario temporal distinguiendo los de interinidad para cubrir plazas vacantes, eventuales y de sustitución. En el Plan de gestión de profesionales se esperaba alcanzar una tasa de interinidad del 17% en 2020, pero en 2019 -y sobre todo en 2020 por efecto pandemia- se han jubilado muchos profesionales y se han incorporado temporales, lo que se reducirá en 2020/2022 por las OPEs en todas las categorías.

4 DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR

Número de personas interinas / número total de personas de la organización x 100

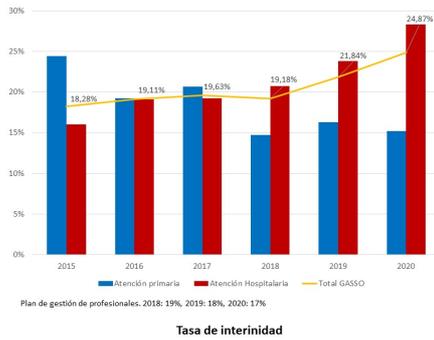
4 RESPONSABLE

Dirección de gestión. Área de profesionales

4 LINKS EFQM

- 1.2: Identificar y entender las necesidades de los grupos de interés
- 2.2: Crear las condiciones para hacer realidad el cambio
- 3.2: Personas: Atraer, implicar, desarrollar y retener el talento
- 3.4: Sociedad: Contribuir al desarrollo, bienestar y prosperidad
- 4.1: Diseñar el valor y cómo se crea
- 5.2: Transformar la organización para el futuro

4 AÑADIR GRÁFICO (IMAGEN)



5 NOMBRE DEL INDICADOR

Agresiones a profesionales

Las agresiones a profesionales sanitarios son un grave problema, que no sólo daña al médico, enfermera o trabajador sanitario, sino que afecta a la relación con los pacientes y deteriora el funcionamiento de los servicios sanitarios. Desde 2017 se abre un nuevo escenario ya que el Ministerio del Interior crea el Interlocutor Policial Nacional Sanitario para frenar las agresiones, y se inicia un programa de actividad para aportar apoyo especializado ante este riesgo.

5 DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR

Número de agresiones a profesionales registradas en la Unidad de Prevención de Riesgos Laborales / año
 Tasa de incidencia = nº incidentes / nº trabajadores x 1.000

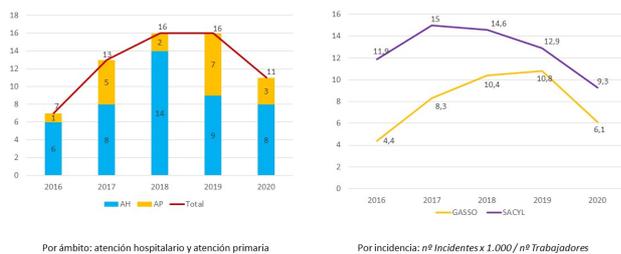
5 RESPONSABLE

Unidad de Prevención de Riesgos Laborales Dirección de gestión. Área de profesionales

5 LINKS EFQM

- 1.2: Identificar y entender las necesidades de los grupos de interés
- 2.1: Dirigir la cultura de la organización y reforzar los valores
- 3.1: Clientes: Construir relaciones sostenibles
- 3.4: Sociedad: Contribuir al desarrollo, bienestar y prosperidad
- 5.1: Gestionar el funcionamiento y el riesgo

5 AÑADIR GRÁFICO (IMAGEN)



6 NOMBRE DEL INDICADOR

Cribado poblacional de cáncer

El cribado, en el marco de los sistemas sanitarios, se refiere a la realización de pruebas diagnósticas a personas, en principio sanas, para distinguir aquellas que probablemente estén enfermas de las que probablemente no lo están. Se trata de una actividad de prevención secundaria, cuyo objetivo es la detección precoz de una determinada patología a fin de mejorar su pronóstico y evitar la mortalidad prematura y/o la discapacidad asociada a la misma. Un cribado se considera poblacional cuando se aplica a todas las personas residentes en la comunidad, siendo la persona la que decide su participación.

6 DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR

Número de personas que acuden a realizarse cribado de cáncer de cuello uterino, mama y colon-recto (anual)
 Se observa la disminución en 2020 en los 3 tipos de cribado

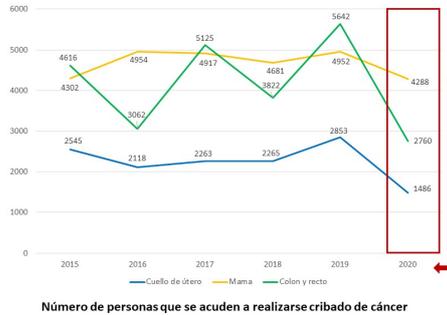
6 RESPONSABLE

Unidad de coordinación de equipos de Atención Primaria Coordinadores de los programas específicos de cribado

6 LINKS EFQM

- 1.1: Definir el propósito y la visión
- 1.2: Identificar y entender las necesidades de los grupos de interés
- 3.4: Sociedad: Contribuir al desarrollo, bienestar y prosperidad
- 3.1: Clientes: Construir relaciones sostenibles
- 4.2: Comunicar y vender la propuesta de valor
- 4.3: Elaborar y entregar la propuesta de valor

6 AÑADIR GRÁFICO (IMAGEN)



7 NOMBRE DEL INDICADOR

Adhesión a la formación especializada

La relación entre las plazas ocupadas y las ofertadas para la formación especializada en el Área de Soria nos da idea de la capacidad de adhesión a las mismas. La Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria considera su actividad como formadora de profesionales como una contribución a la sociedad, y la adherencia a las plazas formativas como reflejo de su imagen corporativa. Segmentado por Médicos Internos Residentes en Atención hospitalaria, Médicos Internos Residentes en Atención primaria y Enfermeros Internos Residentes)

7 DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR

Número de plazas de formación especializada ocupadas / número de plazas de formación especializada ofertadas entre 2015 y 2020 x 100.

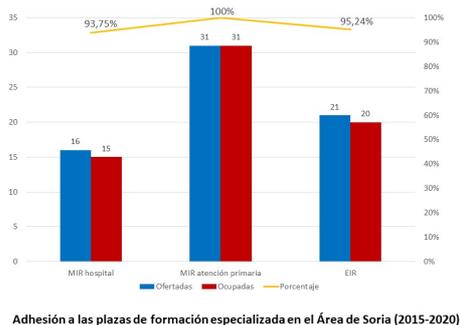
7 RESPONSABLE

Unidades docentes de Atención hospitalaria y Atención primaria

7 LINKS EFQM

- 3.4: Sociedad: Contribuir al desarrollo, bienestar y prosperidad
- 5.2: Transformar la organización para el futuro

7 AÑADIR GRÁFICO (IMAGEN)



8 NOMBRE DEL INDICADOR

Interés en participar en los procesos de planificación estratégica

De cara al nuevo ciclo de planificación estratégica desde la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria se realiza una encuesta a los vocales de los Consejos de Salud de Zona, como grupo focal de la sociedad, en relación a su interés en participar. El proceso de promover la planificación estratégica corresponde al directivo de máximo nivel y no involucrar a los ciudadanos en su desarrollo es un error común y a evitar.

8 DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR

¿Tendrás interés en colaborar con la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria en la definición de su Plan Estratégico? Escala Likert (1: nada, 5: mucho).

8 RESPONSABLE

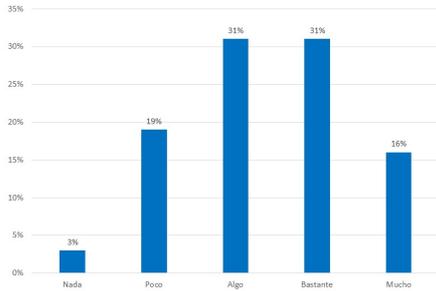
Director/Gerente

Equipo directivo

8 LINKS EFQM

- 1.2: Identificar y entender las necesidades de los grupos de interés
- 1.4: Desarrollar la estrategia
- 2.4: Unirse y comprometerse en torno a un propósito, visión y estrategia
- 5.2: Transformar la organización para el futuro

8 AÑADIR GRÁFICO (IMAGEN)



¿Tendría interés en colaborar con la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria en la definición de su Plan Estratégico?

9 NOMBRE DEL INDICADOR

Satisfacción de los vocales con su actividad en los Consejos de Salud de Zona

Los Consejos de Salud de Zona son los órganos de participación de la ciudadanía en la actividad sanitaria (ver Archivo 3.4.2 Órganos de participación). En ellos se encuentran representados el Centro de Salud, los municipios, los centros educativos, las asociaciones (de consumidores y usuarios, de vecinos, de padres y madres de alumnos, empresariales y sindicales) y el Servicio Territorial de Sanidad y Bienestar Social, como representantes de la sociedad. Los resultados nos muestran la influencia de la pandemia COVID-19 en la satisfacción con actividad en los Consejos.

9 DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR

Satisfacción (1-5) comparativa 2018 / 2021

9 RESPONSABLE

Subdirección de calidad y seguridad del paciente

9 LINKS EFQM

- 1.2: Identificar y entender las necesidades de los grupos de interés
- 2.4: Unirse y comprometerse en torno a un propósito, visión y estrategia
- 3.4: Sociedad: Contribuir al desarrollo, bienestar y prosperidad

9 AÑADIR GRÁFICO (IMAGEN)

Satisfacción de los vocales con la actividad del Consejo de Salud (1-5)		
Cuestión	2018	2021
Desde el Consejo de Salud, conozco y participo en la asignación de prioridades a los problemas de salud	4,1	3,2
Desde el Consejo de Salud, conozco el Pacto de Objetivos anual del Equipo de Atención Primaria y recibo información sobre su evolución y cumplimiento	4,3	2,9
A través del Consejo de Salud canaliza iniciativas y sugerencias de los ciudadanos que permiten la mejora de la asistencia sanitaria	4,3	3,5
Me encuentro satisfecho con la actividad del Consejo de Salud del que soy vocal	3	2,9

10 NOMBRE DEL INDICADOR

Índice de Humanización de Hospitales Infantiles (IHHI)

El IHHI (atresmedia) es una herramienta práctica de apoyo a la gestión de los centros que ofrecen atención pediátrica, midiendo aquellos aspectos que en la actualidad la sociedad considera relevantes para la humanización de los hospitales infantiles. Los resultados del IHHI permiten identificar los puntos fuertes y las áreas susceptibles de mejora que tiene cada hospital y está concebido para ser un instrumento de apoyo al avance de los hospitales en el ámbito de la humanización. Mediante su aplicación se consigue despertar voluntades y reconocer el trabajo de los profesionales.

10 DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR

Índice IHHI El IHHI ofrece los resultados sobre una base de 100% de cumplimiento, cuya distribución se presenta en 3 bloques de análisis (urgencias, consultas y hospitalización) y el global. Se adjunta interpretación de los porcentajes.

10 RESPONSABLE

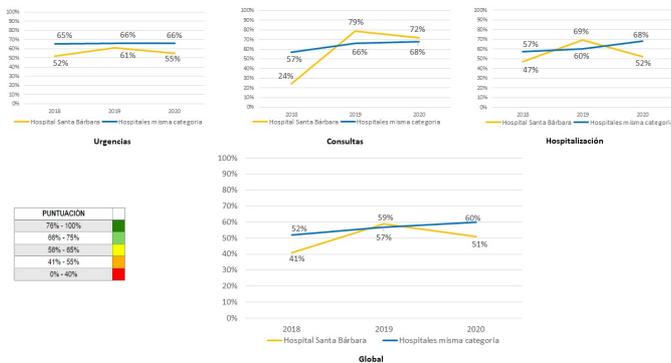
Jefe de la Unidad de Pediatría

Subdirección de calidad y seguridad del paciente

10 LINKS EFQM

- 1.2: Identificar y entender las necesidades de los grupos de interés
- 2.1: Dirigir la cultura de la organización y reforzar los valores
- 3.4: Sociedad: Contribuir al desarrollo, bienestar y prosperidad
- 4.4: Diseñar e implantar la experiencia global
- 6.4: Resultados de percepción de la sociedad

10 AÑADIR GRÁFICO (IMAGEN)



11 NOMBRE DEL INDICADOR

Inclusión. Profesionales no nacionales La inclusión es la **actitud de integrar** a todas las personas en la sociedad, con el objetivo de que puedan participar y contribuir en ella y beneficiarse de este proceso. La diversidad es considerada un valor positivo en la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria que ofrece las mismas oportunidades, de crecimiento y progreso personal y profesional, independientemente consideraciones como el credo, la nacionalidad o la raza.

11 DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR

Número de profesionales no nacionales que desempeñan su actividad en la GASSO

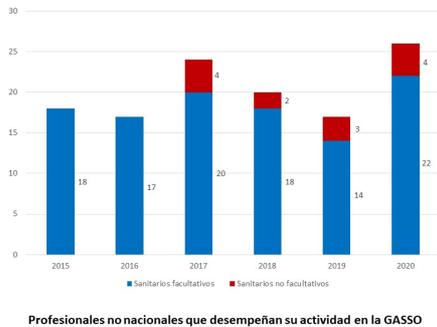
11 RESPONSABLE

Dirección de gestión. Área de profesionales

11 LINKS EFQM

- 3.4: Sociedad: Contribuir al desarrollo, bienestar y prosperidad

11 AÑADIR GRÁFICO (IMAGEN)



12 NOMBRE DEL INDICADOR

Duración media de la incapacidad laboral por afiliado activo Situación en la que se encuentran los trabajadores impedidos temporalmente para realizar su actividad debido a enfermedad común o profesional y accidente, sea o no de trabajo, mientras reciban asistencia sanitaria de la Seguridad Social. La valoración de la situación clínica incapacitante es un acto médico, sin el cual no procede la prestación, es decir es antes y necesaria una buena gestión clínica antes que una buena gestión económica. Desagregando por sexo, la duración media por afiliado activo es superior en mujeres. Es un indicador de **eficiencia social**.

12 DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR

Número total de días en baja de las altas tramitadas / número de afiliados activos en el periodo estudiado (año)

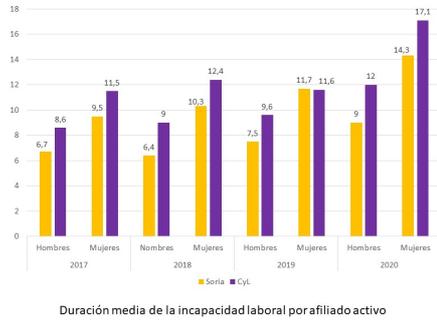
12 RESPONSABLE

Área de Asistencia Sanitaria e Inspección

12 LINKS EFQM

- 3.4: Sociedad: Contribuir al desarrollo, bienestar y prosperidad
- 3.1: Clientes: Construir relaciones sostenibles
- 6.4: Resultados de percepción de la sociedad
- 1.2: Identificar y entender las necesidades de los grupos de interés
- 4.3: Elaborar y entregar la propuesta de valor

12 AÑADIR GRÁFICO (IMAGEN)



13 NOMBRE DEL INDICADOR

Prescripción de antibióticos en Atención Primaria

Los indicadores de prescripción de antibióticos son una forma de cuantificar una aproximación a su utilización trabajando con baterías de indicadores. Uno de los factores asociados a la prescripción de antibióticos es la expectativa de los usuarios y la presión que ejercen sobre los profesionales, que en este caso adquiere un nivel o **índice de demanda** muy elevado (problema social). Un ejemplo de esta dimensión social es que el Plan Nacional de Resistencia a Antibióticos (PRAN) realiza campañas sociales con el objetivo de concienciar a la población sobre el uso adecuado de estos medicamentos.

13 DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR

Dosis Diaria Definida (DDD)

La DDD es la dosis media diaria de mantenimiento de un medicamento, en adultos, cuando se usa rutinariamente en su principal indicación. Se calcula dividiendo la cantidad de principio activo dispensado entre la DDD del principio activo.

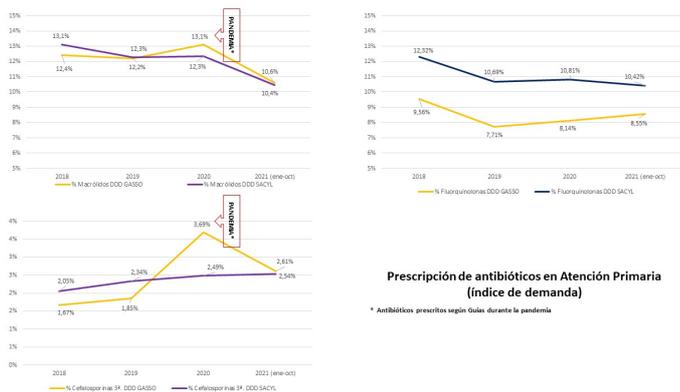
13 RESPONSABLE

Farmacia de Atención Primaria PROA de Atención primaria

13 LINKS EFQM

- 3.4: Sociedad: Contribuir al desarrollo, bienestar y prosperidad
- 4.4: Diseñar e implantar la experiencia global
- 2.2: Crear las condiciones para hacer realidad el cambio

13 AÑADIR GRÁFICO (IMAGEN)



14 NOMBRE DEL INDICADOR

Mujeres que ocupan puestos de libre designación

Los valores que aportan las mujeres no son una exclusiva femenina, sino que pertenecen a todos los seres humanos, y, por tanto, de lo que se trata es de modificar algunos de los valores de la GASSO y sustituirlos por otros más adecuados a las necesidades de nuestro ámbito y de la exigencia de ética y transparencia que la sociedad está demandando a todas las personas. La GASSO se encuentra comprometida con la igualdad como indica su adscripción voluntaria al Global Compact de UN.

14 DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR

Nº de mujeres y hombres que ocupan puestos de libre designación / Puestos de libre designación x 100
Evolución anual del porcentaje de mujeres que ocupan puestos de libre designación en la GASSO

6.5: RESULTADOS DE PERCEPCIÓN DE PARTNERS Y PROVEEDORES

1 NOMBRE DEL INDICADOR

Evaluación de las alianzas estratégicas clave La Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria identifica de forma sistemática las oportunidades para establecer alianzas con otras organizaciones (sanitarias o no) para el desarrollo y ejecución más eficiente de sus procesos, bajo criterios de beneficio mutuo y creación de sinergias positivas, optimizando recursos y evitando duplicidades. La satisfacción con las alianzas, la facilidad de trato con la GASSO y los beneficios para los pacientes se evalúan cuantitativamente de forma bial, y también se recogen las apreciaciones cualitativas de áreas de mejora.

1 DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR

Satisfacción con la alianza (0-10)

1 RESPONSABLE

Subdirección de enfermería de atención hospitalaria (responsable de las alianzas)

1 LINKS EFQM

- 1.2: Identificar y entender las necesidades de los grupos de interés
- 1.3: Comprender el ecosistema, las capacidades propias y los principales retos
- 1.4: Desarrollar la estrategia
- 2.2: Crear las condiciones para hacer realidad el cambio
- 2.4: Unirse y comprometerse en torno a un propósito, visión y estrategia
- 3.5: Partners y proveedores: Construir relaciones y asegurar su compromiso para crear valor sostenible
- 5.2: Transformar la organización para el futuro

1 AÑADIR GRÁFICO (IMAGEN)

Encuesta (1-5)	2016	2018	2020
¿Le es fácil tratar con la GASSO de los asuntos relacionados con su la alianza?	4,6	5	5
¿La estrategia que comparten con la GASSO favorece a sus asociados, al abordaje de su enfermedad o a su calidad de vida?	4,4	4,9	4,8
¿Está satisfecho con la alianza con la GASSO en su conjunto?	4,7	4,8	5



2 NOMBRE DEL INDICADOR

Satisfacción con las prácticas en la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria de los alumnos de enfermería

La GASSO tiene la

condición de Centro sanitario concertado con la Universidad de Valladolid, a través del Campus Duques de Soria y la Facultad de Ciencias de la Salud, a nivel de docencia e investigación. Realizan prácticas los alumnos de enfermería

2 DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR

Satisfacción con las prácticas realizadas en la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria (0-10)

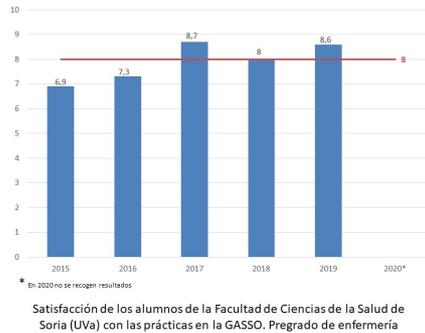
2 RESPONSABLE

Subdirección de enfermería de Atención hospitalaria

2 LINKS EFQM

- 1.2: Identificar y entender las necesidades de los grupos de interés
- 1.3: Comprender el ecosistema, las capacidades propias y los principales retos
- 1.4: Desarrollar la estrategia
- 3.5: Partners y proveedores: Construir relaciones y asegurar su compromiso para crear valor sostenible

2 AÑADIR GRÁFICO (IMAGEN)



3 NOMBRE DEL INDICADOR

Satisfacción con las prácticas en la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria de los alumnos de fisioterapia

La GASSO tiene la

condición de *Centro Sanitario Concertado* con la Universidad de Valladolid, a través del Campus Duques de Soria y la Facultad de Ciencias de la Salud, a nivel de docencia e investigación. Realizan prácticas los alumnos de fisioterapia.

3 DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR

Satisfacción con las prácticas realizadas en la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria (0-10)

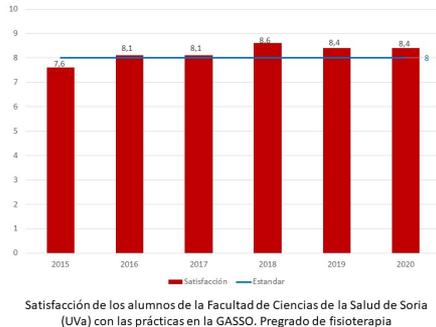
3 RESPONSABLE

Subdirección de enfermería de Atención hospitalaria

3 LINKS EFQM

- 1.2: Identificar y entender las necesidades de los grupos de interés
- 1.3: Comprender el ecosistema, las capacidades propias y los principales retos
- 1.4: Desarrollar la estrategia
- 3.5: Partners y proveedores: Construir relaciones y asegurar su compromiso para crear valor sostenible

3 AÑADIR GRÁFICO (IMAGEN)



4 NOMBRE DEL INDICADOR

Plazo de pago

En el plazo de pago hay muchos trámites que inciden en el resultado final (registro de la factura, conformidad, elaboración de documentos contables y salida de fondos). Pero hay un aspecto fundamental y es la disponibilidad de créditos asignados por la Gerencia Regional de Salud en los distintos momentos del año. Si no hay crédito, a pesar de agilizar los trámites de conciliación de las facturas desde la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria, se paraliza el proceso de pago. Con más de 16.000 factura/año y con distintas tramitaciones un plazo medio de 60 días es positivo.

4 DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR

El plazo medio de pago a proveedores se calcula desde el momento en el que la factura tiene su entrada en el Servicio de Contabilidad de la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria hasta que se produce la salida de fondos de la Tesorería Central de la Gerencia Regional de Salud.

4 RESPONSABLE

Dirección de gestión. Área económica y presupuestaria

4 LINKS EFQM

- 3.5: Partners y proveedores: Construir relaciones y asegurar su compromiso para crear valor sostenible

4 AÑADIR GRÁFICO (IMAGEN)



5 NOMBRE DEL INDICADOR

Satisfacción de los proveedores

Se realiza una encuesta on-line (2021) a 15 proveedores estratégicos seleccionados por la Dirección de gestión en relación con su peso. Se realizan 4 preguntas cerradas y 2 abiertas sobre la percepción que tienen en su interacción con la GASSO. Esta encuesta quedará encuadrada en el futuro entre las encuestas externas que realiza la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria de forma sistemática.

5 DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR

Nivel de satisfacción de los proveedores en su relación con la GASSO. Escala Likert (nada satisfechos, poco satisfechos, algo satisfechos, bastante satisfechos y muy satisfechos)

La encuesta se acompaña de preguntas abiertas sobre los puntos fuertes y aquellas áreas de mejora en la relación GASSO-proveedor

5 RESPONSABLE

Dirección de gestión. Área económica y presupuestaria
Subdirección de calidad y seguridad del paciente

Dirección de gestión. Área de servicios generales

5 LINKS EFQM

3.5: Partners y proveedores: Construir relaciones y asegurar su compromiso para crear valor sostenible
4.3: Elaborar y entregar la propuesta de valor

5 AÑADIR GRÁFICO (IMAGEN)

Satisfacción de los proveedores (encuesta on-line)					
Pregunta	Nada	Poco	Algo	Bastante	Mucho
¿Cuál es el nivel de satisfacción de su relación, como proveedor, con la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria?	-	-	-	22%	78%
¿Las relaciones personales con los interlocutores de la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria con las que se comunica son satisfactorias?	-	-	-	22%	78%
¿Tendría interés en colaborar con la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria para desarrollar o pilotar nuevos productos o servicios?	-	-	-	33%	67%

- Puntos positivos según los proveedores**
- Trato personal serio y afable
 - Confianza
 - Empatía
 - Trabajo en equipo
 - Profesionalidad
 - Dinamismo
 - Es una excelente iniciativa involucrar a los proveedores tecnológicos en la discusión estratégica 2022-2024

- Áreas de mejora según los proveedores**
- Optimización de recursos
 - Introducción de nuevas tecnologías

6 NOMBRE DEL INDICADOR

Experiencia de los proveedores (pNPS)

Con las actuales megatendencias sólo la organización que se anticipe y aumente las sinergias con los proveedores estratégicos podrá ser competitiva, ágil, resiliente y creativa. Como hemos realizado a ciudadanos y empleados, analizamos la experiencia de los proveedores mediante el pNPS (Net Promoter Score de proveedores) de diseño propio, mediante una encuesta on-line (2021) a 15 proveedores estratégicos seleccionados por la Dirección de gestión. Esta encuesta quedará encuadrada en el futuro entre las encuestas externas que realiza la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria de forma sistemática.

6 DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR

pNPS: ¿Qué probabilidad hay de que recomiende a la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria, para relacionarse como proveedor, a un familiar, amigo o compañero (0 ninguna, 10 todas)?

La encuesta se acompaña de preguntas abiertas sobre los puntos fuertes y aquellas áreas de mejora en la relación GASSO-proveedor

6 RESPONSABLE

Dirección de gestión. Área económica y presupuestaria
Subdirección de calidad y seguridad del paciente

Dirección de gestión. Área de servicios generales

6 LINKS EFQM

3.5: Partners y proveedores: Construir relaciones y asegurar su compromiso para crear valor sostenible
4.3: Elaborar y entregar la propuesta de valor

6 AÑADIR GRÁFICO (IMAGEN)

Experiencia de los proveedores (pNPS)			
	Detractores	Neutros	Promotores
¿Qué probabilidad hay de que recomiende a la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria, para relacionarse como proveedor, a un familiar, amigo o compañero?	0%	0%	100%

Net Promoter Score de proveedores (pNPS)

PROMOTORES (100%) – DETRACTORES (0%) = 100

7 NOMBRE DEL INDICADOR

Colaboración en la gestión de la calidad en el ámbito sanitario

La Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria colabora con el Foro de Sanidad, del que es miembro desde su fundación, del Club de Excelencia en Gestión en la interpretación de los modelos EFQM 2013 (4 personas) y 2020 (1 persona), para facilitar su comprensión y fomentar su uso, ser una herramienta de consulta para organizaciones sanitarias y evaluadores y permitir un acercamiento conceptual de las mismas al modelo EFQM.

7 DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR

Colaboración de los profesionales de la GASSO en las Guías de interpretación del modelo EFQM para el sector sanitario

7 RESPONSABLE

Equipo directivo

Subdirección de calidad y seguridad del paciente

7 LINKS EFQM

1.1: Definir el propósito y la visión

1.3: Comprender el ecosistema, las capacidades propias y los principales retos

3.5: Partners y proveedores: Construir relaciones y asegurar su compromiso para crear valor sostenible

7 AÑADIR GRÁFICO (IMAGEN)



RENDIMIENTO ESTRATÉGICO Y OPERATIVO

RESUMEN

Criterio 7. Rendimiento estratégico y operativo

La Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria es la organización pública que, en el ámbito del Área de Salud de Soria, asume de forma integrada la gestión de los recursos, prestaciones, planes y programas de atención. La Gerencia Regional de Salud (GRS) es responsable, en Castilla y León, de planificar, organizar, dirigir, controlar y supervisar las actividades sanitarias encaminadas a mejorar resultados en salud. Respecto a la GASSO tiene funciones de inversor y de regulador, lo que se plasma en el Plan Anual de Gestión, herramienta y marco de acción donde se plasman las metas de gestión y de resultados relacionados con la producción y mejora de la calidad, la prestación de servicios, la sostenibilidad financiera y la eficiencia en el uso de recursos.

El Plan Anual de Gestión 2020 (ver Archivo **5.2 Plan anual de gestión. Resumen**) introduce cambios, rompiendo con el continuismo de modelos anteriores, que reflejan la orientación sanitaria de la legislación 2019-2023, recogiendo objetivos y estableciendo los indicadores necesarios para analizar su grado de consecución, que se configuran en 1) el cumplimiento presupuestario, como elemento fundamental para garantizar la viabilidad y sostenibilidad del sistema, es un objetivo e indicador clave, 2) la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad (cribado de procesos oncológicos), 3) la efectividad (consultas de alta resolución, pluripatología crónica compleja), 4) la equidad y la accesibilidad, 5) la eficiencia (control de las listas de espera, no hacer, cirugía mayor ambulatoria, programa de optimización del uso de antibióticos) y 6) viabilidad (prevención de riesgos laborales, seguridad del paciente, prestación farmacéutica, formación sanitaria especializada, formación e investigación), todo ello apoyado en el desarrollo del nuevo sistema de información BISION, *Business Intelligence Sistema de Información ON* (ver Archivo **5.4.2 BISION. Cuadro de mando**).

La GASSO trabaja en Planificación Estratégica desde 1998, habiendo elaborado, desarrollado y evaluado dos planes estratégicos en Atención Primaria y otros dos en Atención Especializada, además de tener experiencia en planes estratégicos de unidades específicas como los centros de salud de Soria Norte y San Esteban de Gormaz. Tras un proceso participativo y de consenso a lo largo de 2014 implanta el III Plan Estratégico 2015-2020 (ver Archivo **7.1.1 Plan estratégico 2015-2020. Resultados**) en el que se contemplan actividades, metas y objetivos medibles mediante indicadores. Las revisiones se realizan de forma anual y final; aquellos objetivos no cumplidos y que sigan teniendo relevancia estratégica para la GASSO serán incluidos en el próximo Plan Estratégico.

La GASSO a través de los Pactos de Objetivos (ver Archivo **5.3 Pacto de objetivos. Resumen**) que desarrolla con las diferentes Unidades y Centros de salud, desarrolla las líneas del Plan Anual de Gestión y añade objetivos propios relacionados con su Plan Estratégico. Para la definición de sus objetivos estratégicos la GASSO tiene en cuenta la información recogida de sus grupos de interés clave (encuestas, reclamaciones, contacto directo) y además incluye a dichos grupos en el proceso de planificación. El argumento es que satisfaciendo las necesidades (percepciones subjetivas de carencia) y las expectativas (deseos que señalan el nivel de calidad de un servicio) de los grupos de interés se incrementarían las percepciones positivas sobre la organización.

Los indicadores hospitalarios se utilizan para evaluar la eficiencia de los hospitales en la gestión de las estancias y pueden incluir la estancia media (estimador de la eficiencia en la gestión de camas), el peso medio (medida de la complejidad atendida), EMAC (estancia media ajustada por casuística), EMAF (estancia media ajustada por funcionamiento), IEMA (estancia media ajustada) y el índice funcional (eficiencia en la gestión de camas) (ver Archivo **7.3 Indicadores hospitalarios**).

Los datos relativos a la mortalidad y a la morbilidad se ajustan por edad para ser comparables (ver Archivo **7.4 Morbimortalidad ajustada**). La fuente de datos de morbilidad comparativos a los que se accede lleva un retraso de un año respecto a los de mortalidad. La trazabilidad de los indicadores con los que se maneja la GASSO se ve alterada en el año 2020 (y también en 2021) por la pandemia por la COVID-19 que ha supuesto un enorme esfuerzo de transformación reactiva, siendo durante muchos meses unos servicios casi monográficos de atención primaria y hospitalarios dedicados a una patología infecciosa, lo que conlleva un alejamiento de los objetivos estratégicos previos, sustituidos por otros objetivos reactivos, con una gran variabilidad, a la pandemia (ver Archivo **015. Pandemia por COVID-19. Datos**). La pandemia no sólo causa la patología propia del virus sino que se le añade el impacto no-COVID (enfermos crónicos y agudos pospuestos, así como nuevos crónicos por COVID-19), el impacto de la salud mental (el aislamiento social, junto con el miedo al contagio y los numerosos fallecimientos de familiares y amigos cercanos y el consiguiente duelo) y el impacto COVID persistente (al menos el 10% de las personas que han contraído el virus experimentan uno o más síntomas durante al menos tres meses después de la infección aguda) (ver Archivo **7.2 Cuadro de mando COVID-19**).

En relación con el Modelo EFQM 2020 los Resultados del rendimiento estratégico y operativo se pueden estructurar en 1) logros alcanzados en la consecución del propósito, la estrategia y la creación de valor sostenible, 2) cumplimiento de las expectativas de los grupos de interés clave, 3) rendimiento económico y financiero, 4) logros en la gestión del funcionamiento y la transformación y 5) mediciones predictivas sobre el futuro de la organización (ver Archivo **7.5 Indicadores de rendimiento estratégico y operativo**).

7.1: RENDIMIENTO ESTRATÉGICO Y OPERATIVO

1 NOMBRE DEL INDICADOR

Resultados del Plan Estratégico 2015-2020 En el año 2015 se implantó el Plan Estratégico 2015-2020 de la GASSO. Consta de 8 Líneas Estratégicas y 80 Objetivos. En 2017, cumplido aproximadamente la mitad de su vigencia, se realizó una revisión y alguna modificación adaptativa sin afectar a su estructura interna. En el año 2020, a consecuencia de la pandemia por COVID-19 surgieron actividades prioritarias que condicionaron el seguimiento del Plan. En el segundo semestre de 2021 se realiza la evaluación final con excelentes resultados en las Líneas V. Participación y motivación de los profesionales y III. Calidad y seguridad del paciente.

1 DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR

Número de objetivos cumplidos / número de objetivos propuestos x 100 (anuales y final)
(Ver Archivo **7.1.1 Plan Estratégico 2015-2020. Resultados**)

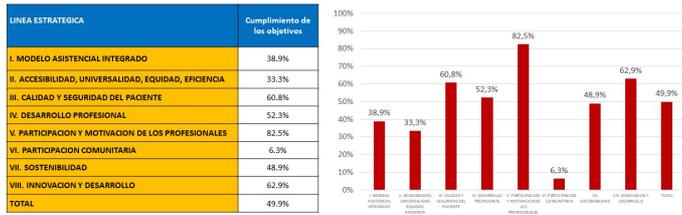
1 RESPONSABLE

Equipo directivo Staff

1 LINKS EFQM

1.4: Desarrollar la estrategia
2.4: Unirse y comprometerse en torno a un propósito, visión y estrategia
5.2: Transformar la organización para el futuro
7.1: Rendimiento estratégico y operativo

1 AÑADIR GRÁFICO (IMAGEN)



Plan Estratégico 2015-2020. Cumplimiento de objetivos

2 NOMBRE DEL INDICADOR

Presupuesto ejecutado Fase del ciclo presupuestario que comprende el conjunto de acciones destinadas a la utilización óptima del talento humano, y los recursos materiales y financieros asignados en el presupuesto con el propósito de obtener los bienes, servicios y obras en la cantidad, calidad y oportunidad previstos en el mismo. Es destacable el gasto destinado a Atención Primaria en 2020, cercano al 22%. Este dato viene a confirmar el notable desarrollo de la atención primaria en la GASSO, llegando a todos los rincones de la provincia y proporcionando un servicio de calidad y unos excelentes resultados en salud.

2 DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR

Gasto real / gasto presupuestado x 100

* El año 2020 está condicionado por la COVID-19

** Gasto presupuestado 2021 149.542.876 €

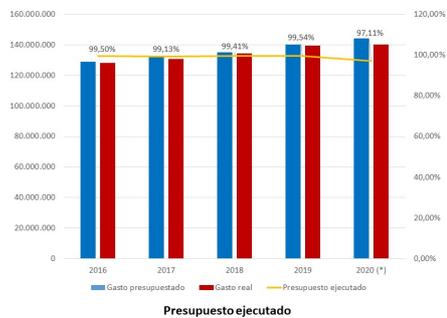
2 RESPONSABLE

Dirección de gestión. Área económica y presupuestaria

2 LINKS EFQM

- 3.3: Inversores y reguladores: Asegurar y mantener su apoyo continuo
- 3.4: Sociedad: Contribuir al desarrollo, bienestar y prosperidad
- 3.5: Partners y proveedores: Construir relaciones y asegurar su compromiso para crear valor sostenible
- 7.1: Rendimiento estratégico y operativo

2 AÑADIR GRÁFICO (IMAGEN)



*El año 2020 está condicionado por la COVID-19

3 NOMBRE DEL INDICADOR

Inversiones El Plan Anual de Inversiones de la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria está sometido a unos *critérios de priorización* que se asignan a cada una de las solicitudes recibidas. Cuando un equipo se da de baja por el Servicio de Mantenimiento, goza de la mayor puntuación y por tanto de las máximas posibilidades para su adquisición. El año 2020 es un ejercicio marcado completamente por la pandemia por COVID-19. El importe destinado inversiones en este ejercicio ha crecido notablemente para dar respuesta a algunas de las necesidades que ha demandado la súbita irrupción del coronavirus en nuestra Área.

3 DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR

Inversiones anuales, segmentadas por AP y AH

3 RESPONSABLE

Dirección de gestión. Área económica y presupuestaria

3 LINKS EFQM

- 1.2: Identificar y entender las necesidades de los grupos de interés
- 2.2: Crear las condiciones para hacer realidad el cambio
- 7.1: Rendimiento estratégico y operativo
- 5.2: Transformar la organización para el futuro
- 5.3: Impulsar la innovación y aprovechar la tecnología

3 AÑADIR GRÁFICO (IMAGEN)

Inversiones					
	2016	2017	2018	2019	2020
A. Hospitalaria	702.481 €	1.152.076 €	615.030 €	761.504 €	1.709.225 €
A. Primaria	73.754 €	120.188 €	178.187 €	109.509 €	707.820 €
TOTAL	776.236 €	1.272.264 €	793.217 €	871.013 €	2.417.045 €



4 NOMBRE DEL INDICADOR

Gasto en farmacia

Los gastos en farmacia (Capítulo IV, recetas) son aquellos productos, mayoritariamente medicamentos, que se tramitan a través de oficinas de farmacia. El gasto que asume la Gerencia es el no soportado por el paciente, en función de la diferente tipología de aportación existente por paciente y medicamento. Se incluyen otra serie de gastos como absorbentes de incontinencia (facilitados a pacientes institucionalizados en residencias de ancianos), apósitos suministrados a pacientes, tiras reactivas de glucosa para diabéticos, gastos en medicamentos extranjeros, reintegro de gastos de aportación anticipada o gastos de dotación en botiquines en el medio rural.

4 DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR

Gasto real en Capítulo IV / gasto presupuestado en Capítulo IV x 100

4 RESPONSABLE

Dirección médica de Atención primaria

Dirección médica de Atención hospitalaria

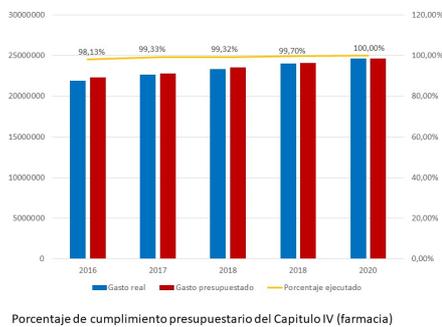
4 LINKS EFQM

7.1: Rendimiento estratégico y operativo

3.3: Inversores y reguladores: Asegurar y mantener su apoyo continuo

3.4: Sociedad: Contribuir al desarrollo, bienestar y prosperidad

4 AÑADIR GRÁFICO (IMAGEN)



Porcentaje de cumplimiento presupuestario del Capítulo IV (farmacia)

5 NOMBRE DEL INDICADOR

Facturación por asistencia sanitaria

Se recoge la capacidad de recaudación de ingresos por la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria por la prestación de servicios de asistencia a pacientes no beneficiarios de la Seguridad Social o cuando existan terceros obligados al pago (funcionarios de MUFACE, accidentes laborales accidentes de tráfico...). Se trata de una partida relativamente relevante ya que supone más del 1% del presupuesto de la GASSO. El año 2020 está completamente condicionado por la pandemia por COVID-19. Las restricciones a la movilidad han supuesto una importante disminución de los ingresos derivados de la atención a accidentes de tráfico.

5 DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR

Ingresos reales por asistencia sanitaria / ingresos previstos por asistencia sanitaria x 100

5 RESPONSABLE

Área de Asistencia Sanitaria e Inspección

5 LINKS EFQM

1.3: Comprender el ecosistema, las capacidades propias y los principales retos

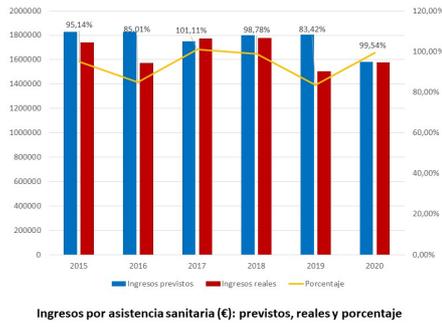
3.1: Clientes: Construir relaciones sostenibles

3.3: Inversores y reguladores: Asegurar y mantener su apoyo continuo

3.4: Sociedad: Contribuir al desarrollo, bienestar y prosperidad

5.1: Gestionar el funcionamiento y el riesgo

5 AÑADIR GRÁFICO (IMAGEN)



6 NOMBRE DEL INDICADOR

Mortalidad

Las tasas de mortalidad ajustadas por edad son mejores indicadores que las tasas de mortalidad crudas para mostrar los cambios en la mortalidad por causa de muerte a lo largo del tiempo. Por esa razón, las tasas de mortalidad ajustadas por edad son utilizadas para describir la tendencia en la mortalidad por las principales causas de muerte. La continua disminución de la mortalidad por enfermedades transmisibles en los países desarrollados había motivado que las enfermedades no transmisibles y los accidentes fuesen las principales causas de muerte hasta la pandemia por COVID-19.

6 DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR

Número de fallecidos x 100.000 habitantes

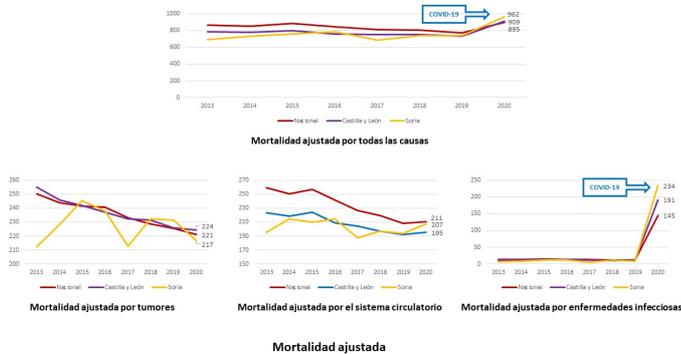
6 RESPONSABLE

Gerencia de Asistencia Sanitaria Staff

6 LINKS EFQM

- 1.2: Identificar y entender las necesidades de los grupos de interés
- 3.1: Clientes: Construir relaciones sostenibles
- 4.4: Diseñar e implantar la experiencia global
- 5.2: Transformar la organización para el futuro
- 5.4: Aprovechar los datos, la información y el conocimiento

6 AÑADIR GRÁFICO (IMAGEN)



7 NOMBRE DEL INDICADOR

Morbilidad

El término morbilidad proviene del latín *morbidus*, que significa «enfermo» o «sin salud», y se define como el número de personas afectadas por una enfermedad o condición. Las medidas morbilidad referidas a la población de un determinado lugar y un período de tiempo se denominan tasas. La tasa de incidencia mide los casos nuevos de una enfermedad que se producen en periodo determinado. Las fuentes de acceso a los datos de morbilidad comparativos sólo proporcionan datos hasta 2019.

7 DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR

Número de casos nuevos / número de habitantes de la población en un período dado

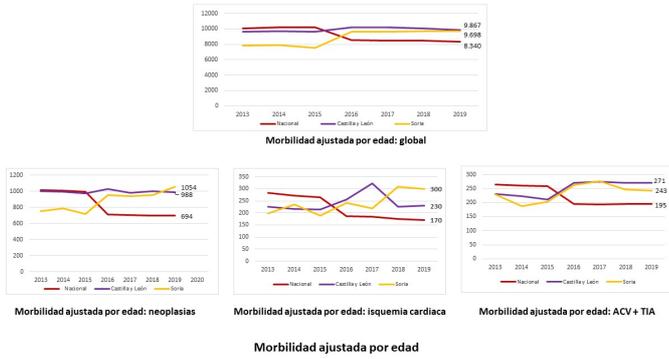
7 RESPONSABLE

Gerencia de Asistencia Sanitaria Staff

7 LINKS EFQM

- 1.2: Identificar y entender las necesidades de los grupos de interés
- 3.1: Clientes: Construir relaciones sostenibles
- 4.4: Diseñar e implantar la experiencia global
- 5.2: Transformar la organización para el futuro
- 5.4: Aprovechar los datos, la información y el conocimiento

7 AÑADIR GRÁFICO (IMAGEN)



8 NOMBRE DEL INDICADOR

Estancia media Días que, por término medio, están ingresados los pacientes. La estancia media está relacionado directamente con el índice de rotación y depende de la complejidad manejada o del tratamiento que necesite el paciente. Al comparar el promedio de estancia de diversas instituciones hospitalarias, las diferencias pueden provenir tanto de una mayor o menor eficiencia de las instituciones, como de los diferentes casos o patologías atendidas. Es un **indicador de consumo de recursos**.

8 DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR

Número de estancias / número de ingresos en un periodo establecido (año).

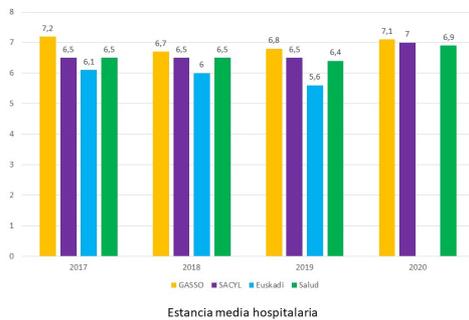
8 RESPONSABLE

Director médico de Atención hospitalaria Subdirector médico de Atención hospitalaria

8 LINKS EFQM

- 3.1: Clientes: Construir relaciones sostenibles
- 3.3: Inversores y reguladores: Asegurar y mantener su apoyo continuo
- 7.1: Rendimiento estratégico y operativo

8 AÑADIR GRÁFICO (IMAGEN)



9 NOMBRE DEL INDICADOR

IEMA (índice de estancia media ajustada o índice de funcionamiento). El IEMA por hospital compara los días de estancia que un hospital ha utilizado para atender a sus pacientes durante un año con los días que hubieran precisado el conjunto de hospitales de agudos de su grupo durante ese mismo año. Es un **indicador de gestión**. Un índice de estancia media ajustada inferior a 1 significa un funcionamiento más eficiente.

9 DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR

Estancia media del hospital (EM) / estancia media ajustada por el funcionamiento (EMAF)

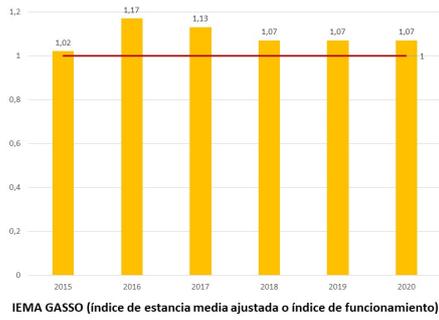
9 RESPONSABLE

Dirección médica de Atención hospitalaria Dirección de enfermería de Atención hospitalaria Jefes de Servicio

9 LINKS EFQM

- 4.3: Elaborar y entregar la propuesta de valor
- 5.1: Gestionar el funcionamiento y el riesgo
- 7.1: Rendimiento estratégico y operativo

9 AÑADIR GRÁFICO (IMAGEN)



10 NOMBRE DEL INDICADOR

Índice de ocupación global de camas hospitalarias.

Mide el aprovechamiento de la capacidad instalada, así como la suficiencia y disponibilidad de los recursos para una demanda determinada. Traduce la suficiencia del servicio con base a las demandas de la población.

10 DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR

Estancias reales generadas en un período de tiempo / estancias teóricas posibles en ese mismo período x 100. En el denominador se incluirán todas las camas funcionantes (las instaladas habilitadas y las extraordinarias).

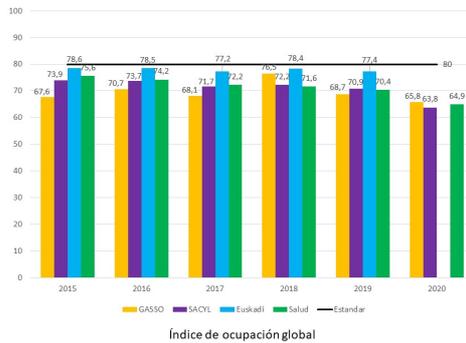
10 RESPONSABLE

Dirección médica de Atención hospitalaria

10 LINKS EFQM

3.3: Inversores y reguladores: Asegurar y mantener su apoyo continuo
7.1: Rendimiento estratégico y operativo

10 AÑADIR GRÁFICO (IMAGEN)



11 NOMBRE DEL INDICADOR

Índice de rotación de cama hospitalaria.

Es un acercamiento a la utilización adecuada. Un índice de rotación bajo implica que los ingresos son inferiores a lo potencialmente posible (subutilización). Pero cada institución hospitalaria debe tener un índice de rotación adecuado de acuerdo con el promedio de días estancia que requieran los pacientes de su ámbito de actuación. Una población envejecida y con patologías múltiples y complejas requiere una estancia media superior y, por tanto, un índice de rotación de camas menor.

11 DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR

Nº de ingresos / nº de camas x 100.

Número de pacientes que, en promedio, hacen uso de una cama dotada al hospital o de una cama hospitalaria disponible, para un periodo establecido.

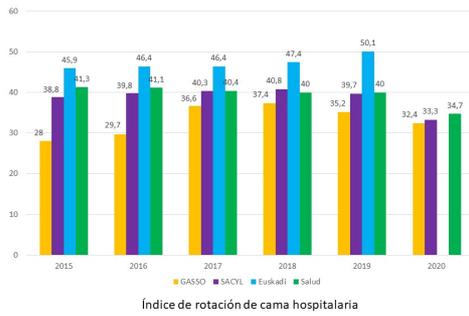
11 RESPONSABLE

Dirección médica de Atención hospitalaria Subdirector médica de Atención hospitalaria

11 LINKS EFQM

3.3: Inversores y reguladores: Asegurar y mantener su apoyo continuo
7.1: Rendimiento estratégico y operativo

11 AÑADIR GRÁFICO (IMAGEN)



12 NOMBRE DEL INDICADOR

Lista de espera Conjunto de pacientes que se encuentran en espera para ser atendidos en una consulta externa, una intervención quirúrgica o para técnicas diagnósticas de imagen. Mide la **accesibilidad**. Se excluyen: - consultas y pruebas diagnósticas o terapéuticas de carácter urgente. - las pruebas a los pacientes cuya prescripción y exploración se realice durante un episodio de hospitalización. - las consultas y pruebas de seguimiento de una patología ya diagnosticada (consultas o pruebas sucesivas o de control). Se implementan en 2021 planes para la reducción de la lista de espera quirúrgica (CIRUS) y de consultas externas.

12 DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR

Número de pacientes el lista de espera estructural de consultas externas, intervención quirúrgica y técnicas diagnósticas por la imagen / 1000 habitantes. Espera media, en días, para intervención quirúrgica
 Los datos de la lista de espera se segmentan por Unidades y la lista de espera de técnicas diagnósticas por la imagen en TAC, RM, ecografía y mamografía.

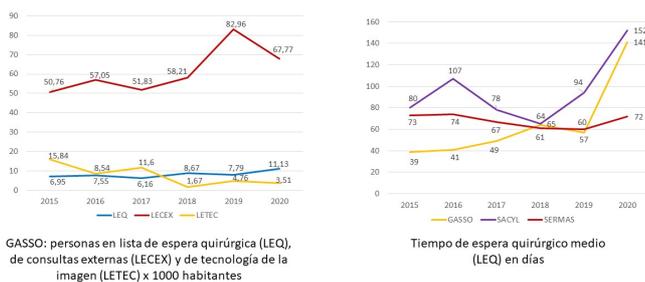
12 RESPONSABLE

Dirección médica de Atención hospitalaria Subdirección médica de Atención hospitalaria Jefes de servicio Profesionales de la Gerencia de Asistencia Sanitaria

12 LINKS EFQM

- 1.2: Identificar y entender las necesidades de los grupos de interés
- 3.1: Clientes: Construir relaciones sostenibles
- 4.3: Elaborar y entregar la propuesta de valor
- 4.4: Diseñar e implantar la experiencia global
- 5.1: Gestionar el funcionamiento y el riesgo

12 AÑADIR GRÁFICO (IMAGEN)



13 NOMBRE DEL INDICADOR

Intervenciones quirúrgicas programadas con hospitalización (densidad de la actividad). Una intervención quirúrgica es una operación que se realiza con fines diagnósticos, de tratamiento o de rehabilitación de lesiones que han sido causadas por enfermedades o accidentes. Aunque en muchas ocasiones se le denomina también cirugía, es más apropiado hablar de intervención u operación, puesto que el término cirugía hace referencia a una disciplina médica concreta que se encarga de curar a los pacientes mediante operaciones. Tiene una relación complementaria con, la más deseable, Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA).

13 DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR

Número de Intervenciones quirúrgicas programadas con hospitalización / 1000 TSI

13 RESPONSABLE

Subdirección médica de Atención hospitalaria Jefes de los Servicios Quirúrgicos y de Anestesia Comisión de quirófano

13 LINKS EFQM

- 1.2: Identificar y entender las necesidades de los grupos de interés
- 4.3: Elaborar y entregar la propuesta de valor
- 5.5: Gestionar los activos y recursos
- 7.1: Rendimiento estratégico y operativo

13 AÑADIR GRÁFICO (IMAGEN)



14 NOMBRE DEL INDICADOR

Intervenciones quirúrgicas suspendidas Es el procedimiento quirúrgico para realizarse en quirófano de acuerdo con la programación en cirugía y suspendido por alguna causa no médica. La suspensión de una cirugía afecta no sólo a la salud del paciente, sino también a la economía de la familia, a la comunidad, a la empresa en la que trabaja y a la gestión del hospital, siendo un problema que es necesario analizar para poder establecer acciones de mejora que permitan disminuirlo o evitarlo. La cancelación de una intervención quirúrgica es sinónimo de **ineficiencia**.

14 DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR

Número de intervenciones quirúrgicas suspendidas / número de intervenciones quirúrgicas programadas en un espacio temporal (año) x 100

14 RESPONSABLE

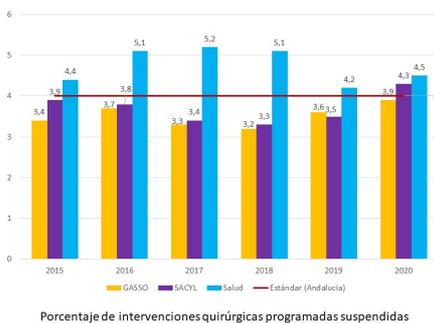
Subdirección médica de Atención hospitalaria Jefes de los Servicios Quirúrgicos y de Anestesia

Comisión de quirófano

14 LINKS EFQM

- 3.1: Clientes: Construir relaciones sostenibles
- 3.3: Inversores y reguladores: Asegurar y mantener su apoyo continuo
- 3.4: Sociedad: Contribuir al desarrollo, bienestar y prosperidad
- 4.3: Elaborar y entregar la propuesta de valor
- 4.4: Diseñar e implantar la experiencia global
- 7.1: Rendimiento estratégico y operativo

14 AÑADIR GRÁFICO (IMAGEN)



15 NOMBRE DEL INDICADOR

Porcentaje de utilización de los quirófanos La definición clásica de utilización de salas de cirugía es la suma del tiempo que toma realizar cada procedimiento quirúrgico (incluyendo la preparación del paciente en la sala, la inducción anestésica y la salida) más el tiempo de recambio, dividido por el tiempo disponible. Se calcula la suma (en minutos) del tiempo que permanece ocupado cada quirófano, se divide entre el total de minutos que estaba disponible ese quirófano en la misma jornada de cirugía y se multiplica por cien. Corresponde al concepto de **eficiencia**.

15 DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR

Tiempo que permanece ocupado cada quirófano (en minutos) / jornada programada para cirugía (en minutos) x 100
La American Hospital Association recomienda un porcentaje de utilización del 75 %

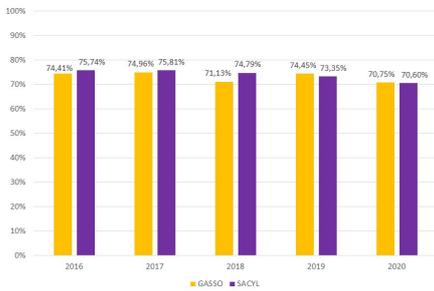
15 RESPONSABLE

Dirección médica de Atención hospitalaria Subdirección médica de Atención hospitalaria Comisión de quirófano

15 LINKS EFQM

- 1.3: Comprender el ecosistema, las capacidades propias y los principales retos
- 2.2: Crear las condiciones para hacer realidad el cambio
- 4.1: Diseñar el valor y cómo se crea
- 5.1: Gestionar el funcionamiento y el riesgo
- 5.5: Gestionar los activos y recursos

15 AÑADIR GRÁFICO (IMAGEN)



Porcentaje de utilización de quirófanos

16 NOMBRE DEL INDICADOR

Porcentaje de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA).

La CMA es un modelo de gestión sanitaria multidisciplinar en el que a los pacientes se les da de alta el mismo día de una cirugía electiva, evitando la necesidad de utilizar camas de hospitalización. Esto es independiente de la técnica anestésica utilizada. Constituye un reto constante para todo el equipo quirúrgico a fin de minimizar las complicaciones y devolver al paciente a su entorno lo antes posible, manteniendo en todo momento la calidad del acto quirúrgico. Es indicativo de **eficiencia**.

16 DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR

Número de altas de cirugía mayor ambulatoria (CMA) / total de altas por cirugía en un periodo (año) x 100

16 RESPONSABLE

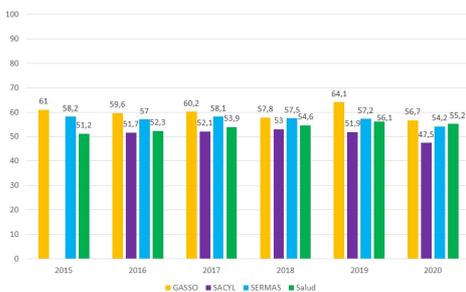
Subdirección médico de Atención hospitalaria Jefes de los Servicios Quirúrgicos y de Anestesia

Comisión de quirófano

16 LINKS EFQM

- 2.4: Unirse y comprometerse en torno a un propósito, visión y estrategia

16 AÑADIR GRÁFICO (IMAGEN)



Porcentaje de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA)

17 NOMBRE DEL INDICADOR

Ingresos tras Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA)

La cirugía mayor ambulatoria (CMA) está implantada en la GASSO como una forma de asistencia al paciente quirúrgico con los mismos niveles de eficacia y seguridad que la cirugía con ingreso pero disminuyendo los costes de la asistencia y logrando una satisfacción del paciente similar o incluso superior. El procedimiento debe estar acompañado por una evaluación constante de la calidad, efectividad y resultados. Entre los indicadores de **calidad** el índice de ingresos hospitalarios posiblemente sea el que mejor refleje la evolución de una unidad de CMA.

17 DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR

Número de pacientes que precisan ingreso hospitalario tras CMA / número de pacientes en CMA x 100

Óptimo: < 1%

Aceptable: 1-2%

Negativo: >2%

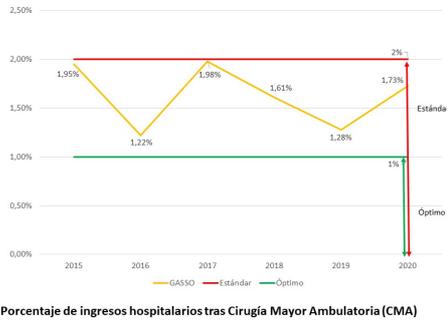
17 RESPONSABLE

Dirección médica de Atención hospitalaria Subdirección médica de Atención hospitalaria Jefes de Unidades del Bloque Quirúrgico

17 LINKS EFQM

- 1.2: Identificar y entender las necesidades de los grupos de interés
- 1.3: Comprender el ecosistema, las capacidades propias y los principales retos
- 2.2: Crear las condiciones para hacer realidad el cambio
- 3.1: Clientes: Construir relaciones sostenibles
- 4.3: Elaborar y entregar la propuesta de valor
- 7.1: Rendimiento estratégico y operativo

17 AÑADIR GRÁFICO (IMAGEN)



18 NOMBRE DEL INDICADOR

Tasa de cesáreas

En una cesárea, se realiza una cirugía que consiste en una incisión en abdomen y útero de la madre, a fin de extraer al feto directamente desde el útero, en lugar de recorrer el canal de parto. La tasa de cesáreas se ha identificado como un indicador de **buena práctica** relacionando una baja tasa con un buen control del embarazo y con una correcta asistencia al parto. La Organización Mundial de la Salud establece que la tasa de cesáreas ideal es del 15%.

18 DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR

Número de procedimientos realizados de parto por cesárea / número total de partos atendidos en una unidad de tiempo (año) x 100.

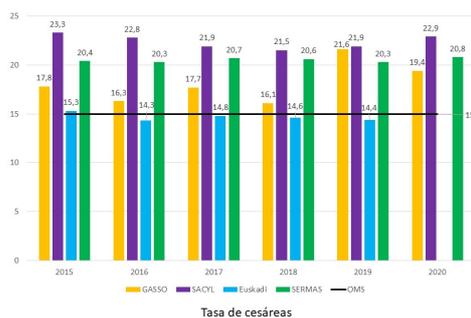
18 RESPONSABLE

Subdirección médica de Atención hospitalaria Jefe de la Unidad de Ginecología y Obstetricia

18 LINKS EFQM

- 3.1: Clientes: Construir relaciones sostenibles
- 3.3: Inversores y reguladores: Asegurar y mantener su apoyo continuo
- 4.3: Elaborar y entregar la propuesta de valor
- 7.1: Rendimiento estratégico y operativo

18 AÑADIR GRÁFICO (IMAGEN)



19 NOMBRE DEL INDICADOR

Tasa de reingreso hospitalario urgente tras el alta

Recoge los ingresos urgentes tras un alta previa de un paciente en el mismo hospital, en un periodo de 30 días tras el episodio índice y con la misma CDM que dicho episodio índice. Se pretende monitorizar y reducir la recurrencia de hospitalizaciones por insuficiente resolución durante episodios previos. Sus resultados dependen de la calidad de la asistencia prestada y de la tipología de los pacientes atendidos (edad, gravedad, patología atendida...) y por ello poseen escasa utilidad para la comparación entre hospitales sin control de factores de confusión. Indica **efectividad y seguridad**.

19 DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR

Número de reingresos hospitalarios urgentes por el mismo diagnóstico en los primeros 30 días tras el alta hospitalaria / número de altas hospitalarias x 100
Las tasas de reingreso son un componente significativo de las estrategias actuales de **mejora de la calidad**. Se estima que la tasa de reingresos urgentes por el mismo diagnóstico a 30 días está entre el 3% y el 5% según el hospital y según la patología el paciente (estudio RESA)

19 RESPONSABLE

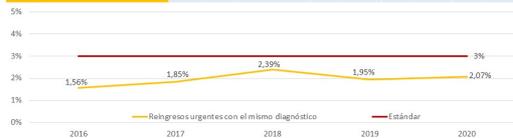
Dirección médica de Atención hospitalaria Subdirección médica de Atención hospitalaria Jefes de servicio

19 LINKS EFQM

- 1.2: Identificar y entender las necesidades de los grupos de interés
- 3.1: Clientes: Construir relaciones sostenibles
- 4.3: Elaborar y entregar la propuesta de valor
- 4.4: Diseñar e implantar la experiencia global
- 5.1: Gestionar el funcionamiento y el riesgo
- 7.1: Rendimiento estratégico y operativo

19 AÑADIR GRÁFICO (IMAGEN)

	2016	2017	2018	2019	2020
Cirugía general y digestiva	0,59	0,99	1,16	1,20	0,77
Cirugía ortopédica y traumatología	0,33	0,34	0,62	0,13	0
Geriatría	1,91	1,71	2,75	2,71	3,09
Hematología	8,79	4,54	10,28	9,62	0
Medicina interna	2,23	2,58	3,52	2,52	2,35
Psiquiatría	2,36	4,50	4,74	1,65	7,69
Cuidados paliativos	5,96	7,33	9,22	7,65	9,14
Urología	1,50	0,86	1,16	1,27	0,853



Tasa de reingresos hospitalarios urgentes por el mismo diagnóstico en <30 días tras el alta

20 NOMBRE DEL INDICADOR

Urgencias ingresadas El porcentaje de urgencias hospitalarias ingresadas proporciona información indirecta sobre la gravedad de los pacientes atendidos en el servicio de Urgencias hospitalarias, así como (de forma indirecta y relativa) sobre la capacidad resolutoria del servicio. Mide de modo indirecto la **complejidad del servicio de urgencias**. Es recomendable combinar esta información con la presión de urgencias.

20 DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR

Número de pacientes ingresados con carácter urgente por el Servicio de Urgencias hospitalarias / número total de urgencias atendidas por el Servicio de Urgencias hospitalarias en una unidad de tiempo (año).

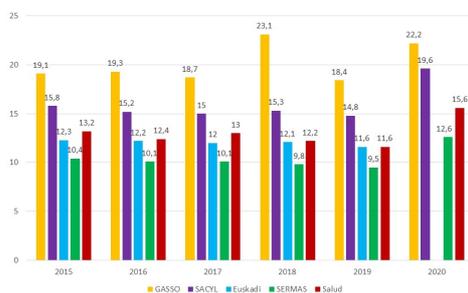
20 RESPONSABLE

Dirección médica de Atención hospitalaria Jefe del Servicio de Urgencias hospitalarias

20 LINKS EFQM

- 3.1: Clientes: Construir relaciones sostenibles
- 4.3: Elaborar y entregar la propuesta de valor
- 5.1: Gestionar el funcionamiento y el riesgo
- 7.1: Rendimiento estratégico y operativo

20 AÑADIR GRÁFICO (IMAGEN)



Porcentaje de urgencias hospitalarias ingresadas

21 NOMBRE DEL INDICADOR

Presión de urgencias Es el porcentaje entre los ingresos urgentes (realizados a través del Servicio de Urgencias hospitalarias) y los ingresos totales del hospital. Llega a condicionar la gestión de camas, la programación quirúrgica y la gestión de la lista de espera de los centros hospitalarios.

21 DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR

Número de ingresos urgentes (a través de la unidad de Urgencias hospitalaria) / total de ingresos del hospital x 100

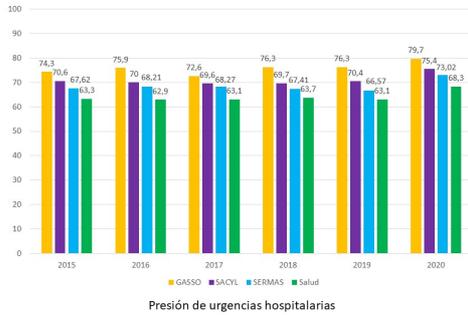
21 RESPONSABLE

Dirección médica de Atención hospitalaria Jefe de la Unidad de Urgencias hospitalarias

21 LINKS EFQM

- 3.1: Clientes: Construir relaciones sostenibles
- 4.3: Elaborar y entregar la propuesta de valor
- 5.1: Gestionar el funcionamiento y el riesgo
- 7.1: Rendimiento estratégico y operativo

21 AÑADIR GRÁFICO (IMAGEN)



22 NOMBRE DEL INDICADOR

Cobertura del programa de la persona con Pluripatología Crónica Compleja (PCC) El cambio propuesto de un modelo asistencial basado en enfermedades y movilidad a través de derivaciones del paciente de un profesional a otro, deja paso la atención integral de la salud. En relación con la persona con PCC el objetivo es disminuir las descompensaciones, las visitas al servicio de urgencias hospitalario y los ingresos hospitalarios por esa causa. Es un indicador de **tipo de actividad**.

22 DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR

Número de PCC totales Número de PCC incluidos en proceso / número de PCC totales x 100.

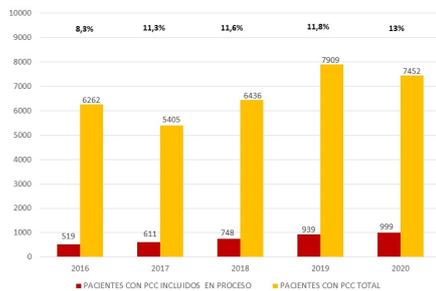
22 RESPONSABLE

Dirección médica y de enfermería de Atención primaria Unidades hospitalarias de atención al PCC Dirección médica y de enfermería de Atención hospitalaria.

22 LINKS EFQM

- 1.2: Identificar y entender las necesidades de los grupos de interés
- 3.1: Clientes: Construir relaciones sostenibles
- 4.3: Elaborar y entregar la propuesta de valor
- 5.2: Transformar la organización para el futuro
- 7.1: Rendimiento estratégico y operativo

22 AÑADIR GRÁFICO (IMAGEN)



23 NOMBRE DEL INDICADOR

Índice de efectividad del nuevo modelo de atención Pacientes con Pluripatología Crónica Compleja (PCC) incluidos en el proceso que han precisado atención en el Servicio de urgencias hospitalario han precisado ingreso hospitalario en Medicina Interna, Geriatría o Unidad de Continuidad Asistencial. Se compara con el porcentaje de personas con Pluripatología Crónica Compleja (PCC) no incluidos en el modelo e indica un mejor control de las patologías y una mejor calidad de vida del paciente como valor añadido. Contribuye a la **eficiencia del nuevo modelo**.

23 DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR

Número de personas con PCC que han acudido al Servicio de urgencias hospitalario por descompensación en el último año / PCC incluidos en proceso x 100
 Número de personas con PCC ingresadas en Medicina Interna, Geriátrica o Unidad de Continuidad Asistencial por descompensaciones en el último año / PCC incluidos en proceso x 100
 Comparativa: Número de personas con PCC que han acudido al Servicio de urgencias hospitalario por descompensación en el último año / PCC no incluidos en proceso x 100 o ingresadas por descompensaciones en el último año / PCC no incluidos en proceso x 100

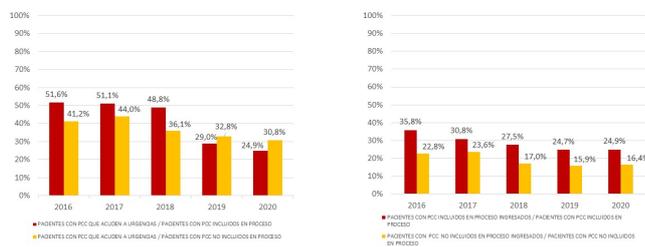
23 RESPONSABLE

Dirección médica y de enfermería de Atención primaria Hospitalario Dirección médica y de enfermería de Atención hospitalaria. Servicio de Urgencias
 Unidades hospitalarias de atención al PCC

23 LINKS EFQM

- 1.2: Identificar y entender las necesidades de los grupos de interés
- 3.1: Clientes: Construir relaciones sostenibles
- 4.3: Elaborar y entregar la propuesta de valor
- 5.2: Transformar la organización para el futuro
- 7.1: Rendimiento estratégico y operativo

23 AÑADIR GRÁFICO (IMAGEN)



Eficiencia del modelo de atención al paciente con Pluripatología Crónica Compleja (PCC)

24 NOMBRE DEL INDICADOR

Pacientes atendidos en las Consultas de Alta Resolución Uno de los compromisos de la GASSO es Incrementar progresivamente la oferta y número de Consultas de Alta Resolución (CAR) hospitalaria, priorizando especialmente este tipo de atención para la población residente en localidades distantes a 50 km o más del hospital de referencia.
 El Plan Anual de Gestión 2020 en sus objetivos de efectividad "Objetivos de Atención Hospitalaria", recoge el siguiente indicador de evaluación de procesos asistenciales: OBJ 3. Pacientes atendidos en las CAR

24 DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR

Número de pacientes atendidos en primeras consultas de alta resolución / número de pacientes atendidos en primeas consultas x 100 (estándar 20%)

24 RESPONSABLE

Dirección médica de Atención hospitalaria Dirección de enfermería de Atención hospitalaria

24 LINKS EFQM

- 1.2: Identificar y entender las necesidades de los grupos de interés
- 3.1: Clientes: Construir relaciones sostenibles
- 4.3: Elaborar y entregar la propuesta de valor
- 5.2: Transformar la organización para el futuro
- 7.1: Rendimiento estratégico y operativo

24 AÑADIR GRÁFICO (IMAGEN)



Consultas de alta resolución

25 NOMBRE DEL INDICADOR

Infección nosocomial

Las infecciones nosocomiales (del latín *nosocomium*, «hospital») son infecciones adquiridas durante la estancia del paciente en un hospital y que no estaban presentes ni en el período de incubación ni en el momento del ingreso del paciente. La infección adquirida no solo representa un daño para la salud del paciente, visitante, o trabajador del hospital, sino que representa un costo económico para el hospital y el infectado. Ha sido aprobada la suspensión de la realización del EPINE en el año 2020. La decisión se toma motivada por la situación de pandemia por Covid-19.

25 DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR

Concepto: Porcentaje de pacientes hospitalizados que en el momento del estudio presentan una o más infecciones nosocomiales.
 Cálculo: (Total de pacientes con infección nosocomial / Total de pacientes encuestados) x 100.

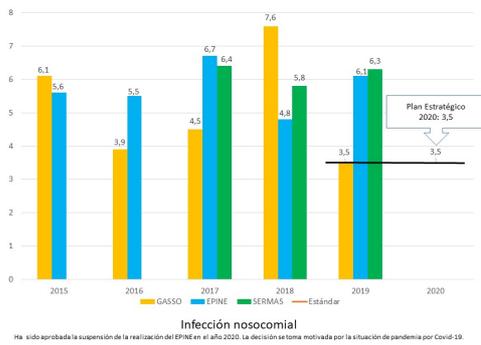
25 RESPONSABLE

Servicio de Medicina Preventiva Dirección médica de Atención hospitalaria Subdirección de calidad y seguridad del paciente

25 LINKS EFQM

- 1.2: Identificar y entender las necesidades de los grupos de interés
- 3.1: Clientes: Construir relaciones sostenibles
- 4.3: Elaborar y entregar la propuesta de valor
- 7.1: Rendimiento estratégico y operativo

25 AÑADIR GRÁFICO (IMAGEN)



26 NOMBRE DEL INDICADOR

Heridas crónicas: pacientes con úlceras por presión.

Son lesiones de origen isquémico, localizadas en la piel y tejidos subyacentes con pérdida de sustancia cutánea producida por presión prolongada o fricción entre dos planos duros. Son un problema grave y representan una de las principales complicaciones de las situaciones de inmovilidad y su manejo adecuado constituye un **indicador negativo de calidad asistencial** en relación con la seguridad del paciente, por su gran impacto a nivel de salud y calidad de vida, que genera importantes costes para las personas, instituciones y sistemas de salud.

26 DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR

Pacientes con heridas crónicas - úlceras por presión desarrolladas durante el ingreso / pacientes ingresados en un periodo de tiempo (año) x 100
 Óptimo: < 1% Aceptable: 1-2% Negativo: >2%

26 RESPONSABLE

Servicio de Medicina Preventiva Dirección de enfermería de Atención hospitalaria Subdirección de enfermería de Atención hospitalaria Subdirección de calidad y seguridad del paciente

26 LINKS EFQM

- 1.2: Identificar y entender las necesidades de los grupos de interés
- 3.1: Clientes: Construir relaciones sostenibles
- 4.4: Diseñar e implantar la experiencia global
- 7.1: Rendimiento estratégico y operativo

26 AÑADIR GRÁFICO (IMAGEN)



27 NOMBRE DEL INDICADOR

Coste del consumo de electricidad y agua por estancia

En el Complejo Asistencial de Soria se consume energía eléctrica y agua durante todos los días del año (8760 horas). La eficiencia en su consumo conlleva importantes ventajas. Entre ellas la eficiencia de los servicios, la concienciación social en materia energética y los beneficios sobre el medio ambiente, puesto que un menor consumo energético implica una menor emisión de gases de efecto invernadero. Además se alinea con los principios del Global Compact de UN y los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

27 DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR

Coste del consumo total de electricidad y agua del Complejo Asistencial de Soria / número de estancias (anual)

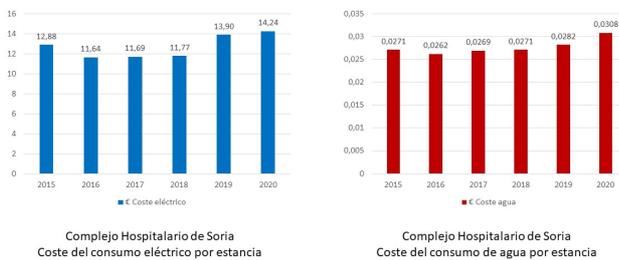
27 RESPONSABLE

Dirección de gestión. Área de servicios generales

27 LINKS EFQM

- 3.3: Inversores y reguladores: Asegurar y mantener su apoyo continuo
- 3.4: Sociedad: Contribuir al desarrollo, bienestar y prosperidad
- 3.5: Partners y proveedores: Construir relaciones y asegurar su compromiso para crear valor sostenible
- 5.1: Gestionar el funcionamiento y el riesgo
- 5.3: Impulsar la innovación y aprovechar la tecnología
- 5.5: Gestionar los activos y recursos

27 AÑADIR GRÁFICO (IMAGEN)



28 NOMBRE DEL INDICADOR

Residuos

Se denominan residuos sanitarios a los generados en cualquier servicio en el que se desarrollen actividades de atención a la salud humana. Se clasifican en Grupo I (asimilables a urbanos), Grupo II (sanitarios no específicos), Grupo III (sanitarios específicos) y Grupo IV (con normativa especial: citotóxicos, químicos, medicamentos caducados,...). La pandemia por COVID-19 en 2020 supone un cambio en la tendencia, en especial en los residuos del grupo III, con un incremento sustancial (x 4). Acuerdo de gestión de residuos plásticos con ECOEMBES.

28 DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR

Kilogramos de residuos generados en 2020 e importe (Grupos III y IV)

28 RESPONSABLE

Servicio de Medicina Preventiva Dirección de gestión. Área de servicios generales

28 LINKS EFQM

- 3.4: Sociedad: Contribuir al desarrollo, bienestar y prosperidad
- 5.1: Gestionar el funcionamiento y el riesgo
- 5.5: Gestionar los activos y recursos
- 3.3: Inversores y reguladores: Asegurar y mantener su apoyo continuo

28 AÑADIR GRÁFICO (IMAGEN)

RESIDUOS	Grupo III Sanitarios especiales	Grupo IV Citostáticos	Grupo IV RTP y químicos	Kilogramos totales	Importe
2020	134.901,61	3.766,99	15.420,60	154.089,20	141.463,02 €

29 NOMBRE DEL INDICADOR

Presión asistencial en Atención primaria. La presión asistencial es el número medio de consultas realizadas por cada profesional en un día de trabajo puede considerarse como un **indicador de productividad**, puesto que expresa la cantidad de servicios (consultas) realizados por cada unidad de recurso-producción-oferta (día-médico).

La frecuentación en Atención primaria. La frecuentación es uno de los indicadores cuantitativos que valoramos como **indicador de utilización** de los servicios sanitarios por la población

29 DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR

Presión asistencial Número de consultas realizadas / número de días hábiles en un periodo de tiempo (fuente MedoraCyl)
Frecuentación Número total de consultas realizadas / número de TIS en un periodo de tiempo (fuente MedoraCyl)

29 RESPONSABLE

Dirección médica de Atención primaria Dirección de enfermería de Atención primaria

29 LINKS EFQM

29 AÑADIR GRÁFICO (IMAGEN)

		PRESIÓN ASISTENCIAL Y FRECUENTACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA																	
Profesional	Ámbito	Indicador	2017				2018				2019				2020				
			GASSO	SACYL	SNE	MADRID	GASSO	SACYL	SNE	MADRID	GASSO	SACYL	SNE	MADRID	GASSO	SACYL	SNE	MADRID	
MEDICINA DE FAMILIA	URBANO Y SEMIURBANO	Presión asistencial	32,3	29,2			33,5	29,9			30,4	29,5			37,1	37,8			
		Frecuentación	5,8	5,5			6,0	5,7			5,4	5,6			5,0	6,1			
	RURAL	Presión asistencial	17,2	20,9			16,8	20,6			16,8	20,1			21,0	24,8			
		Frecuentación	9,4	8,4			9,4	8,3			8,9	7,7			9,0	8,3			
	TOTAL	Presión asistencial	20,4	24,4			24,7	20,3	24,4			33,8	19,8	24,1		33,1	24,7	30,4	
		Frecuentación	7,8	6,7	5,9		7,8	6,7	5,1		7,7	6,7	5,1		7,1	6,9			
PEDIATRÍA	URBANO Y SEMIURBANO	Presión asistencial	19,1	19,5			20,6	19,4			19,6	18,8			22,0	23,1			
		Frecuentación	4,5	5,3			4,9	5,3			4,8	5,3			4,1	5,5			
	RURAL	Presión asistencial	17,5	19,3			17,5	18,8			15,7	18,0			18,2	21,1			
		Frecuentación	6,2	5,8			6,4	5,8			5,8	9,7			5,4	6,0			
	TOTAL EXP Y ÁREA	Presión asistencial	16,8	18,3			23,7	18,0	18,9			22,6	16,5	17,5		22,3	17,2	21,4	
		Frecuentación	4,8	5,1	5,1		5,1	5,1	4,9		4,8	5,0			4,1	5,1			
ENFERMERÍA	URBANO Y SEMIURBANO	Presión asistencial	13,0	15,0			12,4	14,7			11,7	14,8			15,1	15,8			
		Frecuentación	2,3	2,7			2,1	2,7			2,2	2,7			1,9	2,5			
	RURAL	Presión asistencial	11,1	12,2			10,7	12,0			10,8	11,7			12,2	13,2			
		Frecuentación	4,3	3,7			4,2	3,7			4,3	3,7			3,8	3,5			
	TOTAL	Presión asistencial	11,6	13,6			21,5	11,2	13,3			21,0	11,1	13,1		21,0	13,0	14,5	
		Frecuentación	3,3	3,1	2,9		3,2	3,1	2,8			3,2	3,1	2,8		2,9	2,9		

30 NOMBRE DEL INDICADOR

Menos es más: proyecto No hacer El proyecto “Compromiso por la Calidad de las Sociedades Científicas en España” se inició en el mes de abril de 2013 con el objetivo principal de disminuir la utilización de **intervenciones sanitarias innecesarias**, entendiendo por innecesarias aquellas que no han demostrado eficacia, tienen efectividad escasa o dudosa, no son coste-efectivas o no son prioritarias. La lumbalgia aguda no complicada es un proceso benigno que no requiere una prueba de imagen para su diagnóstico. No solicitar, en atención primaria, estudios radiológicos en lumbalgia inespecífica sin signos de alarma antes de 6 semanas.

30 DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR

Pacientes con dolor lumbar agudo no complicado con estudio radiológico (Rx) / pacientes con dolor lumbar agudo no complicado x 100.

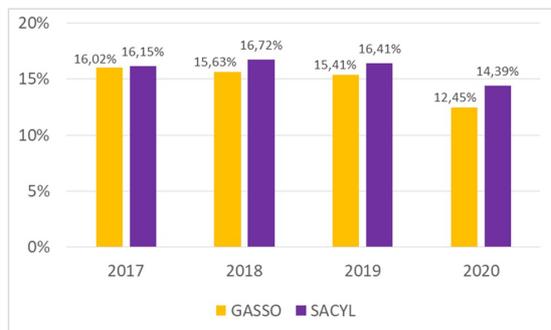
30 RESPONSABLE

Dirección médica de Atención primaria

30 LINKS EFQM

- 3.1: Clientes: Construir relaciones sostenibles
- 4.3: Elaborar y entregar la propuesta de valor
- 7.1: Rendimiento estratégico y operativo

30 AÑADIR GRÁFICO (IMAGEN)



31 NOMBRE DEL INDICADOR

Plan Nacional frente a la Resistencia a los Antibióticos (PRAN)

El Plan Nacional frente a la Resistencia a los Antibióticos (PRAN) es un plan estratégico y de acción cuyo objetivo es **reducir el riesgo de selección y diseminación de resistencia a los antibióticos** y el impacto de este problema sobre la salud de las personas preservando de manera sostenible la eficacia de los antibióticos existentes. El Programas de Optimización de Uso de los Antibióticos (PROA) del Complejo Hospitalario de Soria en 2018 priorizó el control de 2 fármacos: linezolid y caspofungina.

31 DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR

Dosis diaria definida (DDD) por cada 1.000 habitantes y día (DHD)

31 RESPONSABLE

PROA Hospital

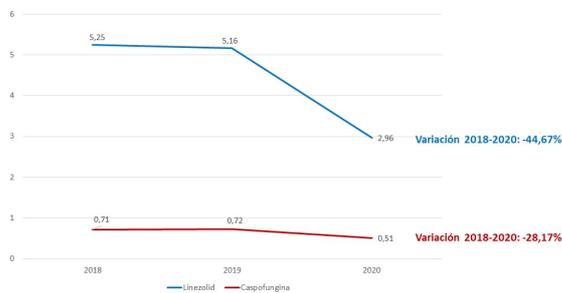
Subdirección de calidad y seguridad del paciente

Dirección médica de Atención hospitalaria

31 LINKS EFQM

- 2.1: Dirigir la cultura de la organización y reforzar los valores
- 2.2: Crear las condiciones para hacer realidad el cambio
- 3.4: Sociedad: Contribuir al desarrollo, bienestar y prosperidad
- 4.1: Diseñar el valor y cómo se crea
- 5.1: Gestionar el funcionamiento y el riesgo
- 5.4: Aprovechar los datos, la información y el conocimiento

31 AÑADIR GRÁFICO (IMAGEN)



Evolución del consumo hospitalario de linezolid y caspofungina para uso sistémico (DHD x 100) (priorizados para control por el PROA Hospital)

32 NOMBRE DEL INDICADOR

Control analítico de los pacientes con diabetes mellitus en atención primaria.

La prueba de hemoglobina glicosilada es un análisis de sangre común utilizado para el diagnóstico y seguimiento de los pacientes con diabetes. Su resultado indica el nivel promedio de glucosa en la sangre en los últimos dos o tres meses. Evalúa el grado de control metabólico y la consecución de los **objetivos terapéuticos** planteados. El nivel recomendable de HbA1c debe situarse, por lo general, por debajo de 7%.

32 DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR

Pacientes con diabetes mellitus y una cifra de hemoglobina glicosilada < 7% en el año / pacientes con diabetes mellitus x 100

32 RESPONSABLE

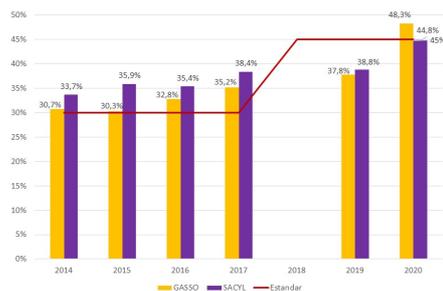
Dirección médica de Atención primaria

Dirección de enfermería de Atención primaria

32 LINKS EFQM

- 3.1: Clientes: Construir relaciones sostenibles
- 4.3: Elaborar y entregar la propuesta de valor
- 7.1: Rendimiento estratégico y operativo

32 AÑADIR GRÁFICO (IMAGEN)



33 NOMBRE DEL INDICADOR

Investigación

Incluimos en este concepto el número de proyectos de investigación con registro en la Unidad de Investigación del Área, el número de profesionales que participan, el número de comunicaciones presentadas a jornadas y congresos así con el número de artículos publicados en revistas científicas. La investigación es uno de los tres pilares de la **misión y visión** de la GASSO (asistencia, docencia e investigación) y muestra de ello es, en la ampliación del Hospital de Santa Bárbara, una zona específica dedicada a la Gestión del conocimiento (alineados con Estrategia de Investigación e Innovación de Cyl 2021-2027)

33 DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR

Número de proyectos de investigación acreditados en la Unidad de investigación del Área, comunicaciones y publicaciones en revistas científicas / año
Número de profesionales, según sexo, referenciados en proyectos de investigación acreditados en la Unidad de investigación del Área / año

33 RESPONSABLE

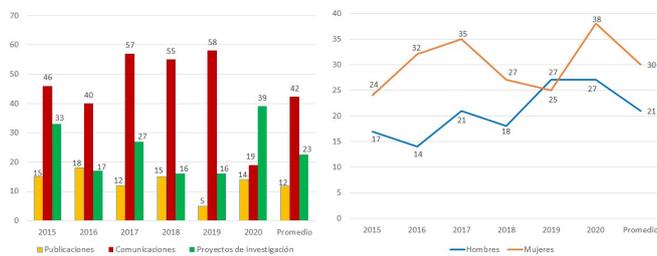
Responsable de la Unidad de Apoyo a la Investigación del Área

Unidades docentes de Atención primaria y Atención Hospitalaria

33 LINKS EFQM

- 1.2: Identificar y entender las necesidades de los grupos de interés
- 3.1: Clientes: Construir relaciones sostenibles
- 3.4: Sociedad: Contribuir al desarrollo, bienestar y prosperidad
- 4.3: Elaborar y entregar la propuesta de valor
- 2.1: Dirigir la cultura de la organización y reforzar los valores
- 5.2: Transformar la organización para el futuro

33 AÑADIR GRÁFICO (IMAGEN)



Investigación: actividad global y relación hombre/mujer entre los profesionales que realizan investigación

34 NOMBRE DEL INDICADOR

Cumplimiento del Plan Estratégico 2015-2020 en docencia especializada

La docencia está recogida en la Misión (*formar a los futuros profesionales del sistema sanitario*) y en la Visión (*reconocida por la calidad de la asistencia y su aportación científica y docente*) de la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria y es una de sus tres ramas vertebradoras (asistencia clínica, docencia e investigación). Analizamos los resultados de los objetivos relacionados con la docencia del Plan Estratégico 2015-2020.

34 DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR

Porcentaje de cumplimiento de los objetivos de docencia del Plan Estratégico 2015-2020,

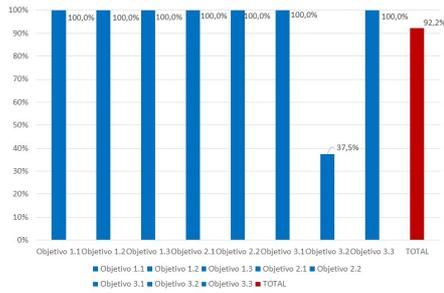
34 RESPONSABLE

Coordinador de la Unidad Docente de MFyC

34 LINKS EFQM

- 1.1: Definir el propósito y la visión
- 1.2: Identificar y entender las necesidades de los grupos de interés
- 1.3: Comprender el ecosistema, las capacidades propias y los principales retos
- 2.4: Unirse y comprometerse en torno a un propósito, visión y estrategia
- 3.1: Clientes: Construir relaciones sostenibles
- 4.1: Diseñar el valor y cómo se crea
- 5.2: Transformar la organización para el futuro
- 6.1: Resultados de percepción de clientes

34 AÑADIR GRÁFICO (IMAGEN)



Cumplimiento de los objetivos docentes del Plan Estratégico 2015-2020

35 NOMBRE DEL INDICADOR

Incidencia de accidentes de trabajo con baja laboral

Accidente de trabajo, según el art. 156 del Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30

de octubre, es toda lesión corporal que el trabajador sufra con ocasión o por consecuencia del trabajo que ejecute por cuenta ajena. El accidente de trabajo con baja en jornada de trabajo sucede durante el horario laboral del trabajador y causa la baja médica de éste. Durante 2020, la siniestralidad laboral (también las consultas y la formación) se han visto directamente afectadas por la irrupción del virus del SARS-CoV-2 por lo que sus datos tienen un carácter excepcional.

35 DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR

Número de accidentes en jornada de trabajo con baja laboral / número de trabajadores activos en un periodo de tiempo (año) x 100.000

Se complementa con los indicadores de actividad del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales: consultas médicas y de enfermería realizadas y personas que reciben formación por parte del Servicio.

35 RESPONSABLE

Unidad de Prevención de Riesgos Laborales

35 LINKS EFQM

- 1.2: Identificar y entender las necesidades de los grupos de interés
- 2.1: Dirigir la cultura de la organización y reforzar los valores
- 3.2: Personas: Atraer, implicar, desarrollar y retener el talento
- 4.3: Elaborar y entregar la propuesta de valor
- 4.4: Diseñar e implantar la experiencia global

35 AÑADIR GRÁFICO (IMAGEN)



Prevención de Riesgos Laborales (PRL)

36 NOMBRE DEL INDICADOR

Mantenimiento (MANSIS).

La herramienta MANSIS posibilita que cada uno de los activos con los que cuenta el centro pueda ser incorporado al sistema, con un registro de todos sus datos particulares que incluya fichas técnicas, imágenes, manuales de uso, instrucciones de tareas relacionadas o cualquier otra información que puede ser útil en el momento de gestionar las actividades. Otras ventajas son la optimización del uso de activos materiales e inmateriales, la información actualizada e inmediata de la dotación necesaria para cada proceso, el conocimiento inmediato de los gastos originados en cada proceso.

36 DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR

Actuaciones de mantenimiento preventivo / actuaciones de mantenimiento preventivo + correctivo x 100

Actuaciones de mantenimiento correctivo / actuaciones de mantenimiento preventivo + correctivo x 100

En el **mantenimiento correctivo**, la actuación se realiza sólo cuando hay un fallo o avería, por otro lado el **preventivo** es aquel que se enfoca en garantizar el buen estado del equipo a partir de un plan de trabajo que evite que se produzcan averías.

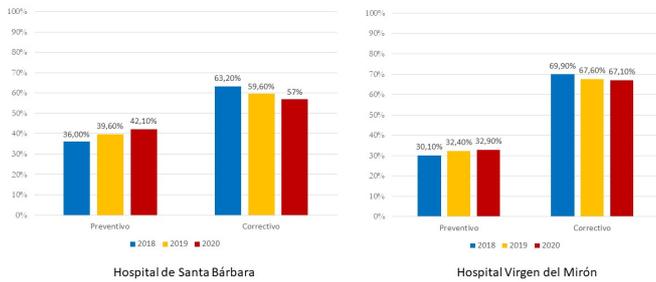
36 RESPONSABLE

Dirección de gestión. Área de Servicios Generales Servicio de Mantenimiento

36 LINKS EFQM

- 3.5: Partners y proveedores: Construir relaciones y asegurar su compromiso para crear valor sostenible
- 5.1: Gestionar el funcionamiento y el riesgo
- 5.3: Impulsar la innovación y aprovechar la tecnología
- 7.1: Rendimiento estratégico y operativo

36 AÑADIR GRÁFICO (IMAGEN)



37 NOMBRE DEL INDICADOR

Matriz de Kraljic

La matriz de Kraljic se diseñó en 1983. Es muy útil para que la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria fortalezca su relación con los proveedores, identifique las oportunidades de mejora y genere estrategias diferenciales que agilicen los tiempos de respuesta y faciliten una rápida adaptación al mercado. La matriz permite evaluar, con criterios objetivos y medibles, el interés que representan los proveedores para la GASSO y el tipo de relación que se debe establecer con ellos.

37 DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR

Matriz del valor del proveedor para la GASSO y la complejidad del mercado de suministro

37 RESPONSABLE

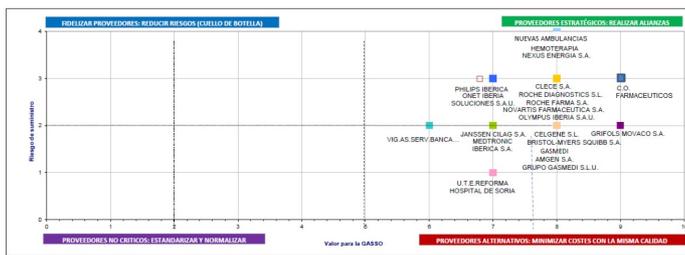
Dirección de gestión. Área económica y presupuestaria

Dirección de gestión. Área de servicios generales

37 LINKS EFQM

- 1.3: Comprender el ecosistema, las capacidades propias y los principales retos
- 2.2: Crear las condiciones para hacer realidad el cambio
- 3.5: Partners y proveedores: Construir relaciones y asegurar su compromiso para crear valor sostenible
- 5.1: Gestionar el funcionamiento y el riesgo
- 5.2: Transformar la organización para el futuro

37 AÑADIR GRÁFICO (IMAGEN)



38 NOMBRE DEL INDICADOR

Plan de cuidados de enfermería

Un plan de cuidados es la protocolización de las actuaciones de enfermería según las necesidades que presentan grupos de pacientes con un mismo diagnóstico médico. Tras una valoración individualizada y detallada de la persona se identifican los diagnósticos enfermeros presentes o de riesgo y de acuerdo con ellos se planifican los cuidados. Una vez implantados y monitorizados permiten consolidar la evaluación como eje de mejora de las intervenciones.

38 DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR

Número de pacientes ingresados con planes de cuidados registrados por enfermería en Gacela / Número de pacientes ingresados x 100

38 RESPONSABLE

Supervisora de Calidad y Sistemas de Información enfermería de Atención hospitalaria

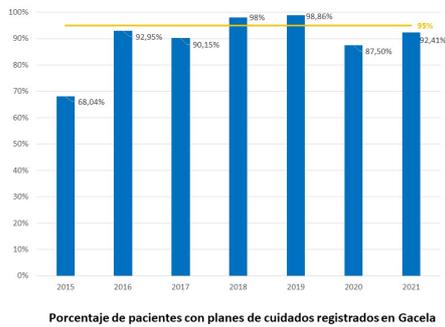
Dirección de enfermería de Atención hospitalaria

Subdirección de

38 LINKS EFQM

- 1.2: Identificar y entender las necesidades de los grupos de interés
- 2.4: Unirse y comprometerse en torno a un propósito, visión y estrategia
- 3.1: Clientes: Construir relaciones sostenibles
- 4.3: Elaborar y entregar la propuesta de valor
- 5.2: Transformar la organización para el futuro

38 AÑADIR GRÁFICO (IMAGEN)



39 NOMBRE DEL INDICADOR

El liderazgo con perspectiva de género La búsqueda de la igualdad es uno de los objetivos que han definido las políticas de la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria, firmante del Global Compact de UN.. Un enfoque del **liderazgo con perspectiva de género** en todos los ámbitos es esencial para dar pasos adelante hacia la igualdad y también para abordar de forma efectiva muchas de las necesidades que surgen en épocas de crisis, ya que las mujeres líderes tienden a los bienes más esenciales como la salud y la educación y a proteger a las personas que más lo necesitan.

39 DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR

Evolución del número de líderes y segmentación según ámbito /atención primaria y Atención hospitalaria) y sexo, entre 2017 y 2021

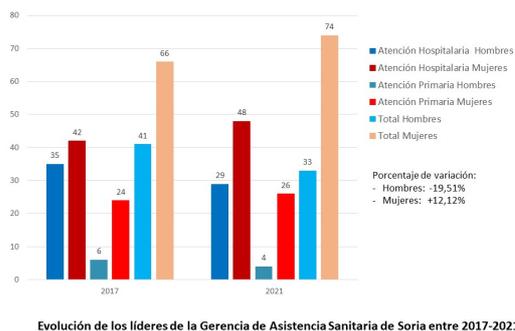
39 RESPONSABLE

Equipo directivo

39 LINKS EFQM

- 1.3: Comprender el ecosistema, las capacidades propias y los principales retos
- 2.1: Dirigir la cultura de la organización y reforzar los valores
- 2.2: Crear las condiciones para hacer realidad el cambio
- 3.2: Personas: Atraer, implicar, desarrollar y retener el talento
- 5.2: Transformar la organización para el futuro

39 AÑADIR GRÁFICO (IMAGEN)



CONTACTA CON NOSOTROS

Avenue des Olympiades 2
 5th Floor
 B - 1140 Brussels, Belgium
 Tel: +322 755 3511
 Email: info@efqm.org

HOW CAN YOU HAVE ACCESS TO THE EFQM ASSESSBASE

You can buy your licence to the AssessBase on



EFQM SHOP



© EFQM

[Condiciones de uso](#)

[Declaración de privacidad](#)
