

MEMORIA ANUAL DEL SERVICIO DE ADMISIÓN Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

2024

El presente documento establece el compromiso en la gestión de los servicios con los objetivos del Hospital. Estos objetivos están alineados con el marco estratégico del SERMAS y con la visión del HUPHM para 2025.

Jefe de Servicio

Supervisor Unidad

Tabla de contenido

1.	Contexto	3
1.1.	Alcance del servicio:	3
1.2.	Análisis del contexto (dafo)	6
	Debilidades:	6
	Amenazas	6
	Fortalezas	6
	Oportunidades	7
1.3.	Grupos de interés	8
2.	Liderazgo	9
2.1.	Sistema de comunicación del contrato de gestión al servicio	9
2.2.	Organigrama del servicio	9
2.3.	Mapa de procesos	11
2.4.	Decálogo de funcionamiento interno del SADC	12
3.	Planificación	13
3.1.	Proyectos del servicio año 2024	13
4.	Soporte	17
4.1.	Gestión del conocimiento	17
4.2.	Plan de comunicación	22
5.	Operaciones	23
6.	Evaluación del desempeño	24
6.1.	Datos asistenciales, INVESTIGACIÓN, DE CUIDADOS, CONTINUIDAD ASISTENCIAL o docencia más relevantes	24
6.2.	Encuestas de satisfacción a pacientes y/o profesionales	29
6.3.	Reclamaciones	30
6.4.	Acreditaciones, certificaciones, premios, reconocimientos, otros:	31
7.	Mejora	32
8.	Bibliografía	33

1. Contexto

1.1. ALCANCE DEL SERVICIO:

La creciente complejidad de las organizaciones hospitalarias conlleva la necesidad de organizar estructuras que faciliten la ordenación y coordinación de las actividades sanitarias (GIL; GORDO; IZQUIERDO, 1989). Los Servicios de Admisión y Documentación Clínica (SADC) constituyen, hoy día, esta estructura de apoyo en los hospitales. Su finalidad es mantener en todo momento un principio básico de eficiencia en la utilización de los recursos y la cohesión del conjunto de la organización frente al paciente y su proceso asistencial. Es un servicio no asistencial dependiente de la Dirección Gerencia del Hospital (RAMOS, 2021).

1.1.1. Breve recordatorio histórico

Las funciones de Admisión se reducían en 1.967 a la gestión de ingresos y dependían de la Secretaría General del Hospital. En ese mismo año se creó el Archivo Central de Historias Clínicas en el hospital. Posteriormente, en 1969, el Dr. A García Cubero, Jefe del Archivo del Hospital, publica el 1º libro en España sobre Archivos de Historias Clínicas (GARCÍA CUBERO, 1967). En 1992 se crea la Unidad de Admisión, dependiente de la Dirección Gerencia. En 2005 se crea el Servicio de Admisión y Documentación Clínica del hospital, bajo la jefatura del Dr. Arturo José Ramos Martín-Vegue, al fusionar la Unidad de Admisión y la Sección de Archivo y Documentación Clínica (MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO, 1987). El objetivo fue centralizar en un único servicio las tareas de admisión de pacientes y la gestión de su documentación clínica, de cara al traslado a la nueva sede de Majadahonda -llevado a cabo en el año 2008- y para desarrollar plenamente las funciones legalmente establecidas para los SADC (RAMOS, 2014). El 6 de abril de 2024 el servicio fue acreditado por *SGS International Certification Services Ibérica* (Certificado ES 15/17403) para la norma UNE-EN ISO 9001:2015.

1.1.2. Funciones legalmente establecidas

En el año 2001, se regula legalmente en el Instituto Nacional de la Salud la categoría de médico de Admisión y Documentación Clínica. Esta norma legal establece las siguientes responsabilidades y funciones a desarrollar en los SADC (MINISTERIO DE SANIDAD, 2001).

A. Gestión de pacientes

1º. Organizar y gestionar operativamente:

- El acceso de los usuarios a las prestaciones de asistencia especializada en el ámbito correspondiente, garantizado en todo momento el principio de equidad.
- La demanda de asistencia especializada en régimen ambulatorio, incluyendo consultas externas, exploraciones y unidades especiales (hospital de día, cirugía ambulatoria, etc.).
- La demanda de hospitalización: solicitud de ingreso, programación de ingresos, control y autorización de traslados y altas, y gestión de camas.
- La demanda quirúrgica: registro, mantenimiento y comunicación de pacientes en espera de intervención, coordinación de la programación quirúrgica y registro de las intervenciones.
- El registro de pacientes atendidos en urgencias.

2º. Gestionar y coordinarse con otras instituciones sanitarias para la tramitación y autorización de traslados de/a otros centros y el correspondiente transporte sanitario.

3º. Creación, actualización y mantenimiento del fichero de pacientes en el centro, garantizando su coherencia, integridad, fiabilidad, así como la confidencialidad de la información.

4º Establecer los cauces de comunicación y coordinación necesarios con Atención Primaria.

B. Gestión de la información asistencial

1º. Coordinarse con los distintos servicios y unidades del hospital en la recogida de datos necesarios para una mejor planificación y gestión del centro, elaborando los informes necesarios para ellos.

2º. Colaboración con el área de gestión del hospital en la recogida de datos para la facturación.

3º. Clasificar, integrar y coordinar toda la información clínico-asistencial generada independientemente de su soporte físico (impresos, películas).

4º. Desarrollar los sistemas de recuperación de información clínica para usos asistenciales, docentes, de investigación, etc.

5º. Participar en los programas de investigación, el plan de formación y en las actividades de mejora de la calidad propias de su especialidad.

C. Gestión de la documentación clínica

1º. Gestión y organización de los archivos de documentación e historias clínicas, asegurando que su configuración y utilización se ajustan a las previsiones contenidas en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal.

2º. Establecer, en colaboración con las instancias determinadas por cada centro, la normativa acerca de la localización, el préstamo y la devolución de las historias clínicas, estableciendo mecanismos que aseguren su disponibilidad y velen por su confidencialidad.

3º. Normalizar la documentación clínica del centro para su correcta homogeneización, en colaboración con la comisión de historias clínicas.

4º Codificación clínica: elaboración de índices, codificación, análisis y difusión de la información extraída de las historias clínicas, elaboración del conjunto mínimo básico de datos y sistemas de clasificación de pacientes y desarrollo de medidas para garantizar su fiabilidad.

1.1.3. Propósito del Servicio

El propósito general del hospital de *Inspirar la transformación de la atención sanitaria con cultura de seguridad, profesionalidad, humanización y sostenibilidad*, es asumido plenamente por el SADC, a través de las siguientes líneas estratégicas:

- Posibilitar la relación entre el paciente y el profesional:**

A través de estructuras que faciliten la ordenación y coordinación de las actividades que se producen alrededor de la asistencia sanitaria, con la finalidad de mantener en todo momento un principio básico de eficiencia en la utilización de los recursos y la cohesión del conjunto de la organización frente al paciente y su proceso asistencial (CONEJO, FALAGÁN, FERRER, LÓPEZ, MARTINEZ DE PANCORBO, RAMOS, *et al*, 2000).

- **Facilitar el acceso del paciente a las prestaciones sanitarias:**

Diferenciando claramente las funciones que la asistencia hospitalaria debe prestar a los ciudadanos, dejando claro que no se tiene derecho a una estancia permanente e indefinida en un hospital y delimitando nítidamente lo que es asistencia sanitaria de lo que es asistencia puramente social o de cuidados exclusivamente (RAMOS, MÁLAGA TELLO, 2001). El Acceso se producirá con criterios de equidad, tal como mantiene la Ley General de Sanidad, 1986: “El ingreso en centros hospitalarios se efectuará a través de la Unidad de Admisión del Hospital, por medio de una lista de espera única, por lo que no existirá un sistema de acceso y hospitalización diferenciados según la condición del paciente”.

- **Atender las demandas administrativas del paciente:**

Mejorando los sistemas de comunicación y circuitos asistenciales de citación liberando al ciudadano de cualquier trámite administrativo para lograr una cita, coordinando la gestión de la documentación clínica y administrativa. El SAdc debe ser, con carácter general, la referencia de los pacientes para todos los aspectos administrativos de acceso a consultas externas y pruebas diagnósticas (RAMOS MARTÍNEZ DE PANCORBO ESCOMS, GRUPO DE EXPERTOS SOBRE LISTAS DE ESPERA DEL CONSEJO INTERTERRITORIAL DEL SNS, 2002).

- **Garantizar (cogarante) los derechos de los pacientes en materia de información y documentación clínica:**

Fue una noticia novedosa y llena de esperanza que una Ley Básica (LEY 41/2002) mencionara expresamente, la “unidad de admisión y documentación clínica” y le asigne con imperativo legal funciones que lleva desarrollando en el sistema Nacional de Salud desde los años 60 –del siglo pasado- cuando se introdujo en España la Documentación Médica desde la Cátedra de Historia de la Medicina de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valencia: La gestión de las historias clínicas (RAMOS, 2002, 2021).

1.1.4. Valores del Servicio

El SADC del hospital asume como propios los valores del *Plan Estratégico de los Servicios de Admisión y Documentación Clínica del SERMAS*, aprobado en el Comité de Dirección del Servicio Madrileño de Salud el 10 de mayo de 2023 (SERMAS, 2023).

- **Compromiso.** Afrontamos nuestro trabajo diario con la mayor implicación y responsabilidad para proporcionar el mejor servicio a pacientes, profesionales y al hospital.
- **Innovación.** Nos adaptamos a los cambios con creatividad. Utilizamos nuevos medios y métodos de trabajo aprendiendo de las experiencias de nuestro entorno.
- **Calidad total.** Buscamos resultados excelentes impulsando la eficiencia de forma sistemática mediante procedimientos estandarizados y contribuyendo a la mejora de la atención.
- **Equidad.** Prestamos servicio dando respuesta a las necesidades de los pacientes y de la institución de forma justa e imparcial.
- **Accesibilidad.** Facilitamos el contacto y el uso de los recursos de la atención hospitalaria abordando la eliminación de las barreras.

- **Profesionalidad.** Desarrollamos nuestra actividad profesional con total implicación, aplicando el conocimiento necesario y siguiendo los procedimientos establecidos.
- **Trabajo en equipo.** Coordinamos e integramos esfuerzos para alcanzar metas comunes, convencidos de que la suma de todos multiplica los resultados.

1.2. ANÁLISIS DEL CONTEXTO (DAFO)

Debilidades:

- Externalización de la codificación.
- Falta de médicos adjuntos para el trabajo del servicio.
- Gestión de la información asistencial fuera del servicio.
- Gestión administrativa del Hospital de Día Quirúrgico fuera del servicio.
- Alta rotación de los auxiliares administrativos.
- 75% de profesionales sanitarios interinos.
- Rígidez de los sistemas informáticos.
- Escasa coordinación y comunicación con la Dirección.
- Escasa producción científica.
- Dependencia de empresas externas y formación para la gestión del personal administrativo.

Amenazas

- Ausencia de criterios administrativos homogéneos.
- Ausencia de programas formativos a los administrativos por parte de su empresa.
- Cambios periódicos en las empresas de gestión de personal administrativo.
- Presupuesto ajustado.
- Alta expectativa de los usuarios.
- Carencia de especialidad y de un área de Capacitación específica (ACE).
- Tamaño y complejidad de la organización.
- Errores en la identificación de pacientes.
- Protección de datos personales de pacientes.
- Cumplimiento de Cierre de camas en verano.
- Aumento de la demanda asistencial.

Fortalezas

- Certificación con la norma UNE-EN ISO 9001:2015.
- Trabajo en equipo y buen clima laboral.
- Visión y conocimiento global del funcionamiento del hospital.
- Referentes en calidad, seguridad y humanización.
- Reconocimiento profesional del SADC en el hospital y en el SERMAS.
- Experiencia y formación en el SADC.
- Liderazgo participativo.
- Equipo multidisciplinar.
- Alta capacitación del personal administrativo para el desarrollo de distintos procesos.
- Compromiso con el hospital y los pacientes.
- Satisfacción de los pacientes.

- Participación en las Comisiones Consultivas, en el Comité de Ética Asistencial (CEA) y en la Junta Técnico Asistencial (JTA.)
- Decisiones basadas en los Principios de la Bioética: autonomía, No-Maleficencia, Beneficencia y Justicia

Oportunidades

- Plan de Humanización 2022-2025.
- Docencia en estudios postgrado de Medicina y Enfermería en Documentación Clínica y Gestión de Pacientes.
- Prácticas en estudios pregrado de Medicina y Enfermería en Documentación Clínica y Gestión de Pacientes.
- Implantación del Plan estratégico de los Servicios de Admisión y Documentación Clínica de la Consejería de Sanidad.
- OPE para médicos de la categoría de Admisión y Documentación Clínica (OPE 2021).

1.3. GRUPOS DE INTERÉS

PARTES INTERESADAS	NECESIDADES	EXPECTATIVAS	RIESGOS	OPORTUNIDADES	ACCIONES	CONOCIMIENTO EXPECTATIVAS
Ámbito de Urgencias	Gestión de ingresos en urgencias y recogida de información administrativa por parte del personal administrativo. Gestión de traslados de urgencias a servicios hospitalarios. Gestión de traslados o derivaciones de urgencias a otros centros.	Agilidad en la gestión de camas y trasladados. Seguimiento del proceso de ingresos hospitalarios.	Retraso en la disponibilidad de camas. Error administrativo en los trasladados. Retraso en altas.	Mejora en la agilidad de ingresos y distribución de camas.	Mayor coordinación con urgencias. Reunión diaria para planificación del día.	Ausencia de reclamaciones. Reuniones (mesa de camas).
Ámbito de Hospitalización	Gestión de traslados de urgencias a servicios hospitalarios y traslados intercentros. Gestión de ingresos hospitalarios. Gestión de traslados a otros centros hospitalarios. Reuniones / charlas formativas sobre codificación e informes de alta.	Agilidad en la gestión de camas y trasladados. Verificación de la información necesaria para la mejoría de indicadores.	Retraso en la disponibilidad de camas. Error administrativo en los trasladados. Retraso en altas. Falta de calidad en informes de alta.	Mejora en la agilidad de ingresos, trasladados y distribución de camas. Charlas formativas para mejorar la codificación.	Mayor coordinación con servicios hospitalarios. Reunión diaria para planificación del día (mesa de camas). Realización de charlas formativas en todos los servicios de manera periódica, no puntual.	Ausencia de reclamaciones. Reuniones (mesa de camas). Mejora de cumplimiento de informes de alta, indicadores y codificación.
Ámbito de Consultas	Gestión de agendas; diseño, programación, apertura y soporte a la citación.	Disponibilidad para el diseño de agendas. Agilidad en la programación, apertura y cierre de agendas. Gestión de citas en aquellos servicios y prestaciones en los que aplique.	Retraso en el acceso a agendas. Falta de disponibilidad para consultas. Alto porcentaje de reprogramaciones por falta de planificación.	Buen diseño de agendas, reducción de agendas redundantes.	Disponibilidad de una unidad especializada en gestión y diseño de agendas.	Reuniones. Poca rotación de agendas.
Gerencia y Direcciones	Gestión de la información documentada. Soporte a la dirección y gerencia en la gestión y coordinación de las áreas de admisión y documentación clínica. Apoyo a la mesa de camas y diseño de la información de movimiento de pacientes internacionales. Asesoramiento de información (en centros, etc.) de manera regular. Gestión de la codificación hospitalaria.	Asistencia a la mesa de camas y de Programación Quirúrgica de manera regular. Envío de memoria regular de la información de gestión requerida. Actualización de manera regular de los sistemas de información.	Comunicación insuficiente, descoordinación.	Clima de colaboración, mejorar la información proporcionada.	Buscar una mayor participación en la elaboración de proyectos y planes funcionales del hospital.	Reuniones.
Personal Investigador	Respondiente a las solicitudes de información clínico-asistencial para la realización de trabajos de investigación.	Disponibilidad para la respuesta a dichas solicitudes dentro de un periodo de tiempo.	Falta de tiempo de medios adjuntos para la extracción de información.	Nueva distribución de trabajo para extracción de información.	Planificar distribución del trabajo a medio plazo.	Aumento de producción científica.
Servicio de Medicina Preventiva	Organización de rotaciones de residentes de Medicina Preventiva y Salud Pública	Planeación de rotaciones por las diferentes unidades de Admisión y Documentación Clínica para los residentes que lo soliciten (generalmente R2-R3).	Dificultades en la disponibilidad de medios adjuntos para hacer seguimiento.	Mejorar en la colaboración con Medicina Preventiva, formación de puestos trabajadores de Admisión y Documentación Clínica.	Desarrollo de una planificación del rotatorio.	Feedback de residentes que hayan realizado su rotación.
Unidad de Calidad	Cumplimiento de requerimientos de la ISO 9001:2015	Mantenimiento actualizado de documentación. Realización de auditorías. Colaboración estrecha con Unidad de Calidad	Falta de recursos para realización de proyectos de certificación	Contratación de un nuevo médico adjunto.	Proyecto de certificación por la ISO 9001:2015 en 2024.	Certificación por la ISO 9001:2015 en 2024.
Atención al Paciente y Trabajo Social	Definición de funciones. Colaboración y compartir la información requerida para su trabajo. Realización de protocolos conjuntos de actuación.	Clima de colaboración. Reuniones fluidas y periódicas.	Descoordinación.	Mejora en la comunicación y coordinación.	Protocolos consensuados.	Reuniones. Ausencia de reclamaciones.
Servicio de Comunicación	Diseño de información para la sección de la intranet y la Web pública	Autonomía de gestión.	Dificultad para desarrollar información requerida.	Nueva actualización de la página web.	Asignación de responsabilidades en la redacción de la información requerida.	Tener la página web actualizada.
Profesionales de Admisión y Documentación Clínica	Conocimiento de responsabilidades y objetivos. Formación para su puesto de trabajo. Disponibilidad de recursos adecuados y suficientes.	Buena clara labor. Ceder necesidades formativas. Mantener claras las responsabilidades y objetivos.	Desmotivación. Falta de personal. Formación. Pérdida de personal.	Mejor coordinación entre profesionales. Formación multipuestos.	Redacción de protocolos. Reuniones periódicas entre coordinación administrativa, supervisión de enfermería, jefatura de servicio y médicos adjuntos. Formación multipuestos.	Reuniones periódicas.
Consejería de Sanidad y SERMAS	Gestión de la información documentada y aporte según sea requerido.	Asistencia a la jefatura de formación. Mantenimiento de los sistemas de información hospitalarios. Gestión de la información documentada y aporte de manera regular según sea requerido.	Desmotivación. Falta de tiempo de medios adjuntos para responder a solicitudes.	Reuniones de formación, mejora de la coordinación, proyectos con grupos multidisciplinares.	Participación en todos los proyectos de la consejería y en jornadas de formación (ENARA, etc.).	Reuniones.
Empresas de codificación	Cumplimiento de contrato, aporte de informes para realización de codificación.	Clima de cooperación y mejora continua. Acceso a los sistemas de información hospitalarios para la codificación. Buena comunicación. Sesiones conjuntas de Documentación Clínica y Codificación.	Falta de codificación a tiempo. Mala calidad de la codificación.	Coordinación y formaciones con equipos codificadores.	Realización de reuniones periódicas para seguimiento de codificación. Análisis de resultados de codificación.	Codificación realizada en tiempo y forma. Reuniones.
Otros hospitales	Gestión de traslados y derivaciones.	Agilidad en la gestión de trasladados y derivaciones. Verificación de la información proporcionada.	Retraso en la gestión de trasladados y derivaciones. Error administrativo en los trasladados.	Mejora en la agilidad de trasladados.	Mayor coordinación con servicios hospitalarios.	Ausencia de reclamaciones.
Ciudadanos y pacientes	Citaciones, derivaciones, traslados, inclusión en LEO, registro de recién nacidos, etc. Respuesta a dudas.	Atención rápida y ágil. Cordialidad y respeto en la atención. Respuesta a las necesidades.	Extravío de citas. Error en la identificación de pacientes. Retraso en la citación.	Formación continuada. Mejora en la agilidad de citas.	Coordinación, proyectos de formación, revisión de necesidades.	Ausencia de reclamaciones. Reuniones.
Sociedad Concesionaria y empresas subcontratadas	Conocimiento de las necesidades del personal y recursos del servicio. Unificación de criterios administrativos en los servicios. Formación del personal.	Clima de cooperación y mejora continua. Buena comunicación. Planificación conjunta de personal y recursos. Difusión y conocimiento de protocolos. Formación del personal previamente a trabajar en el Servicio conforme a plazos.	Descoordinación. Alta rotación de personal. Falta de formación del personal.	Mejora de la coordinación. Existencia de coordinadora de personal administrativo.	Evaluación de la formación recibida por parte de nuestro personal. Coordinación con la coordinadora de personal administrativo.	Reuniones.

2. Liderazgo

2.1. SISTEMA DE COMUNICACIÓN DEL CONTRATO DE GESTIÓN AL SERVICIO

El Contrato de Gestión fue presentado por el Jefe de Servicio, discutiéndose en particular los objetivos para el año 2024 y eligiendo para el Contrato de Gestión aquellos que tenían relación directa y afectaban a las tareas y responsabilidades del servicio. Posteriormente, fue difundido a los miembros de la comisión a través de correo electrónico.

El liderazgo se lleva a cabo de manera participativa a través de la Comisión de Responsables del Servicio, constituida por los facultativos del servicio, el supervisor de enfermería y la coordinadora administrativa. El Jefe de Servicio tiene la última palabra, pero la responsabilidad en la toma de decisiones está distribuida entre todos los miembros de la comisión, siendo tomadas en cuenta todas las opiniones (AYUSO, HERRERA, 2017).

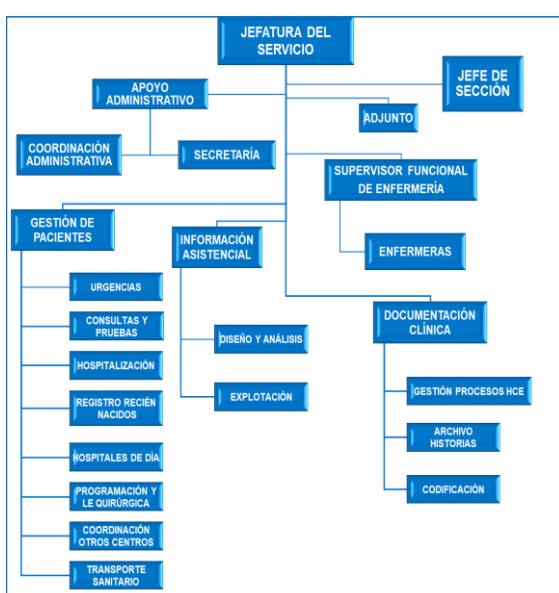
La Comisión de Responsables se reúne una vez a la semana. Se realiza una convocatoria formal con un orden del día establecido y se levanta acta con los asuntos y los acuerdos tratados.

Los acuerdos y los protocolos de trabajo y manuales de funcionamiento de las tareas administrativas propios de cada unidad se distribuyen a través de correo electrónico entre todos los trabajadores del servicio.

Las modificaciones y actualizaciones que se llevan a cabo son comunicadas también de forma verbal, a través de reuniones con los trabajadores que conforman las distintas unidades del servicio.

2.2. ORGANIGRAMA DEL SERVICIO

En la figura se presenta el organigrama del SADC. El servicio cuenta actualmente con 1 Jefe de Servicio, 1 Jefe de Sección, 1 Médico Adjunto, 1 Supervisor de Enfermería, 4 Enfermeras, 1 Jefe de Grupo Administrativo, 1 Secretaria, 8 Técnicos Superiores en Documentación y 49 Auxiliares Administrativos. La actividad de codificación está externalizada, dependiendo orgánicamente los codificadores de la empresa externa, pero funcionalmente de la jefatura de servicio. Los auxiliares administrativos también tienen



DIRECTORIO
Jefe de Servicio: Dr. Arturo José Ramos Martín-Vegue
Jefe de Sección: Dr. Agustín García Sanguino
Médico Adjunto: Dr. Alberto Vallejo Plaza
Supervisor de Enfermería: D. Juan Manuel Quesada López
Coordinadora Administrativa: Dña. Elena Eva Delgado Alameda
Personal de Enfermería:
D.ª Irene Buedo Moya
D.ª Esther Herranz Herrero
D.ª Lucía Rodríguez Labadía
D.ª Elena Ruiz Rodríguez
Secretaria: D.ª Silvia Molina Jiménez
Apoyo administrativo: Acciona Facility Services
Archivo de Historias Clínicas: Iron Mountain
Codificación clínica: Navalón Health Consulting

doble dependencia: orgánica, de la empresa concesionada, y funcional de la jefatura de servicio.

2.2.1. Perfil profesional

La Sociedad Española de Documentación Médica (SEDOM) se fundó en 1985 y reúne a “*los documentalistas médicos que ejercen sus funciones en el ámbito clínico (médicos de admisión y documentación clínica), sanitario o científico*” con el objetivo de “*contribuir al desarrollo científico de sus asociados y promover la investigación, estudio y difusión de la Documentación Médica, así como, fomentar y difundir sus aplicaciones; y fomentar la colaboración con otras Sociedades Científicas a fin de establecer programas comunes*” (SOCIEDAD ESPAÑOLA DE DOCUMENTACIÓN MÉDICA, 2002). La SEDOM, en 1992, elaboró un proyecto de perfil profesional del documentalista médico publicado en la revista de la Sociedad, *Papeles Médicos*, que se aprueba definitivamente en 1998 (SEDOM, 1992; SILOS MUÑOZ, 1998).

PERFIL PROFESIONAL Y COMPETENCIAS
Grado en Medicina (Jefe de Servicio, Jefe de Sección y facultativos)
Bioética
Calidad
Codificación Clínica
Economía de la salud
Epidemiología
Estadística
Gestión de Recursos Humanos
Gestión documental y archivística
Gestión sanitaria
Investigación
Legislación sanitaria
Sistemas de análisis y recuperación de la información
Sistemas de Clasificación de Pacientes
TIC

2.2.2. Responsabilidades profesionales

El SADC es un servicio multidisciplinar en el que forman parte profesionales de la salud de distintas categorías: facultativos médicos, personal de enfermería, técnicos superiores en documentación sanitaria, administrativos y celadores. En la tabla pueden observarse las responsabilidades de cada una de las categorías que desarrollan su profesión en los SADC del hospital. Hay trabajadores de distintos departamentos del hospital que aportan riqueza en la toma de decisiones, lo que lleva que el SADC tenga un conocimiento holístico del funcionamiento de la estructura hospitalaria (LÓPEZ DOMÍNGUEZ, 1997; RAMOS, 2021)

2.2.2. Responsabilidades profesionales institucionales

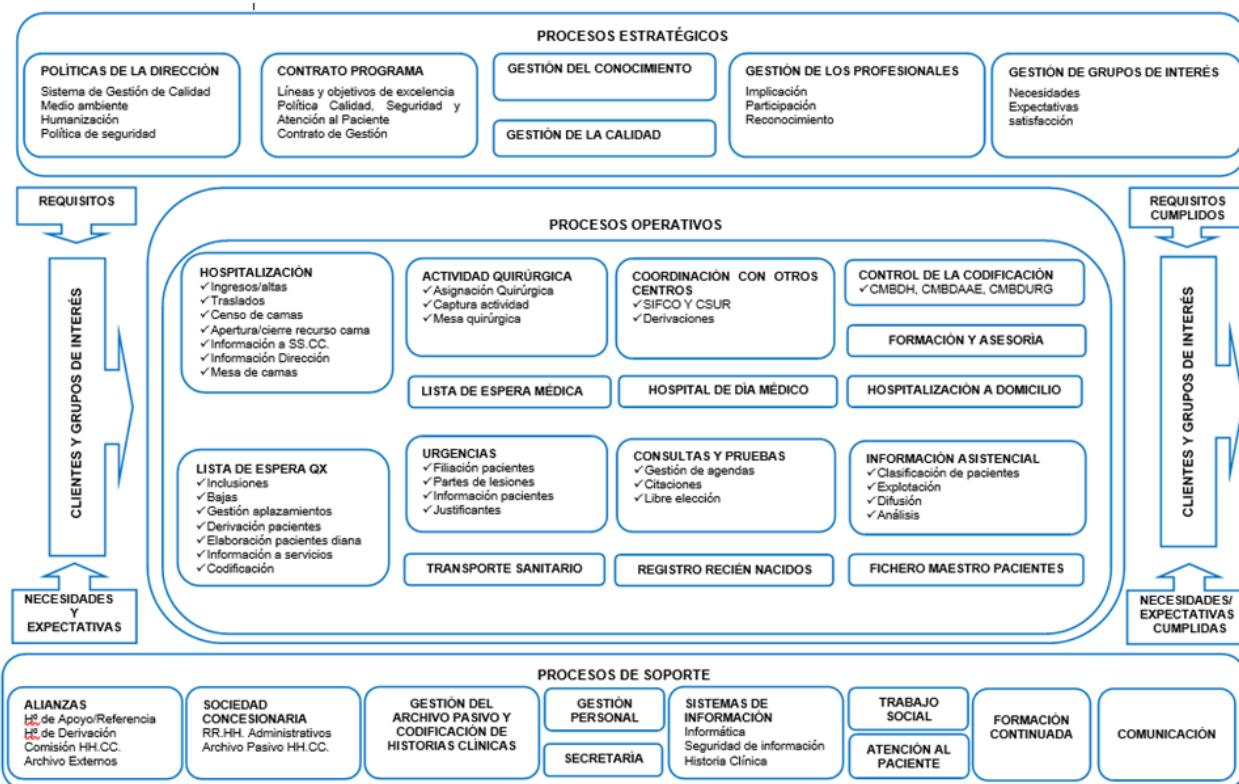
- ✓ Referente de Humanización: Dr. Arturo José Ramos Martín-Vegue.
- ✓ Referentes de Seguridad: Dr. Agustín García Sanguino y Doña Irene Buedo Moya.
- ✓ Refetente de Calidad: Dr. Alberto Vallejo Plaza.

RESPONSABILIDADES DE LOS PROFESIONALES DE ADMISIÓN Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA
MÉDICOS
Jefatura de Servicio y de Sección
Coordinación con la división médica
Autorización de asistencias
Gestión de la historia clínica
Diseño y administración de los sistemas de información
Evaluación de los Sistemas de Información Asistencial
Evaluación de la atención a los pacientes
Gestión clínica y revisión de la utilización de recursos
MÉDICOS
Supervisión Funcional de Enfermería
Gestión de camas
Coordinación de la actividad asistencial
Diseño y gestión de tareas de gestión de pacientes
TÉCNICOS SUPERIORES EN DOCUMENTACIÓN SANITARIA
Codificación clínica
Agrupación de pacientes
Búsquedas documentales
ADMINISTRATIVOS
Captura, registro y mantenimiento de datos
Archivo de historias clínicas
Gestión de traslados, canalizaciones y derivaciones
Secretaría asistencial
CELADORES/TIGAS
Mensajería de documentación y archivo
Acompañamiento de pacientes

CATEGORÍA	NOMBRE	TEL.	CORREO	RESPONSABILIDADES
Jefe de Servicio	Arturo José Ramos Martín-Vegue	639 243 792	arturojose.ramos@salud.madrid.org	Coordinación del servicio Personal Control de la codificación Hospitalización y Mesa de Camas Lista de Espera Médica Referente de Humanización Comisión de Documentación Clínica Comité de Ética Asistencial
Jefe de Sección	Agustín García Sanguino	639 121 925	agustin.garcia@salud.madrid.org	Agendas y citaciones Transporte Sanitario Hospital de Día Médico Admisión de Urgencias Referente de Seguridad Comisión de Urgencias
Adjunto	Alberto Vallejo Plaza	416043	alberto.vallejo@salud.madrid.org	Canalizaciones y derivaciones SIFCO Lista de Espera Quirúrgica y Mesa Quirúrgica Información Asistencial Referente de calidad Recién Nacidos Comisión de Mortalidad
Supervisor de Enfermería	Juan Manuel Quesada López	820049	juanmanuel quesada@salud.madrid.org	Gestión de Camas Mesa de Camas Información hospitalización Información SUMMA Información SERMAS Comisión Documentación Clínica
Coordinación Administrativa	Elena Eva Delgado Alameda	689 961 278	patricia.rio@salud.madrid.org	Gestión de personal
Secretaria	Silvia Molina Jiménez	417495	secreadc.hpth@salud.madrid.org	Secretaría

2.3. MAPA DE PROCESOS

Se presenta, a continuación, el mapa de procesos del servicio, certificado por la norma UNE-EN ISO 9001:2015.



2.4. DECÁLOGO DE FUNCIONAMIENTO INTERNO DEL SADC

La organización del servicio por procesos ha sido posible por la implantación en el servicio, en el año 2015, del Decálogo de funcionamiento interno del Servicio de Admisión y Documentación Clínica que se presentó como comunicación en el XIV Congreso Nacional de Documentación Médica (GARCÍA RAMOS, CRUZ-BERMÚDEZ, ALBARRACÍN, CODESIDO, 2015, p. 108) El decálogo se presenta como una herramienta útil para la resolución de conflictos, tanto a nivel interno en el propio servicio, como a nivel externo, con el usuario, y con los trabajadores de otros servicios. Basado en los trabajos de GARCÍA y BOLAÑOS, (2001, p. 71-77) se desarrolló para dar respuesta a los resultados obtenidos en la Encuesta de Riesgo Psicosocial llevada a cabo en el SADC en el año 2014: riesgo muy elevado en la carga de trabajo (personal sanitario) y en la participación/supervisión (personal administrativo); y riesgo mejorable en la demanda psicológica.



3. Planificación

3.1. PROYECTOS DEL SERVICIO AÑO 2024

Título	Breve Resumen del proyecto	Iniciado/finalizado	Responsable del proyecto
Diseño del Plan Estratégico del SADC	3 fases de implantación del plan estratégico del SADC	2024 a 2027	Dr. Arturo José Ramos Martín-Vegue
Implantación en el Servicio de Geriatría de la Unidad de Hospitalización a Domicilio en Geriatría	Implantación de la primera Unidad de Hospitalización a Domicilio en el HUPHM	Septiembre a Diciembre de 2024	Dr. Alberto Vallejo Plaza
Implantación del Hospital de Día de Braquiterapia	Implantación de Hospital de Día de Braquiterapia	Enero a Junio de 2024	Dr. Agustín García Sanguino

3.1.1.1. Diseño del Plan Estratégico del Servicio de Admisión y Documentación Clínica

El 10 de mayo de 2023 el Comité de dirección del SERMAS aprobó el Plan Estratégico de los Servicios de Admisión y Documentación Clínica. El plan se estructura en **5 Líneas estratégicas** que se detallan en la siguiente figura.



Cada **Línea Estratégica** se desarrolla a través de un conjunto de **Objetivos Estratégicos** que se implantan mediante la consecución de distintos **Objetivos Operativos**.

Durante el año 2024 se ha procedido a diseñar el despliegue, en el hospital, del Plan Estratégico del SADC, que se llevará a cabo en tres fases, cada una con un año de duración (2025-2027) para desarrollar en el servicio las distintas perspectivas en las que se conforma el Plan Estratégico.

✓ Alcance

Implantación de las líneas estratégicas y los objetivos del Plan en el SADC del hospital. La manera en que estos se desarrolle a medio y largo plazo va a determinar el modelo que el SADC debe

seguir para lograr sus objetivos y desarrollar su potencial, teniendo presente un enfoque global del Servicio Madrileño de Salud para los SADC, con el fin de alinear las estrategias y propósitos de ambos.

✓ **Objetivos**

- **Objetivo Genera:** Definir el papel del SADC para responder adecuadamente a las necesidades de los pacientes y de la organización.
- **Objetivos Específico:**
 - Actualizar el concepto del Servicio de Admisión y Documentación Clínica.
 - Analizar y diagnosticar la situación actual del SADC en el hospital.
 - Establecer las líneas estratégicas.
 - Proponer las actuaciones que conlleven el desarrollo de las estrategias.

3.1.1.2. Primera fase (2025)

I. Perspectiva misión

IMPULSO DEL PAPEL DEL SADC EN LA ATENCIÓN HOSPITALARIA	
OBJETIVO ESTRATÉGICO	1. Fomentar la participación del SADC en el hospital
Objetivos operativos	1a. Poner en marcha grupos de mejora para la gestión de procesos 1b. Desarrollar procedimientos de coordinación con servicios del hospital. 1c. Incorporar rotaciones formativas en el SADC. Pregrado y formación sanitaria especializada 1d. Impulsar reuniones sistemáticas y periódicas de los SADC con el resto de servicios del hospital 1e. Definir las Comisiones Técnicas Asistenciales en las que participar
OBJETIVO ESTRATÉGICO	2. Realizar un plan de comunicación en el hospital
Objetivos operativos	2a. Definir el plan de comunicación 2b. Establecer un trabajo conjunto con Comunicación para la actualización permanente de la INTRANET del SADC
IMPULSO DEL PAPEL DEL SADC EN LA SOCIEDAD	
OBJETIVO ESTRATÉGICO	3. Impulsar líneas de comunicación con la sociedad
Objetivos operativos	3a. Establecer un trabajo conjunto con Comunicación para la actualización permanente de la WEB del SADC 3b. Impulsar convenios de formación
OBJETIVO ESTRATÉGICO	4. Impulsar convenios de formación en el SADC
Objetivos operativos	4a. Establecer un trabajo conjunto con la Unidad de Formación 4b. Generar estructura interna y un Plan formativo
DETERMINACIÓN DE LA CARTERA DEL SADC	
OBJETIVO ESTRATÉGICO	5. Definir la cartera de servicios
ESTABLECIMIENTO DE ALIANZAS	
OBJETIVO ESTRATÉGICO	6. Establecer alianzas internas
OBJETIVO ESTRATÉGICO	7. Establecer alianzas externas

II. Perspectiva procesos

PRESENCIA DE LOS SADC EN LOS ÓRGANOS DE GOBERNANZA	
OBJETIVO ESTRATÉGICO	8. Incorporar los profesionales del SADC a la toma de decisiones
Objetivos operativos	8a. Incorporar al responsable del SADC en órganos de decisión del hospital 8b. Crear en el SADC referentes de seguridad, calidad y humanización
HOMOGENEIZACIÓN Y NORMALIZACIÓN DEL SADC	
OBJETIVO ESTRATÉGICO	9. Establecer el desarrollo normativo del SADC: estructura y función
OBJETIVO ESTRATÉGICO	10. Definir las categorías y los perfiles profesionales
OBJETIVO ESTRATÉGICO	11. Definir estándares profesionales por categoría, en función de las cargas de trabajo
TRABAJO POR PROCESOS	
OBJETIVO ESTRATÉGICO	12. Definir el DAFO
OBJETIVO ESTRATÉGICO	13. Establecer el Mapa de Procesos
NUEVAS FORMAS DE PRESTAR SERVICIO	
OBJETIVO ESTRATÉGICO	14. Incorporar la digitalización a los procesos
OBJETIVO ESTRATÉGICO	15. Favorecer la relación digital con el paciente

3.1.1.3. Segunda fase (2026)

III Perspectiva financiera

PUESTA EN VALOR DE LA EFICIENCIA GENERADA POR EL SADC	
OBJETIVO ESTRATÉGICO	16. Definir los indicadores de rendimiento
OBJETIVO ESTRATÉGICO	17. Cuantificar el impacto económico de la actividad

IV Perspectiva resultado clientes

GESTIÓN DE PERSONAS	
OBJETIVO ESTRATÉGICO	18. Acompañar al trabajador
Objetivos operativos	18a. Disponer un plan de acogida 18b. Contar con menores y referentes 18c. Realizar un análisis del clima laboral e implantar un plan de mejora 18d. Fomentar el trabajo en equipo 19e. Realizar la evaluación del desempeño
INCREMENTO DEL GRADO DE SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES CON EL SADC	
OBJETIVO ESTRATÉGICO	20. Incorporar la visión del paciente
Objetivos operativos	20a. Incorporar un profesional del SADC a la Comisión de Calidad Percibida 20b. Realizar encuestas de satisfacción 20c. Poner en marcha grupos focales 20d. Definir mapas de experiencias de los paciente

3.1.1.4. Tercera fase (2027)

V Perspectiva innovación, formación y aprendizaje

GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO	
OBJETIVO ESTRATÉGICO	21. Realizar un Plan de Formación
OBJETIVO ESTRATÉGICO	22. Crear alianzas con Sociedades Científicas
INCORPORACIÓN DE LA METODOLOGÍA DE CALIDAD	
OBJETIVO ESTRATÉGICO	23. Promover la certificación del Sistema de Gestión de Calidad. 23a. Conseguir la recertificación en la norma UNE-EN ISO 9001:2016 23b. Participar en la certificación del Sistema EFQM+
PARTICIPACIÓN EN INVESTIGACIÓN	
OBJETIVO ESTRATÉGICO	24. Incrementar la producción científica

3.1.2. Diseño e implantación de la Hospitalización a domicilio (HAD) en el Servicio de Geriatría

Los Servicios de Geriatría, Informática y Admisión lideraron conjuntamente, en el año 2024, el proyecto de implantación de la primera Unidad de Hospitalización a Domicilio (HAD) en el hospital. El objetivo principal es ofrecer al paciente en su domicilio (particular/residencia) la atención hospitalaria especializada que requiere, sin tener que ingresar en una planta de hospitalización, con la seguridad y efectividad de una hospitalización convencional.

El Servicio de Admisión y Documentación Clínica desarrolló las actividades requeridas para la puesta en marcha de HAD, en tres fases:

En una **primera fase**, desarrollada entre los meses de junio y septiembre, se realizaron reuniones de conceptualización del programa con los servicios de Geriatría e Informática, con la participación de las Direcciones Médica y de Enfermería, seguidas de reuniones operativas de desarrollo del proyecto, en el que se estableció el funcionamiento de la nueva modalidad asistencial desde el punto de vista de estructura, documentación clínica e informática, así como procedimientos de ingreso.

En una **segunda fase**, desarrollada en los meses de septiembre y octubre, se procedió a gestionar el desarrollo de los peticiones y estructuras virtuales físicas y funcionales requeridas para el desarrollo de esta nueva modalidad asistencial.

- Se creó una nueva Sección dependiente del Servicio de Geriatría “*Geriatría de Hospitalización a domicilio*” (GRTHAD).
- Se creó un nueva Unidad de Enfermería “*Unidad de Enfermería de Hospitalización a Domicilio de Geriatría*” (UHADG).
- Se asignaron a la UHADG 12 camas virtuales.
- Adicionalmente, se desarrollaron con el Servicio de Informática los petitorios de ingreso requeridos, y el mapa de camas informático para visualizar a los pacientes.

En esta fase, los facultativos de Admisión procedieron a realizar pruebas de la utilización de las nuevas estructuras y petitorios, realizando diferentes posibilidades de ingreso con los pacientes prueba para identificar posibles problemas y errores.

En una **tercera fase**, comenzando en noviembre, se procedió a la apertura de la Unidad y el seguimiento de nuevos errores y problemas derivados para continuar mejorando el funcionamiento de la nueva modalidad asistencial.

3.1.3. Diseño e implantación del Hospital de Día de Braquiterapia

Los Servicios de Oncología Radioterapia y de Admisión y documentación Clínica lideraron conjuntamente, en el año 2024, el proyecto de implantación del Hospital de Día de Braquiterapia. El objetivo principal es citar y capturar la actividad de los procesos de Braquiterapia que se llevan a cabo en el hospital, según lo establecido por el SERMAS.

El Sistema de Información de esta actividad ha de ser incluido en el Conjunto Mínimo Básico de Datos de Atención ambulatoria (CMBD-AAE) como tipo de visita 2: “*Técnicas diagnósticas y terapéuticas especiales, son procedimientos realizados de forma ambulatoria y que requieren el uso de salas especiales*, al igual que las salas de hemodinámica cardíaca, radiología intervencionista, electrofisiología, etc.”

El Servicio de Admisión y Documentación Clínica desarrolló las actividades requeridas para la puesta en marcha de dicho Hospital de Día, consistentes en:

- ✓ Reuniones de conceptualización y definición del programa, entre los meses de diciembre de 2023 y enero de 2024, con el servicio de Oncología Radioterápica.
- ✓ Reuniones operativas de desarrollo del proyecto, en el que se estableció el funcionamiento de la nueva modalidad asistencial desde el punto de vista de estructura, documentación clínica e informática, así como los procedimientos organizativos de citación, ingreso y alta en la Unidad de Hospital de día (HDD) correspondiente.
- ✓ Desarrollo de los petitorios y estructuras virtuales físicas y funcionales requeridas para el desarrollo de esta nueva modalidad asistencial.
- ✓ Creación de las prestaciones de Hospital de Día y de los procedimientos de Braquiterapia a realizar.
- ✓ Se creó la estructura de Hospital de Día de Braquiterapia, asignándole 2 recursos camas solicitados.
- ✓ Con el Servicio de Informática se implementaron los petitorios de pruebas requeridos, y el mapa de camas informático para visualizar a los pacientes.
- ✓ Validación del sistema en el entorno de pruebas.
- ✓ Confirmación de la actividad realizada y su descarga en el CMBD-AAE

4. Soporte

4.1. GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO

Título	Observaciones
Sesión de Seguridad	<p>Responsables de seguridad:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Dr. Agustín García Sanguino▪ D.ª Esther Herranz Herrero (enero-marzo 2024).▪ D.ª Irene Buedo Moya (abril-diciembre 2024) <p>Sesiones (3 sesiones presenciales de los dos responsables):</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Reunión Hospitalización Indicadores de Calidad (5 horas) Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, 14 de marzo de 2024.▪ Encuentro Responsables de Seguridad (5 horas) Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, 27 de noviembre de 2024.▪ Reunión de Responsables de Seguridad CISEM- Medicación. (5 horas) Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, 28 de noviembre 2024.
Comunicaciones en Congresos	<ul style="list-style-type: none">▪ Arturo José Ramos Martín-Vegue, Pedro Durán del Campo, Laura Vicente Izquierdo, Miguel Herraiz Sarachaga. <i>10 años de formación en Bioética en un Hospital Universitario</i>. XVI Congreso Nacional de la Asociación de BIOÉTICA Fundamental y Clínica. Cartagena, 23-25 de mayo de 2004.▪ Arturo José Ramos Martín-Vegue, Pedro Durán del Campo, Laura Vicente Izquierdo, Miguel Herraiz Sarachaga. <i>La moralidad para la supervivencia y desarrollo, en Mario Bunge</i>. XVI Congreso Nacional de la Asociación de BIOÉTICA Fundamental y Clínica. Cartagena, 23-25 de mayo de 2004.▪ Laura Vicente Izquierdo, Almudena Santano Magariño, Pedro Durán del Campo, Arturo J. Ramos Martín-Vegue, Miguel Herraiz Sarachaga, Belén Ruiz Antorán. <i>Evaluación de la competencia moral de los profesionales enfermeros en un hospital de tercer nivel</i>. XVI Congreso Nacional de la Asociación de BIOÉTICA Fundamental y Clínica. Cartagena, 23-25 de mayo de 2004.▪ Arturo José Ramos Martín-Vegue. <i>El ecodesarrollo. La respuesta de Mario Bunge al conflicto entre el desarrollo y la protección del medio ambiente</i>. Curso de Verano “Ética ecológica”. Universidad de Teruel. Calanda, 1-5 de julio de 2024.
Publicaciones	<ul style="list-style-type: none">▪ Ramos, Arturo J., Pedro Durán, Laura Vicente I, Miguel Herraiz. 10 años de formación en Bioética en un Hospital Universitario. <i>Bioética Complutense</i> 47 (2024) pp. 146-155.▪ Vicente Izquierdo, Laura, Almudena Santano Magariño, Pedro Durán del Campo, Arturo J. Ramos Martín-Vegue, Miguel Herraiz Sarachaga, Belén Ruiz Antorán. Evaluación de la competencia moral de los profesionales enfermeros en un hospital de tercer nivel. <i>Bioética Complutense</i> 47 (2024) pp. 146-155.▪ Gutiérrez-González R; Macarrón M; Royuela A; Vallejo-Plaza A; Zamarron A; 2024 Nov 15; Mortality in patients older than 65 years undergoing surgery for degenerative lumbar spine disease: A comparison with the general population, <i>BMC geriatrics</i>. Available at: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39548361/

Sesiones formativas	<p>Irene Buedo Moya</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Curso de Gestión de Recursos Humanos.</i> (10 horas). SalusPlay. Mayo 2024. ▪ <i>Curso de Liderazgo y Gestión de Servicios de Enfermería</i> (18horas). SalusPlay. Septiembre 2024. <p>Agustín García</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Curso de Introducción a la Bioética</i> (15 horas). Formación Continuada del Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, 16 al 25 de enero de 2024. ▪ <i>Curso de Novedades sobre aseguramiento y procedimientos de acceso a la asistencia sanitaria para profesionales de los servicios de admisión y de los departamentos de facturación de los hospitales del SERMAS</i> (10 horas). Plan de Formación Continuada de la Consejería de Sanidad, octubre 2024. ▪ <i>Curso básico de seguridad del paciente</i> (5horas). Subdirección General de Calidad Asistencial y Seguridad de la Consejería de Sanidad, septiembre2024. <p>Esther Herranz Herrero</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Curso de Psicopatología general II</i> (25 horas). Universidad de Castilla la Mancha. Marzo 2024. ▪ <i>Curso de Intervenciones enfermeras ante urgencias en salud mental</i> (9 horas). Comisión Canaria de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias. Marzo 2024. ▪ <i>Curso de Higiene y seguridad alimentaria en el ámbito laboral</i> (25 horas). Universidad de Castilla la Mancha. Agosto 2024. <p>Juan Manuel Quesada López</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Curso de Estrategias de Gestión en la Dirección de Enfermería</i> (8 Horas). Formación Continuada del Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. Enero-noviembre 2024. ▪ <i>Curso de Implementación de sistemas de gestión de la calidad. planificación, gestión y evaluación de resultados</i> (3 horas). Formación Continuada del Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, octubre 2024. ▪ <i>Curso de Responsabilidades jurídicas en la supervisión de enfermería.</i> (10 horas). Formación Continuada del Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, septiembre 2024. ▪ <i>Curso del Uso profesional de la Historia Clínica Digital del Sistema Nacional de Salud</i> (5 horas). Formación Continuada del Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, noviembre 2024. <p>Arturo José Ramos Martín-Vegue</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>II Semana de la Salud: Cómo protegernos del sol. Prevención del cáncer cutáneo</i> (1 hora). Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, 16 de abril de 2024. ▪ <i>II Semana de la Salud: Dieta Saludable</i> (1 hora). Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, 17 de abril de 2024. ▪ <i>XVI Congreso Nacional de Bioética</i> (17 horas). Asociación de Bioética Fundamental y Clínica. Cartagena, 23 al 25 de mayo de 2024. ▪ <i>Curso de Ética Ecológica</i> (20 horas). Universidad de Verano de Teruel. Calanda, 3 al 5 de julio de 2024. ▪ <i>Curso de fundamentos de bioética clínica en el entorno sanitario</i> (32 horas). Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, 21 de junio- 30 de septiembre 2024.
----------------------------	--

	<ul style="list-style-type: none"> ■ <i>Curso de Implementación de Sistemas de Gestión de la Calidad. Planificación, gestión y evaluación de resultados</i> (3 horas). Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, 7 de octubre de 2024. ■ <i>Curso Actualización en Bioética, ed. 2024</i> (15 horas). Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, 1-25 de octubre de 2024. ■ <i>XI Encuentros en Bioética "Puerta de Hierro": Aspectos bioéticos de la discapacidad</i> (15 horas). Formación Continuada del Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, 28 de noviembre de 2024. <p>Lucía Rodríguez Labadía</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ <i>Curso de Introducción y marco contextual de la práctica avanzada</i> (100 horas). Universidad Católica de Ávila, mayo 2024. ■ <i>Curso de Experto universitario en liderazgo del cambio y gestión innovadora de los cuidados enfermeros</i> (600 horas). Universidad Católica de Ávila, mayo 2024. <p>Elena Ruiz Rodriguez</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ <i>IV Curso de Actualización en las Infecciones Relacionadas a la Asistencia Sanitaria</i> (42 horas). MSD, agosto 2024. ■ <i>Curso de Prescripción Enfermera</i> (5 horas). Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, mayo 2024. ■ <i>Curso de Prevención y Adolescente Entrevista al adolescente, vacunas, hábitos de vida saludable y salud mental</i> (23'5 horas). MSD. agosto 2024 <p>Alberto Vallejo Plaza</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ <i>Novedades sobre aseguramiento y procedimientos de acceso a la asistencia sanitaria para profesionales de los servicios de admisión y de los departamentos de facturación de los hospitales del SERMAS</i> (10 horas). Plan de Formación Continuada de la Consejería de Sanidad, octubre 2024. ■ <i>Implantación de sistemas de gestión de la calidad. Planificación, gestión y evaluación de resultados</i> (3 horas). Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, octubre 2024. ■ <i>Seguridad del Paciente: Gestión de Riesgos Sanitarios 2ª Edición (2024)</i> (30 horas). Plan de Formación Continuada de la Consejería de Sanidad, septiembre y octubre 2024. ■ <i>Curso Básico On-Line de Higiene de Manos</i> (10 horas). Plan de Formación Continuada de la Consejería de Sanidad, septiembre 2024. ■ <i>Curso Básico On-Line de Seguridad del Paciente</i>. 5 horas. Plan de Formación Continuada de la Consejería de Sanidad, septiembre 2024. <p>Personal administrativo</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ <i>Curso de Iniciación a la investigación cualitativa</i> (4 horas). Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, octubre 2024. ■ <i>Curso de biblioteca virtual: fuentes de información y gestión de recursos</i> (2 horas). Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, octubre 2024. ■ <i>Curso de Fundamentos de Bioética Clínica en el entorno sanitario</i> (32 Horas) Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, octubre 2024. ■ <i>Curso de Actualización en Bioética</i> (15 horas). Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, octubre 2024. ■ <i>Curso de Puntos clave para realizar una revisión narrativa</i> (2 horas). Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, octubre 2024. ■ <i>XI Encuentros en Bioética "Puerta de Hierro": Aspectos Bioéticos de la Discapacidad</i> (5 horas). Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, octubre 2024.
--	--

	<ul style="list-style-type: none"> ■ <i>Curso de Gestión de la incapacidad temporal</i> (100 horas). Universidad Católica de Ávila. ■ <i>Curso de Gestión al día: Introducción a la gestión de la calidad</i> (125 horas). Universidad Católica de Ávila ■ <i>Curso La nueva e-administración</i> (40 horas). Planes formación para empleados públicos de la Comunidad de Madrid. ■ <i>Curso de Excel.</i> (20 horas). Sindicato libre. ■ <i>Curso de OFFICE 365</i>(10 horas). Sindicato libre. ■ <i>Curso de OFIMÁTICA</i> (110 horas). Escuela Superior de Informática. ■ <i>Curso El Sistema de la Seguridad Social</i> (70 horas). CEOE-Edene. ■ <i>Curso de Protección de Datos en las relaciones laborales</i> (20 horas). CEIM-GDOCE. ■ <i>Curso de Salarios, contratación y nueva normativa laboral</i> (100 horas). CEOE-EDENE. ■ <i>Curso de Formación en Protección de Datos</i> (46 horas). ACCIONA Service. ■ <i>Curso de Formación en Prevención de Riesgos Laborales</i> (99 horas). ACCIONA Service ■ <i>Curso de Admisión, Información y Documentación Clínica</i> (2.000 horas). Universidad Católica de Ávila. ■ <i>Curso de Documentación y acceso a los distintos servicios sanitarios</i> (450 horas). Universidad Católica de Ávila.
Comisiones Clínicas y/o Comités a los que se pertenece	<p>Irene Buedo Moya</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Referente de Seguridad del SADC. <p>Agustín García Sanguino</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Vocal de la Comisión de Urgencias. ■ Referente de Seguridad del SADC. <p>Juan Manuel Quesada López</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Vocal de la Comisión de Documentación Clínica. <p>Arturo José Ramos Martín Vegue</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Presidente de la Comisión de Documentación Clínica. ■ Secretario del Comité de Ética Asistencial. ■ Vocal de la Junta Técnico Asistencial. ■ Vocal de la Comisión Mixta. ■ Responsable de Humanización del SADC <p>Alberto Vallejo Plaza</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Responsable de Calidad del SADC. ■ Vocal de la Comisión de Mortalidad.
Ponencias	<p>Arturo José Ramos Martín-Vegue</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ <i>Ponente de la Sesión General del Hospital "Poesía y Medicina"</i> (1 hora). Unidad de Docencia del Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, 14 de febrero de 2024.
Cursos discentes	<p>Arturo José Ramos Martín-Vegue</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ <i>Director docente del Curso Introducción a la Bioética</i> (15 horas). Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda: 16 al 25 de enero de 2024. ■ <i>Docente del Curso Introducción a la Bioética: "Instrucciones Previas y eutanasia"</i> (1 hora). Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda: 16 al 25 de enero de 2024.

	<ul style="list-style-type: none"> ■ <i>Moderador de la Sesión General del Hospital: "Consultoría en Ética Clínica" (1 hora).</i> Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda: 24 de enero de 2024. ■ <i>Docente de la Sesión General del Hospital: "Medicina y poesía" (1 hora).</i> Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda: 14 de febrero de 2024. ■ <i>Director docente del Curso Fundamentos de Bioética Clínica en el entorno sanitario Formación impartida en la modalidad de e-learning, Ed. 2024 (32 horas).</i> Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda: 21 de junio al 30 de septiembre de 2024. ■ <i>Docente del Curso Fundamentos de Bioética Clínica en el entorno sanitario Formación impartida en la modalidad de e-learning, Ed. 2024: Tema 1: Realidad moral de la persona" (2 horas).</i> Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda: 21 de junio al 30 de septiembre de 2024. ■ <i>Docente del Curso Fundamentos de Bioética Clínica en el entorno sanitario Formación impartida en la modalidad de e-learning, Ed. 2024: "Tema 3: El cuidado de sí, como ética para cuidar del otro" (2 horas).</i> Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda: 21 de junio al 30 de septiembre de 2024. ■ <i>Docente del Curso Fundamentos de Bioética Clínica en el entorno sanitario Formación impartida en la modalidad de e-learning, Ed. 2024: "Tema 6: Instrucciones Previas" (2 horas).</i> Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda: 21 de junio al 30 de septiembre de 2024. ■ <i>Docente del Curso Fundamentos de Bioética Clínica en el entorno sanitario Formación impartida en la modalidad de e-learning, Ed. 2024: "Tema 11: Derechos y garantías de los pacientes en el proceso de morir" (2 horas).</i> Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda: 21 de junio al 30 de septiembre de 2024. ■ <i>Docente del Curso 17: "Bioética y normativa aplicada. El proceso de donación y trasplantes de órganos y tejidos".</i> Máster GESPA "La Gestión de pacientes", Ed. 2024. (35 horas). Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid: 14-21 de septiembre de 2024. ■ <i>Director docente del Curso de Actualización en Bioética (15 horas).</i> Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda: 1 al 10 de octubre de 2024. ■ <i>Director docente de los XI Encuentros en Bioética Puerta de Hierro: "Aspectos Bioéticos de la discapacidad" (5 horas).</i> Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda: 16 al 25 de enero de 2024.
Cargos en Sociedades Científicas, asesor o colaborador en organismos o administraciones (Nacionales o Internacionales)	<p>Agustín García Sanguino</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Miembro del Grupo de Trabajo de NC1 del Servicio Madrileño de la Salud. <p>Arturo José Ramos Martín-Vegue</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Vocal Titular 3 del Tribunal Calificador de las pruebas selectivas para la categoría de Médico de Admisión y Documentación Clínica para el Concurso de Méritos por el turno libre a la condición de personal estatutario fijo en las categorías de personal sanitario del Grupo A Subgrupo A1 del Servicio Madrileño de Salud de la Comunidad de Madrid. Resolución de 1 de julio de 2024 de la Dirección General de Recursos Humanos y Relaciones Laborales del Servicio Madrileño de Salud, de 01 de julio de 2024. ■ Vocal Titular 3 del Tribunal Calificador de las pruebas selectivas para la categoría de Médico de Admisión y Documentación Clínica para las pruebas selectivas, por el turno libre, para el acceso a la condición de personal estatutario fijo. Resolución de 1 de diciembre de 2021, de la Dirección General de Recursos Humanos y Relaciones Laborales del Servicio Madrileño de Salud (BOLETÍN OFICIAL DE LA COMUNIDAD DE MADRID de 16 de diciembre).

4.2. PLAN DE COMUNICACIÓN

QUÉ	CUANDO	A QUIÉN	CÓMO	QUIÉN
Comisión de Documentación Clínica	Mensual	Comisión de Documentación Clínica	Mensual, convocada por la Secretaría de Admisión, en sala de gerencia	Jefe de Servicio y Supervisor de Enfermería
Comisión de personal de enfermería	Mensual	Servicio de Admisión (personal de enfermería)	Reunión mensual, en sala de reuniones	Personal de enfermería
Comisión de responsables SADC	Semanal	Servicio de Admisión (médicos, enfermería y responsable de grupo administrativo)	Reunión semanal, en sala de reuniones	Jefe de Servicio, personal facultativo, supervisor de enfermería y jefe de grupo administrativo
Reunión interna de acreditación ISO	A demanda	Servicio de Admisión (médicos y enfermería)	Reunión presencial, en sala de reuniones o despacho de responsable de calidad	Jefe de Servicio, personal facultativo, supervisor de enfermería
Mesa de Camas	Diaria	Con todos los servicios asistenciales	Diario, en sala de gerencia	Facultativo y personal de enfermería
Mesa de Programación Quirúrgica	Semanal	Con todos los servicios quirúrgicos	Los jueves, en sala de gerencia	Facultativo encargado de área quirúrgica
Pase de guardia diario	Lunes a jueves	Dirección de Enfermería; Supervisiones de Área; Supervisiones de Tarde	Diario, en Dirección de Enfermería	Supervisor de enfermería
Pase de guardia de festivos	Viernes y vísperas de festivos	Dirección Médica, Dirección de Enfermería, jefes de hospital, supervisores de guardia	Viernes y vísperas de festivos, en sala de gerencia	Supervisor de enfermería y personal de enfermería
Reunión de cierres de camas de verano	Anual	Dirección de Enfermería	Anual, según convocatoria de Dirección de Enfermería	Supervisor de enfermería y Jefe de Servicio
Reuniones informativas o de trabajo con personal administrativo	A demanda	Personal administrativo	A demanda, según necesidad	Personal facultativo y personal administrativo
Sesiones con servicios clínicos para formación	A demanda	Servicios hospitalarios	A demanda, según necesidad, se acude al servicio	Personal facultativo
Reuniones Extraordinarias	Cuando se requiere información o asistencia del Servicio de Admisión	A quién lo reclame (direcciones, servicios, etc.)	Cómo sea preciso	Servicio de Admisión (cuálquiera de los componentes que requieran)
Sesiones actualización y presentación resultados de Calidad y Seguridad del Paciente	Convocatoria de Unidad de Calidad (2-3 anuales)	Comisión de Seguridad	Según convocatoria por correo electrónico de Unidad de Calidad	Jefe de Servicio Supervisor de enfermería Responsable de Seguridad Responsable de Calidad
Reuniones de calidad	Convocatoria de Unidad de Calidad	Responsables de Calidad	Según convocatoria por correo electrónico de Unidad de Calidad	Responsable de Calidad
Temas extraordinarios internos	Cuando procede	Integrantes Servicio de Admisión	Reunión presencial	Interesado (del servicio)
Normalización de documentos o creación de nuevos documentos del SADC	Cuando procede	Todo el personal sanitario y no sanitario del SADC	Correo corporativo	Servicio de Admisión
Información de documentación de calidad	Cuando procede	Todo el personal sanitario y no sanitario del SADC	Correo corporativo	Servicio de Admisión
Seguimiento de empresas de codificación (reuniones)	Según pliego	Empresa de codificación	Correo corporativo + reuniones presenciales según necesidad	Jefe de Servicio Responsable del proceso
Comisión de Mortalidad	Mensual	Comisión de Mortalidad	Mensual, convocada por el secretario de la comisión	Personal facultativo adjunto a la comisión
Reuniones de seguimiento de resultados SERMAS	A demanda	Personal sanitario de los servicios de Admisión	A demanda, según convoque el SERMAS	Personal facultativo responsable de los diferentes procesos
Informe reducido de situación de servicios (GRD)	Mensual	Jefes de Servicio	Correo corporativo	Responsable del Proceso de Información Asistencial
Informe avanzado de situación de servicios (GRD)	Cuatrimestral	Jefes de Servicio	Correo corporativo	Responsable del Proceso de Información Asistencial
Informes de búsqueda de información asistencial	A demanda	Facultativo solicitante	Correo corporativo, a demanda	Responsable del Proceso de Información Asistencial
Informe de necesidad de camas	Diario	Dirección Médica, Dirección de Enfermería y personal del Servicio de Admisión	Correo corporativo	Enfermería
Situación de camas	Dos veces al día	Dirección de Enfermería	Correo corporativo	Enfermería
Informe para la reunión diaria (Mesa de camas)	Diario	Dirección Médica, Dirección de Enfermería, Jefes de Servicio y Supervisiones de Enfermería	Correo corporativo	Enfermería
Informe de Exitus COVID	Diario (si procede)	Dirección Médica, Dirección de Enfermería, Capacidad asistencial COVID	Correo corporativo	Enfermería
Resumen de Urgencias	Dos veces al día	Dirección Médica, Dirección de Enfermería	Correo corporativo	Enfermería
		Gerencial Asistencial de Hospitales	Repositorio On-line Consejería de Sanidad	Enfermería
Reserva de Camas	Diario	Admisión de Urgencias	Correo corporativo	Enfermería
Coordinación de Pacientes Pendientes de Ingreso y Camas Libres	Tres veces al día	SUMMA 112	Aplicación web	Enfermería

5. Operaciones

En las tablas adjuntas se relacionan los documentos creados o actualizados durante el año 2024, especificando el tipo de documento, su código, su descripción y su fecha de publicación.

Nº protocolos de Procesos	Nº recomendaciones al paciente	Nº de Consentimientos Informados	Documentos de Gestión de Calidad:	Manuales de Procedimientos
13	3	0	12	3

Nº ORDEN	TIPO	COD DOC	Título DOC	Fecha 1ª Publicación	Fecha de revisión
1	DOC CALIDAD	DAFO	DAFO del SADC	04-sep-23	10-sep-24
2	DOC CALIDAD	PARTES INTERESADAS	Gestión de las partes interesadas del SADC	04-sep-23	07-oct-24
3	DOC CALIDAD	MAPA_DE_PROCESOS_SADC	Mapa de los procesos del SADC	01-sep-23	07-nov-24
4	DOC CALIDAD	HUPH_SADC_OBJETIVOS	Gestión de objetivos del SADC	25-sep-23	27-dic-24
5	DOC CALIDAD	SADC-CUADRO DE MANDOS	Cuadr de Mandos del SADC	05-oct-23	14-nov-24
6	DOC CALIDAD	SADC_COMM	Política de comunicación del SADC	13-oct-23	04-nov-24
7	DOC CALIDAD	SADC_CENSO_DOCUMENTOS	Censo de la información documentada	15-oct-23	18-nov-24
8	DOC CALIDAD	SADC_ORGANIGRAMA_FUNC	Organigrama funcional del SADC	01-ji-23	15-ene-25
9	DOC CALIDAD	CENSO EQUIPOS SADC	Censo De Equipos del SADC	23-jun-23	31-oct-24
10	DOC CALIDAD	SADC_RIESGOS	Control operacional de los procesos del SADC	13-oct-23	27-dic-24
11	DOC CALIDAD	SADC_NC_AC	Registro de las NC y AC	30-oct-23	18-nov-24
12	DOC CALIDAD	SADC_INCIDENCIAS	Registro de las INC y AC	04-dic-23	19-nov-24
13	PROCESOS	PROC-SADC-ACTQX	Proceso de Actividad Quirúrgica	04-sep-23	09-oct-24
14	PROCESOS	PROC-SADC-COORDINTER	Proceso de Coordinación Intercentros	14-sep-23	09-oct-24
15	PROCESOS	PROC-SADC-FICHMAESTRO	Proceso de Fichero Maestro de Pacientes	22-ene-24	09-oct-24
16	PROCESOS	PROC-SADC-CEX	Proceso de Consultas y Pruebas	15-ago-23	09-oct-24
17	PROCESOS	PROC-SADC-HDDM	Proceso de Hospital de Día Médico	18-sep-23	09-oct-24
18	PROCESOS	PROC-SADC-HOSP	Proceso de Hospitalización	09-oct-23	09-oct-24
19	PROCESOS	PROC-SADC-INFOAST	Proceso de Información Asistencial	04-oct-23	09-oct-24
20	PROCESOS	PROC-SADC-LEM	Proceso de Lista de Espera Médica	18-sep-23	09-oct-24
21	PROCESOS	PROC-SADC-RN	Proceso de Recién Nacidos	04-sep-23	09-oct-24
22	PROCESOS	PROC-SADC-TRANSPORTE	Proceso de Transporte Sanitario	21-sep-23	09-oct-24
23	PROCESOS	PROC-SADC-URGENCIAS	Proceso de Urgencias	06-oct-23	09-oct-24
24	PROCESOS	PROC-SADC-CODIFICACIÓN	Proceso de Control de la Codificación	22-ene-24	09-oct-24
25	PROCESOS	PROC-SADC-HAD	Proceso de Hospitalización a Domicilio	09-oct-24	
26	MANUAL	MANUAL_ACOGIDA_SADC	Manual de Acogida a nuevo personal del SADC	30-nov-22	14-nov-24
27	MANUAL	MANUAL_HAD	Manual de Funcionamiento de la HAD	09-oct-24	
28	MANUAL	MANUAL_FINANC	Manual de Financiación de Actos Clínicos	04-ji-23	15-ji-24
29	RECOMENDACIÓN	RECOM_RN	Recom. para familiares de Recién Nacidos	Anterior a 2022	2024
30	RECOMENDACIÓN	RECOM_DASE	Recom. de obtención de DASE en Urgencias	30-nov-23	2024
31	RECOMENDACIÓN	RECOM_LEQ	Recom. a la entrada a LEQ	Anterior a 2022	2024

6. Evaluación del desempeño

6.1. DATOS ASISTENCIALES, INVESTIGACIÓN, DE CUIDADOS, CONTINUIDAD ASITENCIAL O DOCENCIA MÁS RELEVANTES

TÍTULO	CÓDIGO	OBJETIVO	INDICADOR CLAVE DE GESTIÓN	FUENTE DE INFORMACIÓN	RECURSOS	PLAN PARA ALCANZARLO	RESPONSABLE	RESULTADO 2024	META 2024
Mejora de la comunicación interna y externa	OBJ 24-1	Desarrollo de página web e intranet, y actualización en 2025	Existencia de página web e intranet en 2024, con actualización de información en 2025	Registro interno	RRHH: Profesionales del SADC y Jefa de Grupo	Reuniones de selección de contenidos y diseño en 2024	Jefe del Servicio Jefe de Sección Supervisor de Enfermería	SÍ	Existencia de página web e intranet
Incentivación de la formación continuada del personal sanitario	OBJ 24-2	Todo el personal sanitario realizará más de 26 horas lectivas de formación continuada anuales	Porcentaje de personal sanitario con más de 26 horas lectivas realizadas	Registro interno	RRHH: Profesionales del SADC	Comunicación del objetivo y seguimiento semestral para ver cumplimiento	Jefe del Servicio Supervisor de Enfermería	100,0%	85% de personal sanitario realiza >26 horas lectivas
Desarrollo de nuevos modelos de asistencia sanitaria: Hospitalización a Domicilio	OBJ 24-3	Desarrollo de nuevo proceso de Hospitalización a Domicilio, con comienzo de Geriatría en 2024 y Psiquiatría en 2025	Comienzo de programa en 2024 (Geriatría) y 2025 (Psiquiatría)	Registro interno	RRHH: Profesionales del SADC, profesionales de informática y profesionales de servicios implicados	Reuniones de organización con servicios implicados	Jefe del Servicio	SÍ	Desarrollo de HAD de Geriatría, con al menos 1 ingreso
Disponibilidad mensual de información asistencial en programa ENARA	OBJ 24-4	Importar ficheros de hospitalización, urgencias, CMA y Hospital de Día en el programa ENARA el día 10 de cada mes, o primer día laborable	Porcentaje de archivos (4 mensuales) importados en el plazo fijado	Registro interno con página web ENARA	RRHH: Profesionales del SADC	Reorganización de trabajo de importación. Planificación mensual específica para ENARA.	Jefe del Servicio Adjunto de Información Asistencial	100,0%	N/A
Evaluación del desempeño de la codificación	OBJ 23-1	Conseguir un porcentaje elevado de codificación de peticiones de SIFCO	Porcentaje de codificación de SIFCO cuya actividad se ha realizado	SIFCO	RRHH: Administrativo y profesionales	Seguimiento cuatrimestral de los SIFCO pendientes para verificar la codificación	Jefe del Servicio Adjunto de Hospitalización	87,2%	>80%
	OBJ 23-2	Codificar en tiempo y forma la LEQ	Porcentaje de pacientes incluidos en RULEQ e intervenidos cuyo registro está codificado según la CIE09	RULEQ	RRHH: Profesionales del SADC	Comprobación a final de mes de la codificación de las salidas de RULEQ por intervención quirúrgica.	Jefe del Servicio Adjunto de Codificación de RULEQ	99,99%	>99%

TÍTULO	CÓDIGO	OBJETIVO	INDICADOR CLAVE DE GESTIÓN	FUENTE DE INFORMACIÓN	RECURSOS	PLAN PARA ALCANZARLO	RESPONSABLE	RESULTADO 2024	META 2024
Gestión de la Seguridad del Paciente	OBJ 23-3	Mejora en la respuesta de notificaciones de seguridad	Porcentaje de notificaciones de seguridad con respuesta en 7 días	CISEM	CISEM, Internet, contacto con Calidad	Archivo de PDF de notificaciones con respuestas. Seguimiento cuatrimestral de alcance de objetivos.	Jefe del Servicio Responsable de Seguridad	100,0%	>90%
Respuesta de reclamaciones	OBJ 23-5.1	Contestar todas las reclamaciones enviadas por Atención al Paciente con celeridad	Medias de tiempo entre reclamación y contestación por parte del SADC	Registro interno	RRHH: Profesionales del SADC	Iniciar una base de datos de registro de las reclamaciones, con mediciones de entrada, contestación y tipo de reclamación. Hacer seguimiento de dicha base de datos	Jefe del Servicio Responsable de Calidad	0 días	<3 días laborables
	OBJ 23-5.2	No demorar la respuesta a ninguna reclamación	Porcentaje de reclamaciones contestadas en 5 días laborables o menos	Registro interno	RRHH: Profesionales del SADC		Jefe del Servicio Responsable de Calidad	96,1%	>95%
	OBJ 23-5.3	Reducir las reclamaciones relacionadas con el trato	Número de reclamaciones relacionadas con el trato, la atención o la asistencia por parte de los profesionales	Registro interno + Atención al Paciente	RRHH: Profesionales del SADC		Jefe del Servicio Responsable de Calidad	0	<5 reclamaciones
Introducción de mejoras en la codificación	OBJ 23-6	Iniciar la codificación de procedimientos de los que no se dispone de información en otros sistemas	Porcentaje de codificación de procedimientos de cirugía maxilofacial y neurorradiología	Registro interno	RRHH: Profesionales del SADC	Plan de codificación de procedimientos de cirugía maxilofacial y neurorradiología. Seguimiento mensual para abordar otros procedimientos	Jefe del Servicio Adjunto de Codificación de RULEQ	94,0%	>35%
	OBJ 23-7	Abordar la codificación con 4º-5º dígito de los procesos de 717, 172 y 173	Porcentaje de codificación con 4º o 5º dígito de los procesos con código 717, 172 y 173	Registro interno	RRHH: Profesionales del SADC	Instrucciones al SADC del plan de precisión de la codificación. Información a los servicios implicados de la precisión del diagnóstico indicado. Revisión mensual.	Jefe del Servicio Adjunto de Codificación de RULEQ	90,8%	>85%

6.1.1. Catálogo de los Productos de Admisión

Para cuantificar la actividad del Servicio de Admisión y Documentación Clínica se ha utilizado el Catálogo de los Productos de Admisión, aprobado por la SEDOM en las *VIII Jornadas Nacionales de la Sociedad Española de Documentación Médica* (ELVIRA, 1998). Se ha adaptado el catálogo a la organización del servicio dentro del hospital, quedando algunos productos sin asignación por no llevarse a cabo actividades. En la tabla se muestran los productos y las Unidades Relativas de Valor que tienen asignados dichos productos, modificados y adaptados en 2022 por el SADC del hospital.

CATÁLOGO	URV
1º Solicitud de ingreso	0,3
2º Programación de ingresos	1,0
3º Gestión de camas	0,5
4º Solicitud de demanda quirúrgica	0,6
5º Asignación de quirófanos	0,4
6º Registro de intervención realizada de LEQ	0,2
7º Gestión de citas	0,3
8º Solicitud de asistencia a otros centros	0,5
9º Urgencia registrada	0,3
10º Solicitud de transporte sanitario	0,9
11º Solicitud de registro de recién nacido	0,9
12º Gestión de agendas (URV promedio)	1,07
13º Episodio codificado (URV promedio)	0,62
14º Elaboración de Información (URV promedio)	2,19

6.1.2. Procesos de Hospitalización y de Lista de Espera Médica (LEM)

PRODUCTOS	NÚMERO	URV
1º Solicitud de ingresos	20.544	6.163,2
2º Programación de ingresos	3.615	3.615,0
3º Gestión de camas	4.250	2.125,0
TOTALES	28.409	11.903,2

Solicitud de Ingreso: Solicitudes de ingresos recibidas y registradas.

Programación de Ingresos: Ingresos programados realizados. Solo se consideran los programados. No se contabilizan aquellos que, aun teniendo solicitud, no se realizan por renuncia del paciente o por acudir por otra área.

Gestión de camas: Movimientos registrados en el Fichero de Camas (traslados hacia).

6.1.3. Proceso de Lista de Espera Quirúrgica (LEQ)

PRODUCTO	NÚMERO	URV
4º Solicitud demanda quirúrgica	22.331	13.398,6
TOTALES	22.331	13.398,6

Solicitud de demanda quirúrgica: Solicitudes de inclusión en Lista de Espera Quirúrgica (LEQ) recibidas y gestionadas en la historia clínica del paciente.

6.1.4. Proceso de Actividad Quirúrgica (LEQ)

PRODUCTOS	NÚMERO	URV
5º Asignación de quirófanos	5.967	2.386,8
6º Registro de intervención realizada de LEQ	19.803	3.960,6
TOTALES	25.770	6.347,4

Asignación de quirófanos: Sesiones quirúrgicas programadas en el Panel Quirúrgico y sesiones reprogramadas.

Registro de intervención realizada con baja en la Lista de Espera Quirúrgica: Intervenciones quirúrgicas realizadas que generan baja en Lista de Espera Quirúrgica.

6.1.5. Procesos de Consultas y Pruebas Diagnósticas y de Hospitales de día

PRODUCTO	NÚMERO	URV
7º Gestión de citas de consultas y pruebas diagnósticas	242.834	72.850,2
7º Captura de actividad de Hospital de Día Médico	52.730	15.819,0
TOTALES	295.564	88.669,2

Solicitud de Cita: Citas gestionadas (citaciones y reprogramaciones) de Consultas y Pruebas Diagnósticas (SICYT), fichero activo, y citaciones a través de la centralita telefónica del servicio. Hospital de Día (captura de actividad= 1 apunte). Se contabilizarán citas realizadas y no realizadas.

6.1.6. Proceso de Coordinación con Otros Centros

PRODUCTO	NÚMERO	URV
8º Solicitud de asistencia a otros centros	7.957	3.978,5
TOTALES	7.957	3.978,5

Solicitud de Asistencia a otros centros: solicitudes remitidas y tramitadas por los Servicios para canalización de pacientes a otros centros y los trámites relativos al envío de pacientes a centros concertados. Y solicitudes de pacientes de otros centros para ser atendidos en nuestro hospital.

6.1.7. Proceso de Urgencias

PRODUCTO	NÚMERO	URV
9º Urgencia registrada	201.728	60.518,4
TOTALES	201.728	60.518,4

Urgencia registrada: movimientos registrados en el Fichero de Actividad de Urgencias.

6.1.8. Proceso de Transporte Sanitario

PRODUCTO	NÚMERO	URV
10º Solicitud de transporte sanitario	18.814	16.932,6
TOTALES	18.814	16.932,6

Solicitud de transporte sanitario: registro de solicitud en el programa del SUMMA “Transporte Sanitario No Urgente (TSNU)”, cierre del proceso y aprobación en TSNU de solicitudes de ingreso con ambulancias desde otros centros.

6.1.9. Proceso de Registro de Recién Nacido

PRODUCTO	NÚMERO	URV
11º Solicitud de registro del recién nacido	3.927	3.534,3
TOTALES	3.927	3.534,3

Solicitud de registro del recién nacido: solicitudes de registro del Recién Nacido en el programa del Ministerio de Justicia, incluye las realizadas y las gestionadas que no llegan a realizarse.

6.1.10. Gestión de agendas

PRODUCTO	NÚMERO	URV
12º Creación	142	284,0
12º Bloqueo/desbloqueo	8.496	8.496,0
12ª Modificación	1.125	1.687,5
TOTALES	9.763	10.467,5

Gestión de agendas: solicitudes de creación de agendas (URV=2), bloqueo y desbloqueo de agendas (URV=1) y modificación de agendas (URV=1,5).

6.1.11. Proceso de Gestión de la Información Asistencial

PRODUCTOS	NÚMERO	URV
13º Episodio codificado de hospitalización	28.090	112.360,0
13º Episodio codificado de cirugía mayor ambulatoria	11.881	23.762,0
13º Episodio codificado de hospital de día médico	74.913	44.947,8
13º Episodio codificado de urgencias	200.702	20.070,2
13º Episodio codificado de lista de espera quirúrgica	19.022	7.608,8
14º Registro de códigos en episodios de SIFCO	2.523	756,9
14º Elaboración de información analítica	36	324,0
14º Elaboración de información de integración	420	2.520,0
14º Elaboración de información unitarios	2.438	7.314,0
14º Elaboración de información restante	3.197	3.197,0
TOTALES	343.222	222.860,7

Episodio codificado: episodios codificados por la unidad de codificación relativos a atenciones en el área de Hospitalización (URV=4), Cirugía Mayor Ambulatoria (URV=2), Hospital de día Médico (URV=0,6), Urgencias (URV=0,1) y Lista de Espera quirúrgica (URV=0,4). Registro códigos SIFCO (URV=0,3).

Elaboración de información: salidas de información reglada o no, de las que se disponga registro en el SADC. Dada la complejidad de dicho producto, se diferencian tres tipos de salidas: Informes analíticos con juicios de valor (URV=9), Informes de integración con más de 5 ítems (URV=6), Informes unitarios (URV=3) e Informes restantes (URV=1).

6.2. ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN A PACIENTES Y/O PROFESIONALES

Las auditorías observacionales de plantas de hospitalización y la información obtenida por el sistema RateNow (NPS) no aplica al Servicio de Admisión y Documentación Clínica.

En su lugar, analizamos la *Evaluación de la satisfacción de los usuarios de los servicios de asistencia sanitaria pública*, correspondientes al año 2024, publicada por la Dirección General de Humanización, atención y Seguridad del Paciente de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. esos resultados en los pocos ítems que evalúan actos administrativos llevados a cabo por personal del SADC en los distintos ámbitos de asistencia sanitaria durante el año 2022.

6.2.1. Metodología

Se ha utilizado un muestreo aleatorio estratificado, siendo la variable de estratificación de primer orden cada uno de los 4 segmentos asistenciales de atención hospitalaria incluidos en el estudio y, dentro de cada uno de ellos, la unidad de análisis ha sido el hospital donde se ha llevado a cabo la asistencia. En función del tipo de atención varía el número de centros hospitalarios integrados dentro de la muestra: 29 en cirugía ambulatoria; 29 en consultas externas; 27 en urgencias; y 33 en hospitalización. Los usuarios se han seleccionado aleatoriamente entre los pacientes que han recibido asistencia en los períodos establecidos para cada área:

Metodología: Resumen ficha técnica			
UNIVERSO	Usuarios de los servicios de asistencia sanitaria pública Comunidad de Madrid	Segmento	Entrevistas
MUESTRA	Atención Primaria Urgencias Hospital Consultas Externas Hospital Cirugía Ambulatoria Hospitalización SUMMA 112	26.664 4.347 4.669 4.669 5.313 1.050	±0,59 ±1,49 ±1,43 ±1,42 ±1,34 ±5,50
TOTAL	46.712		
NIVEL DE CONFIANZA	Nivel de confianza del 95%, bajo el supuesto de máxima indeterminación de $p=q=0,5$		
TECNICA DE RECOGIDA	Entrevista telefónica C.A.T.I Encuesta telefónicas asistidas por ordenador		
TRABAJO REALIZADO	COTESA		
TRABAJO CAMPO	Del 7 de octubre al 12 de diciembre de 2024		
Dirección General de Humanización, Atención y Seguridad del Paciente CONSEJERÍA DE SANIDAD - COMUNIDAD DE MADRID			

♣ Cirugía ambulatoria: usuarios de los servicios de cirugía ambulatoria atendidos entre el 1 de julio y el 26 de septiembre de 2024

♣ Consultas externas: usuarios de las consultas externas hospitalarias atendidos durante la semana del 16 al 20 de septiembre de 2024.

♣ Urgencias: usuarios de los servicios de urgencias hospitalarias atendidos durante la semana del 16 al 22 de septiembre de 2024.

♣ Hospitalización: como criterio general, usuarios con ingreso hospitalario que fueron dados de alta del 1 al 26 de septiembre de 2024.

Para la obtención de resultados estadísticamente significativos, en cada segmento asistencial se ha fijado un tamaño muestral a nivel de centro hospitalario, al objeto de lograr que todos los estratos y cuotas muestrales tengan la relevancia suficiente. El tamaño de la muestra fijado en los segmentos de consultas externas, cirugía ambulatoria y urgencias de hospital ha sido de 161 entrevistas. La muestra global en atención hospitalaria resultó un total de 18.998 entrevistas. En la tabla

Segmentos	Nº entrevistas/centro	Nº centros	Nº total entrevistas segmento	Error muestral/segmento
Consultas externas	161	29	4.669	+/-1,43%
Urgencias	161	27	4.347	+/-1,49%
Cirugía ambulatoria	161	29	4.669	+/-1,42%
Hospitalización	161	33	5.313	+/-1,34%

se especifica el tamaño muestral por segmento asistencial, así como error muestral calculado para una situación de máxima incertidumbre ($p=q=0,5$) y con un nivel de confianza del 95%.

A continuación, se expondrán los resultados de aquellas preguntas que se hacen al encuestado sobre el trato recibido por el personal administrativo. No existe ninguna pregunta individualizada que evalúe la satisfacción recibida por el usuario en el SADC. Podemos inferir los resultados obtenidos globalmente por el conjunto de administrativos, al representar los trabajadores del SADC el 20% del total.

6.2.2. Consultas externas

En el apartado de satisfacción en consultas externas se incluye la pregunta. *Atención recibida por el personal administrativo*. El hospital ha logrado un 83,67%, tercera mejor valoración en los Hospitales de alta complejidad.

HOSPITAL 12 DE OCTUBRE	HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS	HOSPITAL GREGORIO MARAÑÓN	FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ	HOSPITAL LA PAZ	HOSPITAL LA PRINCESA	HOSPITAL PUERTA DE HIERRO	HOSPITAL RAMÓN Y CAJAL
70,71%	77,65%	85,59%	83,72%	68,69%	82,29%	83,67%	72,63%

6.2.3. Hospitalización

En el apartado de satisfacción en hospitalización se incluye la pregunta. *Tiempo empleado para realizar los trámites administrativos al ingreso*. Podemos considerar esa pregunta como una evaluación específica a los auxiliares administrativos del SADSC, al recaer en ellos los trámites administrativos, a los que alude la cuestión previa. El hospital ha logrado un 92,45%, también tercera mejor valoración en los Hospitales de alta complejidad. Y, frente al resultado obtenido en 2023: 78,26%, ha incrementado la satisfacción en 14,19 puntos porcentuales.

HOSPITAL 12 DE OCTUBRE	HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS	FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ	HOSPITAL GREGORIO MARAÑÓN	HOSPITAL LA PAZ	HOSPITAL LA PRINCESA	HOSPITAL PUERTA DE HIERRO	HOSPITAL RAMÓN Y CAJAL
89,61%	87,90%	96,10%	95,45%	89,24%	86,08%	92,45%	91,77%

6.3. RECLAMACIONES

El Servicio de Atención al Paciente del hospital, entre todas las reclamaciones recibidas durante el año 2024, ha asignado al SADC 76 reclamaciones. La gran mayoría de ellas, reflejan quejas de los usuarios por aspectos transversales al centro y **no atribuibles al SADC**, destacando desacuerdo con organización y normas del centro (28,9%) y problemas relacionados con retrasos en citaciones (18,4%) y en lista de espera quirúrgica (13,2%).

En 610.013 actos administrativos realizados directamente con paciente y usuarios, **no se recibió ninguna reclamación relacionada con discrepancia en la atención recibida por nuestro personal**.

6.4. ACREDITACIONES, CERTIFICACIONES, PREMIOS, RECONOCIMIENTOS, OTROS:

Nombre	Breve descripción	Vigencia
1^a CERTIFICACIÓN EN UNE EN ISO 9001:2015	Norma que establece los requisitos de un Sistema de Gestión de la Calidad (SGC).	5 de abril de 2024 al 17 de febrero de 2027
MANTENIMIENTO DE LA CERTIFICACIÓN EN UNE EN ISO 9001:2015	Confirmar la conformidad del sistema de gestión con los criterios de auditoría establecidos en el Reglamento de Certificación	27 de febrero de 2025

7. Mejora

El Servicio de Admisión y documentación clínica tiene establecido un sistema de incidencias y no conformidades, conforme a lo establecido en la NORMA-UE ISO 9001:2015. Se presenta en el siguiente cuadro las tres incidencias surgidas en el año 2024 y el análisis y acciones de mejora implantadas para su resolución.

CÓDIGO	Incidencia	Fecha	Descripción	Causa	Solución inicial	Acciones tomadas	Cierre/Comentarios	Responsable
INC-2024-01	Paciente acude a Urgencias con nombre falso, sin aportar documentación, en dos ocasiones; se abren dos historias clínicas	13/09/2024	Una paciente acudió dos veces a Urgencias, sin aportar documentación, y dio dos nombres distintos. Enfermería reconoció a la paciente e identificó que era la misma persona.	La paciente y la policía no aporta ninguna documentación, lo que impide la correcta identificación de la paciente.	Se revisan documentación interna. Se disponen de protocolos de identificación de pacientes, que se siguieron correctamente. Ante una situación en la cual un paciente se niega a aportar cualquier tipo de documentación, y la imposibilidad del personal de reconocer al paciente, no es posible evitar una duplicidad de historias clínicas, priorizando la atención clínica.	Se procedió a la fusión de historias correctamente, según el protocolo, en cuanto se detectó la incidencia.	CERRADA A 23/09/2024	Responsable de Seguridad Jefe de Servicio
INC-2024-02	Paciente con SIFCO para Trasplante Cardíaco, con NHC 3573041, y originalmente filiada correctamente, presenta ahora un DNI y fecha de nacimiento erróneos	19/11/2024	Una paciente de Extremadura con SIFCO en nuestro hospital, con historia anterior con múltiples informes con información personal correcta, presenta ahora un DNI y fecha de nacimiento erróneos, relacionados con otra persona con el mismo nombre (de Castilla y León). Se han realizado dos informes clínicos con información incorrecta el 19/11/24, día que se identifica el problema	Tras realizar la investigación del error, se identifica que el 14/11/2024, día del último traslado de la paciente a nuestro hospital, se dio de alta a la paciente incorrecta en Cibeles, y se sincronizaron sus datos con la historia correcta en Selene, produciendo el error.	Se solucionan los errores en la filiación de la paciente, actualizando su DNI y fecha de nacimiento, desincronizando la paciente correcta con la incorrecta, y rehaciendo los informes realizados el 19/11/24 con la información correcta	Se produjo un error en la filiación de la paciente en Admisión. Se está identificando en qué momento del proceso se produjo el error, para analizar las causas y evitar su reproducción, así como revisar los protocolos con el personal.	PARCIALMENTE SOLUCIONADA EN REVISIÓN	Adjunto de Hospitalización Responsable de Seguridad Jefe de Servicio
INC-2023-01	Reiteración de errores en la identificación de pacientes en Urgencias, una vez implementadas acciones de mejora	04/12/2023	Errores en la entrega de pulseras a pacientes en Urgencias (pulseras con la identificación no legible o pertenecientes a otro paciente).	Fallos en las impresoras de pulseras	Se identificó el problema, y se actualizó e hizo llegar al personal los manuales de los puestos de Urgencias.	Ante la reiteración de errores, se comunicó a la empresa responsable del personal. Se realizaron sesiones de formación individuales de manera directa con el personal, recogiendo la acreditación de recepción de la formación con firmas	CERRADA a 10/01/2024. Ausencia de incidencias durante el último mes.	Responsable de Seguridad Jefe de Servicio

8. Bibliografía

ALCAIDE COSTA JR, SORIA MILLA, MA. [editores] La Gestión de Pacientes. Manual del alumno: contenidos didácticos. Volumen 1. Soria: Fundación Instituto de Estudios de Ciencias de la Salud de Castilla y León; 2021.

La Gestión de Pacientes. Manual del alumno: contenidos didácticos. Volumen 1 Bis. Madrid: Telómera; 2022.

AYUSO MURILLO, D., HERRERA PECO, I. El liderazgo en los entornos sanitarios: Formas de gestión. Ediciones Díaz de Santos, 2017).

ELVIRA MARTÍNEZ, C. Definición de los productos de los SADC. Papeles Médicos 1998; 7(2): 4-8.

CONEJO GÓMEZ, C., FALAGÁN MOTA, J.A., FERRER IVARS, R., LÓPEZ DOMÍNGUEZ, O., MARTÍNEZ DE PANCORBO GONZÁLEZ, C., RAMOS MARTÍN-VEGUE, A.J., RODRÍGUEZ MANZANO, P., ROVIRA BARBERÁ, Mª., YETANO LAGUNA, J. Guía de Gestión de los Servicios de Admisión y Documentación Clínica. Madrid: Instituto Nacional de la Salud; 2011, p.11.

GARCÍA CUBERO, A. El Archivo Central de Historias Clínicas. Su organización Hospitalaria. Madrid: INP, Servicio de Información y Estudios, 1969.

GARCÍA SANGUINO, A., RAMOS MARTÍN-VEGUE, A.J., CRUZ-BERMÚDEZ, J.L., ALBARRACÍN SERRA, A., CODESIDO LÓPEZ M. Decálogo de funcionamiento interno del Servicio de Admisión y Documentación Clínica. Papeles Médicos 2015;23(3): p. 108.

GIL REDRADO, J.; GORDO PÉREZ, J.L.; IZQUIERDO MARTÍN, J. Admisión y Documentación Clínica. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Instituto Nacional de la Salud, 1989, p. 3-5.

LEY 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

LÓPEZ DOMÍNGUEZ, O. Gestión de pacientes en el hospital. El Servicio de Admisión y Documentación Clínica. Madrid: Olalla Ediciones; 1997: p.111.

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. REAL DECRETO 866/2001, de 20 de julio, por el que se crean las categorías y modalidades de médicos de urgencia Hospitalaria y de médicos de admisión y documentación clínica en el ámbito de las instituciones sanitarias del INSALUD.

RAMOS MARTÍN-VEGUE, A.J., MÁLAGA TELLO, C. Alta judicial: entre la responsabilidad jurídica y ética. Proceso judicial que obliga a un paciente a abandonar el hospital tras el alta médica. ADS 2001; 78, p. 840.

RAMOS MARTÍN-VEGUE, C. MARTÍNEZ DE PANCORBO GONZÁLEZ, V. ESCOMS TRULLENQUE, GRUPO DE EXPERTOS SOBRE LISTAS DE ESPERA DEL CONSEJO INTERTERRITORIAL DEL SNS. Gestión de consultas externas y pruebas diagnósticas programadas en atención especializada. Papeles Médicos 2002;11(4): p.171.

RAMOS MARTÍN-VEGUE, A.J. La ley de información y documentación clínica: análisis, aspectos prácticos y novedades. ADS 2002; 88: p. 817.

El Servicio de Admisión y Documentación Clínica. En: NICOLÁS FERNANDEZ, M. [coordinador] 50 aniversario Hospital Puerta de Hierro [1964-2014]. Madrid: Reyper Impresión, 2014, p. 236-239.

El Servicio de Admisión y Documentación Clínica: el médico documentalista al servicio de la salud. Informação em Pauta, Fortaleza, v. 6, n. especial, p. 61-83, dez. 2021. DOI: 10.36517/2525-3468.ip.v6iespecial.2021.71526.61-83.

SEDOM. Proyecto del perfil profesional del documentalista médico. Papeles Médicos 1992;1(2): p.21-2. Disponible en: <https://www.sedom.es>.

SERMAS. Plan Estratégico de los Servicios de Admisión y Documentación Clínica del SERMAS. Gerencia de Planificación Estratégica Madrid: SERMAS, 2023..

SILOS MUÑOZ, J.L. Consenso en el perfil de los profesionales de los Servicios de Admisión y Documentación Clínica de Extremadura obtenido por grupo nominal. Papeles Médicos 1992;1(2): p.21-2. Disponible en: <https://www.sedom.es>.

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE DOCUMENTACIÓN MÉDICA, 2002. Disponible en: <https://www.sedom.es>.