

PLAN DE CALIDAD

Hospital Guadarrama

2022 – 2024



Edición: 07

Fecha: 03/05/2021

Nota: Solo se garantiza la actualización de la documentación existente en intranet



La autenticidad de este documento se puede comprobar en www.madrid.org/cay
mediante el siguiente código seguro de verificación: **1258139441493918754924**

HOJA DE CONTROL DE CAMBIOS

ELABORADO POR	REVISADO POR	APROBADO POR
Directora Gerente Rosa M ^a Salazar de la Guerra Departamento de Calidad Pedro Sánchez Arroyo	COMISIÓN CALIDAD ASISTENCIAL E HISTORIAS CLÍNICAS	DIRECTORA GERENTE Rosa M ^a Salazar de la Guerra

Nº EDICIÓN	FECHA	NATURALEZA DE LOS CAMBIOS Y PUNTOS AFECTADOS
08	08/08/2022	Se actualiza Anexo I Política de Calidad y Medio Ambiente.
07	03/05/2022	Se revisa el documento en su conjunto. Se actualizan las acciones enfocadas en las mejoras de la Autoevaluación según el Nuevo Modelo EFQM 2020.
06	16/05/2019	Se revisa el documento en su conjunto. Se actualizan las acciones enfocadas en las mejoras de la Autoevaluación según el Modelo EFQM de febrero de 2019.
05	17/03/2017	Se revisa el documento en su conjunto. Se actualizan las acciones enfocadas en las mejoras de la Autoevaluación según el Modelo EFQM de noviembre de 2016.
04	30/12/2014	Se revisa el documento en su conjunto. Se actualizan las acciones enfocadas en las mejoras de la Autoevaluación según el Modelo EFQM de junio de 2014.
03	27/07/2012	Se revisa el documento en su conjunto. Se actualizan las acciones enfocadas en las mejoras de la Autoevaluación según el Modelo EFQM.
02	26/10/2010	Se revisa el documento en su conjunto. Se actualizan las acciones enfocadas en las mejoras de la Autoevaluación según el Modelo EFQM.
01	18/12/2007	Se revisa el documento en su conjunto. Se actualizan las acciones enfocadas en las mejoras de la Autoevaluación según el Modelo EFQM.
0	02/01/2004	Edición inicial.

La autenticidad de este documento se puede comprobar en www.madrid.org/csx
 mediante el siguiente código seguro de verificación: **1258139441493918754924**

PLAN DE CALIDAD

INTRODUCCIÓN:

El Plan de Calidad 2019-2021, se ha finalizado en diciembre de 2021 con el nuevo proceso de Autoevaluación. El grado de cumplimiento ha sido de un 90%. El cumplimiento del Plan ha sido alto, gracias al esfuerzo implicación y buen hacer del conjunto de profesionales del Hospital.

En mayo de 2022 realizaremos la Autoevaluación de acuerdo con el Modelo de Excelencia Europeo EFQM, las mejoras más significativas se incorporarán al presente Plan de Calidad.

Cada Autoevaluación que realizamos supone un importante ejercicio de reflexión que implica a un gran número de profesionales del Hospital. Fruto de esas reflexiones, del análisis de puntos fuertes, de las áreas de mejora y de nuestra capacidad para implantar acciones, se ha elaborado este nuevo Plan de Calidad, que supone reto que pretende continuar orientando nuestra Organización en la mejora continua hacia la Excelencia, trabajando en las siguientes líneas de actuación:

- ✓ Atención centrada en la persona, mejorando la experiencia del paciente y trabajando de manera constante para que éste sea el centro de todas nuestras acciones.
- ✓ Satisfacer las necesidades y expectativas de nuestros grupos de interés (GGII).
- ✓ Contribuir a la sostenibilidad del sistema, llevando a cabo acciones que dan apoyo a los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). Cuidando del medio ambiente y sociedad.

Como siempre contando con el conjunto de profesionales que son la pieza clave para alcanzar los objetivos planteados. Por tanto, la implicación de los profesionales en la Gestión de los Procesos y la participación en las propuestas de mejora, son aspectos que cobran una gran importancia.

Este Plan de Calidad, se constituye como elemento decisivo para el cumplimiento de nuestro propósito.



OBJETIVOS GENERALES

El Plan de Calidad, pretende ser un marco de referencia que guíe al Hospital a planificar, implantar, mantener y evaluar las acciones que añadan mayor valor para nuestra Organización, en línea con la Estrategia del Hospital a medio plazo y con el Contrato Programa con el que nos hemos comprometido.

Este Plan de Calidad está basado en el resultado de nuestra autoevaluación.

Objetivos específicos:

1. Mantener información puntual de nuestros GGII a fin de cumplir con sus necesidades.
2. Alcanzar buenos resultados de satisfacción en pacientes / familiares.
3. Minimizar los riesgos.
4. Innovar en el cuidado y tratamiento rehabilitador.
5. Compartir conocimiento para la mejora.
6. Avanzar en Responsabilidad Social.



La autenticidad de este documento se puede comprobar en www.madrid.org/csv
mediante el siguiente código seguro de verificación: **1258139441493918754924**

DIAGNÓSTICO DE SITUACIÓN

La Autoevaluación según el Modelo EFQM, ha sido la herramienta que nos ha permitido analizar toda la Organización de manera pormenorizada. En este ejercicio el esfuerzo ha sido mayor, ya que hemos tenido que adaptarnos al nuevo Modelo EFQM.

Se han detectado un total de 31 puntos fuertes y 30 áreas de mejora.

SISTEMA ORGANIZATIVO

El sistema organizativo sobre el que se articula la gestión de la Calidad en el Hospital, es la Comisión de Calidad Asistencial e Historias Clínicas que a su vez, se sustenta en otras Comisiones Clínicas y Grupos de Trabajo.

A continuación se relaciona y describe el papel de las principales Comisiones y Grupos de Trabajo en materia de Calidad.

Comisiones:

- ❖ Comisión de Calidad Asistencial e Historias Clínicas.
- ❖ Unidad Funcional de Gestión Riesgos Sanitarios.
- ❖ Comisión de Farmacia e Infecciones.
- ❖ Comité para Mejorar la Adecuación de la Práctica Clínica.
- ❖ Comisión de Formación Continuada.
- ❖ Comisión de Docencia e Investigación Clínica.
- ❖ Comisión de Nutrición.
- ❖ Comisión de Cuidados.
- ❖ Junta Técnica Asistencial.
- ❖ Comisión de Responsabilidad Social Sociosanitaria.
- ❖ Comisión Contra la Violencia.
- ❖ Comisión de Medio Ambiente.
- ❖ Comisión de Altas Dificiles.
- ❖ Comisión Técnica.



Comités:

- ❖ Comité de Calidad Percibida y Humanización Comisión Técnica de Coordinación de la Comunicación (unificada desde enero 2018).
- ❖ Comité de Seguridad y Salud.
- ❖ Comité de Atención al Dolor.
- ❖ Comité de Prevención del Tabaquismo.
- ❖ Comité de Bioética Asistencial.
- ❖ Comité de Seguridad de la Información y Protección de Datos de Carácter Personal.
- ❖ Comité de Garantía de Calidad y Protección Radiológica.
- ❖ Comisión de Comunicaciones, Publicaciones e Imagen Corporativa.

Grupos de Trabajo de Procesos:

- ❖ Atención al Paciente con Daño Cerebral.
- ❖ Atención al Paciente con Proceso de Ortojeriatria.
- ❖ Atención al Paciente con Proceso de Deterioro Funcional.
- ❖ Atención al paciente con Paciente Amputado.

Grupos de Trabajo de Enfermería:

- ❖ Grupo de Técnicas de Enfermería.
- ❖ BPSO Centros Comprometido con la Excelencia en Cuidados.

Grupos de Trabajo Interdisciplinarios:

- ❖ Prevención y Tratamiento de Heridas Crónicas.
- ❖ Prevención y Tratamiento de Caídas Intrahospitalarias.
- ❖ Higiene de Manos.
- ❖ La Voz del Paciente.



COMISIONES:

Las Comisiones son órganos de participación formados por grupos de expertos cuyo principal objetivo es orientar a la Dirección del Centro, dirigiendo todas sus acciones a la mejora de la Calidad en la Asistencia Sanitaria y contribución a los ODS.

Comisión de Calidad Asistencial e Historias Clínicas.

Las principales funciones de la Comisión de Calidad son:

- ❖ Elaborar el Plan de Calidad.
- ❖ Garantizar la ejecución del Plan de Calidad.
- ❖ Asignar objetivos específicos.
- ❖ Elaborar calendarios de ejecución y de evaluación de objetivos.
- ❖ Monitorizar los indicadores de Calidad.
- ❖ Seguimientos de Indicadores Clave.
- ❖ Analizar y dar recomendaciones de las acciones de mejora detectadas.
- ❖ Aprobar los Protocolos Asistenciales a implantar.
- ❖ Analizar la mortalidad.
- ❖ Normalizar la documentación clínica.
- ❖ Evaluar la Calidad de la documentación clínica.

Unidad Funcional de Gestión de Riesgos Sanitarios.

Es el órgano de participación responsable de la gestión de la mejora de la seguridad del paciente durante el período de hospitalización. Sus principales funciones son:

- ❖ Difundir la cultura de seguridad entre los profesionales del Hospital.
- ❖ Identificar, analizar y tratar el riesgo.
- ❖ Actualizar y mantener el Proyecto de Seguridad del Paciente.
- ❖ Elaborar recomendaciones necesarias para minimizar el riesgo que se desprende de la Atención Sanitaria, actuando como observatorio.
- ❖ Formar a los profesionales en materia de seguridad.
- ❖ Emitir informes periódicos.

Comité para Adecuación de la Práctica Clínica.

Las funciones de este comité serán las siguientes:

- ❖ Establecer actuaciones para revisar las prácticas innecesarias en su ámbito de actuación, facilitando la participación y propuestas de todos los profesionales.
- ❖ Revisar periódicamente las iniciativas relacionadas con la identificación, reducción y/o supresión de prácticas innecesarias.



- ❖ Promover la realización de revisiones de la literatura científica sobre prácticas innecesarias.
- ❖ Proponer actuaciones para promover las prácticas con evidencia científica y evitar o disminuir las prácticas innecesarias.
- ❖ Impulsar la realización o la inclusión de los aspectos relacionados con el proyecto de adecuación de la Práctica Clínica en procesos, guías, vías o protocolos del centro.
- ❖ Proponer el desarrollo de actuaciones para mejorar la sensibilización de los profesionales.
- ❖ Desarrollar actividades de formación y actualización, incluyendo la colaboración con las unidades docentes para difundir la información disponible sobre prácticas innecesarias entre los profesionales en formación.
- ❖ Desarrollar reuniones, encuentros o jornadas con los profesionales de su centro o con otras comisiones del mismo para sobre esta materia.
- ❖ Desarrollar actuaciones para promover la adhesión a iniciativas nacionales y/o internacionales.

Comisión de Farmacia e Infecciones.

Esta Comisión engloba la Comisión de Farmacia y Terapéutica y la Comisión de Profilaxis y Política Antibiótica. Dentro del área de la Comisión de Farmacia se contempla como principal objetivo evaluar los problemas derivados de la utilización de fármacos. Proponer las mejoras necesarias a fin de conseguir una correcta prescripción y administración de la terapéutica y reducir al máximo el riesgo de utilización de medicamentos.

Para ello se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- ❖ Mantener actualizada la Guía Fármaco-Terapéutica del Hospital.
- ❖ Desarrollar las normas relacionadas con la selección y distribución de medicamentos en el Hospital.
- ❖ Proponer nuevos medicamentos.
- ❖ Recoger información relativa a las reacciones adversas y a los efectos iatrogénicos.
- ❖ Analizar la utilización y el consumo de fármacos.
- ❖ Gestionar la inclusión de fármacos en Guía Fármaco Terapéutica.
- ❖ Examinar la correlación diagnóstica terapéutica.
- ❖ Desarrollo y seguimiento de indicadores económicos.
- ❖ Desarrollo y seguimiento de indicadores de Calidad.

El área de Infección, Profilaxis y Política Antibiótica, se encargará de realizar el seguimiento y control de los aspectos relacionados con las enfermedades infecciosas hospitalarias y con la Política de Antibióticos.



Así mismo, se encargará de localizar los focos infecciosos existentes en el Hospital, desarrollando actividades de prevención y de control de la infección hospitalaria. Para ello se desarrollarán las siguientes acciones:

- ❖ Elaborar y evaluar las normas de higiene y profilaxis de la infección nosocomial.
- ❖ Vigilancia de la infección hospitalaria.
- ❖ Diseño de profilaxis antibiótica.
- ❖ Controlar, junto con el Servicio de Farmacia y Microbiología, el cumplimiento de la Política Antibiótica.
- ❖ Velar por el cumplimiento del Protocolo de Limpieza y Esterilización.
- ❖ Velar por el cumplimiento de la Guía de Antisépticos del Hospital.
- ❖ Definir y vigilar las Normas de Higiene y Prevención de la Infección tanto las dirigidas a los pacientes y familiares (Normas de Aislamiento) como las orientadas al personal (Formación Continuada al personal del Hospital y al personal de nueva incorporación).

Comisión de Formación Continuada.

Su contribución a la Calidad es decisiva ya que es el órgano asesor de la Dirección en todo lo referente a formación continuada. Sus principales acciones a desarrollar son las siguientes:

- ❖ Detectar las necesidades formativas para los profesionales del Hospital.
- ❖ Establecer planes de Formación Continuada.
- ❖ Organizar las Sesiones Clínicas del Centro.
- ❖ Reglamentar el funcionamiento del Aula Virtual.

Comisión de Docencia e Investigación Clínica.

Su contribución a la Calidad es decisiva ya que es el órgano asesor de la Dirección en todo lo referente a docencia e investigación clínica:

- ❖ Organizar las rotaciones de alumnos.
- ❖ Velar por el cumplimiento del Programa Docente.
- ❖ Desarrollar planes de colaboración con otros Centros en proyectos docentes y de investigación.
- ❖ Apoyar y asesorar las investigaciones que se hacen en el Centro.



Comisión de Nutrición.

Las principales funciones de la Comisión de Nutrición son:

- ❖ Garantizar que la dietas contengan el adecuado aporte nutricional.
- ❖ Mejorar el estado nutricional de los pacientes.
- ❖ Elaboración, revisión y aprobación de las distintas dietas.
- ❖ Elaboración, revisión y aprobación de los distintos niveles de consistencias.
- ❖ Elaboración, revisión y aprobación de las distintas recomendaciones nutricionales.

Comisión de Responsabilidad Social Sociosanitaria.

Principales funciones:

- ❖ Colaborar con Gerencia en la reflexión estratégica y promover el compromiso con la sostenibilidad y la Responsabilidad Social.
- ❖ Realizar actuaciones de información y formación en materia de Responsabilidad Social Sociosanitaria.
- ❖ Promover actuaciones específicas alineadas con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (Agenda 2030):
 - ✓ Promover la salud física y mental y el bienestar de nuestros grupos de interés (Hospital Saludable).
 - ✓ Contribuir a la lucha, prevención y concienciación frente al cambio climático.
 - ✓ Promover acciones dirigidas a reducir significativamente todas las formas de violencia
 - ✓ Mejorar el acceso a la información a la transparencia.
 - ✓ Impulsar la toma de decisiones inclusiva, participativa y representativa que responda a las necesidades de todos los grupos de interés a los que afectan.
 - ✓ Impulsar acciones que promuevan la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres.

Comisión Contra la Violencia.

Principales funciones:

- ❖ Sistematizar la detección, notificación y actuación ante posibles casos de violencia.
- ❖ Sensibilizar y formar a los profesionales en casos de maltrato o violencia contra los pacientes.
- ❖ Asesorar a los trabajadores en caso de dudas y toma de decisiones.



Comisión de Medio Ambiente.

Principales funciones:

- ❖ Responsable del impulso, desarrollo y despliegue de la cultura y los fines de la Política Ambiental.
- ❖ Comunicar, informar y difundir todo lo relativo al medio ambiente, aprobado en la Comisión.
- ❖ Liderar e impulsar las acciones que se llevan a cabo en el Hospital, en cuanto a medidas medioambientales.
- ❖ Velar por el cumplimiento de los acuerdos tomados en la Comisión.
- ❖ Estar a disposición de los profesionales y aclarar sus dudas.
- ❖ Sensibilizar con sus acciones al personal.

COMITÉS:

Comité de Calidad Percibida y Humanización de la Asistencia Sanitaria.

Las principales funciones este Comité son:

- ❖ Mejorar la Calidad Percibida de los pacientes y familiares.
- ❖ Analizar las encuestas de satisfacción y proponer acciones de mejora.
- ❖ Analizar por medios cualitativos la percepción de pacientes y familiares, proponer acciones de mejora.
- ❖ Analizar las reclamaciones y proponer acciones de mejora.
- ❖ Recabar información entre los profesionales y transmitirlos al Comité para su análisis.
- ❖ Actuar como receptor de situaciones, actuaciones que puedan incidir en la mejora de la percepción de los pacientes.
- ❖ Potenciar las acciones dirigidas a poner al paciente en el centro de nuestra Organización.

Comité de Seguridad y Salud.

Principales funciones:

- ❖ Velar por preservar la salud de los trabajadores.
- ❖ Cuidar y optimizar el entorno de trabajo.



Comité de Atención al Dolor:

Órgano de asesoramiento, consulta e información, formado por un grupo multidisciplinar de profesionales cuyo objetivo general es mejorar la atención de los pacientes con dolor.

Principales funciones:

- ❖ Sensibilizar a los profesionales en la valoración y seguimiento del dolor (abordaje multi e interdisciplinar).
- ❖ Promover la valoración del dolor e implementar el desarrollo de estudios, procesos, vías clínicas, guías y protocolos que favorezcan la detección, valoración, manejo y reevaluación posterior del mismo para disminuir la variabilidad interindividual e incrementar la calidad en el abordaje global del Equipo Asistencial.
- ❖ Optimizar los recursos disponibles para el manejo del dolor.

Comité de Prevención del Tabaquismo.

Principales funciones:

- ❖ Velar por el cumplimiento de la Política de Hospitales Sin Humo, promovida por la Red de Hospitales Sin Humo de la Comunidad de Madrid.
- ❖ Cumplimiento de los objetivos establecidos por la Red de Hospitales Sin Humo de la Comunidad de Madrid.
- ❖ Sensibilizar a los profesionales sanitarios del Hospital, de la importancia de su papel como agentes de salud.
- ❖ Apoyar a los profesionales que decidan abandonar el hábito del tabaco.
- ❖ Impartir formación en materia de tabaquismo a los profesionales del Hospital.

Comité de Bioética Asistencial.

Principales funciones:

- ❖ Proponer a la Institución u Organización aquellas medidas que incidan en la protección de los derechos de los ciudadanos en relación con el sistema sanitario.
- ❖ Asesorar a los profesionales de la salud, ciudadanos y administraciones sanitarias en la toma de decisiones que planteen dudas y conflictos éticos.
- ❖ Analizar y proponer, si procede, posibles alternativas o soluciones a los conflictos éticos planteados desde un marco deliberativo y parcial, sin que en ningún caso sustituya a la responsabilidad del que ha solicitado la consulta.
- ❖ Proponer a la Institución u Organización protocolos de actuación para aquellas situaciones que, por su mayor frecuencia o gravedad, generen dudas y conflictos éticos en su ámbito de actuación.
- ❖ Colaborar y promover la formación en bioética de los profesionales sanitarios y no sanitarios de la Institución u Organización, así como los miembros del grupo.
- ❖ Cualquier otra función prevista en la normativa aplicable.



Comité de Seguridad de la Información y Protección de Datos de Carácter Personal.

Principales funciones:

- ❖ Atender a las solicitudes e instrucciones del Comité de Seguridad de la Información de la Consejería de Sanidad.
- ❖ Informar regularmente al Comité de Seguridad de la Información de la Consejería de Sanidad, del estado de seguridad de la información en el Hospital Guadarrama.
- ❖ Aprobación formal de los Planes de Contingencias.
- ❖ Aprobar formalmente la definición de los tiempos de recuperación, así como el análisis de los resultados de los planes de prueba.
- ❖ Promover la mejora continua de las Seguridad de la Información del Hospital Guadarrama.
- ❖ Seguimiento de la implantación de las mejoras extraídas de los análisis de riesgo.
- ❖ Aprobación de las medidas correctivas derivadas de las auditorias de Protección de Datos de Carácter Personal, y diagnóstico de seguridad de la información.
- ❖ Velar porque la Seguridad de la Información se tenga en cuenta en todos los proyectos.
- ❖ Impulsar planes de formación en Protección de Datos de Carácter Personal y Seguridad de la Información del personal que trabaja en el Centro.
- ❖ Asumir solidariamente la responsabilidad de las tareas exigibles al Responsable de Seguridad.

GRUPOS DE TRABAJO DE PROCESOS.

Los Grupos de Trabajo de Procesos tendrán como principales funciones el diseño, planificación, evaluación y mejora del Proceso Asistencial correspondiente.

GRUPOS DE TRABAJO DE ENFERMERÍA.

Estos Grupos de Trabajo realizarán la planificación de cuidados de áreas de Enfermería relevantes. Para ello elaborarán los Protocolos de Atención de Cuidados, el análisis de los resultados y elaboración de propuestas de mejora.

GRUPOS DE TRABAJO INTERDISCIPLINARES.

En estos Grupos participan personal de distintas categorías profesionales.



**Criterio 1:
Propósito, Visión y Estrategia**

Una organización sobresaliente se caracteriza por tener un propósito que inspira, una visión ambiciosa y una estrategia que genera resultados.

Acciones:

1.1. Revisar, actualizar el propósito y la visión.

La revisión y actualización del propósito y la visión se llevará a cabo mediante consenso en la Comisión de Calidad y con la colaboración de los grupos de interés (asociaciones de pacientes) serán difundidos a los GGII a través de sesiones, correo electrónico y página web.

1.2. Identificar y entender las necesidades de los grupos de interés.

En la Comisión de Calidad se revisarán las nuevas necesidades que puedan surgir a los GGII, siendo estas priorizadas según la relevancia para el Hospital Guadarrama. Se les preguntará a cada GGII por sus necesidades y expectativas, con el objetivo de mantener actualizadas sus preferencias (tabla de “Necesidades y Expectativas”). Mediante un conjunto de indicadores conoceremos en qué medida damos respuestas a dichas necesidades y expectativas.

1.3. Comprender el ecosistema, las capacidades propias y los principales retos.

El Hospital Guadarrama investiga y entiende tanto el ecosistema donde actúa, sus interrelaciones y las megatendencias más relevantes aplicables al sector de la salud, como las implicaciones que suponen sobre su sostenibilidad y orientación a futuro como los Objetivos de Desarrollo Sostenible y los compromisos del Pacto Mundial.

En la Comisión de Calidad contamos con un sistema de vigilancia de nuestro ecosistema, donde se han identificado las megatendencias y sus consecuencias sobre los ODS. Cada megatendencia cuenta con una persona responsable que se encarga de su análisis, de la identificación de retos actuales y futuros de nuestro sector. Transformando el Hospital Guadarrama y adaptándonos para dar respuesta a las necesidades futuras.

MAPA ECOSISTEMA



1.4. Desarrollar la estrategia.

Cada línea estratégica cuenta con un responsable quien semestralmente actualiza los procesos de dicha línea.

1.5. Revisar y actualizar el Sistema de Gestión y de Gobierno.

El Hospital cuenta con un Sistema de Gobierno y de Gestión mediante el cual se dirige y controla el centro, que abarca un conjunto de relaciones entre el Hospital y el Servicio Madrileño de Salud. Los distintos elementos que son necesario para llevar a cabo un buen Gobierno se describen en el documento: “Sistema de Gobierno y de Gestión”, que es revisado cada 3 años.

Todas estas actividades en relación al Sistema de Gestión y de Gobierno se llevarán a cabo en el seno de la Comisión de Calidad con el visto bueno de Dirección Gerencia.



La autenticidad de este documento se puede comprobar en www.madrid.org mediante el siguiente código seguro de verificación: 1258139441493918754924

Criterio 2: Cultura de la organización y liderazgo.

La cultura de una organización es el conjunto específico de valores y normas que comparten sus personas y equipos y que influyen a lo largo del tiempo en la forma en que se comportan entre ellos y con los grupos de interés clave externos.

El liderazgo de la organización se refiere a toda ella en su conjunto. Se trata de la organización actuando como líder en su ecosistema y siendo reconocida como referente, en lugar de concepto tradicional del equipo de alta dirección de la organización.

Acciones:

2.1 Dirigir la cultura de la organización y reforzar los valores.

El Hospital ha definido una serie de valores que constituyen nuestra cultura. Para identificar en qué medida está impregnada en nuestra organización se realiza una medición de la misma que planificamos bienalmente. En el documento “Sistema de Gobierno y de Gestión”, se hace referencia a:

- ✓ “Recomendaciones de Estilo”, que recogen comportamientos y pautas de los profesionales ante determinadas situaciones.
- ✓ Principios éticos en los que se basa la Organización.
- ✓ Código Ético de responsabilidad Socialsocio sanitaria, donde se establece el compromiso con la sostenibilidad y el cuidado del medio ambiente.

2.2 Crear las condiciones para hacer realidad el cambio.

El Hospital Guadarrama trabaja con los grupos de interés claves para crear las condiciones adecuadas y conseguir los cambios con éxitos. Así mismo, dispone de un procedimiento específico que nos sirve de guía de cambios y de nuevos proyectos en el Hospital.

2.3 Estimular la creatividad y la innovación.

La Organización promueve la creatividad y la innovación mediante:

- ✓ Participación de sus trabajadores en Comisiones, Comités, Grupos de Trabajo, asistencia a Congresos/Jornadas...
- ✓ El Club de Benchmarking de Hospitales de Media Estancia y del Observatorio de Resultados, donde puede comparar sus resultados con otros Centros, lo que le permite emprender acciones para la mejora.
- ✓ Contamos con una Comisión de Docencia e Investigación Clínica que fomenta, promueve la investigación y la publicación de trabajos científicos.

También dispone de procedimientos para aprender de los errores e introducir acciones de mejora (acciones preventivas/correctivas, no conformidades).

El Hospital entiende la importancia y los beneficios que reporta la creatividad, la innovación y el pensamiento disruptivo para alcanzar su Propósito, Visión y Estrategia.



2.4 Unirse y comprometerse en torno a un Propósito, Visión y Estrategia.

La difusión del propósito, visión y estrategia se realiza a través de correo electrónico, sesiones, web... a sus grupos de interés, informando sobre objetivos e indicadores, así como las mejoras oportunas y principales logros.

Criterio 3: Implicar a los grupos de interés.

La Organización da a conocer su propósito y visión a los grupos de interés, así mismo dispone de un conocimiento detallado y completo de las necesidades y expectativas de sus grupos de interés para proporcionar una oferta adecuada de servicios y la forma de relacionarnos con ellos.

Acciones:

3.1 Clientes: Construir relaciones sostenibles.

Trabajar con los grupos de interés, especialmente los claves, para comprender y contribuir a los objetivos de desarrollos sostenibles, mediante encuesta específica.

3.2 Personas: Atraer, implicar, desarrollar y retener el talento. Desarrollada en el Plan Estratégico Línea 2 Atención a las Personas: desarrollo, participación y logro.

3.3 Inversores y reguladores: Asegurar y mantener su apoyo continuo.

Los objetivos que recoge el contrato programa alcanzan los distintos departamentos y servicios del Hospital. Dichos objetivos se distribuyen entre los servicios, comisiones clínicas implicadas, teniendo un responsable para cada uno de ellos.

3.4 Sociedad: Contribuir a su desarrollo, bienestar y prosperidad. Desarrollada en el Plan Estratégico Línea 4 Responsabilidad Social Sociosanitaria. Hospital Saludable 2021.

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

El Hospital identifica, clasifica y pondera a sus partners y proveedores. Llevamos a cabo la Firman un compromiso de sostenibilidad y nos evaluamos mutuamente de cara a mejorar nuestra relación. La evaluación se realiza de acuerdo a parámetros de cumplimientos de compromisos reflejados en los contratos específicos de cada proveedor. En relación a la satisfacción se realiza mediante encuesta.

El Hospital Guadarrama realiza un análisis de cómo impacta en los ODS, planificando acciones anualmente en el seno de la Comisión de Responsabilidad Social Sociosanitaria.



Criterio 4: Crear valor sostenible.

Una organización sobresaliente reconoce que crear valor sostenible es vital para su éxito a largo plazo y su fortaleza económica.

Acciones:

4.1 Diseñar el valor y cómo se crea.

El Hospital identifica lo que valoran los grupos de interés de nuestra organización, las razones por las que nos eligen, y / o recomendarían, mediante técnicas de investigación cuantitativas y cualitativas (encuestas, grupos focales...).

- 4.1.1 Procesos:** Para la actualización de los procesos, fundamentalmente los operativos, se tiene en cuenta las necesidades, preferencias que los pacientes han expresado en los distintos grupos focales y encuestas, pasando estas a formar parte del proceso. Además se tienen en cuenta el bienestar en los espacios, en estructura, humanización de espacios.
- 4.1.2 Telemedicina:** A través de la telemedicina hacemos más eficiente el proceso asistencial, ya que nos permite ofrecer la consulta necesaria, evitando traslados para los pacientes. Contamos con una Alianza que nos permite trabajar con el Hospital de Getafe.
- 4.1.3 Carta de servicio:** El Hospital dispone de una Carta de Servicios que representa los compromisos de calidad que adquirimos con los pacientes. El logro en el cumplimiento de dichos compromisos se hace público cada año en el Portal de Transparencia. La Carta constituye nuestra promesa de valor.
- 4.1.4 Codiseño en la documentación dirigida a pacientes:** Con el objetivo de asegurarnos que la información tiene significado para pacientes y familiares, disponemos de un Protocolo para validar la información por parte de los pacientes, que son a quienes va dirigida. De esta manera les hacemos partícipes en el diseño de la misma.
- 4.1.5 Tecnología:** Informe anual de la nueva tecnología.
- 4.1.6 Evaluación del Club de Benchmarking:** Realiza el análisis de los resultados de la competencia, comparando resultados con centros de su misma categoría (club benchmarking y observatorio de resultados). Introduciendo las mejoras que se establecen en nuestra práctica asistencial.
- 4.1.7 Revisión y actualización de la Cartera de servicios:** La Cartera de Servicios describe las unidades disponibles, así como sus prestaciones, todas ellas adaptadas al perfil de paciente que atendemos. La Cartera se actualiza y difunde anualmente a los grupos de interés y está orientada con el fin de dar cumplimiento a nuestro propósito.



4.1.8 Evaluación de los indicadores del Observatorio de Resultados: La Organización desarrolla y actualiza su carta de servicios, como propuesta de valor, enfocada a dar respuesta a las necesidades y expectativas marcadas por los grupos de interés y alineada con la estrategia de la organización. Disponible en la web del Hospital.

4.2 Comunicar y vender la propuesta de valor.

La comunicación es una herramienta fundamental de cohesión y esfuerzo del posicionamiento del Hospital Guadarrama como centro de referencia y calidad.

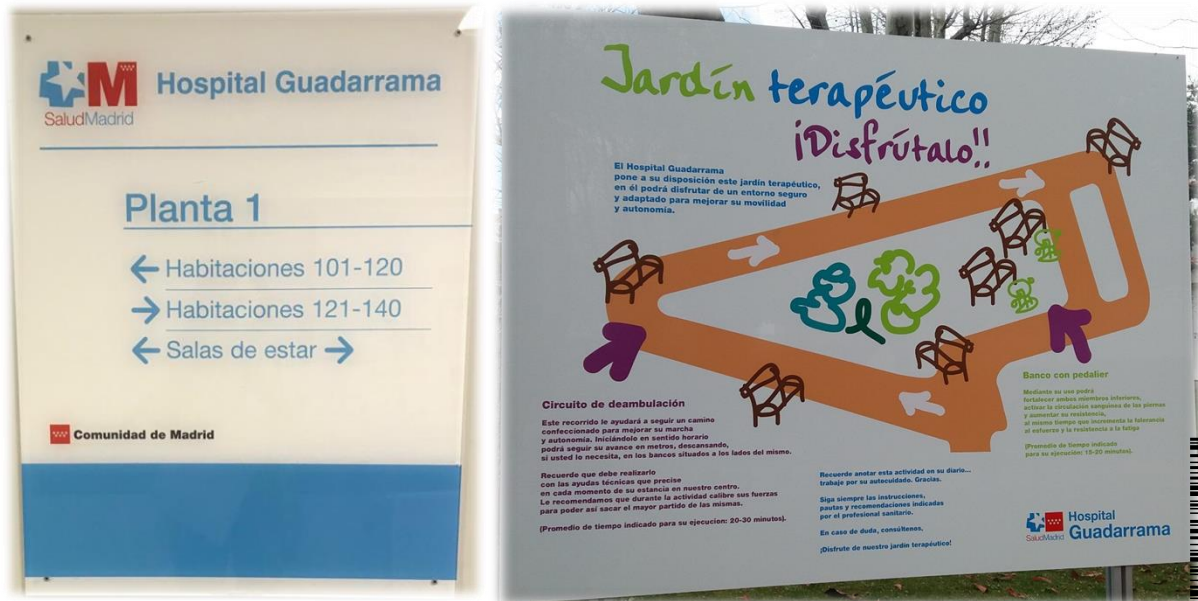
4.2.1 Revisión de la Página Web: El Hospital comunica a los pacientes/familia, la propuesta de valor de su oferta de productos, servicios y soluciones, que le aportan relevancia y diferenciación. Además, cuenta con responsables de comunicación que ayuda a visualizar todas las acciones que se lleva a cabo hacia el exterior mediante la página web y Portal de salud dónde se facilita la transparencia de datos que pueden ser de interés para los pacientes (sociedad), como pueden ser la Escuela de Cuidadores y videos sobre ejercicios de Rehabilitación. La información referente a la Escuela de Cuidadores se actualizará cada 3 años, mientras que las noticias de actualidad y todo lo referente a la Página Web y Portal de salud se actualiza mensualmente.

4.2.2 Informe de reputación online: El Hospital Guadarrama utiliza todos los recursos y redes disponibles a su alcance en el ámbito digital y físico para promover y fomentar su imagen reputacional, los aspectos significativos que la diferencian y su aportación de valor sanitario. Una actividad referente a la imagen del Hospital es la elaboración de un informe de la reputación del mismo en la Web.

4.2.3 Revisión de la señalización del Hospital: A su vez, también aprovecha estos recursos físicos y digitales en el ámbito de la comunicación para potenciar su imagen como un Hospital referente. Utiliza estrategias para generar una marca que le distingue del resto (identidad, propósito, cultura e imagen). Dispone de una Comisión de Comunicación, Publicaciones e Imagen Corporativa, responsable de comunicación y Comisión Docencia e Investigación Clínica Se promueve la participación en Presentaciones en Congresos y Jornadas.

El Hospital proporciona apoyo a los pacientes/familia antes y después de la atención sanitaria. Disponemos de un Enfermero de Continuidad Asistencial que realiza la coordinación entre el nuestro Centro cuando se prevé el alta del paciente y Atención Primaria/Centros Sociosanitarios. También se dispone de un Procedimiento de acompañamiento a pacientes para la realización de pruebas o consulta a otros hospitales.





4.3 Elaborar y entregar la propuesta de valor.

El Hospital elabora la propuesta de valor vinculada a los procesos y procedimientos que tenemos implantados. La entrega de valor se lleva a cabo a través de la prestación del servicio asistencia.

El Hospital tiene implantado un Sistema Integral de Gestión de Calidad y Medio Ambiente, con el objetivo de mejorar continuamente, añadiendo valor en la atención a los pacientes. Cuenta con los certificados UNE-EN ISO 9001 Y 14001 y EFQM + 500 (la elaboración EFQM corresponde al año 2025). Implanta estrategias de gestión y procesos operativos eficientes, ágiles y sostenibles que están sujetos al proceso de mejora continua (cuadros de mando). La propuesta de valor está alineada con el propósito de la Organización, poniendo el foco principalmente en los pacientes, que son claves para nuestra actividad.

El alcance del Sistema Integral de Calidad y Medio Ambiente es: Aplicable a las actividades sanitarias y no sanitarias desarrolladas en todo el recinto hospitalario.

El centro dispone de un conjunto de indicadores que permiten saber en qué medida los productos, servicios y soluciones ofrecidos, dan respuesta a las necesidades y expectativas de los clientes clave.

4.3.1. Mapa ODS: El Hospital cuenta con una Política de Calidad y Medio Ambiente, Memoria de sostenibilidad (GRI) y un Plan estratégico que recoge la Responsabilidad Social Sociosanitaria y Medioambiental como líneas claves, para ofrecer sus servicios reduciendo el impacto ambiental, cumpliendo con su compromiso social y contribuir a alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). De todo esto se da visibilidad en congresos y jornadas y publicaciones en diferentes medios de comunicación.

4.3.2. Análisis de materialidad: Para priorizar los ODS en los que nuestra Organización se va a centrar, se ha realizado un análisis de materialidad, que nos permite conocer los que más preocupan o interesan a nuestros GGII y que son, al mismo tiempo, relevantes para el Hospital. Se dispone de un Mapa de ODS dónde anualmente se registran las acciones llevadas a cabo sobre ellos.

El Hospital tiene la responsabilidad de informar y formar sobre el uso responsable del cumplimiento de procedimientos y actuaciones, instrucciones de uso (si aplica), instalaciones, etc., con el fin de que ambas partes colaboren y se consigan beneficios mutuos, mejorando la satisfacción.

4.4 Diseñar e implantar la experiencia global.

El Hospital define la experiencia del paciente como compromiso deservicio que ofrecemos. Para ello cuenta con la participación de los profesionales implicados y las aportaciones de pacientes en los grupos focales y en las entrevistas realizadas dentro del grupo “Voz del paciente”.

4.4.1. Diseño del mapa de experiencia: El Hospital utiliza herramientas cualitativas de captura de la experiencia desde diversos enfoques que han ido evolucionando a lo largo de los años, con el fin de crear un sistema que “hable”. Involucrar a pacientes y profesionales para facilitar que las personas nos cuenten sus historias. Posteriormente se trabajará la comprensión de la experiencia, puntos de dolor, emociones generadas, etc. En este apartado destacan 2 herramientas cualitativas: Mapa de experiencia del paciente y mapa de empatía.

Para realizar el seguimiento del sistema integrado de gestión de la calidad, se dispone de cuadros de mando y un conjunto de indicadores, descritos en el apartado anterior.

El Hospital facilita a las personas de su organización los recursos (materiales, económicos y humanos), así como las competencias necesarias, para mejorar la experiencia global de los pacientes/familiares (evaluación por competencias de los profesionales).

4.4.2. Actualizar y revisar del mapa de experiencia: Establece sistemas para obtener información, tanto para conocer la opinión de los grupos de interés clave, como de informarles de los cambios producidos en el proceso. En el Plan de Comunicación se describen las herramientas de comunicación externa.



**Criterio 5:
Gestionar el funcionamiento y la transformación.**

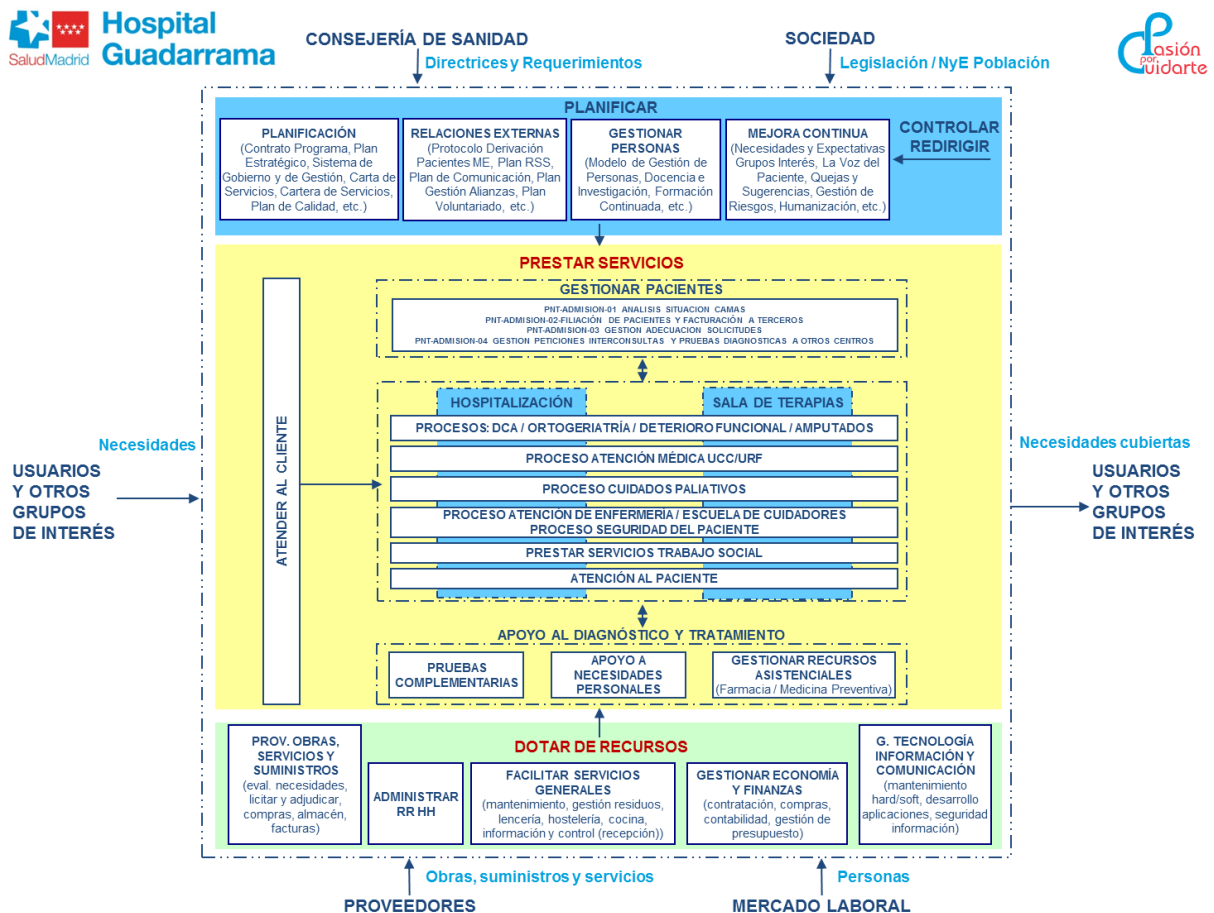
Para poder alcanzar y mantener el éxito, toda organización tiene que ser capaz de satisfacer los dos siguientes requisitos al mismo tiempo: Gestionar el funcionamiento y la transformación.

El Hospital Guadarrama considera su contexto, las necesidades y expectativas de sus partes interesadas, los aspectos ambientales, requisitos legales y su planificación de acciones para determinar los riesgos y oportunidades; asegurando así el logro de nuestros objetivos, previniendo efectos no deseados y logrando la mejora.

Dentro del Plan Estratégico se reflejan las amenazas y oportunidades de contexto y partes interesadas, donde las amenazas serán consideradas como riesgos. Durante la vigencia del Plan Estratégico se abordarán las que se establezcan como líneas de trabajo.

5.1 Gestionar el funcionamiento y el riesgo.

5.1.1. Mapa de procesos: El Hospital Guadarrama cuenta con un Mapa de Procesos que da coherencia a todos los procesos y procedimientos que entran a formar parte de nuestro Sistema de Gestión y vertebran el funcionamiento del Hospital Guadarrama.



5.1.2. Gestión del Mapa del Riesgo: El Hospital identifica los riesgos que pueden afectar a cualquiera de los procesos que se realizan en el Hospital, que se dividen en 4 grandes bloques: Riesgos asistenciales, no asistenciales (incluyendo los requisitos legales), admisión y farmacia, planificando acciones para asumirlos, reducirlos y/o eliminarlos, buscando su minimización y lograr la mejora. Dentro de la Gestión Ambiental están identificados los riesgos de aspectos ambientales y requisitos legales y existe el PC-12 Preparación y Respuesta ante Emergencias. Además, en el Hospital Guadarrama existe una Unidad Funcional de Gestión de Riesgos Sanitarios (UFGRS) que trabaja de forma continua las líneas derivadas de la estrategia de seguridad del SERMAS (Servicio Madrileño de Salud), así como objetivos propios establecidos en el Plan de Seguridad del Paciente del Hospital. Por otro lado, la notificación de errores relacionados con la medicación se realiza a través de diversas plataformas: CISEM® y PortalSALUD®, así como la clásica tarjeta amarilla (NotificaRAM®).

5.1.3. Protección de Datos: La ciberseguridad es la práctica de proteger las computadoras, los servidores, los dispositivos móviles, los sistemas electrónicos, las redes y los datos de ataques malicioso. El Hospital Guadarrama, al ser una entidad pública y tratar con datos clínicos y confidenciales de los pacientes, es fundamental contar con una base de ciberseguridad que permita tratar dichos datos con la mayor seguridad posible. Además, al estar todos los programas informatizados y muchos de ellos interconectados entre sí, esto cobra aún mayor importancia. En nuestro Hospital esto es gestionado mediante Madrid Digital, son quienes mantienen las redes por las que nos conectamos, tanto con el exterior como con los distintos CPD de la Consejería de Sanidad donde se ubican las diferentes aplicaciones. Son los responsables de mantener y gestionar: los antivirus, reglas de Firewall etc. que mantienen la protección de nuestros equipos.

5.1.4. Plan de contingencia: En el Sistema de Gobierno del Hospital se describen los planes de contingencia de los que dispone el centro para dar respuesta a los riesgos asociados. El Hospital Guadarrama cuenta con la colaboración del SPRL del Hospital Puerta de Hierro cuyo objetivo es proporcionar las herramientas suficientes que prevengan los riesgos en el desempeño del puesto de trabajo.



5.2 Transformar la organización para el futuro.

5.2.1. Análisis del ecosistema: Como se ha descrito en el punto 1.3, el Hospital cuenta con un sistema de vigilancia de nuestro ecosistema, donde se han identificado las megatendencias y sus consecuencias sobre los ODS. Cada megatendencia cuenta con una persona responsable que se encarga de su análisis, de la identificación de retos actuales y futuros de nuestro sector. Transformando el Hospital Guadarrama y adaptándonos para dar respuesta a las necesidades futuras. La estrategia se va adaptando a las necesidades, tanto presentes como futuras de los grupos de interés (rápida adaptación en la crisis sanitaria, incorporación de los objetivos de desarrollo sostenible en la estrategia, la innovación mediante la incorporación de nuevas tecnologías, implementación de la humanización...). El Hospital Guadarrama identifica y aborda las amenazas y oportunidades. Con el objetivo de crear valor para el paciente, se realiza un mapa de experiencia y de emociones, que junto con los grupos focales y las rondas de escucha activa del grupo “La Voz del Paciente”, nos sirve para acercarnos más a las necesidades presentes y futuras de los mismos. Esa información también nos sirve para actualizar los procesos (segmentación de los mismos y cambio en el enfoque del tratamiento).

5.2.1. Seguimiento de indicadores para la toma de decisión, funcionamiento y transferencia: El Hospital Guadarrama tiene identificado un conjunto de indicadores claves de los diferentes niveles de gestión, así como el funcionamiento de la organización y del cumplimiento de nuestro propósito.

5.3 Impulsar la innovación y aprovechar la tecnología.

El Hospital Guadarrama, facilita la asistencia a Congresos y Jornadas y el desarrollo de estudios de investigación, fomenta la participación de profesionales en Comisiones y en grupos focales de cliente interno para que expresen su opinión e ideas creativas e innovadoras para introducir en la organización. También se analizan propuestas de proveedores y empresas.

Dispone de un procedimiento de Gestión de Proyectos, para asegurar una adecuada implantación de ideas innovadoras y proyectos, disminuir la complejidad que todo cambio conlleva, gestionar las resistencias y lograr la colaboración y aceptación de los profesionales. De esta manera podemos adaptarnos a las necesidades de pacientes/familiares y en general a los distintos grupos de interés, así como a la mejora continua, favoreciendo la transformación del Hospital hacia futuro. Este procedimiento contempla la evaluación de nuevas tecnologías aplicables al sector salud para introducirlas en el centro.



El Hospital tiene en cuenta el ciclo de vida de la tecnología sanitaria, aplicando criterios de en los concursos de compras (eficiencia energética, respeto al medio ambiente, reducción contaminación, facilidad para el reciclado y eliminación del residuo...), introduciendo un compromiso medioambiental en los contratos con proveedores. Se realiza formación a los trabajadores para su uso correcto y mantenimiento correctivo y preventivo de la tecnología existente.



5.4 Aprovechar los datos, la información y el conocimiento.

El Hospital, en aplicación de la legislación vigente, genera, descarga, explota y analiza los datos de actividad asistencial en el ámbito de la hospitalización, con periodicidad mensual. Los ficheros generados son enviados a los servicios centrales, que posteriormente se trasladan a los sistemas de información sanitarios oficiales a nivel nacional. Del análisis de los datos se valora la adecuación de los mismos a los objetivos y estrategia del Hospital permitiendo realizar acciones correctivas en caso de ser necesario. De igual forma se sacan datos para los cuadros de mandos de hospitalización y de seguimiento de actividad de rehabilitación a través de indicadores clave en los procesos asistenciales. Así mismo los datos de la actividad no asistencial son también analizados.

Los datos de los pacientes y trabajadores requieren un nivel de protección alto. El Hospital Guadarrama implanta las herramientas necesarias para garantizar la protección de los datos que se manejan en el Centro y entre ellas se encuentra la creación de perfiles de acceso de usuarios a los trabajadores.

El Hospital cuenta con un sistema de contabilidad analítica de costes para determinar con precisión el coste por paciente / proceso / unidad / estancia real para obtener información sobre la eficiencia en la gestión del centro.

El Hospital dispone de marcas, alertas e indicadores semafóricos, en varias aplicaciones informáticas integradas en el Sistemas de Información que explota el Hospital Guadarrama, cuya actualización permite conocer con la antelación suficiente, tomar medidas preventivas, o si procede, correctoras, para garantizar un desempeño eficiente.

El Hospital Guadarrama se relaciona con los grupos de interés clave buscando la colaboración, participación y trabajo mutuo para aportar mejoras e innovaciones en sus servicios.

5.5 Gestionar los activos y recursos. Plan Estratégico Línea 4.

El Hospital gestiona el presupuesto anual asignado por el SERMAS para el Capítulo II de manera equilibrada y eficiente para cubrir económicamente las necesidades de todos los servicios.

El Hospital identifica los bienes activos y recursos sujetos a eliminación, renovación, sustitución por obsolescencia, desgaste ligado al uso, aprovechando la gestión responsable y la economía circular. La innovación tecnológica conlleva al Hospital a realizar un importante proceso de revisión de vigencia de los activos y recursos.

El Hospital tiene monitorizados todos los equipos e instalaciones y sujetos a revisiones periódicas tanto preventivas como correctivas. Las revisiones se realizan por empresas externas o por el propio personal de mantenimiento.

Cuando se celebran concursos para la adquisición de grandes equipos de alta tecnología, se incorpora su mantenimiento en los años de garantía, este se realiza por la propia empresa.

En el plan de inversiones se establece una renovación anual de los equipos que se considera que por uso u obsolescencia necesitan ser renovados.

El Hospital procede a la adquisición de equipos etiquetados con identificación de eficiencia energética y sustituye progresivamente los equipos e instalaciones de alto impacto ambiental.

El Hospital gestiona sus residuos de forma responsable, respetando la normativa correspondiente y estableciendo procedimientos de control operacional.



Criterio 6: Percepción de los grupos de interés.

Este criterio se centra en los resultados basados en el feedback de los grupos de interés clave obtenido tras su experiencia personal con la organización, es decir, sus percepciones.

6.1 Resultados de percepción de Clientes/pacientes.

Objetivos con respecto a la percepción de pacientes.

Indicadores	Objetivos
¿Le hemos explicado las cosas de manera que usted pudiera entender?	85%
¿Se han sentido escuchado para resolver sus dudas?	90%
¿Ha participado en las decisiones sobre su salud?	50%
¿Está satisfecho con la habitación?	85%
¿Está satisfecho con la comida?	85%
¿Está satisfecho con la limpieza?	85%
¿Le han transmitido los profesionales que le han atendido confianza y seguridad?	90%
¿Considera que ha estado bien controlado el dolor durante su ingreso?	85%
¿Cree que su estancia en el Hospital ha mejorado su salud?	80%
Pensando en su estancia en el Hospital, ¿cómo diría que fue su experiencia con la atención recibida? (satisfacción global)	90%

Encuesta anual de satisfacción a todos los pacientes / familiares, atendidos en la Unidad de Cuidados Paliativos, de acuerdo a la metodología de la Unidad.

Indicadores	objetivos
Satisfecho con el trato que recibe el paciente	90%
Satisfecho con el trato que recibe la familia	90%
Satisfecho con la información sobre su evolución	90%
Satisfecho con la información sobre su tratamiento	90%
Satisfechos con el control de síntomas	90%
Satisfechos con el tiempo que espera para recibir atención cuando lo demanda	90%
Satisfechos con la habitación	90%
Valoración global de los servicios del Hospital	90%



6.2 Resultados de percepción de personas.

Encuesta de clima laboral a las personas (encuesta bienal):

Indicadores	objetivos
¿Crees que en tu unidad/servicio se valora y reconoce el trabajo bien hecho?	40%
Tu mando directo te da las orientaciones y apoyo que requieres para el desempeño de tu trabajo	60%
En general, valoras la relación profesional con tu superior directo como...	70%
En tu opinión, la Organización del trabajo en tu unidad/servicio es...	60%
En general, la relación entre compañeros y el ambiente de trabajo existente en tu unidad/servicio es...	70%
El nivel de colaboración que existe entre tu unidad/servicio y otras unidades, con las que debe relacionarse por razones de trabajo, es...	60%
¿Conoces los objetivos y planes de actuación establecidos para tu unidad/servicios?	60%
En caso de respuesta afirmativa en la pregunta anterior... ¿Cómo consideras que dichos objetivos y planes de actuación?	60%

Encuesta de valores de satisfacción a las personas, (encuesta bienal):

Indicadores	objetivos
Cultura centrada en la persona: Hace referencia al respecto a los derechos y preferencias de la persona, atendiendo a su individualidad	85%
Excelencia en el trata: Nuestro servicio debe diferenciarse por ser exquisito, por atender a la persona más allá de la enfermedad	90%
Trabajo en equipo: Apostamos por el trabajo en equipo, la coordinación entre las personas, disciplinas, departamentos y procesos del Hospital	60%
Comunicación abierta: Creemos en una comunicación abierta, honesta y respetuosa entre las personas	75%
Orientación a los resultados: Trabajamos para lograr los mejores resultados, añadir valor a los grupos de interés de manera sostenible y responsable	75%
Valoración global	75%



6.3 Resultados de percepción de inversores y reguladores.

Encuesta anual de satisfacción a directivos del SERMAS:

Indicadores	valoración
¿Cómo valora el compromiso del Hospital Guadarrama con SERMAS?	≥ 9
¿Cuál es la valoración global que otorga el Hospital Guadarrama?	≥ 9
¿En qué medida valora nuestra contribución en la medida estancia de la Comunidad de Madrid?	≥ 9

Valoración de 1 a 10, siendo 1 menos favorable y 10 muy satisfactorio

Encuesta anual de satisfacción a la UCME (Unidad de Coordinación de media estancia):

Indicadores	valoración
Grado de satisfacción con la accesibilidad de la Unidad de Admisión	≥ 5
Grado de satisfacción con la resolución de los problemas que desde la Unidad Centralizada se plantean	≥ 3
Grado de satisfacción con el tiempo transcurrido para da respuesta a las situaciones planteadas	≥ 5
Grado de satisfacción con la colaboración que ofrece el Hospital	≥ 4

Valoración de 1 a 5, siendo 1 menos favorable y 5 muy satisfactorio

6.4 Resultados de percepción de la sociedad.

Encuesta anual de satisfacción asociación de pacientes:

Indicadores	OBJETIVO
Según su conocimiento, ¿Qué valoración le otorga al Hospital Guadarrama?	≥ 9
¿Cómo valora la colaboración Hospital-Asociación?	≥ 8

Valoración de 1 a 10, siendo 1 menos favorable y 10 muy satisfactorio

Encuesta de satisfacción alumnos de grado:

Indicadores	objetivos
Nivel de conocimiento adquirido	≥ 90%
Tus expectativas de han cumplido de forma	≥ 90%

Encuesta de satisfacción alumnos de rotación enfermeras residentes geriatría:

Indicadores	objetivos
Nivel de conocimiento adquirido	≥ 90%
Tus expectativas de han cumplido de forma	≥ 90%



Encuesta de satisfacción alumnos de rotación médicos residentes geriatría:

Indicadores	objetivos
Nivel de conocimiento adquirido	≥ 90%
Tus expectativas de han cumplido de forma	≥ 90%

Encuesta de satisfacción alumnos técnico en farmacia y parafarmacia:

Indicadores	objetivos
Nivel de conocimiento adquirido	≥ 90%
Tus expectativas de han cumplido de forma	≥ 90%

Encuesta de satisfacción alumnos técnico en cuidados auxiliares de enfermería:

Indicadores	objetivos
Nivel de conocimiento adquirido	≥ 90%
Tus expectativas de han cumplido de forma	≥ 90%

Resultados en la sociedad:

Indicadores	objetivos
Publicaciones	>1
Nº de acuerdos firmados con colaboradores externos (centros docentes)	>2
Apariciones en medios de comunicación	>10
Invitaciones como expertos	>4
Número de reuniones de Comité de Empresa	>7

Encuesta Ayuntamiento:

Indicadores	objetivos
¿Cómo valora el servicio que ofrece el Hospital Guadarrama?	>9
¿En qué medida el Hospital Guadarrama es relevante para el municipio?	>9

6.5 Resultados de percepción de partners y proveedores.

Contratos compromisos RSS proveedores:

Indicadores	Número de contratos	% de cumplimiento
Contratación administrativa	25	100%
Contratación mantenimiento y servicios		

Encuesta y evaluación a proveedores:

Indicadores	objetivos
Grado de satisfacción de los proveedores con el Hospital	≥4,5

Valoración de 1 a 5, siendo 1 menos favorable y 5 muy satisfactorio

Alianza telemedicina con el Hospital de Getafe:

Indicadores	objetivos
Valoración de la organización de la Telemedicina con el Hospital Guadarrama	≥4
Valoración de la organización de los pacientes que acuden a consulta de Telemedicina:	≥4

Valoración de 1 a 5, siendo 1 menos favorable y 5 muy satisfactorio



**Criterio 7:
Rendimiento estratégico y operativo.**

Este criterio se centra en los resultados ligados al **rendimiento de la organización en cuanto a:**

- La capacidad de alcanzar **su propósito, ejecutar su estrategia** y crear valor sostenible.
- Su preparación (estado de forma) para afrontar el futuro.

7.A. Logros alcanzados en la consecución del propósito y la creación de valor sostenible:

INDICADORES	OBJETIVO
Ganancia de puntos en la escala de Barthel al alta. DCA	≥32
Ganancia de puntos en la escala de Barthel al alta. ORTOGERIATRÍA	≥33,81
Ganancia de puntos en la escala de Barthel al alta. DETERIORO FUNCIONAL	≥32,95
Ganancia de puntos en la escala de Barthel al alta. AMPUTADOS	≥28,00
Valore su grado de satisfacción con la evolución de su dolencia.	85%
Paciente satisfecho con personal de enfermería en relación a la confianza y seguridad que le inspira.	90%
% de pacientes que valoran su salud como buena o muy buena, tras los 6 meses de alta.	—



La autenticidad de este documento se puede comprobar en www.madrid.org/csv mediante el siguiente código seguro de verificación: **1258139441493918754924**

7.B. Rendimiento financiero:

INDICADORES ECONÓMICOS FINANCIEROS	OBJETIVOS
Presupuesto anual Capítulo II	
% variación del presupuesto en relación con el año anterior	
% de ejecución del presupuesto global	100%
% desviación presupuestaria anual	
Coste por estancia en hospitalización	
Coste por estancia en URF	
Coste por estancia en UCC	
Coste por estancia en UCP	
% cobro a terceros sobre el total facturado	100%
% de facturas a terceros sobre el total facturable	100%
% de presupuesto de adquisiciones realizadas por compra directa	
% de gasto destinado a material sanitario	
% de gasto de material sanitario destinado a apósitos	
Presupuesto de farmacia	
% desviación del presupuesto de farmacia en relación con el año anterior	
% de ejecución del presupuesto de farmacia	
% desviación presupuestaria anual de farmacia	
Estancias HGU	
Estancias URF	
Estancias UCC	
Estancias UCP	
Coste Farmacia HGUA	
Coste Farmacia URF	
Coste Farmacia UCC	
Coste Farmacia UCP	
Coste por estancia en Farmacia HGUA	
Coste por estancia en Farmacia URF	
Coste por estancia en Farmacia UCC	
Coste por estancia en Farmacia UCP	



7.C. Cumplimiento de las expectativas de los grupos de interés clave:

Grupo de Interés		Indicador relacionado	OBJETIVOS
CLIENTES 35%	PROCESOS: > ORTO (27%) > D.F. (33%) > D.C.A. (25%) > AMPUTADOS (5%) > UCC (2%)	NECESIDADES ✓ % altas dadas por mejora o curación. ✓ Satisfacción global con la atención recibida. Encuesta Propia ✓ Satisfacción con la información recibida (encuesta). ✓ Satisfecho con el control de síntomas físicos (encuesta al alta) ✓ Valoración del dolor. Encuesta Propia ✓ % dolor >4. Encuesta Propia ✓ % de información disponible en Horus.	>90%
			≤2%
			≥90%
			≥0,70
			≥0,70
			≥0,90
	≥40,00		
	> PALIATIVOS (8%)	EXPECTATIVAS ✓ Satisfacción global con la rehabilitación (encuesta). ✓ Satisfacción con la evolución de su dolencia. Encuesta Propia ✓ % satisfacción con el trato (enfermería, médicos, TMCAE y Trabajo Social, Terapeutas/Fisioterapeutas). Encuesta Propia	≥90%
			≥85%
			≥90%
	Hospitales proveedores 12,03%	✓ Satisfacción con el Hospital Guadarrama. Encuesta Hospitales proveedores.	≥8
	Atención Primaria 1%	✓ Nivel de confianza con el Hospital Guadarrama. Encuesta Hospitales proveedores.	≥8

*Sin datos por Covid-19

Grupo de Interés		Indicador relacionado		
PERSONAS 15%	Las personas 15%	EXPECTATIVAS ✓ Nº de personas que participan en comisiones y grupos de trabajo. ✓ % de satisfacción con la Comunicación interna. ✓ Cumplimiento Plan de Obras. ✓ % permisos concedidos de conciliación. ✓ Cumplimiento Plan Formación. ✓ Mejora de la satisfacción, coordinación entre distintas Unidades / Servicios, para un buen servicio (bianual, encuesta clima laboral).		
			NECESIDADES ✓ Nº Ingresos.	
				EXPECTATIVAS ✓ Seguimientos indicadores de Contrato Programa. ✓ Satisfacción de los profesionales con los Mandos Intermedios. Encuesta Clima Laboral. ✓ Satisfacción de los profesionales con la accesibilidad de la dirección. Encuesta Clima Laboral. ✓ Nº proyectos en los que se participa. SERMAS ✓ Satisfacción con la resolución de problemas. UCME (Valoración de 1 a 5) ✓ Satisfacción con el tiempo de respuesta. UCME (Valoración de 1 a 5) ✓ Satisfacción con la amabilidad en la atención. UCME (Valoración de 1 a 5)
			Servicio Madrileño de Salud 25%	

*Sin datos por Covid-19



Grupo de Interés		Indicador relacionado	
SOCIEDAD 10%	Asociaciones de Pacientes 1,90%	NECESIDADES	✓ Participación en 3 comisiones
			✓ Acuerdo de colaboración.
			✓ Nº voluntarios.
	Voluntariado 0,95%	EXPECTATIVAS	✓ ¿Qué valoración le otorga al Hospital Guadarrama? Asociaciones de Pacientes. Valoración de 1 a 10
			✓ ¿Cómo valora la colaboración Hospital- Asociación? Asociaciones de Pacientes. Valoración de 1 a 10
			✓ Satisfacción global voluntariado con el Hospital.
			✓ Nº alumnos en prácticas.
Universidades Colegios Profesionales Comisiones Docentes de Hospitales Universitarios 1,43%	EXPECTATIVAS	✓ Valoración global conocimientos adquiridos.	
		✓ % objetivos conseguidos en medio ambiente	
Centros Medioambientales 1,90%	EXPECTATIVAS	✓ Nº apariciones medios de comunicación.	
PARTNERS Y PROVEEDORES 10%	➤ Proveedores 7%	NECESIDADES	✓ Nº proveedores que proveedores que prestan servicio o suministran material (sanitario/ no sanitario).
			EXPECTATIVA
	➤ Alianzas/Colaboraciones 3%	EXPECTATIVA	✓ Grado de proveedores satisfechos.(Valoración de 1 a 5)
		EXPECTATIVA	✓ Nº contratos de mantenimiento/servicios continuidad con más de 2 años de antigüedad
		EXPECTATIVA	✓ % de alianzas con informes de seguimiento

*Sin datos por Covid-19



La autenticidad de este documento se puede comprobar en www.madrid.org/csv mediante el siguiente código seguro de verificación: 1258139441493918754924

7.D/E/F. Consecución de los objetivos estratégicos. Logro en la gestión del funcionamiento y transformación:

CLIENTES	OBJETIVOS
Índice de eficiencia DCA	≥0,70
Índice de eficiencia ORTO	≥0,90
Índice de eficiencia DET. FUNCIONAL	≥0,77
Índice eficacia corregida DCA	≥41
Índice eficacia corregida ORTO	≥49,90
Índice de eficacia corregida DET. FUNCIONAL	≥46,76
Coste farmacia/estancia (días)	
Coste hospitalización farmacia por UCH	
Consultas índice nuevas/sucesivas	
DCA	
Estancia media (días)	≤47 días
Ganancia puntos en escala Barthel modif al alta (*)	≥32
Índice de caídas por 1000 estancias	≤12,67
ORTOGERIATRÍA	
Estancia media (días)	≤35 días
Ganancia puntos en escala Barthel modif al alta (*)	≥33,81
Índice de caídas por 1000 estancias	≤0,08%
INDICADORES DE DETERIORO FUNCIONAL	
Estancia media (días)	≤39,33 días
Ganancia puntos escala Barthel modif al alta (*)	≥32,95
Índice de caídas por 1000 estancias	≤0,15%
DCA	
Nº pacientes	—
Media sesiones fisioterapia/paciente	≤30,12
Media sesiones terapia ocupacional/paciente	≤25,47
Media de sesiones logopedia/pacientes	≤21,11%



La autenticidad de este documento se puede comprobar en www.madrid.org/csv mediante el siguiente código seguro de verificación: **1258139441493918754924**

7.G. Mediciones predictivas para el futuro de la organización:

INDICADORES	OBJETIVOS
Porcentaje uso de los robots en URF	>80%
Nº de apariciones en medios de comunicación.	>20%
Nº de Planes de Contingencia General.	8
Nº de Planes de Contingencia de Medicina Preventiva.	3
Porcentaje de cumplimiento de la legislación que aplica Hospital Guadarrama.	100%

Mejora continua del sistema.

Generalidades.

El Sistema Integrado de Gestión de Calidad desarrollado tiene como máxima la mejora continua de la eficacia del mismo. Para conseguirlo tiene las siguientes herramientas:

- Política de Calidad y Medio Ambiente.
- Los objetivos.
- Los resultados de las Auditorías.
- El análisis de los datos.
- Las acciones correctivas y preventivas.
- La Revisión por la Dirección.

Mejora continua.

Con la elaboración y seguimiento de los procesos del Sistema Integrado de Gestión de la Calidad y trabajando según el ciclo PDCA logramos la mejora continua del sistema.

En la Revisión por la Dirección, el Hospital de Guadarrama lleva a cabo el Análisis de Datos para demostrar la idoneidad y la eficacia del Sistema Integrado de Gestión de Calidad, evaluando dónde puede realizarse la mejora continua.

El análisis de los datos proporciona la información sobre:

- La satisfacción del cliente.
- La conformidad de los requisitos del servicio.
- Las características y tendencias de los procesos.
- El cumplimiento de los requisitos legales.
- El control operacional de los aspectos ambientales significativos.
- El desempeño ambiental de la organización.
- El grado de cumplimiento de objetivos y metas ambientales.
- Todo aquello que sea pertinente para la mejora del sistema.



Año 2022 ■

Año 2023 ■

Año 2024 ■

Todos los años ■

AÑOS 2022 / 2023 / 2024

CALENDARIO DE ACTUACIONES PLAN DE CALIDAD		E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	RESPONSABLES
1.1	Revisar, actualizar el propósito y la visión.													Dirección Gerencia
1.2	Identificar y entender las necesidades de los grupos de interés. (Seguimiento de indicadores específicos).													Dirección Gerencia / Comisión de Calidad
1.2	Identificar y entender las necesidades de los grupos de interés. (Actualizar tabla de Necesidades y Expectativas).													Dirección Gerencia / Comisión de Calidad
1.3	Comprender el ecosistema, las capacidades propias y los principales retos.													Dirección Gerencia / Comisión de Calidad / Responsable segmento
1.4	Desarrollar la estrategia (seguimiento semestral del Plan).													Dirección Gerencia
1.4	Desarrollar un nuevo Plan Estratégico.													Dirección Gerencia
1.5	Sistema de Gestión de Gobierno.													Dirección Gerencia
1.5	Revisar y actualizar el sistema de gestión y de gobierno (revisión y actualización de la cartera de servicios).													Dirección Gerencia
1.5	Revisar y actualizar el sistema de gestión y de gobierno (cierre y cumplimiento de contrato programa).													Dirección Gerencia
1.5	Revisar y actualizar el sistema de gestión y de gobierno (cierre y cumplimiento carta de servicio).													Dirección Gerencia
1.5	Revisar y actualizar el sistema de gestión y de gobierno (revisión y actualización de mapa de procesos).													Dirección Gerencia
2.1	Dirigir la cultura de la organización y reforzar los valores (Encuesta de valores y evaluación de comportamientos).													Dirección Gerencia / Comisión Técnica
2.2	Crear las condiciones para hacer realidad el cambio (realizar mapas de experiencias del paciente).													Comisión de Dirección / Calidad Percibida
2.2	Crear las condiciones para hacer realidad el cambio (realizar grupos focales y rondas La Voz del Pacientes).													Comisión de Dirección / Calidad Percibida
2.3	Estimular la creatividad y la innovación (Avances con Big-Data).													Comisión Técnica / Propietario Procesos
2.3	Estimular la creatividad y la innovación (dos acciones innovadoras).													Comisión Técnica / Propietario Procesos
2.3	Estimular la creatividad y la innovación (Nuevo cuadro de mandos con aplicación avanzada).													Comisión Técnica / Propietario Procesos
2.4	Unirse y comprometerse en torno a un propósito, visión y estrategia.													Dirección Gerencia
3.1	Clientes: Construir relaciones sostenibles.													Comisión de Calidad / Responsabilidad Social
3.3	Inversores y reguladores: Asegurar y mantener su apoyo continuo (seguimiento semestral cumpliendo contrato programa).													Dirección Gerencia / Comisión Técnica
3.3	Inversores y reguladores: Asegurar y mantener su apoyo continuo (evaluación del cumplimiento contrato programa).													Dirección Gerencia / Comisión Técnica
3.4	Sociedad: Contribuir a su desarrollo, bienestar y prosperidad (Revisar el mapa de ODS).													Comisión RSS
3.5	Partners y proveedores: Construir relaciones y asegurar su compromiso para crear valor sostenible (evaluación de proveedores y encuesta de satisfacción).													Dirección de Gestión / Compas
4.1.2	Diseñar el valor y cómo se crea (Carta de Servicios).													Dirección Gerencia
4.1.3	Diseñar el valor y cómo se crea (Codiseño en la documentación dirigida a pacientes).													Responsable de la Comité Calidad Percibida y Humanización
4.1.4	Diseñar el valor y cómo se crea (Tecnología).													Dirección de Gestión
4.1.5	Diseñar el valor y cómo se crea (Diseño de la experiencia).													Comité Calidad Percibida y Humanización
4.1.6	Diseñar el valor y cómo se crea (Evaluación del club de Benchmarking y Revisión y actualización de la cartera de servicios).													Dirección Gerencia / Dirección Asistencial
4.1.7														
4.1.8	Diseñar el valor y cómo se crea (Evaluación de los indicadores del Observatorio de Resultados).													Dirección Médica
4.2.1	Comunicar y vender la propuesta de valor (Revisión de la Página Web).													Departamento Informática

La autenticidad de este documento se puede comprobar en www.madrid.org/csv mediante el siguiente código seguro de verificación: 1258139441493918754924

CALENDARIO DE ACTUACIONES PLAN DE CALIDAD		E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	RESPONSABLES
4.2.2	Comunicar y vender la propuesta de valor (informe de reputación online).													Comisión de Comunicaciones, Publicaciones e Imagen Corporativa
4.2.3	Comunicar y vender la propuesta de valor (revisión de la señalización del Hospital).													Dirección de Gestión
4.3.1	Elaborar y entregar la propuesta de valor (mapa ODS).													Departamento de Calidad
4.3.2	Elaborar y entregar la propuesta de valor (Análisis de materialidad).													Departamento de Calidad
4.4	Comunicar y vender la propuesta de valor (Renovar el plan de comunicación).													Comisión de Comunicaciones, Publicaciones e Imagen Corporativa
4.4.1	Diseñar el valor y cómo se crea (Diseño de la experiencia).													Responsable de la Comisión de Calidad percibida y Humanización.
4.4.1	Diseñar el valor y cómo se crea (Diseño de la experiencia).													Responsable de la Comité Calidad Percibida y Humanización
4.4.2	Diseñar e implantar la experiencia global (Actualizar y revisar el mapa de experiencia).													Responsable de la Comité Calidad Percibida y Humanización
5.1.1	Gestionar el funcionamiento y el riesgo (Mapa de procesos).													Dirección Gerencia / Comité Calidad Percibida y Humanización
5.1.2	Gestionar el funcionamiento y el riesgo (Gestión del mapa de riesgos).													Departamento de Calidad
5.1.3	Gestionar el funcionamiento y el riesgo (política de protección de datos).													Comisión Protección de Datos
5.1.4	Gestionar el funcionamiento y el riesgo (Actualizar los planes de contingencia).													Departamento Informática
5.2.1	Transformar la organización para el futuro (análisis del ecosistema).													Responsable de cada Línea
5.2.2	Transformar la organización para el futuro (Seguimiento de indicadores claves).													Comité Calidad Percibida y Humanización
5.2.2	Transformar la organización para el futuro (Indicadores de cumplimiento del propósito).													Comité Calidad Percibida y Humanización
5.3	Impulsar la innovación y aprovechar la tecnología (Actualización del procedimiento de proyecto).													Dirección Gerencia
5.3	Impulsar la innovación y aprovechar la tecnología (actualización de compromiso de sostenibilidad en todos los concursos).													Dirección de Gestión
5.4	Aprovechar los datos, la información y el conocimiento (Seguimiento los indicadores de procesos).													Dirección Asistencial / Gestores de procesos
5.4	Aprovechar los datos, la información y el conocimiento (Seguimiento del Cuadro de Mando).													Comisión de Dirección
6.1	Resultados de percepción de pacientes (Encuesta a paciente).													Comité Calidad Percibida y Humanización
6.1	Resultados de percepción de pacientes (Encuesta a asociaciones colaboradores de pacientes).													Comité Calidad Percibida y Humanización
6.2	Resultados de percepción de personas (encuesta a trabajadores).													Comité Calidad Percibida y Humanización
6.3	Resultados de percepción de inversores y reguladores (Encuesta a inversores, Dirección General).													Comité Calidad Percibida y Humanización
6.3	Resultados de percepción de inversores y reguladores (Encuesta a inversores, Hospitales y UCME).													Comité Calidad Percibida y Humanización
6.5	Resultados de percepción de partners y proveedores (Encuesta a proveedores).													Comité Calidad Percibida y Humanización

La autenticidad de este documento puede comprobarse en www.madrid.org/csw mediante el siguiente código de verificación: 1258139441493918754924

ANEXO I

POLÍTICA DE CALIDAD Y MEDIO AMBIENTE

La Política de Calidad y Medio Ambiente del Hospital Guadarrama, expresa el compromiso del Hospital en esta materia. Esta Política está basada en la filosofía de excelencia del Modelo de la Fundación Europea (Quality Management) EFQM.

Esta Política se enmarca en las siguientes líneas:

- ✓ Existe un Plan de Calidad y Gestión Ambiental liderado por la Dirección del Hospital.
- ✓ Las Comisiones de Calidad Asistencial e Historias Clínicas y de Medio Ambiente, se articulan como órganos facilitadores y asesores en sus competencias.
- ✓ Mantener el Sistema de Calidad robusto mediante el ejercicio de auditorías periódicas y autoevaluaciones periódicas siguiendo el modelo EFQM.
- ✓ Mejorar los programas de Calidad y Gestión Ambiental, mediante el establecimiento y actualización de objetivos y metas.
- ✓ Velar por el funcionamiento adecuado del Sistema de Gestión de Calidad y desempeño ambiental, utilizando los resultados alcanzados, en busca de la mejora continua, de los procesos de la Organización con la participación de los profesionales, tanto en el establecimiento de indicadores como de objetivos y líneas de mejora.
- ✓ Cumplir los requisitos legales que le sean de aplicación y los que suscriba relacionados con aspectos ambientales, que se identifiquen y valoren como perjudiciales para el medio ambiente.
- ✓ El Hospital se compromete a identificar y a satisfacer las necesidades y prioridades de los distintos grupos de interés, posicionando al paciente en el centro de la Organización.
- ✓ Mejorar la experiencia del paciente y la humanización de la asistencia sanitaria.
- ✓ Fomentar la protección del medio ambiente y la prevención de la contaminación, promoviendo la eficiencia energética, manteniendo las instalaciones en perfecto estado, prestando atención al consumo de los recursos naturales, la prevención de la contaminación atmosférica, aguas residuales, suelo y gestionando los residuos de forma adecuada, reduciéndolos en lo posible, avanzando en la línea de Eco-Hospital.
- ✓ Avanzar en la Gestión de la Responsabilidad Social Corporativa.
- ✓ Impulsar acciones destinadas a promover estilos de vida saludables.
- ✓ Ofrecer transparencia mediante el acceso público a la información (estrategia, resultados alcanzados, etc.).
- ✓ Impulsar la formación, creatividad e innovación fomentando la participación de los profesionales.
- ✓ Incorporar a la Organización mejoras y aprendizaje mediante el Benchmarking.
- ✓ Trabajar mejoras para una comunicación eficaz en la Organización y potenciar la imagen y comunicación externa.

La Política de Calidad y Medio Ambiente está disponible en la web del Hospital y en diferentes estancias del Hospital Guadarrama.

Guadarrama, 8 de agosto de 2022
Rosa M^a Salazar de la Guerra
Directora Gerente



ANEXO II
ACTA REUNIÓN DE REVISIÓN DEL SISTEMA

xx/20xx

ACTA DE REVISIÓN DEL SISTEMA DE CALIDAD POR LA COMISIÓN TÉCNICA CELEBRADA EL DÍA xx DE xxxx DE 20xx

ASISTENTES:

AUSENTES:

Se reúnen el día xx de xxxx de 20xx a las xx horas en el Aula de Docencia del Hospital Guadarrama, los asistentes que se relacionan arriba, con el siguiente orden del día:

- 1. Presentación del informe de revisión por la dirección del Hospital.**
- 2. Ruegos y preguntas.**

1. PRESENTACIÓN DEL INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN DEL HOSPITAL.

2. RUEGOS Y PREGUNTAS.

Sin más asuntos que tratar, finaliza la reunión siendo a las xx:xx horas.

Fdo. XXXXXXXX XXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXX
Directora Gerente



La autenticidad de este documento se puede comprobar en www.madrid.org/csv mediante el siguiente código seguro de verificación: **1258139441493918754924**

ANEXO IV COMUNICACIÓN CON LAS PARTES INTERESADAS

Grupo de Interés	Canales de comunicación	Sistemática de comunicación

Última revisión:

