



MEMORIA EFQM

2018

1. INFORMACIÓN CLAVE	1
1.1. HECHOS Y DATOS	1
1.2. HITOS CLAVE HISTÓRICOS Y LOGROS ALCANZADOS	2
1.3. RETOS Y ESTRATEGIA	2
1.4. MERCADOS, SERVICIOS OFRECIDOS Y CLIENTES	4
1.5. CADENA DE VALOR (PROCESOS OPERATIVOS, PARTNERS Y PROVEEDORES)	5
1.6. ESTRUCTURA DE GESTIÓN Y ACTIVIDADES DIRECTIVAS	6
2. AGENTES FACILITADORES	7
2.1. LIDERAZGO	7
2.2. ESTRATEGIA	10
2.3. PERSONAS	13
2.4. ALIANZAS Y RECURSOS	16
2.5. PROCESOS, PRODUCTOS Y SERVICIOS	19
3. RESULTADOS	22
3.1. RESULTADOS EN LOS CLIENTES	22
3.2. RESULTADOS EN LAS PERSONAS	26
3.3. RESULTADOS EN LA SOCIEDAD	29
3.4. RESULTADOS CLAVE	32
SIGLAS Y ACRÓNIMOS	



Información Clave

1. HECHOS Y DATOS

El HUEE forma parte del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS), a su vez integrado en la Consejería de Sanidad, es un centro público con sistema de gestión directa, tiene las características de Hospital comarcal, cercano y accesible a la población clasificado dentro del Grupo 1 (Hospitales comarcales de pequeño tamaño/Hospital de baja complejidad),

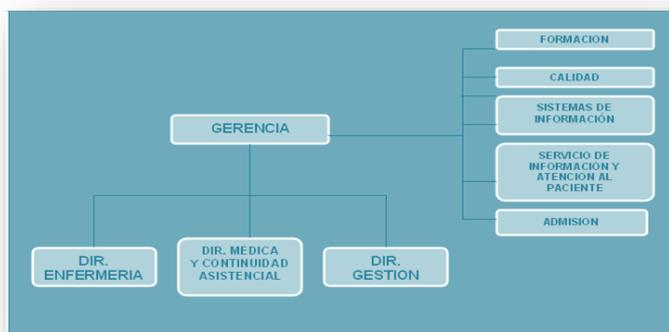
El Hospital se encuentra situado en el km 6.200 de la carretera M-600 de San Lorenzo de El Escorial a Guadarrama. En una parcela de 8 hectáreas, se encuentran los edificios del Hospital: el principal (asistencial) y otros edificios de servicio en la parte posterior (dirección, Administración, servicios técnicos, archivo y almacén). El Hospital El Escorial es un edificio de seis plantas (Sótano, Baja, Primera, Segunda, Tercera y Cuarta) y cuenta con 91 camas en habitaciones dobles, todas con cuarto de baño, teléfono y TV, además de los sistemas comunicación con el control de enfermería. Recientemente se han inaugurado 3 habitaciones individuales en 4ª planta para usuarios con necesidades especiales de aislamiento.

En el pueblo de San Lorenzo de El Escorial se encuentra el Centro de especialidades periférico (Centro de Especialidades San Carlos) donde se realizan consultas de algunas especialidades médicas y quirúrgicas.

Nuestra MISIÓN

Mejorar y cuidar de la salud de las personas con una atención de calidad, en un entorno de seguridad, trato cercano, buscando su participación, y siempre en coordinación con otros centros del SERMAS.

Organigrama General (Anexo 1) y distribución de la plantilla en los últimos años:



CATEGORÍA PROFESIONAL	AÑOS					
	2012	2013	2014	2015	2016	2017
EQUIPO DIRECTIVO						
Director Gerente	1	1	1	1	1	1
Director Médico	1	1	1	1	1	1
Director de Continuidad Asistencial	1					
Director de Gestión	1	1	1	1	1	1
Director de Enfermería	1	1	1	1	1	1
DIVISIÓN MÉDICA						
Facultativos	94	97	97	100	103	104
PERSONAL SANITARIO						
DUE	129	117	117	123	130	132
Matronas	9	8	8	8	8	8
Fisioterapeutas	1	2	3	4	3	3
Técnicos	18	20	22	26	27	26
Auxiliares Enfermería	91	92	93	93	92	92
PERSONAL NO SANITARIO						
Grupo Técnico Función Administrativa	5	5	5	5	6	5
Grupo Gestión Función Administrativa	3	3	3	4	5	5
Grupo Administrativo y resto C	33	33	33	32	30	30
Aux. Administrativo y resto D	47	47	44	46	46	46
Celadores y resto	74	44	48	46	62	60
TOTAL	509	472	477	491	502	505

A continuación, se muestran los datos de actividad del HUEE en los últimos años.

EVOLUCIÓN ACTIVIDAD HUEE

INDICADOR	EJERCICIO					
	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Ingresos Totales	3.701	3.575	3.661	3.644	3.765	3.659
Urgencias	41.046	43.457	44.458	40.293	41.889	43.377
Partos	327	325	337	290	284	292
Partos por cesárea (%)	37%	33,23%	27%	23,79%	27,82%	24,32%
Consultas externas	89.520	91.727	96.583	103.440	101.414	102.628
Intervenciones quirúrgicas (URG+PROG)	3.618	3.852	4.042	3.986	4.198	4.433
Intervenciones con Hospitalización	1.717	1.538	1.608	1.487	1.476	1.458
Intervenciones ambulatorias (CMA+cma+PQFQ)	1.901	2.314	2.434	2.499	2.722	2.975
TAC	2.388	4.517	5.219	5.525	5.546	4.938
RMN	2.793	1.782	3.447	4.155	3.056	3.737

2. HITOS CLAVE HISTÓRICOS Y LOGROS ALCANZADOS

Los hitos en nuestro camino hacia la excelencia se pueden resumir en la siguiente tabla:

Año	Hito significativo
2006	Primera autoevaluación EFQM con 20 evaluadores pertenecientes a distintas categorías del Hospital que se concretó en 10 acciones de mejora
2007	Plan de Calidad Percibida y fundación de la Comisión de Calidad Percibida para liderarlo 1º mapa de procesos del Hospital elaborado con la colaboración de representantes de todas las categorías profesionales, fruto de una de las acciones de mejora detectadas en la anterior evaluación EFQM
2008	Fundación de los primeros grupos de macroproceso asistenciales: Hospitalización, consultas, urgencias y atención quirúrgica
2009	2ª autoevaluación EFQM con la colaboración de 35 trabajadores del Hospital. Definición de otras 10 acciones de mejora Migración a la historia clínica electrónica Selene, asegurando la posibilidad de recuperación de toda la información clínica previa en papel 1ª encuesta a personas (enfermería) Apertura del nuevo Hospital de Puerta de Hierro-Majadahonda
2010	Revisión de la definición de los macroprocesos. Última versión del mapa de procesos del Hospital. Premio TOP20 2010 Certificación ISO 9001 de los servicios de Farmacia y de Anatomía Patológica
2011	3ª autoevaluación EFQM con la colaboración de 40 trabajadores del Hospital y elaboración de la memoria con apoyo experto para presentación a reconocimiento externo Certificación ISO 9001 de la Unidad de endoscopia digestiva Redacción del Plan Estratégico 2011-2014 2ª encuesta a personas (todo el personal) Apertura de la primera fase de las obras de ampliación (quirófanos y urgencia)
2012	Redacción de los procesos estratégicos Redacción de los planes de acogida para todos los profesionales Aprobación del reglamento de funcionamiento de las comisiones clínicas Integración de pruebas de imagen en la historia clínica electrónica Acuerdo con la unidad de innovación del Hospital Clínico San Carlos Constitución del comité del dolor Reconocimiento IHAN 1D Premio TOP20 2012 Obtención del sello EFQM +300 (puntuación 300-350) Apertura de la nueva zona de radiología
2013	4ª autoevaluación EFQM con la participación de 30 trabajadores del Hospital (417 puntos) Implantación de procesos estratégicos Redacción de los procesos de personal Integración de todas las pruebas en la historia clínica electrónica Desarrollo del sistema de alertas sanitarias 3ª encuesta a personas (todo el personal) I Taller de CP con la participación de 324 trabajadores y reconocido como de interés sanitario por la Agencia Laín Entralgo Incorporación de la seguridad del paciente al programa de sesiones de los servicios clínicos Agradecimiento de la Consejería de Educación por la implicación del Hospital en el programa ESO+empresa Participación en el premio BIC
2014	Exportación del sistema de integración de pruebas diagnósticas en SELENE a otros Hospital (H. Parla) Integración de las certificaciones ISO 9001:2008 bajo un mismo sistema Certificación ISO 14001 integrada con la 9001 Revisión de la gestión de procesos asistenciales Participación en el premio BIC Finalista del premio Profesor Barea con el plan de calidad percibida (segundo premio, accésit) Mantenimiento del sello EFQM +300 (puntuación 350-400) Apertura de Villalba
2015	Accésit Premio Fundación Abbott-Fundación Sedisa Acreditación QH de IDIS II Taller de CP Medalla de oro Ayto. San Lorenzo El Escorial 4ª encuesta a personas (todo el personal) 5ª autoevaluación EFQM con la participación de 30 trabajadores del Hospital (450 puntos) que se ha concretado en 7 líneas de mejora Finalista Premios Mejores Prácticas Sociedad Científica AMCA Proyecto de Mejora de la Calidad Asistencial: Mejora de la Calidad Percibida Pacientes/Familiares

2016	Obtención del sello EFQM +400 (puntuación 400-450) Acreditación QH* de IDIS Renovación sello Hospital sin humo categoría Bronce
2017	5ª encuesta a personas (todo el personal) III Taller de CP Adecuación de ISO 9001 e ISO 14001 a 2015 Nueva versión del Mapa de Procesos (V9)
2018	6ª autoevaluación EQFM con la participación de 44 trabajadores del Hospital (475 puntos). Renovación sello Hospital sin humo categoría Bronce.

El Hospital El Escorial es el resultado de la fusión, a finales del siglo pasado, de dos centros sanitarios, el Hospital de La Alcaidesa (antiguo Hospital San Carlos) y el Hospital Monográfico de las Enfermedades del Tórax que existían en el municipio de San Lorenzo de El Escorial. En el año 1994 se fusionaron ambos Hospitales, comenzando la singladura del actual Hospital. Para ello, se reformó el Hospital antituberculoso transformándolo en un Hospital comarcal que diera respuesta a las necesidades de la creciente población de la Sierra Noroeste de Madrid, ampliando los servicios diagnósticos (laboratorio, radiología) así como el área quirúrgica y maternidad. Por otro lado, el Hospital de San Carlos se convirtió en un centro de Salud. En esta nueva etapa se encargó la gestión del HUEE a la Comunidad de Madrid. Desde 2002, al producirse las transferencias sanitarias de la red de Hospitales del INSALUD, el Hospital se integró en el Servicio Madrileño de Salud manteniendo su carácter de Hospital comarcal. En 2006 se inició un ambicioso Plan de Ampliación y Reformas de sus infraestructuras (Plan Director) que finalizó en 2013 con el fin de adecuar sus instalaciones, bastante obsoletas dada la antigüedad de sus edificios, a las necesidades de un Hospital moderno dotándolo además de la tecnología adecuada necesaria para atender a los pacientes. Actualmente y dentro del proceso de transformación continua de la organización, se han acometido numerosas reformas para dotar a habitaciones, consultas y salas de espera y Hospitales de Día de altos estándares de confortabilidad y adecuación de espacios a las necesidades asistenciales y de gestión organizativa. Además, se iniciará en breve la reforma de un nuevo edificio de Consultas Externas (Policlínico) para agrupar especialidades médicas, el cual dispondrá de los máximos estándares de accesibilidad, que además y, al liberar espacios, permitirá reorganizar la Cartera de Servicios de cara a la incorporación de nuevas especialidades que aportarán un alto valor añadido a los usuarios.

Esta institución ha sabido responder a una fusión de dos Hospitales, adaptar su estructura ampliando su espacio útil para un mejor servicio, aplicar la tecnología médica y de información más innovadora y servir de ejemplo dentro de la Comunidad de Madrid en su orientación a la satisfacción de los pacientes. Para ello ha sido capaz de integrar una gestión tradicional tanto de los recursos humanos como materiales, con las limitaciones legales que ello implica, con una adaptación del modelo organizativo hacia la búsqueda de la excelencia

3. RETOS Y ESTRATEGIA

El HUEE, al formar parte del SERMAS, integrado a su vez en la Consejería de Sanidad, su gestión y desarrollo estará en línea con los objetivos que desde estas instituciones se establezcan. Esta relación no implica que el HUEE deje de desarrollarse como entidad propia, al contrario, debe adquirir cada vez mayor autonomía dentro del más estricto sentido de lealtad, fidelidad y compromiso institucional. Para ello, el **CONTRATO PROGRAMA** anual que se firma con el SERMAS es un elemento básico y una guía para todos los profesionales del Hospital.

Por otro lado, tanto el SERMAS como las demás unidades de la Consejería tienen una enorme potencialidad de ayuda para el HUEE por el gran conocimiento y experiencia que acumulan y que ponen al servicio de los Hospitales. El HUEE establece cuantos mecanismos de colaboración y actuación sean precisos para aprovechar esa fuente de conocimientos con el fin de mejorar su organización y sus procesos y, en consecuencia, sus resultados.

Tras el periodo 2011-2014, dentro del anterior Plan Estratégico, el Hospital El Escorial ha sufrido una importante transformación en su camino por posicionarse como un centro moderno y accesible para el tratamiento de procesos agudos de mediana complejidad.

Los principales retos a los que nos enfrentamos en este nuevo periodo son:

- Mantener la competitividad como Hospital autónomo tras la apertura del Hospital de Villalba en octubre de 2014.
- La fidelización de nuestra población de referencia ante la situación de libre elección de médico que existe en la Comunidad de Madrid.

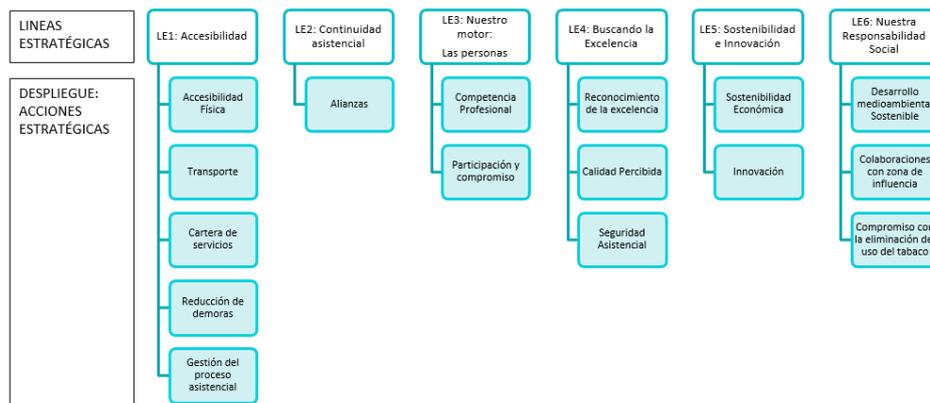
Nuestra VISIÓN

Queremos SER PARTE DE LA SOCIEDAD en la que nos encontramos, un Hospital ACCESIBLE para toda nuestra población y para aquellos que nos elijan y depositen su confianza en nosotros, reconocido por su BUEN HACER CLÍNICO y EXQUISITO TRATO A LAS PERSONAS.

Nuestro objetivo principal es la mejora de salud de las personas a través de:

- La búsqueda continua de la calidad y eficiencia en un marco de lealtad institucional con el Servicio Madrileño de Salud del que formamos parte.
- La atención centrada en la persona con el máximo respeto a su identidad, en un ambiente de acogida, Hospitalidad y Humanización de la asistencia Sanitaria.

Con estas premisas hemos definido nuestro segundo plan estratégico para el periodo 2016-2019, en el que se desarrollan las siguientes líneas estratégicas:



4. MERCADOS, SERVICIOS OFRECIDOS Y CLIENTES

El campo de actuación del Hospital es la asistencia especializada de agudos, que se alinea con las directrices de continuidad asistencial y atención al PCC) y atiende las demandas sanitarias de atención especializada a la población de referencia, así como a la que, por el ejercicio de la libre elección, lo solicite. Tras la apertura del Hospital de Villalba nuestra población de referencia corresponde a 12 municipios de la Sierra Noroeste de la Comunidad de Madrid (Área de Salud 6):

1. Colmenarejo
2. El Escorial
3. Fresnedillas de la Oliva
4. Galapagar
5. Guadarrama
6. Navalagamella
7. Robledo de Chavela
8. San Lorenzo de El Escorial
9. Santa María de la Alameda
10. Valdemaqueda
11. Valdemorillo
12. Zarzalejo

Disponemos de una población más ajustada a nuestra capacidad real de atención tras haberse reducido el número de municipios asignados.

Dicha población se atiende en los siguientes centros de salud. Estructura de la población:

NOMBRE CENTRO	LOCALIDAD	POBLACIÓN (01/01/2016)			
		<14	14-64	>=65	Total
C.S. GALAPAGAR	GALAPAGAR	6.603	27.600	4.832	39.035
C.S. SAN CARLOS	S. LORENZO del ESCORIAL	7.181	29.893	6.682	43.756
C.S. GUADARRAMA	GUADARRAMA	2.378	9.953	2.576	14.907
C.S. ROBLEDO de CHAVELA	ROBLEDO DE CHAVELA	1.599	6.768	1.738	10.105
TOTAL		17.761	74.214	15.828	107.803

CARTERA DE SERVICIOS

ESPECIALIDADES	
Alergia	M. Física y Rehabilitación
Análisis Clínicos/Bioquímica	M. Intensiva
Genética	M. Interna
Inmunología	Medicina Nuclear
Microbiología y Parasitología	M. Preventiva/Salud Pública
Anatomía patológica	Nefrología
Anestesiología/Reanimación	Neumología
Angiología y Cir. Vasculer	Neurología
Aparato Digestivo	Neurofisiología clínica
Cardiología	Neurocirugía
Hemodinámica	Oftalmología
Cir. Cardíaca	Oncología Médica
Cir. General y Digestivo	Oncología Radioterápica
Proctología	Otorrinolaringología
Cir. Maxilofacial	Pediatría general y especialidades pediátricas:
Cir. Ortopédica/Traumatología	_Alergia pediátricas
Cir. Pediátrica	_Gastroenterología pediátrica
Cir. Plástica	_Neumología pediátrica
Cir. Torácica	_TDHA
Dermatología:	_Endocrinología Pediátrica
_Fototerapia	Neonatología
Endocrinología y Nutrición	Prevención de Riesgos Laborales
Farmacología Clínica	Psiquiatría
Farmacia hospitalaria	Psicología Clínica
Geriatría	Radiodiagnóstico
Ginecología y Obstetricia:	Radiofísica hospitalaria
_Suelo Pélvico	Reumatología
Reproducción asistida	Urología
Hematología y Hemoterapia	Urgencias

GRUPOS DE CLIENTES DEL HUEE

Dado que nuestra misión principal es asistencial, nuestros principales clientes son los que, de una u otra forma, se benefician de nuestros servicios, pero el Hospital tiene una función importante como centro de conocimiento que determina actuaciones principalmente formativas hacia otros colectivos a los que consideramos, igualmente, clientes:

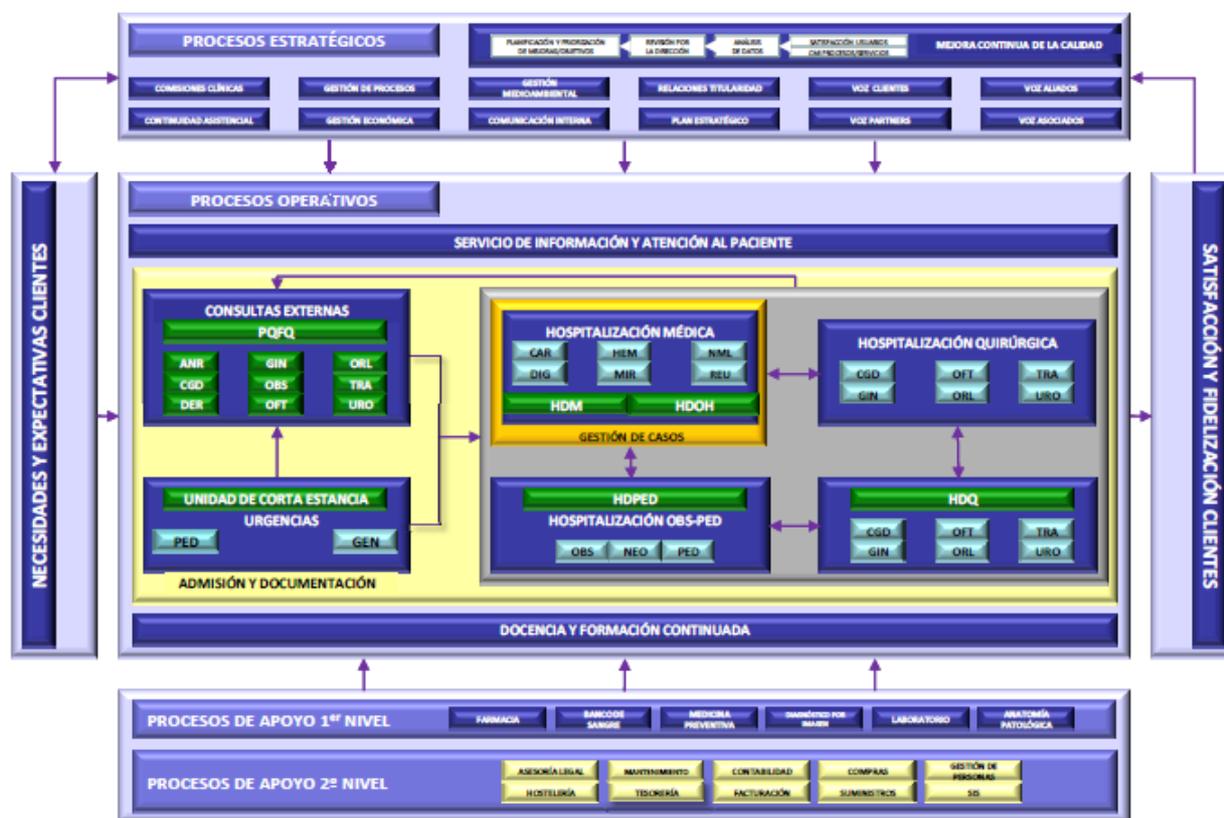
Clientes principales	<ul style="list-style-type: none"> ● Pacientes ● Familiares y acompañantes ● Población asignada (ciudadanos) ● Residencias de la 3ª edad
Otros Clientes	<ul style="list-style-type: none"> ● MIR familia ● Universidad Alfonso X ● Universidad Francisco de Vitoria ● Universidad Camilo José Cela ● Centros de Formación Profesional

Además, HUEE ofrece los siguientes servicios de información y atención a pacientes y familias:

- Información clínica al paciente y sus familiares y allegados sobre su proceso y la atención sanitaria prestada, así como de sus derechos y deberes
- Información sobre los servicios y prestaciones asistenciales, informes o certificados sobre el estado de salud.
- Expedición de informes o documentos clínicos, informe de alta al finalizar la estancia o informe de consulta externa de atención especializada. Certificación médica de nacimiento, defunción.
- **Servicio de admisión:** se realizan todas las citaciones para consultas externas y pruebas y tramitación de procedimientos administrativos para garantizar la continuidad asistencial. También inscripción del recién nacido en el registro civil.
- **SIAP:** realiza actividades orientadas a facilitar información, acompañamiento, gestión de quejas, reclamaciones, sugerencias y agradecimientos. Registro de Instrucciones previas.

5. CADENA DE VALOR (PROCESOS OPERATIVOS, PARTNERS Y PROVEEDORES)

Para llevar a cabo su misión el Hospital se organiza por procesos que interactúan unos con otros, la identificación de los principales macroprocesos se establece en su mapa de procesos:



ALIANZAS SANITARIAS

El desarrollo sanitario, social y tecnológico alcanzado en los últimos años exige a las organizaciones un cambio en la prestación de sus servicios a través de un modelo de organización más flexible que acompañe al paciente a lo largo del proceso. Esto requiere una nueva estrategia en la que prime la colaboración e imbricación entre los actores (profesionales, pacientes) por encima de la estructura tradicional (Hospitales, centros de salud, etc.). Es por ello que HUEE apuesta por un modelo de alianzas con los demás actores de la red sanitaria potenciando nuestra colaboración mutua, estos son principalmente:

- Atención Primaria
- Hospital Puerta de Hierro Majadahonda
- Hospitales de media estancia: Guadarrama y La Fuenfría
- SUMMA 112
- Residencias de la 3ª edad

6. ESTRUCTURA DE GESTIÓN Y ACTIVIDADES DIRECTIVAS

La estructura de gestión del Hospital se rige fundamentalmente con el funcionamiento regular y sistemático de estos dos grupos de trabajo:

DINÁMICA DE REUNIONES HUEE. GESTIÓN DIRECTIVA

	Integrantes	Temas que se tratan	Frecuencia
COMITÉ DE DIRECCIÓN	Gerencia Dirección Médica Dirección de Enfermería Dirección de Gestión	Actividad Asistencial. Continuidad Asistencial Datos económico/financieros Seguimiento CP Personal Seguimiento CMI Otros temas de interés	Mensual
COMISIÓN DE ESTRATEGIA	Gerencia Dirección Médica Dirección de Enfermería Dirección de Gestión Responsable de Admisión Responsable de SIAP Coordinador de Calidad Responsable Medioambiental Jefe de Personal Responsable de Comunicación Responsable de Formación Jefe de informática	Seguimiento del Plan Estratégico Revisión indicadores CP y situación de todas las áreas del Hospital Seguimiento CMI Seguimiento objetivos CP. Encuesta de satisfacción Despliegue de estrategias y planes Seguridad Informática Seguimiento EFQM e ISO Seguimiento de Políticas Corporativas	Trimestral

Nuestros VALORES

El HUEE tiene muchos valores y fortalezas basados en la capacidad de su personal de trabajar en condiciones muy exigentes, destacando por su autonomía en el acto médico.

Nuestros principales valores nos identifican, guían nuestras actitudes y compromisos y reflejan el verdadero valor del Hospital:

- Las personas que, de una u otra forma, se relacionan con el Hospital, son lo más importante en nuestro trabajo.
- La autonomía, implicación y sentido de pertenencia de nuestros profesionales, nuestro principal activo y motor de todas nuestras actuaciones.
- Su capacidad de resolución, que nos hace muy ágiles y eficaces en la resolución de problemas.

Nuestros valores se han visto reforzados con una Política de RSC ([Anexo](#)), enmarcada dentro de la Estrategia de Responsabilidad Sociosanitaria del SERMAS.

Nuestro lema: “*Cerca de ti, mejorando tu salud*”

Nuestras señas de identidad:

Hospitalidad
Eficiencia
Sentido de la pertenencia
Calidad
Orientación a las personas
Respeto y empatía
Implicación de los profesionales
Autonomía
Lealtad y compromiso institucional





LIDERAZGO

¿Quiénes son los líderes?

Identificamos como líderes a los miembros del Comité de Dirección y de la Comisión de Estrategia y a todas aquellas personas con responsabilidad sobre equipos o personas, a aquellas que sirven de apoyo y referencia en el despliegue de ámbitos concretos de nuestra gestión en toda la organización (jefes de unidad, jefes de servicio, supervisores de enfermería, mandos intermedios, propietarios de procesos, responsables de comisiones y comités).

Modelo de Liderazgo

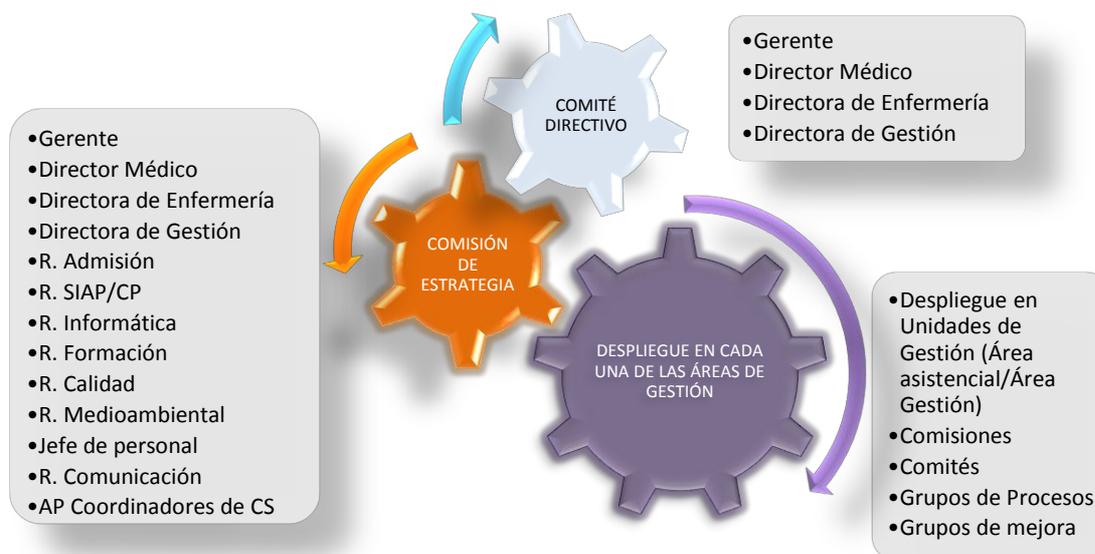
El concepto de Liderazgo y el ejercicio del mismo está orientado a buscar la satisfacción de nuestros grupos de interés y a propiciar un modelo basado en la excelencia, cuyo éxito está fundamentado en la participación/implicación de los profesionales.

Nuestro estilo de dirección, menos jerárquico y más comprometido, buscando una mayor autonomía profesional, trabajo en equipo y compromiso colectivo, orientado al liderazgo, más que a la tradicional Jefatura. Como complemento, debemos promover un nuevo marco ético de actuación que, a modo de paraguas, englobe todas nuestras actuaciones (asistenciales, laborales, corporativas, sociales, etc.).

Desde el mismo momento en que se inició el camino hacia la Excelencia, el gerente del HUEE ha sido consciente de la importancia de la participación y asunción de responsabilidades por parte de las personas de la organización. Para ello, ha impulsado y propiciado diferentes cauces de participación de todos los profesionales, como equipos de mejora, grupos de proceso, comisiones...

Despliegue

De este modo y a modo de engranaje la estrategia se despliega en toda la organización y se promueve la participación de todas las personas.



Descripción	Evidencias	RC	Prop.
<p>1a1. MVV y Comportamiento ético</p> <p>E: Establecidos por primera vez en 2011, en ejercicio de liderazgo compartido en CD. Revisados anualmente en CD y muy especialmente en los cierres de ciclo estratégico. Participación en comité de ética junto con HG y HF desde 2011. La MVV se despliega a través del PE 2016-2019.</p> <p>D: MVV comunicados periódicamente en reuniones a todo el personal y publicados en web corporativa. Forman parte de cada PE. Difundidos en cartelería y paneles de TV (2017).</p> <p>E, R, P: (2014) último cierre de PE implicó renovar la MV, matizar los valores y se eligió el "Lema del HUEE" en el marco del nuevo PE 2016-2019 "Cerca de ti, mejorando tu salud". En 2016: Hacemos nuestra la MVV de humanización de la asistencia sanitaria de la Consejería de Sanidad que también se difunde a todos los GI a través de las pantallas de TV dispuestas en nuestras instalaciones. 2017: Redefinición de políticas medioambiental y de calidad. 2018: Creación de Comité de ética interno (grupo promotor) por la inquietud de los profesionales implicados y el conocimiento adquirido todos los años que se ha trabajado junto con HG y HF. En 2017 se define además una política de RSC para el HUEE.</p>	<p>_MMV (Web, Paneles TV, PE)</p> <p>_Plan Estratégico 2016-2019</p> <p>_MVV de humanización</p> <p>Política de calidad y medioambiental</p> <p>_Política RSC</p>	<p>9a</p> <p>9b</p>	<p>Gerente</p> <p>ED</p>

<p>1a2. Impulso del liderazgo y camino hacia la gestión por competencias (LE3) ▶ 3b3</p> <p>E: Enmarcado en LE3 de PE. Se trabaja decididamente en impulsar el protagonismo, implicación y desarrollo de los líderes de la organización (jefes y MMII), a través de formación en competencias de liderazgo y gestión directiva. En 2015 se inició el Plan de desarrollo para jefes y Mandos pionero en la comunidad, que ha facilitado a dicho colectivo la adquisición, refuerzo y despliegue de las competencias necesarias para el ejercicio de sus tareas y responsabilidades de gestión, y en especial las relacionadas con la gestión directiva y motivación de equipos.</p> <p>D: Participación del 97% de los jefes y MMII del HUEE, que han desarrollado los conocimientos adquiridos en sus equipos de trabajo, desplegando así el ejercicio del liderazgo en el HUEE.</p> <p>E, R, P: 2016: la formación en liderazgo se vuelve más práctica a través del desarrollo de equipos de trabajo asistenciales. En 2017 se amplía a la gestión por competencias y en 2018 se mantienen tutorías de apoyo. Los resultados de la ESP en las dimensiones "empowerment" y "estilo de dirección" avalan la eficacia de la formación recibida. En paralelo se ha elaborado un modelo de competencias profesionales a nivel de la CAM con la participación del Gerente del HUEE en el que se han establecido los perfiles de competencias identificando los grados y criterios de realización asociados que permitirá la evaluación de las competencias y medir el desempeño profesional en los diferentes estamentos a lo largo de 2018. Sesión informativa al comité de empresa. Está previsto empezar en mayo con la evaluación de mandos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> _Organigrama _Ejercicio y Evaluación del liderazgo. _Plan de Desarrollo Directivo de Jefes y MMII del Hospital _Modelo de competencias _Anexo Perfiles de competencias de Gerente y Directivos 	<p>7a7 7a8 7b8</p>	<p>Gerente CE</p>
<p>1b1. Decisiones fundamentadas en datos</p> <p>E: Partiendo de las líneas estratégicas se han rediseñado los CM a todos los niveles con un conjunto equilibrado de datos para hacer un seguimiento de la evolución de la gestión. Se hace seguimiento en CD de resultados con periodicidad mensual (Gestión Económico-Financiera, Gestión Clínico-Asistencial y DPO), seguimiento trimestral en CE de Áreas de Apoyo (Formación, Calidad Informática, Admisión, CP, MA, Comunicación) y seguimiento trimestral de objetivos en Grupos de Proceso y Comisiones Clínicas, seguimiento mensual de incidencias relativas a la Seguridad del Paciente (UFRS).</p> <p>D: Las reuniones de comités, comisiones y GP son los canales de seguimiento establecidos, en ellas participan representantes de todos los estamentos involucrados. Disponibilidad para los JS y propietarios de procesos, de los CM en espacios de acceso compartido para MM.II. en la intranet.</p> <p>E, R, P: Desde 2014 se viene trabajando en el establecimiento y mejora de CM para las diferentes áreas de gestión. En 2015: Incorporación de metodología BSC para el despliegue de la estrategia (proyecto premiado), obteniendo como resultado la mejora de los CM. En 2016: gracias al uso de aplicación que permite la exportación directa de los datos para su análisis (piloto en HUEE). ▶ 1c4 se ha mejorado la calidad de los datos. En 2017: Mejoras en CM estructurado por Áreas de Servicio e Interés Corporativo: CC.EE., URG, HOSP, QX, SS.CC., TRANSVERSAL, GEF y PERSONAS; CM estructurado por dimensiones: Accesibilidad, actividad, atención al paciente, calidad científico-técnica, docencia e investigación, económico-financiera, efectividad clínica, eficiencia, gestión clínica, gestión medioambiental, recursos humanos y seguridad del paciente. CM orientado hacia perspectivas BSC y criterios EFQM. 2018 se está trabajando en la disposición de un CM online disponible en tiempo real para el Área de CC.EE.</p>	<ul style="list-style-type: none"> _Actas CD _Actas Comisión de Estrategia _Actas Comisión central de Calidad _CMI Directivo, asistencial, por servicios Clínicos _CM de gestión _CM de Formación _Indicadores de GP _Anexo CM 	<p>6 7 8 9</p>	<p>R. Calidad CE</p>
<p>1b2. Impulso del sistema de gestión (LE4) ▶ 5a2</p> <p>E: Los líderes impulsan el sistema de gestión apostando por el modelo EFQM y promoviendo una cultura de calidad y excelencia a través de la LE4: Buscando la Excelencia. Los líderes participan activamente en los diferentes grupos de trabajo que se forman. La base de SI con la que trabajan (CMBD, DWH, IAMETRICS, SICYT, SIAE, DATA, RULEQ, Manchester, NEXUS...) y la generación de CM hace que se fundamenten las decisiones en información fiable y basada en datos, y utilizan toda la información disponible para interpretar el rendimiento actual y futuro de las áreas relevantes.</p> <p>D: La madurez de las áreas certificadas ISO y de los grupos de procesos operativos, además del despliegue de áreas clave de la gestión a través del desarrollo de comisiones hace que cale en toda la organización la mejora continua y la calidad en la gestión.</p> <p>E, R, P: Logros conseguidos los últimos años: renovación de las certificaciones ISO con adaptación a la nueva versión 2015, sistematización de los GP asistenciales, sistematización de las autoevaluaciones, HIS integrada, camino de excelencia andado, mejora continua o sostenida en muchos de los resultados clave, consecución de sello QH*, todo ello nos sitúa en posición ilusionante para abordar otros retos e incorporar aprendizajes y mejoras derivados de diferentes fuentes: autoevaluación, evaluación externa, ESP, ESC.</p>	<ul style="list-style-type: none"> _Proceso de gestión de procesos _Proceso de Autoevaluación _Acciones de mejora derivadas de diferentes fuentes _Certificaciones ISO _Sello EFQM, sello QH _OR 	<p>8a10</p>	<p>CE</p>
<p>1c1. Compromiso con el SERMAS</p> <p>E: El CG se integra con la estrategia del HUEE para implementar un alineamiento claro con la estrategia marcada por el SERMAS. Existen canales de comunicación semestral del grado de cumplimiento, todos los SI son accesibles al SERMAS. Se elabora un informe anual de cumplimiento que finalmente se traduce en una valoración del porcentaje de ejecución por SERMAS.</p> <p>D: Despliegue a través de los CM generados por servicios y por áreas relevantes con seguimiento de indicadores en CD y reuniones de seguimiento de las diferentes comisiones. El CG y sus objetivos son desplegados a nivel de los diferentes servicios, implicándoles directamente con el seguimiento, revisión y consecución de los objetivos. Reuniones de pactos de objetivos con los responsables de servicios médicos y en el último año también con enfermería. Reuniones de seguimiento del contrato de Gestión con SERMAS. Realización de auditorías por parte de las diferentes direcciones de Consejería y SERMAS.</p> <p>E, R, P: A partir de 2016 los objetivos del CP se establecen en las cuatro perspectivas del BSC (financiera, ciudadanos, procesos y RRHH, información, equipamiento e infraestructuras). El resultado final de cumplimiento del CG influye directamente en una parte variable del sueldo del personal estatutario ▶ 3a1, ▶ 3e2. En 2017 incorporación de los pactos de objetivos con enfermería.</p>	<ul style="list-style-type: none"> _Contratos de Gestión _Informes de comunicación al SERMAS _Pactos de objetivos con los SM y ENF _Auditorías SIS, HIMSS, LAB, Banco de Sangre, DG inspección 	<p>9b2 9b3 9b4 9b6 9b8 9b10 9b11 9b12</p>	<p>CE</p>

<p>1c2. Los Líderes se comprometen con los Pacientes (LE1, LE2, LE4 y LE5) ▶ 5</p> <p>E: Nuestra misión establece claramente nuestro compromiso con los pacientes, por un lado, trabajamos en analizar sus demandas de servicios para mejorar la atención sanitaria y la gestión de nuestros recursos y capacidades en tres líneas de acción: 1.-Incrementando nuestra oferta de servicios, 2.-Desarrollando acuerdos (alianzas) con otros hospitales, 3.-Establecer protocolos de actuación, teniendo en cuenta siempre la seguridad del paciente en las intervenciones ▶ 5c2, y por otro, recogemos sus inquietudes, expectativas y percepción de su experiencia con nosotros a través de ESP, SIAP ▶ 5e1 y Plan de CP, ▶ 5e2, cerrando así un círculo de mejora. Cuatro de las seis líneas del PE están directamente relacionadas con este enfoque.</p> <p>D: Incremento de servicios y prestaciones a la población, ampliación de oferta, evita que los pacientes tengan que desplazarse a otros centros para recibir la asistencia requerida. Acercamiento a la población (consultas en centro de salud Galapagar), establecimiento de alianzas para la mejora de la asistencia ▶ 4a. Anexo: Tabla de Alianzas. Análisis de canalizaciones y LE saliente y entrante.</p> <p>E, R, P: Las numerosas mejoras introducidas tienen su reflejo en la asistencia sanitaria y satisfacción de los pacientes como se ve en los resultados de los indicadores recogidos en el OR de la CM y en la ESC. 2017: Fortalecimiento de nuestra vinculación con nuestra población de referencia. Separación de urgencias en urgencias pediátricas y generales. Inicio en 2018 de box rápido. Se han mantenido reuniones con entidades locales y administración para la mejora del transporte.</p>	<p>_Cartera de Servicios y prestaciones _Encuestas de satisfacción de usuarios _Informe anual de comité de CP _Informes SIAP _Observatorio de Resultados _Mejoras promovidas desde la UFRS _Alianzas Estratégicas _Adecuación de espacios</p>	<p>6b1 6b2 6b3 6b4 6b5 6b6 6b7 6b8</p>	<p>Gerente CE</p>
<p>1c3. Compromiso con la red sociosanitaria para la Continuidad Asistencial (LE 2) ▶ 5c1</p> <p>E: Los líderes establecen contactos y colaboraciones con los diferentes actores en toda la red socio-asistencial de su entorno, desde AP (DM) a residencias de 3ª edad (DE) pasando por los hospitales de referencia (HUPHM) o de media estancia (Guadarrama y la Fuenfría) (Gerente) y otros agentes que intervienen en la red, como SUMMA (Jefe de Hospital).</p> <p>D: Se mantienen reuniones entre DM y jefes de servicio con Coordinadores de los CS.</p> <p>E, R, P: Seguimiento a través de indicadores de continuidad asistencial en CG. Seguimiento del despliegue de la estrategia de crónicos. Desarrollo de protocolos conjuntos con AP. Programa Integral con Residencias (PIR).</p>	<p>_Actas CCA _PIR _Contrato de Gestión _Memoria de Continuidad Asistencial</p>	<p>6b3 6b8 8a1 8a3</p>	<p>DM Gerente</p>
<p>1c4. Gestión transparente</p> <p>E: El HUEE elabora anualmente la memoria del Hospital y la cuelga en su página web, también en portal de salud de la CAM. La información relevante sobre su desempeño anual está disponible para todos los GI. Los resultados clave de indicadores de actividad, eficiencia, efectividad clínica, seguridad del paciente, atención al paciente y docencia e investigación se encuentran publicados en el portal de salud de la CAM, Observatorio de Resultados. ▶ 2b2</p> <p>D: Acceso a datos a través de Intranet a los MMII.</p> <p>E, R, P: En 2017 disponibilidad de información clave a través de CM para todos los MMII.</p>	<p>_OR _Memorias anuales del HEE _Informes de comunicación al SERMAS _SI accesibles al SERMAS</p>	<p>6a 9a</p>	<p>Gerente ED</p>
<p>1d1. Cultura de implicación ▶ 3c1</p> <p>E: Política de gerencia de lanzamiento de áreas clave con el impulso de grupos de trabajo, comités y comisiones y dar cada vez mayor responsabilidad y capacidad de decisión a responsables de proceso, comités y comisiones.</p> <p>D: Existencia de numerosas comisiones, comités y grupos de proceso activas que despliegan su misión. 30% de personas que participan en grupos de trabajo.</p> <p>E, R, P: En 2016 se incorporó al proceso formativo de desarrollo de líderes a los equipos a su cargo (equipos naturales), logrando su implicación efectiva en la aplicación de los objetivos de mejora y una visión compartida de cara al trabajo diario. Como ejemplo de asunción de responsabilidades es el despliegue de las LE de Formación en 2018 a través de los miembros de la comisión de Formación.</p>	<p>_Delegación de Responsabilidades (Comisiones, Procesos) _Pactos de gestión con los servicios</p>	<p>7a5 7b7 7b8 7b1</p>	<p>Gerente</p>
<p>1d2. Implicación de los líderes con la innovación ▶ 5b2</p> <p>E/D: Desarrollo de iniciativas de innovación en procesos por parte de los líderes de los diferentes ámbitos de la gestión.</p> <p>E, R, P: Gerencia (gestión de alianzas como vía de retención del talento, reestructuración de flujos de circulación de pacientes). DM (2015: mesa de camas, mesa quirúrgica. 2017: Circuito específico para urgencias pediátricas, incorporación de procesos Fast-Track). DE (Proyecto 80, implantación de check-list). DSI (2013- actualidad: Proyecto de informatización. 2014-2015: sistemas de ayuda a la prescripción farmacéutica, teleconsulta, teleradiología, cita de consultas sucesivas de AE por internet, sistemas de ayuda a la decisión clínica, sistemas de alertas, confirmación de citas por sms, 2016: receta electrónica. 2017: sistema de gestión de colas). CP (2015: introducción de sistema NPS. 2016-2017: ampliación NPS a diferentes servicios). SADO (2017: reestructuración de agendas). Participación en comisión de innovación con HUPHM.</p>	<p>_Procesos Fast-trak _Receta electrónica _Gestión de colas</p>	<p>6a15 6a16 8b8 9b1</p>	<p>CE</p>
<p>1e1. Gestión estructurada del cambio</p> <p>E: La palanca de cambio en el HUEE proviene del PE, la identificación de los cambios proviene de los análisis realizados de informaciones de expectativas de usuarios, necesidades de salud de la población, coordinación con las pautas marcadas desde la CAM. Los procesos de cambio están sistematizados se desarrollan en base a proyectos en los que se establecen responsables, objetivos a conseguir y plazos para su desarrollo.</p> <p>D: Uso de proyecto piloto con agentes promotores y predispuestos al cambio que tire del resto de integrantes.</p> <p>E, R, P: La HIS en el HUEE supuso para todo el personal un cambio de cultura, otros ejemplos de cambio han sido: 2014: Pull de celadores. 2016: CM en base a BSC. 2015-2017: Empoderamiento de los líderes en base a competencias. 2016-2017: Reestructuración de urgencias.</p>	<p>_Proceso de cambio sistemático _Plan Estratégico</p>	<p>7a7 7a8</p>	<p>Gerente</p>
<p>1e2. Asegurar sostenibilidad económica, social y ambiental ▶ 2c3</p>	<p>—</p>	<p>—</p>	<p>Gerente</p>



ESTRATEGIA

Nuestro Plan Estratégico

El Plan Estratégico 2016–2019 es el documento que establece las líneas de desarrollo del Hospital en este periodo. Lo posiciona en su entorno geográfico y estructural, define los logros que queremos alcanzar y establece el rumbo que debemos llevar para conseguirlo, **enmarcado en el escenario institucional al que pertenecemos.**

Con el segundo Plan Estratégico el HUEE ha sistematizado la realización de un proceso de reflexión estratégica que permite identificar las líneas a abordar para asegurar la sostenibilidad y excelencia en un entorno muy complejo.

La finalización del primer Plan Estratégico (2014), coincidió con la apertura del Hospital de Villalba (octubre 2014), circunstancia que esta marcando nuestro posicionamiento y requiere que continuamente estemos alerta en nuestro desempeño.

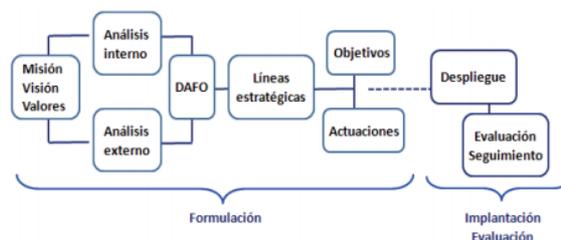
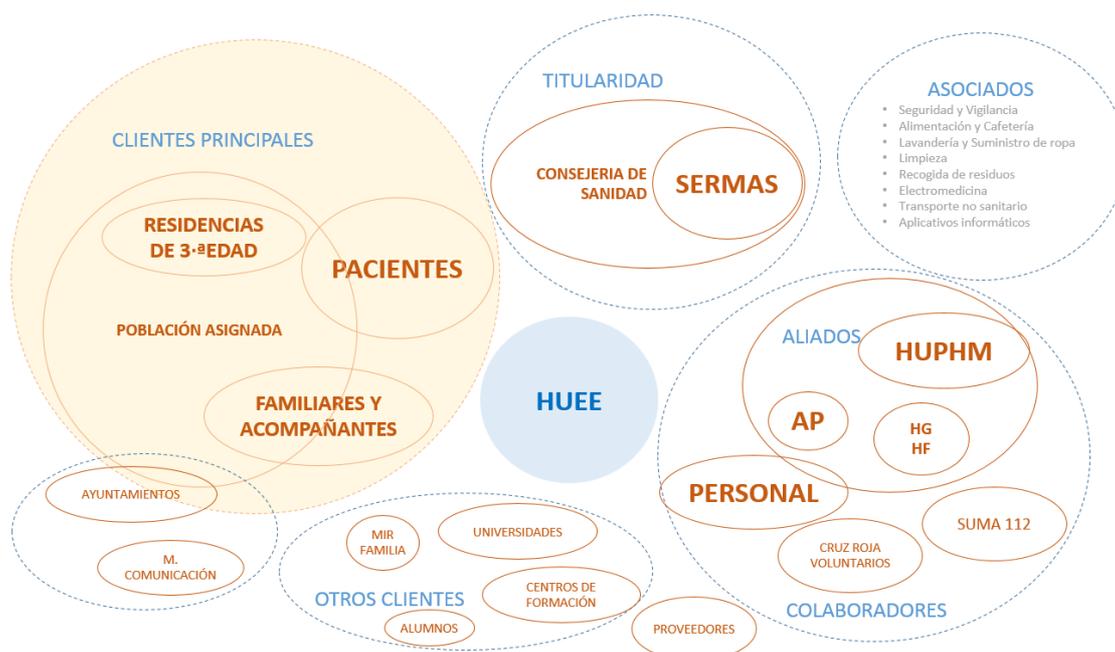


Figura 1

Ha sido el resultado de un proceso de reflexión de los miembros de esta organización y de sus GI, analizando lo que somos y donde queremos llegar. A partir de esa información, se definieron las líneas de acción que debíamos recorrer para alcanzar nuestra meta y los planes concretos que desarrollaremos para conseguirlo. ► [Introducción.](#)

Nuestros Grupos de interés



Factores Críticos de Éxito

Con este marco y tras el análisis del entorno, y el estudio realizado por DM (“BSC: Motor del cambio de estrategia en un Hospital público”), en el periodo 2015 se decide trabajar en torno a tres factores críticos de éxito identificados claramente y claves para la supervivencia del HUEE, basado en la metodología BSC.

Estas tres líneas clave (FCE) son:

1. Fidelizar a la población de referencia
2. Cumplimiento de objetivos de la Consejería
3. Mantener competitividad

Para implementar estas líneas se ha usado la metodología BSC, teniendo en cuenta las cuatro perspectivas (Financiera, cliente, procesos y aprendizaje), con ello se ha desarrollado un modelo integral de CM estructurado para el seguimiento tanto por la estructura directiva como por los MM.II. y grupos de proceso.

Descripción	Evidencias	RC	Prop.
<p>2a1. Marco estratégico de actuación</p> <p>E: Alineamiento con las principales estrategias de la CAM que determinan las actuaciones llevadas a cabo por el HUEE en ámbitos estratégicos, estas son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estrategia de Atención a Pacientes con Enfermedades Crónicas en la CAM (2013-2017). ► 5c1 • Estrategia de Seguridad del Paciente (2015-2020). ► 5c2 • Plan integral de mejora de LEQ del SERMAS de la CAM (2016-2019). • Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria de la CAM (2016-2020) ► 5c4 • Estrategia de Atención al Dolor de la CAM (2017-2020) <p>D: Análisis de impacto de la estrategia de la CAM, implementado a través de objetivos concretos en el CG, e implantación de acciones como despliegue en el HUEE.</p> <p>E, R, P: Cumplimiento de los contratos de gestión anuales que constituyen una herramienta que integra los objetivos anuales enmarcados dentro del planteamiento estratégico a medio plazo del SERMAS singularizado para cada nivel asistencial y centro de gestión.</p>	<p>_ Contrato de Gestión</p> <p>_ Objetivos de seguridad del paciente</p> <p>-Objetivos de continuidad asistencial</p> <p>_ Objetivos de humanización</p> <p>_ Indicadores de atención al dolor</p>	<p>9a</p> <p>9b</p>	<p>Gerente CE</p>
<p>2a2. Análisis del entorno Externo</p> <p>E: Cada cuatro años se abre un proceso de reflexión estratégica que se inicia con una fase de análisis profundo de información. En Comisión de Estrategia se hace un análisis del entorno y de las circunstancias externas que afectan o pueden afectar al desarrollo del Hospital de forma global. Por otro lado, se analizan los diferentes grupos de interés, los que de una forma u otra afectan o se ven afectados por la actividad del hospital ► Tabla de GI. Los GI se han clasificado en seis categorías y se analiza cada una en su interrelación con el HUEE. Se completa la información con los datos de las encuestas realizadas a los diferentes grupos de interés (usuarios, Atención primaria, universidades, entidades sanitarias), benchmarking con G1 de isocomplejidad y competidor directo y otra información de necesidades y expectativas recogida de forma verbal. Con toda esta información se detectan Amenazas y Oportunidades.</p> <p>D: Para asegurar la oportunidad y fiabilidad de la información a analizar se han identificado responsabilidades, de forma que también se asegura el despliegue de la metodología. A principios de 2015 se ha realizado un minucioso análisis cualitativo y cuantitativo de la información relevante que forma parte del PE 2016-2019.</p> <p>E, R, P: 2017: como consecuencia de la adaptación de los sistemas ISO a la nueva versión de 2015 se revisa el análisis realizado al contexto de la organización y los GI en el documento “Contexto de la organización”. Recogida de información de percepción de nuestro desempeño ambiental de diferentes grupos de interés. 2018: se realiza recogida de información de asociados a través de encuestas. Análisis continuo de resultados de los hospitales de G1 y HGV (OR) y memorias.</p>	<p>_ Tabla de grupos de interés</p> <p>_ PE 2016-2019</p> <p>_ Contexto de la organización</p> <p>_ Encuestas de satisfacción de GI</p> <p>_ Análisis de libre elección</p> <p>_ Análisis de comparaciones</p>	<p>9a</p> <p>9b</p>	<p>CE</p>
<p>2b1. Análisis de rendimiento Interno</p> <p>E: Se dispone de información asistencial relevante a través de los diferentes sistemas de información que se transforma en el CMI de la organización (IAMETRICS, DWH, SIAE, SICYT, FARMAWEB, CM-SERMAS). La información relativa a la satisfacción del usuario la proporciona la CAM anualmente y se completa con la información que maneja SIAP y Calidad Percibida a través de SI propio (CESTRACK). La información de clima laboral se recoge cada dos años a través de encuesta interna. Se maneja información económica exhaustiva de gasto y cumplimiento del presupuesto (indicadores de % de ejecución presupuestaria y seguimiento del gasto) recogidos en los CM económicos que se siguen mensualmente.</p> <p>En Comisión de Estrategia se hace un análisis exhaustivo de la situación real del hospital incluyendo un repaso de los últimos años y principales áreas en las que se ha trabajado, análisis de la población de referencia y evolución, análisis de la cartera de servicios, actividad asistencial del hospital, evolución de resultados clave los últimos años (demora, espera media, IEMA, efectividad clínica y eficiencia, seguridad del paciente, atención al paciente), estudio de canalizaciones a otros centros, datos de libre elección, análisis de las razones por las que los usuarios prefieren ir a otro centro. Todo este examen interno permite identificar y comprender nuestras Debilidades y Fortalezas. Los resultados del análisis realizado se recogen en el documento “Plan estratégico”. Actualmente se encuentra en vigor el PE (2016-2019).</p> <p>D: Los datos de los indicadores relevantes se recogen y se analizan mensualmente en distintos foros (CD, grupos de proceso, comisiones) en los que intervienen personas de los diferentes estamentos del hospital ► Listado de foros de seguimiento de información y toma de decisiones (Anexo), de forma que la información está disponible al personal y éste es consciente del rendimiento del hospital en diferentes ámbitos.</p> <p>E, R, P: 2016: Inclusión de nuevos indicadores como resultado de los análisis y nuevas circunstancias influyentes: Ej. A consecuencia de la estrategia de la CAM de libre elección de centro se incorporan datos de libre elección saliente y libre elección entrante al análisis realizado. Análisis de la demanda y derivación clínico-asistencial. La apertura de Villalba hace que se tengan en cuenta los resultados aportados por este hospital. 2017: Mejora de los cuadros de mando. Análisis de tendencias y benchmarking con Grupo 1 de isocomplejidad y competidor directo.</p>	<p>_ Actas Comité/comisión de Estrategia</p> <p>_ Indicadores de CM</p> <p>_ Indicadores de OR</p> <p>_ Indicadores de CG</p> <p>_ Indicadores Farmacoterapia en CA</p> <p>_ Indicadores de actividad</p> <p>_ Indicadores de libre elección</p> <p>_ Benchmarking</p> <p>_ Memoria Anual</p>	<p>9a</p> <p>9b</p> <p>6a</p> <p>6b</p>	<p>CE</p>

2b2. Alianza Estratégica ▶ 4a1 ▶ 3b2 HUEE es consciente que para complementar su actividad en diferentes ámbitos requiere alianza con HUPHM que tiene como ventajas entre otras la posibilidad de retención del talento, mejora de cartera de servicios, establecimiento de cartera de complejidad, desarrollo de acciones de investigación.	_Alianzas con HUPHM	8b8	Gerente
2b3. Comparaciones relevantes E: El uso de benchmarking nos permite detectar las mejores prácticas, aprenderlas y aplicarlas en nuestra actividad. Análisis comparativo y regular de indicadores clave y datos de tendencias con nosotros mismos, comparaciones con datos disponibles de hospitales de G1 por medio de Observatorio de Resultados y memorias. Los indicadores de OR facilitan información clave de efectividad y seguridad, eficiencia, atención al paciente y docencia e investigación de la atención sanitaria que presta el SERMAS. Los datos obtenidos de las memorias proporcionan información relevante sobre el desempeño organizativo en las principales áreas asistenciales. Comparaciones con resultados de hospitales en zona de influencia (competidor directo HGV). D: Se definen objetivos y niveles de referencia en los indicadores de CM en función de los resultados comparados y se reflejan los resultados en CM. E, R, P: Incorporación de otras comparaciones relevantes como comparaciones intragrupo G1, con competidor directo, con referentes, corporativo (SERMAS), comparaciones Nacionales (MSPSI).	_Comparación con red de Hospitales Madrid _OR	9a 6a 9b	CE R. Calidad
2c1. MVV y Comportamiento ético ▶ 1a1	_MVV	9a	Gerente
2c2. Desarrollo del Plan Estratégico E: Para elaborar nuestro PE hemos seguido el esquema ▶ Introducción Estrategia . A partir de la información analizada se revisan MVV y se marcan los Objetivos Estratégicos. En el PE, la Matriz DAFO es clave para detectar las áreas de mejora que debemos impulsar. A partir de aquí se han marcado 6 líneas estratégicas para hacer realidad la Visión. El seguimiento y revisión de la estrategia está liderado por Comisión de Estrategia. D: Este segundo PE 2016-2019, desarrolla lo que quiere ser la organización y las acciones para conseguirlo. La estrategia se despliega a través de acciones vinculadas a cada línea y se hace seguimiento mediante los indicadores establecidos. E, R, P: 2015: "informe de cierre de PE anterior". Ante la situación de incertidumbre que se vive en el año 2015 a nivel de Consejería, el HUEE empieza a trabajar en línea con los factores clave de éxito (FCE) que ha identificado: 1.-Fidelizar a la población de referencia, 2.-Cumplimiento de objetivos de la Consejería (CG) y 3.-Mantener competitividad. Y en esta línea se han desplegado una serie de acciones con la metodología BSC. En el nuevo Plan Estratégico se incorporan los aprendizajes del periodo anterior y en el marco de la nueva reflexión estratégica se ha valorado el entorno agresivo que nos encontramos. 2017: Informe de revisión de PE. Se incorpora dentro de la estrategia la línea de humanización promovida por la Consejería.	_Proceso de elaboración y seguimiento del PE plurianual _Objetivos Estratégicos _Análisis DAFO (anexo) _Plan Estratégico 2016-2019 _Alianzas estratégicas _Factores Clave de Éxito	9a 9b 6a	CE
2c3. Asegurar sostenibilidad económica, social y ambiental (LE5) (LE6) E: El PE recoge en sus LE y su despliegue en acciones, las claves para cumplir con la supervivencia del HUEE y la sostenibilidad Económica, Social y Ambiental (fundamentalmente la LE5. Innovación y sostenibilidad y la LE6. Nuestra Responsabilidad Social). D: Garantía de sostenibilidad económica a través de CM de cumplimiento de presupuesto y gestión del gasto realizado por el área de gestión. Seguimiento mensual. Sostenibilidad ambiental fundamentada en el sistema de gestión ambiental implantado. Sostenibilidad social basada en la imbricación con las poblaciones de la zona, contribuyendo al desarrollo sostenible de la comarca y compromiso con la eliminación del consumo del tabaco. E, R, P: Grado de cumplimiento de: CG capítulos I y II, objetivos ambientales y objetivos de responsabilidad social. Renovación Sello Hospital sin humo categoría Bronce. Renovación ISO14001.	_PE 2016-2019 _Grado de cumplimiento del CG (Cap. I y Cap. II) _Política Medioambiental _Renovación Hospital sin humo (bronce)	9b3 8b1 8b2 8b3 8b4 8b5 8b6 8b7 8b8	CE
2d1. Compromiso con el SERMAS. Contrato de Gestión ▶ 1c1	_Ejecución CG	9b	CD
2d2. Despliegue de la estrategia a través del BSC E: Despliegue de la estrategia ligado a planes operativos anuales alineados con el contrato de gestión. Se pactan con los diferentes servicios los objetivos de cumplimiento anual. Los CM se estructuran según perspectivas del BSC. D: Cada servicio trabaja sobre un sistema de Cuadros de Mando para el seguimiento de las líneas que se han priorizado cada año. E, R, P: En 2016 se han adaptado los sistemas de información y los cuadros de mando del hospital, bajo premisas de simplificación, para poder realizar un seguimiento y valoración adecuados. 2017: Integración con el Contrato de Gestión, PE y los objetivos de grupos de proceso y comisiones. En el despliegue del PE, se han establecido indicadores estratégicos de seguimiento para todos los Servicios, con periodicidad variable, que abarcan el período de vigencia del Plan. Estos indicadores están vinculados con los objetivos de CG, objetivos estratégicos propios y con indicadores de OR. Monitorización de indicadores ligados a la estrategia. Inicio de automatización de CM consultas.	_CM _Alineación de los CMI con el contrato de gestión _Mejoras en los Cuadros de Mando _Accésit Premio Fundación Abbott-Sedisa 2015	9a 9b	CD R. Calidad
2d3. Comunicación del PE E: Comunicación del PE por parte de gerencia al personal a través de reuniones dirigidas a todos los servicios y unidades del Hospital D: Tres acciones de comunicación establecidas anualmente dirigidas a todo el personal. E, R, P: El proceso de comunicación del PE se ha consolidado en este segundo plan desarrollando acciones de comunicación orientadas a los GI. 2016: Elaboración de PCI. Revisión de PCI en 2018.	_Comunicación del PE _Plan de Comunicación interna	9a 9b 8a7	Gerente



PERSONAS

Nuestro Marco para la gestión de las Personas

La pertenencia del HUEE a la red de hospitales públicos de la CAM, siendo uno de los 37 hospitales públicos del SERMAS, le vincula en aspectos fundamentales de la gestión de las personas (Plan de ordenación de Recursos Humanos del SERMAS), como son la selección, promoción, retribución, movilidad, etc., establecidos tanto en el convenio colectivo, como en el EBEP según sea personal laboral, funcionario o estatutario, constituyendo un proceso claro, sistemático y afianzado. Por ello, el HUEE está sujeto en su gestión laboral a normativa y legislación específica que son objeto de auditoría y supervisión, tanto por los representantes de los trabajadores como por parte de la inspección pública.

El personal laboral se rige para los asuntos de personal por el Convenio de la CAM con vigencia de 2007, que ha tenido sucesivas prórrogas. Tras el proceso de estatutarización de 2015, un alto porcentaje de personal laboral ha pasado a estatutario, el marco estatutario es el que tiene de referencia la CAM desde 2005, fecha desde la que los nuevos contratos que realiza el Hospital son de ámbito estatutario. El personal estatutario se rige por el EBEP. Actualmente aproximadamente la mitad de la plantilla es personal laboral y la otra mitad personal estatutario.

El organigrama del HUEE que describe su estructura organizativa, se incluye como [Anexo 1](#).

En qué estamos trabajando:

En orientar nuestra política de personas en una dirección que favorezca su participación, autonomía y compromiso frente al tradicional modelo jerárquico. De ahí, la importancia de desarrollar una política orientada a promover los principales valores en los que nos vamos a apoyar para realizar el cambio:

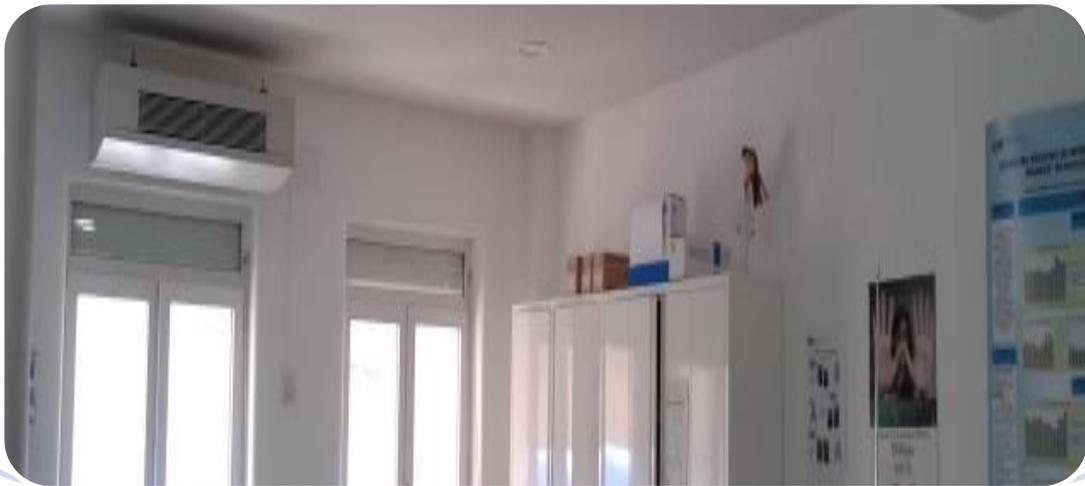
- Competencia profesional
- Participación y compromiso

Es por ello que se ha iniciado un camino hacia la gestión por competencias que nos permitirá identificar las capacidades de las personas requeridas en cada puesto de trabajo a través de un perfil cuantificable y medible objetivamente para llegar a la excelencia en el desempeño del puesto de trabajo.

Descripción	Evidencias	RC	Prop.
<p>3a1. Desarrollo de políticas, estrategias y planes de RRHH (LE3)</p> <p>E: HUEE mantiene documentados todos los procesos relativos a la gestión del personal (revisados en 2014). En los últimos años se trabaja en la mecanización, mejora y optimización de procesos de personal (transformación digital) como por ejemplo incorporando la firma electrónica generalizada. Creación de expediente digital. Se crea el portal del trabajador en la intranet para facilitar los trámites administrativos a los trabajadores. Por otro lado, se requiere flexibilidad para dar respuesta a las necesidades de la estrategia marcada por lo que se produce una reorganización de estructura en línea con la estrategia definida.</p> <p>D: La comunicación y colaboración con el SERMAS en la gestión de las personas es continua y está sistematizada (proceso de elaboración de fichas y actualización de bases de datos).</p> <p>E, R, P: Mejoras destacables han sido, la convocatoria de movilidad interna para enfermería y auxiliares que ha afectado a unas 20 personas en 2015. En 2016: Optimización del programa de gestión de RRHH utilizado (SIRIUS). 2017-2018: Implantación de Sistema GPT de gestión de turnos. 2017: Reactivación de carrera profesional con el proceso de reconocimiento administrativo de la carrera profesional para profesionales sanitarios. En continua reordenación del capital humano en base a la estrategia: Refuerzo del SADO con ENF (Agendas, Facturación a Terceros etc.), refuerzo del SGA con ENF, refuerzo de FAR con Técnicos de Farmacia y 3er. Farmacéutico (Bioequivalentes, VHC y VIH), refuerzo de OFT con Optometristas, refuerzo de ANR con Anestesiista para Qx Dolor, refuerzo de HDD, Incorporación de Geriatria a la Cartera de Servicios, implantación triaje enfermería URG AD, implantación triaje enfermería URG PED. La evaluación de efectividad de este enfoque se mide a través de las autoevaluaciones y resultados en la ESP (dimensión gestión laboral).</p>	<p>_Procesos de gestión de personal.</p> <p>_Convenio Colectivo EBEP</p> <p>_Actas de Comité de empresa</p> <p>_Expediente digital</p> <p>_Programa GPT</p> <p>_Portal del trabajador</p>	<p>7a</p> <p>7b</p>	<p>Jefe de personal</p>
<p>3a2. Acogida y acompañamiento (LE3)</p> <p>E: Sistemática establecida y asentada para el recibimiento y acompañamiento de nuevo personal a través del proceso de acogida que afecta al 100% de personal de nueva incorporación (revisado en 2016). El manual de acogida genérico se complementa con un manual de acogida por cada servicio/área, la información de acogida incorpora información medioambiental y de PRL y se mejora continuamente con aspectos específicos del puesto a ocupar.</p> <p>D: Los responsables de cada unidad realizan la acogida personalmente cuando se producen nuevas incorporaciones y se asigna a una persona que acompañe a la incorporada hasta su autonomía.</p> <p>E, R, P: El personal incorporado hace una evaluación de su acogida en el servicio que se analiza y constituye la evaluación de la efectividad del enfoque, se obtienen muy buenos resultados de esta evaluación. Mejoras del Plan de Acogida en los servicios: Formación Sistemática en Gestión MA, Salud Laboral, uso de programas informáticos o Higiene de Manos.</p>	<p>_Guía de Acogida</p> <p>_Manual de acogida Personal</p> <p>_Plan de información en PRL y Medioambiente</p> <p>_Evaluación de la acogida</p>	<p>7a</p>	<p>Jefe de personal</p>

<p>3a3. Voz de las Personas (LE3)</p> <p>E: Vivimos el quinto proceso de recogida bial de percepción del personal en la que se valoran 4 factores y 19 dimensiones que influyen en la satisfacción del personal. 2009 es el año en que se realiza la primera encuesta al personal de enfermería, resto de procesos 2011, 2013, 2015 y 2017 abarcan a todo el personal. Una vez recogidos los resultados de la encuesta estos se analizan por la Comisión de Estrategia, se segmentan y son comunicados a todo el personal por el gerente. Del análisis de los resultados de cada ESP se establecen acciones que se siguen desde la Comisión de Estrategia. Conjuntamente hay otras formas de recogida de la voz de las personas del HUEE: buzón de sugerencias, comisiones y equipos de mejora y comunicación directa verbal.</p> <p>D: Afecta a toda la organización desde 2011 y se realiza de forma voluntaria.</p> <p>E, R, P: Los aprendizajes más relevantes en este enfoque han sido: -Tras la realización de un diagnóstico previo a la evaluación EFQM (2010), se decide que la encuesta debe abarcar a todos los miembros de la organización y se desarrolla el proceso de gestión de la satisfacción hoy llamado "Voz de las personas". -En 2013 se modifica la encuesta (fruto de la revisión del enfoque y el aprendizaje en el anterior proceso) para mejorar la segmentación y la comprensión de algunas preguntas. -En 2015 se sistematiza el "Informe de acciones de mejora consecutivas a la ESP" y se establecen objetivos claros para la misma. -En 2018 se incorpora al análisis la "voz de las personas" que trabajan en las empresas subcontratadas (asociados) como seguridad, limpieza, lavandería y cafetería.</p>	<p>_Encuesta de Satisfacción de Personal (ESP) _Informe de encuesta de clima _Planes de acción derivados de la ESP _Encuestas clima asociados</p>	<p>7a</p>	<p>Gerente</p>
<p>3b1. Gestión de la Formación Continuada (LE3)</p> <p>E: La formación del personal, tanto sanitario como no sanitario, es uno de los objetivos estratégicos del hospital dentro de la LE3-Nuestro motor, las Personas. Se hace un análisis de necesidades formativas teniendo en cuenta necesidades del personal, MMII, ED, líneas estratégicas de SERMAS y estrategia del HUEE. Con todo ello se establece el Plan anual de Formación y los objetivos de formación de cada año. El Plan de formación es coherente con líneas transversales del SERMAS y HUEE. Desde FC, a través de su BD, se actualiza la formación de forma que se dispone de un CV actualizado con la formación de cada persona del HUEE. Las potencialidades de esta BD facilitan la gestión de la formación más ajustada a las necesidades. El seguimiento del plan y objetivos se hace en comisión de FC ► Seguimiento de objetivos (Anexo). Se cierra el ciclo con la memoria anual de formación.</p> <p>D: Liderado por el responsable de formación, la comisión de formación continuada es el órgano que despliega la gestión de la formación en el HUEE y seguimiento a través de CM formación.</p> <p>E, R, P: Potenciación de sesiones clínicas de medicina y enfermería (sesiones clínicas en ámbitos de efectividad, eficiencia, atención al paciente, gestión clínica, seguridad del paciente y PRL), incremento de las acciones acreditadas. Desarrollo de la política de calidad de formación, alineación evidente entre la estrategia de FC y la estrategia de DGFIS (línea de formación en Humanización iniciada en 2017). Sesiones de Reversión. Actividades Científico-Técnicas: Congresos, Cursos etc. Búsqueda de nuevos soportes formativos (curso online piloto en formación medioambiental disponible en intranet. 2017). Acuerdo con Madrid digital para realizar cursos online en su plataforma. Evaluación de efectividad de este enfoque a través de las autoevaluaciones y resultados en la ESP, dimensión formación y desarrollo profesional.</p>	<p>_MP Formación _Ficha de proceso FC _Flujograma AN, Ejecución de curso, Formación _Plan de Formación (anual) _Informe anual de formación. Memoria _CM Formación _Evaluación de impacto. Liderazgo _Base de datos de formación _Objetivos de formación</p>	<p>7a4 7b3 7b4 7b5 7b6 7b7 7b8</p>	<p>Rble. de Formación</p>
<p>3b2. Retención del talento (LE3) ► 4a1</p> <p>E: La estrategia de alianza con HUPHM facilita que profesionales del HUEE participen en proyectos conjuntos y trabajen una parte de su tiempo en HUPHM lo que permite adquirir conocimientos y competencias y que las necesidades de mejora del nivel profesional queden satisfechas.</p> <p>D: Transferencia de Conocimiento: Rotación de profesionales en línea con alianzas estratégicas.</p> <p>E, R, P: 2015, integración con HUPHM en instituto de Investigación Clínica. 2016, alianza estratégica con HUPHM. 2018: Unidad de apoyo a la investigación en UFV.</p>	<p>_Alianza estratégica con HUPHM</p>	<p>7b8 8b8</p>	<p>Gerente</p>
<p>3b3. Gestión por competencias ► 1a2</p> <p>E: El desarrollo de competencias es una herramienta estratégica. El enfoque para la gestión por competencias se ha abordado iniciándose con la formación. Formación en competencias que comenzó con el Plan de Desarrollo Directivo para MMII (2015). Se ha continuado la formación desarrollando competencias transversales en 2016 (trabajo en equipo, comunicación) y desarrollando el mapa de competencias de la organización.</p> <p>D: Los perfiles de competencias transversales del SERMAS para MMII y para todos los puestos están en fase de elaboración. Desarrollo de mapa de competencias profesionales y modelo de competencias.</p> <p>E, R, P: Incorporación de los equipos naturales de trabajo de los líderes en el desarrollo de la formación. Diseño de perfiles de competencias. Elaboración de Manual de organización y perfiles en RAD (Comisión de Protección Radiológica y Garantía de Calidad) (en desarrollo).</p>	<p>_LE de Formación _Plan de Desarrollo Directivo para MMII</p>	<p>7a7 7a8 7b8</p>	<p>Gerente</p>
<p>3c1. Implicación de las personas. Equipos de trabajo/mejora (LE3)</p> <p>E: Participación en comités, comisiones y grupos de trabajo para lanzamiento de áreas/líneas estratégicas o seguimiento de actividad. Promueven el análisis multidisciplinar y participativo de las áreas que queremos analizar y el compromiso de los trabajadores al ser parte de los mismos. Sistemática de trabajo definida en reglamento interno de las comisiones/comités/grupos. Las personas también participan en grupos de trabajo a nivel de Consejería o intercentros.</p> <p>D: Integración en comisiones y grupos de proceso de todos los estamentos profesionales.</p>	<p>_Reglamento general de funcionamiento de las comisiones.</p>	<p>7a5 7a2 7b7</p>	

<p>E, R, P: El porcentaje de profesionales que participa en comisiones, equipos de trabajo y grupos de proceso y mejora ha ido incrementando llegando a un 34% aumentando también las comisiones y grupos de trabajo (32) y el nº de reuniones. ► Anexo Listado de foros de seguimiento de información y toma de decisiones. Creación de tres nuevas comisiones en 2017 (Comisión de humanización y comisión de continuidad de cuidados, comité de control de la actividad asistencial). Ejemplos de implicación profesional en el servicio al usuario: Sala de Lactancia, Jornadas Puertas Abiertas Maternidad y NPS. Participación en Grupos de Trabajo SG CALIDAD SERMAS para Adaptación a Requisitos Norma ISO 2015. Grupo de Trabajo Interhospitalario MI (HUEE)-Nefro/Neurología (HUPHM). Numerosas aportaciones de los servicios para la implementación Continua de SELENE. Grupo Multicéntrico de Normalización de la Información Asistencial Enfermera: Indicadores y Formularios (Gerencia de Cuidados SERMAS). Se involucra a los profesionales en la experiencia del paciente a través de los III Talleres de Calidad Percibida. Ciclo de Cine y Psiquiatría organizado por equipo de Salud Mental.</p>	<p>_Reglamento interno de comisiones y grupos de proceso _Actas de reuniones</p>	<p>—</p>	<p>Gerente</p>
<p>3c2. Participación de los profesionales en la docencia E: Los profesionales del HUEE participan como docentes en diferentes universidades y centros de formación. Cada centro tiene asignado un responsable de la alianza que lleva el seguimiento de los avances realizados e informa de los mismos ► 4a3. D: Un importante número de profesionales participan como docentes en varias universidades. E, R, P: Incremento de líneas de colaboración con los centros.</p>	<p>_Convenio Hospital-Universidad para Colaboración Docente</p>	<p>8a8</p>	<p>Gerente</p>
<p>3d1. Comunicación interna (LE3) E: En 2015 se elaboró el PCI. Las principales herramientas de CI son el correo electrónico, reuniones, boletín de CP, Boletín El Escorial informa, la intranet y portal del empleado. Se ha desarrollado otras herramientas que facilitan la CI integradas en la gestión: alertas (información clínica), mesa de camas (coordinación entre procesos). ► 5. Existen, además, diferentes vías de recogida de información del personal (encuestas a clientes internos (ISO), ECL, encuesta de CP a clientes internos). D: Despliegue del PCI. Protocolos asistenciales y no asistenciales disponibles en intranet. E, R, P: En 2017 se ha creado gabinete de comunicación que ha ayudado a dar mayor visibilidad a las actividades del hospital Portal de Noticias Corporativo (SALUDA). Solicitudes del departamento de personal disponibles en Intranet: Portal del Trabajador. Disposición del CMI en Intranet para todos los MMII: Visión Integral Compartida. Se hacen reuniones con todo el personal al menos tres al año.</p>	<p>_Plan de comunicación Interna _Actas de Comités, Comisiones y Procesos</p>	<p>7a4</p>	<p>Gerente</p>
<p>3d2. Compartir mejores prácticas y conocimientos a nivel externo (LE3) E: Los logros conseguidos en estos años, reflejados en nuestro análisis interno (PE), nos comprometen todavía más con el fin de posicionar al HUEE como un centro de excelencia reconocido, como decimos “por su bien hacer...” en todas las facetas y áreas de actividad. Es por eso que procuramos compartir para generalizar las buenas prácticas detectadas. D: Cada área conoce y participa en los foros de intercambio de conocimientos y BP tanto a nivel interno como a nivel externo. E, R, P: Ejemplos: Transferencia de Conocimiento: Rotación de profesionales en línea con alianza estratégica HUPHM. Apertura de cursos específicos al SERMAS (AP/AH). Duplicación del impacto de publicaciones científicas (OR). Ensayos Clínicos. Comunicaciones sobre el Modelo de Gestión en el Congreso Nacional de Hospitales. Informe UFGRS 2016: 2 Prácticas Generalizables. Participación Premios AEVAL, participación en el VI Reconocimiento a las Mejores Prácticas en Gestión de Calidad (SG Calidad SERMAS).</p>	<p>_Dos BP generalizables en higiene de manos _Comunicación es en CNH _Publicaciones</p>	<p>6b7</p>	<p>Líderes</p>
<p>3e1. Gestión de PRL y mejoras en el puesto de trabajo (LE3) E: Servicio de PRL y radioprotección es compartido con el HUPHM. Se hace actualización sistemática de la evaluación de riesgos profesionales: Planificación de la Formación en PRL, que constituye una línea estratégica dentro del PE de formación. D: A través del servicio PRL y se siguen en los comités de seguridad trimestrales. E, R, P: La evaluación de factores psicosociales efectuada por el Servicio de PRL en 2015. Adaptación de Puestos. Protocolo de prevención y actuación ante conflictos internos y acoso laboral en las instituciones sanitarias del SERMAS. Adaptación de guardias a >55 años y sustitución por módulos de CEX. Trabajo en remoto Vía VPN en puestos determinados. Flexibilidad horaria.</p>	<p>_Actas de Comité de Seguridad y Salud _Adaptación de puestos _Planificación de PRL _Evaluación de riesgos</p>	<p>7a6 7b1</p>	
<p>3e2. Reconocimiento (LE3) E: Teniendo en cuenta las limitaciones como organismo público en la posibilidad de reconocimientos económicos se aprovechan todas las oportunidades de reconocimiento y se establecen los criterios para hacerlo como la firma con los servicios del pacto de objetivos iniciada en 2015 y ligada al cumplimiento del CG. Se reconocen, con inmediatez por los líderes, los logros individuales, bis a bis, cuando se consiguen. D: Firma de pactos de objetivos. Firma de pactos de gestión. E, R, P: 2015. El proceso de estatutarización voluntario supuso una serie de mejoras en las condiciones laborales que afectó a las 43 personas que voluntariamente se acogieron: mayores posibilidades de promoción, reconocimiento de la antigüedad o mayor estabilidad. Por otro lado, se han ido reestableciendo sistemas de reconocimiento que se perdieron como consecuencia de la situación económica: pagas extras, días de libre disposición, días libres adicionales por antigüedad. En 2017 se firman pactos de objetivos también con enfermería. Política de RSC: Reducciones de jornada por cuidado familiar. Acto de Reconocimiento a Profesionales Jubilados. Reconocimiento a los voluntarios que desarrollan su labor en el hospital. Reconocimiento de trienios a personal interino. Acreditación curricular de membresía en comisiones, comités y grupos de proceso para carrera profesional. Promoción interna: ENF y SS.GG. Conversión de eventuales a interinos.</p>	<p>_Pactos de Objetivos con servicios _Pactos de objetivos con enfermería _Actos de reconocimiento formales (Profesionales jubilados, Voluntarios) _Exposición Pública de Reconocimientos y Premios</p>	<p>7a6 7b2</p>	<p>Jefe de Personal/ Gerente DM</p>



ALIANZAS Y RECURSOS

Nuestra Estrategia: Las Alianzas

En la estrategia del HUEE son claves las **alianzas y colaboraciones** con diferentes actores implicados en la red socio asistencial. ▶ [Tabla de alianzas \(anexo\)](#).

El éxito de algunos elementos claves de nuestra Visión y Estrategia como son: Accesibilidad, Continuidad Asistencial, Satisfacción, Calidad Percibida, Eficiencia, así como la satisfacción de nuestros GI, dependen de manera importante de nuestra relación con entidades sanitarias del entorno que nos permiten mejorar las prestaciones y servicios a usuarios y ciudadanos, es por ello que se incide en potenciar la relación con **alianzas sanitarias** y en incrementar áreas de colaboración con estas, ya que es un aspecto clave en el PE 2016-2019 ▶ [4a1](#).

Recursos

Desde la **Dirección Económico-Financiera**, se realiza de manera sistemática una gestión de los proveedores y control del gasto para lograr el objetivo de sostenibilidad económica enmarcado en la LE5, sin perder de vista la necesidad de inversiones que permiten mejorar la propuesta de valor a nuestros clientes.

El HUEE está comprometido con el entorno privilegiado en el que se encuentra y mide el **impacto medioambiental** que tiene su actividad actuando desde varios prismas, gestión óptima de los consumos energéticos y de recursos naturales, gestión adecuada de los residuos que genera, tendiendo a un uso eficiente de la energía, transición a formas de energías más limpias (cambio de gasoil por gas Natural), todo ello enmarcado dentro de su sistema de gestión medioambiental implantado (LE6) y tomando en consideración sus GI.

HUEE es uno de los hospitales que representan las mejores prácticas en la implementación de la **historia clínica digital** que se traduce en una mejora notable de la seguridad del paciente y en una agilización del trabajo de los profesionales sanitarios.

Descripción	Evidencias	RC	Prop.
<p>4a1. Gestión de alianzas estratégicas sanitarias (LE1) ▶ 1c3</p> <p>E: La estrategia del HUEE pasa por complementar nuestras capacidades con alianzas que nos aporten nuevas posibilidades de mejorar el servicio sanitario que damos a nuestra población. En este sentido se firman Contratos/Convenios de colaboración con diferentes organizaciones sanitarias que forman parte de nuestra red asistencial, entre ellas las más destacables son:</p> <p>_HUPHM-Alianza Estratégica en varios campos: Incremento de servicios que estando ubicados en el Hospital Puerta de Hierro realizan parte de su actividad en nuestro hospital proporcionando una atención directa a los pacientes. Colaboraciones Inter servicios que potencian las posibilidades de atención desde el HUEE. Establecimiento de la cartera de complejidad con HUPHM. Transferencia de conocimiento: Rotación de profesionales. Investigación. SI. Con HUPHM, tenemos una alianza en radiología que hace que nos complementemos mutuamente. Un radiólogo de HUEE hace intervencionismo de complejidad en HUPHM y una radióloga de HUEE, neuroradiología. También en informática, que funciona como un servicio integrado, siendo el jefe de HUEE</p> <p>_AP-Protocolos conjuntos y optimización de circuitos. Gestión del PCC. Continuidad asistencial.</p> <p>_Hospitales de media estancia-Optimización de circuitos. Continuidad asistencial. En Guadarrama, somos apoyo informando su radiología cuando lo precisan.</p> <p>_SUMMA 112-Facilitando la estancia y realizando sesiones formativas conjuntas.</p> <p>_Residencias de 3º edad de nuestra zona de influencia-Gestión del PCC. Continuidad asistencial.</p> <p>D: Se asigna responsable de la alianza que hace seguimiento del desarrollo de los acuerdos firmados. Se hacen reuniones periódicas con aliados (ej. reuniones con coordinadores CS-DM y JS).</p> <p>E, R, P: Hacemos encuestas a las alianzas (AP, hospitales, residencias) cada 2 años desde 2013 e incorporamos mejoras. Como ejemplos de colaboraciones y mejoras en los últimos años tenemos <u>con HUPHM</u>: protocolos en IC. Apertura de SELENE a HUPHM. Radiología intervencionista, teleradiología, unidad de mama con HUPHM. Grupo de trabajo Interhospitalario MI (HUEE)-Nefro/Neurología (HUPHM). Fast-Track: Interconsulta URG-Hospital de Referencia. Derivación Inmediata Patología GIN, OFT, ORL desde URG a CCEE y a Hospital de Referencia. Citología Líquida/ VPH (AP-SAP-GIN-HUPHM). Integración Códigos ICTUS e INFARTO. Acuerdo de colaboración de los servicios de cirugía y ginecología HUEE con el servicio de oncología HUPHM. <u>Con AP</u>: Informe de RAD a AP. Participación de AP en Comisión de Estrategia. ProBNP: Apertura Detección a AP. Dirección de Continuidad Asistencial: Canalización de acciones conjuntas con AP, comisiones conjuntas con el Área en temas de impacto: Uso Racional del Medicamento y Política Antibiótica e Infección Urinaria. Soporte técnico y formación a AP en espirometría. PAI-EPOC. Citación bidireccional en CCEE. Con <u>Hospitales media estancia</u>, Integración de Resultados de Laboratorio y Radiología. <u>Residencias Sociosanitarias</u>: Suministro Tratamiento IV para administración local evitando ingreso. Consulta visados inspección para evitar desplazamiento a HUPHM. <u>Otras</u>: Coordinación con ESAD.</p>	<p>_Tabla de alianzas</p> <p>_Encuestas realizadas a AP</p> <p>_Encuestas realizadas a Hospitales</p> <p>_Encuestas realizadas a residencias</p> <p>_Protocolo de infección urinaria</p> <p>_Protocolo de Neumonía</p> <p>_Anexo tabla de alianzas sanitarias</p>	<p>9a</p> <p>9b</p>	<p>DM</p> <p>Gerente</p>

<p>4a2. Gestión proveedores y servicios subcontratados</p> <p>E: La ley de contratación pública establece las pautas para la contratación de servicios y compra de suministros por parte del HUEE con el fin de garantizar que la contratación se ajusta a los principios de libertad de acceso a las licitaciones, publicidad y transparencia de los procedimientos, y no discriminación e igualdad de trato entre los licitadores. La gestión de las compras está sistematizada a través del proceso de gestión de compras que lo lidera el área de gestión y se mantienen documentados y firmados los acuerdos de contratación ejecutados. Existe comisión de compras que se reúne periódicamente, en sus actas se refleja la justificación de adquisición de NNTT en base a evidencia científica y criterios de rentabilidad. Para la contratación se tienen en cuenta criterios de eficiencia, calidad y medioambientales, involucrando si es posible al proveedor en la solución óptima para el hospital. Se hacen controles mensuales de calidad y actividad con las empresas externas. Uso de sistema integral de gestión y trazabilidad de suministros (NEXUS).</p> <p>D: Afecta a todas las compras y subcontrataciones realizadas por el HUEE. Se hace evaluación de proveedores en el alcance ISO 9001.</p> <p>E, R, P: En 2015 se ha incorporado al Catálogo único de la CAM. En subcontratación de servicios se elaboran informes de satisfacción del servicio prestado. En 2018 licitación de servicio de cafetería con renovación de la cocina. Se han pasado encuestas en 2018 de clima laboral a los trabajadores de asociados (cafetería, lavandería, limpieza y seguridad). Se ha trabajado a nivel central en los criterios de contratación en cumplimiento de la nueva ley de contratos 2017. En 2017 el gasto en compra de equipamiento fue de 200 000€.</p>	<ul style="list-style-type: none"> _Memoria justificativa (suministros) _Informes de satisfacción del servicio prestado _Auditorías Consejería _Concursos públicos _Portal de contratación de la CAM 	8a4	DG
<p>4a3. Otros acuerdos de Colaboración</p> <p>E: En el ámbito no asistencial, el HUEE mantiene acuerdos firmados y convenios de colaboración con Universidades (Alfonso X el Sabio y Francisco de Vitoria) y con institutos y centros de FP (Técnicos de Radiología, de Laboratorio, de Anatomía Patológica, de Farmacia, administrativos y mantenimiento) para participar en la formación de alumnos que en un futuro se van a integrar en el sistema sanitario. También se mantienen acuerdos de colaboración con Cruz Roja (voluntariado) desde 2011 que ha ido evolucionando e incorporando nuevos servicios.</p> <p>D: Todas las colaboraciones con responsable que da cuenta del seguimiento y de avances con el aliado.</p> <p>E, R, P: Se dispone de resultados de encuestas de Universidades, y alumnos que se analizan y se incorporan mejoras. En los últimos años ha habido un incremento de solicitudes de alumnos tanto de FP como de las Universidades Alfonso X el Sabio y Camilo José Cela por la facilidad de acceso y la atención personalizada que reciben. En 2018 Unidad de apoyo a la investigación con UFV.</p>	<ul style="list-style-type: none"> _Acuerdo de colaboración con UFV _Acuerdo de colaboración con Alfonso X el Sabio _Convenio con Cruz Roja 	8b8 8b7 8a8	Rble. Alianza
<p>4a4. Responsabilidad Social</p> <p>E/D: En línea con la Estrategia de RSS de la comunidad se ha elaborado la política de RSC en el HUEE. Estamos comprometidos también con la eliminación del consumo del tabaco desde 2011. La investigación es un aspecto que se está potenciando con alianzas y colaboradores (HUPHM y UFV).</p> <p>E, R, P: Se hacen talleres en colegios con diferentes iniciativas: colaboración para donaciones de sangre, acercamiento de RCP básica, elaboración de pan, queso, chiquichef, alimentación saludable. Participación activa desde 2015 en Escosalud (feria de salud que organiza el Ayuntamiento de El Escorial) y Escociencia. Salidas a CAP Galapagar para detección precoz de Glaucoma. En investigación integración con el instituto de Investigación sanitaria HUPHM-Segovia de Arana con resultado de incremento de publicaciones científicas y proyectos de investigación.</p>	<ul style="list-style-type: none"> _Política RSE _Hospital sin Humo _Acuerdos de colaboración para investigación 	8	Gerente
<p>4b1. Sostenibilidad económica (LE5) ▶ 1e2, 2c3</p> <p>E: Se ha marcado una LE5 que conlleva el garantizar la sostenibilidad económica del HUEE buscando el equilibrio presupuestario en el CG y planificando y ordenando aquellos aspectos que puedan incidir significativamente en el mismo como son: el cumplimiento presupuestario del Capítulo I y II, prescripción farmacéutica (receta) y las inversiones. Existen procedimientos de gestión presupuestaria y gestión del gasto. Se hace una estimación del gasto y seguimiento exhaustivo mensual y en comparación con el mismo periodo del año anterior por parte de DG a través de los CM de gestión con información detallada y segmentada. En CD se hace seguimiento de desviaciones y gestión de imprevistos. Se informa detalladamente a la DGE del SERMAS. Se hacen análisis de costes por GRD y por proceso.</p> <p>D: Sistemática de control que afecta a todas las partidas presupuestarias.</p> <p>E, R, P: Se han incorporado mejoras en cuanto a la explotación de la información para facilitar el análisis de la misma desarrolladas por el propio hospital (2013), implantación de aplicación para la gestión (NEXUS), 2015: módulo pagos a proveedores, facturación, contabilidad financiera y presupuestaria, 2016: módulo de logística. Quedando toda la información integrada en una misma aplicación.</p>	<ul style="list-style-type: none"> _CG _Actas CD _Informes de seguimiento del Presupuesto _Proceso de gestión económica _CM de gestión _Sistema de información de gestión y de farmacia _Contabilidad de costes _Actas de CC _Plan de inversiones 	9b3 9b12	DG
<p>4c1. Gestión Medioambiental y eficiencia energética (LE6) ▶ 1e2, 2c3</p> <p>E: El HUEE debe ser reconocido por su imbricación con las poblaciones de la zona y por su respeto al medio ambiente, contribuyendo al desarrollo sostenible de la comarca. Por ello en el ámbito MA estamos trabajando en tres direcciones: 1.-Manteniendo la calidad y belleza de nuestro entorno. 2.-Asegurando el mejor tratamiento de los residuos hospitalarios. 3.-Mejorando la eficiencia energética del edificio y sus instalaciones. En estas líneas de trabajo se ha implementado en 2014 un SGA según la norma ISO 14001 que nos lleva a una mejora continua en este ámbito con las revisiones del sistema anuales y los programas MA desarrollados. El sistema ya está consolidado tras 5 ciclos anuales de revisión. Liderado por la RMA y se sigue a través de la comisión MA.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Proceso de gestión medioambiental _Proceso de gestión de residuos _Certificación ISO 14001 	8b1 8b2 8b3 8b4	

<p>D: El SGA implantado abarca a toda la actividad del hospital y sus instalaciones. DG lidera las acciones encaminadas a conseguir una mejor eficiencia energética de edificios e instalaciones.</p> <p>E, R, P: En estos últimos años se ha trabajado en la reducción de consumos, separación de residuos llegando en 2015 a hacer seguimiento de la generación de residuos no peligrosos también. En 2017 se ha adaptado el sistema a la versión de la norma ISO 14001:2015 elaborándose el análisis del contexto e identificación de riesgos y se han recogido por medio de entrevistas la percepción de todos los GI identificados sobre la percepción del compromiso MA del HUEE. Se involucra al 100% de las empresas externas que tienen impacto MA. En 2017 formación en sensibilización MA a todo el personal a través de la intranet con el objetivo de mejorar en la segregación de los residuos. En eficiencia energética se ha trabajado en un segundo programa de eficiencia energética (2016-2019) ejecutándose mejoras en el edificio y sus instalaciones con el cambio a uso de energías más limpias sustituyendo el gasóleo por gas natural, mejora de calderas y cambio de calderas por bombas de calor. Por otro lado, se ha hecho una nueva acometida de agua para mejorar los datos de consumo de este recurso natural, mejora evidenciada en 8b1 (2016-2017). Anualmente se revisa el enfoque a través de la revisión del sistema por la dirección y se proponen los nuevos objetivos y mejoras a abordar.</p>	<p>_ Informes de revisión por la dirección _ Auditorias del sistema medioambiental _ Programa de eficiencia energética _ PGA _ Actas Comisión de Medioambiente</p>	<p>8b5 8b6 8a5 8a6</p>	<p>RMA DG</p>
<p>4c2. Gestión de los espacios e instalaciones. Mejoras estructurales</p> <p>E: La mejora de instalaciones y estructuras es una estrategia para mejorar la accesibilidad LE1, en este sentido se han incorporado múltiples mejoras en el HUEE algunas con inversión y otras sin ella con el objetivo de adecuar los espacios internos y mejorar el confort de los pacientes</p> <p>D: mejoras realizadas en múltiples ámbitos (hospitalización, CCEE, URG).</p> <p>E, R, P: Con el Plan Director el HUEE amplió su superficie un 50% adquiriendo una estructura acorde con sus necesidades, se construyó el nuevo edificio, que se adosó a la parte posterior, donde se incluyeron los servicios centrales (Urgencias, Radiología, Bloque Quirúrgico, Maternidad, Laboratorio y Anatomía Patológica). Además, se han mejorado los circuitos de comunicación, tanto verticales como horizontales. 2016-2018 se han realizado mejoras internas orientadas a adecuar los espacios de uso de pacientes y allegados (habitaciones, salas de espera y baños). Muchas reformas se han abordado gracias a la implicación de todo el personal ▶ 3c1 y a la participación de asociaciones (ONCE y AEM) en identificar posibles mejoras y optimizaciones de espacios con recursos ajustados. Ejemplos de mejoras 2016-2018: Ampliación HDM y HDQ (estrategia potenciar HD), ampliación capacidad UCE, remodelación de CCEE, remodelación de hospitalización, ampliación HDQ, traslado de farmacia, reforma de salas blancas, cubierta de nuevo edificio de consultas (proyecto policlínico). En 2018 50% de habitaciones reformadas.</p>	<p>_ Plan Director _ Actas de reunión con asociaciones _ Actas Comité de CP _ Planes programados mantenimiento correctivo y preventivo _ Inventario de equipos</p>	<p>9b1</p>	<p>DG</p>
<p>4d1. Sistemas de Información (LE5)</p> <p>E: El área de SI es destacable en el HUEE por su proactividad y gestión de soluciones innovadoras ▶ 5b2 en el ámbito de los SI que afectan a la mejora de la gestión clínica. Somos referentes en la CAM, iniciándose muchos proyectos piloto en el HUEE. La información asistencial está integrada en diferentes aplicaciones que se comunican entre sí y conforman lo que llamamos la HIS, tenemos integración de todas las pruebas en la HIS incluida imagen y laboratorio. Tenemos reconocida la clasificación en modelo HIMSS EMR nivel 3.45 tras cambio de estándar en 2017. Las reuniones del comité de informática son mensuales y se hace seguimiento de los indicadores y objetivos anuales que se comunican a la DG regularmente. Alianza estratégica con HUPHM en SI.</p> <p>D: HIS implantada en todo el hospital. La estrategia en SI se despliega a través de los indicadores y objetivos concretos marcados en el CG.</p> <p>E, R, P: Desarrollo de numerosas aplicaciones (desarrollos de mejora para la HIS, proyecto de integración de estudios, sistema de notificación de alertas, sistemas de ayuda a la decisión clínica y a prescripción farmacéutica), herramientas para la interconexión entre distintos SI, plan de contingencia...etc), muchos de estos desarrollos se exportan a otros hospitales. Integración de equipos. En 2017 creación de carpeta del paciente, pilotaje de SP-10, pilotaje receta electrónica en AH y triaje pediátrico (MANCHESTER), pilotaje en módulo único de prescripción. Actualización y mejora de electrónica de red, virtualización de servidores para plataforma ATENEA, sistema de gestión de colas. Proyecto de visualización estándar de documentos (en desarrollo). Auditorías a SI: SELENE, HORUS, HIMSS, LAB, dos veces al año se pasan las auditorías de infraestructuras (CPD) y de seguridad (DSI). ECG integrado en la HIS. Información clínica compartida con HUPHM. Desarrollo para la DGSIS para la petición centralizada de orto-prótesis. Actualmente se está trabajando en una aplicación para el desarrollo del CM iniciado para CCEE. El HUEE es uno de los hospitales de la CAM que más registra informes/formularios en SELENE, la cultura de digitalización de la HIS está muy integrada.</p>	<p>_ Memoria de inversiones TIC 2015-2018 _ Plan de Formación TIC _ Actas de Comité de informática _ Indicadores de CG de SI _ Doc. de gestión de Riesgos _ Anexo última Evaluación HIMSS EMR, nov 17</p>	<p>9 7a3</p>	<p>Rble. SI</p>
<p>4e1. Intranet ▶ 3d1</p> <p>E: Se ha desarrollado la intranet como herramienta de gestión del conocimiento del HUEE y comunicación interna. Se ha creado sistemática para la aprobación e inclusión de protocolos en la misma incrementando paulatinamente el nº de documentos colgados.</p> <p>D: Uso generalizado de la intranet.</p> <p>E, R, P: En los últimos años se ha ido enriqueciendo y mejorando su contenido y estructurándolo de forma amigable para el usuario. En 2015 se ha rediseñado para que tuviera una imagen más acorde con la imagen de la web del SERMAS. 2016-2017 Creación de portal del trabajador, espacio donde los trabajadores pueden acceder a temas de su interés.</p>	<p>_ Proc. para la aprobación e inclusión de protocolos y guías en la intranet _ Plan de comunicación interna</p>	<p>7a4</p>	<p>Rble. SI</p>



Nuestro Valor

Tanto la Misión como la Visión del HUEE identifican a nuestra población como el elemento clave de nuestras actuaciones. Para dar respuesta a esta necesidad, se ha desarrollado un sistema de gestión en el que el compromiso e implicación de las personas de la organización juegan un papel clave.

El trabajo realizado en la mejora de los CM ha facilitado la toma de decisiones y la reorientación de la estrategia cuando ha sido necesario. Son destacables las actuaciones enfocadas en la cartera de servicios, seguridad del paciente, continuidad asistencial y tratamiento del PCC con el uso de redefinición de circuitos y siempre teniendo muy presente la percepción de los usuarios y GI (Calidad Percibida).

Descripción	Evidencias	RC	Prop.
<p>5a1. Gestión por Procesos (LE4)</p> <p>E: Sistemática basada en la GPP iniciada en 2007 con la edición de primer MP y creación de proceso GPP. Se han priorizado los procesos que tienen como entradas y salidas a los pacientes con la creación de grupos de proceso asistenciales en 2011, que trabajan bajo una sistemática de reuniones revisando indicadores de proceso y objetivos y estableciendo mejoras. Todos los procesos del MP están soportados por procedimientos y protocolos que se modifican como consecuencia de la mejora continua.</p> <p>D: Despliegue de los procesos asistenciales con CM ligado a LE y BSC. Los resultados de los GP son desplegados a través del propietario de proceso y los jefes de servicio implicados. Documentación pertinente de los procesos disponible y compartida.</p> <p>E, R, P: El MP se ha ido revisando y actualizando, incorporando mejoras fruto del aprendizaje hasta la actual V9 (2017), en esta última redefinición del MP con la inclusión de procesos operativos de 2º nivel y subprocesos relacionados. Grupos de proceso maduros con implementación participativa y sistemática asentada. Mejoras introducidas en el cálculo e información de los indicadores desplegados del CM y la revisión de estándares e indicadores de procesos. Inclusión de indicadores de seguridad, efectividad clínica y satisfacción de cliente en CM de proceso e ISO. Normalización de la Información: elaboración de Fichas de Indicadores.</p>	<p>_Mapa de Procesos (Anexo)</p> <p>_Fichas de proceso</p> <p>_Informe anual de seguimiento de procesos</p> <p>_CM de indicadores y Cuadro de objetivos de proceso</p> <p>_Fichas de indicadores</p> <p>_Protocolos de gestión clínica y no asistenciales</p>	<p>CM de los grupos de proceso</p> <p>6b</p> <p>9b</p>	<p>R. Calidad</p>
<p>5a2. Avanzando hacia la Excelencia (LE4)</p> <p>E: Sistemática de autoevaluación basada en EFQM definida y con resultado de mejora permanente a través del cierre de ciclos REDER. Sistemática de revisiones del sistema en los servicios certificados y revisiones del sistema globales desde el punto de vista medioambiental.</p> <p>D: Adopción de modelo EFQM como referencia global desde 2011. Implantación de ISO 9001 desde 2008 en los servicios UED, SAP y Farmacia, implantación integrada con ISO 14001.</p> <p>E, R, P: Alta participación y sistemática participativa asentada de los procesos de autoevaluación, 44 personas en 2018 ► 3c1. Exhaustiva recopilación de evidencias y análisis de resultados de anterior evaluación. Cuaderno de trabajo para el evaluador por criterio iniciado en 2015 y mejorado en 2017. Consecuencia de toda la evolución, transición de reconocimiento QH a QH* en 2016. Adaptación a ISO 14001:2015 e ISO 9001:2015 con resultado excelente en 2017. En proceso implantación ISO en SADO y SIAP en línea con plan de implantación establecido según matriz de priorización.</p>	<p>_Proceso de Autoevaluación</p> <p>_Informe de Autoevaluación</p> <p>_Cuaderno de trabajo del evaluador mejorado</p> <p>_Revisión del sistema</p>	<p>8a10</p>	<p>R. Calidad</p> <p>Gerente</p>
<p>5b1. Cartera de servicios (LE1)</p> <p>E/D: Seguimos trabajando en incrementar y mejorar nuestra oferta asistencial con el objetivo de cubrir todas las necesidades y expectativas de nuestros usuarios y partiendo de un análisis exhaustivo de la demanda. Alineado con la LE1. Accesibilidad. Hemos establecido alianzas con otros hospitales desarrollando un modelo integrado que permite atender a los pacientes preferentemente en nuestro hospital y gestionar ágilmente la derivación al centro de referencia cuando se requiera. Introducción relevante de innovaciones de proceso tipo Fast-track. ► 4a1</p> <p>E, R, P: Incremento de los servicios y prestaciones a la población adecuando las estructuras disponibles, para optimizar nuestra propuesta de valor, ejemplos de ello son: 2016-2018: incorporación de Geriatria, ergometría y polisomnografía a Cartera de Servicios. Consulta de Continuidad Asistencial. Derivación AP y URG. Agendas Monográficas: Enfermedades Infecciosas, Patología Cervical, TDH, Proctología. Consultas Alta Resolución: Alergia Alimentaria (Pediatria), EPOC/Asma (Neumología), Metrorragia (Ginecología). 2016: ampliación de oferta en horario de tarde. Consulta y quirófano del dolor. Adhesión a programas centralizados: Screening prenatal en sangre materna, DEPRECAM: Detección Precoz del Cáncer de Mama, Screening de Cáncer de Colon PREVECOLON. Ampliación de número de especialidades en el CAP Galapagar. Proyecto policlínico ► 4c2 y consultas de alta resolución. Participación de AP en CE, hecho clave para la continuidad asistencial y la satisfacción de los GI y aliados estratégicos.</p>	<p>_Listado de prestaciones</p> <p>_Unidad de Salud Mental</p> <p>_Alianzas con HUPH</p> <p>_Unidad de atención Psiquiátrica</p> <p>_Servicio de rehabilitación</p>	<p>9b7</p> <p>9b9</p> <p>6b8</p>	<p>Gerente DM</p>

<p>5b2. Innovación en los servicios (LE5) ▶ 1d2 ▶ 4d1</p> <p>E/D: En los diferentes grupos de trabajo surgen las posibilidades de innovación en procesos apoyados por el potente y proactivo servicio de sistemas de información que tenemos desarrollando soluciones innovadoras en los servicios. En investigación: La integración del HUEE en el Instituto de Investigación clínica con HUPH desde 2015 facilita el desarrollo de líneas con participación de HUEE, ej. Línea de continuidad asistencial.</p> <p>E, R, P: Desarrollos continuos en alertas de información clínica (alertas inter-servicios; anatomía patológica; laboratorio; conciliación de la medicación, multiresistencias), con resultados de reducción de tiempos para el paciente y la efectividad de la comunicación. Teleradiología. Teleconsulta. 2016: Consulta de continuidad asistencial que permite una optimización en la asistencia de PCC. Prescripción electrónica validada, prescripción electrónica en ortoprótesis (en desarrollo). Sistemas de ayuda a la decisión clínica. Pilotaje receta electrónica en AH. Durante 2017 se han producido importantes cambios en Urgencias: Box rápido, separación de la urgencia pediátrica y triaje por enfermería dando una mayor capacidad de resolución y acortamiento de tiempos de respuesta, y se ha introducido un el sistema de gestión de colas en consultas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> _Sistemas de Alerta _Receta electrónica _Sistema de gestión de colas _Fast-track 	<p>6a15 6a16 6b6 6b8 6b7 7a2 8b8 9b1 9b7</p>	<p>Líderes</p>
<p>5c1. Continuidad asistencial/continuidad de cuidados</p> <p>E: Creación de un Proceso Asistencial Integrado para el despliegue de la estrategia de crónicos de la CAM liderado por MI, con geriatra y enfermera de enlace y en colaboración con AP y residencias con el objetivo de reducir los ingresos potencialmente evitables de este tipo de pacientes. Con la apertura de Consulta de Continuidad de Cuidados en febrero de 2016 se busca también adaptar los circuitos de comunicación entre ámbitos asistenciales.</p> <p>D: Se sigue a través de la comisión de continuidad de cuidados que se reúne mensualmente e integra especialistas que intervienen en el proceso del paciente haciéndole también participe.</p> <p>E, R, P: En Paciente crónico el plan de cuidados se inicia desde la CCC. Comunicación directa con CS, trabajo con AP para unificar escalas de valoración y facilitar la estratificación desde AP. Implementación de planes de cuidados estandarizados. Mejora de circuitos. Participación de AP en CE, hecho clave para la continuidad asistencial y la satisfacción de los GI y aliados estratégicos. Conciliación de la medicación.</p>	<ul style="list-style-type: none"> _Cronograma de trabajo de CCC _Memoria de continuidad asistencial _Proceso Asistencial Integrado (PAI) 	<p>6b3 6b8</p>	<p>DE DM</p>
<p>5c2. Seguridad del Paciente (LE4)</p> <p>E: Despliegue de la Estrategia de la CAM de seguridad del paciente a través de la creación de la Comisión UFRS (2008) liderado por DE y alineado con la LE 4.3 Seguridad del Paciente. Anualmente se definen objetivos en la comisión y se reporta la información y seguimiento de su actividad a la consejería. Se ha creado una sistemática documentada que incide en la seguridad del paciente como, por ejemplo, Procedimiento de Notificación de Incidentes y Eventos Adversos y se hace seguimiento de las prácticas implantadas como por ej. Informes de Análisis de Incidentes.</p> <p>D: Desde la comisión se desarrollan varias líneas de mejora, destacando las actuaciones en Higiene de manos. Grupo promotor de higiene de manos consolidado y con excelentes resultados.</p> <p>E, R, P: Hemos ido avanzando en esta línea dirigiendo acciones para la sensibilización, detección y análisis de incidentes de seguridad y en la identificación y promoción de prácticas seguras. Nombramiento de responsables de seguridad por área, realización de rondas de seguridad planificadas. Incremento en la notificación de incidentes y análisis de causas individualizado en comisión. En higiene de manos se sigue trabajando con resultados muy positivos en la evolución en la adherencia de higiene de manos con el Objetivo 80. Reconocimiento en 2016 de dos prácticas generalizables. Mejores Prácticas en Seguridad Implantadas (Alertas Automáticas Personalizadas en SELENE, Sistemas de Apoyo en la Prescripción de Medicamentos, Alertas Sobre Resultados Clínicos Relevantes: AP y LAB). Modelo Único de Check-List Quirúrgico revisado en 2017. Otras actuaciones relevantes en seguridad: Grupo PROA (Comisión de Infecciones). Farmacovigilancia. Proyecto IQ Zero. Control Sistemático ILQ (VIRAS). Extensión del sistema de identificación de vía de administración de medicamentos a todo el hospital (anteriormente circunscrito a REA). Sistema de identificación inequívoca de medicación a pacientes hospitalizados. Sueros Precargados con K+. Alertas de multiresistencias. Conciliación de la medicación. CISEMadrid.</p>	<ul style="list-style-type: none"> _Estrategia de la CAM en Seguridad del Paciente (2015-2020) _Procedimiento de notificación de incidentes _Actas, Informes de seguimiento UFRS _Análisis de incidentes _Proyecto HM "Objetivo 80" _Evaluación del programa de promoción de HM 	<p>EPINE: Estudio de Prevalencia de las Infecciones Nosocomiales.</p> <p>6b4 6b7 9a5 9b10</p>	<p>DE</p>
<p>5c3. Acercamiento del servicio a la población (LE1) ▶ 5b1</p> <p>E: En este ámbito y con las directrices de la LE1. Accesibilidad, estamos trabajando en varias direcciones: 1.-Mejorar el acceso al hospital para lo cual estamos desarrollando tres líneas (Ampliar las zonas de aparcamiento, aumentar la frecuencia del transporte público, combinar los horarios de atención a los pacientes con los del transporte existente es cada municipio). 2.-Ampliación y adaptación de la cartera de servicios a nuestra población de referencia ▶ 5b1. 3.-Estar más cerca de la población trabajando conjuntamente con los CS de la zona, por ejemplo, con ampliación del número de especialidades en CAP Galapagar. Acciones que evitan desplazamientos innecesarios y optimización de la atención.</p> <p>D: Despliegue de la LE 1 a través de la comisión de estrategia.</p> <p>E, R, P: Ejemplos de mejoras introducidas en este campo: Consulta Obstetricia y Reumatología en Galapagar. Implementación de la comunicación con los municipios de referencia para el Hospital que facilita la imbricación del HUEE con nuestros municipios. Participación en Escosalud. Colaboración con Ayuntamiento de San Lorenzo de El Escorial. Mesas Redondas en Prevención del Tabaquismo y atención en el proceso del parto. Stand con información y educación en hábitos saludables. Jornadas de prevención de Glaucoma (OFT). Proyecto policlínico ▶ 4c2.</p>	<ul style="list-style-type: none"> _Cartera de servicios _Alianzas Sanitarias _Consultas en Galapagar _Talleres con colegios _Visitas de alumnos _Reuniones con asociaciones 	<p>9b7 9b9</p>	<p>Gerente</p>

<p>5c4. Humanización de la asistencia E: Alineado con el plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria se ha creado la Comisión de Humanización (2017) a través de la cual se despliegan todas las acciones que se llevan a cabo en torno a las 9 LE de Humanización definidas por la CAM. D: Definidos indicadores de humanización y seguimiento de los mismos con informe anual de cumplimiento. E, R, P: En 2017: Presentación a la candidatura de los premios Best in Class al Mejor proyecto de Humanización de la Asistencia Sanitaria: "Involucrando a los profesionales en la experiencia del paciente a través de los Talleres de CP. Cumplimiento del 98% del programa de humanización establecido en el HUEE. Resultado muy positivo en pregunta sobre humanización a usuarios ► 9a.</p>	_Plan de humanización _Comisión de humanización _Indicadores de humanización	6a8 6a10 6a12 6a14	R. SIAP
<p>5d1. Gestión Asistencial (LE3) E: Objetivo optimizar el flujo asistencial a diferentes niveles (citación, admisión, alta y listas de espera, procesos asistenciales, la gestión de la HIS y las relaciones con AP y otros Hospitales). D: Mejoras que se introducen a través del análisis de interrelaciones entre procesos asistenciales en las reuniones de diferentes grupos de trabajo. E, P, R: Consolidación de mesa de camas para ajuste entre oferta y demanda clínica, introducción de mesa quirúrgica. Figura de coordinador quirúrgico para optimizar los espacios en CMA y reanimación. Implantación de programas Not to do. Unificación Gestión de Citas TRA: CEX, LEQ, RAD, derivaciones. Reestructuración de los flujos de circulación de pacientes URG: aumenta la confortabilidad y disminuye la EM de resultados y global. La creación de circuito específico para URG pediátricas ha dado como resultado un aumento de un 40% en este tipo de urgencias ► 9b. La implantación de triaje enfermería URG ha optimizado el proceso. Fast-tracks: Evitación de circuitos redundantes no óptimo-eficientes. Optimización de circuito de citologías evitando dos consultas en GINE y una consulta en AP. Redefinición de criterios de ingreso (URG).</p>	_Acciones de mejora _Guía de acogida al paciente _Protocolos y Guías clínicas _Actas mesa de camas y mesa quirúrgica	6b5 6b6 6b8 9a 9b4 9b8 9b11 9b12	CD
<p>5d2. Comparaciones con referencias relevantes (LE4) Comparación sistemática de resultados con Hospitales de la CAM, especialmente con G1 y HGV. Presentación sistemática a premios que valoran la gestión asistencial (TOP 20, Barea, BIC,).</p>	_Premios conseguidos	6a 9a 9b	R. Calidad
<p>5d3. Gestión Medioambiental (LE6) ► 4c1</p>	_ISO 14001	_	RMA
<p>5e1. Información y atención al ciudadano (LE4) E: Enfoque transversal que engloba toda la vinculación del hospital con el ciudadano. Sistemática de trabajo muy consolidada haciendo seguimiento mensual de toda la actividad: gestión de sugerencias reclamaciones y agradecimientos, entrevistas y quejas verbales, actividad de los informadores (acogida en urgencias, CMA y hospitalización, atención al duelo), seguimiento del programa social y del programa de voluntariado, análisis de encuestas corporativas y recogida de información interna (NPS, boca a boca, encuestas ISO, grupos focales). D: Se marcan anualmente objetivos y líneas de trabajo que se siguen y materializan durante el año elaborando un informe anualmente de la actividad del servicio. Se identifican acciones de mejora de encuestas que se van abordando E, R, P: En 2015 se inicia la encuesta telefónica de única pregunta, permite una monitorización constante y diaria, cálculo de índice NPS y la identificación de áreas de mejora en la asistencia. En 2017, extensión Índice NPS a URG AD (implantado en URG PED), CMA GIN y TRA (implantado en CMA CGD), CEX OBS y TRA (implantado en CEX GIN)</p>	_Informes de seguimiento de SIAP _Informes de iniciativas de encuesta de única pregunta _CM de SIAP _Objetivos de SIAP _Informes de resultados de satisfacción	6b1 6b2 6a15 6a16 6a1-6a12	R. SIAP
<p>5e2. Información de otros GI Identificación de Necesidades/Expectativas de las Partes Interesadas ISO 9001/14001 y recogida de su percepción a través de encuestas (Atención primaria, otros hospitales, Universidades, percepción interna, procesos).</p>	_Encuestas a GI	8a1 8a2 8a3 8a4, 8a8	R. Calidad
<p>5e3. Calidad percibida (LE4) E: Desde la puesta en marcha del Plan de Calidad percibida (2006), y la creación en 2007 de la CCP (pionero en la CAM) se han cerrado múltiples ciclos de mejora. La sistemática de trabajo de la comisión está muy consolidada (reuniones quincenales, desarrollo de planes de CP anuales, organización de talleres bienales, memorias anuales de actividad, edición de Boletín de CP semestral). Programa Voz del Paciente: Encuestas Cualitativas con Grupos de Ciudadanos, Pacientes y Familiares. D: Comité de calidad percibida con reuniones quincenales. E, R, P: En 2014 premiado en premios Barea, en la modalidad Gestión Global. Finalistas en premios a las mejores prácticas de calidad organizados por AMCA 2015. En 2016 Grupo de opinión: Familiares de pacientes ingresados (recoger opiniones sobre el hospital en general y sobre el ingreso de sus familiares). Entrevistas a pacientes ingresados para conocer la opinión sobre el servicio de comidas. Gestión de los pequeños detalles. En 2017 se ha celebrado el III Taller de CP "Experiencias para acercarme a ti" involucrando a diferentes entidades (Ayuntamiento San Lorenzo de El Escorial y asociaciones (ONCE, Cruz Roja, SUMA 112) Este año los sanitarios han pasado por las experiencias reales a las que se tienen que enfrentar los pacientes. Se trata de ponerse, "en su piel" para ser conscientes de los estados de incertidumbre, miedo, o angustia por los que atraviesan cuando acuden a un centro sanitario. Experiencias de realidad virtual al servicio de la sanidad. Talleres con colegios. Constitución de Comisión contra la Violencia en colaboración con entidades locales. La revisión del enfoque se hace a través de cuestionario de CP, autoevaluaciones y resultados obtenidos.</p>	_Actas reuniones comisión de CP _Accésit Premios Barea 2014 _Plan de CP _Talleres de CP _Reuniones con asociaciones _Estudios cualitativos	6a1-6a12	R. SIAP

