




Hospital Universitario  
de Fuenlabrada

 Comunidad de Madrid

# **HOSPITAL UNIVERSITARIO FUENLABRADA**

**Memoria de Solicitud  
del Sello de  
Excelencia Europea 400+**

**FEBRERO, 2011**



## INTRODUCCION: PASADO Y PRESENTE DE LA ORGANIZACIÓN

### NOMBRE DE LA ORGANIZACION:

Hospital Universitario de Fuenlabrada

Razón Social: Ente Público Hospital de Fuenlabrada

### ESTRUCTURA DE LA ORGANIZACION:

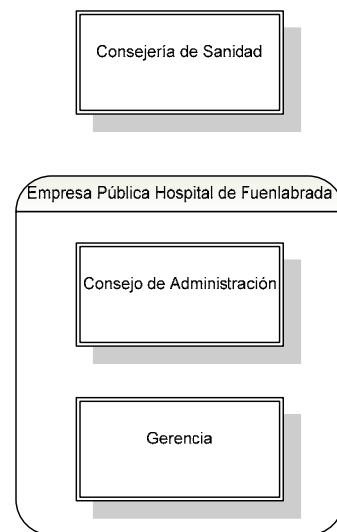
El Hospital Universitario de Fuenlabrada (en adelante HUF) es una empresa pública con personalidad jurídica propia, creada por la Ley 13/2002 de la Comunidad de Madrid (CM) cuyos estatutos se aprueban por el Decreto 196/2002 y su Reglamento de Régimen Interior (RRI) en la Orden 662/2003.

El HUF está adscrito a la Consejería de Sanidad de la CM a través de la Viceconsejería de Asistencia Sanitaria, y en la prestación de asistencia sanitaria funcionalmente a través del Servicio Madrileño de salud (SERMAS). El órgano de gobierno del Hospital es su Consejo de Administración, en el que están representadas la Consejería de Sanidad de la CM, Ayuntamiento de Fuenlabrada y la Universidad Rey Juan Carlos (UJRC).

El HUF forma parte del mapa sanitario de la CM como Hospital general del suroeste de la CM de las zonas de salud de Fuenlabrada, Moraleja de Enmedio y Humanes, en el Área 9 (hasta el Área Única de 2011) y dispone de un convenio marco, y una cláusula (contrato de actividad y resultados) anual con el SERMAS, mediante los cuáles se establece:

- La cartera de servicios del Hospital, los Programas de Asistencia y de Coordinación Atención Primaria (AP) y hospitales de referencia.
- El pago por la actividad asistencial.
- Los objetivos anuales de carácter económico, asistencial, de calidad y de rendimiento que debe cumplir el Hospital.

La estructura organizativa es definida por el Reglamento de Régimen Interior, responsabilidad del Consejo de Administración, que es quien nombra al Gerente del HUF.



### INFORMACION SOBRE LAS INSTALACIONES DE LA ORGANIZACION:

El HUF está situado en la calle "Camino del Molino", nº 2 de Fuenlabrada y es uno de los más modernos de la C.M., su superficie operativa es de unos 64.000 m<sup>2</sup> distribuida en cuatro plantas con un diseño orientado a favorecer las comunicaciones y optimizar los desplazamientos verticales de pacientes, usuarios y trabajadores. Se ha ampliado con un edificio independiente de 6.722 m<sup>2</sup> que se une al principal a través de pasarelas traseras en la primera y tercera planta. Los edificios tienen una estructura con patios interiores y con amplias superficies acristaladas que permiten disponer de una gran luminosidad tanto en habitaciones para los pacientes como en el resto de instalaciones.

Además, el Hospital cuenta con el Centro de Especialidades (CEP) "El Arroyo" de 10.050 m<sup>2</sup>, que existía previamente y fue traspasado al Hospital el 1 de julio de 2004, situado en la calle "Comunidad de Madrid", nº 3 de Fuenlabrada, en el que nuestros profesionales realizan actividades ambulatorias.

El Hospital dispone de 406 camas instaladas (el 30% son habitaciones individuales y el resto dobles), 88 locales de consultas (27 de ellas en el CEP, 11 quirófanos, 3 paritorios, 35 puestos de hospital de día.).

La dotación de equipamiento del HUF es puntera tecnológicamente, con 7 salas convencionales de Rx, 2 telemando Rx, 2 Gammacámaras, 15 ecógrafos, 1 T.C., 1 mamógrafo, 1 R.M. 2 aceleradores para radioterapia, 1 TC- simulador. A través del acuerdo de colaboración con el Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas (CNIO) se está instalando un PET-TAC, una RM de 3 T y un laboratorio de investigación. También es de señalar que debido a su carácter avanzado en sistemas de información dispone de 1.100 puestos informáticos.

### TOTAL DE PLANTILLA ESTRUCTURAL:

Directivos	Facultativos	Sanitarios	No Sanitarios	Total
7	277	811	284	1.379

### HISTORIA DE LA ORGANIZACIÓN

La población de Fuenlabrada, era atendida asistencialmente en el Hospital Severo Ochoa (HSO) de Leganés, siendo la única gran ciudad española que no tenía un hospital. Esta necesidad fue contemplada por los planificadores sanitarios, que junto al apoyo del movimiento asociativo del municipio de Fuenlabrada, muy activo durante los años 90, propició la creación de un hospital en su municipio. En el año 1.998, el INSALUD decide crear un hospital para los municipios de: Fuenlabrada, Humanes y Moraleja de Enmedio, poniendo en marcha el diseño de un Plan Funcional, que tuviera la cartera de un hospital general, pero manteniendo el HSO para determinadas especialidades médicas. Este Plan, sufrió modificaciones para incluir las especialidades del área materno-infantil, debido a la alta tasa de natalidad, y de ese modo asumir toda la asistencia especializada, así como ampliar de forma considerable el área de laboratorios. El HUF se empieza a construir en 1999 y finaliza en 2003.

La CM decide que su modelo de gestión sea una Empresa Pública. De este modo, en el mes de diciembre de 2002, se crea el Ente Público Hospital de Fuenlabrada mediante la Ley de Medidas Fiscales y Administrativas de la Comunidad de Madrid para 2003. Se trata de una Entidad de Derecho Público con personalidad jurídica propia, cuyos estatutos, aprobados por el Consejo de Gobierno el día 26 de diciembre de 2002, establecen entre otros aspectos su objeto, órganos de gobierno, dirección y control así como el régimen relativo a los recursos humanos, contratación o el control económico financiero.

La CM designa un Equipo Directivo (ED), para la planificación de la apertura, realizándose un Plan de Empresa, redactándose el Reglamento Interno, y un Plan de Selección de Personas. El primer paso, fue la incorporación de los mandos intermedios, que realizaron durante seis meses la planificación precisa de la apertura del hospital y la protocolización de los procesos.

Se realiza el primer proceso de selección para la incorporación de aproximadamente 1.000 personas, en donde presentaron solicitud alrededor de 100.000 candidatos. Tras las entrevistas y la selección, se fue produciendo la progresiva incorporación de las personas seleccionadas, siguiendo la planificación de la apertura.

El inicio de la actividad del HUF tuvo lugar en enero de 2004 con la inauguración de las Consultas Externas (CCEE) de Dermatología y la apertura total del hospital tuvo lugar en junio de 2004, con la inauguración de la Urgencia. La CM asigna al hospital el edificio del CEP "El Arroyo" que dependía del HSO, que pasa a ser atendido por profesionales del hospital, manteniendo en su interior la diálisis de HSO, el centro de Salud Mental, la urgencia del SUMMA y la Inspección. Durante este año, se transfieren los pacientes que se atendían en las consultas del HSO. El HUF comienza a funcionar plenamente durante el 2005. El HUF inicia sus actividades con la historia clínica electrónica (HCE), plenamente implantada, siendo de este modo innecesario el archivo clínico del hospital.

En el año 2005 la CM impulsa la apertura de la Unidad de Hospitalización de Agudos de Psiquiatría, utilizándose el espacio previsto inicialmente para el archivo, realizándose una adscripción funcional de facultativos especialistas procedentes del Instituto José Germain y del HSO. En el año 2006, el HUF asume la referencia completa de Pediatría, con la apertura de las agendas CCEE a AP. A raíz de la Planificación Estratégica, se incorpora la Radioterapia Oncológica en el año 2009, constituyendo la primera cartera de servicios donde el HUF es referencia para un conjunto de población del sur de Madrid.

En el año 2004 se celebran las primeras elecciones sindicales y se constituye el Comité de Empresa. El 22 de noviembre de 2005 se suscribe con los representantes de los trabajadores el primer Convenio Colectivo. En el año 2008 el HUF desarrolla el Modelo de Carrera Profesional, siguiendo las directrices de la CM y realiza las evaluaciones y propuestas a la CM para su posterior reconocimiento de niveles.

El HUF, en el año 2004-05 suscribe los primeros acuerdos de Docencia, en titulaciones de Formación Profesional de grado medio y superior con diversos Institutos de Educación Superior, y en el año 2005 se realizan los primeros acuerdos de cooperación educativa con la URJC, y en 2007 los primeros conciertos para titulaciones Universitarias de Grado Medio en Ciencias de la Salud con la URJC y U. Europea. En 2008 se suscribe un nuevo convenio con la URJC para impartir los estudios de Medicina. Por otra parte, en el año 2006, siendo el mínimo plazo requerido, el HUF consigue la acreditación docente para la formación de especialistas, incorporando sus primeros residentes y obteniendo progresivamente nuevas acreditaciones de especialidades.

En el año 2005, el HUF obtiene el primer proyecto de investigación en la convocatoria de ayudas públicas de salud del Instituto de Salud Carlos III y en la de tecnología de información del Ministerio de Industria, aumentando progresivamente el número de proyectos financiados por agencias públicas y privadas, entre ellos destacan la participación en el primer proyecto europeo en 2008 y la coordinación del consorcio de un PROFIT tecnológico con veinte empresas. En el año 2009, se suscribe un convenio de colaboración con el CNIO para la integración de su Programa de Investigación Clínica en el HUF.

## **EL VIAJE HACIA LA CALIDAD**

El HUF desde su nacimiento tiene la vocación de la excelencia en su gestión y sus servicios. Es fruto de un proceso de planificación y puesta en marcha detallado, y tras su apertura inicia sus actividades de aprendizaje, evaluación y mejora hacia la excelencia:

Año	Hito Significativo
2004	<ul style="list-style-type: none"> <li>1<sup>ER</sup> año de funcionamiento del Hospital con la incorporación del Servicio de Urgencias para completar los servicios previstos en el Plan Funcional del mismo.</li> </ul>
2005	<ul style="list-style-type: none"> <li>1<sup>a</sup> Autoevaluación E.F.Q.M. y definición del Primer Plan de Mejora (9 actuaciones en mejora que incluyen 33 áreas de mejora priorizadas).</li> <li>1<sup>ER</sup> Plan Estratégico 2005-2010 fruto de una de las áreas de mejora de la autoevaluación, con 5 líneas estratégicas definidas.</li> </ul>
2006	<ul style="list-style-type: none"> <li>Definición del modelo de gestión por procesos, diferenciando de la gestión de enfermedades.</li> <li>1<sup>ER</sup> mapa de procesos del Hospital a partir de la metodología IDEF con la participación de un amplio Equipo de trabajo para su definición.</li> <li>Inicio de los primeros procesos piloto (cirugía ambulatoria, consultas de algunas especialidades)</li> <li>Acreditación del Hospital como "Hospital Amigo de los Niños" (IHAN)</li> </ul>
2007	<ul style="list-style-type: none"> <li>Realización de la 2<sup>a</sup> Autoevaluación E.F.Q.M. con expertos externos y definición del 2<sup>o</sup> plan de mejora alineado con la estrategia (de las 75 áreas de mejora detectadas se priorizan 7 áreas de mejora y 5 acciones de mejora (actuaciones concretas en el corto plazo))</li> <li>Certificación ISO 9001:2000 de los procesos de Esterilización y Cirugía Ambulatoria.</li> <li>Despliegue de gestión por procesos: especialización del proceso de consultas general en áreas de dermatología y urología, proceso de gestión de alianzas, proceso de planificación Estratégica, proceso de urgencias, hospitalización.</li> <li>Creación de la Unidad Funcional de Gestión de Riesgos Sanitarios (UFGR).</li> </ul>
2008	<ul style="list-style-type: none"> <li>Certificación ISO 9001 del Área de Hostelería.</li> </ul>
2009	<ul style="list-style-type: none"> <li>Realización de la 3<sup>a</sup> Autoevaluación E.F.Q.M. y definición de un 3<sup>ER</sup> plan de mejora a integrar plenamente en el plan estratégico en elaboración en 2010.</li> <li>Creación del Comité de Calidad Percibida con Plan de mejora definidas.</li> </ul>
2010	<ul style="list-style-type: none"> <li>Realización de una autoevaluación validada oficialmente.</li> <li>Elaboración de la Memoria E.F.Q.M. 400+ para presentación a reconocimiento externo.</li> </ul>

## **Las estrellas del modelo de gestión del Hospital de Fuenlabrada**

- La Selección de Personas. El HUF selecciona a los mejores profesionales, adecuados al modelo del hospital, mediante procedimiento que incluye perfiles de competencias, la valoración objetiva y la entrevista personal. Esta última ha sido y es determinante para la cultura del hospital y su diferenciación, siendo un hito entre los centros públicos.
- La eficacia de los procesos asistenciales. La gestión clínica eficaz en los procesos clave como hospitalización y urgencias. Los resultados de estos indicadores están entre los mejores del entorno en las comparaciones. (Benchmarking en CM, TOP 20).
- Las Tecnologías de la Información aplicadas en los procesos asistenciales. La informatización completa e integrada de la asistencia, que es referencia internacional (ponencias, visitas, premios) y foco de I+D (expertos, proyectos y consorcios). Hay que destacar que el elemento diferencial es la implicación de los profesionales en el uso de estas tecnologías, especialmente de la Historia clínica electrónica (HCE).
- La reinversión de los resultados positivos. Las inversiones claves, que siguen la estrategia del hospital (el pabellón oncológico) proceden de los resultados de explotación positivos. Este es un ejemplo destacado en el que la eficiencia revierte en el propio centro.

Entre todos los datos económicos es el más reseñable por señalar las características de eficiencia y la autonomía, del modelo de gestión.

5. El modelo organizativo descentralizado. Está definido en el reglamento y reflejado en un organigrama plano, a través de las competencias de las unidades y sus responsables. Es el más desarrollado en autonomía y responsabilidad de los líderes de los hospitales públicos de la CM.
6. La Dirección Participativa por Objetivos. El sistema de retribución variable (que no se ha consolidado en fijo como en otros casos de centros con nuestra personalidad jurídica en un periodo similar), que ha sido sistemático y mantenido en el tiempo, revisándose e implantándose mejoras, siendo este modelo único en el entorno del sistema sanitario público hasta la fecha.
7. La organización multidisciplinar. Un elemento que nos distingue por estar plenamente interiorizado en la cultura de la organización, es el trabajo en equipo y la coordinación de especialidades y profesiones. Hay tres líneas principales: 1- la integración de profesionales de diferentes especialidades en unidades de responsabilidad (oncología, diagnóstico imagen y laboratorio); 2- el abordaje multidisciplinar de las patologías (sobre todo cáncer: comités...); 3- los espacios de competencias compartidas, a través de la redefinición (delegación) de las competencias profesionales en el marco de la L.O.P.S.
8. Las políticas de calidad específicas. Desarrollo de planes en Seguridad de Pacientes y Estrategias de Salud (Cáncer, Perinatal, Parto, Diabetes...) alineados con el Plan de Calidad del Ministerio de Sanidad y Política Social (MSYPS) y de la CM, completos y de amplio alcance. Estos planes han tenido el respaldo de proyectos financiados por el Plan de Calidad, son de referencia para otros centros (seguridad de pacientes, lactancia), han sido liderados en proyectos corporativos (bacteriemia cero) y se ha obtenido acreditaciones (IHAN) y reconocimientos *Best in Class* (BIC). La dirección lidera y apoya estas políticas de calidad, que se despliegan de forma participativa (Comisiones clínicas, Unidad de Riesgos, Comité de Calidad Percibida).
9. El impulso de la investigación y desarrollo. El crecimiento de los proyectos de investigación, con la formación de grupos emergentes y la consolidación de líneas clínicas y en tecnología (crecimiento de la financiación y del impacto). La visión del I+D en cooperación se ha traducido en la alianza con el CNIO para desarrollar el Programa de Investigación Clínica en Cáncer, y que sea referencia internacional.
10. La implicación en la Docencia. El HUF contribuye a la cualificación de personas en los diferentes niveles del sistema educativo tanto en profesiones sanitarias como técnicas y de gestión, como uno de sus procesos clave. La acreditación para la formación sanitaria especializada fue inmediata, alcanzando en poco tiempo su capacidad óptima. Como hospital universitario, realiza docencia en los grados universitarios (enfermería, fisioterapia) y ha iniciado en estudios de Medicina mediante la alianza con la URJC. La contribución en la formación profesional es amplia e integrada
11. La referencia para la Comunidad de Madrid. Finalmente como resultado de lo anterior, el Hospital de Fuenlabrada y su modelo de gestión en las líneas señaladas, es referente en la Comunidad de Madrid para la apertura y consolidación de los nuevos hospitales. El hospital recibió un premio de la CM como reconocimiento a esta contribución.

## ENTORNO DE LA ORGANIZACION

### PRODUCTOS Y SERVICIOS DE LA ORGANIZACION

El HUF es un hospital general de agudos, que cuenta con especialidades de referencia, que dispone de una amplia cartera de servicios asistenciales para la atención de sus pacientes en consultas, hospitalización (ingresados y de día), urgencias, cirugía y apoyo diagnóstico y terapéutico en las siguientes especialidades médicas y de enfermería:

Alergología	Neurofisiología clínica	Cirugía general y aparato digestivo
Anestesiología y reanimación	Neurología	Análisis clínicos
Aparato Digestivo	Obstetricia y ginecología	Bioquímica clínica
Cardiología	Oftalmología	Hematología y hemoterapia
Dermatología médico quirúrgica	Oncología médica	Microbiología y parasitología
Endocrinología y nutrición	Oncología radioterápica	Radiodiagnóstico
Medicina intensiva	Pediatría	Farmacia hospitalaria
Medicina interna	Psiquiatría	Rehabilitación
Medicina Nuclear	Reumatología	Admisión y documentación clínica
Nefrología	Traumatología y C. Ortopédica	Medicina del Trabajo
Neumología	Urología	Matronas
	Medicina Preventiva y Salud Pública	Radiofísica hospitalaria
	Medicina Familiar y Comunitaria	

### MISION, VISION Y VALORES DE LA ORGANIZACION

A raíz de su primera reflexión estratégica (2005) el HUF ha definido de forma participativa su M.V.V. como:

#### MISIÓN

El HUF es una Empresa Pública perteneciente a la Red Única de utilización Pública de la Comunidad de Madrid, que presta servicios de atención sanitaria especializada y realiza actividades docentes e investigadoras.

Nuestra Misión es la de curar las enfermedades, prolongar la vida y aliviar el dolor de nuestros pacientes con el fin último de procurar su bienestar y la de sus familiares, mediante una atención profesional:

- Personalizada, que garantice el respeto a sus derechos y valores, su intimidad y un trato humano correcto.
- Segura que evite procedimientos y actuaciones que añadan riesgos innecesarios al curso clínico del paciente.
- Coordinada e integrada, fomentando el desarrollo de estrategias conjuntas con los diferentes centros sanitarios y niveles asistenciales que, a este respecto, resulten necesarias para su mejor atención.
- Eficiente en el uso adecuado de los recursos de que dispone, para lograr una cuenta de resultados equilibrada.

#### VISIÓN

Aspiramos a ser un Hospital querido por los pacientes y sus familiares, reconocido por la sociedad en la que se integra, y atractivo para sus profesionales.

Para ello pretende:

- Cumplir con su misión y consolidar sus valores.
- Ser un Hospital ágil y altamente resolutivo, seguro y confortable.
- Ser un Hospital accesible, eficaz y que trabaja de forma coordinada entre sus profesionales y con aquellos otros con los que colabora en su área sanitaria.
- Ser un Hospital en permanente adaptación a las necesidades asistenciales de sus pacientes, ampliando, cuando así se requiera, su cartera de servicios sin perder su condición y nivel actual en el mapa de salud de la Comunidad.
- Ser un Hospital con una permanente preocupación por la formación como medio para la capacitación continua de sus profesionales y su motivación en una política de gestión del conocimiento que incluya a todos los actores y en estrecha relación con la Universidad.
- Ser un Hospital permanentemente ocupado en la mejora continua de sus procesos de trabajo, afianzando sus recursos tecnológicos e innovando sus sistemas de información, en un marco de adecuada descentralización de las tareas de gestión de su actividad.

## VALORES

La Dirección del Hospital, junto con sus profesionales, están firmemente comprometidos con:

- Con las características de un servicio público que orienta todas las decisiones hacia las necesidades de los usuarios, con fundamento en la evidencia científica e interiorizando el "coste oportunidad" y el "beneficio social" de las mismas.
- El desarrollo profesional dentro del trabajo en equipo basado en la delegación de responsabilidad por niveles de competencia.
- Con la mejora continua bajo el Modelo Europeo de Calidad para ir obteniendo cada vez mejores resultados tanto desde el punto de vista asistencial, como para sus profesionales, clientes y sociedad.
- Las iniciativas de avance que puedan surgir en la sociedad científica a la que pertenece.
- Con el respeto y mejora del entorno donde se ubica y realiza sus actividades.

## BASE DE CLIENTES DE LA ORGANIZACION

El HUF atiende a toda aquella demanda de asistencia especializada de las zonas básicas del Área de Salud 9 del mapa sanitario de la CM, asignado por el SERMAS y con una población de unos 225.000 habitantes, que acceden a través de AP para consultas y pruebas diagnósticas y por iniciativa propia a Urgencias. Es referencia en Radioterapia oncológica para 800.000 personas del sur de Madrid.

Así mismo el HUF ofrece servicios de docencia para titulaciones Formación Profesional, Grados Universitarios y de Formación de Especializada, en 18 especialidades sanitarias (ver criterio 8).

	Hospitalización	Consultas	Urgencias	Intervenciones quirúrgicas	Tratamientos Hospital Día
Principales cifras de actividad (media anual de 2007/08/09)	15.840	362.000	137.000	13.500	16.300
	Partos	Radioterapia (2010)	Exploraciones Diagnósticas Imagen	Estudios A. Patológica	Determinaciones Laboratorios
	2.760	653	169.000	33.500	2.314.000

## OBJETIVOS ESTRATEGICOS DE LA ORGANIZACION

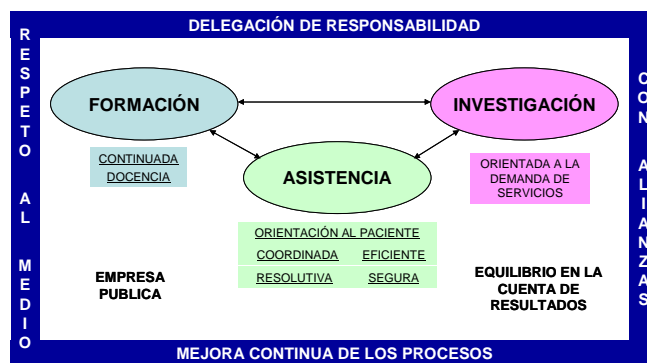
En su Plan Estratégico 2006-2010 el HUF tiene definidas como sus estrategias clave (Detalle en anexo 1):

- LE 1: Adecuación tecnológica y de la oferta de servicios
- LE 2: El trato adecuado y respetuoso a los pacientes
- LE 3: La política de excelencia hacia las personas
- LE 4: Una asistencia segura, ágil, resolutiva y eficiente
- LE 5: Innovación y desarrollo en sistemas de información

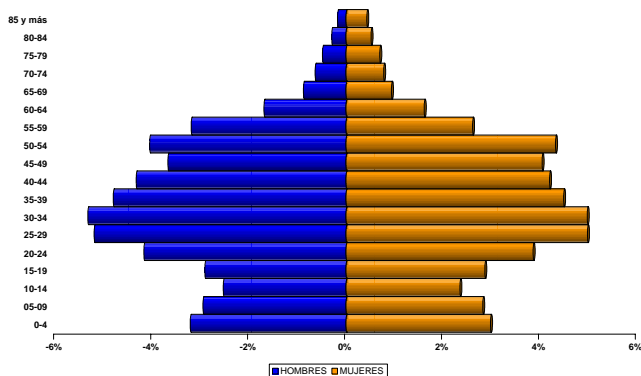
## ENTORNO EXTERNO EN QUE ESTA INMERSA LA ORGANIZACION

El HUF se ubica en el municipio del mismo nombre, a 20,4 Km de la capital en el Sur de la Comunidad de Madrid y del Área Sanitaria 9 (hasta diciembre de 2010), que incluye los municipios de Fuenlabrada, Moraleja de Enmedio y Humanes.

Su posición, en el Camino del Molino nº 2, sobre la carretera M-506 y junto a la estación de metro "Hospital de Fuenlabrada" le hacen plenamente accesible a la población de cobertura, contando además con el imprescindible espacio de estacionamiento de vehículos para el acceso de pacientes y trabajadores. El Centro de Especialidades (CEP) "El Arroyo" es ubica en la Avda. de la Comunidad de Madrid, 3, dentro del casco urbano de Fuenlabrada a 2,3 Km del hospital.



PIRÁMIDE DE POBLACIÓN ÁREA DE COBERTURA



Las características demográficas del Área corresponde con una población joven, con alto índice de natalidad y una elevada población pediátrica, con una proporción menor en personas mayores que la media de la CM. Los ciudadanos actuales son ya una segunda generación de población inmigrante española. La inmigración extranjera tiene un patrón similar a la media de la CM, aunque en su distribución en culturas hay mayor proporción de personas de origen africano y oriental.

Los indicadores de nivel socio-económico de la población están por debajo de la media de la CM, así como el nivel educativo. La tendencia política del municipio de Fuenlabrada es de signo de izquierdas y Moraleja de Enmedio de signo de derechas. El municipio de Fuenlabrada, tiene muy desarrollado el asociacionismo ciudadano, especialmente en materia de salud, con aproximadamente 60 asociaciones. El **HUF** forma parte del Consejo de Salud del Área junto con AP, las corporaciones municipales y las asociaciones ciudadanas. Hay que destacar, que el Director Gerente del **HUF** ha sido nombrado miembro del Consejo de la Ciudad de Fuenlabrada.

**CRITERIO 1 : LIDERAZGO**
**INFORMACION GENERAL**

***Definición:** Los Líderes Excelentes desarrollan y facilitan la consecución de la misión y la visión, desarrollan los valores y sistemas necesarios para que la organización logre un éxito sostenido y hacen realidad todo ello mediante sus acciones y comportamientos. En periodos de cambio son coherentes con el propósito de la organización; y, cuando resulta necesario, son capaces de reorientar la dirección de su organización logrando arrastrar tras ellos al resto de las personas.*

- Los líderes desarrollan la misión, visión, valores y principios éticos y actúan como modelo de referencia de una cultura de Excelencia.
- Los líderes se implican personalmente para garantizar el desarrollo, implantación y mejora continua del sistema de gestión de la organización.
- Los líderes interactúan con clientes, partners y representantes de la sociedad.
- Los líderes refuerzan una cultura de Excelencia entre las personas de la organización.
- Los líderes definen e impulsan el cambio en la organización.

**¿A quiénes considera la organización líderes (formal e informalmente) y qué cantidad de líderes hay en los distintos niveles de la organización?**

En el HUF se consideran líderes a todas aquellas personas que ostentan responsabilidad sobre otras personas y/o sobre funciones organizativas y de gestión:

- Los componentes del ED o comisión de dirección, sobre los que recae la máxima responsabilidad de la consecución de los objetivos del Hospital y que son los impulsores de las políticas, estrategias, objetivos y planes del mismo **7 personas**
- Los responsables de las "Unidades de Responsabilidad" (UR) -servicios médicos, unidades de enfermería, áreas de gestión- y las personas con encomiendas, que dirigen las unidades organizativas y a las personas que las componen, proporcionando directrices, criterios e información para la actuación y la contribución a la consecución de los objetivos **58 personas**.
- Además de los líderes formales indicados anteriormente, en el HUF se consideran líderes "informales" los responsables y profesionales que presiden o coordinan comisiones, comités, equipos de proceso, equipos de proyecto, equipos de desarrollo estratégico, etc., que desarrollan responsabilidades funcionales de apoyo, control, análisis y mejora para contribuir a los objetivos del Hospital **37 personas**.

**¿Cómo se implican los líderes en el sistema de gestión de la organización?**

Tal y como se indica en 1A, en el HUF desde su inicio se ha desarrollado una política de corresponsabilidad para el máximo grado de implicación de los responsables en la gestión del Hospital, por ello los líderes formales e informales tienen un alto nivel de participación en la gestión:

- Definición de sistemas de planificación estratégica y anual, así como de autoevaluaciones altamente participativas en las fases de análisis y en el desarrollo de los planes de acción correspondientes.
- La participación, según niveles de responsabilidad, en la gestión operativa del Hospital y sus unidades, liderando en cascada el establecimiento de objetivos, la supervisión y seguimiento sistemático de los mismos, la definición de acciones correctivas ante desviaciones, y la definición de las competencias, los objetivos y la evaluación de las personas a su cargo.
- La participación como responsables o componentes de comisiones y comités, así como en equipos de trabajo y mejora de todo tipo, para el desarrollo de la mejora continua de la organización.
- La estructuración, desarrollo, participación y supervisión de las sistemáticas de gestión de las relaciones con los grupos de interés principales del Hospital (relaciones con la ciudadanía, tanto desde el punto de vista asistencial como social, con los aliados, con la red sanitaria de la CM, con la Universidad, etc.)

**Valores y comportamientos de la organización que crean su cultura y permiten evaluar a los líderes**

El liderazgo en el HUF tiene dos vertientes:

- La vertiente "técnica", asociada a la actividad de negocio:  
Capacidad para establecer objetivos y planes y dirigir la organización hacia sus metas. Se describen a lo largo del criterio y de la memoria las actividades y esfuerzos para gestionar con eficacia y eficiencia la organización en un ámbito participativo y de corresponsabilidad.
- La vertiente asociada a la gestión y liderazgo sobre las personas orientando sus esfuerzos a la integración y el desarrollo de los profesionales en base a la participación, la comunicación, competencias y equipos multiprofesionales, así como el desarrollo profesional y la formación.

Dichos aspectos de liderazgo se evalúan a través de:

- La encuesta de clima laboral, en la que se incluyen preguntas relativas a los responsables inmediatos y al ED (bianual)
- La evaluación del nivel de cumplimiento de objetivos, en la que se incluyen objetivos de negocio y objetivos de liderazgo (trimestral)
- La evaluación competencial de los líderes formales (realizada la primera evaluación en 2007, con periodicidad de 4 años)

**CRITERIO 1 : LIDERAZGO**
**Subcriterio 1A**

*Los líderes desarrollan la misión, visión, valores y principios éticos y actúan como modelo de referencia de una cultura de Excelencia.*

**ENFOQUE Y DESPLIEGUE: LIDERAZGO EN EL DESARROLLO DE LA MISIÓN, VISIÓN Y VALORES (M.V.V)**

El desarrollo de la M.V.V. en el HUF se lleva a cabo a través del esquema de gestión del mismo; Planificación (Estratégica y Anual), desarrollo y seguimiento de los planes y objetivos, y evaluación de los resultados alcanzados para el inicio de un nuevo ciclo de planificación.

Actuación	Papel de los Líderes
<ul style="list-style-type: none"> <li>Definición / Revisión de M.V.V.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>El ED lidera su definición en el P.E. 2006-2010 a través de un proceso participativo y forman parte de los grupos de participación y análisis.</li> <li>El ED y los responsables de unidades difunden la M.V.V. en cascada en sesiones generales y en sesiones por dirección / unidades asociados a la comunicación de planes y objetivos.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Planificación Estratégica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>El ED coordina la recopilación de información relevante interna y del entorno.</li> <li>El ED lidera y participa en el análisis de situación del Hospital y de su entorno a través de grupos de participación en los que se incluye una buena parte de los líderes y la realización de una encuesta a todos los líderes del Hospital.</li> <li>El ED estructura y prioriza las estrategias del HUF estableciendo su formulación final.</li> <li>El ED establece los equipos de desarrollo estratégico (5 equipos).</li> <li>Responsables de Unidades participan en los equipos de desarrollo estratégico.</li> <li>El ED y los responsables de unidades comunican los planes y objetivos en cascada en sesión general y en sesiones por direcciones y unidades.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Autoevaluaciones y Planes de Mejora Asociados</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>El ED coordina la recopilación de información relevante con el apoyo de la responsable de calidad.</li> <li>El ED lidera y participa en la autoevaluación a través de grupos de participación en los que se incluyen responsables de Unidades.</li> <li>El ED define y prioriza las áreas de mejora y organiza los equipos de desarrollo de áreas de mejora complementarias a la estrategia.</li> <li>Los responsables de unidades participan en los equipos de desarrollo de las áreas de mejora.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Planes Anuales de Objetivos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>El ED pacta con la Administración de la CM los objetivos anuales del Hospital.</li> <li>El ED pacta con cada responsable de unidad los objetivos específicos de los mismos.</li> <li>Los responsables de unidades pactan con sus equipos los objetivos de unidad y personales, que posteriormente son firmados por todos.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Gestión Operativa y seguimiento de planes y objetivos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>El ED hace el seguimiento de la marcha de los equipos de desarrollo de las estrategias y de desarrollo de los planes de mejora de la autoevaluación.</li> <li>El ED hace un seguimiento mensual con los responsables de unidades sobre los resultados de cada uno de ellos.</li> <li>El ED hace un seguimiento trimestral/cuatrimstral (2010), con los responsables de unidades sobre los objetivos y su nivel de cumplimiento.</li> <li>Los responsables unidades hacen un seguimiento mensual de la marcha de los mismos y cuatrimestralmente del nivel de cumplimiento de objetivos con sus equipos e individuales de las personas.</li> </ul>

**EVALUACIÓN / REVISIÓN**

El ED es el responsable de la evaluación y revisión de este enfoque a través de autoevaluaciones E.F.Q.M., la formación en gestión y el trabajo con expertos externos y la medición de indicadores como:

Índice de Satisfacción de empleados (ISE)

	2007	2009
ISE con la capacitación del superior.	66%	70%
ISE con las decisiones del ED	28%	22%
ISE con la información de la marcha de la Organización.	39%	34%

Como fruto de la evaluación cualitativa y cuantitativa, y el aprendizaje son mejoras como:

- El propio desarrollo de los sistemas de gestión y el liderazgo asociado a ellos como: autoevaluaciones participativas (2005, 2007 2009), planificación estrategia (a partir de 2005), etc.
- Política de mejora para asegurar la implicación de los líderes de unidades y del ED en todo el proceso en cascada de pacto y fijación de objetivos (Ej.: firmas de personal, superior y directivo en cada ficha de objetivos personales, actas documentales de las reuniones de pacto / comunicación de objetivos, etc.)

Enf Adic. Aplicables a este Subcriterio	Despliegue	Medidas de la Eficacia / Referencia a Resultados
Definición de un modelo de liderazgo en el Hospital.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Reglamento del HUF establece una definición de responsables orientada al liderazgo compartido con un organigrama más plano que en el resto de hospitales (No subdirecciones, no figuras intermedias).</li> <li>Proceso de selección específico para responsables que establece la definición y la evaluación de competencias de líder como: capacidad gestora de organización, para motivar equipos / liderazgo, de negociación y flexibilidad, de comunicación, etc.</li> <li>Todos los líderes son evaluados con competencias tras el período de prueba.</li> <li>1ª evaluación competencial de responsables en 2006 con informe personalizado para todos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Encuesta de clima con preguntas sobre líderes.</li> <li>Nuevas preguntas en la encuesta sobre líderes en 2010</li> <li>Mejoras en la evaluación de responsables basada en competencias de liderazgo definidas.</li> </ul>
Formación de líderes en gestión y liderazgo	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pade IESE. Masters (gestión sanitaria, clínica de la calidad....).</li> <li>Programa de Estancias Internacionales HOPE</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Diplomas acreditativos.</li> <li>Nº de profesionales participado en HOPE.</li> </ul>



**CRITERIO 1 : LIDERAZGO**
**Subcriterio 1B**

*Los líderes se implican personalmente para garantizar el desarrollo, implantación y mejora continua del sistema de gestión de la organización.*

**ENFOQUE Y DESPLIEGUE: DESARROLLO Y MEJORA DE LAS HERRAMIENTAS DE GESTIÓN**

El HUF a partir de su creación en 2003 ha buscado siempre la excelencia en la gestión, y es a partir de 2005 que realiza su primera autoevaluación E.F.Q.M. cuando se estructura de forma sistemática la mejora continua y sistemática del mismo. A continuación se describe el papel de los líderes en el desarrollo de las herramientas clave para la gestión del Hospital:

Herramientas	Papel de los Líderes
Definición Modelo Hospital	<ul style="list-style-type: none"> <li>El Reglamento de Régimen Interior (RRI) del HUF desarrolla inicialmente un modelo de liderazgo basado en el liderazgo compartido, en base al concepto de "Unidades de Responsabilidad" con alto nivel de autonomía que el ED desarrolla y hace que todos los responsables de unidades participen en el diseño estructural y organizativo de sus áreas de responsabilidad.</li> <li>El ED evoluciona el RRI inicial introduciendo nuevas figuras de responsabilidad como propietarios / equipos de proceso o el concepto de "Área Clínica": Unidades organizativas multidisciplinares y estructura un modelo documentado de los mismos pionero en el sector a través de su proyecto piloto de "Oncología" en el que participan hematología, oncología, radioterapia, radiofísica y enfermería de Hospital de día oncológico.</li> </ul>
Autoevaluación E.F.Q.M.	<ul style="list-style-type: none"> <li>El ED ha estructurado con el apoyo de la Unidad de Calidad y expertos externos una metodología participativa de autoevaluación completa según el Modelo E.F.Q.M. en base a grupos de análisis por criterios y grupos de desarrollo de áreas de mejora (Se han realizado 3 autoevaluaciones: 2005 / 2007 / 2009).</li> <li>El ED nombra, organiza y lidera los equipos de mejora consecuencia de las autoevaluaciones.</li> <li>Los responsables de unidades participan en los grupos de análisis y en los equipos de desarrollo de áreas de mejora.</li> </ul>
Planificación Estratégica y Anual	<ul style="list-style-type: none"> <li>El ED junto con expertos externos ha diseñado e implantado el sistema participativo de planificación del Hospital y ha elaborado y documentado el proceso correspondiente, siendo el máximo responsable de su gestión la Gerencia.</li> <li>En el proceso participan los responsables de unidades como agentes para el análisis y desarrollo estratégico y en la gestión de la participación y la comunicación en sus unidades de responsabilidad para la definición y seguimiento de los planes anuales.</li> <li>El ED junto con los responsables de unidades y apoyados por los responsables de sistemas de información y control de gestión elaboran y gestionan los cuadros de mando generales del Hospital y los específicos de cada unidad.</li> </ul>
Gestión de Procesos	<ul style="list-style-type: none"> <li>El ED junto con la Unidad de Calidad lideran el sistema de gestión de procesos, que es diseñado inicialmente por un equipo en el que participan directores y responsables del Hospital.</li> <li>Los responsables de unidades crean los grupos de trabajo para el diseño de procesos relativos a sus áreas de responsabilidad y para el establecimiento y actualización de sus procedimientos y protocolos.</li> <li>El responsable del área de calidad colabora y apoya en el diseño y los responsables de las unidades mantienen la gestión de los procesos certificados por ISO 9001.</li> </ul>
Gestión de Personas	<ul style="list-style-type: none"> <li>El ED liderado por el responsable de RR.HH. ha diseñado los sistemas de gestión de personas más relevantes: Sistema de Selección propio del HUF, Sistema de Dirección por Objetivos (DPO), Sistemas de Participación, Sistema de Competencias, Sistema de Formación y Sistema de Desarrollo y Promoción profesional.</li> <li>Estos responsables así mismo han desarrollado el sistema de evaluación de satisfacción del personal y el sistema de evaluación de líderes (actualmente implantándose mejoras).</li> </ul>
Gestión de Clientes	<ul style="list-style-type: none"> <li>El ED junto con el responsable del Área de Atención al Paciente (APP) define y gestiona el sistema de encuestas de percepción, los sistemas de acogida y apoyo a pacientes y familias, el sistema de gestión de Sugerencias Quejas y Reclamaciones (SQR 's) y los sistemas de apoyo especiales indicados en 5E.</li> <li>El ED. ha creado siguiendo las directrices corporativas, el UFGRS y el Comité de Calidad Percibida.</li> </ul>
Gestión de la Innovación y la Tecnología	<ul style="list-style-type: none"> <li>El ED define la estrategia de innovación tecnológica y lidera su desarrollo (Ej.: "no papel" e informatización plena de la asistencia, ecosistema de Diagnóstico por Imagen).</li> <li>El ED crea y lidera la Comisión de Evaluación Tecnológica, en el que participan responsables de unidades y profesionales.</li> <li>Los responsables de unidades lideran los mecanismos para la vigilancia tecnológica y el desarrollo de la innovación en sus áreas de responsabilidad.</li> </ul>

**EVALUACIÓN / REVISIÓN**

Los responsables de unidades y procesos relacionados con la gestión tienen el compromiso de la mejora de los mismos y el ED es el responsable global de la mejora del modelo de gestión, a partir de las autoevaluaciones, la formación y el trabajo con expertos, de indicadores de personas como por ejemplo: ISE con los esfuerzos realizados para la mejora del funcionamiento y la coordinación del Hospital.

Son ejemplos de mejoras fruto de esta sistemática todos los planes de mejora derivados de las autoevaluaciones, que han dado lugar a proyectos como: planificación estratégica, encuestas a aliados y a asociaciones, desarrollo de la relación con clientes, desarrollo del mapa de procesos y el sistema de gestión de procesos, etc.

Enfoques Adicionales Aplicables a este Subcriterio	Despliegue	Medidas de la Eficacia / Referencia a Resultados
<ul style="list-style-type: none"> <li>Formación de líderes en gestión y colaboración con expertos externos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ver criterio 1A.</li> </ul>	

***Los líderes interactúan con clientes, partners y representantes de la sociedad.***
**ENFOQUE Y DESPLIEGUE: IMPLICACIÓN DE LOS LÍDERES CON LA CIUDADANÍA**

En el HUF se tienen definidos los grupos de interés y destacamos en este punto como uno de sus enfoques más relevantes y prioritarios la interrelación del Hospital con la ciudadanía, que permite el contacto con los representantes de los clientes (población y pacientes del área sanitaria a la que se atiende), y los representantes sociales.

Para valorar la importancia de este enfoque es necesario señalar que el HUF nace de la demanda social de la zona donde se ubica y que su principal objetivo es prestar servicio a la población de referencia.

**1. Implicación con Ayuntamientos**

El principal ayuntamiento de la zona de referencia es el de Fuenlabrada, que además de representar a todos los ciudadanos aglutina a más de 600 asociaciones de diferentes tipos de zona (vecinales, de pacientes, de acción social, etc.)

- El gerente mantiene un contacto continuo con el alcalde y otros miembros de la corporación municipal para informarle directamente de todas aquellas situaciones en las que está implicado el Hospital y que tienen repercusión en la zona.
- El gerente, participa sistemáticamente en el consejo social ayuntamiento de la Ciudad.
- El gerente, apoyado por otros directivos del ED, participa sistemáticamente en el consejo de salud del Ayuntamiento.
- El responsable de APP mantiene una relación constante con los servicios sociales del ayuntamiento para gestionar la atención social a pacientes y familias.
- Responsables de unidades del Hospital participan sistemáticamente en comités, grupos de trabajo (de la CM y del ayuntamiento), como por ejemplo: Mesa técnica sobre violencia doméstica, Consejo local de la infancia – responsable de atención al paciente.
- Participación de gerencia y diferentes responsables del Hospital en eventos de salud (Feria de la salud) y sociales (plantación de árboles alrededor del Hospital, etc.).
- El gerente, apoyado por otros directivos del ED, participa en los consejos de salud de los ayuntamientos de Humanes y Moraleja.
- Relación fluida y pactada con otros ámbitos como Judicatura (Juez Decano), fuerzas de orden público (Policía nacional y municipal), etc.

**2. Implicación con Asociaciones (de pacientes y ciudadanos)**

El hospital mantiene contacto con los representantes de asociaciones a través de la participación en los consejos. Se han identificado y se mantienen relaciones sistemáticas con unas 100 asociaciones específicas de relevancia a través del responsable del área Comunicación y Relaciones (GCOM), y de diferentes responsables que están implicados en los objetivos de dichas asociaciones, como por ejemplo:

Asociaciones de Pacientes	Asociaciones Ciudadanos
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ El Parto es nuestro – Responsable Ginecología</li> <li>▪ Asociación Española contra el cáncer – Responsables de Oncología y Radioterapia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ CM (Consejería Sanidad, Consejería de familia e Instituto de la Mujer: Comisiones contra exclusión social, violencia de género, etc. – Responsable de Atención al Paciente.</li> <li>▪ O.N.G. MPDL y Cruz Roja proyectos contra la violencia de género – Responsable de ATP.</li> <li>▪ Instituto Madrileño del Menor y la Familia – Responsables de ATP, Urgencias y Pediatría (intervención en el maltrato a menores).</li> <li>▪ O.N.G. MPDL – Responsable de ATP, Dermatología y Ginecología (intervención en el apoyo a personas que ejercen la prostitución).</li> </ul>

Debido a la importancia que el Hospital concede a este aspecto, la Gerencia ha establecido un sistema de encuestas a asociaciones a partir de 2010 con más de 40 respuestas de valoración por el Hospital y de las que se elabora un informe de resultados y conclusiones.

**EVALUACIÓN / REVISIÓN**

La responsabilidad de este enfoque es de Gerencia y GCOM, que depende directamente de Gerencia. Además de las evaluaciones cualitativas y sugerencias realizadas por estos grupos de interés se ha establecido fruto de la última autoevaluación el sistema de encuestas antes indicado.

Son mejoras en relación con la implicación de los líderes con la ciudadanía:

- Ante la importancia y volumen de interrelaciones que se gestionan desde GCOM, el ED decide en 2004, darle la categoría de Área, participando el ED.
- Desarrollo del proceso de alianzas y colaboraciones por los líderes en 2008, evaluado con la encuesta de alianzas y colaboraciones en 2010.

Enf. Adicionales Aplicables a este Subcriterio	Despliegue	Medidas de la Eficacia / Referencia a Resultados
Implicación de los líderes con los clientes (adicional al enfoque descrito en "pacientes y ciudadanos").	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ El ED crea la UFGRS y el Comité de Calidad Percibida.</li> <li>▪ El ED y los responsables de unidades revisan todos los SQR's que son de responsabilidad propia para su solución.</li> <li>▪ El ED y responsables de unidades reciben los informes de satisfacción de clientes y de SQR's para la planificación.</li> <li>▪ El ED lidera la alianza con AP y los responsables de las áreas implicadas trabajan en la definición de protocolos conjuntos de coordinación, etc.</li> <li>▪ Todos los responsables asistenciales realizan asistencia a los pacientes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Planes de mejora de Calidad Percibida y de Reclamaciones.</li> <li>▪ Indicadores de respuestas a SQR's por los responsables.</li> <li>▪ Alianza con AP y valoradas con encuestas a sus profesionales, a partir de 2005.</li> </ul>
Implicación de los líderes con los aliados y colaboradores clave (ver 4A)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ El ED mantiene relaciones directas para la negociación y acuerdos con los aliados y proveedores clave.</li> <li>▪ Las relaciones específicas ligadas a los acuerdos y el desarrollo de las alianzas son realizados por los responsables de las unidades correspondientes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Análisis de encuestas a alianzas y colaboraciones.</li> <li>▪ Comunicación a los aliados de los resultados y reconocimientos obtenidos a los aliados.</li> </ul>

**CRITERIO 1 : LIDERAZGO**
**Subcriterio 1D**
***Los líderes refuerzan una cultura de Excelencia entre las personas de la organización.***
**ENFOQUE Y DESPLIEGUE: LIDERAZGO SOBRE LAS PERSONAS: EMPOWERMENT Y PARTICIPACIÓN**

Tal y como se describe en 3C la estrategia de corresponsabilidad e implicación de las personas es una constante de la orientación y la estrategia del HUF en la que los principales líderes se implican:

Element. de Participación y Empowerment	Papel de los Líderes
<ul style="list-style-type: none"> <li>Proceso participativo de Planificación Estratégica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>El ED encarga a los responsables incorporados en la puesta en marcha del Hospital la definición estructural de sus unidades.</li> <li>El ED establece una sistemática altamente participativa para la planificación estratégica con encuestas a todos los responsables de unidad, grupos de análisis y grupos de desarrollo de las estrategias con responsables y personas de diferentes estamentos.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Proceso participativo de autoevaluación E.F.Q.M.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>El ED establece una sistemática altamente participativa para las autoevaluaciones del Hospital con grupos de análisis por criterios (3 grupos) y grupos de desarrollo de las acciones de mejora derivadas.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Plan de Objetivos del Hospital y de sus áreas/servicios/unidades.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>El ED y los responsables de unidades preparan y pactan propuestas de objetivos para todas las unidades.</li> <li>Todos los responsables unidades comunican la propuesta de objetivos y discuten y pactan los objetivos personales de todo el personal.</li> <li>Sistemática de seguimiento de resultados y de cumplimientos de objetivos (mensual y trimestral) en cascada ED – Responsables de unidades – personal de las unidades.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Desarrollo de Comisiones y Comités</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>El ED ha creado numerosas comisiones y comités para la gestión de la mejora asistencial, la formación, la docencia, la seguridad, etc., que están lideradas por componentes del ED y por responsables del Hospital.</li> <li>Por ejemplo: existen 8 comisiones clínicas con participación de al menos un director en todos ellos (que no las presiden) y en las que participan ~ 120 profesionales.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Desarrollo de la Gestión por Procesos y la estandarización</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>El ED ha establecido un sistema de gestión de procesos participativo con propietarios y equipos de proceso tanto certificados ISO 9001 como no certificados.</li> <li>Los responsables de unidades asignan responsabilidades de procedimentación y protocolización a su personal (individual o por equipos), que definen los estándares de actuación.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Equipos de Mejora y de Proyecto</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>El ED y los responsables de unidades canalizan muchas de las actuaciones de mejora, proyectos de innovación, de investigación, etc. a través de equipos específicos creados al efecto.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Estructura organizativa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>El ED ha desplegado un RRI y una estructura organizativa plana, y potencia la autonomía de las "Unidades de responsabilidad".</li> <li>El ED han diseñado y puesto en marcha el sistema de competencias compartidas.</li> <li>El ED ha establecido competencias para los líderes relacionados con el liderazgo sobre personas para la selección, la evaluación del periodo de prueba. Como acción de mejora, se están revisando la definición de liderazgo, sus competencias y el sistema de evaluación.</li> </ul>

**EVALUACIÓN / REVISIÓN**

El ED es el responsable de la gestión del liderazgo sobre personas en general y del empowerment y la participación en particular, para ello evalúa el enfoque mediante autoevaluaciones, aprendizaje e indicadores como: ISE con la participación en la mejora de su unidad, ISE con la permeabilidad a sus opiniones en la organización de su Unidad, ISE con el tipo de participación en el modelo de gestión del Hospital. Fruto de esta evaluación y revisión sistemáticas además de la propia puesta en marcha de cada uno de los mecanismos participativos indicados por parte de los líderes, se han realizado mejoras en los mismos, como el cambio del número y estructura de las comisiones clínicas, evolucionando hacia una participación más alta en contenidos, responsabilidad y en número.

Enfoques Adicionales Aplicables a este Subcriterio	Despliegue	Medidas de la Eficacia / Referencia a Resultados
Participación de los líderes en la comunicación interna (ver 3D)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Reuniones generales y por unidades para la comunicación de planes y objetivos por ED y responsables.</li> <li>Reuniones para el pacto y seguimiento de resultados y objetivos con todo el personal y todas las áreas.</li> <li>Comunicación directa de Gerencia a todo el personal a través de correo electrónico.</li> <li>Reuniones informativas de Gerencia con el conjunto de los responsables de Unidades.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>% de profesionales que tienen como principal fuente de información al ED.</li> <li>Correos Gerencia: 12 en 2009.</li> <li>Sesiones Gerencia: 7 reuniones en 2009.</li> </ul>
Implicación de los líderes en el apoyo motivación y reconocimiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>Todos los responsables se reúnen con su equipo para evaluar la consecución de sus objetivos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ISE con el apoyo de su mando directo en su trabajo.</li> </ul>
Implicación de los líderes en la formación y el desarrollo profesional	<ul style="list-style-type: none"> <li>El ED y los responsables de unidades participan activamente en la identificación de las necesidades de formación.</li> <li>El ED crea un Área de Planificación y Desarrollo en RR.HH. (PDR) al que le asigna la responsabilidad de gestionar el Plan de Formación.</li> <li>El ED ha diseñado el sistema de competencias de todos los puestos del Hospital. Definición de Puestos de Trabajo.</li> <li>El ED ha definido y desarrollado el sistema de carrera profesional y participa en las evaluaciones.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nº Iniciativas de formación por parte de los líderes.</li> <li>Nº Evaluación de carrera por los líderes.</li> <li>Nº de Definiciones por los líderes.</li> </ul>

***Los líderes definen e impulsan el cambio en la organización.***
**ENFOQUE Y DESPLIEGUE: GESTIÓN DEL CAMBIO**

El HUF es un Hospital con siete años de "vida" ya que es puesto en marcha de 2003. Durante estos años su desarrollo ha estado marcado por el plan director que sirvió para su puesta en marcha inicial y por el Plan Estratégico 2006-2010.

**1. Identificación de Cambios**

La identificación de los cambios más relevantes proviene de los análisis realizados para marcar su desarrollo, que principalmente han sido:

- Las informaciones referentes a las expectativas de los pacientes y necesidades de salud de la población, para prestar un servicio acorde a la población del área de referencia y la coordinación con el mapa sanitario de la CM (ver 2A).
- Las necesidades derivadas de una asistencia excelente a los pacientes en aspectos de calidad, seguridad y eficiencia (ver 2B).
- Las orientaciones propias del Hospital como su M.V.V., en las que por ejemplo se establecen orientaciones para la gestión de personas más allá de la gestión en el ámbito de empresas públicas o la orientación tecnológica en sistemas de información y asistenciales como elementos diferenciadores.

Todos los cambios relevantes aparecen, tras el plan de empresa inicial, en el plan estratégico y en los planes de mejora derivados de las autoevaluaciones E.F.Q.M. que complementan la estrategia.

Además, cambios de menor trascendencia son incluidos en la planificación anual a través de las propuestas de proyectos y objetivos de las diferentes unidades en el proceso de discusión y pacto de objetivos anuales.

**2. Gestión de Cambios**

En general, en el Hospital los proyectos de cambio relevantes se desarrollan en base a proyectos, para los que:

- Se establecen responsabilidades (a la persona con las características adecuadas y, en general, con un equipo de trabajo para su apoyo de carácter multifuncional), objetivos a conseguir y plazos para su desarrollo.
- Cada proyecto es estructurado por sus responsables en planes de actuación que permitan completarlos con éxito y que sirven de base para su seguimiento, hasta su finalización y evaluación de resultados.

Son ejemplos de los principales proyectos de cambio del HUF:

Proyecto de Cambio	Características y Resultados
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Desarrollo de la cartera materno-infantil no incluido inicialmente en el Plan Empresa.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Apertura de consultas externas de Pediatría remitidas desde AP, desarrollo de las consultas para las subespecialidades pediátricas.</li> <li>▪ Incorporación de las técnicas básicas de reproducción asistida al Servicio de Ginecología y Obstetricia.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Desarrollo del Servicio de Oncología y radioterapia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Incorporación de la cartera de Oncología Radioterápica. Integración en el Área de Oncología de radiofísicos, radio-terapeutas y técnicos en radioterapia.</li> <li>▪ Creación de la Comisión de Cáncer y elaboración del Plan de Cáncer.</li> <li>▪ Integración de oncólogos-investigadores, del programa de investigación clínica del CNIO.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Incorporación de Psiquiatría</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Apertura de la hospitalización de agudos, con personal especializado propio e integración de psiquiatras y médicos residentes de los HSO y del Instituto José Germain (Leganés).</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Desarrollo e implantación de la HCE</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Desarrollo de la integración con AP.</li> <li>▪ Sistema de información asistencial que integra todas las aplicaciones departamentales.</li> <li>▪ Convención de uso de la "historia por problemas de salud".</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Experiencias pioneras en interoperabilidad semántica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Implantación de uso de terminología clínica controlada, SNOMED –CT.</li> <li>▪ Primera experiencia internacional de la Norma ISO-EN 13606 de HCE.</li> </ul>

**EVALUACIÓN / REVISIÓN**

Puesto que el enfoque de la gestión del cambio se desarrolla sobre la base de la sistemática de la planificación, la responsabilidad de su evaluación y mejora es de la Gerencia apoyada por el ED, quien a través de los resultados de los propios proyectos, las autoevaluaciones y las evaluaciones de los planes establece mejoras al enfoque como:

- Mejoras a los sistemas de información sobre necesidades y resultados (ver 2A y 2B).
- Mejoras en las tomas de decisión sobre prioridades como por ejemplo la Comisión de Tecnología y la Comisión de Calidad Percibida.
- Mejoras en la sistematización de la gestión de proyectos.
- Mejoras sobre la gestión de los documentos, difundidos a través de la Intranet.

Enfoques Adicionales Aplicables a este Subcriterio	Despliegue	Medidas de la Eficacia / Referencia a Resultados
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cambios en los servicios de la gestión de la cartera</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ver criterio 5C.</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cambios derivados de la innovación y la tecnología.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ver criterio 4D y 4E.</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cambios derivados de la mejora continua.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ver subcriterio 5A y 5B, así como el conjunto de la memoria.</li> </ul>	

*Definición: Las Organizaciones Excelentes implantan su misión y visión desarrollando una estrategia centrada en sus grupos de interés y en la que se tiene en cuenta el mercado y sector donde operan. Estas organizaciones desarrollan y despliegan políticas, planes, objetivos y procesos para hacer realidad la estrategia.*

- La política y estrategia se basa en las necesidades y expectativas actuales y futuras de los grupos de interés.
- La política y estrategia se basa en la información de los indicadores de rendimiento, la investigación, el aprendizaje y las actividades externas.
- La política y estrategia se desarrolla, revisa y actualiza.
- La política y estrategia se comunica y despliega mediante un esquema de procesos clave.

#### ¿Cuáles son los grupos de interés clave de la Organización?

El HUF tiene definidos como grupos de interés (GI) principales:

- Los pacientes y usuarios del Hospital, que son la razón de ser de su actividad asistencial de atención especializada.
- Clientes y aliados de la red asistencial del SERMAS, AP, hospitales del entorno, hospitales de referencia, y Centros Concertados Privados que colaboran y complementan la labor en pacientes permitiendo la continuidad asistencial de los mismos, la gestión de la accesibilidad, y en general, un sistema asistencial más coordinado.
- La Consejería de Sanidad de la CM, que es la institución pública responsable de la estructuración y funcionamiento de la red de salud de la comunidad, a la que pertenece el Hospital, de la coordinación de la docencia y de la planificación de la investigación, y por tanto, los accionistas del mismo.
- Los profesionales de cuya capacidad, competencia e integración depende la calidad y la eficiencia de los servicios prestados.
- Los proveedores, muchos de los cuales contribuyen de forma decisiva en nuestra labor a través de sus productos y servicios, y con su colaboración en la innovación y mejora de los mismos.
- Las universidades y centros educativos con los que se colabora en la labor docente de profesionales de la salud.
- La sociedad en su conjunto, y en particular el entorno de Fuenlabrada, ya que este es un Hospital cuyo origen es la demanda social de dicha zona y sus representantes.

#### ¿Cuáles son las estrategias clave de la Organización y cómo utiliza el aprendizaje continuo / benchmarking para orientar el desarrollo de la estrategia?

Tras la elaboración del Plan de Empresa del Hospital para su puesta en marcha y desarrollo inicial (2003) el HUF realiza su primer plan estratégico propio en 2005: PE 2006-2010, consecuencia del área de mejora surgida en su 1ª autoevaluación E.F.Q.M. (2005), que marca como estrategias clave:

LE1: La adecuación tecnológica de la oferta de servicios (1. Orientación a la población, 2. Desarrollo tecnológico, 3. Investigación aplicada).

LE2: El trato adecuado y respetuoso a los pacientes (1. Modelo de relación, 2. Derechos e información, 3. Medir la satisfacción).

LE3: La política de excelencia hacia las personas (1. Desarrollo profesional; 2. Comunicación interna; 3. Imagen corporativa; 4. Política de retribuciones).

LE4: Una asistencia segura, ágil, resolutive y eficiente (1. Gestión por procesos; 2. Coordinación asistencial; 3. Seguridad Clínica).

LE5: Innovación y desarrollo en sistemas de información (1. TIC's soporte al funcionamiento, 2. Desarrollo armónico de las TIC's).

La formulación y desarrollo de estas estrategias u objetivos básicos se gestiona a través de: formulación participativa, equipos multidisciplinares de desarrollo, colaboración con expertos externos, autoevaluaciones E.F.Q.M. periódicas, información sistemática de rendimientos y de los grupos de interés del entorno y seguimiento sistematizado a través de planes anuales.

Es de destacar en este punto que el HUF por su orientación a la excelencia tiene líneas de aprendizaje sistemáticas que apoyan el desarrollo de su estrategia y su mejora:

- Participa en ámbitos de benchmarking como el TOP20 o la comparación estructurada de los hospitales de la CM (información e indicadores clave seleccionados y agrupados por tipología de Hospital (ver anexo 4), o los BIC (criterios de calidad mediante autoevaluación).
- Desarrolla autoevaluaciones sistemáticas y procesos de planificación estratégica asistido por expertos de reconocido prestigio.
- Dispone de líneas de trabajo sistematizadas en innovación, desarrollo tecnológico e investigación, tanto asistencial como en sistemas de información aplicados al sector.

#### ¿Cuáles son los procesos clave y cómo se decide la propiedad de los procesos?

El HUF tiene definido un mapa de procesos con las interrelaciones fundamentales desde 2006 que representa de forma escalonada macroprocesos y procesos en base a despliegue en cascada (ver ejemplo anexo 1).

No existe un "ranking" de procesos, si bien por negocio y estrategia los procesos clave del Hospital son:

- Los procesos asistenciales, que permiten prestar los servicios a los pacientes.
- Los procesos que hacen operativos del conocimiento, tanto internamente (estandarizar la asistencia y gestionar la información clínica) como los que incluyen resultados para la sociedad (enseñar e investigar).
- La planificación estratégica y anual, que permiten establecer las directrices y objetivos del HUF.
- Los procesos relacionados con la implicación y la capacitación del personal, ya que éstos son un factor clave de éxito.
- Los procesos de gestión de la información y de innovación tecnológica, que igualmente inciden como factor clave de éxito en la efectividad y la eficiencia de los servicios.

La propiedad de los principales procesos inter-funcionales está asignada a equipos multidisciplinares (urgencias, hospitalización, cirugía ambulatoria (CA), etc.) que se encarga de su gestión y mejora, así como la propiedad del resto de procesos se asigna por unidades de responsabilidad según la estructura organizativa del Hospital.

**CRITERIO 2 : POLÍTICA Y ESTRATEGIA**
**Subcriterio 2A**

*La política y estrategia se basa en las necesidades y expectativas actuales y futuras de los grupos de interés.*

**ENFOQUE Y DESPLIEGUE: NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE LOS CLIENTES**

En el HUF el paciente / usuario es un objetivo estratégico y por ello son múltiples mecanismos utilizados para la identificación y evaluación de necesidades y expectativas, tanto a nivel asistencial (patologías / prevalencia, etc.) como en todos los aspectos de servicio asociado a la asistencia (información, apoyo social, etc.):

Elementos de Identificación y Valoración	Ámbito
<ul style="list-style-type: none"> <li>Informe Estado de Salud de la CM, que se elabora / actualiza bienalmente y que incluye estudios epidemiológicos, socio – demográficos, etc., organizado según los capítulos estratégicos por la OMS. Estos estudios permiten valoración de las necesidades asistenciales de los pacientes y la identificación de las necesidades estructurales de la red asistencial.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Toda la población de la CM y específica del Área asignada al HUF</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Estudios de la información asistencial del propio Hospital, en el que se evalúan necesidades de capacidad y asistenciales en función de las evoluciones de actividad, prevalencia, frecuentaciones, etc. y con comparaciones con la evolución de los hospitales públicos de la CM.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Toda la población del Área asignada al HUF</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Encuesta a pacientes y usuarios que se inician a partir de 2004 con encuestas propias y posteriormente se complementan con encuestas de la CM en las que se les pregunta sobre expectativas y se incluyen preguntas abiertas, cuyos resultados se incluyen en los informes correspondientes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Procesos Asistenciales: Hospitalización, CCEE y CEP, urgencias, CA, obstetricia.</li> <li>Otros procesos asistenciales y de servicios como: UCI, REA, Urología, Hostelería</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Servicios de Atención al Paciente, en el que se analizan necesidades y expectativas en función de la actuación para:               <ul style="list-style-type: none"> <li>Acogida a pacientes y familiares a los diferentes procesos (hospitalización, quirúrgico, urgencias, etc.)</li> <li>Tratamiento sistematizado de SQR´s acorde a los criterios establecidos por la CM de los que se realizan informes trimestrales y anuales para la Dirección.</li> <li>Apoyo Social a pacientes y familiares (encuesta de captación de necesidades registrada informáticamente).</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Todos los usuarios de los servicios del Hospital.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Trabajo sistemático con colectivos e instituciones para el análisis de necesidades de pacientes, como por ejemplo:               <ul style="list-style-type: none"> <li>El HUF dispone de unos responsables de relaciones con Asociaciones y de Voluntariado (a cargo de D. Enfermería) que trabajan sistemáticamente con el Ayuntamiento y sus Servicios Sociales, Asociaciones de Enfermos, Instituto de la Mujer, etc.</li> <li>Participación en grupos de Trabajo o para la orientación de la asistencia al paciente (Ej.: "Información en Urgencias" – Consejería Sanidad "Mesa Técnica" – ayuntamiento Fuenlabrada, "Atención Violencia Género" – Consejería).</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Múltiples representantes de colectivos de clientes con carácter social y/o asistencial.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Alianza con AP con reuniones periódicas de los responsables, grupos de trabajo (Ej.: protocolización de actuaciones), encuesta a los profesionales de AP (con preguntas abiertas y una pregunta para la priorización de necesidades).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Todos los ámbitos de AP del Área asignada al Hospital.</li> </ul>

Además de los mecanismos descritos, es de señalar que por ser un servicio asistencial directo al cliente, el contacto de todos los profesionales en el día a día con pacientes y familiares permite un conocimiento generalizado de necesidades y expectativas, tanto específicas como generales y en el corto, medio y largo plazo.

Este esquema de información cubre todos los segmentos y tipologías de clientes del HUF y son ejemplos de estrategias / proyectos desarrollados a partir de la información recabada:

Estrategia / Proyecto	Mejoras
<ul style="list-style-type: none"> <li>Área de Cáncer</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>A partir del déficit asistencial en el Área 9 sobre esta patología se desarrolla este servicio con actuaciones en oncología médica y radioterápica, incorporando tratamientos mediante aceleradores lineales y que ha servido para desarrollar una importante línea de investigación clínica en alianza con el CNIO.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Información a Pacientes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>A partir de áreas de mejora en la autoevaluación y de un estudio específico de expectativas se desarrolla un proyecto para la mejora de la información y la comunicación con los pacientes.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Implicación de usuarios</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Incorporación de la voz del paciente en la Comisión de Calidad Percibida.</li> </ul>

**EVALUACIÓN / REVISIÓN**

La revisión de los diferentes mecanismos descritos es realizada por responsables específicos de los mismos, siendo el ED del Hospital el que evalúa el enfoque completo de adecuación de la información para la planificación en cada uno de sus ciclos.

Son ejemplos de mejoras derivadas de esta revisión:

- El desarrollo de la interrelación (alianza) con AP y la formulación de encuestas a sus profesionales a partir de 2006.
- Elaboración del Plan de Mejora de la satisfacción de pacientes (2010), a partir de los resultados de la encuestas de la CM.

Enf. Adicionales Aplicables a este Subcriterio	Despliegue	Medidas de la Eficacia / Ref. a Resultados
Identificación de Necesidades y expectativas de personas	<ul style="list-style-type: none"> <li>Encuesta general de clima y encuesta a directivos y responsables.</li> <li>Encuestas específicas de las unidades de RR.HH.</li> <li>Reuniones sistemáticas de RR.HH. con el personal y de responsables con sus equipos (Ej.: gestión, objetivos, etc.)</li> <li>Reuniones sistemáticas con Representantes de trabajadores (Comité de Empresas) y varias comisiones para la gestión de RR.HH. (Igualdad, Formación, Carreras Profesionales, Contratación, etc.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Procedimiento de evaluación de líderes. Ciclo 2006, y mejora 2010.</li> <li>Grado de cumplimiento de los objetivos pactados.</li> </ul>

Enf. Adicionales Aplicables a este Subcriterio	Despliegue	Medidas de la Eficacia / Ref. a Resultados
Identificación de Necesidades de la red asistencial (SERMAS / Consejería Sanidad)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Estrategias de salud del Plan de Calidad del SNS del Ministerio de Sanidad.</li> <li>▪ Planes de Salud de la CM.</li> <li>▪ Encuestas de salud del Ayuntamiento.</li> <li>▪ Sistema de objetivos institucionales y contrato de gestión del SERMAS con seguimientos bimestrales y revisión anual más el control de gestión.</li> <li>▪ Grupos de Trabajo del SERMAS en los que participa el personal del Hospital.</li> <li>▪ Seguimiento de requisitos legales y de proyectos promocionados por la Consejería y el SERMAS: cláusula anual con cartera de servicios, programas y objetivos de calidad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cumplimiento de objetivos anuales por el hospital. Informes del SERMAS.</li> <li>▪ Nº de profesionales en grupos de trabajo del SERMAS.</li> <li>▪ Nº de proyectos en la estrategia de salud del SNS.</li> </ul>
Identificación de Necesidades Sociales a partir el GCOM con identificación de los agentes sociales representativos y sistematización de la relación (ver criterio 8)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Reuniones sistemáticas con el Ayuntamiento de Fuenlabrada (cuyo alcalde forma parte del Consejo de Administración del Hospital) y sus concejalías (sanidad, medioambiente, servicios sociales, ciudadanía, educación, etc.). Contactos con los ayuntamientos de Humanes y Moraleja entornote Enmedio.</li> <li>▪ Plataforma Ciudadana que aglutina más de 140 asociaciones específicas.</li> <li>▪ Encuesta a asociaciones de carácter social.</li> <li>▪ Reuniones y proyectos de colaboración con múltiples asociaciones (inmigrantes, alcohol, Instituto de la Mujer, Asociación ayuda al pueblo Sauri.....)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Actas de las reuniones mantenidas.</li> <li>▪ Participación de distintos profesionales en actividades con el Ayuntamiento de Fuenlabrada.</li> <li>▪ Participación con distintas asociaciones locales.</li> </ul>
Identificación necesidades de aliados y proveedores clave	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ver subcriterio 4A.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nº de reuniones con aliados.</li> <li>▪ Encuesta de satisfacción de aliados y colaboradores.</li> </ul>

**CRITERIO 2 : POLÍTICA Y ESTRATEGIA**
**Subcriterio 2B**

*La política y estrategia se basa en la información de los indicadores de rendimiento, la investigación, el aprendizaje y las actividades externas.*

**ENFOQUE Y DESPLIEGUE: INFORMACIÓN INTERNA DE RENDIMIENTO**

Para la planificación y gestión del HUF se utilizan múltiples mecanismos y elementos de información entre la que destacan como más relevante:

Tipo de Información											
<p>▪ Información Interna Asistencial</p> <p>El HUF dispone de un cuadro de mando (CDM) asistencial que recopila 90 indicadores de actividad, calidad y rendimiento asistencial (parte de sus datos figura en criterio 9), con los indicadores definidos en un inventario, estructurados por procesos clave (Hospitalización, Urgencias, Quirófanos, Consultas Externas y Servicios Centrales) mensualizado y anual, con datos de histórico de 5 años. Cada servicio asistencial del Hospital dispone del mismo CDM para su propia actividad (en total 27). Además, a través de información oficial del SERMAS (CMBD, SIAE, SICYT....) disponemos de la información comparativa con el resto de hospitales de la red sanitaria, y a través de proveedores de comparaciones (IASIST), nos comparamos con los mejores de España.</p>											
<p>▪ Información de calidad del servicio al cliente mediante encuestas anuales de satisfacción de los servicios clave:</p> <table border="1"> <tr> <td>HUF</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>Hospitalización</li> <li>Consultas externas Hospital</li> <li>Consultas externas ambulatorio</li> <li>CA</li> </ul> </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>UCI</li> <li>REA</li> <li>Hostelería</li> <li>Consultas Urolg. Digest.</li> </ul> </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>AP</li> <li>MIR</li> <li>Grado</li> </ul> </td> </tr> <tr> <td>CM</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>Hospitalización</li> <li>Consultas externas Hospital</li> <li>Consultas externas ambulatorio</li> <li>Urgencias</li> </ul> </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>CA</li> <li>Ginecología y Obstetricia</li> </ul> </td> <td></td> </tr> </table> <p>Y todos ellos generan sus informes correspondientes, las encuestas de la CM contienen comparaciones con otros hospitales y las propias permiten una mayor muestra y fiabilidad, valorando otros ámbitos relevantes.</p> <p>El HUF dispone además de informes relativos a la gestión de SQR's anuales, segmentados por tipos y temas que elabora el ATP.</p>				HUF	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hospitalización</li> <li>Consultas externas Hospital</li> <li>Consultas externas ambulatorio</li> <li>CA</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>UCI</li> <li>REA</li> <li>Hostelería</li> <li>Consultas Urolg. Digest.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>AP</li> <li>MIR</li> <li>Grado</li> </ul>	CM	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hospitalización</li> <li>Consultas externas Hospital</li> <li>Consultas externas ambulatorio</li> <li>Urgencias</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>CA</li> <li>Ginecología y Obstetricia</li> </ul>	
HUF	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hospitalización</li> <li>Consultas externas Hospital</li> <li>Consultas externas ambulatorio</li> <li>CA</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>UCI</li> <li>REA</li> <li>Hostelería</li> <li>Consultas Urolg. Digest.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>AP</li> <li>MIR</li> <li>Grado</li> </ul>								
CM	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hospitalización</li> <li>Consultas externas Hospital</li> <li>Consultas externas ambulatorio</li> <li>Urgencias</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>CA</li> <li>Ginecología y Obstetricia</li> </ul>									
<p>▪ Información de Gestión de Personas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Encuestas generales de clima laboral a todo el personal (segmentada por categorías y variables de condiciones de trabajo), bienales, (2007 y 2009)</li> <li>Encuestas a trabajadores sobre la atención de gestión de Personal (desde 2008).</li> <li>CMI de RR.HH. que incluye los indicadores relativos a control de plantilla, control presupuestario de personal, control de absentismos, indicadores de reclamaciones, formación, selección, movilidad y promoción, salud laboral, sistema de objetivos, carrera profesional, etc.</li> <li>Dicho CMI tiene evolución mensual, histórico de 2 años y se dispone: Interno general RR.HH., Interno por Unidades y Externo por SERMAS y para la Consejería de Hacienda de la CM</li> </ul>											
<p>▪ Información Económica</p> <p>El HUF dispone de un completo conjunto de indicadores económicos a partir de: cuenta de pérdidas y ganancias, balance y sistema contable y presupuesto.</p> <p>Se dispone de un CDM que interrelaciona gasto- actividad y gasto – personal – actividad en niveles generales y por servicios con desgloses específicos para los indicadores del SERMAS – Consejería de Sanidad – Consejería de Hacienda y para aquellas partidas que son objetivos propios del Hospital especialmente de consumos sanitarios. (Gasto farmacéutico, fungible y prótesis). Para ámbito de control especial, como puede ser el gasto farmacéutico, el SERMAS proporciona datos comparativos de referencia.</p>											

A partir de la información recabada por los sistemas descritos, más la obtenida a través de los sistemas que figuran en enfoques adicionales, el HUF desarrolla sus estrategias y proyectos con visión a corto, medio y largo plazo, como por ejemplo:

Estrategia / Proyecto	Mejoras
▪ Sistema de Citación.	▪ A partir de las quejas y valoraciones deficientes de los pacientes se diseña un sistema de citas que elimina la cita presencial a partir de 2009, disminuyendo drásticamente las reclamaciones de este ámbito.
▪ Consolidación del Sistema DPO	▪ Como mejora de la Autoevaluación 2006, se pone en marcha un área de mejora de la DPO, que introduce mejoras relevantes en 2007, 2009 y 2010 relativas a la adecuación de objetivos, la comunicación, y la evaluación.

**EVALUACIÓN / REVISIÓN**

La revisión de los diferentes mecanismos descritos es realizada por los responsables específicos de los mismos, siendo el ED del Hospital el que evalúa el enfoque general de adecuación de información para la planificación en cada uno de sus ciclos.

Son ejemplos de mejoras derivadas de esta revisión sistemática:

- Sistema de estandarización de la información clínica del que el HUF es pionero y referente del sector, siendo asesores del Ministerio de Sanidad para la HCE. del SNS del proyecto europeo "epSOS" y miembros del Comité Técnico de AENOR de Informática de la Salud.
- Desarrollo de las encuestas a personas a partir de 2007.
- Introducción de las encuestas a AP, de Aliados y Colaboradores, y de Asociaciones Sociales.

Enf. Adicionales Aplicables a este Subcriterio	Despliegue	Medidas de la Eficacia / Referencia a Resultados
Información Tecnológica (ver 4D)	<ul style="list-style-type: none"> <li>El HUF dispone de una Comisión de Tecnología e Innovación que evalúa sistemáticamente la situación tecnológica y las propuestas provenientes de las áreas y profesionales del Hospital.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Estudios realizados por la Comisión de Tecnología a lo largo de su existencia.</li> </ul>
Información de Aliados y Sociedad en base a un sistema de encuestas de percepción directas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>El HUF dispone de un sistema de encuesta a asociaciones y organizaciones con las que colabora y que perciben la labor social del Hospital (en 2010 valoran al Hospital &gt; 40).</li> <li>El HUF dispone de un sistema de encuestas a aliados para valorar desde su perspectiva la actuación del Hospital (en 2010 lo han valorado 30 aliados).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>IS de las encuestas a las asociaciones.</li> <li>IS de las encuestas a los aliados.</li> </ul>



Enf. Adicionales Aplicables a este Subcriterio	Despliegue	Medidas de la Eficacia / Referencia a Resultados
Elementos de Aprendizaje significativos para la planificación	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ El HUF realiza una autoevaluación E.F.Q.M. bienal asistida por expertos y con alto nivel de participación de los profesionales (2005-2007-2009).</li> <li>▪ El HUF utiliza sistemas de benchmarking para la identificación de mejoras (TOP 20 2005-2010, comparaciones de la CM).</li> <li>▪ HUF dispone de múltiples comités, comisiones y grupos de trabajo que analizan la situación en diferentes ámbitos y reportan al E.D. (ver 3.D)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Informes de cada una de las Autoevaluaciones realizadas.</li> <li>▪ Planes de Mejora documentados.</li> <li>▪ Documentos de Benchmarking.</li> <li>▪ Actas de los distintos comités, comisiones y grupos de trabajo.</li> </ul>

*La política y estrategia se desarrolla, revisa y actualiza.*

**ENFOQUE Y DESPLIEGUE: PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA**

El HUF es creado a partir de 2003 y para su construcción y desarrollo inicial se crea un grupo de 7 personas que, a partir de su información demográfica, poblacional, sociológica, asistencial, existente, establece el Plan de empresa del Hospital, en el que ya se marcan características o líneas de trabajo que son el fundamento de la actual estrategia:

- Se define una línea asistencial y una primera cartera de servicios basada en una atención excelente a los usuarios, flexible en sus servicios y con la diferenciación por la excelencia y la tecnología como claves (Ej.: Hospital premiado en múltiples áreas asistenciales y como hospital – ver criterio 8)
- Se define una línea organizativa basada en un Hospital de trabajo multidisciplinar, capaz de desarrollar una alta coordinación de sus servicios, utilizando como claves el trabajo en equipo en equilibrio con una estructura muy plana y una alta autonomía de gestión (Ej.: diseño de los procesos asistenciales mediante equipos multidisciplinarios).
- Se define una línea en personas basada en una selección de profesionales no rígida y adaptada a las necesidades, que promueva el liderazgo, la corresponsabilidad y el desarrollo profesional como soporte de las líneas asistenciales y organizativas. (Ej.: cada jefe de servicio selecciona su personal y trabajando en equipo define las características y necesidades de su servicio: personal, equipamiento, instalaciones, etc.).

Como resultado de la 1ª autoevaluación E.F.Q.M. realizada en 2005, se identifica como mejora prioritaria la necesidad de un Plan Estratégico que permita actualizar y dar continuidad a las líneas fundamentales de trabajo de la puesta en marcha del Hospital, siguiéndose el esquema de trabajo:

1. Creación de un Comité de Planificación (ED + otros profesionales relevantes) que apoyados por un consultor externo experto establecen la metodología de trabajo.
2. Definición de la M.V.V. del Hospital, mediante un sistema participativo consistente en:
  - Realización de una encuesta de opinión a los líderes (100) del Hospital.
  - Creación de grupos de participación en la planificación que en función de los resultados de la encuesta establecen los aspectos clave a incluir en M.V.V.
  - Valoración del Comité de Planificación de las aportaciones y resultados y formulación definitiva de M.V.V. (ver introducción).
3. Formulación estratégica del Hospital mediante un sistema participativo consistente en:
  - Trabajo de los grupos de participación (5) en el análisis del Hospital y de su entorno, en base a información cuantitativa (Ej.: información de actividad – calidad – rendimiento – primeros resultados de encuestas clientes, estudios de salud de la CM, etc.) y cualitativa de los propios profesionales y de una “Matriz Competitiva” (factores críticos de éxito).
  - Elaboración de un “DAFO” por cada grupo de participación y presentación de resultados / conclusiones al Comité de Planificación.
  - Análisis de resultados por parte del Comité de Planificación y definición de las estrategias del Hospital.
  - Puesta en común de la estrategia con los grupos de participación y ajuste del Plan Estratégico.
4. Definición del Plan de Acción. Con objeto de operativizar las 5 líneas estratégicas definidas en el HUF el proceso realizado es:
  - Creación de un equipo de trabajo por cada L.E. con un responsable de la misma a los que se les entrega la información de base por su establecimiento (punto 3)
  - Cada grupo de trabajo establece para su L.E.: descripción del objetivo de la L.E. y ámbito de actuación de la misma, establecimiento de los factores críticos de éxito y en consecuencia objetivos estratégicos (entre 2 y 4 por cada LE.) definición de indicadores y metas por cada objetivo estratégico, definición de los proyectos / actuaciones para conseguir cada objetivo estratégico y calendarización de los mismos.

A la finalización del documento soporte de todo el esquema de actividades y objetivos del PE se considera completado el 1º P.E. del Hospital: PE 2006-2010.

**EVALUACIÓN / REVISIÓN**

La responsabilidad de la mejora del enfoque de planificación estratégica corresponde al ED, quien ya ha establecido mejoras derivadas de la actualización anual de planes y de la revisión realizada para mejorar la sistemática de planificación estratégica a realizar en otoño de 2010.

Algunas mejoras fruto de estas revisiones son:

- Sistematización del proceso de planificación estratégica y enlace con la formulación de los planes anuales de objetivos.
- Incorporar la “visión económica” en los análisis y definición de estrategias, fruto de la actualización del plan en 2008 y a la vista de los *inputs* que introducida la crisis en la gestión a corto, medio y largo plazo.
- El fortalecimiento de la información interna y de entorno para el análisis estratégico (Ej.: más encuestas, más trayectoria de los resultados, cuadro de mando integral del Hospital (en elaboración), etc.)

Enfoques Adicionales Aplicables a este Subcriterio	Despliegue	Medidas de la Eficacia / Referencia a Resultados
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Actualización de la estrategia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Anualmente y con la revisión para la planificación anual el ED evalúa los avances conseguidos y la necesidad de actualizar las formulaciones realizadas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cumplimiento de objetivos ligados a factores críticos de éxito.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Planes de Mejora de la Autoevaluación E.F.Q.M.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Puesto que las Autoevaluaciones significan un análisis en profundidad del funcionamiento del Hospital, cada 2 años se formula un plan de mejora complementario y alineado con la estrategia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nº de acciones de mejora.</li> <li>▪ Cumplimiento de indicadores de las acciones de mejora.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Despliegue de la Estrategia Planes de Gestión</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ver criterio 2D</li> </ul>	

**CRITERIO 2 : POLÍTICA Y ESTRATEGIA**
**Subcriterio 2D**

*La política y estrategia se comunica y despliega mediante un esquema de procesos clave.*

**ENFOQUE Y DESPLIEGUE: PLANIFICACIÓN ANUAL**

El HUF desarrolla un plan anual con objetivos que despliegan hasta objetivos personales ligados al sistema de remuneración (ver 3E), dicho plan anual se configura de la siguiente forma:

**1. Puntos de Referencia para el Plan Anual.**

Para la definición de objetivos y planes de carácter anual el Hospital parte de:

- Plan Estratégico: que tiene un conjunto de líneas estratégicas estructuradas que despliegan a proyecto y/o proceso (ver ejemplo en anexo 1 y 2C) con una secuenciación anual.
- Plan Mejora Autoevaluaciones: de cada autoevaluación se ha realizado una priorización de oportunidades de mejora (4 criterios: impacto en clientes y resultados organización, viabilidad, margen de mejora y autonomía) que se estructuran en Áreas de Mejora (proyectos multifuncionales con Equipo de Mejora) y en Acciones de Mejora (proyecto unifuncionales con un responsable de la estructura organizativa).

Las oportunidades de mejora se alinean con la estrategia y con el mapa de procesos y se convierten en proyectos que disponen de un plan de acción específico y estructurado para cada una de ellas, con indicadores y un horizonte de 2 años.

- Cláusula Adicional (Contrato) y Presupuestos CM, que provienen del SERMAS – Consejería de Sanidad y de la Consejería de Hacienda (estos solo económicos) y que indican las necesidades económicas, de actividad, de calidad y mejora, de la Administración.

**2. Elaboración del Plan Anual**

El HUF recibe anualmente unos objetivos institucionales que son de aplicación al Hospital. Sobre dicha propuesta de objetivos, se realizan dos actuaciones:

- Una es la incorporación de estos objetivos y líneas de trabajo en el desarrollo del Plan Estratégico y en el Plan de Mejora de la Autoevaluación, modificando los proyectos y acciones en curso.
- Otra es la comunicación de la propuesta a los responsables de las diferentes unidades del Hospital.

A partir de estas actuaciones el ED en un proceso "bidireccional" acuerda el plan anual de objetivos con todas las unidades:

- Cada responsable de unidad con aquellos componentes de su equipo que considera adecuado prepara su propuesta de contribución a los objetivos del Hospital.
- El ED identifica los objetivos y actuaciones con los que considera que debe contribuir cada unidad a los objetivos del Hospital.
- Se producen reuniones del ED con todos los responsables de las unidades para pactar los objetivos definitivos.

A la finalización del proceso el HUF dispone de un Plan de Objetivos anual desplegado a todas las unidades en términos de actividad, rendimiento y calidad, más los planes de actuación ligados al plan estratégico y al plan de mejora de la autoevaluación que conforman los proyectos de mejora a más largo plazo.

**EVALUACIÓN / REVISIÓN**

El ED es el responsable de la mejora continua, del despliegue de planes y objetivos, y para ello evalúa los resultados alcanzados por el Hospital, el grado de cumplimiento de sus objetivos, además trabaja los procesos de planificación y autoevaluación con expertos externos que permiten el necesario aprendizaje para la mejora de este enfoque. Fruto de estas evaluaciones anuales son mejoras como por ejemplo:

- Mejora de la Sistematización y documentación del proceso de planificación de objetivos anual (fichas de objetivos, actas de fijación y comunicación, etc.), así como la mejora de la formulación, cuantificación y evaluación de los objetivos establecidos (a partir de 2008).
- En 2010 se define una nueva sistemática de comunicación de objetivos a todo el personal.

Enfoques Adicionales Aplicables a este Subcriterio	Despliegue	Medidas de la Eficacia / Referencia a Resultados
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Despliegue de Objetivos de Institucionales y de las Unidades a objetivos personales para ligar retribución a la contribución y marcha del Hospital (ver 3E)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Objetivos personales alineados con los objetivos de la organización para toda la plantilla, negociados entre las unidades y las direcciones y firmados.</li> <li>▪ Remuneración variable en función de logro de objetivos Institucionales, de Unidad y personales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Evaluaciones de Directores.</li> <li>▪ Evaluaciones de Responsables.</li> <li>▪ % pago de retribución variable.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Seguimiento sistemático de objetivos de los planes anuales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Reuniones de seguimiento mensual en el ED.</li> <li>▪ Reuniones de seguimiento trimestral /cuatrimestral (2010) entre directores y responsables de unidades.</li> <li>▪ Reuniones de seguimiento de objetivos institucionales entre ED y responsables del SERMAS ("cumplimiento del Contrato de Gestión") y de la Conserjería de Hacienda.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Resoluciones de la CD.</li> <li>▪ Nº de reuniones con los responsables.</li> <li>▪ Evaluación de objetivos institucionales.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Comunicación de Planes y Objetivos al personal y otros GI.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Comunicación y Participación en los procesos de planificación estratégica autoevaluación y objetivos institucionales (ver 3C).</li> <li>▪ Estructuración y desarrollo de sesiones generales de comunicación a la plantilla por parte del ED.</li> <li>▪ Reuniones de comunicación del ED y líderes.</li> <li>▪ Estructuración y desarrollo de sesiones específicas por unidades del ED y los responsables de las mismas.</li> <li>▪ Plan de marketing de comunicación (Ej.: comunicación a las entidades sociales, vasos con P.E. en el comedor, etc.)</li> <li>▪ Inclusión de planes y objetivos en la Intranet y el PE en la página Web.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nº de Sesiones Informativas del ED a la plantilla.</li> <li>▪ Nº de reuniones de las Direcciones con los a la responsables.</li> <li>▪ Anuncios en la Web del hospital y de la CM.</li> </ul>

**Definición:** Las Organizaciones Excelentes gestionan, desarrollan y hacen que aflore todo el potencial de las personas que las integran, tanto a nivel individual como de equipos o de la organización en su conjunto. Fomentan la justicia e igualdad e implican y facultan a las personas. Se preocupan, comunican, recompensan y dan reconocimiento a las personas para, de este modo, motivarlas e incrementar su compromiso con la organización logrando que utilicen sus capacidades y conocimientos en beneficio de la misma.

- Planificación, gestión y mejora de los recursos humanos.
- Identificación, desarrollo y mantenimiento del conocimiento y la capacidad de las personas de la organización.
- Implicación y asunción de responsabilidades por parte de las personas de la organización.
- Existencia de un diálogo entre las personas y la organización.
- Recompensa, reconocimiento y atención a las personas de la organización.

**¿Cómo está compuesto el personal de la Organización? Incluya cifras globales y desgloses relevantes, por ejemplo, por niveles, centros de trabajo, a tiempo parcial o total, personal de plantilla, temporal, etc.**

El organigrama del HUF que describe su estructura organizativa se incluye en la introducción de la memoria y los datos de plantilla a Junio de 2010 son:

Distribución del personal a 31/12/2009

Plantilla estructural		Personal eventual	Plantilla total
Personal fijo	Personal interino		
1273	106	109	1488

Distribución plantilla estructura			
Directivos	Facultativos	Sanitarios	No sanitarios
7	277	811	284

**¿Aplica la Organización alguna norma de certificación o de reconocimiento externo a la gestión de Personas, por ejemplo, "Investors in People" (R.U.), Excelencia a través de las Personas, etc.?**

En el HUF las personas son consideradas fundamentales para lograr una adecuada prestación del servicio a los pacientes, usuarios y familiares. En su plan estratégico se ha definido una línea estratégica específica:

**L.E. 3: LA POLÍTICA DE EXCELENCIA HACIA LAS PERSONAS COMO EXPRESIÓN DEL COMPROMISO DE LA INSTITUCIÓN CON SUS PROFESIONALES**

Cuyo objetivo está definido cómo:

*"Lograr un ámbito de actuación donde se promueva el compromiso en el desarrollo y progreso conjunto y paralelo del Hospital y de los profesionales que lo componen, desarrollando políticas que promuevan y reconozcan la excelencia profesional, la atracción, y el sentido de pertenencia, teniendo a la formación continuada y la participación responsable en la gestión como ejes básicos para su logro."*

Fruto de la estrategia en personas seguida por el HUF se ha consolidado una gestión en este ámbito que es merecedora de reconocimientos externos como: "Mención especial en la categoría de Política y Estrategia en formación y desarrollo" en el 10º Salón Capital Humano (2005), "Premio de Conciliación" como mejor trayectoria de su política de conciliación del Ayuntamiento de Fuenlabrada, etc.

Además, en el mapa de procesos del Hospital (anexo 1) se ha incluido un conjunto de procesos relacionados con todos los sistemas de gestión de personas.

En el HUF los procesos de gestión de personas se encuentran procedimentados y por tratarse de una entidad pública, está sujeto en su gestión laboral a normativa y legislación específica que son objeto de auditoría y supervisión, tanto por los representantes de los trabajadores como por parte de la inspección pública.

**Planificación, gestión y mejora de los recursos humanos.**

**ENFOQUE Y DESPLIEGUE – PROCESO DE SELECCIÓN**

Como se comenta en la introducción, el HUF ha definido en su plan estratégico una línea específica (L.E. 3) para desarrollar una política de excelencia en la gestión de personas, y uno de los ámbitos de aplicación de dicha línea, recogido en el plan estratégico es el “desarrollo de la sistemática de selección y promoción de profesionales”.

Existen diferentes sistemáticas para seleccionar personal, en función de las necesidades de incorporar personal fijo o temporal, tal como se presenta en el cuadro adjunto. En el Hospital la Selección es un proceso clave y absolutamente diferenciador de otros hospitales, ya que permite disponer de los profesionales mejor cualificados y más orientados a la estrategia del Hospital.

El proceso de selección indefinida fue diseñado por la Dirección del Hospital en su inicio y posteriormente fue acordado con el Comité de Empresa.

**Proceso de selección indefinida:** Objetivos: a) Seleccionar buenos profesionales en base a sus conocimientos y aptitudes, así como que su perfil actitudinal se ajuste a las exigencias establecidas por la Dirección; b) Garantizar los principios de igualdad, mérito y capacidad a los que como Ente Público el Hospital se encuentra obligado.

A partir de la decisión en el Consejo de Administración, se elaboran las bases reguladoras del proceso de selección, que incluyen los baremos de méritos para las diferentes categorías profesionales. En concreto, se establecen tres fases orientadas a evaluar y se establecen dos ponderaciones diferentes, una específica para facultativos y otra para el resto de categorías, según se describe en el cuadro adjunto.

- **Fase de méritos profesionales**, dirigida a evaluar las aptitudes de los candidatos a través de un baremo elaborado específicamente para cada ocasión y comprobar que se posee la titulación y experiencia mínima obligatoria.
- **Fase de pruebas psicotécnicas**, dirigida a evaluar las aptitudes y competencias que son necesarias para el adecuado desempeño del puesto de trabajo.

Todas las personas que superan la fase de validación de méritos profesionales son citadas a la realización de las pruebas psicotécnicas. Aunque dentro de cada grupo puede haber varios puestos de trabajo, las competencias y aptitudes a valorar son similares, por lo que se opta por una misma prueba para cada grupo profesional. Todas las pruebas de todos los grupos comprenden una prueba aptitudinal y una otra de personalidad laboral.

La suma de ambas pruebas (aptitudes y personalidad) permite obtener una puntuación final que si no alcanza un mínimo de 100 de un máximo de 250 puntos, el candidato es excluido del proceso, no pudiendo acceder a la fase de entrevista personal.

- **Fase de entrevistas personales**, dirigida a identificar la trayectoria profesional y las competencias requeridas en el perfil del puesto de trabajo, así como otras actitudes y aptitudes definidas como importantes para el buen desempeño de la actividad profesional. Todas las entrevistas se realizan por mesas establecidas al efecto compuestas por personal multidisciplinar y con representación de los trabajadores. Las entrevistas se realizan según un guión preestablecido y en el que se indaga acerca de aspectos nuevos y no explorados en las anteriores etapas del proceso de selección.

Una vez finalizadas las tres fases, la mesa de selección aprueba los listados con las puntuaciones totales obtenidas por los candidatos. El proceso finaliza con la identificación de los candidatos que obtienen la condición de “seleccionados”, aprobación por Gerencia y publicación de los listados. Tras la contratación (ver enfoque adicional) establece un **periodo de prueba** para todos los trabajadores dependiendo de su categoría profesional. Una vez finalizado este periodo, el responsable directo realiza una **evaluación sobre el desempeño** obtenido que se ha revelado como una herramienta fundamental en la gestión de personas del Hospital.

El proceso de selección del Hospital ha sido publicado en un artículo del Observatorio de RRHH en junio de 2008.

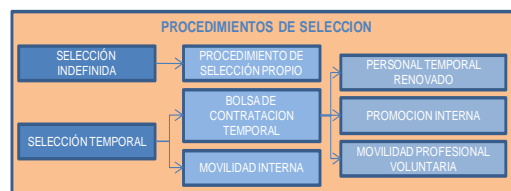
Los procesos de selección indefinida se realizaron en diciembre 2006 y diciembre 2009. El 100% de los profesionales incorporados al Hospital han seguido los requisitos establecidos por los diferentes procedimientos de selección establecidos.

**EVALUACIÓN Y REVISIÓN**

La Dirección de RR.HH. es la propietaria del proceso de selección y se encarga de valorar su eficacia. Desde el comienzo de la actividad del HUF se ha puesto de manifiesto la adecuación de los profesionales seleccionados y, por tanto, la consecución de los objetivos marcados en el momento del diseño y ejecución de los diferentes procesos de selección. En el último proceso de selección indefinida, de los 138 profesionales seleccionados, el 100 % ha superado satisfactoriamente su periodo de prueba.

Como mejoras en los últimos años en el proceso de selección se pueden citar:

- Ajuste de los criterios de ponderación de cada uno de los ámbitos tenidos en cuenta.
- Ajuste de los criterios de baremación, por ejemplo en la valoración de los méritos profesionales: equivalencias de créditos de formación continuada – académica, o de valoración para los ámbitos de trabajo donde se ha desarrollado la experiencia profesional.



**SISTEMA DE PONDERACIONES**

FACULTATIVOS	
Méritos Profesionales:	50% (500 puntos)
■ Experiencia profesional:	49% (245 puntos)
■ Formación relacionada con el puesto:	30% (150 puntos)
■ Aportaciones científicas:	13% (65 puntos)
■ Docencia:	8% (40 puntos)
Pruebas Psicotécnicas:	25% (250 puntos)
Entrevista Personal:	25% (250 puntos)
RESTO DE CATEGORÍAS	
Méritos Profesionales:	50% (500 puntos)
■ Experiencia profesional:	60% (300 puntos)
■ Formación relacionada con el puesto:	30% (150 puntos)
■ Aportaciones científicas:	5% (25 puntos)
■ Docencia:	5% (25 puntos)
Pruebas Psicotécnicas:	25% (250 puntos)
Entrevista Personal:	25% (250 puntos)

Enfoques adicionales	Despliegue	Medidas de eficacia/ resultados
Planificación de RR.HH.	La Dirección de RR.HH. está estructurada en dos unidades: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Gestión de Personal, Planificación y Desarrollo de RRHH, que se encargan de desarrollar las directrices emanadas del plan estratégico en su línea estratégica 3 relacionada con la gestión de personal (ver introducción del criterio 3) y desplegarlas en líneas de acción.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ISE en Atención a Personas</li> <li>▪ ISE en Grado de Compromiso</li> </ul>
Evaluación satisfacción de las personas	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Se ha definido una sistemática para evaluar y mejorar la satisfacción del personal del Hospital. Se han realizado encuestas de clima de acuerdo a dicha sistemática en los años 2007 y 2009.</li> <li>▪ La encuesta consta de 32 preguntas estructuradas en 9 bloques de evaluación.</li> <li>▪ La encuesta se pasa al 100% del personal del Hospital de todas las categorías.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nivel de respuesta de la encuesta 2009: 38% del personal</li> </ul>
Planes de	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Existe un proceso definido con una guía documentada de acogida que incluye aspectos como:</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Evaluación de la acogida</li> </ul>

Enfoques adicionales	Despliegue	Medidas de eficacia/ resultados
acogida	localización, cartera de servicios, organigrama, funcionamiento interno, puestos y categorías, formación, guías y manuales de referencia, etc.	
Estructura organizativa	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La estructura organizativa del Hospital se soporta en el Reglamento de Régimen Interno, que establece la definición del organigrama básico y la definición de funciones y responsabilidades.</li> <li>▪ Organigrama plano sin subdirecciones, introduce concepto de "Unidades de Responsabilidad"</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ RRI en revisión para introducir el ámbito de procesos (Ej.: propietarios)</li> </ul>

**CRITERIO 3 : PERSONAS**

**Subcriterio 3B**

**Identificación, desarrollo y mantenimiento del conocimiento y la capacidad de las personas de la organización.**

**ENFOQUE Y DESPLIEGUE – FORMACIÓN**

El HUF ha definido en su plan estratégico una línea específica (L.E. 3) para desarrollar una política de excelencia en la gestión de personas, y uno de los ámbitos de aplicación de dicha línea, recogido en el plan estratégico es el “desarrollo de la sistemática de formación continuada”. En el HUF la formación continuada es un imperativo tanto para los trabajadores como para la Dirección del centro. Existe un procedimiento documentado de Formación.

El Plan Anual de Formación Continuada cubre las necesidades formativas de las diferentes áreas con el objetivo de progresar en los procesos de cualificación, perfeccionamiento y desarrollo profesional del personal, y contiene dos tipos de formación:

- Formación continuada necesaria y de obligado conocimiento para el buen desempeño del puesto de trabajo
- Formación continuada relacionada con la categoría profesional.

Se realiza un diagnóstico permanente y exhaustivo de las necesidades de formación a través de los siguientes mecanismos sistemáticos:

- Traducción de los problemas detectados en necesidades formativas priorizadas, (con su objetivo y meta a conseguir).
- Cuestionarios de evaluación en período de pruebas.
- Entrevistas con directores, jefes de servicio, jefes de área y supervisores.
- Cuestionarios de satisfacción de la formación.

A partir de aquí, con periodicidad anual, el Área de Planificación y Desarrollo elabora un plan de formación continuada que se presenta a la Agencia Laín Entralgo, organismo que financia, promociona, coordina y evalúa todas las actividades de formación e investigación en Ciencias de la Salud. Antes de incorporar al plan cualquier acción se realiza un análisis retrospectivo de otras actividades similares.

Además de las acciones formativas anteriores se organizan otras acciones internas o se financia la asistencia a acciones externas.

El Hospital cuenta con una superficie docente de 1020 metros cuadrados, con salón de actos, 5 salas de formación y numerosas salas de reuniones. La Unidad de Formación se dedica en exclusiva a la elaboración, puesta en marcha y supervisión de todas las acciones formativas que se llevan a cabo. A la hora de seleccionar a los formadores, tanto internos como externos, se siguen los siguientes criterios:

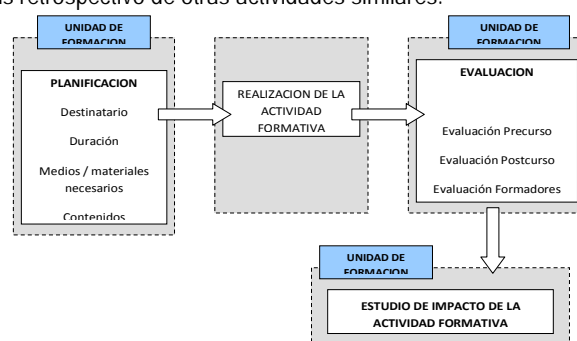
- Habilidades personales de comunicación para motivar y dirigir grupos para fomentar la participación/acreditación de la competencia técnica necesaria sobre los contenidos a impartir.

El seguimiento individualizado y la retroalimentación son los factores que autentifican la política de formación del HUF, de ahí la importancia concedida a la evaluación de la misma a través de los siguientes mecanismos:

- Cuestionario de satisfacción de la formación: en el que los alumnos valoran contenidos, monitor, aula, documentación, etc.
- Cuestionario de conocimientos adquiridos: con el que se mide el grado de cumplimiento de los objetivos.
- Entrevistas y conversaciones en grupo, por parte de responsable directos, que pretende evaluar el impacto de la formación.
- Evaluación a través del control de costes de la formación en relación a los objetivos de las acciones formativas para mejorar la eficiencia del proceso.

Cada año se elabora por parte de la Unidad de Formación del HUF, un Informe Anual de Formación, como resumen general de actividades formativas llevadas a cabo. Este informe se envía a la Dirección y a los diferentes responsables del Hospital.

Todos los profesionales del Hospital tienen alguna responsabilidad o participación en materia de formación.



**EVALUACIÓN Y REVISIÓN**

El Área de Planificación y Desarrollo es la propietaria del proceso formación y se encarga de valorar su eficacia con carácter anual, a partir de resultados cualitativos y medición de aspectos mencionados en el enfoque con indicadores como: Nº de acciones formativas; Nº de personas que han accedido a algún curso; Índice de asistencia y aptitud (ver criterio 7B)

Como mejoras en los últimos años respecto al proceso de formación se pueden citar:

- La sistemática para autentificar el valor de la política de formación a través de la evaluación ha merecido el reconocimiento del Jurado de los Premios de Capital Humano, con una mención especial en 2005.
- Planificación de horarios para mejorar la forma en que se facilita el acceso a las personas.
- Elaboración de un plan estratégico de formación en 2007 y una clarificación de los conceptos de formación.
- Inclusión de la formación en inglés (250 personas en esta formación).

Enf. adicionales	Despliegue	Medidas de la eficacia/ referencias a resultados
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Gestión de Competencias</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Existe definición de competencias específicas para todos y cada uno de los puestos del Hospital (<u>Diccionario de competencias</u>). Se utiliza la gestión de competencias en los procesos de: Selección, Evaluación del periodo de prueba, Formación, Promoción, Movilidad Interna, Desarrollo de Carrera, Evaluación por Objetivos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nº de entrevistas realizadas por competencias.</li> <li>▪ Nº de acciones formativas planificadas en base a detección de competencias.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Gestión del conocimiento y Docencia grado y especializada (ver C8) enmarcados y estructurados según los criterios de un Hospital universitario, auditados y acreditados externamente (formación especializada por el Ministerio Sanidad).</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Desarrollo de carrera profesional</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Desarrollado el modelo propio del HUF a partir de las directrices de la Consejería de Sanidad de la CM desde 2006. Existen 5 niveles de carrera para los profesionales sanitarios.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ % profesionales sanitarios acogidos a la carrera profesional.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Evaluación cuatrimestral de objetivos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ (Ver 3E). Ligado a gestión de competencias.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ % cumplimiento de objetivos individuales.</li> </ul>

**CRITERIO 3 : PERSONAS**
**Subcriterio 3C**
**Implicación y asunción de responsabilidades por parte de las personas de la organización.**
**ENFOQUE Y DESPLIEGUE – EMPOWERMENT Y PARTICIPACIÓN EN LA GESTIÓN**

- El HUF tiene definido desde su nacimiento un RRI que está orientado hacia la corresponsabilidad e implicación de las personas, además recoge entre sus valores: *"El desarrollo profesional dentro del trabajo en equipo basado en la delegación de responsabilidad por niveles de competencia"* y en su plan estratégico recoge una línea específica (L.E. 3) para desarrollar una política de excelencia en la gestión de personas, cuya descripción es: *"Lograr un ámbito de actuación donde se promueva el compromiso en el desarrollo y progreso conjunto y paralelo del Hospital y de los profesionales que lo componen, desarrollando políticas que promuevan y reconozcan la excelencia profesional, la atracción, y el sentido de pertenencia, teniendo a la formación continuada y la participación responsable en la gestión como ejes básicos para su logro"*. Por su propia concepción, el Hospital ya en su primer análisis DAFO identificó como Fortalezas las siguientes, relacionadas con la cultura de la participación: 1. Plantilla joven con capacidad de desarrollo e ilusión profesional. // 2. Cultura de trabajo multidisciplinar. // 3. Modelo de gestión horizontal, ágil y flexible.

Se presentan en la siguiente tabla los múltiples mecanismos definidos para el desarrollo de la participación:

Elemento de Participación	Características	Ámbito
<ul style="list-style-type: none"> <li>Elaboración PE</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Metodología participativa a través de un Comité estratégico y una serie de grupos de trabajo para aportar ideas y valoraciones sobre los temas tratados con una visión sistémica e integral, encuesta a todos los líderes del Hospital y 5 grupos de trabajo responsables de las líneas estratégicas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Participación de alrededor de 103 profesionales del Hospital de todos los estamentos.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Autoevaluaciones y Planes de Mejora derivados.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>El HUF ha realizado 3 autoevaluaciones (2005/07/09) participativos mediante 3 grupos de análisis por criterios y 1 grupo de trabajo por cada área de mejora contenida en el plan de mejora.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Por ejemplo: profesionales en los grupos de análisis 46 (07) o 44 (09).</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Despliegue y pacto de objetivos anuales a las UR.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sistema de fijación de objetivos participativo, con tres niveles de objetivos que se van comunicando y consensuando en cascada desde la Dirección a los responsables y éstos a sus colaboradores (ver 3E)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>100% de profesionales del Hospital con firma de objetivos individuales</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Gestión Operativa de las Unidades de Responsabilidad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Además del pacto anual de objetivos, la Dirección y los responsables de Unidades:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>Se reúnen mensualmente para la revisión de los cuadros de mando de Unidades (actividad, calidad, rendimientos) y establecen las acciones correctivas necesarias.</li> <li>Se reúnen trimestral (cuatrimestralmente) para la evaluación de cumplimiento de objetivos DPO.</li> </ul> </li> <li>Los responsables de las Unidades revisan con su equipo mensualmente la marcha de la actividad y cuatrimestralmente la evaluación de cumplimiento de objetivos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ED</li> <li>Responsables y personal de todas las Unidades</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Peticiones justificadas de los Unidades.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Todos las Unidades realizan peticiones justificadas de necesidades de recursos, innovaciones, equipamientos, nuevos servicios, etc. asociadas al proceso de planificación, que son acordados y consensuados con el ED</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Todos las Unidades.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Comisiones y Comités</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Existen 10 comisiones clínicas y 14 comités técnicos en las que participan ~120 profesionales. Su misión es desarrollar análisis de funcionamiento del Hospital en diferentes ámbitos y elaborar directrices, recomendaciones etc. para su mejora.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Líderes y profesionales</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Equipos de Proceso, de Mejora y de Proyecto</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>En el HUF existen múltiples formas de trabajo en equipo desarrollados para involucrar al personal en la gestión y mejora de la actividad:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>Equipos de Proceso, con un propietario al frente, que establecen las actuaciones y mejoras a establecer en dichos procesos (Ej.: Urgencias, Consultas, P.E, etc.)</li> <li>Equipos de Proceso certificados ISO 9001, con un responsable y con apoyo de calidad gestionan la mejora de las áreas certificadas (Ej.: CA, Hostelería; etc.)</li> <li>Equipos de Mejora, creadas específicamente para definir o mejorar una actuación o actividad (Ej. Gestión de citas; Cuadro de mando; Dirección por objetivos; etc.)</li> <li>Equipos de Proyecto, creadas para el desarrollo de proyectos específicos de puesta en marcha de servicios, innovaciones, etc. (Ej. Edificio oncológico, Acreditación docentes, Competencias compartidas; etc.)</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Líderes y personal de todos los estamentos.</li> </ul>

**EVALUACIÓN Y REVISIÓN**

La Dirección del HUF tiene la responsabilidad de la evaluación y revisión del enfoque de la participación y la corresponsabilidad del personal al ser un objetivo estratégico; para ello dispone de elementos como las autoevaluación E.F.Q.M. e indicadores como: ISE con la participación para la mejora o ISE con la participación en la gestión (ver 7A).

Todos los mecanismos indicados en enfoque y despliegue son actuaciones derivadas de la evaluación y reflexión para la mejora de este aspecto, además podrían señalarse como otras mejoras:

- Despliegue continuo del número de comisiones / comités, aumentando el número de personas que participan.
- Definición de propietarios y equipos de proceso y su despliegue a partir de 2006.

Enfoques adicionales aplicables a este subcriterio	Despliegue	Medidas de la eficacia/ referencias a resultados
<ul style="list-style-type: none"> <li>Ayuda para la toma de decisiones relativas a diagnósticos – tratamientos (fundamento en el trabajo asistencial).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>En todas las actividades asistenciales se trabaja con protocolización y evidencia científica pero con capacidad plena de decisión en la evaluación diagnóstica y terapéutica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sistema de estandarización para la gestión de Enfermería (ver 5a)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Participación de los profesionales en la docencia y en la investigación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ver criterio 3B y criterio 8.</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Participación del personal en foros y grupos de trabajo externos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se promueve la participación de los profesionales del Hospital en Grupos y Comités de la Administración (Ministerio, CM) y Sociedades para diferentes propósitos: estratégicos, técnicos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nº participaciones en Grupos externos y Personas implicadas.</li> <li>Personas designadas expertos.</li> </ul>



**CRITERIO 3 : PERSONAS**

**Subcriterio 3D**

**Existencia de un diálogo entre las personas y la organización.**

**ENFOQUE Y DESPLIEGUE – SISTEMA DE COMUNICACIÓN INTERNA**

La gestión de la comunicación interna en el HUF es responsabilidad del Área de Comunicación, con dependencia directa de Gerencia. Este Área asume también las funciones de comunicación externa. Las principales herramientas de comunicación interna del Hospital son:

Mecanismo	Funcionamiento y alcance
<ul style="list-style-type: none"> <li>Sistema de gestión participativo a través de reuniones</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>(Ver 3C): El organigrama plano junto al esquema de gestión basado en la participación hacen que la comunicación en el HUF sea muy fluida, especialmente en aspectos relacionados con la gestión diaria, fijación y seguimiento de objetivos, etc.</li> <li>Se han sistematizado reuniones formales de comunicación descendente:               <ul style="list-style-type: none"> <li>Gerencia con Responsables de Unidad: alrededor de 6 reuniones al año para informar de diferentes aspectos relacionados con el estado de situación del Hospital, resultados de satisfacción, proyectos especiales, etc.</li> <li>Responsables de Unidad con colaboradores: p. ej. En la Dirección de Enfermería: sistematización de reuniones diarias, semanales, bimensuales y cuatrimestrales, en la Médica: mensuales y cuatrimestrales.</li> </ul> </li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Reuniones de equipos de trabajo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>(ver 3C) La elevada intervención del personal en los diferentes mecanismos de participación (equipos, comisiones, comités, etc.) así como la difusión de los resultados del trabajo de estos equipos hacen de ellos un canal efectivo de comunicación.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Gestión estructurada del Correo electrónico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Todo el personal (100%) tiene acceso personalizado al correo electrónico. Se ha estructurado este canal de forma efectiva para la transmisión de diferentes informaciones de forma sistemática a través de:               <ul style="list-style-type: none"> <li>Creación de listas de distribución de la información (p. ej. todo el Hospital, enfermería, etc.)</li> <li>Creación de <b>emisores institucionales</b>, que transmiten información periódica a grupos establecidos; p. ej. la Gerencia comunica a todos los responsables (14 comunicaciones en 2009) o a todo el personal (12 comunicaciones en 2009).</li> </ul> </li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Intranet</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>El acceso es vía Web, es tanto genérico como personalizado para entrar a recursos con perfil, restringido con acceso a través de usuario y contraseña, desde 2009 para todo el personal y desde 2010 a los alumnos URJC e investigadores CNIO. La información que se recoge en esta red interna es muy variada: noticias, grupos de trabajo, encuestas, etc. y soporta la Gestión Documental general y de los equipos.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Web institucional</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La estructura de la información en la Web es común con el resto de hospitales de la CM, lo que facilita la búsqueda de información y garantiza homogeneidad e igualdad de criterio con el resto de la red de hospitales. Además de la información institucional para el público, se incluyen noticias, actividades, etc. que pueden ser de interés para el personal del Hospital.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Sistema de "carpetas comunes"</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se definieron una serie de carpetas comunes en los servidores del Hospital que permiten a las diferentes áreas compartir información relevante con el resto del Hospital. El acceso a algunas de estas carpetas está restringido por perfiles profesionales. La función y contenido de estas carpetas están siendo migradas a la Intranet desde 2009.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>SIA</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sistema de información asistencial (Ver 4E)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Cartelería del Hospital</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>En diferentes zonas de alta frecuentación del personal existen cajetines o corchos que recogen de forma actualizada informaciones de interés general para la plantilla en diferentes aspectos: p. ej. Cajetín de Calidad o de Docencia, etc.</li> <li>Existe un grupo de trabajo contra el deterioro del edificio que se encarga de velar porque en el edificio no se presenten informaciones no deseadas y especialmente en ubicaciones y formatos no aprobados.</li> </ul>

**EVALUACIÓN Y REVISIÓN**

El área de Comunicación se encarga de valorar la eficacia del proceso, a partir de resultados cualitativos y medición indicadores como: ISE con la Comunicación Interna (ver 7A).

Como mejoras en los últimos años respecto al proceso de comunicación se pueden citar:

- El desarrollo de la nueva intranet en 2008 como acción de mejora de la autoevaluación 2007, que responde a las necesidades específicas de funcionamiento del Hospital y está estructurada en base al Mapa de Procesos.
- Asignación de correo electrónico individual y acceso a intranet a todo el personal en 2009.
- La mejora de la transmisión en cascada de objetivos para facilitar su comprensión (formato, reuniones...), explicando en todas las áreas la aportación de cada persona a los diferentes objetivos

Enfoques adicionales	Despliegue	Medidas de la eficacia
<ul style="list-style-type: none"> <li>Gestión del conocimiento.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Existen numerosos mecanismos de gestión del conocimiento que refuerzan la cultura de comunicación interna como son:               <ul style="list-style-type: none"> <li>La gestión documental comentada en la intranet (ver enfoque principal).</li> <li>La gestión de los procesos (ver 5A y 5B).</li> <li>El proceso de formación (ver 3B).</li> <li>El desarrollo de sesiones clínicas, incluidas en el plan de formación y acreditadas para carrera profesional. Su funcionamiento está sistematizado (calendarios, agenda, actas, etc.)</li> <li>La contribución de las personas al conocimiento corporativo en un organización de conocimiento individual, con mecanismos de reconocimiento (objetivos, carrera, certificación)                   <ul style="list-style-type: none"> <li>Elaboración de acuerdos para estándares práctica clínica (protocolos, vías clínicas, etc.) y de información clínica (formularios, terminología, etc. en la HCE) con concepto de autoría.</li> <li>Presentaciones ante el resto de profesionales (sesiones, seminarios...).</li> <li>Participación de todos lo profesionales en la docencia a través de (tutorías de residentes, colaboradores y profesores docentes, etc.)</li> <li>Incorporación creciente de profesionales en las líneas de I+D+i a través de los equipos en los Proyectos de Investigación y de Calidad.</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nº de documentos (tipo, autores, etc.) en la intranet.</li> <li>Nº de personas implicadas en sesiones generales y de equipos.</li> <li>Nº de formadores en acciones formativas.</li> <li>Nº personas implicadas en docencia.</li> <li>Nº personas implicadas en investigación.</li> </ul>

**CRITERIO 3 : PERSONAS**

**Subcriterio 3E**

**Recompensa, reconocimiento y atención a las personas de la organización.**

**ENFOQUE Y DESPLIEGUE – RETRIBUCIÓN LIGADA A LA DIRECCIÓN POR OBJETIVOS (DPO)**

El HUF ha definido en su plan estratégico una línea específica (L.E. 3) para desarrollar una política de excelencia en la gestión de personas, y dos de los ámbitos de aplicación de dicha línea, recogidos en el PE son el “desarrollo de la política de incentivos” y el “Establecimiento de sistemas de implicación y motivación profesional”.

El HUF aprovechando su personalidad jurídica de Empresa Pública con capacidad de contratación laboral, ha desarrollado su estrategia recogiendo en su modelo salarial la estructura de retribución variable ligada a la consecución de objetivos para todo el personal del Hospital. Existe un procedimiento documentado que recoge la sistemática para la fijación de objetivos anuales así como los hitos para la evaluación periódica, de acuerdo al esquema del gráfico adjunto.

Los tipos de objetivos son (con un peso en la retribución variable que se ha revisado en 2010), son los siguientes:

**1. Objetivos generales o institucionales comunes a todo el personal del Hospital de Fuenlabrada:** Los objetivos institucionales serán definidos y aprobados por la Comisión de Dirección, son objetivos que implican a toda la organización y en los cuales el trabajo de todos repercute en la consecución de dichos objetivos.

**2. Objetivos de unidad de trabajo que a su vez podrán subdividirse en objetivos de actividad, de gestión y de calidad:** Este tipo de objetivos se derivarán del análisis realizado anualmente de las circunstancias más relevantes que, desde una perspectiva estratégica, afecten al desarrollo futuro de la actividad. Todos los objetivos suscritos por cada UR, serán objeto de un seguimiento específico que determinará el grado de cumplimiento alcanzado o en su caso establecer las medidas correctoras que resulten necesarias.

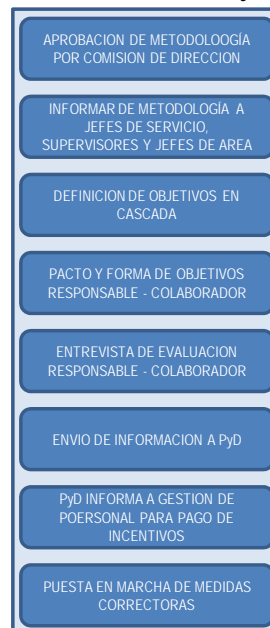
**3. Aportación individual a la consecución de los objetivos:** Las personas tienen que conocer su aportación individual al logro de los objetivos, para ello, todas las responsabilidades de los puestos de trabajo se han traducido a actitudes, las cuales sirven como base de la información a analizar en las evaluaciones periódicas. La entrevista de evaluación es el momento para valorar a una persona de acuerdo con los objetivos pactados y las competencias exigidas en el puesto de trabajo.

Cada trimestre (cuatrimestre desde 2010) el responsable jerárquico realiza una evaluación de los objetivos previamente pactados. El pago de objetivos viene determinado por el resultado de la evaluación (que puede tener 4 niveles: No alcanzado, insuficiente, suficiente, superado), y tiene implicaciones además en los procesos de Formación, Carrera Profesional y Movilidad Interna.

Nuestro modelo de evaluación mantiene una coherencia imprescindible con todos los objetivos institucionales y del Hospital, con el modelo organizativo y con la política de recursos humanos. Este modelo permite que cada persona:

- Conozca lo que se espera de ella en la organización y los parámetros por los cuales va a ser valorada su actividad laboral.
- Tenga información sobre cómo es percibida su actuación profesional
- Disponga de oportunidades de mejora a través de las herramientas de gestión de recursos humanos

El sistema de retribución variable asociada a consecución de objetivos afecta al 100% de personal del Hospital.



**EVALUACIÓN Y REVISIÓN**

La Comisión de Dirección y el área de Planificación y desarrollo de RR.HH. se encargan de valorar la eficacia del proceso con carácter anual, a partir de resultados cualitativos y medición indicadores como el % de objetivos alcanzados.

Como mejoras en los últimos años (2008 y 2010) respecto al proceso de dirección por objetivos se pueden citar:

- Mejoras en la vinculación de los objetivos de unidad e individuales a líneas generales en 2008.
- El desarrollo de objetivos más sencillos y ampliación del ciclo de revisión que pasa de trimestral a cuatrimestral.
- Mejorar la claridad en la comunicación en cascada de objetivos para facilitar su comprensión y asunción por todo el personal, explicando a nivel de dirección y de responsables de unidad la aportación de cada persona a los diferentes objetivos.

Enf. adicionales aplicables a este subcriterio	Despliegue	Medidas de la eficacia/ referencias a resultados
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sistemas de Prevención de Riesgos y Salud Laboral, con servicios y actuaciones procedimentados, y sistemáticas.</li> </ul>	<p>Servicio de PRL propio desde la fundación del Hospital. Se organiza en:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Servicio de Prevención propio: Medicina del Trabajo y Ergonomía y Psicología.</li> <li>▪ Servicio de Prevención Ajeno: Higiene y seguridad Industrial.</li> </ul> <p>Las actividades que cubre son: Evaluación de riesgos general del HUF; evaluación de riesgos por puesto de forma seriada; valoración de riesgo químico de productos adquiridos; servicio de reconocimiento médico adecuado al riesgo por puestos; formación; asesoramiento a órganos directivos; gestión de planes de alertas de salud pública; apoyo a gestión de obras; participación en diferentes comités; gestión de planes de emergencia y evacuación.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nº Evaluaciones de riesgos realizadas.</li> <li>▪ Planes de mejora derivados de las evaluaciones.</li> <li>▪ ISE de Condiciones de trabajo</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Gestión Laboral.</li> </ul>	<p>El HUF dispone de un convenio colectivo propio, renovado cada 4 años, pactado entre sindicatos y dirección, que recoge todos los aspectos relevantes de las relaciones trabajador-empresa: condiciones de selección, jornada, permisos, excedencias, sistema retributivo, etc.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ISE de Atención a las personas</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sistema de Reconocimiento.</li> </ul>	<p>La propia definición del sistema de gestión por objetivos, premiando la consecución de los mismos, desde el inicio del funcionamiento del Hospital y afectando al 100% del personal.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ISE de Grado de compromiso</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Gestión de los Beneficios sociales</li> </ul>	<p>Existen diferentes beneficios sociales pactados en convenio relacionados con la conciliación de la vida laboral (subvenciones de guardería, formación, gastos asistenciales) además de otros como acceso a la asistencia en el Hospital a familiares de cierto grado, acceso a especialidades restringidas, etc. Además se ha puesto en marcha un plan de igualdad.</p>	

**Definición:** Las Organizaciones Excelentes planifican y gestionan las alianzas externas, sus proveedores y recursos internos en apoyo de su política y estrategia y del eficaz funcionamiento de sus procesos. Durante la planificación, y al tiempo que gestionan sus alianzas y recursos, establecen un equilibrio entre las necesidades actuales y futuras de la organización, la comunidad y el medio ambiente.

- Gestión de las alianzas externas.
- Gestión de los recursos económicos y financieros.
- Gestión de los edificios, equipos y materiales.
- Gestión de la tecnología.
- Gestión de la información y del conocimiento.

**¿Cómo contribuyen a la Política y Estrategia de la organización las alianzas externas y la gestión de los diversos recursos (mencionados en los subcriterios 4A - 4E)?**

La gestión de alianzas y recursos, tal y como se describe a lo largo del criterio 4 y en el conjunto de la memoria, es fundamental para la consecución de las líneas estratégicas recogidas en el plan estratégico del HUF:

L.E.1: La adecuación tecnológica y de la oferta de servicios a las necesidades de la población.

L.E.2: El trato adecuado y respetuoso a los pacientes.

L.E.3: La política de excelencia hacia las personas como expresión del compromiso de la Institución con sus profesionales.

L.E.4: El logro de una asistencia segura, ágil, resolutive, y eficiente.

L.E.5: La innovación y desarrollo en sistemas de información para la mejora del funcionamiento del Centro en todos sus ámbitos de actuación.

- Gestión de Alianzas: permite la consecución de las líneas estratégicas, especialmente L.E. 1, L.E. 4 y L.E. 5, así como el desarrollo de dos líneas de trabajo fundamentales en el Hospital como la Docencia y la investigación.
- La gestión económica, especialmente el control del gasto, es clave en la consecución del objetivo estratégico de Eficiencia, recogido en la L.E. 4.
- La gestión de instalaciones, equipamientos y medicamentos está fuertemente ligada a los objetivos de Calidad Asistencial, Accesibilidad y Eficiencia en la L.E. 4, y de prestación de servicios en la L.E. 1, posibilitando mejores diagnósticos y mejores tratamientos, así como mejores rendimientos y mayor accesibilidad al sistema por parte del usuario.
- La gestión de la información es clave desde varios puntos de vista:
  - Para la L.E. 5, ya que el HUF trabaja con la HCE que permite el manejo, almacenamiento y disponibilidad de toda la información del paciente en tiempo y forma, y para la que se han establecido los mecanismos que permiten garantizar su confidencialidad.
  - Para la L.E. 4, apoyando la calidad asistencial, con el SIA que gestiona toda la información de actuaciones en cada paciente ya que sobre cada paciente puede llegar a actuar varios profesionales con funciones diversas y un único objetivo diagnóstico – terapéutico y se requiere la continuidad asistencial.
  - Fundamental para la gestión de un sistema productivo de alta complejidad y variabilidad. Es de destacar en este aspecto toda la sistemática de cuadros de mando para la gestión desarrollada por el HUF (ver 2C).
- La gestión del conocimiento es un elemento consustancial a un Hospital Universitario que con la obtención de la acreditación docente para la Formación Especializada por el Ministerio de Sanidad, demuestra una política sistemática y programada de formación, sesiones clínicas, y múltiples mecanismos de gestión adecuada del conocimiento, y que han culminado con el Concierto con la Universidad Rey Juan Carlos, que es el que le otorga el carácter Universitario.

**CRITERIO 4 : ALIANZAS Y RECURSOS**
**Subcriterio 4A**
**Gestión de las alianzas externas.**
**ENFOQUE Y DESPLIEGUE: GESTION DE ALIANZAS Y COLABORACIONES**

Ya en su plan estratégico el HUF detecta en su análisis DAFO entre las principales Oportunidades el “desarrollo de relaciones y alianzas” para aprovechar sus ventajas competitivas y define como uno de sus Factores Críticos de Éxito las “Alianzas externas en Formación, Innovación, Adecuación Tecnológica y Diseño de procesos”.

A partir de esta formulación, el HUF ha identificado en su entorno aquellas organizaciones (ya sean clientes, proveedores o instituciones) que son claves para el desarrollo de sus líneas estratégicas y con ellos establece relaciones de colaboración mutua. Asimismo ha sistematizado en 2008 el proceso Gestión de Alianzas, y se han diferenciado dos tipos, alianzas y colaboraciones, en función del grado de compromiso en la consecución de metas comunes y la formalización del acuerdo. Esta colaboración se estructura en diferentes formas en función del objetivo de la relación, en función de las características y naturaleza de las organizaciones aliadas, etc., por lo que en cada caso la gestión es propia y diferenciada, si bien en todos ellos se realizan seguimientos de los resultados y de la adecuación de la relación para desarrollar su mejora. Para cada alianza establecida se designa a un responsable en el HUF encargado de su gestión y de mantener la relación. Las principales alianzas y colaboraciones son:

Ambito	Aliados	Instrumento	Objetivo/ Aportación
Docencia	Universidad Rey Juan Carlos	Convenios, acuerdos y proyectos de investigación	▪ Dar capacidad docente para grado y posgrado en titulaciones sanitarias y no sanitarias. Potenciar capacidades de investigación.
	Agencia Lain Entralgo		▪ Participación en formación continuada, formación especializada, grados universitarios, investigación, evaluación de tecnologías y práctica clínica.
	Unidad Docente matronas		▪ Participación en formación especializada.
Investigación	CNIO	Convenios	▪ Incorporar la capacidad de investigación clínica de excelencia en el cáncer.
	ONCOSUR		▪ Consorcio en proyectos de investigación y en asociaciones.
Innovación Proveedores Clave	U. Politécnica de Valencia	Acuerdo	▪ Colaboración con grupos clínicos para protocolización de la asistencia e investigación.
	PICIS		▪ Referencia de buena práctica y visibilidad en la red de hospitales.
	Schering- Plough		▪ Financiación en proyectos de I+D en patología digestiva.
Asistencial	SIEMENS	Contrato	▪ Referencia de buen práctica en todo lo relacionado con la HCE.
	General Electric		▪ Referencia de buen práctica en electromedicina.
	Atención Primaria Área 9		▪ Protocolos asistenciales para garantizar la continuidad asistencial. Consorcio en proyectos de investigación. Formación especializada. Integración de sistemas de información. Profesionales adscritos. Participación conjunta en diferentes Comités
Asistencial	SUMMA	Acuerdos y protocolos. Convenios	▪ Protocolos asistenciales para garantizar la continuidad asistencial. Integración de sistemas de información. Prestación de recursos
	Instituto José Germain		▪ Profesionales adscritos. Formación especializada
	Hospital Severo Ochoa		▪ Protocolos asistenciales para garantizar la continuidad asistencial. Profesionales adscritos. Prestación de recursos

Además, el Hospital mantiene colaboraciones con numerosas entidades que le ayudan también a conseguir sus objetivos estratégicos y con las que se ha llegado a acuerdos de colaboración o bien se han desarrollado proyectos conjuntos o protocolos comunes. Algunos ejemplos se muestran en la siguiente tabla:

Tipo Relación	Organización
Sociedad	▪ Ayuntamientos de Fuenlabrada y Humanes. AECC
Proveedores	▪ DOMINION, Vitro, T-systems, Dade Behring, SODEXHO, Ibermutuamur, GSK, SMITH & NEPHEW
Investigación	▪ Instituto de Salud Carlos III, U. Alcalá de Henares, RECAVA, AENOR, H. Clinic Barcelona, ISOCO, CSIC
Institucional	▪ Centro de transfusiones, Oficina regional de coordinación oncológica, Oficina regional de cuidados paliativos, Consejería de Servicios Sociales, Consejería de Educación, Instituto de Información Sanitaria MSYPS, Instituto de Salud Pública CM
Asistencial	▪ H. de Móstoles, F.H. Alcorcón, H. de Getafe, H. 12 de Octubre, H. del Tajo, H. del Sureste, H. Virgen de la Poveda, Instituto San José, H. La Paz, H. Puerta de Hierro, H. Clínico de San Carlos, H. Niño Jesús, H. Gregorio Marañón
Académica	▪ U. Europea de Madrid, U. Carlos III, U. Politécnica de Madrid, U. Complutense, U. Pontificia de Comillas, U. de Alcalá de Henares, Escuela universitaria de enfermería de Madrid, Unidad Docente matronas, U. Autónoma de Madrid, U. Francisco de Vitoria, UNED, IESE, diferentes Institutos de Enseñanza Superior.

**EVALUACIÓN / REVISIÓN**

Cada una de las alianzas tiene nombrado un responsable de su gestión, que se ocupan de la evaluación y mejora específica de los acuerdos y funcionamiento de cada una de las alianzas. Así mismo, el ED evalúa la necesidad de alianzas y colaboraciones en su proceso de reflexión estratégica o en función de las oportunidades detectadas o peticiones de responsables del Hospital. Se dispone de información de la eficacia de las alianzas y colaboraciones a partir de encuestas realizadas a todas las organizaciones externas, con unos resultados de satisfacción media de 8,11 sobre 10.

Ejemplos de mejoras en este enfoque fruto del análisis de estos resultados son:

- Definición y documentación del proceso de alianzas/colaboraciones y relaciones externas (a partir de 2007).
- Diseño y utilización de las encuestas a aliados y colaboradores (en 2010)
- Inicio de la difusión sistemática de los resultados y reconocimientos (en 2010).

Enfoques Adicionales	Despliegue	Medidas de la Eficacia / Referencia a Resultados
Gestión de proveedores acorde a la normativa legal de compras públicas, introduciendo líneas de colaboración y mejora	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La metodología de compras se aplica al 100% de las compras efectuadas.</li> <li>▪ Existen procedimientos documentados para todos los tipos de compra.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Indicadores proceso de concursos públicos.</li> <li>▪ Evaluación de calidad y cumplimiento de servicio de proveedores.</li> </ul>
Subcontratación de servicios auxiliares relevantes	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Los servicios de seguridad, limpieza, mantenimiento, restauración y jardinería están subcontratados a empresas con certificado ISO 9001.</li> </ul>	

**ENFOQUE Y DESPLIEGUE: GESTION DE COBROS Y PAGOS**

El HUF tiene sistematizadas y procedimentadas las actividades relacionadas con la gestión de cobros y pagos del Hospital, que forman parte del proceso de gestión de Tesorería junto con los procedimientos de Caja y de Inversiones financieras (ver enfoques adicionales).

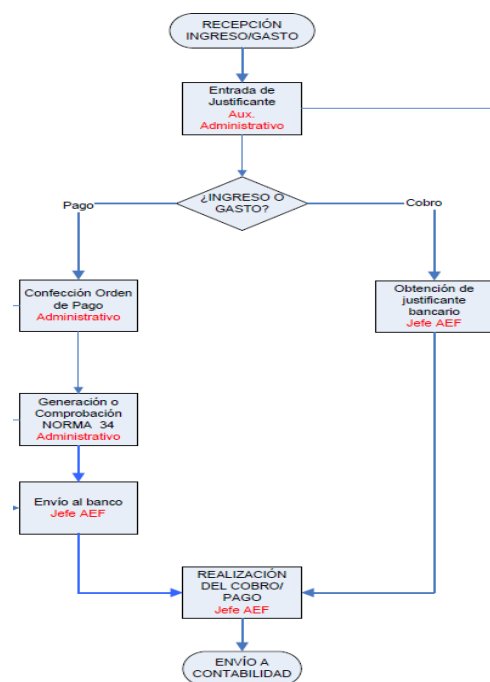
La sistemática definida está automatizada en gran medida y soportada por el sistema informático SAP, que integra todos los procesos de Tesorería y Contabilidad, a diferencia de otros hospitales de la CM.

**Proceso de facturación y cobro:**

- **Facturación asistencial:** que a su vez se divide en:
  - Facturación al **SERMAS**, a partir de la generación de 12 facturas mensuales, y que supone el grueso de la facturación.
  - Facturación a **terceros**: que, aún siendo un porcentaje pequeño del total de la facturación, supone alrededor de 500.000 € anuales con generación de unas 2.500 facturas anuales. El Hospital dispone de una sistemática que permite gestionar los cobros de manera automatizada. Además el hecho de ser Empresa Pública permite disponer de un proceso oficial de "reclamación de deuda" para los casos de difícil cobro. Todo ello permite garantizar una efectividad en el cobro de más del 98%.
- **Facturación de gestión:** que engloba conceptos como: Escuelas (facturas de alumnos en prácticas), Arrendamientos (cafetería, etc.), Cánones, Ensayos clínicos y Aulas.

**Proceso de pagos:**

- Se ha definido una sistemática automatizada de todos los pagos que realiza el Hospital, simplificando notablemente las actividades, el tiempo requerido para ello y minimizando los errores.
  - Los pagos principales realizados incluyen: nóminas, seguros, retenciones de IRPF, impuestos y pagos por remesas a proveedores
- El 100% de los cobros y pagos del Hospital se realizan según esta sistemática (a excepción de los flujos de caja, que son residuales; ver enfoque adicional).



**EVALUACIÓN / REVISIÓN**

El área económica financiera realiza el seguimiento de la eficacia del proceso de Tesorería, gestionando indicadores relacionados con la gestión de cobros. Se mantiene un índice muy reducido de incobrados.

Ejemplos de mejoras en este enfoque fruto del análisis de los resultados de tesorería son:

Enfoques Adicionales	Despliegue	Medidas de la Eficacia / Referencia a Resultados
Contabilidad Financiera	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A diferencia de otros hospitales de la CM que cuentan con Contabilidad Presupuestaria, cuyo objetivo es el control, el HUF tiene la capacidad de aplicar Contabilidad Financiera en su gestión, cuyo objetivo está centrado en mejorar la gestión económica, reflejando mejor la información de ingresos y gastos (p. ej.: En amortizaciones o contabilización de subvenciones).</li> <li>▪ Se dispone de procedimientos documentados acorde a norma ISO para toda la actividad (9 procedimientos).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 100% Transacciones en Contabilidad financiera.</li> <li>▪ Aprobación de Cuentas Anuales en el Consejo de Administración.</li> </ul>
Gestión Presupuestaria	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Proceso de Gestión Presupuestaria estructurado y regulado por sistema informático, sometido al control del SERMAS y de Hacienda periódica y sistemáticamente.</li> <li>▪ Afecta al 100% de la actividad del Hospital. Seguimiento mensual por naturaleza del gasto previsto frente al real. Análisis de partidas con desviación y toma de decisión a nivel de CD. Planes de gestión (Plan de austeridad 2010, etc.)</li> <li>▪ Las partidas más relevantes están pactadas en objetivos (ver 3E).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Informe de seguimiento presupuestario. Indicadores de cumplimiento.</li> <li>▪ Informe de Auditoría de Intervención de la CM.</li> <li>▪ Indicadores de seguimiento de gasto</li> <li>▪ Cumplimiento de objetivos de gasto</li> </ul>
Gestión de inversiones: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Inversiones internas.</li> <li>▪ En base a los planes de equipamiento del SERMAS.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Plan de inversiones anual y procedimiento permanente.</li> <li>▪ Peticiones de las unidades justificadas en solicitud estructurada.</li> <li>▪ Necesidades por Líneas Estratégicas y cartera de servicios.</li> <li>▪ Evaluación en el ED y Comisión de Homologación (compras). Evaluación de Comisión Tecnologías de para las de alta complejidad.</li> <li>▪ Negociación con SERMAS para su aprobación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nº y cuantía de inversión de peticiones de las unidades.</li> <li>▪ Cuantía del Plan de inversiones y ejecución final anual.</li> <li>▪ Inversiones aprobadas en Presupuesto CM.</li> </ul>
Procedimiento de caja	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Procedimiento documentado para agilizar la gestión de pagos de menor cuantía y cobros en efectivo. Se autoriza este medio en adquisiciones de menor cuantía que por otro procedimiento conlleve dificultades de tramitación o tenga carácter de urgente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Indicadores de pagos y cobros de caja</li> </ul>
Procedimiento de inversiones financieras	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Procedimiento documentado para la gestión de activos financieros.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cuantía de ingresos por inversiones financieras.</li> </ul>

**CRITERIO 4 : ALIANZAS Y RECURSOS**
**Subcriterio 4C**
***Gestión de los edificios, equipos y materiales.***
**ENFOQUE Y DESPLIEGUE: MANTENIMIENTO DE EQUIPAMIENTOS, INFRAESTRUCTURA Y ELECTROMEDICINA**

Como se comenta en la introducción, el HUF ha definido en su plan estratégico varias líneas estratégicas para las que resulta imprescindible mantener la disponibilidad de equipamientos y tecnología (ver introducción del criterio).

El HUF dispone de una Unidad de Mantenimiento responsable del mantenimiento de instalaciones y equipos del Hospital (Instalaciones y equipos y electromedicina), que depende de la Dirección Económico Financiera. El mantenimiento de instalaciones y equipos (Agua, electricidad, climatización, saneamientos, grupo electrógeno, instalación contra incendios, equipamientos especiales de quirófanos, etc.) se realiza a través de empresas especializadas subcontratadas, disponiendo todas ellas de certificación ISO 9001. El personal de la Unidad de Mantenimiento del Hospital se encarga del control y auditorías de las actividades de dichas empresas subcontratadas. Toda la actividad de mantenimiento está procedimentada.

Toda la actuación relacionada con el mantenimiento preventivo y correctivo se gestiona a través de un sistema informático GMAO. El HUF mantiene colaboración con la empresa desarrolladora de la herramienta y se mantienen contactos con el fin de ajustar y mejorar las prestaciones del sistema operativo y de información.

**Mantenimiento preventivo:** El personal del HUF planifica la actividad de acuerdo a las directrices de la normativa y de proveedores e introduce dicha planificación en el sistema informático. Se realizan los mantenimientos planificados y se hace un seguimiento del cumplimiento de los programas, controlando las desviaciones y tomando las medidas correctoras necesarias.

En el caso de equipamiento de electromedicina, se exige que las actividades de mantenimiento de los equipos críticos sean realizadas por la casa proveedora del equipamiento.

**Mantenimiento correctivo:** El sistema informático permite una comunicación informática inmediata tanto de los avisos, que se introducen en el sistema por parte de los supervisores o jefes de servicio, y se direccionan de forma automática a la empresa responsable de su gestión, como de su resolución, que todos los usuarios pueden comprobar vía Web en tiempo real. El sistema genera las ordenes de trabajo correspondientes y registra todas las actuaciones por grupos / instalaciones / equipos, así como los consumos realizados.

El personal del Hospital realiza de forma sistemática actividades de auditoría y supervisión de la calidad, agilidad y cumplimiento de las actuaciones de mantenimiento externo y dispone de cuadros de mando exhaustivos que recogen indicadores de actividad, coste y calidad del servicio. Diariamente se comprueban estos resultados y mensualmente son revisados con las empresas subcontratadas y en E.D. a través de los informes de cuadro de mando de la Unidad.

Todo el equipamiento del Hospital está sometido a las actividades comentadas de mantenimiento preventivo y correctivo.

**EVALUACIÓN / REVISIÓN**

La unidad de mantenimiento tiene la responsabilidad de la evaluación, y mejora de este enfoque, realizándolo a través de los análisis mensuales de mantenimiento externo e interno, de los análisis de incidencias y de la evaluación de indicadores como: % de cumplimiento de los planes de mantenimiento preventivo (objetivo >90%), tiempo máximo de intervenciones abiertas en mantenimiento correctivo (objetivo <7 días), nº de intervenciones realizadas por tipo, intervenciones pendientes, etc.

A partir de dichas evaluaciones se han realizado múltiples mejoras.

Enfoques Adicionales a este Subcriterio	Despliegue	Medidas de la Eficacia / Referencia a Resultados
Logística y suministros: gestión de inventarios	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se maneja un inventario de más de 11.000 referencias, de material tanto almacenable como no almacenable. Existen procedimientos documentados para todo el ciclo de gestión de los productos. Se ha implantado una intranet de pedidos. Existe un sistema de "doble cajetín" para la gestión informática de consumos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Indicadores de inventario.</li> <li>Nº de áreas críticas del hospital, con sistema de doble cajetín implantado.</li> </ul>
Gestión de vida útil de equipamientos	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se realiza tres veces al año un control sobre el listado de equipamientos, revisando y valorando la actuación respecto a aquellos que han alcanzado el final de su vida útil.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Registro del inventario de equipamientos.</li> </ul>
Gestión de la seguridad de equipos e instalaciones	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se cumple de manera estricta la normativa existente para los equipos que puedan presentar riesgos para la seguridad. Se realizan auditorías independientes pactadas con la Unidad de Radiología del Hospital 12 de Octubre y con el Consejo de Seguridad Nuclear para equipamiento específico.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Informes de auditorías realizadas</li> </ul>
Gestión ambiental	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se ha desarrollado un proyecto para la adaptación del funcionamiento del Hospital a los requisitos de la norma ISO 14001. Este proyecto responde a la estrategia del HUF de realizar una adecuada gestión de los recursos y de los residuos generados. Será certificado dentro de un Proyecto conjunto con otras organizaciones de la CM.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Indicadores de ahorro energético y de agua.</li> <li>Indicadores de reducción de residuos.</li> </ul>
Compra y logística Medicamentos	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se ha definido una política de compras farmacéuticas con obtención de ventajas en los precios. Se ha establecido una base de artículos sobre el concepto de medicamento clínico que se traslada a la prescripción de los médicos, a la que se ligan las ofertas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>% de reducción sobre el PVL.</li> <li>Nº de ofertas gestionadas por artículo.</li> </ul>
Compras y Proveedores	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ver 4A.</li> </ul>	

**CRITERIO 4 : ALIANZAS Y RECURSOS**
**Subcriterio 4D**
**Gestión de la tecnología.**
**ENFOQUE Y DESPLIEGUE: GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA ASISTENCIAL Y DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN**

El HUF ha definido en su plan estratégico varias líneas estratégicas relacionadas con la gestión de la tecnología y la innovación:

Línea Estratégica	Ámbitos de Desarrollo en el Plan Estratégico
L.E. 1: "Adecuación tecnológica y de la oferta de servicios"	<ul style="list-style-type: none"> <li>Priorización eficaz de la innovación tecnológica.</li> <li>Aportar estrategias para rentabilizar la innovación tecnológica.</li> </ul>
L.E. 5: "Innovación y desarrollo en sistemas de información"	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aplicación de infraestructuras de TIC's.</li> <li>Líneas de desarrollo de las TIC's.</li> </ul>

El desarrollo de estas líneas estratégicas ha llevado al Hospital a ser un referente en diferentes ámbitos tecnológicos:

**Tecnología asistencial:** El HUF nace con una tecnología y equipamiento tecnológico avanzado, en parte por ser de reciente creación y en parte por su propia orientación estratégica. El desarrollo de estas tecnologías está potenciado desde la Comisión de Tecnología y Adaptación de Medios Diagnósticos y Terapéuticos, consultiva de la Dirección, cuya misión está orientada a valorar las nuevas propuestas de nuevos equipamientos o técnicas a implantar y asesorar al respecto. La detección de estas nuevas tecnologías puede surgir de:

- La mejora de la cartera de servicios que el Hospital desarrolla (ver 5C), bien a propuesta del SERMAS o del propio Hospital en función de sus análisis de información asistencial.
- La identificación de sus servicios asistenciales de nuevas técnicas / tecnologías diagnósticas o terapéuticas en base a: los proyectos de investigación, la asistencia de congresos y foros en las que se trata la evolución de la medicina, la lectura de la literatura especializada, los proveedores del ámbito asistencial, etc.

Cuando un servicio identifica posibilidades de innovación tecnológica elabora una propuesta justificada en la que se establecen los beneficios asistenciales, tanto en calidad como en eficiencia, los costes asociados, la complejidad y actuaciones necesarias para su implantación, etc. que pasa a la Comisión de Tecnología. Ésta establece los beneficios, prioridades y posibilidades de la innovación asistencial, y pasa la propuesta a la Comisión de Dirección quien aprueba la adopción de las nuevas tecnologías. Una vez aceptado un cambio / innovación en la tecnología asistencial se establece un proyecto en el que figuran objetivos, responsables, actuaciones, etc.

**Tecnologías de la información:** El HUF ha desarrollado un SIA, en colaboración con su aliado estratégico SIEMENS y otros proveedores, que han servido de referencia para el resto de hospitales de la Comunidad y que han adoptado todos los hospitales de nueva creación. El núcleo central de la herramienta es SELENE, desarrollado a partir 2003 por un equipo multidisciplinar del Hospital junto con técnicos de la empresa externa, junto con una serie de aplicaciones departamentales que posteriormente se han ido integrando y desarrollando hasta 2007. Su arquitectura de aplicaciones, todas relacionadas entre sí e integradas y su sistema de comunicaciones con otros centros, ha permitido al Hospital ser pionero en la aplicación de la HCE (ver 4E) y referente en el SIA. El conjunto de Estación Clínica (SELENE) y aplicaciones departamentales han sido adaptadas al HUF con la colaboración de proveedores líderes y han sido integrados por el Hospital y su Oficina Técnica. El HUF ha utilizado experiencia para realizar de proyectos de I+D relacionados con las tecnologías de la información, en consorcio con empresas tecnológicas y universidades.

En el HUF existe una Dirección de Sistemas cuya misión es atender a las necesidades del Hospital, especialmente en áreas asistenciales y garantizar la dotación y disponibilidad de equipos y sistemas.

Otras líneas de actuación que apoyan el desarrollo de tecnología e innovación son la **Docencia** (masters de estudios tecnológicos) y la **Investigación** (proyectos de evaluación de tecnologías).

A continuación se indican algunas de las mejoras tecnológicas asistenciales y de sistemas más relevantes de los últimos años:

Año	Mejora	Objetivos
2005	<ul style="list-style-type: none"> <li>Digitalización de imagen del CEP</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Proporciona imagen digital a AP</li> </ul>
2006	<ul style="list-style-type: none"> <li>Placas solares agua caliente sanitaria</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ahorro de energía</li> </ul>
2007	<ul style="list-style-type: none"> <li>Acceso a la HCE del hospital desde AP</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mejorar la asistencia del paciente y la coordinación entre niveles asistenciales</li> </ul>
2008	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sistema de gestión instalaciones</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Eficiencia energética</li> </ul>
2009	<ul style="list-style-type: none"> <li>Radioterapia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tratamiento integral del Cáncer</li> </ul>
2010	<ul style="list-style-type: none"> <li>Resumen del paciente común AP y HUF</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mejorar la asistencia del paciente y la coordinación entre niveles asistenciales</li> </ul>

**EVALUACIÓN / REVISIÓN**

Como se ha comentado la evaluación de la gestión tecnológica asistencial es responsabilidad de la Comisión de Tecnología y la tecnología de sistemas es evaluada por la Dirección de Sistemas, que evalúan su efectividad a partir de los resultados de las Innovaciones realizadas y de las peticiones justificadas de los servicios asistenciales.

Las mejoras más relevantes se presentan en la tabla anterior y como ejemplo de mejora en la sistemática de gestión podemos citar:

- Implantación en 2009 de nuevos sistemas de gestión de personas (Meta 4) y recursos (SAP) con migración de los anteriores.
- Estudios de evaluación de las tecnologías existentes que se ha utilizado en la resonancia magnética en 2008 y de la ecografía en 2010.
- Sistemática de fijación de estándares de uso para las nuevas tecnologías incorporadas y seguimiento (todas desde 2008)

Enfoques Adicionales Aplicables a este Subcriterio	Despliegue	Medidas de la Eficacia / Referencia a Resultados
<ul style="list-style-type: none"> <li>Mantenimiento de herramientas de gestión no asistenciales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>El área de sistemas se ocupa de supervisar las empresas externas y los desarrollos de las herramientas implantadas en diferentes áreas (ver 4E).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Incidencias de servicio informático.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Gestión informática</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>El área de Sistemas es responsable de garantizar la dotación y disponibilidad de los sistemas de información (hardware y software) y comunicación del HUF, realizando directamente el mantenimiento de los mismos o la supervisión de las empresas externas responsables.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Indicadores de integración</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Proyectos de investigación relacionados con las TIC</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>El posicionamiento de Liderazgo del Hospital en la aplicación de las TIC hace que este en posición preferente a la hora de optar a proyectos de investigación relacionados con estas áreas y su aplicabilidad a los procesos asistenciales y que no están al alcance de otros hospitales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nº de proyectos de investigación relacionados con las TIC</li> <li>Financiación obtenida en proyectos de investigación TIC</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Innovación de técnicas y</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Múltiples desarrollos expuestos a lo largo de la memoria.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nº de usuarios de Sistemas de</li> </ul>

Enfoques Adicionales Aplicables a este Subcriterio	Despliegue	Medidas de la Eficacia / Referencia a Resultados
herramientas de excelencia en la gestión	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sucesivas autoevaluaciones realizadas.</li> </ul>	Gestión.



**Gestión de la información y del conocimiento.**
**ENFOQUE Y DESPLIEGUE: HISTORIA CLINICA ELECTRONICA Y SISTEMA DE INFORMACIÓN ASISTENCIAL (HCE y SIA)**

El HUF ha definido en su plan estratégico una línea estratégica específica, L.E. 5, para "La innovación y desarrollo en sistemas de información para la mejora del funcionamiento del Hospital" y cuyo objetivo se explicita como: "Disponer y ordenar el conocimiento y la experiencia acumulada para el mejor diseño y desarrollo de sistemas de información que en permanente adaptación a las necesidades de los pacientes y de los profesionales que les atienden, faciliten los procesos que la Institución precisa para el logro de su misión, promoviendo paralelamente el avance de las TIC's en el ámbito de la sanidad."

El HUF ha implantado sistemas informáticos para la gestión de todos los procesos asistenciales y de la información clínica, siendo uno de los más avanzados y a en inicio 2005 en la eliminación real del soporte papel y la imagen digitalizada, los circuitos de la gestión de todas las ordenes clínicas y las actividades de registro y documentación clínicas (ver anexo 3: Mapa de Aplicaciones Operativas).

Esta aplicación recoge y permite compartir toda la información de pacientes (gestión del acceso y programación, asistencia, peticiones y resultados, prescripción etc.) atendidos en cualquier ámbito del Hospital, lo cual hace que el sistema permita la gestión y continuidad asistencial de todos los pacientes del Hospital (100% pacientes con HCE, 100% peticiones y documentos en HCE).

En todos los puestos se dispone de acceso adecuado específicamente por puesto, a través de usuario y contraseña, que da acceso a la información para la que se está autorizado. El área de sistemas se encarga de la gestión de perfiles de usuario y además de la explotación de la información para el control de gestión y uso clínico secundario, y existen definidos una serie de informes estandarizados de acuerdo a las necesidades de los usuarios de la información así como la posibilidad de extraer información a demanda.

El valor diferencial del HUF en el grado de utilización, los resultados obtenidos y la potencialidad de I+D es la implicación de los profesionales (Nº accesos simultáneos y totales, Nº sesiones de formación y personas implicadas, Nº implicadas en proyectos de I+D, etc.)

El Hospital es pionero a nivel nacional y uno de los más avanzados internacionalmente en la utilización de estándares para representar el significado clínico, como la terminología clínica SNOMED CT y la normas UNE-EN de informática sanitaria, que permiten hacer interoperables y extraer información asistencial de los sistemas de HCE (Nº proyectos de I+D, Nº expertos en foros externos, etc.).

**EVALUACIÓN / REVISIÓN**

El sistema de HCE es de diseño propio del HUF por lo que su desarrollo y mejora es constante por el área de sistemas, en base a: análisis de necesidades, análisis de funcionamiento, sugerencias y peticiones de los usuarios, etc.

Fruto de la evaluación de estos aspectos son ejemplos de mejora en el sistema:

- Convención de uso de la Historia Clínica por Problemas, elaborada por la Comisión 2007, pilotada y evaluada 2008 y extendida en 2009.
- Integración de nuevas aplicaciones informáticas en la HCE como por ejemplo, el quirófano, audiometrías, etc.
- Proporcionar acceso a la HCE del hospital a AP y SUMMA.
- Usos avanzados de la HCE como el registro de procedimientos y las mejoras de los formularios.
- Mejora de la prescripción farmacológica, como la utilización de la aplicación informática de Farmacia en oncología.

Enf. Adic. Aplicables a este Subcriterio	Despliegue	Medidas de la Eficacia / Referencia a Resultados
Procesos sobre el Conocimiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ En el mapa de procesos la gestión del conocimiento está representada a dos niveles:               <ul style="list-style-type: none"> <li>– Como proceso de apoyo, que aporta información (externa -biblioteca- e interna -intranet-) valiosa para numerosos procesos de la cadena de valor.</li> <li>– Como proceso clave en la cadena de valor, interno (estandarización e información clínica) y generador de producto (docencia e investigación) (ver 5A)</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Indicadores de estandarización de información clínica (formularios, vocabulario, etc.)</li> </ul>
Intranet	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ El HUF dispone de una intranet desde 2005, renovada totalmente en 2008 y con un comité para mejorar los contenidos creado en 2010. Recoge apartados como: Planificación; Medición y mejora; Conocimiento; Asistencia; Personas; Recursos, etc. Además se incluye información de carácter general: Organigrama, Mapa de Procesos, etc.</li> <li>▪ El propósito es la gestión y puesta en común de la información más relevante:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Disponibilidad de procedimientos publicados en la Intranet.</li> <li>- Información de interés general.</li> <li>- Gestión del trabajo interno de equipos (calendarios, agendas, actas y resultados).</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nº de documentos (tipos, autores).</li> <li>▪ Nº de grupos activos.</li> <li>▪ Nº de consultas</li> </ul>
Biblioteca	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ El HUF dispone de recursos documentales y bases de conocimiento, con acuerdos para compartirlos con otras instituciones, y son disponibles libremente por los profesionales.</li> <li>▪ Se ha desarrollado en 2010 una sistemática para el control de la producción científica y de su impacto.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nº consultas colección y bases conocimiento.</li> <li>▪ Nº de publicaciones e impacto</li> </ul>
Sistema para la notificación de acontecimientos adversos	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Se ha implantado un sistema por el que los profesionales puede comunicar cualquier acontecimiento adverso detectado en la operativa del HUF de forma anónima, desarrollado en la intranet.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nº de notificaciones</li> </ul>
Gestión documental	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Se ha desarrollado un procedimiento que reglamenta la estructura, contenidos, codificación y archivo de la documentación relevante del HUF y que se opera en Intranet</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nº de documentos normalizados</li> </ul>
Herramientas de soporte de actividades no asistenciales	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ En RR.HH. se trabaja con el sistema PEOPLENET de Meta4.</li> <li>▪ En la Dirección Económica se trabaja con SAP</li> <li>▪ En Servicio Técnico con un GMAO</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Indicadores de gestión de la herramientas</li> </ul>
Control de gestión	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La Dirección de Sistemas tiene la responsabilidad de la explotación de la información asistencial para la gestión, a partir de la explotación de datos del DATAWAREHOUSE.</li> <li>▪ Referencia para en CM del sistema de información para seguimiento de actividad de la cláusula anual (formación 2010)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nº indicadores definidos en inventario.</li> <li>▪ Nº de correcciones en la auditora de actividad.</li> </ul>
Seguridad de la información	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Existe un responsable de seguridad. En el HUF se cumple la LOPD, con una gestión activa de ficheros que contienen información sensible de pacientes e inscripción de ficheros en la Agencia de Protección de Datos Madrileña. Se ha realizado una auditoría en 2008.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Resultados de las auditorías realizadas.</li> </ul>

**Definición:** Las Organizaciones Excelentes diseñan, gestionan y mejoran sus procesos para satisfacer plenamente a sus clientes y otros grupos de interés y generar cada vez mayor valor para ellos.

- Diseño y gestión sistemática de los procesos.
- Introducción de las mejoras necesarias en los procesos mediante la innovación, a fin de satisfacer plenamente a clientes y otros grupos de interés, generando cada vez mayor valor.
- Diseño y desarrollo de los productos y servicios basándose en las necesidades y expectativas de los clientes.
- Producción, distribución y servicio de atención, de los productos y servicios.
- Gestión y mejora de las relaciones con los clientes.

**Señale los principales grupos de clientes y mercados de la Organización y los Procesos que tienen relación con ellos.**

Los principales grupos de clientes del HUF son:

- Los pacientes que requieren asistencia especializada del Área de Salud que el SERMAS ha asignado al Hospital (población ~ 225.000 habitantes) y de su cartera de referencia.
- Los acompañantes de los pacientes del Hospital.
- Atención Primaria, que es el primer escalón de la red salud, y que deriva a los pacientes a la asistencia especializada y los recibe una vez tratados por esta para la continuidad asistencial.

Además, se consideran clientes de las actividades de Docencia:

- Los alumnos de formación profesional y universitarios que reciben enseñanza en el Hospital (ver criterio 8).

**Haga constar los productos y servicios de la Organización.**

Tal y como se indica en la introducción de la memoria, los principales servicios del HUF son:

- La asistencia en consultas externas.
- La atención en urgencias.
- La realización de procedimientos quirúrgicos.
- La asistencia en Hospitalización convencional y en Hospital de Día.
- La realización de pruebas diagnósticas y de procedimientos terapéuticos.

En las especialidades de la cartera del Hospital.

Además, se consideran servicios:

- La colaboración con el sistema educativo con la enseñanza teórica y práctica en titulaciones sanitarias y en no sanitarias
- La generación de nuevo conocimiento científico

**¿Aplica la Organización alguna norma de certificación o de reconocimiento externo a la gestión de Procesos como, por ejemplo, ISO9000, ISO14000, etc.? ¿Cómo se establecen los objetivos para los Procesos?**

El HUF dispone de un sistema de gestión de procesos estructurado que establece diferentes niveles de gestión para los procesos operativos, de apoyo y estratégicos. Una parte importante de sus actividades se encuentran procedimientos y protocolizados, con sistemáticas de revisión y mejora. El HUF es un modelo de organización de referencia para la CM, habiendo sido premiado por esta por la cesión de sus procedimientos organizativos y de trabajo para todos los nuevos hospitales de la Comunidad en los últimos años.

El HUF dispone de procesos certificados ISO 9001 como: CA, Hostelería y Esterilización, estando en proceso para certificar próximamente: Diagnosticar con anatomía patológica, Mantenimiento, Logística de Farmacia.

El HUF está sometido a un extenso plan de auditorías externas relativas a su actividad asistencial, instalaciones y equipamientos, gestión económica, gestión del conocimiento, programas y gestión formativa, etc. (lista de controles y auditorías externas). Así mismo, por su labor docente tiene acreditaciones externas del Ministerio de Sanidad para 18 especialidades.

El establecimiento de los objetivos a los procesos del HUF se realiza a través de:

- La formulación de sus estrategias y su despliegue a planes de acción.
- La formulación de áreas de mejora provenientes de las autoevaluaciones y su despliegue a planes de acción complementarios y alineados con las estrategias.
- La formulación del Plan de Objetivos Anuales derivados de los Objetivos Institucionales y de los objetivos de Unidades que se derivan de éstos y de las mejoras detectadas en actividad, rendimiento y calidad.

Todas las Unidades disponen de cuadros de mando con indicadores, de los que parte pasan a formar parte del sistema de objetivos DPO y de remuneración.

**CRITERIO 5: PROCESOS**
**Subcriterio 5A**
***Diseño y gestión sistemática de los procesos.***
**ENFOQUE Y DESPLIEGUE – DISEÑO Y GESTIÓN DE LOS PROCESOS**

El HUF a partir de su primera autoevaluación en 2005 identifica como área de mejora el desarrollo de la gestión por procesos, creando grupo de mejora que analiza conceptualmente que debe ser la gestión por procesos en el Hospital y establece cuál debe ser el Sistema de Gestión por Procesos: ("Marco Conceptual de la Gestión por Procesos", "Sistema de Procesos en el HUF" y elabora la primera versión del Mapa de Procesos).

**Sistema de Gestión de Procesos**

El Sistema de gestión de procesos define como actividades principales para el diseño y documentación de los procesos:

**a) Gestión de Procesos:**

Todos los procesos clave a gestionar según esta sistemática deben establecer una "ficha de proceso" en la que se incluyen todos los aspectos relevantes del mismo:

<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Propietario y equipo de proceso.</li> <li>▪ Misión del proceso: (Objetivos/razón de ser).</li> <li>▪ Directrices para el proceso: a considerar en su diseño.</li> <li>▪ Alcance del proceso (Inicio y fin).</li> <li>▪ Destinatarios, sus necesidades y las salidas que les afectan.</li> <li>▪ Entradas/recursos y sus proveedores.</li> <li>▪ Agentes (áreas, servicios...) internos y externos: con los que interacciona el proceso.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Diagrama del proceso (secuenciación gráfica)</li> <li>▪ Subprocesos/Actividades/Actuaciones: que explicita la forma en que debe realizarse el proceso y sus actividades.</li> <li>▪ C.M. de indicadores: con especificación de características de cada uno de ellos.</li> <li>▪ Identificación de Problemas: principales problemas identificados o no resueltos del proceso, así como oportunidades detectadas por sugerencias, aprendizaje, etc.</li> <li>▪ Requerimientos: o exigencias para poder resolver los problemas / mejoras del proceso en el diseño / rediseño del mismo.</li> </ul>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Esta estructuración está aplicada a los procesos clave: Urgencias, Consultas Externas, Hospitalización y CA y de forma simplificada para Planificación Estratégica y Alianzas.

**b) Procesos Certificados ISO 9001**

Además el HUF dispone de una sistemática estructurada para la realización de la documentación de procesos a certificar por ISO 9001:

- Se dispone de 9 procedimientos generales iguales para todos ellos (Ej.: control y mantenimiento equipos, documentación y registros, auditorías internas, etc.) que están coordinados y supervisados por el área de Calidad.
- Se dispone de sistemática para la elaboración de los procedimientos específicos de actuación a los que aplica la norma ISO en la actividad a certificar.

**c) Procedimientos y Protocolos**

Todas las unidades y áreas del HUF tienen procedimentadas / protocolizadas las actuaciones relevantes de su ámbito de responsabilidad, tanto en ámbitos asistenciales (Ej.: Servicios Asistenciales: Se dispone casi 600 protocolos médicos o vías clínicas de las diferentes especialidades y casi 300 protocolos para pruebas diagnósticas documentadas), como no asistenciales (Ej.: Área de atención al paciente, Área de Control de Gestión – 17 procedimientos, Área Económico Financiera – 12 procedimientos, Área Gestión de Personal – 26 protocolos y guías, etc.)

Es de destacar en este aspecto que el HUF tiene un premio de la CM por su aportación de todos los procedimientos de funcionamiento inicial del Hospital a la puesta en marcha de nuevos hospitales.

Como ejemplo indicaremos el sistema de estandarización de la Dirección de Enfermería:

- Se dispone de grupos de mejora generales encargados de la definición y gestión de procedimientos generales (grupo de estandarización, grupo de procedimientos y registros, grupo de continuidad de cuidados y grupo de úlceras), y grupos de mejora específicos que estructuran protocolos / procedimientos de actuación clínica concretos.
- Se dispone de un manual de procedimientos que incluye 21 planes de cuidados estandarizados (18 aprobados y 3 en proceso que permiten la atención al 80% de los pacientes del Hospital) y los procedimientos correspondientes a las actividades incluidas en dichos planes de cuidados (44 procedimientos aprobados y 14 más en revisión: balance hídrico, cuidado y mantenimiento de la traqueotomía, cura de heridos, etc.).
- Se dispone de un Manual de Cumplimentación de Formularios, que recoge la protocolización de las diferentes recogidas de información incluidas en la HCE (11 formularios: valoración al ingreso, heridos, úlceras, escala de Glasgow, etc.).
- Se dispone de un Manual de Recomendaciones de Cuidados al Alta, que recoge la información a proporcionar al paciente para la continuidad de cuidados una vez se le da el alta.
- Se dispone de una base de datos con la información codificada de todos los cuidados a realizar en un paciente según su patología y situación, lo que permite la confección de planes de cuidados personalizados para cualquier paciente.

**EVALUACIÓN Y REVISIÓN**

La evaluación y revisión del sistema de gestión de procesos y del sistema de gestión certificados ISO es responsabilidad del Área de Calidad, quien supervisa, apoya e impulsa el desarrollo y despliegue de los mismos a partir de los resultados de los procesos, las auditorías internas y externas, etc.

La mejora de la estructuración de procedimientos y protocolos es responsabilidad de las unidades correspondientes (por ejemplo en la D. de Enfermería se revisan y actualizan los procedimientos / protocolos a partir de los grupos de mejora generales de "estandarización" y de "procedimientos y registros", que impulsan la revisión bibliográfica y revisión de la evidencia científica de los grupos de mejora específica).

Enf. Adic. Aplicables a este Subcriterio	Despliegue	Medidas Eficacia/Ref. a Result.
Diseño y Gestión del Mapa de Procesos del Hospital (ver anexo 2)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Análisis IDEF inicial de 4 niveles para la conformación del mapa e inventario de procesos con estructuración de interrelaciones.</li> <li>▪ Estructuración de los procesos en macroprocesos / procesos / subprocesos operativos, de apoyo y estratégicos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Intranet organizada en base al Mapa de Procesos</li> </ul>
Proceso de planificación y despliegue para el establecimiento de objetivos	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ver criterios 2C, 2D y 3E.</li> </ul>	

**CRITERIO 5: PROCESOS**

**Subcriterio 5B**

*Introducción de las mejoras necesarias en los procesos mediante la innovación, a fin de satisfacer plenamente a clientes y otros grupos de interés, generando cada vez mayor valor.*

**ENFOQUE Y DESPLIEGUE – IDENTIFICACIÓN DE OPORTUNIDADES DE MEJORA EN LOS PROCESOS**

La mejora de los procesos en el HUF está ligada a dos factores clave fundamentales, que han hecho que se disponga de una amplia gama de mejoras en todos los niveles de actividad y que dicha mejora se refleje en sus resultados:

1. El creciente desarrollo, uso y estructuración de los datos y la información.

Fuentes de Información	Fuentes de Información
<ul style="list-style-type: none"> <li>CDM general del Hospital y específicos de todas las unidades asistenciales y de enfermería con indicadores de actividad, rendimiento y calidad en todos los procesos asistenciales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Auditorías internas y externas para procesos certificados y para servicios acreditados (Ej.: Formación Especializada).</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Encuestas a clientes (Pacientes; profesionales de AP, alumnos) propios y de la CM (Pacientes) para todos los procesos asistenciales relevantes (CA, Urgencias, Hospitalización, Consultas, UCI, REA, etc.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Autoevaluaciones E.F.Q.M. bienales realizadas con grupos amplios de participación y apoyo de expertos externos, que proporcionan puntos fuertes y áreas de mejora por subcriterio.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Benchmarking de la CM y externos (TOP20, BIC, etc.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Encuesta de clima para todo el personal del Hospital.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Indicadores económicos de gasto y eficiencia para los procesos de impacto en la eficiencia general (Ej.: gasto personal, gasto medicamento, etc.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fuentes de información para la innovación derivadas de los profesionales, los proveedores, la gestión sistemática de elementos de vigilancia como foros, congresos, etc.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>CDM de áreas y procesos no asistenciales (Ej.: "Organización y Sistemas", "RR.HH." etc.) y algunas áreas complementan sus indicadores con encuesta a cliente interno (Ej.: RR.HH., control de gestión, Mantenimiento,...)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La información del entorno demográfico, social y de salud que provienen de estudios de la CM, del SERMAS, del Ministerio de Sanidad, del INE e internos.</li> </ul>

2. Los mecanismos sistemáticos de evaluación y control de los procesos a través de dicha información.

<ul style="list-style-type: none"> <li>Responsables Jerárquicos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Todas las Unidades del Hospital disponen de indicadores y objetivos de actuación (Plan de Objetivos Anual) derivados del Plan Estratégico, del Plan de Mejora de la Autoevaluación y/o de los objetivos de la CM y hacen un seguimiento periódico (mensual internamente en el Hospital y trimestral con la CM) y una reformulación anual para la planificación.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Propietarios de Procesos y Procedimientos / Protocolos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Todos los procesos multifuncionales son seguidos y evaluados por propietario y equipo mediante los indicadores específicos de cada uno y establecen acciones de mejora a partir de los mismos.</li> <li>Todos los procesos ISO 9001 disponen de encuestas, indicadores internos y estándares de funcionamiento y son evaluados por dichos indicadores y por auditorías internas y externas por las no conformidades detectadas por sus responsables, a través de su apartado "revisión por la dirección".</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Equipos de desarrollo de Estrategias y Acciones de Mejora de las autoevaluaciones</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Las líneas estratégicas y las acciones de mejora detectadas en la autoevaluación tienen asignados equipos de trabajo específicos que evalúan la marcha de las mismas y los resultados de los proyectos correspondientes, realizando las mejoras y acciones correctoras necesarias.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Comité de Calidad Percibida</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>En el HUF se ha creado un comité en 2009 que analiza las fuentes de información de satisfacción de clientes y crea grupos de mejora (muchos de ellos son equipos de proceso reducidos en su número de componentes) para abordar mejoras específicas que se plasman en un plan de mejora.</li> <li>Dichos objetivos de mejora han sido incluidos en 2010 como objetivos.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Comisiones y Comités Hospitalarios</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Todas las comisiones y comités del Hospital revisan sistemáticamente los resultados y el funcionamiento de sus áreas de competencia y establecen las acciones de mejora correspondientes.</li> </ul>

**EVALUACIÓN Y REVISIÓN**

La mejora de este enfoque se realiza por dos vías:

- Cada mecanismo de información o de evaluación global tienen responsables específicos que se encargan de analizar su funcionamiento y definen sus mejoras correspondientes.

- El enfoque global es evaluado por el ED que establece la eficacia del funcionamiento general.

Fruto de estas dos vías de mejora sistemática son mejoras como por ejemplo:

- El desarrollo de encuestas de cliente interno en varias áreas para mejorar sus procesos de servicio.
- El análisis desde 2006 conjunto con AP de las encuestas profesionales de AP.
- El análisis y su difusión entre los profesionales de los resultados de las encuestas de clima laboral desde 2007.
- La creación del Comité de Calidad Percibida se realiza por parte del ED para unificar en 2010 la "visión" cliente de los servicios y coordinar / alinear las actuaciones de mejora.
- Benchmarking de encuestas de pacientes a partir de 2009 con los resultados de la CM.
- Mejoras en la información asistencial facilitada por Control de Gestión a los responsables de las distintas unidades desde 2004.

Enf. Adicionales Aplicables a este Subcriterio	Despliegue	Medidas de la Eficacia / Ref. a Resultados
Gestión de proyectos de innovación para la mejora de la organización.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cambios tecnológicos en cartera de servicios (ver 5C).</li> <li>Cambios en los sistemas de información (ver 4E).</li> <li>Cambios tecnológicos de equipamiento (ver 4D).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nº Proyectos de innovación internos y con financiación externa</li> </ul>

**CRITERIO 5: PROCESOS**
**Subcriterio 5C**
***Diseño y desarrollo de los productos y servicios basándose en las necesidades y expectativas de los clientes.***
**ENFOQUE Y DESPLIEGUE – GESTIÓN DE LA CARTERA DE SERVICIOS**

La asignación de la Cartera de Servicios del Hospital es responsabilidad del SERMAS, que es quien establece el mapa sanitario de la CM, si bien el HUF orienta su gestión para disponer de una cartera acorde con su misión y visión y al servicio de los clientes.

**1. Fuentes de Información para la gestión de la cartera de Servicios**

Tal y como se describe en 2A, el HUF dispone de múltiples mecanismos de identificación de necesidades y expectativas de sus clientes (pacientes, acompañantes, AP...)

Los análisis poblacionales y de salud, así como los análisis asistenciales de actividad prevalencia y frecuentación definen necesidades asistenciales prioritarias, en ocasiones significan cambios importantes para la estructura del Hospital.

El resto de mecanismos incide en necesidades asistenciales de menor relevancia y en la identificación de necesidades de servicios complementarios a los asistenciales.

**2. Gestión de Grandes Cambios de Cartera de Servicios**

En el HUF se han producido dos líneas estratégicas de cambios importantes en la cartera de servicios provenientes del análisis de necesidades asistenciales:

**a) Desarrollo de materno-infantil**

El primer plan funcional del SERMAS no contemplaba estas líneas asistenciales para el HUF, si bien el equipo de puesta en marcha en su plan funcional detecta que la zona de Fuenlabrada es la zona europea de mayor tasa de natalidad. A partir de esta situación se negocia con la Administración y se obtiene la aprobación en para este cambio sustancial de la cartera de servicios prevista inicialmente.

**b) Desarrollo del tratamiento del cáncer – incorporación de radioterapia**

En la elaboración del plan estratégico del HUF se identifica un alto nivel de saturación asistencial en el tratamiento de los pacientes de cáncer y en particular en el tratamiento radioterápico. A partir de esta situación el HUF prepara un proyecto de inversión con fondos propios (excedentes derivados de su propia eficiencia) para introducir una línea oncológica de alto nivel y presenta al SERMAS su proyecto justificado, que aprueba el cambio de cartera del Hospital y desde 2009 el HUF dispone de oncología radioterápica.

En el HUF se han producido dos cambios importantes en los servicios de docencia e investigación:

**a) Desarrollo de docencia**

El HUF realizó la acreditación para la formación sanitaria especializada en el mínimo plazo, comenzando con el acuerdo con AP para los Médicos de Familia y ha obtenido las acreditaciones para el resto de especialidades. El HUF adquiere la condición de hospital universitario, mediante la alianza con la URJC que ha completado la docencia en los grados (enfermería, fisioterapia) con el inicio de los estudios de Medicina en 2009.

**a) Inicio de investigación traslacional de excelencia**

La visión del I+D en cooperación se ha traducido en la alianza con el CNIO en 2009 para desarrollar el Programa de Investigación Clínica en Cáncer. La oportunidad para ambas organizaciones se basa en la disponibilidad de infraestructuras en el nuevo edificio de cáncer y la visión común de la atención comprensiva y multidisciplinar del cáncer que permite la integración de los profesionales del CNIO en los programas del HUF.

**3. Gestión de Cambios de Cartera de Servicios Asistenciales**

A partir de las estrategias asistenciales de excelencia, de diferenciación y de innovación del HUF los diferentes servicios del Hospital presentan proyectos justificados en la calidad, eficacia y eficiencia asistencial (objetivo, beneficios, recursos humanos, instalaciones / equipamiento, etc.) para completar y/o mejorar los servicios existentes. Dichos proyectos se analizan por el ED en el marco de la planificación anual y una vez aprobados se presentan al SERMAS para su aprobación, tras la cual se convierten en proyectos a gestionar por los responsables correspondientes.

Son ejemplos de mejora de la cartera de servicios asistenciales:

Año	Cambio Cartera	Objetivos / Mejoras que comportan
2005	▪ Intervencionismo guiado con imagen	▪ Mejorar y ampliar la asistencia en múltiples patologías.
2006	▪ Ortopantomografía para AP	▪ Mejorar la asistencia odontológica en AP.
2007	▪ Cirugía de bariátrica	▪ Mejorar la asistencia de la obesidad.
2008	▪ Quimioterapia introoperatoria hipertérmica	▪ Tratamiento integral del Cáncer.
2009	▪ Fertilidad con Inseminación Autóloga	▪ Mejora de prestación de reproducción asistida
2010	▪ Cirugía de MOSH	▪ Tratamiento integral del Cáncer.

**EVALUACIÓN Y REVISIÓN**

El propio proceso es un proceso de evaluación interactivo, ya que su objetivo es la detección de necesidades no cubiertas o mejorables por parte del HUF, y del SERMAS que mantiene "viva" y en mejora continua la cartera de servicios, actualizándose anualmente.

Aún así, la mejora en las fuentes de información asistencial y de salud, así como en la interrelación con agentes sociales y representantes de los clientes, y en la gestión de los proyectos de cambio hacen que el HUF sea puntero y reconocido por premios externos (ver 5D y 8)

En función del propio proceso y de la evaluación por parte del ED, además de las mejoras de cartera referidas son ejemplos de mejora en la sistemática de su gestión:

- Aplicación de la política de alianzas externas para el desarrollo de la cartera (Ej.: Proveedores Cáncer – CNIO, etc.)
- A partir de 2009 los proyectos de cambio de cartera se tratan y estructuran como proyectos asistenciales justificados.

Enf. Adicionales Aplicables a este Subcriterio	Despliegue	Medidas de la Eficacia / Ref. a Resultados
Gestión de cambios en cartera de servicios no asistenciales a partir de necesidades detectadas en los clientes	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Establecimiento de procesos de acogida a pacientes en urgencias, CA, hospitalización, desde 2005 y según las directrices de la CM en 2010.</li> <li>▪ Establecimiento de procesos documentados y formación específica para "asistencia en el duelo" a familiares, atención a menores, guarda y custodia, atención a víctimas de violencia de género, etc.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nº pacientes acogidos con procedimientos de actuación.</li> <li>▪ Nº de actuaciones de apoyo social.</li> </ul>
Información a Pacientes	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Establecimiento de procedimientos de información a pacientes y familiares en</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nº servicios con</li> </ul>

Enf. Adicionales Aplicables a este Subcriterio	Despliegue	Medidas de la Eficacia / Ref. a Resultados
	urgencias, CA, hospitalización, a partir de una Acción de Mejora en 2007 y de las directrices de la CM en 2010. <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Establecimiento de procedimientos de despedida a pacientes hospitalización.</li> </ul>	procedimientos implantados. <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ N° pacientes de alta con procedimientos de actuación.</li> </ul>
Mejora en los servicios a partir de la innovación tecnológica.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ver criterio 4D.</li> </ul>	
Proyectos de Estrategias de salud	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Desarrollo de proyectos del Plan de Calidad de Ministerio para la implantación de acciones en salud reproductiva, perinatal, cáncer, diabetes y seguridad de pacientes desde 2007</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ N° de profesionales implicados</li> <li>▪ N° de proyectos y financiación</li> <li>▪ Indicadores específicos</li> </ul>
Seguridad Pacientes	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Desarrollo desde 2007 de acciones de mejora a partir de las directrices de la CM y la estrategia del Ministerio de Sanidad en identificación de pacientes, higiene de manos, notificación y análisis de acontecimientos adversos, etc.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ N° de profesionales implicados</li> <li>▪ N° de proyectos</li> <li>▪ Indicadores específicos</li> </ul>

**ENFOQUE Y DESPLIEGUE: GESTIÓN DE LOS PROCESOS ASISTENCIALES**

La gestión asistencial del HUF se basa en los siguientes elementos:

**1. Flujo Asistencial**

El flujo asistencial de los clientes del HUF se gestiona a través de:

- La gestión de las interrelaciones desde el macroproceso "Prestar asistencia sanitaria" que despliega a los macroprocesos: "asistir al paciente" (en el que se encuentran los procesos clave de "asistir en consultas, en urgencias, ambulatoriamente y con hospitalización) "prestar tratamientos" y "prestar apoyo al diagnóstico". Se establecen para los procesos los análisis de cliente – necesidades – salidas y proveedor – entrada – requisitos.
- La gestión de la HCE y de la información asistencial (ver 4E) que permite el trabajo coordinado y en equipo de las diferentes áreas y servicios del Hospital sobre cada paciente.
- La gestión del flujo a través de los servicios de citación / admisión / alta y listas de espera (procesos de "gestión del acceso" y "gestión de alta / derivación").
- La gestión, mediante alianza con A.P., de la continuidad asistencial en la red sanitaria.

**2. Gestión de la Mejora Continua de los Procesos Asistenciales**

Todos los procesos asistenciales y de diagnóstico o al tratamiento disponen de responsables asignados (propietarios / equipos de proceso o responsables jerárquicos) con objetivos cuantificados e indicadores, con seguimientos estructurados y periódicos de actividad, rendimiento y calidad por parte de responsables y del ED, así como de los comités / comisiones de carácter asistencial.

**3. Políticas y estrategias especiales para la mejora de la calidad asistencial.**

El HUF es pionero en el desarrollo de herramientas innovadoras para la mejora de la calidad asistencial como por ejemplo:

- Desarrollo del proceso "Gestión de Riesgos de Pacientes", encargado de la estructuración de la captación de información de riesgos para el paciente, el análisis de riesgos y la estructuración de mejoras en la labor asistencial y/o de apoyo para la minimización, encomendado a la UFGRS de acuerdo a las directrices de la CM.
- Creación del "Comité de Calidad Percibida", siguiendo las directrices de la CM, encargado del análisis de las medidas de satisfacción a clientes del Hospital y de la elaboración de planes de mejora que se incluyen en los objetivos anuales.
- Desarrollo del "modelo de competencias compartidas", basado en el delegación de competencias de la Ley de Ordenación de las profesiones sanitarias, que optimiza la eficiencia y la coordinación de las actividades / responsabilidades de médicos, enfermeros y técnicos, estableciendo una actuación enfocada a las necesidades de los pacientes y no de orientación corporativista.

**4. Un ejemplo de aplicación de todos estos elementos en la mejora asistencial**

Se puede observar en el "Plan de Mejora de Consultas", en el que se han incluido mejoras como:

- Despliegue específico del proceso general de consultas para las consultas de servicios concretos como: Dermatología y Urología a partir de 2007.
- Implantación en servicios piloto (2008) del trabajo en equipo y de competencias compartidas, aplicando el método general establecido para este sistema. Son ejemplos los servicios de Dermatología, Urología, Unidad del Dolor, Cardiología, Diagnóstico por imagen, etc. en los que por ejemplo: enfermería asume responsabilidades para la solicitud de pruebas, los técnicos asumen responsabilidad de realización de ecografías, etc.
- Aplicación del "Modelo de Atención Resolutiva" conforme al método establecido y que permite al paciente resolver las pruebas necesarias para el diagnóstico y establecimiento del tratamiento en una única actuación (Ej.: Urología)
- Registro de toda la actividad realizada en consultas por los profesionales sobre el paciente, mediante la HCE. Con esto se dispone de un CMBD de actividad en consultas (El HUF es pionero y referente en este sistema).
- Desarrollo de la estrategia de orientación al cliente (trato a los pacientes) incluyendo mejoras en la información, consentimientos, etc.
- Mejora del sistema de citación, automatizando todo el sistema y con la eliminación de "citas de ventanilla".
- Mejora de las listas de espera mediante la gestión de inasistencias y de duplicaciones de cita.

El HUF es referente en el Cuadro de Mando de rendimiento en consultas, habiendo sido utilizado por la CM como benchmarking.

**EVALUACIÓN Y REVISIÓN**

Todos los ámbitos asistenciales tienen su propia responsabilidad de mejora, tanto por procesos como por servicios, según los sistemas descritos con anterioridad. Por ello el número de mejoras realizadas en la actividad asistencial es muy elevado. Así mismo, el ED evalúa la efectividad del sistema asistencial, a través de los resultados del Hospital, en los procesos de planificación.

Baste indicar en este sentido que el HUF ha recibido premios por su labor asistencial en servicios como: TOP 20 mejor hospital general 2009, TOP 20 áreas clínicas (Obstetricia, Cardiología), Best in Class (VIH, Oncología, Pediatría, Enfermedades Infecciosas, Cardiología, Medicina Interna) y premios por ser el Hospital finalista en el mayor número de especialidades, Premio a las mejores prácticas en administraciones públicas por "la mejora del ciclo integral asistencia primaria – especializada", etc.

Enf. Adicionales Aplicables a este Subcriterio	Despliegue	Medidas de la Eficacia / Ref. a Resultados
▪ Mejora de los procesos asistenciales derivados de la innovación tecnológica (ver 4D)		
▪ Mejora de los procesos asistenciales derivados de la gestión de la cartera de servicios (ver 5C)		
▪ Mejora de los procesos asistenciales derivados de la mejora organizativa, la protocolización, etc. (Ver 5B)		

**CRITERIO 5: PROCESOS**

**Subcriterio 5E**

**Gestión y mejora de las relaciones con los clientes.**

**ENFOQUE Y DESPLIEGUE – PERSONALIZACIÓN EN LA ATENCIÓN AL CLIENTE**

El HUF dispone de una estrategia específica de orientación al paciente “El trato adecuado y respetuoso a los pacientes” y áreas de mejora derivadas de las autoevaluaciones como por ejemplo: “Potenciar la información y desarrollar los sistemas de relación con el paciente” (autoevaluación 2007) que son reflejo de la continua preocupación y desarrollo de actuaciones para la excelencia en la atención. En la actualidad el Hospital cuenta con sistemas de personalización en la atención desarrollados por el área de “Atención al Paciente” y las áreas asistenciales como:

Sistemas	Características
<ul style="list-style-type: none"> <li>Acogida y Atención al Paciente / Acompañante</li> </ul>	<p>Acogida en hospitalización:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Se dispone de una Guía de Acogida (Bienvenida, normas de funcionamiento, recomendaciones y consejos de salud en el Hospital, servicios de apoyo, carta de derechos y deberes, etc.)</li> <li>Se dispone del “Pase 24 horas” que permite a un familiar acompañar al paciente las 24 horas siguientes a su ingreso.</li> <li>Se realiza y registra en la HCE una pequeña encuesta para detectar necesidades sociales del paciente.</li> </ul> <p>Atención en Urgencias:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A todos los familiares se les informa del funcionamiento, horarios de visita, etc. y se recogen y registran las necesidades de información de la familia.</li> <li>Atención paciente recoge las necesidades del personal asistencial y actúa de coordinador y transmisor de información en ambos sentidos.</li> </ul> <p>Atención en Quirófanos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Atención al paciente además de las actuaciones indicadas para “hospitalización” realiza la coordinación de información cuando el paciente pasa a REA o a ingresar, manteniendo informada a la familia de todas las circunstancias del proceso.</li> </ul> <p>Atención en el Duelo</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>El HUF es pionero y referente en el sector público en este servicio de acompañamiento a las familias en las situaciones de duelo. El personal de Atención al paciente (que es formado específicamente para esta atención) realiza un acompañamiento en las situaciones de muerte del paciente e informa a la familia de los diferentes pasos a dar en despachos habilitados al efecto con las condiciones de intimidad acordes al momento. Todas las actuaciones descritas están documentadas y procedimentadas y han sido utilizadas como referente por la CM para la puesta en marcha de estos servicios en sus nuevos hospitales.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Apoyo Social a Pacientes y Familias</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Atención al paciente, además de hacer un diagnóstico inicial de posibles necesidades sociales es el receptor de la información del personal asistencial a este respecto y en función de su detección informa al cliente y colabora con los asistentes sociales para la gestión de los apoyos sociales de la Administración necesarios.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Programas Atención Especiales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>El HUF, a través de su área de Atención al Paciente ha puesto en marcha y desarrollado procedimientos de atención al cliente especiales (estructurados y documentados) como: Atención a las personas que sufren maltrato o violencia de género; Atención a los menores; Gestión de guarda y custodia de menores; Comisión de Violencia Doméstica.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Atención Asistencial Personalizada</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>El HUF además de los diagnósticos propios relacionados con las patologías del paciente, dispone de su proceso asistencial de una sistemática de diagnóstico de necesidades adicionales del paciente (basado en el modelo de Virginia Henderson), llevado a cabo por el personal de enfermería que le permite adaptar los planes de cuidados a las necesidades del paciente, más allá de la pura labor asistencial asociada a su patología base.</li> <li>El diagnóstico realizado y los planes de cuidados asociados son registrados en la HCE, de forma que todo el personal asistencial implicado dispone de la información.</li> </ul>

**EVALUACIÓN Y REVISIÓN**

Salvo la atención personalizada a los pacientes en el ámbito asistencial, que es responsable de los propios procesos asistenciales, el resto de políticas y procesos de actuación que desarrolla el HUF para la atención al cliente son responsabilidad del Área de Atención al Paciente, quien evalúa su servicio a través de indicadores de atención y actividad, aprendizaje y de las propias necesidades expresadas por los clientes, siendo ejemplos de mejoras fruto de esta evaluación sistemática:

- Gestión de Servicio de Interpretes y Mediadores culturales para su asistencia sanitaria
- Uso del Lenguaje de Signos para la intervención con personas sordas.
- Formación a profesionales sanitarios del Hospital para la sensibilización en situaciones de maltrato infantil y violencia de género.

Enf. Adicionales Aplicables a este Subcriterio	Despliegue	Medidas de la Eficacia / Ref. a Resultados
Gestión Evaluación de Satisfacción de Clientes	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tal y como se indica en el criterio 2B el HUF dispone de encuestas propias y oficiales de la CM para evaluar la calidad percibida por sus clientes en sus principales procesos asistenciales.</li> <li>El HUF ha creado un Comité de Calidad Percibida para orientar la mejora de la satisfacción del cliente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nº de encuestas pacientes propias</li> <li>IS en encuestas de satisfacción a propias.</li> </ul>
Gestión de SQR's sistemática con procedimientos escritos y que cumplen la legislación de la CM	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sistema informático CESTRAK que registra las reclamaciones realizadas por el cliente y en el que el personal registra las quejas de los clientes.</li> <li>Registro de sugerencias, agradecimientos, etc.</li> <li>Contestación a todas las aportaciones de los clientes por escrito.</li> <li>Informe trimestral y anual con resultados cuantitativos y cualitativos a ED y responsables de unidades (estructuración por motivos, por unidades, tiempo de respuesta, etc.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Más del 90% de las SQR's tienen una atención personalizada.</li> <li>Nº de de reclamaciones por origen y causa</li> <li>Mas del 98% de reclamaciones respondidas antes de 30 días</li> </ul>
Relación con AP	<ul style="list-style-type: none"> <li>El HUF mantiene una alianza con AP en la que colaboran en la coordinación y continuidad asistencial al paciente y en la protocolización de las actuaciones.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>IS en encuestas de satisfacción a AP.</li> </ul>



**CRITERIO 6 - 9 : RESULTADOS**
**INFORMACION GENERAL**

**Definición:** Logros que alcanza la organización.

6. *Resultados en los Clientes - Las Organizaciones Excelentes miden de manera exhaustiva y alcanzan resultados sobresalientes con respecto a sus clientes.*
7. *Resultados en las Personas - Las Organizaciones Excelentes miden de manera exhaustiva y alcanzan resultados sobresalientes con respecto a las personas que las integran.*
8. *Resultados en la Sociedad - Las Organizaciones Excelentes miden de manera exhaustiva y alcanzan resultados sobresalientes con respecto a la sociedad.*
9. *Resultados Clave - Las Organizaciones Excelentes miden de manera exhaustiva y alcanzan resultados sobresalientes con respecto a los elementos clave de su política y estrategia.*

**Tendencias generales en los resultados**

**Resultados en Clientes:** El HUF dispone de múltiples encuestas a clientes con numerosos ítems, en los criterios siguientes solo se incluye una muestra de los mismos. Al ser resultados comunes a la CM se comparan con indicadores de hospitales de características similares (grupo 2) y con el conjunto (con la media / el mejor). En general se aprecian percepciones muy positivas de todos los pacientes de Hospitalización, Urgencias, CEP - CCEE y Obstetricia con mejoras importantes en CCEE, además de mejoras en reclamaciones. Los indicadores internos de calidad asistencial también positivos en prevalencias de infección, lista de espera quirúrgica LEQ, estancias medias, etc. (ver 6 y 9) con valores superiores a la media de comparación.

**Resultados en Personas:** El HUF dispone de resultados de percepción de personas muy positivos o que mejoran en un 70% de los indicadores y, además, se aprecia en las comparaciones que en muchos de ellos se comporta como un premio europeo E.F.Q.M. e incluso mejor. Respecto a resultados indirectos se aprecian buenos resultados y/o tendencias positivas en los esfuerzos realizados en PRL, en los datos de formación, en la consecución de objetivos, en las actuaciones de rotación y promoción, etc.

**Resultados en Sociedad:** Se aprecian valores muy buenos de evaluación del entorno social (1ª evaluación en 2010) y numerosos premios de entidades tanto por su labor asistencial como social. También se aprecian buenas valoraciones sostenidas en docencia y un gran crecimiento en el factor de impacto en la difusión de la investigación. Así mismo se observa en los indicadores indirectos una creciente labor de docencia y también innovadora y científica, así como un mantenimiento sostenido de consumos a pesar del creciente desarrollo del Hospital a partir de su puesta en marcha en 2004.

**Resultados Clave:** El HUF muestra unos resultados económicos positivos (beneficios explicitados en 9A) que, provenientes de una eficiencia inicial muy alta, le han permitido autofinanciar un volumen importante de sus inversiones con fondos propios y asentar un patrimonio neto alto. También se observan altos niveles de rendimiento, sostenidos o con tendencia de mejora, y que son mejores que los resultados de hospitales comparables de la red sanitaria de la CM y de los benchmarking realizados con TOP20 (ver anexo 4 donde se incluyen los resultados principales y el puesto, de las comparaciones con categorización de hospitales y ajuste de riesgos).

**Segmentación de resultados**

El HUF dispone de sistemas de información para la gestión punteros en su sector, con gran pormenorización de datos, especialmente en los ámbitos de clientes y de actividad / calidad asistencial. Los resultados en clientes están segmentados por tipo de cliente y por procesos / servicios. Los resultados en personas están segmentados por colectivos (8 grupos diferenciados) por nivel de responsabilidad y por sexo y edad. Los resultados clave, tanto económicos como asistenciales, están pormenorizados por procesos, servicios y por patologías.

**Relaciones causa-efecto y referencias cruzadas que se pueden establecer entre los Agentes Facilitadores y los Resultados mostrados en las páginas posteriores**

Debido a la complejidad de gestión de un hospital y a la diversidad de procesos y servicios es difícil en tan corto espacio incluir todos los factores, proyectos y mejoras que justifican los diferentes resultados del HUF, por lo que a continuación se indican los principales.

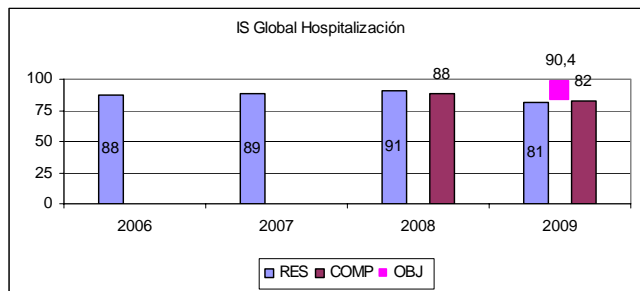
Resultados	Estrategias, Proyectos y Objetivos de mayor impacto	Criterios Ref.
Clientes	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Estrategia: "trato adecuado y respetuoso a los pacientes" con desarrollo de procedimientos de acogida y despedida, apoyo social, alianza con AP, protocolos para la información a pacientes, consentimiento informado, comité de ética asistencial, inclusión en encuestas de todos estos aspectos, etc.</li> <li>▪ Estrategia: "asistencia segura, ágil y resolutive y eficiente" con desarrollo de los procesos asistenciales, y procedimentalización de la actividad asistencial, requisitos entre cliente – proveedor, unidad de gestión de riesgos sanitarios, creación Comité de Calidad percibida, mejora de reclamaciones, etc.</li> <li>▪ Estrategia: "adecuación tecnología y de la oferta de servicios" con proyectos como la radioterapia, asistencia infantil, parto no intervenido, mejora tecnológica asistencial y de información.</li> <li>▪ Mejora por Autoevaluación (2006-2007 y 2008-2009) con proyectos como: mejora del proceso de consultas, mejora de la información, la acogida y adaptación a las necesidades del paciente, mejora de la citación, desarrollo sistemas de relación con pacientes, etc.</li> <li>▪ Política de cercanía y participación con los agentes sociales y la ciudadanía.</li> </ul>	1C 5C / 5D / 5E / 4A / 4D
Personas	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Estrategia: "política de excelencia hacia las personas", con el desarrollo de proyectos de desarrollo profesional (formación, carreras profesionales), plan de comunicación interna, dirección por objetivos, etc.</li> <li>▪ Mejora por Autoevaluación (2005-2007 y 2008-2009) con proyectos para el desarrollo de la participación en la gestión y la mejora como la planificación, la gestión de procesos, las comisiones, encuestas de personal, la acogida, etc.</li> <li>▪ Múltiples proyectos de competencias compartidas, de carrera profesional, de beneficios sociales, etc.</li> </ul>	1D / 3A / 3B / 3C / 3D / 3E / 4E
Sociedad	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Desarrollo de la docencia formación profesional, grado universitario y formación especializada, así como de la investigación clínica y tecnológica, prácticas del Plan de Calidad del MSYPS y de la CM (parten de la estrategia en personas y la estrategia asistencial).</li> <li>▪ Política de cercanía y participación con los agentes sociales y la ciudadanía.</li> </ul>	1C / 4A / 4D / 4E / 5E / 8A / 8B
Resultados Clave	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Reformulación de la política económica para actualizar la estrategia conforme a criterios de crisis económica a partir de 2008 (eficiencia, control del gasto...)</li> <li>▪ Desarrollo de la línea estratégica L4: "Asistencia segura, ágil, resolutive y eficiente"</li> <li>▪ Desarrollo de la línea estratégica L1: "Adecuación tecnológica y de la oferta de servicios"</li> </ul>	1B/1E/2C/2D/ 4B/4C/4D/4E/ 5A/5B/ 5D

**CRITERIO 6 : RESULTADOS EN LOS CLIENTES**

**Subcriterio 6A**

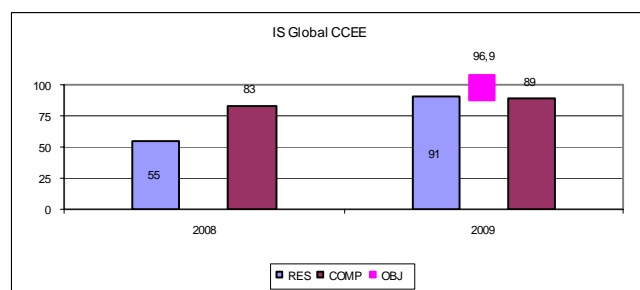
*Medidas de percepción*

HUF realiza encuestas de satisfacción de pacientes en hospitalización, CCEE – CEP anuales desde 2006 y CA desde 2007, junto con encuestas de unidades concretas. La CM realiza encuestas desde el 2008 en estos los ámbitos más urgencias (una en 2006) y obstetricia (solo en 2009). Se presentan en los gráficos los resultados de satisfacción global y en las tablas adjuntas otros resultados relevantes de cada ámbito, en una escala común internas (hasta 2008) y externas (desde 2008). Como se ha comentado en diferentes apartados de la memoria, la gestión continua de los resultados de satisfacción de pacientes y el establecimiento de planes de mejora específicos con cada oleada de encuestas es la causa de la evolución positiva de la mayoría de indicadores. Las comparaciones presentadas son con la media de hospitales del grupo de la CM, facilitados por la desde el año 2008. HUF realiza encuesta de opinión (satisfacción cliente) a los médicos de AP del área desde 2006, en 2010 se amplía alcance e incluye a enfermería de AP, y siendo el único hospital de la CM (comparaciones hospital Q plata).



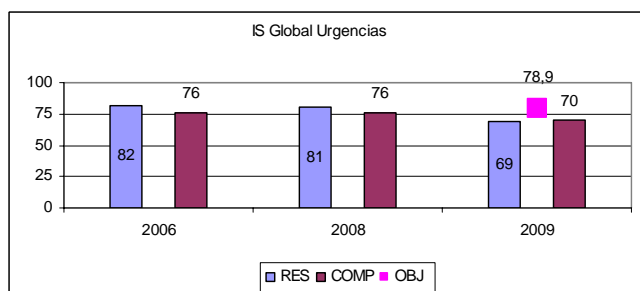
INDICADORES	2006	2007	2008*		2009*	
	RES	RES	RES	COMP	RES	COMP
IS Estructura	87	83	79	72	76	72
IS Trato	77	86	93	92	81	84
IS Atención	80	79	83	84	76	77
IS Fidelización	95	95	86	84	86	83

\*encuesta CM



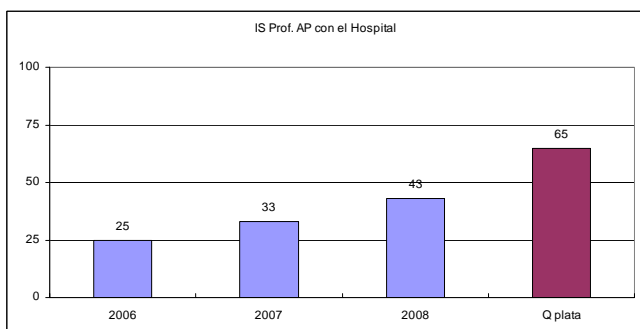
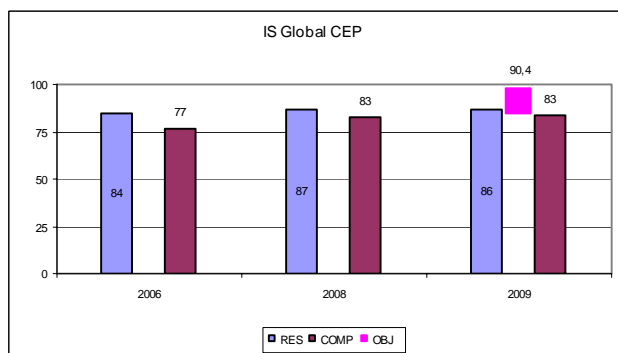
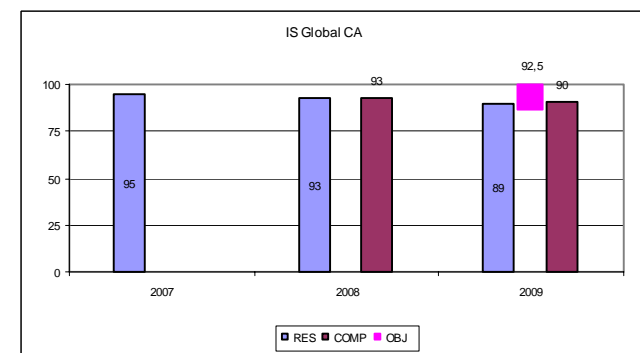
INDICADORES	2008*		2009*	
	RES	COMP	RES	COMP
IS Estructura	80	76	86	80
IS Trato	79	83	86	86
IS Atención	54	70	86	89
IS Fidelización	56	73	89	85

\*encuesta CM



INDICADORES	2006*		2008*		2009*	
	RES	COMP	RES	COMP	RES	COMP
IS Estructura	75	68	75	68	73	67
IS Trato	85	83	85	83	83	79
IS Atención	75	76	75	76	67	62
IS Fidelización			83	79	64	69

\*encuesta CM



INDICADORES	2006	2007	2008	Q plata
IS Prof. AP con el Respuesta	42	48	41	72
IS Prof. AP con las Demoras	47	63	51	65
IS Prof. AP con la Información	84	81	70	78
IS Prof. AP con la Coordinación	57	56	45	72
IS Prof. AP con el Trato	48	65	45	63

\*ampliado a médicos y enfermería

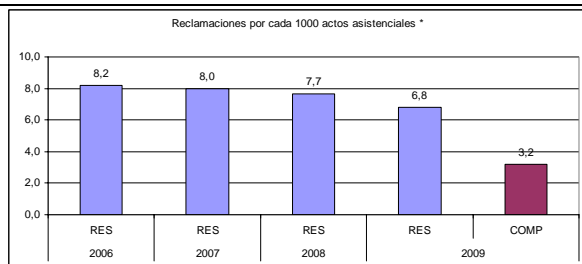
**CRITERIO 6 : RESULTADOS EN LOS CLIENTES**

**Subcriterio 6B**

**Indicadores de rendimiento**

Se dispone de un amplio abanico de indicadores de rendimiento relacionados con la satisfacción de pacientes, gestionados de forma agrupada por aspectos relevantes que inciden en la satisfacción de éstos y que permiten anticipar el resultado de las encuestas, ya que muestran aspectos correlacionados con éstas.

**INDICADORES RELACIONADOS CON RECLAMACIONES**

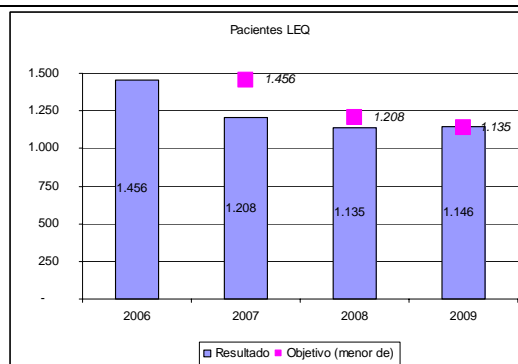


INDICADORES	2006	2007	2008	2009	
	RES	RES	RES	RES	OBJ
<b>RECLAMACIONES TOTALES</b>	3.734	3.899	3.749	3.324	
Reclamaciones por cada 1000 urgencias	1,7	2,7	2,8	2,6	
Reclamaciones contestadas en < 30 días	90,4	83,8	78,2	72,2	100
<b>QUEJAS</b>	1.495	1.206	1.932	2.528	
Quejas por cada 1000 actos	3,3	2,5	3,9	5,2	
Quejas por cada 1000 consultas	5,1	3,7	5,9	7,8	

\*\* actos = Ingresos + CCEE + Urgencias +CA

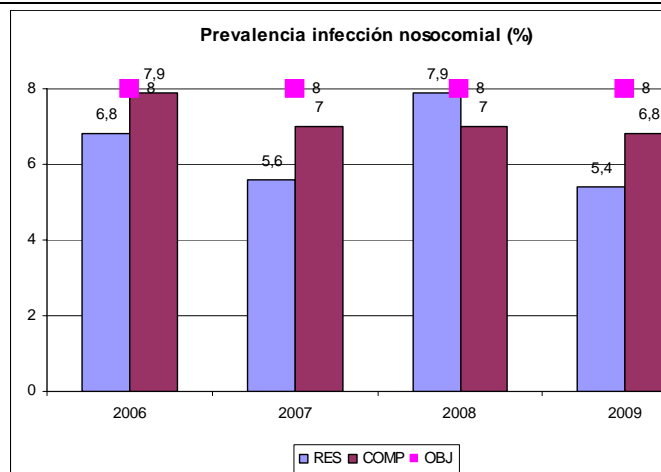
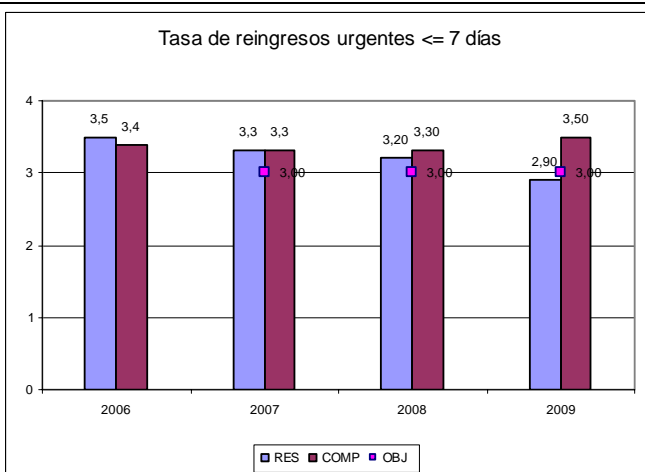
La gestión directa y personalizada de las reclamaciones y por parte del Área de atención al Cliente y la resolución directa de quejas, así como su análisis con perspectiva ha hecho que los resultados hayan mejorado notablemente en los últimos años.

**INDICADORES RELACIONADOS CON ACCESIBILIDAD AL SERVICIO**



	RES	OBJ	RES	OBJ	RES	OBJ	RES	OBJ
	Demora máxima LEQ	29	30	29	30	29	30	30
Pacientes en LEQ > 30 días	0	0	0	0	0	0	0	0
Demora media LEC	24	60	24	60	31	60	48	35
Pacientes en LEC	12.734		12.265		15.349		22.401	
Pacientes en LEC > 30 días	9.088		218		9.504		17.965	
Pacientes en lista espera pruebas diagnósticas	3.026		5.470		2.174		3.487	

**INDICADORES RELACIONADOS CON CALIDAD ASISTENCIAL**

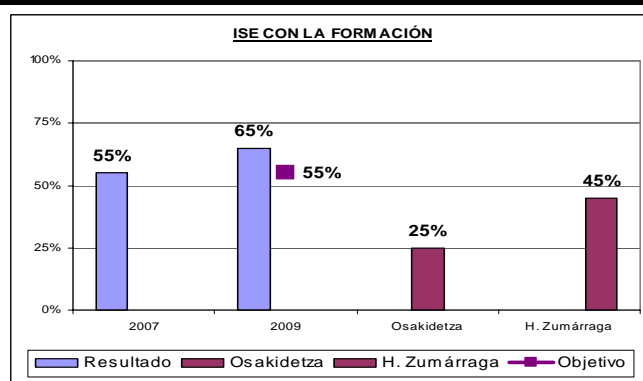


INDICADORES	2006			2007			2008			2009		
	RES	OBJ	COMP	RES	OBJ	COMP	RES	OBJ	COMP	RES	OBJ	COMP
Índice de suspensión quirúrgica (%)	2,9			3,1	< 5		3,6	< 5		4,5	< 5	
Tasa de reingresos urgentes <= 7 días (%)	3,5		3,4	3,3	< 3	3,3	3,2	< 3	3,3	2,9	< 3	3,5
Tasa de reingresos urgentes <= 30 días (%)	8		7,3	9,1		9,4	8,9		9,2	8,5		9,6
Prevalencia infección nosocomial (*)	6,8		7,9	5,6	< 8	7	7,9	< 8	7	5,4	< 8	6,8
Prevalencia infección quirúrgica (*)	1,8		0,3	2,4	< 8	1,7	2,5	< 8	1,7	1,3	< 8	
Prevalencia infección urinaria (*)	1,4		2,7	0,4	< 8	1,7	0,4	< 8	1,7	0,9	< 8	1,8
Prevalencia infección respiratoria (*)	2,3		7,5	1,6		1,8	2,5		1,8	1,3		
Prevalencia de pacientes con úlceras de presión **	3,0		1,9	2,4	< 10	2,0	3,8	< 10	2,4	2,2	< 10	2,4
Pacientes no presentados a consulta	7			6,4			6,6			7,3		

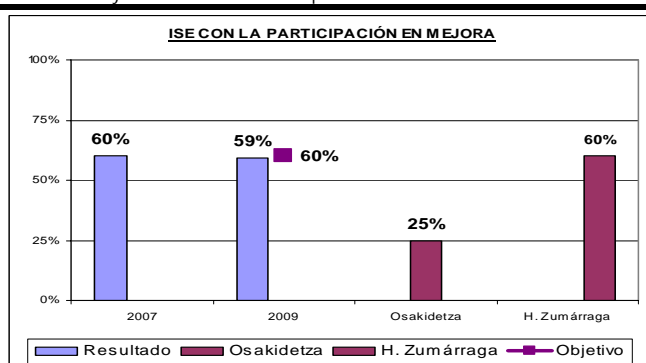
\* Comparación EPINE ESPAÑA, \*\* Q plata

**CRITERIO 7 : RESULTADOS EN LAS PERSONAS**
**Subcriterio 7A**
**Medidas de percepción**

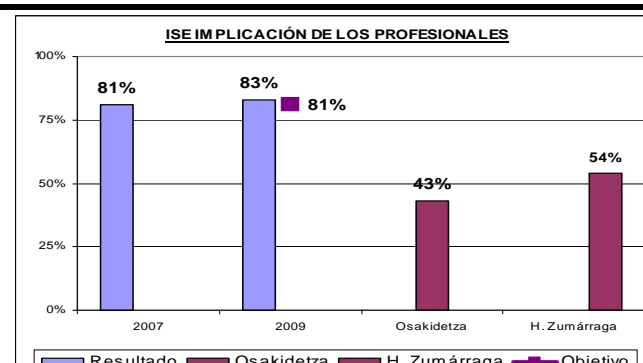

La satisfacción global de empleados mantiene un buen nivel respecto al 2007, ya que si bien decrecen las percepciones sobre algunos aspectos debido al cambio de fase del hospital: Puesta en marcha hasta 2007 y estabilización, mejoran aspectos como formación - desarrollo profesional, la organización, el ambiente de trabajo y se mantienen muy altos los niveles de compromiso.



El esfuerzo creciente realizado en los planes de formación, en la puesta en marcha de sistemas como la carrera profesional y en la gestión del conocimiento y la investigación hacen que este factor crezca muy positivamente y esté por encima de premios europeos como el Hospital de Zumárraga.



El esfuerzo de desarrollo de comisiones, comités, equipos de proceso y grupos de trabajo hace que el valor de la participación en la mejora mantenga los niveles de la situación de puesta en marcha del Hospital y en niveles de un premio europeo como el H. de Zumárraga.



Todos los esfuerzos crecientes en participación e implicación del personal desde el inicio del Hospital (Planificación, autoevaluaciones, mejora, competencias compartidas, etc.) hacen que el nivel de implicación sea un referente en el sector y superan ampliamente a un premio europeo como el H. de Zumárraga.

INDICADORES	2007	2009		COMP		CAUSA - EFECTO
	RES	RES	OBJ	OSAKIDETZA	Q plata	
ISE General	6,2	6,1	>6,2			
<b>ATENCIÓN A LAS PERSONAS</b>	<b>57%</b>	<b>59%</b>	<b>&gt;59%</b>			
ISE con la formación	55%	65%	>55%	25%	45%	
ISE con el trabajo	83%	87%	>83%			
ISE con aprovechamiento de su capacidad	56%	55%	>56%	45%	60%	
ISE expectativas promoción	48%	49%	>48%			
ISE con el reconocimiento	53%	51%	>53%			
ISE con la retribución	34%	29%	>34%	35%	35%	
ISE relación entre compañeros	42%	43%	>42%			
ISE con el ambiente de trabajo	73%	81%	>73%	68%	68%	
<b>CONDICIONES TRABAJO</b>	<b>51%</b>	<b>52%</b>	<b>&gt;51%</b>			
ISE con la disponibilidad de medios	76%	75%	>76%			
ISE con la carga de trabajo	39%	39%	>39%			
ISE con la organización del trabajo	54%	59%	>54%	45%	60%	
ISE coordinación entre Unidades	45%	42%	>45%			
ISE con la información de su trabajo	61%	63%	>61%	35%	65%	
ISE con horarios y turnos	79%	79%	>79%			
ISE condiciones de seguridad	68%	60%	>68%			
<b>LIDERAZGO</b>	<b>55%</b>	<b>58%</b>	<b>&gt;55%</b>			
ISE con la capacitación del superior	66%	70%	>66%	35%	65%	
ISE con la ayuda del jefe	50%	56%	>50%			
ISE con el trato del jefe	77%	82%	>77%			
ISE con el E.D.	28%	22%	>28%			
<b>IMPLICACIÓN Y COMUNICACIÓN</b>	<b>48%</b>	<b>46%</b>	<b>&gt;48%</b>			
ISE con la participación en mejora	60%	59%	>60%	25%	60%	
ISE con cuentan con tu opinión	45%	44%	>45%			
ISE con la participación en gestión	31%	27%	31%			
ISE con la información sobre su unidad	57%	61%	>57%	30%	50%	
ISE con la información sobre la Organización	39%	34%	>39%	30%	65%	
ISE implicación con la sociedad	55%	49%	>55%			
<b>COMPROMISO</b>	<b>63%</b>	<b>65%</b>	<b>&gt;63%</b>			
ISE sentido de pertenencia	71%	74%	>71%			
ISE implicación de los profesionales	81%	83%	>81%	43%	54%	

- Se pueden destacar entre los resultados en personas los buenos niveles y las mejoras en: Formación (planes de formación y de carrera profesional), Ambiente de trabajo (trabajo en equipo y participación en la gestión y la mejora), Disponibilidad de Medios (innovación tecnológica e inversiones), Información del trabajo (sistemas de información), Capacidad de los líderes y nivel de liderazgo (selección de líderes, desarrollo de las responsabilidades, sistemas participativos) y el Compromiso (fruto de "hacer el Hospital entre todos").
- Si bien es necesario destacar que existe una distorsión en los resultados debido a la transición de la etapa de puesta en marcha del Hospital ("todo por hacer, entre todos") (2004-2007) y una etapa de mayor estabilidad (2007-2009 en la que parece que el personal se siente "más lejano" a la construcción del Hospital en el día a día).

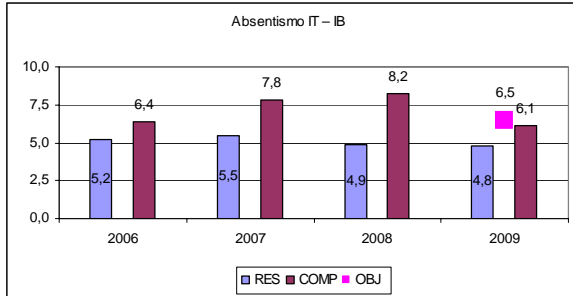
**CRITERIO 7 : RESULTADOS EN LAS PERSONAS**

**Subcriterio 7B**

**Indicadores de rendimiento**

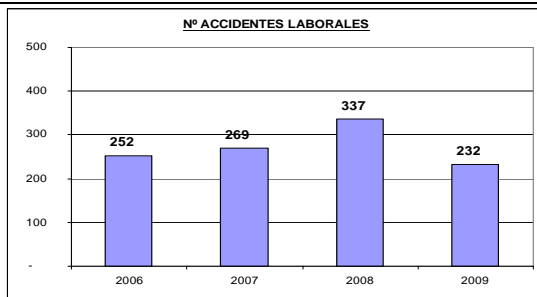
El hospital gestiona un amplio conjunto de indicadores de rendimiento relacionados con la satisfacción de personas, gestionados de forma agrupada por aspectos relevantes que inciden en la satisfacción de éstas y que permiten anticipar el resultado de las encuestas. El Área de RRHH se encarga de valorar de forma periódica los resultados y establecer las medidas correctoras oportunas para garantizar la adecuada evolución de los mismos.

**GESTION DEL ABSENTISMO:**



INDICADORES	2006	2007	2008	2009	
	RES	RES	RES	RES	COM
Absentismo IT - PB	0,41	0,24	3,51	2,99	5,30
Absentismo IT - DMB	22,75	21,10	23,70	18,40	24
Absentismo IT - DMA	1,15	1,18	1,13	0,89	1,49
Absentismo AT - IB	0,53	0,48	0,58	0,38	
Absentismo AT - PB	0,07	0,04	0,47	0,38	
Absentismo AT - DMB	27,87	22,97	28,72	25,86	
Absentismo AT - DMA	0,15	0,12	0,15	0,09	
% Reclamaciones sobre plantilla			2,4	0,9	

**GESTION DE PRL:**



INDICADORES	2006	2007	2008	2009
	RES	RES	RES	RES
Nº Sesiones formación PRL	9	73	4	28
Nº informes PRL realizadas (EIR, planificación medios preventivos, estudios específicos)	26	492	480	172

**GESTION DE LA FORMACION INTERNA Y EL DESARROLLO PROFESIONAL:**



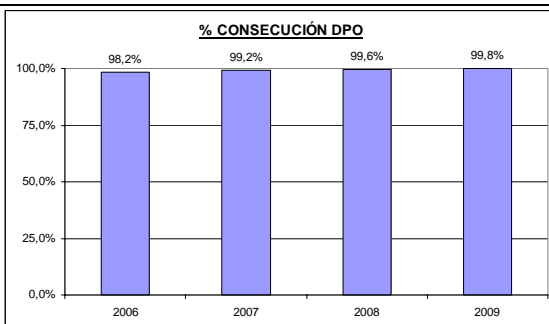
INDICADORES	2006	2007	2008	2009
	RES	RES	RES	RES
Nº Acciones formativas gestionadas por P y D	233	278	292	309
Nº acreditaciones CN Formación Continuada	23	28	55	67
Nº asistencias a las acciones formativas	4.471	5.791	4.725	4.821
Fondos dedicados a formación	100.971	206.180	216.395	270.266
IS de los cursos de formación	8,12	8,37	8,67	8,99
Nº reconocimientos de nivel facultativos	170	22	45	-
Nº reconocimientos de nivel diplomados sanitarios	335	50	75	-
Nº reconocimientos de nivel no sanitarios	-	226	115	99

**GESTION DE LA PROMOCION Y RECONOCIMIENTO:**



INDICADORES	2006	2007	2008	2009
	RES	RES	RES	RES
Nº procesos movilidad interna	2	1	1	1
Nº personas que han cambiado de UR	62	149	76	56
Nº procesos movilidad profesional			1	1
Nº personas participantes en los procesos m.p.			14	43
Nº procesos promoción interna.	11	1	2	1

**GESTION DE OBJETIVOS Y EVALUACION DEL DESEMPEÑO:**



INDICADORES	2006	2007	2008	2009
	RES	RES	RES	RES
% personas con resultado evaluación Superado	22,5	19,3	21,4	21,6
% personas con resultado evaluación Suficiente	75,5	79,7	78,2	78,2
% personas con resultado evaluación Insuficiente	1,5	0,5	0,3	0,1
% personas con resultado evaluación No aplicable	0,5	0,6	0,1	0,1
Nº evaluaciones periodo de prueba	17	32	26	0

**GESTION DE BENEFICIOS SOCIALES:**

INDICADORES	2007	2008	2009
	RES	RES	RES
Nº ayudas / solicitadas, estudio ortodoncia, ortopantografías...)	771	1.209	1.262
Nº ayudas concedidas	696	1.156	1.176

**RITERIO 8 : RESULTADOS EN LA SOCIEDAD**
**Subcriterio 8A**
**Medidas de percepción**

**COLABORACION CON ASOCIACIONES Y OTROS ORGANISMOS:** El hospital ha desarrollado en 2010 una amplia encuesta a entidades sociales (asociaciones y ayuntamientos) con las que se relaciona, con el fin de contrastar diferentes aspectos de su funcionamiento y el impacto que este tiene en dichas entidades. Los principales resultados de percepción de la sociedad se presentan a continuación:

Indicador	Resultado	Comparación Q plata
▪ ISG	8,1	8,1
▪ IS con "Aceptación del hospital"	8,2	9,0
▪ IS con "Generación de empleo"	5,7	8,0
▪ IS con "Cobertura de necesidades"	6,3	7,4
▪ IS con "Conocimiento de actividades"	6,2	6,4

El plan estratégico del HUF ya determina la importancia que desde el E.D. se da a la gestión de alianzas (ver 4A) y a mantener una cercanía con la sociedad (ver 5E), que permita atender y responder adecuadamente a sus necesidades, por lo que se sigue una política de reuniones periódicas a nivel de Gerencia (ver 8B), con medidas de percepción de alianzas y colaboradores en 2010:

Indicador	Resultado	Comparación Q plata
▪ ISG	8,4	8,2
▪ IS con el enfoque de la alianza	8,5	
▪ IS con el despliegue de la alianza	7,9	
▪ IS con el resultado de la alianza	8,3	

Consecución de diferentes premios y reconocimientos:

	2005	2006	2007	2008	2009
<ul style="list-style-type: none"> <li>Premios y reconocimientos obtenidos por el hospital</li> <li>Nº de impactos positivos en medios de comunicación</li> </ul>	6	8	9	5	5
<ul style="list-style-type: none"> <li>Todos los años se mantiene un índice sostenido de reconocimientos y premios, algunos tan prestigiosos como el 1er premio a la gestión de un proceso en 2006 de los Premios a la Calidad en Áreas de Gestión, varios Premios Best in Class en diferentes áreas asistenciales.</li> <li>Se recogen de forma sistemática cualitativa y cuantitativamente. En 2009 se registraron más de 210 impactos positivos en medios de comunicación.</li> </ul>					

**DOCENCIA:** Se realiza una encuesta de satisfacción a todos los alumnos tras su período formativo. Las acciones que explican la alta valoración obtenida de forma sostenida son: Existencia de un plan de acogida inicial en el que se hace una presentación de la unidad, sistemática de seguimiento continuo de la formación con la creación de distintas figuras: responsables, tutores, profesores asociados y coordinadores que se encargan de la coordinación de las prácticas, valoración y resolución de problemas.

Indicadores	2006	2007	2008	2009
▪ IS alumnos de diplomatura (B+MB)	96,7	96,7	98,7	98,2

**INVESTIGACIÓN / DIFUSION DE CONOCIMIENTO CIENTIFICO:** El hecho de ser un hospital nuevo hace que a medida que se va consolidando la actividad investigadora y los propios equipos de investigación, se vaya incrementando tanto el número de publicaciones como su nivel de calidad. El nivel de impacto medio está en el orden de otros hospitales: Gregorio Marañón (3) o el Instituto Aragonés de Salud (la media de hospitales 3,5).

Indicadores	2006	2007	2008	2009	COMP
▪ Factor de Impacto Medio de publicaciones (refleja el nivel de penetración de las publicaciones en función de su relevancia)	2,6	3,3	2,8	4,3	3,5
▪ Factor de impacto total de publicaciones	41,7	141,3	142,8	178,5	

**GESTION AMBIENTAL:** El HUF nace como la empresa más grande de Fuenlabrada, y su Dirección es consciente desde su puesta en marcha del alto impacto, en consumo de recursos y en generación de residuos, que la organización tiene en su entorno. Desde esta perspectiva la dirección se plantea que el hospital, cuyo fin es cuidar la salud, se potencie la gestión ambiental, y ya en su Misión queda reflejado que el hospital debe ser: "Eficiente en el uso adecuado de los recursos de que dispone, para lograr una cuenta de resultados equilibrada" y en sus valores "respeto y mejora del entorno donde se ubica y realiza sus actividades". En 2006 se lanza el proyecto **Hospital Sostenible**, que busca desarrollar un modelo de sostenibilidad basado en los aspectos económico, social, y ambiental. Este proyecto se lanza en tres fases:

- 1ª Fase: Diagnóstico de la situación de partida de los consumos energéticos.
- 2ª Fase: Establecimiento y puesta en marcha de acciones de mejora iniciales.
- 3ª Fase: Análisis de resultados y propuestas de mejora (hasta la actualidad)

Se han puesto en marcha numerosas acciones de mejora (ver 8B) para mejorar los consumos y la gestión de residuos del hospital, y se realiza una Jornada de Puertas Abiertas anual orientada al personal que busca concienciar de forma práctica explicando de forma directa todas las iniciativas en marcha en relación a la gestión ambiental y las repercusiones de todas las actividades diarias en el hospital.

Todo ello ha contribuido a conseguir la alta valoración en las encuestas por parte de la sociedad así como ser considerado por la CM como Hospital de referencia en gestión ambiental y haber obtenido numerosos premios y menciones a nivel local, nacional e incluso internacional.

Indicadores	2009	Comparación Q plata
▪ IS sociedad con "Gestión de impacto ambiental"	6,9	6,5
▪ Premios ambientales	<ul style="list-style-type: none"> <li>Miembro de la red de hospitales sin humo (Consejería de Sanidad) 2007</li> <li>Mención especial a la mejor instalación solar de la CM (Consejería de Economía) 2008</li> <li>Mejor comunicación Hospital sostenible (Sociedad española de electromedicina) 2008</li> </ul>	

**CRITERIO 8 : RESULTADOS EN LA SOCIEDAD**
**Subcriterio 8B**
**Indicadores de rendimiento**

**COLABORACION CON ASOCIACIONES Y OTROS ORGANISMOS:** El plan estratégico del HUF ya determina la importancia que desde el E.D. se da a la gestión de alianzas (ver 4A) y a mantener una cercanía con la sociedad, que permita atender y responder adecuadamente a sus necesidades, por lo que se sigue una política de reuniones periódicas a nivel de Gerencia (ver 1C, enfoque principal)

Indicador	Resultado
▪ N° de asociaciones con las que se colabora	▪ Más de 100 asociaciones, desde el inicio de actividad del Hospital
▪ Listado de eventos realizados en colaboración con asociaciones	▪ El Hospital mantiene relaciones sistemáticas con unas 100 asociaciones específicas de relevancia a través del responsable del área "Comunicación y Relaciones", y de diferentes responsables que están implicados en los objetivos de dichas asociaciones (ver 1c).
▪ N° de entidades con las que se colabora desde Atención al Paciente	▪ Se colabora desde Atención al paciente con alrededor de 25 entidades, asociaciones y ONG's en el desarrollo de diferentes programas sociales y de apoyo a colectivos desfavorecidos.

**DOCENCIA:** El HUF por ello ha suscrito colaboraciones con diferentes instituciones educativas para la enseñanza en los diferentes niveles del sistema educativo y para profesiones sanitarias y ha abierto el alcance a no sanitarias.

Formación Profesional: convenios con numerosos IES para la formación de técnicos

Formación Universitaria: tiene establecidos convenios con la URJC y con otras Universidades tanto nacionales como extranjeras para la formación grado de médicos, enfermería, fisioterapia, terapia ocupacional y optometristas y para la formación en postgrados. Los alumnos acuden al hospital para realizar prácticas y recibir clases durante su formación académica.

Formación Especialistas: el hospital cuenta con acreditación del MSYPS como centro para la formación de especialistas y con las correspondientes de las Comisiones Nacionales de cada especialidad. El MSYPS realiza auditorías docentes periódicas del centro en su conjunto y de las unidades docentes, evaluándose: calidad de los programas docentes estructurados, adecuación de los programas de formación, sesiones clínicas, investigación, publicaciones realizadas, niveles de actividad, instalaciones de los ámbitos asistenciales, biblioteca, etc.

Indicadores	2006	2007	2008	2009
▪ N° de residentes en formación sanitaria especializada	7	12	44	68
▪ N° de alumnos de medicina ( <i>nota: comienzan en 2009</i> )				74
▪ N° de alumnos en dirección de enfermería (enfermería + auxiliares)	195	254	293	302
▪ N° de alumnos de técnicos en ciclos formativos	34	35	40	73
▪ N° de IES con los que se colabora	8	9	8	9
▪ Índice de ranking elección Residentes MIR		1.128	2.762	1.859
▪ Índice de ranking elección Residentes FIR				53
▪ Índice de ranking elección Residentes EIR		106	110	48

**INVESTIGACIÓN / DIFUSION DE CONOCIMIENTO CIENTIFICO:** La investigación biomédica y en ciencias de la salud es un instrumento clave para mejorar la calidad y la expectativa de vida de los ciudadanos. Todos los años se desarrollan proyectos de investigación y del Plan de Calidad en el HUF y son de destacar especialmente los proyectos relacionados con el desarrollo de sistemas de información que ayuden a la gestión asistencial, en los que el HUF es referente (ver 4D y 4E).

Indicadores	2006	2007	2008	2009
▪ N° de artículos publicados	18	45	58	50
▪ N° de proyectos de Investigación y Desarrollo	14	31	24	44
▪ Financiación	80.875 €	336.307 €	324.329 €	387.157 €
▪ N° de proyectos Plan de Calidad (calidad, innovación, buenas prácticas)		3	4	17
▪ Financiación		108.611 €	131.466 €	809.638 €

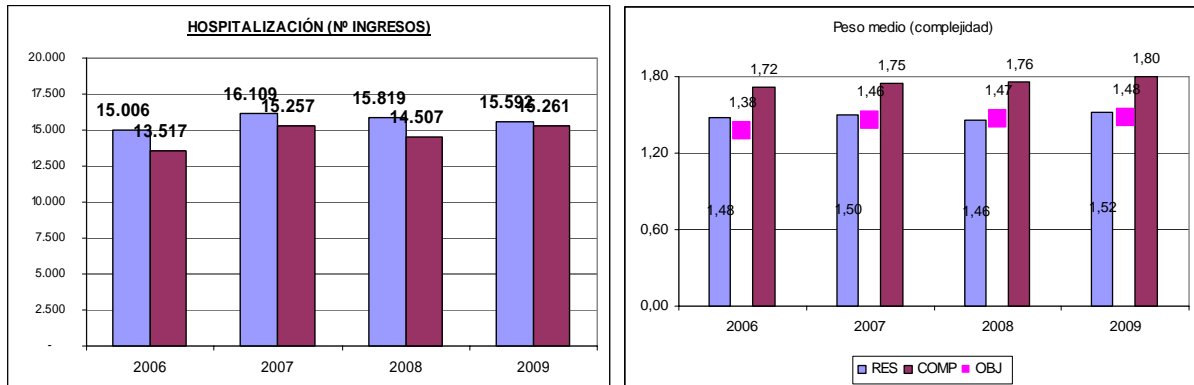
**GESTION AMBIENTAL:** La implantación y desarrollo del proyecto Hospital Sostenible ha supuesto que el hospital esté en disposición de obtener la certificación ISO 14001 (ver 4C), así como la puesta en marcha de numerosas acciones encaminadas a la mejora de consumos y gestión de residuos, que han supuesto una drástica reducción de consumos, especialmente en los primeros años de implantación (en 2009 entra en funcionamiento un nuevo edificio, con el consiguiente aumento de consumos).

Principales Acciones de mejora relacionadas con la gestión ambiental: Instalación de toldos / Sustitución de puertas batientes por puertas automáticas para evitar las corrientes que se producen por dejar puertas abiertas / Cambio de ventanas para la mejora de los cerramientos / Instalación de variadores de velocidad en escaleras mecánicas, Independizar circuitos de alumbrado / Instalación de sistemas de control de presencia / Instalación de interruptores temporizados / Instalación de sistemas de luz natural / Sustitución de lámparas instaladas por lámparas de bajo consumo / Instalación de lámparas de vapor de sodio y LED en parking / Instalación de reductores de caudal en los grifos y duchas / Control de pérdidas / Adecuación de la Instalación Frigorífica y Térmica del CEP "El Arroyo" / Instalación de Placas Solares de Energía Solar Térmica / Desarrollo de un parque lineal / Estudio de valorización de residuos orgánicos por compostaje / Estudio de recogida de agua de lluvia de cubiertas/ proyecto de jardines (racionalización de consumos y mantenimiento)

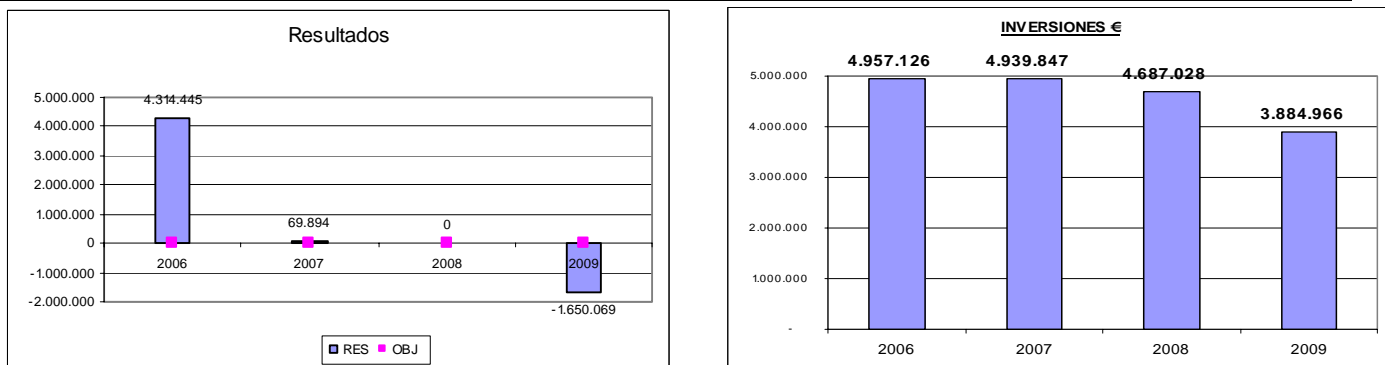
Indicadores	2006	2007	2008	2009
▪ Consumo de gas natural (KWh.)	9.836.851	9.500.259	8.734.779,42	9.880.519
▪ Consumo de electricidad (KWh.)	1.120.962,4	1.087.793,1	1.264.643,1	1.418.931,5
▪ Consumo de agua (m3)	74.306	75.154	65.442	76.215
▪ Residuos papel- cartón (Kg.)	44.080	98.360	93.530	84.340
▪ Residuos bio- sanitarios gestionados (Kg.)	31.094	36.596	38.965	37.728
▪ Residuos químicos gestionados (Kg.)	9.528	4.127	6.234	6.012

**Resultados Clave del Rendimiento de la Organización**

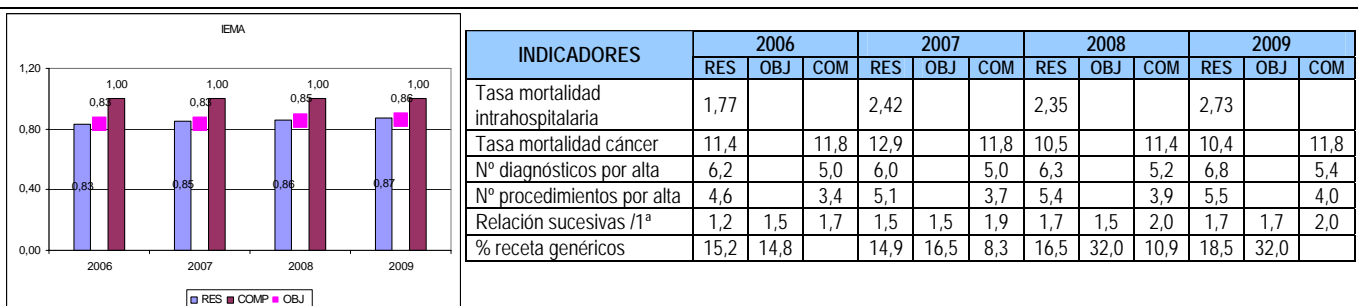
El hospital maneja a nivel de equipo directivo cuadros de mando con los resultados e indicadores clave que responden al seguimiento de los Objetivos Clave del hospital, con carácter mensual. La revisión de resultados supone una continua toma de decisiones para establecer acciones de mejora que garanticen el adecuado avance del hospital en el cumplimiento de sus objetivos estratégicos (ver 2c y 2d).

**RESULTADOS DE PRODUCCIÓN**


INDICADORES	2006			2007			2008			2009		
	RES	OBJ	COMP	RES	OBJ	COMP	RES	OBJ	COMP	RES	OBJ	COMP
Intervenciones Quirúrgicas	10.752			11.706			9.346			9.791		
Cirugía menor	2.761			3.342			3.138			3.127		
Complejidad actividad ambulatoria	0,837	0,841	0,837	0,935	0,871	0,880	0,929	0,806	0,884	0,891	0,814	0,891
UCH CA	6.318	6472		4.309	5.488		4.286	3.867		4.225	3.633	
Procedimientos fuera quirófano	5.417	6.801		9.484	8.678		9.435	7.500		10.684	7.914	
Hospital de Día: (sesiones)	12.521	11.401		14.521	9.999		16.423	10.001		17.714	8.867	
Nº de Urgencias	139.400			139.809	139.400		136.616	139.809		135.363	136.616	
Consultas Externas Totales:	291.022	277.891		323.488	290.959		329.081	304.022		328.038	343.469	
Primeras	130.851	137.774		127.398	128.999		125.430	119.599		121.999	129.995	
Sucesivas	160.171	140.117		196.090	161.960		203.651	184.423		206.039	213.474	
Partos	2.591			2.687			2.906			2.692		
Exploraciones Diagnósticas Imagen	170.866			174.479			168.148			176.588		
Determinaciones Laboratorios	1.835.565			2.187.700			2.361.554			2.393.935		

**RESULTADOS ECONOMICOS**


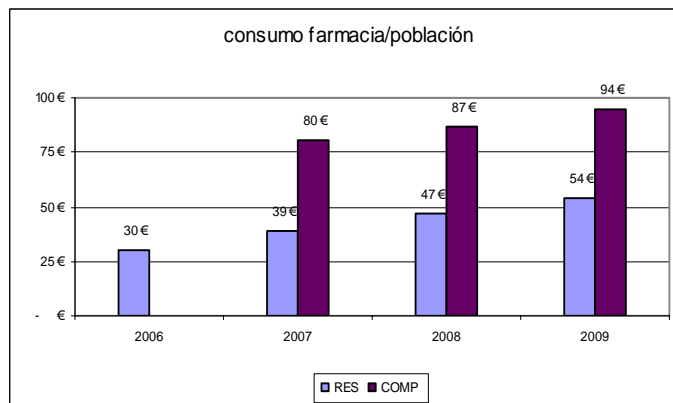
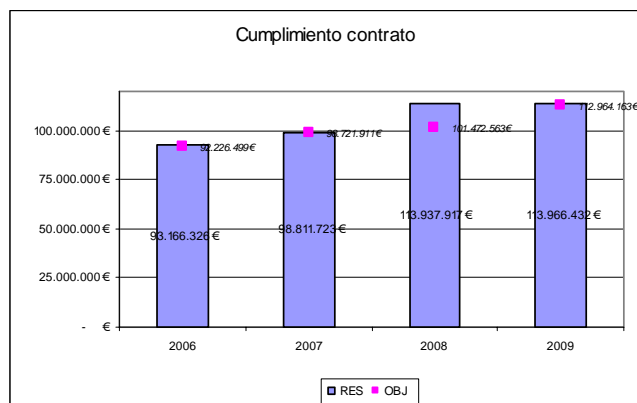
INDICADORES	2006	2007	2008	2009
	RES	RES	RES	RES
Gasto total	93.697.999 €	104.181.820 €	112.391.784 €	119.086.629 €
Gasto total sin amortización	89.307.405 €	99.328.617 €	107.735.280 €	114.160.643 €
Gasto en aprovisionamiento	22.081.185 €	23.869.351 €	29.111.933 €	30.507.318 €
Ingresos totales	98.012.444 €	104.251.714 €	112.391.784 €	117.921.549 €
Ingresos por SERMAS	85.234.000 €	98.721.911 €	106.600.555 €	112.964.163 €
Ingresos por facturación a terceros	678.697 €	638.650 €	663.500 €	545.367 €

**RESULTADOS ASISTENCIALES**


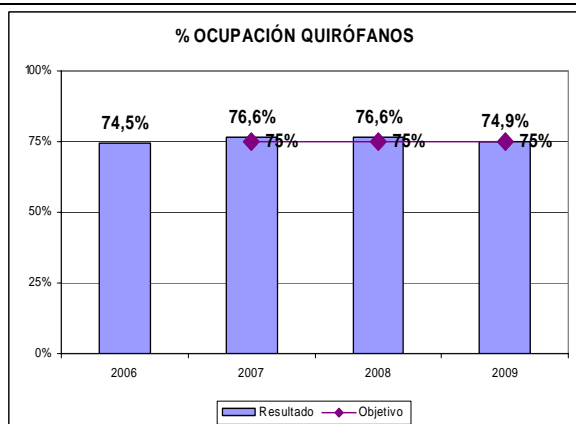


**Indicadores Clave del Rendimiento de la Organización**

El hospital maneja a nivel de equipo directivo cuadros de mando con los indicadores clave que complementan y anticipan los resultados clave, al estar correlacionados con ellos, con carácter mensual. La revisión de resultados supone una continua toma de decisiones para establecer acciones de mejora que garanticen el adecuado avance del hospital en el cumplimiento de sus objetivos estratégicos (ver 2c y 2d).

**INDICADORES DE EFICIENCIA ECONOMICA**


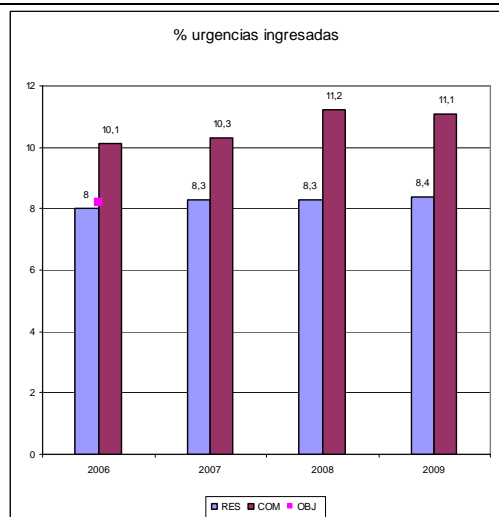
INDICADORES	2006	2007	2008	2009
	RES	RES	RES	RES
Consumo farmacia	6.670.820	8.540.760	10.393.372	12.004.102
Consumo farmacia ambulantes	2.110.538	3.192.367	3.707.527	4.418.062
Consumo farmacia externos	1.502.986	2.582.725	3.839.242	4.919.555

**INDICADORES DE PRODUCCION: (FRECUENTACIÓN/ RENDIMIENTO)**


INDICADORES	2006	2007	2008	2009	
	RES	RES	RES	RES	COM
Índice ocupación Hospital (%)	80,58	85,94	85,07	83,30	83,61**
Índice rotación Hospital	52,17	55,01	54,61	54,06	
Nº de TAC por equipo y año	11.378	11.991	12.763	13.887	
Rendimiento locales CCEE (R O/E)*				1,20	1,03
Rendimiento locales HD (R O/E)*				2,22	1,05

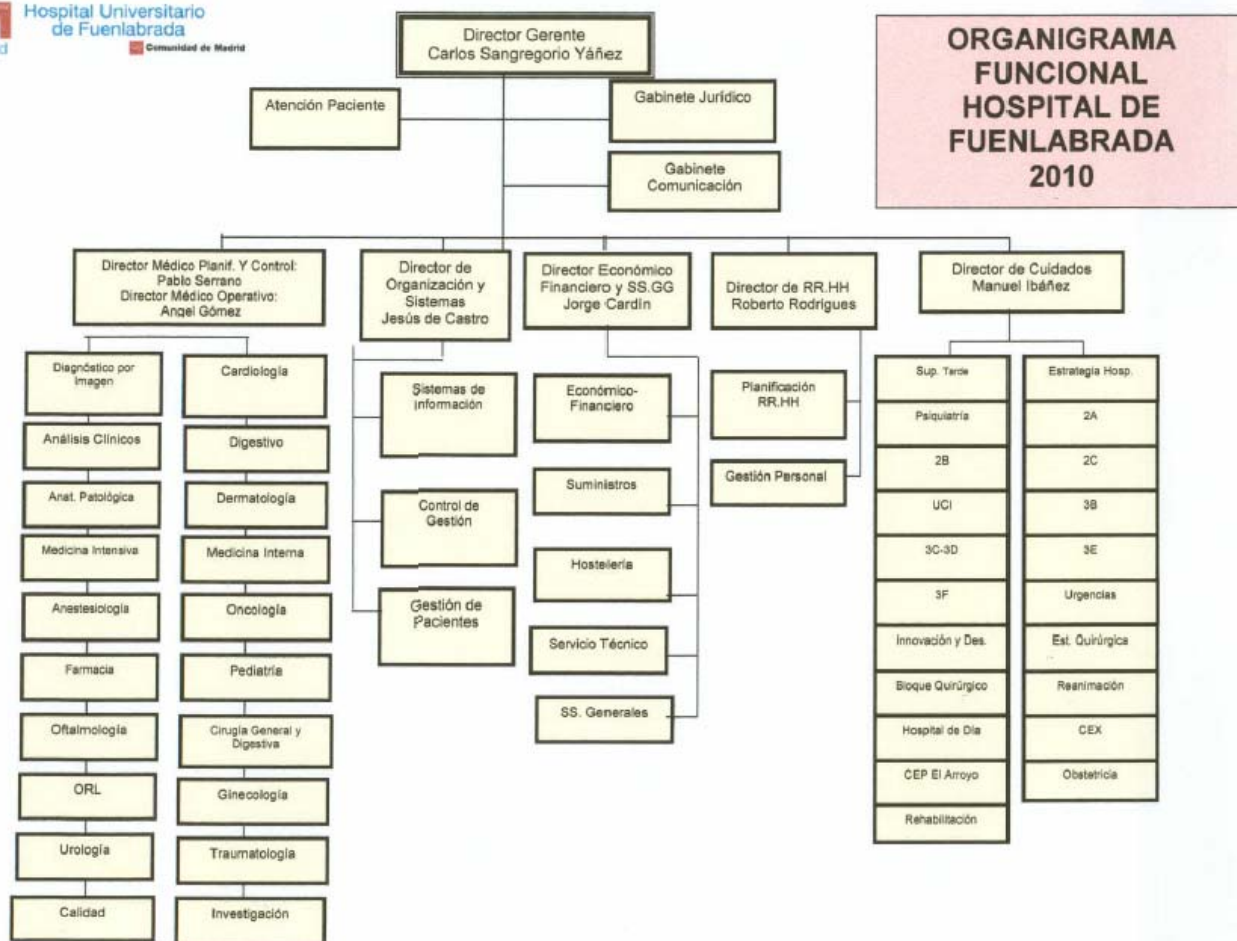
\*Ratio observado esperado

\*\* Q plata

**INDICADORES ASISTENCIALES (RESOLUTIVIDAD)**


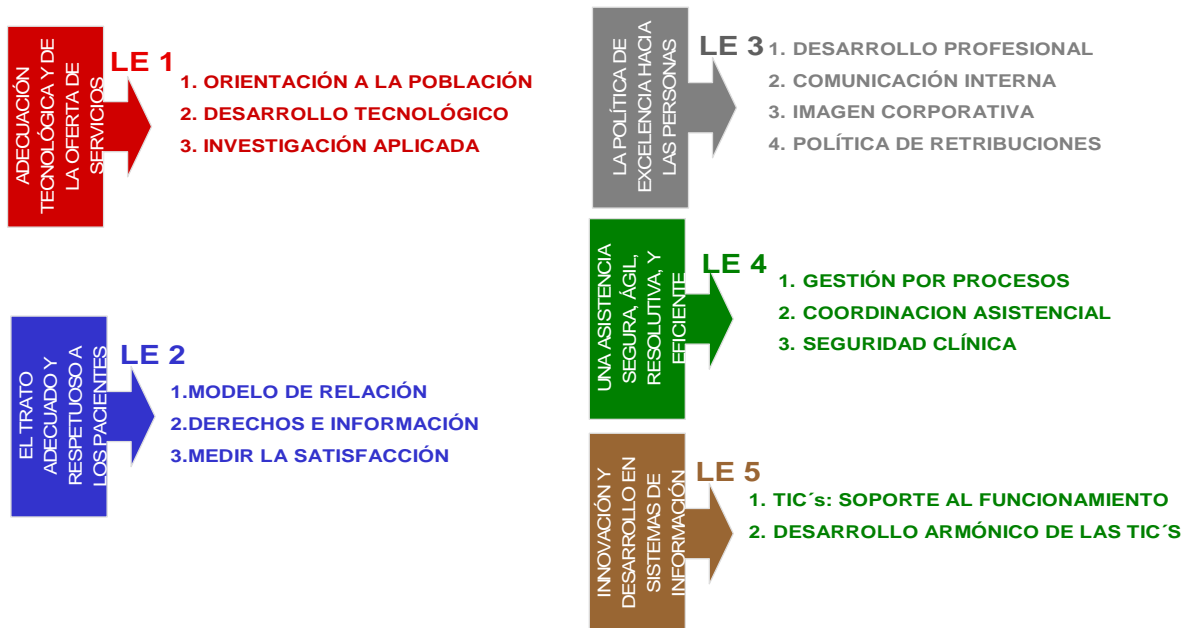
INDICADORES	2006			2007			2008			2009		
	RES	OBJ	COM	RES	OBJ	COM	RES	OBJ	COM	RES	OBJ	COM
Estancia media bruta	5,6		8,4	5,7		8,4	5,8		8,8	5,7		8,0
Estancia media preoperatoria	0,7		1,8	0,7		1,9	0,8		1,8	0,7		1,7
Sustitución cirugía ambulatoria	73,0	78,0		71,6			63,6			66,1		
Índice de revisitas urgencias 48 h	6,9			7,3			7,5			7,2		
Presión de urgencias	80,1			78,0			78,0			78,4		
% consultas de alta resolución	23,7	25	21,8	23,1		20,2	18,6		16,7	16,2	21	16,9
% de codificación	100		92,5	100		99,1	100		99,2	100		98,9
Tasa de cesáreas	21,6	22,7		20,5		22,2	19,8		22,2	20,8		22,4

## ANEXO 0: ORGANIGRAMA

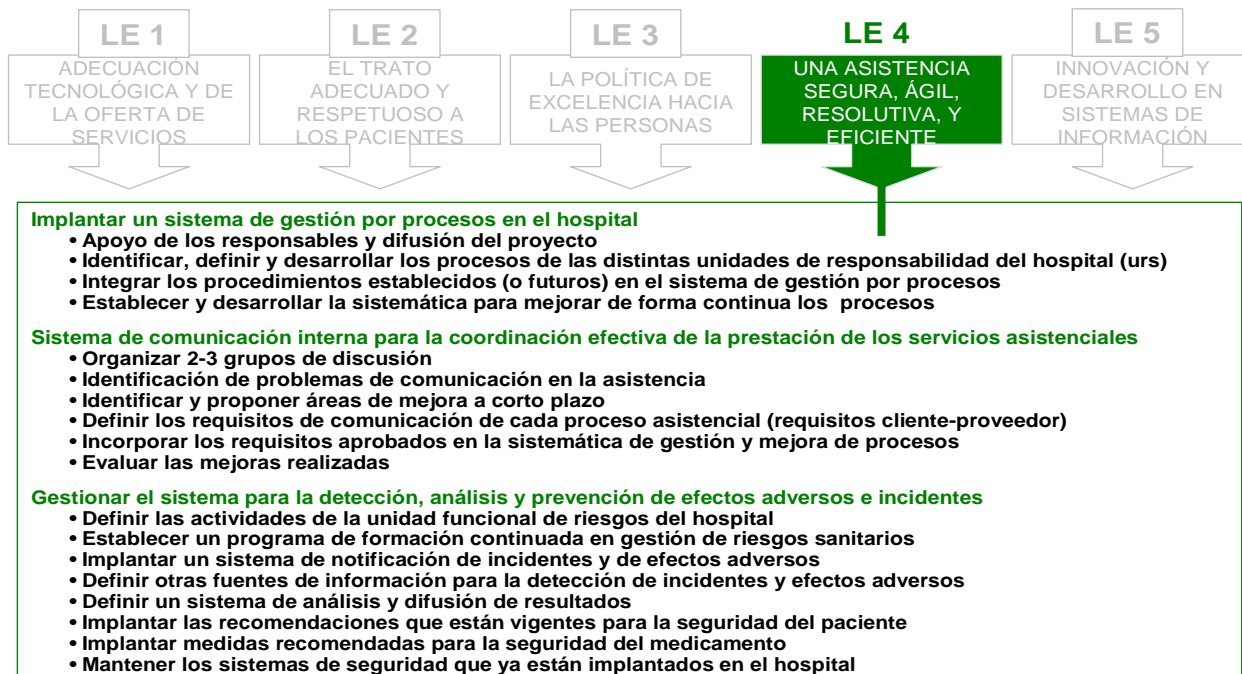


## ANEXO 1: EJEMPLO PARCIAL PLAN ESTRATÉGICO Y SU DESARROLLO

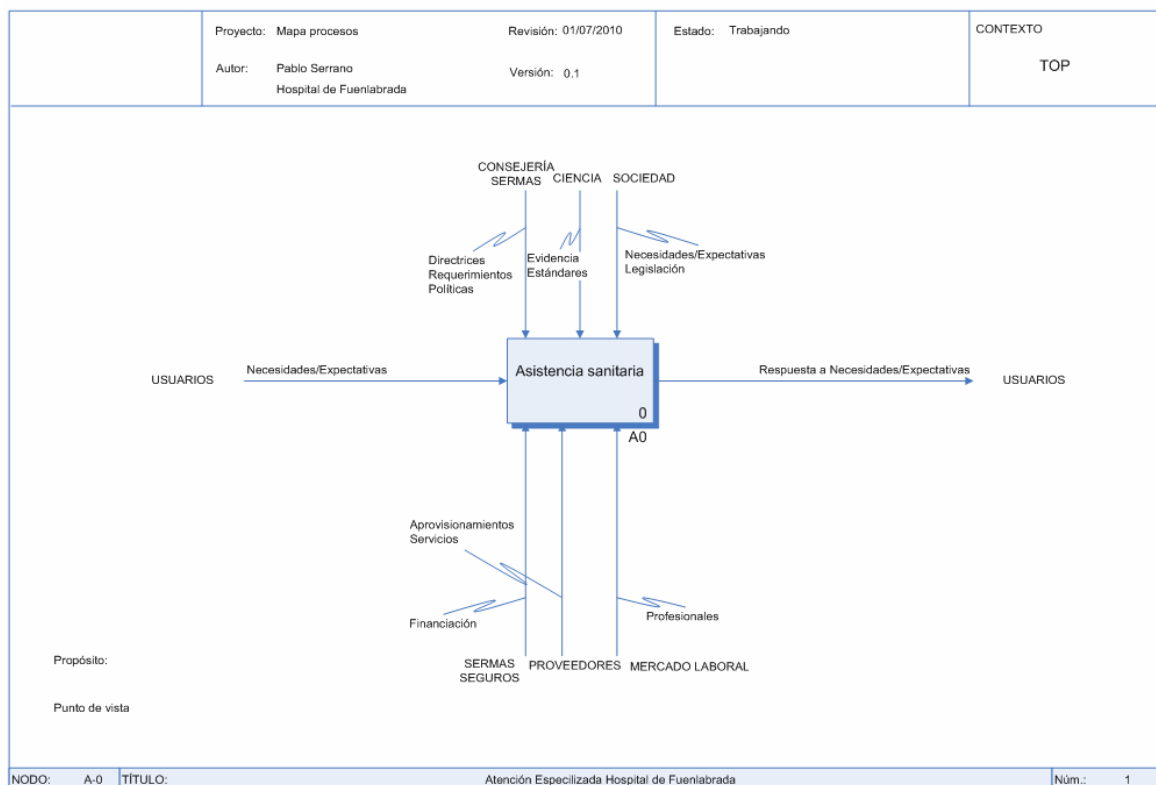
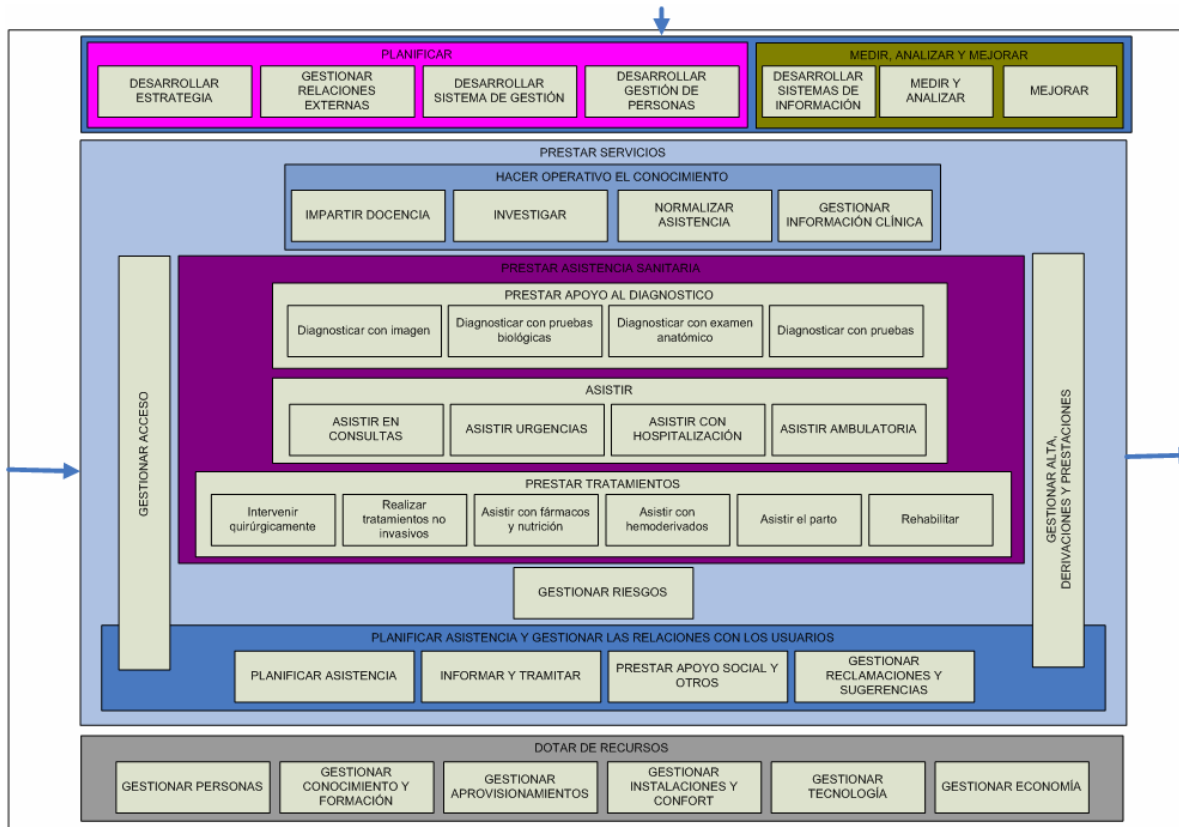
### Líneas estratégicas



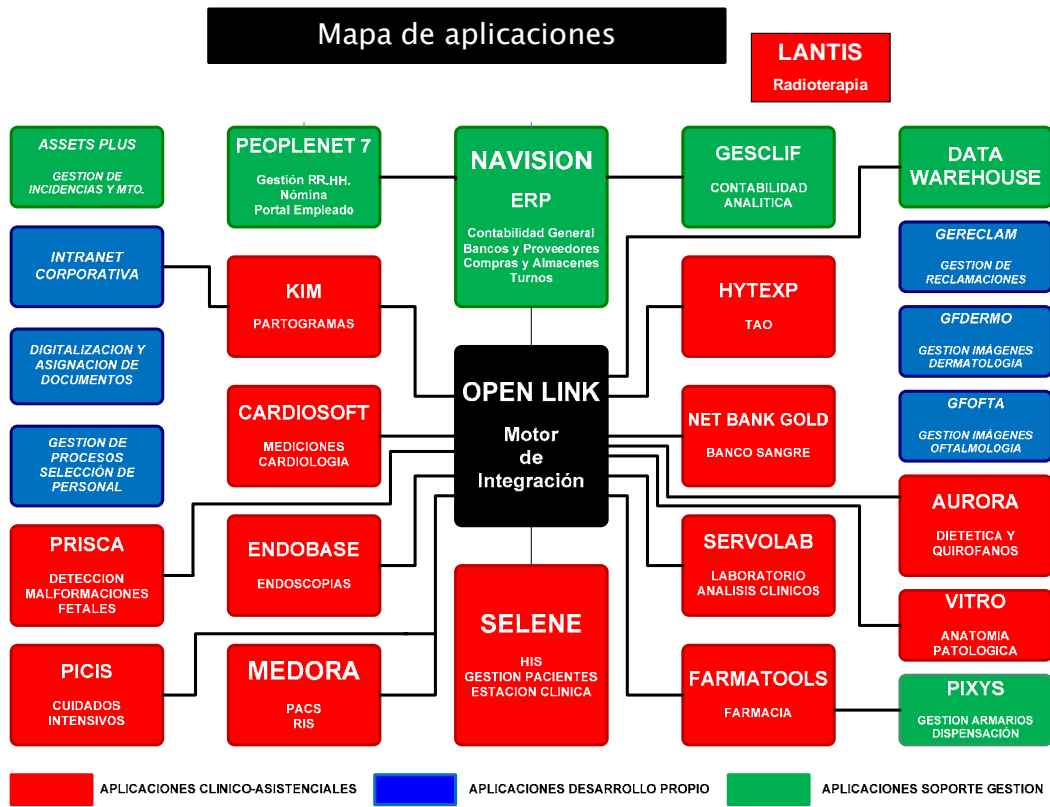
### PLANES DE ACCIÓN



## ANEXO 2: MAPA DE PROCESOS Y EJEMPLO DESPLIEGUE IDEF



### ANEXO 3: MAPA DE APLICACIONES OPERATIVAS



## ANEXO 4: Benchmarking con categorización y ajustes de riesgos

CM, grupo 2 (7 hospitales)

INDICADORES	2008		
	Ratio O/E	Orden	Punt. Norma
Estancia Media global	0,90	2	-1,08
Estancia media prequirúrgica programada	0,46	1	-1,13
Mortalidad global	0,78	2	-1,03
Complicaciones	1,39	7	0,65
Reingresos Hospitalarios	1,03	7	0,93
Ambulatorización	1,09	2	1,21
Relación consultas sucesivas / primeras	0,92	4	-0,06
Relación de consultas alta resolución / primeras	1,34	3	0,58
Rendimiento CCEE	1,20	4	0,39
Rendimiento HD	2,22	1	1,84
Unidad de Actividad / Gasto	1,03	4	-0,21
Global		1	-5,53

Ratio O/E: observado /esperado

TOP 20 (España) IASIST, Grupo grandes hospitales generales

INDICADORES	2006		2007		2008		2009	
	Ratio O/E	Orden	Ratio O/E	Orden	Ratio O/E	Orden	Ratio O/E	Orden
Estancia Media global	5,60 <sup>a</sup>	1	5,92 <sup>a</sup>	1	0,80	2	0,74	5
Mortalidad global	0,60	1	0,68	2	0,58	2	0,68	7
Complicaciones	2,61	14	1,94	19	1,90	25	1,49	32
Reingresos Hospitalarios	1,18	11	1,12	11	1,02	15	0,93	9
Hospitalizaciones evitables					0,63	1	0,58	1
Ambulatorización	85,39 <sup>b</sup>	1	1,26	2	1,26	3	1,22	4
Resolutividad CCEE	0,69		0,84		0,93		0,77	
Gasto aprovisionamiento / Unidad de Actividad *	2.607 <sup>c</sup>	11	2.696 <sup>c</sup>	2	406	7	352	6
Unidad de Actividad / Trabajador **					31,3	7	39,0	5
Global		13		5		5		4
N participantes		14		20		26		33

Ratio O/E: observado /esperado, \* €, \*\* Unidades de actividad ajustada

a: estancia media ajustada por casuística, b: tasa de sustitución en CA (%), c: coste total por Unidad de actividad ajustada

2006: Grupo hospitales generales de modelo laboral

## GLOSARIO DE TÉRMINOS

- AP                   ▪ Atención Primaria
- ATP                 ▪ Atención al Paciente
- BIC                 ▪ Best in class
- CA                 ▪ Cirugía Ambulatoria
- CD                 ▪ Comité Dirección
- CDM                ▪ Cuadro de mando
- CCEE               ▪ Consultas Externas
- CEP                 ▪ Centro de Especialidades Periférico
- CM                 ▪ Comunidad de Madrid
- CNIO               ▪ Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas
- DPO                ▪ Dirección por Objetivos
- ED                 ▪ Equipo Directivo
- EFQM              ▪ European Foundation Quality Management
- GCOM              ▪ Gabinete de Comunicación
- GI                 ▪ Grupo de Interés
- HCE                ▪ Historia Clínica Electrónica
- HSO                ▪ Hospital Severo Ochoa
- **HUF**             ▪ **Hospital Universitario de Fuenlabrada**
- IHAN              ▪ Iniciativa Hospital Amigo de los Niños
- IS                 ▪ Índice de Satisfacción
- ISE                ▪ Índice de Satisfacción Empleados
- LE                 ▪ Línea Estratégica
- LEC                ▪ Lista de Espera de Consultas
- LEQ                ▪ Lista de Espera Quirúrgica
- MSYPS            ▪ Ministerio de Sanidad y Política Social
- MVV               ▪ Misión, Visión, Valores
- OMS               ▪ Organización Mundial de la Salud
- PE                 ▪ Plan Estratégico
- PDR               ▪ Planificación y Desarrollo de Recursos Humanos.
- PRL                ▪ Prevención de Riesgos y Salud Laboral
- REA                ▪ Reanimación
- RR.HH.            ▪ Recursos Humanos.
- RRI                ▪ Reglamento de Régimen Interior
- SIA                ▪ Sistema Información Asistencia
- SAP                ▪ Sistema de información económica (Systems, Applications, Products in Data Processing)
- SERMAS           ▪ Servicio Madrileño de Salud
- SNS                ▪ Sistema Nacional de Salud
- SQR's             ▪ Sistema de gestión de Sugerencias, Quejas y Reclamaciones.
- UCI                ▪ Unidad de Cuidados Intensivos
- UFGRS            ▪ Unidad Funcional de Gestión de Riesgos Sanitarios
- UR                 ▪ Unidad de Responsabilidad
- URJC              ▪ Universidad Rey Juan Carlos