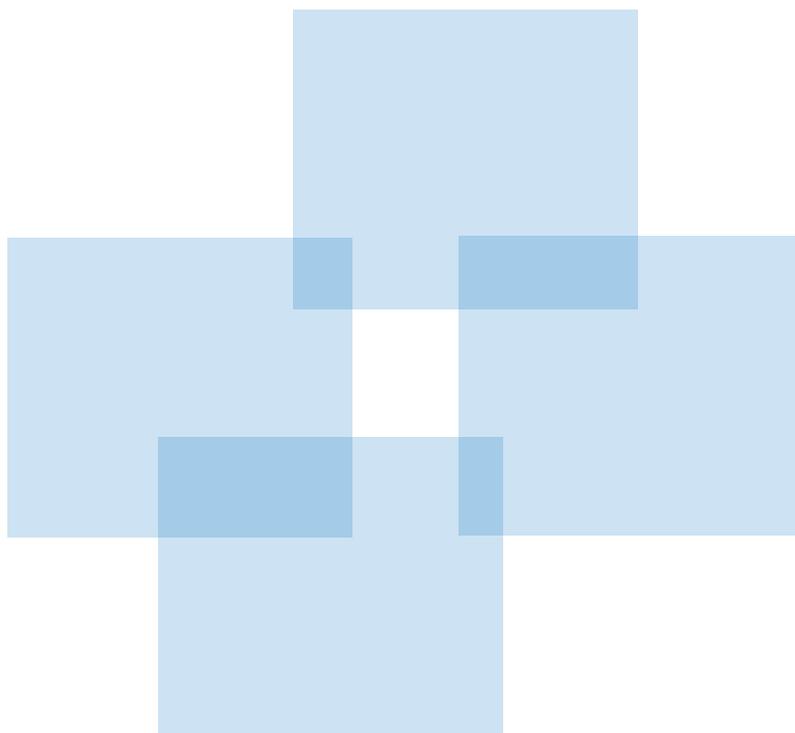


Posicionamiento Estratégico 2018 - 2022





30 / NOVIEMBRE / 2018

PRESENTACIÓN

Aunque está vinculado a más de cuatro siglos de historia de la sanidad madrileña, el Hospital General Universitario Gregorio Marañón acaba de celebrar el 50 aniversario de la inauguración de sus actuales instalaciones. Han sido 50 años de compromiso con la calidad asistencial, la docencia y la investigación, que lo han consolidado como uno de los tres mejores centros sanitarios de España y lo han situado en el primer plano de la actualidad científica, nacional e internacional.

Pero el Gregorio Marañón mira ya hacia el futuro, a través de un proceso de reflexión estratégica que pretende reforzar lo que somos y sentar las bases de lo que queremos ser: un hospital excelente, preparado para afrontar los desafíos que los vertiginosos avances de la medicina nos plantean.



La planificación estratégica 2018-2022 hace una apuesta decidida por combinar la experiencia acumulada con la innovación y la modernización. La participación de los profesionales ha sido esencial en este proceso. Más de cuatrocientas personas de todos los estamentos han colaborado, durante muchos meses, en la revisión de nuestra misión, visión, valores y líneas estratégicas, para adecuarlos al proceso de cambio científico, tecnológico y social que vivimos. Todo ello enmarcado en las líneas de actuación y objetivos del Servicio Madrileño de Salud para garantizar una sanidad pública de calidad.

Uno de los ejes fundamentales de este diseño estratégico es situar al paciente en el centro de la asistencia sanitaria, con una atención integral que pasa por una colaboración directa y permanente con Atención Primaria y con las instituciones sociosanitarias y por otorgar un papel activo al propio paciente. Queremos un hospital abierto y colaborativo, del que todos se sientan parte y en el que todos participen. Para abordar este ilusionante proyecto de futuro contamos con una completa cartera de servicios y una amplia casuística asistencial que nos permiten el continuo desarrollo de técnicas y procedimientos. Pero, por encima de todo, contamos con un formidable equipo de profesionales, unidos por una de las grandes fortalezas de nuestro Hospital: el orgullo de pertenecer al Marañón.

La transformación digital, la evolución tecnológica y la incorporación de la robótica son los retos de futuro que abordamos en este proyecto pero también lo es la renovación de nuestras instalaciones. El Hospital aborda ahora la reforma integral del Hospital Oncológico y la construcción de un nuevo Centro Quirúrgico que, sin duda, van a suponer una gran mejora para los usuarios y para los profesionales, pero que nos obligan a encontrar la forma de mantener la calidad asistencial durante el desarrollo de las obras.

El futuro del Marañón ya está aquí. Hemos dibujado sus líneas maestras como un proyecto colaborativo y entre todos las haremos realidad. Por ello, quiero manifestar mi reconocimiento a todos los profesionales del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, por su compromiso con la sanidad pública, con el Marañón y con la búsqueda permanente de la excelencia sanitaria en la atención a nuestros pacientes, razón de ser y eje fundamental de toda nuestra actividad.

Joseba Barroeta
Director Gerente

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN

2. METODOLOGÍA DE TRABAJO

- 2.1. Marco de desarrollo del posicionamiento estratégico del HGUGM
- 2.2. Grupos de trabajo
- 2.3. Metodología
- 2.4. Seguimiento
 - 2.4.1. Estructura
 - 2.4.2. Cuadro de mando estratégico

3. ELEMENTOS PARA LA REFLEXIÓN ESTRATÉGICA

- Cambios sociodemográficos que impactan en la utilización de servicios sanitarios.
- El Hospital General Universitario Gregorio Marañón es una organización sanitaria compleja, en su distribución física, tamaño y tecnología y capacidad asistencial.
- Múltiples niveles de atención según las necesidades de la población y la capacidad asistencial y científica como hospital de tercer nivel.
- Las personas que trabajan en la organización tienen un fuerte sentido de pertenencia y orgullo de marca hacia el hospital.
- El rendimiento de la organización en términos de producción y eficiencia en hospitalización convencional presenta aún margen de mejora, no obstante la evaluación debe orientarse cada vez más a la capacidad de resolución de los problemas de salud a través de la innovación asistencial.
- El Hospital atiende una casuística compleja propia de un hospital de referencia.
- El hospital, al igual que el resto del sector sanitario, ha sufrido en los últimos años un desajuste entre la demanda y la oferta disponible que ha generado listas de espera para la atención no urgente.
- En los últimos años, el hospital muestra una mejora en diferentes indicadores de la calidad asistencial, reflejo del compromiso para ofrecer unos servicios que cumplan las expectativas de la población.

ÍNDICE

- El Hospital tiene una amplia capacidad de atracción de población de fuera del área de referencia.
- La atracción hospitalaria de población de fuera de la Comunidad de Madrid ha aumentado en los últimos años.
- El hospital es uno de los centros de referencia a nivel regional y nacional para la formación en ciencias de la salud.
- Los indicadores económicos del hospital reflejan un menor coste relativo por patologías y un incremento global de gasto en personal.
- El hospital ha mejorado la generación de ingresos por su labor investigadora, el impacto de las publicaciones científicas, la actividad de I+D+i y el retorno de valor a la sociedad.

4. EVALUACIÓN DEL CONTEXTO

4.1. Mapa de procesos HGUGM

4.2. Análisis DAFO

4.2.1. Fortalezas

4.2.2. Debilidades

4.2.3. Amenazas

4.2.4. Oportunidades

4.3. Grupos de interés

4.4. Análisis de riesgos

4.4.1. Principales riesgos asociados a los procesos estratégicos

4.4.2. Principales riesgos asociados a los procesos operativos

4.4.3. Principales riesgos asociados a los procesos apoyo

4.4.4. Oportunidades

5. MISIÓN, VISIÓN Y VALORES

6. FUNDAMENTOS Y ENFOQUE

7. GRANDES LÍNEAS DE ACTUACIÓN

Línea 1. Un proyecto de todos

Línea 2. Dar voz y escuchar a los pacientes

Línea 3. Compromiso con la calidad asistencial y seguridad del paciente

Línea 4. Priorizar y consolidar líneas de excelencia

Línea 5. Liderazgo eficaz y participativo

Línea 6. Agilidad y eficiencia en el funcionamiento

Línea 7. Innovación en modelos asistenciales y atención pluridisciplinar

Línea 8. Desarrollo de competencias orientada a resultados y gestión del conocimiento

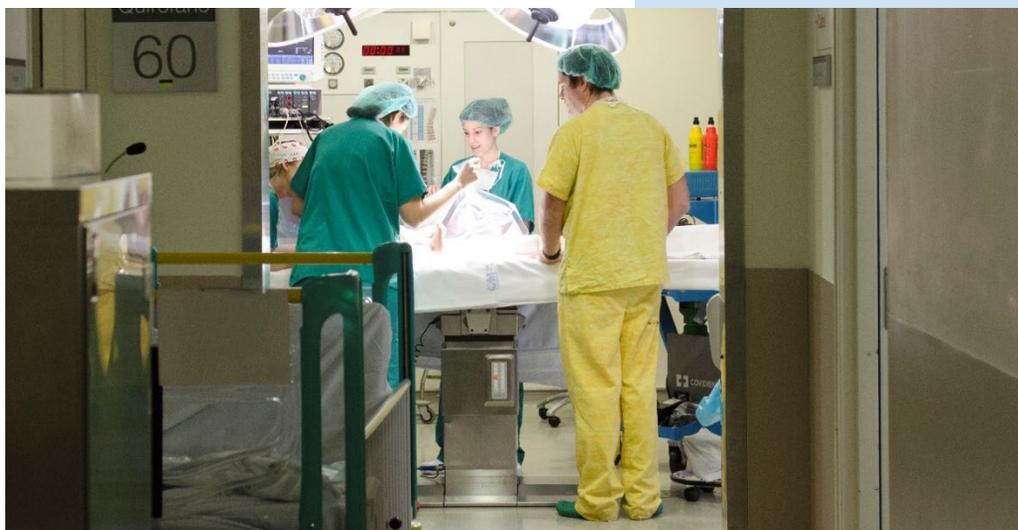
Línea 9. Investigación e innovación

Línea 10. Promoción de la “Marca Marañón” en la sociedad y el sector salud

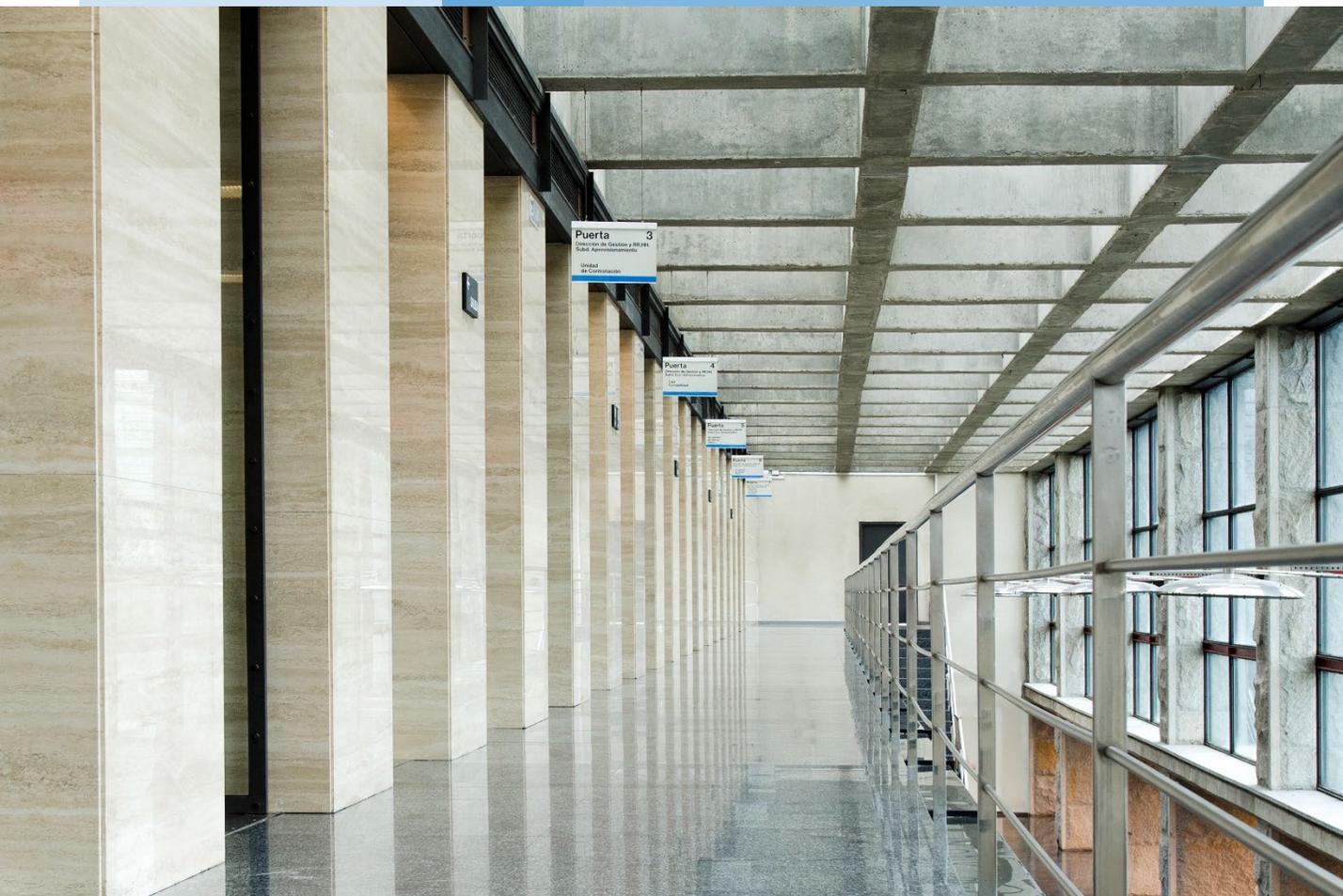
Línea 11. Transferir conocimiento a las nuevas generaciones

Línea 12. Desarrollo de una estructura y tecnología de vanguardia sostenible y un entorno saludable

ÍNDICE



1. INTRODUCCIÓN





1. INTRODUCCIÓN

El Hospital General de Madrid nació en 1567 de la reunión de hospitales de la Villa y Corte, solicitada por las Cortes de Castilla y tramitada por Felipe II. Tras una breve permanencia en el que fuera hospital de convalecientes, se ubicó en unos locales situados en la confluencia del paseo del Prado con la carrera de San Jerónimo. Bernardino de Obregón fue el primer director.

A principios del siglo XVII, durante el reinado de Felipe III, el Hospital se trasladó de nuevo; esta vez, a un albergue de mendigos que se había edificado, por iniciativa del doctor Cristóbal Pérez de Herrera, en el camino de Nuestra Señora de Atocha.

Arquitectonicamente, se decidió rehacer el vetusto caserón iniciado por Felipe II. Ventura Rodríguez, Hermosilla y, por fin, Sabatini, llevan a cabo el proyecto del nuevo edificio, que se inauguró en agosto de 1781. En ese momento, el Hospital General disponía de 1.561 camas. Ya en 1849, el Hospital General de Madrid, a raíz de la reforma administrativa que siguió a las Cortes de Cádiz de 1812, pasó a ser regido y administrado por la Diputación Provincial y se rebautizó como Hospital Provincial de Madrid.

En julio de 1968 se inauguró, oficialmente, la nueva Ciudad Sanitaria Francisco Franco, levantada en la tierra del que fue hospital de San Juan de Dios, lejos del edificio de Atocha. Ciudad Sanitaria cuyo Reglamento incluía: Hospital Provincial o Instituto Médico-Quirúrgico, Instituto Provincial de Obstetricia y Ginecología, Instituto Provincial de Puericultura, Instituto de Oncología Marquesa de Villaverde, Clínica Psiquiátrica, Hospital Psiquiátrico Alonso Vega, así como los que en el futuro puedan crearse, explicitaba el Reglamento.

En 2001 con la transferencia en materia de sanidad a las Comunidades Autónomas el hospital pasa a integrarse en la red asistencial del Servicio Madrileño de Salud, junto con el resto de hospitales dependientes de INSALUD ubicados en la región.

Los años transcurridos hasta ahora han supuesto un período en el que se han sucedido varias reestructuraciones, administrativas y arquitectónicas. El Hospital ha recuperado su nombre original, el de General de Madrid; se apellida Universitario -condición que siempre tuvo- y Gregorio Marañón- por uno de sus más eminentes profesionales. Aunque casi todo ha cambiado en el devenir de esta institución, su arraigo como referente en la ciudad de Madrid y en la región y en el imaginario de su población ha sido una constante a lo largo de su dilatada historia.



2. METODOLOGÍA DE TRABAJO

2. METODOLOGÍA DE TRABAJO

2.1. Marco de desarrollo del posicionamiento estratégico del HGUGM

El actual posicionamiento estratégico del Hospital nace de la necesidad de disponer de un modelo conceptual coherente, reflexivo y con vocación de futuro que guíe las principales líneas de fuerza en el desarrollo y búsqueda de la excelencia de nuestro hospital en los próximos años. Intenta recoger y hacer explícitas de una manera ordenada iniciativas que en las distintas dimensiones de la organización se han puesto en marcha en los últimos años y que son de largo recorrido y también incorporar nuevas líneas de trabajo adicionales derivadas del análisis de un entorno cambiante y de las tendencias emergentes en el sector sanitario, en los servicios públicos y en la sociedad en su conjunto.

2.2. Grupos de trabajo

La participación de profesionales del hospital en el desarrollo de la misión, visión, valores y en la identificación de las grandes líneas estratégicas a desarrollar ha sido muy amplio, a través de grupos de discusión, y en este proceso han participado más de 400 profesionales de todos los estamentos del hospital. Para los aspectos más técnicos de desarrollo de este plan, liderado por el equipo directivo, se ha conformado un grupo redactor que ha abordado el desarrollo específico de cada línea estratégica y los resultados se han sometido a las aportaciones de un panel de revisores integrado por profesionales del hospital (jefes de Servicio, de Departamento de Enfermería, presidentes de Comisiones Clínicas, miembros de la Junta Técnico Asistencial y del Servicio de Comunicación).

2.3. Metodología

La metodología utilizada ha incluido sesiones de discusión grupal, entrevistas estructuradas a informadores clave de la organización, elaboración de mapas conceptuales, elaboración del mapa de procesos del hospital, análisis de riesgos estratégicos y operacionales (análisis modal de fallos y efectos), identificación de necesidades y expectativas de los grupos de interés y análisis estructurado de contexto (DAFO). Las fases en las que se ha desarrollado el posicionamiento estratégico se muestran en la figura 1.





Figura 1. Fases de desarrollo del Posicionamiento Estratégico 2018-2022

2.4. Seguimiento

2.4.1. Estructura

Para validar cada paso en la construcción de este posicionamiento, se ha constituido una Comisión Estratégica integrada por el equipo directivo, mandos intermedios (del área médica, de enfermería y del área de gestión), líderes clínicos del hospital, responsables del Instituto de Investigación y representantes de la Universidad, apoyada técnicamente por miembros del Servicio de Medicina Preventiva y Gestión de Calidad. Esta comisión junto con el equipo directivo asumirá también la evaluación anual del plan estratégico y el seguimiento del mismo.

2.4.2. Cuadro de mando estratégico

Derivado del desarrollo de las líneas estratégicas se ha construido un cuadro de mando estratégico que permita el seguimiento en la consecución de los objetivos planteados en las distintas líneas del posicionamiento estratégico.

3. ELEMENTOS PARA LA REFLEXIÓN ESTRATÉGICA



3. ELEMENTOS PARA LA REFLEXIÓN ESTRATÉGICA

- **Cambios sociodemográficos que impactan en la utilización de servicios sanitarios.**

De las tres CCAA con mayor volumen de población en el estado, la Comunidad de Madrid es la que presenta una mayor esperanza de vida, con una estimación en 2017 de 84,55 años (81,9 en varones y 86,8 en mujeres) (gráfico 1). El envejecimiento de la población conlleva una mayor prevalencia de pacientes crónicos con múltiples morbilidades y necesidades de entornos asistenciales adaptados a su situación. En este contexto, la figura del trabajador social dentro del equipo asistencial y la valoración del riesgo social desde el inicio de la asistencia se convierten en elementos fundamentales tanto para la gestión como para el bienestar de los pacientes.

La utilización de los servicios sanitarios está íntimamente ligada con la autopercepción del estado de salud. En este sentido, los datos de la última encuesta nacional de salud (MSSSI) muestran la relación entre esta percepción y la edad, de manera que la proporción de personas con percepción regular o mala de su salud se incrementa paralelamente a la edad (gráfico 2).

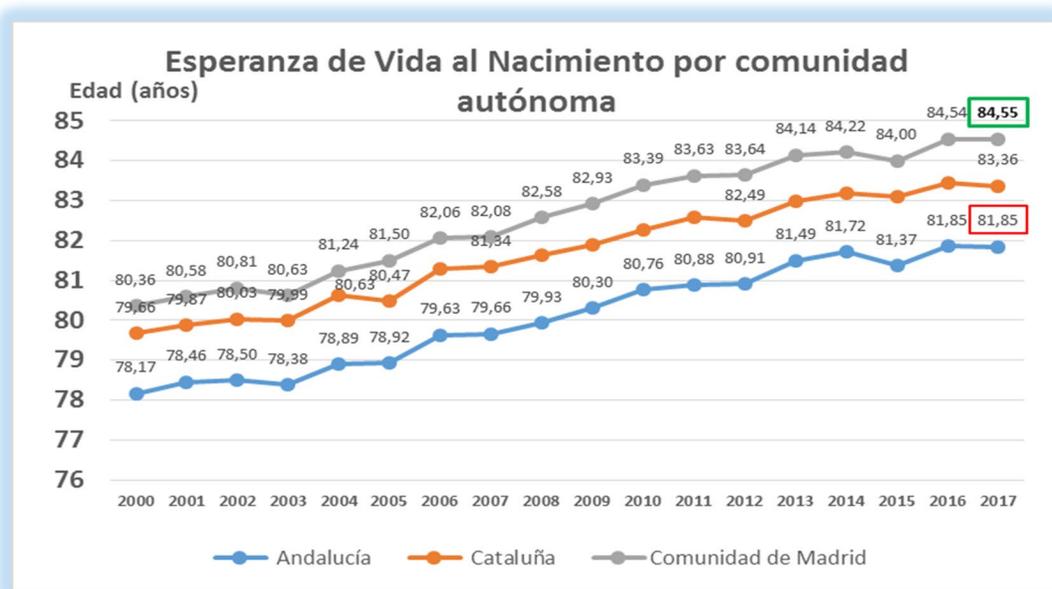


Gráfico 1. Esperanza de vida al nacimiento por CCAA. Fuente: INE.2017. Elaboración propia

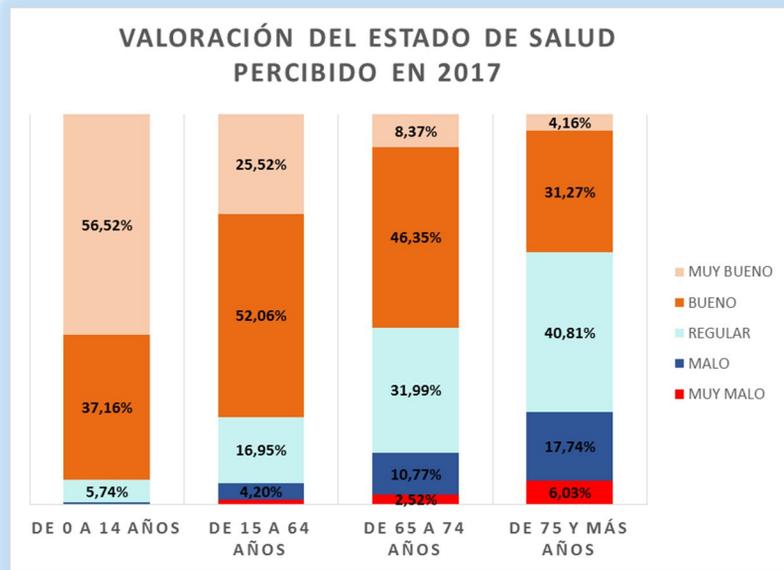


Gráfico 2. Valoración del estado de Salud Autopercebido
Fuente: Encuesta Nacional de Salud .MSSI 2017. Elaboración propia

Si nos limitamos a la población asignada a los centros de salud adscritos al hospital, en la evolución poblacional de los últimos cinco años, se observa como disminuye la población pediátrica en un 3,4 % y se incrementa la mayor de 65 años en 2,6%.

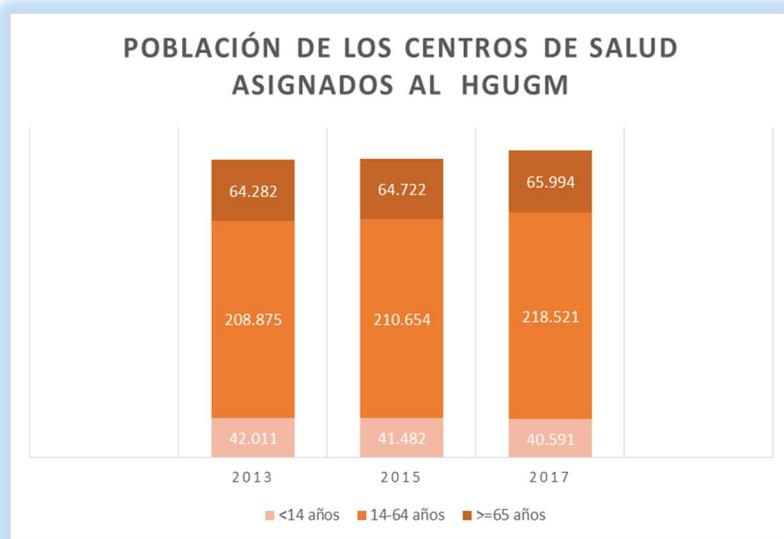
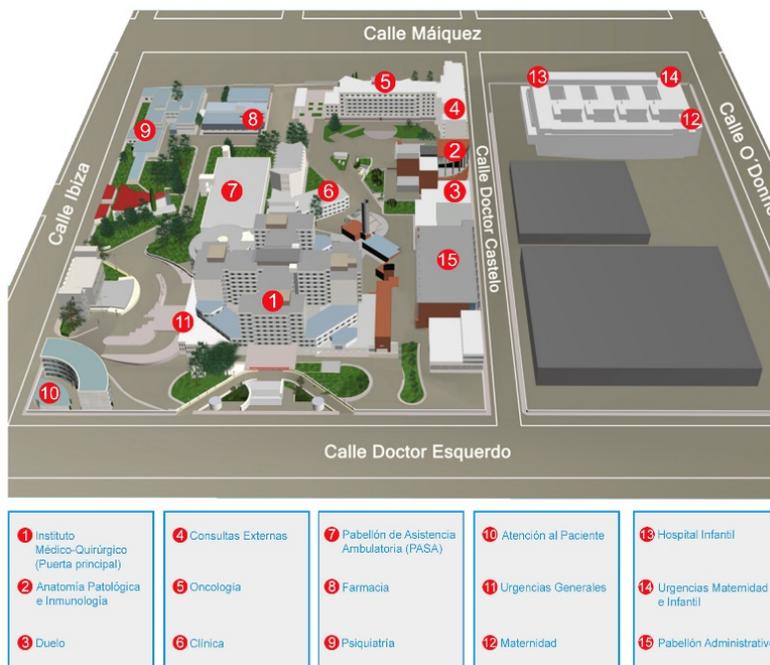


Gráfico 3. Población Asignada HGUGM
Fuente: Contrato de Gestión 2018. Elaboración propia

- El Hospital General Universitario Gregorio Marañón es una organización sanitaria compleja, en su distribución física, tamaño y tecnología y capacidad asistencial.

Estructura física del HGUGM

La complejidad comienza con la propia estructura física. El complejo hospitalario Gregorio Marañón está formado por varios edificios, en la manzana urbana comprendida entre las calles O'Donnell, Máiquez, Doctor Esquerdo e Ibiza.



Se integran funcionalmente en el complejo hospitalario otras instalaciones asistenciales ubicadas geográficamente en distintos puntos del municipio de Madrid:

- Instituto Provincial de Rehabilitación
- Instituto de Oftalmología
- Centros de Especialidades de Hermanos Sangro y Moratalaz
- Centros de Salud Mental de Retiro y Moratalaz.



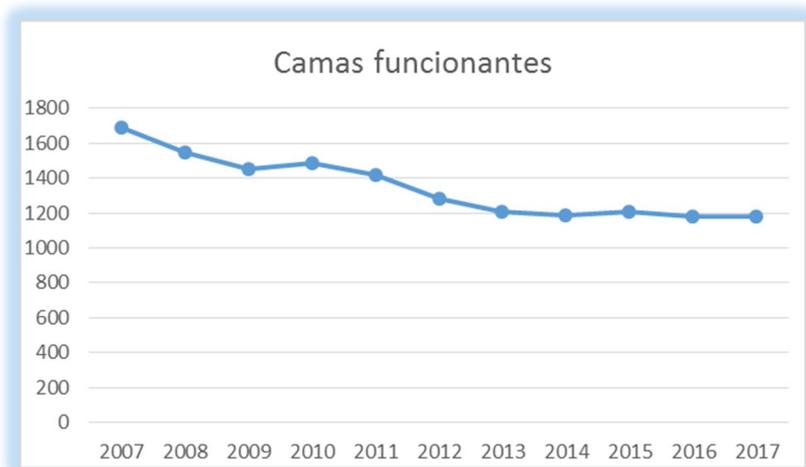


Gráfico 4: Camas funcionantes 2007-2017
Fuente: Cuadro de mando HGUGM

El HGUGM ha sido durante muchos años el hospital más grande de España en capacidad de hospitalización, actualmente es el mayor de Madrid (Catálogo Nacional de Hospitales 2017). Las camas funcionantes se han ido reduciendo en los últimos 10 años en la medida en que se han abierto nuevos hospitales, mejorado la eficiencia en la gestión de la hospitalización y nuevas modalidades de asistencia ambulatoria se incorporaban a la asistencia (véase producción asistencial). A 31 de diciembre de 2017 se dispone de 1.183 camas en funcionamiento y una capacidad de camas instaladas de 1.351.

El hospital dispone de una completa cartera de servicios y de recursos tecnológicos correspondientes a un hospital de tercer nivel.

| ALTA TECNOLOGÍA | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 |
|--|------|------|------|------|
| Tomografía por emisión de positrones (PET) | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Acelerador lineal | 4 | 5 | 4 | 3 |
| Planificador | 4 | 6 | 6 | 6 |
| Simulador | 2 | 2 | 2 | 1 |
| Gammacámara | 2 | 3 | 3 | 3 |
| Litotriptor | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Angiógrafo digital | 2 | 2 | 2 | 2 |
| Sala de hemodinámica | 4 | 4 | 4 | 4 |

Tabla 1. Alta Tecnología 2014 - 2017
Fuente: Memoria HGUGM 2017

En el hospital trabajan alrededor de 7500 personas y conviven distintos regímenes laborales (personal estatutario, laboral y funcionario). Esta dimensión de la plantilla y la distribución del horario laboral en turnos contribuyen a que la difusión de la información, la formación continuada o el establecimiento de una comunicación eficaz en toda la organización sean un auténtico reto.

| CATEGORÍA PROFESIONAL | AÑOS | | | |
|--------------------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 |
| EQUIPO DIRECTIVO | | | | |
| Director Gerente | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Subgerentes | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Director Médico | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Subdirector Médico | 4 | 4 | 3 | 2 |
| Director de Gestión | 2 | 2 | 2 | 2 |
| Director de Enfermería | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Subdirector de Gestión | 3 | 3 | 3 | 3 |
| Subdirector de Enfermería | 2 | 2 | 3 | 3 |
| Subtotal | 15 | 15 | 15 | 14 |
| DIVISIÓN MÉDICA | | | | |
| Facultativos | 987 | 1.028 | 1.041 | 1.063 |
| MIR | 534 | 523 | 522 | 526 |
| Subtotal | 1.521 | 1.551 | 1.563 | 1.589 |
| PERSONAL SANITARIO | | | | |
| Enfermeras/os | 1.873 | 1.900 | 1.935 | 1.955 |
| Matronas | 46 | 53 | 54 | 53 |
| Fisioterapeutas | 49 | 56 | 57 | 58 |
| Terapeutas | 17 | 18 | 17 | 15 |
| Técnicos | 359 | 363 | 367 | 370 |
| T. Cuidados Auxiliares de Enfermería | 1.343 | 1.354 | 1.389 | 1.405 |
| Subtotal | 3.687 | 3.744 | 3.819 | 3.856 |
| PERSONAL NO SANITARIO | | | | |
| G. Técnico F. Administrativa | 20 | 17 | 17 | 12 |
| G. Gestión F. Administrativa | 53 | 51 | 55 | 49 |
| Grupo Administrativo y resto C | 444 | 405 | 394 | 343 |
| Trabajadores Sociales | 33 | 33 | 33 | 33 |
| Auxiliar Administrativo y resto D | 399 | 426 | 437 | 463 |
| Celadores y resto | 1.079 | 1.089 | 1.108 | 1.111 |
| Subtotal | 2.028 | 2.021 | 2.044 | 2.008 |
| DOCENCIA | | | | |
| E.U.E. (Otros residentes) | 12 | 12 | 12 | 12 |
| Personal en Formación (Matronas) | 10 | 10 | 10 | 10 |
| Subtotal | 22 | 22 | 22 | 22 |
| TOTAL | 7.273 | 7.353 | 7.463 | 7.489 |

Tabla 2. Personal HGUGM 2017
Fuente: Memorias HGUGM 2014 - 2017

El HGUGM es una estructura feminizada, formada por un 21% de hombres y un 79% de mujeres, mayoritariamente, en la franja de edad comprendida entre los 41 y los 60 años de edad (gráfico 5).

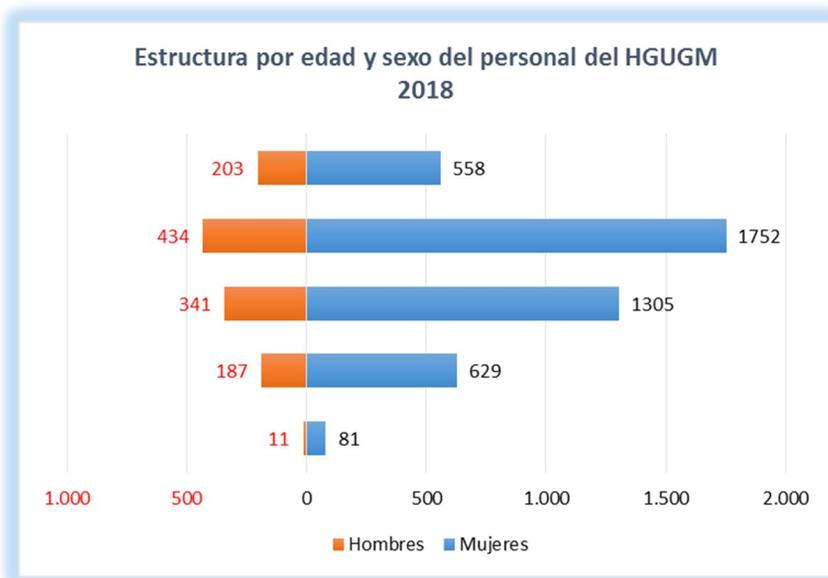
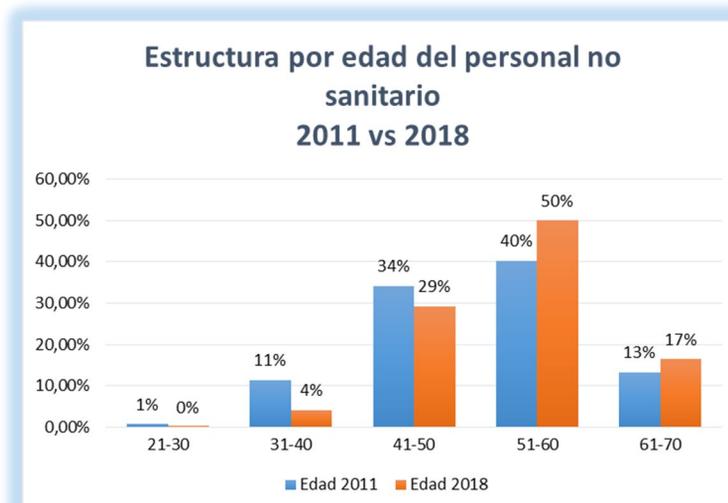
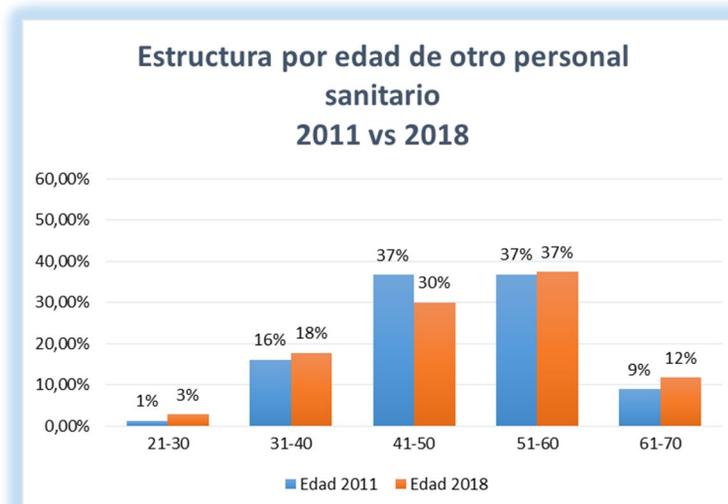
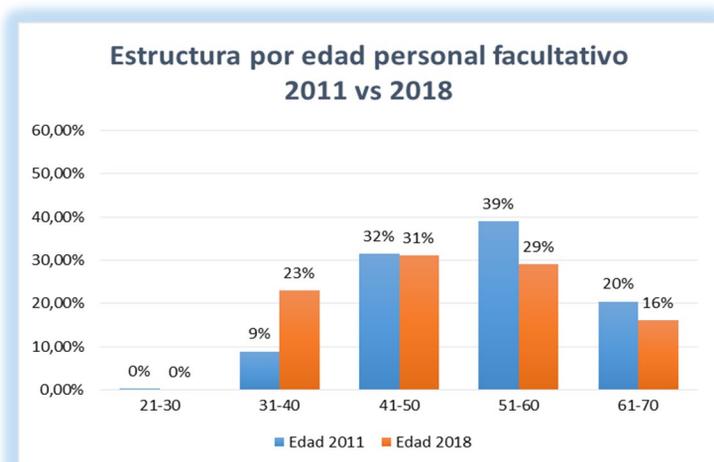


Gráfico 5: Estructura por edad y sexo del personal del HGUGM.
Fuente: Dirección de Recursos Humanos. Elaboración propia

El porcentaje de personal femenino difiere entre las distintas categorías. Si se compara la evolución desde 2011 se observa que en el personal facultativo ha aumentado la proporción de mujeres en todos los grupos de edad, mientras que en el resto de personal sanitario se mantiene similar a la de 2011, Por el contrario, en el personal no sanitario y aunque en menor valor relativo, el porcentaje de hombres ha aumentado en prácticamente todos los grupos edad (excepto en la franja comprendida entre 51-60 años).

En cuanto a la edad, ha disminuido ligeramente la edad media (edad media: 52,2 en 2011 y 51,4 en 2018). El proceso de rejuvenecimiento se ha dado especialmente entre el personal facultativo, donde ha disminuido la proporción de personas entre 51-70 años y ha aumentado la de personas entre 31-40 años (2011: 9% a 2018: 23%). Se muestra la situación inversa entre el personal no sanitario que ha sufrido un envejecimiento con respecto a 2011 (gráficos 6,7 y 8).



Gráficos 6, 7 y 8: Estructura por edad de los estamentos sanitarios en el HGUGM. 2011 - 2018
Fuente: Dirección RRHH. HGUGM

▪ **Múltiples niveles de atención según las necesidades de la población y la capacidad asistencial y científica como hospital de tercer nivel.**

El HGUGM actúa como hospital general con cobertura de toda la cartera de servicios para una población de 325.106 habitantes distribuidos en 11 zonas básicas de salud.

| POBLACIÓN DE REFERENCIA (31/12/2017) | | | | |
|--------------------------------------|--------|---------|--------|---------|
| | <14 | 14-64 | >=65 | Total |
| C.S. TORITO | 3.712 | 21.530 | 9.476 | 34.718 |
| C.S. PACIFICO | 3.602 | 23.280 | 8.077 | 34.959 |
| C.S. IBIZA | 4.285 | 22.628 | 7.392 | 34.305 |
| C.S. ARROYO MEDIALEGUA | 3.805 | 23.552 | 10.357 | 37.714 |
| C.S. NUMANCIA | 3.351 | 17.461 | 4.894 | 25.706 |
| C.S. PEÑA PRIETA | 2.381 | 14.263 | 2.677 | 19.321 |
| C.S. PAVONES | 4.478 | 28.053 | 7.643 | 40.174 |
| C.S. ADELFA | 3.436 | 18.620 | 5.211 | 27.267 |
| C.S. VALDEBERNARDO | 2.453 | 14.629 | 1.941 | 19.023 |
| C.S. VICALVARO - ARTILLEROS | 2.366 | 13.659 | 4.824 | 20.849 |
| C.S. VILLABLANCA | 6.722 | 20.846 | 3.502 | 31.070 |
| TOTAL | 40.591 | 218.521 | 65.994 | 325.106 |

Tabla 3. Población adscrita al HGUGM según centro de salud y tramo etario. Fuente: Contrato de gestión 2018

Es hospital de referencia para la zona sureste de Madrid y para el conjunto de la región en varias especialidades o procedimientos complejos, lo que incrementa su población referenciada hasta casi 750.000 personas en el ámbito de la Comunidad de Madrid. Además, recibe población procedente de todo el país al tratarse de uno de los hospitales de referencia a nivel nacional para 11 patologías o procedimientos.

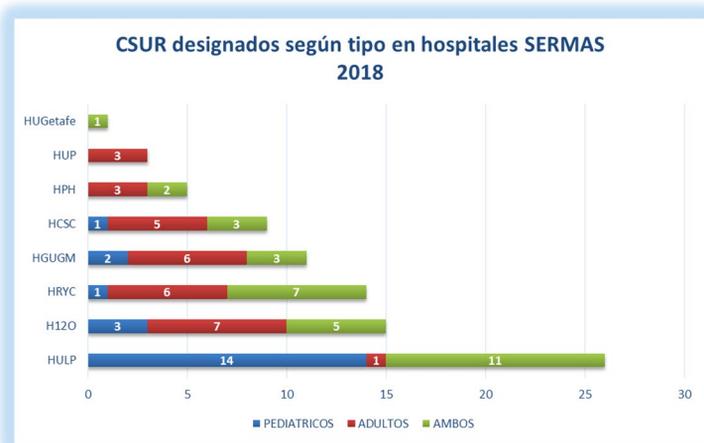


Gráfico 9: CSUR designados 2018. Hospitales SERMAS. Fuente: MSSJ. 2018

Actualmente cuenta con el reconocimiento como centro de referencia nacional (CSUR), para 11 patologías complejas en el área cardiológica, neurológica y oncológica fundamentalmente.

- Las personas que trabajan en la organización tienen un fuerte sentido de pertenencia y orgullo de marca hacia el hospital.**

Los resultados de la encuesta de satisfacción laboral de 2016 muestran buenos resultados. Casi un 74% de los trabajadores del hospital se muestra satisfecho o muy satisfecho por trabajar en el hospital. El 77% recomendarían a amigos y familiares el HGUGM.

Respecto a la imagen de la empresa, el 84% de los participantes considera al hospital como un centro de alto prestigio entre sus pacientes y usuarios y entre otros hospitales y el sector sanitario. El 72% manifiesta que pertenecen a una organización de calidad y prestigio.

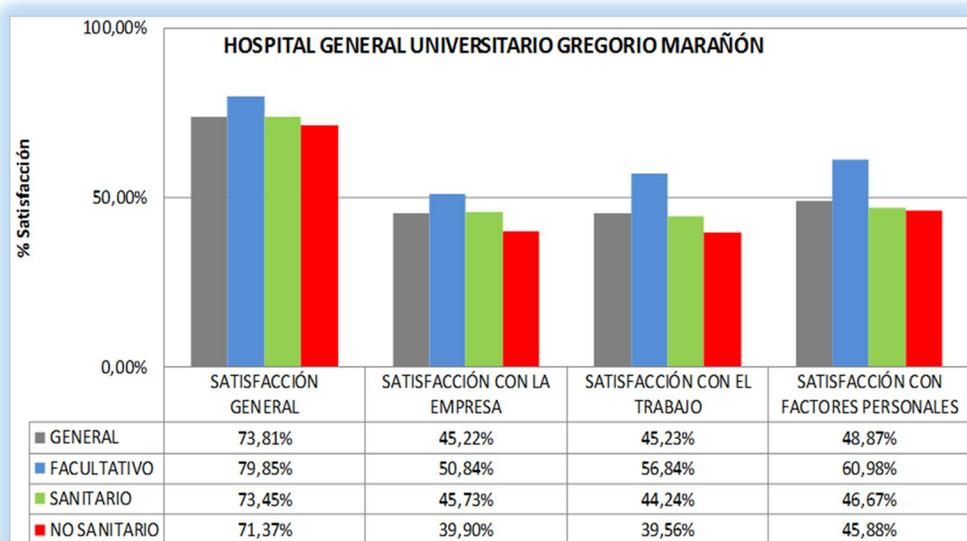


Gráfico 10: Resultados encuesta de satisfacción y clima laboral 2017. Global y por estamentos.
Fuente: Dirección RRHH

La producción asistencial del hospital se ha visto modificada por los cambios en la organización sanitaria regional y por el impacto de la ambulatorización y de las nuevas tecnologías.



Gráfico 11: Evolución en el número de ingresos 2007-2017. Fuente: cuadro de mando HGUGM. Elaboración propia

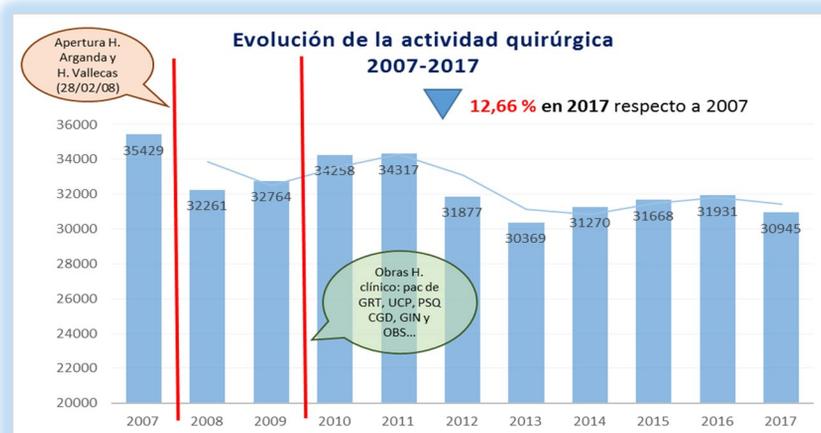


Gráfico 12: evolución de la actividad quirúrgica .2007-2017. Fuente: Cuadro de mando HGUGM. Elaboración propia

La apertura de los nuevos hospitales de Arganda y Vallecas, que empezaron a estar plenamente operativos en 2008, supuso una reducción de la actividad en el Hospital que afectó especialmente a la hospitalización y a la atención urgente y, en menor medida, a la actividad quirúrgica.

La actividad de ingresos e intervenciones quirúrgicas remontó en los años 2009 y 2011 al trasladarse al HGUGM, transitoriamente, servicios del Hospital Clínico San Carlos por obras y se ha estabilizado en los últimos cinco años.

En los últimos seis años, el número de ingresos se mantiene estable (en torno a 48.000) con una presión de urgencias del 60%. El número de urgencias se ha incrementado en los dos últimos años y superan las 250.000, mientras que la tasa de ingreso desde urgencias ha disminuido dos puntos respecto a 2012.

| | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 |
|----------------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Nº ingresos TOTAL | 49336 | 48247 | 48238 | 48838 | 48652 | 48059 |
| Nº ingresos programados | 19537 | 18579 | 18692 | 18428 | 18826 | 18761 |
| Nº ingresos urgentes | 29799 | 29668 | 29546 | 30410 | 29826 | 29298 |
| Nº urgencias | 224698 | 228120 | 229365 | 238637 | 250249 | 251479 |
| Presión de urgencias | 60,40 | 61,49 | 61,25 | 62,27 | 61,30 | 60,96 |
| Tasa de ingresos desde urgencias | 13,26 | 13,01 | 12,88 | 12,74 | 11,92 | 11,65 |

Tabla 4. Actividad Asistencial. 2012 - 2017
Fuente: Cuadro de mando HGUGM

Las intervenciones quirúrgicas en los últimos cinco años se han mantenido algo por encima de las 30.000 anuales, de las que casi la mitad se lleva a cabo de forma ambulatoria. La actividad quirúrgica ambulatoria ha aumentado con respecto a 2007 en un 61%.

No obstante, el incremento paulatino en los últimos años la ambulatorización de determinados procesos quirúrgicos presenta aún margen de incremento



Gráfico 13. Intervenciones quirúrgicas 2007 - 2017
Fuente: Cuadro de mando HGUGM

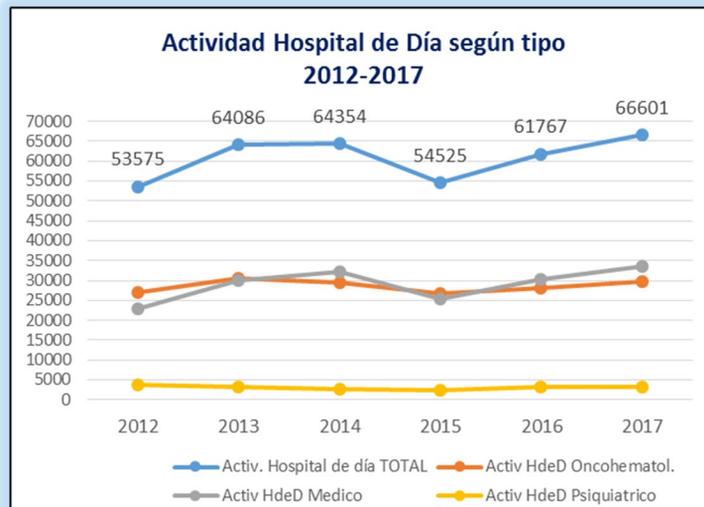


Gráfico 14. Actividad de Hospital de día según tipo
Fuente: Cuadro de mando HGUGM

La actividad prestada en el Hospital de Día Médico se ha incrementado en casi 5000 asistencias en los tres últimos años. En 2017, hubo un total de más de 65.000 pacientes en este régimen.

| | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 |
|---|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Nº consultas TOTALES | 850994 | 884515 | 903965 | 904220 | 913601 | 909224 |
| Nº consultas 1ª | 258631 | 267145 | 263368 | 263661 | 261508 | 257708 |
| Nº consultas sucesivas | 592363 | 617370 | 640597 | 640559 | 652093 | 651516 |
| Razón sucesivas/Primeras | 2,29 | 2,31 | 2,43 | 2,43 | 2,49 | 2,53 |
| % de consultas de alta resolución sobre primeras consultas (E. Medicas) | ---- | 3,4% | 2,6% | 7 % | 7,9% | 8,2 % |

Tabla 5. Actividad en consultas externas 2012 - 2017
Fuente: Cuadro de Mando HGUGM

Respecto a la actividad en consultas externas, en el año 2009 se adscribieron formalmente al hospital los centros de especialidades de Hermanos Sangro y Moratalaz y los centros de salud mental de Retiro y Moratalaz, por lo que en la serie temporal de actividad se pasó de algo más de 100.000 consultas nuevas al año a más de 250.000. Las consultas totales se han incrementado en los últimos años en un 7%, a expensas de las consultas sucesivas. Los supervivientes de larga duración y la creciente prevalencia de comorbilidades en pacientes crónicos deben ser elementos a considerar al analizar este dato. Tampoco es despreciable la preferencia de los pacientes a ser seguidos en el hospital o el impacto de aspectos administrativos que pueden afectar a la estadística.

En este ámbito de asistencia es de destacar el incremento de las consultas de alta resolución que, aún con un volumen discreto con respecto al total de actividad, presentan una tendencia.

creciente, especialmente en algunas especialidades como cardiología, neumología o endocrinología. Por su diseño innovador este tipo de asistencia presenta ventajas para el paciente en cuanto a agilidad en la resolución del problema de salud y suponen un elemento cohesionador y de continuidad asistencial con Atención Primaria con la que se consensuan los protocolos de derivación, el seguimiento de pacientes y la evaluación conjunta de los mismos.

Las primeras consultas son, junto con las urgencias, las grandes puertas de entrada al hospital. La libre elección en esta modalidad asistencial debe ser monitorizada y comprendidos los mecanismos que subyacen en la misma. En el caso de un hospital como el HGUGM con enorme dependencia de población de fuera del área de referencia (véase apartado de atracción hospitalaria), la disminución de la atracción en consultas puede convertirse en una amenaza.

- El rendimiento de la organización en términos de producción y eficiencia en hospitalización convencional presenta aún margen de mejora, no obstante la evaluación debe orientarse cada vez más a la capacidad de resolución de los problemas de salud a través de la innovación asistencial.**

Los indicadores de rendimiento asistencial, presentan una mejoría discreta en los últimos años, es de destacar la disminución de la estancia media, especialmente en la gestión de los ingresos quirúrgicos programados o el incremento de la rotación de enfermo cama. Sin embargo, aunque la estancia media ha disminuido en los últimos años, los indicadores ligados a la hospitalización y asistencia presencial convencional presentan margen de mejora.

| | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 |
|----------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| % suspensiones cirugía | 3,36% | 4,79% | 4,59% | 4,41% | 3,91% | 3,79% |
| Ocupación quirófanos | 67,8% | 73,0% | 74,3% | 72,9% | 75,0% | 75,1% |
| Rotación enfermo-cama | 38,42 | 40,07 | 40,71 | 40,46 | 41,16 | 40,62 |
| EM depurada HGUGM | 6,38 | 6,37 | 6,44 | 6,24 | 6,35 | 6,25 |
| EM Depurada Grupo 3 SERMAS | 6,48 | 6,43 | 6,24 | 6,14 | 5,65 | 5,83 |

Tabla 6. Indicadores de funcionamiento en hospitalización convencional.

Fuente: Cuadro de mando HGUGM 2012 - 2017



Gráfico 15. Estancia media global y prequirúrgica según tipo de ingreso. Fuente: Cuadro de mando HGUGM 2012 - 2017

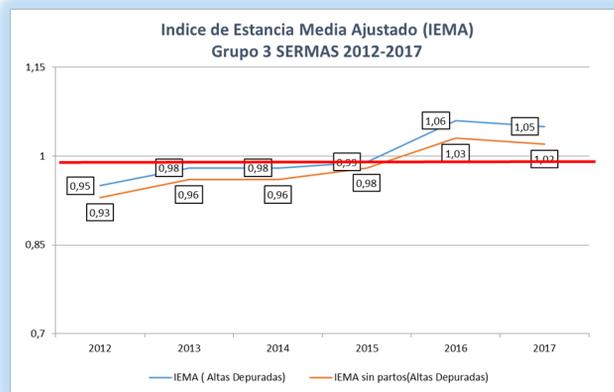


Gráfico 16: Índice de Estancia Media Ajustada hospitales grupo 3 SERMAS. Fuente: Observatorio de Resultados del SERMAS.

La eficiencia en la gestión de la casuística atendida con respecto a la del grupo 3 del SERMAS, valorada a través del Índice de Estancia Media Ajustada (IEMA), muestra en los dos últimos años un ligero cambio de tendencia que nos ubica por encima del valor de referencia del grupo (lo cual indica un peor comportamiento en la gestión ajustado en cuanto a complejidad de la casuística atendida).

Como elemento para valorar la efectividad en la resolución de las patologías atendidas se puede observar que en los últimos cinco años la proporción de reingresos urgentes por la misma categoría diagnóstica mayor en los 30 días después del alta, se mantiene por debajo del 4,5%.

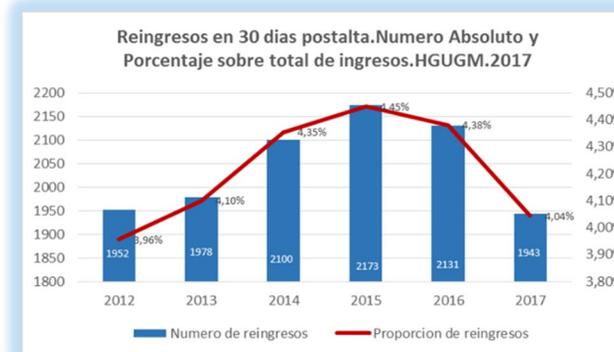
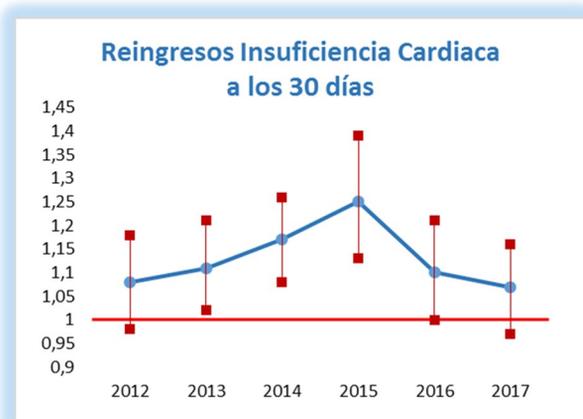
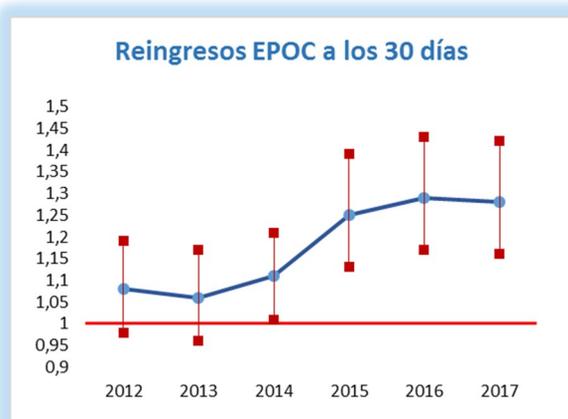


Gráfico 17: Proporción de reingresos en 30 días tras el alta hospitalaria por la misma CDM (numero absoluto y % sobre el total). Fuente: CMBD al alta hospitalaria. Elaboración Unidad de Codificación HGUGM

No obstante, las patologías asociadas al proceso de envejecimiento y cronificación constituyen para nuestro hospital, al igual que para el conjunto del SNS, un reto, así tanto en Insuficiencia cardiaca como en EPOC se ha abordado el diseño de procesos clínicos integrados (PCI) consensuados de forma multidisciplinar y con Atención Primaria para evitar reingresos.

En el caso de la Insuficiencia cardiaca, los resultados de dicho plan han comenzado a ser apreciables en los datos del observatorio de resultados correspondientes a 2017, en los que la razón estandarizada se encuentra ya dentro del intervalo de confianza del valor de referencia.



Gráficos 18 y 19. Razón Estandarizada de reingresos por EPOC e Insuficiencia cardiaca a los 30 días tras el alta (RE e IC)
Fuente: Observatorio de resultados del SERMAS

En el caso de los reingresos por patologías quirúrgicas, nuestro hospital es el que presenta menor ratio dentro del grupo 3 de hospitales, después del hospital Puerta de Hierro (Fuente: Observatorio de resultados del SERMAS 2017).

La realización de procedimientos complejos pero mínimamente invasivos (intraluminales, transendoscópicos ...) y con alta capacidad de resolución del problema de salud, ha permitido minimizar las molestias y riesgos para los pacientes y adicionalmente la eficiencia al permitir resolver problemas de salud que antes requerían ingreso hospitalario de forma ambulatoria, o bien reducir la necesidad de ingresos prolongados al causar menos efectos secundarios.

| PROCEDIMIENTOS MINIMAMENTE INVASIVOS DE CARÁCTER AMBULATORIO HGUGM 2013-2017 | | | | | |
|--|------|------|------|------|------|
| | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 |
| Cardiología invasiva (Pr. Hemodinámicos y Electrofisiológicos) | 1755 | 1876 | 2731 | 3130 | 3321 |
| Broncoscopias | 660 | 663 | 844 | 848 | 828 |

Tabla 7. Procedimientos invasivos de carácter ambulatorio.
Fuente: Cuadro Mando HGUGM

La introducción de nuevas fórmulas asistenciales como la telemedicina, es muy escasa aún y heterogénea entre áreas y servicios, pero constituye sin duda una de las áreas de futuro a desarrollar. Asimismo la aplicación de la medicina de precisión personalizada es un área actualmente en pleno desarrollo en nuestro hospital, que se beneficia de la estrecha relación entre la investigación y la asistencia, que permite la rápida traslación a la clínica de la innovación y que es sin duda uno de los elementos diferenciadores para mantener nuestro liderazgo en la gestión del conocimiento en ciencias de la salud (véase apartado de investigación).

La evaluación de la eficiencia tras incorporar estas nuevas fórmulas asistenciales debe modificarse a futuro, ya que el análisis basado tan solo en la hospitalización convencional puede no sólo enmascarar mejoras en la efectividad, sino mostrar incluso una tendencia negativa al producirse un sesgo de selección en el ingreso hacia los pacientes más graves.

- **El Hospital atiende una casuística compleja propia de un hospital de referencia.**



Gráfico 20. Peso medio de la casuística atendida. Hospitales grupo 3 SERMAS.
Fuente: Observatorio de Resultados del SERMAS 2017

El Hospital Gregorio Marañón, presenta una casuística compleja con un peso medio de la misma que lo coloca en el tercer lugar en cuanto a complejidad dentro de los grandes hospitales de Madrid.

Aproximadamente dos terceras partes de la casuística corresponden a GRD's médicos de forma sostenida en los últimos 6 años.

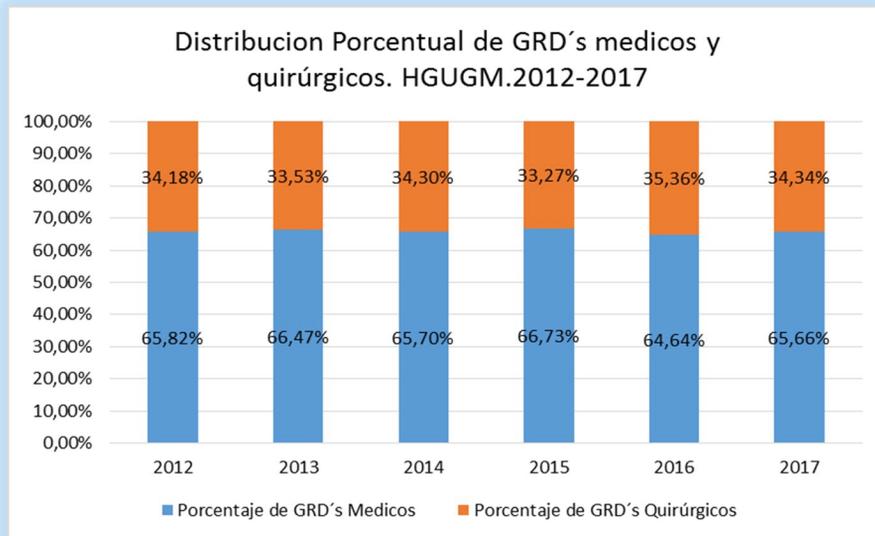


Gráfico 21. Distribución porcentual de GRD'S médicos y Quirúrgicos 2012 - 2017
Fuente: CMBD. Elaboración Unidad de Codificación HGUGM

En las siguientes tablas se presenta de forma detallada la distribución de la casuística atendida en régimen de hospitalización y la proporción relativa de complejidad que aporta cada categoría diagnóstica. Si se consideran las categorías de digestivo más las de sistema hepato biliar y pancreático, la casuística correspondiente a estos diagnósticos sería la que ocuparía el primer lugar en número de casos, seguida por aparato respiratorio, embarazo parto y puerperio, aparato circulatorio y sistema osteomuscular.

El mayor peso medio por categoría corresponde a la categoría de patología perinatal y, si se combinan ambas características (numero de casos y peso), la categoría con mayor impacto en la complejidad de la hospitalización es la de aparato circulatorio.



| Código CDM | Descriptivo CDM | Episodios 2017 | PM GRD 2017 | Peso Total | Proporción de Peso |
|------------|------------------------------------|----------------|-------------|------------|--------------------|
| TOTAL | 2017 | 47418 | 1,10265278 | 52285,5893 | 100,00 |
| 5 | AP.CIRCULATORIO | 5403 | 1,75540718 | 9484,465 | 18,14 |
| 8 | SISTEMA MUSCULO-ESQUELETICO | 4288 | 1,35553535 | 5812,5356 | 11,12 |
| 4 | AP. RESPIRATORIO | 6177 | 0,91964177 | 5680,6272 | 10,86 |
| 6 | AP. DIGESTIVO | 4474 | 1,07362063 | 4803,3787 | 9,19 |
| 7 | SIST. HEPATOBILIAR Y PANCREATICO | 3142 | 1,24221337 | 3903,0344 | 7,46 |
| 1 | SISTEMA NERVIOSO | 2479 | 1,34243852 | 3327,9051 | 6,36 |
| 11 | RIÑON Y VIAS URINARIAS | 2945 | 0,89564384 | 2637,6711 | 5,04 |
| 17 | TRANSTORNOS MIELOPROLIFERATIVOS | 1317 | 1,82781572 | 2407,2333 | 4,60 |
| 14 | EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO | 5807 | 0,39587305 | 2298,8348 | 4,40 |
| 15 | PATOLOGIA PERINATAL | 875 | 2,59210914 | 2268,0955 | 4,34 |
| 3 | OIDO, NARIZ, BOCA Y FARINGE | 1667 | 0,88896161 | 1481,899 | 2,83 |
| 9 | PIEL, TEJIDO SUBCUTANEO Y MAMA | 1528 | 0,96905196 | 1480,7114 | 2,83 |
| 18 | ENF.INFECCIOSAS Y PARASITARIAS | 1145 | 1,2550421 | 1437,0232 | 2,75 |
| 13 | APARATO REPRODUCTOR FEMENINO | 894 | 0,90668971 | 810,5806 | 1,55 |
| 10 | ENDOCRINO, NUTRICION Y METABOLISMO | 853 | 0,84921758 | 724,3826 | 1,39 |
| 16 | SANGRE Y SISTEMA INMUNITARIO | 663 | 0,97911765 | 649,155 | 1,24 |
| 19 | TRANSTORNOS MENTALES | 1261 | 0,51454282 | 648,8385 | 1,24 |
| 12 | APARATO REPRODUCTOR MASCULINO | 688 | 0,90028169 | 619,3938 | 1,18 |
| 23 | OTRAS CAUSAS DE ATENCION SANITARIA | 611 | 0,8458455 | 516,8116 | 0,99 |
| 21 | LESIONES Y ENVENENAMIENTOS | 499 | 1,01654449 | 507,2557 | 0,97 |
| 24 | INFECCIONES POR HIV | 338 | 0,96930178 | 327,624 | 0,63 |
| 25 | TRAUMATISMOS MULTIPLES | 83 | 3,14389759 | 260,9435 | 0,50 |
| 2 | OJO | 176 | 0,81733523 | 143,851 | 0,28 |
| 20 | ALCOHOL Y DROGAS | 98 | 0,49835306 | 48,8386 | 0,09 |
| 22 | QUEMADURAS | 5 | 0,90002 | 4,5001 | 0,01 |

Tabla 8. Patología atendida según Categoría Diagnóstica Mayor (CDM)
Fuente: CMBD al alta hospitalaria 2017. Elaboración unidad de codificación HGUGM

Si comparamos la distribución porcentual del peso o complejidad de cada categoría diagnóstica con la situación hace cinco años (2012), se observa que algunas categorías han variado su posición relativa, así la patología musculo esquelética y la de aparato digestivo han incrementado su aportación a la complejidad total del centro, mientras que otras como la de sistema hepatobiliar y pancreático, patología perinatal y sistema nervioso la han disminuido.

Los cambios en el perfil de la casuística de los pacientes ingresados deben interpretarse en términos relativos, ya que la probabilidad de ingreso puede deberse tanto a modificaciones en la demanda, como a cambios de indicación o a la incorporación de tecnología que permite el tratamiento ambulatorio.

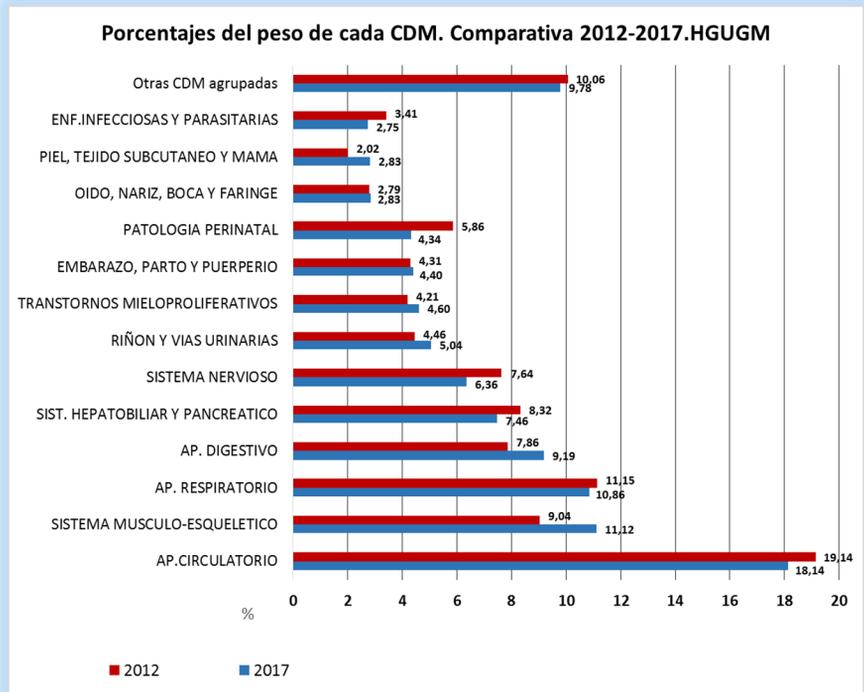


Gráfico 22. Distribución porcentual de la casuística según CDM 2012 - 2017
Fuente: CMBD. Elaboración SMPGC HGUGM

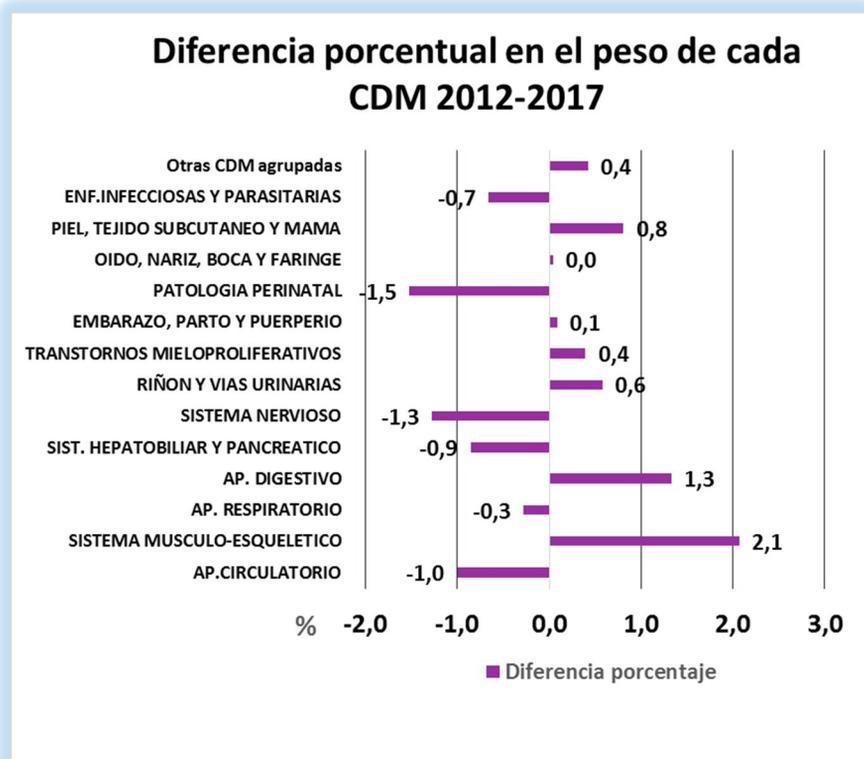


Gráfico 23. Diferencia porcentual en el peso por CDM.2012 - 2017
Fuente: CMBD. Elaboración SMPGC

- **El hospital, al igual que el resto del sector sanitario, ha sufrido en los últimos años un desajuste entre la demanda y la oferta disponible que ha generado listas de espera para la atención no urgente.**

Mientras que en la atención quirúrgica no urgente la habilitación de programas específicos en los dos últimos años ha conseguido disminuir tanto la espera media como el volumen de pacientes, en la actividad de consultas y en determinadas exploraciones esta demora sigue constituyendo un reto, que previsiblemente se mantendrá en los próximos años, para intentar conciliar libre elección, equidad y eficiencia. En algunos casos, como la colonoscopia, a pesar de haber incrementado la actividad, la implantación de los programas de cribado poblacional han generado nuevas necesidades y desajustes.

| LISTA DE ESPERA | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 |
|---|---------|---------|---------|---------|
| LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA | | | | |
| Espera media (incluye estructural y pacientes que rechazan) | 69 | 78 | 107 | 103 |
| LISTA DE ESPERA CC.EE. | | | | |
| Espera media para primera cita | 54 | 55 | 67 | 55 |
| Paciente en LE CC.EE. > 60 días | 12.942 | 14.136 | 19.301 | 14.333 |
| Actividad Realizada | 263.368 | 263.661 | 261.508 | 257.708 |
| LISTA DE ESPERA RESONANCIA MAGNÉTICA | | | | |
| Espera media | 12 | 25 | 16 | 26 |
| Paciente en LE > 45 días | 38 | 514 | 212 | 888 |
| Actividad Realizada | 26.342 | 28.390 | 29.827 | 26.974 |
| LISTA DE ESPERA TOMOGRAFÍA COMPUTERIZADA | | | | |
| Espera media | 23 | 24 | 23 | 20 |
| Pacientes en LE > 45 días | 625 | 913 | 944 | 909 |
| Actividad Realizada | 46.698 | 48.914 | 50.281 | 56.707 |
| LISTA DE ESPERA COLONOSCOPIA | | | | |
| Espera media | 28 | 40 | 51 | 82 |
| Pacientes en LE > 45 días | 575 | 864 | 1.037 | 1886 |
| Actividad Realizada | 8.901 | 9.884 | 8.834 | 9.490 |

Tabla 9. Indicadores de Accesibilidad 2012-2017.

Fuente: Sistema de Información HGUGM. Elaboración: Servicio de Información Integrada

- En los últimos años, el hospital muestra una mejora en diferentes indicadores de la calidad asistencial, reflejo del compromiso para ofrecer unos servicios que cumplan las expectativas de la población.

La evolución en los últimos años de los resultados de indicadores que reflejan el grado de adecuación de la atención sanitaria con las diferentes dimensiones de la calidad se muestra a continuación:

Satisfacción de pacientes

En general, a lo largo de los últimos años, los resultados se han situado por encima del 80%, pudiéndose destacar el nivel de satisfacción logrado en el ámbito de Cirugía Mayor Ambulatoria. El segmento en que de forma continuada se presentan resultados menos satisfactorios es el de consultas externas seguido del de urgencias.

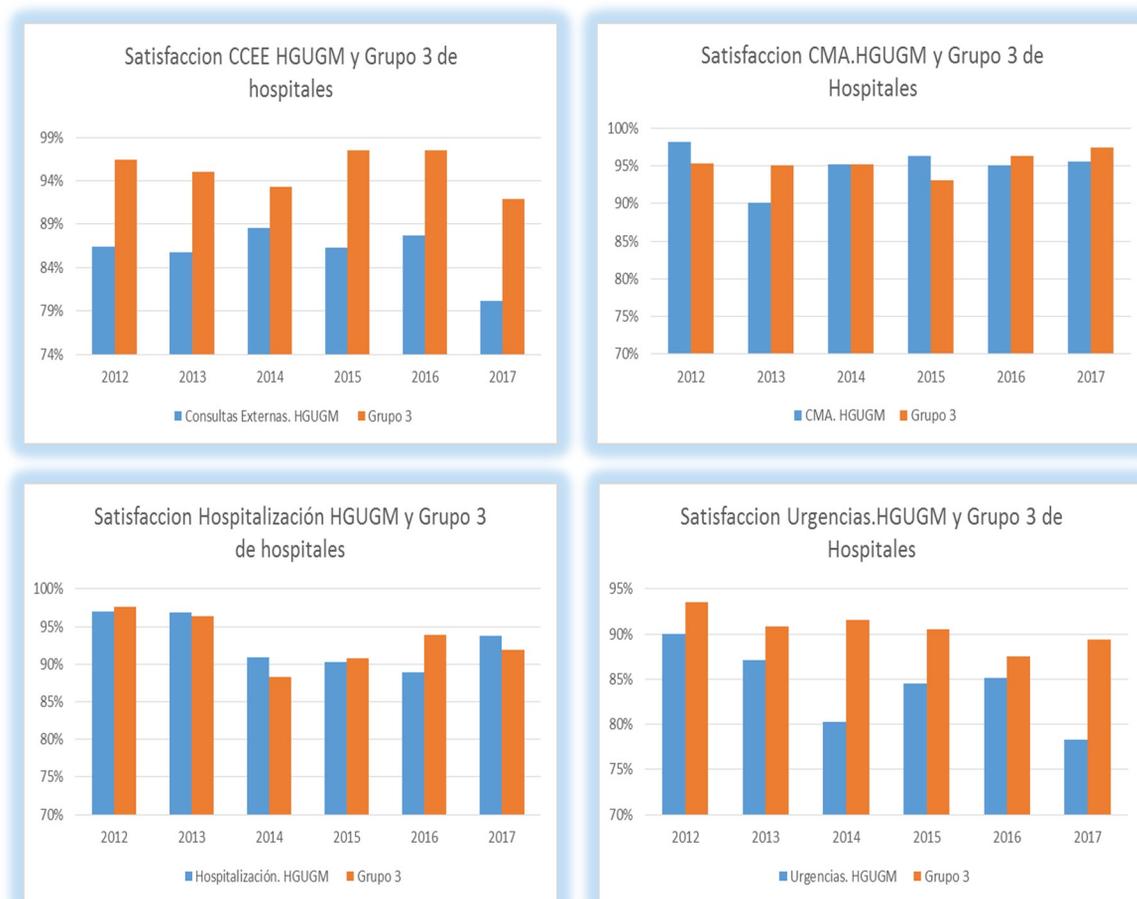


Gráfico 24. Satisfacción según segmento asistencial HGUGM y Grupo 3 de hospitales 2012 - 2017
Fuente: Encuesta de satisfacción del SERMAS. Elaboración SMPGC

Efectividad y seguridad

Razón de Mortalidad Estandarizada (general y por procesos)

La razón ajustada de mortalidad (expresada en relación al valor 1) general del hospital, se ha mantenido durante los últimos años alrededor del estándar del grupo 3 de hospitales, aunque se ha identificado un repunte en el último año, especialmente en IAM e Insuficiencia Cardíaca. Los resultados de mortalidad en términos comparativos en neumonía e ictus son sin embargo similares o mejores a los del grupo 3 de hospitales en los últimos años.

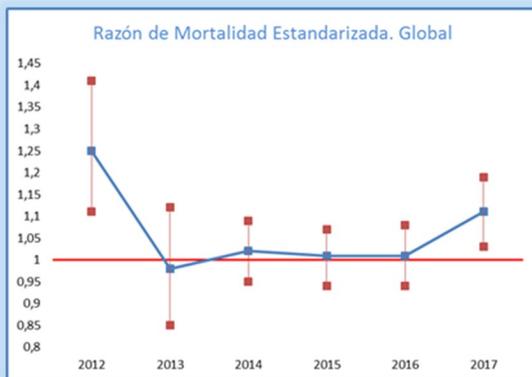


Gráfico 25: Razón de mortalidad estandarizada global del HGUGM en referencia al conjunto de hospitales del grupo 3 del SERMAS. Fuente: Observatorio de Resultados de la Comunidad de Madrid



Gráfico 26: Razón de mortalidad estandarizada por distintas patologías en referencia al conjunto de hospitales del grupo 3 del SERMAS. Fuente Observatorio de Resultados del SERMAS

Complicaciones

La importancia de analizar el porcentaje de complicaciones médicas y quirúrgicas en la atención sanitaria radica en el hecho de que, en muchas ocasiones, éstas se podrían evitar. Este indicador está muy influido por la exhaustividad de los datos registrados en el informe de alta, lo que puede justificar la heterogeneidad de los datos en la comparación con otros centros hospitalarios. En comparación con el período anterior, durante los 3 últimos años, hemos detectado un significativo descenso en las complicaciones médico-quirúrgicas. Buen ejemplo de ello es el ratio de enfermedad tromboembólica postquirúrgica (ajustado por edad, sexo y enfermedades crónicas) que, si bien ha experimentado un ligero incremento en el último año, se mantiene alrededor del estándar de los hospitales de nuestro mismo nivel de complejidad.

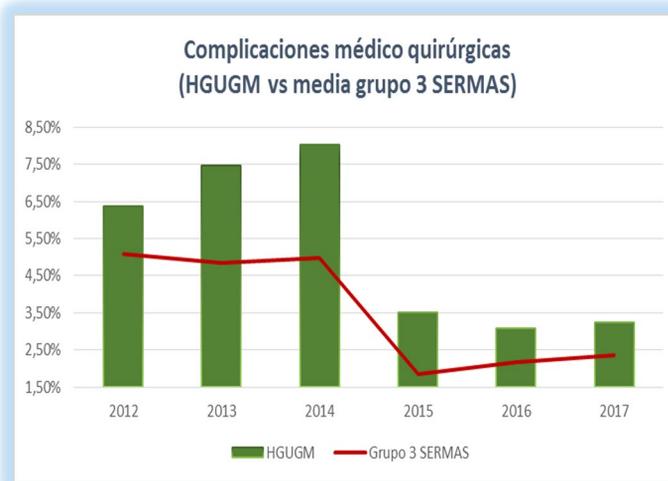


Gráfico 27. Complicaciones medico - quirúrgicas HGUGM y media del grupo 3 de hospitales.
Fuente: Observatorio de Resultados del SERMAS

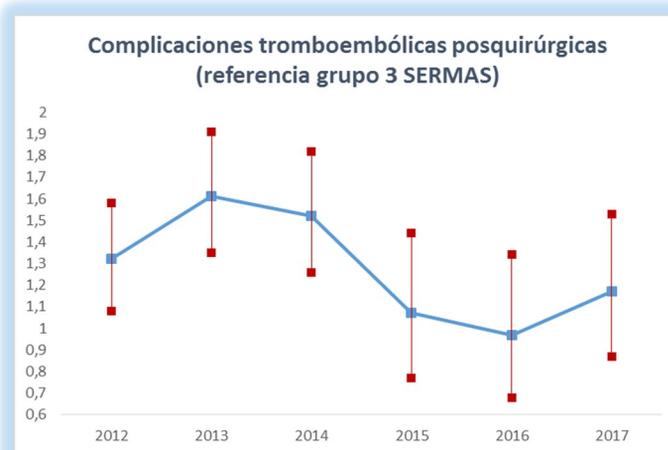


Gráfico 28. Complicaciones tromboembólicas postquirúrgicas HGUGM en referencia a grupo 3 de hospitales.
Fuente: Observatorio de resultados del SERMAS

Cesáreas

El HGUGM es un hospital de referencia en relación al indicador que evalúa el porcentaje de cesáreas que se realizan en situaciones de parto de bajo riesgo, manteniendo una cifra muy inferior al conjunto de la Comunidad de Madrid.

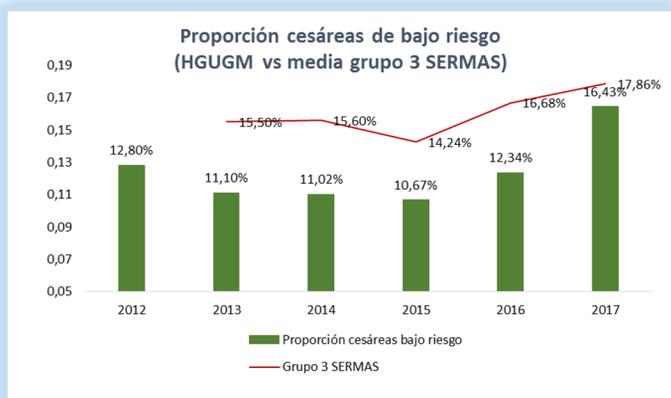


Gráfico 29. Proporción de cesáreas en partos de bajo riesgo HGUGM y media del grupo 3 de hospitales del SERMAS. Fuente: Observatorio de Resultados de la CM

Identificación de factores de riesgo

En los últimos años, a partir del despliegue de la estrategia de seguridad del paciente del SERMAS y de la agenda de mejora basada en el modelo de JOINT COMMISSION INTERNACIONAL (JCI), el hospital ha llevado a cabo un esfuerzo importante para mejorar la detección de factores de riesgo ligados a las características personales del paciente (fragilidad, riesgo de caídas...), o del propio proceso asistencial (prevención dolor en procedimientos, manejo de riesgo de trombosis perioperatoria...). La desnutrición al ingreso o durante el propio proceso asistencial es un factor de riesgo de primera magnitud que debe ser abordado cuanto antes para evitar que interfiera negativamente en la evolución clínica de los pacientes. El hospital ha implementado un cribado nutricional al ingreso que permite detectar precozmente este problema y actuar sobre el mismo.

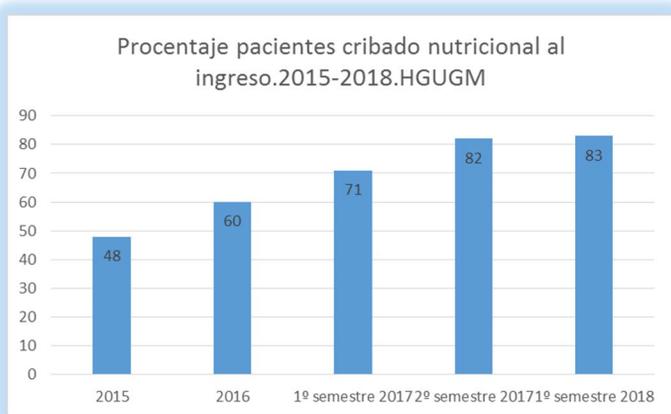


Gráfico 30. Porcentaje de pacientes con cribado nutricional al ingreso 2015-2018 HGUGM. Fuente: Sección nutrición clínica y dietética. HGUGM

Infección relacionada con la atención sanitaria (IRAS)

En los últimos años, la prevalencia de IRAS ha disminuido (de acuerdo a los resultados de los diferentes estudios EPINE), y se ha mantenido por debajo de los valores de referencia para hospitales de más de 500 camas que participan en el estudio. La incidencia de infecciones quirúrgicas (ILQ) en procedimientos de colon y prótesis de rodilla se ha mantenido por debajo de los estándares de referencia.

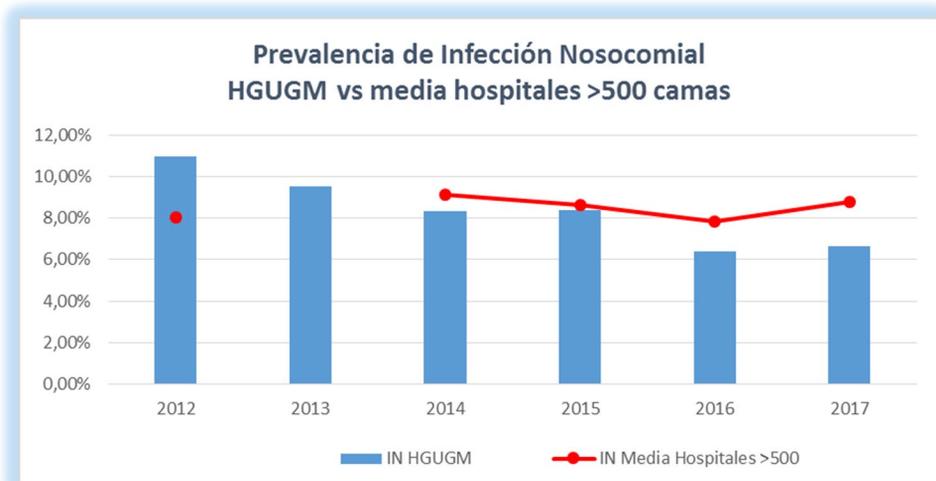


Gráfico 31. Prevalencia de infección nosocomial HGUGM y media de hospitales de más de 500 camas. Fuente: Estudio EPINE. Elaboración SMPGC

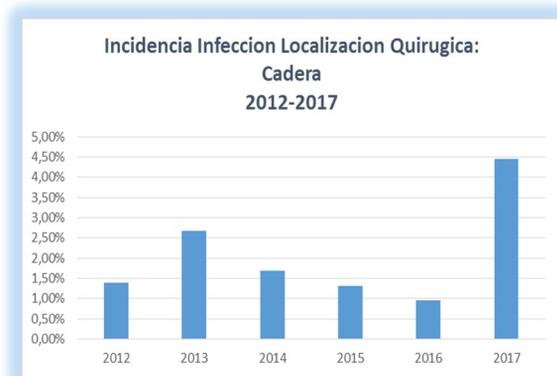
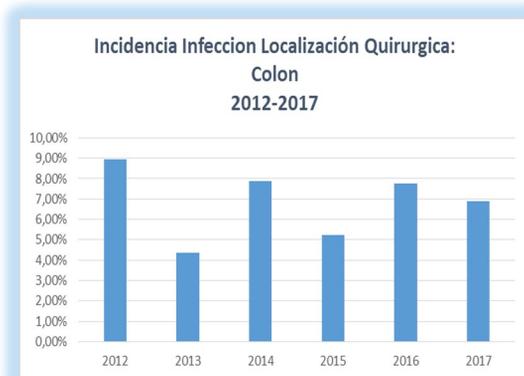


Gráfico 32 Infección de localización quirúrgica: Colon y rodilla. Fuente: Servicio de Medicina Preventiva y Gestión de Calidad. HGUGM

Comunicación de incidentes y eventos adversos

Como reflejo del grado de cultura de seguridad del paciente entre los profesionales del HGUGM, se evalúa el volumen de notificaciones voluntarias de incidentes y eventos adversos realizadas a CISEM, que es la herramienta on-line implantada en nuestro centro desde el año 2016. Previamente, las notificaciones se efectuaban en formato papel. Desde el año 2012 hasta la actualidad se ha mantenido una tendencia ascendente en el número de notificaciones efectuadas. Cada uno de estos incidentes que pueden suponer un potencial riesgo son analizados y de los mismos se extraen mejoras en el diseño de la asistencia. La sensibilización e implicación de los profesionales del hospital es un factor crítico para consolidar esta cultura de seguridad y, en este sentido, la red de referentes de seguridad desplegada en todas las unidades constituye un elemento clave. Actualmente más de 200 personas de la organización están incluidas en la misma y lideran a nivel local las estrategias de mejora.

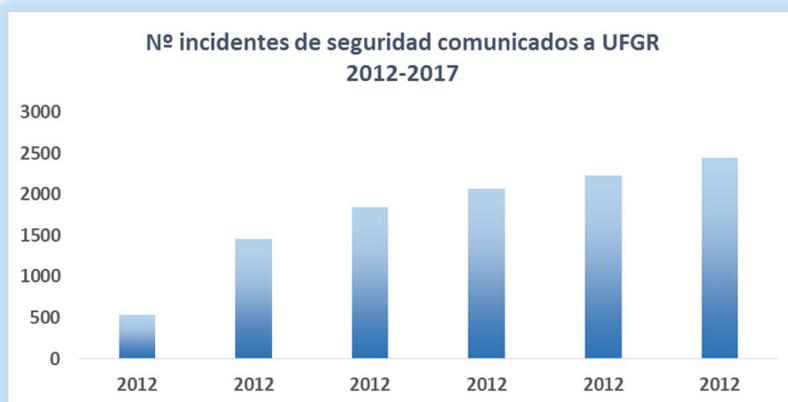


Gráfico 33: Incidentes de seguridad comunicados a la Unidad Funcional de Gestión de Riesgos (UFGR) del HGUGM 2012-2017
Fuente: Memoria de la UFGR.



- **El Hospital tiene una amplia capacidad de atracción de población de fuera del área de referencia.**

Globalmente algo más del 50% de las altas del hospital corresponden a pacientes de fuera del área de referencia (población asignada y especialidades de referencia para otras zonas sanitarias) (53% en 2017). Sin embargo esta dependencia de otras zonas de Madrid siendo muy importante en todas las áreas de atención, es especialmente relevante en Obstetricia, Especialidades Pediátricas, y Psiquiatría.

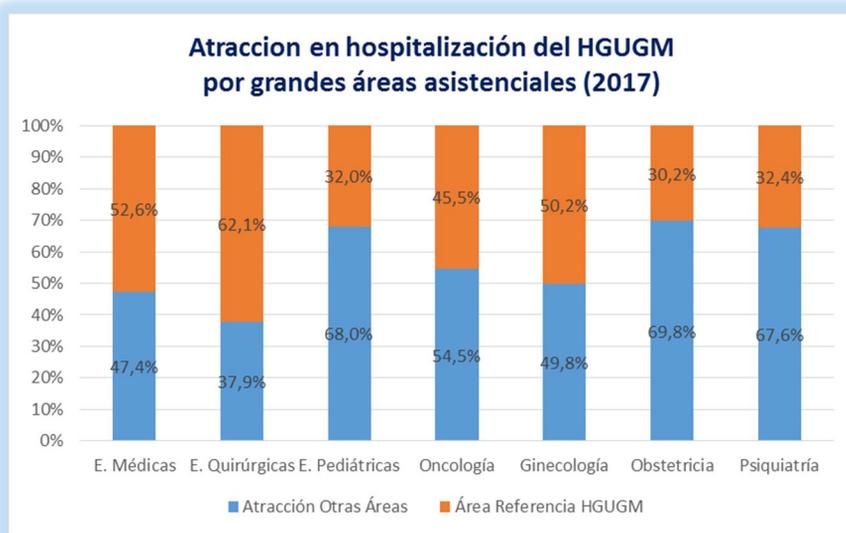
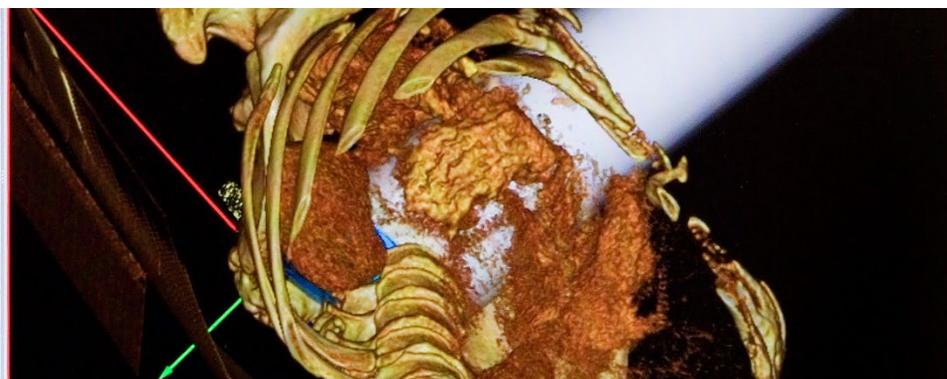
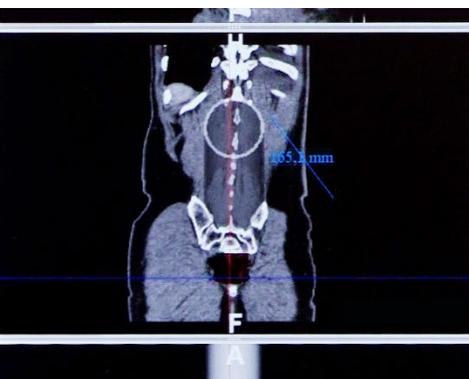


Gráfico 34: Dependencia poblacional del hospital HGUGM. 2017.
Fuente: Servicio de Información Integrada. Elaboración propia

Si analizamos esta característica de forma individualizada por servicios con mayor volumen asistencial se puede observar que algunas unidades exceden con mucho la norma del 50%, además de la obstetricia, aparato digestivo o las especialidades quirúrgicas infantiles se encuentran alrededor del 70% de atracción.

Un caso especial lo constituye la cardiología, para esta especialidad se ha llegado a una alianza específica con el hospital de Arganda y funciona como un único servicio, por lo que su población se considera de referencia de este hospital y se contabiliza como propia.



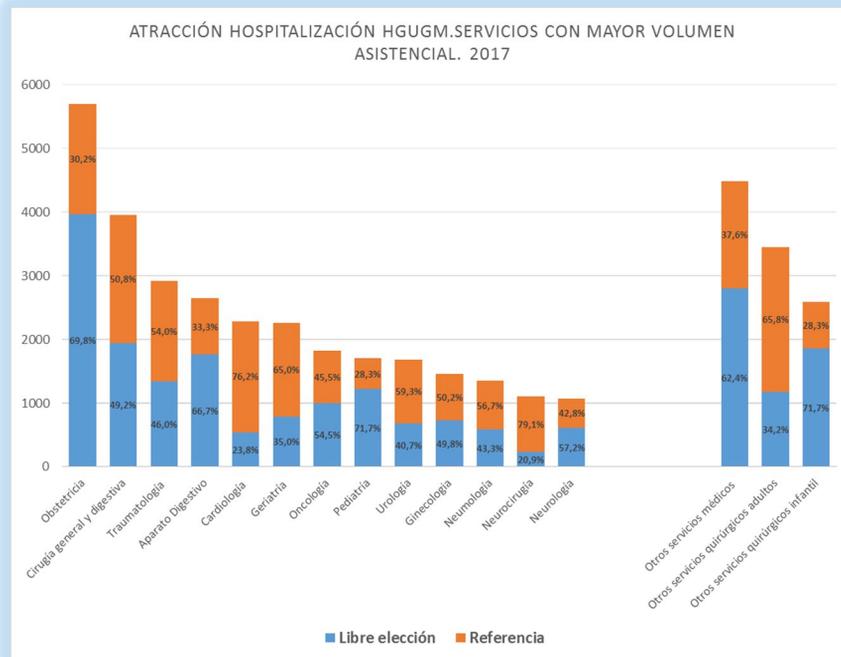


Gráfico 35. Atracción hospitalaria por servicios. Fuente: CMBD. Elaboración SMPGC

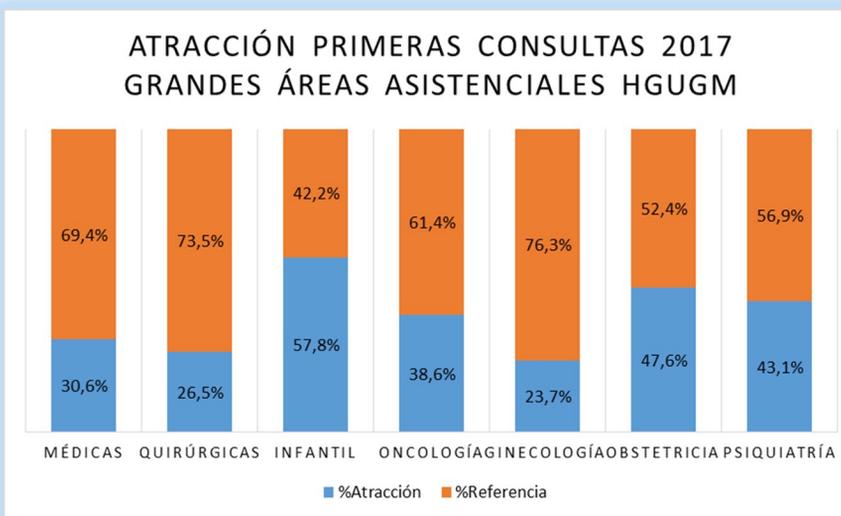


Gráfico 36. Atracción en primeras consultas por grandes áreas asistenciales. Fuente: Servicio de Información Integrada. Elaboración SMPGC

En el caso de las primeras consultas, la regla del 50% solo se cumple para las especialidades pediátricas y Obstetricia. En el resto de áreas asistenciales la atracción se encuentra entre el 25 y el 45 %. Considerando estas consultas una puerta de entrada de pacientes, atraídos por el hospital, sería de interés monitorizar y analizar en profundidad las zonas de residencia de estos pacientes y la especialidad o proceso asistencial concreto que ha motivado su atención, así como otras características cualitativas del propio paciente y del médico remitente en su caso, para identificar líneas emergentes de atracción.

- **La atracción hospitalaria de población de fuera de la Comunidad de Madrid ha aumentado en los últimos años.**

El hospital está acreditado actualmente como centro de referencia nacional (CSUR) en 11 procesos de alta complejidad, para los que recibe entre 5.000 y 6.000 pacientes de toda España.

| PACIENTES ATENDIDOS CSUR | 2015 | 2016 | 2017 |
|---|-------------|-------------|-------------|
| Trasplante cardiaco infantil | 7 | 6 | 5 |
| Asistencia integral del neonato con cardiopatía congénita y del niño con cardiopatía congénita compleja | 730 | 766 | 820 |
| Asistencia integral del adulto con cardiopatía congénita | 1750 | 1826 | 1720 |
| Cirugía Reparadora Compleja de válvula mitral | 103 | 98 | 127 |
| Cardiopatías familiares | 2489 | 2512 | 3411 |
| Enfermedades raras que cursan con trastornos del movimiento | 287 | 302 | 344 |
| TOTAL | 5366 | 5510 | 6427 |

Tabla 10. Pacientes atendidos como CSUR. Fuente: Memoria HGUGM 2017

Además de los referenciados en la tabla 10, el hospital ha recibido recientemente la acreditación como CSUR para los siguientes procesos:

- Sarcomas (25/07/2018)
- Tumores renales con invasión vascular (24/07/2017)
- Tumores germinales (25/07/2017)
- Eritropatología congénita (29/05/2018)
- Cirugía reparadora de ventrículo izquierdo (29/05/2018)

En comparación con el periodo 2012 - 2014, en los últimos años ha aumentado el número de pacientes atendidos por CSUR, especialmente en aquellas patologías relacionadas con las cardiopatías familiares y congénitas, tanto del adulto como del niño. Esta tendencia positiva refleja la visión del hospital como referente a nivel nacional en el manejo de estas enfermedades.

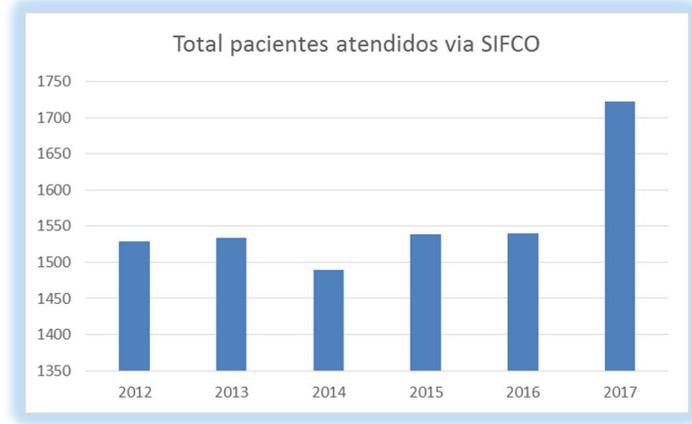


Gráfico 37. Pacientes atendidos por vía SIFCO.
Fuente: Servicio de Admisión

Respecto a los pacientes atendidos de otras CCAA, sin tener consideración de CSUR (gestión SIFCO), también se observa un aumento progresivo desde el año 2014, siendo especialmente notable el aumento en el año 2017. Las especialidades que reciben más pacientes por este sistema son Cardiología, en especial Cardiología Pediátrica, y Digestivo.

- **El hospital es uno de los centros de referencia a nivel regional y nacional para la formación en ciencias de la salud.**

El HGUGM tiene un gran poder de atracción docente relativa a los médicos internos residentes (MIR). Respecto a otros hospitales en España, se mantiene en los últimos años entre los tres primeros centros elegidos por los residentes con mejor puntuación (en 2016 fue el más elegido entre los 100 primeros residentes).

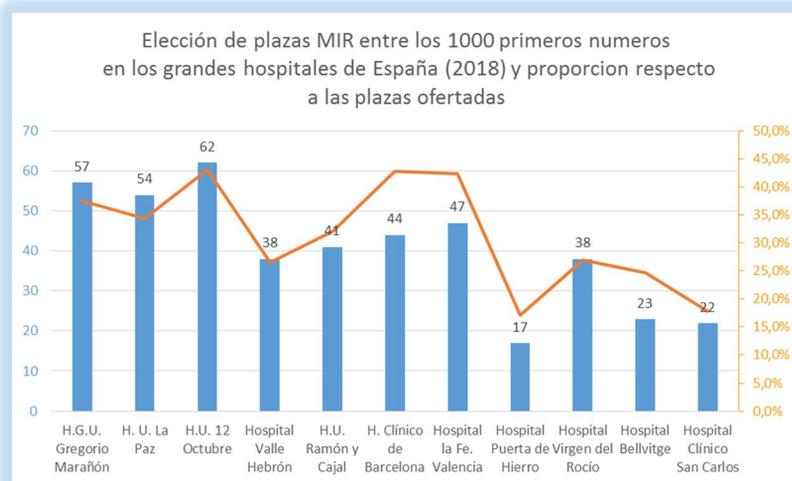


Gráfico 38. Comparativa de elección MIR grandes hospitales.
Fuente: MSSI. Elaboración propia

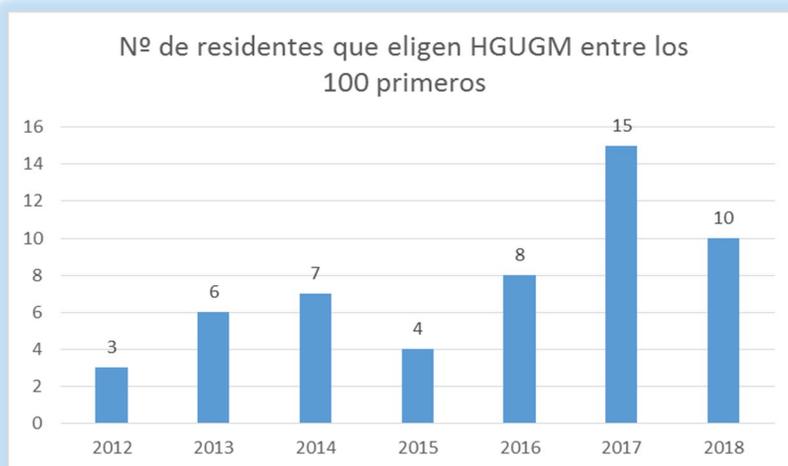


Gráfico 39. Número de residentes del HGUGM entre los 100 primeros.
Fuente: MSSl. Elaboración propia

La media de la posición MIR del total de médicos internos residentes que eligen el HGUGM no ha tenido grandes variaciones desde 2012, encontrándose en el rango entre el puesto 1.425 y el 1.622 (2018)

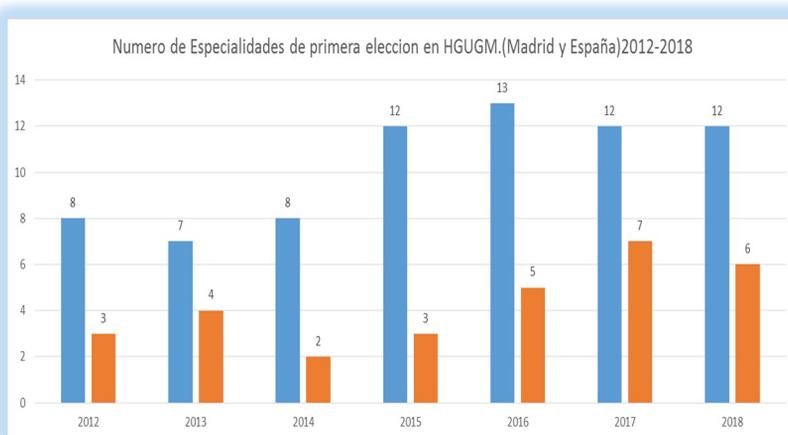


Gráfico 40. Numero de especialidades de primera elección en el HGUGM (Madrid y España).
Fuente: MSSl. Elaboración propia.

En los últimos cuatro años entre 12-13 especialidades han sido elegidas en nuestro hospital por el primer residente que ha elegido la Comunidad de Madrid. En 2018 se ha duplicado el numero de especialidades que son elegidas por el primer residente en el conjunto del estado (6 en 2018).

El número total de residentes que se forman anualmente en el HGUGM no ha variado de modo significativo en los últimos años, situándose en algo más de 500.

En la formación de pregrado, el hospital alberga anualmente más de 1.000 futuros profesionales de la salud que realizan su formación en nuestro centro tanto en la licenciatura de medicina (UCM), como en enfermería (distintas universidades) y en menor medida en otras profesiones sanitarias.

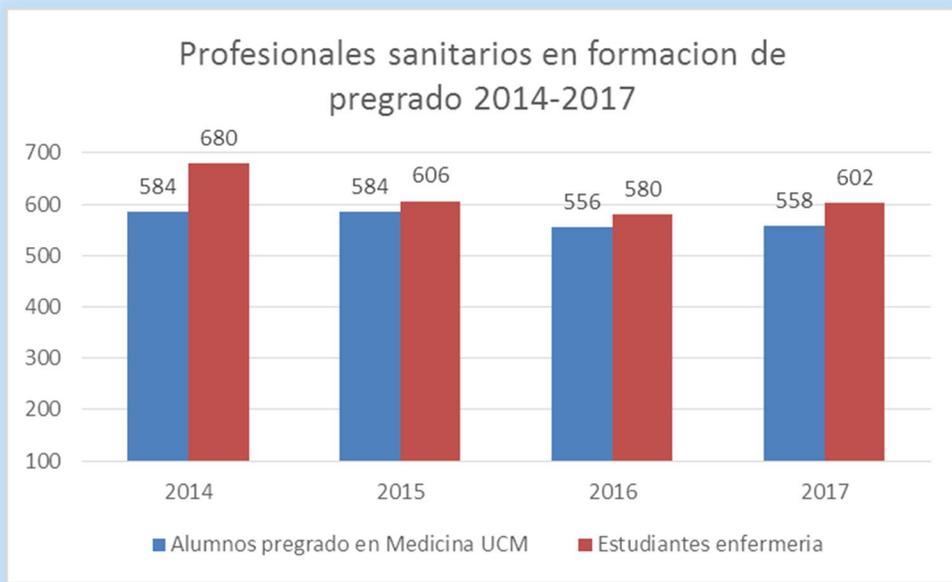


Gráfico 41. Alumnos de pregrado de Medicina y Enfermería.
Fuente: UCM y Unidad de formación de Enfermería HGUGM



- Los indicadores económicos del hospital reflejan un menor coste relativo por patologías y un incremento global de gasto en personal.

La evolución de gastos muestra la disponibilidad de recursos económicos de los que el hospital dispone para su desempeño y, de manera indirecta, el contexto económico que condiciona el volumen de esos recursos.

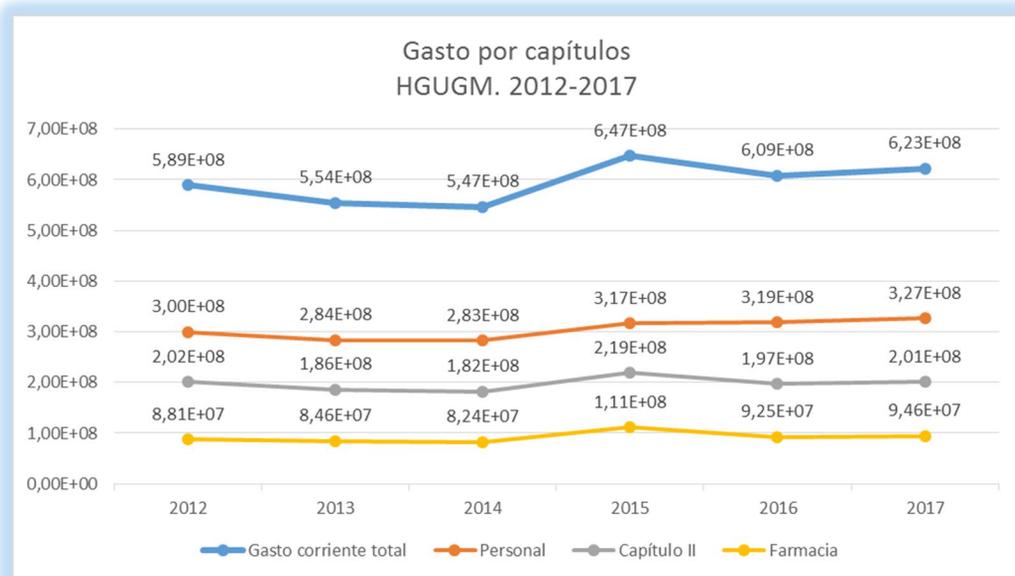


Gráfico 42. Gasto por capítulos 2012-2017. Fuente Dirección de Gestión

En números absolutos, como se puede observar, el presupuesto de farmacia se incrementó en 2015 debido a la introducción de las terapias para la hepatitis C. Los gastos de personal también se incrementan en esa fecha, en la que se inician los procesos de consolidación de personal y la política de contrataciones se reactiva.

El coste medio de farmacia por patologías es un indicador que refleja la carga económica que supone cada enfermedad al hospital, así como una información sobre los costes del tratamiento y del volumen de pacientes. En los últimos años, se ha reducido, en líneas generales, el gasto medio para algunas de las patologías crónicas (VIH, esclerosis múltiple, etc.) y el coste por paciente ingresado, mientras que ha aumentado el gasto que representa la atención de pacientes en el Hospital de Día de Oncología.

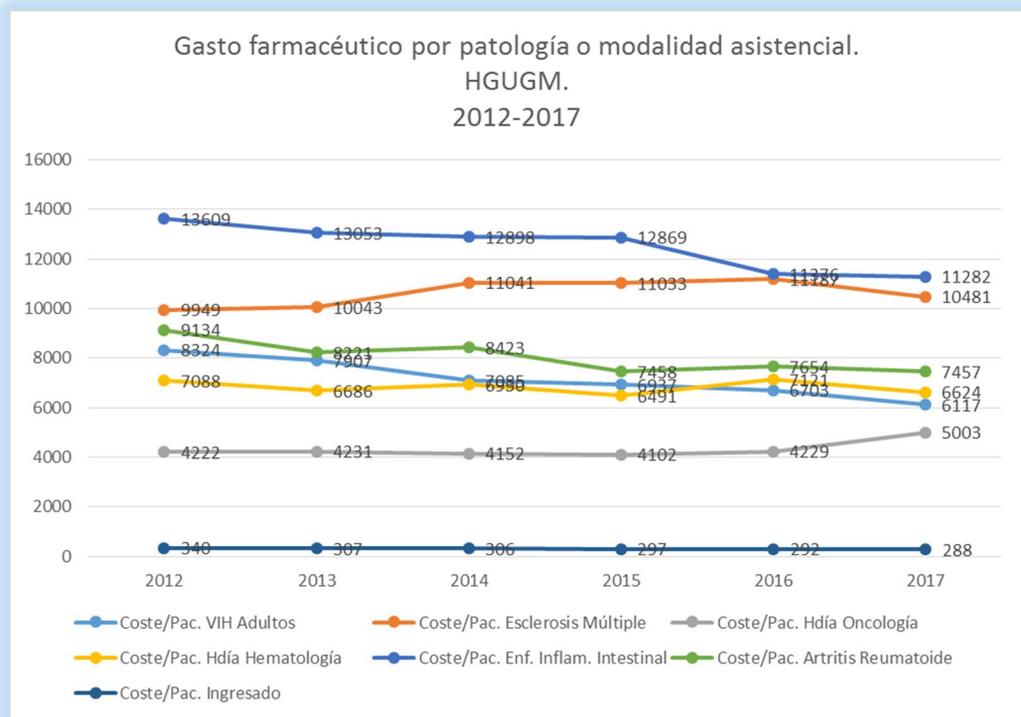


Gráfico 43. Gasto farmacéutico por patología. Fuente: Servicio de Farmacia Hospitalaria

- **El hospital ha mejorado la generación de ingresos por su labor investigadora, el impacto de las publicaciones científicas, la actividad de I+D+i y el retorno de valor a la sociedad.**

El volumen de financiación ligada a proyectos es un indicador que muestra la capacidad de los diferentes grupos que conforman el Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón de generar ingresos. La tendencia desde el año 2013, en líneas generales, es positiva y traduce el nivel de competencia que tiene nuestro personal investigador.



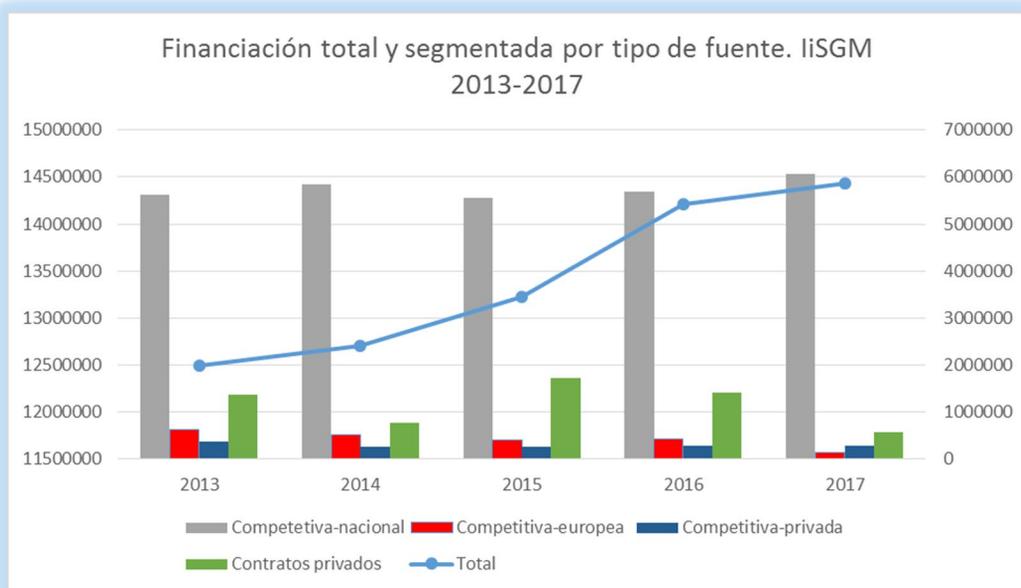


Gráfico 44. Financiación total y segmentada IISGM 2013-2017. Fuente: IISGM

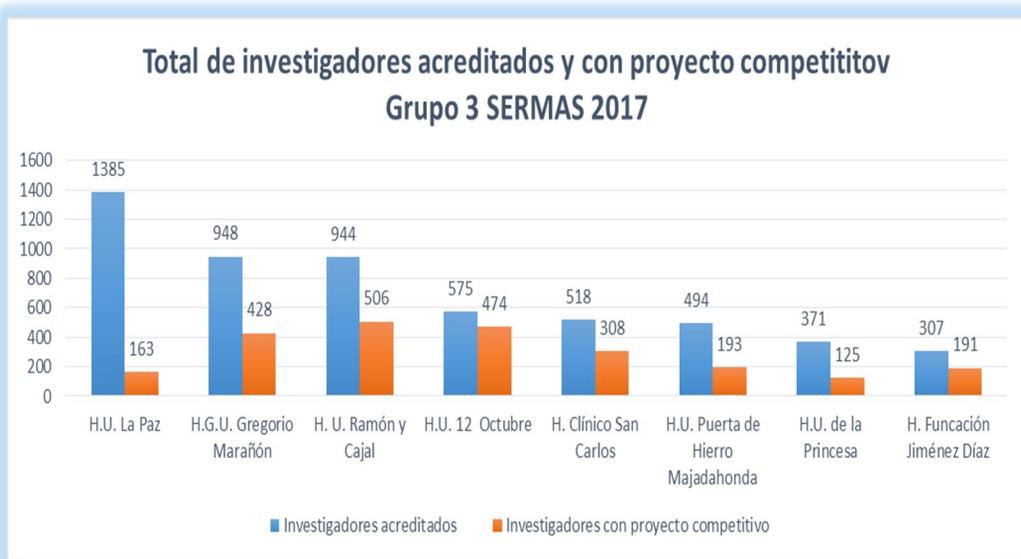


Gráfico 45. Total de investigadores acreditados y con proyecto competitivo. Fuente: Observatorio Resultados del SERMAS

Otra muestra del compromiso con la investigación del centro son las ayudas económicas intramurales para la investigación que permiten retener talento investigador (2017: 167.000 euros en 2018: 359.000).

Como podemos observar, la tendencia del factor de impacto (medida de la importancia de una publicación científica) es positiva, habiendo aumentado desde el 2013 de forma muy importante.

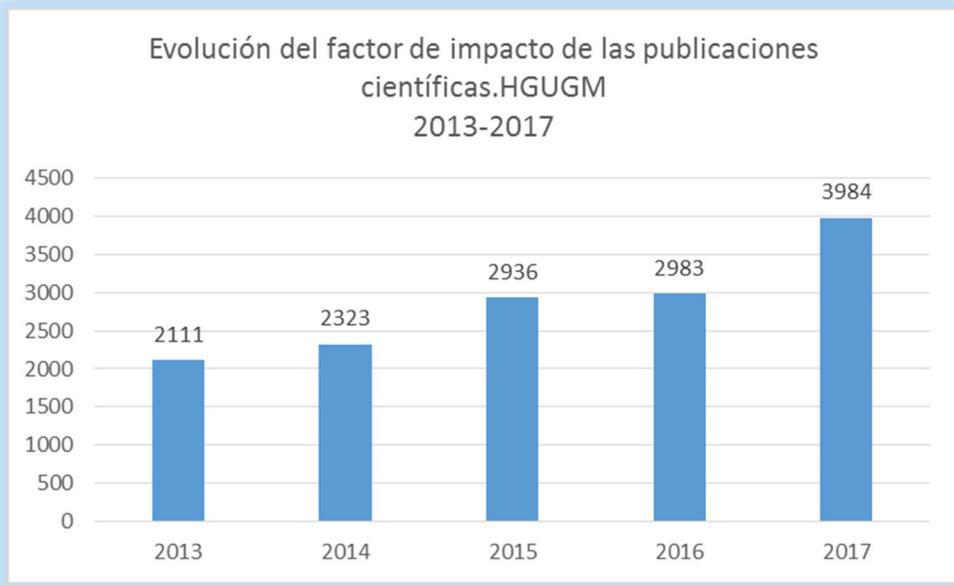


Gráfico 46. Evolución del factor de impacto de las publicaciones científicas. HGUGM. 2013-2017

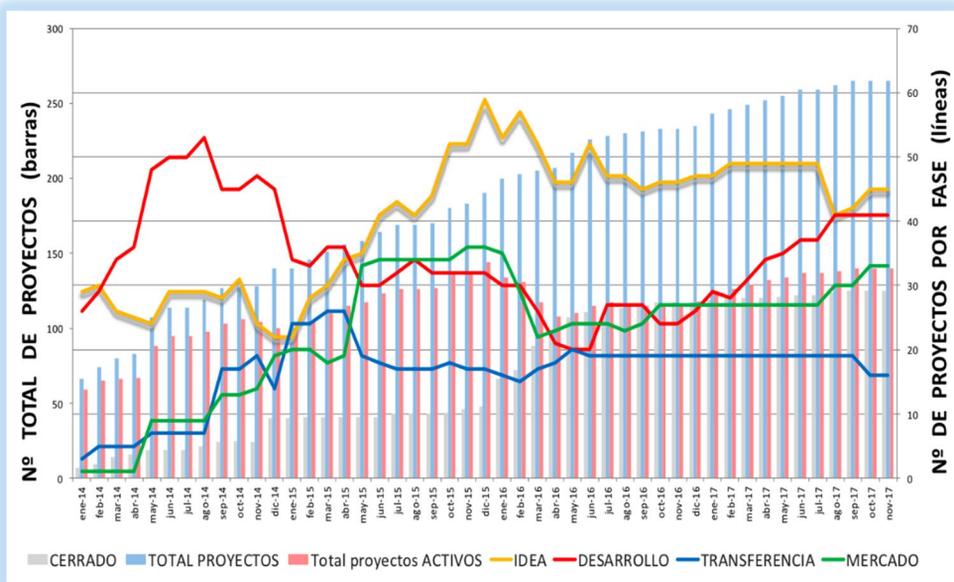


Gráfico 47. Proyectos de investigación según fase de desarrollo 2017. Fuente: IISGM

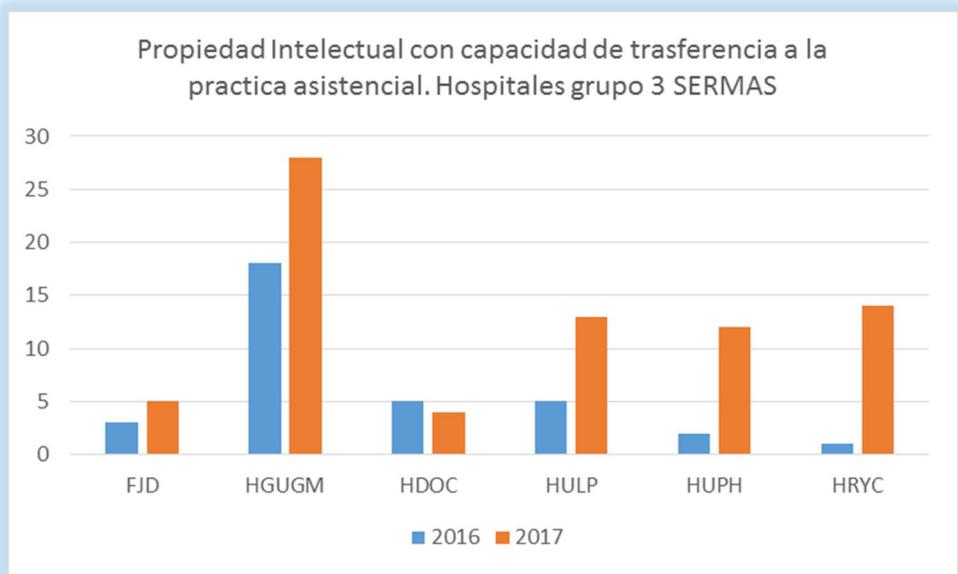


Gráfico 48. Propiedad intelectual con capacidad de transferencia a la práctica asistencial 2016-2017. Fuente: Observatorio de Resultados SERMAS

Entre los hospitales del grupo 3 del SERMAS, el HGUGM es líder en innovación con 135 proyectos activos y en la generación de licencias de propiedad intelectual que puedan ser incorporadas a la práctica asistencial, generando un elevado valor de retorno a la sociedad derivado de su actividad investigadora.

Durante el año 2017 el número de estudios clínicos (ensayos clínicos y estudios observacionales) activos en nuestro Hospital fue de 1226 y se iniciaron un total de 231 estudios. Aproximadamente el 93% los ensayos clínicos con medicamentos iniciados durante el año 2017 correspondieron a estudios de fase I, II y III.

| ESTUDIOS CLÍNICOS NUEVOS | | |
|--------------------------|------------------|--------------------------|
| | Ensayos Clínicos | Estudios observacionales |
| 2014 | 127 | 62 |
| 2015 | 150 | 73 |
| 2016 | 125 | 57 |
| 2017 | 148 | 83 |

Tabla 11. Evolución de los estudios clínicos nuevos 2014-2018. Fuente: IISGM



4. EVALUACIÓN DEL CONTEXTO

4. EVALUACIÓN DEL CONTEXTO

4.1. Mapa de procesos

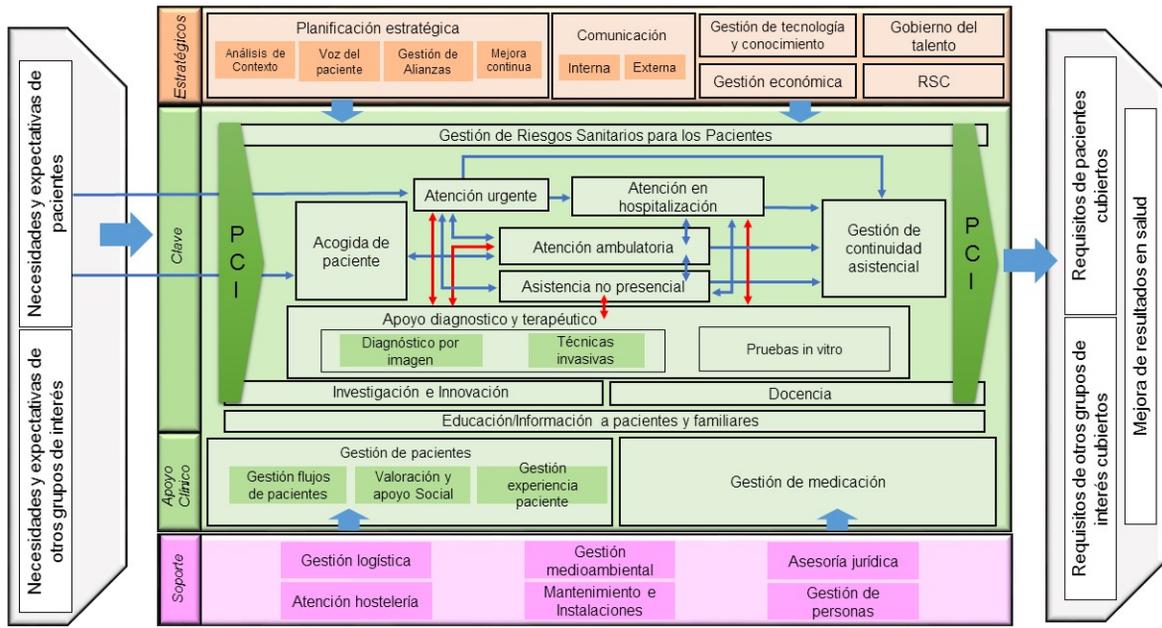


Figura 2. Mapa de procesos Hospital General Universitario Gregorio Marañón 2018.
*PCI: Procesos Clínicos Integrados

El HGUGM se organiza para su actividad en un esquema de gestión por procesos estratégicos, clave, de apoyo clínico y de soporte. Para cada uno de ellos se han definido, entradas, salidas, indicadores de evaluación y propietarios de los mismos que se encargan de la monitorización y mejora de los mismos.

Para procesos de elevada frecuencia y atención interdisciplinar el hospital diseña procesos clínicos integrados, en los que se incorporan distintos servicios y profesionales y que se consensan más allá de los límites del hospital, garantizando la continuidad asistencial con Atención Primaria.



4.2. Análisis DAFO

De cara a la planificación estratégica, uno de los primeros pasos que ha llevado a cabo el hospital ha sido describir la situación actual, tanto internamente como en relación al entorno, para después identificar las líneas o acciones que deberían llevarse a cabo. Para el mismo se ha utilizado la metodología DAFO (Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades).

4.2.1. Fortalezas

- Dotación de estructura hospitalaria que permite un gran volumen de actos sanitarios.
- Cartera de servicios completa.
- Compromiso de los profesionales con la visión humanizadora de la asistencia.
- Sentimiento de pertenencia al proyecto Marañón
- Gestión participativa en la dirección por objetivos.
- Existencia de Servicios/Unidades de excelencia que actúan como catalizadores del cambio.
- Cuadro profesional con buena reputación en el sector y alta cualificación.
- Importante capacidad de atracción de pacientes.
- Casuística asistencial de alta especialización y complejidad.
- Liderazgo en programas de atención de ámbito comunitario y nacional.
- Excelente actividad y resultados de investigación.
- Gran capacidad de atracción de ensayos clínicos.
- Capacidad de rediseño e incorporación tecnológica con alto impacto en la resolución de procesos complejos de forma altamente eficiente (medicina personalizada, procedimientos mínimamente invasivos..).
- Tendencia positiva en el número de trasplantes y en la concesión de CSUR.
- Resultados en seguridad del paciente que demuestran que existe una CRECIENTE cultura de seguridad.
- Presencia de HCE en todo hospital.
- Liderazgo del hospital para generar salud a través del conocimiento: conocimiento transferible a la asistencia a través de la innovación y de la docencia pregrado y postgrado consolidada y de prestigio. (Atracción de los mejores candidatos para FIR, MIR, EIR, BIR)
- Buenos resultados en la satisfacción de pacientes en la mayoría de las áreas.
- Imagen de prestigio en el sector salud y en la sociedad.
- Ubicación en el centro de Madrid (accesibilidad).

4.2.2. Debilidades

- No existe una suficiente sensibilización en los profesionales acerca de la importancia de la atracción de pacientes.
- No disponer de un modelo estructurado de comunicación interna.
- Resistencia al cambio de procedimientos de trabajo y a la incorporación a la era digital.
- Adaptación de las estructuras de los sistemas de información a las nuevas demandas generadas por la HCE.
- Falta de bolsas específicas de contratación para unidades especiales (Críticos, quirófanos, unidades de diálisis...) en las diferentes categorías, actualmente solo existe para DUE.
- Proceso de evaluación de competencias a los profesionales incipiente y solo en el área de enfermería.
- Escasa formación de los profesionales en herramientas emocionales y gestión de conflictos.
- Bolsas de ineficiencia en áreas específicas de la organización: alto número de estancias prolongadas y estancias inadecuadas.
- Insuficiente implantación de ambulatorización de procesos y teleasistencia.
- Agilidad: baja satisfacción de pacientes por tiempos de espera intraproceso.
- Baja accesibilidad por altas demoras (LE PRUEBAS, LECEX).
- Infraestructura de instalaciones y equipamientos con alto grado de obsolescencia.
- Ausencia de una política activa de colaboración con las asociaciones de pacientes y familiares.
- Bajo desarrollo de la continuidad asistencial.
- Baja satisfacción de pacientes en el área de consultas externas y urgencias.
- Complejidad de la gestión de los recursos humanos por diferentes regímenes laborales con excesiva rotación del personal y rigidez en los sistemas de selección.
- Difusión insuficiente del impacto de la investigación y la innovación generada por el hospital a la sociedad.
- Desarrollo incipiente del apoyo a investigación de carácter internacional.
- Dificultad para instaurar incentivos profesionales atractivos.
- Escasa implantación de una efectiva gestión por procesos.



4.2.3. Amenazas

- Alta dependencia del hospital de población de fuera del área de referencia que incluye una población que es escasa para la actual capacidad del hospital
- Capacidad de competitividad mayor de otras estructuras hospitalarias diferentes a las de un gran complejo.
- Entorno económico general, restrictivo para afrontar inversiones.
- Impacto de la cronicidad y aumento de expectativa de vida.
- Pérdida del apoyo de amplios sectores de la población hacia la sanidad pública.
- Presión asistencial creciente.
- Saturación de la asistencia en el entorno de Atención Primaria derivando hacia el hospital muchos pacientes con patología que se podría resolver en este nivel asistencial.
- Ausencia de una red de apoyo social efectiva (familiar, ayudas institucionales, centros de apoyo y convalecencia) que trasfiere cuidados sociales a las organizaciones sanitarias.
- Política de selección de personal que no incorpora habilidades y competencias que permitirían priorizar y retener talento.

4.2.4. Oportunidades

- Entorno competitivo con otros hospitales de Madrid de dentro y fuera del Área.
- Libre elección de hospital por parte de los ciudadanos.
- Interés de Atención Primaria del área de referencia, para establecer sistemáticas conjuntas de trabajo con el hospital.
- Paciente cada vez más informado y activo.
- Política de consolidación de empleo en el sector que permite la renovación generacional de los líderes de los equipos y la oferta de estatutización al personal laboral.
- Alianzas estratégicas con otros hospitales o instituciones, que permitan el trabajo en red y potencien la eficiencia y la gestión del conocimiento.
- Proyectos de reforma de infraestructuras en el ámbito del SERMAS.
- Desarrollo de nuevas competencias en el personal de enfermería.
- Desarrollo de las especialidades de enfermería.
- Impulso de nuevos programas de trasplantes en la ONT y reactivación de la concesión de CSUR por parte del MSSSI.
- Interés de la industria del sector salud en generar alianzas y aplicar desarrollos innovadores (EECC, nuevas tecnologías..) en colaboración con investigadores del hospital.
- Desarrollo de tecnologías de la información y comunicación, útiles en el diseño de fórmulas innovadoras de prestación de asistencia.
- Generación de empleo y riqueza en el entorno.

4.3. Grupos de interés

Otro de los aspectos clave que debe afrontar el hospital para la planificación estratégica es identificar sus grupos de interés, es decir, aquellas personas, colectivos u organizaciones que son esenciales para alcanzar los objetivos y lograr la excelencia, los cuales pueden resultar afectados si no se cumplen sus expectativas o necesidades.

Identificamos dos niveles de grupos de interés, internos y externos a la propia organización y su funcionamiento. El cumplimiento de sus necesidades y expectativas genera la necesidad de establecer y mejorar nuestros requisitos de servicio para cada una de ellos. Entre los grupos de interés del hospital se consideran clave los pacientes y sus familias, las personas de la organización, los profesionales sanitarios en formación y la Atención Primaria, ya que están íntimamente ligados a la misión de nuestra organización.

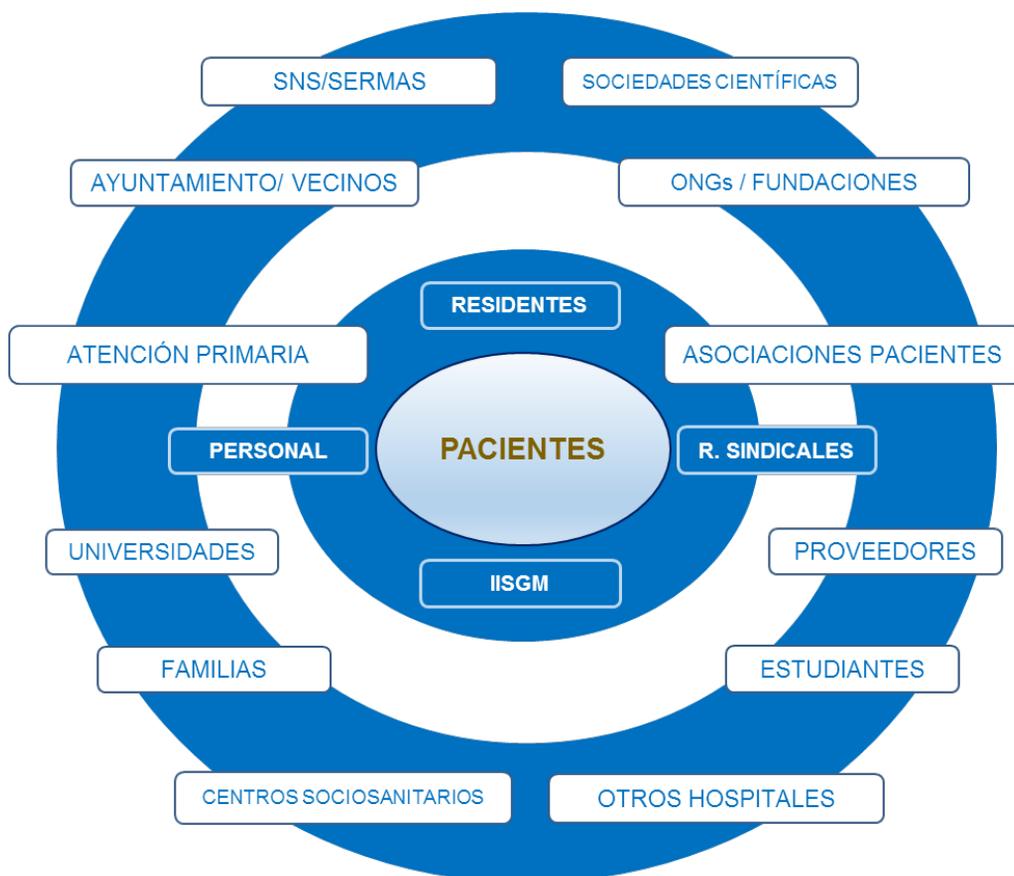


Figura 3. Grupos de interés Hospital General Universitario Gregorio Marañón

4.4. Análisis de riesgos

El pensamiento basado en riesgos nos permite determinar los factores que podrían causar que nuestros objetivos se desvíen de los resultados planificados, para poner en marcha medidas preventivas y para maximizar el aprovechamiento de las oportunidades a medida que surjan.

Utilizando la metodología AMFE se han identificado los principales riesgos y oportunidades asociados a los procesos del hospital. De forma sintética los riesgos más relevantes se resumen a continuación.

4.4.1. Principales riesgos asociados a los procesos estratégicos

Incumplimiento objetivos de Contrato de Gestión.

Incumplimiento presupuesto asignado.

Perdida de profesionales con talento y experiencia.

Desviación estándares de desempeño grupo 3 de hospitales (Observatorio de Resultados).

Riesgo catástrofe externa / interna.

Disfunciones en el circuito de comunicación interna y externa.

Pérdida de prestigio del hospital.

Dificultad en la adaptación de los procesos asistenciales durante el proyecto de reforma del hospital.

4.4.2. Principales riesgos asociados a los procesos operativos

Variabilidad en la práctica clínica.

Gestión ineficiente de la asistencia (prolongación inadecuada de estancia, suspensión actos asistenciales por motivos de la organización).

Demoras en la atención.

Gestión de alta inadecuada. Pérdida de continuidad asistencial.

Desarrollo de eventos adversos relacionados con la asistencia (infecciones relacionadas con la atención sanitaria, caídas, heridas crónicas, administración errónea de medicación..).

Rigidez para la modificación del soporte a datos clave en la historia clínica: valoración funcional, dolor, medicación habitual, alergias,...

Errores de sistema en el manejo de HCE.

Errores en la gestión del flujo de pacientes (gestión de citas, asignación de cama..).

Falta de información suficiente y comprensible para la participación del paciente en su proceso asistencial.

Variabilidad en la identificación y gestión de incidentes de seguridad y eventos adversos.

Errores en la gestión de la medicación (de alto riesgo, aportada por el paciente,..).

Inadecuada conciliación de la medicación al ingreso y alta.

Errores de comunicación de información clínica relevante entre profesionales (implantación de sistema de comunicación efectiva).

Inadecuada protección de la confidencialidad/ intimidad de pacientes.

4.4.3. Principales riesgos asociados a los procesos apoyo

Obsolescencia de los equipos y estructura.

Roturas de stock y problemas de abastecimiento.

Inadecuado control de los riesgos laborales.

Falta de sensibilización con la protección y gestión de riesgos ambientales.

Violación de accesos por personal no autorizado.

4.4.4. Oportunidades

Implantación requisitos Joint Commission Internacional.

Próxima reforma estructural (bloque quirúrgico y pabellón oncológico).

Agenda EMRAM para la transformación digital.



5. MISIÓN, VISIÓN Y VALORES



5. MISION, VISION Y VALORES

Misión

Mejorar la salud y calidad de vida de las personas

Con una asistencia sanitaria especializada de vanguardia

Con la excelencia técnica y humana de todos los que aquí trabajamos

Con el magisterio y la investigación que desarrollamos



Visión

Ser reconocidos como un hospital de referencia, en la vanguardia científica y tecnológica

Un centro al que los pacientes eligen por su trayectoria, prestigio y humanidad

Donde las personas con talento desean incorporarse para crecer como profesionales



Valores

Estos son los valores que hacen reconocible la Marca Marañón:

- Humanidad en la asistencia
- Compromiso con la calidad y seguridad
- Investigación e innovación
- Compromiso con la docencia
- Atención y respeto a los profesionales
- Ética profesional
- Trabajo en equipo
- Orgullo de pertenencia
- Compromiso con la sanidad pública
- Responsabilidad social





6. FUNDAMENTOS Y ENFOQUE

6. FUNDAMENTOS Y ENFOQUE

La estrategia a seguir en los próximos años se inspira en el modelo EFQM, como elemento de referencia para conducir nuestra organización en el camino de la excelencia en la gestión y en las directrices del Ministerio de Sanidad Consumo y Bienestar Social que conforman las prioridades del Sistema Nacional de Salud y del SERMAS como organización de la que nuestro hospital forma parte y que las sustancia en el ámbito de la Comunidad de Madrid (véase anexo I: mapas conceptuales del posicionamiento estratégico del HGUGM). De especial relevancia en este sentido son las líneas de actuación que fundamentan el contrato de gestión de los centros y las estrategias a medio y largo plazo que desarrollan las políticas nacionales y conforman la política sanitaria regional (Estrategia de Seguridad del Paciente 2015-2020 y Plan de humanización de la asistencia sanitaria 2016- 2019).

Con carácter específico en nuestro hospital la implantación de sistemas de gestión de la calidad basados en la certificación ISO (9001, 14001, 17003, 15189) y la aplicación de una agenda de mejora basada en el modelo de JOINT COMMISSION INTERNACIONAL son elementos instrumentales para operativizar los objetivos y líneas institucionales desarrollados en este plan estratégico.



Figura 4. Elementos conceptuales y operativos para el despliegue estratégico. HGUGM. 2018 - 2022

7. GRANDES LÍNEAS DE ACTUACIÓN



7. GRANDES LÍNEAS DE ACTUACIÓN

EL HGUGM ha formulado **una visión claramente orientada a lograr la excelencia** en todas sus líneas de actividad, considerando que sólo a través de ello conseguirá ser reconocido como un hospital de referencia que está a la vanguardia en el sector.

Derivado de esta visión y de los factores claves de éxito identificados **se han establecido 12 líneas estratégicas de actuación**, donde el HGUGM debe concentrar sus esfuerzos de gestión y de innovación (mejora continua) en los próximos años. Es por ello que estas 12 líneas de acción deben ser consideradas como elementos que conforman **un mismo proyecto: "Marañón, un hospital excelente"** y por tanto deben orientar e inspirar todas las iniciativas de gestión e innovación que el hospital aborde en el futuro próximo.

1. Un proyecto de todos
2. Dar voz y escuchar al paciente
3. Compromiso con la calidad y seguridad del paciente
4. Priorización y consolidación de líneas de excelencia
5. Liderazgo participativo
6. Agilidad y eficiencia en el funcionamiento
7. Innovación en modelos asistenciales y trabajo multidisciplinar
8. Desarrollo de competencias orientado a resultados
9. Investigación e innovación
10. Promoción de la "Marca Marañón" en la sociedad y el sector salud
11. Transferencia de conocimiento a las nuevas generaciones
12. Desarrollo de una estructura y tecnología de vanguardia, sostenible y en un entorno saludable


**Hospital General Universitario
Gregorio Marañón**

PROYECTO MARAÑÓN

ENTRE TODOS, UN HOSPITAL EXCELENTE

El Hospital General Universitario Gregorio Marañón es un hospital público que presta servicios de atención especializada y realiza docencia e investigación en ciencias de la salud.



Nuestra **MISIÓN** es mejorar la salud y calidad de vida de las personas mediante una asistencia sanitaria especializada de vanguardia, la excelencia técnica y humana de todos los que trabajamos aquí y el magisterio y la investigación que desarrollamos.

Nuestra **VISIÓN** es ser reconocido como un hospital de referencia que está a la vanguardia científica, tecnológica y organizativa para resolver los problemas de salud y ayudar a mejorar la sociedad mediante la Innovación y la excelencia en todas sus líneas de actividad. Al que los pacientes eligen por su trayectoria, prestigio y humanidad y donde las personas con talento desean incorporarse para crecer como profesionales.



Estamos construyendo, entre todos, el hospital del futuro.



TU OPINIÓN ES IMPORTANTE ¡PARTICIPA!

LÍNEA 1. UN PROYECTO DE TODOS

OBJETIVO GENERAL:

Implicar a todos los profesionales sanitarios y no sanitarios, para que sientan como propio el “Proyecto Marañón: entre todos, un hospital excelente”

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

L1.1. Sensibilizar a todos los profesionales con la misión, visión, valores y estrategia del hospital

- L1.1.1. Incorporar la comunicación de la misión, visión, valores y estrategia del hospital en los distintos ámbitos y momentos de la vida profesional de los trabajadores (acogida, evaluación periódica de objetivos, constitución de grupos de mejora...).
- L1.1.2. Desplegar de forma efectiva los objetivos estratégicos anuales (contrato-programa y plan estratégico) en los servicios del hospital para que sean conocidos por todos los profesionales y en atención primaria como grupo clave de interés.
- L1.1.3. Difundir a los principales grupos de interés del hospital la misión, visión, valores y líneas estratégicas, revisando específicamente con atención primaria del área de referencia las sinergias y aspectos referidos a continuidad asistencial.

L1.2. Desarrollar mecanismos de comunicación efectivos

- L1.2.1. Delegaren los mandos intermedios el papel de comunicadores y líderes sectoriales del proyecto, dotándolos de las habilidades y competencias para ello (*ver también L5 y L8*).
- L1.2.2. Establecer programa de visitas, relación y comunicación directa entre equipo directivo y personal de base.
- L1.2.4. Potenciar el uso de la INTRANET como herramienta de información y trabajo compartido y facilitar espacios virtuales de trabajo colaborativo a los profesionales.
- L1.2.5. Documentar la estrategia de comunicación en un plan o programa específico, cuya efectividad se evalúe periódicamente.

L1.3. Potenciar la participación de los profesionales en los órganos de decisión y asesoramiento a la dirección

- L1.3.1. Potenciar la repercusión y conocimiento entre los profesionales de las actividades de los diferentes órganos de participación del hospital.
- L1.3.2. Potenciar la incorporación de los profesionales a comisiones clínicas y grupos de mejora, estableciendo reconocimientos por la implicación en los mismos y considerándolos en la promoción y evaluación de la carrera profesional.

L1.4. Reconocer las aportaciones de los profesionales al “Proyecto Marañón: ENTRE TODOS UN HOSPITAL EXCELENTE”

- L1.4.1. Potenciar la difusión a través de la INTRANET de los logros específicos de los profesionales, equipos pluridisciplinares y del hospital como organización.
- L1.4.2. Implementar convocatorias de “mejores ideas o buenas prácticas en el Proyecto Marañón” que desarrollen cualquiera de las líneas estratégicas del mismo (organización asistencial, seguridad del paciente, humanización...), reconociendo las mejores y difundiéndolas al resto de la organización.



LÍNEA 2. DAR VOZ Y ESCUCHAR A LOS PACIENTES

OBJETIVO GENERAL:

Incorporar las necesidades y expectativas de los pacientes en el desarrollo de los procesos asistenciales y generar una cultura de escucha activa y compromiso con los derechos de los pacientes, entre los profesionales del hospital.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

L2.1. Sistematizar la evaluación de la calidad percibida durante la asistencia trasladando los resultados a los servicios y personas de la organización

L2.1.1. Establecer un programa sistemático de evaluación de calidad percibida, con definición de instrumentos, plazos y responsables progresivamente en todos los servicios/unidades del hospital incorporándolo como elemento de evaluación del desempeño de las unidades.

L2.1.2. Consolidar la evaluación cualitativa de necesidades y expectativas de pacientes de subpoblaciones específicas especialmente vulnerables (unidades de críticos, geriatría, pacientes oncológicos, niños,...).

L2.1.3. Promover sesiones informativas periódicas en los servicios con la información de las felicitaciones, reclamaciones y acciones de mejora derivadas.

L2.2. Rediseñar los procesos asistenciales y organizativos incorporando en los mismos las necesidades y expectativas de los pacientes

L2.2.1. Incluir la experiencia del paciente en el diseño de los procesos asistenciales, promoviendo la incorporación directa de los mismos en grupos y comisiones de trabajo del hospital.

L2.2.2. Impulsar la creación de un Foro de pacientes, que promueva la mejora de la experiencia del paciente.

L2.2.3. Desarrollar al menos cinco áreas de mejora transversales anuales basadas en la gestión y análisis de las reclamaciones y sugerencias de pacientes.

L2.2.4. Monitorizar y reforzar los canales de comunicación bidireccionales entre el hospital y los pacientes, a través de los cuales se vehiculice toda la información que el paciente precise obtener o aportar al hospital, garantizando que obtenga respuesta de la organización.

L2.3. Dar protagonismo al paciente en el proceso asistencial

- L2.3.1. Sistematizar la evaluación de necesidades educativas específicas en función de las características de cada paciente y proceso asistencial.
- L2.3.2. Elaborar planes de cuidados personalizados y consensuados, en los que los pacientes adquieran compromisos relacionados con su propio cuidado que faciliten el afrontamiento eficaz en los cambios de salud.
- L2.3.3. Impulsar como política institucional y dar soporte a programas de educación en autocuidados impartidos por los propios pacientes (programas de paciente experto o paciente activo).
- L2.3.4. Potenciar el desarrollo institucional de programas de promoción y educación para la salud (promoción lactancia materna, hábitos saludables...) de carácter general.

L2.4. Sensibilizar y formar a los profesionales en la escucha activa, integración del paciente en la toma de decisiones y humanización de la asistencia

- L2.4.1. Elaborar una política general del hospital sobre el posicionamiento ético del mismo y la gestión específica de los derechos de los pacientes en la organización, difundirla a todo el personal y evaluando su aplicación.
- L2.4.2. Garantizar la inclusión en el plan de formación continuada del hospital de actividades para la adquisición de habilidades y sensibilización con la humanización de la asistencia y derechos de los pacientes (técnicas de comunicación con pacientes, simulación de comunicación de malas noticias...) (*ver también L8*).
- L2.4.3. Desarrollar un plan de mejora específico del proceso de información a pacientes y familiares, como elemento clave para la participación activa en el proceso asistencial, incidiendo especialmente en el otorgamiento del consentimiento informado.
- L2.4.4. Fomentar la incorporación de mesas de pacientes en jornadas divulgativas y/o científicas de los profesionales que se lleven a cabo en el hospital.
- L2.4.5. Desarrollar una campaña de formación y difusión para mejorar la accesibilidad a la Comisión de Ética Asistencial tanto a los pacientes como a los profesionales.



LÍNEA 3. COMPROMISO CON LA CALIDAD ASISTENCIAL Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

OBJETIVO GENERAL:

Incorporar la mejora continua en la práctica clínica, en los aspectos de seguridad, actualización científica, asistencia integrada y equidad.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

L3.1. Promover la mejora de la seguridad de los pacientes atendidos mediante el despliegue de buenas prácticas y la adecuada gestión de los riesgos asistenciales

- L3.1.1. Consolidar la implantación y evaluación de programas de buenas prácticas en seguridad del paciente, basados en los Objetivos Internacionales para la Seguridad del Paciente de la OMS, en los requerimientos de la Estrategia de Seguridad del paciente del SERMAS y los estándares de JOINT COMMISSION INTERNACIONAL (JCI).
- L3.1.2. Impulsar las notificaciones al sistema de comunicación de incidentes de seguridad y de incidentes de medicación del SERMAS (CISEMADRID) de forma homogénea en los diferentes servicios y unidades del hospital, así como el análisis de los mismos y el desarrollo de acciones correctivas.
- L3.1.3. Desarrollar junto a Atención Primaria la gestión compartida de incidentes de seguridad y la implantación de prácticas seguras en las transiciones asistenciales.
- L3.1.4. Potenciar la red de referentes de seguridad y la consolidación de una cultura de seguridad entre todos los profesionales, incorporando objetivos específicos en relación a la mejora de la seguridad en el pacto de gestión anual de los servicios y unidades.
- L3.1.6. Implantar y evaluar la efectividad del protocolo de gestión de eventos adversos graves, incluyendo la atención a segundas y terceras víctimas.



L3.2. Impulsar la Práctica Basada en la Evidencia en la atención y evaluación de los pacientes con el fin de minimizar la variabilidad de la asistencia

- L3.2.1. Establecer una política institucional de protocolización de la asistencia basada en la evidencia científica, que garantice la homogeneidad en la atención y la actualización del conocimiento.
- L3.2.2. Protocolizar la atención a las patologías más prevalentes en las diferentes áreas asistenciales del hospital, desarrollando protocolos específicos por servicio o procesos asistenciales integrados (PCI) cuando la asistencia a los mismos pueda prestarse en diferentes unidades y por equipos multidisciplinares , incluyendo Atención Primaria.
- L3.2.4. Mejorar la adecuación de procedimientos diagnósticos/terapéuticos de alto riesgo o coste y la trazabilidad y monitorización del uso de los medicamentos y productos sanitarios (*ver también L6*).
- L3.2.5. Incorporar la tecnología de última generación como elemento de mejora de la eficiencia y la seguridad (cirugía robotizada).
- L3.2.6. Creación de un programa de abordaje integral del paciente que necesita ser transfundido (Patient Blood Management) transversal a toda la organización.
- L3.2.7. Integrar Atención Primaria y sociosanitaria en el diseño y evaluación de los procesos asistenciales (*ver también L6 y L7*).

L3.3. Potenciar el compromiso del hospital con la mejora de la accesibilidad y continuidad de la atención

- L3.3.1. Elaborar y difundir la carta de servicios del hospital con compromisos explícitos respecto a tiempos máximos de atención, información y otros derechos del paciente.
- L3.3.2. Monitorizar y optimizar la gestión de la lista de espera para las distintas modalidades asistenciales.
- L3.3.3. Potenciar la figura de enfermería de continuidad, trabajador social y especialistas de referencia en las especialidades con mayor frecuentación, desplegando herramientas que faciliten la comunicación entre niveles asistenciales.

L3.4. Dotar al Hospital de un marco organizativo y conceptual que permita sistematizar la gestión de la calidad

- L3.4.1. Consolidar los elementos existentes para la gestión de la calidad, incluyendo su estructura y su política y modelos a aplicar.
- L3.4.2. Desarrollar mecanismos de auditoría interna y externa por evaluadores independientes para verificar la implantación de buenas prácticas o requisitos de la calidad (ISO, JOINT COMMISSION) o para detectar áreas de mejora en la gestión del centro (EFQM), facilitando a toda la organización los resultados obtenidos y los planes de mejora derivados de las mismas.
- L3.4.3. Establecer un sistema de gobierno y monitorización prospectiva de indicadores de buenas prácticas, reconocidos a nivel nacional e Internacional, que permitan establecer comparaciones con los mejores.

LÍNEA 4. PRIORIZAR Y CONSOLIDAR LÍNEAS DE EXCELENCIA

OBJETIVO GENERAL:

Orientar los esfuerzos de innovación y excelencia hacia aquellas líneas específicas donde concurren ventajas competitivas y criterios de oportunidad, tanto en la asistencia como en la gestión y organización sanitaria.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

L4.1. Definir y consolidar líneas de excelencia asistenciales *(ver también L7.1.)*

- L4.1.1. Definir y consensuar los criterios para identificar estas áreas de excelencia
- L4.1.2. Alinear las modificaciones estructurales y tecnológicas sustanciales (oncología, bloque quirúrgico y laboratorios centrales), con los planes funcionales y organizativos de la asistencia para la consecución de niveles de desempeño excelentes *(ver también L12)*.
- L4.1.3. Impulsar la participación en redes nacionales e internacionales y foros específicos (en aspectos asistenciales, de investigación, innovación tecnológica o gestión).
- L4.1.4. Consolidar la sistemática de difusión de los resultados clínicos y de gestión excelentes conseguidos por el hospital *(ver también L1 y L10)*.
- L4.1.5. Reconocer y apoyar a los servicios que desarrollen iniciativas encaminadas al reconocimiento externo de la excelencia, tanto en el ámbito clínico como de gestión.
- L4.1.6. Establecer mecanismos de benchmarking interno que permitan aprender de la experiencia de servicios/unidades con logros de excelencia en la asistencia, gestión u organización.

L4.2. Establecer estrategias para atraer y retener talento como base del desarrollo de áreas de excelencia.

- L4.2.1. Consolidar, a través de procesos de selección abiertos, la estructura de mandos intermedios del hospital.
- L4.2.2. Desarrollar alianzas con otros centros hospitalarios para constituir equipos de alto rendimiento integrados.
- L4.2.3. Potenciar las convocatorias intramurales y de prolongación de estancia en el centro para los investigadores formados en el hospital y la participación en convocatorias externas que permitan atraer nuevos investigadores *(ver también L9)*.
- L4.2.3. Llevar a cabo anualmente una campaña de difusión de las ventajas competitivas del Hospital como centro de formación de postgrado para cursar la especialidad *(ver también L11)*.

L4.3. Consolidar la atracción del hospital para el tratamiento de patologías complejas y de referencia

- L4.3.1. Dotar el sistema de información del hospital con herramientas eficientes de seguimiento de los pacientes por las unidades multidisciplinares ya reconocidas como Centros, Servicios y Unidades de referencia (CSUR).
- L4.3.2. Revisar de forma periódica junto con los servicios clínicos aquellos procesos definidos por el Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad como CSUR, a los que se pueda presentar candidatura en cuanto se acumule la casuística mínima necesaria.
- L4.3.3. Facilitar la canalización de pacientes de otras comunidades autónomas para ser atendidos de patologías complejas en nuestro centro.



LÍNEA 5. LIDERAZGO EFICAZ Y PARTICIPATIVO

OBJETIVO GENERAL:

Impulsar a los líderes para que gestionen sus Unidades en base a la mejora continua, implantando una sistemática de evaluación basada en hechos y datos, compartida dentro de cada servicio y con la dirección.

OBJETIVOS EXPECÍFICOS:

L5.1. Definir el modelo de liderazgo y competencias de los líderes en el HGUGM

- L5.1.1. Establecer un modelo de evaluación del desempeño de los líderes.
- L5.1.2. Incluir la evaluación de la satisfacción con el liderazgo en las encuestas a los profesionales del hospital.

L5.2. Potenciar la autonomía y responsabilidad de los profesionales en la gestión de las áreas asistenciales

- L5.2.1. Crear Comités de Dirección como órganos colegiados de gestión en los servicios clínicos.
- L5.2.2. Consolidar el proceso de pacto de objetivos anuales conjuntos de todo el equipo asistencial con la dirección.
- L5.2.3. Dotar de autonomía a los comités de dirección para diseñar la política interna de incentivos en cada servicio.

L5.3. Facilitar a los líderes un sistema de monitorización y gestión basada en hechos y datos (resultados de actividad, económicos y de calidad / seguridad) que les permita la toma oportuna de decisiones.

- L5.3.1. Establecer una sistemática periódica de revisión interna de los resultados del servicio/ unidad para compartirlos con todo el personal.
- L5.3.2. Desplegar un cuadro de mando por servicio/unidad, incorporando la opinión de los líderes en su diseño.



LÍNEA 6. AGILIDAD Y EFICIENCIA EN EL FUNCIONAMIENTO

OBJETIVO GENERAL:

Implantar una metodología de gestión por procesos en el funcionamiento del Hospital, monitorizando los aspectos clave que permitan incrementar la agilidad en la resolución de los problemas de salud de los pacientes y optimicen el uso de los recursos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

L6.1. Revisar la arquitectura de procesos del hospital y monitorizar y mejorar el desempeño de los mismos

- L6.1.1. Revisar la relación entre procesos estratégicos, clave y de soporte, identificando sus entradas, salidas e interacciones.
- L6.1.2. Eliminar o simplificar procesos y estructuras que no aporten valor añadido a la organización de forma sistemática y empleando para ello métodos y herramientas validados.
- L6.1.3. Establecer como herramienta de mejora, un sistema de monitorización de indicadores de desempeño de los procesos a partir de HCE, comparándolos con estándares de excelencia.
- L6.1.4. Incorporar el análisis de costes en la sistemática de evaluación de procesos y proyectos.

L6.2. Mejorar la adecuación de la asistencia hospitalaria en base a la evidencia científica y la eficiencia

- L6.2.1. Favorecer el ingreso hospitalario sólo para aquellos pacientes con mayor complejidad que lo requieran, aumentando la ambulatorización de procesos quirúrgicos, la utilización de técnicas mínimamente invasivas y la utilización de los hospitales de día.
- L6.2.2. Potenciar y orientar la hospitalización a domicilio hacia procesos agudos (desde el servicio de Urgencias) como alternativa a la hospitalización convencional.
- L6.2.3. Sistematizar la evaluación por parte de los mandos intermedios de cada servicio de los ingresos inadecuados y las estancias potencialmente evitables en los GRD de mayor prevalencia.
- L6.2.4. Adoptar progresivamente las recomendaciones de “no hacer” (Compromiso por la calidad de las sociedades científicas en España. MSSSI), tanto en las indicaciones terapéuticas como diagnósticas.

L6.3. Mejorar la ubicación del paciente en el dispositivo más adecuado a sus necesidades y la continuidad asistencial con Atención Primaria

- L6.3.1. Aumentar el porcentaje de consultas de alta resolución, y de interconsultas profesionales virtuales, protocolizando su diseño de forma consensuada con Atención Primaria.
- L6.3.2. Desarrollar procesos asistenciales integrados con Atención Primaria, que anticipen y prevengan ingresos recurrentes (pacientes multifrecuentadores) en patologías de larga evolución y que garanticen la continuidad asistencial a lo largo de la historia natural de la enfermedad en cada paciente (ver también línea 7).
- L6.3.3. Definir una estrategia de atención compartida con los recursos sociosanitarios del área, potenciando la evaluación del riesgo social desde el inicio de la atención, y la planificación del alta en colaboración con el trabajador social.

L6.4. Promover un uso eficiente de los medicamentos y productos sanitarios

- 6.4.1. Impulsar una práctica clínica protocolizada y permanentemente actualizada y orientada a la mejora de resultados en salud (protocolización de los medicamentos de alto coste/riesgo y productos sanitarios, monitorización de los resultados obtenidos con los nuevos medicamentos incorporados en la Guía Farmacoterapéutica).
- 6.4.2. Impulsar el desarrollo de sistemas de información inteligentes como soporte a la toma de decisiones desde la prescripción hasta la administración de los medicamentos
- 6.4.3. Potenciar y consolidar una farmacoterapia de precisión: Farmacocinética y Farmacogenética.
- 6.4.4. Promover la desinversión terapéutica y procesos que no aporten valor.

L6.5. Mejorar la organización y eficiencia de los circuitos asistenciales haciéndolos transparentes para los pacientes

- L6.5.1. Enfatizar la importancia de la información previa y durante el proceso al paciente y familiares, adecuando el modelo de “chaquetas verdes” a las áreas quirúrgicas y de consultas externas.
- L6.5.2. Potenciar la participación del voluntariado, coordinándolo activamente con el área de chaquetas verdes y SAP.
- L6.5.3. Simplificar y automatizar los “trámites”, asumiéndolos como parte intrínseca de la organización y liberando a los pacientes de su articulación.
- L6.5.4. Mejorar la accesibilidad física y organizativa (listas de espera) (ver también L3.3.2) y circulación de pacientes.

LÍNEA 7. INNOVACION EN MODELOS ASISTENCIALES Y ATENCION PLURIDISCIPLINAR

OBJETIVO GENERAL:

Promover nuevos modelos asistenciales que permitan la innovación y se anticipen a tendencias y necesidades en el sector, mejorando la efectividad y la satisfacción de los pacientes y profesionales.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

L7.1. Promover la creación de unidades o programas interdisciplinarios de alta especialización, orientados a procesos complejos o a la innovación tecnológica (*ver también L4*)

L7.1.1. Potenciar los comités multidisciplinares para el abordaje de patologías complejas (de tumores, de trasplantes, cirugías de alto riesgo ...) y las consultas de transición para patologías crónicas entre la niñez y la edad adulta.

L7.1.2. Estructurar como programas institucionales las iniciativas innovadoras en asistencia, docencia o investigación que puedan ser útiles a varios servicios o unidades (aprendizaje por simulación, aplicación de tecnología 3D).

L7.1.3. Potenciar el desarrollo de la medicina de precisión, personalizada y de las técnicas mínimamente invasivas.

L7.2. Potenciar el desarrollo de líneas asistenciales basadas en modelos de enfermería de practica avanzada

L7.2.1. Aumentar la orientación a las necesidades al paciente, implantando planes de cuidados personalizados y la asignación de enfermeras referentes.

L7.2.2. Definir el marco de desarrollo de los perfiles de enfermera de practica avanzada (EPA) para su reconocimiento institucional y social, así como las condiciones de acceso al puesto y su desarrollo profesional.

L7.2.3. Promover los perfiles competenciales de los gestores de cuidados.

L7.3. Desarrollo de alianzas estratégicas con otros centros asistenciales en áreas de alta especialización o capacidad de producción

L7.3.1. Establecer alianzas asistenciales con los centros hospitalarios del área de influencia para la asistencia a patologías y procesos complejos.

L7.3.2. Integrar la dirección y recursos entre servicios homólogos de hospitales de nuestra área de referencia, para incrementar la eficiencia.

L7.3.3. Establecer alianzas funcionales con otros hospitales de Madrid para la gestión compartida de la demanda en función de la capacidad y experiencia de cada centro.

L7.4. Innovación en modelos para el abordaje de la cronicidad

- L7.4.1. Desarrollo de comités pluridisciplinares e integrados entre el hospital y Atención Primaria para consensuar la ruta asistencial y la gestión de pacientes por grupo patológico / síndrome y severidad.
- L7.4.2. Implantación para patologías seleccionadas de programas de monitorización domiciliaria.

L7.5. Plan de transformación digital para la Implantación de atención a distancia y apoyo a la toma de decisiones clínicas

- L7.5.1. Acercar el profesional al paciente y a otros profesionales mediante la tecnología con aplicaciones departamentales que permitan conexión a distancia para teleconsulta con pacientes e interconsulta virtual entre profesionales.
- L7.5.2. Implantación de sistemas de apoyo a la toma de decisiones clínicas.



LÍNEA 8. DESARROLLO DE COMPETENCIAS ORIENTADA A RESULTADOS Y GESTION DEL CONOCIMIENTO

OBJETIVO GENERAL:

Generar herramientas efectivas para aflorar y aumentar el conocimiento compartido en el hospital y alinear el despliegue de los objetivos estratégicos y operativos de la organización con el crecimiento/desempeño profesional de las personas.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

L.8.1. Implantar la evaluación del desempeño basada en un modelo de gestión por competencias

- L8.1.1. Complementar la definición de competencias por puesto de trabajo del SERMAS con las competencias técnicas específicas ligadas al área de trabajo en el caso de personal sanitario.
- L8.1.2. Definir la sistemática para la evaluación del desempeño y desplegarla
- L8.1.3. Elaborar planes de formación individualizados adaptados a la evaluación del desempeño de los diferentes profesionales.

L.8.2. Establecer una sistemática para el diseño del plan de Formación Continuada que garantice su alineación con los objetivos estratégicos

- L.8.2.1. Asegurar una formación específica de los líderes en el ámbito de la gestión clínica.
- L.8.2.2. Desarrollar un plan de formación específico en gestión de competencias.

L8.3. Generar una cultura de aprendizaje organizacional

- L8.3.1. Promover las visitas de formación y entrenamiento en otros centros y las visitas de profesionales externos para formación y entrenamiento de nuestros profesionales.
- L8.3.2. Potenciar las visitas, auditorías y participación en sesiones de forma cruzada entre distintos servicios y con otros centros como elemento de aprendizaje compartido.
- L8.3.3. Acreditación de los programas de sesiones clínicas en todas las unidades y servicios.
- L8.3.4. Implantación de una sesión clínica general al menos trimestral.
- L8.3.4. Publicitar las sesiones clínicas, cursos y seminarios científicos (abiertos o específicos de cada servicio) que puedan ser de interés general al resto de la organización, y grabarlas ofreciendo un “rincón de seminarios” en la intranet del hospital.

LÍNEA 9. INVESTIGACION E INNOVACION

OBJETIVO GENERAL:

Fortalecer el desarrollo de la investigación y de la innovación en el hospital como elementos de impulso para la excelencia de toda la organización y de retorno de valor a la sociedad.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

L9.1. Consolidar el liderazgo científico e innovador del liSGM

- L9.1.1. Retención y captación de talento investigador y consolidación del Plan de Formación en I+i, para investigadores noveles.
- L9.1.2. Reforzar las colaboraciones con las universidades del liSGM para fomentar el desarrollo de proyectos de innovación conjuntos y su integración a nivel organizativo.
- L9.1.3. Optimización y concentración de espacios de investigación e innovación. Nuevo edificio de investigación e innovación.

L9.2. Contribuir a la generación de innovaciones sanitarias relevantes, eficientes y diferenciadoras que den respuesta a los retos de la sociedad

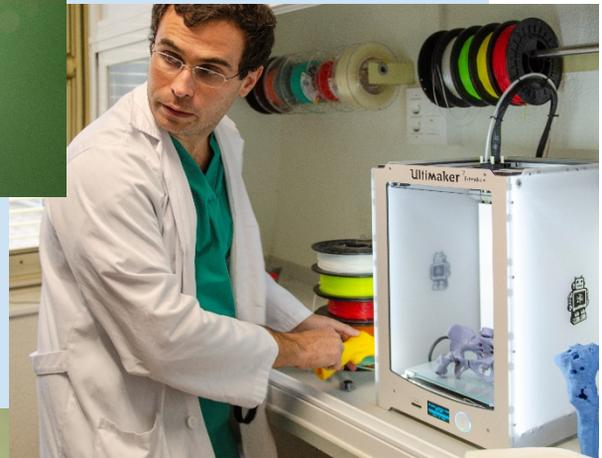
- L9.2.1. Consolidar relaciones nacionales e internacionales con empresas y otras partes interesadas en el desarrollo de proyectos conjuntos.
- L9.2.2. Potenciar la investigación e innovación en áreas transversales identificativas del liSGM.
- L9.2.3. Potenciar la investigación e innovación en enfermería.
- L9.2.4. Potenciar la investigación e innovación con Atención Primaria.

L9.3. Aumentar el alcance y relevancia de la investigación e innovación a través de una mayor integración, colaboración y generación de alianzas

- L9.3.1. Definición de la política y marco general de actuación del liSGM respecto a la venta de servicios y a las iniciativas de participación de investigadores en empresas de base tecnológica y otros modelos de colaboración con el sector empresarial.
- L9.3.2. Explorar oportunidades de consolidación de relación con otros centros / Organismos Públicos de Investigación (OPis) en otras CCAA o internacionales.
- L9.3.3. Explorar oportunidades de desarrollo de colaboraciones con empresas en el sector de desarrollo de investigación clínica de fases tempranas.
- L9.3.4. Identificación de los grupos con mayor capacidad e interés en participar en proyectos internacionales. Creación de una Plataforma de Soporte a la Internacionalización en el liSGM.
- L9.3.5. Aumento de la competitividad del liSGM como centro de realización de EECC.

L9.4. Aumentar la visibilidad y difusión de las actividades y resultados del liSGM

- L9.4.1. Formalizar nuevas alianzas estratégicas con otros centros para su progresiva integración en el liSGM bajo diferentes modalidades de asociación.
- L9.4.2. Definir imagen corporativa del liSGM y su utilización en eventos científicos.
- L9.4.3. Impulsar la participación en redes nacionales e internacionales y foros específicos en (aspectos asistenciales, de investigación, innovación tecnológica o gestión).



LÍNEA 10. PROMOCIÓN DE LA “MARCA MARAÑÓN” EN LA SOCIEDAD Y EL SECTOR SALUD

OBJETIVO GENERAL:

Posicionar y visibilizar el hospital Gregorio Marañón en la sociedad en general y particularmente entre los profesionales del sector sanitario, promocionando los avances, logros y actividad del centro.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

L10.1. Dar a conocer resultados y avances del hospital e incrementar su presencia en el sector sanitario

- L10.1.1. Uso de las redes sociales profesionales dentro del marco definido por el SERMAS para la difusión de los resultados del hospital.
- L10.1.2. Sistematizar jornadas y encuentros con profesionales de los medios de comunicación específicos o generales especializados en el sector salud.
- L10.1.3. Publicación en la web de protocolos y herramientas de uso profesional generadas por el hospital permitiendo su libre uso.
- L10.1.4. Definición de la imagen de marca y su uso en las presentaciones y actos científicos en los que se presenten resultados del hospital.

L10.2. Difundir la “Marca Marañón” entre la ciudadanía

- L10.2.1. Consolidar jornadas de puertas abiertas y actividades formativas- lúdicas dirigidas a distintos colectivos sociales (alumnos de centros educativos, asociaciones de vecinos del área de influencia...).
- L10.2.2. Desarrollo de contenidos divulgativos de educación sanitaria destinados a pacientes en la web del hospital.
- L10.2.3. Impulsar campañas de prevención de enfermedades destinadas a la ciudadanía en general.

L10.3. Difundir la “Marca Marañón” entre los usuarios del hospital

- L10.3.1. Instalar medios audiovisuales en el entorno hospitalario que permitan difundir información divulgativa de salud, recomendaciones para la seguridad del paciente y los logros y proyectos del propio hospital.
- L10.3.2. Implantación de expositores de folletos y guías informativas dirigidas a pacientes y familiares en puntos de tránsito del hospital.
- L10.3.3. Favorecer la coordinación y relación con las asociaciones de pacientes.

L10.4. Impulsar la implantación de acciones que adecuen el hospital al marco de reconocimiento de las organizaciones del SERMAS en materia de Responsabilidad Social Sociosanitaria (RSS)

L10.4.1. Consolidar una estructura organizativa para el desarrollo de las acciones de RSS.

L10.4.3. Establecer un plan de acción específico.



LÍNEA 11. TRANSFERIR CONOCIMIENTO A LAS NUEVAS GENERACIONES

OBJETIVO GENERAL:

Retornar valor a la sociedad a través de la transferencia del conocimiento técnico y actitud humana en la atención a los pacientes y sus familias, creando escuela entre los futuros profesionales de la salud (grado, postgrado y formación de especialistas).

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

L11.1. Mejora continua de la formación de los alumnos de grado facilitando una educación centrada en el paciente

- L11.1.1. Profundizar en la enseñanza y el aprendizaje de competencias clínicas.
- L11.1.2. Implantar acciones para la enseñanza del profesionalismo, especialmente relacionados con la formación en valores.
- L11.1.3. Consolidar proyectos de innovación educativa y enseñanza basada en problemas. Desarrollo progresivo del “aula invertida” como modelo docente.

L11.2. Facilitar y fomentar la preparación del profesorado

- L11.2.1. Incremento del número y rango del profesorado con vinculación permanente en el hospital, facilitando su acceso a los cuerpos docentes.
- L11.2.2. Exploración de nuevas formas de vinculación docente intermedia entre el profesor asociado y el profesorado con vinculación permanente.
- L11.2.3. Reconocimiento expreso de las mejores prácticas docentes.
- L11.2.4. Facilitar la formación de profesorado en programas de pedagogía en ciencias de la salud y sistematizar la evaluación del profesorado por parte de los alumnos.

L11.3. Promover la excelencia en la formación sanitaria especializada de postgrado

- L11.3.1. Evaluar y optimizar periódicamente la adecuación de los itinerarios formativos de los residentes de cada especialidad, incorporando las peculiaridades de nuestro hospital.
- L11.3.2. Desarrollar nuevas capacidades docentes basadas en las mejores prácticas y la innovación tecnológica poniendo a disposición de la sociedad la máxima capacidad docente del centro en las distintas áreas clínicas.
- L11.3.3. Definir un modelo institucional que facilite la evaluación del rendimiento formativo de acuerdo a parámetros objetivos.

L11.4. Fomentar el atractivo docente del centro

- 11.4.1. Revisando e implantando las mejores prácticas docentes y la plena capacitación del personal para la docencia.
- 11.4.2. Desarrollando un programa activo de difusión de las excelencias de la formación pre y postgrado en nuestro hospital en los foros de estudiantes y candidatos a formación de posgrado.

L11.4. Impulsar y reconocer la labor tutorial

- L11.4.1. Adaptación de perfil de “tutor de residentes” y “colaboradores docentes de postgrado”, promoviendo su evaluación, incentivación y mejora de competencias.
- L11.4.3. Reconocimiento institucional a todos los niveles de la labor tutorial.

L11.7. Desarrollar estrategias de aprendizaje basadas en la “simulación” de procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos

- L11.7.1. Generación de espacios para aulas de habilidades (procedimientos sencillos de baja complejidad) y de simulación (procedimientos de alta complejidad).
- L11.7.2. Estructuración de programas docentes específicos en entornos de simulación.
- L11.7.3. Evaluación de la adquisición de competencias en el entorno simulado.



LÍNEA 12. DESARROLLO DE UN ESTRUCTURA Y TECNOLOGÍA DE VANGUARDIA SOSTENIBLE Y EN UN ENTORNO SALUDABLE

OBJETIVO GENERAL:

Disponer de una estructura física, tecnológica y de sistemas de información, que mejoren la experiencia del paciente y sirvan al interés profesional en asistencia, docencia e investigación, facilitando el objetivo de prestar asistencia médica personalizada y más humana en una organización respetuosa con el medio ambiente, sostenible y saludable para usuarios y trabajadores.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

L12.1. Plan de rehabilitación y reorganización de espacios para la mejora en la eficiencia de los procesos asistenciales y la humanización de los espacios *(ver también L6 y L7)*

L12.1.1. Rehabilitación integral pabellón oncológico.

L12.1.2. Creación del nuevo bloque quirúrgico.

L12.1.3. Reubicación y unificación de laboratorios y área de extracciones.

L12.1.4. Inclusión en el plan de mantenimiento y rehabilitación general de espacios del complejo hospitalario, la dimensión de humanización de los mismos como elemento de diseño funcional.

L12.2. Renovar el parque tecnológico del centro en al menos el 40%

L12.2.1. Identificación de aliados tecnológicos y formas de colaboración con los mismos que potencien el desarrollo de innovación tecnológica, a través de líneas y proyectos de investigación *(ver también L9)*.

L12.2.2. Identificación de fuentes alternativas de financiación y/o reposición tecnológica (mecenazgo...).

L12.3. Soporte a la disponibilidad de información relevante para la gestión y mejora de la calidad asistencial y del desempeño de la organización

L12.3.1. Explotación de la información asistencial necesaria para la toma de decisiones a través de un cuadro de mando corporativo basado en herramientas de inteligencia de negocio. *(ver L3, L5 y L6.1)*.

L12.3.2. Desarrollo de herramientas automatizadas para el seguimiento específico de planes de mejora estratégicos en la organización (Joint Commission Intl, Planes de mejora basados en autoevaluación EFQM, seguimiento de agenda de mejora basada en el modelo EMRAM de HIMSS).

L12.3.3. Optimización de los recursos bibliográficos disponibles para contribuir a la formación de los profesionales y al desarrollo de la práctica asistencial basada en la evidencia.

L12.4. Plan de transformación digital para adopción de modelos de madurez “Papel 0”

- L12.4.1. Desarrollo e implantación de sistemas de documentación digital para la obtención del Consentimiento Informado.
- L12.4.2. Inclusión en la plataforma de Historia Clínica Electrónica de todos los sistemas de información departamentales.
- L12.4.3. Sistemas de Direccionamiento y Guiado de Pacientes en movilidad.
- L12.4.4. Diseñar e implementar un plan de formación específico y accesible a todos los trabajadores del hospital para la capacitación en competencias digitales y uso de TICs.
- L12.4.5. Fomentar la difusión y uso adecuado de las aplicaciones institucionales existentes y las de nueva incorporación.

L12.5. Implantación de estrategias de mejora en la cadena logística y de aprovisionamiento y en la gestión medioambiental

- L12.5.1. Extensión del sistema de doble cajetín y lectura automática de stocks para el aprovisionamiento de las unidades asistenciales y rediseño de la cadena de suministro en líneas específicas.
- L12.5.2. Implantación de armarios inteligentes de dispensación de materiales y productos sanitarios para el impulso de la eficiencia y el análisis de costes.
- L12.5.3. Potenciar la dispensación desde el Servicio de Farmacia de los medicamentos "listos para su uso", minimizando la exposición y contaminación en las unidades asistenciales.
- L12.5.4. Desarrollar una política explícita de alianzas con los proveedores para la gestión del ciclo de vida de los productos y el compromiso medioambiental compartido.
- L12.5.5. Consolidar la disminución progresiva de impacto medioambiental derivada de la actividad hospitalaria.
- L12.5.6. Implantar políticas activas de eficiencia energética, uso racional de recursos naturales y minimización y gestión adecuada de residuos.

L12.6. Desarrollar el Plan de Prevención y el programa Promoción de la Salud en el Lugar de Trabajo (PST) del hospital, más allá del cumplimiento de las obligaciones legales

- L12.6.1. Impulsar programas de hábitos saludables (deshabitación tabáquica).
- L12.6.2. Asesorar junto con Endocrinología y Nutrición para que la dieta en las cafeterías y para los trabajadores del hospital sea saludable.
- L12.6.3. Desarrollo del Programa de Salud Mental, basado en la gestión del estrés, con el fin de dimensionar el impacto del síndrome de desgaste profesional, fomentar su detección y reducir las consecuencias negativas.
- L12.6.4. Potenciar programas activos de gestión de la edad mediante actividades de formación en las condiciones de trabajo, para conseguir un entorno facilitador basado en la ergonomía del puesto de trabajo.
- L12.6.5. Potenciar programas activos de detección precoz de patologías prevalentes entre los trabajadores del hospital.

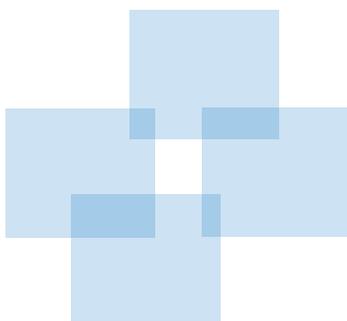
ANEXO 1. MAPA CONCEPTUAL

POSICIONAMIENTO ESTRATÉGICO Y SU RELACIÓN CON EL MODELO EFQM

| LINEAS DE ACCION POSICIONAMIENTO ESTRATEGICO HGUGM 2018-2021 | MODELO EFQM DE EXCELENCIA | | | | | | | | |
|---|---------------------------|------------|----------|------------------------|--------------------------------------|---------------------------|---------------------------|------------------------|---------------------|
| | LIDERAZGO | ESTRATEGIA | PERSONAS | ALIANZAS Y RECURSOS | PROCESOS PRODUCTOS Y SERVICIOS | RESULTADOS EN CLIENTES | RESULTADOS EN PERSONAS | RESULTADOS SOCIEDAD | RESULTADOS CLAVE |
| UN PROYECTO DE TODOS | ★ | | ★ | | | | ★ | | |
| DAR VOZ Y ESCUCHAR A LOS PACIENTES | | | | | ★ | ★ | | | |
| COMPROMISO CON LA CALIDAD ASISTENCIAL Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | | | | ★ | ★ | | | ★ |
| PRIORIZACION Y CONSOLIDACION DE LINEAS DE EXCELENCIA | | | | ★ | ★ | | | ★ | ★ |
| LIDERAZGO PARTICIPATIVO | ★ | | ★ | | | | ★ | | |
| AGILIDAD Y EFICIENCIA EN EL FUNCIONAMIENTO | | | | ★ | ★ | ★ | | | ★ |
| INNOVACION EN MODELOS ASISTENCIALES Y TRABAJO MULTIDISCIPLINAR | ★ | | ★ | ★ | ★ | | | | |
| DESARROLLO DE COMPETENCIAS ORIENTADO A RESULTADOS Y GESTION DEL CONOCIMIENTO | | | ★ | | ★ | | ★ | | |
| INVESTIGACION E INNOVACION | | | | ★ | | | | ★ | |
| PROMOCION DE LA MARCA MARAÑON EN EL SECTOR SALUD Y LA SOCIEDAD | | | | | | | ★ | ★ | ★ |
| TRANSFERENCIA DE CONOCIMIENTO A NUEVAS GENERACIONES | | | | ★ | | | | ★ | |
| DESARROLLO DE ESTRUCTURA Y TECNOLOGIA DE VANGUARDIA SOSTENIBLE Y EN UN ENTORNO SALUDABLE | | | | ★ | ★ | ★ | | | ★ |

POSICIONAMIENTO ESTRATÉGICO Y SU RELACIÓN CON CONTRATO PROGRAMA

| DIMENSIONES DE CONTRATO DE GESTIÓN | | | | | | | | | | | | |
|--|------------------------|------------------------|------------------|-------------------------|--|--------------|-------------------|--------------------------------|----------------------|--------------------|--------------------------|--|
| LINEAS POSICIONAMIENTO ESTRATEGICO HGUGM 2018-2022 | PERSPECTIVA FINANCIERA | PERSPECTIVA CIUDADANOS | | | PERSPECTIVA CALIDAD HUMANIZACION AT PACIENTE | | | PERSPECTIVA PROCESOS | | | | PERSPECTIVA EQUIPAMIENTO/ INFRAESTRUCTURAS |
| | | ACCESIBILIDAD | CALIDAD CUIDADOS | CONTINUIDAD ASISTENCIAL | CALIDAD ASISTENCIAL | HUMANIZACION | SIST. INFORMACION | ORGANIZACIÓN Y GESTION CLINICA | CONTINUIDAD PROCESOS | LINEAS ESPECIFICAS | USO RACIONAL MEDICAMENTO | |
| UN PROYECTO DE TODOS | | | | | ★ | | ★ | | | ★ | | |
| DAR VOZ Y ESCUCHAR A LOS PACIENTES | | | | | | ★ | | | | | | |
| COMPROMISO CON LA CALIDAD ASISTENCIAL Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | | | ★ | | ★ | | | | | ★ | | |
| PRIORIZACION Y CONSOLIDACION DE LINEAS DE EXCELENCIA | | | | | ★ | | | | | | ★ | |
| LIDERAZGO PARTICIPATIVO | | | | | | | | | | | | |
| AGILIDAD Y EFICIENCIA EN EL FUNCIONAMIENTO | ★ | ★ | | | ★ | | ★ | ★ | | | ★ | ★ |
| INNOVACION EN MODELOS ASISTENCIALES Y TRABAJO MULTIDISCIPLINAR | | | | ★ | | ★ | | ★ | ★ | | | |
| DESARROLLO DE COMPETENCIAS ORIENTADO A RESULTADOS Y GESTION DEL CONOCIMIENTO | | | | | | | | ★ | | | | |
| INVESTIGACION E INNOVACION | | | ★ | | | | | | | | | |
| PROMOCION DE LA MARCA MARAÑÓN EN EL SECTOR SALUD Y LA SOCIEDAD | | | | | | | | | | | | |
| TRANSFERENCIA DE CONOCIMIENTO A NUEVAS GENERACIONES | | | | | | | | | | | | |
| DESARROLLO DE ESTRUCTURA Y TECNOLOGIA DE VANGUARDIA SOSTENIBLE Y EN UN ENTORNO SALUDABLE | | | | | | | | | | | | ★ |



Coordinación del Plan

| | |
|--------------------------|------------------------|
| Joseba Barroeta Urquiza | Director Gerente |
| Sonia García de San José | Subgerente Asistencial |

Grupo Redactor

| | |
|-----------------------------|--|
| Carmen Oñate Heredero | Directora de Gestión |
| Javier Muñoz González | Director Médico |
| Rubén Flores García | Director de Enfermería |
| José Miguel Blanco Cisneros | Director de Recursos Humanos |
| Manuel Pérez-Vallina | Subdirector de Sistemas de Información |
| Rosa Pla Mestre | Coordinadora de Calidad |
| Cesar Llorente Parrado | Adjunto Servicio Medicina Preventiva y Gestión de Calidad |
| Alicia Díaz Redondo | Adjunto Servicio Medicina Preventiva y Gestión de Calidad |
| Diana Molina Villaverde | Supervisora Servicio de Medicina Preventiva y Gestión de Calidad |
| David García García | Jefe de Servicio de Comunicación |
| Ignacio Sánchez Arcilla | Jefe de Servicio de Prevención de Riesgos Laborales |
| Ana Cabrero López | Subdirectora de Ingeniería |
| Camino Enríquez Gabeiras | Subdirectora de Servicios Generales |
| Ismael Buño Borde | Director Científico del IISGM |
| Thierry Bardinot | Gerente de la Fundación de Investigación |
| Jesús Millán Núñez-Cortés | Presidente de la Comisión de Docencia |
| Rafael Bañares Cañizares | Jefe de Servicio de Aparato Digestivo |



Grupo de trabajo Misión - Visión

| | |
|---------------------------------|--|
| Juan Carlos Alonso Farto | Jefe Servicio de Medicina Nuclear |
| Pilar Alonso Ruiz-Ojeda | Servicio de Admisión Materno-Infantil |
| Juan Antonio Andueza Lillo | Coordinador de Urgencias |
| Javier Anguita Velasco | Servicio de Hematología y Hemoterapia |
| Mercedes Antón Arribas | Subdirección Servicios Generales |
| Celso Arango López | Jefe Servicio de Psiquiatría |
| Olga Arroyo Riaño | Servicio de Rehabilitación |
| Rafael Bañares Cañizares | Jefe Servicio de Medicina Digestivo |
| Cristina Baños de Haro | Jefe Unidad de Consultas Externas |
| M ^a Luz Becares Mayo | Subdirección de Servicios Generales |
| Marta Bergón Sendín | Servicio de Dermatología |
| Lourdes Bermejo Albares | Servicio de Anestesia y Reanimación |
| Juan Antonio Bermejo Pícola | Dirección de Recursos Humanos |
| Francisco Javier Bermejo Thomas | Jefe Sección de Cardiología |
| Mar Bernal Collado | DUE Psiquiatría |
| Emilio Bouza Santiago | Jefe Servicio de Microbiología |
| Ismael Buño Borde | Director Instituto de Investigación |
| Raquel Calvillo Bustamante | DUE Medicina Interna 4400 Turno de tarde |
| José Antonio Calvo Haro | Servicio de Traumatología |
| Felipe Calvo Manuel | Jefe Departamento de Oncología |
| Minia Campos Domínguez | Servicio de Dermatología |
| Roberto Cano Fernández | Dirección de Recursos Humanos |
| Ángel Carrillo Álvarez | Jefe Servicio de UVI Pediátrica |
| Pablo Castellano Hernández | Subdirección de Servicios Generales |
| Ramón Castillo Brazalez | Servicio de Contratación |
| Rafael Castillo Jiménez | Servicio de Gestión Económica |
| Julio Cerdá Berrocal | Jefe Sección de Cirugía Pediátrica |
| Mercedes Cid Artigas | Jefe Unidad de Enfermería Endoscopias |
| Arturo Colón Rodríguez | Servicio de Cirugía General |
| Elena Corrales Moreno | Jefe Departamento de Enfermería IPR - Oftálmico - A. Ambulatoria |
| Carmen Cristóbal Sanjosé | Auxiliar de Enfermería Medicina Interna 3100 |
| Víctor Cuadrado Martínez | Subdirección de Informática |
| Alfonso Cuadrado Rodríguez | Control de Gestión |
| Luisa Cuesta Santamaría | Jefe Departamento de Enfermería IPR - Oftálmico |
| Juan Carlos De Agustín Asensio | Jefe Servicio de Cirugía Pediátrica |
| Miryán de la Puente Maroto | Subdirección de Ingeniería |
| José De Miguel Yanes | Jefe Sección de Medicina Interna |
| Emilio Del Valle Hernández | Jefe Sección de Cirugía General |
| Manuel Desco Menéndez | Jefe Servicio de Medicina y Cirugía Experimental |
| Reyes Díaz Rubio | Coordinación de Secretarías Médicas |
| Pilar Díaz Sánchez | Trabajo Social |

MISIÓN VISIÓN

| | |
|--|--|
| José Luis Díez Martín | Jefe Servicio de Hematología y Hemoterapia |
| María Domínguez Bidagor | Jefe Unidad de Enfermería Consultas Materno Infantil |
| Camino Enríquez Gabeiras | Subdirectora de Servicios Generales |
| José Luis Escalante Cobo | Jefe Programa de Trasplantes |
| Juan Feijoo Sánchez | Subdirección de Ingeniería |
| Carmen Fernández Álvarez | Servicio de Radiodiagnóstico |
| Dolores Fernández Aragón | Subdirección de Servicios Generales |
| Julia Fernández Arranz | Matrona |
| Carlos A. Fernández Macías | Subdirección de Servicios Generales |
| Consuelo Fernández Tirados | Auxiliar de Enfermería CEP Hermanos Sangro |
| Francisco Fernández-Avilés Díaz | Jefe Servicio de Cardiología |
| Eduardo Fernández-Cruz Pérez | Jefe Servicio de Inmunología |
| Lorenzo Fernández-Quero Bonilla | Jefe Servicio de Anestesia y Reanimación |
| Francisco Ferre Navarrete | Jefe Servicio de Psiquiatría |
| Guadalupe Fontán Vinagre | Subdirectora de Enfermería |
| Carmen García Arias | DUE Obstetricia y Ginecología |
| Enrique García Bernardo | Jefe Servicio de Psiquiatría |
| Mercedes García Bravo | Auxiliar de Enfermería Bloque Quirúrgico |
| Lucía García Cobo | Dirección de Recursos Humanos |
| Dolores García García | Técnico de Laboratorio Microbiología |
| Beatriz García Mateo | Jefe Departamento de Enfermería Bloque Quirúrgico |
| Ana García Pozo | DUE Psiquiatría |
| Eva García Ventosa | Subdirección de Ingeniería |
| Nieves Garrido Gómez | Técnico de Laboratorio Análisis Clínicos |
| Alejandro Garrido Sánchez | Servicio de Anestesia y Reanimación |
| Jorge Gayoso Cruz | Jefe Sección de Hematología y Hemoterapia |
| Ignacio Gómez Campderá | Servicio de ORL |
| David Gómez Pose | Subdirección de Servicios Generales |
| Federico González Aragonese | Jefe Servicio de Cirugía Tórax |
| Luis González Bayón | Servicio de Cirugía General |
| M ^a José González de Castro | Jefe Servicio de Gestión Económica |
| Ángel González Pinto | Jefe Servicio de Cirugía Cardiovascular |
| Francisco Grandas Pérez | Jefe Servicio de Neurología |
| José Eugenio Guerrero Sanz | Jefe Servicio de Medicina Intensiva |
| M ^a Eugenia Hernández Domínguez | Jefe Departamento de Enfermería Especialidades Quirúrgicas |
| Carlos Hernández Fernández | Jefe Servicio de Urología |
| Agustín Hernández Hernández | Unidad de Control e Información |
| José Javier Hernández Mora | Subdirección de Servicios Generales |
| Luis Hernández Moreno | Jefe Servicio de Radiodiagnóstico |
| Teresa Hernández-Sampelayo Matos | Jefe Servicio de Pediatría |
| Ana Hernández-Sampelayo Matos | Jefe Unidad de Enfermería Admisión |
| Pilar Hernando Sancho | Auxiliar de Enfermería UVI |

MISIÓN VISIÓN

| | |
|-----------------------------------|--|
| Ana M ^a Herranz Alonso | Servicio de Farmacia |
| Giovanna Herranz Borrego | Jefe Departamento de Enfermería Especialidades Médicas |
| Mercedes Herranz Puebla | Jefe Servicio de Bioquímica |
| Francisco Javier Hortal Iglesias | Jefe Sección de Anestesia y Reanimación |
| José Manuel Infante García | Jefe Departamento de Cirugía General |
| Ana Iriarte Barros | DUE Atención al Paciente |
| Consuelo Jiménez de la Fuente | Coordinadora de Quirófanos |
| Eduardo Junco Petrement | T.S.E. Docencia |
| M ^a Jesús Landa León | Auxiliar de Enfermería Urgencias |
| Juan Antonio León Luis | Servicio de Obstetricia y Ginecología |
| Santiago Lizarraga Bonelli | Jefe Servicio de Obstetricia y Ginecología |
| Enrique Lledó García | Servicio de Urología |
| José Ángel López Baena | Servicio de Cirugía General |
| Diego López Díaz | Servicio de Admisión |
| Carmen López Fresneña | Jefe Unidad 4 ^a pta. IPO |
| M ^a Teresa López Gil | Jefe Servicio de Anestesia y Reanimación |
| Francisco López Sanz | Técnico de Imagen y RM IPMQ |
| José Luis López-Herce Cid | Servicio de UVI Pediátrica |
| Alejandro Lowy Benoliel | Servicio de ORL |
| Miguel Ángel Lozano Barriuso | Jefe Servicio de Oncología Radioterápica |
| Sergio Lozano Fernández | Subdirección de Servicios Generales |
| Ana Luna Caballero | Jefe Unidad de Enfermería Recursos Materiales |
| José Luño Fernández | Jefe Servicio de Nefrología |
| Enrique Maldonado Belmonte | Subdirección de Informática |
| Iván Márquez Rodas | Servicio de Oncología |
| Esther Martín Corroto | Auxiliar de Enfermería IPR |
| Ana Isabel Martín Domínguez | Subdirección de Servicios Generales |
| Miguel Martín Jiménez | Jefe Servicio de Oncología |
| Antonia Martín León | Subdirección de Servicios Generales |
| Carmen Martínez Asensio | Servicio de Obstetricia y Ginecología |
| Belén Martínez Cruz | Jefe Unidad de Enfermería Formación |
| Marta Martínez Latorre | Auxiliar de Enfermería Pediatría |
| Mercedes Martínez Mateos | DUE Unidad Coronaria |
| Manuel Martínez-Sellés D'Oliveira | Jefe Sección de Cardiología |
| Javier Mayor de Castro | Servicio de Urología |
| Concepción Mayor López | Jefe Departamento de Enfermería |
| Constancio Medrano López | Jefe Unidad de Cardiología Pediátrica |
| Luis Menchén Viso | Servicio de Medicina Digestivo |
| Dulce Méndez Morillejo | Subdirectora de Enfermería |
| Consuelo Mezquita Núñez | DUE Neurocirugía |
| Jesús Millán Núñez Cortés | Jefe Servicio de Medicina Interna |
| Gregorio Mínguez Ruiz | Servicio de Contabilidad |

MISIÓN VISIÓN

| | |
|---|--|
| Luis Miño García | Servicio de Traumatología |
| Nuria Mira Carballo | Jefe Departamento de Enfermería Materno Infantil HAMBU |
| José Miranda Bautista | Servicio de Digestivo |
| Julio César Modino Alonso | Administrativo IPOG |
| Susana Monereo Mejías | Jefe Servicio de Endocrinología |
| Indalecio Monteagudo Sáez | Jefe Servicio de Reumatología |
| Esmeralda Moñux Gijón | Subdirección de Informática |
| Carmen Moragón Fernández | Jefe Unidad de Enfermería Quirófanos IPMQ |
| M ^a José Moyano Tost | Jefe Departamento de Enfermería Materno Infantil Bloque Quirúrgico |
| Javier Muñoz González | Jefe Sección de Medicina Intensiva |
| Carlos Navarro Vila | Jefe Servicio de Cirugía Maxilofacial |
| José Manuel Núñez Olarte | Coordinador de Unidad de Paliativos |
| Luis Olmedilla Arnal | Jefe Sección de Anestesia y Reanimación |
| Belén Ordoñez Miyar | Logopeda de Hospital Materno Infantil |
| María Oria Martín | Jefe Servicio de Admisión |
| Nieves Ortiz de Pinedo García | Jefe Departamento de Enfermería Cardiología y Críticos |
| Nuria Palmero Hernández | Jefe Departamento de Enfermería Especialidades Médicas |
| Mercedes Pañero Taberna | Jefe Unidad de Enfermería Farmacia |
| Francisco Parras Vázquez | Servicio de Microbiología |
| Purificación Pazos Ramos | Jefe Unidad de Enfermería U.H. 2100 |
| Ana Peña Picaza | Jefe Servicio A. Vigilancia de la Salud |
| Rosa Pérez Cano | Jefe Servicio de Cirugía Plástica |
| Carlos Pérez de Oteyza | Jefe Servicio de Medicina Interna |
| Jesús Pérez Díaz | Subdirección de Ingeniería |
| Laura Pérez Martín | Fisioterapia IPMQ |
| Cristina Pineda Ginés | Subdirectora de Enfermería |
| Andrés Francisco Pino Ruiz | Servicio de Admisión |
| Julio Prieto Montalvo | Servicio de Neurofisiología Clínica |
| Dolores Puente González | DUE Servicio Calidad |
| Luis Puente Maestu | Jefe Servicio de Neumología |
| Juan Francisco Pulido Pulido | DUE Nefrología |
| Francisco Querol Aragón | Auxiliar de Enfermería IPO |
| Mar Quintana Blanco | DUE 4 ^a Planta IPO |
| Enrique Ramón Botella | Servicio de Radiodiagnóstico |
| Enrique Ramos Sanz | Subdirección de Ingeniería |
| Luis Reparaz Asensio | Jefe Servicio de Angiología y Cirugía Vascolar |
| Julio Rodríguez Costa | Servicio de Anatomía Patológica |
| Rosa Rodríguez Fernández | Servicio de Pediatría |
| M ^a Isabel Rodríguez Fernández | Terapeuta Ocupacional IPR |
| Dolores Rodríguez Jordá | Jefe Unidad de Enfermería IPOF |
| M ^a Isabel Rojo Ortega | Técnico de Imagen IPMQ |

MISIÓN VISIÓN

| | |
|---------------------------------------|---|
| Marta F. Rozas Olmedo | DUE Neonatología |
| Gloria Ruano de Andrés | Técnico de Laboratorio Hematología |
| Amparo Ruiz Castillo | Subdirección de Servicios Generales |
| J. Manuel Ruiz de Henestrosa Campos | Jefe Unidad de Enfermería Urgencias |
| Diego Ruiz Molina | Jefe Servicio de Rehabilitación |
| Enrique Sainz Cortón | Jefe Departamento de Psiquiatría |
| Magdalena Salcedo Plaza | Jefe Sección de Medicina Digestivo |
| Guiomar Sánchez Fernández | Jefe Departamento de Enfermería Urgencias |
| Manuel Sánchez Luna | Jefe Servicio de Neonatología |
| Santiago Sánchez-Alarcos Ramiro | Jefe Servicio de Neurocirugía |
| María Sanjurjo Sáez | Jefe Servicio de Farmacia |
| Visitación Sanz Cuevas | Auxiliar de Enfermería UCI Pediátrica |
| Gloria Sanz Prades | DUE Neonatología |
| Mercedes Sanz Sánchez | Jefe Sección de Cirugía General |
| Bartolomé Scola Yurita | Jefe Servicio de ORL |
| José Antonio Serra Rexach | Jefe Servicio de Geriatria |
| Prado Simón Moreno | Servicio de Admisión |
| Ricardo Suarez Fernández | Jefe Servicio de Dermatología |
| José Ramón Suarez González | DUE Cuidados Paliativos |
| Carmen Suarez Rubio | Jefe Unidad de Medicina Preventiva y Calidad |
| Teresa Tavora López | Jefe Servicio de Atención al Paciente |
| José M ^a Tellado Rodríguez | Servicio de Cirugía General |
| M ^a Jesús Tomey Soria | Jefe Departamento de Enfermería Recursos Humanos y D.P. |
| Paloma Úbeda Jaén | Auxiliar de Enfermería Urología |
| José M ^a Ubiera Fiestas | Coordinador de Fisioterapeutas Logopedas IPR |
| José Luis Urcelay Segura | Jefe Servicio de Oftalmología |
| Javier Vaquero Martín | Jefe Servicio de COT |
| David Vázquez Domínguez | DUE Área de Dependencia Alta |
| David Vázquez Domínguez | DUE Urgencias |
| Paula Vázquez López | Jefe Sección de Urgencias Pediátricas |
| Susana Velasco Cabezas | DUE Cirugía General |
| Enrique Velasco Sánchez | Servicio de Cirugía General |
| Eduardo Verde Moreno | Servicio de Nefrología |
| Ana Villanueva Domínguez | Dirección de Recursos Humanos |
| Jerónimo Vivas Marabel | Subdirector de Ingeniería |
| Raquel Yotti Álvarez | Servicio de Cardiología |
| Matilde Zaballos García | Servicio de Anestesia y Reanimación |
| José Manuel Zubeldia Ortuño | Jefe Servicio de Alergia |

MISIÓN VISIÓN

Grupo de trabajo Valores

| | |
|--|--|
| Soraya Abad Estébanez | Servicio de Nefrología |
| Gladys M Anhuaman Centeno | DUE Quirófanos |
| Antonio Aragonés Cuello | DUE Urgencias |
| M ^a Luisa Baeza Ochoa de Ocariz | Servicio de Alergia |
| Paula Blanco Soto | Servicio de Bioquímica |
| Irene Bretón Lesmes | Servicio de Endocrino |
| Gonzalo Bueno Chomón | Servicio de Urología |
| Begoña Cerón Gil | DUE Psiquiatría |
| María Santaó Chico Carrera | Auxiliar de Hostelería |
| M ^a Jesús Cobos Fernández | Técnico Auxiliar de Cuidados Enfermería Consultas Externas |
| Carmen Dabrio Rodríguez | Auxiliar de Obras y Servicios |
| Carlos Elena Lamparero | Calefactor |
| M ^a Luisa Gálvez Álvarez | Administrativo |
| M ^a Isabel García Delgado | Servicio de Rehabilitación |
| M ^a Carmen García Menéndez | DUE Oncología |
| José Antonio García Robles | Servicio de Cardiología |
| Ainhoa Garibi Pérez | Servicio de Psiquiatría |
| Álvaro Giménez Manzorro | Servicio de Farmacia |
| Miguel Ángel Gómez Grande | DUE Cuidados Intensivos |
| Carmen Herreros Carbajo | Técnico Auxiliar de Cuidados Enfermería Especialidades Médicas |
| José Manuel Ligeró Ramos | Servicio de Angiología y Cirugía Vasculat |
| Ramón Luque Aguilar | DUE Endoscopias |
| Carlos Martín Zabala | Cocinero |
| Beatriz Merino Rodríguez | Endoscopias Digestivo |
| Patricia Muñoz García | Servicio de Microbiología |
| José Joaquín Navarro Capistegui | Servicio de Inmunología |
| M ^a Luisa Navarro Gómez | Servicio de Pediatría |
| Aránzazu Oroquieta Gil | DUE Ginecología |
| Verónica Parra Blanco | Servicio de Anatomía Patológica |
| Ana María Pastor Cordero | DUE Especialidades Quirúrgicas |
| Rubén M. Pérez González | Electricista |
| José Manuel Periañez Concepción | Auxiliar de Obras y Servicios |
| Rocío Retamar Paredes | Pinche de Cocina |
| Rosa María Rodríguez Fernández | Servicio de Pediatría |
| Antonio Roldán Rodríguez Marín | Servicio de Obstetricia y Ginecología |
| Antonio Salcedo Posadas | Servicio de Pediatría |
| Salvador Sánchez Castellanos | Fontanero |
| Lidia Tomé Lavera | Administrativo |

VALORES

Grupo de trabajo Líneas de acción

| | |
|--|---|
| Manuel Abeytua Jiménez | Servicio de Cardiología |
| Luisa Aurora Alonso Herranz | Subdirección de Servicios Generales |
| Juan Antonio Andueza Lillo | Coordinador de Urgencias |
| José M ^a Angulo Madero | Servicio de Urología Infantil |
| M ^a Gracia Aranguéz Moreno | Servicio de ORL Infantil |
| Cristina Baños de Haro | Jefe Unidad de Enfermería Consultas Externas |
| Juan Antonio Bermejo Pícola | Dirección de Recursos Humanos |
| Sonia Bravo Turpín | Jefe Unidad de Enfermería IPO |
| Felipe Calvo Manuel | Jefe Departamento de Oncología |
| Roberto Cano Fernández | Dirección de Recursos Humanos |
| Ana Castaño Romero | Servicio de Psiquiatría |
| Elena Corrales Moreno | Jefe Departamento de Enfermería IPR |
| Víctor Cuadrado Martínez | Subdirección de Informática |
| Alfonso Cuadrado Rodríguez | Control de Gestión |
| Miguel Cuervo Dehesa | Servicio de Traumatología |
| Braulio de la Calle Reviriego | Coordinador de Trasplantes |
| Javier de Miguel Díez | Servicio de Neumología |
| Elena de Tomás Palacios | Servicio de Cirugía Plástica Pediátrica |
| Juan Francisco Del Cañizo López | Servicio de Medicina y Cirugía Experimental |
| José Luis Díez Martín | Jefe Servicio de Hematología y Hemoterapia |
| María Domínguez Bidagor | Jefe Unidad de Enfermería Consultas Externas Infantil |
| Isabel Durango Limarquez | Jefe Unidad de Enfermería 6300 |
| Dolores Fernández Aragón | Subdirección de Servicios Generales |
| Lorenzo Fernández-Quero Bonilla | Jefe Servicio de Anestesia y Reanimación |
| Carmen Gadea Cedenilla | DUE Continuidad de Cuidados |
| Jesús García Castaño | Servicio de Medicina Interna |
| Rogelio García Centeno | Servicio de Endocrinología |
| Lucía García Cobo | Dirección de Recursos Humanos |
| Luisa García Moreno | Jefe Unidad de Enfermería 3200 |
| Ana M ^a García Pozo | DUE Psiquiatría |
| Juan Miguel Gil Jaurena | Servicio de Cirugía Cardíaca Infantil |
| Antonio C. Gil Núñez | Servicio de Neurología |
| Pilar Gómez de Liaño Sánchez | Servicio de Oftalmología |
| Beatriz Gómez Maroto | Jefe Unidad de Enfermería 4400 |
| Esperanza González Ávila | Servicio de Contabilidad |
| M ^a José González de Castro | Servicio de Gestión Económica |
| Esmeralda González Fernández | Jefe Servicio de Compras |
| Víctor González Ramallo | Hospitalización a Domicilio |
| Isabel Gordillo Gutiérrez | Servicio de Radiodiagnóstico |
| M ^a Jesús Granda Martín | Unidad de Corta Estancia |
| Francisco Grandas Pérez | Jefe Servicio de Neurología |

LINEAS DE ACCIÓN

| | |
|---------------------------------------|---|
| Gloria Guerrero Adán | Jefe Unidad de Enfermería Urgencias |
| Gloria Guerrero Márquez | DUE Urgencias Infantil |
| Giovanna Herranz Borrego | Jefe Departamento de Especialidades Médicas |
| Cristina Herrera Alonso | DUE UCI |
| José Manuel Infante García | Jefe Departamento de Cirugía General |
| Dolores Isac Pérez | Jefe Unidad de Enfermería Turno de tarde |
| Elena Jiménez Carro | Jefe Unidad de Enfermería 2300 |
| Ana María Lajara Montell | Servicio de Reanimación |
| Santiago Lizarraga Bonelli | Jefe Servicio de Obstetricia y Ginecología |
| Fausto López Mombiola | Servicio de Traumatología |
| Sara López Tarruella Cobo | Servicio de Oncología |
| M ^a Josefa Macías Martínez | Jefe Unidad de Enfermería IPR |
| Enrique Maldonado Belmonte | Subdirección de Informática |
| M ^a Silvia Martín López | Dirección Recursos Humanos |
| Ángel Meca Ávila | Seguridad |
| M ^a Cruz Menárguez Palanca | DUE CEP Moratalaz |
| Rafael Mendizabal Castellanos | Servicio de Ginecología |
| Elsa María Mendizábal Vicente | Servicio de Ginecología |
| Beatriz Merino Rodríguez | Servicio de Digestivo |
| Gregorio Mínguez Ruiz | Servicio de Contabilidad |
| Pilar Miralles Martín | Servicio de Microbiología |
| José Cándido Moreno Martín | CEP Hermanos Sangro |
| Carlos Navarro Cuellar | Servicio de Cirugía Maxilofacial |
| Silvia Orozco García | Jefe Unidad de Enfermería CMA |
| M ^a Ángeles Palma Ramírez | Jefe Unidad de Enfermería 5200 |
| Mercedes Peña Granger | Jefe Unidad de Enfermería Psiquiatría |
| Juan Carlos Percovich Hualpa | Servicio de Endocrinología |
| Ricardo Pérez Fernández-Pacheco | Servicio de Obstetricia |
| Julio Pérez Ferreiro | Servicio de Cirugía General |
| M ^a Rosario Pérez Pérez | DUE Quirófanos |
| Blanca Pinilla Llorente | Servicio de Medicina Interna |
| César Provencio de las Heras | Subdirección de Ingeniería |
| Montserrat Rodríguez Calero | Dirección de Recursos Humanos |
| Carmen Román Rodríguez | DUE UCI Pediátrica |
| Amanda Rotger Regi | Servicio de Medicina Nuclear |
| Enrique Sainz Cortón | Jefe Departamento de Psiquiatría |
| José Antonio Serra Rexach | Jefe Servicio de Geriatría |
| Juana Talavera Gallego | Servicio de Contabilidad |
| Teresa Távora López | Jefe Servicio de Atención al Paciente |
| M ^a Luisa Vals Ballesteros | DUE Endoscopias |
| Carmen Varea Rodríguez | Jefe Unidad de Neonatología |
| Wenceslao Vásquez Jiménez | Servicio de Cirugía General |
| Ana Villanueva Domínguez | Dirección de Recursos Humanos |

LINEAS DE ACCIÓN

Grupo de trabajo Factores críticos de éxito

| | |
|---|---|
| M ^a Yolanda Acebes Hernansanz | DUE U.H. 3400 |
| Elena Agüeros Luena | Matrona |
| Carmen Alarcón Ruiz | DUE Radiodiagnóstico |
| Mariano Alarcos Hernández | Subdirección de Servicios Generales |
| Pablo Almazán Aguilera | Subdirección de Ingeniería |
| Esther Álvarez Ferreiro | Oficial Administrativo Admisión |
| Susana Antón Rodríguez | DUE Cirugía Infantil |
| Laura Arribas Gómez | DUE Servicio de Geriátría |
| Thierry Bardinnet | Fundación de Investigación Biomédica |
| Jesús Barrientos Valcarcel | Servicio de COT |
| M ^a del Puerto Batuecas García | Auxiliar de Enfermería Psiquiatría |
| Carmen Bocos Rodríguez | Técnico de Laboratorio Microbiología |
| Aitana Calvo Ferrándiz | Servicio de Oncología |
| Roberto Cano Fernández | Dirección de Recursos Humanos |
| José Luis Cantarero Ruiz | Subdirección de Ingeniería |
| Cristina Nerea Cañadas Cortés | DUE U.H. 3 ^a IPO |
| Rafael C. Castillo Jiménez | Gestión Económica |
| Gerardo Clemente Ricote | Servicio de Medicina Digestivo |
| Arturo Colón Rodríguez | Servicio de Cirugía General |
| Pedro Conthe Gutiérrez | Servicio de Medicina Interna |
| Elena Corrales Moreno | Jefe Departamento de Enfermería IPR - Instituto Oftálmico |
| Braulio De la Calle Reviriego | Coordinador de Trasplantes |
| Julián De Miguel de Diego | Control de Gestión |
| M ^a Ángeles De Miguel Guijarro | Servicio de Anestesia |
| José M ^a De Miguel Yanes | Servicio de Medicina Interna |
| Pilar Díaz Sánchez | Trabajo Social |
| Ana Belén Enciso Aparicio | DUE U.H. 4300 |
| Gregorio Escribano Patiño | Servicio de Urología |
| Francisco Ferre Navarrete | Jefe Servicio de Psiquiatría |
| Carmen Fresnedo González | Auxiliar de Hostelería |
| Marina Gálvez Ochoa | Técnico de Radiodiagnóstico |
| Concepción García Aroca | Jefe Unidad de Enfermería Oncología |
| Pilar García Peris | Dietética y Nutrición |
| Pilar García Santos | Jefe Unidad de Enfermería URPA II |
| M ^a Teresa Gargallo López | DUE Consultas Externas |
| Esmeralda González Fernández | Jefe Servicio de Compras |
| Juan Carlos González Herrero | Subdirección de Informática |
| Teresa González Vadillo | Gobernanta |
| Arturo Hernando Arce | Subdirección de Servicios Generales |
| Giovanna Herranz Borrego | Jefe Departamento de Enfermería Especialidades Médicas |
| Eugenio Herrero Alonso | Subdirección de Ingeniería |

FACTORES DE ÉXITO

| | |
|---------------------------------------|---|
| Lorena Jiménez Aguilera | Auxiliar de Enfermería Oncología |
| José M ^a Lasso Vázquez | Servicio de Cirugía Plástica |
| Juan Antonio León Luis | Servicio de Obstetricia y Ginecología |
| Miguel Ángel López Bote | Servicio de Dosimetría y Radioprotección |
| Sergio Lozano Fernández | Auxiliar de Obras y Servicios |
| M ^a Pilar Martín García | Auxiliar de Enfermería Urgencias Infantil |
| M ^a Silvia Martín López | Dirección Recursos Humanos |
| Eduardo Mascías Corrochano | Servicio de Radiodiagnóstico - FALLECIÓ el 5 de marzo de 2016 |
| Gregorio Mínguez Ruiz | Contabilidad y Presupuestos |
| José Miranda Bautista | Servicio de Medicina Digestivo |
| Felipe Moreno López | Subdirección de Servicios Generales |
| Antonio Muiño Míguez | Servicio de Medicina Interna |
| Ana Muriel Castilla | Fisioterapeuta CEP Moratalaz |
| Cristina Oliver Barrecheguren | Servicio de Obstetricia y Ginecología |
| Montserrat Ontañón Ballesteros | Servicio de Cirugía General |
| Carmen Pérez Alonso | Terapeuta Ocupacional |
| Diego Rincón Rodríguez | Servicio de Medicina Digestivo |
| Oscar Riquelme García | Servicio de Traumatología Infantil |
| Eloy Roa Campillo | Informática |
| Dolores Rodríguez Arnao | Servicio de Endocrinología Infantil |
| Montserrat Rodríguez Calero | Dirección de Recursos Humanos |
| M ^a Luisa Rodríguez Guaza | DUE Quirófanos |
| Amelia Sánchez Galindo | Servicio de UCI Pediátrica |
| Estefanía Sanz de Luis | DUE U.H. 3200 |
| Cristina Sanz de Luis | DUE Unidad Coronaria |
| Fernando Sarnago Cebada | Servicio de Cardiología |
| Camino Sarobe González | Servicio de Farmacia |
| José Sevillano Fernández | Servicio de Urgencias |
| Bárbara Surjo de Bulnes | Auxiliar de Enfermería Servicio de Urgencias |
| Francisco José Urosa Gayoso | Servicio de Contratación |
| Marta Vázquez Hernández | DUE Servicio de Urgencias |
| Paula Vázquez López | Servicio de Urgencias Infantil |
| M ^a Teresa Vázquez Piñeiro | Jefe Servicio de Estomatología |
| José Luis Zunzunegui Martínez | Cardiología Infantil |

FACTORES DE ÉXITO

Tratamiento de datos y elaboración de información

| | |
|------------------------------|---|
| Aura Piedad Silva Barajas | Unidad de Codificación. Archivo de Historias Clínicas |
| María Amor Jiménez Sanz | Servicio de Información Integrada |
| Elena Cubero López | Servicio de Información Integrada |
| Victoria Vicente González | Servicio de Información Integrada |
| Carmen Muñoz Muñoz | Servicio de Información Integrada |
| Mario Fontan Vela | MIR Medicina Preventiva y Salud Pública |
| Elena Plans Beriso | MIR Medicina Preventiva y Salud Pública |
| David Sanz Martín de la Mota | MIR Medicina Preventiva y Salud Pública |
| Alejandro Rodríguez Quirós | MIR Medicina Preventiva y Salud Pública |
| Ana Villanueva Domínguez | Dirección Recursos Humanos |
| Ana Martínez Rodríguez | Dirección Recursos Humanos |
| María Rayón Luque | Dirección Recursos Humanos |
| Nieves Villalón Rodríguez | Dirección Recursos Humanos |
| Alfonso Cuadrado Rodríguez | Servicio de Control Interno |

DATOS
INFORMACIÓN

Grupo de revisores

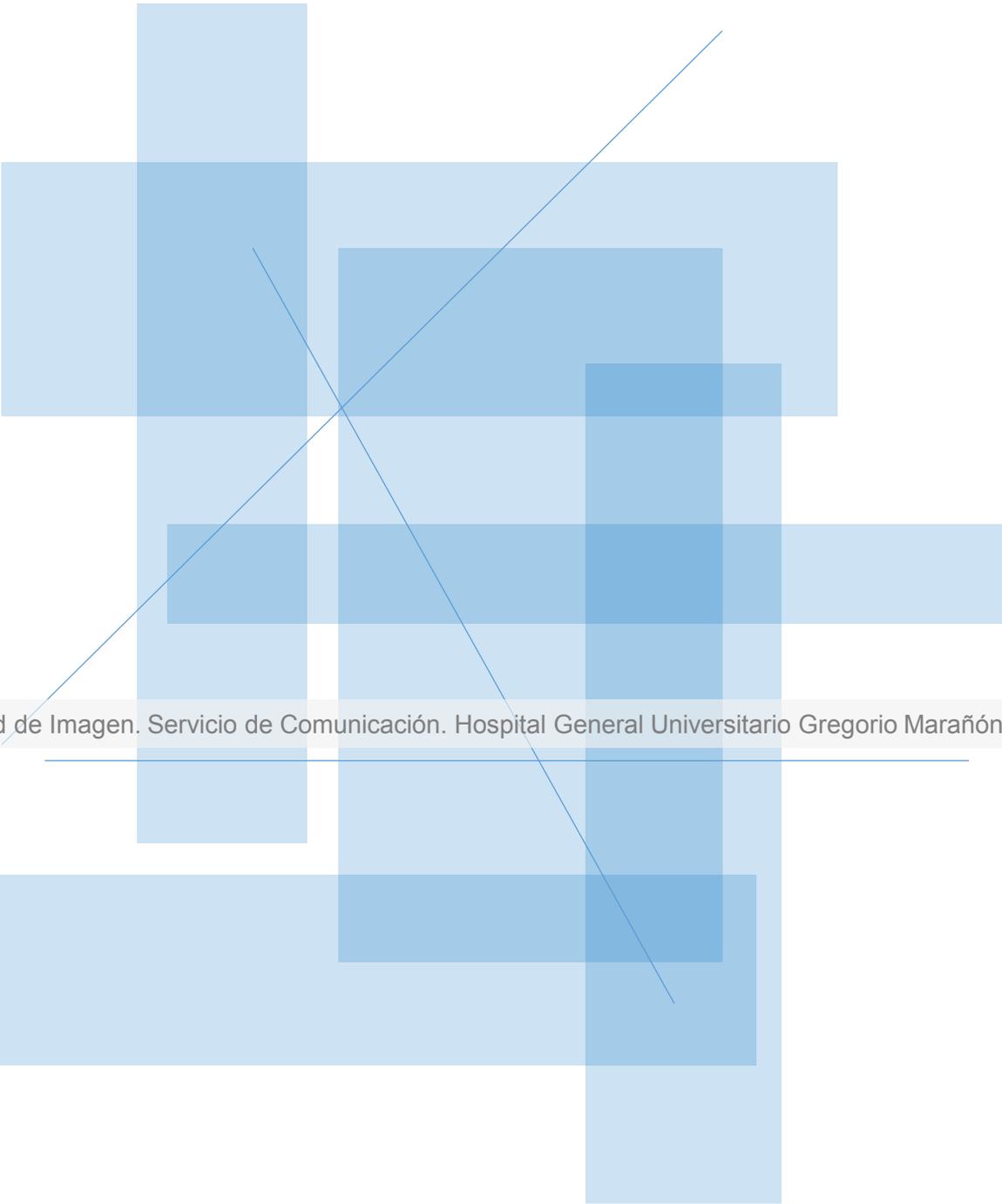
| | | | |
|-----------------|-----------------------|-------------------|---------------------------|
| Juan Carlos De | Agustín Asensio | Ángeles | García Galán |
| Juan Carlos | Alonso Farto | Ana | García Garbaya |
| Mª Pilar | Álvaro Ruiz | Amparo | García García |
| Elena Del | Amo Muñoz | Roberto | García Leal |
| Emilio Ricardo | Andrés Santamaría | Nuria | García López |
| Juan Antonio | Andueza Lillo | Ana Isabel | García Martín |
| Alfredo | Antón De Dios | Paloma | García Merino |
| Sonia | Aparicio Ibáñez | Luisa | García Moreno |
| Celso | Arango López | Ana | García Pozo |
| Miguel Ángel | Aristegui Ruiz | Esperanza | García Ramos |
| María Olga | Arroyo Riaño | Esther | García Ruiz |
| Pascual | Balsalobre López | Pilar | García Santos |
| Rafael | Bañares Cañizares | Mª Teresa | Gargallo López |
| Vanesa | Barrera Brito | Beatriz | Gómez Maroto |
| Isabel | Bermejo Arrojo | Federico | González Aragonese |
| Cristina | Blázquez Villacastín | María Concepción | González Lluva |
| Mª Carmen | Bravo Nieto | Esther | González Palomar |
| Sonia | Bravo Turpín | Ángel | González Pinto |
| Javier | Calatayud García | Esther | González Turiño |
| Mª del Mar | Calvo Calvo | Yassira | Gracia de San Román |
| Verónica | Campos Paredes | Francisco | Grandas Pérez |
| Marta | Cantero Martín | Carmen | Grijalba González |
| Enrique | Carcelén Rodríguez | Luis | Guerra Sánchez |
| Alicia | Carmona Vegas | Gloria Almudena | Guerrero Adán |
| Mª Elena | Chamberlain Apellañiz | José Eugenio | Guerrero Sanz |
| José Manuel | Collado Castillo | Mª Esther | Gujarro Jiménez |
| Inmaculada | Collado Sáiz | Emilia | Gutiérrez Diego |
| Elena | Corrales Moreno | Mª Eugenia | Hernández Domínguez |
| María Alejandra | Cuenca Yunta | Carlos | Hernández Fernández |
| Luisa | Cuesta Santamaría | Luis | Hernández Moreno |
| Petra | Díaz Alvarado | Ana | Hernández-Sampelayo Matos |
| José Luis | Díez Martín | Paloma | Hernández-Sampelayo Matos |
| Cristina | Díez Sáenz | Teresa | Hernández-Sampelayo Matos |
| María | Domínguez Bidagoer | Mª Teresa | Hernando Cubas |
| Isabel | Durango Limárquez | Joana | Hernanz Borrego |
| Concepción | Estepa Carmona | Cristina Angélica | Hurtado Arroyo |
| Francisco | Fernández Avilés Díaz | Mª Dolores | Isaac Pérez |
| Eduardo | Fernández-Cruz Pérez | Mª Elena | Jiménez Carro |
| Francisco | Ferre Navarrete | Consuelo | Jiménez De La Fuente |
| Guadalupe | Fontán Vinagre | Mónica | Juncos Gozalo |
| Laura | Frías Soriano | Paloma | Laosa Serrano |
| Concepción | García Aroca | José | Lázaro García |

| | |
|------------------|---------------------|
| José Manuel | Ligero Ramos |
| Santiago | Lizarraga Bonelli |
| Carmen | Lobo Rodríguez |
| Sara | López Arango |
| Miguel Ángel | López Bote |
| Carmen | López Fresneña |
| Mª Teresa | López Gil |
| Jesús | López Herce Cid |
| Aránzazu | López Rubio |
| Miguel | Lozano Barriuso |
| José | Luño Fernández |
| Atanasia | Madrigal Fernández |
| Victoria | Manzanal Manero |
| Elena | Manzano López |
| Mª Mercedes | Martin Gómez |
| Miguel | Martín Jiménez |
| Silvia | Martín Lozano |
| Elena | Martín Palacios |
| María Luisa | Martínez González |
| Concepción | Mayor López |
| Jesús | Millán Núñez-Cortes |
| Nuria | Mira Carballo |
| Diana | Molina Villaverde |
| Susana | Monereo Megías |
| Indalecio | Monteagudo Sáez |
| Carmen | Moragón Fernández |
| Gema | Moral López |
| Piedad | Morales Lozano |
| Ana María | Moro Ansoleaga |
| Mª José | Moyano Tost |
| Patricia | Muñoz García |
| Rodolfo | Muñoz Martín |
| Mª Ángeles | Oller Alarcón |
| María Del Carmen | Oria Martín |
| Aránzazu | Oroquieta Gil |
| Mª Ángeles | Palma Ramírez |
| Nuria | Palmero Hernández |
| Mercedes | Pañero Taberna |
| Mª Cristina | Pascual Fernández |
| Marina | Paz González |
| Purificación | Pazos Ramos |
| Ángeles | Pedregal Dueñas |

REVISORES

| | |
|------------------|------------------------|
| Mª Mercedes | Peña Granger |
| Coro | Pérez Aznar |
| Rosa | Pérez Cano |
| Elena | Pérez Mira |
| Julio | Prieto Montalvo |
| Luis | Puente Maestro |
| Francisco Javier | Pulido Pulido |
| Zita | Quintela González |
| Raquel | Ribón Liberal |
| Cristina | Rodríguez Cruz |
| Eva Mª | Rodríguez de La Madrid |
| Mª Dolores | Rodríguez Jorda |
| Mª Gracia | Rodríguez Venegas |
| Carmen | Román Rodríguez |
| Manuel Jesús | Ruiz Henestrosa Campos |
| Carmen | Ruiz Vilchez |
| Isabel | Salas Villar |
| José Ignacio | Salmerón Escobar |
| Emilio Ignacio | Sánchez Díaz |
| Manuel | Sánchez Luna |
| Ignacio | Sánchez-Arcilla Conejo |
| María | Sanjurjo Sáez |
| José Antonio | Serra Rexach |
| Rosa | Serradilla Alfonso |
| Rosa | Serrano Santiago |
| Pilar | Sotelo Plaza |
| Andrés | Stunt Puyoles |
| Ricardo | Suárez Fernández |
| Ernestina | Talavera Ballesteros |
| Mª Carmen | Tamarit Garrido |
| María Teresa | Távora López |
| Verónica | Torrijos Delgado |
| Fernando | Trujillo Gallego |
| José Luis | Urcelay Segura |
| Emilio Del | Valle Hernández |
| Mª Teresa | Valle Vicente |
| Javier | Vaquero Martín |
| Carmen | Varea Rodríguez |
| María Teresa | Vázquez Piñeiro |
| Sonia | Zamorano Caballero |
| José Manuel | Zubeldia Ortuño |

DISEÑO Y MAQUETACIÓN



Unidad de Imagen. Servicio de Comunicación. Hospital General Universitario Gregorio Marañón



**Hospital General Universitario
Gregorio Marañón**