

## **MÁSTER EN DIRECCIÓN EJECUTIVA DE HOSPITALES**

---

*Plan de acción para el despliegue de los objetivos  
estratégicos. Hacia un nuevo modelo de gestión*

---

Autora:

Olga Monclús Pagès

**2.017**



**Modesto MARTINEZ PILLADO**, Tutor del Máster en Dirección Ejecutiva de Hospitales

**CERTIFICA:**

Que el trabajo titulado

*Plan de acción para el despliegue de los objetivos estratégicos. Hacia un nuevo modelo de gestión*

Ha sido realizado por **Olga Monclús Pagès** bajo mi dirección y, reúne méritos suficientes para su presentación como trabajo de fin de máster para la obtención del título de Máster en Dirección Ejecutiva de Hospitales.

Y para que conste, firmo el presente  
En Barcelona, a 1 de septiembre de 2017

Tutor y Dirección	
Nombre: Olga Monclús Pagès e-mail: omonclus@hsceloni.cat Tfno: 677415040	MODESTO MARTINEZ PILLADO e-mail: mmartinezpil@uoc.edu Tfno: 649962050

## Resumen

---

### **Qué sabemos sobre el tema:**

Sabemos que en las últimas décadas la sociedad ha sufrido un cambio radical. Nos hallamos inmersos en un entorno constantemente cambiante en el que el acceso a la información y las herramientas para su procesamiento ha dado lugar a personas mucho más informadas con habilidades distintas y muchas más posibilidades. Consecuentemente, se han generado nuevas necesidades en relación a la implicación y voluntad de participación en distintos ámbitos. El ámbito laboral no es una excepción y las estructuras organizacionales verticales en las que “algunos mandan” y el resto obedecen sin más no tienen mucho sentido y más, cuando la actividad empresarial se basa en los conocimientos y habilidades de los profesionales. El entorno sanitario es el paradigma de esta situación.

Sabemos, pues, que es necesario transformar los modelos de gestión tradicionales en modelos más participativos con estructuras más transversales en las que cada uno de los integrantes de la organización pueda hacer su aportación, eso sí, de manera ordenada. Para la organización y adecuación del modelo los líderes han de modificar su roles y asumir funciones más relacionadas en facilitar, moderar, ayudar, complementar, unificar, centralizar, difundir, etc.

Sabemos también que no es un cambio fácil, que requiere de un gran esfuerzo; primero para comprender la necesidad y saberla transmitir, después para programarlo, planificarlo y ejecutarlo, y, finalmente, para evaluarlo de la manera más objetiva posible, valorar su efectividad, reconocer los errores, ajustar y vuelta a empezar.

### **Qué aporta este trabajo:**

De manera simple: un ejemplo. Un ejemplo del intento de llevar a cabo un proyecto en el cual creemos y consideramos necesario. Se trata de un proyecto que no ha nacido de un día para otro sino que surgió de una idea que ha ido transformándose en proyecto a partir de las reflexiones y análisis que se han ido derivando, madurando

poco a poco y, a la vez, adaptando según los resultados y las conclusiones que se han ido obteniendo.

Es importante recalcar que el proyecto no está finalizado ni en su implantación ni, tan solo, en su definición. A medida que vamos avanzando tenemos que ir introduciendo las modificaciones y adaptaciones necesarias para ir ajustándolo a la realidad.

**Palabras clave:**

Cambio, calidad, comunicación, eficacia, eficiencia, gestión por procesos, guía de actuación, implicación, indicadores, modelo de gestión, motivación, objetivos estratégicos, participación, plan estratégico, profesionales, proyecto, resultados.

## Autoevaluación

---

**¿El resumen es claro, y permite conocer exactamente qué se ha hecho? Justifica tu respuesta.**

Si, porque en él se explica el porqué del proyecto, el entorno y el marco teórico de la organización donde se lleva a cabo (conociendo un poco la organización es más fácil entender la necesidad del proyecto y las dificultades con las que hay que lidiar) y el proyecto en sí: en qué consiste, como se ha llevado a cabo, quién ha participado, sus fases, algunos de los resultados, el plan operativo y las conclusiones.

**Responde con una frase concreta a cada uno de los objetivos que planteaste en este trabajo.**

- **Operativización de los objetivos estratégicos.**

Los objetivos estratégicos para el período están definidos y han sido consensuados con todos los grupos de trabajo, el Consejo de Dirección y el Patronato de la institución. El Plan de Acción se ha elaborado en bases a dichos objetivos.

- **Establecer una guía de actuación concretando objetivos, acciones e indicadores específicos por áreas o servicios.**

El documento del proyecto está, hasta el punto de implantación actual, elaborado, con lo cual disponemos de la guía que nos tiene que ayudar a organizar y llevar a cabo el proyecto.

- **Cambio hacia un modelo de gestión más participativo.**

El proyecto ha sido explicado y compartido con todos los profesionales del Hospital: de manera general en Sesión Plenaria y más específica con los grupos de trabajo. Al menos se ha realizado dos sesiones de trabajo con cada uno de los grupos por lo que se ha podido recoger las distintas aportaciones en cuanto a los objetivos específicos, los indicadores utilizados para su evaluación y los resultados previstos.

- **Soporte para la transición hacia el modelo de la gestión por procesos.**

La gestión por procesos, entre otras cosas, requiere de un cambio de mentalidad en relación a la jerarquía basada en la transversalización y diversificación de los roles de liderazgo. Un primer paso puede ser facilitar la participación e implicar al máximo número de profesionales.

- **Dotar de una herramienta de comunicación para informar tanto de los objetivos establecidos como de su seguimiento a lo largo del periodo.**

Las sesiones de trabajo por grupos facilita la difusión de los objetivos y de sus resultados y, por extensión, de los objetivos estratégicos, la misión, la visión, los valores, etc. Creemos que es fundamental que todos los profesionales (que quieran) estén informados de los compromisos de la organización con los distintos grupos de interés, de cómo se evalúan y de los resultados obtenidos.

### **¿Qué es lo que hubieras mejorado?**

De hecho, el proyecto inicial se ha ido modificando y adaptando paralelamente a su ejecución. Aun así hay muchísimos aspectos que, de volver a empezar nos gustaría modificar. Destaco tres entre ellos:

- Disponer de una encuesta previa de clima laboral en la que se reflejen aspectos relacionados con el sentimiento de pertenencia a la organización, motivación, ilusión, etc. para poder comparar sus resultados con los de otra encuesta posterior a la implantación y, conocer el impacto que, en este sentido, habrá tenido el Plan sobre los profesionales.
- Dimensionar mejor los recursos humanos para llevar a cabo el proyecto. No hemos tenido en cuenta que para llevar a cabo las sesiones de trabajo hay que habilitar espacios y proporcionar tiempo dentro de la jornada laboral. En los colectivos en los que sus tareas son únicamente asistenciales, ha sido realmente difícil. En algunos casos ha sido necesario cubrir personal (gasto que no estaba presupuestado) y en otros se han podido hacer porque algunas personas, de manera voluntaria, han asistido fuera de su horario laboral.

Igualmente, ha sido difícil compartir objetivos en los grupos profesionales que trabajan por turnos. Quizás, en algunos casos, hubiera sido más efectivo separarlos, al menos en lo relacionado con los resultados, ya que los distintos equipos tienen dinámicas muy diferentes de trabajo.

También hubiésemos tenido que prever mejor las tareas generadas después de cada sesión de trabajo y destinar los recursos suficientes para llevarlas a cabo en un tiempo inferior al conseguido. Actualizar la documentación, incluir las aportaciones, buscar los resultados, preparar las presentaciones, etc. son tareas que consumen mucho tiempo y la intensidad del día a día en estructuras tan ajustadas, ha provocado retrasos en los compromisos acordados que, en algún caso, han llegado a comprometer la credibilidad del proyecto.

- Hubiera sido de gran ayuda complementar el proyecto con algún plan de formación sobre técnicas de trabajo en grupo, moderación y liderazgo, acompañamiento, etc. para poder unificar metodologías y adecuarlas según las necesidades.

### **¿Has utilizado experiencias similares para mejorar tu propuesta?**

Sí. Evidentemente, cuando me ha sido posible, los conocimientos que he ido adquiriendo de los contenidos, experiencias y ejemplos de las distintas asignaturas del Máster y la experiencia de la implantación del proceso quirúrgico dentro del Hospital que iniciamos en el año 2015 y del cual he formado parte activa. En este sentido, nos ha servido de guía la metodología utilizada y la planificación de la implantación.

### **¿Qué aplicabilidad tiene tu trabajo?**

El trabajo presentado está basado en una experiencia real llevada a cabo en el Hospital donde trabajo compartida con el Director Médico y con el visto bueno del Patronato de la Fundación, la colaboración de todo el equipo directivo y la participación de toda la organización.

La verdad es que, aunque la idea nació buscando un tema para realizar el trabajo de fin de máster, el Plan de Acción se ha convertido en una herramienta que,

supuestamente y hasta el momento, cumple, en mayor o menor grado, con los objetivos para los que fue pensado.

Es cierto también que, por parte de los profesionales, ha habido respuestas de todos los tipos y somos conscientes que estamos en una fase muy inicial del modelo que perseguimos, pero creemos que cualquier avance que hagamos, por pequeño que sea, es bienvenido y nos anima a seguir trabajando en ello.

## Agradecimientos

---

A mi tutor, Dr. Modesto Martínez Pillado, por sus aportaciones, ejemplos e indicaciones, por compartir sus conocimientos, por hacerme dudar, por enseñarme a preguntar, por sus ánimos y por su ayuda y acompañamiento durante estos dos años.

Al Gerente/Director Médico del Hospital de Sant Celoni, Dr. Jordi Roca, por querer compartir el proyecto y creer en él. Su papel ha sido clave tanto en el diseño como en la ejecución.

A la Coordinadora de Calidad, Dra. Lucrecia Roca, por dejar que “sus objetivos e indicadores” formen parte del proyecto.

A los mandos del Hospital que han facilitado la difusión del Plan y su ejecución y muy especialmente a los jefes/as de las áreas de enfermería y algunos jefes de servicio.

A todo el personal del Hospital de Sant Celoni que han visto en el proyecto una oportunidad de cambiar alguna cosa y han contribuido para que así sea.

A mi familia por su apoyo y ayuda para hacerlo posible.

*“A veces sentimos que lo que hacemos es tan solo una gota en el mar, pero el mar sería menos si le faltara una gota.”*

Teresa de Calcuta

## Índice

1. Introducción .....	13
2. Justificación .....	15
3. Entorno.....	18
Forma jurídica.....	18
Situación y población de referencia .....	19
Recursos estructurales .....	20
Recursos Humanos .....	21
Financiación.....	26
4. Marco teórico.....	27
Misión .....	27
Visión .....	27
Valores.....	27
Líneas estratégicas.....	28
5. Fases del proyecto.....	29
6. Metodología empleada .....	31
Participantes.....	31
Sesiones de trabajo .....	32
7. Objetivos institucionales .....	36
1. Cumplimiento del contrato con el CatSalut .....	36
2. Listas de espera según requerimientos del CatSalut .....	37
3. Cumplimiento del presupuesto.....	37
4. Calidad y Seguridad del paciente .....	38
8. Objetivos, acciones e indicadores por áreas.....	39

Ficha de recogida.....	39
Cuadro de mando .....	41
9. Plan operativo .....	43
10. Seguimiento y evaluación.....	49
11. Conclusiones.....	50
12. Bibliografía.....	52

## 1. Introducción

---

Este documento recoge en qué nos hemos basado y como se ha llevado a cabo la difusión y puesta en práctica de los objetivos estratégicos del Hospital de Sant Celoni. Al proyecto lo hemos llamado *Plan de acción 2017-2018* porque, si bien se empezó a definir durante el segundo semestre del 2016, el despliegue está previsto realizarlo a lo largo de los años 2017-2018. El objetivo para este periodo no radica tanto en los resultados que se puedan obtener sino en la implantación del modelo, a partir de la cual, el proyecto no finaliza sino que sólo acaba de empezar.

Como veremos más adelante, el *Plan de acción* nace como un intento de modificar el sistema de gestión actual hacia un modelo más participativo basado en la implicación de todo el personal en el marco del trabajo por procesos para el cual, en la organización a la que hacemos referencia, se requiere un cambio de mentalidad que posibilite dejar atrás las estructuras organizativas verticales actuales y dar paso a estructuras transversales para las que va a ser necesario redefinir los roles y responsabilidades.

En la *Justificación* se ha intentado explicar cuáles son las razones que nos han llevado a implantar el *Plan de acción* y qué objetivos se persigue con ello. En el *Entorno* hacemos una breve descripción de las principales características estructurales y funcionales del Hospital y el *Marco Teórico* recoge la misión, visión y valores de la organización y que, por lo tanto, tienen que constituir los fundamentos sobre los que se construye el Plan Estratégico. En los apartados de *Fases del proyecto* y *Metodología empleada* se explica cómo se ha desarrollado el proyecto. Los *Objetivos Institucionales* corresponden a los cuatro objetivos macro que serán los que nos marcarán la estrategia a seguir y a partir de los cuales se concretarán los objetivos específicos para cada servicio, unidad o área, que se agruparán en el apartado de *Objetivos, acciones e indicadores*. En el apartado del *Plan operativo* se muestra el cronograma que se ha realizado hasta el momento y el que se prevé a corto plazo. Con el *Cuadro de Mando*

resumimos los objetivos propuestos, sus indicadores y los resultados de los distintos seguimientos. En el *Seguimiento y Evaluación* veremos de qué forma vamos a realizar la implantación de objetivos, seguir los resultados obtenidos, como llevamos a cabo la difusión y como está previsto evaluar, ajustar y volver a empezar. En el último apartado hemos intentado plasmar las *Conclusiones* de lo que se ha trabajado hasta el momento.

## 2. Justificación

---

La situación actual del sector sanitario: dificultades económicas importantes y usuarios con expectativas altas, hace necesario que las organizaciones sean lo más eficientes posible manteniendo, como mínimo, determinados estándares de calidad. Para que esto sea posible es necesario establecer unas directrices muy claras y concretas traducidas a objetivos e indicadores que estén realmente al alcance de los recursos disponibles y sean conocidos por todos los miembros de la organización. Esto que, en teoría, tiene que estar incluido en el Plan Estratégico de la organización, con frecuencia, por distintos motivos, se hace difícil de conseguir y seguir en el complicado día a día de los centros. La realidad puede ser que nos encontremos ante acciones que persigan unos objetivos estratégicos muy ambiciosos sobre el papel pero que difíciles de poner en práctica.

En la revisión del 2014 del Plan Estratégico del Hospital de Sant Celoni en el apartado *Operativización de la Estrategia*, constan 17 objetivos basados en la metodología del Balanced ScoreCard. Cada uno de estos objetivos recoge la finalidad, las iniciativas a implantar, los indicadores de seguimiento y evaluación y los responsables implicados. En septiembre del 2016 y a raíz de una actualización rutinaria de documentación, se pone en evidencia que, aunque algunas de las propuestas ya constaban en la versión del 2007, nueve años después de su definición, solo se han ejecutado aquellas que vienen impuestas por los distintos clientes y algunas de imprescindibles para el funcionamiento del Hospital. La situación de los indicadores es similar: medimos sólo lo que necesitamos para justificar la actividad y lo que estamos obligados a presentar en el ámbito de la Acreditación Hospitalaria o Seguridad del Paciente.

Además, la crisis y sus recortes y las dificultades del sistema para adaptar nuevos modelos de gestión de acuerdo con la profunda transformación de la sociedad en

general, han dado lugar a un conjunto de profesionales menos motivados y ilusionados.

Así pues, la difícil situación financiera de la institución y las necesidades de mantener y mejorar la calidad de los servicios y de buscar algún revulsivo que devuelva la ilusión y la motivación a los profesionales que forman parte de la organización, nos ha llevado a la elaboración de este plan que pretende ser una guía de trabajo y de referencia para todos los miembros de la organización. El resultado final tiene que ser un nombre reducido de objetivos, alineados con el Plan Estratégico y adecuados a los recursos y a las necesidades para todos los colectivos de la institución. De estos objetivos tienen que desprenderse acciones concretas e indicadores.

Tal y como se explica en el apartado de *Metodología*, la intención es que participen el máximo número de personas o que, como mínimo, estén representadas todas las áreas. Creemos que implicar a todo el personal nos ayudará a encontrar objetivos realistas y acciones más eficientes. El punto de vista y las aportaciones de las personas que acabarán realizando las acciones son fundamentales si queremos garantizar un mínimo de éxito.

Así pues, el Plan de Acción, tiene que considerarse desde dos perspectivas, las dos con el mismo peso específico pero por distintos motivos. Una de organizativa que, como ya hemos comentado, nos tiene que ayudar a concretar objetivos e indicadores y a la vez tiene que facilitar que determinada información llegue a todos los miembros de la organización y todo el mundo pueda conocer cuál es la dirección a seguir. La segunda perspectiva está relacionada con el cambio en el modelo de gestión, basado en la participación y en el marco del cual tiene que haber el espacio y las herramientas apropiadas para tratar las aportaciones procedentes de cualquier ámbito o persona, y en el que se fomente el autocontrol y la autonomía.

Las dos perspectivas nos tienen que ayudar a asentar las bases para la implantación de la gestión por procesos, que forma parte de los objetivos estratégicos de la organización y se inició hace dos años con el proceso quirúrgico. Mientras se

realiza el despliegue del resto de procesos, el Plan de Acción nos tiene que servir también para facilitar la coexistencia de los dos modelos organizativos.

Finalmente, nos tiene que servir también como herramienta de comunicación y difusión no solo de los objetivos institucionales, sino también de su seguimiento y de los resultados obtenidos durante el periodo. El resultado final en la recogida y seguimiento de los indicadores tiene que ser un cuadro de mando claro y conciso que se difunda entre todos los implicados con el nivel de información que corresponda.



## 3. Entorno

---

### Forma jurídica

El Hospital de Sant Celoni es una fundación privada sin ánimo de lucro sometida a la Ley de Fundaciones 4/2008 con las siguientes finalidades fundacionales:

- Prestación directa de atenciones sanitarias, en el sentido más amplio de esta expresión, comprendiendo, por lo tanto, la información, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.
- Acogida de ancianos, proporcionándoles residencia, atenciones sanitarias o de cualquier otro tipo.
- Acogida momentánea de personas que atraviesen una situación de necesidad física o psíquica.
- Colaboración a través de acuerdo o de concierto con el municipio de Sant Celoni y con otras administraciones públicas en todo aquello que se refiera a la salud pública y a la asistencia social.
- Las finalidades del Hospital se pueden extender a cualquier otra actividad que atañe los ámbitos de la sanidad y de la asistencia social.

El máximo órgano de gobierno es un patronato que delega la dirección y gestión de la Fundación en el Gerente y Equipo Directivo. El Patronato está compuesto por el Ayuntamiento, la Iglesia, el Juez de Paz del municipio y 2 entidades locales. El Ayuntamiento aporta al alcalde que es el que ostenta el cargo de Presidente de la Fundación y tres miembros más escogidos por él. Por parte de la Iglesia el obispo episcopal adjudica la Vicepresidencia en quien delegue y este aporta tres miembros más. El Juez de Paz también ostenta un cargo de patrón nato y, finalmente, entre los anteriores miembros se escogen dos representantes de entidades locales que sean representativas en el municipio por las actividades sociales que realicen.

## Situación y población de referencia

El Hospital de Sant Celoni se encuentra en el término municipal con el mismo nombre y está situado en un punto equidistante entre las ciudades de Barcelona y Girona a 50 kilómetros de cada una.

La autopista AP-7, la carretera C-35 y el ferrocarril (cercanías Barcelona y regionales de media distancia) forman parte de la red de comunicaciones del municipio la cual permite una correcta movilidad y accesibilidad tanto con transporte público como privado. Además posee una red de servicio de bus urbano e interurbano que la mantiene en contacto permanente con los alrededores.

La población de referencia que atiende es de unos 55.000 habitantes procedentes de 12 municipios que forman la sub-comarca del Baix Montseny que a su vez pertenece a la comarca del Vallés Oriental:



## Recursos estructurales

Los recursos estructurales de la fundación están repartidos entre tres edificios: el Hospital, donde se realiza toda la actividad de agudos y parte de la del sociosanitario; el centro sociosanitario Residència Verge del Puig, en el cual se realiza el resto de actividad sociosanitaria (larga estancia y hospital de día geriátrico), y el Centro Indalecio Losilla, que ofrece un servicio de acogida diurna para gente mayor con dependencias cognitivas y/o funcionales.

Concretamente, los recursos estructurales disponibles son:

<b>Hospital de Sant Celoni</b>	
	<p><b><u>Agudos</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 8 Boxes de Urgencias</li> <li>• 17 Consultorios</li> <li>• 47 Camas de agudos</li> <li>• 2 Camas de Hospital de Día de Agudos</li> <li>• 10 Plazas de Cirugía Mayor Ambulatoria</li> <li>• 2 Quirófanos</li> <li>• 1 Quirófano de Cirugía Menor</li> <li>• 1 Sala de Mamografía</li> <li>• 1 Sala de TAC</li> <li>• 2 Salas de Ecografía</li> <li>• 2 Salas de Radiología</li> </ul> <p><b><u>Sociosanitario</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 27 Camas de Larga Estancia</li> <li>• 9 Camas de Convalecencia</li> </ul>

### Centro Sociosanitario Verge del Puig



- 42 Camas de Larga Estancia
- 10 Plazas Hospital de Día
- 10 Plazas Hospital de Día Psicogeríatrics

### Centro Sociosanitario Verge del Puig



- 40 Plazas Hospital de Día

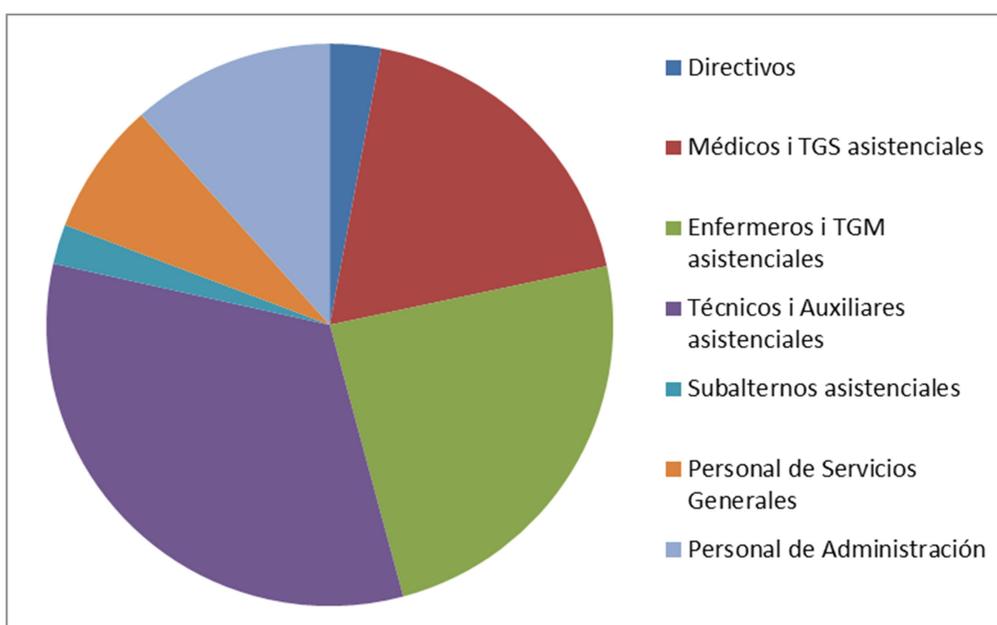
## Recursos Humanos

El gasto de personal anual representa cerca del 70% del gasto total del Hospital.

El 90% de los recursos humanos empleados para la realización de la actividad que se presta en los tres centros proceden de la plantilla propia vinculada a la Fundación mediante una relación contractual según se establece en el convenio del SISCAT. El 10% restante proceden de convenios de colaboración realizados con los centros hospitalarios de referencia con los cuales se establecen alianzas estratégicas para el intercambio de profesionales para la realización de actividades de determinadas especialidades. El personal de lavandería, cocina y limpieza, no incluido en los puntos anteriores, procede de las empresas de servicios subcontratadas por el Hospital,

La distribución de la plantilla según las categorías profesionales en el 2016 es:

	N.	%
<b>Directivos</b>	<b>7</b>	<b>3%</b>
<b>Médicos i TGS asistenciales</b>	<b>44,82</b>	<b>19%</b>
<b>Enfermeros i TGM asistenciales</b>	<b>57,87</b>	<b>24%</b>
<b>Técnicos i Auxiliares asistenciales</b>	<b>78,22</b>	<b>33%</b>
<b>Subalternos asistenciales</b>	<b>5,47</b>	<b>2%</b>
<b>Personal de Servicios Generales</b>	<b>18,27</b>	<b>8%</b>
<b>Personal de Administración</b>	<b>27,72</b>	<b>12%</b>
<b>Total</b>	<b>239,37</b>	

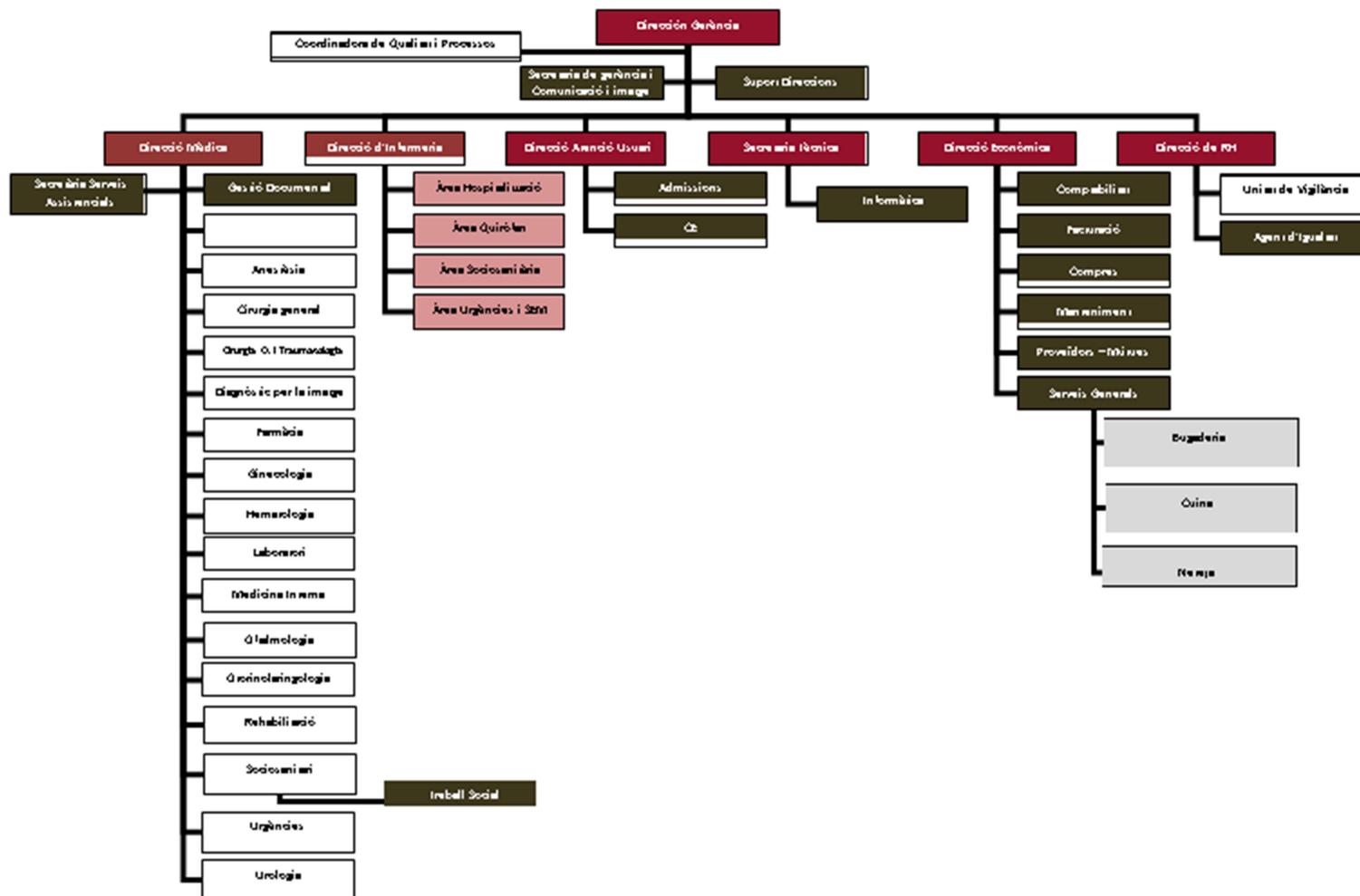


El organigrama actual responde a una estructura totalmente vertical pero, precisamente, uno de los objetivos del Plan de Acción es evolucionarlo hacia un modelo más transversal en el cual los procesos tengan un peso especial. Para el periodo de transición se prevé uno de intermedio que, más o menos, encaje con el despliegue progresivo de los procesos.

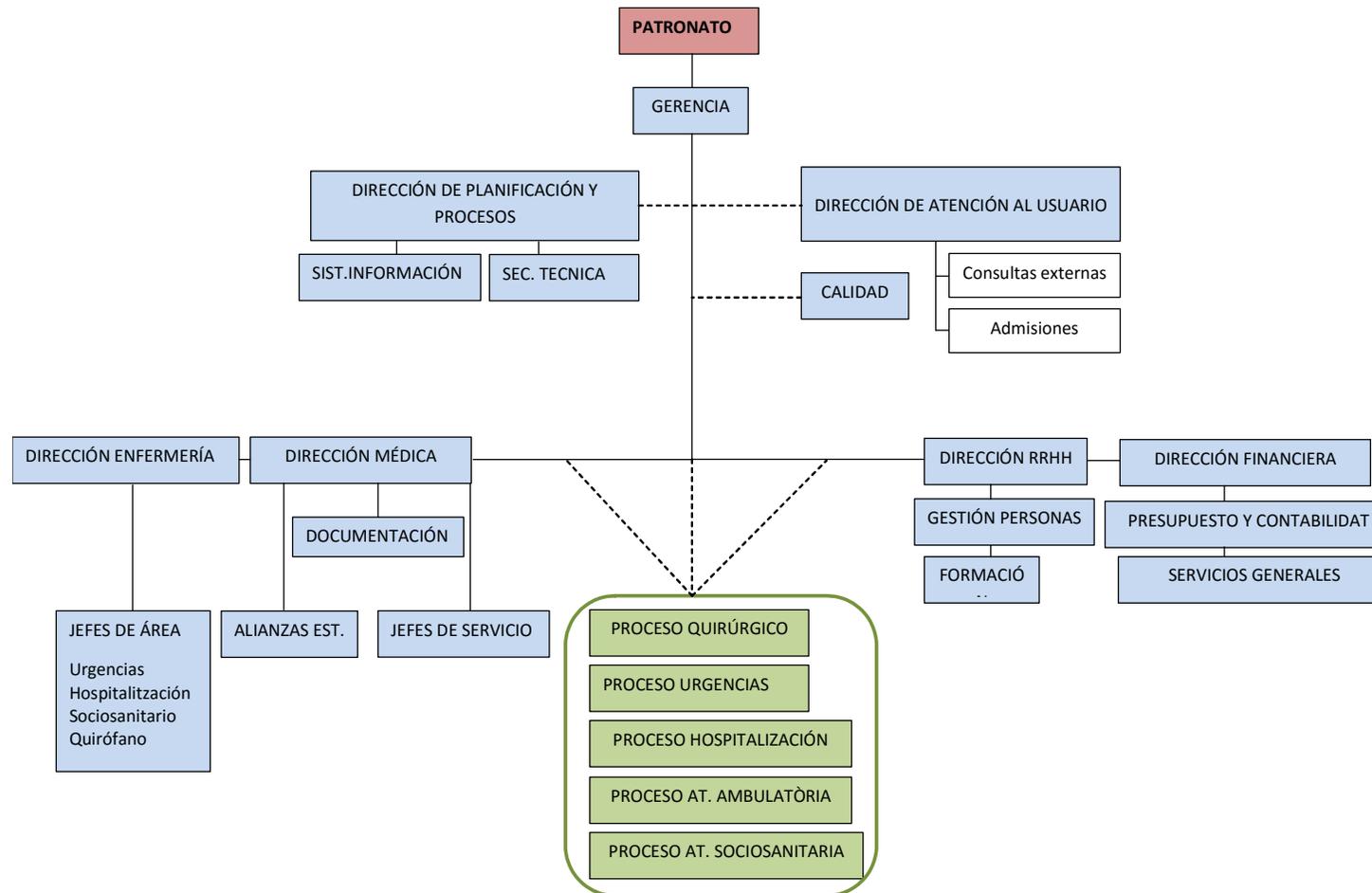
Tenemos que tener en cuenta que el cambio hacia la gestión por procesos se ha iniciado con el proceso quirúrgico (en funcionamiento desde el 2016), continuará en breve por el de urgencias y en tres años se prevé incluir el ambulatorio y el de hospitalización.

El organigrama inicial es:

Plan de acción para el despliegue de los objetivos estratégicos. Hacia un nuevo modelo de gestión



El organigrama para el periodo de transición será:



## Financiación

El 80% de la financiación procede del Servei Català de la Salut (CatSalut) que es la entidad en la que el Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya delega la compra y la provisión de los servicios de salud.

Los compromisos de compra se realizan a través de contratos programa entre el CatSalut y los distintos proveedores. Cada centro negocia a título individual y los contratos se revisan con una periodicidad anual teniendo en cuenta las necesidades de salud del momento, los recursos disponibles por el proveedor y las posibilidades presupuestarias del ejercicio.

El 20% restante de financiación procede de las mutuas de accidentes laborales y de tránsito, las aseguradoras libres y las actividades privadas.

## 4. Marco teórico

---

Hemos explicado en la justificación que el Plan de Acción nace de la necesidad de operativizar los objetivos de la organización en el marco de un Plan Estratégico que, si bien requiere de una profunda revisión y actualización, debería de ser la base sobre la cual se desarrollan las distintas actividades que se llevan a cabo en la Fundación.

La misión, la visión y los valores constituyen el pilar de cualquier organización y son la esencia que debe estar presente en todas las actuaciones que se realizan.

Por ello pensamos que los tres conceptos debían ser, sin lugar a dudas, el marco teórico sobre el cual construir el Plan de Acción.

Tanto es así que una de las acciones preliminares que hicimos antes de empezarlo fue revisar las definiciones que teníamos para cada uno y el resultado fue una modificación para simplificarlos y adaptarlos a la situación actual.

### Misión

Ser la organización de referencia en servicios de salud especializada y social de calidad del Baix Montseny.

### Visión

Liderar la atención sanitaria y social del Baix Montseny como unos servicios de calidad, anticipándonos a las necesidades de nuestra población de referencia, a través de la gestión de los recursos asistenciales y económicos de forma innovadora, eficiente y sostenible, en un Lugar atractivo para trabajar con motivación y compromiso.

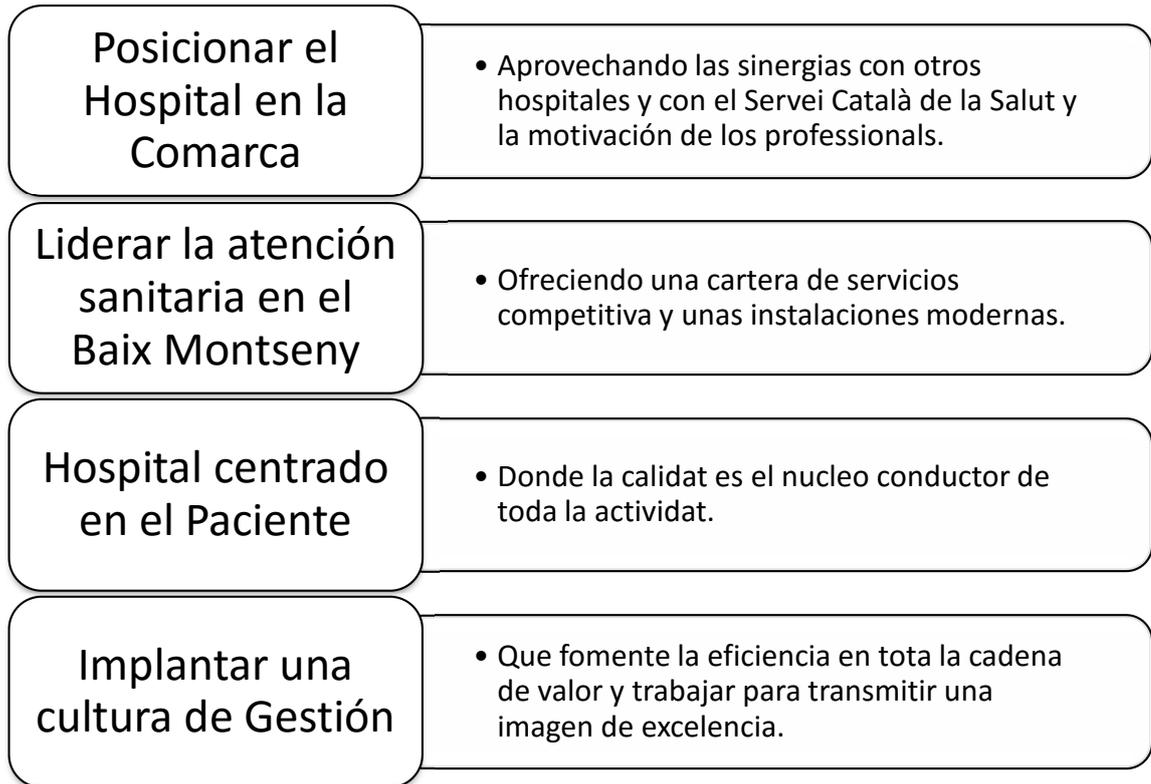
### Valores

- Orientación centrada en las personas: un hospital accesible, de confianza y priorizando la atención en el propio domicilio.
- Profesionalidad: un hospital que fomenta la calidad asistencial, la formación continua, el trabajo en equipo, el intercambio de conocimiento y las alianzas.

- Responsabilidad social: un hospital comprometido e identificado con la comunidad y el medio ambiente.

## Líneas estratégicas

De lo anterior derivan 4 líneas estratégicas que resumimos a continuación:



## 5. Fases del proyecto

---

- 1- Elaboración del documento por parte de la Dirección Médica y la Secretaria Técnica.
  - 2- Presentación al Consejo de Dirección.
  - 3- Revisión y actualización si procede.
  - 4- Aprobación por parte del Consejo de Dirección.
  - 5- Presentación al Patronato.
  - 6- Revisión y actualización si procede.
  - 7- Aprobación por parte del Patronato.
  - 8- Presentación a los mandos intermedios.
  - 9- Revisión y actualización si procede.
  - 10- Presentación al resto de personal y primera sesión de trabajo en grupo. Proyecto, objetivos generales y propuesta de objetivos específicos. Tantas sesiones como grupos.
  - 11- Segunda sesión de trabajo en grupo: revisión y actualización de objetivos específicos, si procede, propuesta de acciones para conseguirlos y de indicadores consensuados por ambas partes. Tantas sesiones como grupos.
  - 12- Revisión de las propuestas por parte del Consejo de Dirección.
  - 13- Tercera sesión de trabajo en grupo: validación o discusión de las propuestas y de las modificaciones realizadas por parte del Consejo de Dirección.
    - a. Si hay acuerdo se calendarizan las próximas sesiones para revisar el estado de la implantación de las acciones acordadas, los indicadores y definir medidas correctivas en caso de desviación de los resultados.
    - b. Si no hay acuerdo, se recogen las propuestas de ambas partes para volver a revisar y/o discutir y se busca una nueva fecha.
- Se realizarán tantas sesiones como grupos y como revisiones se requieran.
- 14- Elaboración del cuadro de mando y establecimiento de las sesiones de seguimiento.

15- Seguimientos periódicos para la revisión de los resultados, de la adecuación de las acciones acordadas y del sentido de los objetivos.

## 6. Metodología empleada

---

### Participantes

Ya hemos comentados en apartados anteriores que la base del proyecto es la participación; para que tenga sentido es necesario que colabore el máximo número de trabajadores posibles y que, como mínimo, estén representados todos los grupos profesionales.

Una vez el proyecto tenga la aprobación del Patronato y del Consejo de Dirección, se presentará a los mandos intermedios y después se trabajará por colectivos mediante sesiones de trabajo. Estas sesiones se realizarán, en la medida de lo posible, en horario laboral y se procurará que asistan todos los integrantes. Serán conducidas conjuntamente por el Mando Intermedio correspondiente (o en su defecto el Director o responsable de área) y el Director Médico y la Secretaria Técnica. Estos dos últimos van a estar presentes en todas las sesiones de todos los grupos para garantizar que se transmiten los contenidos acordados y se trabaja según la metodología pactada. Además al participar en todas las sesiones tendrán una visión muy global del desarrollo del proyecto y le darán consistencia institucional porque, a través de ellos, la Dirección participará de manera activa en él. Serán los responsables de transmitir al Gerente y al resto de la Dirección las acciones y objetivos acordados y el seguimiento de los indicadores. Actuarán, pues, como interlocutores entre la Dirección/Gerencia y el resto de personal y deberán negociar con ambas partes los cambios a implantar a partir de las acciones para la consecución de los objetivos.

Los grupos de trabajo, inicialmente, se agruparán por colectivos o categorías profesionales. No nos parece la agrupación más adecuada porque estos grupos no trabajan de manera aislada sino que interactúan con el resto de grupos con los cuales compartirán objetivos o de los que dependerá de si las acciones acordadas consiguen los resultados esperados o no. Además esta división rompe con la filosofía del trabajo

por procesos. La idea es ir modificando la composición de los grupos en función a cómo vaya evolucionando la implantación de los procesos pero, de momento, optamos por la agrupación natural de la organización. Hacerlo de otro modo pensamos que complicará la ejecución del modelo porque la organización en general no está lo suficientemente madura. Así pues, de momento, los grupos van a ser:

- **Médicos**

Se agrupan por servicios. En el caso de servicios en los que los profesionales sean consultores, a través de las alianzas estratégicas u otros, será la Dirección Médica quién, en caso necesario, establecerá las acciones a realizar.

Si se estima conveniente y los objetivos lo permiten, se podrán agrupar servicios.

- **Enfermería**

Se agrupan por áreas y se incluye a todo el personal de enfermería: diplomados/as, auxiliares, técnicos y celadores. Las áreas son: quirúrgica, hospitalización de agudos, hospitalización del socio-sanitario y urgencias. Dado que son grupos muy numerosos y que en algunos de ellos los turnos dificultarán las sesiones grupales, cuando sea conveniente, se harán subgrupos dentro de cada área. El jefe de área será el encargado de unificar las propuestas y darlas a compartir entre el resto de profesionales del área.

- **Resto de profesionales**

Se agrupan por direcciones: Atención al Usuario (que engloba consultas externas y admisiones), Recursos Humanos, Dirección Económica y Secretaria Técnica. Inicialmente los miembros de una misma dirección trabajarán en el mismo grupo porque tienen objetivos, en mayor o menor grado, compartidos.

## Sesiones de trabajo

Como hemos visto en el apartado de las fases, una vez el proyecto tenga la aprobación del Patronato y del Consejo de Dirección y se haya presentado a los mandos intermedios se realizarán tres sesiones iniciales de trabajo en las que se presentará y se establecerán los objetivos, acciones e indicadores. Con ello el proyecto

debe quedar implantado y, a partir de aquí, se agendarán las sesiones de seguimiento periódicas.

Las sesiones se realizarán por los grupos descritos en el apartado de *Participantes* y serán conducidas por el responsable del área, la Secretaria Técnica y el Director Médico. Para su desarrollo se pueden utilizar dinámicas de grupo similares a la tormenta de ideas.

- **Primera sesión**

Presentación del proyecto en la cual se explicará en qué consiste, finalidad, el método de trabajo y se facilitará la información institucional básica para empezar a trabajar: misión, visión, valores y objetivos generales. Aunque esta documentación básica es sobre la cual hay que ir construyendo el proyecto y, por lo tanto, es difícil de modificar su contenido, es necesario que todo el mundo la entienda como tal y, en el caso de que alguien presente alguna objeción debidamente razonada, se llevará al Consejo de Dirección para su valoración y, en caso necesario se planteará al Patronato.

Se recogerán ya las propuestas de objetivos específicos y se dejarán unos días para que el grupo reflexiones sobre estos y piense en acciones para conseguirlos.

- **Segunda sesión**

Revisión y actualización de los objetivos específicos y propuestas de acciones necesarias para conseguirlos. Las acciones tienen que ir acompañadas de los indicadores correspondientes para poder medir su eficacia o no. En el caso de medidas de continuidad solo se buscarán los indicadores. Si los grupos no aportan propuestas, la Dirección puede establecerlas.

En cualquier caso, los indicadores deben estar consensuados por todas las partes, tanto en lo relacionado en su definición y obtención, como en los resultados objetivo. Este punto merece una especial atención porque los resultados son los que nos van a proporcionar la información sobre si estamos consiguiendo o no los objetivos y, por lo tanto es muy importante que, en primer lugar, que realmente se puedan obtener de manera fiable y objetiva y, en segundo lugar, que los resultados objetivos tengan sentido y sean coherentes. Para ello es necesario que todos los participantes

entiendan muy bien cómo se obtienen y cómo repercuten y que los analicen desde su perspectiva para poder detectar artefactos a tener en cuenta. Por ejemplo, si fijamos un objetivo relacionado con el gasto de exploraciones complementarias de los pacientes ingresados, aparte de tener en cuenta los ratios de actividad, también tenemos que saber si la complejidad de los pacientes del periodo valorado es la misma o no, si ha surgido alguna técnica diagnóstica que nos aumenta una partida pero nos disminuye otra, si es menos agresiva para el paciente, si nos da un diagnóstico más fiable, etc. Para llegar a este punto de detalle es imprescindible que todos los implicados realicen sus aportaciones.

Todo lo acordado hasta el momento se presentará al Consejo de Dirección para su aprobación o modificación.

- **Tercera sesión**

Validación o discusión de las propuestas y de las modificaciones realizadas por parte del Consejo de Dirección.

- Si hay acuerdo se calendarizan las próximas sesiones para revisar el estado de la implantación de las acciones acordadas, los indicadores y definir medidas correctivas en caso de desviación de los resultados.
- Si no hay acuerdo, se recogen las propuestas de ambas partes para volver a revisar y/o discutir y se busca una nueva fecha.

En el momento en que queden definidas las acciones y los indicadores se establecerán las pautas de seguimiento que deben incluir la periodicidad de las revisiones y los criterios de actuación ante las posibles desviaciones que pueda haber en los resultados que serán, básicamente, el establecimiento de medidas correctoras y su posterior evaluación.

- **Siguientes sesiones**

Se han acordado un mínimo de dos sesiones anuales para ver resultados del primer semestre y del total anual. Si es posible o, por el motivo que sea, se requiere, se realizarán sesiones intermedias.

La finalidad de estas sesiones es:

- Presentación de los resultados a partir del cuadro de mando (lo veremos más adelante).
- Análisis de las diferencias entre los resultados y los objetivos y a partir de este:
  - Concretar acciones de mejora para la corrección
  - Ajustar los valores de los objetivos esperados si procede
  - Ajustar indicadores
  - Análisis de las acciones implantadas para su consecución y ajustarlas en función de los resultados.
- Analizar la congruencia y sentido de los objetivos específicos en relación a los generales y modificarlos, eliminarlos o añadir de nuevos si así se estima oportuno.
- Valoración general del proyecto y recogida y discusión de nuevas aportaciones

## 7. Objetivos institucionales

---

En el marco teórico, cuando hemos hablado de la misión, la visión, los valores y las líneas estratégicas hemos visto cuales son las bases sobre las cuales se apoya el proyecto que, a su vez, deberían ser el fundamento del Plan Estratégico de la organización. Pero también hemos visto que dicho plan requiere de una actualización y revisión para la cual no disponemos de suficientes recursos en el corto plazo. Es por ello que, alineados con todo lo anterior, se establecen cuatro objetivos generales a los cuales se tendrán que vincular los específicos de las áreas o servicios.

### 1. Cumplimiento del contrato con el CatSalut

El CatSalut es el quién financia el 80% de nuestros ingresos por lo tanto es determinante para garantizar la continuidad y la viabilidad del centro. Es imprescindible realizar toda la actividad contratada para obtener los máximos ingresos posibles por esta vía.

Para ello se ha repartido la actividad contratada en cada una de las líneas de servicio entre los servicios médicos que la realizan. A partir de aquí cada servicio será responsable de realizar las actuaciones necesarias para conseguir el objetivo.

Para el reparto se han tenido en cuenta las principales líneas del contrato y se ha adjudicado la actividad al servicio responsable de llevarla a término. En el caso de actividades que están compartidas entre distintos servicios (como en el caso de las altas hospitalarias), se repartirán entre todos los servicios implicados según los criterios acordados.

#### Criterios de distribución del contrato CatSalut

Dado que durante el periodo 2015/2016 se realizaron análisis de eficiencia de los servicios que concentran la mayor cantidad de actividad y que, en función de los resultados obtenidos, se llevaron a cabo algunos ajustes en la dotación de recursos humanos, el punto de partida en la mayoría de las líneas es la proyección de cierre del 2016 con los datos de septiembre. En el caso de las altas quirúrgicas hay un

incremento del 5% correspondiente a la aplicación de algunas medidas de eficiencia implantadas en el transcurso del 2016, en el marco del proceso quirúrgico, los efectos de las cuales, a partir del 2017, impactaran durante todo el año.

En el área de urgencias, además del número de visitas, se establecerá como objetivo un mínimo de urgencias de más de 16 horas con las actuaciones administrativas y de registro necesarias para ser consideradas altas hospitalarias (representan unos 250.000€), y uno de urgencias con destino a hospital a domicilio. En el primer caso se fija el número según la proyección del 2016 y en el segundo se fija en 120 casos.

## **2. Listas de espera según requerimientos del CatSalut**

Se fijarán los plazos máximos de demora para los procedimientos quirúrgicos, las primeras visitas y algunas pruebas diagnósticas.

Pensamos que es importante incluir este objetivo en el grupo de generales, básicamente, por tres motivos:

- 1- El 5% del contrato con el CatSalut es un variable sujeto al cumplimiento de determinados objetivos parte de los cuales están directamente relacionados con las listas de espera.
- 2- Este objetivo permite acciones en distintos ámbitos (servicios médicos, admisiones, sistemas de información, auxiliares de consultas, etc.) cuya eficacia reside en la colaboración de los distintos grupos que se resume con un trabajo multidisciplinar.
- 3- La correcta gestión de las listas de espera debe ser una prioridad en cualquier organización sanitaria ya que son un factor clave en la accesibilidad a los servicios.

## **3. Cumplimiento del presupuesto**

En todas las áreas se pide el cumplimiento del presupuesto de recursos humanos que habrá acordado la Dirección de Recursos Humanos con los mandos correspondientes y se habrá aprobado por la Dirección. El punto de partida será el

gasto del periodo anterior y se incluirán los cambios previstos más el porcentaje acordado de siniestralidad.

En las áreas asistenciales también se hará el seguimiento de los gastos directos relativos a la medicación, exploraciones complementarias, prótesis y consumos de material fungible.

En el medio plazo tenemos previsto trabajar con presupuestos asignados a los servicios/áreas que se seguirán a partir de las cuentas de explotación propias.

#### **4. Calidad y Seguridad del paciente**

Aquí solo se trata de mantener las acciones, seguimientos y valoraciones que se están realizando actualmente. La Acreditación Hospitalaria y los ítems de control en Seguridad del Paciente son de obligado cumplimiento para cualquier establecimiento sanitario en Catalunya.

El Plan de Acción, en este sentido, nos tiene que ayudar a ordenar su registro y evaluación, a definir valores que nos dirijan hacia la mejora continua y a difundir los resultados entre todos los miembros de la organización.

## 8. Objetivos, acciones e indicadores por áreas

---

### Ficha de recogida

Cada uno de los objetivos se recogerá en la siguiente ficha:

<b>Objetivo general:</b>	
<b>Objetivo específico:</b>	
<b>Código:</b>	<b>Código área + n. Objetivo general + n. Objetivo específico (correlativo)</b>
<b>Descripción:</b>	
<b>Acciones:</b>	
<b>Indicador/s:</b>	<b>Nombre:</b> <b>Código/s:</b> <b>Obtención:</b> <b>Fuente:</b> <b>Valor objetivo:</b>
<b>Seguimiento:</b>	<b>Periodicidad:</b> <b>Difusión:</b>
<b>Observaciones:</b>	

Los campos son:

- **Objetivo general**

Al que hace referencia:

- 1- Cumplimiento del contrato con el CatSalut
- 2- Listas de espera según requerimientos del CatSalut
- 3- Cumplimiento del presupuesto
- 4- Calidad y Seguridad del Paciente

- **Objetivo específico**

Nombre del objetivo específico acordado.

- **Código**

El código estará compuesto de tres partes:

- 1- Los tres primeros dígitos de la primera corresponden al código del área a la cual pertenecen que pueden ser:

**Plan de acción para el despliegue de los objetivos  
estratégicos. Hacia un nuevo modelo de gestión**

Nombre del área	Código
Gerencia	GER
Dirección Médica	DM
Servicio de Traumatología	STR
Servicio de Cirugía	SCI
Servicio de Medicina Interna	SMI
Servicio de Oftalmología	SOF
Servicio de Ginecología	SGI
Servicio de Anestesiología	SAN
Servicio de Rehabilitación	RHB
Servicio de Radiología	SRA
Servicio de Urología	SUR
Servicio de Otorrinolaringología	SOR
Servicio de Urgencias	SUC
Servicio Sociosanitario	SSS
Dirección de Enfermería	DI
Área de Urgencias	AUR
Área de Hospitalización de Agudos	AHA
Área de Hospitalización Sociosanitaria	AHS
Área quirúrgica	AQU
Dirección de Atención al Usuario-CE	UCE
Dirección de Atención al Usuari-CE	UAD
Dirección de Recursos Humanos	DRH

- 2- La segunda parte será un número del 1 al 4 según el objetivo general con el que esté relacionado.
- 3- La tercera parte corresponderá a la numeración correlativa según el número de objetivos del área y objetivo general.

Por ejemplo el primer objetivo específico dentro de los del grupo de cumplimiento del contrato del servicio de cirugía será: CIR.1.1

Con el código podremos saber de qué área o servicio es, a que objetivo general hace referencia y cuantos objetivos específicos se han definido.

Este código nos viene muy bien para la recogida de datos y la explotación de estos en el cuadro de mando.

- **Descripción**

Breve descripción de en qué consiste el objetivo.

- **Acciones**

Acciones que se llevarán a término para su consecución.

- **Indicador/es**

En este apartado se asignará un código distinto a cada uno de los indicadores utilizados para medir los resultados. Diferenciamos:

- Nombre del indicador: si hay más de uno los enumeraremos uno detrás del otro.
- Código: coincidirá con el código del objetivo más un cuarto dígito correlativo para referirnos al número de indicador para un mismo objetivo. Ejemplo: si par el objetivo CIR.1.1 utilizamos dos indicadores serán: CIR.1.1.1 y CIR.1.1.2.

- **Seguimiento**

- Periodicidad en la que se va a medir: mensual, trimestral, semestral, anual, etc.
- Difusión: a quién mostraremos los resultados.

- **Observaciones**

Campo libre para anotar comentarios de interés o a tener en cuenta.

## **Cuadro de mando**

El cuadro de mando es la herramienta que nos permitirá realizar el seguimiento de los objetivos pactados.

Para cada uno de los indicadores se hará constar: el nombre, el código, el objetivo al cual pertenecen, el valor obtenido en el periodo anterior, el valor objetivo para el periodo en curso, el valor real en la fecha de corte, el valor objetivo para la fecha de corte, la diferencia entre ambos en valor absoluto y porcentaje, el valor para la fecha de corte en el periodo anterior y la diferencia entre este último y el valor real en valor absoluto y porcentaje.

La recogida de datos se centralizará en la Secretaria Técnica que será quién los registrará en el cuadro de mando.

Cada vez que se obtengan los datos de un periodo, primero se presentarán al Consejo de Dirección y después al grupo de trabajo en una sesión de seguimiento y según la periodicidad estipulada.

**Plan de acción para el despliegue de los objetivos estratégicos. Hacia un nuevo modelo de gestión**

Un ejemplo del cuadro de mando con los objetivos e indicadores para el servicio de Medicina Interna puede ser:

Servicio/ Área	Objetivo		Indicador			Seguimiento periodo: acumulado MARZO 2017								
	Código	Descripción	Código	Nombre	Valor 2016	Objetivo 2017	Real 2017	Objetivo periodo 2017	Diferencia		Real 2016	Diferencia		Periodicidad
									N.	%		N.	%	
SMI	SMI.1.1	Cumplimiento de actividad	SMI.1.1.1	Altas hospitalització	1.193	1.193	302	298	3,8	1 %	298	3,8	1 %	Trimestral
SMI	SMI.1.1	Cumplimiento de actividad	SMI.1.1.2	Altas MEP-MINTE	93	93	27	23	3,8	16 %	23	3,8	16 %	Trimestral
SMI	SMI.1.1	Cumplimiento de actividad	SMI.1.1.3	Altas hospital a domicili	134	134	36	34	2,5	7 %	34	2,5	7 %	Trimestral
SMI	SMI.1.1	Cumplimiento de actividad	SMI.1.1.4	Total altas	1.420	1.420	365	355	10,0	3 %	355	10,0	3 %	Trimestral
SMI	SMI.1.1	Cumplimiento de actividad	SMI.1.1.5	Ecocardio	967	967	250	242	8,3	3 %	242	8,3	3 %	Trimestral
SMI	SMI.1.1	Cumplimiento de actividad	SMI.1.1.6	Endoscòpia	1.294	1.294	298	324	-25,5	-8 %	324	-25,5	-8 %	Trimestral
SMI	SMI.1.1	Cumplimiento de actividad	SMI.1.1.7	Hdía-Cardio	116	116	32	29	3,0	10 %	29	3,0	10 %	Trimestral
SMI	SMI.1.1	Cumplimiento de actividad	SMI.1.1.8	Hdía-Endocrino	231	231	60	58	2,3	4 %	58	2,3	4 %	Trimestral
SMI	SMI.1.1	Cumplimiento de actividad	SMI.1.1.9	Hdía-Gastro	34	34	11	9	2,5	29 %	9	2,5	29 %	Trimestral
SMI	SMI.1.1	Cumplimiento de actividad	SMI.1.1.10	Hdía-Minte	616	616	136	154	-18,0	-12 %	154	-18,0	-12 %	Trimestral
SMI	SMI.1.1	Cumplimiento de actividad	SMI.1.1.11	Hdía-MC	187	187	58	47	11,3	24 %	47	11,3	24 %	Trimestral
SMI	SMI.1.1	Cumplimiento de actividad	SMI.1.1.12	Hdía-Pneumo	68	68	21	17	4,0	24 %	17	4,0	24 %	Trimestral
SMI	SMI.2.1	Días de demora para primera visita	SMI.2.1.1	Medicina interna	37	< 90	42	40	2,0	5 %	37	5,0	14 %	Trimestral
SMI	SMI.2.1	Días de demora para primera visita	SMI.2.1.2	Cardiología	98	< 90	107	90	17,0	19 %	98	9,0	9 %	Trimestral
SMI	SMI.2.1	Días de demora para primera visita	SMI.2.1.3	Endocrinología	152	< 90	146	90	56,0	62 %	152	-6,0	-4 %	Trimestral
SMI	SMI.2.1	Días de demora para primera visita	SMI.2.1.4	Digestología	79	< 90	65	90	-25,0	-28 %	79	-14,0	-18 %	Trimestral
SMI	SMI.2.1	Días de demora para primera visita	SMI.2.1.5	Pneumología	109	< 90	125	90	35,0	39 %	109	16,0	15 %	Trimestral
SMI	SMI.2.1	Días de demora para primera visita	SMI.2.1.6	Neurología	150	< 90	180	90	90,0	100 %	150	30,0	20 %	Trimestral
SMI	SMI.2.1	Días de demora para primera visita	SMI.2.1.7	Reumatología	103	< 90	175	90	85,0	94 %	103	72,0	70 %	Trimestral
SMI	SMI.2.1	Días de demora para primera visita	SMI.2.1.8	Hematología	82	< 90	75	90	-15,0	-17 %	82	-7,0	-9 %	Trimestral
SMI	SMI.2.1	Días de demora para primera visita	SMI.2.1.9	Oncología	13	< 90	18	20	-2,0	-10 %	13	5,0	38 %	Trimestral
SMI	SMI.3.1	Cumplimiento del presupuesto de RRHH	SMI.3.1.1	Seguimiento presupuesto RRHH	704.521,59	704.521,59	175.289,00	176.130,4	-841,4	-0 %	176.130,4	-841,4	-0 %	Trimestral
SMI	SMI.3.2	Disminuir el gasto de laboratorio	SMI.3.2.1	Ratio CE Minte	7,30	6,94	7,77	6,94	0,8	12 %	7,3	0,5	6 %	Trimestral
SMI	SMI.3.2	Disminuir el gasto de laboratorio	SMI.3.2.2	Ratio Hospital de día	2,73	2,59	2,34	2,59	-0,3	-10 %	2,73	-0,4	-14 %	Trimestral
SMI	SMI.3.2	Disminuir el gasto de laboratorio	SMI.3.2.3	Ratio Hospitalización convencional	2,56	2,43	2,68	2,43	0,2	10 %	2,56	0,1	5 %	Trimestral
SMI	SMI.3.2	Disminuir el gasto de laboratorio	SMI.3.2.4	Ratio hospital a domicilio	0,22	0,21	0,38	0,21	0,2	82 %	0,22	0,2	73 %	Trimestral
SMI	SMI.3.2	Disminuir el gasto de laboratorio	SMI.3.2.5	Ratio CE endocrino	4,43	4,21	4,75	4,21	0,5	13 %	4,43	0,3	7 %	Trimestral
SMI	SMI.3.2	Disminuir el gasto de laboratorio	SMI.3.2.6	Ratio CE Cardio	0,99	0,94	0,92	0,94	-0,0	-2 %	0,99	-0,1	-7 %	Trimestral
SMI	SMI.3.2	Disminuir el gasto de laboratorio	SMI.3.2.7	Ratio CE Digestología	4,75	4,51	5,35	4,51	0,8	19 %	4,75	0,6	13 %	Trimestral
SMI	SMI.3.2	Disminuir el gasto de laboratorio	SMI.3.2.8	Ratio CE Reumatología	11,64	11,06	11,26	11,06	0,2	2 %	11,64	-0,4	-3 %	Trimestral
SMI	SMI.3.2	Disminuir el gasto de laboratorio	SMI.3.2.9	Ratio CE Pneumología	0,31	0,29	0,24	0,29	-0,1	-19 %	0,31	-0,1	-23 %	Trimestral
SMI	SMI.3.2	Disminuir el gasto de laboratorio	SMI.3.2.10	Ratio CE Neurología	1,82	1,73	2,1	1,73	0,4	21 %	1,82	0,3	15 %	Trimestral
SMI	SMI.3.3	Adecuación en la solicitud de TC	SMI.3.3.1	% d'adequación	no disponible	>85%			0,0	#¡DIV/0!		0,0	#¡DIV/0!	Trimestral
SMI	SMI.4.1	Disminuir los reingresos HPOC <30 días	SMI.4.1.1	% reingresos HPOC	16,30	<8,7	10,2	8,70	1,5	17 %	15,9	-5,7	-36 %	Quadrimestral

## 9. Plan operativo

---

El proyecto empezó a definirse durante el segundo semestre del 2016. En junio de este año se presentó y aprobó por el Consejo de Dirección y a partir de aquí empezó el despliegue. El cronograma operativo llevado a cabo hasta el momento y el previsto, es el siguiente:

Hecho
Previsto

**Plan de acción para el despliegue de los objetivos  
estratégicos. Hacia un nuevo modelo de gestión**

Fecha	Sesión	Acción
07/10/2016	1	Presentación Jefes de Servicio
07/11/2016	1-2	Presentación y recogida áreas de Dirección Económica
07/11/2016	1	Presentación Secretaria Técnica y Sistemas de Información
10/11/2016	1	Presentación Jefes de Área de Enfermería
11/11/2016	1	Presentación secretarías
11/11/2016	1-2	Presentación y recogida admisiones
16/11/2016	1	Presentación Junta Patronato
23/11/2016	1	Presentación sesiones plenarias
30/11/2016	1	Presentación medicina interna
02/12/2016	2	Recogida Jefes de Área de Enfermería
Novembre 16	1-2	Presentación y recogida urgencias
Novembre 16	1-2	Presentación y recogida urgencias
Novembre 16	1-2	Presentación y recogida urgencias enfermería
Novembre 16	1-2	Presentación y recogida urgencias enfermería
Novembre 16	1-2	Presentación y recogida urgencias enfermería
Novembre 16	1-2	Presentación y recogida urgencias enfermería
Novembre 16	1-2	Presentación y recogida radiología
Novembre 16	1-2	Presentación y recogida enfermería sociosanitari HSC
Novembre 16	1-2	Presentación y recogida quirófano
Novembre 16	1-2	Presentación y recogida quirófano
Novembre 16	1-2	Presentación y recogida hospitalización enfermería
Novembre 16	1-2	Presentación y recogida hospitalización enfermería
Novembre 16	1-2	Presentación y recogida hospitalización enfermería

**Plan de acción para el despliegue de los objetivos  
estratégicos. Hacia un nuevo modelo de gestión**

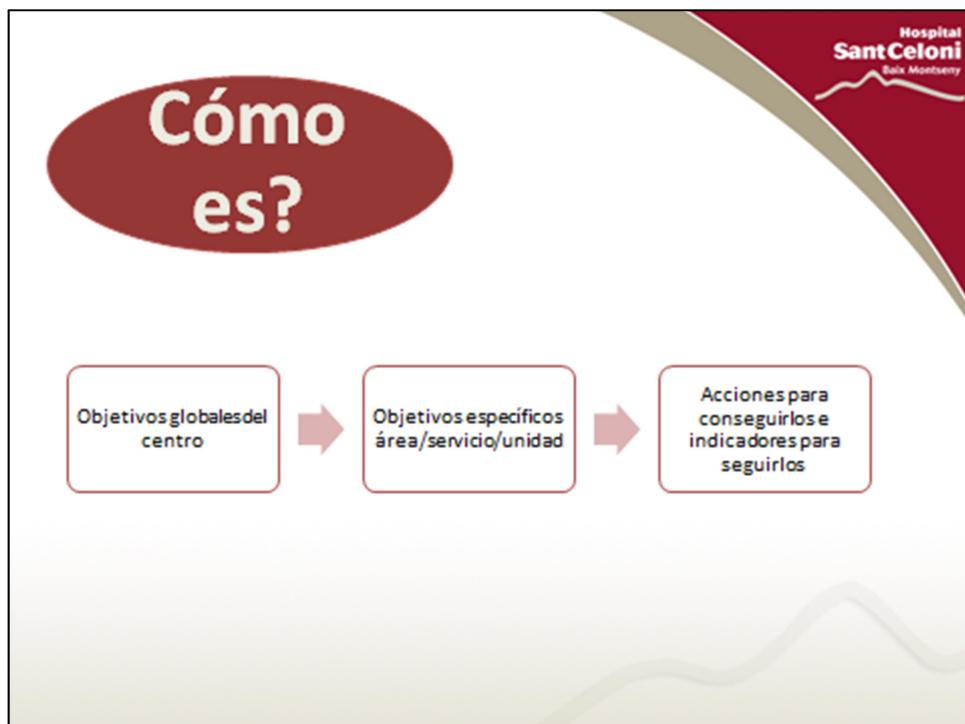
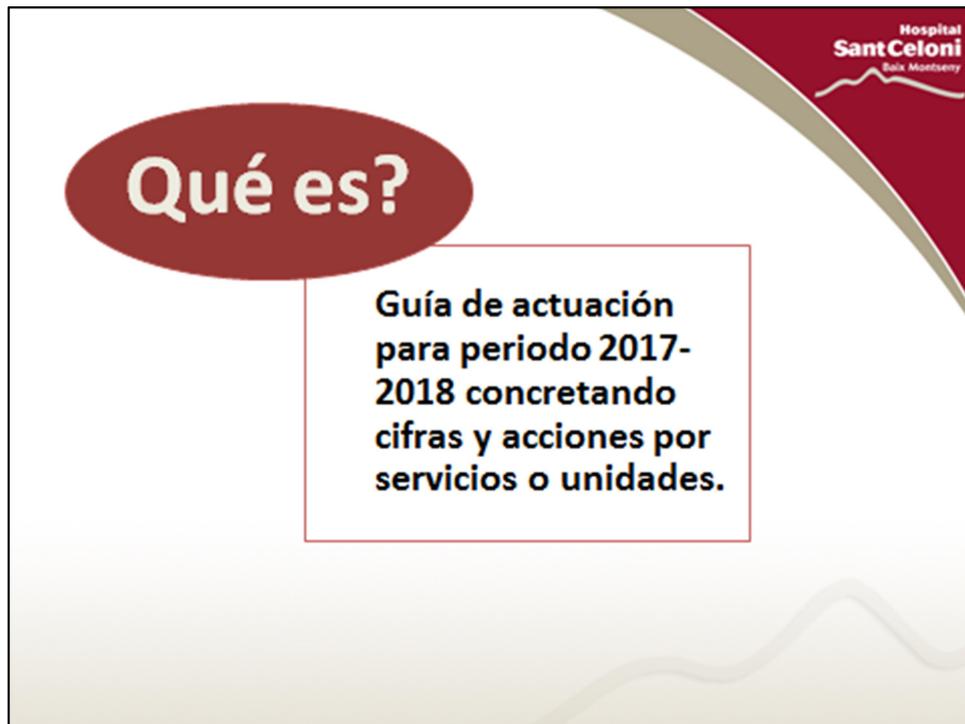
<b>Fecha</b>	<b>Sesión</b>	<b>Acción</b>
<b>18/01/2017</b>	<b>2</b>	<b>Jefe de Área hospitalización lo presenta en la reunión de Área. Diferentes sesiones</b>
<b>Febrer-març 2017</b>		<b>Fijación de los objectius 2017-2018</b>
<b>8/5/2017</b>	<b>3</b>	<b>Presentación de los objetivos acordados-Radiología</b>
<b>10/05/2017</b>	<b>1-2</b>	<b>Presentación y recogida Traumatología</b>
<b>10/05/2017</b>	<b>3</b>	<b>Presentación de los objetivos acordados-Dirección económica y dirección de RRHH</b>
<b>11/05/2017</b>	<b>3</b>	<b>Presentación de los objetivos acordados-Consultas externas</b>
<b>12/05/2017</b>	<b>3</b>	<b>Presentación de los objetivos acordados-Medicina Interna</b>
<b>16/05/2017</b>	<b>3</b>	<b>Presentación de los objetivos acordados-Admisiones</b>
<b>18/05/2017</b>	<b>3</b>	<b>Presentación de los objetivos acordados-Rehabilitación</b>
<b>22/05/2017</b>	<b>3</b>	<b>Presentación de los objetivos acordados-Cirugía</b>
		<b>Presentación de los objetivos acordados-Farmacia</b>
		<b>Presentación de los objetivos acordados-Secretaria Técnica y Sistemas de Información</b>
		<b>Presentación de los objetivos acordados-Urgencias</b>
<b>28/06/2017</b>	<b>3</b>	<b>Presentación de los objetivos acordados-Área quirúrgica y anestesia</b>
		<b>Presentación de los objetivos acordados-Área de hospitalización sociosanitaria</b>
		<b>Presentación de los objetivos acordados-Área de hospitalización de agudos</b>
		<b>Presentación de los objetivos acordados-Secretaries</b>
<b>Septiembre 2017</b>		<b>Elaboración del cuadro de mando con los resultados del primer semestre</b>
<b>Septiembre 2017</b>		<b>Presentación del seguimiento del primer semestre, consensuar valores objetivos, ajustar acciones y periodificar próximos seguimientos</b>
<b>Año cerrado</b>		<b>Valoración de la efectividad del modelo, del grau de implantación y definición de los próximos pasos</b>

## Observaciones

- En algunos casos se han agrupado las sesiones 1 y 2 porque en el transcurso de la presentación ya se han recogido algunos de los objetivos que se incorporarán o se explican los que ya están claros.
- La fijación de los objetivos 2017-2018 consistió en concretarlos des de la Dirección teniendo en cuenta las aportaciones recogidas en las sesiones de presentación. En el caso de los del grupo 4 (Calidad y Seguridad del paciente) se incorporan todos aquellos que son de obligado cumplimiento.
- En la valoración del año cerrado se deberá comprobar el grado de consecución de los objetivos, la traducción que algunos de ellos han tenido en las DPOs, plantear los ajustes en los del 2018 y articular la difusión que se realizará de todo ello.
- Para las presentaciones cogemos como guía una Power Point para cada uno de los grupos con algunas diapositivas comunes a todos los grupos para contextualizar el proyecto y las específicas del grupo con las fichas de cada uno de los objetivos y las líneas del cuadro de mando correspondientes.

Las diapositivas comunes son:





**Plan de acción para el despliegue de los objetivos estratégicos. Hacia un nuevo modelo de gestión**



## 10. Seguimiento y evaluación

---

Hemos explicado en el apartado de Metodología que en las sesiones post-implantación se realizará el seguimiento y la evaluación de los resultados obtenidos y los ajustes pertinentes según lo descrito.

Además, semestralmente se presentarán los resultados al Consejo de Dirección a través del cuadro de mando y se valorará si hay que realizar algún ajuste, del tipo que sea.

Anualmente también se presentarán a la Junta del Patronato.

Los objetivos pactados para este primer periodo están directamente relacionados con las necesidades y posibilidades actuales y con las exigencias o requerimientos de nuestros clientes. Cada año se deberán revisar y actualizar en función de las variaciones en los sistemas de contratación, la modificación de requisitos y la situación estructural, organizativa y financiera de la Fundación.

En este sentido es importante recalcar que el Plan de Acción es un proyecto totalmente abierto y flexible que admite modificaciones en cualquiera de sus componentes (objetivo, acción, indicador y resultado) y en cualquier momento del año si cambian las condiciones y así se requiere.

## 11. Conclusiones

---

Un año después de iniciarse el proyecto, estamos en condiciones de realizar una serie de observaciones que, si bien no son concluyentes, nos pueden dar una idea aproximada del grado de implantación conseguido, cuales son los próximos pasos a realizar, de las dificultades que han ido surgiendo y de los beneficios que nos ha aportado. Lo más destacable lo podemos resumir en los siguientes puntos:

- Nos ha sido muy difícil cumplir con los tiempos establecidos en el cronograma inicial. La intensidad del día a día deja poco tiempo para dedicarlo a temas que no son urgentes aunque si importantes. Hemos conseguido llevar a cabo la mayoría de fases previstas pero con una dilatación en el tiempo superior a la esperada. Por ejemplo: la presentación de los resultados del trimestre ha terminado siendo del semestre.
- Dificultad para conseguir los resultados de los indicadores porque las herramientas que disponemos para la explotación y análisis de datos están poco automatizadas y son muy limitadas en cuanto a posibilidades de procesamiento de datos. Para obtener resultados se requiere mucho tiempo y tratamiento manual.
- En algunas acciones acordadas ha sido fácil llegar a consenso teórico pero no ha sido posible o ha costado mucho llevarlas a la práctica. Pensamos que la mayoría de veces ha sido por falta de operatividad de los responsables e incluso de los directivos, no por falta de interés sino, por falta de tiempo algunas veces y otras por qué no se han visto (o no se han querido ver) los beneficios de la acción.
- El personal ha vivido, hasta el momento, el proceso con cierto escepticismo. Aunque la mayoría agradecen la intencionalidad del modelo en relación a la participación e información, se trata de profesionales que en los últimos 6 años han visto mermadas sus condiciones de trabajo, tanto a nivel de cargas como a nivel de poder adquisitivo. Algunas de las actitudes mostradas no han facilitado

para nada el proyecto. Por contra, otros profesionales se han implicado al máximo y se han hecho suya su parcela. Así pues, en general, la valoración es positiva.

Tenemos que tener en cuenta que para este primer periodo 2017-2018, más que los resultados que se obtengan, importa mucho más la implantación del modelo. Pensamos que es en este sentido donde es necesario que focalicemos nuestros esfuerzos ya que se trata de un cambio para el que no todos estamos preparados ni, mucho menos, con la profundidad requerida. Somos conscientes que nos encontraremos con graves problemas y que chocaremos con la mentalidad de gestión actual pero no somos capaces de predecir hasta qué punto nos podrá limitar en nuestro objetivo. Incluso aquellos que creemos y promovemos el modelo nos sorprendemos, a veces, de las dificultades y dudas que nos van surgiendo cuando queremos pasar de la teoría a la práctica.

Por todo ello tenemos que ser muy flexibles y estar mentalizados para, si es necesario, bajar expectativas y reconducir el proyecto hacia un modelo menos ambicioso y, quizás, más realista.

Aun así, por el momento, creemos en él y sabemos que necesitamos el cambio para adaptarnos a las necesidades actuales del sistema en todos sus ámbitos de acuerdo con la profunda transformación que se está dando dentro de la sociedad en general. Así que, seguiremos trabajando en ello.

## 12. Bibliografía

---

- Aldámiz-Echevarría Iraurgi, José Manuel (2016): *Control de gestión, sistemas de información y cuadros de mando*. Barcelona. 2ª ed. FUOC.
- Álvarez Yeregui, Mikel (2016): *Función Directiva*. Barcelona. 2ª ed. FUOC.
- Antón Riera, Josep; Ferrándiz Gomis, Roberto; Martínez Pillado, Modesto (2016): *Gestión de Procesos Asistenciales*. Barcelona. 2ª ed. FUOC.
- Asenjo, Miguel Ángel (2002): *Las Claves de la Gestión Hospitalaria*. Barcelona. Ediciones Gestión 2000.
- Colomer Mascaró, Jordi (2016): *Desarrollo de competencias directivas*. Liderazgo. Barcelona. 2ª ed. FUOC.
- Generalitat de Catalunya. *Aliança per a la Seguretat dels pacients*. Disponible en: [http://www.seguretatpacient.org/cms/index\\_staging.html](http://www.seguretatpacient.org/cms/index_staging.html).
- Hospital de Sant Celoni: *Pla d'acció*. En: Consejo de Dirección. Sant Celoni. 2016
- Hospital de Sant Celoni: *Pla Estratégic*. En: Gerencia y CSSC. Sant Celoni. 2007 (última revisión 2014).
- Hospital de Sant Celoni: *Pla de Qualitat*. En: Coordinación de Calidad. Sant Celoni. 1998 (última revisión 2016).
- Hospital de Sant Celoni: *Memoria 2015*. Quienes somos?. Disponible en: <http://www.hsceloni.cat/es>
- Moreno Domene, Pilar; Estévez Lucas. Joaquín; Moreno Ruiz, José Antonio: *Indicadores de Gestión Hospitalaria*. Sedisa s.XXI, 2010, Nº 16. Disponible en: [http://directivos.publicacionmedica.com/spip.php?article381&var\\_mode=calcul](http://directivos.publicacionmedica.com/spip.php?article381&var_mode=calcul)
- Villalobos Hidalgo, Julio (2007): *Gestión sanitaria para los profesionales de la salud*. Madrid. McGraw -Hill/Interamericana.
- Villalobos Hidalgo, Julio (2016). *La gestión de los profesionales*. Barcelona. 2ª ed. FUOC.

