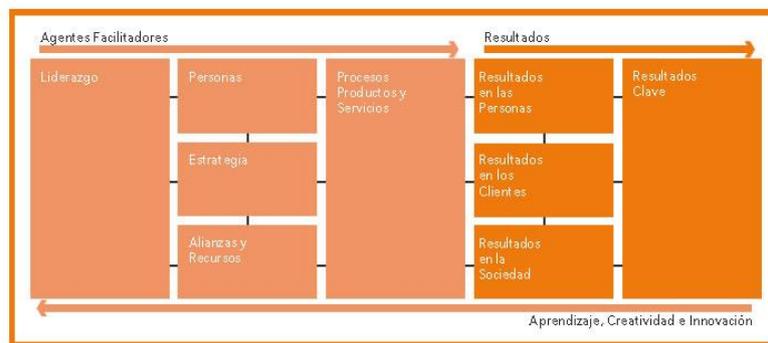




Informe de Evaluación Premium



©1999 EFQM El Modelo es una Marca Registrada de la EFQM

Sello de Excelencia Europea



Dirigido a:

Rosa María Salazar de la Guerra
HOSPITAL DE GUADARRAMA
18/03/2019

Índice

Introducción.....	3
Descripción del proceso de evaluación.....	3
Resumen Ejecutivo.....	6
Buenas Prácticas.....	10
Evaluación por criterios.....	11
Puntuaciones.....	44
Anexo: Informe de posicionamiento	¡Error! Marcador no definido.

Introducción

A continuación se presenta el Informe de la Evaluación llevada a cabo por el equipo de evaluadores formado por:

- | | | |
|-------------------------------|---------|-----------------------|
| ➤ Pilar Bravo Cornejo | CEG | Evaluador |
| ➤ Jesús Emiliano Martín Pozas | CEG | Evaluador |
| ➤ Carmen Manresa Bollaín | SGS-ICS | Evaluador |
| ➤ Oswaldo González Cameno | SGS-ICS | Evaluador Coordinador |

La evaluación se ha llevado a cabo tomando como base la información recibida de la organización a través de la Memoria presentada por el HOSPITAL GUADARRAMA, y del conjunto de los datos recibidos en la visita de evaluación realizada a sus instalaciones. La Memoria fue elaborada de acuerdo al Modelo EFQM de Excelencia 2013 y a la metodología de evaluación EFQM según la memoria conceptual.

Se ha realizado una Evaluación Premium de acuerdo al Esquema de Reconocimiento 2016.

Descripción del proceso de evaluación

Es la quinta evaluación externa recibida por el HOSPITAL GUADARRAMA dentro del esquema de reconocimiento del Sello de Excelencia Europea. La primera evaluación externa se realizó en 2009 y la segunda en 2012, en ambas se obtuvo y se renovó respectivamente el Sello 400+. En 2014 se obtuvo el Sello 500+, que se renovó en 2016.

Se ha utilizado como referencia el Modelo EFQM de Excelencia 2013, y el Esquema de Reconocimiento 2016 de acuerdo a los criterios de la Evaluación Premium, así como los Procedimientos y formatos del CEG, actualmente vigentes.

Con anterioridad a la visita de evaluación, cada evaluador realizó un análisis de la Memoria preparando un resumen de la información recibida en relación con la Información Clave, Temas Clave generales, puntos fuertes, áreas de mejora y temas de visita por cada subcriterio.

El día 18 de febrero de 2019 se llevó a cabo la reunión de consenso, en la cual se acordó el modelo de organización, así como los temas clave generales y puntos fuertes, áreas de mejora y temas de visita por cada subcriterio. Se confirmó también el Programa de Visita que había sido enviado previamente al HOSPITAL GUADARRAMA para comentarios.

La visita de evaluación se llevó a cabo los días 19, 20 y 21 de febrero de 2019, en las instalaciones del HOSPITAL GUADARRAMA en la calle Molino de Rey 2, 28440 Guadarrama, Madrid. La organización de la visita por parte de HOSPITAL GUADARRAMA se adaptó a lo previsto en el Programa enviado, proporcionando los interlocutores y documentación adecuados para cada tema a evaluar.

La visita se inició con una reunión de apertura a la cual asistieron las personas pertenecientes a la Comisión de Dirección y a la Comisión Técnica, entre otros. Se llevó a cabo una presentación por parte de la Gerencia que comunicó algunos cambios recientes, situación actual, etc. El equipo evaluador confirmó el Programa de Visita previamente acordado y recordó brevemente los objetivos de la evaluación y las actividades a llevar a cabo.

Durante la visita de evaluación se realizaron entrevistas con diversas personas del Hospital, Gerencia, Comisión de Dirección, Comisión Técnica, médicos, enfermeras, etc. Asimismo, se realizó un focus-group con varias personas de diversos niveles del Hospital, tanto sanitario como administrativo y de servicios.

Las personas entrevistadas fueron:

- D^ª. Rosa Salazar de la Guerra. Directora Gerente
- D. Santiago Alonso corral. Director Médico.
- D^ª. M^ª. Jesús Labrador Domínguez. Directora de Enfermería.
- D^ª. Raquel Beltrán García. Directora de Gestión.
- D^ª. Estela Muñoz González. Supervisora.
- D. Ángel Varela Álvarez. Jefe Mantenimiento.
- D^ª. Marta Sánchez García. Supervisora.
- D^ª. Raquel Blasco Moreno. Jefe de Equipo.
- D. Javier González de la Aleja. Jefe Dpto. Personal.
- D^ª. María Caballero Nahúm. Jefe Gimnasio.
- D. Manuel Ángel Pascual Pascual. Supervisor.
- D^ª. María Paz Rojo Mota. Jefe de Cocina.
- D^ª. Mar Alonso Martín. Jefe Servicio Médico.
- D^ª. Andrea San Gregorio Matesanz. Jefe Enfermería.
- D. Óscar Escolante Castro. Rehabilitador.
- D^ª. Paloma Calleja Toledano. Técnico Servicio Admisión.
- D^ª. Concepción Rey Benayas. Secretaria Comisión de Calidad Percibida.
- D^ª. Sonia Hidalgo Ramos. Enfermera de Calidad.

Además se entrevistó a dos grupos focales de 6 personas cada uno, de diversas categorías profesionales, uno de personal sanitario (médico, enfermeras, auxiliares de enfermería, fisioterapeuta... etc.) y otro con personal no sanitario (administración, limpieza, mantenimiento, almacén... etc.)

El tercer día de la visita, tras la reunión de consenso del equipo evaluador en las instalaciones del Hospital, tuvo lugar la reunión de cierre, en la cual se informó a la Organización de las conclusiones del equipo evaluador, agrupadas según los Conceptos Fundamentales de la Excelencia. A las reuniones de entrada y salida asistió la Comisión de Dirección, Comisión Técnica, mandos intermedios y otras personas que han participado en la autoevaluación.

El equipo evaluador fue acogido amablemente y dispuso de amplias facilidades para desarrollar el trabajo programado. El personal del HOSPITAL GUADARRAMA se mostró muy colaborador durante todo el proceso de evaluación.

Posteriormente se elabora el presente **Informe** con el siguiente contenido:

- Introducción
- Descripción del proceso de evaluación
- Resumen ejecutivo
- Buenas prácticas
- Evaluación por criterios
- Puntuaciones

Se pudo comprobar el estado general de las instalaciones. Sin que sea un objetivo de la visita la evaluación técnica de las instalaciones, éstas se consideran adecuadas a su uso, amplias y de alto nivel.

Se puso a disposición del equipo evaluador documentación de apoyo al contenido de la Memoria, que ampliaba los datos de la misma, tanto en sus aspectos de agentes facilitadores como de resultados, así

como registros de las actividades de gestión y operativas, tales como Cuadros de Mando, Plan Estratégico, Contrato programa, Plan de Calidad, Resultados de encuestas, Actas de Comisiones, etc.

El equipo evaluador quiere manifestar su agradecimiento a la Dirección de I HOSPITAL GUADARRAMA, así como al resto de personas de la Organización, por las atenciones prestadas y su colaboración durante la visita y entrevistas, tanto en lo relativo a la organización y preparación de la agenda, como a la disposición e interés demostrados, que han facilitado la realización de la evaluación y de este Informe.

Resumen Ejecutivo

HOSPITAL GUADARRAMA es un centro sanitario público de media / larga estancia, perteneciente al Servicio Madrileño de Salud de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Lleva a cabo su actividad como centro de apoyo a los grandes Hospitales de agudos de Madrid, actualmente a través de la Unidad Central de Derivación de Pacientes. Sus servicios están preferentemente dirigidos a personas frágiles con pluripatología y, en muchos casos, con componente social añadido, prestando asistencia médica y cuidados de enfermería a través de equipos interdisciplinares especializados.

Cuenta con una zona de hospitalización de 144 camas y una plantilla de 311 personas, mayoritariamente femenina. Además de las Unidades Clínicas y Consultas externas, dispone de gimnasio, jardín, escuela de cuidadores, telemedicina, investigación, actividades grupales de entrenamiento cognitivo, formación continuada y docencia.

Por su carácter de Centro Público, las competencias del Hospital son limitadas en cuanto a gestión económica financiera; el esfuerzo se orienta a la eficiencia en los costes no a la generación de ingresos. HOSPITAL GUADARRAMA realizó su primera autoevaluación en base al Modelo EFQM en el año 2005. En 2009 repitió el proceso y, como se señaló anteriormente, se presentó a la evaluación externa en la cual obtuvo el Sello 400+, que renovó en 2012. En 2014 obtuvo el Sello 500+, que renovó en 2016.

TEMAS CLAVE:

El HOSPITAL GUADARRAMA está incluido dentro de la gestión del SERMÁS. Por lo tanto, su gestión está condicionada por la Consejería, que es su principal grupo de interés, además de los pacientes. El marco de referencia que debe seguir es el Contrato Programa (anual). La oferta de los servicios se adapta a la planificación de la CAM y a las necesidades específicas del entorno.

Las prioridades estratégicas de HOSPITAL GUADARRAMA se plasman en varios documentos. Además del Contrato Programa, en primer lugar, el Plan Estratégico 2016-18 recientemente finalizado, y que se despliega en las siguientes líneas estratégicas:

- Innovación en servicios y organización
- Control y flexibilidad en la gestión. Sostenibilidad, eficiencia y seguridad
- Proyección e imagen del Hospital como Hospital centrado en las personas
- Personas: Desarrollo, participación y logro
- Orientación al paciente: Autonomía y Humanización
- Actualización del proceso asistencial basado en la mejor evidencia

Existen además Planes de Calidad específicos anuales (consecuencia de los sistemas de calidad).

Se alcanzan buenos resultados, tanto en la ejecución del presupuesto asignado como en el alto nivel de cumplimiento del Contrato Programa, Planes de Calidad, resultados clave, etc..

Asimismo, destaca una fuerte cultura de promoción y desarrollo de alianzas y comparaciones con otros Centros similares.

Se dispone de la certificación ISO 14001 de gestión ambiental, y se ha ampliado la certificación ISO 9001 del sistema de gestión de calidad al conjunto del hospital.

VALORES DE LA EXCELENCIA:

Añadir Valor para los Clientes

Se manifiesta un fuerte enfoque al paciente, identificando sus necesidades y expectativas y manteniendo una frecuente comunicación con ellos, a través de mecanismos tales como La Voz del Paciente, grupos focales, encuestas, etc. El Hospital muestra asimismo una fuerte orientación hacia otros segmentos considerados clientes, por ejemplo, Hospitales derivadores, UCOA, alumnos en prácticas, etc.

La orientación al cliente se evidencia asimismo en reconocimientos, tales como acreditación Patients First, Premio Impulso, valoración de seguridad del paciente por el SERMAS, participación en la red internacional BPSO, etc.

Se refuerzan los aspectos orientados a la humanización, incluyendo el diseño de un “espacio-hogar” para pacientes y familiares, lo que les permite mejorar su calidad de estancia dentro del Hospital.

Se ha definido la Carta de Servicios del Hospital incluyendo compromisos específicos cuyo cumplimiento se hace público a través del SERMAS.

Se podría analizar la importancia otorgada por los clientes a los diferentes ítems de las encuestas, avanzando asimismo en el despliegue del mapa de experiencia de cliente fomentando la participación activa de los mismos.

Crear un futuro sostenible

Se ha definido un Plan de Responsabilidad Social Sociosanitaria, que se despliega en objetivos estratégicos alineados con los Objetivos de Desarrollo Sostenible de Naciones Unidas.

Existe un alto nivel de cumplimiento del presupuesto y de los compromisos económicos del Contrato Programa, lo cual apoya la sostenibilidad del Hospital.

El Hospital lleva a cabo una gestión ambiental relevante que se manifiesta en la Certificación ISO 14001, aplicable a todas sus actividades, así como en otras acciones tales como celebración del Día de Medioambiente, acciones de formación y sensibilización internas y externas, etc.

Además de la propia misión del Hospital, se llevan a cabo numerosas acciones de colaboración con la sociedad, especialmente orientadas a la zona de influencia, tales como recogida de alimentos y ropa, fomento del voluntariado joven, impartición de charlas y talleres, etc.

Sin embargo, se podría avanzar en la definición de indicadores y resultados a conseguir en relación al impacto social del Hospital, tanto en cuanto a actividades realizadas como a su posible influencia en la percepción de la sociedad.

Desarrollar la capacidad de la organización

Se ha establecido un Plan de Alianzas que contempla tanto el establecimiento de las mismas como el seguimiento periódico de los beneficios obtenidos; existen alianzas con otros Hospitales, Universidades, Administraciones, etc.

Se asegura disponer de recursos financieros para apoyar el desarrollo y el crecimiento del Centro, que se corrobora con la tendencia creciente de inversiones, dentro del grado de autonomía existente.

El Hospital ha iniciado un proceso de refuerzo de valores éticos y responsables en su cadena de valor, mediante un compromiso específico de sus proveedores en esta materia.

Se realiza un mantenimiento sistemático de las instalaciones y equipos, especialmente en sus aspectos preventivos y reglamentarios, si bien se podrían agilizar los procedimientos establecidos para la gestión del mantenimiento correctivo.

Aprovechar la creatividad y la innovación

Existe una línea estratégica que recoge la innovación en servicios y organización; se han ido adaptando algunos servicios a las necesidades y expectativas de los clientes, tales como visitas de mascotas, video conferencias, proyecto SueñoOn, etc.

Asimismo, se fomenta la innovación a través de la participación en Proyectos de la Consejería, actividades de investigación, etc.

Se fomenta la cultura de innovación y creatividad a través de aportaciones al Comité “Generador de Ideas”, existiendo un procedimiento orientado a ordenar la actividad; no obstante, convendría seguir mejorando la sistemática, tanto de captación de ideas como de su comunicación, seguimiento y resultados.

Se podría reforzar el establecimiento de objetivos claros para la innovación, basados en el entorno y las oportunidades detectadas.

Liderar con visión, inspiración e integridad

El Hospital ha definido su Misión, Visión y Valores que se revisan periódicamente con cada reflexión estratégica.

Se evidencia una fuerte implicación e impulso de los líderes con la cultura de excelencia y mejora continua, que se manifiesta en numerosos reconocimientos externos, certificaciones, etc.

Se establecen Planes Estratégicos trienales que se complementan con un Plan de Calidad definido en base a las autoevaluaciones realizadas por el Hospital.

Los líderes mantienen un contacto frecuente con los grupos de interés externos, con el fin de adaptar la organización a los cambios del entorno y reforzar la imagen y reputación del Hospital.

Si bien se dispone de un Modelo de Liderazgo, se podría avanzar en su despliegue y coordinación con el proceso de evaluación por competencias, de forma que pueda utilizarse como referencia para la evaluación de la eficacia del liderazgo.

Gestionar con agilidad

Se dispone de un Mapa de Procesos aplicable al conjunto de las actividades; en todos los procesos operativos y la mayor parte de los de apoyo se han desplegado indicadores, PNTs, fichas de proceso, etc., que se revisan y mejoran de forma sistemática, interna y externamente.

Se dispone de Certificación ISO 9001, cuyo alcance se ha ampliado recientemente al conjunto de la organización.

Se han establecido diversos Cuadros de Mando que recogen las principales áreas del Hospital (financiera, de calidad, etc.), que utiliza el equipo directivo para su análisis y toma de decisiones, con información actualizada.

Analizar el simplificar y agilizar la gestión de indicadores, identificando claramente aquellos que aporten más valor para la toma de decisiones fundamentada.

Alcanzar el éxito mediante el talento de las personas

Las personas se implican en la mejora de la gestión y de la calidad asistencial a través de la participación en Comisiones, grupos de trabajo, gestión por procesos, autoevaluaciones, etc.

Existen diferentes mecanismos para recoger de forma estructurada la percepción de las personas, tales como encuestas, grupos focales, etc., que permiten desarrollar acciones específicas de mejora; sin embargo, se podría reforzar la implantación de acciones de mejora específicas así como la evaluación de su eficacia en posteriores encuestas.

Pese a las posibles limitaciones existentes en la gestión de personas, se podría avanzar en diversos enfoques orientados hacia ellas, como por ejemplo evaluación de competencias, evaluación del rendimiento, reconocimientos, comunicación interna, etc., que, si bien se han trabajado, no siempre alcanzan un nivel de interiorización positiva por parte de los colaboradores.

Mantener en el tiempo resultados sobresalientes

El Hospital cuenta con numerosos resultados que se controlan a través de una cultura de medición constante (indicadores de proceso, de Departamento, de calidad, asistenciales, económicos, etc.).

Se realiza de forma sistemática el seguimiento de los objetivos establecidos en el Contrato Programa, Plan de Calidad, Plan Estratégico, etc., que alcanzan un alto nivel de cumplimiento.

Se dispone de comparaciones de numerosos resultados tanto a través del SERMAS como de un Club de Benchmarking establecido con Hospitales similares.

Analizar la revisión del establecimiento de resultados clave, de forma que se evidencie su coherencia con los distintos enfoques estratégicos, y diferenciando claramente aquellos resultados que se pretende alcanzar de los indicadores y objetivos inductores que ayudan a conseguir y mejorar los resultados.

Buenas Prácticas

NEURO-REHABILITACIÓN

Implantación reciente de herramienta de rehabilitación interactiva en la que, por un lado, se estimula al paciente para lograr los objetivos que se establecen en cada sesión atendiendo a los resultados anteriores o informe médico (muy visual y claros los avances que se van logrando para los pacientes) y por otro agiliza el proceso rehabilitador.

Debido al corto periodo de implantación, aún no se tienen datos concluyentes de la efectividad de la herramienta y beneficios

PROGRAMA SUEÑO

Dentro de su Plan de Humanización, el HOSPITAL GUADARRAMA ha profundizado en el Proyecto SueñoOn, orientado a garantizar y mejorar la calidad del sueño de los pacientes, de forma que sea realmente un momento de descanso reparador, a través de la minimización de ruidos y luces durante las horas “críticas” de la noche. Como parte del Proyecto, se han colocado ruedas de goma en las camas y carros para evitar ruidos en el momento de traslados de otros pacientes, se está incorporando iluminación de tecnología LED en las habitaciones, así como sectorizando eléctricamente las habitaciones dobles para no tener que encender la habitación completa cuando, por la noche, el personal de enfermería deba realizar comprobaciones o seguimientos sobre uno de los pacientes. Se controlan los decibelios a través de sistemas de alerta (“oreja”).

Evaluación por criterios

CRITERIO 1. LIDERAZGO

Las Organizaciones Excelentes tienen líderes que dan forma al futuro y lo hacen realidad, actuando como modelo de referencia de sus valores y principios éticos e inspirando confianza en todo momento. Son flexibles, permitiendo a la organización anticiparse y reaccionar de manera oportuna con el fin de asegurarse un éxito continuo.

1a. Los líderes desarrollan la misión, visión, valores y principios éticos y actúan como modelo de referencia.

Puntos Fuertes más importantes

- Se han definido Misión, Visión y Valores que se revisan en cada reflexión estratégica; la última revisión se ha llevado a cabo con motivo de la definición del nuevo Plan Estratégico 2018-2021. A partir de las mismas, la Dirección, ha desarrollado una “Cultura de Organización” basada en el enfoque al paciente y sus familias (fuertemente arraigada en todos los colaboradores).
- Se dispone de un Código de Conducta Profesional, que pone de manifiesto las conductas admitidas (espíritu de servicio, el trabajo en equipo, el desarrollo de las personas y la mejora) y no admitidas en la organización. Actualmente en proceso de revisión para reforzar su orientación a los grupos de interés e incluir aspectos relativos a soborno, corrupción, etc., y se ha elaborado un Código Ético de Responsabilidad Social Sociosanitaria. Asimismo, el Hospital acepta el Código Ético del Club de Benchmarking, orientado a regular la realización de estas actividades. Existe un Comité Ético integrado por personas de otros Hospitales (entre otras funciones, tales como protección de los derechos de los ciudadanos, asesoramiento en la toma de decisiones, propuesta de alternativas para conflictos éticos, etc.).
- El equipo de dirección mantiene un estilo de liderazgo abierto, accesible, constructivo, y de mejora permanente. Desde 2013 se ha definido un Modelo de Liderazgo, revisado en 2016, que define el comportamiento esperable así como comportamientos rechazables de los líderes, basado en competencias, que establece un carácter abierto y participativo y se basa en el espíritu de servicio, el trabajo en equipo, el desarrollo de las personas y la mejora.
- Además de las encuestas de clima, se ha llevado a cabo recientemente un proceso de evaluación de competencias de líderes y mandos intermedios, incluyendo autoevaluación, que ha dado lugar a la identificación de planes específicos de mejora. Por ejemplo, la formación en aquellas competencias sobre las que se considera que se debe incidir, en función de los resultados obtenidos, por ejemplo, comunicación o inteligencia emocional. Se han dado cursos de Gestión por competencias y de Planes Individualizados de mejora.

Áreas de Mejora fundamentales a considerar

- Si bien se dispone de un Modelo de Liderazgo desde 2016, se podría avanzar en el despliegue del mismo, así como en su utilización como referencia para la evaluación de competencias de los líderes.
- Con el fin de implantar posibles mejoras en el desarrollo futuro del Modelo de Liderazgo analizar iniciativas tales como la consulta a los trabajadores sobre dicho Modelo y el Código de Conducta Profesional y realizar comparaciones con otras organizaciones, dentro y fuera del sector sanitario.
- Valorar el desarrollo de un sistema para medir la satisfacción con el Código de Conducta Profesional entre los empleados, incorporando ítems específicos del código, en las encuestas generales de clima.

CRITERIO 1. LIDERAZGO

Las Organizaciones Excelentes tienen líderes que dan forma al futuro y lo hacen realidad, actuando como modelo de referencia de sus valores y principios éticos e inspirando confianza en todo momento. Son flexibles, permitiendo a la organización anticiparse y reaccionar de manera oportuna con el fin de asegurarse un éxito continuo.

1b. Los líderes definen, supervisan, revisan e impulsan tanto la mejora del sistema de gestión de la organización como su rendimiento.

Puntos Fuertes más importantes

- Los líderes evalúan el rendimiento del Hospital en base a indicadores específicos establecidos para el seguimiento del Plan Estratégico, Contrato Programa, y Plan de Calidad, así como a través de Cuadros de Mando específicos Asistencial, Económico y de Calidad.
- Para la identificación de resultados clave, se han tenido en cuenta los relacionados con la actividad (estancias, ocupación, número de altas), con los aspectos asistenciales (ganancia en Barthel, considerando la ganancia obtenida en relación a la que podrían obtener) y algunos económicos, así como algunos seleccionados del Contrato Programa.
- Los líderes han impulsado la implantación de sistemas de gestión, ampliando su alcance progresivamente al conjunto de las actividades del Hospital.

Áreas de Mejora fundamentales a considerar

- Si bien se han identificado riesgos (asistenciales, seguridad de la información) no está clara la unificación de todos los riesgos del Hospital en un mapa de riesgos global que se integre en el proceso de planificación estratégica. Se podría reforzar el análisis de los datos disponibles, por ejemplo, análisis DAFO, PEST, etc., con el fin de identificar y evaluar posibles riesgos estratégicos asociados.
- Revisar los numerosos indicadores disponibles, seleccionando aquellos más útiles para la gestión y la toma de decisiones fundamentadas; asimismo, analizar el incluir en los resultados clave aquellos datos considerados más relevantes entre los asociados al cumplimiento de la estrategia, haciendo más accesible su análisis, evaluación de la consecución de objetivos, correlación de los indicadores de rendimiento, los clave, los estratégicos y los de procesos

CRITERIO 1. LIDERAZGO

Las Organizaciones Excelentes tienen líderes que dan forma al futuro y lo hacen realidad, actuando como modelo de referencia de sus valores y principios éticos e inspirando confianza en todo momento. Son flexibles, permitiendo a la organización anticiparse y reaccionar de manera oportuna con el fin de asegurarse un éxito continuo.

1c. Los líderes se implican con los grupos de interés externos.

Puntos Fuertes más importantes

- Los líderes se implican de forma activa con la Administración (Consejerías de Sanidad, Asuntos Sociales y Educación); asimismo, fomentan la interacción con los grupos de interés externos a través de jornadas de puertas abiertas, organización de eventos, presencia en Congresos, etc. Por ejemplo, en 2018, se colaboró en el grupo de trabajo de Estancia Media en Hospitales de media estancia, colaboración con la Escuela Madrileña de Salud, Ayuntamiento de El Escorial, etc..
- Se fomenta la transparencia a través de la publicación de Memorias y otros datos en la Página Web, así como en el Observatorio de Resultados de la CAM, abierto a los ciudadanos. A través del Portal de Transparencia del Área de Calidad de los Servicios de la Consejería, se publica la Carta de Servicios del Hospital, así como el grado de cumplimiento de los compromisos incluidos en la misma, en general elevado.

Áreas de Mejora fundamentales a considerar

- Avanzar en la identificación de metodologías específicas para la priorización a corto y largo plazo de las expectativas de los distintos grupos de interés de cara a especificar los compromisos con ellos, y adaptar la gestión de procesos a esta finalidad.
- Continuar promoviendo la incorporación de medidas de planes de responsabilidad social y ambiental en aquellos grupos de interés relevantes para la organización, con el fin de reforzar su liderazgo externo en el desarrollo sostenible en su ámbito de influencia.

CRITERIO 1. LIDERAZGO

Las Organizaciones Excelentes tienen líderes que dan forma al futuro y lo hacen realidad, actuando como modelo de referencia de sus valores y principios éticos e inspirando confianza en todo momento. Son flexibles, permitiendo a la organización anticiparse y reaccionar de manera oportuna con el fin de asegurarse un éxito continuo.

1d. Los líderes refuerzan una cultura de excelencia entre las personas de la organización.

Puntos Fuertes más importantes

- Se han definido la Misión, Visión y Valores, Políticas de Calidad y Medio Ambiente, Plan Estratégico, etc., que hacen visible el compromiso de los líderes con la excelencia y se han ido revisando para adaptarse al entorno y a las nuevas orientaciones de la Consejería de Sanidad. Este compromiso se manifiesta, entre otros, en las Certificaciones ISO 9001 e ISO 14001 para todo el Hospital, participación en las autoevaluaciones EFQM, etc., así como en otros proyectos de mejora, tales como Patients First, Proyecto Impulso, participación en la Red de Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados, Hospitales sin Humo, etc..
- Se llevan a cabo numerosas Comisiones y grupos de trabajo para la dinamización de los procesos, y como principales órganos de gestión que dan lugar a acciones de mejora; asimismo se fomenta el trabajo conjunto de diferentes colectivos. Por ejemplo, Grupo de la Voz del Paciente; Comisión de Humanización, Grupos de trabajo de proceso, ICTUS, Orto geriatria y Deterioro Funcional.
- El Hospital aprovecha el conocimiento generado por las autoevaluaciones y evaluaciones del Modelo EFQM. Se evidencian resultados del aprendizaje y las mejoras derivadas de los ciclos de revisión, cuyas acciones derivadas se incluyen en el Plan de Calidad. Por ejemplo, además del seguimiento de indicadores de calidad, acciones tales como mejora de la comunicación, reconocimiento, etc..
- Se evidencia una fuerte implicación de los líderes para apoyar la consecución de objetivos (comunicación anual periódica de objetivos y logros, participación en grupos de mejoras, etc.).

Áreas de Mejora fundamentales a considerar

- A pesar del Plan de Igualdad, en el que se pone de manifiesto el compromiso de HOSPITAL GUADARRAMA de fomentar la igualdad de oportunidades y la diversidad, rechazando cualquier discriminación por motivos de nacionalidad, sexo, raza religión o factores de tipo social, económico, ideológico, político o sindical, no se evidencia un proceso sistemático y/o política clara que permita dar forma a este compromiso, con indicadores y objetivos concretos en selección, contratación, desarrollo, promoción, etc.
- Se fomenta la cultura de la innovación y colaboración a través de aportaciones al Comité “Generador de Ideas”, existiendo un procedimiento que intenta ordenar la actividad. No obstante, analizar la mejora de la sistemática de captación de ideas, estableciendo “accesos” a través de los cuales se hagan llegar al Comité (intranet), publicitar la forma de priorización de las ideas planteadas, controlar el banco de ideas generado, realizar seguimientos y comunicaciones de los avances, etc..

CRITERIO 1. LIDERAZGO

Las Organizaciones Excelentes tienen líderes que dan forma al futuro y lo hacen realidad, actuando como modelo de referencia de sus valores y principios éticos e inspirando confianza en todo momento. Son flexibles, permitiendo a la organización anticiparse y reaccionar de manera oportuna con el fin de asegurarse un éxito continuo.

1e. Los líderes se aseguran de que la organización sea flexible y gestionan el cambio de manera eficaz.

Puntos Fuertes más importantes

- El Hospital ha elaborado un Procedimiento de Gestión del Cambio y se establecen Fichas de Seguimiento que contemplan identificación de necesidades, planificación de actividades, seguimiento, conclusiones de la implantación y validación mensual para los diferentes cambios implantados, por ejemplo, implantación del sistema de identificación de vías.
- Además de la reflexión estratégica, los líderes se adaptan a los cambios identificados en el entorno interno y externo a través de las diferentes Comisiones, dando lugar a la modificación de procesos, estructura organizativa, etc.
- El Hospital ha implantado diferentes cambios en sus servicios, tales como musicoterapia en paliativos, videollamadas para pacientes, neuropsicología, etc.

Áreas de Mejora fundamentales a considerar

- Si bien se lleva a cabo un seguimiento estructurado para los cambios asociados a mejora de procesos, podría aplicarse una planificación y seguimiento similares para cambios de carácter global, organizativos, etc.
- No queda clara la contribución de los grupos de interés para la definición e implantación de los cambios ni cómo se evalúa su satisfacción con los mismos.
- Si bien se realiza un seguimiento sistemático de los resultados obtenidos y sus posibles mejoras, se podría fomentar la predicción acerca de posibles situaciones no esperadas, y las posibles acciones del Hospital para adaptarse a las mismas, dentro de su autonomía de gestión.

CRITERIO 2 – ESTRATEGIA

Las Organizaciones Excelentes implantan su misión y visión desarrollando una estrategia centrada en sus grupos de interés. Estas organizaciones desarrollan y despliegan políticas, planes, objetivos y procesos para hacer realidad la estrategia.

2a. La estrategia se basa en comprender las necesidades y expectativas de los grupos de interés y del entorno externo

Puntos Fuertes más importantes

- Se ha definido un proceso específico para la elaboración del plan estratégico que garantiza la orientación al cumplimiento de la Visión a través de un estricto cumplimiento y seguimiento de la Misión.
- En cada reflexión estratégica se revisan los grupos de interés, pacientes, usuarios y familiares, centros de atención especializada, hospitales de agudos, centros de atención primaria, Consejería de Sanidad, organización central del SERMAS, personas, proveedores, aliados estratégicos, voluntarios, Colegios Profesionales, sociedad y Ayuntamiento.
- Se ha identificado canales de comunicación con dichos grupos de interés, y la información ha servido de entrada para el proceso de reflexión estratégica orientado a la elaboración del Plan Estratégico 2019–2021.

Áreas de Mejora fundamentales a considerar

- Aunque se realiza un análisis DAFO que incluye el análisis del entorno externo no se han identificado diferentes posibles escenarios futuros para el Hospital de cara al establecimiento de la estrategia.
- No se sistematiza la recogida de información de Fundaciones, Asociaciones, organizaciones sin ánimo de lucro, etc., de manera que puedan incorporarse líneas estratégicas con objetivos, acciones y planes específicos relativos a aspectos relacionados con la responsabilidad social.

CRITERIO 2 – ESTRATEGIA

Las Organizaciones Excelentes implantan su misión y visión desarrollando una estrategia centrada en sus grupos de interés. Estas organizaciones desarrollan y despliegan políticas, planes, objetivos y procesos para hacer realidad la estrategia.

2b. La estrategia se basa en comprender el rendimiento de la organización y sus capacidades.

Puntos Fuertes más importantes

- Además del análisis global del entorno interno realizado a través del análisis DAFO el Hospital lleva a cabo un seguimiento continuo del rendimiento de la organización, a través de los distintos indicadores existentes, tanto de gestión como asistenciales, que se gestionan principalmente a través de las Comisiones y grupos de trabajo.
- Se llevan a cabo diversas actividades de benchmarking, no solo en lo relativo a resultados, sino también en mejores prácticas, tales como identificación de pacientes, ICTUS, infección urinaria, etc.
- Como resultado de las diferentes fuentes de información se han puesto en marcha diferentes Planes y actuaciones, tales como Plan de Humanización, Plan de Autonomía, camas respiro, etc.

Áreas de Mejora fundamentales a considerar

- Podría utilizarse las actividades de benchmarking de resultados y buenas prácticas como complemento al análisis previo para la definición de la estrategia del Hospital.
- Se podría reforzar el análisis del impacto potencial de las nuevas tecnologías en el rendimiento de la organización.
- Aunque se ha avanzado considerablemente en la unificación y visualización de los planes de mejora que se ponen en marcha para el cumplimiento de la estrategia, no se ha conseguido vincular la medición de indicadores de forma que permitan valorar la evolución e impacto de las acciones que se están llevando a cabo.

CRITERIO 2 – ESTRATEGIA

Las Organizaciones Excelentes implantan su misión y visión desarrollando una estrategia centrada en sus grupos de interés. Estas organizaciones desarrollan y despliegan políticas, planes, objetivos y procesos para hacer realidad la estrategia.

2c. La estrategia y sus políticas de apoyo se desarrollan, revisan y actualizan.

Puntos Fuertes más importantes

- El Contrato Programa (anual) es el principal marco de referencia de los compromisos que adquiere el Hospital con la Consejería de Sanidad, y orienta las principales actividades y resultados a alcanzar.
- Además de lo anterior, el HOSPITAL GUADARRAMA establece Planes Estratégicos trienales; recientemente ha finalizado el Plan Estratégico 2016-2018, compuesto por seis líneas estratégicas desplegadas en objetivos, para los que se han establecido indicadores de seguimiento y definido acciones para su consecución. Por ejemplo, para la Línea 1, relativa a Innovación en Servicios y Organización se han fijado 5 objetivos estratégicos, ocho acciones y diferentes metas.
- Además de los Planes Estratégicos trienales, el Hospital desarrolla Planes de Calidad de carácter bienal, alineados con los criterios EFQM, que recogen actividades a realizar, asociadas a objetivos e indicadores específicos; asimismo, contemplan los aspectos de calidad derivados del Contrato Programa.

Áreas de Mejora fundamentales a considerar

- Está pendiente la finalización, aprobación y despliegue del Plan Estratégico 2019-2021, así como su adecuación en caso necesario al Contrato Programa relativo a 2019 (no disponible aún en el momento de la evaluación), así como la finalización del nuevo Plan de Calidad. En la medida de lo posible, sería conveniente elaborar dichos documentos de forma que se puedan considerar complementarios, evitando posibles duplicidades.
- No se recogen de manera específica los conceptos de sostenibilidad (distintos de la sostenibilidad económica) en la estrategia de la Organización. No obstante el Hospital desarrolla diferentes iniciativas ambientales, ISO 14001, ECO Hospital, etc.
- No ha habido mejoras en la metodología de la elaboración de la estrategia. Se podría sistematizar la priorización de elementos del DAFO, teniendo en cuenta aspectos de impacto y probabilidad.

CRITERIO 2 – ESTRATEGIA

Las Organizaciones Excelentes implantan su misión y visión desarrollando una estrategia centrada en sus grupos de interés. Estas organizaciones desarrollan y despliegan políticas, planes, objetivos y procesos para hacer realidad la estrategia.

2d. La estrategia y sus políticas de apoyo se comunican, implantan y supervisan.

Puntos Fuertes más importantes

- Se establecen Planes de Acción alineados con la estrategia en base a autoevaluaciones EFQM, indicadores de procesos, revisión por la Dirección, auditorías, Comisiones y Grupos de Mejora encuestas y grupos focales, indicadores de procesos y cuadro de mando, benchmarking, Contrato Programa, etc.
- Como ejemplo de despliegue de la estrategia de HOSPITAL GUADARRAMA y su compromiso con los clientes se desarrolla el Plan de Humanización aprobado en 2016, alineado con el Plan de Humanización del SERMAS (línea estratégica 5). Se establecen diversas líneas a trabajar, con objetivos, indicadores y acciones específicos por cada línea.

Áreas de Mejora fundamentales a considerar

- Aunque existe información disponible de los grupos de interés externos tales como la Memoria Anual (disponible la de 2017 en la web), carta de servicios, etc., podría reforzarse la comunicación de la estrategia a los grupos de interés distintos de los empleados.
- Aunque se está impulsando la creatividad y la innovación, se podría reforzar el establecimiento de objetivos claros para la innovación, basados en el entorno y las oportunidades detectadas.

CRITERIO 3 - PERSONAS

Las Organizaciones Excelentes valoran a las personas que las integran y crean una cultura que permite lograr los objetivos personales y los de la organización de manera beneficiosa para ambas partes. Desarrollan las capacidades de las personas y fomentan la equidad e igualdad. Se preocupan por las personas de la organización, potencian la comunicación interna, recompensan y dan reconocimiento a los esfuerzos para, de este modo, motivar a las personas, incrementar su compromiso con la organización y favorecer que utilicen sus capacidades y conocimientos en beneficio de la misma.

3a. Los planes de gestión de las personas apoyan la estrategia de la organización.

Puntos Fuertes más importantes

- Existe un Plan de Personas que se aplica a la totalidad de la plantilla, incluyendo procesos de selección, acogida, etc. El Plan de Acogida de las personas de nuevo ingreso incorpora los valores a desplegar en cada una de las personas de la organización. Se asigna un tutor a las personas de relevo, o nuevo ingreso.
- Casi el 55% de la plantilla es personal estatutario y se trabaja para alcanzar un 80% con las Ofertas Públicas convocadas, tratando de minimizar la figura del personal laboral dentro de la organización. Se ha reducido el índice de eventualidad, desde 2017 por conversión de personal eventual a interino, a iniciativa del SERMAS.
- Se recoge la opinión de las personas, mediante el contacto directo, encuestas bienales y grupos focales. Además, se evalúa el Plan de Acogida y los cursos de formación.

Áreas de Mejora fundamentales a considerar

- Podría aumentarse la participación de personas y representantes en el Plan de Gestión de Personas y en el proceso de planificación estratégica, así como en el fomento de la innovación y creatividad para la mejora de servicios.
- Existe una baja participación en la evaluación del Plan de Acogida, establecida en 2017.
- Se pueden seguir fomentando temas como la carrera profesional, todavía incipiente, y analizar la posibilidad de impulsar Planes de Sucesión, u otros planes de retención del talento, dentro de la limitada autonomía de gestión del Hospital.

CRITERIO 3 - PERSONAS

Las Organizaciones Excelentes valoran a las personas que las integran y crean una cultura que permite lograr los objetivos personales y los de la organización de manera beneficiosa para ambas partes. Desarrollan las capacidades de las personas y fomentan la equidad e igualdad. Se preocupan por las personas de la organización, potencian la comunicación interna, recompensan y dan reconocimiento a los esfuerzos para, de este modo, motivar a las personas, incrementar su compromiso con la organización y favorecer que utilicen sus capacidades y conocimientos en beneficio de la misma.

3b. Se desarrolla el conocimiento y las capacidades de las personas.

Puntos Fuertes más importantes

- Se elabora de manera sistemática un plan de formación en base a la captación estructurada de necesidades derivadas de la estrategia y de la encuesta de personas. Hay una metodología de recogida y selección de los cursos con criterios equitativos y alineada con los objetivos de la organización y con la gestión de competencias
- Siguiendo los requisitos de la Norma ISO 9001, se han documentado todos los perfiles y puestos, para los cuales se ha elaborado un diccionario de competencias.
- En 2018 se ha iniciado la aplicación de la gestión por competencias, hasta nivel de mandos intermedios, incluyendo un proceso de autoevaluación, evaluación y plan de desarrollo.

Áreas de Mejora fundamentales a considerar

- Si bien se dispone de un plan de formación en el que participa un Comité que representa todos los puestos y los sindicatos, podría mejorarse su difusión entre las personas, y la planificación temporal de los cursos. Se podría reforzar la evaluación de la satisfacción, así como la segmentación de resultados, metas u objetivos a conseguir, tendencias, etc.
- El plan de evaluación de competencias es muy reciente y no se está aplicando aún a toda la plantilla.
- Podría reforzarse la recogida de la opinión de los trabajadores en cuanto a las posibles mejoras en el servicio, como se está haciendo con los pacientes y familias.

CRITERIO 3 - PERSONAS

Las Organizaciones Excelentes valoran a las personas que las integran y crean una cultura que permite lograr los objetivos personales y los de la organización de manera beneficiosa para ambas partes. Desarrollan las capacidades de las personas y fomentan la equidad e igualdad. Se preocupan por las personas de la organización, potencian la comunicación interna, recompensan y dan reconocimiento a los esfuerzos para, de este modo, motivar a las personas, incrementar su compromiso con la organización y favorecer que utilicen sus capacidades y conocimientos en beneficio de la misma.

3c. Las personas están alineadas con las necesidades de la organización, implicadas y asumen su responsabilidad.

Puntos Fuertes más importantes

- La cultura del HOSPITAL GUADARRAMA se transmite a los trabajadores a través del Código de Conducta Profesional y la identificación de las conductas/comportamientos deseados. Se evidencia claramente que el comportamiento, la cultura y valores de la organización están presentes en la plantilla donde destaca el trato humano, familiar y un buen ambiente laboral.
- Existen numerosos mecanismos estructurados para fomentar la participación y corresponsabilidad de las personas, como las comisiones, grupos de trabajo, equipos de mejora, etc.
- Existe un claro enfoque al cliente/paciente y a sus familiares por parte de las personas del HOSPITAL GUADARRAMA y se han llevado a cabo acciones formativas internas y externas para reforzar el enfoque propio de la prestación de la asistencia, implicando a los profesionales expertos en la formación de otras personas, sesiones clínicas en otros hospitales, etc..

Áreas de Mejora fundamentales a considerar

- Se podrían establecer objetivos en relación a las mejoras obtenidas en base a la puesta en marcha de la creatividad e iniciativa de las personas. En este sentido, un sistema formal “proactivo” de reconocimiento, ayudaría a una mayor expansión y despliegue de buenas prácticas y fomento del compromiso de las personas en la organización.
- Si bien existen objetivos establecidos para los programas, se podría avanzar en el despliegue de objetivos personales y de equipo alineados con la estrategia de la organización lo que permitiría que aflore todo el potencial de las personas.

CRITERIO 3 - PERSONAS

Las Organizaciones Excelentes valoran a las personas que las integran y crean una cultura que permite lograr los objetivos personales y los de la organización de manera beneficiosa para ambas partes. Desarrollan las capacidades de las personas y fomentan la equidad e igualdad. Se preocupan por las personas de la organización, potencian la comunicación interna, recompensan y dan reconocimiento a los esfuerzos para, de este modo, motivar a las personas, incrementar su compromiso con la organización y favorecer que utilicen sus capacidades y conocimientos en beneficio de la misma.

3d. Las personas se comunican eficazmente en toda la organización

Puntos Fuertes más importantes

- Desde la Dirección del HOSPITAL GUADARRAMA se comunica una clara dirección y orientación estratégica asegurándose de que las personas comprenden los objetivos de la organización, a través, entre otros, de reuniones anuales.
- Existe cercanía entre los diferentes niveles jerárquicos de la organización, con comunicación fluida transversal y vertical, tanto ascendente como descendente, favorecida por el tamaño de la organización.
- Se valoran positivamente las reuniones sobre objetivos y el Boletín “Guadarrama Informa”.

Áreas de Mejora fundamentales a considerar

- El Plan de Comunicación no ha partido de un diagnóstico previo del estado de situación que garantice la inexistencia de aspectos de comunicación no cubiertos.
- Aparte de la percepción de la comunicación interna, medida a través de las encuestas, no se presentan medidas asociadas a su eficacia, lo que permitiría completar el análisis y la mejora potencial.
- En el caso de las encuestas de clima, al tener que segmentar resultados, se duda de la confidencialidad; se obtiene mucha información de los grupos focales, pero no se cuantifican resultados y las mejoras realizadas.

CRITERIO 3 - PERSONAS

Las Organizaciones Excelentes valoran a las personas que las integran y crean una cultura que permite lograr los objetivos personales y los de la organización de manera beneficiosa para ambas partes. Desarrollan las capacidades de las personas y fomentan la equidad e igualdad. Se preocupan por las personas de la organización, potencian la comunicación interna, recompensan y dan reconocimiento a los esfuerzos para, de este modo, motivar a las personas, incrementar su compromiso con la organización y favorecer que utilicen sus capacidades y conocimientos en beneficio de la misma.

3e. Recompensa, reconocimiento y atención a las personas de la organización.

Puntos Fuertes más importantes

- Hay una propuesta interna de promoción de la salud entre los trabajadores del HOSPITAL GUADARRAMA, a través de la cual se han puesto en marcha ideas creativas para el fomento de la vida saludable y sana a través de la alimentación y el ejercicio, donde el nivel de participación de colaboradores está creciendo.
- Existe una política de conciliación laboral a través de la cual se intenta flexibilizar el trabajo de personas que lo solicitan para poder conciliar la vida familiar y profesional aunque sería preciso establecer una política clara al respecto para que el personal tuviera toda la información necesaria recopilada y seguirse impulsando, dentro de la autonomía del Hospital.

Áreas de Mejora fundamentales a considerar

- Aunque el Plan de Igualdad está implantado en la organización, existe poca evidencia de un proceso sistemático y/o política clara que permita dar forma a este compromiso, con indicadores y objetivos concretos en selección, contratación, desarrollo, promoción, etc.
- Si bien se ha establecido un sistema de reconocimiento, podría reforzarse su implantación de forma que se estimule una mayor participación, por ejemplo se podrían premiar los mejores equipos, y/o las mejores ideas, y/o la mejor innovación, definiendo “de antemano” los logros a premiar, a principios de año, con el fin de que las personas puedan alinearse con estos objetivos y, transcurrido el tiempo necesario, de forma sistemática, se reconozcan.

CRITERIO 4 – ALIANZAS Y RECURSOS

Las Organizaciones Excelentes planifican y gestionan las alianzas externas, proveedores y recursos internos, para apoyar el despliegue y ejecución de la estrategia general y sus políticas de apoyo, así como para lograr el eficaz funcionamiento de sus procesos. Se aseguran de gestionar eficazmente su impacto social y ambiental

4a. Gestión de partners y proveedores para obtener un beneficio sostenible.

Puntos Fuertes más importantes

- En noviembre de 2017 se aprobó un Plan de Gestión de Alianzas que incluye una Política de Alianzas y las clasifica en estratégicas (aquellas que afectan a la Misión o los Factores Críticos de Éxito) y temporales (Hospitales, Atención Primaria, Ayuntamiento, Universidades, Voluntariado, Proveedores, etc.).
- La sistemática de gestión de alianzas incluida en el Plan contempla la documentación de su establecimiento con referencia a objetivos, responsables, requisitos, aportaciones, etc., así como la elaboración de un informe anual para una de ellas, e indicadores del proceso de alianzas. Asimismo, se ha definido un PNT para regular la relación con los derivadores más relevantes.
- Se dispone de un Cuadro de Alianzas actualizado a diciembre de 2018; entre otras, se mantienen alianzas con los Hospitales Clínico y Puerta de Hierro, y se está avanzando en alianzas con el Hospital de El Escorial y el 12 de Octubre, para colaboraciones puntuales, información de radiografías, etc.
- Se llevan a cabo procesos de homologación y seguimiento de proveedores en base a criterios ISO 9001; asimismo, se llevan a cabo encuestas de satisfacción a los proveedores, con el fin de identificar áreas de mejora en su gestión.

Áreas de Mejora fundamentales a considerar

- Actualmente no se llevan a cabo alianzas con asociaciones de pacientes o familiares que puedan aportar mayor información relativa a sus necesidades y expectativas, implicándolas asimismo en la implantación de acciones.
- En algunos casos el seguimiento de alianzas no se ha hecho de la forma prevista en el procedimiento, mediante una evaluación formal, sino mediante actas o informes; no siempre se evidencia el seguimiento de los indicadores establecidos en el Plan de Gestión de Alianzas.

CRITERIO 4 – ALIANZAS Y RECURSOS

Las Organizaciones Excelentes planifican y gestionan las alianzas externas, proveedores y recursos internos, para apoyar el despliegue y ejecución de la estrategia general y sus políticas de apoyo, así como para lograr el eficaz funcionamiento de sus procesos. Se aseguran de gestionar eficazmente su impacto social y ambiental

4b. Gestión de los recursos económico-financieros para asegurar un éxito sostenido.

Puntos Fuertes más importantes

- Los ingresos del Hospital proceden del presupuesto asignado por el SERMAS, así como algunos ingresos propios procedentes de aseguradoras por accidentes de tráfico, si bien estos últimos son escasos. Se han definido procesos de gestión presupuestaria y contabilidad financiera que incluyen seguimiento mensual de desviaciones y sus causas, a través del Cuadro de Mando Económico, con el fin de asegurar el cumplimiento a final de año.
- Se han establecido indicadores y objetivos propios para el seguimiento de las actividades del Departamento Financiero, alineados con el Plan de Calidad.
- El Hospital es piloto en la implantación de la contabilidad analítica a través de la herramienta NEXUS del SERMAS, que actualmente convive con la anterior herramienta GESCOT. La contabilidad analítica llega hasta nivel paciente y se mantiene informadas a las diferentes áreas.
- Se elaboran Planes de Inversiones que se someten anualmente a la aprobación de la Consejería (por ejemplo, instalación de aire acondicionado).

Áreas de Mejora fundamentales a considerar

- Si bien en general se realiza de una forma sistemática la gestión económico financiera, la autonomía de gestión del Hospital está limitada, por lo que, salvo en el caso de inversiones, no se pueden plantear presupuestos a largo plazo.
- En el Informe de Gestión Económico-Financiero de 2018 presentado se alinean las inversiones previstas con objetivos estratégicos no totalmente alineados con los expresados en el Plan Estratégico 2016-2018.

CRITERIO 4 – ALIANZAS Y RECURSOS

Las Organizaciones Excelentes planifican y gestionan las alianzas externas, proveedores y recursos internos, para apoyar el despliegue y ejecución de la estrategia general y sus políticas de apoyo, así como para lograr el eficaz funcionamiento de sus procesos. Se aseguran de gestionar eficazmente su impacto social y ambiental

4c. Gestión sostenible de edificios, equipos, materiales y recursos naturales.

Puntos Fuertes más importantes

- El HOSPITAL GUADARRAMA planifica y lleva a cabo acciones de mantenimiento reglamentario, así como actividades de mantenimiento de otros equipos e instalaciones a criterio del Hospital, para los que se establecen Fichas de Seguimiento; asimismo se llevan a cabo acciones de mantenimiento correctivo. Se miden indicadores del proceso de mantenimiento, por ejemplo, tiempo de respuesta en correctivo.
- Se mantiene el Proyecto ECO-HOSPITAL en el cual se engloban las distintas actividades ambientales realizadas, entre las que se incluye el Sistema de Gestión Ambiental certificado según ISO 14001, aplicable al conjunto de las actividades del Hospital.
- Se elabora anualmente una Memoria de Gestión Ambiental que incluye la revisión del Sistema de Gestión Ambiental en base a ISO 14001, así como todos los resultados y acciones realizadas en esta materia. Se establecen acuerdos internos entre el Departamento Financiero y el área de Medio Ambiente de cara al intercambio de datos.
- Se llevan a cabo diversas acciones de mejora ambiental, orientadas principalmente al ahorro energético (Plan de Ahorro Energético), tales como enganche con gas natural, mejor regulación de la temperatura, cambio a iluminación LED, etc. Asimismo, se realizan otras acciones tales como talleres de buenas prácticas en colaboración con empresas e instituciones, celebración del Día Mundial del Medio Ambiente, elaboración de folletos informativos, etc. El HOSPITAL GUADARRAMA pertenece a la Red de Hospitales Verdes y Saludables.
- Se han realizado recientemente obras de adaptación para la mejora de la accesibilidad física, construyendo rampas para facilitar el acceso directo.

Áreas de Mejora fundamentales a considerar

- Podría ser conveniente revisar y agilizar el proceso de gestión del mantenimiento correctivo, de forma que se pueda garantizar el cumplimiento de las acciones establecidas (solicitudes escritas, etc.).
- En caso de que vuelva a considerarse rentable, analizar la posibilidad de retomar la actividad de la caldera de biomasa, más respetuosa con el medio ambiente.
- Continuar el desarrollo del plan de actuación para la mejora de la accesibilidad en sus instalaciones, y una política de comunicación en relación con la accesibilidad de los medios y los canales telemáticos.

CRITERIO 4 – ALIANZAS Y RECURSOS

Las Organizaciones Excelentes planifican y gestionan las alianzas externas, proveedores y recursos internos, para apoyar el despliegue y ejecución de la estrategia general y sus políticas de apoyo, así como para lograr el eficaz funcionamiento de sus procesos. Se aseguran de gestionar eficazmente su impacto social y ambiental

4d. Gestión de la tecnología para hacer realidad la estrategia.

Puntos Fuertes más importantes

- El Hospital fomenta la adquisición de nuevas tecnologías orientadas a la mejora asistencial, tales como realidad virtual, robot para rehabilitación de hombro doloroso, etc.
- Como parte del Contrato Programa se mantiene actualizado un Plan de Actuaciones en materia de desarrollos informáticos. Se dispone de diversas aplicaciones corporativas para la gestión de las actividades, tales como NEXUS, SELENE, y SIRIUS; asimismo se ha desarrollado la herramienta propia FARHOS (gestión farmacológica) y se están desarrollando diferentes Cuadros de Mando para la Dirección.
- Se ha llevado un análisis de riesgos tecnológicos que ha dado lugar a un Plan de Contingencia (Continuidad de Negocio) adaptado a la realidad del Hospital y publicado en la Intranet, basado en las copias de seguridad que se mantienen en la red de la Consejería y en tres ordenadores del Hospital; se proporciona formación sobre el Plan a los profesionales y se llevan a cabo dos pruebas anuales.

Áreas de Mejora fundamentales a considerar

- Si bien se identifican e implantan nuevas tecnologías de carácter asistencial, podría ser conveniente analizar la asignación específica de responsabilidades para la valoración y asesoramiento sobre la propuesta de nuevos equipamientos o técnicas, bien por necesidad de actualización o por la ampliación de la cartera de servicios (propuesta por el SERMAS o a propuesta del propio Hospital).
- Se podría avanzar en el despliegue del proceso de Gestión de la Tecnología, incluyendo el establecimiento de indicadores que permitan el seguimiento de su eficacia.
- No queda claramente demostrado que la tecnología mejore los aspectos creativos del trabajo, no sólo en la gestión asistencial, sino en la gestión previa de los pacientes o de familias o de apoyo.

CRITERIO 4 – ALIANZAS Y RECURSOS

Las Organizaciones Excelentes planifican y gestionan las alianzas externas, proveedores y recursos internos, para apoyar el despliegue y ejecución de la estrategia general y sus políticas de apoyo, así como para lograr el eficaz funcionamiento de sus procesos. Se aseguran de gestionar eficazmente su impacto social y ambiental

4e. Gestión de la información y el conocimiento para apoyar una eficaz toma de decisiones y construir las capacidades de la organización.

Puntos Fuertes más importantes

- Se llevan a cabo Jornadas de intercambio de buenas prácticas con Universidades (Departamentos de Fisioterapia de Francisco de Vitoria, Rey Juan Carlos), Fundación Joanna Briggs, Hospital de Parapléjicos de Toledo, Hospital de la Fuenfría, etc.
- Se llevan a cabo proyectos de investigación, principalmente relativos a estudios de grupo o descriptivos, que se presentan a la aprobación del Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Puerta de Hierro. La responsabilidad sobre el control y promoción de la investigación recae sobre la Comisión de Investigación.
- El HOSPITAL GUADARRAMA cumple con los requisitos establecidos en el Reglamento 2016/679 del Parlamento Europeo, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos, disponiendo de Documento de Seguridad y diversos sistemas que aseguran la protección de la información en el seno de la Organización.
- El HOSPITAL GUADARRAMA comparte el conocimiento y buenas prácticas de promoción de la salud con la sociedad, a través de comunicaciones escritas en el propio hospital y con la relación directa que tiene con el consistorio que le permite presentar o activar iniciativas desde ese lugar.

Áreas de Mejora fundamentales a considerar

- Si bien se dispone de muchos y diferentes mecanismos para recoger datos (indicadores, encuestas) que dan lugar a información muy desplegada en toda la organización, se podría avanzar en transformar dicha información en conocimiento, que permita reforzar el análisis de la relación causa-efecto.
- Si bien se llevan a cabo Proyectos de Investigación, no se ha llevado a cabo aún la publicación de los mismos; en su momento, podría ser conveniente establecer indicadores relativos a las actividades de investigación, en cuanto a publicaciones, impactos, etc.

CRITERIO 5- PROCESOS, PRODUCTOS Y SERVICIOS

Las Organizaciones Excelentes diseñan, gestionan y mejoran sus procesos, productos y servicios para generar cada vez mayor valor para sus clientes y otros grupos de interés.

5a. Los Procesos se diseñan y gestionan a fin de optimizar el valor para los grupos de interés.

Puntos Fuertes más importantes

- Los procesos del HOSPITAL GUADARRAMA se encuentran identificados en un mapa de procesos, que se revisa periódicamente. Están agrupados en los siguientes bloques:
 - Planificar
 - Prestar servicios (operativos)
 - Dotar de recursosque a su vez se despliegan en procesos, de los cuales existe la descripción del proceso y la ficha del mismo.
- Se identifica el responsable del proceso y los indicadores asociados al mismo. En los casos más relevantes se han desarrollado Procedimientos Normalizados de Trabajo e Instrucciones, especialmente en los procesos incluidos en el Grupo de Prestar Servicios, por ejemplo, proceso de atención de enfermería, o cuidados paliativos.
- Se han introducido mejoras en los procesos, algunas como consecuencia de análisis interno, otras como consecuencia de comentarios de pacientes e incluso por actividades de benchmarking (ICTUS). Se está iniciando la introducción de la metodología Lean.
- La Comisión de Calidad evalúa la gestión de procesos, mediante el CMI y las memorias, por ejemplo, Memoria de Calidad. Las mejoras son analizadas por la Dirección y se incluyen en el Plan de Calidad.

Áreas de Mejora fundamentales a considerar

- No en todos los casos se han desarrollado documentalmente los procesos, por ejemplo, Tecnología, Información y Comunicación.
- Continuar la gestión de procesos para impulsar la creatividad, innovación y mejora dentro de la organización.

CRITERIO 5- PROCESOS, PRODUCTOS Y SERVICIOS

Las Organizaciones Excelentes diseñan, gestionan y mejoran sus procesos, productos y servicios para generar cada vez mayor valor para sus clientes y otros grupos de interés.

5b. Los Productos y Servicios se desarrollan para dar un valor óptimo a los clientes.

Puntos Fuertes más importantes

- Alineado con la estrategia del Hospital, la oferta de Servicios ha evolucionado como respuesta a las necesidades y expectativas de los grupos de interés; la evaluación de los cambios se realizan en las Comisiones y grupos de trabajo.
- Se han incorporado nuevos servicios y unidades al Hospital, tales como neuropsicóloga, y se ha reforzado el servicio de terapia funcional; se han elaborado videos con ejercicios de rehabilitación que se emiten en todas las habitaciones y se ha reformado el gimnasio, promoviendo la utilización voluntaria por parte de los pacientes.
- Dentro del Plan de Humanización, se ha puesto en marcha el Proyecto SueñOn, orientado a la protección y mejora de la calidad del sueño de los pacientes, y se han realizado diversas mejoras en los espacios con objeto de que resulten más amigables (comedor para familiares, pintura de las habitaciones y salas de estar). Asimismo, se ofrece a los pacientes la posibilidad de videollamadas, se mantienen las visitas de mascotas, terapia con animales, felicitación por cumpleaños, regalo de Reyes, etc.

Áreas de Mejora fundamentales a considerar

- No existe un procedimiento de nuevos servicios, incluyendo cómo se implica a los pacientes y otros grupos de interés en el desarrollo de nuevos procesos. Se ha generado un procedimiento de gestión del cambio recientemente.
- Si bien se realizan actividades de benchmarking con otros centros similares, no queda claro que se realicen actividades sistemáticas de investigación de mercado para analizar otros posibles servicios que pudieran ofrecerse desde el Hospital.

CRITERIO 5- PROCESOS, PRODUCTOS Y SERVICIOS

Las Organizaciones Excelentes diseñan, gestionan y mejoran sus procesos, productos y servicios para generar cada vez mayor valor para sus clientes y otros grupos de interés.

5c. Los Productos y Servicios se promocionan y ponen en el mercado eficazmente.

Puntos Fuertes más importantes

- El HOSPITAL GUADARRAMA mantiene informados a los diferentes grupos de interés de los aspectos relacionados con la asistencia. La comunicación externa se coordina a través del Comité de Comunicación, Publicaciones e Imagen Corporativa y Gabinete de Prensa de la Comunidad de Madrid; se planifican los contenidos a transmitir, publicando en la página web la información programada, memorias, boletines, Carta de Servicios, etc., así como noticias de interés (premios, reconocimientos, campañas...).
- Se informa a los pacientes y sus familias de los servicios prestados, derechos del paciente, horarios, etc., a través de circuito de televisión, atención al paciente, etc...
- Por otra parte, para potenciar la visibilidad y el conocimiento que se tiene en otras organizaciones, especialmente aquellas que derivan pacientes a HOSPITAL GUADARRAMA, se mantienen relaciones constantes con las mismas, por ejemplo:
 - Alianzas en continuidad asistencial con otros hospitales
 - Contacto diario con la UCOA y el Servicio de Admisión del Hospital
 - Contactos con otros hospitales de la Comunidad de Madrid (Hospital El Escorial, Hospital Puerta de Hierro, Hospital San Carlos, Hospital Ramón y Cajal)

Áreas de Mejora fundamentales a considerar

- Continuar el impulso a la promoción de servicios, a través de las iniciativas ya implantadas (visitas a hospitales, Unidad Central de Derivación de Pacientes, médicos especialistas) o, analizando nuevas vías, (si es posible, dentro de la autonomía del Gestión), así como convenios con otras entidades, de forma que se conozcan los servicios entre los diversos agentes, prescriptores, facilitadores, etc., reforzando los factores diferenciales y ventajas del Hospital.
- Seguir trabajando en el objetivo de alcanzar mayor relevancia social mediante los servicios que se ofrecen en el Hospital, y las mejores prácticas aplicadas.

CRITERIO 5- PROCESOS, PRODUCTOS Y SERVICIOS

Las Organizaciones Excelentes diseñan, gestionan y mejoran sus procesos, productos y servicios para generar cada vez mayor valor para sus clientes y otros grupos de interés.

5d. Los Productos y Servicios se producen, distribuyen y gestionan.

Puntos Fuertes más importantes

- El servicio prestado por el Hospital es un servicio asistencial orientado al cliente y se desarrolla a través de procesos, con PNT desarrollados. Está certificado en ISO 9001, iniciado con diversos servicios (farmacia, rehabilitación, rehabilitación, enfermería...), y desde 2018 se ha ampliado a todo el Hospital.
- El HOSPITAL GUADARRAMA considera la seguridad del paciente un compromiso de calidad, alineado con los objetivos del Plan Estratégico y las propias directrices del SERMAS. En este sentido, se trabaja a través de diversas actividades tales como consolidar la cultura de seguridad, prevención de infección y caídas, identificación de pacientes, instalación de un almacén automático de medicamentos (actualmente en fase de implantación), etc., para lo cual se utiliza la herramienta CISEMADRID. Se ha participado con buenos resultados en el Proyecto Impulso de la Comunidad de Madrid, que implica una evaluación externa por parte de empresas de seguros contratadas por el SERMAS, con cumplimiento de un 96% de las medidas de seguridad contempladas.
- En 2015 se define la Carta de Servicios, que fue aprobada por Servicios Centrales y revisada en 2018. Se publica en la página web de la Consejería incluyendo el grado de cumplimiento (muy elevado en 2018)
- En 2014 se aprobó el Plan de Autonomía del Paciente, que ha sido revisado y actualizado a principios de 2018, en base a la línea estratégica 5. Se han desarrollado diversas iniciativas, tales como vídeos de canal interno para ejercicios, escuela de cuidadores, vídeos de educación para la salud, etc.
- Se promueve el intercambio de resultados y de experiencias con otros hospitales similares, a través del Club de Hospitales de Media Estancia, incluyendo Hospitales de Vizcaya, Asturias, etc.). Se han desarrollado buenas prácticas como consecuencia del benchmarking, por ejemplo ictus e identificación de paciente.

Áreas de Mejora fundamentales a considerar

- Si bien se están controlando muchos indicadores asistenciales, podría ser bueno aclarar los valores de objetivos internos, Carta de Servicios, Contrato Programa, etc.
- Continuar las iniciativas ya iniciadas del grupo de benchmarking de media / larga estancia, de forma que se puedan seguir obteniendo mejoras en los servicios, comparando resultados y buenas prácticas.

CRITERIO 5- PROCESOS, PRODUCTOS Y SERVICIOS

Las Organizaciones Excelentes diseñan, gestionan y mejoran sus procesos, productos y servicios para generar cada vez mayor valor para sus clientes y otros grupos de interés.

5e. Las relaciones con los clientes se gestionan y mejoran.

Puntos Fuertes más importantes

- Además de las encuestas realizadas por la Consejería de Sanidad, se llevan a cabo encuestas propias del Hospital a todos los pacientes al alta, así como a otras entidades consideradas clientes, tales como UCOA u Hospitales derivadores. Los aspectos cualitativos de las encuestas se analizan a través del Programa Estadístico “R”.
- Asimismo, se llevan a cabo “rondas de escucha” a los pacientes dentro del proyecto “La Voz del Paciente” (2 o tres grupos focales al año y dos rondas de escucha anuales en cada ala en todas las plantas), así como un grupo focal al año con familiares. Se elaboran informes de cada grupo focal, en los cuales se identifican áreas de mejora cuyo seguimiento se realiza a través de mediciones o encuestas específicas.
- Se ha obtenido la certificación Patients First, del Instituto de Experiencia del Paciente, sirviendo el Hospital asimismo como piloto para el proceso, en la que se ha alcanzado una puntuación de 8,11 sobre 10 (Categoría Plata). Se analiza calidad de la información, análisis y mejora de la experiencia del paciente, identificación de necesidades, involucración de profesionales, etc.
- Se ha elaborado un Mapa de Experiencia del Paciente, basado en un día estándar del paciente en el Hospital, en base al cual se identifican los momentos de mayor / menor satisfacción del paciente en su contacto con el Hospital, contando con las aportaciones de grupos focales de pacientes. El Mapa ha dado lugar a diversas acciones de mejora, por ejemplo, cambio de algunos horarios de rehabilitación para reducir la sensación de prisa por la mañana.

Áreas de Mejora fundamentales a considerar

- Como despliegue del Mapa de Experiencia del Paciente, se podría avanzar en la definición de los puntos más críticos (en cuanto a importancia) de su contacto con el Hospital, con el fin de orientar las acciones de mejora específicamente a estos puntos, de cara a incrementar la satisfacción de los pacientes.
- Si bien se lleva a cabo un grupo focal con familiares al año, no se realizan actualmente “rondas de escucha” con familiares, con el fin de completar tanto la información acerca de sus propias necesidades, expectativas y grado de satisfacción, como la información aportada por los pacientes.

CRITERIO 6 - RESULTADOS EN LOS CLIENTES

Las organizaciones excelentes alcanzan y mantienen en el tiempo resultados sobresalientes que satisfacen o exceden las necesidades y expectativas de sus clientes.

6a. Percepciones

Son las percepciones que de la organización tienen los clientes. Pueden obtenerse de una serie de fuentes como, por ejemplo, encuestas, grupos focales, ratings, felicitaciones y quejas. Estas percepciones deben dejar claro qué opinan los clientes sobre la eficacia del despliegue y los resultados de la estrategia de clientes, sus políticas de apoyo y sus procesos

Puntos Fuertes más importantes

- Se dispone de resultados de encuestas de satisfacción de los pacientes, tanto realizadas por la Consejería de Sanidad desde 2008, comparados con el Grupo de Hospitales de Media / Larga Estancia, favorables en general para el HOSPITAL GUADARRAMA, que además presenta tendencias positivas en el último año. Por ejemplo, satisfacción global enfermería, limpieza de habitación, recomendación de servicio, etc.
- En el año 2012 se creó un Club de Benchmarking incluyendo Hospitales externos a la Comunidad de Madrid a través del cual se comparan diferentes resultados, manteniendo HOSPITAL GUADARRAMA valores medios en dichas comparaciones, por ejemplo, atención recibida por el médico, atención recibida por la enfermera, información al ingreso.
- EL Hospital realiza encuestas propias, además de las realizadas por el SERMAS, por ejemplo, en la Unidad de Cuidados Paliativos, con tendencias en general positivas y cumplimiento generalizado de objetivos.

Áreas de Mejora fundamentales a considerar

- No se dispone aún de las comparaciones relativas a satisfacción de clientes realizadas por la Consejería de Sanidad en el último año.
- No en todos los casos las tendencias de 2017 pueden considerarse favorables en la encuesta de Hospitalización de la Consejería de Sanidad, por ejemplo, accesibilidad, satisfacción con el tratamiento del dolor, que obtienen además valores inferiores a la media, si bien en la evaluación se pudo verificar que se han realizado obras de mejora de accesibilidad.
- En las encuestas propias del Hospital acerca de la Unidad de Cuidados Paliativos (UCP) se observa un leve descenso de satisfacción en tiempo de espera desde que se programa la hospitalización, información sobre el tratamiento, etc.

CRITERIO 6 - RESULTADOS EN LOS CLIENTES

Las organizaciones excelentes alcanzan y mantienen en el tiempo resultados sobresalientes que satisfacen o exceden las necesidades y expectativas de sus clientes.

6b. Indicadores de rendimiento

Son medidas internas que utiliza la organización para supervisar, entender, predecir y mejorar su rendimiento y predecir su impacto sobre las percepciones de sus clientes. Estos indicadores debe dar una idea clara del despliegue y el impacto de la estrategia de clientes, sus políticas de apoyo y sus procesos.

Puntos Fuertes más importantes

- Se analizan indicadores de proceso para los cuales se establecen objetivos que se alcanzan en su mayoría en el caso de Cumplimiento de Protocolos. Por ejemplo Higiene del paciente, Identificación, valoración del dolor, etc..
- Se dispone de comparaciones con datos aportados por el Club de Benchmarking acerca del proceso ICTUS, en general favorables para HOSPITAL GUADARRAMA.
- Se lleva a cabo un análisis detallado de las reclamaciones y agradecimientos recibidos, incluyendo tipología, tiempo de respuesta, etc., y se compara el número de reclamaciones / altas con los Hospitales del Club de Benchmarking.

Áreas de Mejora fundamentales a considerar

- Se han incrementado las reclamaciones en 2018, especialmente las relativas al trato (pese a los esfuerzos realizados en este sentido) y al desacuerdo con el alta; el volumen de reclamaciones x 100 altas / año es superior al de los Hospitales comparados.
- No en todos los casos las comparaciones de resultados son favorables en los indicadores de proceso, por ejemplo, identificación de pacientes en proceso ICTUS.

CRITERIO 7 - RESULTADOS EN LAS PERSONAS

Las organizaciones excelentes alcanzan y mantienen en el tiempo resultados sobresalientes que satisfacen o exceden las necesidades y expectativas de las personas.

7a. Percepciones

Son las percepciones que de la organización tienen las personas. Pueden obtenerse de una serie de fuentes como, por ejemplo, encuestas, grupos focales, entrevistas y evaluaciones estructuradas. Estas percepciones deben dejar claro qué opinan las personas sobre la eficacia del despliegue y los resultados de la estrategia de personas, sus políticas de apoyo y sus procesos.

Puntos Fuertes más importantes

- El HOSPITAL GUADARRAMA realiza encuestas de clima laboral a todo el personal para obtener una visión general de la percepción del personal sobre la organización. Las encuestas de clima se realizan bienalmente y están segmentadas. Han sido revisadas en 2016, repitiéndose en 2019.
- Las tendencias en la última encuesta son positivas en la mayor parte de los ítems presentados, coincidiendo con los planes de gestión de personas acometidos, líneas de optimización del trabajo en equipo, desarrollo profesional y voz del trabajador.
- En 2015 se realizó una comparación de resultados con dos hospitales (Getafe y Fuenlabrada), obteniendo en general el HOSPITAL GUADARRAMA mayor porcentaje de personas satisfechas.

Áreas de Mejora fundamentales a considerar

- Se podría poner en marcha algún equipo piloto para detectar aspectos de mejora en la gestión de personas, lo cual podría aportar un posible valor añadido para conseguir un mayor orgullo de pertenencia, aun teniendo en cuenta que éste es alto.
- El benchmarking de resultados sólo se analizó en 2015 y, si bien el porcentaje de positivos en satisfacción global es superior en el HOSPITAL GUADARRAMA, el porcentaje de empleados con percepción negativa es también superior.

CRITERIO 7 - RESULTADOS EN LAS PERSONAS

Las organizaciones excelentes alcanzan y mantienen en el tiempo resultados sobresalientes que satisfacen o exceden las necesidades y expectativas de las personas.

7b. Indicadores de rendimiento

Son medidas internas que utiliza la organización para supervisar, entender, predecir y mejorar el rendimiento de las personas de la organización y predecir su impacto sobre las percepciones. Estos indicadores deben dar una idea clara del despliegue y el impacto de la estrategia de personas, sus políticas de apoyo y sus procesos

Puntos Fuertes más importantes

- El HOSPITAL GUADARRAMA dispone de diversos indicadores de rendimiento relacionados con los procesos de RRHH y gestión de las personas. Existen evidencias de que la información proporcionada se puede segmentar para poder analizar diferentes aspectos de los datos, especialmente a nivel de directivos. Por ejemplo, participantes en proyectos de investigación, asistentes a congresos, etc.
- Se ha reforzado la plantilla adecuándose a las nuevas necesidades asistenciales habiéndose incrementado en 16 personas en el último año.
- Se han incrementado las actividades formativas, así como los asistentes a las mismas en el último año (si bien el número de asistentes descendió significativamente en 2016). Han aumentado los talleres y sesiones de enfermería no acreditadas y el número de rotaciones para formación y reciclaje. Se realizan encuestas específicas sobre la formación tras la finalización del curso correspondiente.

Áreas de Mejora fundamentales a considerar

- En la mayoría de los casos no existen comparaciones de resultados.
- La tasa de absentismo presenta valores con tendencia creciente; puede ser conveniente desarrollar medidas de actuación analizando la razón de este crecimiento.
- La participación en las encuestas de clima es baja por lo que convendría desarrollar un plan de actuación con el fin de activar la participación en la encuesta, por ejemplo, concienciando a los trabajadores sobre la importancia de sus aportaciones. Podría ser conveniente reforzar la comunicación tanto de los resultados como de las acciones que se implementan en base a los mismos.

CRITERIO 8 – RESULTADOS EN LA SOCIEDAD

Las organizaciones excelentes alcanzan y mantienen en el tiempo resultados sobresalientes que satisfacen o exceden las necesidades y expectativas de los grupos de interés relevantes de la sociedad.

8a. Percepciones

Son las percepciones que de la organización tiene la sociedad. Pueden obtenerse de una serie de fuentes como, por ejemplo, encuestas, informes, referencias en prensa, reuniones públicas, ONGs, agentes sociales y Administraciones Públicas. Estas percepciones deben dejar claro qué opina la sociedad sobre la eficacia del despliegue y los resultados de la estrategia social y ambiental, sus políticas de apoyo y sus procesos.

Puntos Fuertes más importantes

- Se ha elaborado un Plan de Responsabilidad Social Sociosanitaria desplegado en objetivos y acciones del cual se ha realizado seguimiento. Como consecuencia del mismo, se ha realizado un análisis de la contribución del Hospital a los Objetivos de Desarrollo Sostenible de Naciones Unidas en base al cual se han definido objetivos estratégicos de Responsabilidad Social Sociosanitaria asociados a excelencia, atención al paciente, Hospital Saludable, lucha contra el cambio climático, lucha con cualquier tipo de violencia, acceso a la información y transparencia, toma de decisiones participativa, conciliación, igualdad de oportunidades, etc. Está prevista la adhesión al Pacto Mundial de Naciones Unidas.
- Se han obtenido diversos Premios, por ejemplo, en 2018, Primer Premio Hospital Optimista, Finalista en Premios Puerta de Hierro en Investigación en Cuidados, Reconocimiento a las mejores prácticas en seguridad del paciente, Premio Gerente Nariz Verde, Reconocimiento por la Iniciativa en el Ámbito de la Humanización de la Asistencia Sanitaria (Protocolo de Cuidados).
- Se muestra una tendencia claramente creciente y proactiva en la aparición en medios de comunicación pasando de 18 en 2015 a 28 en 2018.

Áreas de Mejora fundamentales a considerar

- No se dispone de mediciones directas de percepción de la sociedad acerca del Hospital, por ejemplo, de los organismos e instituciones con las que se colabora, a través de encuestas directas y no solo de los inputs ofrecidos por los participantes, con el fin de completar el análisis, de cara a aportar una mejor respuesta a la sociedad. Asimismo, se podría tratar de conseguir más información sobre el valor percibido por las partes beneficiadas de las actuaciones solidarias, voluntarios, etc.
- Está pendiente el seguimiento de los objetivos estratégicos de Responsabilidad Social Sociosanitaria, así como el despliegue de acciones orientadas a garantizar su cumplimiento.

CRITERIO 8 – RESULTADOS EN LA SOCIEDAD

Las organizaciones excelentes alcanzan y mantienen en el tiempo resultados sobresalientes que satisfacen o exceden las necesidades y expectativas de los grupos de interés relevantes de la sociedad.

8b. Indicadores de rendimiento

Son medidas internas que utiliza la organización para supervisar, entender, predecir y mejorar su rendimiento y predecir su impacto sobre las percepciones de los grupos de interés relevantes de la sociedad. Estos indicadores deben dar una idea clara del despliegue y el impacto de la estrategia social y ambiental, sus políticas de apoyo y sus procesos.

Puntos Fuertes más importantes

- El HOSPITAL GUADARRAMA presenta una mejora de los resultados relacionados con los aspectos ambientales y generación de residuos (por ejemplo, consumo de papel, generación de aceites en cocina, consumo de gasoil) con desarrollos positivos. Asimismo, se establecen objetivos ambientales derivados del sistema de gestión; en 2018 se han cumplido los relativos a reducción de medicamentos caducados y visitas a un Centro de Gestión de Residuos para incrementar los conocimientos de las personas acerca de estos aspectos.
- Como parte del Plan de Voluntariado se llevan a cabo jornadas de información, formación etc., a voluntarios. Se fomenta el voluntariado joven a través de la participación en el Programa 4º+Empresa con el Instituto de Guadarrama, recibiendo a alumnos voluntarios durante un cuatrimestre al año, como complemento a su formación en valores. El HOSPITAL GUADARRAMA, conjuntamente con centros docentes y el propio Ayuntamiento, planifica e imparte charlas en diferentes centros educativos de la zona acerca de hábitos saludables.
- El HOSPITAL GUADARRAMA colabora con la sociedad a través de diversas actividades, tales como donación de alimentos, ropa, libros o materiales a organizaciones religiosas. Asimismo, se mantiene la Escuela de Cuidadores abierta a personas del municipio, que se publicita en medios locales y a través del Centro de Salud y se llevan a cabo charlas en el Instituto de Guadarrama, por ejemplo, orientadas a la prevención del tabaquismo.
- Se incluye en los contratos con los proveedores un Compromiso de Sostenibilidad, que incluye aspectos ambientales, de igualdad y paridad, vida saludable, empleabilidad de personas en riesgo de exclusión, etc.; asimismo, se busca la colaboración con ellos en proyectos de Responsabilidad Social del Hospital o propios de los proveedores.
- El HOSPITAL GUADARRAMA es dispositivo docente de Hospitales Universitarios (Ramón y Cajal, Gregorio Marañón) para formación de geriatras y enfermeras especializadas y se realizan encuestas de satisfacción a los alumnos en prácticas.

Áreas de Mejora fundamentales a considerar

- Si bien se han incluido nuevos requisitos de compromiso social en los contratos con proveedores, no se ha podido medir la eficacia de su implantación, a través de indicadores específicos.
- Se podría reforzar el establecimiento de objetivos relativos a actividades de carácter social, así como comparaciones con otras entidades, en la medida de lo posible. objetivos en todos los casos

CRITERIO 9 – RESULTADOS CLAVE

Las organizaciones excelentes alcanzan y mantienen en el tiempo resultados sobresalientes que satisfacen o exceden las necesidades y expectativas de los grupos de interés que aportan la financiación.

9a. Resultados Clave de la Actividad

Son los resultados clave económico-financieros y no económicos que demuestran el éxito alcanzado en la implantación de la estrategia. El conjunto de medidas y objetivos relevantes se definirá y acordará con los grupos de interés que aportan la financiación

Puntos Fuertes más importantes

- El Contrato Programa exige un 100% de cumplimiento del presupuesto, que se ha alcanzado en los dos últimos años.
- Ha finalizado el Plan Estratégico 2016-2018, con un cumplimiento del 95,83% (23 de los 24 objetivos).
- Se ha alcanzado un alto nivel de cumplimiento del Contrato Programa (85%), que se considera prácticamente el máximo que puede conseguir el Hospital, debido a sus especiales características, como hospital de media estancia.
- Asimismo, se ha alcanzado un grado de cumplimiento del 93,1% del Plan de Calidad 2017-2018. Los indicadores de proceso presentan resultados también favorables, y están segmentados por área.

Áreas de Mejora fundamentales a considerar

- No se dispone de resultados económicos comparados, por ejemplo, relativos al grado de ejecución del presupuesto.
- Se podrían especificar más claramente los resultados a obtener mediante el despliegue de la estrategia, teniendo en cuenta que el Plan Estratégico se refiere más a acciones a realizar que a objetivos a alcanzar.
- En la medida de lo posible, continuar avanzando en la coordinación con la Consejería de Sanidad en cuanto a los requisitos del Contrato Programa, de cara a revisar aquellos indicadores no totalmente aplicables al Hospital, por ejemplo, facturación a terceros.

CRITERIO 9 – RESULTADOS CLAVE

Las organizaciones excelentes alcanzan y mantienen en el tiempo resultados sobresalientes que satisfacen o exceden las necesidades y expectativas de los grupos de interés que aportan la financiación.

9b. Indicadores Clave de Rendimiento de la Actividad

Son los indicadores clave económico-financieros y no económicos que utiliza la organización para medir su rendimiento operativo. Ayudan a supervisar, entender, predecir y mejorar los posibles resultados clave

Puntos Fuertes más importantes

- Se establecen objetivos para los indicadores de rendimiento considerados clave, que se analizan segmentados por Unidad / proceso en los casos aplicables. Por ejemplo , estancia media por proceso (ICTUS, Orto geriatria...)
- Se ha incrementado en los últimos años el número de altas. Si bien se dispone de menor presupuesto y menor número de camas que otros Hospitales considerados competidores, se dan un mayor número de altas que dichos Hospitales, lo que implica un mejor rendimiento.
- Se mantiene la estancia media, que se ha reducido en la Unidad de Recuperación Funcional, la más relevante del Hospital.
- En general, los indicadores de resultados de gestión cumplen objetivos y muestran tendencias positivas, por ejemplo, índices de eficiencia, eficacia, etc.

Áreas de Mejora fundamentales a considerar

- En las comparaciones realizadas con otros Hospitales se aprecia una mayor incidencia de infección nosocomial, si bien puede deberse a un mayor rigor en la medición de la misma.
- Si bien el índice de caídas en ICTUS y Orto geriatria ha cumplido objetivos, muestra una tendencia desfavorable en 2018.
- Sería conveniente aclarar indicadores de procesos, estratégicos, contrato programa, plan de calidad, diferenciando los indicadores clave de resultados y de rendimiento, considerando estos últimos como los que ayudan y orientan a conseguir los resultados previstos.

Puntuaciones

	0-10	11-20	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	71-80	81-90	91-100
1a						X				
1b						X				
1c						X				
1d						X				
1e						X				
1. Liderazgo						X				
2a						X				
2b							X			
2c						X				
2d						X				
2. Estrategia						X				
3a					X					
3b					X					
3c						X				
3d					X					
3e					X					
3. Personas					X					
4a						X				
4b							X			
4c							X			
4d						X				
4e						X				
4. Alianzas y Recursos						X				
5a						X				
5b						X				
5c						X				
5d							X			
5e							X			
5. Procesos, Prod y Serv						X				
6a							X			
6b						X				
6. R. en Clientes							X			
7a					X					
7b					X					
7. R. en Personas					X					
8a						X				
8b						X				
8. R. en la Sociedad						X				
9a							X			
9b						X				
9. Resultados Clave							X			

PUNTUACIÓN GLOBAL

550 – 599 puntos



Anexo:

Informe de posicionamiento de Hospital de Guadarrama

Preparado y aprobado por:
Club Excelencia en Gestión
18 de marzo de 2019

Índice

1.	Introducción.....	47
2.	Posicionamiento respecto a Sellos de Excelencia EFQM 500+	48
3.	Posicionamiento respecto al Premio EFQM a la Excelencia.....	52
4.	Premio EFQM a la Excelencia: algunos aspectos a considerar	56

1. Introducción

Este documento forma parte del Informe de Evaluación recibido por la organización, en base a la Evaluación EFQM Premium realizada recientemente.

La información contenida en este informe está basada en las puntuaciones otorgadas a la organización por el Equipo Evaluador en la Evaluación externa realizada.

El presente anexo consta de dos partes:

1. Organizaciones españolas con Sello de Excelencia EFQM 500+: se presenta el posicionamiento de la organización respecto al resto de organizaciones que disponen de un nivel de 500+ en EFQM.
2. Organizaciones que se han presentado al Premio EFQM a la Excelencia: se presenta un posicionamiento de la organización respecto a las organizaciones que se han presentado a dicho Premio.

Hay que tener en cuenta que la metodología de evaluación del Modelo EFQM tiene un rango de variabilidad de ± 25 puntos EFQM.

2. Posicionamiento respecto a Sellos de Excelencia EFQM 500+

2.1 DESCRIPCIÓN DEL CONTENIDO

En este apartado se presenta el posicionamiento de la organización frente a las organizaciones españolas que disponen de un Sello de Excelencia EFQM 500+ vigente a 31 de diciembre de 2018.

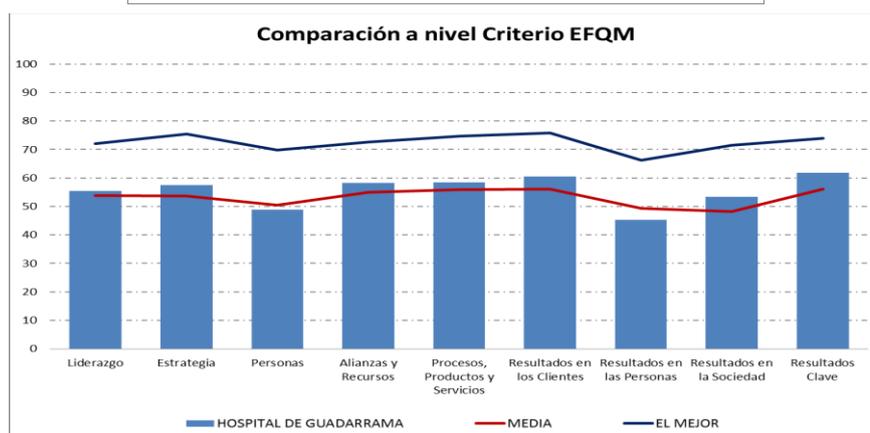
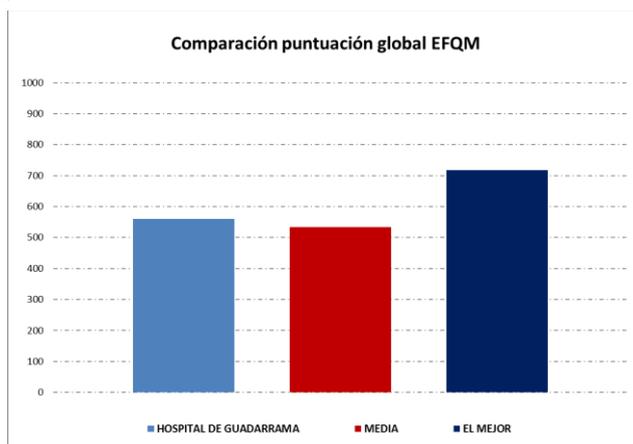
La comparación que se realiza en los gráficos presentados a continuación se ha realizado con:

- **Media:** corresponde a la puntuación media por subcriterio de todas las organizaciones con Sello EFQM 500+ vigente a 31 de diciembre de 2018.
- **El Mejor:** corresponde a la puntuación más alta en cada subcriterio, de entre todas las puntuaciones de las organizaciones con Sello EFQM 500+ vigente a 31 de diciembre de 2018.

Se presentan las comparativas respecto a los criterios y subcriterios (global y por criterio) del modelo EFQM.

2.2 COMPARACIÓN A NIVEL DE CRITERIO EFQM

En este apartado se presenta el posicionamiento Global de la organización a través de dos gráficos que muestran la comparación de la organización respecto a la Media y al Mejor en la puntuación total y en los 9 Criterios del Modelo EFQM.



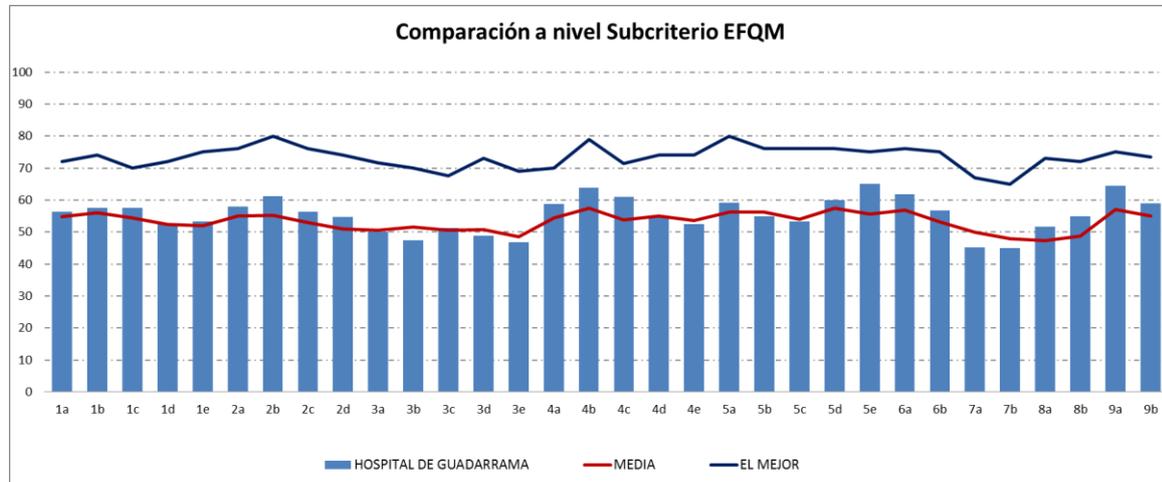
El HOSPITAL DE GUADARRAMA se sitúa ligeramente por encima de los valores obtenidos por la media de las organizaciones españolas que disponen de un Sello de Excelencia EFQM 500+ y a más de 100 puntos del mejor.

Si analizamos el perfil por criterio, alcanza los valores obtenidos por la media en todos los subcriterios, salvo en el criterio Personas y Resultados en las Personas que se encuentran ligeramente por debajo.

En relación a la comparativa con el mejor, mantiene una distancia de entorno a los 15-20 puntos en la mayoría de los criterios.

2.3 COMPARACIÓN A NIVEL DE SUBCRITERIOS EFQM

En este apartado se presenta el posicionamiento de la organización por Subcriterios EFQM, representado a través de un gráfico que muestra la comparación de la organización respecto a la Media y al Mejor en los 32 Subcriterios del Modelo EFQM.



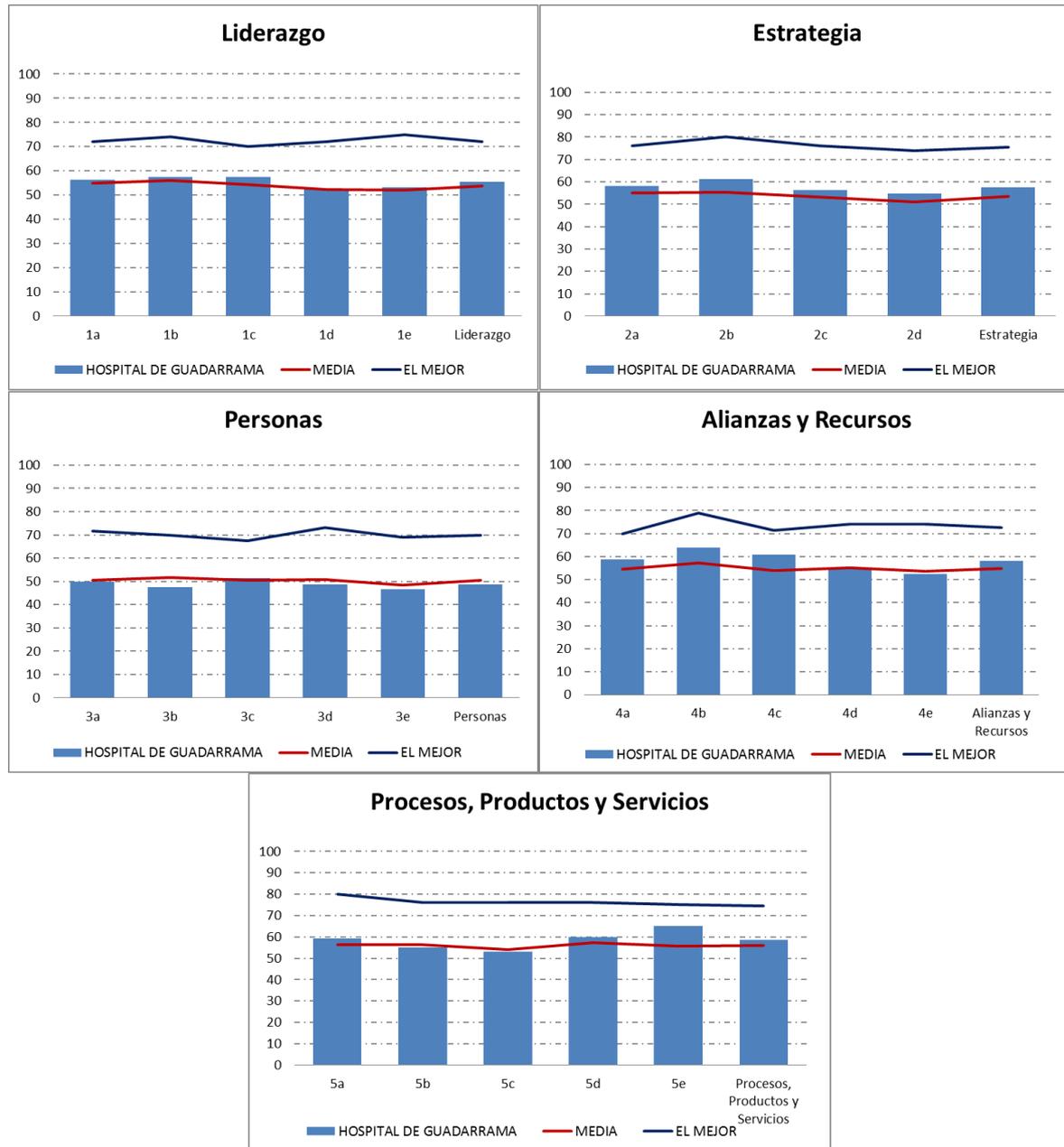
En la comparación realizada a nivel de subcriterios el perfil que presenta el HOSPITAL DE GUADARRAMA se sitúa en valores por encima de la media en los subcriterios 1c, 2a, 2b, 2c, 2d, 4a, 4b, 4c, 5a, 5d, 5e, 6a, 6b, 8a, 8b, 9a y 9b. Asimismo se sitúa en valores similares a la media en los subcriterios 1a, 1b, 1d, 1e, 3a, 3c y 4d y por debajo de la misma en el 3b, 3d, 3e, 4e, 5b, 5c, 7a y 7b.

En relación a las comparaciones con el mejor, el HOSPITAL DE GUADARRAMA se sitúa por debajo de los valores alcanzados por el mejor en la totalidad de los subcriterios.

2.4 COMPARACIÓN POR SUBCRITERIOS PARA CADA CRITERIO EFQM

Los siguientes gráficos muestran el posicionamiento de la organización en cada uno de los criterios comparando las puntuaciones por subcriterios respecto a la Media y al Mejor.

2.4.1 AGENTES



En el análisis por criterio, en Liderazgo, todos los subcriterios alcanzan los valores obtenidos por la media.

En Estrategia, igualmente todos los subcriterios alcanzan los valores obtenidos por la media.

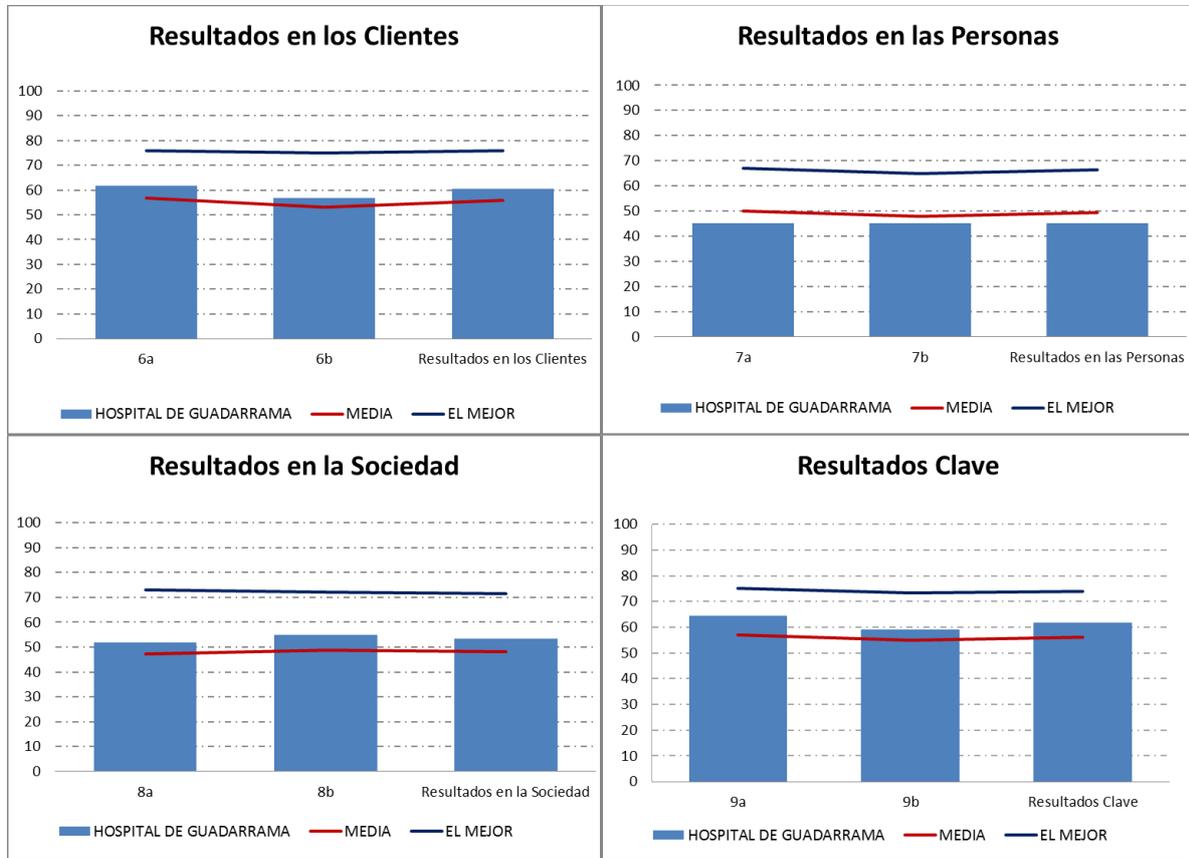
En Personas, alcanza los valores obtenidos por la media en los subcriterios 3a y 3c, en el resto de los subcriterios los valores no llegan a la media.

En Alianzas y Recursos, supera los valores obtenidos por la media en los subcriterios 4a, 4b y 4c, alcanza el valor en el subcriterio 4d y no lo alcanza en el 4e.

Y por último, en el criterio de Procesos, Productos y Servicios el subcriterio 5e supera de forma amplia el valor obtenido por la media, mientras que los subcriterios 5a y 5d se sitúan en la media y los subcriterios 5b y 5c se sitúan por debajo de la media.

En las comparaciones realizadas con el mejor, podemos destacar que la distancia se encuentra a unos 15 puntos en la mayoría de los subcriterios.

2.4.2 RESULTADOS



En cuanto a los resultados, contemplando la comparación por subcriterios, superan el valor obtenido por la media en los subcriterios 6a, 6b, 8a, 8b, 9a y 9b, no superándolo en el resto de los subcriterios.

La distancia con respecto al mejor dista en más de 10 puntos en todos los subcriterios.

3. Posicionamiento respecto al Premio EFQM a la Excelencia

3.1 DESCRIPCIÓN DEL CONTENIDO

En este apartado se presenta el posicionamiento de la organización frente a las organizaciones que se presentaron al Premio EFQM a la Excelencia (EFQM Excellence Award) en el año 2018.

Los gráficos que se presentan a continuación están realizados utilizando los datos facilitados por la EFQM de las puntuaciones alcanzadas en las evaluaciones realizadas en el contexto del Premio EFQM a la Excelencia del año 2018.

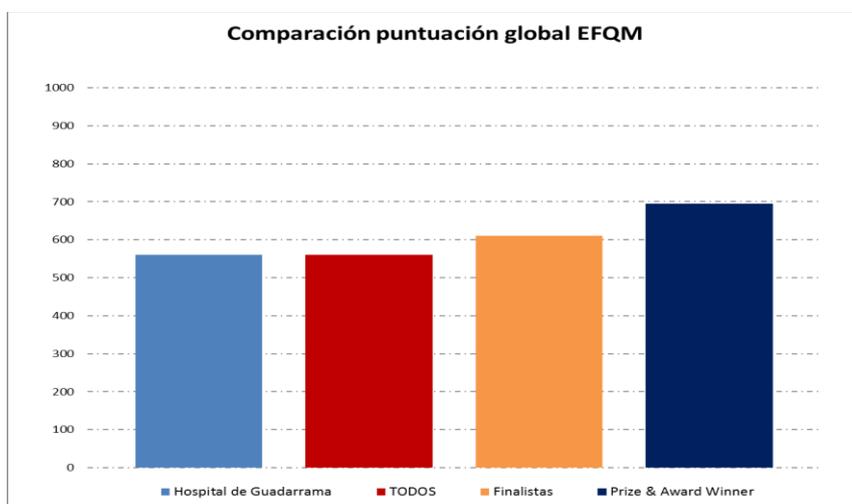
La comparación que se realiza en los gráficos que se presentan a continuación se ha realizado con:

- **Todos:** corresponde a la puntuación media de todas las organizaciones que se presentaron al EFQM Excellence Award 2018.
- **Prize & Award Winner:** corresponde a la puntuación media por subcriterio de todas las organizaciones que obtuvieron un galardón (Prize y/o Award) en el EFQM Excellence Award 2018.
- **Finalistas:** corresponde a la puntuación media de las organizaciones finalistas en el EFQM Excellence Award 2018.

Se presentan las comparativas respecto a los criterios y subcriterios (global y por criterio) del Modelo EFQM.

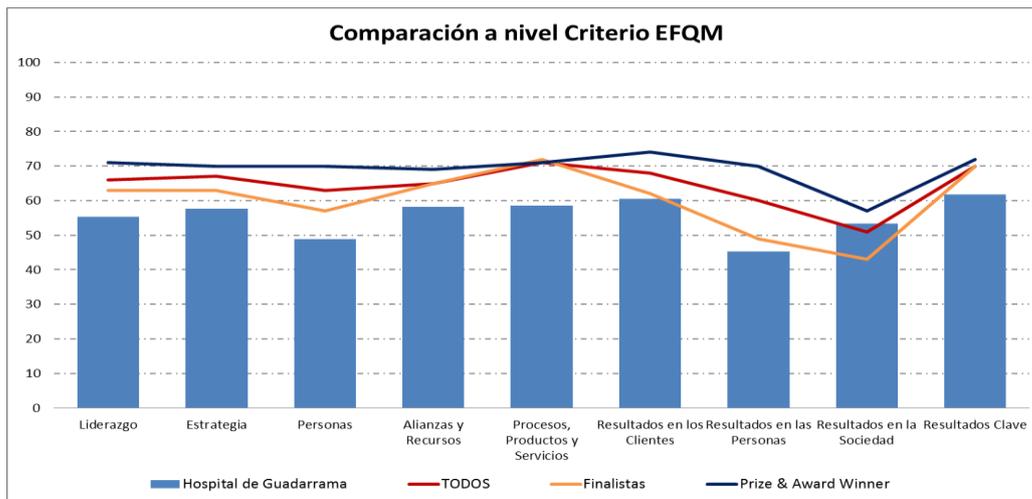
3.2 COMPARACIÓN A NIVEL DE CRITERIO EFQM

En este apartado se presenta el posicionamiento Global de la organización a través de dos gráficos que muestran la comparación de la organización respecto a Todos, Prize y Finalistas en la puntuación total y en los 9 Criterios del Modelo EFQM.



La puntuación EFQM obtenida por el HOSPITAL DE GUADARRAMA en la evaluación externa le sitúa en valores similares a los obtenidos por todos los participantes en el Premio EFQM 2018, pero por debajo de los finalistas y Prize & Award Winner.

La comparativa a nivel Criterio EFQM se muestra a continuación:

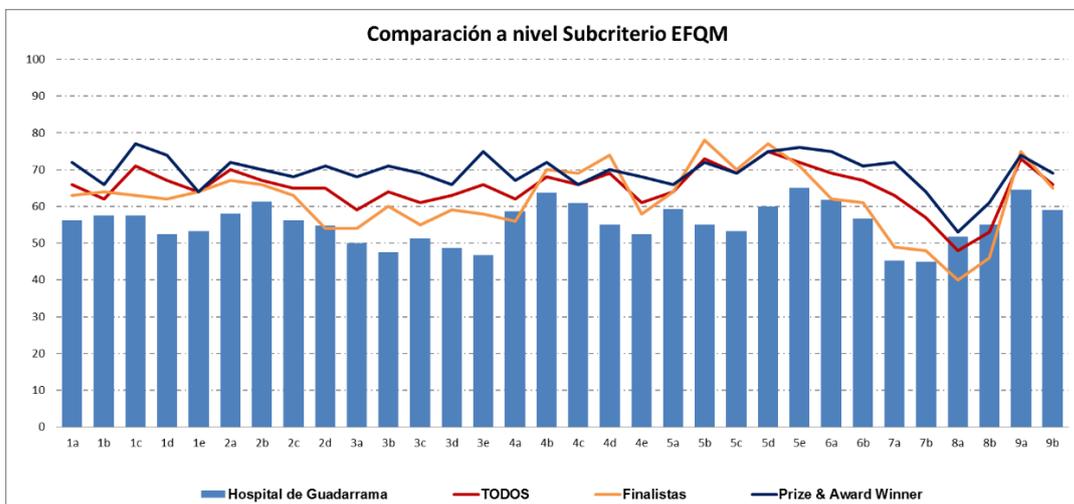


Si realizamos el análisis de las puntuaciones por criterio, podemos apreciar que solo el criterio Resultados en la Sociedad supera la puntuación obtenida por los finalistas. La puntuación en el criterio Resultados en Clientes obtiene valores similares a los alcanzados por los finalistas.

En ningún criterio alcanza los resultados obtenidos por el Prize&Award Winner.

3.3 COMPARACIÓN A NIVEL DE SUBCRITERIO EFQM

En este apartado se presenta el posicionamiento de la organización por Subcriterios EFQM con un gráfico que muestra la comparación de la organización respecto a Todos, Prize y Finalistas en los 32 Subcriterios del Modelo EFQM.



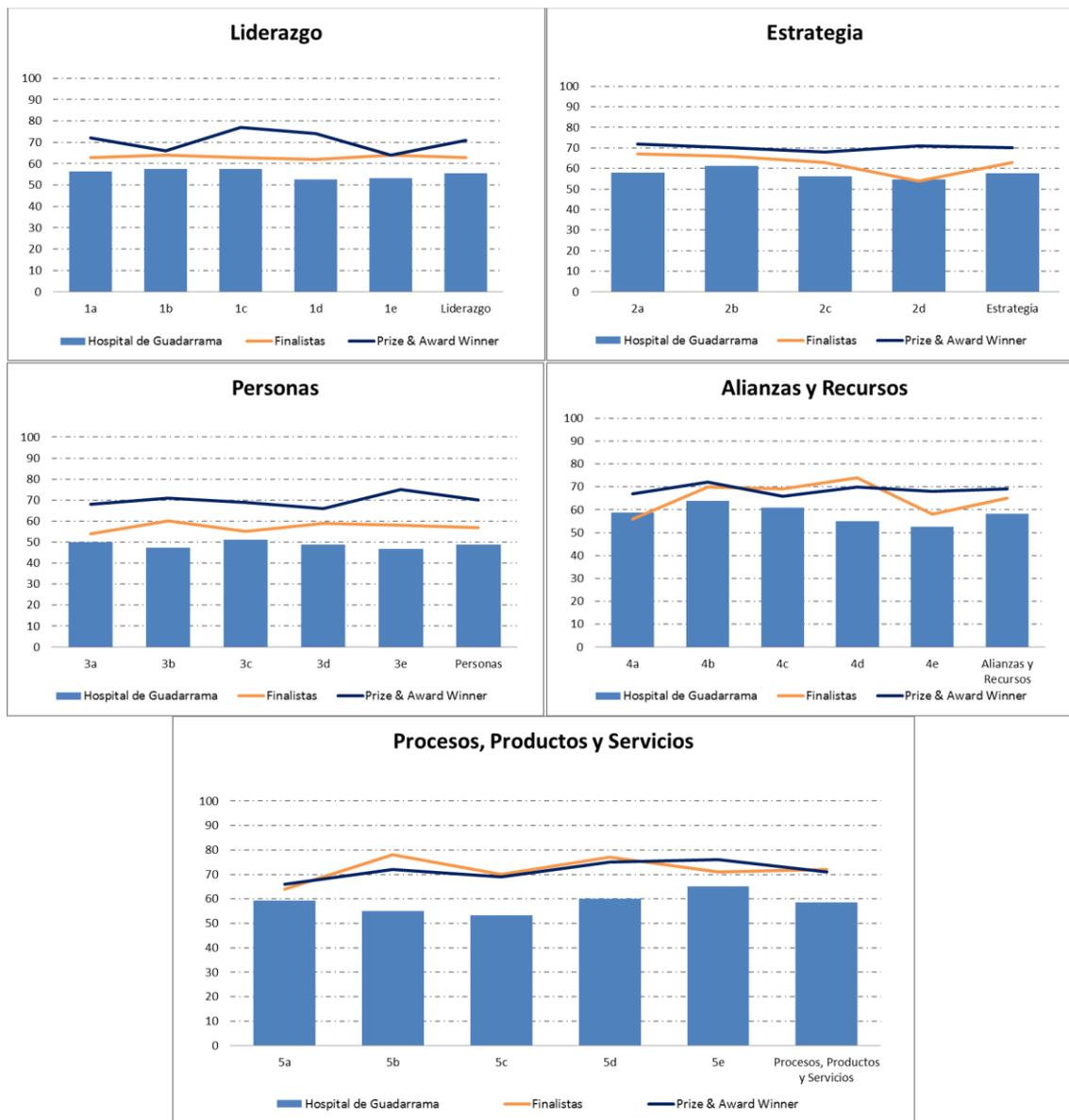
En las puntuaciones por subcriterios, podemos observar que superan las puntuaciones obtenidas por los finalistas en los subcriterios 4a, 8a y 8b, alcanza puntuaciones similares en los subcriterios 2d y 6a y no alcanza las puntuaciones obtenidos por la media en el resto de los subcriterios.

Con respecto al Prize & Award Winner no alcanza las puntuaciones obtenidas en ninguno de los subcri terios.

3.4 COMPARACIÓN POR SUBCRITERIO PARA CADA CRITERIO EFQM

Para cada uno de los criterios, los siguientes gráficos muestran el posicionamiento de la organización en cada uno de los subcriterios EFQM comparando las puntuaciones respecto a Prize y Finalistas.

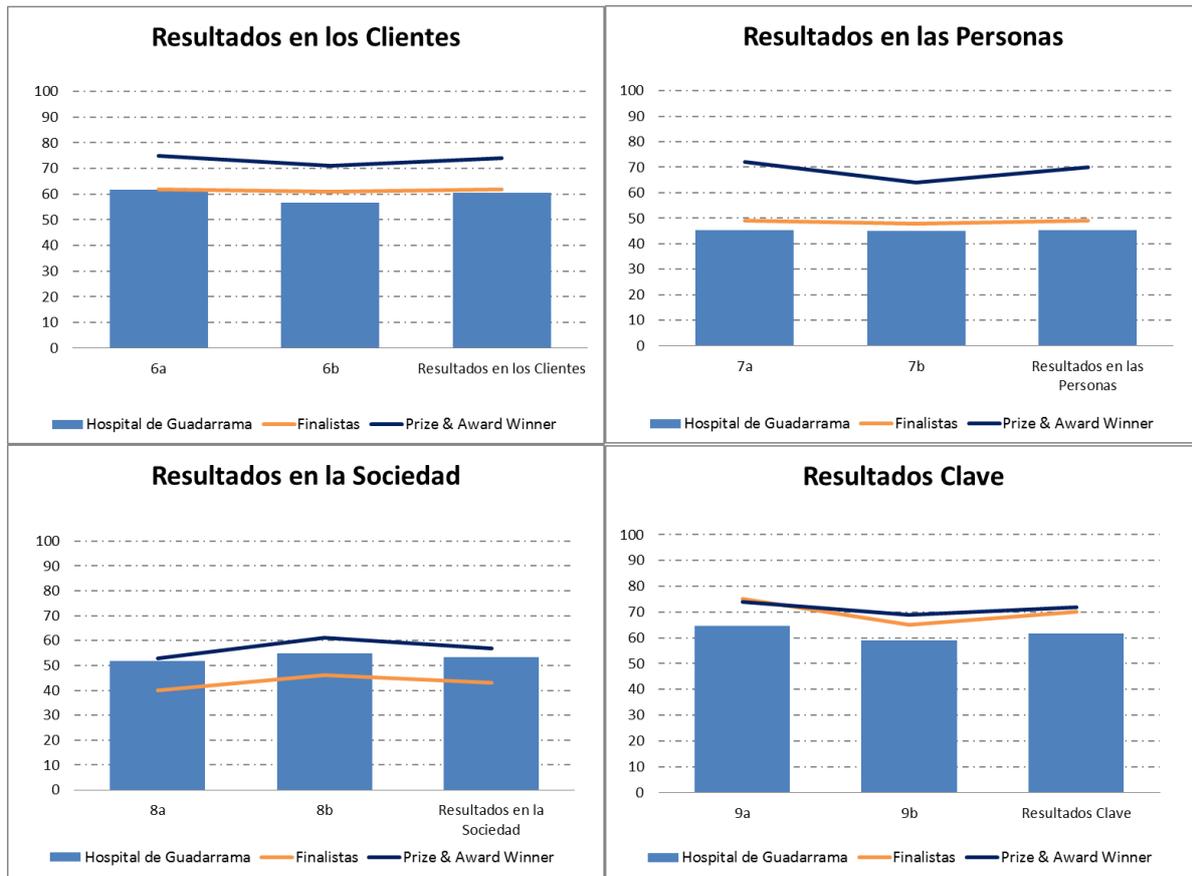
3.4.1 AGENTES



De forma general, la mayoría de los subcriterios agentes no alcanzan la puntuación obtenida por los finalistas, salvo en los subcriterios 2d y 4a.

En ningún caso alcanzan la puntuación obtenida por el Prize & Award Winner.

3.4.2 RESULTADOS



Los subcriterios de los criterios resultados superan los valores obtenidos por los finalistas en los subcriterios 8a y 8b, alcanzan valores similares en el subcriterio 6a y no alcanzan los valores en el resto de los subcriterios. Respecto a los valores obtenidos por el Prize & Award Winner, en ningún caso alcanzan los valores, únicamente se aproxima en el subcriterio 8a.

4. Premio EFQM a la Excelencia: algunos aspectos a considerar

El proceso de evaluación de los Sellos de Excelencia EFQM del Club Excelencia en Gestión no difiere significativamente del proceso de evaluación del Premio EFQM a la Excelencia.

No obstante, se indican a continuación algunos aspectos que una organización que está valorando presentarse al Premio Europeo debe tener en cuenta:

Idioma

Toda la documentación de presentación al Premio debe estar en inglés.

Si es necesario traductor, éste debe ser un profesional independiente y no participar en las entrevistas, sólo hacer de intérprete.

Requisitos para presentarse

El único requisito para poder presentarse es tener vigente un Sello de Excelencia EFQM 500+/ Recognised for Excellence 5 Star o haber ganado un Premio Nacional a la Excelencia.

Para presentarse al Premio EFQM, hay que enviar a la EFQM una solicitud formal (“Application Form”).

Memoria EFQM

La memoria EFQM que se utiliza en las evaluaciones del Premio se llama “Management Document” y no difiere de la Memoria EFQM Conceptual que se utiliza para los Sellos de Excelencia:

- Información Clave..... 5-10 pág. aproximadamente
- Mapa de Agentes Facilitadores..... 10-15 pág. aproximadamente
- Resultados Clave..... 5-10 pág. aproximadamente

El documento tiene unas 35-40 páginas pero se pueden añadir algunos gráficos, tablas, etc. como anexos al final del documento.

Reunión previa en Bruselas

Aproximadamente 2 meses antes de la visita (ver fechas clave) tiene lugar en Bruselas una reunión de algunos representantes de la organización evaluada (2 ó 3) con el equipo de evaluadores (el número depende del tamaño de la organización).

La organización evaluada aprovecha la reunión para:

- Presentar a conciencia a la organización propia tratando de que los evaluadores entiendan bien sus peculiaridades.
- Aportar información adicional que sirva para mejorar la comprensión de la organización evaluada.
- Establecer un espíritu positivo de cooperación.
- Validar con los evaluadores el “perfil de organización” que han preparado ellos con el fin de tener una idea totalmente clara de la organización que van a evaluar.
- Contrastar con los evaluadores cualquier aspecto fundamental de la evaluación.
- Establecer las expectativas con respecto a la visita:
- Planificar qué información van a requerir los evaluadores cuando comience la visita (hay que prever su traducción).
- Coordinar un primer borrador general del programa de visita.
- Coordinar aspectos logísticos de la visita.

Visita a las instalaciones

La visita de los evaluadores EFQM en el entorno del Premio EFQM a la Excelencia suele estar preparada exhaustivamente en todos y cada uno de sus detalles, incluido algún aspecto más lúdico como consecuencia de una visita internacional.

Los evaluadores suelen trabajar en parejas y tener de acompañante durante toda la visita una persona de la organización evaluada que hable inglés.

La visita dura cinco días (de lunes a viernes) aunque los evaluadores suelen viajar el domingo y esa misma tarde tienen una reunión de preparación final. Durante los tres primeros días tiene lugar la visita en sí. También se suele visitar un porcentaje elevado de las instalaciones de la organización evaluada.

El equipo de evaluadores utiliza los dos últimos días para finalizar la evaluación consensuando sus puntos de vista (puntos fuertes, áreas de mejora y temas clave) y la puntuación. Al terminar el viernes se tiene una reunión final con el equipo directivo donde se presentan los Temas Claves de la Evaluación, sin dar información sobre la puntuación.

Tanto en la reunión inicial como en la final suele estar presente todo el equipo de dirección y, además, otras personas relevantes de la organización. En algún caso incluso se invita a todos los propietarios de procesos. El equipo de evaluadores (consciente o inconscientemente) suele tomar la asistencia a las reuniones como indicador de la importancia concedida a la evaluación por la organización en su conjunto.

Decisión del Jurado

Hay que tener en cuenta que, en el Premio EFQM a la Excelencia, la organización participa junto a otras organizaciones y que, por tanto, además de la Evaluación externa realizada por el equipo evaluador, hay un jurado independiente que dictamina los diferentes reconocimientos. Hay que destacar que desde la edición de 2016 ya no es una competición entre los diferentes participantes y puede haber varios ganadores en cada nivel de reconocimiento.

Existen 3 posibles niveles de reconocimiento como resultado de la evaluación:

- **Highly Commended:** Organización con una gestión de alto nivel capaz de demostrar la implantación de Buenas Prácticas (“good practices”) en uno de los ocho Valores de la Excelencia. Lograr este reconocimiento es la confirmación de ser un modelo claro y fuente de inspiración para otras organizaciones.
- **Excellence Prize Winner:** Organización con una gestión de alto nivel que demuestra disponer de Prácticas Modélicas (“role model practices”) con resultados excepcionales en uno o varios de los Ocho Valores de la Excelencia.
- **Excellence Award Winner:** es el más alto nivel y se concede cuando el jurado decide que se la percibe como una organización modélica con un alto nivel global, con probadas prácticas de gestión modélicas y que ha demostrado obtener resultados excelentes y sostenibles en todos los ocho Valores de la Excelencia.

Si el Jurado considera que no hay ninguna organización que merece ser el ganador del premio, el Premio quedará desierto, pero también puede suceder que haya más de un ganador del Premio en las diferentes categorías.

Si el jurado decide que una organización no está en el nivel de Highly Commended, se concederá el correspondiente nivel de reconocimiento a la excelencia (EFQM Recognised for Excellence 3,4 o 5 Stars), dependiendo de su puntuación.

Fechas aproximadas para el Premio EFQM a la Excelencia 2019

- Presentación (solicitud formal): Diciembre 2018 - Enero de 2019
- Entrega de la Memoria EFQM: Febrero de 2019
- Visita de Evaluación: Mayo de 2019
- Reunión del jurado: Julio de 2019
- Envío del Informe Final de la evaluación: Julio de 2019
- Foro EFQM: entrega de los reconocimientos: Octubre de 2019

Para más información: sello@clubexcelencia.org