

MEMORIA EFQM

HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA CRISTINA

Mayo - 2022

ÍNDICE

INFORMACIÓN CLAVE.....	3
HECHOS Y DATOS.....	3
RETOS Y ESTRATEGIA.....	5
OPERACIONES, SOCIOS Y PROVEEDORES	6
MERCADO, CLIENTES, SERVICIOS Y SOLUCIONES	7
ESTRUCTURA Y ACTIVIDADES DE GESTIÓN.....	8
CRITERIO 1: PROPÓSITO, VISIÓN Y ESTRATEGIA	9
SUBCRITERIO 1.1: Definir el propósito y la visión.....	9
SUBCRITERIO 1.2: Identificar y Entender las Necesidades de los GI	11
SUBCRITERIO 1.3: Comprender el Ecosistema, las capacidades propias y los principales retos.....	16
SUBCRITERIO 1.4: Desarrollar la Estrategia	19
SUBCRITERIO 1.5: Diseñar e Implantar un sistema de Gestión y de Gobierno.	22
CRITERIO 2: CULTURA DE LA ORGANIZACIÓN Y LIDERAZGO	24
SUBCRITERIO 2.1: Dirigir la cultura de la organización y reforzar los valores	24
SUBCRITERIO 2.2: Crear las condiciones para hacer realidad el cambio	25
SUBCRITERIO 2.3: Estimular la creatividad y la innovación.....	26
SUBCRITERIO 2.4: Unirse y Comprometerse en torno a un propósito, visión y estrategia.	27
CRITERIO 3: IMPLICAR A LOS GRUPOS DE INTERÉS	29
SUBCRITERIO 3.1: Clientes: Construir Relaciones Sostenibles	29
SUBCRITERIO 3.2: Personas: Atraer, Implicar, Desarrollar y Retener el Talento.....	32
SUBCRITERIO 3.3: Inversores y Reguladores: Asegurar y Mantener su Apoyo Continuo.....	36
SUBCRITERIO 3.4: Sociedad: Contribuir al Desarrollo, Bienestar y Prosperidad	38
SUBCRITERIO 3.5: Partners y Proveedores: Construir relaciones y asegurar su compromiso para crear valor sostenible.	39
CRITERIO 4: CREAR VALOR SOSTENIBLE	42
SUBCRITERIO 4.1: Diseñar el Valor y como se Crea.....	42
SUBCRITERIO 4.2: Comunicar y Vender la Propuesta de Valor	45
SUBCRITERIO 4.3: Elaborar y Entregar la Propuesta de Valor.	46
SUBCRITERIO 4.4: Diseñar e Implantar la Experiencia Global.	48
CRITERIO 5: GESTIONAR EL FUNCIONAMIENTO Y LA TRANSFORMACION	51
SUBCRITERIO 5.1: Gestionar el funcionamiento y el riesgo.	51
SUBCRITERIO 5.2: Transformar la Organización para el Futuro.	54
SUBCRITERIO 5.3: Impulsar la Innovación y Aprovechar la Tecnología.....	55
SUBCRITERIO 5.4: Aprovechar los Datos, la Información y el Conocimiento.	56
SUBCRITERIO 5.5: Gestionar los Activos y Recursos.....	59
CRITERIO 6: RESULTADOS DE PERCEPCIÓN	62
ANEXO CRITERIO 6: EXPLICACIÓN DE GESTIÓN DE RESULTADOS DE PERCEPCIÓN DE GRUPOS DE INTERÉS.	62
SUBCRITERIO 6.1. Resultados de percepción de clientes	72
SUBCRITERIO 6.2. Resultados de percepción de personas.....	74
SUBCRITERIO 6.3. Resultados de percepción de inversores y reguladores.....	77
SUBCRITERIO 6.4. Resultados de percepción de la sociedad	78
SUBCRITERIO 6.5. Resultados de percepción de partners y proveedores.....	80
CRITERIO 7: RESULTADOS RENDIMIENTO ESTRATÉGICO Y OPERATIVO	81
ANEXO CRITERIO 7: EXPLICACIÓN DE GESTIÓN DE RESULTADOS DE RENDIMIENTO.	81
7.A LOGROS ALCANZADOS EN LA CONSECUCCIÓN DE PROPÓSITO, ESTRATEGIA Y VALOR.....	83
7.B RENDIMIENTO ECONÓMICO	86
7.C. CUMPLIMIENTO DE EXPECTATIVAS DE GI	88
7.D LOGROS DE FUNCIONAMIENTO Y TRANSFORMACIÓN	90

ANEXOS	¡Error! Marcador no definido.
0: LISTA DE ANEXOS DE LA MEMORIA EFQM DEL HUIC 2022	¡Error! Marcador no definido.
IC 16.1: CARTERA DE SERVICIOS DEL HUIC	¡Error! Marcador no definido.
IC 19.1 ORGANIGRAMA DEL HUIC	¡Error! Marcador no definido.
C 1.1.1 PROPÓSITO, MISIÓN Y VISIÓN DEL HUIC 2021	¡Error! Marcador no definido.
C 1.1.2 ESTRUCTURA ESTRATÉGICA HUIC 2021.....	¡Error! Marcador no definido.
C 1.2.1: ANÁLISIS DE LOS GRUPOS DE INTERÉS DEL HOSPITAL 2021	¡Error! Marcador no definido.
C 1.2.2: ANÁLISIS DE LECCIONES APRENDIDAS EN COVID (COMPLETO)	¡Error! Marcador no definido.
C 1.3.1: ANÁLISIS ECOSISTEMA PE 2021 (MEGA TENDENCIAS, SECTOR, ESQUEMA ECOSISTEMA)¡Error! Marcador no definido.	
C 1.3.2: ANÁLISIS DE CAPACIDADES INTERNAS HUIC (RESULTADOS, PE 2017-2020)¡Error! Marcador no definido.	
C 1.3.3: ANÁLISIS ESTRATÉGICO HUIC (ANÁLISIS DAFO POR OBJETIVOS, DEFINICIÓN RETOS).¡Error! Marcador no definido.	
C 1.4.1: ESTRATEGIAS PE 2021-2024	¡Error! Marcador no definido.
C 1.4.2 DESPLIEGUE DEL PE 2021-2024 AL PE DE ENFERMERÍA.....	¡Error! Marcador no definido.
C 2.1.1: PROYECTO DE EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO DE LÍDERES.....	¡Error! Marcador no definido.
C 2.3.1: EJEMPLOS DE INNOVACIÓN DEL HUIC	¡Error! Marcador no definido.
C 2.3.2: EJEMPLO DE PROYECTOS DE INNOVACIÓN “PROYECTOS DE ACTIVIDAD FÍSICA”	¡Error! Marcador no definido.
C 2.4.1: LISTADO DE COMISIONES / COMITÉS / GRUPOS DE TRABAJO DEL HUIC 2022¡Error! Marcador no definido.	
C 2.4.2: EJEMPLOS DE OBJETIVOS ANUALES DEL HOSPITAL.....	¡Error! Marcador no definido.
C 3.1.1. DESARROLLO DE LOS PLANES DE EMPATÍA	¡Error! Marcador no definido.
C 3.1.2: CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y ALIANZA CON AP (MEMORIA ANUAL 2021) ¡Error! Marcador no definido.	
C 3.2.1: SISTEMA ENCUESTA DE CLIMA PARA EMPLEADOS	¡Error! Marcador no definido.
C 3.2.2: EJEMPLO DE GESTION DEL CONOCIMIENTO: CLUB DE INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA¡Error! Marcador no definido.	
C 3.3.1: ESTRUCTURA DE INFORMES DE REPORTE A LOS ÓRGANOS DE CONTROL (SERMAS + CONSEJERÍAS) POR ÁREAS	¡Error! Marcador no definido.
C 3.4.1: DESARROLLO DE LA RESPONSABILIDAD SOCIAL SOCIOSANITARIA	¡Error! Marcador no definido.
C 4.1.1: EJEMPLOS DE MEJORA E INNOVACIÓN DE LA CARTERA DE SERVICIOS DEL HOSPITAL¡Error! Marcador no definido.	
C 4.1.2 EJEMPLOS DE DESARROLLO DE SERVICIOS EN EL HUIC.....	¡Error! Marcador no definido.
C 4.3.1: LISTADO DE PROYECTOS DE MEJORA DE LOS PROCESOS ASISTENCIALES DE LOS ÚLTIMOS AÑOS...¡Error! Marcador no definido.	
C 4.4.1 DESARROLLO DE LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE EN EL HUIC.....	¡Error! Marcador no definido.
C 5.1.1: EJEMPLOS CUADROS DE MANDO Y LISTADO DE INFORMES Y CM DEL HUIC¡Error! Marcador no definido.	
C 5.1.2: EJEMPLOS DE OBJETIVOS DESPLEGADOS EN UNIDADES Y SERVICIOS	¡Error! Marcador no definido.
C 5.1.3: SISTEMA DE GESTIÓN DE RIESGOS DE SEGURIDAD DE PACIENTES DEL HUIC¡Error! Marcador no definido.	
C 5.2.1: DESARROLLO DE LA ENFERMERÍA AVANZADA EN EL HUIC	¡Error! Marcador no definido.
C 5.2.2: DESARROLLO DE LA HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA (HAD).....	¡Error! Marcador no definido.
C 5.4.1: PARTICIPACIÓN DEL HUIC EN EL ESTUDIO MULTI-CENTRO SEMI-COVID-19 ¡Error! Marcador no definido.	

INFORMACIÓN CLAVE

HECHOS Y DATOS

01.Nombre de la organización y dirección de su ubicación

HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA CRISTINA (en adelante HUIC)

Avenida del 9 de Junio, 2. 28981, Parla

02.Sectores de actividad

El **HUIC**, desde su puesta en marcha en febrero de 2008, es un hospital de la red pública de la C.M., que presta servicios de atención sanitaria especializada a la población de Parla y otras localidades próximas.

Así mismo realiza actividades docentes de pre y postgrado y actividades investigadoras en el ámbito de las ciencias de la salud.

03.Propósito y Misión

El **HUIC** tiene definido un **Propósito**, que se explicita en 2021 fuera de la definición de su misión:

“Cuidar y Mejorar la Salud y el Bienestar de las Personas”

Y una **Misión**, también actualizada en 2021:

“Ofrecer a las personas de nuestro entorno un servicio sanitario especializado y humanizado y Contribuir al conocimiento con la docencia y la investigación”

04.Propietarios de la organización. Relación con la organización matriz

El **HUIC**, en la actualidad, es un hospital integrado en la red sanitaria pública de la C.M. (SERMAS). En Julio de 2016, se modificó su forma jurídica pasando de ser una “Empresa pública”, a una entidad sin personalidad jurídica integrada en el Ente Público Servicio Madrileño de la Salud. Ello no afectó a su condición de hospital integrado en la red sanitaria pública de la C.M.

El **HUIC**, sigue respondiendo a un modelo PFI (Private Finance Initiative), siendo la Sociedad Concesionaria (SC) denominada Hospital de Parla, S.A., únicamente un proveedor clave para el HUIC (Servicios: Mantenimiento y Seguridad Industrial, Seguridad, Viales y Jardines, Limpieza, Sistema DDD, Aprovisionamiento y Almacén, Lavandería, Restauración de pacientes, Esterilización, Gestión Administrativa y Gestión de Residuos)

La integración en el SERMAS supone que los órganos de dirección del **HUIC** dependen y reportan a los responsables de este organismo directamente en todos sus ámbitos, como cualquier otro hospital público de la red sanitaria.

05.Datos económicos clave. Valor de mercado de la organización. Capitalización

Somos una organización con un presupuesto anual aproximado (ejercicio 2021) de 99.500.000 €.

- Gasto Corriente (capítulos I y II: Gasto de Personal y Compra de Bienes y Servicios): 98.978.000 €
- Inversiones (Capítulo VI): 541.965 €.

El Hospital, transformó su personalidad jurídica con efectos a 1 de julio de 2016, pasando de ser una Empresa Pública, a constituir un centro de gastos (la contabilidad financiera pasa a ser presupuestaria), integrado directamente en el Servicio Madrileño de Salud.

06.Número de empleados

La plantilla de empleados del HUIC a 31 de diciembre de 2021 es de 1.095 profesionales, que se distribuyen en: 5 directivos, 290 facultativos, 728 resto de sanitarios, 41 no sanitarios y 31 residentes en formación (22 MIR, 4 PIR, 5EIR).

07.Historia de la organización

El **HUIC** se crea según la Ley 4/2006 de 22 de diciembre de Medidas Fiscales y Administrativas, de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Sus estatutos se aprueban mediante Decreto 111/2007 de 2 de agosto, del Consejo de Gobierno. Su reglamento de Régimen Interior se aprueba en la Orden 307/2007 de 22 de noviembre.

A partir de este punto el Hospital realiza su puesta en marcha en febrero de 2008 y en su corto periodo de funcionamiento ha asentado y desarrollado su cartera de servicios inicial, así como su sistema de gestión que

cuenta con el Sello de Excelencia Europea 400+ y los certificados ISO 9001 (para diferentes servicios del Hospital), ISO 14001 en colaboración con la empresa Hospital de Parla, SA., ISO 27001 y UNE 179003.

A partir del 1 de julio de 2016, el **HUIC** cambia su régimen jurídico y deja de ser una empresa pública con régimen jurídico propio, para ser una organización integrada en el Ente de Derecho Público "SERMAS", si bien ello no afecta a su condición de hospital integrado la red pública sanitaria única de la CM.

08.Ruta hacia la excelencia

- **2008:** Apertura del Hospital: 25 de febrero de 2008. Se decide la planificación de futuro del HUIC. Se pública su misión y valores en su página web. Se constituyen los órganos de gobierno y de participación profesional. Se inician las encuestas a pacientes
- **2010:** Se toma la decisión de desarrollar el modelo de gestión tomando como referencia el Modelo de Excelencia E.F.Q.M. Se inicia la formación en el Modelo E.F.Q.M. para directivos y responsables. Se realiza la 1ª Autoevaluación del HUIC (marzo) con la participación de directivos y responsables de todos los ámbitos, así como responsables de la SC y resto de personal (FEA, Enfermero/a, TMSCAE) (Puntuación estimada 245). Se realiza el primer plan de mejora 2010 -2011 (junio) derivado de la autoevaluación (6 líneas de mejora y 2 acciones específicas de mejora), creándose equipos de trabajo encargados de líneas y acciones de mejora. Se inicia la formación en sistema ISO 9001 para su aplicación en áreas específicas (laboratorios, áreas administrativas, etc.). Se ponen en marcha las encuestas de personal.
- **2011:** Se evalúan los resultados logrados como consecuencia del primer plan de mejora 2010 -2011 (junio) objetivándose la realización de más del 70% de las actividades planificadas. Se realiza la 2ª Autoevaluación (octubre) con la participación de directivos y responsables de todos los ámbitos, así como responsables de la SC y resto de personal (FEA, Enfermero/a, TMSCAE) (Puntuación estimada 290). Se realiza el segundo plan de mejora 2011-12 derivado de la autoevaluación (9 líneas de mejora, 7 son continuidad del plan de mejora 2010-11 y 2 líneas nuevas de mejora), creándose equipos de trabajo encargados de líneas y acciones de mejora. El Hospital colabora con la SC en la certificación por UNE-EN ISO 9001 para las actividades de la prestación de servicios de limpieza, mantenimiento de instalaciones, conservación de viales y jardines, gestión de almacenes y distribución, recepción e información, atención central telefónica, transporte interno-externo y gestión auxiliar y gestión de personal administrativo. La gestión de servicios de seguridad, restauración, recogida de residuos urbanos y sanitarios, lavandería, esterilización, desinsectación y desratización, así como con la certificación por UNE-EN ISO 14001:2004 su sistema de gestión ambiental.
- **2012:** Se elabora el 1er plan estratégico del HUIC con una alta participación de los profesionales del Hospital y de la SC. Se inicia el despliegue y puesta en marcha del Plan Estratégico. Se evalúan los resultados logrados como consecuencia del segundo plan de mejora 2011 -2012 (junio) objetivándose la realización de más del 60% de las actividades planificadas. Se consigue la Acreditación óptima conforme al Modelo de Gestión y Excelencia para Centros sanitarios Con y Sin Internamiento Ad Qualitatem. Se realiza la 1ª encuesta a médicos y enfermeras de Atención Primaria del Área y a Entidades Sociales del área. Se realiza la validación de la autoevaluación con licenciario del Club y se inicia la obtención del Sello de Excelencia Europea 300+.
- **2013:** Se obtiene el Sello de Excelencia Europea 300+. Se realiza la actualización estratégica del PE y se define el PAG 2014 en el que se unifican los planes derivados del PE, del Contrato Programa, de las Autoevaluaciones y del que se despliegan los planes de Acompañamiento (Ej.: Plan de Inversiones, Plan de Formación...)
- **2014:** Programa especial de formación para los líderes estratégicos del Hospital. Se realiza la 3ª Autoevaluación E.F.Q.M. con validación oficial y se prepara la memoria para la nueva obtención del Sello de Excelencia Europea al inicio de 2015.
- **2015:** Se obtiene el Sello de Excelencia Europea 400+. Se obtiene la certificación ISO 27001. Se inicia el desarrollo de diferentes programas con objetivo pacientes (plan de humanización: proyecto empatía, plan de atención al paciente crónico, plan de seguridad de pacientes, etc.)
- **2016:** Elaboración del nuevo Plan Estratégico 2017 -2020. Se obtiene la certificación UNE 179003. Reorganizaciones derivadas del cambio de estatus del Hospital. Se obtiene la Acreditación QH a la Excelencia en Calidad Asistencial en la Categoría de 1 estrella.
- **2017:** Se obtiene la certificación ISO 9001. Se realiza una nueva Autoevaluación E.F.Q.M. validada oficialmente. Elaboración de la Memoria E.F.Q.M. y renovación del Sello de Excelencia 400+.
- **2018:** Se realiza la autoevaluación del modelo de RSSS desarrollado en el seno del SERMAS. Se establece la figura del Jefe de Sección de Responsabilidad Social Corporativa del Hospital. Se crea la Comisión Central

de Experiencia del Paciente. Evaluación por competencias del Equipo Directivo y Mandos Intermedios.

- **2019:** Se renueva el Sello de Excelencia EFQM 400+ y se renuevan las acreditaciones UNE 179003:2013 (Riesgos Sanitarios) y la ISO 9001:2015 de todos los servicios de la SC. También se obtienen premios como TOP 20 en Gestión Hospitalaria Global, en Cardiología y en Paciente Crítico (UCI). Somos finalistas en los premios BEST IN CLAS en Mejor Hospital de nuestra categoría y en el Área de Esclerosis Múltiple.
- **2020:** Se realiza un “análisis de lecciones aprendidas COVID” para recoger el aprendizaje que ha supuesto este “test de estrés” al sistema y se desarrolla un plan de mejora derivado de sus conclusiones que entre otros efectos genera el Proyecto SUMAMOS.

Se renueva el Certificado ISO 9001:2015 del Hospital.

Se recibe la Autorización al tratamiento de residuos mediante esterilización en autoclave en el Hospital de residuos biosanitarios especiales clase III. Dirección General de economía circular. Se obtiene los Certificados de reconocimiento en los proyectos “Bacteriemia Zero” y “Neumonía Zero” a la UCI por SEMICYUC-SEEIUC y por el Ministerio de Sanidad.

- **2021:** Se elabora un nuevo Plan Estratégico 2021-2024 (retrasado en 2020 por pandemia COVID).

Se realizan las reacreditaciones del Hospital en ISO EIC 27001:2014 (Seguridad de la Información) y en ENS – 2019/004 (Esquema nacional de Seguridad).

Se reciben los premios TOP 20 en Gestión Hospitalaria Global, Servicio de Cardiología y Servicio de Pacientes Críticos (UCI)

RETOS Y ESTRATEGIA

09. Visión

Al igual que propósito y misión, el HUIC actualiza su visión en 2021 como consecuencia de su nuevo proceso de planificación estratégica PE 2021-2024:

Nuestra visión es:

- *“Ser un hospital de referencia por la calidad, seguridad y eficiencia de la Red Sanitaria Única de Madrid.*
- *Ser una organización sanitaria atractiva para los profesionales con talento.*
- *Ser un hospital reconocido por ser accesible y generar confianza en la población.*
- *Ser un hospital flexible, capaz de adaptarse y dar respuesta a las nuevas necesidades que emerjan por cambios en el entorno.*
- *Ser un hospital socialmente responsable”.*

10. Objetivos Fundamentales

A partir del PE 2017-2020, el HUIC revisa y mejora la definición de sus bases del esquema estratégico estableciendo su “Estructura Estratégica” (Objetivos Fundamentales, Factores Clave de Éxito de cada Objetivo y CMI) y en la actualidad esta ha sido revisada en el PE 2021-2024:

Estructura Estratégica de Objetivos Fundamentales del HUIC

Seis Objetivos Fundamentales del HUIC, derivados de su P.M.V.V.

- Asistencia Sanitaria integrada, de calidad y segura
- Atención Excelente a las Personas (antes Atención a pacientes y familiares).
- Eficiencia.
- Implicación y Competencia de los profesionales (antes Implicación de los profesionales).
- Responsabilidad Social (antes Contribución al Conocimiento en Salud).
- Prestigio e Imagen

Para cada uno de los cuáles se ha establecido sus FCE.

Establecimiento de CM que permite la evaluación de los Objetivos y de sus FCE.

11. Planificación estratégica: Análisis estratégico

El análisis estratégico realizado por el HUIC en el PE 2017-2020 y en PE 2021-2024, está basado en la identificación de los GI y el análisis de sus necesidades y expectativas, en el análisis de ámbitos del entorno (mega tendencias, sector, etc.), así como de la información interna de capacidades y rendimientos.

A partir de los análisis indicados, se realizan análisis DAFO específicos para cada Objetivo y sus FCE correspondientes.

A partir de los datos de análisis de los DAFOS se establecen los retos estratégicos y las estrategias.

12. Estrategias principales

Las estrategias principales del HUIC dirigidas a sus Objetivos Fundamentales y organizadas según el Sistema de desarrollo estratégico utilizado para el **PE 2017-2020** eran:

- Reforzar la calidad y maximizar la capacidad asistencial al paciente en base a la mejora de la efectividad y la coordinación del hospital y sus aliados.
- Desarrollo integral de la "empatía" (orientación al paciente).
- Desarrollo de la potenciación de la pertenencia de los profesionales.
- Desarrollo de la contribución al conocimiento
- Establecimiento y desarrollo de un plan de proyección externa del hospital.

Las estrategias principales actuales del **HUIC** dirigidas a sus Objetivos Fundamentales han evolucionado en el **PE 2021-2024** adaptándose a la aceleración de los cambios tecnológicos y a sus efectos en la concepción de la asistencia sanitaria especializada:

- E1.- Optimizar la capacidad de las distintas modalidades asistenciales acercando el Hospital a donde está el paciente.
- E2.- Compartir con los diferentes niveles asistenciales los recursos que permitan una mejor comunicación y colaboración en la atención de las personas.
- E3.- Desarrollo de la Enfermería avanzada.
- E4.- Rediseñar los procesos centrados en el paciente, incorporando herramientas que favorezcan la interrelación, la comunicación y la humanización entre el hospital y el entorno.
- E5.- Desarrollo de la gestión sistemática de la eficiencia en base a la innovación, a través de la cultura de "no hacer", la eficiencia económica y trabajando el retorno con los responsables.
- E6.- Crear las condiciones en el Hospital para convertirlo en un centro que resulte atractivo para profesionales que deseen trabajar en un centro orientado a la innovación, mediante la escucha activa y la participación en la gestión hospitalaria.
- E7.- Vincular nuestras acciones de responsabilidad social con los Objetivos de Desarrollo Sostenible que estén alineados con nuestras competencias clave.
- E8.- Desarrollar proyectos de investigación e innovación que den soporte a los retos de cambio del Hospital.
- E9.- Visibilizar el hospital en el sector, en la sociedad y en la comunidad, especialmente por su carácter innovador

OPERACIONES, SOCIOS Y PROVEEDORES

13. Cadena de valor y estructura funcional

La cadena de valor del **HUIC**, como todos los hospitales de atención especializada, tiene como cadena de valor básica:

- La recepción de pacientes, principalmente provenientes de AP y en ocasiones por Urgencias.
- La regulación del flujo de pacientes a los procesos asistenciales a través de los procesos de admisión.
- La prestación de los servicios asistenciales (asistencia especializada a través de los procesos: urgencias, consultas, hospitalización, quirúrgico. Complementados por procesos asistenciales de apoyo como: farmacia, laboratorio, diagnóstico por imagen, etc.)
- La finalización del servicio a los pacientes mediante los procesos de alta o derivación, garantizando la continuidad asistencial.

Para el desarrollo de esta cadena de valor básica el **HUIC** dispone de una estructura funcional:

- Director de Continuidad Asistencial (es el D. Médico), que trabaja en la gestión de la alianza con AP para maximizar la adecuación de los flujos de pacientes con el máximo nivel de eficacia y eficiencia y garantizar la continuidad asistencial.
- Direcciones Asistenciales (Dirección Médica y Dirección Enfermería), que tienen a su cargo los servicios asistenciales del Hospital.
- Área de Admisión que gestiona la entrada de pacientes y su alta, así como la interrelación con los servicios sociales.
- Área de Atención al Paciente, que gestiona la información y atención, así como las quejas y reclamaciones de pacientes y/o usuarios.

14. Recursos y activos principales

El **HUIC** está constituido por un hospital y un Centro de Salud Mental, todos ellos en la ciudad de Parla en la provincia de Madrid.

El hospital dispone de una superficie construida de 56.811 m² ubicado en una parcela de 276.666 m². Dotado de 185 camas (101 camas médicas, 40 quirúrgicas, 11 pediátricas, 4 neonatológicas, 17 obstetricias y 12 de

UCI), 9 quirófanos, 8 paritorios, 64 locales de consulta médica y 56 gabinetes (locales para la realización de pruebas diagnósticas y/o terapéuticas) en el hospital, un servicio de urgencias de adultos y otro de pediatría, unidad de cuidados intensivos, reanimación postquirúrgica, y 24 puestos de hospitales de día, como instalaciones más significativas. Además, cuenta con Centro de Salud Mental con actividad ambulatoria fuera del hospital.

El Centro de Salud Mental tiene una superficie construida de 600 metros cuadrados. Su actividad fundamental son las consultas de psiquiatría, psicología, terapia ocupacional y coordinación socio sanitaria.

Su actividad principal es la atención al paciente agudo, incluyendo el área materno-infantil (obstetricia, ginecología y pediatría), contando con todas las especialidades médicas y quirúrgicas de un hospital de estas características (ver apartado de productos y servicios de la organización). Por su tamaño y dotación se encuentra clasificado como Hospital de baja complejidad perteneciente al Grupo I en la clasificación de Hospitales que utiliza la CAM.

15. Aliados y proveedores clave

Las principales alianzas del **HUIC** son:

- Centros de la Red Sanitaria del SERMAS, en especial con los centros de AP de su área, ya que con ellos colabora para garantizar la continuidad asistencial y la eficacia y eficiencia de la misma en todos sus ámbitos.
- Sociedad Concesionaria, empresa que lleva la gestión de los servicios no clínicos del HUIC y que para su relevancia y características es un aliado con el que se trabaja conjuntamente la optimización de servicios al paciente y de eficacia y eficiencia del hospital.
- Universidad Complutense, con la que se gestiona una buena parte de la docencia del HUIC.
- Instituto de Investigación Sanitaria Puerta de Hierro-Segovia de Arana con la que se desarrolla y gestiona la investigación.

Los principales proveedores del **HUIC** son:

- La empresa Hospital de Parla SA, que se gestiona como un aliado los ámbitos no asistenciales anteriormente indicados.
- Los proveedores de pruebas diagnósticas no pertenecientes al Hospital (Laboratorio BR Salud y UCR).
- Los proveedores de medicamentos y material sanitario.

MERCADO, CLIENTES, SERVICIOS Y SOLUCIONES

16. Servicios actuales y futuros

El **HUIC** es un hospital general de agudos, que dispone de cartera de servicios asistenciales para la atención de sus pacientes en consultas, hospitalización (ingresados, de día, domiciliaria), urgencias, cirugía y apoyo diagnóstico y terapéutico en numerosas especialidades médicas y de enfermería, tal y como se aprecia en el anexo IC 16.1.

17. Mercados actuales y futuros

El **HUIC** forma parte de la red sanitaria pública de la C.M., por lo que su mercado de clientes está sujeto a la estructuración de las áreas asistenciales públicas, que, tras la creación de los nuevos 6 hospitales de la red, entre los que se incluye nuestro Hospital, tiene un ámbito de pacientes potenciales de unas 170.000 personas (Zona de Parla, Batres, Torrejón de la Calzada, Cubas de la Sagra, Serranillos del Valle, Casarrubuelos, Torrejón de Velasco y Griñón)

En nuestra zona se concentra una población con un nivel socio-cultural bajo-medio, con muy bajo nivel de doble aseguramiento y, por tanto, altamente dependiente de los servicios sanitarios públicos, lo que se refleja en una alta frecuentación.

Únicamente se producen pequeñas alteraciones de nuestro "mercado" debido a cambios de cartera de servicios, si bien estos no son comparables a los producidos en otros sectores sin predominio de los servicios públicos.

18. Competidores clave

Puesto que el **HUIC** forma parte de la red sanitaria de la C.M. no se considera que exista una competencia como tal (formamos parte de una Red integrada y única).

Ahora bien, nuestro Hospital en su orientación a la mejora y la innovación, desarrolla dinámicas de comparación en resultados y funcionamiento con los hospitales de su tamaño de la red del SERMAS, encuadrados con el grupo I y de manera especial con los nuevos hospitales de esta, puestos en funcionamiento en la misma época y con características operativas y organizativas similares.

ESTRUCTURA Y ACTIVIDADES DE GESTIÓN

19. Estructura de Liderazgo y gobierno

La estructura de gobierno y gestión se describen con más detalle en la memoria (ver el C 1.5):

- El sistema de Gobierno está establecido por el SERMAS, que, en desarrollo de la exigencia legislativa de 2017 (*ley 11/2017 de 22 de diciembre, de buen gobierno y profesionalización de la gestión de los centros y organizaciones sanitarias del Servicio Madrileño de salud*) en su artículo 24 regula el contrato Programa de las organizaciones del Servicio Madrileño de Salud que, de acuerdo con el presupuesto, deberá permitir que la descentralización de la gestión se fundamente en una rendición de cuentas integrada que vincule financiación, recursos, actividad calidad y resultados. Además, en el ámbito de cada gerencia, en aplicación del principio de descentralización, el contrato programa se desplegará en acuerdos de gestión con servicios o unidades en las que la organización sanitaria este internamente constituida, de modo que la combinación de dichos acuerdos sea congruente y sustente el conjunto del Contrato Programa.
- El apartado 6 de dicho artículo establece que el cumplimiento del Contrato Programa se hará a través de un cuadro de mando con indicadores relativos a cada una de las dimensiones y objetivos establecidos. El mencionado cuadro de mandos mostrará los objetivos previstos y el avance o desviaciones producidas y el control de gestión se hará trimestralmente.
- El **HUIC**, en seguimiento de la mencionada exigencia legislativa, a partir de 2018 puso el Plan de Transparencia y Compliance que está desarrollando.

El **HUIC**, desde el punto de vista del liderazgo, entiende como líderes estratégicos al CD y a los responsables/supervisores de servicios/áreas, ya que son los que tienen responsabilidades en la gestión de los planes y objetivos del Hospital, actuando sobre las actividades y personas que desarrollan su labor profesional en nuestro centro.

Como líderes operativos a los responsables de comisiones y proyectos, cuya responsabilidad está asociada al desarrollo funcional de innovaciones y mejoras.

El organigrama del Hospital figura en el anexo IC 19.1.

20. Valores

Para lograr sus objetivos, el **HUIC**, dispone de una estructura de valores que se actualiza en cada uno de los procesos de reflexión estratégica, por lo que han sido actualizados en PE 2021-2024, siendo nuestros **valores** en la actualidad:

Servicio: a la Población, teniendo como eje de las decisiones a las personas.

Objetivos: centrados en las personas

Motivación: en busca de la excelencia

Orientación: hacia los resultados que aporten valor

Sostenibilidad: de nuestro sistema sanitario

Humanizados: en el trato y los cuidados de las personas

Útiles: utilizamos nuestro conocimiento para proponer soluciones creativas, valiosas y transformadoras.

Innovadores: siendo creativos para dar solución a los nuevos escenarios

Comprometidos: con nuestro entorno

21. Mecanismos de gestión de la organización

La gestión del **HUIC** (ver C 1.5 y C 5) está estructurada en base a:

- La planificación estratégica, liderada por el CD.
- La planificación anual, desplegada a partir del PE, el CG (Contrato de Gestión) y los resultados anuales, por parte del CD, con el apoyo de la Junta Técnico Asistencial y los Mandos Intermedios (Responsables de Áreas / Servicios y Departamentos) mediante un sistema de reuniones de planificación y el sistema de pacto de objetivos en cascada hasta los profesionales del Hospital.
- La gestión sistemática en cascada desde el CD y las Direcciones correspondientes a los servicios/áreas del Hospital.
- La aportación de las Comisiones y otros Grupos de Participación en sus áreas de responsabilidad.

CRITERIO 1: PROPÓSITO, VISIÓN Y ESTRATEGIA

SUBCRITERIO 1.1: Definir el propósito y la visión

1.- Definición y desarrollo de Propósito, Misión y Visión

E: El **HUIC** define y actualiza su propósito, misión y visión en los procesos de planificación estratégica y, ocasionalmente, pueden ser objeto de reflexión en algún análisis estructural como por ejemplo las autoevaluaciones EFQM.

La misión, visión, junto con los valores básicos, fueron definidas inicialmente por el CD y un grupo de profesionales con la puesta en marcha del Hospital en 2008, posteriormente, en cada proceso estratégico, el primer paso es la revisión de estas referencias para ajustarlas por el Equipo de Planificación (CD + Profesionales clave del Hospital), teniendo en cuenta:

- Criterios de adaptación a su entorno por posibles modificaciones trascendentes del enfoque de negocio requerido por el SERMAS, clientes, sociedad, etc.
- Criterios de mejora de la gestión, como tendencias de gestión en desarrollo, análisis de la efectividad y adecuación estructural de la formulación existente para servir de “guía” a la gestión del futuro de la organización.
- Criterios de mejora de la capacidad de P-M-V para ser un referente de los profesionales del HUIC y de otros GI en su involucración con el “proyecto empresa” del Hospital.

D: En todos los procesos estratégicos se ha realizado una revisión de la M, V, en particular la última actualización se realiza en 2021 con motivo de la elaboración del PE 2021-2024 (anexo C 1.1.1 Propósito, misión y visión del HUIC 2021), en el que:

- Se explicita el propósito separado de la misión para aprovechar el efecto de la pandemia COVID, que ha puesto de manifiesto la fuerza de un propósito común claramente identificado por todos los profesionales de la organización para mejorar la coordinación, la colaboración, el trabajo en equipo y la agilidad en los cambios para perseguir el propósito.
- Se reformulan la misión y la visión, así como los valores, para adaptarse a un periodo de múltiples cambios en el enfoque de la sanidad, la prestación de los servicios sanitarios y el papel de los clientes y otros GI en el desarrollo de la transformación a futuro del Hospital.
- También se han modificado las formulaciones de P-M-V tratando de mejorar la capacidad de comunicación y comprensión hacia los profesionales del hospital, el sector y otros GI.

ER: tal y como ha sido comentado, el CD realiza sistemáticamente una revisión estructural de P-M-V en los procesos de reflexión estratégica, analizando la vigencia de P-M-V, fruto de las mismas son cambios estructurales y de contenidos establecidos en el PE 2017-2020 o en el PE 2021-2024 comentados en el despliegue de este enfoque y que se incluyen en el anexo C 1.1.1.

ANEXOS

Anexo C1.1.1: Propósito, misión y visión del **HUIC** 2021.

EVIDENCIAS

Planes estratégicos.

Comunicación de los Planes.

Boletín.

Intranet.

Memorias anuales.

2.- Definición de la Estructura Estratégica

E.: El **HUIC**, para facilitar la comprensión y la gestión de la consecución de su PMVV, da forma a un proceso de análisis lógico que permite relacionar de forma ordenada y priorizada el PMV con la actividad realizada en nuestro hospital:

- A partir del PMV se explicitan cuáles son los Objetivos Fundamentales (OF) que debe alcanzar el Hospital para desarrollar estos conceptos.
- Se analizan las interrelaciones entre los OF, ya que alguno puede impactar en otros.
- Para cada OF se identifican cuáles son los FCE que permiten alcanzar los objetivos.

- Para los diferentes FCE se identifican cuáles son las actividades que inciden más decisivamente en la consecución de los FCE
- Para cada OF y cada FCE se identifican los indicadores más adecuados para su medición y evaluación.

Esta “cadena lógica” racionaliza la información necesaria para el análisis y la toma de decisiones a nivel estratégico y operativo.

D: La estructura estratégica es una herramienta que el Hospital viene desarrollando desde la planificación del PE 2017-2020 y se ha vuelto a revisar en el último PE 2021-2024 (ver anexo C 1.1.2 Estructura Estratégica **HUIC** 2021). Nos ha permitido, tras la última actualización de PMV:

- Identificar 6 OF derivados de PMV (Asistencia sanitaria integrada de calidad y segura, Atención excelente a las personas, Eficiencia, Implicación y competencia de los profesionales, Responsabilidad social y Prestigio e imagen.)
- Relacionar la influencia de unos objetivos en otros objetivos para poder valorar posibles sinergias o desequilibrios interrelacionados.
- Definir la estructura de FCE que afecta a cada OF.
- Establecer el CMI del Hospital.

Esta estructura de relaciones lógicas entre variables de negocio y de gestión se utiliza para optimizar el proceso de planificación estratégica, estableciendo un PE enfocado en el desarrollo de PMV a través del desarrollo de los objetivos fundamentales que permiten la mejora de su consecución.

ER: La responsabilidad de la construcción y actualización de la estructura estratégica del Hospital es del CD, apoyado por profesionales que participan en los procesos de planificación estratégica, quienes la analizan en base a los cambios realizados en PMV, en función de su aprendizaje sobre gestión y con la colaboración de expertos externos.

Fruto de estos análisis se ha modificado la formulación de OF establecidos anteriormente (ej.: contribución al conocimiento por responsabilidad social, implicación de los profesionales pasa a ser implicación y competencia, etc.), se ha optimizado el esquema de FCE por mejora de la priorización de variables de impacto que se tienen en cuenta, se ha mejorado el CM, etc.

ANEXOS:

Anexo C 1.1.2: Estructura Estratégica **HUIC** 2021.

EVIDENCIAS

Documento de Estructura Estratégica del Hospital.
PE 2017-2020 y PE 2021-2024.

SUBCRITERIO 1.2: Identificar y Entender las Necesidades de los GI

1. Captación de necesidades y Expectativas de Clientes

E: El **HUIC** tiene identificados a sus GI clave y priorizado su impacto en P-M-V y estrategia, desde su primer proceso de autoevaluación EFQM y se actualiza en los diferentes procesos de elaboración del PE, en particular para clientes.

El Hospital tiene identificados sus clientes en base al tipo de relación que tienen con el hospital y a la diferenciación de necesidades clave entre ellos (pacientes de diferentes servicios y tipos, acompañantes, atención primaria y atención especializada)

La identificación de necesidades de los clientes se realiza mediante:

- Estudios de salud y de prevalencias del SERMAS y del propio Hospital.
- Contacto directo de los profesionales, que posteriormente trasladan las necesidades detectadas en las reuniones de gestión del hospital a diferentes niveles.
- Encuestas del SERMAS y propias generales (ejemplo servicios certificados ISO 9.001, otros como psiquiatría, etc.).
- Encuestas por “tótem” posicionados en los procesos clave como: Urgencias, CMA, CCEE, Hospitalización, etc. Estas encuestas, de 6-8 preguntas adaptadas al servicio y una abierta, permiten obtener información de los pacientes en continuo y la segmentación por servicios y unidades y generan informes mensuales que se están sistematizando para una gestión por servicios y unidades
- En Encuestas online específicas sobre ámbitos concretos, como, por ejemplo, para “telemedicina de consultas externas” que se realizan (a pacientes y profesionales) para evaluar necesidades y satisfacción con el sistema estructurado de atención no presencial tras la pandemia y, en base a este análisis estructurar satisfactoriamente esta modalidad de servicios.
- Proyecto de “Experiencia de Paciente” realizados con metodología de diseño y evaluación de los “viajes del paciente” por diferentes procesos de servicio. Tras un proyecto de Benchmarking con el H. Vall d’Hebron, el HUIC adopta la metodología aprendida en proyecto piloto (proceso de paritorio) y desarrolla proyectos en: UCI, Hospital de Día, Urgencias Pediátricas, Hospitalización Psiquiatría, etc.
- Informes del Servicio de Atención al Usuario con quejas, reclamaciones y sugerencias.
- El Consejo de Salud de Parla, al que pertenece el Hospital y que trasladan necesidades de atención a la población a la que representan.
- Dinámicas de colaboración con asociaciones de usuarios (Ej.: Asociación Contra el Cáncer, Fibromialgia, etc.)
- Estudios de la Comisión de Calidad Percibida del Hospital
- Los Estudios e interrelaciones con la alianza de Atención Primaria, en la que los responsables y profesionales trasladan necesidades a sus homólogos del Hospital en los diferentes foros de gestión de la continuidad asistencial y en los foros, grupos de trabajo y actividades de colaboración que se realizan. En estos ámbitos se recogen necesidades de los clientes usuarios identificadas por los profesionales de AP, así como las necesidades de dichos profesionales respecto al Hospital.
- Los Estudios e interrelaciones de la alianza con otros hospitales de la red sanitaria del SERMAS, en la que los responsables y profesionales de otros hospitales (H. de referencia, H. derivadores o a los que se derivan pacientes del **HUIC**) trasladan necesidades a sus homólogos del Hospital.
- Las aportaciones de múltiples colaboradores y aliados como red de apoyo social, los SS.SS., etc.

D: Todos los mecanismos indicados en el enfoque anterior se desarrollan sistemáticamente en el tiempo y la mayoría tiene protocolos / procedimientos de actuación.

La información captada sobre necesidades clave de los clientes a través de los mecanismos indicados se refleja en el cuadro de Análisis de GI del Hospital 2021 (anexo C1.2.1), que se actualiza en el proceso de planificación estratégica.

Estos mecanismos también permiten captar necesidades y expectativas más específicas de ámbitos o servicios concretos, que se canalizan hacia los procesos y procedimientos correspondientes.

El uso de esta información sobre necesidades y expectativas se plasma en dos ámbitos diferenciados:

- Para la estrategia de la organización se utilizan las necesidades clave de los diferentes segmentos de clientes y las evoluciones novedosas de las mismas. (Ej.: en el PE de 2021 se han marcado estrategias que tienen en cuenta la evolución de los pacientes por su relación con las nuevas tecnologías para el

desarrollo de una asistencia más cercana a donde está el paciente o mejorar la interrelación con el paciente y acompañantes, en base a la posibilidad de uso de nuevas tecnologías, compartir recursos con AP buscando mecanismos de colaboración y apoyo complementarios para paliar los déficit de capacidad y continuidad asistencial que han sufrido un gran desgaste consecuencia de la pandemia de COVID 19, o el desarrollo de la enfermería avanzada para la mejora del seguimiento a pacientes y propiciar un mayor nivel de coparticipación de dichos pacientes en su proceso de salud, etc.)

- En la gestión operativa de los servicios a prestar se utilizan todas las necesidades y expectativas detectadas para su ajuste (se establecen múltiples ejemplos a lo largo de la memoria de mejoras en función de expectativas de los pacientes y familiares similares a los cambios en comunicación pacientes – familiares – profesionales derivados de la situación de pandemia y las restricciones asociadas, etc.)

ER: El CD es el responsable en cada ciclo estratégico de evaluar las fuentes de información disponibles y los diferentes responsables de elementos concretos de los mismos. Todos estos responsables hacen una labor de análisis cualitativo y aprendizaje (trabajo con expertos externos, formación en planificación, autoevaluaciones, etc.) para evaluarlos.

Son ejemplos de **mejoras** derivadas de estas evaluaciones: la mejora de la segmentación de los clientes y la profundización de necesidades de cada segmento; la puesta en marcha del Consejo de Bienestar Social y Salud de Parla en el que se representan a los ciudadanos a atender (pacientes y acompañantes) y a los ámbitos de la Sociedad en la que viven, aumento de las asociaciones de pacientes con despacho en el Hospital, proyecto de “Experiencia de Paciente”, nuevas encuestas específicas online sobre procesos asistenciales no presenciales, nuevo sistema de encuestas para procesos clave en continuo por “tótems”, mejora de la articulación de la comunicación y gestión de la alianza con AP, etc.

ANEXOS:

Anexo C1.2.1: Análisis de GI del Hospital 2021.

EVIDENCIAS

Documento de Análisis de GI 2021 y planes estratégicos anteriores.

Encuestas del SERMAS y propias generales.

Encuestas específicas (Servicios certificados ISO 9001, nuevos procesos asistenciales no presenciales, ...)

Encuestas a pacientes en continuo para procesos clave y los informes a áreas y servicios.

Comisión de Calidad Percibida.

Documentación del Consejo de Salud de Parla.

Proyecto de experiencia de paciente.

Informes de atención al usuario.

Esquema de reuniones y colaboraciones con AP.

2. Captación de necesidades y Expectativas de Personas

E: El **HUIC** tiene identificados y segmentados a sus profesionales en base al tipo de relación que tienen con el hospital (Personal de plantilla y mandos intermedios, personal en formación que presta servicios en el hospital y sindicatos de representación de los profesionales).

La identificación de necesidades de los profesionales se realiza mediante:

- La interrelación sistemática con representantes sindicales, mediante informes y reuniones sistemáticas de seguimiento de la gestión de las personas.
- Los procesos de pacto y seguimiento de objetivos para todo el personal que se realizan anualmente, en el que se desarrollan reuniones externas con mandos para establecer los objetivos anuales y se estructuran reuniones de pacto, seguimiento y gestión en las que se trasladan las necesidades detectadas.
- Las encuestas de clima bienales.
- La interrelación de RR.HH. con el personal, tanto sistemática a través del portal del empleado, como directa en la gestión cotidiana de la gestión laboral y la gestión de conflictos y problemas del personal. Adicionalmente en los últimos años en la gestión específica de personal derivada del cambio de empresa pública a organización adscrita al SERMAS.
- Buzón de sugerencias de los profesionales.
- Equipos de proyecto para la mejora de la gestión de personas.
- El contacto directo de responsables y profesionales en sus dinámicas de gestión, en la que se tratan los problemas de los empleados y se trasladan a las direcciones y a RRHH.

- Los mecanismos de participación como la Junta Técnica Asistencial (componentes elegidos por los propios profesionales), las comisiones y comités, los equipos de trabajo, etc.
- Proyectos específicos de análisis de situación del Hospital, en los que se tratan las necesidades y problemas de los profesionales, como por ejemplo el proyecto de “Lecciones aprendidas COVID” en el que se ha trabajado con cuestionarios de análisis para personas y grupos focales en los que se han analizado las situaciones derivadas de la pandemia para las personas que trabajan en el Hospital y que se podía aprender y mejorar para el futuro.

D: La mayoría de los mecanismos comentados en el enfoque anterior se realizan de forma sistemática en periodicidad y en protocolos / procedimientos de actuación.

La información captada sobre necesidades clave de los profesionales a través de los mecanismos indicados se refleja en el cuadro de Análisis de GI del Hospital 2021 (anexo C1.2.1), que se actualiza en el proceso de planificación estratégica.

En tiempo de pandemia COVID se han realizado mecanismos de análisis de las necesidades de las personas adicionales para gestionar la situación de estrés del sistema sanitario y su afectación a los profesionales. En particular, en 2020 se realizó el proyecto “lecciones aprendidas COVID” (anexo C1.2.2 Análisis lecciones aprendidas COVID (apartado Liderazgo y Personas)) mediante la participación por encuestas y grupos de trabajo de muchos profesionales para valorar la situación del Hospital desde diferentes puntos de vista y en particular desde el punto de vista de “Liderazgo y Personas” para analizar la nueva situación existente, las necesidades generadas en las personas por la misma y que se había aprendido que nos permitiese hacer mejoras en la gestión de personas hacia el futuro.

El uso de esta información sobre necesidades y expectativas se plasma en dos ámbitos diferenciados:

- Para la estrategia de la organización se utilizan las necesidades clave, habiéndose reflejado estrategias para la mejora del Empowerment y la participación como la incorporación progresiva de todas las unidades a un modelo de gestión más participativo de “liderazgo compartido” y “dirección por objetivos” o la potenciación de la enfermería avanzada, que refuerza la corresponsabilidad de este colectivo en la persecución del propósito.
- En la gestión operativa y de procesos se canalizan las necesidades y expectativas de los profesionales más concretas para ajustar la gestión de personas, como por ejemplo: la potenciación de los mecanismos de conciliación y el establecimiento de mecanismos de refuerzo y apoyo para la gestión del estrés profesional de los trabajadores, más allá de la situación de pandemia, derivados del “análisis de lecciones aprendidas COVID” o los múltiples ejemplos de mejoras que aparecen en el criterio 3.2 de esta memoria.

ER: El CD con el liderazgo del D. de RRHH es el responsable en cada ciclo estratégico de evaluar las fuentes de información disponibles y los diferentes responsables de elementos concretos de los mismos. Todos estos responsables hacen una labor de análisis cualitativo y aprendizaje (trabajo con expertos externos, formación en planificación, autoevaluaciones, etc.) para evaluarlos.

Son ejemplos de **mejoras** derivadas de estas evaluaciones: el desarrollo de la Junta Técnica Asistencial, las mejoras sucesivas de los sistemas de encuestas de clima, el desarrollo del portal del empleado, la realización de encuestas a los alumnos de Enfermería (que han permitido modificar los objetivos y programas formativos y estas modificaciones las ha exportado la Universidad Complutense de Madrid a otros hospitales donde trabajan en prácticas sus alumnos, el desarrollo de proyectos de análisis de situación en el Hospital (recogiendo la sensibilidad propia de los responsables y por la escucha de los problemas existentes transmitidos por los profesionales). El proyecto “Análisis de Lecciones Aprendidas COVID”, además de cambios planificados para la gestión de personas en el corto y medio plazo (sistematización de teletrabajo en el hospital más allá de la pandemia, mejoras en PRL, sistema de apoyo al estrés de los profesionales, etc.) ha permitido iniciar un nuevo proyecto de potenciación de la participación de los profesionales “Cultura SUMAMOS”, que entre otros efectos ha resultado en la creación de equipos de responsabilidad de las estrategias en el reciente PE 2021-2024, etc.

ANEXOS

Anexo C1.2.2: Análisis lecciones aprendidas COVID (apartado Liderazgo y Personas)

EVIDENCIAS

Reuniones e informes con representantes sindicales
Junta Técnica Asistencial
Encuestas de Clima
Proyecto “Lecciones Aprendidas COVID”
Sistema de Objetivos del Hospital
Portal del Empleado

3. Captación de necesidades y Expectativas de Otros GI (Accionistas y Reguladores, Sociedad, Aliados y Proveedores)

E: En el **HUIC** se dispone de múltiples mecanismos para el conocimiento de las necesidades y expectativas de los diferentes GI, más allá de clientes y personas:

Los “**accionistas**” del Hospital son el **SERMAS** (administración sanitaria de la CM). Las necesidades del SERMAS se recogen a través de:

- El “mapa” sanitario del SERMAS, en el que se recogen las áreas sanitarias de cada centro, las responsabilidades asistenciales de cada uno en la red sanitaria pública, etc.
- Los Planes de Salud de la CM, en los que se definen las estrategias y objetivos de la red sanitaria pública.
- Los estudios y análisis del SERMAS y de la Consejería de Sanidad, en los que se reflejan los retos de la sanidad en la Comunidad y en sus diferentes áreas (análisis demográficos, de salud y prevalencia, de frecuentación, etc.).
- Los planes y objetivos acorto plazo, que se traducen al contrato de gestión con el que se pactan los objetivos y presupuestos del Hospital.
- Las Directrices y Reglamentaciones que se desarrollan para la ordenación y regulación del funcionamiento de la red sanitaria y sus centros.
- La aprobación y los seguimientos de planes y objetivos del Hospital por parte de los responsables del SERMAS (periódicamente los responsables generales y los responsables por áreas (como áreas asistenciales, áreas de RRHH, áreas económicas, áreas de SI, etc.) desarrollan reuniones de seguimiento y supervisión de sus ámbitos con los responsables del Hospital, en las que se transmiten necesidades, directrices, etc.
- La colaboración de nuestro Hospital con proyectos de mejora e innovación de la red SERMAS, siendo en muchos de ellos ámbito piloto de desarrollo e implantación (proyecto de gestión de competencias de líderes, proyectos de SI como e-consulta – MUP – Receta informatizada ..., proyecto de cronicidad, desarrollos de enfermería avanzada, proyectos asistenciales de salud menta, medicina interna, neurología, oncología, etc.)
- El SERMAS, además de con la normativa, los proyectos o los planes, nos da muestras de necesidades a futuro con los Planes de Formación de directivos, ya que están pensados para preparar el futuro de la Organización.

Las **necesidades de la Sociedad** se identifican mediante el contacto con los representantes sociales y con los propios usuarios, que son parte relevante de la sociedad en nuestra área de influencia:

- El Consejo de Bienestar y Salud de Parla, que tiene como integrantes a ayuntamientos, organizaciones sociales y ciudadanas, asociaciones de pacientes, representantes de la AP y del Hospital, etc.; y que se reúne periódicamente, liderado por el Gerente del **HUIC**, para tratar las problemáticas, las necesidades, la interrelación, ... y todos aquellos temas que según las circunstancias sean de interés.
- La interrelación con los agentes sociales de las Administraciones para el trabajo conjunto sobre las necesidades sociales del entorno.
- La interrelación con representantes de los ámbitos formativos (ej.: universidades, centros de formación, etc.) para el desarrollo del conocimiento a través de la docencia.
- La interrelación con asociaciones de carácter social / ONG´s, para recoger las necesidades identificadas y colaborar en el desarrollo de soluciones relacionadas con la salud o la representatividad del HUIC para sus áreas de referencia (sensibilización en centros educativos; charlas, sesiones y jornadas para usuarios efectivos y potenciales, colaboración en acción social, etc.).
- Las encuestas bienales a los representantes de la sociedad en nuestro entorno.

Las **necesidades de los Aliados y Proveedores clave** del **HUIC** se recogen principalmente a través de la “escucha activa” en la interrelación asociada a nuestra dinámica de alianzas (basada en alianzas de trabajo y gestión conjunta como se muestra en C 3.5 sobre algunas de nuestras alianzas más relevantes con AP, SC, etc.):

- Las interrelaciones para el establecimiento de acuerdos de colaboración.
- Las interrelaciones para el desarrollo de los proyectos de colaboración pactados.
- Las interrelaciones para la evaluación y mejora de los acuerdos de colaboración y de su funcionamiento.

D: La información captada sobre necesidades clave del SERMAS, de los Aliados y proveedores clave y de la Sociedad a través de los mecanismos indicados se refleja en el cuadro de Análisis de GI del Hospital 2021 (anexo C1.2.1), que se actualiza en el proceso de planificación estratégica.

El uso de la información sobre necesidades y expectativas de estos GI se realiza en los procesos de planificación, y con más visión temporal en la estrategia: desarrollo de la sostenibilidad como una prioridad marcada por nuestro entorno social, establecimiento de proyectos de digitalización o de desarrollo del “hospital sin paredes” son clara consecuencia del cambio social global y de sus individuos, que son nuestros usuarios, las estrategias de desarrollo de la continuidad asistencial, de humanización en la asistencia o de la gestión diferenciada del paciente crónico complejo son desarrolladas en nuestros planes porque son prioritarias para el SERMAS y, por tanto, adquieren ese mismo nivel de prioridad para el Hospital.

Al igual que en los otros GI comentados en este subcriterio, también las necesidades captadas por estos mecanismos nos llevan a la mejora e innovación de procesos, sistemas y enfoques de gestión relacionados con las actuaciones que impactan en estos colectivos, como: la mejora de la colaboración con los agentes sociales en la promoción de la salud, la incorporación al Instituto de Investigación Puerta de Hierro, la alianza con la Sociedad Española de Medicina Interna para la colaboración en proyectos de investigación, el desarrollo de alianzas de colaboración con muchos de nuestros proveedores clave (proyectos conjuntos de cultura de “no hacer” con UCR y con el Laboratorio Central, desarrollo de 12 grupos de trabajo conjuntos con la SC para análisis estructural y mejora de ambas organizaciones en los 12 servicios concesionados), proyectos de evaluación de la responsabilidad social del Hospital, etc.

ER: El CD es el responsable en cada ciclo estratégico de evaluar las fuentes de información disponibles para captar necesidades y expectativas de estos GI y los diferentes responsables de elementos concretos de los mismos de su ajuste. Todos estos responsables hacen una labor de análisis cualitativo y aprendizaje (trabajo con expertos externos, formación en planificación, autoevaluaciones, etc.) para evaluarlos.

Son ejemplos de **mejoras** derivadas de estas evaluaciones: la orientación del HUIC a ser siempre candidato al desarrollo de los proyectos piloto del SERMAS (en los que es un referente por su equilibrio entre organización de tamaño manejable, organización innovadora acostumbrada y flexible al cambio y organización con alta capacidad para aprender), desarrollo del liderazgo del Consejo de Salud y Bienestar de Parla, estrategia de “apertura a la sociedad”, que ha permitido mucha más interacción con organizaciones sociales y ciudadanas, el desarrollo de la colaboración en promoción de la salud, desarrollo y potenciación de alianzas con proveedores u otros actores del ecosistema en las que se trabaja sistemáticamente la colaboración para la mejora de ambas organizaciones, ...

ANEXOS

EVIDENCIAS

Reuniones e informes de SERMAS.

Presentaciones y acuerdos de Contrato Gestión.

Planes Estratégicos y Anuales.

Proyectos de colaboración con SERMAS.

Reuniones Consejo Salud y Bienestar.

Reuniones y acuerdos con aliados / proveedores clave.

Comisión Mixta de HUIC y SC con equipos de análisis y mejora.

Asociaciones con espacios en el Hospital.

Proyectos de colaboración con organizaciones sociales, centros formativos, Instituto Investigación Puerta Hierro.

Proyectos de promoción de la salud.

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

1. Comprensión del Ecosistema

El **HUIC** ha venido desarrollado análisis de su entorno en todos sus procesos de planificación estratégica, distinguiendo en dicho entorno:

- Grupos de Interés (ver C1.2)
- Entorno general y sectorial: el actual PE en desarrollo ha complementado y mejorado los análisis de entorno realizados en los PE anteriores, quedando como enfoque vigente para la comprensión del ecosistema:

Identificación, Análisis de impacto y Priorización de **Megatendencias** en base al impacto que en la actualidad y/o en el futuro tendrán para el Hospital y su entorno.

Identificación de **“actores principales” del sector** y análisis de su situación y posicionamiento en el mismo (se analizan: la “competencia”, las tendencias sectoriales, focos de “talento” y de “innovación / investigación”, el papel de “actores” como los medios de comunicación, los colegios profesionales y sociedades científicas del sector, etc.)

D: En el PE 2021-2024 el **HUIC** ha reflexionado sobre el nuevo concepto de la gestión moderna de “ecosistema” en el que se ha puesto de manifiesto la transcendencia del “entorno VUCA” en la actualidad, por lo que ha completado un nuevo análisis del entorno más completo y profundo:

- Se ha realizado un análisis de megatendencias (ver anexo C 1.3.1), más allá del análisis de tendencias sectoriales y del entorno cercano tradicional, en el que se han identificado las megatendencias a tener en cuenta, se han identificado los tipos de impacto que dichas megatendencias pueden tener en el futuro del hospital y se ha priorizado cuales de ellas deben ser tenidas en cuenta de manera prioritaria en la elaboración del nuevo PE.
- Se ha realizado un análisis de sector (ver anexo C 1.3.1) identificando cuales son los “actores” del mismo a tener en cuenta de forma prioritaria y cuál es nuestra interrelación actual con dichos actores.
- Se ha realizado un análisis detallado de los GI, segmentando dentro de cada grupo aquellos subgrupos que deben ser tenidos en cuenta en los planteamientos estratégicos del hospital (ver C 1.2)
- Con todo ello se ha explicitado un gráfico representativo del “Ecosistema” del Hospital (ver anexo C 1.3.1).

ER: La responsabilidad del adecuado análisis del entorno (ecosistema) es del CD, quien realiza valoraciones cualitativas y trabajo con expertos asociados a los ciclos de planificación estratégica, así como evaluaciones EFQM internas y externas y formación en gestión.

Las revisiones periódicas de nuestro análisis de comprensión de nuestro entorno han dado lugar a mejoras como: la formación de los directivos en las nuevas tendencias de análisis estratégico del entorno, una mejora en la profundidad y en el alcance del análisis de GI con segmentaciones por tipos para poder conocerlos mejor, desarrollo de la identificación y análisis de megatendencias generales y sectoriales con una amplitud mayor a los procesos estratégicos anteriores, un análisis más ordenado del “papel” que algunos componentes del sector pueden tener en el futuro, etc.

ANEXOS:

Anexo C 1.3.1: Análisis Ecosistema PE (Megatendencias, Sector, Esquema Ecosistema).

EVIDENCIAS

Documentación y análisis utilizados en los PE.

Conocimiento de la red sanitaria.

Análisis Estratégico (DAFOs) del PE 2021-2024.

Estrategias establecidas en los PE derivadas de los análisis del entorno.

2. Análisis de las Capacidades propias

E: El **HUIC** realiza diferentes análisis cualitativos y cuantitativos para evaluar sus capacidades:

Análisis de resultados y rendimientos en base a indicadores:

- CM de indicadores asociados a Objetivos y FCE.
- CM específicos de Direcciones / Servicios / Áreas
- Indicadores e informes de resultados económicos y seguimiento de presupuestos.

- Indicadores e informes de actividad asistencial.
- Indicadores e informes de percepción de pacientes y usuarios.
- Indicadores e informes de percepción de personas.
- Indicadores e informes de percepción social.
- Indicadores asociados al rendimiento de los procesos de la organización en sus diferentes áreas.
- Evaluaciones de diferentes fuentes como las auditorías ISO 9001, 14.001, 27.001, 179003, OHSAS 18.001 u otras.
- Benchmarking con distintas fuentes como: Observatorio de resultados del SERMAS, Sistema BSH (Best Standards Hospital) de comparación de datos de urgencias y hospitalización (benchmarking a nivel nacional de ASHO), sistema IASIST de comparación de indicadores de calidad y eficiencia asistencial, grupo de 6 hospitales “nuevos” de la red con los que se comparten servicios centrales y acuerdos de revisión de indicadores en algunas áreas, etc.

Además, para completar la evaluación de las capacidades internas se realizan los siguientes análisis “cualitativos”:

- Análisis de cumplimiento y efectividad de los Planes.
- Análisis estructurales específicos como: situación de los profesionales – RRHH, valoración de la situación tecnológica, valoración de espacios e infraestructuras, etc., que permitan ver puntos fuertes y áreas de mejora relativos a diferentes ámbitos de la organización.

D: Todos los ciclos estratégicos el HUIC realiza un análisis global de capacidades con la recopilación de información interna descrita con anterioridad en el enfoque para la elaboración del PE, por ejemplo para el PE 2021-2024:

- Se prepara un análisis de resultados con la información de los CM y los indicadores asociados a los mismos (datos económicos adicionales, datos de resultados de procesos clave, informes de percepción de clientes y personas, etc.) que reflejan la situación de los Objetivos y sus FCE. (ver anexo C 1.3.2)
- Se realiza una evaluación de cumplimiento y efectividad del PE (ver anexo C 1.3.2) en base a los indicadores de resultados y la realización de las diferentes actividades previstas, así como un análisis de posibles mejoras en contenido y en gestión del mismo.
- En 2020 se ha realizado adicionalmente un “Análisis de lecciones aprendidas de COVID”, ya que se ha considerado que esta situación ha promovido múltiples cambios organizativos y de actuaciones que pueden ser proyectadas hacia el futuro para impulsar la mejora y la innovación de la organización. (ver anexo C 1.2.2)

ER: El enfoque de medición de rendimientos internos es responsabilidad del CD, quien a través del aprendizaje en autoevaluaciones internas y externas y el trabajo en planificación con expertos externos, establece oportunidades de mejora. También los responsables de mecanismos concretos realizan su análisis de mejora sistemática.

Fruto de estas actuaciones de revisión son **mejoras** como: la valoración de los resultados del Hospital según la estructura estratégica de objetivos fundamentales y sus FCE, que permite sacar conclusiones sobre los elementos importantes de la gestión, la realización de un análisis de cumplimiento y resultados de los PE anteriores, la realización en 2020 de un análisis complementario asociado a la situación especial derivada de la pandemia de COVID (“análisis de lecciones aprendidas COVID”), etc.

ANEXOS:

Anexo C 1.3.2: Análisis de Capacidades Internas (Resultados, PE 2016-2020).

EVIDENCIAS

Planes Estratégicos.

Encuestas / Informes GI (usuarios, profesionales, sociedad)

Cuadros de Mando (General y de Áreas)

Indicadores de procesos.

Análisis de resultados.

Análisis estructurales.

Análisis de cumplimiento y eficacia del PE 2017-2020

Análisis lecciones aprendidas COVID.

3. Identificación de Principales Retos Estratégicos

E: La identificación y caracterización de los principales retos de la organización se realiza mediante el trabajo participativo del Equipo de Planificación en:

- El análisis conjunto y transversal de toda la información recogida y los análisis parciales comentados en los subcriterios 1.2 y 1.3 mediante la utilización del análisis DAFO y la priorización de fortalezas / debilidades / oportunidades / amenazas.
- La extracción del análisis DAFO de los retos más importantes que se derivan del análisis estratégico y su explicitación como punto de partida para la fase de formulación de estrategias.

D: En los últimos procesos de análisis estratégico, en particular en el actual PE 2021-2024, tras la revisión de la identificación de Objetivos Fundamentales y sus FCE correspondientes, se realiza un análisis DAFO más profundo y pormenorizado de la organización de lo que es habitual en muchas empresas, ya que se realiza un DAFO específico por cada uno de los Objetivos Fundamentales definidos para el Hospital (ver anexo C 1.3.3).

A partir de los DAFOs realizados, se establecen y priorizan los principales retos a los que el HUIC debe dar respuesta en los próximos años. (ver anexo C 1.3.3)

ER: La responsabilidad de gestión del análisis estratégico es del CD, responsable del proceso de planificación estratégica, quien lo evalúa mediante el análisis de cumplimiento y efectividad de los planes anteriores y con el aprendizaje derivado del trabajo conjunto con expertos, de las evaluaciones EFQM y de la formación en gestión recibida.

Derivadas de estas evaluaciones se han realizado mejoras en la elaboración del último PE como: las mejoras de información del entorno e interna para la elaboración del análisis DAFO que se han comentado en enfoques anteriores, ajuste de los objetivos fundamentales y de sus FCE en cada proceso estratégico, realización de un DAFO por cada uno de los objetivos fundamentales en los dos últimos planes, una nueva fase de establecimiento explícito y priorización de los retos estratégicos en el PE 2021-2024 para comprender y comunicar mejor dichos retos, etc.

ANEXOS:

Anexo C 1.3.3: Análisis Estratégico (Análisis DAFO por objetivos, Definición Retos).

EVIDENCIAS

Planes Estratégicos.

Informes de recopilación de información del entorno e interna.

DAFO por objetivos fundamentales en PE 2021-2024.

Análisis de retos estratégicos en PE 2021-2024.

SUBCRITERIO 1.4: Desarrollar la Estrategia

1. Planificación y Despliegue de la Estrategia

E: El **HUIC** dispone de un proceso de planificación estratégica, en el que se establecen las siguientes fases clave para la elaboración y despliegue del PE:

- Formación de **Equipo de Planificación** en el que participan los componentes del CD y mandos / profesionales del Hospital.
- Revisión y **actualización del propósito - misión, visión y valores** y se establece la **estructura estratégica** derivada de la definición de la organización (objetivos fundamentales -OF- derivados de PMVV, sus FCE y el cuadro de mando que permite la evaluación de dichos objetivos), para focalizar la recogida de información, los análisis estratégicos y la formulación de estrategias sobre los OF (ver C 1.1)
- **Recopilación de información interna y externa** (ver C 1.2 y 1.3)
- **Reflexión Estratégica** mediante un análisis DAFO que recopila todas las conclusiones obtenidas de la información recopilada y realiza un diagnóstico estratégico en el que se identifican y priorizan los retos estratégicos que sirven para abordar la fase de formulación de la estrategia. (ver C 1.3)
- **Formulación de la Estrategia**, en la que se identifican posibles estrategias para abordar los retos identificados y se trabaja con ellas en la configuración de las estrategias definitivas con criterios de maximización de impacto en los diferentes Objetivos fundamentales (búsqueda de estrategias transversales que permitan incidir en varios de los objetivos para dar eficiencia al esfuerzo de desarrollo del plan). Esta fase se realiza mediante una actuación inicial de creatividad en base a la aportación individual de ideas de los diferentes componentes del equipo y una fase de trabajo lógico en la que se busca la generación de estrategias que recojan y agrupen las ventajas de las ideas aportadas y minimicen sus problemáticas de desarrollo. Para cada estrategia se fijan los objetivos y metas a alcanzar.
- **Estructuración de las Estrategias** formuladas, mediante un análisis de factores clave de éxito de cada estrategia, en la que se definen y secuencian los proyectos y líneas de trabajo a desarrollar para alcanzar los objetivos establecidos.
- **Despliegue de la Estrategia a Planes Anuales**, el **HUIC** establece un PGA (plan de gestión anual), en el que se integran: Objetivos y actuaciones derivados de la estrategia, el Contrato de Gestión con el SERMAS y los análisis de mejoras / necesidades del año para los procesos clave asistenciales, para otros procesos relevantes y proyectos de desarrollo.
Estos objetivos son la base sobre la que se pactan y fijan los objetivos de los profesionales para los incentivos del sistema de remuneración.

D: El **HUIC**, desde 2008, ha realizado un plan director y varios PE (2012-2015, 2015-2020, 2021-2024), en los que se ha ido mejorando la sistemática de planificación con la colaboración de expertos externos.

En los procesos realizados a partir de 2014, los planes estratégicos han seguido los pasos establecidos en el enfoque. El uso de la estructura estratégica ha asegurado que se han analizado y establecido estrategias para todos los ámbitos relevantes de la gestión del Hospital (pacientes y red sanitaria, valor añadido, capacidad e implicación de personal, sostenibilidad económica, responsabilidad social corporativa, e imagen), ya que los Objetivos Fundamentales reflejan todos estos ámbitos clave.

Se dispone de PAG anualmente con los objetivos globales del Hospital y los objetivos del CG con el SERMAS. Desde 2014 estos planes unifican todas las actuaciones planificadas, ya que antes convivían planes derivados de la estrategia, planes derivados del Contrato de Gestión, planes derivados de autoevaluaciones, etc.

La D. de Enfermería realiza un análisis de la implicación y el impacto en la dirección de la estrategia del hospital: "PE Enfermería", que se muestra como una herramienta eficaz de comunicación, implicación y alineamiento de sus esfuerzos de mejora e innovación en la estrategia del Hospital (ver anexo C 1.4.2).

El proceso más reciente ha sido el realizado en el primer semestre de 2021 (en 2020 se retasó la elaboración del siguiente plan por la pandemia COVID) y los anexos y ejemplos de PMVV, estructura estratégica, análisis de información del entorno, análisis de GI, análisis de capacidades internas y análisis estratégico y de retos; que se reflejan en los subcriterios anteriores de esta memoria, corresponde a dicho proceso de planificación. En el PE 2021-2024 (ver anexo C 1.4.1) se han definido 9 estrategias, con 19 proyectos estratégicos para desarrollarlas. Se ha establecido un cuadro de impacto de estrategias en Objetivos Fundamentales que muestra el criterio "multi impacto" utilizado para construir las estrategias finales.

E R: La responsabilidad del enfoque de planificación estratégica es del CD, quienes, a través de la evaluación de los resultados, de la formación en gestión, de la colaboración con expertos externos y de los resultados de las autoevaluaciones EFQM, han ido mejorando la solidez de la planificación estratégica.

Son ejemplos de **mejoras** en base a estas evaluaciones: mejora de la información interna y externa y mejora del análisis estratégico (ver C 1.2 y 1.3), mejora de la definición y explicación de retos estratégicos, mejora de la estructuración de cada estrategia para alinear esfuerzos y sinergias de su desarrollo (dispersión de actuaciones en PE anteriores que dificultan su gestión y su efectividad), desarrollo de los PE de Enfermería desplegados desde los PE generales del Hospital (PE 2017-2020 y PE 2021-2024, Nuevo sistema de Equipos Responsables de Estrategias, etc.

ANEXOS:

Anexo C 1.4.1: Estrategias PE 2021-2024.

Anexo C 1.4.2: Despliegue PE Enfermería.

EVIDENCIAS

Planes Estratégicos.

Planes Anuales.

PE Enfermería

CG (contratos de gestión)

Pactos de objetivos

Informes de impacto y seguimiento de objetivos – objetivos CG

2. Participación y Comunicación en la estrategia.

E: El **HUIC** basa su estrategia de comunicación e integración de las personas en dos líneas de trabajo concurrentes:

Participación

- En el Hospital se realiza una definición de MVV y una PE participativa
- Se establecen equipos de participación abierta como Equipos Responsables de las Estrategias.
- Los PAG se establecen igualmente de forma participativa mediante una reunión de despliegue con mandos (que se realiza fuera del hospital) y un sistema de pacto de objetivos en cascada desde la Dirección a los Servicios/Áreas y Profesionales.
- Los resultados y objetivos se siguen y gestionan mediante reuniones sistemáticas y periódicas de Dirección-Responsables de Servicios/Áreas y de Responsables de Servicios /Áreas con los profesionales de los mismos.
- Diferentes Comisiones del Hospital tienen asignados objetivos anuales del PAG y los trabajan y gestionan sistemáticamente a lo largo del año.

Comunicación

- El **HUIC** dispone de una sistemática de comunicación de PMVV, Planes y Objetivos en cascada Dirección-Responsables-Profesionales.
- Además, se dispone de información al respecto en la intranet, el manual de acogida, distribución vía correo electrónico, etc.
- Los objetivos anuales por servicios/áreas se comunican a través de reuniones anuales de presentación y reuniones periódicas para el seguimiento de los mismos.
- También se comunican dichos objetivos a través de la intranet, tabloneros y a través del CM que se envía mensualmente a todos los servicios/áreas.
- Todos los Servicios tienen 2 reuniones al año con CD con orden del día y actas.

D: Los elementos de participación y comunicación indicados en el enfoque anterior se desarrollan sistemáticamente cada año en el Hospital, fruto de lo cual en la encuesta de clima “exprésate” de 2018 (no hay posteriores por la situación y restricciones de la pandemia) más de un 60% de profesionales valoraban su “compromiso personal con el propósito/misión y los objetivos del Hospital” con una puntuación superior a 7 sobre 10 y un 85% con una puntuación superior a 5 sobre 10.

Por ejemplo, el PE 2021-2024:

- Se ha creado una dinámica de participación asociada a la “Cultura Sumamos” que establece Equipos Responsables de cada Estrategia en los que participan profesionales.
- Se ha comunicado en cascada mediante reuniones del CD con la JTA, con la JP, con todos los Mandos.
- Se ha creado un espacio específico y modernizado en la intranet para aportar informaciones, noticias,

resultados, etc. relacionados con su desarrollo y sus logros.

- Se ha elaborado un resumen ejecutivo del PE y se ha enviado un correo a todo el personal con el resumen y un enlace al PE general.
- Se está trabajando en que el espacio de PE sea interactivo y recoja la participación de los profesionales.
- Se ha establecido una encuesta de conocimiento del PE al finalizar el primer cuatrimestre del año 2022.

ER: La responsabilidad de la evaluación y revisión de la calidad y efectividad de la comunicación de PMVV, Planes y Objetivos está asignada a la Gerencia y al responsable de Comunicación, quienes disponen de la encuesta de clima bienal y de la colaboración del grupo de mejora de la satisfacción de personas (hizo una encuesta específica en este campo de comunicación), así como de los representantes de los trabajadores y expertos externos.

Son ejemplos de **mejora** derivados de las evaluaciones, aprendizajes y del trabajo del grupo de mejora y la encuesta específica de comunicación interna: la extensión del correo interno personal, la mejora de la Intranet o la potenciación de la comunicación en cascada asociada a la difusión de PMVV, Planes, Objetivos y Resultados (PE 2017-2020 / PE 2021-2024) y, posteriormente, se ha mejorado nuevamente los contenidos y estructura de la intranet, se ha aumentado la frecuencia de reuniones de las direcciones asistenciales con sus mandos, se han sistematizado las reuniones del área de enfermería y se han establecido 2 reuniones al año del CD con todos los servicios, se ha creado la reunión de planificación de los mandos, se ha realizado un plan de comunicación, se ha implantado el buzón de sugerencias, se han creado los Equipos Responsables de Estrategia con participación abierta a los profesionales, etc.

ANEXOS:

EVIDENCIAS

Planes Estratégicos.

Planes Anuales.

PE Enfermería

Planes anuales de gestión (PAG)

Reuniones de planificación con mandos.

Reuniones e Informes de seguimiento de objetivos.

Sistemas de pactos de objetivos y de incentivos por objetivos.

SUBCRITERIO 1.5: Diseñar e Implantar un sistema de Gestión y de Gobierno.

1. Sistemas de Gobierno y Gestión.

E: El **HUIC** es un centro integrado en la red sanitaria pública de la CM (SERMAS)

Sistema de Gobierno

Tras el desarrollo legislativo nacional y de la CM sobre transparencia y buen gobierno (*ley 19/2013, de 9 de diciembre, de transparencia, acceso a la información pública y buen gobierno // ley 11/2017 de 22 de diciembre, de buen gobierno y profesionalización de la gestión de los centros y organizaciones sanitarias del Servicio Madrileño de salud*):

El SERMAS ha trasladado al Contrato Programa las características del sistema de gobierno y supervisión del Hospital:

- Se establece anualmente un Contrato de Gestión con las Gerencias de los Hospitales de la red, que vincula la financiación y los recursos aportados a los resultados y datos de actividad y calidad.
- El CG se despliega en cada Gerencia mediante acuerdos de gestión con los diferentes servicios y unidades que la componen.
- El cumplimiento del CG se realizará por medio de un CM con los indicadores establecidos para cada ámbito de objetivos de resultados y el control de gestión se realizará trimestralmente.
- Se realizan reuniones de aprobación de planes y objetivos y reuniones periódicas de seguimiento de los órganos de gobierno del SERMAS con la Gerencia y los Directores o responsables de ámbitos asistenciales (D. Medica y D. Enfermería), de ámbito Económico (D. Administración y Servicios Generales), de ámbito de personal (D. RRHH) u otros más específicos como Sistemas de Información.

El **HUIC** ha trabajado en un plan de actuación para adaptar su documentación y actuación a la normativa vigente. A través de dicho plan se han realizado las siguientes actuaciones:

- Redacción del Código Ético del Hospital.
- Actualizar el Reglamento de Régimen Interno a las características y circunstancias actuales del Hospital.
- Actualización del Organigrama y Adecuación de los órganos de asesoramiento del Hospital.
- Elaboración y desarrollo del Plan de Comunicación y Transparencia, para adecuar nuestras comunicaciones y publicaciones de gestión / normativa, ... (portal de transparencia, objetivos y cumplimiento, transparencia en contratación, información económica, etc.)

Sistema de Gestión

La gestión del **HUIC** está estructurada en base a:

- La planificación estratégica, liderada por el CD, que establece los objetivos y líneas de trabajo del Hospital.
- La planificación anual, desplegada a partir del PE, el CG (Contrato de Gestión) y los resultados anuales
- La gestión operativa sistemática en cascada desde el CD y las Direcciones correspondientes a los servicios/áreas del Hospital, en la que se realiza el seguimiento de los planes y objetivos anuales, las incidencias y problemáticas organizativas y de las actividades de los servicios/áreas.
- La gestión de los procesos y proyectos, tanto aquellos que están certificados por ISO 9001 u otras certificaciones, como aquellos que sin certificación siguen una dinámica de procedimentación, seguimiento y control, mejora e innovación con ciclos básicamente anuales.
- La aportación de las Comisiones en sus áreas de responsabilidad, que son equipos de trabajo encargados del apoyo o la gestión de elementos especializados y/o transversales.

D: La gestión específica del CG (objetivos contrato gestión) tiene un establecimiento de Objetivos anual y una revisión trimestral, tras la que se reporta sistemáticamente al SERMAS.

Se realizan sistemáticamente reuniones con la Gerencia del Hospital y con sus Direcciones (D. Medica, D. enfermería, D. Continuidad asistencial, D. Económica y D. de RRHH, Área de SI), además de realizar el envío de los informes e informaciones que refleja el CG, así como otros informes específicos que se requieren para el análisis y seguimiento de proyectos o problemas concretos.

El despliegue de la planificación estratégica se define en el criterio 1.4.

El despliegue de la planificación anual se realiza en el último trimestre del año, por parte del CD, con el apoyo de la Junta Técnico Asistencial y los Mandos Intermedios (responsables de Áreas / Servicios y Departamentos) mediante un sistema de reuniones de planificación y el sistema de pacto de objetivos en cascada hasta los profesionales del Hospital.

El Seguimiento de Actuaciones/Planes/Objetivos, se realiza mediante una sistemática de reuniones en cascada (CD, D. – Mandos, Mandos – Profesionales) semanales y mensuales, con la información de los cuadros de mando generales, por procesos clave y por Servicios/Áreas con revisiones en profundidad de los CM operativos.

La gestión de los procesos certificados se audita anualmente y la gestión de procesos no certificados se desarrolla asociada a la gestión operativa de los servicios/áreas con ciclos anuales de revisión.

Las diferentes Comisiones del hospital (farmacia, responsabilidad social sanitaria, calidad percibida, ética, gestión de personas, humanización, hasta 37 equipos de gestión y apoyo tanto de ámbitos asistenciales como no asistenciales), tienen todas un reglamento de funcionamiento, que establece funciones y responsabilidades, sistemática de funcionamiento, etc.

ER: La responsabilidad del sistema de gobierno es principalmente del SERMAS y la responsabilidad del sistema de gestión es del CD del Hospital, quien evalúa su funcionamiento a través de los resultados de la organización, las aportaciones de los profesionales implicados, las autoevaluaciones EFQM, etc.

Fruto de estas evaluaciones se han realizado mejoras como: el cambio jurídico del Hospital pasando de ser empresa pública a organismo perteneciente al SERMAS, la progresiva mejora del enfoque de PE, el desarrollo de un PAG único que recoge todos los objetivos y actuaciones generales del Hospital, creación de la Junta Técnico Asistencial que apoya al CD en los procesos de planificación y gestión de planes, el desarrollo de múltiples comisiones según se requiere la gestión de aspectos transversales, etc.

ANEXOS:

EVIDENCIAS

Código Ético del Hospital.
Reglamento de régimen interno.
Plan de comunicación y transparencia.
Planes estratégicos y anuales.
Contratos de Gestión.
Reglamentos e informes de comisiones.
Reuniones y Actas del CD.
Reuniones de direcciones / servicios / áreas.
CM generales y específicos.

CRITERIO 2: CULTURA DE LA ORGANIZACIÓN Y LIDERAZGO

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

1. Definir y gestionar la cultura de la organización

E: El **HUIC** define sus valores y rasgos principales de la cultura deseada en la definición de propósito, misión, visión y valores del Hospital.

Los principales mecanismos para el desarrollo de la cultura del Hospital son:

- La definición y divulgación de PMVV
Los principios y valores básicos del Hospital están presentes en las definiciones de PMVV, por lo que los mecanismos de divulgación de los mismos sirven para dar a conocer y promover la cultura deseada (ver C 1.1 anexo C 1.1.1)
- La definición y gestión del modelo de liderazgo
El **HUIC** dispone de un modelo de liderazgo definido, que establece las características de los líderes del centro para desarrollar los objetivos y la cultura que entendemos nos ayuda a alcanzar dichos objetivos. Asociándose a estas características, el HUIC desarrolla la evaluación de clima, la formación de líderes, la evaluación de desempeño de líderes (proyecto piloto) orientadas por los valores a sustentar en el Hospital.
- Los planes de Formación
En los planes de formación elaborados anualmente por la comisión de formación y el CD, se desarrolla sistemáticamente formación para líderes y formación para los profesionales que permita reforzar los valores del Hospital
- El desarrollo del Modelo de Gestión
El **HUIC** viene trabajando desde hace muchos años un modelo de gestión orientado por los principios de la excelencia, en el que aspectos como el compromiso, la participación y la corresponsabilidad, la mejora y la innovación, el usuario como paciente y como persona, etc. marcan los enfoques y herramientas de gestión desarrolladas.
- El desarrollo del Modelo Asistencial
El modelo asistencial del HUIC tiene:
Al paciente como referencia de calidad asistencial y de humanización
A las personas como el mejor activo del Hospital cuidando su competencia, su desarrollo y su implicación.
A la mejora y la innovación como forma para buscar una asistencia más eficaz, más valorada por los pacientes y más eficiente.

D: Los valores son revisados y actualizados en todos los procesos de planificación estratégica realizados, junto con el propósito, la misión y la visión. Son ejemplos de despliegue de los mecanismos de gestión y desarrollo de la cultura del **HUIC**:

El modelo de liderazgo definido se integra en las encuestas de clima desde la primera en 2010 hasta la última en 2018 (en la que se mejora la evaluación de directivos y de superiores directos), los líderes reciben formación con cursos generales para todos los mandos en 2013, 2014, 2017 y en 2018, con el programa piloto de evaluación del desempeño de mandos con encuestas a sus colaboradores en el que participaron el CD y 60 mandos, se realizó formación de coaching para todos los implicados y planes de mejora personal de los evaluados (ver anexo C 2.1.1).

El modelo de gestión tiene múltiples enfoques de participación y empowerment en la gestión de la planificación y en la gestión operativa (PE participativos, reunión de mandos para despliegue de objetivos a PAG, junta técnica asistencial, 37 Comisiones / Equipos de trabajo estables, etc.), por ejemplo: un 60% de los profesionales valora >7 su satisfacción con su participación en la gestión en su área de trabajo. También se orienta a la innovación, siendo un referente para proyectos piloto del SERMAS (ver criterio 2.3)

E R: La responsabilidad de la gestión de la cultura de la organización es del CD, quienes valoran su adecuación a través de los resultados de clima laboral, las valoraciones y quejas-sugerencias de los usuarios, así como cualitativamente a través del contacto continuo con los profesionales, la gestión de incidencias de servicio, la formación en gestión y liderazgo de los responsables, etc.

Fruto de estas evaluaciones se han realizado mejoras como: adecuación de la formulación de valores desde el punto de vista de contenidos y de formulación para la comunicación, proyecto piloto de la red SERMAS

para la evaluación 180° de desempeño de líderes, formación en coaching a más de 60 líderes, desarrollo creciente de los mecanismos de participación y empowerment, nueva estrategia de “desarrollo de la cultura del emprendimiento” en el PE 2021-2024, desarrollo de Planes de “Empatía” anuales para el desarrollo del modelo asistencial en el ámbito de la humanización y la orientación al paciente, etc.

ANEXOS:

Anexo C 2.1.1: Proyecto piloto de Gestión de Desempeño de Líderes.

EVIDENCIAS

Planes Estratégicos (PMVV)
Procesos de comunicación de PMVV / PE
Modelo asistencial
Modelo de liderazgo
Planes formación

SUBCRITERIO 2.2: Crear las condiciones para hacer realidad el cambio

1. Gestión del Cambio

E: El **HUIC** es una organización altamente dinámica en continuo cambio e innovación, que dispone de **mecanismos para promover la flexibilidad y gestionar los cambios** de forma ordenada, estructurada y con garantía de éxito:

La **Planificación Estratégica y Anual** (ver C1) en la que se identifican los cambios y transformaciones necesarias para la consecución del propósito y la visión del Hospital y, bajo cuyo “paraguas”, se gestionan los principales proyectos de cambio y transformación siguiendo los esquemas de gestión participativa y escalonada ya comentados en C1.

La **Gestión de la Mejora Continua** en la que se establece el principio de mejora a partir de la evaluación y el aprendizaje en las actividades y procesos de la organización.

La **Gestión de la Innovación** (ver C2.3) en la que se trabaja en:

- Proyectos de desarrollo de los servicios que presta.
- Proyectos de mejora tecnológica en técnicas y equipamientos asistenciales.
- La Gestión de la Investigación, mediante la incorporación al Instituto de Investigación del H. Puerta de Hierro.

La **Gestión de Proyectos**, sistemática mediante la cual se desarrollan los principales proyectos que desarrollan los cambios y transformaciones más relevantes del Hospital, a través de equipos y comisiones.

El desarrollo de una **cultura de participación / corresponsabilidad e innovación** (ver C 1.1) en los cambios a través de la participación en la gestión operativa de áreas y procesos y de la participación en el desarrollo de los proyectos de mejora e innovación con Comisiones y Equipos de Proyecto.

D: El **HUIC** desarrolla planes estratégicos sistemáticamente, que establecen los cambios más relevantes de la organización, que se despliegan anualmente mediante su sistema de despliegue de objetivos a PAG.

Son ejemplos de proyectos de cambio y transformación del Hospital derivados de la estrategia en los últimos años:

- El desarrollo de la Enfermería Avanzada, que inicialmente apareció como una innovación de funcionamiento y se ha convertido en un área de transformación de una parte del modelo asistencial.
- El desarrollo de la seguridad de los pacientes hasta la certificación ISO 179003.
- Los proyectos de desarrollo docente pre y post grado.
- El enfoque de potenciación de la investigación con proyectos como la incorporación al instituto de Investigación del Hospital Puerta de Hierro o el desarrollo del Club de Investigación de Enfermería (pionero en el sector)
- Etc.

E R: El enfoque global de flexibilidad y gestión del cambio es responsabilidad del CD, si bien los enfoques de elementos específicos son responsabilidad de profesionales / equipos específicos (responsables de equipos, responsables de áreas, comisiones, etc.)

El CD trabaja la mejora del enfoque global en basen a los resultados de la organización en su conjunto y los resultados de los proyectos desarrollados, así como el trabajo con expertos.

Fruto de estas evaluaciones son mejoras como: Mejora del proceso de Planificación Estratégica, autoevaluaciones EFQM internas y externas para el aprendizaje y mejora en gestión, el desarrollo del sistema de comisiones (Comisión de RRS, Comisión de Calidad Percibida, ...), etc.

ANEXOS:

EVIDENCIAS

Planes Estratégicos.
Planes / Objetivos Anuales.
Proyectos de innovación.
Proyectos de investigación.
Comisiones.

SUBCRITERIO 2.3: Estimular la creatividad y la innovación

1. Gestión de la Innovación

E: El **HUIC** gestiona como innovaciones: las mejoras en técnicas y enfoques asistenciales y de atención a los pacientes, la tecnología de los equipamientos, la tecnología de los SI y los enfoques de gestión y organización del hospital (ver anexo C 2.3.1).

Existen dos vías para la gestión de la innovación:

Gestión Innovación

- Los Servicios y Áreas hacen una vigilancia tecnológica mediante su asistencia a congresos y foros especializados, el intercambio con otros hospitales, la lectura de bibliografía técnica y revistas especializadas del sector, su interrelación con los proveedores sanitarios, expertos externos, proyectos de benchmarking, etc.
- Las oportunidades de mejora se canalizan hasta la Dirección mediante propuestas justificadas en las que se establecen los beneficios asistenciales, en eficiencia, etc.
- El CD evalúa y prioriza los proyectos de innovación y los canaliza a los planes (con un circuito de aprobación por el SERMAS cuando afectan a la cartera de servicios o requieren financiación especial).
- Una vez son proyectos aprobados se gestionan como tales mediante un responsable y, en general, con un equipo multidisciplinar y se supervisan por las Direcciones correspondientes y por el CD.
- En base a los estudios y proyectos del SERMAS se plantean proyectos de innovación (generalmente asociados a cartera de servicios, mejora de servicios, sistemas de información, mejoras de organización y gestión) que una vez aprobados se gestionan de forma similar a los proyectos internos.

Gestión de la Investigación

Las iniciativas de investigación generan muy a menudo proyectos de innovación (ej.: proyecto de actividad física), ya que una buena parte de la investigación realizada en hospitales como el nuestro se orienta a la mejora de servicios asistenciales directamente.

Se dispone de una Comisión de Investigación que gestiona:

- La interrelación con el Instituto de Investigación Puerta de Hierro (IIPH), en el que nuestro hospital está integrado, trabajando en la identificación y gestión de áreas de investigación del Instituto en las que nos podemos integrar y en la gestión del desarrollo de nuestras iniciativas en el marco del Instituto
- La promoción de investigadores a través de la formación en investigación, la facilitación de la generación de proyectos de investigación y la canalización en procesos de financiación de los mismos, etc.
- También disponemos del Club de Investigación de Enfermería (ver criterio 3, anexo C 3.2.2), iniciativa que nos está permitiendo contribuir a la investigación enfermera (no muy extendida en el sector) y también al cambio de rol desarrollado en el Hospital con la “Enfermería avanzada”.

D: El **HUIC** es pionero y referente en múltiples campos por su desarrollo de la innovación y su producción en investigación es creciente, como por ejemplo:

Desarrollo de los roles de enfermería: con múltiples líneas de enfermería avanzada pioneras (ej.: consultas de continuidad asistencial, figuras de gestoras de casos para diferentes ámbitos asistenciales, consultas de ostomias, canalización de catéter central periférico, seguimientos tras altas, etc.) o el desarrollo del Club de Investigación de Enfermería, también pionero en su clase en el sector. (ver criterio 3, anexo C 3.2.2)

Desarrollo de SI corporativos para la red SERMAS, en los que el HUIC desarrolla los proyectos piloto, por ejemplo: desarrollo de “selene mobility”, desarrollo de MTU, e-consulta, receta informatizada, etc.

Desarrollo de servicios como el proyecto “PRES-ACTIV” de prescripción de actividad física (ver anexo C 2.3.2), programa de atención al paciente crónico complejo por el que el Hospital ha sido premiado, desarrollo del proyecto “empatía” y los proyectos sobre experiencia de paciente en el hospital (Urgencias pediátricas, UCI, Hospitalización Psiquiátrica, Paritorio, etc.), humanización en UCI puertas abiertas o proyecto “SueñON”, centrales de monitorización de pacientes en UCI y Paritorio, cirugía robótica flexible, etc.

E R: La responsabilidad de la evaluación del enfoque global de innovación es del CD, si bien sus diferentes mecanismos tienen responsabilidades de gestión específicas. Para dicha evaluación se dispone de indicadores de resultados de proyectos de innovación, valoraciones de los participantes y aliados en dichos proyectos, etc.

En función de estos elementos de evaluación y aprendizaje se han realizado **mejoras** como: desarrollo del Club de Investigación de Enfermería, desarrollo de la integración en el Instituto de Investigación del H. Puerta de Hierro, benchmarking de innovaciones internas de diferentes servicios (atención domiciliaria quirúrgica como extensión de la atención domiciliaria médica, uso de la e-consulta existente con AP como derivación desde atención primaria de pacientes, alta precoz de urgencias con seguimiento domiciliario), etc.

ANEXOS:

Anexo C 2.3.1: Proyectos de Innovación de los últimos años.

Anexo C 2.3.2: Ejemplos de proyecto de innovación en servicios “Actividad Física”

EVIDENCIAS

Proyectos de innovación / investigación.

Proyectos de benchmarking.

Informes de comisiones y equipos.

SUBCRITERIO 2.4: Unirse y Comprometerse en torno a un propósito, visión y estrategia.

1. Participación y Comunicación para la Integración de los profesionales en el proyecto empresa.

E: Para el **HUIC** el alineamiento y la integración en el proyecto de empresa es un factor fundamental ya que forma parte de sus objetivos fundamentales y de su estrategia.

Para conseguir este alineamiento e integración se suman los efectos de mecanismos de participación y comunicación (ver C 1.4):

Participación (ver C 5.1 sistema de gestión funcionamiento):

- Sistemas de PE y PA participativos, en los que colaboran los mandos y otros profesionales clave.
- Definición de objetivos anuales y su pacto con Dirección en cascada de servicios y áreas del Hospital. Integración de Objetivos del Hospital con el sistema de remuneración por objetivos.
- Seguimiento sistemático de los planes en las reuniones de gestión operativa de CD, Direcciones, Servicios y Áreas.
- Dinámicas de “Participación Activa” (ver anexo C 2.4.1): Comisiones, Juntas y Equipos de proyecto / mejora, que tienen responsabilidad sobre el análisis y la mejora / innovación de aspectos del hospital y su funcionamiento en continuo o en proyectos específicos.

Comunicación:

- Esquema de reuniones de presentación / comunicación de PMVV y estrategia – planes anuales y resultados:
 - Reuniones con la JTA.
 - Reuniones con la JP.
 - Reuniones con los mandos.
 - Realización de 2 reuniones anuales del CD con cada servicio / unidad.
 - Reuniones trimestrales de seguimiento de resultados del CG
- Comunicación general de PMVV, Planes, Objetivos y Resultados, a través de los mecanismos de comunicación general:
 - Las reuniones de gestión operativa de las Direcciones – Unidades / Servicios, además de ser ámbitos de participación y responsabilidad sobre los objetivos y proyectos del Hospital, también

sirven de vía directa de comunicación en el día a día a los profesionales en los ámbitos en los que no participan.

- El correo electrónico, por el que se caliza el PE y los PAG.
- Intranet: se dispone de un espacio expícito para el Plan Estratégico en el que, además del plan se incluyen noticias, seguimientos, logros, resultados, etc. relacionados con sus proyectos. En la actualidad se está trabajando sobre la apertura de dichos espacios para ser un ámbito interactivo con los profesionales en relación con el proyecto empresa.
- Otros mecanismos que no están estructurados para esta comunicación como: Boletín semanal, grupos de WhatsApp y teams, etc. a través de la circulación de información que permiten contribuyen a la difusión de iniciativas, logros y resultados que generan sentimiento de pertenencia.

D: Como muestras del despliegue de los mecanismos clave de implicación en el proyecto de empresa podemos afirmar que:

Todos los años se realiza el despliegue de la estrategia a la planificación anual, mediante una reunión con mandos que se celebra fuera del Hospital, se pactan los objetivos de direcciones, servicios y áreas con reuniones en cascada y se definen cuáles de dichos objetivos se utilizan en el sistema de incentivos (ver anexo C 2.4.2).

Todos los años muchas de las Comisiones / Grupos establecen objetivos anuales dentro del despliegue del PAG.

Sistemáticamente se realiza el seguimiento de objetivos en general y del CG en particular.

Se desarrolla una amplia labor de equipos de trabajo internos (Ej.: junta técnica asistencial cuyos miembros son elegidos por los profesionales, equipos de mejora de gestión de personas, grupos de mejora con los servicios concesionarios, equipos de autoevaluaciones E.F.Q.M., Subcomisión de Enfermería, o de Heridas y Caídas; equipos de proceso para protocolos/vías clínicas, equipos de gestión de los Sistemas ISO, equipos de procesos asistenciales clave, etc.) y equipos de trabajo externos a nivel Consejería de Sanidad o nivel SERMAS (Ej.: S.I., pilotos en el proyecto de cronicidad, Salud Mental, Medicina Interna, Neurología, Oncología, equipos de trabajo con AP, etc.)

E R: La responsabilidad de la implicación de los profesionales en el proyecto de empresa es del CD, quienes lo evalúan a través de la encuesta de clima, la comisión de gestión de personas, las conversaciones y negociaciones con los representantes de los trabajadores, las reuniones de comunicación y gestión asociadas al desarrollo de los planes y el contacto directo con los profesionales.

Fruto de estas revisiones se han realizado **mejoras** sobre los mecanismos de implicación como: potenciación de las comisiones, comités y equipos de proceso / proyecto, desarrollo de un nuevo sentido de participación con la iniciativa de "Cultura Sumamos", nuevo sistema de Equipos Responsables de Estrategias, nuevo esquema de presentaciones y comunicación del PE 2021-2024, nuevo espacio de comunicación en intranet del PE, etc.

ANEXOS

Anexo C 2.4.1: Ejemplos de Equipos de participación en el **HUIC**.

Anexo C 2.4.2: Ejemplos de objetivos anuales del Hospital.

EVIDENCIAS

Sistema de despliegue de objetivos del Hospital.

Objetivos por servicios y unidades.

Memorias anuales de servicios y unidades.

Juntas, Comisiones, Comités, Equipos de Participación.

Políticas y Procesos de gestión de personas.

Estructura de reuniones de gestión del Hospital.

CRITERIO 3: IMPLICAR A LOS GRUPOS DE INTERÉS

SUBCRITERIO 3.1: Clientes: Construir Relaciones Sostenibles

1. Gestión de las Relaciones con Clientes

E: El **HUIC** tiene identificado y caracterizado a su GI clientes como fruto de la realización de las autoevaluaciones EFQM (en las que revisa la adecuación de gestión de los mismos) y revisa dicha estructura en sus procesos de PE (en los que evalúa la calidad y precisión necesaria de la información de su ecosistema y entorno) (ver C1.2 apartado clientes).

En la actualidad tiene definida la siguiente clasificación:

- **Clientes Usuarios:** aquellos que reciben los servicios de asistencia y atención por parte del Hospital. Dentro de este grupo segmenta por tipo de relación y por necesidades clave asociadas a los servicios y patologías especiales:
 - Pacientes Hospitalizados / Pacientes Quirúrgicos / Pacientes Urgencias / Pacientes ambulantes / Pacientes Hospitalización en Domicilio.
 - Pacientes Oncológicos / Pacientes Crónicos Complejos
 - Acompañantes.
- **Clientes Red Sanitaria:** aquellos ámbitos sanitarios que deben tratar a los pacientes que son atendidos en el **HUIC**. Dentro de este grupo se tienen identificados: Atención Primaria principalmente, que es corresponsable de la continuidad asistencial al paciente, y Atención Especializada, con los que se trabaja conjuntamente para derivaciones y actuaciones coordinadas. El **HUIC** dispone de mecanismos diferenciados para la gestión de clientes usuarios y de clientes red sanitaria:
- **Clientes Usuarios (pacientes – acompañantes)**

La interrelación con los usuarios se desarrolla asociada a la prestación de los servicios, una vez que AP los direcciona, o bien a través de Urgencias y los puntos de interrelación principales son:

 - **Admisión - Programación / Citación:** es el proceso en el que se asigna a los pacientes las fechas para su atención y se dispone de diferentes canales para la interrelación Admisión – Paciente, pero en todos ellos se produce un proceso de información, un proceso de revisión de posibles actuaciones y un proceso de acuerdo de fechas de atención, si bien este proceso está sujeto a los criterios de funcionamiento del sistema de agendas y del sistema de listas de espera.
 - **Admisión en el Centro:** en función de cada tipo de servicio a prestar al paciente se dispone de circuitos de atención diferenciados:

Procesos sencillos de consultas y algunas pruebas diagnósticas solo requieren un direccionamiento del paciente.

Procesos más complejos requieren tramitación de información y documentación, acompañamiento a lugar de prestación de servicios, acogida e información de funcionamiento, etc. En estos casos se les recoge la información y documentación pertinente, se les informa de los siguientes pasos y se realiza el guiado al paciente hasta su ámbito de destino.
 - **Acogida en el Servicio:** se realiza la recepción en el servicio correspondiente, se le ubica, se le informa del funcionamiento general y de las características específicas del servicio específico y el proceso asistencial al que accede.
 - **Prestación del Servicio:** durante la prestación de los servicios se siguen los criterios de información asociada a cada actividad realizada, comunicación, acompañamiento, trato, etc. asociados a las necesidades asistenciales y asociados a nuestros programas de “Humanización” y “Empatía” (ver anexo C 3.1.1) en respuesta a las necesidades que tienen los pacientes y acompañantes como personas.
 - **Alta:** se informa de situación del paciente al alta y de todos aquellos aspectos que le permitirán desarrollar su reincorporación a la vida normal tanto en aspectos de salud como en aspectos sociales pendientes, también se le informa de los mecanismos de continuidad asistencial con que cuenta y el papel que debe tener AP tras el alta.
 - **Atención al Paciente:** se pone a disposición de los pacientes y acompañantes nuestros servicios de orientación, derivación, información, apoyo administrativo, resolución de quejas – sugerencias – agradecimientos, etc., en los que se ayuda a los usuarios a resolver toda aquella duda o problemática existente.

También a través de otros mecanismos y servicios complementarios a los servicios asistenciales como: Talleres de educación para la salud, como por ejemplo los desarrollados para: pacientes diabéticos, pacientes de cardiología, pacientes oncológicos, pacientes de digestivo para la mejora de sus hábitos alimenticios, pacientes de la farmacia hospitalaria para adiestramiento farmacológico y mejora de la adherencia a los tratamientos, programa de salud física en pacientes con enfermedad mental y paseos terapéuticos – en relación con concejalía de deportes y AP.

Programas de promoción de la salud que se realizan con organizaciones e instituciones del entorno (ver C 3.4 impacto social).

▪ Cientes Atención Primaria

Los mecanismos de interrelación con AP en nuestro hospital vienen marcados por:

- Los mecanismos formales establecidos para la gestión de la continuidad asistencial de los pacientes por el SERMAS (ver anexo C 3.1.2): Comisión de Continuidad asistencial, reuniones estructuradas entre responsables asistenciales y responsables de continuidad asistencial, subcomisiones específicas como pediatría, coordinación de cuidados, farmacoterapia, etc., formación acreditada en el hospital sobre continuidad de cuidados, especialidades con especialista consultor, especialidades con especialista de referencia, procesos asistenciales integrados, etc.
- El desarrollo de una alianza de funcionamiento con AP (ver anexo C 3.1.2), practica en la que el HUIC ha sido pionero y referente en la comunidad de Madrid (porque desarrolla muchos mecanismos de los establecidos para la coordinación y la continuidad asistencial) que permite:
 - El desarrollo de mecanismos de *Comunicación*.
 - El desarrollo de mecanismos de *Asesoría y colaboración técnica*
 - El desarrollo de mecanismos de *Gestión adecuada del flujo de pacientes y de la continuidad asistencial*
- La existencia de una Historia Clínica Electrónica única del paciente que es accesible por parte de los profesionales de la red pública que los atiende y, por tanto, es una gran herramienta de comunicación técnica entre el Hospital y AP.

Se dispone de alianzas adicionales con ámbitos sociales y con residencias públicas y privadas para el desarrollo de la asistencia a pacientes crónicos complejos en un esquema similar al de continuidad asistencial pero orientado a este proceso específico.

D: En la práctica diaria se desarrollan los diferentes mecanismos de interrelación definidos:

Cientes Usuarios

El **HUIC** tiene una estrategia específica de excelencia en la atención más allá de la asistencia sanitaria, lo que se traduce en múltiples elementos de interrelación enfocados a la satisfacción de sus necesidades y expectativas, como, por ejemplo:

- Acogida y Atención al Paciente/Acompañante en Hospitalización: plan de acogida.
- Análisis de necesidades sociales en la acogida: registro de la valoración en la HCE.
- Atención en Urgencias: donde a todos los acompañantes se les informa del funcionamiento, horarios de visita, etc. y se registran las necesidades de información. Atención al Paciente actúa de coordinadores en la transmisión de información entre los profesionales y los familiares.
- Diferenciación del circuito de Urgencias Pediátricas respecto del de adultos para adaptarse a la interrelación con este tipo de pacientes y sus acompañantes.
- Atención en Quirófanos: se realiza la coordinación de información a los acompañantes al ingreso, cuando el paciente pasa a la REA, etc., manteniéndoles informados de las circunstancias de todo el proceso.
- Planes de Empatía (Humanización) muy desarrollado para trabajar múltiples mejoras de los procesos de servicio y la interrelación con pacientes y acompañantes (“Sueñón”, lactancia materna, contención de pacientes, UCI – paseo de pacientes o puertas abiertas 24h, etc.).
- Atención Asistencial Personalizada: el personal de enfermería dispone de un sistema de diagnóstico de necesidades adicionales del paciente (más allá del diagnóstico sobre su patología base) que le permite adaptar los planes de cuidados a cada persona. Dichos planes quedan registrados en la HCE.
- Mediante el sistema de información asistencial SELENE, que mantiene la HCE y todas las actuaciones sobre los pacientes accesibles a los profesionales que en cada momento deben atenderlos, incluidos los de AP, Informe de alta de todos los pacientes (informe médico + informe enfermería, que se están mejorando para que primaria tenga la visión más amplia posible), que es explicado a pacientes y

acompañantes por los profesionales y que se registran en HCE para los profesionales de AP.

- Atención al Paciente realiza servicios como: gestión de reclamaciones por el circuito oficial y gestión de todo tipo de disconformidades indicadas por los usuarios (recogida de reclamaciones por escrito y verbales: en 2018: 279 y 3.295 respectivamente, en 2019: 278 y 3.609 respectivamente, en 2020: 224 y 1.363 respectivamente – tener en cuenta el efecto de la pandemia), Información a usuarios sobre sus dudas, Gestión y apoyo al usuario para la sistemática de libre elección de la C.M., Tramitación y resolución de las peticiones de documentación clínica de los usuarios, Certificados asistenciales, Atención a Asociaciones de Pacientes con despachos en el Hospital
- También la Unidad de Acción Social (dependiente del Área de Admisión) realiza servicios de apoyo a los usuarios como: Tramitación de agendas y órdenes de trabajo a Trabajo Social (según peticiones de usuarios o de profesionales), Gestión de derivaciones a instituciones asistenciales de media y larga estancia, Información sobre programas especiales (como por ejemplo interrupción del embarazo), en coordinación con SS.SS y dependencia han creado un procedimiento ágil para la aplicación de la ley de dependencia, se ha desarrollado un grupo de trabajo de violencia –no solo de género, etc.
- El servicio de Farmacia realiza la conciliación de fármacos al alta.
- Etc.

Cientes Atención Primaria

En la estructuración de la continuidad asistencial y la alianza con AP se realizan actuaciones para el desarrollo de las interrelaciones como:

- *Comunicación*: Desarrollo de diferentes mecanismos de comunicación bidireccional que permiten un mejor conocimiento de servicios y problemáticas (Ej.: plan estructurado de visitas a centros de salud y al hospital, reuniones de coordinación, intercambios de información clínica, CM enviado a AP, etc.)
- *Asesoría y colaboración técnica*: Desarrollo de sistemática de asesoramiento, Consultas Especialista – AP, grupos de protocolización, formación sistemática, videoconferencias formativas periódicas mensuales, desarrollo de servicios conjuntos integrados (paciente crónico complejo, cardiología, ...), jornadas anuales de continuidad asistencial, , , etc. que permita a los profesionales de AP conocer los servicios del HUIC y sus características en servicios específicos, así como un adecuado reparto de tareas entre los dos estamentos.
- *Gestión adecuada del flujo de pacientes y de la continuidad asistencial*: Desarrollo de protocolos de derivación consensuados, acceso a agendas de citas y de fármacos concurrentes por parte de los dos ámbitos, etc.
- Encuestas años alternos AP – Servicios del Hospital con las que se evalúa la continuidad asistencial, su percepción, funcionamiento y herramientas específicas que se ponen en marcha como por ejemplo la e-consulta (herramienta muy importante en la pandemia). Los resultados se utilizan para realizar planes de mejora (ver anexo C 3.1.2)

El **HUIC** es considerado un referente en estos ámbitos, por lo que, por ejemplo, en 2021 se ha participado el congreso de la SEEGG invitados a la ponencia “El paciente crónico complejo. El papel de la enfermera gestora de casos en el hospital”. O la ponencia en las Jornadas HUIC 2021 “Enfermera gestora del paciente crónico complejo”.

E R: La responsabilidad de la gestión de relaciones con los clientes para desarrollar relaciones sostenibles de forma global es del CD, si bien los diferentes mecanismos operativos descritos tienen responsabilidades específicas en los responsables de los servicios y las áreas involucradas. La evaluación y aprendizaje de dichos responsables se lleva a cabo mediante la valoración de los indicadores de satisfacción de los usuarios, de satisfacción de AP, los indicadores de calidad de la asistencia, las aportaciones de profesionales de AP, las aportaciones de usuarios y de asociaciones de usuarios.

Fruto de estas valoraciones se han realizado **mejoras** como: desarrollo de múltiples mejoras en la interrelación asociadas al “Plan de Empatía”, la distinción del circuito de urgencias pediátrico, desarrollo de la enfermería avanzada para mejora de seguimiento de pacientes y de la formación sobre sus tratamientos, desarrollo de alianzas con AP, SS, residencias, etc. para la gestión del paciente crónico complejo, coordinación de la información de urgencias – acompañantes por Atención Paciente, videoconferencias formativas periódicas mensuales para con AP, plan estructurado de visitas a centros, desarrollos de protocolización de actuaciones, jornadas anuales de continuidad asistencial, aumento de Consultas Especialista AP, encuestas años alternos AP – Servicios del Hospital, etc. (ver otras actuaciones 2021 en la memoria de continuidad asistencial anexo C 3.1.2)

ANEXOS:

Anexo C 3.1.1: Desarrollo de los Planes de EMPATIA

Anexo C 3.1.2: Continuidad asistencial y Alianza con AP

EVIDENCIAS

Procesos de prestación servicios.

Procesos de Atención al Paciente.

Procesos de Admisión.

Plan de acogida hospitalización.

Sistema SELENE de HCE.

Mecanismos de coordinación, comunicación y apoyo técnico alianza con AP.

Planes de "Empatía".

Encuestas de satisfacción de usuarios.

Encuestas de satisfacción de AP.

Encuestas de pacientes (generales y tótems)

CM enfermería y continuidad asistencial.

Memoria anual de continuidad asistencial.

Planes de mejora de continuidad asistencial.

SUBCRITERIO 3.2: Personas: Atraer, Implicar, Desarrollar y Retener el Talento.

1.- Gestión de las Personas

E: Para el **HUIC** la satisfacción e integración de las personas es un objetivo de la misión y visión de la Organización y por tanto se refleja en los Objetivos Fundamentales y en las estrategias que conforman el proyecto de empresa.

La gestión de esta satisfacción se basa principalmente en:

- La definición de **políticas normalizadas de gestión de personas** para aspectos como conciliación, igualdad, política retributiva, promoción, rotación y movilidad, prevención de riesgos, contratación y acogida, protocolo de acoso y conflictos internos, protocolo / comité de medicamentos peligrosos, etc.
- El **HUIC** dispone de un **Reglamento de Régimen Interno** con organigrama y un modelo organizativo aprobado por el Consejo de Gobierno del Ente Público.
- También se dispone de una **definición de plantilla estándar por puestos de trabajo**, de forma que en función de los presupuestos de actividad del Hospital cada uno de los servicios/áreas, se establecen las necesidades de plantilla según fechas y turnos, y en función de las necesidades aprobadas, se ponen en marcha **procesos de selección/contratación para cobertura de vacantes y los procesos de sustitución**, así como los **planes de acogida para la incorporación del nuevo personal**.
- Se dispone en la actualidad de **Sistema de Gestión de PRL** con un Comité de Seguridad y Salud Laboral y de un Servicio mancomunado específico de salud laboral (compuesta por un facultativo y una enfermera especializada, más un técnico de seguridad), quienes gestionan:
 - Sistema de evaluación de riesgos de todo el personal y los planes de mejora asociados.
 - Sistema de acciones de prevención (planes de vacunación, reconocimientos, médicos programados y estandarizados según puestos de trabajo, formación PRL, etc.)
 - Seguimiento de enfermedades laborales, accidentes e incidentes.
 - Política de adaptación de puesto por razones de salud.
 - Comité de Catástrofes y planes de emergencias internas y externas.
- La **Gestión Laboral** se realiza conforme a la legislación establecida para las empresas públicas y los responsables del HUIC se centran en el adecuado cumplimiento de la regulación y el despliegue de las políticas de gestión de personas que se establecen, en colaboración con los representantes sindicales.
- Dispone de un **sistema de Remuneración** estructurado y sistemático que dispone de dos tipos de **incentivos**:
 - Incentivos derivados del **sistema de objetivos** que despliega hasta objetivos individuales y genera incentivos en función del nivel de cumplimiento.
 - Incentivos derivados del **sistema de carreras profesionales**, que reconoce los niveles de experiencia, formación, docencia e investigación y los traduce a complemento salarial.
- Los sistemas de cumplimiento de objetivos y de carrera profesional son también una parte del **sistema**

de Reconocimiento, que tiene definido las actuaciones de reconocimiento directo por el CD y considera importante el factor de reconocimiento informal directo que se recibe de los responsables y el asociado a las asignaciones de participación en la planificación, las autoevaluaciones, las comisiones/comités, los equipos de proyecto/mejora, etc.

- Por último, destacamos en este enfoque la **Evaluación de Satisfacción** (encuesta de clima), que se realiza bienalmente a los **profesionales** (ver anexo C 3.2.1).
Dicha encuesta valora: Satisfacción general (1 ítem), Implicación (3 ítems), Comunicación interna (6 ítems), Jefe Inmediato (6 ítems), Equipo Dirección (1 ítem), Gestión/Desarrollo personas (9 ítems), Motivación (1 ítem), Tarea y entorno de trabajo (10 ítems), Reconocimiento (4 ítems), Pacientes y Usuarios (2 ítems), PRL (3 ítems), Organización y Procesos trabajo (5 ítems), Imagen (6 ítems).

D: Muchos de los sistemas descritos son procesos estructurados del Hospital, que provienen de la legislación o de la normativa del SERMAS, por lo que están protocolizados y se evalúa sistemáticamente su cumplimiento, por parte de sus responsables en RRHH y por parte de los representantes sindicales de los trabajadores.

Todos los procesos / sistemas descritos están enfocados para la gestión de toda la plantilla del Hospital.

Algunos de los elementos de gestión de personas descritos con anterioridad que no están sujetos a legislación o normativa pueden ser:

- La Gestión Estratégica de las Personas, en la que se muestra que todos los planes estratégicos realizados han definido estrategias específicas de gestión de personas.
- La Evaluación de Satisfacción de profesionales, que se viene realizando desde 2010 y que ha sufrido varias revisiones hasta su estado actual, la última en 2018, que se rediseñó con expertos externos ("Talengo") y con la Comisión de Gestión de Personas, tanto en contenido como en el proceso de comunicación y cumplimentación, incrementando capacidad de obtención de respuesta hasta >40% de la plantilla.
- Respecto a la dinámica de planificación de plantilla, se realiza anualmente uso de la misma para el establecimiento de los presupuestos en función de la actividad asistencial prevista y para la justificación de solicitudes de incremento o modificación de plantilla a los responsables del SERMAS; en 2016 se realizó un nuevo proceso de planificación de plantilla que contempla el corto, medio y largo plazo con un sistema de seguimiento de funcionamiento del modelo definido para ajustar las proyecciones en función de actividad y en 2019 se inició un nuevo estudio de actividad por unidades para mejorar la justificación de plantilla, que ha sido actualizado en 2022 y enviado al SERMAS.
- Respecto a la dinámica de selección y contratación si se debe seguir la legislación y la reglamentación existente, pero en la dinámica de acogida nuestro proceso para el personal de nueva contratación dispone de un Plan de Acogida; con un plan general para todos los profesionales y con planes específicos por áreas/servicios en las que desarrollará su trabajo. También se dispone de un Manual de Acogida (PMVV, estructura organizativa, procedimientos generales, información general de utilidad, derechos y deberes, recomendaciones de estilo SERMAS, etc.)

En la encuesta de clima de 2018 (última realizada) se obtienen valores de 40% - 50% de valoraciones positivas (valores entre 7 y 10 sobre escala de 10) en aspectos como conciliación, flexibilidad de la aplicación de convenio, medidas y condiciones para garantizar la salud y seguridad en el trabajo, siendo la valoración de reconocimientos alta (jefes 58%, compañeros 76%, pacientes 74%).

E R: La responsabilidad de la gestión de personas es del CD, liderado por la Dirección de RRHH y con la colaboración de la Comisión de Gestión de las Personas, quienes disponen para su evaluación de los resultados de la encuesta de clima, de los resultados de los procesos, de las aportaciones de las personas (ver C 1.2), de sus responsables sindicales y del aprendizaje por formación y por autoevaluaciones EFQM internas y externas.

Fruto de dichas evaluaciones se han realizado mejoras en estos aspectos como: cambio de la reglamentación laboral por cambio jurídico del Hospital con elección de diferentes posibilidades por parte de los profesionales implicados, tres procesos de interinización de personal temporal, creación de nuevas bolsas de promoción interna con una comisión de valoración y seguimiento, nuevo sistema de planificación de plantilla y sistema GPT para la gestión de turnos, nueva encuesta de clima laboral realizada con expertos externos y con la Comisión de Gestión de Personas más completa y con un nivel de respuesta superior, explicitación con sindicatos de un nuevo sistema de movilidad, nuevas políticas y protocolos como los de acoso y medicamentos peligrosos, creación del Servicio de PRL mancomunado y creación de un Comité de Seguridad y Salud del propio Hospital, así como múltiples mejoras para la minimización y la gestión de riesgos laborales, etc.

ANEXOS:

Anexo C 3.2.1: Sistema Encuesta de Clima para Empleados.

EVIDENCIAS

Políticas de gestión de las personas.

Procesos y Procedimientos de gestión de personas de la D. de RRHH.

Memoria e Informes de PRL.

Sistema de remuneración.

Sistema de Carrera profesional.

Encuestas de Clima.

Informes de resultados de Clima.

Informes de análisis y planes de mejora resultado de la Comisión de Gestión de Personas.

2. Gestión de la Formación y Desarrollo de las Personas

E: Para el **HUIC** el desarrollo profesional de las personas es un elemento importante de la motivación de las personas y de la mejora de los servicios que proporcionan, en este ámbito los elementos clave de gestión son:

Se dispone de una **Unidad específica para la gestión de los Planes Anuales de formación continua** de sus empleados, cuya labor se potencia por ser esta una estrategia incluida en los planes. Las principales características de la formación son:

- La recogida de necesidades de formación se lleva a cabo a través de un proceso periodificado:
 - CD establece necesidades formativas derivadas de la estrategia y los planes.
 - Todos los responsables cumplimentan un formulario en la intranet para indicar las necesidades de formación del personal de sus áreas/servicios.
 - El personal cumplimenta un formulario en la intranet para indicar sus necesidades personales de formación.
- Con esta información se realiza un trabajo de análisis y priorización de necesidades a cubrir junto con la Dirección y los responsables.
- En función de las posibilidades de financiación, se prepara el plan de formación anual que se presenta a sindicatos y a la junta de personal y es aprobado por el CD y que se acredita para que otorgue créditos en el currículo de los profesionales.
- El plan de formación tiene un seguimiento de cumplimiento y evaluación de calidad – utilidad para cada curso.
- Anualmente se realiza una valoración global del plan y un informe de acciones y resultados.
- Además, el HUIC dispone de una sistemática de formación en la acogida de los nuevos profesionales.

Se dispone de diferentes mecanismos para la **Gestión del Conocimiento** (ver también C 5.4), además de las actuaciones de preparación personal que son normales en los profesionales del sector, en el Hospital se desarrollan:

- Sistema de sesiones clínicas: generales, más las programadas de forma sistemática en todos los servicios, más las sesiones de enfermería y sus unidades.
- Asistencia a congresos y foros del sector, para lo que se dispone de las 45 horas estipuladas para la formación. Los congresos/foros de interés estratégico se computan como horas de trabajo y si se desarrollan ponencias se da disponibilidad del día completo.
- Sistemática de interrelación / benchmarking (Reuniones, intercambios, etc.) con diferentes hospitales.
- Sistema de protocolización, vías clínicas, etc. que permiten la fijación y distribución del conocimiento interno con un nuevo Sistema de Gestión Documental.

Se dispone de un **Sistema de Carreras Profesionales** general para el personal del SERMAS integrado con el sistema de remuneración.

Se dispone de un **Sistema de Investigación** mediante la integración del **HUIC** en el Instituto de Investigación del H. Puerta de Hierro.

Se ha realizado un proyecto piloto del SERMAS para la **evaluación de competencias / desempeño de líderes** con valoración directa 360º.

Se ha establecido un **incentivo** para reconocer y recompensar las **publicaciones de alto impacto** de los profesionales.

D: Los planes de formación están dirigidos a todos los profesionales del Hospital.

Los planes de formación cubren todas las áreas sobre las que se establecen necesidades: competenciales, técnicas, de gestión, PRL, etc.).

Se dispone de planes de sesiones generales programadas, planes de sesiones clínicas de servicios y el Hospital es pionero en el desarrollo de sesiones técnicas en la Dirección y Unidades de Enfermería.

En los últimos años se han desarrollado acuerdos de benchmarking: con el grupo de hospitales equivalentes al HUIC del SERMAS para el intercambio de conocimiento y de situaciones, con los hospitales de Arganda, del Henares y del Tajo para trabajos más específicos en gestión de plantilla, procesos de servicio, etc., con el Hospital Puerta de Hierro para desarrollo de servicios en oncología, digestivo, etc., con el Hospital Vall d'Hebron para aspectos relacionados con la gestión de procesos y el desarrollo de experiencia de pacientes. El sistema de carreras profesionales es de aplicación a todos los profesionales y se ha reactivado tras un periodo de suspensión del mismo. Cuenta con la definición de una estructura de méritos (actividad, formación, investigación, docencia, etc.), procedimientos de valoración y se realizan procesos de valoración sistemáticamente.

El proyecto de evaluación de competencias/desempeño de los líderes, ha involucrado al CD y a 60 mandos y ha consistido en la evaluación directa de cada directivo-mando por sus colaboradores, colegas y jefes sobre 4 competencias (Trabajo en Equipo, Comunicación, Liderazgo y Gestión de estrés), la formación en coaching para los responsables y seguido de un proceso de elaboración de planes de mejora personal con los responsables.

E R: La responsabilidad de la mejora de estos enfoques es de la D. RRHH, quienes cuentan con los resultados de las encuestas de clima, los resultados de la evaluación de la formación, las aportaciones de los representantes sindicales, las aportaciones de la Comisión de Gestión de Personas y de los profesionales en las reuniones con sus responsables.

Fruto de estas evaluaciones se han desarrollado **mejoras** como: mejora de las horas de formación hasta las 45h, desarrollo de la formación interna por nuestros propios profesionales y de forma remunerada, a las relaciones de benchmarking establecidas con los hospitales de Arganda y Henares se han añadido otras con H del Tajo, H Puerta de Hierro y H. Vall d'Hebron, se han aumentado los números de protocolos y se ha puesto en marcha el nuevo sistema de gestión documental, se han sistematizado y mejorado las sesiones clínicas, se han puesto en marcha las sesiones de enfermería, se ha creado y desarrollado el "Club de Investigación" de enfermería, se ha producido la integración efectiva en el Instituto de investigación del H. Puerta de Hierro, se ha desarrollado el proyecto piloto de gestión de desempeño de líderes, se ha puesto en marcha la incentivación de publicaciones de alto impacto; etc.

ANEXOS:

Anexo C 3.2.2: Ejemplos de Gestión del Conocimiento: Club de Investigación de Enfermería.

EVIDENCIAS

Planes de Formación.

Memorias anuales de Formación.

Calendarios de sesiones clínicas generales, de Servicios y de Enfermería.

Sistema de gestión documental de la intranet.

Proyecto de gestión de desempeño de líderes.

Sistema de carreras profesionales.

Memorias y actas de la Comisión de Investigación.

Memoria anual y CM del club de investigación de enfermería.

Listado de proyectos y publicaciones del club de investigación.

3. Gestión de la Implicación de las Personas

E: Para desarrollar la implicación y motivación de las personas el HUIC utiliza la comunicación, la participación y el empowerment en su cultura de empresa. Este enfoque de gestión de las personas ha sido tratado en el C 2.4.

SUBCRITERIO 3.3: Inversores y Reguladores: Asegurar y Mantener su Apoyo Continuo.

1. Gestión de las Relaciones con SERMAS

E: El **HUIC** es una Organización perteneciente al Servicio Madrileño de Salud (SERMAS), por lo que el establecimiento del sistema de gobierno, supervisión y de relaciones se establece en base a sus criterios (ver C 1.2 y 1.5):

- El SERMAS aporta los criterios de funcionalidad de nuestro Hospital en la red sanitaria de la CM en base a las necesidades de salud actuales y futuras de la población a la que atendemos, aporta las estrategias y programas clave de desarrollo de la red sanitaria y aporta el desarrollo de una red de conocimiento y apoyo mediante servicios centrales de apoyo y proyectos conjuntos entre sus componentes para favorecer la mejora y la innovación de herramientas y enfoques.
- Se mantienen reuniones periódicas de gestión en las que:
Se aprueban los planes del Hospital y se acuerdan los objetivos del contrato de gestión que el HUIC establece con el SERMAS,
Se acuerdan los presupuestos de gasto e inversión
Se supervisan periódicamente los avances y resultados alcanzados en base a los contratos de gestión establecidos.
Se supervisan proyectos y programas definidos por el SERMAS para el desarrollo de sus centros.
- Se comparten estructuras operativas como el área de sistemas de información, que desarrolla sistemas corporativos mediante proyectos colaborativos con los centros.
- Se comparten grupos de análisis y desarrollo en diferentes temas con el resto de los centros (en sistemas de información, ámbitos asistenciales, continuidad asistencial, enfoques de gestión de personas, etc.)
- El SERMAS apoya actuaciones directas de procesos del Hospital (ej.: acuerdos y negociaciones con proveedores sobre precios de material sanitario y farmacéutico.)
- Se mantienen reuniones y se envían informes sistemáticos y específicos de los distintos responsables del Hospital con los responsables homónimos del SERMAS, gerencia y por áreas específica (asistenciales, RRHH, área económica-financiera, Sistemas de Información, etc.)
- El SERMAS aporta informes de comparaciones entre hospitales de la red para diferentes indicadores de los reportados.

D: El sistema de aprobación de planes y contrato de gestión y presupuestos se realiza anualmente según los plazos establecidos por el SERMAS.

Periódicamente se realizan seguimientos de la marcha del Hospital en base a:

- Informes que se envían a los servicios centrales (ver anexo C 3.3.1)
- Reuniones de Gestión de Gerencia y de responsables del Hospital con sus homónimos del SERMAS, como por ejemplo: reuniones bimensuales de D. Enfermería con la Gerencia de Cuidados, reuniones trimestrales de las D. Medicas de los hospitales de la red, reuniones semestrales de D. Económica y D. RRHH con sus homólogos, reuniones de supervisión de Calidad 2 veces al año y reuniones informativas mensuales, etc.
- Revisiones trimestrales con Gerencia para revisión y seguimiento del Contrato de Gestión. Durante la pandemia, las reuniones y contactos con la gerencia del Hospital han sido prácticamente diarias

El **HUIC** es uno de los hospitales de la red que participa en más proyectos piloto de la red, por su equilibrio entre organización de tamaño manejable, organización innovadora acostumbrada y flexible al cambio y organización con alta capacidad para aprender, como por ejemplo: sistema de gestión de competencias de líderes, evaluación de gestión de la responsabilidad social sanitaria, asistencia paciente crónico complejo con residencias y servicios sociales – accésit Premio Barea, desarrollo de SI como los programas MUP o e-consulta, consultas de enfermería monográficas en úlceras y ostomías, etc.

E R: La estructura general de las interrelaciones entre **HUIC** y SERMAS son definidas por el propio SERMAS, si bien el Hospital se responsabiliza del cumplimiento del sistema previsto y de la mejora de sus aportaciones al conjunto de la red.

Son ejemplos de mejoras / cambios: los nuevos proyectos pilotos que se generan, las modificaciones en los informes y reportes en base a las prioridades estratégicas y operativas del SERMAS, etc.

ANEXOS:

Anexo C 3.3.1: Estructura de informes de reporte a los órganos de control (SERMAS + Consejerías) por áreas.

EVIDENCIAS

Reglamento de régimen interno.
Reuniones con SERMAS.
Contratos de Gestión.
Planes y Presupuestos anuales.
Informes enviados a SERMAS.
Proyectos SERMAS en los que participa el **HUIC**.

2. Gestión de Reguladores

E: El **HUIC** tiene identificados todos los reguladores que le implican, tanto por regulaciones propias de la empresa pública, como las asociadas a sus servicios y como por regulaciones generales (regulaciones estatales, regulaciones de la CM y regulaciones de los ayuntamientos y organismos locales que nos afectan). Desde el punto de vista de los reguladores las necesidades clave establecidas son: el cumplimiento estricto de la normativa vigente y la transparencia y adecuación en tiempo y forma de la información requerida para comprobar dicho cumplimiento normativo.

Por ser un organismo público, nuestra responsabilidad en cumplimiento normativo y en transparencia esta reforzada, como se refleja en nuestro plan de adaptación al Sistema de Transparencia y Buen Gobierno establecido por la legislación (ver C 1.5)

Para mantenerse al día de los cambios y novedades regulatorias se dispone de un área de asesoría jurídica que:

Revisa sistemáticamente los boletines en los que se inscribe la nueva normativa o los cambios a la existente (BOCAM, BOE, normativas específicas del SERMAS, de los ayuntamientos, etc.)

Elabora y envía informes a la Gerencia, en los que refleja el impacto de la nueva normativa sobre las diferentes áreas del Hospital.

Los informes se distribuyen a los implicados para la organización y puesta en marcha de las actuaciones de adaptación necesarias.

Se reciben las inspecciones y auditorias de la Intervención y los diferentes organismos reguladores y sobre los informes que estos emiten se elaboran los informes de alegaciones y los planes de subsanación de las deficiencias transmitidas.

Las relaciones con los reguladores se soportan principalmente en los procesos de acreditaciones e inspecciones, que se realizan según las directrices y protocolos establecidos por los propios reguladores.

D: El sistema de actualización de la regulación que impacta sobre el **HUIC** se articula en base a los siguientes mecanismos:

El proceso de seguimiento e interpretación de la nueva normativa, que desencadena planes de actuación ante cambios normativos que nos afectan.

Los procesos de inspección, acreditación y la información asociada estas actuaciones la marcan los reguladores y el **HUIC** la cumple según está programada.

Todas las acreditaciones e inspecciones tienen informes asociados en los que se establecen las no conformidades y recomendaciones detectadas por los reguladores, que son subsanadas y contestadas por los responsables del Hospital para cada caso.

No se tiene sanciones ni problemas relevantes en sus diferentes acreditaciones e inspecciones, únicamente recomendaciones o "salvedades" que le permiten mejorar sus procesos e instalaciones.

E R: La responsabilidad del cumplimiento normativo del **HUIC** es responsabilidad, en general, del CD, quien lo gestiona apoyándose en los responsables específicos de cada tema regulado concreto, en base a los resultados de las acreditaciones e inspecciones correspondientes, en base a las solicitudes o peticiones de mejoras realizadas por los responsables de las diferentes administraciones implicadas, en base al seguimiento sistemático de los cambios y novedades de la regulación aplicable.

Fruto de esta gestión se han realizado algunas mejoras al sistema como por ejemplo el propio plan de adaptación a la legislación de Transparencia y Buen Gobierno para las empresas públicas y las diferentes adaptaciones derivadas de las nuevas regulaciones y de los informes de inspecciones y auditorias con deficiencias detectada.

ANEXOS:

EVIDENCIAS

Informes de asesoría jurídica.
Informes de acreditaciones e inspecciones.
Informes de alegaciones y Planes de subsanación.
Documentación del sistema de Transparencia y Buen gobierno.
Proyecto de Aplicabilidad del Buen Gobierno.

SUBCRITERIO 3.4: Sociedad: Contribuir al Desarrollo, Bienestar y Prosperidad

1. Gestión del Impacto en la Sociedad

E: El **HUIC** tiene estructurado su impacto en la sociedad fundamentalmente orientado por sus competencias clave, además de su aportación a la garantía sanitaria de la población, en:

1. Su Contribución al conocimiento en salud y su difusión.

El Hospital desarrolla su contribución al conocimiento en salud y su difusión a través de:

Actividades docentes,

- Se dispone de una Comisión de Docencia con:
Programas de prácticas para centros de formación profesional en formación sanitaria.
Programas pregrado de prácticas en medicina, enfermería y fisioterapia con la U. Complutense.
Programas postgrado de MIR con tres servicios acreditados (M. Interna, Pediatría y Psiquiatría), programa de rotaciones externas en otros dos (Ginecología y M. Interna), con acreditación en Medicina familiar y con carácter de “asociados” en los Servicios de Anestesia y C. General.
- Todo ello conlleva la participación de profesionales del Hospital como Jefes de Estudios, tutores, profesores asociados y profesores colaboradores; existen alianzas y acuerdos con universidades y centros formativos para el apoyo docente en el Hospital.

Actividades de Innovación e Investigación en proyectos propios o financiados externamente (ver C2.3)

Actividades de Difusión del Conocimiento mediante la publicación de conocimientos que inciden en la salud, la organización de jornadas y eventos divulgativos sectoriales, mediante la participación en foros y eventos desarrollados por otros para dar a conocer el conocimiento desarrollado en el Hospital.

2. Promoción de la Salud en la Sociedad, el **HUIC**, como fruto del contacto con los interlocutores de la sociedad en la que está inmerso, identifica diferentes iniciativas que sirven para promocionar la salud y desarrolla diferentes actividades de promoción como: desde salud mental el equipo infantojuvenil al completo participa de formación en educación con EOEP y profesorado, charlas en institutos sobre nutrición, RCP, donación de sangre, “Formación de Formadores” en institutos por parte de Enfermería, Programa de Jornadas anuales y reuniones mensuales con asociaciones de pacientes, Comisión con Juzgados, Policía y Decanato para desarrollo de protocolos – protocolo de agresión sexual 1º en Madrid – protocolo de autopsias, Camino Santiago pacientes oncológicos, etc.

Destaca el Programa de “Actividad Física” dirigido a la investigación de los efectos del incremento de actividad física en diferentes patologías y en la prevención de otras (ver C 2.3 anexo C 2.3.2).

3. Gestión Ambiental que minimice nuestro impacto por residuos y consumos.

- El **HUIC** tiene subcontratado a SC la gestión ambiental del Hospital y esta está certificada ISO 14001, por lo que se tienen procedimientos documentados para la identificación, segregación y tratamiento de todos los residuos del Hospital; así como para la gestión de consumos de recursos (agua, energía, etc.)
- Puesto que muchas de las actividades relacionadas con consumos y residuos son realizados por personal del Hospital se dispone de una formación sistemática en estos temas.

4. Su aportación como fuente económica y de trabajo en el entorno, con criterios de sostenibilidad social en nuestra zona de influencia.

- El **HUIC** es la mayor empresa por número de trabajadores en el municipio de Parla, generando empleo directo para más de 800 empleados.

- Se gestionan protocolos y políticas de gestión de personas para garantizar la igualdad, la equidad y la conciliación.

D: Las líneas de trabajo en impacto social se desarrollan sistemáticamente:

Se ha creado una Jefatura de Sección de RSS (Responsabilidad social sanitaria), se han desarrollado dos evaluaciones de RSS según el sistema proporcionado por el SERMAS y se han realizado los planes de mejora correspondientes.

Los acuerdos y certificaciones de docencia se desarrollan a través de acuerdo con universidades y centros formativos y reciben alumnos pre y post grado para formaciones regladas y para programas de rotaciones de profesionales por algunos de nuestros servicios.

Los proyectos de innovación son múltiples todos los años y se desarrollan diferentes iniciativas de investigación asociadas a la pertenencia al IIBPH (ver C2.3) y se mantienen anualmente los niveles de presencia en foros de prestigio y los factores de impacto de nuestras publicaciones son crecientemente mejores en los últimos años (ver resultados en C 6.4)

Los programas de promoción de la salud son de realización conjunta con otras organizaciones, por lo que, dependiendo de las circunstancias, pueden ser más atractivos unos u otros, si bien las actividades básicas y las asociadas al programa de investigación de “actividad física” se mantienen de continuo.

La gestión ambiental se desarrolla conforme a la certificación ISO 14001 establecida y es auditada anualmente.

E R: La gestión del impacto social es responsabilidad de la Gerencia, quien se ve apoyado por el Jefe de RSS, comisiones o grupos de trabajo con responsabilidades sobre diferentes aspectos de nuestro impacto social (comisión de docencia, de innovación e investigación, grupo de seguimiento de gestión ambiental con SC).

Para la gestión de este enfoque se dispone del análisis estructural establecido por el SERMAS de “Evaluación de Responsabilidad Social Sanitaria” (ver anexo C 3.4.1) y los resultados de docencia, investigación, gestión ambiental, percepción del impacto por la sociedad, etc., así como el aprendizaje derivado del trabajo multicentros y con otras organizaciones (en general aliadas) que conllevan estas actividades.

Fruto de estas evaluaciones y reflexiones se han realizado mejoras como: la propia sistemática de evaluación de la responsabilidad social sanitaria (2018 y 2021) y el establecimiento de los planes correspondientes, desarrollo de planes de eficiencia energética (ej.: proyecto de autogeneración con SC) y de racionalización de sistema de gestión de residuos, se integra el hospital en el Instituto de Investigación Puerta de Hierro, se constituye y se estructura el Club de Investigación de Enfermería para impulsar y apoyar la investigación por este colectivo (somos pioneros en este aspecto), se aumenta la participación docente del hospital y se desarrollan las rotaciones externas de profesionales, se desarrolla una estrategia de “apertura a la sociedad” de la que surgen muchos de los proyectos de promoción de la salud, se inicia un proyecto de aplicación de criterios de buen gobierno, etc.

ANEXOS:

Anexo C 3.4.1: Plan de Evaluación y Mejora de la Responsabilidad Social Sanitaria 2021.

EVIDENCIAS

Planes Estratégicos.

Certificado ISO 14001 y Sistema de gestión ambiental.

Proyectos de Investigación e Innovación.

Memorias generales y específicas de proyectos de promoción de la salud.

Acuerdos de docencia en el Hospital.

Plan de Evaluación y Mejora de la Responsabilidad Social Sanitaria.

SUBCRITERIO 3.5: Partners y Proveedores: Construir relaciones y asegurar su compromiso para crear valor sostenible.

1. Gestión de Aliados

E: El **HUIC** establece alianzas estratégicas y operativas para abordar numerosos objetivos y proyectos basándose en criterios de transparencia, colaboración y beneficio mutuo.

Las alianzas se gestionan con las siguientes características:

Identificación:

Los aliados se identifican por dos vías:

- Cuando se identifican objetivos, estrategias o proyectos que requieren o pueden ser desarrollados con mayores garantías de éxito en colaboración con otros.

- Cuando organizaciones externas nos contactan para proponernos proyectos de colaboración que consideramos están alineados con nuestros objetivos.

Formalización de Acuerdos:

En la situación de posibles relaciones con objetivos comunes, se establece la responsabilidad de la alianza (todas las alianzas tienen un responsable designado del HUIC, que es el encargado de su gestión y desarrollo), se establecen negociaciones para fijar los objetivos y características de la colaboración (responsabilidades, distribución de contribuciones a los proyectos de colaboración, estructura de colaboración y seguimiento de avances y objetivos, etc.), tras lo que se establecen los términos del acuerdo que formaliza la colaboración.

Seguimiento y Mejora:

Asociado a los proyectos de colaboración con los aliados, se desarrollan los seguimientos de hitos de los proyectos y objetivos para analizar las posibles mejoras que pueden establecerse en el desarrollo de la alianza y se realizan las acciones pactadas al efecto.

D: El **HUIC** dispone de numerosas alianzas y colaboraciones enfocados a varios de sus objetivos fundamentales:

- Alianza con AP (y otras unidades SERMAS) que permitan una mejora de la calidad y la continuidad asistencial, así como la regulación de flujos atención primaria – especializada para dar mayor accesibilidad y eficiencia al sistema (**HUIC** pionero y referente en esta alianza). Esta alianza, tal y como se comenta en el C 3.1 y en el anexo C.3.1.2, tiene una estructura de desarrollo con organismos de gestión general de la alianza, programas de colaboración, tutoría y formación hospital -AP, proyectos y procesos realizados conjuntamente, cuadro de mando de continuidad asistencial, etc.
- Alianzas con AP y residencias para el desarrollo del proceso asistencial del paciente crónico complejo con mayor eficacia y eficiencia, proceso por el cual el **HUIC** ha sido reconocido.
- Alianza con la Red SERMAS que permite una mayor capacidad de desarrollo, eficacia y eficiencia en los servicios; mediante: grupos de trabajo conjuntos, proyectos de desarrollo de red en los que actuamos como organización piloto, benchmarking general de indicadores de resultados de los hospitales de la red, benchmarking específicos (PRL, servicios asistenciales, precios de compra, etc.) con algunos de los “nuevos hospitales” de la red, que son muy similares al **HUIC**, etc.
- Alianza con SC que se articula mediante reuniones sistemáticas de seguimiento de los servicios prestados, informes sistemáticos de resultados en dichos servicios, el establecimiento de 12 grupos de trabajo conjunto **HUIC** – SC para analizar los resultados en los 12 servicios adscritos a la SC y establecer planes de mejora consensuados y coordinados.
- Alianzas con el IIPH, universidades y otras entidades educativas, Hospitales referentes y similares, laboratorios farmacéuticos y proveedores sanitarios que permiten el desarrollo de su compromiso social en aspectos clave como la docencia, la investigación y la innovación en ámbitos sanitarios.

Cada tipo de alianza dispone de acuerdos de objetivos y ámbitos de colaboración específicos, pero en todos ellos tienen establecido un responsable por parte del Hospital, se realizan seguimientos periódicos y evaluaciones para la mejora.

E R: La responsabilidad de la gestión de las alianzas en general es del CD y la gestión específica de cada alianza es de los responsables concretos de cada una de ellas. En todas ellas se realizan revisiones para su mejora y estas sirven de base para establecer criterios de mejora generales.

Las mejoras más relevantes en la gestión de las alianzas en los últimos años son:

- Nuevas alianzas con: HUPH para desarrollo asistencial en oncología, digestivo o cardiología, H. Vall d’Hebron para benchmarking de gestión de procesos y experiencia de paciente, benchmarking H. Tajo.
- Participación en proyectos con el SERMAS (ej.: piloto de asistencia paciente crónico complejo con residencias y servicios sociales – accésit Premio Barea, desarrollo de SI ej.: programa MUP, e-consulta, consultas de enfermería monográficas en úlceras y ostomías, etc.)
- Potenciación de la alianza con AP (médicos especialistas / sistema de asesores, pactos de consumos, acceso pruebas diagnósticas, protocolización conjunta, etc.) y nuevas encuestas bienales alternándose un año AP otro año al propio hospital.
- Potenciación alianza con la U. Complutense con convenio docente más investigación a través de tesis doctorales.
- Alianza con AP para docencia de médicos de familia y con hospitales de toda España para rotaciones externas de residentes en Medicina Interna (plazas reservadas hasta 2022).
- Desarrollo de 12 grupos de mejora conjuntos con SC y análisis DAFO + planes de mejora en todos los ámbitos.
- Integración en el Instituto de Investigación Puerta de Hierro (IIPH), etc.

ANEXOS:

EVIDENCIAS

Acuerdos con Aliados.
Proyectos de investigación e innovación realizados con aliados.
Docencia del Hospital, pre y post grado.
Proyectos de promoción de la salud.
Alianza red SERMAS.
Alianza con AP.
Encuestas AP – HUIC.
Informes y proyectos con la Sociedad Concesionaria.

2. Gestión de Proveedores Clave

E: los proveedores clave que aportan servicios o con participación en servicio a los clientes del Hospital se tratan, en su mayor parte, como aliados, ya que se refieren a la SC, el anillo radiológico, o el laboratorio centralizado.

El resto de los proveedores clave se gestionan principalmente

- A través de la central de compras del SERMAS, que dispone de una dinámica de seguimiento y evaluación de proveedores.
- Concursos celebrados por el propio Hospital.
- Procesos de comparación técnica y de precios (análisis coste – efectividad) llevados a cabo por el propio Hospital.
- Acuerdos Marcos centralizados gestionados por el INGESA (fundamentalmente de productos farmacéuticos).
- Catálogo de Gestión Centralizada de la Junta Central de Compras de la CAM (productos no sanitarios y suministros energéticos).
- La gestión de almacenes, aún bajo la coordinación operativa de la Dirección de Gestión, se realiza por personal dependiente de la Sociedad Concesionaria, área a la que alcanza la Certificación ISO 9001 de ésta.

D: La política del **HUIC** para la gestión de proveedores está sujeta a la estructura de servicios centralizados del SERMAS, a la estructura de Hospital con los servicios no asistenciales sujeto a convenio de concesión por 30 años y regulación de la contratación pública, por lo que se trata de trabajar con todos aquellos proveedores que es posible con un criterio de aliados.

Con la Sociedad Concesionaria se dispone de:

- Informes periódicos de funcionamiento y resultados de los 12 servicios conveniados.
- Grupos de trabajo conjuntos **HUIC** – SC que analizan periódicamente los resultados de los servicios y establecen las líneas de mejora e innovación a seguir.

E R: La responsabilidad de la gestión de proveedores es de la D. Económico Financiera y de SSGG, que es la encargada de las diferentes actividades de compra, si bien considerando que una parte de la selección de producto - proveedor se realiza en instancias centralizadas (SERMAS, Ingesa, JCC)

En función de la información proporcionada por las revisiones de relación con proveedores las principales mejoras realizadas en los últimos años son: la potenciación de la compra a través de los sistemas de gestión centralizada y que tienen estructurada su gestión de proveedores (SERMAS, INGESA), la gestión multipresupuesto de nuestras compras directas. Por otra parte, con el cambio jurídico del hospital, ya no se gestiona el pago directo a proveedores. La sistematización de análisis y evaluación de precios ha dado resultados óptimos en términos de contención del gasto corriente en bienes y servicios.

ANEXOS

EVIDENCIAS

Acuerdo de Concesión con SC.
Sistema de informes y reuniones periódicas de seguimiento y mejora de los servicios de la SC.
Central de compras de SERMAS / INGESA.

CRITERIO 4: CREAR VALOR SOSTENIBLE

SUBCRITERIO 4.1: Diseñar el Valor y como se Crea.

1.- Diseño de la Propuesta de Valor y Cartera de Servicios

E: El **HUIC** establece su propuesta de valor a partir de la definición de su propósito, de su misión, de su visión y de sus valores, ya que en la definición de estas referencias se establecen los aspectos que deben ser las claves del valor añadido a proporcionar a los clientes y a la sociedad a la que presta servicio: asistencia generadora de salud y bienestar para las personas, asistencia efectiva / segura / humanizada desarrollada con eficiencia, asistencia mediante todas las soluciones a las que la innovación nos permita llegar, no solo en aspectos de efectividad asistencial sino también en el desarrollo de la comunicación y la relación cercana entre usuarios y profesionales.

Para el desarrollo de la cartera de servicios que permita el despliegue de nuestra propuesta de valor:

La **Cartera de Servicios asistenciales Base** viene definida por el SERMAS, quien analiza las necesidades sanitarias de la población a atender a través de los estudios de salud que realiza y, en consecuencia, estructura la red en diferentes tipos de unidades asistenciales con diferentes carteras de servicios básicas.

Propuestas de Modificación de la Cartera de Servicios Base: Mediante los estudios de salud en su área de influencia, sus estudios poblacionales y de frecuentación, el análisis de sus indicadores asistenciales y la detección de oportunidades de innovación asistencial y tecnológica por parte de los distintos servicios del HUIC, los proyectos de investigación, etc., se identifican mejoras asistenciales a ofrecer a sus clientes. El CD evalúa y prioriza las posibilidades y conveniencia de mejoras en la cartera de servicios, dichas mejoras son presentadas en propuestas justificadas al SERMAS para su discusión y aprobación. Los cambios aprobados se conforman como proyectos que se incorporan a los planes del Hospital para su seguimiento y gestión.

Modificaciones en los Enfoques Asistenciales: A menudo, la cartera de servicios asistenciales base puede ser mejorada por el desarrollo de enfoques asistenciales más capaces de aportar valor relacionado con las necesidades / expectativas y la experiencia de nuestros usuarios. En el HUIC, la evaluación de resultados de clientes y usuarios y la continua evaluación de las posibilidades que la innovación proporciona en nuestra labor, nos permite identificar ámbitos complementarios de mejora de la cartera de servicios (ver ejemplos en despliegue)

D: En la revisión de la propuesta de valor y de la cartera de servicios por parte del SERMAS y del propio HUIC se tienen en cuenta las necesidades en salud de las personas que son usuarios del sistema sanitario, las evoluciones sociales que aporta nuevas vías de incidir en la salud de nuestra población, la evolución del sector sanitario y las posibilidades que proporciona la innovación en el mismo, etc.:

- Análisis demográfico y de mercado en el sector para identificar los posibles tipos de servicios demandados por necesidades de usuarios actuales y futuras (ej.: tendencias demográficas, tipo de necesidades de salud a cubrir en los próximos años por evolución de nuestra población, necesidades derivadas de tendencias sociales en salud, etc.
- Análisis de del estado de la Ciencia Médica, la “Competencia” y Benchmarking de Servicios Sanitarios: para evaluar análisis comparativos de tecnologías de diagnóstico, tecnologías terapéuticas y de servicios asistenciales con otros servicios sanitarios / hospitales, etc. (ver C 2.3)
- Análisis de necesidades de clientes pacientes y otros usuarios: para identificar los aspectos más valorados en su atención, profundizando por tipos de usuarios, tipos de servicios, etc.

En función de estos análisis se identifican y se establecen los elementos clave de la propuesta de valor del Hospital y la cartera de servicios que proporciona dicho valor.

Nuestro proceso de análisis y mejora de los “Enfoques Asistenciales”, que desarrollamos en el HUIC, también nos ha permitido identificar ámbitos complementarios de mejora de valor como por ejemplo: certificación UNE 179003 para la gestión de riesgos de pacientes, desarrollo pionero del Plan Empatía, previo al que el SERMAS trasladó a la red como plan de humanización, procesos de integración y alianza con otros actores socio sanitarios para mejora del enfoque de atención al paciente (paciente crónico complejo, atención psiquiátrica integrada con AP, atención oncológica con HUPH, atención cardiológica con AP, etc.), desarrollo de la enfermería avanzada para mejora de seguimiento de pacientes y de la formación sobre sus tratamientos, etc.

Son ejemplos de desarrollo de la cartera de servicios del Hospital derivados de nuestro proceso de desarrollo de la propuesta de valor y cartera de servicios los que figuran en el anexo C 4.1.1: Ejemplos de Mejoras e Innovaciones en la Cartera de Servicios del Hospital.

ER: La responsabilidad de la propuesta de valor del HUIC es del CD, quien la evalúa a través de los resultados asistenciales y de la percepción de clientes, de los resultados de los proyectos concretos de mejora de cartera de servicios, mediante el aprendizaje en foros sectoriales o de comparación con otros hospitales, etc.

Fruto de esta evaluación y del propio proceso iterativo de definición y desarrollo de la propuesta de valor, El **HUIC** ha hecho evolucionar su cartera de servicios (ver Anexo C 4.1.1):

- En servicios asistenciales a pacientes, ej.: Circuito de atención al paciente crónico complejo aumentado (ej.: EPOC e insuficiencia cardiaca, proyecto MUP en los que el HUIC es piloto para el SERMAS), unidad de urgencias pediátricas específica, Unidad de Hospitalización a domicilio, Servicio de rehabilitación cardiaca, litotricia, logopedia, Servicio de oncología en alianza con el Hospital Puerta de Hierro, desarrollo de enfermería avanzada en digestivo / urología / cardiología / neurología / neumología / úlceras / ostomias y anestesia, etc.), Ampliación de la atención compartida en servicios quirúrgicos y proyecto de actividad física en pacientes (algunos tipos de cáncer, cardiología, etc.), programa de pre habilitación quirúrgica.
- En servicios generales a pacientes y usuarios (en mayor medida que el grupo de hospitales al que pertenece, ej.: oficina de registro de nacimientos, gestor de turnos, circuito de asesoramiento en pruebas asociadas a consultas, “Proyecto Empatía”, integración de Servicios Sociales en Admisión, Escuela de cuidados, etc.).
- En servicios a AP, que además de las mejoras en prescripción de pruebas, los accesos a agendas y en accesibilidad de la información de pacientes, se ha trabajado sobre: videoconferencias formativas periódicas mensuales, plan estructurado de visitas a centros, protocolización de actuaciones, jornadas anuales de continuidad asistencial, Consultas Especialista AP, CM enviado a AP, encuestas años alternos AP – Servicios del Hospital, etc.

ANEXOS:

Anexo C 4.1.1: Ejemplos de Mejora e Innovación de la Cartera de Servicios del Hospital.

EVIDENCIAS

Planes Estratégicos.

Propuesta de valor y Cartera de servicios.

Estudios y análisis realizados y utilizados en el **HUIC** para la definición de las propuestas de mejora de la cartera de servicios.

Propuestas justificadas de cambio de la cartera de servicios.

Mejoras de Cartera de Servicios (Unidades y Servicios).

Proyectos de nuevos servicios.

Proyectos de innovación en servicios.

2.- Diseño de los servicios asociados a la Propuesta de Valor

E: El diseño de servicios que constituyen la cartera de servicios del **HUIC** se realiza mediante:

- El desarrollo de Procesos Asistenciales Clave, mediante equipos de proceso encargados de su diseño y gestión (Ej.: Urgencias, Hospitalización, Bloque quirúrgico – CMA, Hospital de Día Médico, Consultas, etc.), en los que se define, mediante herramientas de gestión de procesos, el funcionamiento y los mecanismos de coordinación que se requieren para el desarrollo de las actividades mediante las que se prestan los servicios.
- El diseño de servicios específicos es, en general, fruto de proyectos estructurados de desarrollo, de innovación / investigación en los que nuestros profesionales, por iniciativa y creatividad propias, por la detección de áreas de mejora en los servicios existentes, por la detección de necesidades no satisfechas de pacientes/usuarios, o bien por la conexión con algún aliado, desarrollan nuevas soluciones diagnósticas, terapéuticas o asistenciales de otro tipo.

Dichos proyectos se inician siempre con un informe previo en el que se establece la necesidad o el problema que resuelve y un análisis previo de la forma en que puede ser desarrollado, el final del proyecto, en general, son la organización y los procedimientos, protocolos, vías clínicas, etc.; dependiendo de la complejidad del servicio que se diseñe.

Los proyectos de diseño de servicios asistenciales se estructuran sobre la base de la “evidencia científica”, lo cual quiere decir que las actuaciones establecidas para diagnóstico / tratamiento / cuidados, etc., se trabaja con “benchmarking” sobre el conocimiento científico existente y publicado, e incluso enviando profesionales a formarse en aquellos hospitales en los que ese conocimiento se genera y/o se aplica.

Por último, la mejora e innovación de servicios en el **HUIC** es consecuencia de:

- La dinámica de mejora asociada a cada proceso de servicio en base a sus resultados (percepción de pacientes/ usuarios, quejas y sugerencias, resultados de rendimiento interno)
- A las nuevas necesidades detectadas o expresadas por los clientes (encuestas, análisis de necesidades de usuarios, etc.)
- A las iniciativas de benchmarking interno y externo con hospitales similares
- Al desarrollo de la vigilancia técnica y tecnológica del proceso de innovación e investigación que permite identificar nuevas técnicas / tecnologías / enfoques para la mejora de servicios.

D: Los servicios diseñados / rediseñados por las diferentes vías indicadas en el enfoque en los últimos años son muy numerosos (ver anexo C 4.1.1: Ejemplos de Mejora e Innovación de la Cartera de Servicios del Hospital), por lo que hemos incluido un pequeño anexo (anexo C 4.1.2), en el que se aportan unos ejemplos de proyectos de desarrollo de servicios: Desarrollo y Certificación de la Unidad de atención Integral de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal (acreditada como unidad de excelencia por la Sociedad española de Aparato Digestivo), Desarrollo de la alianza de servicios HUIC – HUPH para servicios de digestivo, Desarrollo de la Unidad de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental.

También serían ejemplos de proyectos de desarrollo de servicios en los que el HUIC es un referente: atención al paciente crónico complejo (en alianza con AP, Servicios Sociales y Residencias de mayores públicas y privadas), el despliegue de servicios de enfermería avanzada, el desarrollo de hospitalización domiciliaria con monitorización remota para pacientes de servicios médicos y su extensión en la actualidad para pacientes quirúrgicos, la Unidad de Cardiología (acreditada por la Sociedad Europea de cardiología para imagen cardiológica), etc.

E R: La responsabilidad del diseño de servicios recae principalmente en la Gerencia y en las Direcciones Asistenciales, apoyados por los responsables de servicios y áreas del Hospital implicadas. Estos responsables disponen de los resultados de satisfacción de los pacientes y los resultados de rendimiento interno de calidad asistencial para su evaluación, así como los diferentes inputs descritos de clientes, del proceso de innovación/investigación.

Además de las mejoras en cartera de servicios incluidas en el despliegue, se ha potenciado el desarrollo de servicios en colaboración con aliados del ecosistema (por ejemplo: alianzas con HUPH para otros ámbitos asistenciales, alianza del Servicio de Cardiología con AP para la atención cardiológica, etc.), o mediante benchmarking con otros actores del sector, lo cual ha resultado en un fortalecimiento del sistema de diseño de servicios. También se ha incluido evaluaciones de viabilidad económica en los proyectos que tienen asociada la tecnología como parte de los nuevos servicios, etc.

ANEXOS:

Anexo C 4.1.1: Ejemplos de Mejora e Innovación de la Cartera de Servicios del Hospital.

Anexo C 4.1.2: Ejemplos de Desarrollo de Servicios en el **HUIC**.

EVIDENCIAS

Proyectos de diseño / rediseño / mejora de servicios.

Cartera de servicios.

Proyectos de alianzas con otros centros sanitarios y socio sanitarios para desarrollo de servicios asistenciales a pacientes.

CM paciente crónico complejo.

CM hospitalización a domicilio.

SUBCRITERIO 4.2: Comunicar y Vender la Propuesta de Valor

1.- Comunicación externa asociada a la propuesta de valor

E: El **HUIC** tiene por objeto en la comunicación de su propuesta de valor y su cartera de servicios facilitar la accesibilidad de los usuarios a los servicios que sean necesarios para la mejora de su salud (el HUIC no realiza una comercialización como tal de sus servicios, ya que su cliente es un cliente “cautivo”) y, para ello, dispone de tres mecanismos básicos de difusión de su cartera de servicios:

1. Difusión General: asociada a la difusión que el propio SERMAS realiza, como responsable de la cartera de servicios de sus diferentes unidades, mediante sus mecanismos para mantener informada a toda la red y a los ciudadanos.
2. Difusión a través de la Alianza con AP

Este es el que consideramos como canal fundamental de la difusión de nuestra cartera de servicios, ya que los profesionales de AP son los principales prescriptores del uso de los servicios del Hospital para los pacientes, así como el regulador de un flujo óptimo de los mismos, por lo que dentro de la estrategia de continuidad asistencial se realizan actuaciones como:

- *Comunicación*: Desarrollo de diferentes mecanismos de comunicación bidireccional que permiten un mejor conocimiento de servicios y problemáticas (Ej.: visitas a centros de salud y al hospital, reuniones de coordinación, intercambios de información clínica, etc.)
- *Asesoría y colaboración técnica*: Desarrollo de sistemática de asesoramiento, Consultas Especialista – AP, grupos de protocolización, formación sistemática, desarrollo de servicios conjuntos integrados (paciente crónico complejo, cardiología, ...), etc. que permita a los profesionales de AP conocer los servicios del HUIC y sus características en servicios específicos, así como un adecuado reparto de tareas entre los dos estamentos.
- *Continuidad Asistencial farmacológica y en derivaciones*. Desarrollo de protocolos de derivación consensuados, acceso a agendas de citas y de fármacos concurrentes por parte de los dos ámbitos, etc.

Todo ello mejora el conocimiento del hospital, su accesibilidad y la confianza acerca de la competencia del Hospital.

3. Difusión a través de otros aliados

Como por ejemplo con residencias privadas concertadas, en las que se promueve el conocimiento del hospital a través del geriatra consultor, de la formación de enfermeras de continuidad, mediante los facultativos de hospitalización a domicilio para residencias, etc.

A partir de esta potenciación del conocimiento de nuestros servicios de los profesionales de las residencias nos sirven de referente.

4. Difusión directa a los usuarios

El **HUIC** por su parte difunde su cartera de servicios a través de la comunicación directa de sus profesionales a los pacientes, que realizan ante la identificación o sospecha de la necesidad de que algún otro especialista del Hospital les atienda, por su página web (en la que se aportan la cartera de servicios y noticias sobre las modificaciones de la misma) y por atención al paciente, que informa a cualquier usuario con dudas sobre los servicios prestados y la forma de acceder a los mismos.

Además, la comunicación externa en relación con nuestros servicios y nuestra capacidad de desarrollarlos de forma altamente efectiva también proporciona un prestigio que hace que los usuarios desarrollen su confianza en nuestra atención, que se traduce en facilidades de los procesos asistenciales y en efectos de adhesión a nuestros tratamientos, lo cual redundará en mejoras de salud y bienestar. Es por ello que el **HUIC** desde su área de comunicación externa trabaja en el desarrollo de nuestra imagen de prestigio:

- Gestión de noticias del Hospital a través de la web, de los medios de comunicación y de las redes sociales (ejemplo YouTube).
- Aprovechamiento de los monitores de citas para el conocimiento del hospital y difusión de temas de salud.
- Gestión de la difusión de premios y reconocimientos otorgados al Hospital.
- Gestión de las opiniones expresadas en redes sociales por los usuarios.
- Etc.

D: Los mecanismos de difusión a través de los sistemas generales del SERMAS y de la difusión en AP a través de los mecanismos de trabajo conjunto, formación y apoyo entre profesionales, son sistemáticos. La inclusión en la web de la cartera de servicios también es sistemática.

La transmisión de nuestra cartera de servicios a través de nuestros propios profesionales y de nuestros servicios de atención al paciente son mecanismos reactivos, que funcionan a demanda de las necesidades de los usuarios.

E R: La responsabilidad de gestión de la Comunicación externa es del CD apoyado por el Responsable de Comunicación, quienes se basan en los indicadores de flujo de pacientes, en la percepción de los profesionales de AP, en indicadores de imagen e impacto disponibles, en el apoyo de expertos externos, etc. Fruto de estas evaluaciones y aprendizaje se han realizado mejoras como: mejora y desarrollo de la alianza con AP cada vez más extensa y sistemática (el HUIC es un referente en este ámbito), alianza con residencias públicas y privadas concertadas, desarrollo del área de comunicación externa, desarrollo de programas de interacción con los usuarios como por ejemplo los programas de promoción de la salud a la sociedad o los talleres de educación para la salud a nuestros pacientes, mejora de relaciones de colaboración y comunicación con ayuntamiento, potenciar y estructurar las presentaciones a premios y reconocimientos que nos aportan capacidad de generar contenidos para la mejora de nuestra imagen, etc.

ANEXOS:

EVIDENCIAS

Página web.

Redes sociales.

Alianzas con AP y otros agentes socio sanitarios.

Programas de promoción de la salud.

Talleres de educación para la salud.

SUBCRITERIO 4.3: Elaborar y Entregar la Propuesta de Valor.

1.- Prestación de los Servicios

E: Tal y como ha sido descrito en el Criterio 3.1, en el HUIC se dispone de un proceso asistencial que desarrolla su cadena de valor, soportado por el sistema informático (SELENE), orientado a la consecución de su propósito (salud y bienestar) cuyas características principales son:

Gestión del Flujo Asistencial

La mayor parte de los pacientes entra en nuestros servicios de forma programada a través de **Admisión** (salvo urgencias), para lo que se dispone de agendas de consultas y quirúrgicas que tienen estructurados sus tiempos, su funcionamiento, su mecánica de cambios, su comunicación a pacientes y a los servicios, y sobre el cual se ha establecido un sistema dinámico de alineamiento entre previsión de actividad y sistema de agendas.

El **HUIC** dispone de un CM diario con situación de actividad programada en todos los procesos clave enviado a todos los servicios, en el que se pueden analizar necesidades y presión asistencial, permitiendo una toma de decisiones de actuación y gestión de los recursos con una visión muy completa de la situación en todos sus ámbitos de servicio.

Se dispone de listas de espera que se optimizan mediante el seguimiento de Admisión y su comunicación diaria con las Jefaturas de Servicios.

Se dispone también de un Coordinador de Bloque Quirúrgico y una Comisión de Quirófano semanal que trabajan en la coordinación de Servicios para la mejora de rendimientos (D. Médica, D. Enfermería, J.S. Quirúrgica, Admisión)

La Comisión de Actividad evalúa los indicadores de rendimientos, suspensiones, reprogramaciones, reclamaciones de pacientes al respecto, etc.

Durante 2021 se ha definido y puesto en marcha una Sistemática de revisión de pacientes con alto tiempo en el hospital, que se gestionan con la intervención de los trabajadores sociales para poder canalizar dichos pacientes hacia circuitos que contemplen necesidades de este tipo y no exclusivamente asistenciales.

En este punto también es importante recordar que el hospital trabaja en enfoques asistenciales que trabajan sobre la flexibilidad de la atención sanitaria (ej.: Ambulatorización de los procesos quirúrgicos, desarrollo de procesos quirúrgicos simples en consultas, hospitalización domiciliaria para pacientes médicos y quirúrgicos, etc.) y en la alianza con AP para la regulación del flujo optimizando el direccionamiento de sus profesionales

para que la atención especializada centre su esfuerzo y se optimicen recursos y las alianzas con los proveedores de pruebas externas no realizadas en el Hospital (UCR, Laboratorio Central de Madrid) con los que se gestiona la coordinación para que el flujo sea ágil y sin incidencias sobre lo programado.

Gestión de los Procesos Asistenciales

Todos los procesos clave asistenciales del HUIC (consultas externas, urgencias, hospitalización general, hospital de día, bloque quirúrgico - CMA, hospitalización domiciliaria, etc.) están estructurados por equipos multifuncionales, tienen responsables asignados y objetivos anuales de actividad, calidad, rendimiento y eficiencia.

Sobre estos procesos básicos se desarrollan todas las actuaciones diagnósticas y terapéuticas de los profesionales del hospital, que son estructuradas por los diferentes Servicios y Unidades del HUIC mediante procedimientos, protocolos y vías clínicas asociados a la actuación más adecuada en función de las diferentes patologías en base a evidencia científica existente.

Además de los procesos directos de asistencia a los usuarios se dispone de otras líneas de apoyo para el desarrollo de los procesos asistenciales:

- Apoyo diagnóstico: Diagnóstico por imagen, laboratorio, pruebas específicas, etc.
- Apoyo clínico: Farmacia, esterilización, depósito de sangre, nutrición y dietética.
- Apoyo asistencial: Trabajo social, atención al paciente, seguridad de paciente, etc.

Estos procesos de apoyo disponen igualmente de procedimientos y protocolos de actuación definidos y actualizados por los profesionales responsables.

Tal y como se describe con más detalle en el Criterio 5.1, la gestión de los procesos que desarrollan la asistencia a los usuarios se realiza mediante:

- El establecimiento de indicadores de funcionamiento y rendimiento de los procesos asistenciales, tanto en eficacia como en eficiencia.
- El establecimiento de indicadores de percepción de los usuarios sobre el nivel de satisfacción de sus necesidades y expectativas.
- El sistema de gestión en cascada de responsables:
- Reuniones sistemáticas de CD, de D. Médica con todos los servicios y de D. de Enfermería con todas las unidades para revisar incidencias, problemas operativos, resultados del CM asistencial / CM Enfermería e indicadores económicos.
- El sistema de mejora e innovación del Hospital, que tal y como se describe en C 2.3 y C 4.1, incide principalmente en la mejora y rediseño de los procesos de servicio a los pacientes.

D: El despliegue de la estructuración y gestión de los procesos de prestación de servicio a los usuarios del **HUIC** viene definido por:

La extensión de los procesos, procedimientos, protocolos, vías clínicas, etc. que permiten estructurar nuestra actividad para asegurar una adecuada prestación de los servicios:

- Desarrollo de Vías Clínicas para procesos interdisciplinares asociados a patologías específicas que requieren especial coordinación, en las que se controlan sus resultados y niveles de cumplimiento (ej.: proceso de atención al paciente crónico complejo, proceso de atención al paciente oncológico y en cardiología, proceso de explantes a corazón parado – asistolia, fractura de cadera, etc.)
- Desarrollo de Protocolos para actividades que por prevalencia y uso de múltiples personas requieren de homogeneidad y transmisión de conocimientos especiales. Cada protocolo tiene su responsable y se revisa su cumplimiento y resultados mediante muestras (Ej.: >200 protocolos médicos, >175 protocolos enfermería, >130 protocolos/recomendaciones/reglamentos en ámbitos de gestión y administración).
- Desarrollo de Sistemas ISO 9001 certificados con los procedimientos que de ellos derivan (Ej.: Anatomía Patológica, Traumatología, Farmacia, Atención al Paciente y los servicios de la SC) con equipos gestores de dichos sistemas. Así como certificación ISO 14001 para el HUIC a través de la SC, la certificación ISO 27001 para SI, la certificación UNE 179003 de la gestión de riesgos de pacientes y la certificación OHSAS 18001.
- Certificaciones de excelencia de sociedades médicas a nivel nacional e internacional (como por ejemplo: en el servicio de cardiología, en el servicio de digestivo y en la UCI)

Los enfoques y mecanismos que garantizan que la prestación de los servicios está a un nivel excelente son el desarrollo de los servicios asistenciales con evidencia científica, el desarrollo de la innovación en el ámbito asistencial (ver C2.3 y C 4.1), el desarrollo de programas de seguridad de pacientes o de programas de empatía y humanización; todo lo cual nos permite obtener unos resultados asistenciales merecedores de premios y reconocimientos (ver los TOP 20, BIC, y otros premios del sector en criterio 6)

E R: La gestión de la calidad y eficiencia de los procesos asistenciales es responsabilidad de las D. Asistenciales y de los responsables de cada uno de los servicios / unidades y de las áreas de apoyo. Para desarrollar esta gestión disponen de los indicadores de calidad percibida de pacientes / usuarios, de los indicadores de percepción de AP, de los indicadores de calidad asistencial y rendimiento internos, de los indicadores de gasto y eficiencia, de las aportaciones de los pacientes y usuarios, de las aportaciones de las comisiones de carácter asistencial, de las aportaciones de los aliados en prestación de servicios y en innovación de servicios, etc.

A partir de las evaluaciones realizadas se han desarrollado mejoras en los propios procesos asistenciales como las que se describen en los anexos C 4.1.1 y C 4.3.1 “Ejemplos de mejoras e innovaciones de procesos asistenciales”, así como mejoras organizativas y de gestión como: mejoras de indicadores CM enfermería o de consumos, desarrollo y potenciación de comisiones y equipos de mejora (comisiones de mejora asistencial de enfermería, grupos de trabajo “enfermería de calidad”, unidad funcional de mejora, comisión de humanización, etc.).

ANEXOS:

Anexo C 4.3.1: Ejemplos de mejoras e innovaciones de procesos asistenciales.

EVIDENCIAS

Proceso y protocolos de Admisión.
Procesos y protocolos Asistenciales.
Procesos y protocolos de apoyo asistencial.
Manual de acogida de pacientes.
Sistema de Cuidados de Enfermería.
CM de resultados asistenciales.
Informes de calidad percibida de usuarios.
Encuestas AP.
Proyectos de mejora e innovación asistencial.

SUBCRITERIO 4.4: Diseñar e Implantar la Experiencia Global.

1.- Satisfacción de Clientes

E: En el **HUIC** se dispone de encuestas a usuarios realizadas centralizadamente por el SERMAS para los procesos asistenciales clave: consultas externas, urgencias, hospitalización y CMA. Estas evaluaciones se realizan anualmente y permiten disponer de resultados comparativos entre los diferentes hospitales de la red y, en especial, de los hospitales del mismo grupo, que tienen características de estructura, cartera de servicios, etc. similares.

Para cada proceso clave se dispone de un esquema de preguntas para conformar las encuestas que reflejan las necesidades más relevantes de los usuarios respecto a cada proceso asistencial.

Los resultados de las encuestas son analizados por el CD y por la Comisión de Calidad Percibida, que tienen la responsabilidad de informar a los servicios y unidades implicadas y de promover el desarrollo de mejoras que permitan mejorar la percepción de los clientes.

En la actualidad se ha puesto a funcionar un sistema de evaluación de satisfacción mediante pantallas situadas en los puntos de prestación de servicios, en los que se recoge información de satisfacción de los usuarios en el propio hospital de forma continua y con capacidad para segmentar por servicios, lo cual proporciona una mayor capacidad de gestión por los diferentes servicios / unidades, generadores de dicha satisfacción.

Los datos recogidos, además de enviarse a la comisión de calidad, se reenvían a los responsables de los servicios / unidades para su gestión.

D: Los estudios de satisfacción de pacientes / usuarios se realizan anualmente, seleccionando muestras aleatorias de usuarios que pasan por los diferentes servicios del hospital, por oleadas. Para los estudios las muestras se realizan con criterios de representatividad y de fiabilidad de la evaluación realizada.

A la finalización de cada estudio realizado, el SERMAS envía un informe comparativo de los resultados alcanzados.

Anualmente la Comisión de Calidad Percibida establece un plan con acciones de mejora derivadas de los resultados alcanzados.

El sistema de encuestas de servicios clave mediante pantallas en el hospital se puso en marcha en 2021 y en la actualidad se considera que esta funcionando de forma estabilizada y mensualmente se envían resultados a los servicios / unidades. Durante 2021 han estado funcionando toquens en CCEE (9.300 encuestas realizadas), CMA (1.100 encuestas realizadas), Hospitalización (6.350 encuestas realizadas), Urgencias (6.700 encuestas realizadas), Salida (1.100 encuestas realizadas).

E R: El sistema de encuestas a clientes del Hospital se gestiona por el SERMAS, quien va evaluando la necesidad de mejoras y modificaciones al proceso. Por su parte el HUIC ha establecido los sistemas de evaluación on-line por parte de los usuarios en los puntos de atención y prestación de los servicios, de forma que se gestiona con una información más ágil y en continuo, así como con capacidad de segmentación por servicios más potente.

ANEXOS

EVIDENCIAS

Encuestas de Satisfacción pacientes.
Informes de resultados de satisfacción pacientes.
Comparaciones de resultados con los hospitales de la red.
Sistemas de encuesta “online” en el hospital.
Informes de encuestas propias del hospital.
Comisión de calidad percibida.

2.- Experiencia de Pacientes / Usuarios.

E: En el **HUIC** además de las encuestas de satisfacción, se dispone de diferentes mecanismos para la expresión directa de los pacientes y usuarios sobre su experiencia en la prestación de los servicios y la interrelación con el Hospital y sus profesionales:

Sistema de quejas y reclamaciones:

El HUIC (Área Atención al Paciente certificación ISO 9001) dispone de un sistema especial de atención de quejas y reclamaciones que registra y tramita todas aquellas quejas no formales de los pacientes/acompañantes para obtener información de mejora (quejas formales 279/2018, 278/2019, 273/2021; registros de quejas no formales de pacientes atendidos 3.295/2018, 3.609/2019, 1472/2021 – en periodo de pandemia se han disminuido mucho los registros habituales de reclamaciones y quejas por las restricciones para acudir al hospital)

Además del sistema estructurado de SQR oficial que se gestiona informando a la C.M., el personal del HUIC realiza una atención especial a toda aquella disconformidad de los usuarios registrando toda esta actividad y clasificándola por motivos, ámbitos, etc.

De toda esta información se realizan informes a la Gerencia y a la Comisión de Calidad Percibida para la mejora.

Proyecto de Experiencia de Paciente: a partir de 2018 el **HUIC** crea el Comité Director de Experiencia de Paciente, alineado con el desarrollo de sus estrategias de desarrollo de la empatía-humanización y la mejora de la “visión cliente” en nuestros servicios y que tiene por función la potenciación y coordinación de toda la actividad del Hospital en aras de mejorar nuestra comprensión y orientación al paciente.

A partir de este punto se establece un Plan de Desarrollo de la Experiencia del Paciente en el Hospital (ver anexo C 4.4.1 Sistema Experiencia Paciente), en el que mediante un proyecto de benchmarking con el Hospital Vall d’Hebron se desarrolló un proceso piloto que permitiese aprender y ajustar el tratamiento de dicho hospital a la gestión de procesos mediante técnicas asociadas al “camino de paciente”. Tras este proyecto de aprendizaje, el Comité de Experiencia de Paciente, a pesar de las restricciones producidas por la pandemia, ha trasladado la metodología a diferentes ámbitos del HUIC (Hospitalización de psiquiatría, SCASET en UCI, Hospital de Día, Urgencias pediátricas, Paritorio y se esta poniendo en marcha el sistema para los procesos de enfermería en digestivo).

D: Todas las reclamaciones / quejas, incidencias se registran informáticamente en Atención al Paciente (tanto las que llegan por canales físicos, como las que se expresan verbalmente a los profesionales) para llevar un control de la gestión de las mismas y para identificar oportunidades de mejora. Anualmente se realizan informes de quejas y reclamaciones.

A partir de la decisión en 2018 de desarrollar un Plan de Desarrollo de la Experiencia del Paciente, se realiza un Proyecto Piloto de Experiencia de Paciente tal y como se describe en el enfoque de este punto (ver anexo C 4.4.1). El funcionamiento del Plan de Desarrollo de la Experiencia de Paciente se ha visto distorsionado por el efecto y las restricciones derivada de la pandemia COVID, pese a lo cual ya se ha extendido el sistema por las diferentes áreas mencionadas.

E R: La responsabilidad de gestión de estos enfoques para la transmisión directa de sus vivencias y emociones es de Atención al Paciente, Comité de experiencia de paciente, Calidad y de los Responsables de servicios / áreas, quienes evalúan la adecuación de estos sistemas en base a resultados de proceso (SQI y Agradecimientos), los resultados de las mejoras en los ámbitos de trabajo con experiencia de paciente, y por las aportaciones de pacientes y usuarios.

Son ejemplos de mejora de dichos mecanismos: el proyecto de experiencia de paciente crónico y su extensión posterior a otros ámbitos según se describe anteriormente, el comité de experiencia de paciente, etc.

ANEXOS:

Anexo C 4.4.1: Desarrollo de la Experiencia de Paciente en el **HUIC**.

EVIDENCIAS

Sistema SQR.

Informes SQR.

Proyectos de experiencia de paciente.

Comité de experiencia de pacientes.

CRITERIO 5: GESTIONAR EL FUNCIONAMIENTO Y LA TRANSFORMACION

SUBCRITERIO 5.1: Gestionar el funcionamiento y el riesgo.

1. Gestión del Funcionamiento

E: El **HUIC** dispone de varios mecanismos interrelacionados para gestionar el funcionamiento del Hospital:

Planificación Estratégica: en la que se establecen los proyectos estratégicos de transformación y las líneas de trabajo que desarrollan la estrategia para asegurar y/o mejorar el funcionamiento de la organización (ver C1.4).

La estrategia se revisa anualmente en base a los resultados obtenidos y el análisis de cambios de entorno y/o internos de relevancia que podrían modificar las estrategias vigentes.

Planificación Anual: anualmente, el HUIC establece objetivos anuales relativos a sus estrategias, tanto de transformación como de funcionamiento, y se pacta con servicios y áreas objetivos específicos de cada ámbito, de los cuales algunos pasan a formar parte del sistema de remuneración por objetivos.

Dichos objetivos se derivan de las estrategias marcadas, de los objetivos que propone el SERMAS para el Contrato de Gestión y de ámbitos de mejora e innovación concretos que han sido identificados para realizar en el año en base a resultados de la organización o desarrollos de proyectos.

Gestión Operativa: este proceso es el encargado de desarrollar el seguimiento de los objetivos anuales y el funcionamiento del HUIC. Para su desarrollo se cuenta con los indicadores y CM generales (por ejemplo, el CM Diario, el CM Operativo – ver anexo C 5.1.1) o específicos de las diferentes áreas de gestión (ver anexo C 5.1.1) y las reuniones de gestión en cascada, como por ejemplo reuniones de áreas y de comisiones / comités:

- La D. Médica tiene reuniones semanales con todos los servicios para revisar incidencias y problemas operativos y reuniones mensuales (D. Médica + J. Servicios + D. Gestión) para revisar los resultados del CM asistencial (segmentado por servicios) y los indicadores de consumos por servicio.
- La D. Enfermería mantiene reuniones semanales con los 14 supervisores para la gestión operativa del día a día y reunión mensual para ver sus resultados en el CM de enfermería y además se han establecido reuniones mensuales específicas con cada supervisor (1 o 2 al mes según necesidades de unidad o de supervisor)
- Las diferentes Unidades y Servicios se reúnen sistemáticamente mando – profesionales para revisar el funcionamiento y los resultados / objetivos, en base al despliegue de responsabilidades establecido en cada ámbito.
- El Comité de Actividad se reúne semanalmente para analizar el funcionamiento de los procesos transversales (procesos clave asistenciales) y resolver incidencias, desviaciones, faltas de coordinación, etc.; para lo que revisa los indicadores y de rendimiento de dichos procesos y las incidencias que se producen.
- El Comité de Continuidad Asistencial también se reúne semanalmente para analizar el funcionamiento de los mecanismos de continuidad y el flujo de los pacientes.
- Las Direcciones de RRHH y Administración y SSGG son estructuras pequeñas que desarrollan su gestión en base al seguimiento con cada responsable de las incidencias y de los resultados de sus procesos.
- El CD mensualmente se reúne para el análisis de los resultados del CM asistencial (actividad, rendimiento, calidad, etc.), los resultados económicos, de consumo y gasto, con una revisión en profundidad cada 2 meses, los resultados de plantilla, etc.
- Trimestralmente se realiza un monográfico de objetivos del CG y se reporta al SERMAS.

Gestión de Procesos: en el Hospital se dispone de una sistemática, en general anual, para valorar los resultados de los procesos de la organización en los diferentes servicios y áreas, de forma que sus responsables hacen balance de los resultados alcanzados y se plantean posibles mejoras de procesos asistenciales y otros procesos de prestación de servicios, los procesos de gestión de RRHH, los procesos administrativos, procesos de apoyo como comunicación, etc.

La gestión operativa y de procesos se apoya mediante el desarrollo de comisiones/ comités y equipos de trabajo que disponen de sistemáticas de desarrollo de temas específicos para analizar el funcionamiento de ámbitos transversales y colaborar con responsables de la estructura para la propuesta y desarrollo de acciones de mejora (C. Calidad Percibida, C. Actividad, C. humanización, C. Seguridad de paciente, C. Ética asistencial, C. Investigación, etc.) (ver anexo C 2.4.1: Comisiones, Comités y Equipos de Participación)

D: Los mecanismos clave para la gestión del funcionamiento del **HUIC** se desarrollan con las siguientes características:

- Establecimiento de objetivos anuales generales de funcionamiento de la organización, que se establecen por el CD en base a los planes y presupuestos establecidos y pactados con el SERMAS al inicio del año.
- Establecimiento y despliegue de Objetivos a cada servicio / área en el que se pactan objetivos específicos de contribución a los generales por cada ámbito, más algún otro objetivo concreto de ámbito particular para cada profesional en base a las diferentes áreas de responsabilidad delegadas. (ver anexo C 5.1.2)
- Reuniones de CD / Reuniones Directores – Responsables / Reuniones de Responsables – Equipos, según se indica en el enfoque de este criterio, para la gestión operativa del Hospital.
- Sistemática de Trabajo de Comisiones y Equipos: cada Comisión tiene una sistemática de reuniones asociada al tipo de apoyo que realiza. Todas tienen un reglamento en el que se establecen sus características de funcionamiento y que figura en la intranet. La documentación de cada una de las comisiones ha sido actualizada a 2021 con reglamentos, procedimientos, participantes, renovaciones, etc. y generan actas y memorias de objetivos y actuaciones.

E-R: La responsabilidad del enfoque de gestión del HUIC es del CD, quien valora su adecuación en función de los resultados que se alcanzan, el cumplimiento de la estructura de reuniones y la presentación de los indicadores de resultados, las aportaciones de los servicios, unidades o profesionales involucrados en el sistema. También se realizan actividades formativas en gestión y Evaluaciones EFQM (internas y externas con expertos) que permiten la valoración y aprendizaje sobre el sistema de gestión de la organización.

Fruto de las evaluaciones y aprendizajes realizados son mejoras como: la creación de la Unidad Funcional de Mejora, mejora y extensión de comisiones y equipos de mejora, desarrollo y estructuración de unidades y servicios (ej.: UGC salud Mental), profundización en el despliegue de responsabilidades a los profesionales de unidades y servicios con acompañamiento de objetivos anuales personales, mejora de la información y CM de gestión (por ejemplo: nuevo cuadro de mando operativo y nuevo CM quirúrgico), “análisis estratégicos” de procesos clave (Plan de Urgencias, Plan Quirúrgico, etc.), funcionamiento mediante teams de comisiones y equipos, mejora de la divulgación de los temas del hospital nueva intranet, boletín, gestión piramidal de la información en WhatsApp, desarrollo de nuevos proyectos / programas para mejora del control y seguimiento de problemáticas del hospital, como por ejemplo: Programa piloto PROA de monitorización de infecciones para alertas a partir de información de microbiología e historia clínica (WHASSP inteligencia artificial acreditado por Agencia Española del Medicamento), etc.

ANEXOS

Anexo C 5.1.1: Ejemplos de Cuadro de Mando Diario, CM Operativo y Listado de Informes y CM Generales y Específicos del Hospital.

Anexo C 5.1.2: Ejemplos de objetivos desplegados en servicios y unidades.

EVIDENCIAS

Planes Estratégicos.

Planes anuales.

Objetivos anuales de servicios / áreas.

Seguimiento de Objetivos.

Actas de reuniones e informes CD.

Informes de Comisiones y Equipos de trabajo.

Cuadros de mando de Servicios / Áreas (Trabajo Social, PPI, etc.)

Memorias de unidades y servicios.

2. Gestión de riesgos

E: El **HUIC** ha desarrollado un sistema de gestión de riesgos global a partir de la identificación de riesgos basada en la norma UNE 31.000 y tiene identificados como riesgos relevantes del Hospital:

- Riesgo de Seguridad del Paciente (considerados riesgos clave en nuestro Hospital)

Riesgos que inciden en la salud y bienestar del paciente derivados de las prácticas asistenciales mediante las que desarrollamos la prestación de nuestros servicios.

La gestión de estos riesgos se lleva a cabo en base a la norma UNE de seguridad de pacientes UNE – ISO 179003 (ver anexo C 5.1.3):

- La identificación de todos los posibles riesgos para los usuarios en los diferentes áreas y procesos que pueden afectarles (44 servicios / áreas).
- Los servicios y áreas, tras la identificación de los riesgos, realizan una evaluación de situación de cada uno mediante el sistema AMFE y el cálculo de su índice NPR; basado en la valoración de su impacto (gravedad de consecuencias), de su probabilidad de aparición y de su posible frecuencia de aparición, según como se trabaja en los procesos y ámbitos en los que se puede generar cada riesgo.
- En función de los valores de riesgos obtenidos, se clasifican y priorizan los riesgos para establecer los planes de actuación correspondientes.
- Se establecen planes de actuación para mejorar los niveles de riesgo que se consideran no asumibles

Todo el sistema es dirigido por el Comité de Gestión de Seguridad de Pacientes.

El **HUIC** es un referente en su gestión de la seguridad de pacientes.

▪ Riesgo Reputacional

Es uno de nuestros objetivos fundamentales mantener una imagen de prestigio del Hospital, que no ofrezca dudas sobre aspectos relacionados con nuestra calidad asistencial, con nuestro cumplimiento normativo y legal, con nuestro comportamiento ético y con prácticas de buena gestión, etc.

El HUIC dispone de un “Plan de gestión de crisis” con definición de roles de consejería y roles del hospital, con definición de las diferentes actuaciones que deben ser realizadas, etc. En la actualidad se está trabajando en un sistema de monitorización de reputación en medios y redes.

▪ Riesgo de Cumplimiento Normativo y Legal

Para la gestión de riesgos derivados del incumplimiento legal y normativo al que está sujeto el Hospital, se dispone de un sistema de gestión de la normativa vigente, en el que se desarrollan las fases ya indicadas en el C 3.3 “gestión de reguladores” (vigilancia de nueva normativa, análisis de impacto, definición de recomendaciones de adaptación, implantación de mejoras y gestión de auditorías / inspecciones).

▪ Riesgo de Ciberseguridad

Los sistemas de información del Hospital, en especial los sistemas asistenciales que soportan la historia clínica de los pacientes y toda la información asociada al desarrollo de la actividad asistencial, son clave en el funcionamiento del hospital y en el aseguramiento de la confidencialidad de la información de pacientes e interna. Por ello el área de Sistemas de Información, apoyado por los servicios informáticos del SERMAS, desarrollan y actualizan un plan de ciberseguridad para evitar intrusiones internas y externas en nuestra red y nuestros sistemas.

Por otra parte, se trabaja en el cumplimiento de la LOPD somos auditados en este aspecto.

El **HUIC** dispone de la “Acreditación de los sistemas en seguridad Certificado ENS garantizado” (“Esquema Nacional de Seguridad”) y está también acreditado según la norma UNE / ISO 27.001, habiendo sido el primer hospital de España en conseguir dichas acreditaciones

▪ Riesgos Operativos

El **HUIC**, además de lo mencionado anteriormente, desarrolla dinámicas de gestión de riesgos en todos los procesos de ámbitos certificados con ISO 9001:2015, también, como en el sistema de gestión de riesgos en usuarios, con metodología AMFE.

D: El **HUIC**, tal y como se ha establecido en el enfoque, cuenta con mecanismos específicos para materializar su gestión de los riesgos clave a gestionar:

Respecto a la gestión de riesgos relacionados con los pacientes, tienen su análisis y gestión de riesgos 44 servicios / unidades del Hospital y todos ellos trabajan sobre el sistema certificado ISO 179003, lo que asegura auditorías internas y externas de cumplimiento de procesos y procedimientos.

En los ámbitos certificados ISO 9.001 del hospital, más en los 12 servicios prestados por la Sociedad Concesionaria, también con certificación ISO 9.001, se gestionan riesgos de procesos.

Los riesgos de ciberseguridad y su sistema de gestión se audita sistemáticamente por las entidades certificadoras (certificación ISO 27.001) e internamente para garantizar el cumplimiento de los procesos y procedimientos.

El sistema de gestión de riesgos de cumplimiento normativo se inspecciona / audita sistemáticamente por los organismos competentes, que dependen de las administraciones y no del Hospital.

E-R: La responsabilidad del enfoque de gestión de riesgos global es del CD, siendo de responsabilidades específicas, según estructura de funciones, las responsabilidades sobre los diferentes mecanismos existentes para la gestión de los diversos riesgos identificados como claves.

Fruto de estas responsabilidades se han realizado **mejoras** de alto calado como las certificaciones de las gestiones de riesgos para la seguridad de pacientes (ISO 179003) de las gestiones de riesgos de ciberseguridad (ISO 27.001) que garantizan una gestión ordenada, estructurada, sistemática y en mejora continua, se ha introducido la gestión de riesgos en los procesos certificados ISO 9.001 con la actualización a la versión 2015, se ha introducido la identificación de riesgos estratégicos en la PE, etc.

ANEXOS

Anexo C 5.1.3: Sistema de gestión de riesgos de seguridad de pacientes.

EVIDENCIAS

Comisión de Seguridad de Pacientes

Procedimientos y protocolos asistenciales relacionados con seguridad de pacientes.

Cuadro de seguimiento de riesgos de seguridad de pacientes

Proyectos y programas de mejora de la seguridad de pacientes

Auditorías de LOPD y otras acreditaciones

Planes de gestión de riesgos reputacionales

Planes de actuación de SI en ciberseguridad.

SUBCRITERIO 5.2: Transformar la Organización para el Futuro.

1. Gestión para la Transformación

E: El **HUIC** cuenta en sus PE con estrategias de transformación de la organización para el futuro.

El desarrollo de dichas estrategias se soporta principalmente sobre proyectos.

Dichos proyectos, por su complejidad se estructuran formalmente, a menudo en subproyectos, en los que se establece: responsable y equipo de trabajo, objetivos, estructura de desarrollo, etc.

El CD y los responsables de los proyectos estratégicos de transformación realizan el seguimiento de dichos proyectos / subproyectos incluido en el despliegue de planes anuales y en la gestión operativa de los mismos (ver C 5.1)

D: El **HUIC** cuenta con únicamente 10 años de existencia, por lo que no ha desarrollado muchos procesos de transformación, si bien su propia puesta en marcha y desarrollo inicial ya son un gran proyecto de transformación.

Aun así, se han desarrollado procesos transformadores como:

El desarrollo de la “Enfermería Avanzada”, en el que el Hospital es referente, consistente en la modificación del rol de la enfermería en diferentes ámbitos asistenciales para asumir más responsabilidades en el diagnóstico, tratamiento y cuidados de los pacientes (ver anexo C 5.2.1).

El desarrollo de la “empatía” / humanización de la asistencia, en el que también somos referentes, ya que iniciamos ese camino antes de que se convirtiese en una estrategia general del SERMAS y que ha dado lugar a múltiples cambios organizativos y de procesos asistenciales.

En la actualidad el HUIC está inmerso en el desarrollo de dos tipos de cambio muy importantes, incluidos en su Plan Estratégico 2021-2024:

- El cambio de la medicina en base a la tecnología (IA, gestión prescriptiva de datos, desarrollo de estudios de genoma, desarrollo de la robótica, etc.).
- El cambio de modelo asistencial de “hospital sin paredes”, en el que la asistencia especializada no se desplegara solamente asociada a la estructura de un edificio llamado hospital. Sus proyectos iniciales más avanzados son la gestión estructurada de la asistencia no presencial en consultas y el desarrollo de la Hospitalización a Domicilio en creciente desarrollo en los últimos años (ver anexo C 5.2.2)

En este sentido, el **HUIC** ya dispone de actuaciones en tratamiento prescriptivo de datos, en el uso de algoritmos para predecir comportamientos de pacientes, en el desarrollo de la asistencia monitorizada domiciliaria, etc.

E-R: La responsabilidad de establecer y gestionar una dinámica de gestión de la transformación que permita gestionar en paralelo, de forma efectiva, el funcionamiento y la transformación es del CD, para lo que se evalúan los resultados y el nivel de cumplimiento de los planes estratégicos, a partir de estas reflexiones se han tratado de realizar mejoras en la gestión de la transformación de la organización como: la mejora de la estructuración de las estrategias de transformación y de la gestión de proyectos complejos.

ANEXOS

Anexo C 5.2.1: Desarrollo de la Enfermería avanzada en el HUIC

Anexo C 5.2.2: Desarrollo de la Hospitalización Domiciliaria (HaD)

EVIDENCIAS

Planes Estratégicos

Objetivos de Planes Anuales

Proyectos estratégicos

Procesos de transformación realizados o en desarrollo

SUBCRITERIO 5.3: Impulsar la Innovación y Aprovechar la Tecnología.

1. Aprovechamiento de la Innovación y la Tecnología.

E: Tal y como se describe en C 2.3 “Gestión de la Innovación”, el Hospital promueve y gestiona sistemáticamente la innovación mediante un proceso que dispone de elementos de vigilancia técnica y tecnológica, gestión de redes de conocimiento, gestión de alianzas para el desarrollo de proyectos de innovación y gestión de los proyectos a desarrollar.

La característica principal de la innovación en el HUIC es que siempre está orientada a su aplicación en los servicios a los pacientes y usuarios y a la mejora del funcionamiento interno.

D: Son ejemplo del enfoque de “innovación para su aplicación”:

- Los proyectos de **aplicación** de nuevas técnicas y tecnologías **a los servicios a los usuarios** como: sistema de identificación de medicamentos peligrosos, implantación de e-consulta en heridas y ostomias, e-consulta en continuidad asistencial, hospitalización a domicilio digitalizada, programa de CMA con hospitalización a domicilio, cirugía robótica (ORL, DIG, CG, GIN, URO, ...), implantación de proyectos como WASPSS / PROA / ONKO / MEDNET / ..., servicio de telemedicina con el H. de Fuenlabrada, Sistema 3D en cirugía oftalmológica, sistema de teleictus, etc. (ver anexo C 2.3.1 de ejemplos de innovación y C 5.3 con aplicaciones técnicas de SI)
- Los proyectos de **aplicación** de nuevas técnicas y tecnologías **a la mejora del funcionamiento interno** como: “Onedrive” para gestión de las agendas personales y de los servicios, documentos, sesiones clínicas, etc. en servicios / unidades (como por ejemplo en cirugía general, bloque quirúrgico, ...), disposición de tablets a pie de cama en hospitalización – urgencias – REA - SAM, plataforma GOOD HABITS para formación, sistema de control de accesos por reconocimiento facial, colaboración con HU 12 de Octubre para compartir su plataforma virtual de formación, implantación del módulo logístico integrado NEXUS, etc. . (ver C 2.3 anexo C 2.3.1 de ejemplos de innovación y C 5.3 con aplicaciones técnicas de SI)

E-R: La responsabilidad de la innovación y el aprovechamiento de las nuevas tecnologías es del CD con el apoyo de los responsables de SI, de los servicios asistenciales y de las áreas, quienes trabajan sobre un planteamiento iterativo y continuo de vigilancia tecnológica.

Fruto de este planteamiento son los diferentes proyectos que se mencionan en este apartado y en otros de la Memoria (ver anexo C 2.3.1 del C 2.3), que hacen del **HUIC** un referente del sector por innovación.

ANEXOS

EVIDENCIAS

Proyectos de innovación aplicados en el **HUIC**

SUBCRITERIO 5.4: Aprovechar los Datos, la Información y el Conocimiento.

1. Gestión de los datos y la información.

E: En el **HUIC**, por ser un hospital, la gestión de la información es vital como información y como conocimiento, ya que todas las decisiones operativas están asociadas a la actuación personalizada sobre cada paciente en base a la información sanitaria, social, personal, ... establecida en los sistemas.

Para ello, cuenta con un Sistema SELENE que soportan toda la información asistencial y la gestión de la historia clínica digital de los pacientes; complementado por sistemas de apoyo para servicios y pruebas altamente integrados. Estos sistemas están accesibles a los profesionales y permiten la toma de decisiones operativas en todo el ámbito asistencial de actuación con pacientes, así como la gestión global de actividad, rendimientos asistenciales, calidad asistencial, etc.

El Hospital también cuenta con sistemas de información avanzados (SAP, PeopleNet, ...) totalmente integrados con SELENE, que permiten:

La Gestión Económica, que soportan toda la información económica y administrativa del hospital de forma integrada. Estos sistemas proporcionan la información que permite la toma de decisiones operativas en los procesos económicos y administrativos y los análisis económico – financieros del Hospital.

Gestión de RRHH, que permite la gestión integrada de todos los aspectos laborales de los profesionales y la gestión de plantilla.

Además, se dispone de aplicaciones específicas para el soporte de otras actividades como: Mantenimiento, las comunicaciones del Hospital, la monitorización de los sistema y redes informáticas, etc.

Para el desarrollo de la gestión de los Sistemas del HUIC se dispone de un área de SI que gestiona informáticamente la empresa, junto con el servicio centralizado de SI del SERMAS, se encarga de:

- Colaborar con proveedores en el desarrollo de aplicativos.
- Gestionar la seguridad e integridad de la información.
- Gestión del hardware, las comunicaciones, etc.
- Gestionar el servicio a los usuarios internos, el mantenimiento, y la reposición.

Todos estos sistemas de información están gestionados conforme a los Procedimientos de SI "Sistemas de Información **HUIC**", que documenta:

- Las funciones de la Unidad en los ámbitos de informática, sistemas de información, monitorización y seguimiento de incidencias, seguridad informática, telefonía y sistema de usuarios y sus perfiles de acceso.
- La descripción de características de los servicios CPD y de los servidores.
- Inventario y descripción de las redes electrónicas de comunicaciones y monitorización.
- Inventario y descripción de características de los aplicativos del HUIC.

En los últimos años el **HUIC** ha iniciado el desarrollo de la gestión predictiva de datos para su aplicación en el análisis de salud de pacientes.

D: Además de las características técnicas de nuestros sistemas y su seguridad, que son de última generación, es necesario señalar que el **HUIC**:

- Tiene un alto grado de integración de sistemas que permite la funcionalidad "sin papeles" (Selene, SAP y Peoplenet)
- Se dispone de un sistema de trazabilidad total sobre la actividad de cada usuario, por lo que se realizan auditorías trimestrales de buen uso.
- Se dispone de un sistema de monitorización de las redes informáticas con sistemas de alarma para todos los puntos críticos de funcionamiento (farmacia, anatomía patológica, frigoríficos, etc.), así como de planes de contingencias de todos los servicios críticos (realización 2 pruebas semestrales)
- Se dispone de una auditoría externa de seguridad anual con plan de mejora asociado, así como de la auditoría externa asociada a la certificación ISO 27001.
- La gestión informática dirigida por nuestra Unidad está subcontratada a expertos de alto nivel (Siemens, ICM-HP, CESUS) (mantenimiento, incidencias, monitorización)

Tal y como se indica en el C 1.3 enfoque: “Comprensión de las capacidades propias” o en el C 5.1 enfoque “gestión del funcionamiento”- anexo 5.1.1, así como en otros apartados, la organización dispone para su toma de decisiones de gestión y de tratamiento de pacientes de la información proporcionada por los diferentes sistemas mencionados mediante los cuales se generan los CM generales y específicos de áreas y procesos que permiten la gestión y toma de decisiones con datos del Hospital.

En la actualidad el HUIC está desarrollando algunos proyectos de análisis predictivo de datos de salud de pacientes para establecer escenarios probabilísticos de evolución, por ejemplo: se ha colaborado en 7 proyectos del estudio metacéntrico SEMI-COVID-19 en los que ha participado el Hospital Universitario Infanta Cristina (ver anexo C 5.4.1).

E-R: Este enfoque está gestionado por el Dpto. de Sistemas con el apoyo de los servicios centrales del SERMAS, de los proveedores tecnológicos en este campo y de las solicitudes y necesidades de los usuarios, que junto con los indicadores de funcionamiento de los sistemas permiten identificar las oportunidades de mejora existentes.

Además, se dispone de:

- Un Comité de Seguridad Informática (Gerencia + Admisión + Asesoría Jurídica + RR.HH. + Atención Paciente + U.S.I.) con sesiones trimestrales para la evaluación del servicio y la seguridad y con planes anuales de mejora.
- Un circuito de mejora/innovación basado en análisis de problemas / incidencias + innovación propuesta por usuarios + innovación propuesta por proveedores, sistema de análisis y benchmarking y proyectos de mejora-innovación.

Fruto de estos mecanismos en SI se dispone anualmente de un Plan de Mejora de SI, que incluyen numerosas mejoras e innovaciones como: proyectos piloto con SERMAS de MUP, e-consulta y receta informatizada, un gestor de turnos para mejorar la información y accesibilidad, mejoras internas de interfaces y copias de seguridad de imágenes no radiológicas con sistemas específicos de cardiología y oftalmología, sistema para la logística de medicamentos y material sanitario integrado en el módulo de gestión económica, mejoras para la recertificación ISO 27001 de seguridad informática de pacientes, portal del empleado y extensión de sus capacidades (uso del portal para la gestión de los permisos y vacaciones), renovación de la red Wifi y del 90% de los ordenadores, incorporación de tablets y tensiómetros portátiles para el manejo de la información de pacientes a pie de cama, uso del sistema GPT de gestión de enfermería para la gestión de facultativos, desarrollo de análisis predictivos de datos relacionados con la salud de pacientes, etc.

ANEXOS

Anexo C 5.4.1: participación del **HUIC** en el Estudio Meta-céntrico SEMI-COVID-19.

EVIDENCIAS

Documentación "Sistemas Información **HUIC**"

Documento de Seguridad

Planes Contingencias

Informes de los Proveedores

Informes de Auditorías externas

Proyectos de innovación y desarrollo

Actas Comité Sistemas

Planes Mejoras de SI

Certificación ISO 27001 de SI

2. Gestión del Conocimiento.

E: En la gestión del conocimiento del **HUIC** (ver C3.2 enfoque 2 “gestión de la formación y el desarrollo de las personas”), además del conocimiento proporcionado para la toma de decisiones en base a los datos descrito en el enfoque anterior, distinguimos varios mecanismos diferentes que nos permiten:

Identificar y captar conocimiento, cuyos mecanismos principales son:

- La formación continua (planes de formación).
- La asistencia a foros del sector y generales en los que se identifican prácticas y tendencias asistenciales y de gestión (jornadas, congresos nacionales, etc.).
- El desarrollo y la participación en las redes de conocimiento con interrelaciones con diferentes ámbitos de conocimiento sectorial entre los que figuran muchos de los GI clave del Hospital (SERMAS y su red de centros, universidades y centros de formación, proveedores y otros aliados para la innovación y la

investigación, sindicatos sectoriales y medios de comunicación sectoriales que distribuyen conocimiento del sector como servicios propios del mismo, etc.).

- El desarrollo de las sistemáticas de benchmarking.
- Proyectos de innovación e investigación

Distribuir y Fijar el conocimiento, cuyos mecanismos principales son:

- El trabajo en equipos multidisciplinares en nuestros procesos clave y en nuestros servicios / unidades, que permite un intercambio continuo de conocimientos entre profesionales.
- Las sesiones clínicas sistemáticas de nuestros Servicios y de Enfermería, que están acreditadas.
- El desarrollo de procesos, vías clínicas, de los procedimientos y protocolos de actuación y su disponibilidad para todos los profesionales a través de la intranet en un sistema de gestión documental actualizado recientemente.

D: Algunos elementos que definen el despliegue de la gestión del conocimiento podrían ser:

- Los planes de formación sistemática son anuales, están dirigidos a todos los profesionales. Se realiza una memoria anual de formación.
- Muchos profesionales acuden a foros del sector y la asistencia a los mismos está contemplada como horas de formación.
- Existen en el HUIC calendarios de sesiones generales, calendarios de sesiones en servicios y en D. Enfermería y sus Unidades.
- El sistema de gestión documental de la intranet contiene procedimientos y protocolos de la mayoría de áreas y servicios del hospital, tanto asistenciales como de administración, RRHH, etc. Los Servicios prestados por la SC están protocolizados ya que disponen de certificación ISO 9001.
- Periódicamente se celebran las Jornadas de Geriatría del HUIC

E-R: El enfoque global descrito es responsabilidad del CD, quien se apoya en los diferentes directores y responsables de los distintos mecanismos que lo conforman para evaluarlo y hacerlo más efectivo.

Son ejemplos de mejoras de los últimos años: mejora de las horas de formación hasta las 45h, desarrollo de la formación interna por nuestros propios profesionales y de forma remunerada, a las relaciones de benchmarking establecidas con los hospitales de Arganda y Henares se han añadido otras con H del Tajo, H Puerta de Hierro y H. Vall d'Hebron, se han aumentado los números de protocolos y se ha puesto en marcha el nuevo sistema de gestión documental, se han sistematizado y mejorado las sesiones clínicas, se han puesto en marcha las sesiones de enfermería, se ha creado y desarrollado el "Club de Investigación" de enfermería, se ha producido la integración efectiva en el Instituto de investigación del H. Puerta de Hierro, se ha desarrollado el proyecto piloto de gestión de desempeño de líderes, etc.

ANEXOS

EVIDENCIAS

Planes de Formación.

Memorias anuales de Formación.

Calendarios de sesiones clínicas generales, de Servicios y de Enfermería.

Sistema de gestión documental de la intranet.

Proyecto de gestión de desempeño de líderes.

Sistema de carreras profesionales.

SUBCRITERIO 5.5: Gestionar los Activos y Recursos.

1. Gestión Económica.

E: El **HUIC** realiza su gestión económica en base a sus procesos de:

Gestión Presupuestaria

Anualmente el **HUIC** realiza su planificación económica en base a la elaboración de un presupuesto de gastos: Previsión de actividad del Hospital en base a los servicios prestados y los planes de nuevos servicios establecidos por la Dirección y los responsables de los mismos.

Previsión de gastos operativos en función de la actividad a desarrollar y los gastos generados por esta teniendo en cuenta las desviaciones en el año anterior para acercar la previsión a la realidad, los planes de nuevas acciones (ejemplo: incorporación de nuevas tecnologías, ampliaciones de cartera, o nuevos programas), y los propios objetivos presupuestarios establecidos por el SERMAS.

Previsión de gastos de personal en base al estándar de plantilla y la previsión de actividad realizada.

Previsión de otras partidas de gasto en base a proyectos/actuaciones especiales previstas (Ej.: inversiones)

Con todas estas previsiones se trata de cuadrar el presupuesto completo y se realizan las memorias justificativas de cambios en el presupuesto para su presentación al SERMAS.

Por último, se discute y ajusta el presupuesto global con los responsables del SERMAS.

D: Toda la actividad de gestión económica y administrativa esta soportada por los sistemas de información integrados del Hospital.

Una vez el año presupuestado en curso, se realiza un seguimiento mensual del mismo en términos de actividad, consumos, plantilla, etc. que se revisa con el CD y su segmentación por servicios/áreas con los responsables de estos.

En estos últimos años se ha desarrollado un sistema de seguimiento semanal de material sanitario y producto farmacéutico (se envía a CD cuando existen desviaciones para toma de medidas con responsables de unidades), así como un sistema de análisis de correlación entre gastos y actividad del hospital para una gestión más eficiente del mismo (el **HUIC** está en el TOP 20 por su Eficiencia).

En la actualidad, con el cambio jurídico del hospital, ya no se dispone de “caja” propia, por lo que no se realiza gestión de tesorería, en su lugar se realiza un proceso de gestión de propuestas de pago mediante el cual se “aprueban” las facturas que los proveedores presentan a través de la plataforma FACE o el registro de entrada en la CM (e-reg.) para que se proceda al pago por parte de la CM.

E-R: La responsabilidad de la gestión económica del Hospital es de la Dirección de Gestión y del CD, quienes la evalúan en base a los propios resultados económicos, a las previsiones y marcos presupuestarios aprobados, a los requisitos del SERMAS y al objetivo de gestión eficiente de los recursos.

En función de las evaluaciones realizadas y a los requisitos del SERMAS se han realizado mejoras como: periodificación mensual del seguimiento presupuestario, mejora de la profundidad de la estructura del análisis económico, integración de la gestión logística y compras de medicamentos y material sanitario en el sistema de gestión económica (NEXUS), informes mensuales de gasto en material sanitario y producto farmacéutico, desarrollo del informe de gasto de productos sanitarios por cada Unidad, desarrollo del proceso de gestión de propuestas de pago, desarrollo del sistema de análisis de correlación gasto – actividad, Impulso de gestión farmacoterapéutica para eficiencia y eficacia, etc.

ANEXOS

EVIDENCIAS

Presupuestos anuales

Planes de Inversiones

Cuadros de Mando Económico

Informes Económicos

Sistema de Gestión Económica

Procesos de gestión económica (protocolos y procedimientos)

Auditorías externas

2. Gestión Integral de Mantenimiento y Seguridad de Instalaciones y Equipamientos

E: El **HUIC** dispone de dos proveedores clave para el mantenimiento y la seguridad de infraestructura/instalaciones y equipamiento electromedicina, respectivamente:

- La SC esta encargada de infraestructura e Instalaciones, puesto que es la propietaria de estas.
- Para electromedicina, por su carácter tecnológico, se ha contratado por el Hospital un técnico especialista responsabilizado de gestionar y supervisar los programas y actuaciones de la subcontrata de mantenimiento (empresa especializada)

En ambos casos se dispone de programas de mantenimiento preventivo explicitados y soportados informáticamente (Sistema Prisma y MANTHOSP) y circuitos de correctivo con tiempos de respuesta establecidos y sistemas online de soporte e información (SPS, SIGI, MANHOSP).

Se gestiona mensualmente con dichos proveedores los niveles de cumplimiento de preventivos y la respuesta en correctivos mediante informes y reuniones estructurados al efecto.

D: Se dispone de un inventario de instalaciones completo y todo el equipamiento esta inventariado.

En el caso de SC su sistema está certificado ISO 9001 y además de la mecánica de seguimiento estructurado de todos sus servicios que tiene con el HUIC, sigue su propio programa de auditorías internas y externas.

En el caso de empresa encargada de electromedicina, se dispone de un sistema de información compartido (Manthosp)

Gestión Ambiental: el HUIC está suscrito al sistema de gestión ambiental de la SC, certificado por ISO 14001, por lo que:

- Todo el material y equipamiento obsoleto es dado de baja y se retira con criterios ambientales.
- También se dispone de elementos de gestión y optimización de consumos

Se dispone de un plan de seguridad para emergencias.

E-R: El sistema de mantenimiento tiene seguimiento sistemático por parte de su responsable para maximizar el cumplimiento de los planes preventivos y agilizar los correctivos, tratando de optimizar la disponibilidad y seguridad. Este seguimiento se desarrolla con informes y reuniones conjuntas para mejorar los procesos de mantenimiento y seguridad.

Fruto de este trabajo de análisis y cooperación, se han realizado múltiples mejoras como: Cambios en las frecuencias de actuación programada sobre determinadas infraestructuras y equipamientos, nuevo plan (ampliación) de mantenimiento preventivo para electromedicina, actualización y mejora del inventario, nuevo plan de reinversión / reposición para electromedicina (continuación de línea de acción comenzada con el plan de inversiones 2015-2016), Consenso con la Sociedad Concesionaria en el programa de Inversiones en infraestructuras y equipamientos, Mejoras en coordinación y tiempo de respuesta de la empresa mantenedora de electromedicina, mecanismos de seguimiento de las inversiones de la SC, etc.

ANEXOS

EVIDENCIAS

Sistemas informáticos soporte mantenimiento

Informes de Mantenimiento SC y de la Unidad Técnica de Control del SERMAS

Informes de Mantenimiento internos

Planes de Mantenimiento Preventivo

Procedimientos de desarrollo de mantenimiento correctivo

Ordenes de trabajo

Partes de trabajo

Plan de seguridad

3. Gestión de Compras y Aprovisionamientos

En función del tipo de compra a realizar el Hospital realiza compra propia, bajo la reglamentación de compra para una empresa pública, o bien realiza compras bajo acuerdos y condiciones pactadas externamente (INGESA, SERMAS, ...), con la siguiente estructura y criterios:

Compras (Material No Sanitario)

El HUIC tiene dos tipos de compra según se requiera:

- Compra a través del catálogo de la Junta Central de Compras (material de oficina, ropa de pacientes,

lencería, consumibles informáticos, ...): Sistema estructurado y documentado por la Junta central de Compras, seguimiento de esta. Caso de incidencias en producto y/o proveedor, se cambia conforme a catálogo y, en su caso, se reporta a la JCC.

- Compra directa: De modo reglamentado y estructurado según normativa.

Compras Medicamentos

El HUIC dispone de un Servicio de Farmacia y una Comisión de Farmacia y Terapéutica (CFT) donde se gestionan los medicamentos de uso en el Hospital (Guía Farmacológica) la compra y el aprovisionamiento de los almacenes de plantas y la medicación directa a aportar a los pacientes a través de Enfermería.

El Servicio de Farmacia compra conforme a:

- Acuerdos Marco Ingesa.
- Acuerdos Marco SERMAS.
- Concursos y procedimientos negociados propios del Hospital.
- Compras directas.

Compras de Material Sanitario

La selección de producto y proveedor responde a los siguientes procesos:

- Acuerdos Marco SERMAS.
- Procesos de contratación del Hospital.

Se realiza una evaluación sistemática del mercado, en términos de comparación de productos/proveedores/precios.

Se coordinan las Direcciones Asistenciales y de Gestión a través de la Comisión de Compras y del Protocolo de Introducción de Nuevo Producto Sanitario según criterios coste – efectividad.

Compra De Servicios

- Servicios no asistenciales prestados por la Sociedad Concesionaria. Contrato de Concesión. Instrumentos de control de la prestación.
- Servicio mantenimiento electromedicina por concurso propio del Hospital a partir de 1/2/17.
- Otros servicios: según normativa aplicable en función de las características de la compra a realizar.

D: Toda la actividad de compras del Hospital está sujeta a reglamentación y al desarrollo de la misma conforme a criterios de transparencia de la empresa pública en la contratación; por lo que se sigue la regulación establecida y se reciben auditorias al respecto de su cumplimiento.

E-R: En todos los ámbitos citados anteriormente se realizan evaluaciones por separado con la D. de Gestión en base a parámetros de servicio (Ej.: pactos de consumos) y de coste (Ej.: Informes de costes de material sanitario, CM de costes de farmacia) y aprendizaje mediante el intercambio de información con el SERMAS (datos comparados de costes), los seguimientos cruzados (Ej.: D. Gestión – SC) benchmarking con otros hospitales (Ej.: H. Henares), benchmarking precios productos farmacéuticos, etc.

Fruto de estas evaluaciones y aprendizajes se han realizado mejoras como: sistemática de acción ante incumplimientos de entrega, evaluación sistemática de potenciales mejoras de precios de compra, reducciones de coste por centralización de compras, mejoras en la guía farmacológica y proyectos de reducción coste farmacia (costes de tratamientos con biológicos de determinadas patologías y gasto en antibióticos), proyectos de racionalización en Farmacia, mejoras en el alta y compra de productos sanitarios con un nuevo formulario de petición para los mismos y análisis coste - efectividad, mejora del catálogo de material sanitario, etc.

ANEXOS

EVIDENCIAS

Procedimientos de Compra y Almacenes SC (certificación ISO 9001)

Reglamentación de compras para empresas publicas

Procedimientos de la Central de Compras del SERMAS

Procedimientos del Servicio de Farmacia para la gestión de la guía farmacoterapéutica y la compra de medicamentos.

Informes de costes material sanitario y de medicamentos

Comisión de Compras

CRITERIO 6: RESULTADOS DE PERCEPCIÓN

ANEXO CRITERIO 6: EXPLICACIÓN DE GESTIÓN DE RESULTADOS DE PERCEPCIÓN DE GRUPOS DE INTERÉS.

Subcriterio 6.1. Resultados de percepción de clientes

CLIENTES PACIENTES

En el hospital se dispone de numerosos mecanismos para evaluar la satisfacción de pacientes y familiares:

Encuestas del SERMAS: en los servicios de Hospitalización, CMA, Urgencias y Consultas Externas, centralizadas desde la subdirección general de calidad del SERMAS, proporcionan resultados del hospital y comparaciones con el grupo de hospitales de referencia del que forma parte el **HUIC** y resto de hospitales de la CM.

Las encuestas de SERMAS sirven, además de para la comparación, para la referencia de objetivos del Contrato de Gestión. Se revisan por CD y la Comisión de calidad percibida para orientar la mejora general del hospital.

Las encuestas del SERMAS tienen carácter anual. Los últimos resultados disponibles son los de 2019 (en 2020 no se realizan encuestas por situación de pandemia) y las últimas encuestas han sido realizadas en 2021, con muestra de pacientes de junio a septiembre. La muestra se toma sobre pacientes atendidos y son encuestas telefónicas realizadas por el SERMAS. En estos momentos todavía no están disponibles los datos agrupados y comparados de 2021.

Encuestas del hospital: El hospital realiza sus encuestas a los usuarios de CCEE, urgencias, hospitalización, CMA y también existe toquen en la salida para cualquier usuario.

Estas encuestas recogen información en continuo mediante sistemas de toquen de contestación in situ y por el sistema de encuestas vía SMS al alta. Su información permite su utilización para la gestión operativa continua de servicios y unidades y, por agrupación, para la gestión general de procesos clave también en continuo. Dependiendo del funcionamiento su capacidad esta mejor orientada a la medición de experiencia del paciente o de satisfacción del paciente. Estas encuestas llevan funcionando desde 2021, por lo que todavía no se pueden obtener conclusiones de comparación con las encuestas de SERMAS (diferente captación de datos)

Complementariamente, los servicios certificados con ISO 9.001 también realizan encuestas propias anuales mas orientadas a sus tipos de asistencia y usuarios. Se utilizan en los servicios para la mejora de sus procesos.

Los resultados se manejan segmentados por:

Resultados generales SERMAS: tipo de servicio (Hospitalización, CMA, etc.) y características clave de cada servicio (asistencia, trato, confort, etc.)

Resultados propios de encuestas a servicios clave se manejan segmentados por: tipos de servicio y ámbitos específicos de especialidad dentro de dichos procesos.

Los principales resultados que se presentan de la percepción de nuestros clientes son:

- 6.1.1 Indicadores de consultas externas
- 6.1.2 Indicadores de hospitalización
- 6.1.3 Indicadores de CMA
- 6.1.4 Indicadores de urgencias

En cada grupo de resultados se incluyen resultados clave y resultados relativos a estrategias de mejora.

CLIENTES ATENCIÓN PRIMARIA

Asociado a la relación de cliente y aliada de la red de atención primaria del SERMAS en nuestro área de referencia, el hospital enmarca dentro de la alianza para la continuidad asistencial de los pacientes una herramienta de gestión (encuesta) que nos permite evaluar el funcionamiento de la alianza y el nivel de

satisfacción de los profesionales con la continuidad asistencial y con aspectos / herramientas incorporadas a la alianza.

La percepción de satisfacción de este cliente – aliado se ha incluido en esta memoria en el subcriterio 6.5 Percepción de aliados y proveedores.

Subcriterio 6.2. Resultados de percepción de personas

Las personas de la organización son su principal activo. En la cultura de la organización está fuertemente integrado el principio de “Cuidar a las personas” y uno de los Objetivos Clave del Hospital es la Satisfacción de las personas.

La percepción de las personas es clave para el desarrollo de nuestros servicios, por lo que se han realizado diferentes fórmulas de valoración de la satisfacción de las personas:

Inicialmente, desde 2010 a 2014 se realizaron 3 ciclos bienales de evaluación mediante encuestas de calidad de vida laboral.

En 2016 y 2018 se ha pasado a una encuesta de clima laboral, también bienal, entendiéndose que nos proporciona una mayor capacidad de gestión de las dimensiones clave de satisfacción y de integración con el proyecto del hospital.

El sistema de encuestación se sigue revisando para ir construyendo un enfoque más sólido cada ciclo.

También se realizan periódicamente análisis de riesgos psicosociales en las diferentes áreas del Hospital, en las que se evalúan riesgos desde un punto de vista de PRL, pero que sirven también para valorar la situación del personal en determinados aspectos de su ámbito laboral (a la finalización del documento se pone un ejemplo de análisis de riesgos psicosociales).

Complementariamente, con ocasión de la pandemia COVID padecida, en este ciclo de evaluación de satisfacción se consideró conveniente realizar un análisis de “lecciones aprendidas COVID” (ver C 1.2, anexo C 1.2.2) en el que una parte alta de la plantilla participó respondiendo a una encuesta abierta a través de equipos de servicios / áreas, equipos de comisiones y comités, mandos intermedios. En esta encuesta, que servía para comentar y consensuar respuestas por parte de los profesionales en grupos de área / servicio o grupos de gestión, se trataban preguntas de gestión de personas, preguntas de liderazgo, preguntas de organización y preguntas de servicios asistenciales a los pacientes.

Tras captar la información de los profesionales se han discutido con ellos posibles actuaciones correctivas y proyectos de futuro en los diferentes ámbitos evaluados.

Los principales resultados que resumen la percepción de las personas son:

6.2.1. Resultados de la encuesta de calidad de vida profesional 2010-2014

(en los que se incluyen dimensiones como: participación y reconocimiento, formación, calidad atención laboral, motivación)

6.2.2 Resultados encuesta de clima “exprésate” 2016-2018

(en los que se incluyen dimensiones como: satisfacción general, factores de hospital globalmente considerado, tarea y entorno de trabajo, organización y procesos de trabajo, valor de servicio al paciente, seguridad laboral, reconocimiento, pertenencia, comunicación, liderazgo, gestión y desarrollo de personas, conciliación y motivación).

Ejemplo de Análisis Psicosocial

EVALUACIÓN DE RIESGOS PSICOSOCIALES URGENCIAS Hospital Universitario Infanta Cristina

INDICE

1.- OBJETO
2.- ALCANCE
3.- DESCRIPCIÓN DEL MÉTODO DE TRABAJO
4.- TRABAJOS DE CAMPO
4.1. Identificación y características de la muestra a evaluar.
4.2. Variables sociodemográficas de la población objeto de estudio.
4.3. Toma de datos objetivos de la empresa.
5.- RESULTADOS OBTENIDOS
5.1. Anexo A
6. CONCLUSIONES
7. PROPUESTAS DE MEJORA
7.1. Anexo B
8. APÉNDICE
8.1. Comparativa evaluación riesgos psicosociales 2014/2021

1.- OBJETO

El presente informe describe el resultado de la evaluación psicosocial llevada a cabo al personal que desarrolla su trabajo en la URGENCIAS del Hospital Universitario Infanta Cristina, siguiendo metodología propuesta por el Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST): Evaluación de factores psicosociales FSICO 4.0.

2.- ALCANCE

El informe está referido a todo el personal de la URGENCIAS, incluyendo personal de enfermería y FEAs de Urgencias del Hospital Universitario Infanta Cristina.

3.- DESCRIPCIÓN DEL MÉTODO DE TRABAJO

El método elegido es: Evaluación de factores psicosociales FSICO 4.0 (INSST).

Esta herramienta está diseñada para orientar el contenido, la dirección y la magnitud de las intervenciones que hubiere que llevarse a cabo en el Hospital Universitario Infanta Cristina en el ámbito psicosocial. Valorendo los siguientes aspectos:

- Tiempo de trabajo (TT)
- Autonomía (AU)
- Carga de trabajo (CT)
- Demandas psicológicas (DP)
- Veracidad/contenido (VC)
- Participación/Supervisión (PS)
- Interés por el trabajador/Compensación (ITC)
- Desempeño de rol (DR)
- Relaciones y apoyo social (RAS)

4.- TRABAJOS DE CAMPO

4.1. Identificación y características de la muestra a evaluar

El Servicio de Prevención decide llevar a cabo la reevaluación de riesgos psicosociales de la URGENCIAS. Dicha cuestión es comunicada a los delegados de prevención en el Comité de Seguridad y Salud celebrado en el hospital el 21 de septiembre de 2021.

Para llevar a cabo dicha reevaluación, el Servicio de Prevención pacta con la Dirección del hospital los días y horarios que más se ajustasen a la URGENCIAS, así como el lugar físico para llevar a cabo la evaluación, con el objetivo de llevar a cabo la máxima participación.

El trabajo de campo se llevó a cabo el 30 de septiembre y 5 de octubre de 2021 (3 sesiones cada día) con el fin de explicar a todos los trabajadores de los diferentes turnos de la unidad (8:30, 14:00 y 18:00 horas). Durante el trabajo de campo, y previo a la entrega de los cuestionarios de evaluación a los trabajadores, se

formó e informó a los trabajadores sobre el método de evaluación elegido, los aspectos que se valoraban con el mismo, así como los criterios necesarios para que la evaluación fuese válida y fiable. Dicha formación e información se constató mediante un registro de firmas.

Según los datos facilitados por la Dirección del Hospital, en la URGENCIAS del Hospital Universitario Infanta Cristina cuenta con 115 trabajadores (83 personal de enfermería, y 32 FEAs de Urgencias). El cuestionario psicosocial ha sido respondido por 63 trabajadores, habiéndose obtenido un índice de respuesta del 55 %.

4.2. Toma de datos objetivos de la empresa

Seguindo la metodología del método, previo a la evaluación psicosocial, se han identificado posibles riesgos en función de:

- Datos generales de la empresa
- Características contractuales
- Tiempo y cantidad de trabajo
- Tipo de tareas
- Competencia de los puestos
- Promoción
- Comunicación
- Relaciones personales

Así como posibles condiciones desfavorables y actitudes inadecuadas en el desarrollo del trabajo y de determinadas consecuencias para la salud y el bienestar de los trabajadores adscritos al servicio.

Así mismo,

1. Se han valorado las funciones y responsabilidades de los diferentes puestos: Evaluación de riesgos inicial del HUIC (2009) y evaluación de riesgos psicosociales del todo el hospital (2014).
2. Se han identificado los aspectos organizativos del Servicio. - Para ello, el Servicio de Prevención solicitó a la Dirección información respecto a número de trabajadores por categorías profesionales, turnos de trabajo planificados, cambios organizativos llevados a cabo en el último año, y conflictos internos o cualquier otro aspecto que resulte relevante para la evaluación de riesgos psicosociales.
3. Se ha verificado la existencia de procedimientos formales dirigidos a gestionar posibles situaciones de violencia o conflictos internos: el hospital tiene implantados protocolos específicos al respecto:
 - Resolución 922019, de 4 de marzo, de la Dirección General del Servicio Madrileño de Salud, por la que se aprueba el Protocolo de Prevención y Actuación frente a la Violencia en el Trabajo en las instituciones sanitarias del Servicio Madrileño de Salud.
 - Resolución de 26 de septiembre de 2017, de la Dirección General del Servicio Madrileño de Salud, por la que se aprueba el Protocolo de Prevención y Actuación ante las situaciones de conflictos internos y frente a todos los tipos de acoso en el trabajo en las instituciones sanitarias del Servicio Madrileño de Salud.

4.3. Evaluación psicosocial:

Previo a la cumplimentación del cuestionario, se informó a los trabajadores sobre las siguientes cuestiones:

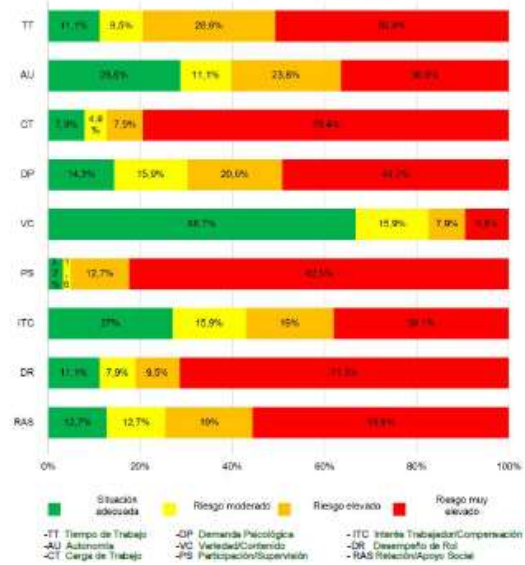
- La finalidad del cuestionario: **DIAGNÓSTICO DE UNA SITUACIÓN PSICOSOCIAL EN UN CONTEXTO** de prevención de riesgos laborales. Informando sobre los aspectos a valorar:
 - Tiempo de trabajo (TT)
 - Autonomía (AU)
 - Carga de trabajo (CT)
 - Demandas psicológicas (DP)
 - Variedad/contenido (VC)
 - Participación/Supervisión (PS)
 - Interés por el trabajador/Compensación (ITC)
 - Desempeño de rol (DR)
 - Relaciones y apoyo social (RAS)
- Se garantizó la privacidad y anonimato de los trabajadores.
- Se aseguró facilitar el tiempo suficiente para completar el cuestionario.
- Se respondió a las dudas surgidas.

Para su elaboración contamos con la existencia del personal del Servicio de Prevención Mancomunado.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS

Una vez llevado a cabo el trabajo de campo, se realizó explotación estadística de los datos obtenidos en los cuestionarios contestados por los trabajadores de la unidad, mediante programa informático del método PSICO 4.0. El resultado obtenido es un informe pormenorizado incluido en el ANEXO A de esta evaluación.

Valoración resumen de la exposición



6. CONCLUSIONES

Una vez analizados los datos obtenidos en la evaluación (ANEXO A), podemos obtener las siguientes conclusiones:

- Las peores situaciones percibidas por los trabajadores de esta muestra son:
 - 1ª Participación y supervisión
 - 2ª Carga de trabajo
 - 3ª Desempeño de rol
- Las mejores situaciones percibidas por los trabajadores de esta muestra son:
 - 1ª Variedad y contenido de trabajo
 - 2ª Interés por el trabajador/compensación.
 - 3ª Autonomía.

7. PROPUESTAS DE MEJORA

Desde el Servicio de Prevención, hemos realizado una propuesta de planificación de mejoras preventivas frente a las peores situaciones percibidas por los trabajadores (ANEXO B), donde el Comité de Dirección del Hospital deberá aprobar las medidas que estime oportunas tras su consideración.

A su vez, los trabajadores han propuesto mejoras psicosociales durante el desarrollo del cuestionario psicosocial (incluimos dos preguntas al respecto):

- En general, los trabajadores consideraban que el factor psicosocial donde aplicarían prioritariamente las mejoras preventivas es: "CARGA DE TRABAJO".
- En particular, los trabajadores expresaron las siguientes propuestas preventivas que se relacionan a continuación:
 - o Aumentar la transparencia en la organización del trabajo por parte de la Dirección.
 - o Realizar escucha activa por parte de la Dirección de las quejas de los trabajadores, buscando soluciones.
 - o Mejorar formación del supervisor/jefe de servicio, de manera que centre en la organización del servicio y en la resolución de sus problemas.
 - o Facilitar la conciliación familiar.
 - o Reducir la carga de trabajo para mejorar la calidad de los cuidados al paciente.
 - o Aumentar el número de TIGAS, para ayudar en la tarea asistencial que se requiera.
 - o Mejorar la distribución del mobiliario y ergonomía en la sala de técnicas.
 - o Mejorar la comunicación entre la Dirección y los trabajadores de urgencias.
 - o Atender al paciente psiquiátrico fuera del ámbito de Urgencias (en planta para su atención por personal cualificado).
 - o Buscar la estabilidad laboral de los trabajadores.
 - o Disponer de personal de seguridad de forma continua, situado en la puerta y accesos.
 - o Realizar apoyo emocional y psicosocial a pacientes / familiares, para reducir cargas de atención por parte de los profesionales.
 - o Mejorar compensaciones para los trabajadores (productividad, LD, vacaciones, etc...)
 - o Asegurar un descanso semanal adecuado de todos los trabajadores.
 - o Eliminar las guardias de 24 horas.
 - o Incentivar la promoción interna y la formación.
 - o Realizar mantenimiento preventivo de los aparatos de electromedicina, y que sean fácilmente localizables y transportables dentro del servicio.

- o Facilitar a los trabajadores ropa de abrigo como uniformidad (forros polares), debido al frío por cercanía de la puerta exterior.
- o Elaborar planillas antiestrés o que faciliten la conciliación de la vida familiar y laboral.
- o Realizar protocolos de actuación claros ante situaciones críticas.

Madrid, 9 de Diciembre de 2021.

Javier Marín Acosta Técnico Superior PRL SPMD H-INFANTA LEONOR
Vergne Mª Dolores Jiménez Técnico Superior PRL SPMD H-INFANTA LEONOR
Dra. Mª Angeles Sanchez Liza Jefe de Servicio SPMD H-INFANTA LEONOR

8. Apéndice: Evaluación riesgos psicosociales 2014/2021



COMPARATIVA DE FACTORES PSICOSOCIALES MAS DESFAVORABLES	2014 % TODOS	2014 % URGENCIAS	2021 % URGENCIAS
Participación/Supervisión (PS)	73	86	95
Carga de trabajo (CT)	60	63	87
Interés por el trabajador/Compensación (ITC)	57	50	57
Demandas psicológicas (DP)	48	54	70
Desempeño de rol (DR)	41	32	81

*Los factores psicosociales más desfavorables son el resultado del sumatorio de los porcentajes del riesgo elevado y del riesgo muy elevado.

Subcriterio 6.3. Resultados de percepción de inversores y reguladores

En este punto buscamos la percepción del SERMAS como responsable del HUIIC y de los reguladores que con su normativa inciden en nuestra actividad.

PERCEPCION DEL SERMAS

La percepción del SERMAS nos llega por dos vías:

- De una parte, el intercambio de ideas que se produce alrededor de las reuniones de estrategia y rendición de cuentas, que tienen lugar en los momentos de definición de planes y objetivos, seguimientos y cierre de ejercicios, en las reuniones con ámbitos específicos del SERMAS (D. medica, D. enfermería, Calidad, RRHH, etc.) y en el trabajo conjunto en la colaboración con proyectos de la red.

- Además de esta vía, en el HUIIC utilizamos la valoración que el SERMAS hace de su principal herramienta para direccionar la gestión de los hospitales de la red: el contrato de gestión, que es el motivo de la mayor parte de reuniones, reportes, peticiones de información, etc.

El SERMAS establece un mecanismo de pesos parciales para todos los objetivos que pacta con el Hospital y al finalizar el año establece cual es el grado de cumplimiento que otorga a cada hospital.

En los últimos años este indicador no se ha elaborado para 2019 (si bien el HUIIC si hizo la valoración de consecución de objetivos en 2019, a la entrada en pandemia se modificó el funcionamiento para orientar todos los esfuerzos a su gestión y el SERMAS no estableció su propia valoración), ni para 2020 (el SERMAS no estableció contrato de gestión con los hospitales de la red por la incertidumbre y la distorsión de resultados que suponía la pandemia).

Se adjuntan ejemplos: del cierre propio de cumplimiento de objetivos del HUIIC para 2019 y del cierre del SERMAS del cierre de cumplimiento de objetivos 2021.

Esto nos permite contar con el indicador:

6.3.1. Valoración de la consecución de Objetivos establecidos en CG por el SERMAS

PERCEPCION DE LOS REGULADORES

En general, los reguladores, como tales, tienen una interrelación con el hospital muy escasa, por lo que en el HUIIC se considera que ellos expresan su percepción a través del resultado de sus inspecciones y auditorías.

Por ello el indicador de percepción que se utiliza es:

6.3.2 Valoración de auditorías de Reguladores.

Ejemplo de cierre del SERMAS de Objetivos del CG 2021

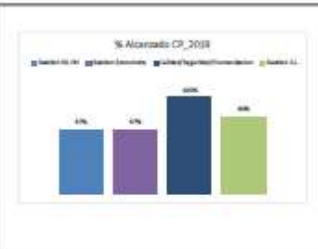
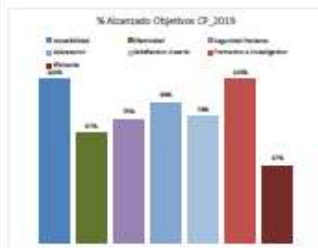
CONSEJERÍA DE SANIDAD		EVALUACIÓN DEFINITIVA CONTRATO PROGRAMA 2021				SaludMadrid	
HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA CRISTINA							
OBJETIVO	RESPONSABLE	INDICADOR	META	VALOR	PUNTOS	%	
1.1.1. Cumplir el Capítulo I f)ido	DGRSSE	1. Cumplimiento del objetivo de gasto fijado para el Cap. I	≤ 1	14	14,00	100,00%	
1.1.2. Mejorar la gestión de RRHH	DGRSSE	2. Rendición de informes de RRHH, en tiempo y forma, y correctamente cumplimentados	100%	4	4,00	100,00%	
	DGRSSE	3. Cumplimiento de instrucciones y acuerdos (S. Síntesis)	≥ 10%	1	1,00	100,00%	
	DGRSSE	4. Tasa de interinidad	≥ 95%	1	1,00	100,00%	
1.2.1. Cumplir la asignación presupuestaria de Capítulo II	DGRSEF	5. Cumplimiento del Cap. II respecto al gasto estimado por el centro	≤ 1	5	5,00	100,00%	
	DGRSEF	6. Índice Sintético de Eficiencia (Eficiencia Hospitalaria)	Múltiple	2,5	2,50	100,00%	
1.2.2. Mejorar en la gestión de farmacia y productos sanitarios	DGRSEF	7. Cumplimiento del presupuesto en concepto 230 (Productos sanitarios)	≤ 1	2,5	2,50	100,00%	
	DGRSEF	8. Porcentaje del uso de medicamentos biológicos	Múltiple	2,5	1,40	56,00%	
1.3.1. Asegurar los ingresos en concepto de facturación a terceros	DGRSEF	9. Cumplimiento del objetivo de facturación a terceros	≥ 1%	2,5	2,50	100,00%	
2.1.1. Ofrecer a la ciudadanía información actualizada y comprensible	DGRAP	10. Información actualizada y comprensible (S. Síntesis)	Múltiple	2,5	2,50	100,00%	
2.1.2. Implementar el modelo SERVHUMANO	DGRAP	11. Realizar subvaloración del modelo de excelencia en benchmarking SERVHUMANO	SU/NO	2,5	2,50	100,00%	
2.2.1. Favorecer la accesibilidad química	DGRPS	12. Porcentaje de pacientes con espera > 120 días en lista de espera quirúrgica	0%	7,5	7,50	100,00%	
2.2.2. Favorecer la accesibilidad a pruebas diagnósticas	DGRPS	13. Porcentaje de pacientes con espera > 60 días para realización de pruebas diagnósticas	0%	5	2,50	50,00%	
2.2.3. Favorecer la accesibilidad a CCEE	DGRPS	14. Porcentaje de pacientes con espera > 60 días para visita en consultas externas	0%	2,5	2,50	100,00%	
2.3.1. Mejorar la calidad percibida por parte del ciudadano	DGRAP	15. Diminución de las reclamaciones por los motivos más frecuentes	≥ -5%	1	0,00	0,00%	
	DGRAP	16. Reclamaciones de trato 0	Múltiple	1	0,25	25,00%	
	DGRAP	17. Control de acciones para mejorar la calidad percibida (S. Síntesis)	Múltiple	3	3,00	100,00%	
	DGRPS	18. Porcentaje de pre-alta	100%	2	1,00	50,00%	
	DGRPS	19. Disponibilidad de cama para ingreso antes de las 12.00 h.	60%	1	1,00	100,00%	
	DGRPS	20. Porcentaje de altas realizadas en fin de semana y días festivos	≥ 20%	2	1,50	75,00%	
3.2.1. Mejorar el diseño de la unidad de urgencias hospitalarias	DGRPS	21. Porcentaje de pacientes que ingresan en hospitalización en 8 horas o menos	100%	2,5	1,25	50,00%	
	DGRPS	22. Implementación del Código Sepia	100%	1	1,00	100,00%	
	DGRPS	23. Implementación de la actualización del Plan Estratégico del Código Ictus	100%	1	1,00	100,00%	
	DGRPS	24. Implementación de la actualización del Código Infarto	100%	0,5	0,50	100,00%	
	DGRAP	25. Participación activa de directivos en reuniones o visitas: medida de seguridad	Múltiple	0,4	0,40	100,00%	
	DGRAP	26. Implementación de objetivos de seguridad del paciente en cada centro	Múltiple	0,4	0,40	100,00%	
3.3.1. Mejorar la seguridad clínica	DGRAP	27. Número de incidentes de seguridad identificados con informe validado	Múltiple	0,4	0,40	100,00%	
	DGRAP	28. Impulso de prácticas seguras (S. Síntesis)	Múltiple	0,8	0,78	97,50%	
	DGRSEF	29. Seguridad en el uso de fármacos (S. Síntesis)	Múltiple	1,5	1,35	90,00%	
3.3.2. Mejorar la atención al dolor	DGRAP	30. Optimización de la atención al dolor (S. Síntesis)	Múltiple	2	2,00	100,00%	
3.3.3. Desarrollar la gestión de calidad y la cooperación	DGRAP	31. Convenio y número de gestión de calidad y cooperación sanitaria internacional (S. SI)	Múltiple	1	2,5	250,00%	
3.3.4. Revisar y mejorar los resultados clave de la organización	DGRAP	32. Cumplimiento y mejora de los indicadores del Observatorio de Resultados (S. Síntesis)	Múltiple	1	1,00	100,00%	
3.4.1. Asegurar la continuidad asistencial	DGRPS	33. Porcentaje de e-consulta resuelta en <72 h	90%	1,5	1,13	82,00%	
	DGRPS	34. Porcentaje de informes de alta disponibles en hora en 24 h. tras alta	≥ 90%	1	1,00	100,00%	
3.5.1. Aumentar la visibilidad de los cuidados enfermeros	DGRPS	35. Realización de sesión general sobre cuidados enfermeros	1	2,5	2,50	100,00%	
	DGRPS	36. Realización de sesiones conjuntas de cuidados enfermeros sobre cuidados enfermeros	1	2,5	2,50	100,00%	
4.1.1. Mejorar los resultados en investigación	DGRSE	37. Nº de publicaciones que incorporan evidencia científica	Acuerdo	1,5	2,50	100,00%	
	DGRSE	38. Nº de proyectos de investigación	Acuerdo	1,5	0,00	0,00%	
4.2.1. Mejorar la formación	DGRSE	39. Nº actividades realizadas en formación y Plan de Formación Continua 2021	Acuerdo	1,5	1,50	100,00%	
	DGRSE	40. Nº actividades realizadas en formación y Plan de Formación Continua 2021 (profesionales de enfermería)	Acuerdo	1,5	1,50	100,00%	
4.3.1. Promover la participación de los profesionales en la gestión clínica	DGRPS	41. Fomento del Programa de Participación Efectiva de los Profesionales (PPEP)	SU/1	2,5	2,50	100,00%	
	DGRPS	42. Realización del Plan de Efectividad de áreas de crítica	SU/NO	2,5	2,50	100,00%	
4.4.1. Mejorar la elasticidad ante situaciones de fluctuaciones de demanda en el contexto de la pandemia por COVID-19	DGRPS	43. Plan de Recuperación de la Actividad Asistencial	SU/NO	2,5	2,50	100,00%	
	DGRPS	44. Plan de Recuperación de la Actividad Asistencial	SU/NO	2,5	2,50	100,00%	
					88,91	88,91%	

EVALUACIÓN DEFINITIVA CONTRATO PROGRAMA 2021

HOSPITALES DE AGUDOS (Grupo III)			
		85,68	85,68%
		87,43	87,43%
		88,27	88,27%
H.U. Infanta Cristina		88,91	88,91%
		90,84	90,84%
	88,23		

Ejemplo de cierre propio de Objetivos del CG 2019

Código	Descripción	Valor	Obj. CP	Indicador	Valor CP	Obj. CP	Indicador	Obj. CP	Indicador	Obj. CP
Accidental	Atención Urgencias	9	0	0	100%	0	0	100%	11	100%
	Atención Urgencias	9	0	0	100%	0	0	100%	11	100%
	Atención Urgencias	9	0	0	100%	0	0	100%	11	100%
	Atención Urgencias	9	0	0	100%	0	0	100%	11	100%
	Atención Urgencias	9	0	0	100%	0	0	100%	11	100%
	Atención Urgencias	9	0	0	100%	0	0	100%	11	100%
	Atención Urgencias	9	0	0	100%	0	0	100%	11	100%
	Atención Urgencias	9	0	0	100%	0	0	100%	11	100%
	Atención Urgencias	9	0	0	100%	0	0	100%	11	100%
	Atención Urgencias	9	0	0	100%	0	0	100%	11	100%
Estratégico	Méjora resultados procesos	1	0	0	100%	0	0	100%	12	87%
	Méjora resultados procesos	1	0	0	100%	0	0	100%	12	87%
	Méjora resultados procesos	1	0	0	100%	0	0	100%	12	87%
	Méjora resultados procesos	1	0	0	100%	0	0	100%	12	87%
	Méjora resultados procesos	1	0	0	100%	0	0	100%	12	87%
	Méjora resultados procesos	1	0	0	100%	0	0	100%	12	87%
	Méjora resultados procesos	1	0	0	100%	0	0	100%	12	87%
	Méjora resultados procesos	1	0	0	100%	0	0	100%	12	87%
	Méjora resultados procesos	1	0	0	100%	0	0	100%	12	87%
	Méjora resultados procesos	1	0	0	100%	0	0	100%	12	87%
Estratégico	Méjora seguridad paciente	1	0	0	100%	0	0	100%	13	79%
	Méjora seguridad paciente	1	0	0	100%	0	0	100%	13	79%
	Méjora seguridad paciente	1	0	0	100%	0	0	100%	13	79%
	Méjora seguridad paciente	1	0	0	100%	0	0	100%	13	79%
	Méjora seguridad paciente	1	0	0	100%	0	0	100%	13	79%
	Méjora seguridad paciente	1	0	0	100%	0	0	100%	13	79%
	Méjora seguridad paciente	1	0	0	100%	0	0	100%	13	79%
	Méjora seguridad paciente	1	0	0	100%	0	0	100%	13	79%
	Méjora seguridad paciente	1	0	0	100%	0	0	100%	13	79%
	Méjora seguridad paciente	1	0	0	100%	0	0	100%	13	79%
Estratégico	Méjora calidad asistencia	1	0	0	100%	0	0	100%	14	79%
	Méjora calidad asistencia	1	0	0	100%	0	0	100%	14	79%
	Méjora calidad asistencia	1	0	0	100%	0	0	100%	14	79%
	Méjora calidad asistencia	1	0	0	100%	0	0	100%	14	79%
	Méjora calidad asistencia	1	0	0	100%	0	0	100%	14	79%
	Méjora calidad asistencia	1	0	0	100%	0	0	100%	14	79%
	Méjora calidad asistencia	1	0	0	100%	0	0	100%	14	79%
	Méjora calidad asistencia	1	0	0	100%	0	0	100%	14	79%
	Méjora calidad asistencia	1	0	0	100%	0	0	100%	14	79%
	Méjora calidad asistencia	1	0	0	100%	0	0	100%	14	79%
Estratégico	Méjora resultados procesos	1	0	0	100%	0	0	100%	15	100%
	Méjora resultados procesos	1	0	0	100%	0	0	100%	15	100%
	Méjora resultados procesos	1	0	0	100%	0	0	100%	15	100%
	Méjora resultados procesos	1	0	0	100%	0	0	100%	15	100%
	Méjora resultados procesos	1	0	0	100%	0	0	100%	15	100%
	Méjora resultados procesos	1	0	0	100%	0	0	100%	15	100%
	Méjora resultados procesos	1	0	0	100%	0	0	100%	15	100%
	Méjora resultados procesos	1	0	0	100%	0	0	100%	15	100%
	Méjora resultados procesos	1	0	0	100%	0	0	100%	15	100%
	Méjora resultados procesos	1	0	0	100%	0	0	100%	15	100%
Estratégico	Méjora resultados procesos	1	0	0	100%	0	0	100%	16	47%
	Méjora resultados procesos	1	0	0	100%	0	0	100%	16	47%
	Méjora resultados procesos	1	0	0	100%	0	0	100%	16	47%
	Méjora resultados procesos	1	0	0	100%	0	0	100%	16	47%
	Méjora resultados procesos	1	0	0	100%	0	0	100%	16	47%
	Méjora resultados procesos	1	0	0	100%	0	0	100%	16	47%
	Méjora resultados procesos	1	0	0	100%	0	0	100%	16	47%
	Méjora resultados procesos	1	0	0	100%	0	0	100%	16	47%
	Méjora resultados procesos	1	0	0	100%	0	0	100%	16	47%
	Méjora resultados procesos	1	0	0	100%	0	0	100%	16	47%



Subcriterio 6.4. Resultados de percepción de la sociedad

Entendemos por sociedad el conjunto de personas o entidades que completan el ecosistema del **HUIC** y que no son clientes.

La valoración de la percepción de la sociedad de nuestro hospital y de los ámbitos de impacto social clave, puede ser muy diversa, ya que los colectivos sociales impactados son múltiples y además son impactados por tipos de impactos muy distintos, por ello y, sin tener herramientas de evaluación de imagen que requieren de invertir muchos recursos para que sean evaluaciones precisas.

Optamos por acomodar nuestros indicadores de percepción a:

Se valora mediante los premios y reconocimientos la percepción de agentes sociales porque estos expresan su consideración especial a nuestra contribución social del tipo que sea.

6.4.1 Premios y Reconocimientos **HUIC**.

Se valora la percepción de diferentes representantes sociales de nuestro entorno más cercano mediante una encuesta bienal a los representantes de todas las asociaciones e instituciones, de diferente tipo, que componen el Consejo de Salud de Parla.

6.4.2 Resultados de Encuesta Sociedad

(valoración global, valoración de confianza y de cobertura de necesidades en nuestra contribución a su salud, incidencia económica local y nuestra gestión ambiental.)

Valoramos la percepción del ámbito más técnico de nuestra sociedad (sector) a través de publicaciones y su factor de impacto, ya que por el proceso que sigue una publicación sectorial de prestigio, se realiza una revisión de calidad y de contribución al conocimiento por parte de personas relevantes del sector.

6.4.3 Factores de Impacto de las Publicaciones del **HUIC**.

Subcriterio 6.5. Resultados de percepción de partners y proveedores

El HUIC siempre ha tenido muy presente que la gestión de la creación de valor es un elemento que debe integrar a los aliados y proveedores, trabajando para garantizar el alineamiento de culturas, valores y estrategias, y buscando una relación de largo plazo que favorezca el desarrollo mutuo, basado en criterios de confianza.

En este elemento del ecosistema se contemplan a los aliados clave, que por ello son siempre fundamentales en la consecución del propósito, los objetivos y la estrategia.

En el esquema de aliados del HUIC se recogen las principales agrupaciones de aliados:

- Empresas
- Universidades
- Institutos de Formación profesional
- Instituciones penitenciarias
- Hospitales de media estancia
- Docencia

Pero, sin duda, la alianza más importante para nuestro Hospital es la alianza con Atención Primaria, que nos permite garantizar la continuidad asistencial a nuestros pacientes y un flujo óptimo de pacientes por el sistema sanitario.

El HUIC es referente en el sector por su trabajo en alianza con AP (alianza ya comentada en los criterios agentes). Esta alianza para la continuidad asistencial de los pacientes, además de la percepción recogida en las múltiples reuniones de gestión, en los equipos de trabajo conjunto y en las interrelaciones directas entre profesionales para la formación y el apoyo, dispone de una herramienta de gestión (encuesta) que nos permite evaluar el funcionamiento de la alianza y el nivel de satisfacción de los profesionales con la continuidad asistencial y con aspectos / herramientas incorporadas a la alianza.

Los indicadores que extraemos de esta encuesta son:

6.5.1. Satisfacción de Centros de Salud AP con la Continuidad asistencial (Satisfacción con continuidad asistencial y satisfacción con la e-consulta)

Ejemplo de Encuestas y resultados de Continuidad Asistencial

ENCUESTA		Dato	Comp.	Objetivo	Dato	Comp.	Objetivo	Dato	Comp.	Objetivo	Dato	Comp.	Objetivo
Valore de 0 a 10 la Continuidad asistencial en nuestra área	Valoración Continuidad Asistencial	6,5		Ascendente	6,6	6,5	Ascendente	6,96	6,6	Ascendente	5,5	6,96	Ascendente
Refleje acciones de mejora	Acciones mejora	SI		SI	SI		SI	SI		SI	SI		SI
¿Ha utilizado la eConsulta?	% uso eConsulta	70%		Ascendente	78%	70%	Ascendente	85%	78%	Ascendente	91%	85%	Ascendente
Valore la eConsulta de 0 a10	valoración eConsulta				7		Ascendente	7,3	7	Ascendente	6,5	7,3	Ascendente
¿Te has puesto en contacto con la enfermera de continuidad asistencial/UE en los últimos meses?	% contacto unidad de enlace	35%		Ascendente	38,30%	35%	Ascendente	45%	35%	Ascendente	5%	45%	Ascendente
¿En qué unidades considera que es necesario trabajar la mejora de la Continuidad Asistencial?	Unidades trabajar mejora												
	*Urgencias	80%			81%			78%			80%		
	*Traumatología	70%			72%			77%			78%		
¿Qué aspecto formativo desea recibir desde el hospital?	Necesidades formativas												
	*Dermatología	90%		Plan formativo	92%	90%	Plan formativo	91%	92%	Plan formativo	89%	91%	Plan formativo
Marque en que aspecto considera que es importante trabajar conjuntamente para mejorar la Continuidad Asistencial	*Inhibidores de la bomba de protones				65%		Acción mejora	60%		Acción mejora	68%		Acción mejora

Ejemplo Planes de mejora asociados a la encuesta de continuidad asistencial

Acciones de mejora a raíz de la encuesta					
Implantación progresiva eConsulta					
Grupo de trabajo con urgencias sobre antibióticos					
Formación Dermatoscopia					
Mantener visitas a los centros y reuniones ZOOM					
Actividades formativas e informativas en el uso de IBP y Antibióticos (MPI)					
Continuar con el recordatorio de de correos genéricos corporativos y uso de eConsultas a los centros					
Visibilizar notas de SELENE para Atención Primaria (Hospital de Día)					
	2021				
Indicador	Fórmula	Fuente	Objetivo asociado	Valor de referencia	Frecuencia
Incorporación de nuevas eConsultas	Nº de eConsultas incorporadas en el año 2021	UCA	Potenciar el uso de la eConsulta. Aumentar al menos un 10 % la oferta de eConsultas. Incorporar dos nuevas eConsultas: Dolor y Dermatología en 2021 Remitir información mensual a los centros de salud sobre las eConsultas realizadas y tiempo de respuesta.	18	semestral
Elaborar procedimientos conjuntos	Nº de procedimientos /proyectos conjuntos revisados/elaborados	UCA	Avanzar en la comunicación e integración de proyectos entre AP y las especialidades de Traumatología y Urgencias.	0	semestral
Actualizar información sobre comunicación entre niveles	Nº de correos enviados a los centros de salud con información sobre cc y tlfno de especialista consultor,ECA	UCA	Mejorar la comunicación entre los distintos niveles de asistencia sanitaria	2	trimestral
Analizar incidentes de seguridad que afectan a la CA	Nº de incidentes de seguridad analizados por ECA/Nº incidentes de seguridad que afectan a la CA	SP	Potenciar la participación de los Directores y Enfermeras de Continuidad Asistencial en el análisis y gestión de incidentes de seguridad	0	anual
Elaborar un procedimiento de pacientes en tto con antagonistas de la vit k en AP	si/no	UCA	Implantar Procedimiento marco de control y seguimiento de pacientes en tratamiento con antagonistas de la vitamina K en Atención Primaria	0	anual
Resultados de la prescripción de IBP tras documento consensuado de indicaciones de gastroprotección	%uso crónico IBP mayores 60 años	Farmacia	Uso racional del Medicamento (Grupo Coordinación Asistencial en Farmacoterapia): Mejorar los indicadores: (disminuir 2%) 1. Resultados de la prescripción de IBP tras documento consensuado de indicaciones de gastroprotección	1%	anual
Resultados de prescripción de medicación inadecuada en ancianos tras el documento consensuado de indicaciones	% pacientes MIP	Farmacia	Uso racional del Medicamento (Grupo Coordinación Asistencial en Farmacoterapia): Mejorar los indicadores: (disminuir 2%) de gastroprotección	2%	anual
Formación	Nº de actividades formativas dirigidas a profesionales de Atención Primaria	UCA	Formación	1	semestral
Indicador	Fórmula	Fuente		Valor de referencia	Frecuencia
VPE valorado en menos de 10 días	% de VPE valorado en menos de 10 días	UCA		100%	mensual
SM valorado en menos de 10 días	% de sm valorado en menos de 10 días	UCA		100%	mensual
SM adecuados citados en menos de 10 días	% de sm adecuados citados en menos de 10 días	UCA		85	mensual
IAH	Informes alta hospitalización subido a HORUS < 24 h	UCA		100%	mensual
ICE	Informes alta cuidados subido a HORUS < 24 h	UCA		80%	mensual
IAU	Informes alta urgencias subido a HORUS < 24 h	UCA		75%	mensual
Evolución nivel intervención alto NIA		UCA		289	mensual
Concordancia NIA NRA		UCA			mensual

SUBCRITERIO 6.1. Resultados de percepción de clientes

6.1.1. INDICADORES CONSULTAS

INDICADORES CONSULTAS	2016			2017			2018			2019		
	HUIC	G1	OBJ	HUIC	G1	OBJ	HUIC	G 1	OBJ	HUIC	G1	OBJ
IS global CCEE	86,9%	89,2%	90,0%	88,2%	89,3%	90,0%	84,9%	89,6%	90,1%	87,0%	88,5%	90,1%
IS facilidad obtener cita	75,3%	83,0%	85,0%	91,2%	84,4%	85,0%	74,2%	78,1%	78,3%	78,1%	78,7%	79,2%
IS con Profesionales médicos	88,8%	90,1%	90,0%	85,7%	89,2%	90,0%	84,4%	89,4%	90,6%	86,2%	87,7%	90,6%
IS con profesionales de enfermería	91,9%	90,9%	95,0%	92,0%	92,2%	95,0%	86,7%	92,5%	91,2%	92,6%	93,8%	92,9%
IS con la información	85,6%	89,1%	90,0%	89,4%	91,1%	90,0%	83,7%	89,4%	88,4%	86,6%	87,0%	88,7%
IS con trato profesionales médicos	92,5%	93,3%	93,0%	86,3%	92,0%	93,3%	85,6%	91,8%	92,3%	88,8%	92,1%	93,4%
IS con el tratamiento del dolor	82,6%	87,0%	86,2%	87,5%	88,9%	87,4%	80,9%	87,4%	87,1%	88,1%	85,7%	87,7%

Descripción del indicador

El **HUIC** dispone de encuestas que realiza oficialmente el SERMAS en las que se valoran múltiples indicadores de percepción de usuarios (valores clave + valores estratégicos, cuyos resultados se pasan anualmente comparados con la red y que sirven para establecer los objetivos del Contrato Programa en estos ámbitos.

Los resultados muestran bastante estabilidad en este ámbito y se mantienen en torno al 90% de usuarios satisfechos, si bien es necesario seguir trabajando sobre la percepción del trato por profesionales, que a pesar de los programas formativos y del proyecto empatía, en consultas no ha permitido remontar el umbral del 90% como en otros servicios.

6.1.2. INDICADORES HOSPITALIZACIÓN

INDICADORES HOSPITALIZACIÓN	2016			2017			2018			2019		
	HUIC	G1	OBJ	HUIC	G1	OBJ	HUIC	G 1	OBJ	HUIC	G 1	OBJ
IS global hospitalización	93,6%	91,0%	95,0%	88,7%	89,7%	95,0%	88,7%	89,7%	91,0%	93,9%	92,1%	92,6%
IS información del tratamiento	85,2%	88,1%	90,0%	86,9%	89,1%	90,0%	86,9%	89,1%	89,8%	91,3%	91,2%	90,6%
IS con Profesionales médicos	94,4%	91,9%	95,0%	90,1%	91,9%	95,0%	90,1%	91,1%	93,0%	93,9%	92,9%	93,5%
IS con profesionales de enfermería	92,6%	90,9%	95,0%	90,1%	92,1%	95,0%	90,1%	92,1%	92,4%	92,1%	92,8%	92,4%
IS con la información	92,5%	92,4%	95,0%	95,3%	94,4%	95,0%	86,2%	88,6%	88,9%	90,2%	90,7%	90,1%
IS con trato profesionales médicos	90,8%	92,4%	93,7%	95,1%	91,9%	93,7%	90,6%	92,4%	93,4%	93,9%	93,8%	93,9%
IS con trato profesionales enfermería	91,4%	91,7%	90,5%	94,4%	92,5%	93,4%	87,5%	91,3%	92,2%	92,1%	92,5%	92,0%
IS con el tratamiento del dolor	87,8%	87,2%	86,3%	85,1%	85,6%	90,0%	81,7%	87,9%	89,0%	87,8%	86,3%	88,4%

Descripción del indicador

Los resultados de hospitalización muestran una leve bajada en 2017 y 2018 que se recupera en 2019 y sitúa prácticamente todos los indicadores mostrados > 90% de usuarios satisfechos, incluidos el trato de facultativos y personal de enfermería.

6.1.3. INDICADORES CMA

INDICADORES CMA	2016			2017			2018			2019		
	HUIC	G 1	OBJ	HUIC	G 1	OBJ	HUIC	G1	OBJ	HUIC	G1	OBJ
IS global CMA	87,5%	93,2%	95,0%	90,6%	91,9%	95,0%	90,6%	91,9%	92,6%	89,2%	92,6%	94,1%
IS con Profesionales médicos	96,2%	95,3%	95,0%	92,5%	93,4%	95,0%	92,5%	93,4%	93,8%	93,8%	94,6%	94,8%
IS con profesionales de enfermería	96,2%	97,6%	95,0%	96,3%	95,8%	95,0%	96,3%	95,8%	95,4%	95,4%	93,7%	95,2%
IS con la información	88,2%	87,7%	89,6%	83,1%	89,7%	90,6%	87,6%	90,2%	89,6%	85,7%	89,3%	91,2%
IS con trato profesionales médicos	94,8%	93,9%	95,2%	95,6%	96,1%	95,5%	95,0%	95,9%	95,2%	93,8%	95,6%	95,3%
IS con trato profesionales enfermería	98,1%	97,9%	96,4%	98,1%	97,9%	96,4%	98,8%	96,5%	95,8%	94,1%	94,4%	95,5%
IS con el tratamiento del dolor	90,0%	82,6%	83,3%	84,5%	88,0%	86,0%	76,8%	85,7%	85,9%	91,1%	83,6%	86,0%

Descripción del indicador

Los resultados muestran bastante estabilidad en este ámbito y se mantienen en valores > 90% de usuarios satisfechos, si bien satisfacción global está por debajo de las valoraciones de la mayoría de los factores clave valorados.

6.1.4. INDICADORES URGENCIAS

INDICADORES URGENCIAS	2016			2017			2018			2019		
	HUIC	G1	OBJ	HUIC	G 1	OBJ	HUIC	G 1	OBJ	HUIC	G1	OBJ
IS global con urgencias	71,0%	79,9%	80,0%	74,1%	81,8%	80,0%	74,1%	81,8%	82,3%	73,9%	80,7%	81,9%
IS con tiempo de espera hasta 1ª valoración	71,6%	79,8%	80,0%	68,6%	74,2%	80,0%	68,6%	74,2%	70,8%	64,6%	76,6%	76,2%
IS con Profesionales médicos	84,6%	86,1%	90,0%	86,3%	87,0%	90,0%	86,3%	87,0%	87,9%	83,1%	85,0%	86,7%
IS con profesionales de enfermería	92,2%	91,9%	90,0%	90,4%	91,9%	90,0%	90,4%	91,9%	89,9%	91,2%	88,9%	90,5%
IS con la información	75,9%	82,6%	90,0%	78,8%	83,9%	90,0%	78,8%	83,9%	85,0%	75,6%	82,6%	84,2%
IS con trato profesionales médicos	86,3%	90,2%	90,5%	81,5%	85,1%	90,4%	85,7%	87,9%	89,6%	81,8%	84,9%	88,2%
IS con trato profesionales enfermería	91,0%	92,5%	92,0%	92,2%	91,4%	92,2%	91,7%	92,6%	90,8%	90,5%	90,2%	90,2%
IS con el tratamiento del dolor	83,8%	85,7%	85,0%	80,6%	86,5%	84,1%	80,5%	85,9%	85,4%	83,3%	86,1%	84,4%

Descripción del indicador

Las valoraciones de los indicadores de urgencias siempre son más críticas que en el resto de servicios asistenciales (se observa el mismo efecto en las comparaciones de la red), ya que esta asistencia está asociada a situaciones de tensión asociadas al deterioro de la salud. En este ámbito nuestros resultados están por debajo de las comparaciones y se ven fuertemente lastrados por el valor del tiempo hasta la primera asistencia y se ven favorecidos por el esfuerzo de la enfermería (cuya valoración está por encima de la comparación)

SUBCRITERIO 6.2. Resultados de percepción de personas

6.2.1. Resultados de encuesta de calidad de vida profesional 2010 – 2014

Dimensión CVP	2010	2012	2014	OBJ
	HUIC	HUIC	HUIC	
Demandas	6,6	6,3	6,2	7
Apoyo Directivo	5,9	5,7	5,5	7
Motivación intrínseca	8,2	8	7,9	7
Desconexión tras jornada	6,2	7,5	6,6	7
Calidad vida	5,8	6,3	5,5	7
ASPECTOS RELEVANTES A COMENTAR				
Participación y reconocimiento				
Posibilidad de promoción	3,8	3,3	3,1	7
Reconocimiento de mi esfuerzo	5,1	5,2	4,8	7
Apoyo de mis jefes	6,9	6,7	6,3	7
Posibilidad de ser creativo	5,9	5,4	4,8	7
Recibo información de los resultados de mi trabajo	6,3	5,6	6,4	7
Posibilidad de expresar lo que pienso y necesito	6,5	6,3	6	7
Tengo autonomía o libertad de decisión	5,7	5,3	5,4	7
Es posible que mis propuestas sean escuchadas y aplicadas	6	7,4	5,5	7
Formación				
Recibo capacitación necesaria para mi trabajo	8,4	8,2	8,2	7
Estoy capacitado para hacer mi trabajo actual	8,9	8,8	8,7	7
Calidad y Atención Laboral				
Satisfacción con el sueldo	4,1	3,8	4,2	7
Lo que tengo que hacer queda claro	7,6	7,5	7,4	7
Cantidad de trabajo que tengo	8,5	8,3	8,1	7
Carga de responsabilidad	8,3	7,8	7,8	7
Estrés (esfuerzo emocional)	7,7	7,3	7,4	7
Satisfacción con el tipo de trabajo	7,3	7,4	7,1	7
Motivación (ganas de esforzarme)	7,6	7,2	6,9	7

Descripción del indicador

Inicialmente el **HUIC** trabajó la gestión de personas mediante una encuesta de calidad de vida profesional, en la que se incluían algunas preguntas relativas a la gestión de clima laboral que posteriormente se está realizando (se incluyen sus resultados en la tabla).

Los resultados alcanzados tienen valores cercanos o superiores al 7 (objetivo), lo cual es un buen nivel para el ámbito de empresa pública y se mantienen estables, con una ligera caída que se interpretó como consecuencia de la finalización de la fase de desarrollo inicial del Hospital.

6.2.2. Resultados de encuesta de clima “exprésate” de 2016-2018

EXPRÉSATE - Encuesta de clima, pertenencia y compromiso	2018		2016
	>7	>5	
SATISFACCIÓN GENERAL	50	78	61
1. ¿Cómo valoras tu grado de satisfacción como profesional del Hospital Universitario Infanta Cristina (en adelante HUIC) en estos momentos?	50	78	61
TAREA QUE REALIZAS Y TU ENTORNO DE TRABAJO MÁS PRÓXIMO	54	75	76
2. Me gusta mi trabajo, la tarea que realizo se adecúa a mis capacidades y preferencias	81	96	90
3. Mis funciones están bien definidas, conozco claramente mis tareas y responsabilidades	76	91	74
4. Tengo una adecuada autonomía y capacidad de decisión para hacer bien mi trabajo	69	87	76
5. Las directrices que recibo en mi puesto de trabajo son claras, no recibo órdenes contradictorias de mis superiores u otras personas	51	72	
6. Mi puesto de trabajo es variado y me permite aprender cosas nuevas	62	84	
7. Dispongo de tiempo suficiente para hacer bien mi trabajo	28	54	36

EXPRÉSATE - Encuesta de clima, pertenencia y compromiso	2018		2016
	>7	>5	
8. Hay un adecuado confort en mi espacio físico de trabajo: mobiliario, instalaciones, temperatura, ruidos...	45	67	75
9. La calidad de los medios materiales, técnicos e informáticos es adecuada para hacer bien mi trabajo	34	62	84
10. La dotación de personal de mi unidad / servicio es adecuada a nuestras necesidades	25	48	84
11. Existe una buena actitud de apoyo y colaboración entre mis compañeros/as (se trabaja en equipo)	69	87	88
RECONOCIMIENTO	61	82	45
12. Tus compañeros/as	76	92	
13. Los destinatarios/as de tu trabajo (pacientes, usuarios/as internos y externos...)	74	92	
14. Tu jefe/a directo	58	80	59
15. Los niveles superiores a tu jefe/a inmediato/a	37	62	30
PACIENTES Y USUARIOS/AS	65	85	73
16. Calidad asistencial que se les ofrece (profesionalidad, trato humano,...)	81	95	79
17. El nivel de compromiso del hospital con la seguridad del paciente es adecuado	49	74	66
PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES, SEGURIDAD Y SALUD	41	64	
18. Se ponen los medios y las medidas necesarias para garantizar mi salud y seguridad en el trabajo	46	71	61
19. Desde el punto de vista psicológico y emocional este es un puesto de trabajo saludable y satisfactorio	39	63	
20. Me siento a salvo de posibles agresiones físicas o verbales mientras hago mi trabajo	37	58	
ORGANIZACIÓN Y PROCESOS DE TRABAJO	43	71	66
21. En mi unidad / servicio los procesos de trabajo están bien planificados y organizados	54	80	67
22. Tengo un adecuado grado de participación en la organización de la tarea o los procesos de trabajo que me afectan	59	83	70
23. En el Hospital se realiza una buena gestión de la calidad y de la mejora continua	35	64	82
24. Hay una adecuada coordinación entre las diferentes unidades o servicios que son relevantes para mi trabajo	35	66	71
25. En conjunto, el Hospital es una entidad bien gestionada (estrategia, planificación, organización...)	31	61	41
HOSPITAL GLOBALMENTE CONSIDERADO	28	56	46
26. El HUIC es una entidad de prestigio	32	63	
27. Es una entidad socialmente responsable (preocupación por la comunidad, medio ambiente, actuación ética...)	39	75	61
28. Se preocupa por la calidad de vida de su personal, más allá del ámbito estrictamente profesional	19	45	37
29. El Equipo de Dirección hace una buena labor al frente del Hospital	28	56	41
30. Hay una buena coherencia entre los mensajes de la Dirección y lo que realmente se lleva a la práctica	25	49	
31. En general, el personal y los servicios / unidades reciben un trato justo y equitativo (no hay favoritismos ni discriminaciones)	25	49	
PERTENENCIA	54	79	
32. Me siento orgulloso/a de pertenecer a este Hospital	50	76	
33. Me siento personalmente comprometido/a con la misión y los objetivos del Hospital en su conjunto	61	84	
34. Recomendaría HUIC como un buen lugar donde trabajar	48	72	
35. Si lo deseara, podría encontrar fuera del Hospital otro trabajo igual o mejor que el que tengo ahora	52	83	
36. Si en estos momentos alguien te preguntara si estás pensando en dejar el HUIC, ¿qué le dirías?	57	76	
COMUNICACIÓN INTERNA	52	80	63
38. Tengo acceso a la información necesaria para hacer bien mi trabajo	61	87	
39. Conozco claramente los objetivos, planes y resultados de mi unidad / servicio	67	89	69
40. Conozco claramente la estructura y el funcionamiento del Hospital: servicios, unidades, actividades...	56	86	39
41. Conozco claramente la estrategia, objetivos y resultados del HUIC en su conjunto	43	76	72
42. La intranet del Hospital es una herramienta útil para informar y comunicar	45	77	67
43. Puedo expresar "hacia arriba" los temas que me preocupan o me interesan	39	65	70

EXPRÉSATE - Encuesta de clima, pertenencia y compromiso	2018		2016
	>7	>5	
RELACIÓN CON TU JEFE/A INMEDIATO/A	56	75	72
44. En conjunto, me siento bien dirigido por mi jefe/a inmediato/a	58	76	85
45. Tiene un adecuado nivel de exigencia respecto a la efectividad y los resultados de mi trabajo	63	80	60
46. Habla conmigo periódicamente sobre cómo hago mi trabajo y cómo lo podría mejorar	49	69	71
47. Es una persona íntegra y coherente en sus actos, un buen ejemplo a seguir	54	76	88
48. Comparte los proyectos y cuestiones que afectan al equipo / unidad y nos anima a que aportemos sugerencias	60	79	67
49. Conozco claramente los criterios utilizados para valorar mi trabajo	50	69	58
RELACIÓN CON EQUIPO DIRECTIVO	38	59	
50. En general, hace una buena labor de dirección de personas	38	59	
GESTIÓN Y DESARROLLO DE PERSONAS	36	62	37
52. La acogida e integración del personal de nueva incorporación se gestiona correctamente	47	73	64
53. En mi caso concreto, tengo acceso a la formación que creo adecuada a para desarrollar bien mi trabajo	48	76	47
54. Creo que en el Hospital tengo unas posibilidades de desarrollo adecuadas a mis expectativas	38	66	37
55. Los criterios de promoción en el HUIC son claros y coherentes, se promociona a quien se lo merece	20	49	39
56. En mi caso concreto, me gustaría detentar a corto plazo mayores responsabilidades	30	61	
57. Globalmente, me siento satisfecho/a con mi salario en relación a mi esfuerzo y responsabilidades	23	42	25
58. Considero adecuado que exista un sistema para evaluar la productividad	61	83	29
59. El sistema de objetivos (productividad) es claro y comprensible	32	59	21
60. El sistema de objetivos (productividad) está bien implantado y aplicado	24	50	
CONCILIACIÓN	44	66	67
61. Mis condiciones de horario, flexibilidad, etc. me permiten conciliar suficientemente mi vida personal y profesional	46	64	67
62. Las condiciones relativas a licencias, permisos y excedencias para el personal son adecuadas	41	68	67
MOTIVACIÓN CON TU PUESTO DE TRABAJO	58	78	
63. ¿Cómo calificarías tu grado de motivación actual?	58	78	

Descripción del indicador

A partir de 2016 se decide realizar una encuesta de clima (permite disponer de mejor información para la gestión de las dimensiones que impactan en la satisfacción e implicación de las personas), que en 2018 se mejora y se establece una nueva referencia de “profesional satisfecho” contabilizando aquellos profesionales cuya valoración es >7 (en 2016 por el tipo de escala y contabilización, se consideraba “satisfecho” con una valoración >5)

Se observa que se produce una mejora generalizada de 2016 a 2018 de la satisfacción y que el objetivo de tener valoraciones >7 se alcanza en bastantes dimensiones para más del 50% de los profesionales.

Por las distorsiones derivadas de la pandemia de 2020 – 2021, no se ha realizado la evaluación correspondiente a 2020 (se tiene previsto realizarla este año). Con objeto de “tomar el pulso” de la situación de las personas de una forma más cualitativa, se desarrolló un proyecto de “lecciones aprendidas de COVID” en el que, en un proceso muy participativo, se recogieron las sensaciones de los profesionales con “espíritu” positivo de “que nos ha enseñado COVID que nos pueda ayudar a mejorar”.

SUBCRITERIO 6.3. Resultados de percepción de inversores y reguladores

6.3.1. Valoración de la consecución de objetivos CG por parte del SERMAS

VALORACIÓN DE LA CONSECUCCIÓN DE OBJETIVOS CP POR PARTE DEL SERMAS	2016	2017	2018	2021
HUIC	80,1%	94,68%	86,16%	88,91%
COMPARACIÓN GRUPO III				88,23%

Descripción del indicador

En este indicador el SERMAS expresa su valoración de la contribución a la red sanitaria, en base al sistema de valoración de cumplimientos de todos los objetivos que componen el Contrato Programa con el que se pactan los compromisos de mejora que adquiere el Hospital cada año.

Este indicador es regular, pero el SERMAS no hizo valoración del 2019 por que en 2020 se produjo la pandemia y en 2020 no se estableció el CP, como tal, por dicha circunstancia.

6.3.2. Valoraciones de Auditorias de Reguladores

	AÑO	
Auditoria Contratación Administrativa del Ejercicio 2018	2019	SATISFACTORIA
Auditoria Contable Ejercicio 2019	2020	SATISFACTORIA
Auditoria de Gestión de Personal 2019	2020	SATISFACTORIA
Auditoria de Gestión de Personal 2019	2020	SATISFACTORIA
Gestión Contractual de Bienes y Servicios derivados COVID	2021	SATISFACTORIA
Auditoria de Gestión de Personal 2020	2021	SATISFACTORIA

Descripción del indicador

Los reguladores nos transmiten su visión del cumplimiento de sus necesidades a través de sus informes de auditoria / inspección.

En los últimos años, sus valoraciones de nuestros sistemas han sido positivas, sin que existan incumplimientos relevantes, lo cual nos indica que nuestro sistema de compliance está funcionando correctamente.

SUBCRITERIO 6.4. Resultados de percepción de la sociedad

6.4.1. Premios y Reconocimientos HUIC

PREMIOS Y RECONOCIMIENTOS HUIC					
DENOMINACIÓN	ORGANISMO	FECHA	DEPARTAMENTO	OBSERVACIONES	
2022					
Acreditación a la Unidad de Enfermedad Inflamatoria Intestinal	GETECCU Grupo Español de Trabajo en Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa	04/02/2022	Digestivo	se celebró en el hospital acto al que acudió el Director General Fernando Prados	
2021					
Finalistas TOP 20. Reconocidos posición del hospital en los Benchmarking de las áreas clínicas y a la excelencia de Hospitales medianos	IASIST	23/11/2021	Hospital	Top Gestión Hospitalaria Global	
			Cardiología	Top Área de Corazón	
			UCI	Top Área de Atención al Paciente Crítico	
III Edición Premios BSCH a la Excelencia	Best Spanish Hospitals Awards	21/10/2021	HUIC	Al Mejor hospital en procesos de aparato circulatorio y respiratorio	
9º PATUCO de Honor	APREM (Asociación de Padres y Niños Prematuros)	16/11/2021	Pediatría	reconoce a los profesionales más implicados en el apoyo a los niños prematuros	
Reconocimiento al Hospital como "Centro Socialmente Responsable", en la categoría Medio	Dirección General de Humanización y Atención al Paciente. SERMAS	16/06/2021	HUIC	Acude el gerente a recogerlo a un acto en el Hospital Santa Cristina en el que el Consejero entrega este Reconocimiento a todos los gerentes de los hospitales, según categorías	
2020					
Certificado de reconocimiento a la Unidad de Cuidados Intensivos HUIC por el Proyecto "Neumonía Zero"	Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (MSCBS), Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC) y Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias (SEEIUC)	05/03/2020	UCI HUIC	por haber alcanzado los objetivos previstos de reducción de la tasa de neumonías relacionadas con la ventilación mecánica en el Proyecto	
Certificado de reconocimiento a la Unidad de Cuidados Intensivos HUIC por el Proyecto "Bacteriemia Zero"	Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (MSCBS), Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC) y Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias (SEEIUC)	05/03/2020	UCI HUIC	por haber alcanzado los objetivos previstos de reducción de la tasa de bacteriemia en el Proyecto	
2019					
Finalistas TOP 20. Reconocidos posición del hospital en los Beenchmarks de las áreas clínicas y a la excelencia de Hospitales medianos	IASIST	17/12/2019	Hospital	TOP Gestión Hospitalaria Global	
			Cardiología	TOP Área de Corazón	
			UCI	Finalista Área de Atención al Paciente Crítico	
finalista en su categoría "Mejor Hospital de complejidad media"	XIV Edición de los Premios Best in Class 2019	29/10/2019			
finalista en su categoría "Esclerosis Múltiple"	XIV Edición de los Premios Best in Class 2019	29/10/2019			
Medalla de Reconocimiento a Natalia Hormaeche	Policía Nacional Parla	01/10/2019			

Descripción del indicador

El HUIC considera que una de las formas en que la sociedad expresa su valoración de cómo percibe la labor del Hospital es la concesión de premios y reconocimientos, especialmente en los aspectos relativos a "salud", por lo que se siguen premios como "Best in class", Top 20, BSCH o los reconocimientos de sociedades científicas, de los cuales damos unos ejemplos de los últimos años.

6.4.2. Resultados de Encuesta Sociedad

ASPECTOS CLAVE (% SATISFECHOS)	2012		2014		2016		2018	
	PERC. PROPIA	PERC. SOCIAL	PERC. PROPIA	PERC. SOCIAL	PERC. PROPIA	PERC. SOCIAL	PERC. PROPIA	PERC. SOCIAL
Valoración Global del Hospital	73%	73%	75%	75%	50%	50%	64%	64%
Confianza en el Hospital	81%	71%	76%	55%	61%	56%	50%	64%
Cobertura Necesidades	60%	71%	55%	57%	38%	33%	64%	64%
Incidencia Económica Local	43%	19%	73%	78%	45%	55%	57%	71%
Gestión Ambiental	62%	60%	68%	56%	45%	53%	50%	64%

Descripción del indicador

Otra de nuestras formas de valorar lo que la sociedad percibe respecto a nuestra contribución a su desarrollo y sostenibilidad es realizar una encuesta a los representantes de dicha sociedad en nuestro entorno (Consejo de salud y bienestar de Parla), por lo que bienalmente se les pregunta por cómo nos perciben personalmente y cómo piensan que se nos percibe en la sociedad. Se observa en los resultados que, tras la puesta en marcha inicial del Hospital, en la que la sociedad de Parla y su entorno había realizado un gran esfuerzo con muchas expectativas, se rebaja la “euforia” y se estabilizan resultados de percepción positiva para un 60% de dicha sociedad.

Estos resultados son fruto de nuestra actividad en salud y nuestra implicación con las iniciativas “locales”. En la actualidad se está tratando que conozcan mejor la actividad y características del Hospital, pero tenemos limitado el acceso a las redes sociales, que son un medio de difusión muy importante en la actualidad.

Debido a la pandemia se ha retrasado la realización de esta encuesta en 2020 y se retomará su uso este año.

6.4.3. Factores de Impacto de las Publicaciones del HUIC

	Nº Publicaciones	Publicaciones Indexadas	Nacionales	Internacionales	Factor de Impacto	Publicaciones 1 Cuartil	Publicaciones 1 Decil
2018	29	25	17	12	55,05	5	1
2019	36	35	9	27	96,32	12	3
2020	54	48	25	29	111,27	10	4
2021	89	88	19	70	259,77	33	15

Descripción del indicador

El último ejemplo incluido en esta memoria de captación de la percepción de la sociedad respecto a nuestro impacto es la valoración que los medios técnicos del sector sanitario realizan en nuestra contribución al conocimiento.

El **HUIC** utiliza en este caso los indicadores asociados a publicaciones científico-técnicas, ya que una publicación en los medios especializados del sector conlleva una valoración por su parte de la calidad y utilidad de lo publicado y la valoración del factor de impacto implica el reconocimiento a nuestra labor en conocimiento en salud de los medios más representativos y con una difusión de más credibilidad.

Todo el desarrollo derivado de la apuesta por incorporarnos al Instituto de Investigación Puerta de Hierro, el desarrollo del Club de Investigación de Enfermería para incorporar a este colectivo a la investigación y la apuesta decidida por la innovación en técnicas y en el desarrollo de nuevos modelos asistenciales hace que nuestras contribuciones crezcan en número y en calidad de lo aportado.

SUBCRITERIO 6.5. Resultados de percepción de partners y proveedores

6.5.1. Satisfacción Centros de Salud AP con la Continuidad Asistencial

RESULTADOS	2018		2019		2020		2021	
	HUI C	OBJE T.	HUI C	OBJE T.	HUI C	OBJE T.	HUI C	OBJE T.
Satisfacción Continuidad Asistencial	6,5	-	6,6	6,5	6,96	6,6	5,5	6,9
Satisfacción e-consulta	-	-	7,0	-	7,3	7,0	6,5	7,3

Descripción del indicador

La principal alianza del **HUIC** es la alianza con AP, ya que conjuntamente son los garantes de la continuidad asistencial al paciente de la red sanitaria. Por ello se realiza una valoración anual en la que se evalúan satisfacción de los profesionales de AP con la continuidad asistencial y herramientas que se van poniendo en marcha (valoraciones específicas de apoyos o colaboraciones clave) y el nivel de utilización de mecanismos y apoyos establecidos. Estas valoraciones dan lugar a un plan de mejora anual sobre el sistema.

En los 3 últimos años se ha valorado la satisfacción con el sistema de continuidad asistencial y la puesta en marcha de la e-consulta.

En los resultados se observa que las valoraciones de satisfacción con los resultados de la alianza han sido crecientes hasta 2021, año en el que se ha producido un “colapso” generalizado de AP por efectos de la pandemia y sus sucesivas “olas”.

CRITERIO 7: RESULTADOS RENDIMIENTO ESTRATÉGICO Y OPERATIVO

ANEXO CRITERIO 7: EXPLICACIÓN DE GESTIÓN DE RESULTADOS DE RENDIMIENTO.

Rendimiento estratégico y operativo

El rendimiento del **HUIC** se evalúa mediante el seguimiento de los cuadros de mando del Hospital, poniendo énfasis en el comportamiento de los indicadores asociados a los objetivos fundamentales establecidos en la estructura estratégica.

Estos resultados se analizan en el equipo directivo, planteando objetivos para los mismos y observando las tendencias con el paso de los años.

El **HUIC**, en su dinámica de gestión hacia la innovación y la mejora continua trabaja con diferentes fuentes de información que le permiten comparar sus resultados con hospitales y estándares del sector:

Observatorio de Resultados del Servicio Madrileño de Salud

Informe anual comparativo de todos los hospitales de la red pública con segmentación por Grupos de tipología con indicadores de actividad, calidad asistencial, eficiencia, atención al paciente e impacto social asociado a la generación y distribución del conocimiento en el sector.

Sistema IAmetrics

Sistema de benchmarking online diseñado por IASIST para el apoyo a hospitales en la gestión de la calidad asistencial y la eficiencia asistencial.

El seguimiento de los objetivos fundamentales y sus resultados asociados, mediante tendencias, objetivos y comparaciones, permite identificar la capacidad del Hospital y el éxito en el desarrollo de sus procesos y proyectos y, al tiempo, son una referencia para enfocar el futuro y el desarrollo como Organización.

Dentro del conjunto de indicadores que nos permiten gestionar el Hospital, hemos seleccionado algunos de ellos y los hemos agrupado en:

7.A Logros alcanzados en la consecución de propósito, estrategia y valor

Los indicadores de este grupo se refieren a:

La capacidad de cumplir nuestro propósito:

- 7.A.1 Actividad (capacidad para atender a nuestra población en sus problemas de salud).
- 7.A.2 Accesibilidad (indican el desfase entre capacidad de atender y necesidad de atención)
- 7.A.3 Calidad Asistencial (seleccionamos los que indican la mejora en salud de los pacientes atendidos)

Algunos logros estratégicos, relacionados con la maximización de valor, de los últimos años:

- 7.A.4 Humanización (desarrollo de nuestro programa “empatía” refrendado por estrategia del SERMAS posterior)
- 7.A.5 Hospitalización a Domicilio (desarrollo de la atención a los pacientes más allá de nuestras paredes, en un ámbito más adecuado para él y más eficiente, con una mejora en salud similar y un aumento de su bienestar.)
- 7.A.6 Enfermería Avanzada (desarrollo del rol de enfermería que permite, además de satisfacción y desarrollo de los profesionales, aumentar nuestra capacidad de aportar valor en nuevos servicios asistenciales y complementarios para los pacientes y usuarios)

7.B RENDIMIENTO ECONÓMICO

Los indicadores de este grupo se refieren a indicadores de gasto y eficiencia:

- 7.B.1 Indicadores de gasto del **HUIC** (se incluyen indicadores de gasto y su referencia a la población de referencia atendida)
- 7.B.2 Eficiencia mediante uso de Biosimilares (eficiencia en gasto farmacéutico derivado de la adecuada selección de medicamentos)
- 7.B.3 Indicadores de eficiencia operativa del **HUIC** (ejemplos de elementos de trabajo organizativos, técnicos, etc. que permiten incidir en la eficiencia)

7.C. CUMPLIMIENTO DE EXPECTATIVAS DE GI

Los indicadores de este grupo se refieren a elementos que nos pueden permitir correlacionar rendimiento con satisfacción de Grupos de Interés:

- 7.C.1 Pacientes (se incluyen como ejemplos indicadores de reclamaciones únicamente, ya que se presentan otros tipos de indicadores asociados con la calidad asistencial en otros apartados de este criterio)
- 7.C.2 Personas (se incluyen algunos indicadores de gestión de personas de los diferentes existentes en los distintos procesos en que se articula dicha gestión)
- 7.C.3 Sociedad (se incluyen como ejemplos resultados de impacto ambiental)
- 7.C.4 Aliados (se incluye como ejemplo el desarrollo de la e-consulta para AP, que tan importante ha sido para el desarrollo de la pandemia COVID)

7.D LOGROS DE FUNCIONAMIENTO Y TRANSFORMACIÓN

Los indicadores de este grupo se refieren a algunos ámbitos de la gestión del HUIC reseñables en nuestro funcionamiento operativo o en nuestros avances para la transformación:

- 7.D.1 Eficiencia Operativa (uno de los principales objetivos de nuestro hospital es la eficiencia, puesto que las necesidades de asistencia crecen continuamente y se trabaja con recursos públicos limitados. Se indican algunos indicadores, pero se presentan otros en el apartado de gestión económica y en otros en los que la eficiencia se mezcla con valor o con calidad asistencial, etc.)
- 7.D.2 Desarrollo de la seguridad de los pacientes (es una de las señas de identidad del modelo asistencial del **HUIC**, ya que consideramos que es muy relevante en la consecución del propósito, por lo que desplegamos una gran actividad de gestión cotidiana en los procesos asistenciales y de apoyo y se dispone de un sistema de gestión de seguridad de pacientes certificado UNE – ISO 179003)
- 7.D.3 Desarrollo de la asistencia no presencial (el **HUIC** entiende que el principal reto del futuro de la sanidad es la asistencia no ligada a la estructura actual del hospital, por lo que el desarrollo de la asistencia no presencial es clave en nuestra transformación. En otro apartado se dieron datos de hospitalización domiciliaria y aquí se incluyen datos de nuestro desarrollo en consultas no presenciales, para lo cual el **HUIC** es pionero y referente, siendo uno de los pocos que aprovechando el impulso de la pandemia ha organizado y protocolizado dichos procesos.)

7.A LOGROS ALCANZADOS EN LA CONSECUCCIÓN DE PROPÓSITO, ESTRATEGIA Y VALOR

7.A.1. ACTIVIDAD

	2018			2019			2020			2021		
	HUIC	COMP	OBJ	HUIC	COMP	OBJ	HUIC	COMP	OBJ	HUIC	COMP	OBJ
Primeras Consultas	81.798		85.557	79.587		83.980	58.777		83.980	76.873		83.456
Consultas Totales	227.398			225.756			209.297			232.925		
Relación sucesiva/primera	1,78	1,97	1,65	1,84	1,78	1,72	2,79	2,42	1,72	2,03	1,97	2,45
Estancias Hospitalarias	45.175			46.409			49.771			48.905		
Total IQS	7.840		7.836	7.635		8.010	5.617		8.010	6.730		7.233
Urgencias Atendidas	99.954		100.740	103.872		100.785	80.002		100.785	103.744		

Descripción del indicador

La medición de la consecución del propósito del hospital no es sencilla, en la actualidad el HUIC evalúa como uno de sus elementos clave la capacidad que tiene de atender a los pacientes en los diferentes procesos clave de servicio (consultas, operaciones quirúrgicas, hospitalización y urgencias), que junto a la valoración de la accesibilidad al hospital, permite conocer nuestra capacidad, como servicio de salud, de atender a las personas que nos requieren por problemas de salud.

En nuestros datos se observa que la distorsión de actuación derivada de la pandemia ha sido corregida en cuanto a capacidad de atención en consultas externas, menos pacientes en primera consulta en 19 y 20 (retenciones por temor a contagio), pero aumentan las revisiones de pacientes con patologías, con un fuerte incremento de actividad no presencial.

La actividad hospitalaria se ha incrementado respecto a niveles anteriores a pandemia para atender pacientes COVID.

La ocupación de camas y UCI extra por COVID, ha disminuido nuestra capacidad quirúrgica, por lo que este área no ha podido recuperar totalmente los niveles de actividad prepandemia.

En el ámbito de las urgencias la actividad está en máximos, porque si bien las retenciones de los pacientes a acudir al hospital todavía existen, las dificultades de atención en AP hacen que el hospital sea receptor de parte de la actividad no resuelta.

7.A.2. ACCESIBILIDAD

	2018			2019			2020			2021		
	HUIC	COMP	OBJ	HUIC	COMP	OBJ	HUIC	COMP	OBJ	HUIC	COMP	OBJ
Espera Media en consultas	28,92			40,56		28,00	35,08		28,00	28,77		28,00
Pacientes más de 60 días	82		0	19		0	7		0	1.231		0
Pacientes en LEQ	991			1.312		1.000	749		1.000	1.205		
Pacientes * 120 días				26		0	1		0	11		0

Descripción del indicador

Los indicadores de lista de espera nos indican que la capacidad de atención en consultas, siendo superior a prepandemia, está tratando de absorber el efecto rebote de pacientes que retoman su asistencia en el hospital.

En el ámbito quirúrgico el nº de pacientes está en niveles de 2019, pero se espera un efecto rebote por no haber alcanzado actividad prepandemia.

7.A.3. CALIDAD ASISTENCIAL

	2018		2019		2020		2021		
	HUIC	OBJ	HUIC	OBJ	HUIC	OBJ	HUIC	COMP	OBJ
Reingresos < 7 días (hospitalización)	4.06%	<=4	4.73%	<=4	3.86%	<=4	3,29%	2,48%	<=4
Retorno < 48 horas (urgencias)	5.44%	<=5,5	5.37%	<=5,5	5.26%	<=5,5	5.01%		<=5,5

Descripción del indicador

En el hospital se dispone de numerosos indicadores de calidad asistencial en los diferentes procesos de servicio. En este punto hemos considerado utilizar como más adecuados de mostrar aquellos que nos indican que nuestros pacientes no vuelven a requerir nuestra asistencia para el mismo problema en lo que podamos considerar un mismo episodio de atención. (ej.: tienen que regresar antes de 7 días tras el alta en hospitalización o tienen que volver a urgencias porque el tratamiento dado no tiene un efecto adecuado en las siguientes horas del alta en urgencias). Otros indicadores de calidad asistencial se presentan en apartados como: 7.A.2 “accesibilidad”, 7.A.4 “humanización”, 7.C.1 “indicadores de influencia en la percepción de los usuarios”, 7.D.2 “desarrollo de la seguridad de pacientes”.

7.A.4. HUMANIZACIÓN

	2018		2019		
	HUIC	COMP	HUIC	COMP	
Satisfacción con humanización en hospitalización	86.70	87.73	90.44	88.28	
Satisfacción con humanización en consultas	79.47	83.47	79.95	84.42	
Satisfacción con humanización en CMA	89.73	90.03	90.94	91.09	
Satisfacción con humanización en Urgencias	75.92	81.13	74.98	81.07	

Descripción del indicador

Uno de nuestros objetivos estratégicos principales en los últimos años es la mejora de la humanización en la asistencia a nuestros pacientes (Proyecto Empatía). No se dispone de resultados en 2020 porque el SERMAS no hizo encuestas por situación de pandemia, en 2021 todavía no se han recibido los datos.

7.A.5. HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO

	2018	2019	2020	2021
Nº de ingresos en Unidad HAD	--	--	404	511
Ingresos evitados	--	--	70	76
Estancia media	--	--	11,1	7,5
Estancias evitadas	--	--	4.484	3.832
Nº de ingresos en residencias	90	245	246	256
Ingresos evitados en residencias		167 (68)	170 (69)	181 (70)
Estancia media en residencias	4,99	3,6	4,4	5,2
Estancias evitadas en residencias		882	1047	1331

Descripción del indicador

El HUIC está inmerso en una estrategia de desarrollo de hospital sin paredes, iniciada con la hospitalización domiciliaria, ya que la evolución de la pirámide de población y sus patologías asociadas no permitirán la adecuada asistencia de nuestros pacientes con una eficiencia sostenible.

En 2015 se inicia un programa de servicio de atención hospitalaria a pacientes de residencias en sus propias instalaciones y a finales de 2019 se consolida la Unidad de Hospitalización a Domicilio del Hospital.

Estas líneas de trabajo, que hoy por hoy están tratando de desarrollar todos los hospitales, permiten generar eficiencias por “estancias evitadas” en el hospital, en visitas a urgencias, en consultas, etc.; al mismo tiempo que la tecnología permite una monitorización remota de pacientes, tele-consultas de seguimiento y control, etc.

Los pacientes de esta Unidad han sido encuestados para valorar la calidad de la atención prestada y el funcionamiento del sistema.

El proyecto ha sido considerado exitoso y es un referente, en el futuro la capacidad de diagnosticar y de monitorizar de forma remota a los pacientes mejorará nuestras posibilidades de asistencia con el mismo nivel de cumplimiento del propósito y plena satisfacción de los pacientes.

7.A.6. ENFERMERÍA AVANZADA

PROGRAMAS ENFERMERIA AVANZADA - DESARROLLO ACTIVIDAD (actuaciones)						
FECHA INICIO	PROGRAMA	AGENDA	2018	2019	2020	2021
2016	P UROLOGIA CIRUGIA AMBULATORIA	PA_UROAMB	413	303	192	264
2018	P UROLOGIA ECOGRAFIA POR ENFERMERIA	PA_UROECOT	205	177	138	406
2018	P ENDOCRINO PACIENTES DIABETICOS	ENF_END1 ENF_END2	1824 0	1844 0	2311 1880	2587 982
2018	P INSUFICIENCIA CARDIACA	ENF_CARICC	191	472	446	562
2018	P PACIENTE NEUROLOGICO	ENF_NRL	185	189	1.603	2.388
2018	P PACIENTE ENFERMEDAD INFLAMATORIA	ENF_DIG	932	1.094	928	1.516
2019	E-CONSULTA OSTOMIAS	ENF_CGDCURAS Prestación Ostomías primeras sucesivas econsulta	6027 0 0 0	4529 53 191 0	3272 60 145 23	4933 55 136 16
2021	P PREHABILITACION QUIRURGICA	ENF_PREHAB		90	549	1.083
2018	PROGRAMA PACIENTE CRONICO COMPLEJO	ENF_MIRCRO	240	210	175	1.721
2017	CONSULTA ENFERMEDAD RENAL CRONICA	ENF_DIALP	302	481	254	260
2018	PROGRAMA CUIDADOS PALIATIVOS	ENF_UCPAL	417	24	201	268
			2.885	3.040	4.486	8.468

Descripción del indicador

En la tabla se indican los resultados de actividad de todas las especialidades de enfermería avanzada puestas en marcha en el Hospital (12), en el desarrollo de la estrategia de cambio de rol de la enfermería del HUIC.

Se incluyen las fechas de inicio de los diferentes programas y los datos de asistencia directa a pacientes con ellos de los últimos 4 años, estos programas han requerido, diseño de servicios, organización de la implantación como tales, formación del personal que los presta, etc.

En la actualidad el HUIC es pionero y referente de esta evolución del modelo asistencial hospitalario y contribuye a la salud de nuestros pacientes con nuevos servicios que incrementan el valor añadido aportado.

7.B RENDIMIENTO ECONÓMICO

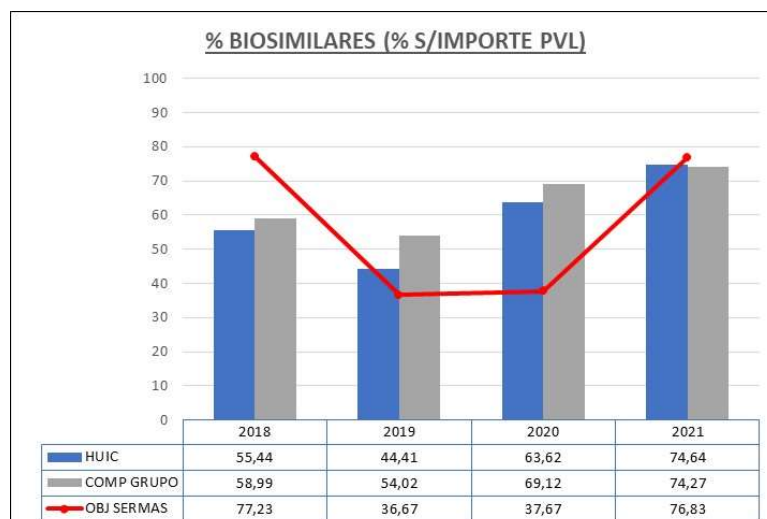
7.B.1. Indicadores de gasto del HUIC

HUIC	2018	2019	2020	2021
GASTO CORRIENTE TOTAL	80.733.452,79	85.310.546,85	93.987.598,69	98.978.311,76
GASTO CORRIENTE TOTAL / POBLACIÓN REFERENCIA	481,26	502,97	545,52	581,63
GASTO PERSONAL	42.699.648,99	44.977.612,27	50.443.953,46	55.294.204,83
GASTO PERSONAL / POBLACIÓN REFERENCIA	254,54	265,18	292,78	324,93
GASTO CAPÍTULO II	38.033.803,80	40.332.934,58	43.543.645,23	43.684.106,93
GASTO FARMACIA H	10.689.354,49	11.938.048,51	13.594.707,87	14.344.457,55
GASTO FARMACIA H / POBLACION REFERENCIA	62,14	69,4	79	83,4
% PACIENTES CON GENÉRICO	34,77	57,67	60,5	63,63

Descripción del indicador

El HUIC es un hospital referente en el SERMAS por su eficiencia, los indicadores económicos de los últimos años muestran un fuerte incremento de gasto en los diferentes capítulos de presupuesto a partir de los efectos derivados de la pandemia donde los incrementos anuales aumentan su %: Mayor volumen de actividad neta asistencial con la asistencia a pacientes COVID, incrementos de personal asociados, incrementos de medicamentos (a pesar del desarrollo de estrategias de sustitución por genéricos y biosimilares), gastos por cambios y adaptaciones de las infraestructuras para realizar circuitos duplicados, acondicionar espacios, etc.

7.B.2. Eficiencia mediante el uso de Biosimilares



Descripción del indicador

El **HUIC** es un referente en el uso de biosimilares (medicamentos con relación optimizada de eficacia / coste) a partir de una adecuada gestión de la guía farmacoterapéutica que se realiza en la organización.

7.B.3. Indicadores de eficiencia operativa del HUIC

	2018		2019		2020		2021	
	HUIC	OBJ	HUIC	OBJ	HUIC	OBJ	HUIC	OBJ
ÍNDICE DE OCUPACIÓN HOSPITAL	80.89%	80%	75,68%	80%	77,92%	80%	81,70%	80%
ESTANCIAS EVITABLES	3969		4259	2.750	4498		4420	
ÍNDICE DE OCUPACIÓN DE QUIRÓFANOS	81,7%	80%	78,9%	80%	76,7%	80%	79,4%	80%
TASA DE AMBULATORIZACIÓN	71,9%	75%	73,7%	75%	72,8%	75%	70,8%	75%

Descripción del indicador

Otro aspecto importante para la eficiencia del hospital es la capacidad que tenemos de utilizar adecuadamente nuestros recursos, lo que denominamos eficiencia operativa, adjuntando algunos ejemplos de los indicadores con los que valoramos diferentes aspectos de dicha eficiencia:

Índices de ocupación, con los que valoramos el aprovechamiento del hospital para hospitalizar pacientes o de los quirófanos para realizar operaciones.

Estancias evitables, contabilización de estancias realizadas en nuestro hospital que por la patología asociada no deberían haberse producido.

Tasa de Ambulatorización: el % de intervenciones que se realizan sin ingreso del paciente, frente a las que podrían realizarse teóricamente sin ingreso.

Estancias medias, que nos permite comparar con los estándares si la recuperación hasta el alta de nuestros pacientes es adecuada o es larga / corta y, por tanto, más o menos consumidora de recursos.

Otros indicadores de eficiencia operativa se presentan en el punto 7.4 Logros de funcionamiento y transformación.

7.C. CUMPLIMIENTO DE EXPECTATIVAS DE GI

7.C.1. PACIENTES

	2018			2019			2020			2021		
	HUIC	COMP	OBJ	HUIC	COMP	OBJ	HUIC	COMP	OBJ	HUIC	COMP	OBJ
Reclamaciones (* 1.000 ACTOS)	0,50	2,07		0,47	1,88		0,45			0,40		
Tiempo de respuesta (días)	11,86		20,00	11,67		10,00	10,64		10,00	8,94 días		10,00
% Cerradas en plazo	100%	88;6%	100%	100%		100%	100%		100%	100%		100%
Nº Disconformidad asistencia	279			68			66			72		
Nº Demoras CCEE/ pruebas	81			22			21			38		
Nº Retraso atención	31			70			37			55		
Nº Trato personal	53			40			30			29		

Descripción del indicador

El HUIC dispone de múltiples indicadores de calidad asistencial, que, en función de agrupaciones relacionadas con el propósito, con la eficiencia, con logros estratégicos, etc., se presentan en apartados como: 7.A.2 “accesibilidad”, 7.A.4 “humanización”, 7.C.1 “indicadores de influencia en la percepción de los usuarios”, 7.D.2 “desarrollo de la seguridad de pacientes”. Por ello como muestra de otros indicadores de nuestra calidad de atención a los pacientes incluimos las reclamaciones que nos hacen los pacientes y los principales motivos de las mismas. También recogemos quejas verbales, pero su utilización es tratar de ver oportunidades de mejora específicas.

7.C.2. PERSONAS

HUIC	2018	2019	2020	2021
PORCENTAJE DE ABSENTISMO	6,77	7,65	9,87	7,65
PORCENTAJE DE SUSTITUCIÓN	36,59	42,64	28,08	28,98
Nº TOTAL DE ACCIDENTES	163	101	70	110
ÍNDICE FRECUENCIA ACCIDENTES CON BAJA	15,3	11,8	12,8	15,1
ÍNDICE DE GRAVEDAD ACCIDENTES CON BAJA	0,86	0,42	0,36	0,38

Descripción del indicador

El HUIC dispone de numerosos indicadores internos de gestión de personas, tanto globales como específicos de procesos concretos y se adjuntan ejemplos de: absentismo, sustitución de absentismo e indicadores de siniestralidad.

Estos indicadores plantean algunas evoluciones no habituales debido a efectos de pandemia, como por ejemplo: sustitución más baja de lo habitual por problemas de mercado de trabajo sumado al aumento de absentismo.

7.C.3. SOCIEDAD

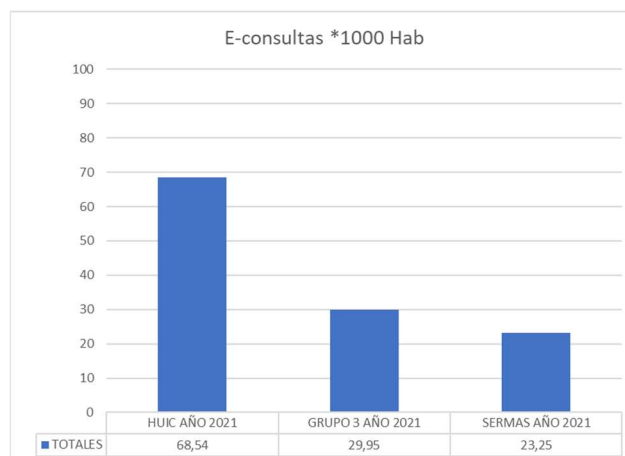
HUIC	2018	2019	2020	2021
CONSUMO ELÉCTRICO KWH	10.003.832,00	10.124.468,00	9.460.309,00	9.722.118,00
CONSUMO GAS KWH	7.558.029,00	7.043.150,00	7.347.431,00	7.592.007,00
CONSUMO AGUA M3	42.354,00	35.413,00	33.520,00	39.987,00
RESIDUOS PELIGROSOS (kg/año/estancia)	1,0282	1,0089	2,7109	1,6725
RESIDUOS BIOSANITARIOS CLASE III (kg/año/estancia)	0,6972	0,6868	2,3853	1,3212
RESIDUOS QUÍMICOS CLASE V (kg/año/estancia)	0,1901	0,2080	0,2047	0,2230
RESIDUOS CITOTÓXICOS CLASE VI (kg/año/estancia)	0,1409	0,1371	0,1208	0,1324

Descripción del indicador

En el ámbito ambiental, el **HUIC** dispone de la acreditación de gestión ambiental certificada ISO 14.001 de la SC y desarrolla una gestión estructurada en mejora continua para minimizar su impacto ambiental y se dispone de indicadores de control de consumos de recursos y de generación de residuos.

En los ámbitos de contribución al conocimiento mediante la docencia, investigación e innovación se dispone de indicadores de cada uno de los diferentes procesos de gestión.

7.C.4. ALIADOS



Descripción del indicador

En el ámbito de resultados en alianzas nos parece lo más representativo nuestra alianza con AP para la continuidad asistencial y el adecuado flujo de pacientes en el sistema de salud. El HUIC dispone, junto a AP de un Cuadro de Mando asociado al funcionamiento de la alianza, pero en estos momentos creemos que debemos presentar el esfuerzo realizado por los profesionales del HUIC para apoyar a los profesionales de AP en la situación de pandemia mediante la e-consulta, ya que hemos desarrollado 61.167 y 59.076 e-consultas con AP en 2020 y 2021 respectivamente, que en índice de e-consultas por cada 1000 habitantes de población de referencia es 2 veces superior a la media del grupo III de comparación y 3 veces superior a la media de los hospitales del SERMAS.

7.D LOGROS DE FUNCIONAMIENTO Y TRANSFORMACIÓN

7.D.1 EFICIENCIA OPERATIVA

EFICIENCIA OPERATIVA	2018			2019			2020			2021		
	HUIC	COMP	OBJ	HUIC	COMP	OBJ	HUIC	COMP	OBJ	HUIC	COMP	OBJ
ESTANCIA MEDIA	5,06	6,09		5,16	5,45	5,45	5,75	6,25	4,99	5,64	6,05	5,65
ESTANCIA MEDIA EN URGENCIAS	252		240	307,8		240	294,00		240	262,80		240
TASA DE SUSPENSIÓN QUIRÚRGICAS	4,6%	4,3%	3,5%	4,2%	4,3%	4,4%	4,7%	6,0%	4,0%	3,77%	5,21%	4,0%

Descripción del indicador

Uno de los objetivos de nuestro funcionamiento es el desarrollo de los servicios con la máxima eficiencia operativa, algunos aspectos de esta eficiencia se trabajan con la gestión económica (gestión de gasto y gestión de consumos – ejemplos en apartados 7B1 y 7B2), otra parte se realiza tratando de optimizar recursos (ejemplos en apartado 7B3) y una última parte se trabaja tratando de optimizar la organización y la calidad asistencial, y los indicadores que se muestran aquí pueden ser una buena muestra de ello.

En este periodo, la incidencia de la pandemia ha modificado nuestros resultados, en general al alza, pero la optimización habitual de estos parámetros nos permite tener afinados nuestros procesos. (reconocimientos TOP20 a nuestra gestión hospitalaria).

7.D.2 DESARROLLO DE LA SEGURIDAD DE PACIENTES

SEGURIDAD PACIENTE AÑOS ANTERIORES	2018			2019			2020			2021		
	HUIC	COMP	OBJ	HUIC	COMP	OBJ	HUIC	COMP	OBJ	HUIC	OBJ	
TASA DE INFECCIÓN NOSOCOMIAL	3,65%			3,49%			2,89%			2,86%		
TASA DE COMPLICACIONES	3,17%	3,22%		2,98%	3,50%		2,74%	3,46%				
INCIDENCIA DE CAÍDAS	2,1‰	1,46‰	<1,48‰	2,49‰	1,52‰	<2,20‰	2,13‰	1,76‰	<2,20‰	2,49‰	<2,20‰	
INCIDENCIA DE ULCERAS POR PRESIÓN	0,89%	1,04%	<1,02%	0,71%	0,88%	<1,02%	0,84%	0,98%	<1,02%	0,86%	<1,02%	

Descripción del indicador

El HUIC dispone de múltiples indicadores de calidad asistencial (otros indicadores similares aparecen en otros apartados del criterio). En este apartado hemos elegido indicadores que muestran la calidad de las prácticas asistenciales y de cuidados de enfermería que evitan que se produzcan problemas de salud en pacientes derivados de actuaciones asistenciales incorrectas. Estos y otros indicadores se gestionan en nuestros planes de seguridad de pacientes en los que el Hospital es referente, realizando una gestión de identificación – valoración y tratamiento de riesgos de pacientes exhaustiva por todos los servicios y unidades del Hospital (Certificación UNE 179003 de Seguridad del Paciente)

7.D.3 DESARROLLO DE LA ASISTENCIA NO PRESENCIAL

Nº CONSULTAS NO PRESENCIALES	2018		2019		2020		2021	
	HUIC	OBJ	HUIC	OBJ	HUIC	OBJ	HUIC	OBJ
	14.933	10.720	19.495		61.185		65.209	

Descripción del indicador

En el ámbito de la transformación, el **HUIC** es pionero en el SERMAS en ámbitos como la enfermería avanzada (datos en apartado), en la asistencia domiciliaria (datos en apartado) y también en el desarrollo de la asistencia online. Desde hace varios años se venía explorando esta modalidad asistencial y, con la llegada de la pandemia, se vio que nuestro esfuerzo estaba bien encaminado y se ha realizado un intenso trabajo en la organización y estructuración de la misma (criterios para establecer a quien debe afectar por patologías y por tipos de pacientes, desarrollo de agendas complementarias a las agendas de actividades presenciales, desarrollo de la tecnología que soporte la asistencia online con seguridad informática, etc.

6. CIRCUITO:

La prescripción de la actividad física será realizada por un facultativo que atiende cualquiera de las patologías incluidas en el programa. Este médico además de recomendar el programa más adecuado, realizará una breve intervención educativa relacionada con los beneficios de la actividad física en la patología del paciente y remitirá al paciente a la enfermera educadora y de seguimiento.

La enfermera realizará una valoración global del paciente, realizará una nueva intervención educativa y seleccionará según el perfil y preferencias del mismo, el nivel de intervención necesario para lograr la realización mantenida de actividad física. En cada nivel se aplicarán los protocolos establecidos por el grupo de trabajo.

Los niveles de intervención serán (Figura 3):

- Nivel I. Autogestión de la actividad física.
- Nivel II. Gestión con apoyo de recursos comunitarios.
- Nivel III. Gestión del caso por parte de preparadores físicos.



Figura 3. Niveles de intervención según las características del paciente y prescripción ajustada a necesidades y características del paciente.

La enfermera realizará un seguimiento del cumplimiento terapéutico mediante diferentes herramientas (App, llamada telefónica) que permita también volver a indicar las recomendaciones óptimas para el paciente. La información sobre el cumplimiento de la prescripción será incluida en la historia clínica en el proceso de la especialidad que pautó la misma. La Figura 4 resume el circuito del paciente.

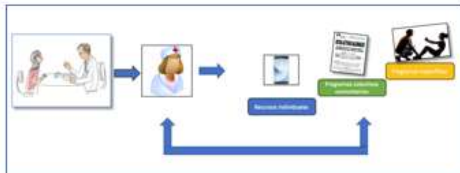


Figura 4. Circuito del paciente desde la prescripción facultativa, valoración de enfermería y remisión a recurso adecuado a cada paciente.

9. FASES DEL PROGRAMA:

9.1. Tareas para la implantación (Figura 4):

- Creación de un comité de operativo.
- Selección de un profesional de enfermería que será gestor de casos y de la investigación asociada al proyecto.
- Establecer contacto con los profesionales de los centros deportivos, las asociaciones de pacientes y un grupo de pacientes expertos.
- Diseño de los diferentes programas de actividad física, criterios de inclusión y definición de los circuitos asistenciales asociados.
- Formación de los profesionales sanitarios en la evidencia relacionada con la actividad física, entrenamiento en su prescripción y difusión de los circuitos asistenciales definidos.
- Puesta en marcha del programa.

Tarea	JUN	JUL	OCT	NOV-MAR	APR	MAY
Documento definitivo						
Creación comité operativo						
Presentación proyecto a SERMAS						
Selección profesional de enfermería						
Diseño circuitos						
Diseño programas						
Formación profesionales sanitarios						
Diseño estudios investigación						
Puesta en marcha programa						

Figura 4. Cronograma de actuaciones a realizar durante el año 2018-2019.

9.2. Fase de evaluación:

Se realizará una evaluación continua de la implantación del proyecto.

Se establecerán indicadores de seguimiento a través de un cuadro de mando en el que se incluirán los siguientes aspectos:

- Porcentaje de pacientes incluidos respecto a los evaluados
- Porcentaje de adherencia a corto y medio plazo
- Evolución en la sintomatología física
- Evolución de calidad de vida
- Coste económico
- Encuesta de satisfacción a pacientes y profesionales.

