



Hospital General Universitario
Gregorio Marañón
 Comunidad de Madrid



PLAN DE CALIDAD 2010-2014

INDICE

1. Introducción

2. Metodología para la elaboración del Plan de Calidad

3. Despliegue de las áreas de mejora y de los Objetivos del Plan de Calidad.

Intervenciones en el área de Calidad Relacional

Intervenciones en el la mejora de la accesibilidad y organización hospitalaria

Intervenciones en el área de Calidad científico- técnica (efectividad de la práctica clínica)

4. Evaluación anual

1. INTRODUCCION

El Sistema Sanitario de la Comunidad de Madrid, al igual que en otras Comunidades Autónomas, se enfrenta a un conjunto de retos que se pueden resumir en cuatro grandes aspectos:

- Hacer frente a una demanda de atención sanitaria creciente generada, de una parte por la tendencia demográfica hacia mayores índices de envejecimiento y de otra por el previsible aumento de la población inmigrante.
- Competir, dentro de los presupuestos de la C.M., por unos recursos económicos limitados, ya que la Administración ha de atender también a otras necesidades de la sociedad, como educación, seguridad, infraestructuras, empleo, etc.
- Responder a un nivel creciente de exigencia de “calidad” por parte de los pacientes, familiares y ciudadanos en general
- Responder a una demanda creciente de mayor participación y corresponsabilidad en la gestión sanitaria, por parte de los profesionales del Sistema Sanitario

El Hospital General Universitario Gregorio Marañón es una pieza clave, dentro del Sistema Sanitario de la Comunidad de Madrid, y ha de contribuir en la parte que le corresponde, a la solución de los retos a los que se enfrenta el Sistema Sanitario en nuestra Comunidad Autónoma.

Adicionalmente, el Hospital General Universitario Gregorio Marañón, en su propia área de influencia, ha afrontado en los últimos años cambios importantes como por ejemplo, los que se derivan de la puesta en funcionamiento de dos nuevos hospitales en dicha área de influencia.

En este sentido, el Plan de Calidad constituye una herramienta básica en la gestión del hospital para desarrollar las líneas estratégicas del mismo.

Ejes del Plan de Calidad de la atención:

La calidad de la atención que reciban nuestros pacientes vendrá determinada por una serie de propiedades que situarán a nuestro hospital como mejor, peor o igual que la de los restantes centros del entorno. Situarnos entre los mejores estará determinado por nuestra capacidad de prestar una atención:

1. **Segura:** Minimizar los eventos adversos evitables en los pacientes,
2. **Efectiva:** Prestar asistencia basada en la mejor evidencia científica, evitando el sobreuso o el infrauso de los recursos

3. **Centrada en el paciente:** Proveer los cuidados respetando los valores y creencias de los pacientes bien informados, que deben ser quienes finalmente guíen las decisiones clínicas
4. **En el momento adecuado:** Evitando los retrasos innecesarios
5. **Eficiente:** Evitando gastos innecesarios
6. **Equitativa:** Proveer los mismos cuidados para las mismas necesidades, sin distinción social o de ubicación del paciente.

En los 6 ejes, y muy especialmente en los 5 primeros, es donde se centrarán nuestros programas de actuación. La puesta en marcha de estas líneas deberá ser liderada desde la Dirección del Hospital, coordinadas por el Servicio de Medicina Preventiva y Gestión de Calidad y contando siempre con la imprescindible participación de los profesionales del centro, evitando cualquier connotación de inspección.

2. METODOLOGIA PARA LA ELABORACIÓN DEL PLAN

Para la elaboración del Plan de Calidad del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, conforme a las líneas establecidas, se han definido las siguientes etapas:

1) A partir de la autoevaluación del centro siguiendo el modelo EFQM que se realizó entre los años 2009-10, con la participación de .profesionales de los distintos estamentos del hospital, se identificaron como prioritarias las siguientes líneas estratégicas:

*1.- Líneas de actuación dirigidas a potenciar los aspectos de **calidad relacional***

*2.- Líneas de actuación dirigidas a potenciar los aspectos relacionados con la **organización de recursos y áreas**, dirigidos a mejorar la accesibilidad y costes de la atención*

*3.- Líneas de actuación dirigidas a potenciar los aspectos de **calidad científico técnica***

2) Para la elaboración de los contenidos específicos del Plan, se han tenido en cuenta los requerimientos de la DG de Atención al Paciente y Calidad, de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid y del SERMAS. Internamente se constituyó un grupo de trabajo con jefes de servicio del hospital, que incorporando todos los requerimientos anteriores, formularon un borrador del Plan que posteriormente fue revisado y aprobado por el Comité de Dirección del HGUGM en abril de 2010.

3. DESPLIEGUE DE LAS AREAS DE MEJORA Y OBJETIVOS 2010-2014 DEL PLAN DE CALIDAD.

En la figura 1 se presentan en forma de esquema las áreas de mejora identificadas por el grupo de trabajo para la elaboración de Plan de Calidad.



Figura 1: Áreas de mejora y Objetivos generales a incluir en el Plan de Calidad del HGUGM

3.1 INTERVENCIONES EN EL AREA DE CALIDAD RELACIONAL

3.1.1 ACOGIDA Y TRATO PERSONALIZADO

OBJETIVO: *Mejorar la señalización y pautas de información general a los pacientes*

ACTIVIDADES:

- Potenciar la difusión de folletos informativos para los pacientes sobre el circuito de derivación entre AP, CEP's y el Hospital.
- Establecer, reforzar y mejorar la eficacia de los puntos de información personalizada y la señalización interna del Hospital.
- Impulsar el Proyecto "chaquetas verdes".

- Difundir y actualizar la información sobre el Hospital a través de Internet

OBJETIVO: Establecer en todos los servicios del hospital un punto y horario de información para los pacientes.

ACTIVIDADES:

- Se evaluará la disponibilidad de espacios para configurar el punto de información.
- Se implantará un protocolo de información en cada servicio /unidad que estará visible para los pacientes y familiares.

OBJETIVO: Diseñar e implantar un Plan de Acogida para los pacientes Hospitalizados

ACTIVIDADES:

- Se elaborará e implantará la distribución de una información escrita (Libro de Acogida), que de forma sencilla informe a los pacientes de la organización del hospital y sus derechos y deberes.
- Se implantará la filosofía de hospital de puertas abiertas, a la vez que se fomenta el cumplimiento del horario de visitas en aquellos casos en que sea necesario.

3.1.2. RESPETO A VALORES Y CREENCIAS

OBJETIVO: Actualizar/Elaborar el 100% de los consentimientos informados para aquellos procedimientos y técnicas que lo requieran.

ACTIVIDAD:

- Se reforzará el circuito de información y aprobación de Consentimientos Informados por la Comisión de Documentación Clínica.
- Se incluirá en la Intranet del Hospital el formato normalizado de Consentimiento Informado.
- Se traducirán los consentimientos informados al menos a dos de las lenguas más frecuentes entre el colectivo de inmigrantes asentado en el área de influencia del hospital.

OBJETIVO: Incorporar los requerimientos de los pacientes derivados de sus valores y creencias a las prestaciones que se les dispensan.

ACTIVIDAD:

- Elaborar y difundir el protocolo de rechazo de sangre y hemoderivados
- Menús adaptados a creencias
- Traductores

3.1.3 EVALUACION DE LA PERCEPCIÓN DE LOS USUARIOS

OBJETIVO: Impulsar la mejora a través de la Gestión de sugerencias, quejas y reclamaciones incorporando como fuente de información en el rediseño de los servicios la información derivada de las mismas

ACTIVIDAD

- Realizar un análisis causal de las reclamaciones al menos con carácter anual
- Identificar deficiencias y áreas de mejora específicas en la prestación de los servicios.
- Creación del Comité de Calidad Percibida.

- Sensibilizar a los profesionales del hospital sobre la necesidad de cuidar los aspectos relacionales.

OBJETIVO: Evaluar la satisfacción de los pacientes segmentando por tipo de servicio prestado

ACTIVIDAD:

- Realizar encuestas de satisfacción, a través de cortes a todas las áreas de actividad: consultas externas, urgencias y hospitalización.
- Realizar encuestas de satisfacción posthospitalización a todos los pacientes incluidos en una vía clínica
- Evaluar la satisfacción con los servicios centrales
- Iniciar proyectos de evaluación cualitativa de satisfacción, necesidades y expectativas a través de metodologías cualitativas en grupos seleccionados de pacientes
- Establecer planes de mejora a partir de los resultados de estas evaluaciones

3.2 INTERVENCIONES EN LA MEJORA DE LA ORGANIZACIÓN HOSPITALARIA

3.2.1 INFRAESTRUCTURA

OBJETIVO: Mejorar y facilitar la Gestión de la Información y la Comunicación interna.

ACTIVIDADES:

- Impulsar y Potenciar el uso adecuado, por parte de los profesionales, de todos los mecanismos de información (partes de interconsulta, informes clínicos...) y las recomendaciones de uso existentes.
- Favorecer el contacto telefónico inmediato para reforzar el intercambio de información escrita.
- Potenciar el uso de procedimientos informáticos de intercambio de información:
 - a) Dotar a los "locales de consultas" y "controles de planta" de ordenadores conectados a la red del H.G.U.G.M.
 - b) Dar los accesos correspondientes a los Análisis clínicos y a Radiografías (informes y/o imagen)
 - c) Informatizar los registros de enfermería
- Mejorar y mantener actualizada la intranet del Hospital como vehículo efectivo de comunicación interna.
- Elaborar e implantar un Plan de Comunicación Interna.

OBJETIVO: Orientar la distribución de espacios para potenciar el trabajo en equipo

ACTIVIDADES:

- Reconversión parcial de zonas de hospitalización paralela a la apertura de nuevos hospitales en espacios polivalentes para actividades complementarias

3.2.2. AUMENTAR LA ACCESIBILIDAD EN AREAS DE ELEVADA FRECUENTACIÓN

OBJETIVO: MEJORAR LA ACCESIBILIDAD A CONSULTAS EXTERNAS

ACTIVIDADES:

- Realizar un estudio causal de los niveles y causas actuales de suspensión de consultas
- Evaluar los tiempos actuales de espera en consultas y optimizar el diseño de agendas
- Implantar un sistema de reconfirmación de citas
- Establecer una dependencia funcional de los CEP's y Atención Primaria con el Hospital.
- Optimizar el Sistema de Citaciones existente (Agrupar Tareas, Puerta Única...).
- Definir e impulsar las Consultas de Alta Resolución.

OBJETIVO: DISMINUIR LOS TIEMPOS DE PERMANENCIA EN URGENCIAS

ACTIVIDADES:

- Mejorar la coordinación con Atención Primaria
- Identificar el impacto de las causas de los tiempos actuales de permanencia en la urgencia:
 - Infraestructura: Falta de camas, personal en plantas

- Cultura: Estabilización de pacientes en la urgencia, Adecuación de la petición de pruebas, retraso del ingreso a primera hora de la mañana
- Evaluar el impacto de la modificación de la plantilla de guardia en planta

OBJETIVO: ADECUAR EL TIEMPO EN LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA A 30 DIAS COMO MÁXIMO

ACTIVIDADES:

- Disminuir el número de procedimientos quirúrgicos suspendidos
- Mejorar la gestión del bloque quirúrgico
- Potenciar la CMA

3.2.3. MEJORAR LA ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS Y UNIDADES FUNCIONALES

OBJETIVO: DESARROLLAR LAS NORMAS DE FUNCIONAMIENTO DE LOS SERVICIOS Y UNIDADES FUNCIONALES

ACTIVIDADES:

- Constituir en cada servicio/unidad funcional un grupo de trabajo en el que estén representados los diferentes estamentos, incluyendo residentes cuando se trate de aspectos docentes.
- Definir la estructura de las normas de funcionamiento en los servicios, adaptada a Centrales, Médicos y Quirúrgicos
- Definir las unidades funcionales y sus normas de funcionamiento

OBJETIVO: CONSEGUIR LA CERTIFICACIÓN SEGUN LA NORMA ISO 9001: 2008 PARA AQUELLOS SERVICIOS /UNIDADES CON IMPACTO RELEVANTE EN LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL

ACTIVIDADES:

- Incorporar en el programa de formación continuada la formación específica sobre la norma dirigida a los servicios a certificar
- Dotar de apoyo de consultoría a los servicios a certificar
- Gestionar la contratación de un programa informático de ayuda a la gestión de los requerimientos de la norma
- Articular un programa de auditorías internas cruzadas

3.2.4 LOGRAR UNA INTEGRACION FUNCIONAL EFECTIVA CON LOS DISPOSITIVOS EXTRAHOSPITALARIOS DEL AREA DE SALUD

OBJETIVO: FACILITAR LA GESTION DE PACIENTES POR EL NIVEL ASISTENCIAL ADECUADO A CADA FASE DE SU PROCESO PATOLOGICO

ACTIVIDADES:

- Fomentar entre los profesionales del Hospital el promover el retorno del paciente a otros niveles asistenciales
- Proporcionar al paciente la Información adecuada para garantizarle su retorno a otros niveles asistenciales.
- Potenciar la Hospitalización Domiciliaria

OBJETIVO: ESTABLECER PAUTAS COMUNES DE TRABAJO CON ATENCIÓN PRIMARIA

ACTIVIDADES

- Desarrollo de guías clínicas y protocolos de manejo de pacientes consensuados para el Área de salud.

- Implantación de Protocolos de Derivación consensuados entre profesionales de todos los niveles asistenciales.
- Garantizar el mecanismo de difusión e implantación de los Protocolos de Derivación.
- Revisión del catalogo de pruebas y de prescripciones abiertas a A.P.
- Potenciar el acceso de Médicos de AP a actividades científicas del hospital
- Establecer la figura del Consultor / Referente en H.G.U.G.M. para un determinado numero de médicos de A.P.
- Integración de la Atención Especializada Extrahospitalaria del área de salud en el H.G.U.G.M.
- Facilitar el acceso al informe de alta hospitalaria y recomendaciones de continuidad asistencial a A.P.

OBJETIVO: IMPULSAR LA DETECCIÓN PRECOZ DE RIESGO SOCIAL

ACTIVIDADES:

- Elaborar e implantar un protocolo de evaluación de riesgo social al ingreso
- Agilizar el inicio de las actuaciones pertinentes para una mejor gestión de los recursos asistenciales y sociales

3.2.5 MEJORAR LA IMPLICACION Y MOTIVACION DE LAS PERSONAS DE LA ORGANIZACIÓN

OBJETIVO: Mejorar la comunicación entre los profesionales y su integración en la organización

ACTIVIDADES:

- Implantar y desarrollar el Plan de Situaciones Conflictivas en centros sanitarios
- Disponer de un Plan de Acogida actualizado por estamentos

OBJETIVO: Promover la participación e implicación de los profesionales en la gestión y mejora de los procesos de la organización

ACTIVIDADES

- Potenciar la incorporación de los profesionales en grupos de trabajo, comisiones y/o equipos de mejora.
- Establecer una sistemática por parte del equipo directivo y mandos intermedios para recoger, evaluar y en su caso dar soporte logístico y metodológico a las propuestas de mejora de los profesionales

3.3 INTERVENCIONES EN EL AREA DE CALIDAD CIENTIFICO-TECNICA

3.3.1 MEJORA CONTINUA DE LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES:

OBJETIVO: Impulsar y desarrollar la Unidad Funcional de Gestión de Riesgos

ACTIVIDADES:

- Elaboración de Procedimientos normalizados de trabajo
- Desarrollo del Programa de formación y motivación en gestión de riesgos para los profesionales del hospital
- Elaboración del Plan de trabajo Integrando las distintas actividades y experiencia en la gestión de riesgos
- Difusión de las actividades de la UFGR a través de la intranet
- Elaborar un Plan de Gestión de Riesgos para el HGUGM
- Desarrollo del sistema de notificación de incidentes en el HGUGM

OBJETIVO: Prevenir las caídas en los pacientes hospitalizados

ACTIVIDADES:

- Realización del estudio mensual de incidencia de caídas en Unidades de riesgo
- Evaluar el cumplimiento del protocolo de prevención de caídas
- Diseño y difusión de material informativo para los pacientes y sus familiares.
- Mantenimiento de las actividades de formación y revisión llevadas a cabo por el Subcomité de Caídas

OBJETIVO: Prevenir el desarrollo de úlceras por presión en los pacientes hospitalizados

ACTIVIDADES:

- Realización de los estudios de prevalencia anualmente, y seguimiento de incidencia mensual con informe semestral
- Evaluación y Difusión de los protocolos de prevención y curación de úlceras

OBJETIVO: Potenciar la adecuada identificación del paciente

ACTIVIDADES:

- Implantación del sistema de identificación inequívoca de pacientes mediante pulseras.
- Elaboración, implantación y evaluación del cumplimiento del Protocolo de Identificación Inequívoca del Paciente

OBJETIVO: Potenciar el uso seguro de los medicamentos

ACTIVIDADES:

- Extensión progresiva del sistema de prescripción electrónica a las distintas áreas del hospital
- Elaboración y difusión de información a los profesionales sobre las normas correctas de prescripción, elaboración y administración de fármacos
- Desarrollo e implantación de un sistema de notificación de incidentes relacionados con la medicación

OBJETIVO: Pilotar el diseño y puesta en funcionamiento de una unidad clínica segura

ACTIVIDADES:

- Realización de una encuesta de percepción de riesgos
- Desarrollo del plan de formación al personal de la unidad
- Puesta en marcha del sistema de notificación de incidentes
- Revisión e implantación de vías clínicas para las patologías mas frecuentes
- Implementación del sistema de prescripción electrónica
- Evaluación
- Propuesta de extensión a otras unidades

OBJETIVO: Disminuir la incidencia de infecciones relacionadas con la Asistencia Sanitaria (I.R.A.S.) y prevenir su aparición

ACTIVIDADES:

- Potenciar el sistema de vigilancia epidemiológica de las IRAS
- Establecer con las unidades clínicas programas específicos de mejora en la prevención de IRAS
- Desarrollar de manera continua la revisión de la evidencia científica para la evaluación e implantación de protocolos de prevención de las IRAS

- Extender y evaluar la implantación de la higiene de manos con soluciones alcohólicas en el conjunto de las áreas del hospital

3.3.1 MEJORA CONTINUA DE LA EFECTIVIDAD DE LA PRÁCTICA MEDICO-QUIRÚRGICA:

OBJETIVO: Implantar vías clínicas y protocolos

ACTIVIDADES:

- Todos los servicios deberán definir e implantar protocolos y/o vías clínicas que abarquen el 60% de la morbilidad atendida.
- Deberá realizarse una evaluación de la adherencia al menos en la vía clínica o protocolo referidos al proceso más frecuente cada servicio.
- Desarrollo de protocolos y potenciar la adherencia a los mismos así como la evaluación de resultados: La Comisión de Protocolos y Vías Clínicas priorizará aquellos a desarrollar.

OBJETIVO: Implantar la evaluación de procesos clave para reducir la mortalidad

ACTIVIDADES:

- Valorar la necesidad y factibilidad de implantar en el hospital la creación de equipo de respuesta rápida a la preparada cardiaca.
- Mejora de la prevención secundaria del infarto agudo de miocardio
- Mejora de la prevención de la infección asociada a catéter central y periférico
- Impulsar la prevención de la Infección de herida quirúrgica
- Impulsar el uso adecuado de los medicamentos
- Desarrollo de protocolos para la prevención de la neumonía asociada a ventilación mecánica

La puesta en marcha de estas líneas de trabajo se estructura básicamente en cinco grandes programas de trabajo:

PROGRAMAS	OBJETIVOS
Autoevaluación del Hospital según Modelo EFQM	2009 y 2014
Acreditación y certificación de Unidades y Servicios	Todos los centrales y al menos dos servicios clínicos/año (según priorización de la Dirección)
Implantación y seguimiento de Protocolos/Vías Clínicas	2/año (anexo 2)
Plan para la Gestión de Riesgos en los Pacientes	Diseño e implantación
Plan de Formación en Calidad	Acciones formativas 4/año

4. EVALUACION ANUAL

La progresión en el cumplimiento de los objetivos y la efectividad de las intervenciones para la consecución de los mismos serán evaluadas por la Comisión de Dirección al menos anualmente, en el primer trimestre de cada año natural.

El formato de indicadores mínimos a revisar es el que se incluye a continuación. En los casos en que sea de aplicación se mostrara la tendencia en los últimos tres años

INDICADORES ANUALES OBJETIVOS DE CALIDAD

HGUGM			
1.- Mejora en la atención sanitaria del ciudadano			
I. 1: Elaboración-rediseño de la Carta de Servicios del hospital	Sí/No		
I.2.: Evaluación del Plan de acogida de pacientes	Sí/No		
I. 3 % de pacientes hospitalizados a los que se ha aplicado el Plan de acogida	%	% pacientes con plan de acogida /total de ingresos (Total y por centros)	
1.4 Realización de encuestas de satisfacción			
en Cirugía Mayor Ambulatoria	Sí/No	Tasa de respuesta (%)	Índice satisfacción
en Urgencias	Sí/No	Tasa de respuesta (%)	Índice satisfacción
en Consultas externas	Sí/No	Tasa de respuesta (%)	Índice satisfacción
Posthospitalización	Sí/No	Tasa de respuesta (%)	Índice satisfacción
OTRAS encuestas	Sí/No	Tasa de respuesta (%)	Índice satisfacción
2.- Mejora en los procesos asistenciales			
2.1. Elaboración/Revisión de un Plan para la Gestión de Riesgos Sanitarios en los Pacientes	Sí/No	Adjuntar Memoria	
Nº de Unidades seguras			

2.2. Grado de implantación del sistema de identificación de pacientes mediante pulseras	%	% pacientes/total de ingresos	
2.3. Grado de implantación de la higiene de manos con soluciones alcohólicas		Enumeración de las áreas/servicios	
2.4. Camas de hospitalización incluidas en el programa de prescripción electrónica	%	Camas con prescripción electrónica/total	
2.5. Prevención Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria		Tasas de I.RAS. (por tipo, servicio y grupo de riesgo)	
2.6. Prevención de caídas en pacientes		Tasa de incidencia de caídas en unidades de riesgo	
2.7. Prevención desarrollo de úlceras por presión		Prevalencia anual por unidades	
2.8. Pacientes dados de alta con informes definitivos que cumplen el 100% de los criterios de calidad establecidos	%	% IA correctos /total de altas	
2.9. Nº de Comisiones Clínicas en funcionamiento		Adjuntar Memoria	
2.10. Nº de Grupos de Trabajo constituidos			
2.11. Nº de vías clínicas editadas y/o revisadas en el año		Adjuntar Memoria	
2.12. Nº de protocolos editados y/o revisados en el año (se excluyen protocolos no asistenciales y procedimientos)		Adjuntar Memoria	
3.- Mejora en la gestión de la organización			
3.1 Acreditaciones			
Nº de servicios que estén en proceso de acreditación en 2014		Organismo/Norma Acreditación	Relación de servicios
Nº de servicios que han recibido la acreditación en 2014		Organismo/Norma Acreditación	Relación de servicios
3.2 Certificaciones			
Nº de servicios que estén en proceso de certificación en 2014		Norma de aplicación	Relación de servicios
Nº de servicios que han recibido la certificación en 2014		Norma de aplicación	Relación de servicios
3.3: Autoevaluación de acuerdo al Modelo de Autoevaluación y Mejora del Sistema sanitario Madrileño (EFQM)	Sí/No	Fecha de la última autoevaluación	Áreas de mejora detectadas
4.- Mejora en las personas de la organización			
4.1. Existencia de un Plan de acogida para profesionales elaborado o revisado en los 2 últimos años	Sí/No		
4.2. % de profesionales de nueva incorporación a los que se aplica el Plan de acogida	%		
4.3. % de profesionales en grupos de trabajo, comisiones y/o equipos de proceso	%		
4.4. Realización de encuestas de satisfacción/ clima laboral			

Alcance de la encuesta		
5.- Formación y motivación en Calidad		
5.1 Nº de cursos de calidad impartidos en el año dentro del Programa de Formación Continuada de la Gerencia (referidos por ej. a: <i>Introducción-Generalidades; Herramientas y metodología; Procesos; EFQM; ISO; Seguridad del Paciente; Otros</i>)		Adjuntar relación
5.2 Nº de publicaciones relacionadas con la calidad en el año		Adjuntar relación
5.3 Nº de ponencias relacionadas con la calidad en el año		Adjuntar relación
5.4 Nº de comunicaciones orales relacionadas con la calidad en el año		Adjuntar relación
5.5 Nº de comunicaciones poster relacionadas con la calidad en el año		Adjuntar relación
5.6 Nº de Jornadas/ Premios de Calidad organizados		Adjuntar relación
5.7 Nº de Premios/ Reconocimientos de Calidad recibidos		Adjuntar relación