

PLAN DE CALIDAD

Hospital Guadarrama

2019 - 2021



Edición: 06

Fecha: 16/05/2019

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

PLAN DE CALIDAD

INTRODUCCIÓN:

El Plan de Calidad 2017-2018, se ha finalizado en diciembre de 2018 con la Autoevaluación. El grado de cumplimiento ha sido de un 93,10%. El cumplimiento del Plan ha sido alto, gracias al esfuerzo implicación y buen hacer del conjunto de profesionales del Hospital.

En diciembre de 2018 realizamos la Autoevaluación de acuerdo con el Modelo de Excelencia Europeo EFQM, y hemos renovado el Sello de Excelencia de Calidad +500 puntos.

Esta Autoevaluación ha supuesto un importante ejercicio de reflexión que ha implicado 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.

Este nuevo Plan de Calidad supone un nuevo reto que pretende continuar orientando nuestra Organización en la mejora continua hacia la Excelencia.

Como premisa está el objetivo de satisfacer las necesidades y expectativas de los clientes, mejorando la experiencia del paciente y trabajando de manera constante para que éste sea el centro de todas nuestras acciones.

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, junto con otras políticas puestas en marcha en nuestra Organización se constituyen como elementos decisivos para el cumplimiento de nuestra Misión.

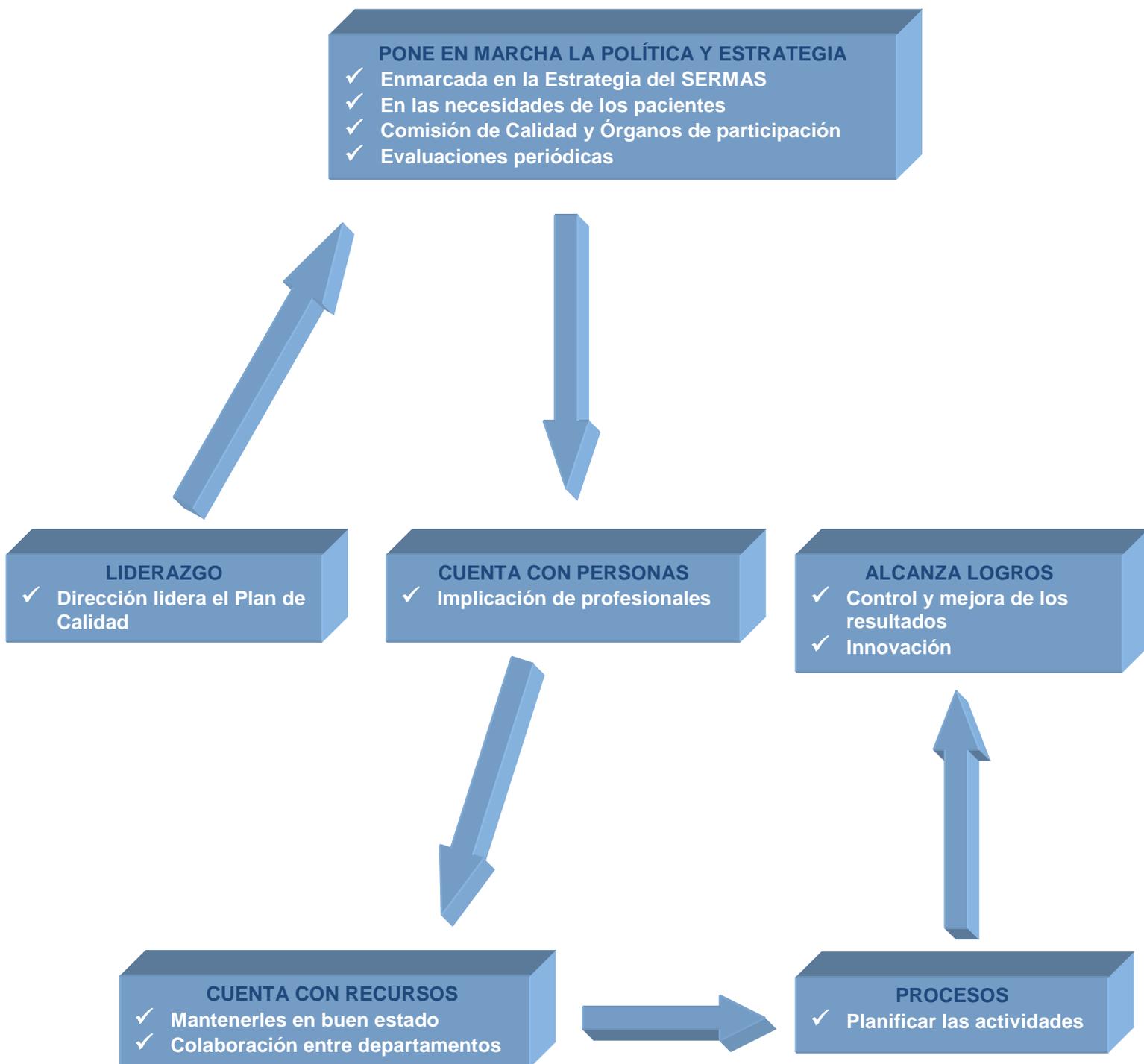
POLÍTICA DE CALIDAD Y MEDIO AMBIENTE

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

La Política de Calidad y Medio Ambiente del Hospital Guadarrama se enmarca en las siguientes líneas de actuación:

- ❖ La Dirección del Hospital lidera el Plan de Calidad y Gestión Ambiental.
- ❖ La Comisión de Calidad y la Comisión de Medio Ambiente, se articulan como órganos facilitadores y asesores en sus competencias.
- ❖ Mejorar los programas de Calidad y Gestión Ambiental, mediante el establecimiento de objetivos y metas.
- ❖ Velar por la buena marcha del Sistema de Gestión de Calidad y desempeño ambiental en pro de la mejora continua.
- ❖ Realizar autoevaluaciones periódicas siguiendo el modelo EFQM y auditorías con el objetivo de mejorar el Sistema de Calidad.
- ❖ El Hospital se compromete a cumplir con los requisitos del cliente.
- ❖ Satisfacer las necesidades y prioridades de los pacientes en materia de salud, situándolos en el centro de la Organización, mejorando la Calidad Percibida y la Humanización de la Asistencia Sanitaria.
- ❖ Mejorar la Gestión de los Procesos a través de los gestores de los mismos, fomentando 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 los aspectos ambientales, que identificamos y valoramos para prevenir y controlar los que son perjudiciales para el medio ambiente.
- ❖ Implicarnos en la protección del medio ambiente; 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 y control 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.
- ❖ Incorporar a la Organización mejoras y aprendizaje mediante el Benchmarking.
- ❖ Continuar con acciones de formación a los profesionales en materia de calidad y medio ambiente.
- ❖ Impulsar la innovación fomentando la participación de los profesionales.
- ❖ Potenciar la colaboración entre distintos Departamentos.
- ❖ Mejorar la Calidad Percibida de los profesionales.
- ❖ Fomentar la comunicación en la Organización.
- ❖ Utilizar los resultados alcanzados para la mejora continua de los procesos de la Organización.
- ❖ Avanzar en la Gestión de la Responsabilidad Social Corporativa.

Esta Política es aplicable a todo el Hospital.



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 el Contrato Programa con el que nos hemos comprometido.

Este Plan de Calidad está basado en los resultados de nuestra Autoevaluación.

Objetivos específicos:

1. Alcanzar buenos resultados de satisfacción en pacientes / familiares.
2. Mantener e implantar mejoras en el tratamiento y cuidado de pacientes, identificar nuevos posibles servicios, teniendo en cuenta las necesidades y expectativas del paciente.
3. Potenciar la Autonomía del Paciente, favorecer su implantación, fomentar las decisiones compartidas y potenciar el autocuidado.
4. Mejorar el Modelo de Liderazgo. Continuar con la Gestión por Competencias de los Mandos Intermedios.
5. Implicar y contar con los profesionales para alcanzar nuestra Misión y Visión.
6. Dar seña de identidad a nuestras Recomendaciones de Estilo.
7. Mejorar y avanzar en Alianzas.
8. Compartir conocimiento para la mejora.
9. Trabajar por la sostenibilidad. Hacer una gestión eficiente de los recursos.
10. Avanzar en Responsabilidad Social.

DIAGNÓSTICO DE SITUACIÓN

La Autoevaluación según el Modelo EFQM, ha sido la herramienta que nos ha permitido analizar toda la Organización de manera pormenorizada. Tras el análisis de los resultados alcanzados, se ha evidenciado que los siguientes temas a tratar han sido considerados como clave por su impacto en el conjunto de la Organización.

Se han detectado un total de 108 puntos fuertes y 77 áreas de mejora. Hemos renovado el Sello de Excelencia de Calidad +500 puntos.

Fruto de la sesión de consenso, hemos priorizado una serie de acciones de mejora, por lo que durante el periodo 2019 – 2021 nuestros esfuerzos estarán dirigidos a mejorar las acciones que se detallan en el presente Plan de Calidad, en el Plan Estratégico y las que se deriven del Contrato de Gestión.

SISTEMA ORGANIZATIVO

El sistema organizativo sobre el que se articula 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 diferentes Comisiones Clínicas y Grupos de Trabajo en materia de Calidad.

Comisiones Clínicas:

- ❖ Comisión de Calidad Asistencial e Historias Clínicas
- ❖ Unidad Funcional de Gestión Riesgos Sanitarios
- ❖ Comisión de Farmacia e Infecciones
- ❖ Comisión de Medicamentos Peligrosos
- ❖ Comisión de Nutrición
- ❖ Comisión de Investigación Clínica
- ❖ Comisión de Docencia
- ❖ Comisión de Formación Continuada
- ❖ Comisión de Cuidados

Otras Comisiones:

- ❖ Comisión Técnica de Coordinación de la Información
- ❖ Comisión de Altas Difíciles
- ❖ Comisión de Medio Ambiente
- ❖ Comisión Técnica
- ❖ Comisión de Comunicaciones, Publicaciones e Imagen Corporativa
- ❖ Comisión Técnico Asistencial
- ❖ Comisión de Responsabilidad Social Sociosanitaria
- ❖ Comisión Contra la Violencia
- ❖ Comisión de Calidad Percibida y Humanización

Comités:

- ❖ Comité de Bioética
- ❖ Comité de Prevención del Tabaquismo
- ❖ Comité de Seguridad y Salud
- ❖ Comité de Atención al Dolor
- ❖ Comité de Seguridad de la Información y Protección de Datos de Carácter Personal
- ❖ Comité de Garantía de Calidad y Protección Radiológica
- ❖ Comité de Ideas

Grupos de Trabajo de Procesos:

- ❖ Atención al Paciente con ICTUS
- ❖ Atención al Paciente con Proceso de Orto geriatria
- ❖ Atención al Paciente con Proceso de Deterioro Funcional

Grupos de Trabajo de Enfermería:

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

Grupos de Trabajo Interdisciplinares:

- ❖ Prevención y Tratamiento de Heridas Crónicas
- ❖ Prevención y Tratamiento de Caídas Intrahospitalarias
- ❖ Higiene de Manos
- ❖ La Voz del Paciente
- ❖ Atención al Paciente con Sepsis

COMISIONES CLÍNICAS:

Las Comisiones Clínicas 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.

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

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 Nutrición:

Las principales funciones de la Comisión de Nutrición son:

- ❖ Garantizar que las 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 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 Investigación:

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

- ❖ 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 Docencia:

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

- ❖ Organizar las rotaciones de alumnos
- ❖ Velar por el cumplimiento del Programa Docente

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

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

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 Bioética:

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 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 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

Comité de Seguridad y Salud:

- ❖ 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

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. LIDERAZGO

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

Objetivo 1: Mejora del Liderazgo

Acciones:

1. Formación en liderazgo. Un curso al año de Liderazgo.

Responsable: Dirección Gerencia.

Fecha: Septiembre de cada año.

2. Actualizar las Recomendaciones de Estilo.

Responsable: Dirección Gerencia.

Fecha: Mayo 2019.

3. Difundir las Recomendaciones de Estilo a los profesionales de nueva incorporación. Realizar una sesión mensual a todos los nuevos profesionales entregando las Recomendaciones de Estilo en el momento de su incorporación.

Responsable: Dirección de Enfermería / Mandos Intermedios.

Fecha: Sesiones mensuales.

4. Difundir las Recomendaciones de Estilo entre los profesionales del Centro al menos una vez al año.

Responsable: Dirección de Enfermería / Mandos Intermedios.

Fecha: Junio de cada año.

5. Mejorar la comunicación interna en el Hospital. Realizando reuniones mensuales de los Mandos Intermedios con el personal a su cargo.

Responsable: Comisión Técnica / Mandos Intermedios.

Fecha: Reunión mensual. Con acta.

6. Calidad: El Hospital se somete a un programa de Auditorías / Autoevaluación.
- ❖ Auditoria anual Interna y de Seguimiento del Sistema de Calidad ISO (abril)
 - ❖ Autoevaluación Modelo EFQM (enero 2022)
 - ❖ Comunicar los resultados y facilitar la participación

Responsable: Comisión de Dirección.

7. Revisar el número de indicadores y priorizar los más relevantes.

Responsable: Comisión de Calidad Asistencial e Historias Clínicas.

Fecha: Julio (2019).

Objetivo 2:

Los Líderes se implican con los Grupos de interés externos

El Hospital dispone de un documento donde se identifican los grupos de interés y la implicación que se tiene con cada uno de ellos. Se contará con la contribución de los grupos de interés antes de introducir cambios (mediante reuniones de seguimiento, grupos focales, etc.).

Objetivo 3:

Ser flexible y gestionar de manera eficaz

Acciones:

1. Desarrollo anual del ciclo de conferencias.

Responsable: Comisión de Dirección.

Fecha: Cuatro anuales.

CRITERIO 2. ESTRATEGIA

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

Objetivo 1:
Atender las necesidades y expectativas de los grupos de interés y contexto externo

Acciones:

1. Actualizar el Plan Estratégico.
Responsable: Dirección Gerencia.
Fecha: Abril 2019.
2. Difusión del Plan Estratégico a los trabajadores del Centro.
Responsable: Dirección Gerencia.
Fecha: Mayo 2019.
3. Difusión del Plan Estratégico al SERMAS y Hospitales proveedores.
Responsable: Dirección Gerencia.
Fecha: Mayo 2019.

Objetivo 2:
Comprender el rendimiento de la Organización y su capacidad

Acciones:

1. Mejorar el Cuadro de Mando para dar más coherencia a las distintas bases de datos.
Responsable: Dirección Gerencia / Informática.
Fecha: Diciembre 2019.
2. Evaluación de proveedores con carácter anual. Elaborando un listado de reuniones y actas.
Responsable: Dirección de Gestión.
Fecha: Continúa con informe en diciembre de cada año.

3. Control anual del cumplimiento del Plan Estratégico. Ha de estar ejecutado $\geq 85\%$ de lo planificado para cada ejercicio.

Responsable: Comisión de Dirección.

Fecha: Diciembre de cada año.

4. Control anual del cumplimiento del Plan de Calidad. Ha de estar ejecutado $\geq 85\%$ de lo planificado para cada ejercicio (objetivos anuales de la Comisión de Calidad Asistencial e Historias Clínicas).

Responsable: Comisión de Calidad Asistencial e Historias Clínicas.

Fecha: Diciembre de cada año.

El Hospital analiza los riesgos revisándolos y actualizándolos anualmente. Se dispone de un registro específico.

CRITERIO 3. PERSONAS

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

El Plan estratégico del Hospital desarrolla en su línea 3 todo el criterio.

Objetivo 1: Apoyar la Estrategia mediante el desarrollo y gestión de las personas

1. Realizar la encuesta de satisfacción / clima laboral.

Responsable: Comisión de Dirección.

Fecha: Mayo 2019 y 2021.

2. Realizar anualmente un Plan de Formación Continuada en base a las necesidades y expectativas de las personas.

Responsable: Comisión de Formación Continuada.

Fecha: Mayo 2019 y 2021.

CRITERIO 4. ALIANZAS Y RECURSOS

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

Objetivo 1:

Gestionar los partners y proveedores para obtener un beneficio sostenible

1. Crear una alianza anualmente con asociaciones de pacientes/familiares para recoger sus necesidades y expectativas, e implantar una acción de mejora.

Responsable: Dirección Gerencia.

Fecha: Octubre 2019.

Seguimiento anual.

CRITERIO 5. PROCESOS, PRODUCTOS Y SERVICIOS

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

Objetivo 1: Garantizar los procesos necesarios para llevar a cabo la Misión del Hospital

1. Actualizar el Mapa de Procesos del Hospital.
Responsable: Dirección Gerencia.
Fecha: Enero 2020.
2. Mejora de los procesos: tecnología, información y comunicación.
Responsable: Dirección Gerencia.
Fecha: Enero 2020 y 2021.
3. Mejorar la implicación y el despliegue de los propietarios de procesos.
Responsable: Comisión de Calidad / Responsables de procesos.
Fecha: Junio 2020.

En el Plan Estratégico hay una línea específica para la mejora del proceso asistencial y añadir valor a los clientes.

Objetivo 2: Promocionar productos y servicios, y ponerlos en el mercado eficazmente

1. Seguimiento anual de los indicadores de la Carta de Servicios.
Responsable: Dirección Gerencia.
Fecha: Febrero 2017 – 2018.

CRITERIO 6. RESULTADOS EN LOS CLIENTES

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

6a. Percepciones

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

Objetivo 1:

Conocer y mejorar el grado de satisfacción de los pacientes y familiares atendidos en el Hospital

1. Realizar una encuesta anual de satisfacción a todos los pacientes, en el área de hospitalización, de acuerdo con la metodología seguida en el Hospital. La tasa de respuesta que presenta esta metodología está en consonancia con la bibliografía consultada.

Responsable: Calidad Percibida y Humanización.

Fecha: A lo largo de todo el año. Entrega en el momento de alta.

Indicadores	Objetivo
✓ Paciente satisfecho con la acogida	85%
✓ Paciente satisfecho con el trato y amabilidad	90%
✓ Paciente satisfecho con la comida	70%
✓ Paciente satisfecho con la limpieza	85%
✓ Pacientes satisfechos con la información recibida	85%
✓ Paciente satisfecho con la atención de las enfermeras	90%
✓ Paciente satisfecho con la atención de los médicos	90%
✓ Paciente satisfecho con la atención de las Auxiliares de Enfermería	85%
✓ Paciente satisfecho con la atención de los Fisioterapeutas	90%
✓ Paciente satisfecho con la atención de los Logopedas	90%
✓ Paciente satisfecho con la atención de los Terapeutas Ocupacionales	90%
✓ Paciente satisfecho con la atención de las Trabajadoras Sociales	85%
✓ Pacientes satisfechos con la atención global	90%
✓ Pacientes que recomendarían el Hospital	89%

Para completar esta encuesta, contamos con la realizada por el SERMAS (mediante encuesta telefónica).

Trabajamos para alcanzar un objetivo resultado igual o mejor que el objetivo y realizar al año al menos 3 acciones de mejora derivadas de las encuestas (documentadas).

2. Realizar una encuesta anual de satisfacción a todos los pacientes / familiares, atendidos en la Unidad de Cuidados Paliativos, de acuerdo a la metodología de la Unidad.

Responsable: Unidad de Atención al Paciente.

Fecha: A lo largo de todo el año.

Indicadores	Objetivo
✓ 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%

3. Realizar 6 rondas de escucha anuales, de las cuales se implementarán al menos 3 acciones de mejora de cada uno.

Responsable: Comité Calidad Percibida / La Voz del Paciente.

Fecha: A lo largo del año.

Objetivo 2:

Conocer las necesidades y expectativas de pacientes y familiares atendidos en el Hospital

1. Realizar 2 grupos focales anuales (pacientes y familiares).

Responsable: Comité de Calidad Percibida.

Fecha: Marzo 2019, 2020 y 2021.

Indicadores	Objetivo
✓ Realizar el grupo focal	Si (2)
✓ Incorporar mejoras	2

Objetivo 3:

Conocer y mejorar el grado de satisfacción de los alumnos que realizan prácticas en el Hospital

1. Realizar encuestas de satisfacción a los alumnos en prácticas, al finalizar su rotación por el Hospital; MIR, Diplomados, Auxiliares de Enfermería, Terapeutas, Logopedas, etc.

Responsable: Coordinador de prácticas de alumnos.

Fecha: Junio de cada año.

Indicadores	Objetivo
✓ Satisfechos con la acogida	90%
✓ Satisfechos con los conocimientos adquiridos en el Hospital	80%
✓ Satisfechos con la atención recibida por el tutor de prácticas	80%
✓ Satisfechos con la rotación en nuestro Centro	90%

En función de los resultados valorar acciones de mejora.

Objetivo 4:

Conocer las necesidades y expectativas de la Unidad Centralizada de Derivación de Pacientes, así como conocer su grado de satisfacción con el servicio que les prestamos

1. Realizar anualmente encuestas de satisfacción a la Unidad de Derivación.

Responsable: Dirección Gerente / Dirección Médica.

Fecha: Mayo 2017 - 2018.

Indicadores	Objetivo
✓ Incorporar una acción de mejora al año	Si

En función de los resultados valorar acciones de mejora.

Objetivo 5:

Realizar comparaciones con otros centros para favorecer el aprendizaje

1. Benchmarking. Comparar resultados de satisfacción de pacientes con otros Hospitales.

Responsable: Dirección Gerente.

Fecha: Enero de cada año.

6b. Indicadores de Rendimiento

Son medidas internas que nos permiten conocer y mejorar el rendimiento y anticiparnos a la percepción de los clientes externos.

Objetivo 1: Seguimiento de indicadores de rendimiento

1. Analizar las reclamaciones en las áreas afectas y en el seno del Comité de Calidad Percibida.

Responsable: Dirección Gerente / Comité de Calidad Percibida.

Fecha: A lo largo de todo el año.

Indicadores de seguridad

- ✓ Tasa de caídas
- ✓ Tasa de infección nosocomial
- ✓ % de identificación de pacientes
- ✓ Incidencia de úlceras por presión
- ✓ % Valoración del dolor
- ✓ % Cumplimiento protocolo de higiene
- ✓ % Cumplimiento protocolo vía venosa
- ✓ % Cumplimiento protocolo cuidados sondaje vesical
- ✓ Tasa de mortalidad

La tanda de indicadores anteriormente descrita contará con objetivos específicos en cada ejercicio.

Indicadores de información	Objetivo
✓ % de pacientes con informe definitivo al alta	99%
✓ % de pacientes con informe de continuidad de cuidados	99%
✓ % de informes de cuidados enviados a primaria	99%

CRITERIO 7. RESULTADOS EN LAS PERSONAS

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

7a. Percepciones

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

Objetivo 1:

Conocer la percepción de las personas de la Organización, mediante encuestas

1. Realizar encuestas de clima laboral cada dos años.

Responsable: Comisión de Dirección.

Fecha: Junio 2019 y 2021.

Indicadores	Objetivo
✓ Satisfacción con las posibilidades de formación que ofrece el Hospital para tu desarrollo profesional	>40%
✓ ¿Crees que en tu Unidad se valora y reconoce el trabajo bien hecho?	>40%
✓ Satisfacción con tu Mando Directo en cuanto orientaciones y apoyo que requieres para el desempeño de tu trabajo	>60%
✓ Satisfacción con la relación profesional con tu superior directo	>70%
✓ Satisfacción con el trato del superior con el equipo en cuanto a proyectos y cuestiones que afectan a la Unidad donde trabajas	>65%
✓ Satisfacción con la organización del trabajo	>60%
✓ Satisfacción en general con la relación entre compañeros y ambiente de trabajo	>70%
✓ Satisfacción con el nivel de colaboración entre tus Unidad y otras Unidades o Servicios	>60%
✓ Satisfacción con el conocimiento de los objetivos y planes de actuación del Centro	>60%
✓ Satisfacción con la Dirección del Centro en cuanto a receptiva con los problemas y demandas de los trabajadores	>40%
✓ Grado de satisfacción general en relación a tu trabajo	>50%

2. Realizar encuestas de detección de necesidades formativas y satisfacción en relación con la formación recibida cada dos años.

Responsable: Comisión de Formación.

Fecha: Septiembre 2019 y 2021.

Indicadores	Objetivo
✓ Satisfacción con la oferta formativa del Centro	3,74%
✓ Satisfacción con la facilidad de asistencia a la actividades formativas	3,94%

Objetivo 2:

Conocer la percepción de las personas de la Organización, a través de sus órganos de representación

1. Solicitar anualmente las quejas/solicitudes recibidas en Comité de Empresa y en el Comité de Salud Laboral.

Responsable: Dirección Gerencia.

Fecha: Diciembre de cada año.

Indicadores	Objetivo
✓ N° de quejas/solicitudes notificadas al Comité de Empresa	34
✓ N° de quejas notificadas al Comité de Seguridad y salud	0

Objetivo 3:

Realizar comparaciones con otros Centros para favorecer el aprendizaje

1. Benchmarking. Comparar resultados en personas anualmente con otros Hospitales.

Responsable: Dirección Gerencia.

Fecha: Septiembre 2019 y 2021.

7b. Indicadores de rendimiento

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

Objetivo 1: Seguimiento de indicadores de rendimiento

Indicadores	Objetivo
✓ Tasa de absentismo	<10%
✓ N° ayudas tramitadas (condiciones de trabajo) (de lo que cumpla)	100%
✓ Cambios de turno concedidos respecto a los posibles (definitivos)	100%
✓ N° de excedencias por motivos particulares (de lo que cumpla)	100%
✓ N° de personas con reducción de jornada (de lo que cumpla)	100%
✓ Plan de Acogida	100%
✓ % personas con adaptación de funciones (de las que procedan)	100%
✓ Cambio a funciones de superior categoría (de las posibles)	100%

CRITERIO 8. RESULTADOS EN LA SOCIEDAD

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

8a. Percepciones

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

Objetivo 1:

Mejorar la opinión que se tiene sobre el Hospital potenciando la implicación en la educación y formación

1. Mantener el Acuerdo con las Universidades.
2. Hacer un seguimiento de la satisfacción de los alumnos que se formen en el Hospital procedentes de colegios, universidades, formación profesional etc.

Indicadores	Objetivo
✓ Porcentaje de alumnos satisfechos	≥90%

3. Medir las visitas a la WEB.

Indicadores	Objetivo
✓ Número de visitas a la web	

4. Colaborar con otros Organismos.

Responsable: Dirección Gerencia / Directores Asistenciales.

Fecha: Diciembre de cada año.

Indicadores	Objetivo
✓ Apariciones en medios de comunicación	≥10
✓ Asistencia a Jornadas y Congresos	≥2
✓ N° de invitaciones como ponentes	≥4
✓ N° de ponencias al Congreso de Calidad	
✓ N° de ponencias a Congresos	
✓ N° de publicaciones en revistas científicas	1

5. Mejorar el reconocimiento del Hospital a través de Organismos externos.

Responsable: Comisión Técnica.

Fecha: Diciembre 2019 – 2021.

Indicadores	Objetivo
✓ Premios presentados (ganados)	3
✓ Premios recibidos	
✓ Certificaciones ISO	
✓ Reconocimiento de la Red de Hospitales Sin Humo CAM	17
✓ Felicitaciones recibidas	
✓ Visitas recibidas de otros Centros	18
✓ Visitas realizadas a otros Centros	18
✓ Participación docente con universidades	2
✓ Acuerdos y convenios con otras Organizaciones	

8b. Indicadores de rendimiento

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

Las acciones a abordar en esta materia se realizan desde la Comisión de Calidad / Medio Ambiente. Para ello se establecen los objetivos a alcanzar y su seguimiento.

CRITERIO 9. RESULTADOS CLAVE

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

9a. Resultados Clave de la Actividad

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

Objetivo 1:

Evaluar sistemáticamente los resultados a partir de indicadores, para impulsar la mejora

Cada año se determinan el objetivo para cada indicador.

Se han identificado como indicadores clave, los que se relacionan a continuación:

Indicadores Clave

- ✓ Nº de altas
- ✓ Tasa de mortalidad por unidades URF
- ✓ Tasa de mortalidad corregida
- ✓ Tasa de mortalidad global
- ✓ Tasa de infección relacionada con la atención sanitaria
- ✓ Ganancia media de Barthel ICTUS
- ✓ Ganancia media de Barthel ORTO
- ✓ Ganancia media Barthel Det. Funcional

Anualmente se aprueban los objetivos a alcanzar para cada uno de ellos en el seno de la Comisión de Dirección haciendo seguimiento de los mismos en Comisión de Calidad / Comisión de dirección.

9b. Indicadores Clave de Rendimiento de la Actividad

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

Objetivo 1: Controlar los indicadores clave de rendimiento

Se han identificado como indicadores clave, los que se relacionan a continuación:

Indicadores Clave

- ✓ % de pacientes correctamente identificados
- ✓ Primeras consultas Geriatría
- ✓ Nº de consultas de Geriatría
- ✓ Consulta índice nuevas/sucesivas
- ✓ Índice de eficiencia ICTUS
- ✓ Índice de eficiencia ORTO
- ✓ Índice de eficiencia DETERIORO FUNCIONAL
- ✓ Índice de eficacia ICTUS
- ✓ Índice de eficacia ORTO
- ✓ Índice de eficacia DETERIORO FUNCIONAL

Indicadores Clave Estancia

- ✓ Coste Hospitalización/Estancia (Media)
- ✓ Coste Hospitalización/Estancia (URF)
- ✓ Coste Hospitalización/Estancia (UCP)
- ✓ Coste Hospitalización/Estancia (UCC)

Anualmente se aprueban los objetivos a alcanzar para cada uno de ellos en el seno de la Comisión de Dirección haciendo seguimiento de los mismos en Comisión de Calidad / Comisión de Dirección.

Otros Indicadores Clave	Objetivo
✓ Cumplimiento del Plan Estratégico	85%
✓ Cumplimiento del Plan de Calidad	85%
✓ Cumplimiento Capítulo I	98%
✓ Cumplimiento Capítulo II	98%
✓ Objetivos de Farmacia	98%

SISTEMA DE GESTIÓN POR PROCESOS

El Sistema de Gestión por Procesos pretende ser un motor para la mejora continua del Hospital, enfocándolo hacia la eficacia y eficiencia de los mismos.

Se define como Proceso, al conjunto de actividades que se desarrollan entre una entrada (la que origina su arranque) y una salida, cuya principal característica es añadir valor para conseguir un resultado que aumente la satisfacción del paciente.

Para gestionar Procesos, es necesario pasar por las siguientes fases:

1 - DISEÑO:

Para controlar los procesos hay que estandarizarlos, reduciendo al máximo las variaciones.

El diseño del Proceso incluirá:

- ✓ Misión.
- ✓ Definir las fronteras (entrada y salida).
- ✓ Identificar las actividades en orden secuencial (tiempo requerido, recursos humanos necesarios para realizarlos y establecer el responsable de su cumplimiento).
- ✓ Propietario del proceso (es el encargado de coordinar el grupo de trabajo).

2 - MEDICIÓN:

Tras haber estabilizado el Proceso, se debe definir qué aspectos del mismo son más relevantes para ser medidos, identificando los indicadores adecuados y la frecuencia de dicha medición.

Esta labor se ha de consensuar entre los profesionales implicados en el Proceso.

3 - EVALUACIÓN:

La evaluación ha de ser sistemática, una vez recogidos los datos, se comparan los resultados obtenidos con los esperados y se emite un juicio.

4 - MEJORA:

Tras la evaluación se detecta, normalmente, varias posibilidades de mejora que se pueden implantar, por lo que resulta necesario priorizarlas.

Las acciones de mejora se han de comunicar de manera clara a todas las personas implicadas en el Proceso. De esta manera, nos aseguramos su cumplimiento y el aprendizaje (lo que sin duda añade valor a la Gestión por Procesos).

Papel del Propietario/ Propietarios del Proceso:

- ✓ Asumir la Misión y objetivos del Proceso.
- ✓ Asegurarse de que el Proceso está documentado y actualizado.
- ✓ Gestionar los resultados para mejorar el Proceso.
- ✓ Implicar a los profesionales en el Proceso de evaluación contribuyendo a añadir valor al mismo y a incrementar la satisfacción del paciente y familia.

Papel de los integrantes del grupo de trabajo:

- ✓ Asumir la Misión y objetivos del Proceso.
- ✓ Asegurarse de que el Proceso, en los diferentes ámbitos de actuación, está actualizado, por lo que será necesario mantener al día los conocimientos.
- ✓ Contribuir a la recogida de indicadores, en su ámbito de actuación, aportarlos al grupo de trabajo para el análisis de los datos en conjunto.
- ✓ Contribuir a la implantación de las mejoras.

Todos los Procesos que se elaboran en este Hospital, son gestionados de acuerdo a este sistema.

Elaborado por la Comisión de Calidad Asistencial e Historias Clínicas.

Aprobado por Dirección Gerencia.

CALENDARIO DE ACTUACIONES PLAN DE CALIDAD

ENERO	FEBRERO	MARZO
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Evaluación basada en competencias, anualmente (2019 - 2021) ✓ Difusión Código Ético a personal de nueva incorporación. Reuniones mensuales (2019 - 2021) ✓ Actualizar Mapa de Procesos del Hospital (2020) ✓ Mejora de los Procesos de información, tecnología y comunicación (2020 - 2021) ✓ Realizar encuesta satisfacción en el área de hospitalización a lo largo de todo el año (2019 - 2021) ✓ Realizar encuesta satisfacción en UCP a lo largo de todo el año (2019 - 2021) ✓ Realizar 6 rondas de escucha de la Voz del Paciente a lo largo de todo el año e implantación de 3 mejoras (2019 - 2021) ✓ Benchmarking. Comparar resultados de satisfacción con pacientes de otros Centros (2019 - 2021) ✓ Analizar las reclamaciones en el seno del Comité de Calidad Percibida a lo largo de todo el año (2019 - 2021) ✓ Seguimiento anual de los indicadores de resultados. ✓ Elaboración Plan de Formación (2019 - 2021) 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Comunicar los objetivos del Hospital y su cumplimiento en Sesión y Comisión Técnicas (2019 - 2021) ✓ Seguimiento anual indicadores Carta de Servicios (2019 - 2021) ✓ Facilitar comparaciones con Centros de similares características (2019 - 2021) 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Contacto con Hospitales proveedores de pacientes (2019 - 2021) ✓ Reunión anual Hospitales que forman el Club de Benchmarking (2019 - 2021) ✓ Realizar 2 grupos focales anuales, pacientes y familiares (2019 - 2021) ✓ Realizar un Grupo con pacientes y otro con familiares (2019 - 2021)

ABRIL	MAYO	JUNIO
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Actualizar el Plan Estratégico ✓ Difusión de la Misión, Visión y Valores a los Hospitales que representan el mayor volumen de derivación de pacientes (2019) 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Revisión Cartera de Servicios (2019 - 2021) ✓ Realizar encuesta de satisfacción de la Unidad de Derivación (2019 - 2021) ✓ Realizar encuestas de satisfacción / clima laboral a profesionales (2019 y 2021) ✓ Realizar encuesta de detección de necesidades formativas (2019 - 2021) ✓ Actualizar el PNT del Código Ético. ✓ Difundir el Código Ético entre los profesionales mediante sesiones (2019 - 2021) ✓ Difundir el Plan Estratégico entre los profesionales ✓ Difundir el Plan Estratégico al SERMAS y resto de Hospitales ✓ Realizar encuesta de satisfacción a los alumnos en prácticas (2019 - 2021) 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mejorar la implicación de los propietarios de Procesos (2019)
JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Revisar el número de indicadores y priorizar los más relevantes 		<ul style="list-style-type: none"> ✓ 1 curso de formación en liderazgo ✓ Benchmarking anualmente comparando resultados en personas con otros Centros (2019 y 2021)
OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Reunión con las universidades colaboradoras en la formación pregrado (2019 - 2021) ✓ Crear Alianza con Asociaciones de pacientes para recoger sus necesidades y expectativas e implantar 1 acción de mejora 		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Memoria anual de humanización (2019 - 2021) ✓ Evaluación anual de proveedores elaborando un listado de reuniones y actas (2019 - 2021) ✓ Control del cumplimiento del Plan Estratégico (2019 - 2021) ✓ Control del cumplimiento del Plan de Calidad (2019 - 2021) ✓ Solicitar anualmente las quejas recibidas en el Comité de Empresa y el Comité de Salud laboral (2019 - 2021) ✓ Mejorar el Cuadro de Mando para dar más coherencia a las distintas bases de datos (2019) ✓ Mejora el reconocimiento del Hospital a través de Organismos externos (2019 - 2021)

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   Hospital Guadarrama DIRECTORA GERENTE Comunidad de Madrid Rosa M ^a Salazar de la Guerra

Nº EDICIÓN	FECHA	NATURALEZA DE LOS CAMBIOS Y PUNTOS AFECTADOS
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