

# PLAN DE CALIDAD

## Hospital Asociado Universitario Guadarrama 2025 – 2027



La autenticidad de este documento se puede comprobar en  
<https://gestion.comunidad.madrid/esv>  
mediante el siguiente código seguro de verificación: **1036490286633053902401**

## HOJA DE CONTROL DE CAMBIOS

ELABORADO POR	REVISADO POR	APROBADO POR
<b>Directora Gerente</b> Rosa M <sup>a</sup> Salazar de la Guerra  <b>Departamento de Calidad</b> Pedro Sánchez Arroyo	<b>COMISIÓN CALIDAD ASISTENCIAL E HISTORIAS CLÍNICAS</b>  <b>Coordinadora de Calidad Asistencial</b> Sonia Hidalgo Ramos  <b>Responsable del Sistema de Gestión de Calidad</b> Raquel Blasco Moreno	<b>DIRECTORA GERENTE</b>     Rosa M <sup>a</sup> Salazar de la Guerra

Nº EDICIÓN	FECHA	NATURALEZA DE LOS CAMBIOS Y PUNTOS AFECTADOS
09	30/04/2025	Se actualiza el documento según los cambios del modelo EFQM 2025, de la Autoevaluación y se actualiza el calendario de actuaciones .
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 <https://gestiona.comunicacion/madrid/es/> mediante el siguiente código seguro de verificación: 103649028663053902401

## ÍNDICE

INTRODUCCIÓN .....	4
OBJETIVOS GENERALES .....	5
DIAGNÓSTICO DE SITUACIÓN.....	5
SISTEMA ORGANIZATIVO (Comisiones / Comités / Grupos de Trabajo).....	5
DIRECCIÓN – CRITERIO 1 .....	19
DIRECCIÓN – CRITERIO 2 .....	21
EJECUCIÓN – CRITERIO 3.....	23
EJECUCIÓN – CRITERIO 4.....	24
EJECUCIÓN – CRITERIO 5.....	25
RESULTADOS – CRITERIO 6.....	27
RESULTADOS – CRITERIO 7.....	31
MEJORA CONTINUA DEL SISTEMA .....	34
CALENDARIO DE ACTUACIONES .....	35
<b>ANEXOS:</b>	
ANEXO I POLÍTICA DE CALIDAD Y MEDIO AMBIENTE .....	38
ANEXO II ACTA REUNIÓN DE REVISIÓN DEL SISTEMA .....	39



La autenticidad de este documento se puede comprobar en  
<https://gestion.comunidad.madrid/cv>  
 mediante el siguiente código seguro de verificación: **103649028663053902401**

## INTRODUCCIÓN

El Plan de Calidad 2022-2024, ha finalizado en diciembre de 2024 con el nuevo proceso de Autoevaluación. El grado de cumplimiento ha sido de un 99,80%, gracias al esfuerzo, implicación y buen hacer del conjunto de profesionales del Hospital.

En mayo de 2025 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:

- ✓ Atención centrada en la persona, mejorando la experiencia del paciente y trabajando de manera constante para añadir valor.
- ✓ Hospital **comprometido con las personas mayores**: Nuestro compromiso con las personas mayores es firme. Para el Hospital Asociado Universitario Guadarrama es una prioridad ofrecer una atención sanitaria de calidad, cercana y segura.

La tecnología es una oportunidad para ofrecer esa intensidad en el tratamiento, que fundamenta, nuestra propuesta de valor, al mismo tiempo que nos permite humanizar la asistencia proporcionando un entorno amable y socializado.

Siendo nuestro alcance: Pacientes y personas mayores que acuden a nuestro centro hospitalario.

- ✓ Mejorar la experiencia del trabajador, facilitando su participación en la Organización y poniendo a su disposición las herramientas necesarias para el desempeño del trabajo (tecnología, procesos, circuitos, etc.).
- ✓ Potenciar la investigación.
- ✓ 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.



La autenticidad de este documento se puede comprobar en <https://gestiona.comunidad.madrid/esv> mediante el siguiente código seguro de verificación: **103649028663053902401**

## 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 la autoevaluación.

### Objetivos específicos:

1. Mantener contacto constante con los GGII a fin de enfocar nuestras acciones para dar respuesta a sus necesidades y expectativas
2. Alcanzar buenos resultados asistenciales y 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

## 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 2025.

## 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
  - Grupo de Trabajo Historias Clínicas
- ❖ Unidad Funcional de Gestión Riesgos Sanitarios
  - Comité de Adecuación para la Práctica Clínica
- ❖ Comisión de Farmacia e Infecciones
- ❖ Comisión de Formación Continuada
- ❖ Comisión de Docencia e Investigación Clínica
- ❖ Comisión de Nutrición
- ❖ Comisión de Cuidados
- ❖ Junta Técnica Asistencial
- ❖ Comisión Contra la Violencia
- ❖ Comisión de Responsabilidad Social Sociosanitaria
  - Grupo de Trabajo Hospital Promotor de Salud
- ❖ Comisión de Altas Difíciles
- ❖ Comisión Técnica
- ❖ Comisión de Igualdad y Atención a la Diversidad
- ❖ Comisión de Comunicaciones, Publicaciones e Imagen Corporativa
- ❖ Comisión de Gestión de Conflictos

### Comités:

- ❖ Comité de Calidad Percibida / Humanización
  - Comisión Técnica de Coordinación de la Comunicación
- ❖ Comité de Seguridad y Salud
- ❖ Comité de Atención al Dolor
- ❖ Comité de Ética para la Asistencia Sanitaria
- ❖ Comité de Seguridad de la Información y Protección de Datos Personal
- ❖ Comité de Garantía de Calidad y Protección Radiológica
- ❖ Comité Gestor de Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados (CCEC/BPSO)
- ❖ Comité de Eventos

### Grupos de Trabajo de Procesos:

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



### Grupos de Trabajo de Enfermería:

- ❖ Grupo de Técnicas de Enfermería

### Grupos de Trabajo Interdisciplinares:

- ❖ Prevención y Tratamiento de Caídas Intrahospitalarias
- ❖ Prevención y Tratamiento de Heridas Crónicas
- ❖ La Voz del Paciente
- ❖ Higiene de Manos
- ❖ Práctica Avanzada (Línea Media)
- ❖ Ondas de Choque
- ❖ Nursing Research Challenger

### 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 son:

- ❖ Elaborar el Plan de Calidad
- ❖ Garantizar la ejecución del Plan de Calidad
- ❖ Control del Sistema de Calidad
- ❖ Asignar objetivos específicos
- ❖ Elaborar calendarios de ejecución y de evaluación de objetivos
- ❖ Monitorizar los indicadores de Calidad
- ❖ Seguimientos de Indicadores Clave
- ❖ Aprobar los Protocolos Asistenciales a implantar
- ❖ Analizar la mortalidad
- ❖ Normalizar la documentación clínica
- ❖ Evaluar la Calidad de la documentación clínica



La autenticidad de este documento se puede comprobar en <https://gestiona.comunidad.madrid/csy> mediante el siguiente código seguro de verificación: **103649028663053902401**

### 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 de Adecuación para 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



La autenticidad de este documento se puede comprobar en <https://gestiona.comunidad.madrid/esv> mediante el siguiente código seguro de verificación: **103649028663053902401**

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 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



La autenticidad de este documento se puede comprobar en <https://gestion.comunidad.madrid/csv> mediante el siguiente código seguro de verificación: **103649028663053902401**

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.

### 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



La autenticidad de este documento se puede comprobar en <https://gestion.comunidad.madrid/csv> mediante el siguiente código seguro de verificación: **103649028663053902401**

## Comisión de Cuidados

Las principales funciones de la Comisión de Cuidados son:

- ❖ Revisión del inventario de PNT según norma ISO cada 3 años
- ❖ Revisión de los procesos operativos dependientes de enfermería
- ❖ Garantizar la revisión/actualización de los PNT:
  - ✓ Distribución a los profesionales revisores
  - ✓ Valorar la revisión por cambios estructurales, de procedimiento, etc. significativos
  - ✓ Revisión por normativa ISO
  - ✓ Aprobación por la dirección
  - ✓ Difusión en intranet y a través de mandos intermedios
- ❖ Buscar los mejores cuidados disponibles/factibles para implementar en el hospital
- ❖ Introducir resúmenes o guías visuales en las revisiones para facilitar la información
- ❖ Colaborar con otros departamentos que implique la mejora de los cuidados y puesta en marcha de actividades específicas
- ❖ Monitorizar los indicadores de Calidad
- ❖ Búsqueda de soluciones a necesidades detectadas
- ❖ Proponer mejoras en los registros de la historia clínica asociadas a los procedimientos y a la valoración del cumplimiento

## Junta Técnico Asistencial

Es un órgano colegiado de carácter asesor y consultivo. En él se representan los profesionales del ámbito clínico y asistencial. Sus funciones son:

- ❖ Asesor en aspectos clínicos y asistenciales
- ❖ Emitir informes técnicos
- ❖ Apoyar decisiones relacionadas con tratamientos traslados, derivaciones etc.
- ❖ Evaluar y promover normas de funcionamiento

## 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



La autenticidad de este documento se puede comprobar en <https://gestiona.comunidad.madrid/esv> mediante el siguiente código seguro de verificación: 103649028663053902401

## 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
- ❖ Responsable del impulso, desarrollo y despliegue de la cultura y los fines de la Política Ambiental
- ❖ 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
- ❖ 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

## Grupo de Trabajo Hospital Promotor de Salud

Su principal función es:

- ❖ Fomentar la salud y el bienestar de la población promoviendo entornos y estilos de vida saludables y potenciando la seguridad frente a las lesiones



La autenticidad de este documento se puede comprobar en <https://gestiona.comunidad.madrid/esv> mediante el siguiente código seguro de verificación: **103649028663053902401**

### Comisión de altas difíciles

Principales funciones:

- ❖ Asegurar que la estancia en el hospital sea necesaria para el paciente
- ❖ Identificar aquellos pacientes que han superado la estancia establecida y conocer las razones de esta estancia
- ❖ Acordar las acciones necesarias a abordar a fin de gestionar las altas de los pacientes que por alguna razón estén influidas por otras razones más allá del proceso clínico

### Comisión Técnica

Principales funciones:

- ❖ Facilitar un flujo de comunicación bidireccional entre la dirección del centro y los mandos, tanto asistenciales como no asistenciales
- ❖ Alinear las decisiones estratégicas con la operativa de los distintos departamentos
- ❖ Comunicación de objetivos y cumplimiento de los mismos
- ❖ Comunicación de planes, oportunidades de mejora, iniciativas, etc.
- ❖ Detectar dificultades en la dinámica diaria del hospital y proponer acciones de mejora en todos los departamentos
- ❖ Apoyo a todas las iniciativas que en el hospital se llevan a cabo siendo un elemento clave en la implantación de la misma y la gestión de la resistencia al cambio

### Comisión de Igualdad y Atención a la Diversidad

Las principales funciones de la Comisión de Igualdad son:

- ❖ Elaborar el Plan de Igualdad
- ❖ Orientar e Informar
- ❖ Garantizar la ejecución del Plan
- ❖ Asignar objetivos específicos
- ❖ Elaborar calendarios de ejecución y de evaluación de objetivos
- ❖ Seguimientos de Indicadores
- ❖ Analizar y dar recomendaciones de las acciones de mejora detectadas
- ❖ Aprobar los Protocolos a implantar



La autenticidad de este documento se puede comprobar en <https://gestiona.comunidad.madrid/csv> mediante el siguiente código seguro de verificación: **103649028663053902401**

## Comisión Comunicaciones, Publicaciones e Imagen Corporativa

Las principales funciones son:

- ❖ Conocer, coordinar y gestionar la comunicación interna y externa del hospital.
- ❖ Velar por la buena imagen de la institución
- ❖ Comunicación Interna: Desarrollo y mantenimiento de intranet, difusión de las actividades asistenciales, docentes y culturales, programas de comunicación interna a través de GuadarramaInforma y Boletín de Noticias. Control de las apariciones
- ❖ Comunicación Externa: Gestión de peticiones de información de los medios de comunicación, difusión de la actividad del hospital, actualización y desarrollo de la página web, organización de actos institucionales. Control de las apariciones
- ❖ Elaborar listados de apariciones en comunicación Interna y externos
- ❖ Asignar funciones para lograr objetivos anuales
- ❖ Analizar las recomendaciones y acciones de mejora detectadas

## Comisión de Gestión de Conflictos

Su función es establecer las pautas generales de actuación para afrontar y dar solución a situaciones conflictivas que puedan producirse entre los trabajadores del Hospital Guadarrama, evitando un conflicto más complejo o violento.



La autenticidad de este documento se puede comprobar en <https://gestion.comunidad.madrid/csv> mediante el siguiente código seguro de verificación: **1036490286633053902401**

## COMITÉS:

### **Comité de Calidad Percibida / Humanización**

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 transmitir las 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

### **Comisión Técnica de Coordinación de la Comunicación**

Objetivos generales:

- ❖ Evaluación y control de la documentación dirigida a los pacientes y familiares

Objetivos específicos:

- ❖ Supervisión del contenido, vigencia y demás datos de los documentos dirigidos a los pacientes y familiares.
- ❖ Mantenimiento de un registro actualizado de los documentos vigentes, así como de los informes de valoración.
- ❖ Asesoramiento sobre recomendaciones de comunicación dirigida a pacientes.

### **Comité de Seguridad y Salud**

Principales funciones:

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



La autenticidad de este documento se puede comprobar en <https://gestiona.comunidad.madrid/evy> mediante el siguiente código seguro de verificación: **103649028663053902401**

### 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 Ética para la Asistencia Sanitaria

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



La autenticidad de este documento se puede comprobar en  
<https://gestiona.comunidad.madrid/esv>  
mediante el siguiente código seguro de verificación: **1036490286633053902401**

## 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 Asociado Universitario 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 Asociado Universitario 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 Garantía de Calidad y Protección Radiológica

Vela por el buen estado de las instalaciones y por el control de los equipos, así como el control de la salud de los trabajadores de la unidad.

## Comité Gestor de Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados (CCEC/BPSO)

Las funciones del Comité son:

- ❖ Fomentar una cultura de practica de enfermería basada en la evidencia
- ❖ Difundir y revisar buenas prácticas basada en evidencias, relevantes para la práctica clínica
- ❖ Impulsar y coordinar la implantación de prácticas basadas en la evidencia
- ❖ Disminuir la variabilidad de los cuidados
- ❖ Mejorar los resultados en salud
- ❖ Aumentar la satisfacción del paciente
- ❖ Fomentar el trabajo en grupos multidisciplinares
- ❖ Contribuir al desarrollo profesional y las competencias
- ❖ Participar en las auditorias para la acreditación de CCEC® en colaboración con la unidad de investigación en Cuidados del Instituto Carlos III (Investen-Isciii) y CECBE®.
- ❖ Colaborar activamente con grupos de interés, instituciones y profesionales interesados en la práctica basadas en la evidencia



La autenticidad de este documento se puede comprobar en <https://gestiona.comunidad.madrid/csv> mediante el siguiente código seguro de verificación: 103649028663053902401

## Comisión de Eventos

Principales funciones:

- ❖ Conocer y coordinar todos los eventos culturales, científicos, asistenciales y formativos que se organicen en el Hospital y/o fuera del mismo si son oficiales
- ❖ Autorizar los eventos propuestos en beneficio de los pacientes y profesionales
- ❖ Elaborar el calendario de eventos mensuales
- ❖ Organizar los eventos genéricos del Hospital
- ❖ Asignar funciones de organización de los eventos
- ❖ Garantizar la buena ejecución y el seguimiento de los eventos autorizados mensualmente
- ❖ Garantizar la imagen corporativa en los mismos
- ❖ Evaluación de los eventos del mes anterior
- ❖ Analizar las recomendaciones y acciones de mejora detectadas

## GRUPOS DE TRABAJO:

### 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 Interdisciplinarios.

En estos Grupos participan personal de distintas categorías profesionales.



La autenticidad de este documento se puede comprobar en <https://gestiona.comunidad.madrid/csv> mediante el siguiente código seguro de verificación: **1036490286633053902401**

## DIRECCIÓN

### Criterio 1: Propósito, Visión y Estrategia

El rendimiento sostenible se consigue definiendo un propósito que inspire, una visión a la que se aspire y una estrategia que marque el camino sobre el que una organización pueda obtener resultados sobresalientes.

Una organización necesita definir unos cimientos basados en el propósito y la visión. Anticipar tendencias, identificar oportunidades y retos en el ecosistema y comprender las necesidades y expectativas de los grupos de interés clave constituyen la base para desarrollar y actualizar la estrategia.

Establecer sistemas de gestión del rendimiento y gobernanza es clave para impulsar la ejecución de la estrategia.

#### Acciones:

##### 1.1. Define 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 clave, que serán difundidos a los GGII a través de sesiones, correo electrónico y página web.

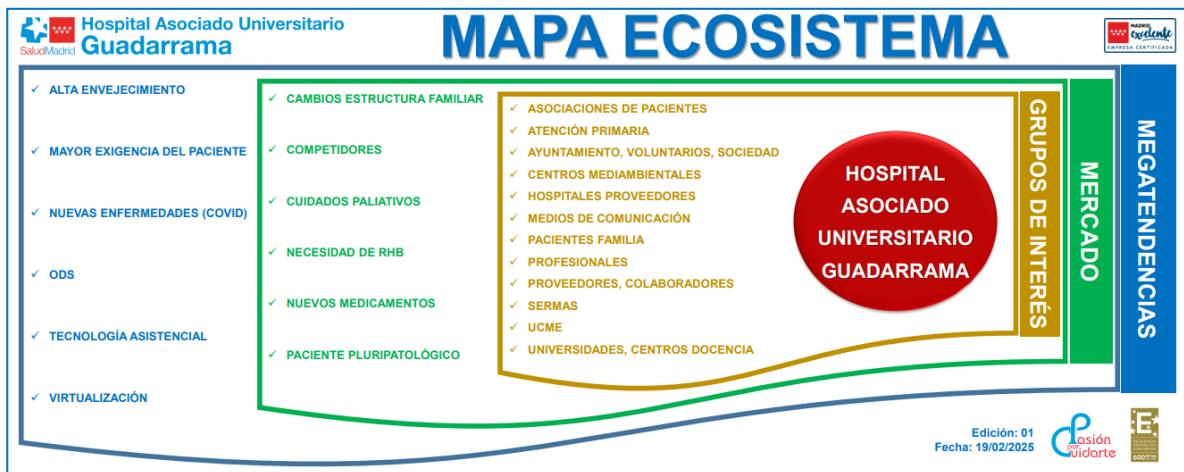
##### 1.2. Comprende el ecosistema, sus propias capacidades y sus principales retos.

El Hospital Asociado Universitario 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 Asociado Universitario Guadarrama y adaptándonos para dar respuesta a las necesidades futuras.



La autenticidad de este documento se puede comprobar en <https://gestiona.comunidad.madrid/csv> mediante el siguiente código seguro de verificación: **103649028663053902401**



### 1.3. Identifica y entiende las necesidades de los grupos de interés clave.

En la Comisión de Calidad se revisarán las nuevas necesidades que puedan surgir a los GGII clave, siendo estas priorizadas según la relevancia para el Hospital Asociado Universitario Guadarrama. Se preguntará a cada GGII (priorizando los que se consideren en cada momento como clave) 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. Sin olvidar tenerlo en cuenta en el P.E de la organización.

### 1.4. Desarrolla y adapta la estrategia.

Para la elaboración del Plan Estratégico (P.E), se realiza un análisis interno y externo (DAFO). Tiene una duración de tres años y cuenta con varias líneas estratégicas. Existe un responsable por cada una de ellas, quien semestralmente hace un seguimiento de dicha línea. Además, cada año, se verifica que los objetivos de las líneas del P.E den respuesta a las necesidades que puedan haber surgido, en ese periodo.

### 1.5. Diseña e implanta un sistema de gestión del rendimiento y de gobierno.

El Hospital cuenta con un Sistema de Gobierno y de Gestión, mediante el cual dirige y controla el centro, garantizando su sostenibilidad, abarcando las 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 (ética en el Hospital Asociado Universitario Guadarrama)", que es revisado cada 3 años o cuando ocurre algún cambio relevante.

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



## SISTEMA DE GOBIERNO Y DE GESTIÓN (ÉTICA EN EL HOSPITAL ASOCIADO UNIVERSITARIO GUADARRAMA)



### DIRECCIÓN

#### Criterio 2: Cultura de la organización y liderazgo.

La cultura organizativa se caracteriza por elementos visibles, valores compartidos, normas y creencias que influyen en el comportamiento de las personas tanto dentro como fuera de la organización.

En una organización que demuestra un rendimiento sostenible, el liderazgo es un conjunto de comportamientos, no sólo un rol. Los comportamientos de liderazgo son evidentes en todos los niveles y partes de la organización. Un líder y unos comportamientos de liderazgo más amplios inspiran y unen a los demás, refuerzan y adaptan los valores y las normas cuando es necesario y ayudan a dirigir la cultura de la organización.

La cultura y el liderazgo de la organización preparan el terreno para la ejecución satisfactoria de la estrategia, el compromiso con los grupos de interés clave y el impulso del funcionamiento y la transformación.

Como parte de la cultura organizacional y el liderazgo general, el apoyo y la aplicación del cambio, y el fomento de la creatividad y la innovación son áreas de interés específicas de las organizaciones que demuestran un rendimiento sostenible.

Ganarse los corazones y las mentes de los grupos de interés clave y conseguir su apoyo es un requisito previo para ejecutar con éxito el propósito, la visión y la estrategia.



La autenticidad de este documento se puede comprobar en <https://gestiona.comunidad.madrid/csv> mediante el siguiente código seguro de verificación: **103649028663053902401**

## Acciones:

### 2.1 Dirige la cultura de la organización y refuerza sus valores fundamentales.

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 Crea las condiciones para hacer realidad el cambio.

El Hospital Asociado Universitario 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 Estimula 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 Une y compromete a los grupos de interés clave con su propósito, visión y estrategia.

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



## EJECUCIÓN

### Criterio 3: Implicar a los grupos de interés.

#### Acciones:

##### 3.1 Clientes: Construir relaciones sostenibles.

Trabajar con los grupos de interés, especialmente los claves, para comprender y contribuir a cumplir con sus NNEE y apoyar a los objetivos de desarrollo sostenible, mediante los canales de comunicación establecidos.

##### 3.2 Personas: Atraer, implicar, desarrollar y retiene el talento.

En el Plan Estratégico se dedica la Línea 2 a las personas, donde se trabaja su desarrollo, participación y logro.

##### 3.3 Inversores y reguladores: Asegura y mantiene 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.

En el Plan Estratégico se dedica la Línea 4 a la Responsabilidad Social Sociosanitaria, donde se marcan objetivos relacionados con: Hospital promotor de salud, gestión ambiental, realización de actividades dirigidas a la comunidad, etc.

##### 3.5 Partners y proveedores: Construye relaciones y asegura su compromiso para crear valor sostenible.

El Hospital identifica a sus partners y proveedores. Se le da acceso al compromiso de sostenibilidad del centro y se lleva a cabo una evaluación mutua de cara a mejorar la relación. La evaluación se realiza de acuerdo a parámetros de cumplimientos de compromisos reflejados en los contratos específicos de cada proveedor. Se realiza mediante encuesta.



La autenticidad de este documento se puede comprobar en <https://gestiona.comunidad.madrid/csv> mediante el siguiente código seguro de verificación: **103649028663053902401**

## EJECUCIÓN

### Criterio 4: Crear valor sostenible.

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

#### Acciones:

##### 4.1 Define la propuesta de 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...).

**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.

**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.

##### 4.2 Comunica y vende la propuesta de valor.

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

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.

Dispone de un Plan de Comunicación que nos permite establecer canales de comunicación externos que, entre otros, informen y orienten para la persecución del Propósito, Visión y Valores de la Organización.

##### 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 600. 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.



La autenticidad de este documento se puede comprobar en <https://gestiona.comunidad.madrid/csv> mediante el siguiente código seguro de verificación: **103649028663053902401**

#### 4.4 Diseñar e implantar la experiencia global.

El Hospital define la experiencia del paciente como compromiso de servicio 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”. Se elaboran: MAPA DE EXPERIENCIA Y MAPA DE EMPATÍA.

### EJECUCIÓN

#### 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 Asociado Universitario 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.

#### 5.1 Gestionar el funcionamiento.

Para la gestión del funcionamiento el Hospital cuenta con:

- ✓ Mapa de procesos
- ✓ Cuadros de mando
- ✓ Mapa de Riesgos y Unidad Funcional de Gestión de Riesgos Sanitarios (UFGRS)
- ✓ Política de Protección de Datos
- ✓ Planes de contingencia descritos en el Sistema de Gobierno y Gestión
- ✓ SPRL del Hospital Puerta de Hierro
- ✓ Procedimiento de Gestión de Proyectos (gestión del cambio)

#### 5.2 Transforma la organización para el futuro.

El entorno cambiante donde emergen nuevas necesidades en periodos cortos de tiempo, el hospital trabaja junto con sus grupos de interés clave, en la valoración y toma de decisiones para hacer frente a las situaciones de cambio y transformación que suponen los retos sanitarios emergentes. Para ello utiliza herramientas cuantitativas y cualitativas en conjunto con:

- ✓ Análisis del ecosistema incluidas las megatendencias
- ✓ Identificación de amenazas y oportunidades
- ✓ Grupos focales y las rondas de escucha activa del grupo “La Voz del Paciente”
- ✓ Seguimiento de indicadores para la toma de decisión, funcionamiento y transferencia



La autenticidad de este documento se puede comprobar en <https://gestiona.comunidad.madrid/esv> mediante el siguiente código seguro de verificación: **103649028663053902401**

### 5.3 Impulsa la innovación y aprovechar la tecnología.

El Hospital Asociado Universitario 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. Tiene en cuenta el ciclo de vida de la tecnología sanitaria.

### 5.4 Aprovecha la información y el conocimiento basado en datos.

El Hospital, en aplicación de la legislación vigente, genera, descarga, explota y analiza los datos de actividad asistencial en el ámbito de la hospitalización. Se dispone de cuadros de mando con alertas e indicadores semafóricos, cuya actualización permite conocer los datos con antelación suficiente, para tomar medidas preventivas o, si procede, correctoras, para garantizar un desempeño eficiente. También se dispone de 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 Asociado Universitario 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 Gestiona los activos y recursos.

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 e 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.

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



La autenticidad de este documento se puede comprobar en  
<https://gestiona.comunidad.madrid/csv>  
mediante el siguiente código seguro de verificación: **103649028663053902401**

## RESULTADOS

### 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
1. ¿Le hemos explicado las cosas de una manera que usted pudiera entender?	≥85%
2. ¿Se ha sentido escuchado para resolver sus dudas?	≥90%
3. ¿Ha participado en las decisiones sobre su salud?	≥50%
4. ¿Está satisfecho con el trato?	≥90%
5. ¿Le han transmitido los profesionales confianza y seguridad?	≥90%
6. ¿Ha estado satisfecho con el silencio por la noche?	≥75%
7. Considera que ha estado controlado el dolor durante su ingreso?	≥85%
8. ¿Cree que su estancia en el hospital ha mejorado su salud?	≥80%
9. Satisfacción global con la atención recibida	≥90%
10. ¿En qué grado recomendaría este hospital a otras personas? Promotores: 8, 9 y 10	≥60%

Indicadores Información objetivos y plan terapéutico	objetivos
¿Se informa a los pacientes, al ingreso, sobre los objetivos y el tratamiento?	≥90%
Comprende y acepta/comparte el plan terapéutico	≥90%
Grado de satisfacción con la rehabilitación de 1 a 10	≥8



La autenticidad de este documento se puede comprobar en <https://gestiona.comunidad.madrid/esv> mediante el siguiente código seguro de verificación: 103649028663053902401

**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 con la atención recibida	≥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%



La autenticidad de este documento se puede comprobar en <https://gestiona.comunidad.madrid/csy> mediante el siguiente código seguro de verificación: **103649028663053902401**

**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%



La autenticidad de este documento se puede comprobar en <https://gestiona.comunidad.madrid/esv> mediante el siguiente código seguro de verificación: **103649028663053902401**

**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 Asociado Universitario Guadarrama con SERMAS?	≥ 9
¿Recomendaría el HGUA a un familiar o amigo?	≥ 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 resolución de los problemas que desde la Unidad Centralizada se plantean	≥ 7
Grado de satisfacción con el tiempo transcurrido para da respuesta a las situaciones planteadas	≥ 7

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 Asociado Universitario 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 Asociado Universitario Guadarrama?	>9
¿En qué medida el Hospital Asociado Universitario 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 Asociado Universitario 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

## RESULTADOS

### 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, visión y ejecutar su estrategia**, siendo sostenibles
- Su preparación para afrontar el futuro

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

A continuación, se muestran los indicadores de los distintos procesos, cuyos objetivos se reflejan en las fichas de los procesos.

INDICADORES
Ganancia de puntos en la escala de Barthel al alta. DCA
Ganancia de puntos en la escala de Barthel al alta. ORTOGERIATRÍA
Ganancia de puntos en la escala de Barthel al alta. DETERIORO FUNCIONAL
Ganancia de puntos en la escala de Barthel al alta. AMPUTADOS
Valore su grado de satisfacción con la evolución de su dolencia.
Paciente satisfecho con personal de enfermería en relación a la confianza y seguridad que le inspira.



### 7.B. Rendimiento financiero:

INDICADORES ECONÓMICOS FINANCIEROS	OBJETIVOS
% de ejecución del presupuesto global	100%
% cobro a terceros sobre el total facturado	100%
% de facturas a terceros sobre el total facturable	100%

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

A continuación, se muestran los indicadores de los distintos procesos, cuyos objetivos se reflejan en las fichas de los procesos.

INDICADORES DE PROCESOS
Cumplimiento Higiene del paciente.
Cumplimiento Vía Venosa.
Cumplimiento Sondaje Vesical.
Cumplimiento E. oxigenoterapia.
Cumplimiento Identificación de pacientes.
Incidencia caídas de pacientes por 1000 estancias.
Incidencia heridas cutáneas crónicas.
Incidencia de pacientes con úlceras por presión.
Valoración del dolor.
Valoración completa de enfermería.
Pacientes con plan de cuidados.
Pacientes con informe de continuidad cuidados al alta.

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

	OBJETIVO
Nº de ingresos	≥1005
Nº de altas.	≥1120
Nº total estancias.	—
Peso medio altas	≥0,90
Estancia media global.	34
Índice de Ocupación.	≥85%
Tasa de mortalidad por unidades URF	<2



La autenticidad de este documento se puede comprobar en <https://gestiona.comunidad.madrid/esv> mediante el siguiente código seguro de verificación: 103649028663053902401

INDICADORES DE LOS PROCESOS	OBJETIVO
Tasa de prevalencia infección	<14%
% satisfacción global con la hospitalización	≥90%

A continuación, se muestran los indicadores de los distintos procesos, cuyos objetivos se reflejan en las fichas de los procesos.

CLIENTES
Índice de eficiencia DCA
Índice de eficiencia ORTO
Índice de eficiencia DET. FUNCIONAL
Índice eficacia corregida DCA
Índice eficacia corregida ORTO
Índice de eficacia corregida DET. FUNCIONAL
Coste farmacia/estancia (días)
Coste hospitalización farmacia por UCH
DCA
Estancia media (días)
Ganancia puntos en escala Barthel modif al alta
Índice de caídas por 1000 estancias
Media sesiones fisioterapia/paciente
Media sesiones terapia ocupacional/paciente
Media de sesiones logopedia/pacientes
ORTOGERIATRÍA
Estancia media (días)
Ganancia puntos en escala Barthel modif al alta
Índice de caídas por 1000 estancias
DETERIORO FUNCIONAL
Estancia media (días)
Ganancia puntos escala Barthel modif al alta
Índice de caídas por 1000 estancias
AMPUTADOS
Estancia media (días)
Ganancia puntos escala Barthel modif al alta
Índice de caídas por 1000 estancias



La autenticidad de este documento se puede comprobar en <https://gestiona.comunidad.madrid/esv> mediante el siguiente código seguro de verificación: 103649028663053902401

## 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.	
Nº de Planes de Contingencia General.	8
Nº de Planes de Contingencia de Medicina Preventiva.	2
Porcentaje de cumplimiento de la legislación que aplica Hospital Asociado Universitario Guadarrama.	100%

### Mejora continua del sistema.

#### Generalidades.

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

- Política de Calidad y Medio Ambiente.
- Objetivos.
- Resultados de Auditorías.
- Análisis de los datos.
- 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 Medio Ambiente, 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:

- Satisfacción del cliente
- Conformidad de los requisitos del servicio
- Características y tendencias de los procesos
- Cumplimiento de los requisitos legales
- Control operacional de los aspectos ambientales significativos
- Desempeño ambiental de la organización
- Grado de cumplimiento de objetivos y metas ambientales
- Todo aquello que sea pertinente para la mejora del sistema



## CALENDARIO DE ACTUACIONES

Año 2025 ■

Año 2026 ■

Año 2027 ■

Todos los años ■

CR EFGM	CALENDARIO DE ACTUACIONES PLAN DE CALIDAD	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	RESPONSABLES	
	Dirección: Propósito, visión y estrategia														
1	Revisar, actualizar el propósito, visión y valores.													Dirección Gerencia / Comisión de Calidad	
	Identificar y entender las necesidades de los grupos de interés. (Seguimiento de indicadores específicos)													Dirección Gerencia / Comisión de Calidad	
	Identificar y entender las necesidades de los grupos de interés. (Actualizar tabla de Necesidades y Expectativas)													Dirección Gerencia / Comisión de Calidad	
	Comprender el Ecosistema, las capacidades propias y los principales retos. (Revisar Ecosistema)													Dirección Gerencia / Comisión de Calidad	
	Revisar y actualizar el DAFO													Dirección Gerencia / Comisión de Calidad/Comisión Técnica	
	Desarrollar la estrategia (seguimiento semestral del P.E)													Dirección Gerencia / Comisión de Calidad	
	Desarrollar un nuevo Plan Estratégico.													Dirección Gerencia / Comisión de Calidad	
	Difusión P.E a los grupos de interés														Dirección Gerencia / Comisión de Calidad
	Revisar y actualizar el Sistema de Gestión y de Gobierno (revisión y actualización de la Cartera de Servicios).														Dirección Gerencia / Comisión de Calidad
	Revisar y actualizar el Sistema de Gestión y de Gobierno (cierre y cumplimiento de Contrato Programa).														Dirección Gerencia / Comisión de Calidad
	Revisar y actualizar el Sistema de Gestión y de Gobierno (cierre y cumplimiento Carta de Servicios).														Dirección Gerencia / Comisión de Calidad
	Revisar y actualizar el sistema de Gestión y de Gobierno (revisión y actualización de Mapa de Procesos).														Dirección Gerencia / Comisión de Calidad
	Auditoría interna ISO														Responsables de Calidad
Auditoría externa ISO														Responsables de Calidad	
Autoevaluación EFQM (preparación)														Responsables de Calidad	
Madrid Excelente														Responsables de Calidad	
Revisión de todos los documentos del sistema de Calidad (de más de tres años)														Responsables de Calidad/Mandos intermedios	
	Dirección: Cultura de la organización y liderazgo														
2	Sesión de cultura 1 al año (Código ético)													Dirección Gerencia/Coordinadoras Calidad	
	Sesión de recomendaciones de estilo													Dirección Gerencia/Coordinadoras Calidad	
	Dirigir la cultura de la organización y reforzar los valores (Encuesta de valores y evaluación de comportamientos).Cada 2 años.													Dirección Gerencia/Responsables de Calidad	
	Crear las condiciones para hacer realidad el cambio (realizar mapas de experiencias del paciente).													Comisión de Dirección / Calidad Percibida	
	Crear las condiciones para hacer realidad el cambio (realizar grupos focales y rondas La Voz del Pacientes).													Comisión de Dirección / Calidad Percibida	
	Estimular la creatividad y la innovación en minería de datos.														Comisión Técnica / Propietario Procesos/dpto. Informática
	Estimular la creatividad y la innovación (al menos una acción innovadora)./Nuevos proyectos.														Comisión Técnica / Propietario Procesos

La autenticidad de este documento puede comprobarse en: <https://gestional.comunidadmadrid.es> mediante el siguiente código seguro de verificación: 103649028663053902401

CALENDARIO DE ACTUACIONES PLAN DE CALIDAD		E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	RESPONSABLES
Ejecución: Clientes: Construir relaciones sostenibles														
3	Cliente/paciente: Encuestas.													Comisión de Dirección / Calidad Percibida
	Cliente/paciente: Grupos focales, voz del paciente, rondas de escucha. Informe de mejora.													Comisión de Dirección / Calidad Percibida
	Personas: Encuesta Clima Laboral. Cada 2 años.													Dirección Gerencia / Comisión Técnica
	Personas: Evaluación por competencias.													Comisión Técnica
	Personas: Grupos focales. 2 al año. Informe de mejora.L2 PE													Dirección Gerencia/Dirección de Gestión/Coordinadora Calidad Asistencial
	Inversores y reguladores: Asegurar y mantener su apoyo continuo (seguimiento semestral, cumpliendo contrato programa).													Dirección Gerencia / Comisión Técnica
	Inversores y reguladores: Asegurar y mantener su apoyo continuo (evaluación del cumplimiento contrato programa).													Dirección Gerencia / Comisión Técnica
	Sociedad: Contribuir a su desarrollo, bienestar y prosperidad (Revisar el mapa de ODS).													Comisión RSS y M.A
	Partners y proveedores: Construir relaciones y asegurar su compromiso para crear valor sostenible (evaluación de proveedores y encuesta de satisfacción).													Dirección de Gestión / Compras
Ejecución: Crear valor sostenible														
4	Aplicar el Plan de Atención Centrada en la Persona y Familia. Seguimiento L1 PE													Comisión de Calidad Percibida y Humanización, Comisión Técnica. Responsables de Calidad
	Diseñar el valor y cómo se crea (Codiseño en la documentación dirigida a pacientes).													Responsable de la Comisión de Calidad Percibida y Humanización
	Diseñar el valor y cómo se crea (Innovación Tecnología). Al menos una innovación													Comisión de Dirección
	Diseñar el valor y cómo se crea (participación de los pacientes en los procesos)													Responsable de procesos
	Diseñar el valor y cómo se crea (Evaluación del club de Benchmarking)													Dirección Gerencia/ Dirección Asistencial
	Diseñar el valor y cómo se crea (Evaluación de los indicadores del Observatorio de Resultados)													Dirección Médica
	Comunicar y vender la propuesta de valor: Revisión de la Página Web e Intranet.													Comisión de Comunicación
Certificaciones ISO													Coordinadoras de Calidad	
Gestión de los procesos anual													Responsable de procesos	

La autenticidad de este documento se puede comprobar en <https://gestiona.comunidad.madrid/isy> mediante el siguiente código seguro de verificación: 103649028663053902401


CALENDARIO DE ACTUACIONES PLAN DE CALIDAD		E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	RESPONSABLES	
	Comunicar y vender la propuesta de valor (informe de reputación online).	■				■				■				Comisión de Comunicaciones, Publicaciones e Imagen Corporativa	
	Comunicar y vender la propuesta de valor (revisión de la señalización del Hospital). Cada 2 años.				■									Dirección de Gestión	
	Elaborar y entregar la propuesta de valor (Análisis de materialidad). Cada 3 años.				■									Comisión RSS y M.A	
	Comunicar y vender la propuesta de valor (Revisar el Plan de Comunicación).												■	Comisión de Comunicaciones, Publicaciones e Imagen Corporativa	
Ejecución: Gestionar el funcionamiento y la transformación.															
5	Gestionar el funcionamiento y el riesgo (Gestión del mapa de Riesgos).						■						■	Departamento de Calidad	
	Gestionar el funcionamiento y el riesgo (Política de Protección de Datos). Simulacro anual.			■										Comisión Protección de Datos	
	Gestionar el funcionamiento y el riesgo (Plan de Autoprotección) Simulacro anual.						■							Dirección Gerencia y Dpto. Mantenimiento	
	Gestionar el funcionamiento y el riesgo (Actualizar los planes de contingencia).											■		Dirección Gerencia	
	Transformar la organización para el futuro (Seguimiento de indicadores claves).			■			■			■			■	Comisión de Dirección/Comisión de Calidad	
	Transformar la organización para el futuro (Indicadores de cumplimiento del propósito).						■						■	Comisión de Dirección/Comisión de Calidad	
	Impulsar la innovación y aprovechar la tecnología (información sobre el compromiso de sostenibilidad en todos los concursos).	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	Dirección de Gestión
	Aprovechar los datos, la información y el conocimiento (Seguimiento los indicadores de procesos).	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	Dirección / Gestores de procesos
	Aprovechar los datos, la información y el conocimiento (Seguimiento del Cuadro de Mando).	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	Comisión de Dirección
	Resultados de percepción de pacientes (Encuesta a paciente).		■												Comité Calidad Percibida y Humanización
6	Resultados de percepción de pacientes (Encuesta a asociaciones colaboradores de pacientes).		■											Responsables de Calidad Comité Calidad Percibida	
	Resultados de percepción de personas (encuesta Clima Laboral). Cada dos años.						■							Dirección Gerencia/L2	
	Resultados de percepción de inversores y reguladores (Encuesta/grupo focal a inversores reguladores).		■											Responsables de Calidad	
	Resultados de percepción de inversores y reguladores (Encuesta a inversores, Hospitales y UCME).		■											Responsables de Calidad	
	Resultados de percepción de partners y proveedores (Encuesta a proveedores).	■												Dirección de Gestión	
	Realización de auditorías internas por el departamento de Calidad del HAUG a otros departamentos y/o servicios del hospital			■									■		Departamento Calidad


La autenticidad de este documento se puede comprobar en <https://gestiona.comunidad.madrid/isy> mediante el siguiente código seguro de verificación: 103649028663053902401

## ANEXOS

- Anexo I Política de Calidad y Medio Ambiente
- Anexo II Acta Reunión de Revisión del Sistema

ANEXO I

 **Hospital Asociado Universitario  
Guadarrama**

 Dirección Gerencia

## 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.
- ✓ La Comisión de Calidad Asistencial e Historias Clínicas y Comisión de Responsabilidad Social Sociosanitaria y 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, colabora con la Agenda 2030 apoyando los ODS que son de aplicación al Hospital, para conseguir un Desarrollo Sostenible.


Dicha Política está disponible en la intranet del Hospital y en diferentes estancias del Hospital Guadarrama.

Guadarrama, 07 de marzo de 2025  
Rosa M<sup>a</sup> Salazar de la Guerra  
Directora Gerente

 **Hospital  
GUADARRAMA**  
DIRECTORA GERENTE

Paseo Molino del Rey, 2  
28440 Guadarrama - Madrid  
Tfno: 918 562 003 / Dte: 962 003  
gerencia.hgua@salud.madrid.org

 Pasión por el Cuidarte





La autenticidad de este documento se puede comprobar en <https://gestiona.comunidad.madrid/esv> mediante el siguiente código seguro de verificación: 1036490286633053902401

**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 Asociado Universitario 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  
<https://gestion.comunidad.madrid/csv>  
mediante el siguiente código seguro de verificación: **103649028663053902401**