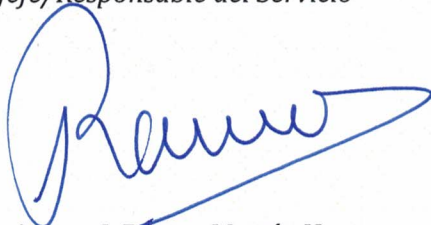


MEMORIA ANUAL DEL SERVICIO DE ADMISIÓN Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

2025

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 2026.

Jefe/Responsable del Servicio



Dr. Arturo J. Ramos Martín-Vegue

Supervisora/Responsable Unidad



D. Juan Manuel Quesada López

Tabla de contenido

1. Contexto	3
1.1. Alcance del servicio	3
1.1.1. Breve recordatorio histórico	3
1.1.2. Funciones legalmente establecidas	3
1.1.3. Propósito del Servicio	4
1.1.4. Líneas estratégicas	5
1.2. Análisis del contexto (DAFO)	5
1.3. Grupos de interés	8
2. Liderazgo	11
2.1. Sistema de comunicación del contrato de gestión al servicio	11
2.2. Organigrama del servicio	11
2.3. Mapa de procesos	13
2.4. Decálogo de funcionamiento interno	13
3. Planificación	14
3.1. Proyectos del servicio año 2025	14
3.1.1. Implantación de la 1ª Fase del Plan Estratégico del Servicio de Admisión y Documentación Clínica	14
3.1.2. Implantación de un nuevo protocolo de derivación de pacientes de LEQ	15
3.1.3. Certificación NORMA UNE 179003	16
3.1.4. Implantación de las Unidades de Hospitalización a Domicilio de Psiquiatría de Adultos y de Psiquiatría Infantil	17
3.1.5. Implantación de los Hospitales de Día de Arritmias y de Hemodinámica	18
3.1.6. Implantación de los Hospitales de Día de Endoscopia Digestiva	18
4. Soporte	20
4.1. Gestión del conocimiento	20
4.2. Plan de comunicación	26
5. Operaciones	27
6. Evaluación del desempeño	28
6.1. Catálogo de productos de Admisión	28
6.2. Cumplimiento de objetivos	31
6.3. Cuadro de mandos	34
6.4. Encuestas de satisfacción a pacientes y/o profesionales	37

6.4.1.	Evaluación de la satisfacción de los usuarios de los servicios de asistencia sanitaria pública de la Comunidad de Madrid 2025	37
6.4.2.	Encuesta de satisfacción de clientes internos	37
6.5.	Reclamaciones	39
6.6	Acreditaciones, certificaciones, premios, reconocimientos, otros	40
7.	Mejora	41
8.	Bibliografía	42

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, integrando en un único servicio, la Unidad de Admisión y el Servicio de Documentación Clínica. Es un servicio no asistencial dependiente de la Dirección Gerencia del Hospital.

1.1.1. Breve recordatorio histórico

En 1967 las funciones de Admisión, que se reducían a la gestión de ingresos, 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 (GARCIA 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).

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 a 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 con cultura de seguridad, profesionalidad, humanización y sostenibilidad, es asumido por el SADC, a través de:

- ✓ **Misión:** Gestionar y organizar el acceso de los ciudadanos de manera equitativa a la asistencia hospitalaria en función de la oferta asistencial ejerciendo de garante de sus derechos, facilitar a los pacientes la documentación relativa a sus procesos asistenciales y elaborar la información necesaria para la toma de decisiones de la organización y el seguimiento de la actividad.
- ✓ **Visión:** Ser la referencia para ciudadanos, profesionales y directivos en el acceso a los servicios hospitalarios y en la elaboración de la información necesaria para ello, por su excelencia en la gestión a través de la mejora continua, de manera eficaz, eficiente e innovadora.
- ✓ **Valores:**
 - **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.

1.1.4. Líneas estratégicas

Las líneas estratégicas del SADC del hospital se alinean con las establecidas en el *Plan Estratégico de los Servicios de Admisión y Documentación Clínica* aprobado en el Comité de Dirección del Servicio Madrileño de Salud el 10 de mayo de 2023 que establece las siguientes líneas estratégicas:

- **Perspectiva Misión**
 - Impulso del papel de los SADC en la Atención Hospitalaria.
 - Impulso del papel de los SADC de cara a la sociedad.
 - Determinación de la cartera de los Servicios SADC.
 - Establecimiento de Alianzas.
- **Perspectiva Resultado Financiero**
 - Puesta en valor de la eficiencia generada por los SADC.
- **Perspectiva Resultado Clientes**
 - Gestión de personas.
 - Incremento del grado de satisfacción de los pacientes con el SADC.
- **Perspectiva Procesos**
 - Presencia de los SADC en los ámbitos de gobernanza.
 - Homogenización y normalización de los SADC.
 - Trabajo por procesos.
 - Nuevas formas de prestar servicios.
- **Perspectiva Innovación, Formación y Aprendizaje**
 - Gestión del conocimiento.
 - Incorporación de la metodología de gestión de calidad en todos los SADC.
 - Participación de los SADC en investigación.

1.2. ANÁLISIS DEL CONTEXTO (DAFO)

Debilidades

- Externalización de la codificación.
- Recepción tardía de los objetivos del Contrato Programa Anual.
- Gestión de la información asistencial fuera del servicio.
- Gestión administrativa del Hospital de Día Quirúrgico fuera del servicio.
- Alta rotación de los auxiliares administrativos.

- 78% de profesionales (médicos y enfermeras) interinos.
- Rigidez de los sistemas informáticos.
- Falta de coordinación y comunicación con la Dirección Médica.
- 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 la especialidad y de Áreas de Capacitación Específica (ACE).
- Tamaño y complejidad de la organización.
- Falta de comunicación en la organización.
- Errores en la identificación de pacientes.
- Protección de datos de carácter personal.
- Incorporación de nuevos profesionales sanitarios tras las OPE.
- Dispensación errónea de tickets a pacientes.
- Citación errónea de peticiones de Anestesia.
- Cumplimiento de cierre de camas en verano.
- Aumento de la demanda asistencial.
- Riesgos relacionados con el cambio climático.

Fortalezas

- Certificación ISO 9001:2015 (2024).
- 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.
- Enfoque multidisciplinar.
- Alta capacitación del personal para el desarrollo de distintos puestos.
- Compromiso con el hospital y con los pacientes.
- Satisfacción de los pacientes.
- Participación en las Comisiones consultivas y en el Comité de Ética Asistencial.

Oportunidades

- 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.
- Incorporación de nuevo personal.
- Proyecto de digitalización y destrucción de HHCC en papel.
- Implantación del Plan estratégico de los servicios de Admisión y Documentación Clínica del SERMAS.

- OPE para médicos de la categoría de Admisión y Documentación Clínica (OPE 2021 y OPE 2024).
- Uso de las nuevas tecnologías como palanca de cambio en los procesos del SADC.
- Aumento de la demanda de información por parte de la sociedad.
- Creación de alianzas con otros servicios: Comunicación, Informática, Trabajo Social y Atención al Paciente.

1.3. GRUPOS DE INTERÉS

PARTES INTERESADAS	NECESIDADES	EXPECTATIVAS	RIESGOS	OPORTUNIDADES	ACCIONES	CONOCIMIENTO EXPECTATIVAS
Profesionales de Admisión y Documentación Clínica	Conocimiento de responsabilidades y objetivos. Formación para su puesto de trabajo. Disponibilidad de recursos adecuados y suficientes.	Buen clima laboral. Cubrir necesidades formativas. Mantener claras las responsabilidades y objetivos.	Desmotivación. Falta de personal. Falta de 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 jornadas de formación. Mantenimiento de los sistemas de información hospitalarios. Gestión de la información documentada y aporte de manera regular según se requiera.	Descoordinación. Falta de tiempo de médicos 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 requeridos 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 traslados y derivaciones. Verificación de la información proporcionada.	Retraso en la gestión de traslados y derivaciones. Error administrativo en los traslados.	Mejora en la agilidad de traslados.	Mayor coordinación con servicios hospitalarios.	Ausencia de reclamaciones.
Ciudadanos y pacientes	Citaciones, derivaciones, traslados, inclusión en LEQ, 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 resultados.	Ausencia de reclamaciones. Reuniones.
Sociedad Concesionaria y empresas subcontratadas	Conocimiento de las necesidades de 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 pliegos.	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 en la rotación del personal.	Reuniones.

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 de Admisión. 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 traslados. Seguimiento del proceso de ingresos hospitalarios. Correcta filiación de pacientes.	Retraso en la disponibilidad de camas. Error administrativo en los traslados. Retraso en altas. Errores en la filiación.	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 interservicios. Gestión de ingresos programados. Gestión de traslados de servicios hospitalarios a otros centros hospitalarios. Reuniones / charlas formativas sobre codificación e informes de alta.	Agilidad en la gestión de camas y traslados. Verificación de la información proporcionada. Proporcionar la formación e información necesaria para la mejora de indicadores. Entrega periódica de informes de CMBD a servicios.	Retraso en la disponibilidad de camas. Error administrativo en los traslados. Retraso en altas. Falta de calidad en informes de alta.	Mejora en la agilidad de ingresos, traslados y distribución de camas. Charlas formativas para mejorar la realización de informes de alta para mejorar la codificación hospitalaria.	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 gestión de apertura, cierre y cambios de agendas. Gestión de citaciones 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 operativa de las áreas de admisión y documentación clínica. Apoyo la mesa de camas y disponibilidad de información de movimiento de pacientes intrahospitalarios. Aporte de información (LEQ, censo, etc.) de manera regular. Gestión de la codificación hospitalaria.	Asistencia a la mesa de camas y de Programación Quirúrgica de manera regular. Envío de manera 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.

PARTES INTERESADAS	NECESIDADES	EXPECTATIVAS	RIESGOS	OPORTUNIDADES	ACCIONES	CONOCIMIENTO EXPECTATIVAS
Personal investigador	Respuesta a las solicitudes de información clínico-asistencial para la realización de trabajos de investigación.	Disponibilidad para la respuesta a dichas solicitudes en un periodo de tiempo.	Falta de tiempo de médicos adjuntos para la extracción de información. Errores informáticos.	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	Planificación de rotatorios por las diferentes unidades de Admisión y Documentación Clínica para los residentes que lo soliciten (generalmente R2-R3)	Dificultades en la disponibilidad de médicos adjuntos para hacer seguimiento.	Mejora en la colaboración con Medicina Preventiva, formación de potenciales 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 de estándares de calidad y de seguridad del paciente.	Mantenimiento actualizado de documentación. Realización de auditorías. Colaboración estrecha con Unidad de Calidad	Falta de recursos para realización de proyecto de certificación	Contratación de un nuevo médico adjunto.	Proyecto de certificación por la ISO 9001:2015 en 2024, mantenimiento en años posteriores.	Certificación por la ISO 9001:2015 en 2024 y mantenimiento en años posteriores.
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. Planificación de reuniones periódicas.	Protocolos consensuados.	Reuniones. Ausencia de reclamaciones.
Servicio de Informática	Trabajo habitual de gestión bidireccional de problemas informáticos, creación de prestaciones, modificación de agendas y ajustes en entradas/salidas de Lista de Espera Quirúrgica, entre otros.	Estrecha colaboración diaria. Reuniones fluidas y periódicas.	Descoordinación. Pérdida de seguimiento de trabajos conjuntos.	Planificación de reuniones periódicas. Buena relación entre servicios.	Planificación de reuniones periódicas.	Descenso de incidencias.
Unidad 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. Planificación de reuniones periódicas.	Asignación de responsabilidades en la redacción de la información requerida.	Tener la página web actualizada.

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 2025 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.

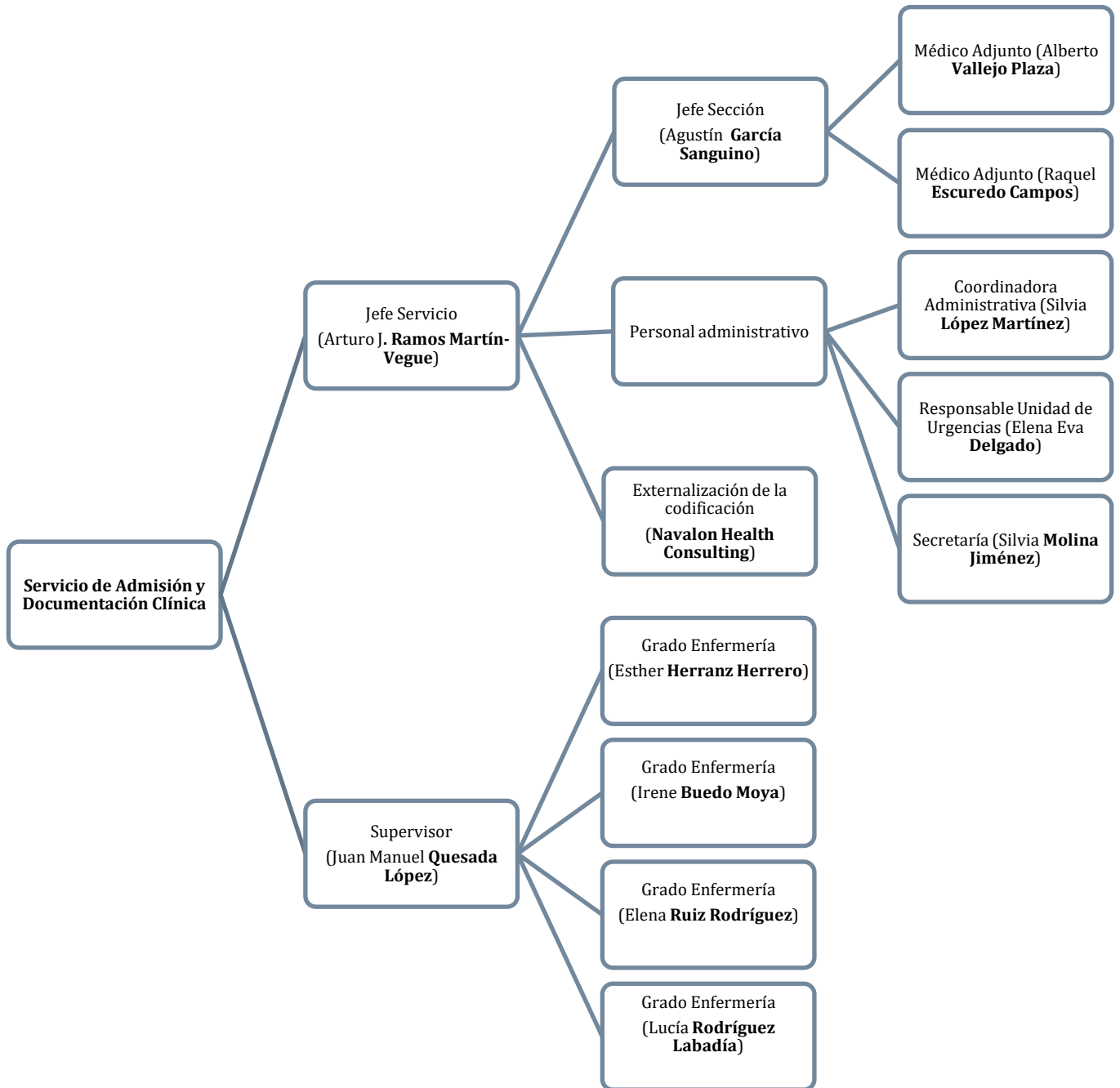
Los acuerdos y los protocolos de trabajo y manuales de funcionamiento de las tareas administrativas propios de cada unidad se distribuyen a través de correo electrónico entre todos los trabajadores del servicio.

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

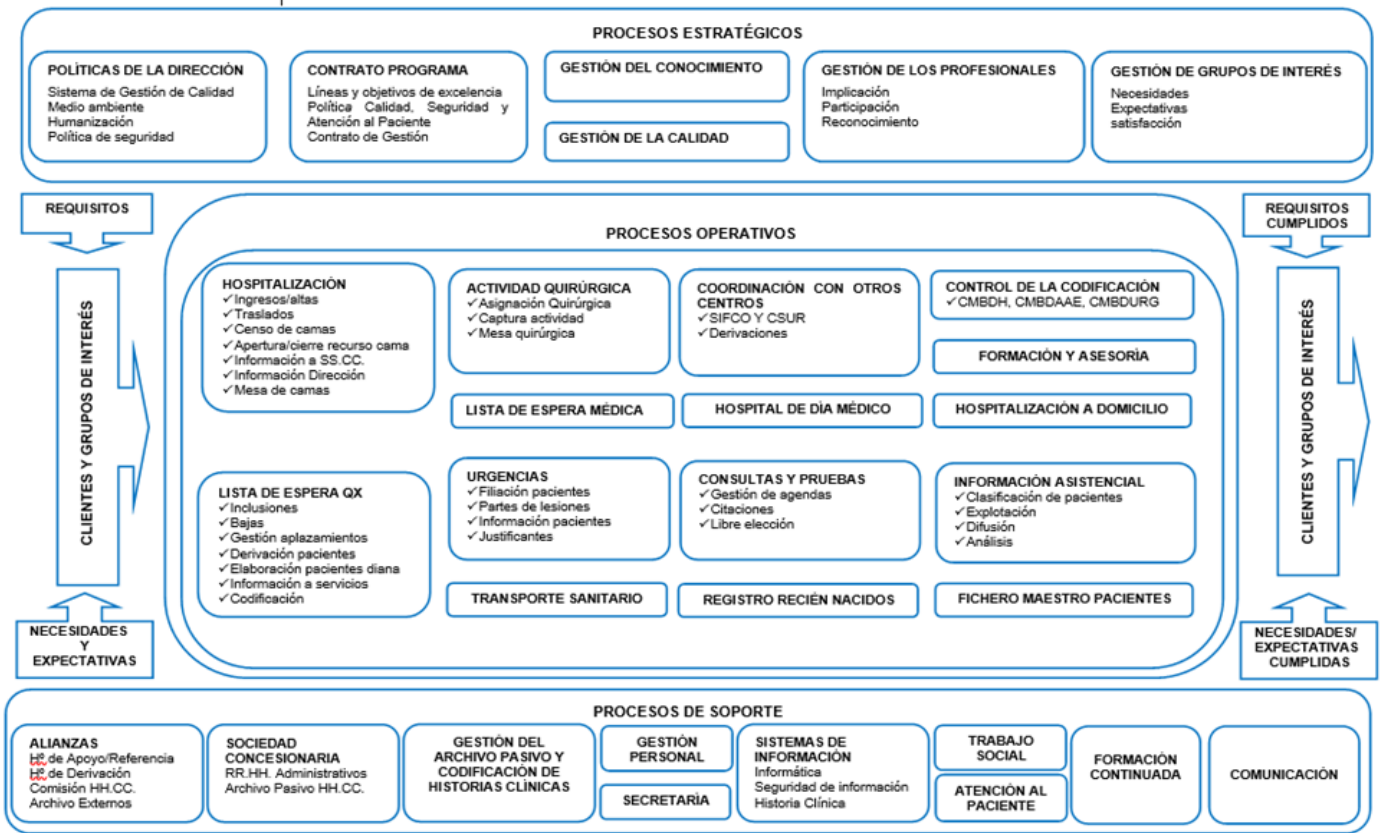
En la figura se presenta el organigrama del servicio. Cuenta actualmente con 1 Jefe de Servicio, 1 Jefe de Sección, 2 Médicos Adjuntos, 1 Supervisor de Enfermería, 4 Enfermeras, 1 Coordinador Administrativo, 1 Responsable Administrativo de Urgencias, 1 Secretaria, 8 Técnicos Superiores en Documentación y 48 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 doble dependencia: orgánica, de la empresa concesionada, y funcional de la jefatura de servicio.

Referentes	
Referente de Seguridad	Dr. Agustín García Sanguino y Doña. Irene Buedo Moya
Referente de Calidad	Dr. Alberto Vallejo Plaza
Referente de Humanización	Dr. Arturo J. Ramos Martín-Vegue y D. Juan Manuel Quesada López



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

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 2025

Título	Iniciado/finalizado	Responsable del proyecto
Implantación de la 1ª Fase del Plan Estratégico del SADC	1 de marzo de 2025 31 de diciembre 2025	Dr. Arturo José. Ramos Martín-Vegue
Implantación de un nuevo protocolo de derivación de pacientes de LEQ	1º trimestre 2025 2º trimestre 2025	Dr. Alberto Vallejo Plaza
Certificación NORMA UNE 179003	2º semestre de 2025	D. Juan Manuel Quesada López
Implantación de las Unidades de Hospitalización a Domicilio de Psiquiatría de Adultos y Psiquiatría Infanto-Juvenil	4º trimestre 2024 1º trimestre 2025 PSQA 2º trimestre 2025 PSQI	Dr. Arturo José. Ramos Martín-Vegue Dr. Alberto Vallejo Plaza
Implantación de los Hospitales de Día de Arritmias y Hemodinámica	4º trimestre 2024 1º trimestre 2025	Dr. Agustín García Sanguino
Implantación del Hospital de Día de la Unidad de Endoscopias	4º trimestre 2024 2º trimestre 2025	Dr. Agustín García Sanguino

3.1.1. Implantación de la 1ª Fase 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 procedió 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.

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
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

3.1.2. Implantación de un nuevo protocolo de derivación de pacientes de LEQ

El Servicio de Admisión y Documentación Clínica lideró, durante el año 2025, el proyecto de implantación de un nuevo protocolo de derivación continua de procedimientos quirúrgicos. El objetivo principal es aumentar las derivaciones a otros centros para mejorar los tiempos de espera de la Lista de Espera Quirúrgica, optimizando así la accesibilidad de los pacientes a la intervención en plazos adecuados.

Durante los meses de marzo y abril se analizó la situación de partida y se determinó la necesidad de dotar al proyecto de recursos específicos. Como resultado, a partir de abril se incorporó personal administrativo dedicado exclusivamente a la gestión de las derivaciones, estableciendo un sistema de trabajo basado en la derivación continua diaria de todos los procedimientos susceptibles.

El Servicio de Admisión y Documentación Clínica desarrolló además herramientas de soporte fundamentales para la eficiencia del proceso, mediante la elaboración de listados exhaustivos de pacientes en Lista de Espera Quirúrgica potencialmente derivables, que se actualizan con periodicidad bimensual. Estos listados, previamente filtrados según criterios clínicos y administrativos definidos, permiten focalizar la actividad en los casos con mayor probabilidad de éxito en la derivación.

Asimismo, se definieron indicadores de seguimiento y objetivos de Calidad relacionados con el proyecto, focalizados tanto en porcentaje de derivaciones realizadas sobre el total de pacientes elegibles como en porcentaje de rechazos de

derivación. De forma complementaria, se remite información actualizada de manera periódica sobre la situación de los pacientes y la evolución de las derivaciones a la Gerencia, Dirección Médica y Subdirección Quirúrgica.

A cierre de diciembre de 2025, se alcanzaron los objetivos establecidos tanto en porcentaje de derivaciones como en niveles de rechazo, decidiendo mantener el nuevo proyecto para el año 2026.

- **Pacientes en situación de R en la LEQ**

Definición: Porcentaje de pacientes incluidos en lista de espera quirúrgica que han pasado a lista de rechazo a través del programa de derivación.

Objetivo: 20%.

Numerador: Pacientes incluidos en lista de espera quirúrgica con la situación de “rechazo de derivación” a final de año.

Denominador: Total de pacientes incluidos en lista de espera quirúrgica, incluyendo listas estructurales y no estructurales, a final de año.

Exclusiones: pacientes incluidos en lista TNP.

- **Derivación de pacientes en LEQ susceptibles de derivación**

Definición: Porcentaje de pacientes susceptibles de derivación que aceptan derivación a otro centro a través del programa de derivación organizado por el SADC.

Objetivo: 10%.

Numerador: Pacientes derivados a otros centros (incluye pacientes derivados y pacientes derivados devueltos a nuestro hospital por el propio centro de destino) en el total de un año.

Denominador: Pacientes susceptibles de derivación que ya han sido derivados o pasado a lista de rechazo en el total de un año. Incluye pacientes seleccionados por la Subdirección Quirúrgica según proceso quirúrgico y servicio de inclusión en lista de espera.

3.1.3. Certificación NORMA UNE 179003

La Norma UNE 179003 de “Gestión de Riesgos para la seguridad del paciente” establece los requisitos que las organizaciones sanitarias deben cumplir durante su actividad asistencial, así como a la hora de gestionar los riesgos, reducir los incidentes y minimizar los peligros a los que se pueda enfrentar el paciente. Cuando un paciente es atendido en un centro sanitario desea sentirse seguro, y obviamente no sufrir ningún daño, un aspecto en el que están trabajando con insistencia desde las instituciones sanitarias.

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), a nivel mundial 4 de cada 10 pacientes sufren daños durante la atención sanitaria primaria y ambulatoria —cuando el 80 % podría prevenirse— relacionándose, además, los errores más perjudiciales con la prescripción y uso de medicamentos y con el diagnóstico.

A su vez, la OMS destaca que los eventos adversos debidos a una atención poco segura son probablemente una de las 10 causas principales de muerte y discapacidad en el mundo. Por eso, y dada la progresiva complejidad de los procesos en el sector y la proliferación de riesgos asociados, se ha creado una metodología de gestión de los riesgos en el ámbito sanitario, similar a la que se emplea en otros sectores de alto riesgo, como por ejemplo el de transporte de mercancías peligrosas, el ferroviario o el aéreo.

▪ Claves de la Norma UNE 179003

La Norma UNE 179003 tiene por objetivo el establecer los requisitos que debe cumplir un sistema de gestión de los riesgos derivados de la prestación de servicios sanitarios y, en consecuencia, reducir los riesgos a los que están sometidos los pacientes a su paso por el sistema sanitario. En concreto, la Norma UNE 179003 se ha diseñado para:

- ✓ Aumentar la probabilidad de detectar los errores cuando se cometen.
- ✓ Reducir la probabilidad de aparición de fallos en el sistema sanitario.
- ✓ Mitigar las consecuencias de los mismos cuando estos tengan lugar.
- ✓ Evitar los errores de los profesionales sanitarios en su desempeño.

▪ Seguridad del paciente al alta hospitalaria

Desde la supervisión de enfermería del SADC se ha liderado el grupo de trabajo de “Alta hospitalaria” como un pilar para la certificación en la norma de calidad para la seguridad del paciente UNE 179003 de las unidades de hospitalización de adultos, haciendo hincapié en la necesidad de que se entregue al paciente en el momento del alta hospitalaria el informe de cuidados de enfermería al alta.

3.1.4. Implantación de las Unidades de Hospitalización a Domicilio de Psiquiatría de Adultos y de Psiquiatría Infantil

Los Servicios de Psiquiatría de Adultos, Psiquiatría Infantil, Informática y Admisión lideraron conjuntamente, en el año 2025, el proyecto de implantación de la segunda unidad de Hospitalización a Domicilio (HAD) en el hospital. El objetivo principal es ofrecer al paciente en su domicilio 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**, se desarrolla entre los meses de septiembre y octubre de 2024 y se realizaron reuniones de conceptualización del programa con los Servicios de Psiquiatría de Adulto y Psiquiatría Infanto-Juvenil 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 noviembre y diciembre, se procedió a gestionar el desarrollo de los petitorios y estructuras virtuales físicas y funcionales requeridas para el desarrollo de esta nueva modalidad asistencial.

- Se creó una nueva Sección dependiente del Servicio de Psiquiatría de Adultos “*Psiquiatría de Adultos de Hospitalización a domicilio*” (PSQAHAD).
- Se creó una nueva Unidad de Enfermería “*Unidad de Enfermería de Hospitalización a Domicilio de Psiquiatría de Adultos*” (UHADPSQA).
- Se asignaron a la UHADPSQA 4 camas virtuales.
- Se creó una nueva Sección dependiente del Servicio de Psiquiatría Infanto-Juvenil “*Psiquiatría de Infanto-Juvenil Hospitalización a domicilio*” (PSQIHAD).
- Se creó una nueva Unidad de Enfermería “*Unidad de Enfermería de Hospitalización a Domicilio de Psiquiatría de Infanto-Juvenil*” (UHADPSQI).
- Se asignaron a la UHADPSQI 4 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**, durante el 1er trimestre 2025, se procedió a la apertura de la Unidad de Adultos y durante el 2º trimestre 2025, la Unidad Infanto-Juvenil. Así como, el seguimiento de nuevos errores y problemas derivados para continuar mejorando el funcionamiento de la nueva modalidad asistencial.

3.1.5. Implantación de los Hospitales de Día de Arritmias y de Hemodinámica

Los Servicios de Cardiología y de Admisión y Documentación Clínica lideraron conjuntamente, en el año 2025, el proyecto de implantación de los Hospitales de Día de Arritmias y de Hemodinámica. El objetivo principal es citar y capturar la actividad de los procedimientos cardiológicos 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 3: *"Hospital de Día"*.

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 2024 y enero de 2025, con las Unidades de Arritmias y de Hemodinámica del Servicio de Cardiología.
- ✓ 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 Arritmia y de Hemodinámica a realizar.
- ✓ Se crearon las estructuras de los Hospitales de Día de Arritmia y de Hemodinámica, asignándoles 2 Salas de Exploraciones y 9 Recursos de uso indistinto, en horario de mañana y tarde.
- ✓ 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

3.1.6. Implantación de los Hospitales de Día de Endoscopia Digestiva

Los Servicios de Aparato Digestivo y de Admisión y Documentación Clínica lideraron conjuntamente, en el año 2025, el proyecto de implantación del Hospital de Día de Endoscopia Digestiva. El objetivo principal es citar y capturar la actividad de exploraciones llevadas a cabo por el servicio 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 3: *"Hospital de Día"*.

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 2024 y enero de 2025, con el Servicio de Aparato Digestivo.
- ✓ 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.
- ✓ Reclasificación de las prestaciones y creación de nuevas agendas.
- ✓ Se crearon 11 Salas de Exploración
- ✓ Se creó la Unidad de Pruebas Endoscópicas (UPREN) con 29 Puestos.

- ✓ 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	3 sesiones de los dos responsables de seguridad
Comunicaciones en Congresos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Juan Manuel Quesada López, Begoña de Andrés Gimeno, Montserrat Solis Muñoz, Arturo José Ramos Martín-Vegue, Marta Aparicio Herguedas, Esther Herránz Herreros, Irene Buedo Moya, María Fernández López. <i>¿Es el censo de camas adecuado a las demandas asistenciales? Del análisis de la necesidad de camas en un hospital de tercer nivel a la reflexión para el cambio.</i> ·% Jornadas Nacionales de Enfermeras Gestoras. Oviedo, 26-28 de marzo de 2025. ▪ Arturo José Ramos Martín-Vegue, Alberto Vallejo Plaza, Raquel Escuredo Campos, Agustín García Sanguino, Elena Ruiz Rodríguez, Raúl Fallos Martí. <i>Un viaje hacia la excelencia: Certificación UNE-EN ISO 9001:2015 de un servicio de Admisión y Documentación Clínica en un hospital de alta complejidad.</i> XX Jornadas Nacionales de Documentación Médica (SEDOM). Valladolid: 19 y 20 junio 2025. ▪ Arturo José Ramos Martín-Vegue, Agustín García Sanguino, Alberto Vallejo Plaza, Raquel Escuredo Campos, Juan Manuel Quesada López, Esther Herranz Herrero. <i>Sabemos quiénes somos y lo que hacemos, pero ¿lo saben los usuarios y los pacientes?: página web para los SADC.</i> XX Jornadas Nacionales de Documentación Médica. Valladolid: 19-20 de junio de 2025. ▪ Arturo José Ramos Martín-Vegue, Raquel Escuredo Campos Agustín García Sanguino, Alberto Vallejo Plaza, Juan Manuel Quesada López, Lucía Rodríguez Labadía. <i>Planificando el cambio: despliegue del Plan Estratégico para los SADC en un hospital de tercer nivel.</i> XX Jornadas Nacionales de Documentación Médica. Valladolid: 19-20 de junio de 2025. ▪ Alberto Vallejo Plaza, Raquel Escuredo Campos, Agustín García Sanguino, Juan Manuel Quesada López, Arturo José Ramos Martín-Vegue, Esther Herranz Herrero. <i>Diseño del mapa de procesos de un servicio de Admisión y Documentación en un hospital de alta complejidad.</i> XLI Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial. Madrid: 22-24 de octubre de 2025. ▪ Alberto Vallejo Plaza, Raquel Escuredo Campos, Agustín García Sanguino, Juan Manuel Quesada López, Irene Buedo Moya, Arturo José Ramos Martín- Vegue. <i>Cómo el DAFO impulsa la transformación de un servicio de Admisión y Documentación Clínica Hospitalario.</i> XLI Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial. Madrid: 22-24 de octubre de 2025. ▪ Alberto Vallejo Plaza, Raquel Escuredo Campos, Agustín García Sanguino, Elena Ruiz Rodríguez, Lucía Rodríguez Labadía, Arturo José Ramos Martín-Vegue. <i>De la evaluación a la transformación: Revisión por la dirección en un servicio de admisión y documentación clínica.</i> XLI Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial. Madrid: 22-24 octubre 2025. ▪ Clara Salamanca Ávila, Gerardo Garzón González, Miguel Gallego Munuera, Analía Bianco Fernández, Blanca Romero Panadero, Raquel Escuredo Campos. <i>¿Estamos ignorando una amenaza silenciosa? La inercia terapéutica como causa frecuente de</i>

	daño en atención Primaria. XLI Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial. Madrid: 22-24 octubre 2025.
Publicaciones	Arturo José Ramos Martín-Vegue. El ecosociodesarrollo: la respuesta de Mario Bunge al conflicto entre el desarrollo y la protección del medioambiente. <i>Boletín de estudios de filosofía y cultura Manuel Mindán XIII</i> ; 2005: 131-164.
Sesiones formativas	<p>Irene Buedo Moya</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Curso de Recursos de apoyo a la gestión de los servicios (13horas)</i>. Salusplay. Octubre 2025. ▪ <i>Curso de Sistemas sanitarios y políticas de salud (10horas)</i>. Salusplay. Noviembre 2025. ▪ <i>Curso de Bioética y legislación sanitaria. (22 horas)</i>. Salusplay. Noviembre 2025. <p>Raquel Escuredo Campos</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Curso de Conocimientos básicos en Seguridad del Paciente. (11 horas)</i>. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. Septiembre 2025. ▪ <i>Curso de Fundamentos de Bioética Clínica en el entorno sanitario (32 horas)</i>. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda: 15 de enero al 10 de octubre de 2025. ▪ <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. (10 horas)</i>. Octubre 2025. ▪ <i>Curso Avanzado contra la Violencia de Género y otros Colectivos Vulnerables. Códigos VISEM Y VISNNA1 (2,5 horas)</i>. Octubre 2025. ▪ <i>Curso Básico contra la Violencia de Género y otros Colectivos Vulnerables (2,5 horas)</i>. Octubre 2025. ▪ <i>Biblioteca Virtual: Fuentes de Información y Gestión de Recursos. (2 horas)</i>. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. Noviembre 2025. ▪ <i>Curso Introducción a CIE-10-ES (50 horas)</i>. Ministerio de Sanidad. Noviembre 2025. <p>Agustín García Sanguino</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Curso de Fundamentos de Bioética Clínica en el entorno sanitario (32 horas)</i>. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda: 15 de enero al 10 de octubre de 2025. ▪ <i>Curso de Gestión y Mejora en auditoría clínica: un enfoque práctico (20 horas)</i>. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Abril 2025. <p>Esther Herranz Herrero</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Curso de Informática: concepto y nociones básicas de ofimática (25 horas)</i>. Universidad de Castilla la Mancha. Abril 2025. ▪ <i>Curso La docencia como actividad necesaria para el desarrollo profesional (25 horas)</i>. Universidad de Castilla la Mancha. Abril 2025. ▪ <i>Curso de Fundamentos legales de la profesión enfermera (25 horas)</i>. Universidad de Castilla la Mancha. Abril 2025. ▪ <i>Curso de Valoración y cuidados de enfermería al niño con deterioro de la piel (25 horas)</i>. Universidad de Castilla la Mancha. Mayo 2025. ▪ <i>Curso de Clasificación de los alimentos. Alimentación y nutrición en el recién nacido, niño y adolescente (25 horas)</i>. Universidad de Castilla la Mancha. Mayo 2025. ▪ <i>Curso de Sistemas de información utilizados en atención primaria y atención especializada (25 horas)</i>. Universidad de Castilla la Mancha. Junio 2025. ▪ <i>Curso de Legislación relacionada con la prevención de la violencia de género (25 horas)</i>. Universidad de Castilla la Mancha. Junio 2025.

- *Curso de Atención enfermera continuada. Coordinación entre AP y atención especializada y hospitalización a domicilio (25 horas).* Universidad de Castilla la Mancha. Junio 2025.
- *Curso El autocuidado de la enfermera (25 horas).* Universidad de Castilla la Mancha. Julio 2025.
- *Curso de Cuidados enfermeros a personas con trastornos de la conducta alimentaria (25 horas).* Universidad de Castilla la Mancha. Julio 2025.

Juan Manuel Quesada López

- *Experto universitario de posgrado en inteligencia artificial aplicada a la gestión y liderazgo enfermero. Fundación para el Desarrollo de la Enfermería (FUDEN), (400Horas).* Marzo de 2025 a julio de 2025.

Arturo José Ramos Martín-Vegue

- *XX Jornadas Nacionales de Documentación Médica (14 horas).* Sociedad Española de Documentación Médica. Valladolid: 19 y 20 de junio de 2025.
- *Curso de Actualización en Bioética, ed. 2025 (15 horas).* Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda: 30 de septiembre al 9 de octubre de 2025.
- *Curso de ISO 9001 y UNE 179003 (5 horas).* Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda: 2 de octubre de 2025.
- *Curso de Competencias digitales y ciberseguridad para entornos sanitarios (4 horas).* Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda: 31 de octubre de 2025.
- *Curso Programa Humanizarte: avanzar desde la HumanizACCIÓN. (15 horas).* Plan de Formación Continuada de la Consejería de Sanidad: 4-11 de noviembre de 2025.
- *XII Encuentros en Bioética Puerta de Hierro “La ejemplaridad en las profesiones sanitarias” (5 horas).* Formación Continuada del Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda: 3 de diciembre de 2025.

Lucía Rodríguez Labadía

- *Curso de Competencias digitales para profesionales de la salud (14.5 horas).* MSD. Octubre 2025.
- *Curso: Farmacovigilancia para profesionales sanitarios (25 horas).* MPG. Octubre 2025.
- *V Curso de Actualización en las Infecciones Relacionadas a la Asistencia Sanitaria (44 horas).* MSD. Octubre 2025.
- *Curso de Estrategias para la mejora continua en seguridad del paciente (75 horas).* Universidad Católica de Ávila. Marzo 2025.

Elena Ruiz Rodríguez

- *Curso de Gestión de los cuidados enfermeros (125 horas).* Universidad Católica de Ávila. Junio 2025.

Alberto -Vallejo Plaza

- *Curso virtual de Conocimientos básicos en la Seguridad del Paciente (11 horas).* Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. Abril 2025.
- *Curso de Biblioteca virtual (2 horas).* Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. Abril 2025.
- *Curso virtual: de Movilización del paciente inmovilizado (2 horas).* Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda M. Abril 2025.

- *Curso virtual de Fundamentos de Bioética Clínica en el Entorno Sanitario(32horas).* Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda: 15 de enero al 10 de octubre de 2025.
- *Curso virtual de Prevención de riesgos laborales (15 horas).* Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. Mayo 2025.
- *Curso de Gestión y mejora en auditoría clínica: un enfoque práctico (20 horas).* Dirección de Aseguramiento, Adecuación y Supervisión Sanitaria. Abril 2025.
- *Curso de Seguridad del Paciente: Gestión de Riesgos Sanitarios 2ª Edición” (30 horas).* Subdirección General de Calidad Asistencial y Seguridad del Paciente. Formación transversal. Septiembre 2025.
- *Curso de Inteligencia Artificial: Tecnologías” (5 horas).* Dirección de Capacitación Digital. Formación transversal. Octubre 2025.

Cursos realizados por el personal administrativo

- *Curso de Competencias digitales eficaces en el entorno laboral. (60 horas).* Copyme.
- *Curso de Estrategias de servicios: calidad y orientación al cliente. (100 horas).* Masercisa
- *Curso de Fundamentos de bioética clínica en el entorno sanitario (32 horas).* Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda.
- *Curso de Actualización en bioética (15 horas).* Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda.
- *XII Encuentros en bioética Puerta de hierro: la ejemplaridad en las profesiones sanitarias. (5 horas).* Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda.
- *Curso de introducción a la gestión de la calidad (125 horas).* Universidad Católica de Ávila.
- *Curso de Gestión y mejora en los procesos administrativos (100 horas).* Universidad Católica de Ávila.
- *Curso sobre la Ley de Protección de Datos (400 horas)* Universidad Católica de Ávila.
- *Curso de Documentación y acceso a los distintos servicios sanitarios (150 horas)* Universidad Católica de Ávila.
- *Curso: Admisión, Información y Documentación Clínica (500 horas).* Universidad Católica de Ávila.
- *Curso Habilidades sociales (125 horas).* Universidad Católica de Ávila.
- *Curso de Gestión de Documentación Administrativa (75 horas).* Orión Formación.
- *Curso de Transformación digital en la empresa (50 horas).* Fundación Confemetal.
- *Curso: de Word 2013: manejo y utilidades. (150 horas).* Universidad Católica Santa Teresa de Jesús de Ávila.
- *Curso de Análisis de problemas y toma de decisiones (30 horas).* Masercisa.
- *Curso de Motivación del personal (30 horas).* Tecnofor.
- *Curso de Habilidades directivas y gestión de equipos (65 horas).* Instituto Formación.
- *Curso de Puntos clave para realizar una revisión narrativa (2 horas).* Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda.
- *Curso de Conocimientos básicos en seguridad del paciente. haz la diferencia y evita errores. (11 horas).* Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda.
- *Curso de Biblioteca virtual: fuentes de información y gestión de recursos. (2 horas).* Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda.
- *Curso de Prevención de Riesgos Laborales. parte general.* Hospital de Guadarrama. (1 horas).

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>X Jornada actualización en trasplante. (6 horas).</i> Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. ▪ <i>Curso sobre Como presentar tu trabajo a un congreso. puntos clave para la construcción de un abstract y la elaboración de comunicaciones orales pósteres. (2 horas).</i> Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. ▪ <i>Curso del Plan autoprotección (50 horas).</i> Acciona. ▪ <i>Curso de Prevención de Riesgos Laborales (100 horas).</i> Acciona.
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. ▪ Referente de Humanización. <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. ▪ 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 “Ética Ecológica o la obligación moral de Mario Bunge: cuidar del planeta y sus habitantes” (1 hora).</i> Unidad de Docencia del Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, 9 de abril de 2025. ▪ <i>Ponente de la Sesión General del Hospital “Producción y eficacia del hospital en el año 2024: análisis de los GRD” (1 hora).</i> Unidad de Docencia del Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, 18 de junio de 2025. ▪ <i>Ponente en los XII Encuentros en Bioética Puerta de Hierro: “La visión del profesional sanitario como paciente” (1 hora).</i> Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda: 3 de diciembre de 2025.
Cursos discentes	<p>Arturo José Ramos Martín-Vegue</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <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: 15 de enero al 10 de octubre de 2025. ▪ <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: 15 de enero al 10 de octubre de 2025. ▪ <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: 15 de enero al 10 de octubre de 2025. ▪ <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: 15 de enero al 10 de octubre de 2025.

- *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).* Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda: 15 de enero al 109 de octubre de 2025.
- *Docente del Curso "Geriatualidad 1º semestre de 2025" (1 hora).* Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda: 11 de febrero al 20 de mayo de 2025.
- *Docente del Curso 10: "La codificación de la información asistencial en sus diferentes ámbitos y modalidades"; en el Máster: La Gestión de pacientes", Ed. 2025. (70 horas).* Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid: 5-26 de abril de 2025.
- *Docente del Curso 18: "Bioética y normativa aplicada" en el Máster: La Gestión de pacientes", Ed. 2025. (35 horas).* Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid: 13-20 de septiembre de 2025.
- *Director docente del Curso de Actualización en Bioética (15 horas).* Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda: 30 de septiembre al 9 de octubre de 2025.
- *Docente del Curso de Información Clínica para la Gestión dirigido a residentes" (2 horas).* Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda: 24 de noviembre de 2025
- *Director docente de los XII Encuentros en Bioética Puerta de Hierro: "La ejemplaridad en las profesiones sanitarias" (5 horas).* Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda: 3 de diciembre de 2025.

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
Reunión interna de cierre de camas de verano	Anual	Supervisor de Enfermería y facultativos de Admisión	Anual, antes de la convocatoria de Dirección de Enfermería	Supervisor de Enfermería y facultativos de Admisión
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 (cualquiera 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)	Cuatrimstral	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 e informe para la reunión diaria (Mesa de camas)	Diario	Dirección Médica, Dirección de Enfermería, Jefes de Servicio y Supervisiones de Enfermería y personal del Servicio de Admisión	Correo corporativo	Enfermería
Situación de camas	Dos veces al día	Dirección de Enfermería	Correo corporativo	Enfermería
Resumen de Urgencias	Una vez al día de lunes a viernes Fines de semana, dos veces al día	Dirección Médica, Dirección de Enfermería	Correo corporativo	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
Reuniones de seguimiento de gestión de pacientes (altas e ingresos)	Una por unidad	Supervisor de Enfermería del SADC con Supervisoras de Unidades de Enfermería de Hospitalización	Correo corporativo (convocatoria y acta)	Enfermería
Reuniones de certificación de ISO (UNE 179003:2013)	Quincenales hasta certificación	Supervisor de Enfermería del SADC con Unidad de Calidad, Dirección de Enfermería e integrantes del grupo de trabajo	Correo corporativo (convocatoria y acta)	Enfermería
Reuniones periódicas con Informática	Trimestral, empezando en 2026	Servicio de Informática	Correo corporativo	Servicio de Informática y responsable de relaciones con dicho servicio
Reuniones periódicas con Trabajo Social	Trimestral, empezando en 2026	Servicio de Trabajo Social	Correo corporativo	Servicio de Trabajo Social y responsable de relaciones con dicho servicio
Reuniones periódicas con Comunicación	Trimestral, empezando en 2026	Unidad de Comunicación	Correo corporativo	Unidad de Comunicación y responsable de relaciones con dicho servicio
Reuniones periódicas con Atención al Paciente	Trimestral, empezando en 2026	Servicio de Atención al Paciente	Correo corporativo	Servicio de Atención al Paciente y responsable de relaciones con dicho servicio

5. Operaciones

En las tablas adjuntas se relacionan los documentos creados o actualizados durante el año 2025, 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	0	0	14	0

Nº ORDEN	TIPO	COD DOC	Título DOC	Fecha 1ª Publicación	Fecha de revisión
1	DOC CALIDAD	SADC_ORGANIGRAMA	Organigrama funcional del SADC	01-jul-23	15-ene-25
2	DOC CALIDAD	SADC_MAPA_DE_PROCESOS	Mapa de los procesos del SADC	01-sep-23	01-abr-25
3	DOC CALIDAD	SADC_CENSO_EQUIPOS	Censo de Equipos del SADC	23-jun-23	14-abr-25
4	DOC CALIDAD	SADC_PARTES_INTERESADAS	Gestión de las partes interesadas del SADC	04-sep-23	25-sep-25
5	DOC CALIDAD	SADC_NC_AC	Registro de las no conformidades y acciones correctivas	30-oct-23	27-oct-25
6	DOC CALIDAD	SADC_OBS_AC	Registro de las observaciones y acciones correctivas	22-dic-23	31-oct-25
7	DOC CALIDAD	SADC_COMM	Política de comunicación del SADC	13-oct-23	03-nov-25
8	DOC CALIDAD	SADC_RIESGOS	Control operacional de los procesos del SADC	13-oct-23	03-nov-25
9	PROCESOS	PROC-SADC-COORDINTER	Proceso de Coordinación Intercentros	14-sep-23	07-nov-25
10	PROCESOS	PROC-SADC-FICHMAESTRO	Proceso de Fichero Maestro de Pacientes	22-ene-24	07-nov-25
11	PROCESOS	PROC-SADC-HOSP	Proceso de Hospitalización	09-oct-23	07-nov-25
12	PROCESOS	PROC-SADC-INFOAST	Proceso de Información Asistencial	04-oct-23	07-nov-25
13	PROCESOS	PROC-SADC-LEM	Proceso de Lista de Espera Médica	18-sep-23	07-nov-25
14	PROCESOS	PROC-SADC-TRANSPORTE	Proceso de Transporte Sanitario	21-sep-23	07-nov-25
15	PROCESOS	PROC-SADC-URGENCIAS	Proceso de Urgencias	06-oct-23	07-nov-25
16	PROCESOS	PROC-SADC-CODIFICACIÓN	Proceso de Control de la Codificación	22-ene-24	07-nov-25
17	DOC CALIDAD	SADC_OBJETIVOS	Gestión de objetivos del SADC	25-sep-23	11-nov-25
18	DOC CALIDAD	SADC_CUADRO DE MANDOS	Cuadr de Mandos del SADC	05-oct-23	11-nov-25
19	PROCESOS	PROC-SADC-ACTQX	Proceso de Actividad Quirúrgica	04-sep-23	11-nov-25
20	DOC CALIDAD	DAFO	DAFO del SADC	04-sep-23	13-nov-25
21	DOC CALIDAD	SADC_INCIDENCIAS	Registro de las incidencias y acciones correctivas	04-dic-23	17-nov-25
22	DOC CALIDAD	SADC_CENSO ESPACIOS FÍSICOS	Censo de Espacios Físicos del SADC	17-nov-23	18-nov-25
23	PROCESOS	PROC-SADC-CEX	Proceso de Consultas y Pruebas	15-ago-23	18-nov-25
24	PROCESOS	PROC-SADC-RECIENNACIDOS	Proceso de Recién Nacidos	04-sep-23	18-nov-25
25	PROCESOS	PROC-SADC-HAD	Proceso de Hospitalización a Domicilio	09-oct-24	19-nov-25
26	DOC CALIDAD	SADC_CENSO INFORMACIÓN DOCUMENTADA	Censo de la información documentada del SADC	15-oct-23	20-nov-25
27	PROCESOS	PROC-SADC-HDDM	Proceso de Hospital de Día Médico	18-sep-23	20-nov-25

6. Evaluación del desempeño

6.1. CATÁLOGO DE 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)	0,63
14º Elaboración de Información (URV promedio)	2,29

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

PRODUCTOS	NÚMERO	URV
1º Solicitud de ingresos	21.061	6.318,3
2º Programación de ingresos	7.350	7.350,0
3º Gestión de camas	3.999	1.999,5
TOTALES	32.410	15.667,8

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).

Proceso de Lista de Espera Quirúrgica (LEQ)

PRODUCTO	NÚMERO	URV
4º Solicitud demanda quirúrgica	19.111	11.466,6
TOTALES	19.111	11.466,6

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

Proceso de Actividad Quirúrgica (LEQ)

PRODUCTOS	NÚMERO	URV
5º Asignación de quirófanos	5.480	2192,0
6º Registro de intervención realizada de LEQ	16.516	3.303,2
TOTALES	21.996	5.495,2

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.

Procesos de Consultas y Pruebas Diagnósticas y de Hospitales de día

PRODUCTO	NÚMERO	URV
7º Gestión de citas de consultas y pruebas diagnósticas	232.049	69.614,7
7º Captura de actividad de Hospital de Día Médico	56.115	16.834,5
TOTALES	288.164	86.449,2

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.

Proceso de Coordinación con Otros Centros

PRODUCTO	NÚMERO	URV
8º Solicitud de asistencia a otros centros	7.733	3.866,5
TOTALES	7.733	3.866,5

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

Proceso de Urgencias

PRODUCTO	NÚMERO	URV
9º Urgencia registrada	202.793	60.837,9
TOTALES	202.793	60.837,9

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

Proceso de Transporte Sanitario

PRODUCTO	NÚMERO	URV
10º Solicitud de transporte sanitario	19.226	17.303,4
TOTALES	19.226	17.303,4

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.

Proceso de Registro de Recién Nacido

PRODUCTO	NÚMERO	URV
11º Solicitud de registro del recién nacido	4.263	3.836,7
TOTALES	4.263	3.836,7

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.

Gestión de agendas

PRODUCTO	NÚMERO	URV
12º Creación	163	326,0
12º Bloqueo/desbloqueo	18.326	18.326,0
12ª Modificación	2.794	4191,0
TOTALES	21.283	22.843,0

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

Proceso de Gestión de la Información Asistencial

PRODUCTOS	NÚMERO	URV
13º Episodio codificado de hospitalización	28.433	113.732,0
13º Episodio codificado de cirugía mayor ambulatoria	12.140	24.280,0
13º Episodio codificado de hospital de día médico	75.365	45.219,0
13º Episodio codificado de urgencias	202.721	20.272,1
13º Episodio codificado de lista de espera quirúrgica	18.751	7.500,4
14º Registro de códigos en episodios de SIFCO	3.073	921,9
14º Elaboración de información analítica	40	360,0
14º Elaboración de información de integración	700	3.500,0
14º Elaboración de información unitarios	2.490	7.470,0
14º Elaboración de información restante	3.032	3.032,0
TOTALES	346.745	226.287,4

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. CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS

TÍTULO	Pacientes en situación de rechazo en la LEQ	Derivación de pacientes en LEQ susceptibles de derivación	Incentivación de la formación continuada del personal sanitario		
CÓDIGO	OBJ 25-1	OBJ 25-2	OBJ 25-3.1	OBJ 25-3.2	OBJ 25-3.3
OBJETIVO	Conseguir mantener de manera consistente un 20% de pacientes en lista de rechazo de derivación.	Conseguir la derivación de más de un 10% entre los pacientes susceptibles para mejorar los tiempos de espera de la Lista de Espera Quirúrgica	Todo el personal sanitario realizará más de 40 horas lectivas de formación continuada anuales	Todo el personal sanitario realizará más de 26 horas acreditadas oficialmente	Todo el personal sanitario realizará más de 20 horas de formación transversal según definición
INDICADOR CLAVE DE GESTIÓN	Porcentaje de pacientes incluidos en lista de espera quirúrgica que han pasado a lista de rechazo a través del programa de derivación.	Porcentaje de pacientes susceptibles de derivación que aceptan derivación a otro centro a través del programa de derivación organizado por el SADC.	Porcentaje de personal sanitario con más de 40 horas lectivas realizadas	Porcentaje de personal sanitario con más de 26 horas acreditadas oficialmente	Porcentaje de personal sanitario con más de 20 horas de formación transversal
FUENTE DE INFORMACIÓN	Registro interno + RULEQ + Selene		Registro interno		
RECURSOS	Responsable de Lista de Espera Quirúrgica. Nuevo recurso administrativo en área dedicado específicamente a esta labor		RRHH: Profesional sanitario del SADC		
PLAN PARA ALCANZARLO	Diseño de Access para identificar pacientes susceptibles. Elaboración de listados trimestrales. Contratación de nuevo personal específicamente asignado a programa.		Comunicación del objetivo y seguimiento semestral para ver cumplimiento		
RESPONSABLE	Responsable de Lista de Espera Quirúrgica		Jefe del Servicio Supervisor de Enfermería		
RESULTADO 2025	23,3%	13,7%	100,0%	100,0%	100,0%
META 2025	>20%	>10%	85% de personal sanitario realiza >40 horas lectivas	85% de personal sanitario realiza >26 horas acreditadas oficialmente	85% de personal sanitario realiza >20 horas de formación transversal

TÍTULO	Evaluar la satisfacción y mejorar internamente			Mejorar la información de contacto de las historias clínicas	Mejora de la comunicación interna y externa
CÓDIGO	OBJ 25-4.1	OBJ 25-4.2	OBJ 25-4.3	OBJ 25-5	OBJ 24-1
OBJETIVO	Conseguir un número de respuestas considerable para establecer una primera base de encuestas	Conseguir un conocimiento del servicio elevado	Conseguir una valoración interna positiva	Aumentar el número de pacientes cuya historia clínica recoge su correo electrónico	Desarrollo de página web e intranet, y actualización en 2025
INDICADOR CLAVE DE GESTIÓN	Número de respuestas registradas en la encuesta de satisfacción	Porcentaje de encuestados que conocen el Servicio de Admisión y Documentación Clínica y sus actividades	Valoración media sobre 5 puntos	Porcentaje de fichas de pacientes incluidos en Lista de Espera Quirúrgica con el campo "correo electrónico" relleno	Existencia de página web e intranet en 2024, con actualización de información en 2025
FUENTE DE INFORMACIÓN	Encuesta de satisfacción			Registro interno	Registro interno
RECURSOS	RRHH: Profesional sanitario del SADC Correo masivo de Formación / Docencia			RRHH: Profesionales del SADC / Informática	RRHH: Profesionales del SADC y Jefa de Grupo
PLAN PARA ALCANZARLO	Realización de encuesta de satisfacción. Puesta en conocimiento del hospital a través de Formación / Docencia mediante correo electrónico masivo. Distribución de encuesta por parte del personal.			Realización de análisis previo en 2025 para valorar el número de pacientes con correo electrónico y establecer objetivo para 2026	Reuniones de selección de contenidos y diseño en 2024
RESPONSABLE	Responsable de Calidad			Responsable de Calidad Responsable de Lista de Espera Quirúrgica	Jefe del Servicio Jefe de Sección Supervisor de Enfermería
RESULTADO 2025	149	72%	3,7	PENDIENTE	SÍ
META 2025	>120 respuestas	>70%	> 3,5 / 5	N/A	Actualización de contenidos y personal de página web e intranet

TÍTULO	Desarrollo de nuevos modelos de asistencia sanitaria: Hospitalización a Domicilio	Disponibilidad mensual de información asistencial en programa ENARA	Evaluación del desempeño y mejora de la codificación	
CÓDIGO	OBJ 24-3	OBJ 24-4	OBJ 23-1	OBJ 23-7
OBJETIVO	Desarrollo de nuevo proceso de Hospitalización a Domicilio, con comienzo de Geriatría en 2024 y Psiquiatría en 2025	Importar ficheros de hospitalización, urgencias, CMA y Hospital de Día en el programa ENARA el día 10 de cada mes, o primer día laborable	Conseguir un porcentaje elevado de codificación de peticiones de SIFCO	Abordar la codificación con 4º-5º dígito de los procesos de 717
INDICADOR CLAVE DE GESTIÓN	Comienzo de programa en 2024 (Geriatría) y 2025 (Psiquiatría)	Porcentaje de archivos (4 mensuales) importados en el plazo fijado	Porcentaje de codificación de SIFCO cuya actividad se ha realizado	Porcentaje de codificación con 4º o 5º dígito de los procesos con código 717
FUENTE DE INFORMACIÓN	Registro interno	Registro interno con página web ENARA	SIFCO	Registro interno
RECURSOS	RRHH: Profesionales del SADC, profesionales de informática y profesionales de servicios implicados	RRHH: Profesionales del SADC	RRHH: Administrativo y profesionales	RRHH: Profesionales del SADC
PLAN PARA ALCANZARLO	Reuniones de organización con servicios implicados	Reorganización de trabajo de importación. Planificación mensual específica para ENARA.	Seguimiento cuatrimestral de los SIFCO pendientes para verificar la codificación	Instrucciones al SADC del plan de precisión de la codificación. Información a los servicios implicados de la precisión del diagnóstico indicado. Revisión mensual.
RESPONSABLE	Jefe del Servicio	Jefe del Servicio Adjunto de Información Asistencial	Jefe del Servicio Adjunto de Hospitalización	Jefe del Servicio Adjunto de Codificación de RULEQ
RESULTADO 2025	SÍ	93,8%	88,9%	96,4%
META 2025	Desarrollo de HAD de Psiquiatría, con al menos 1 ingreso	>90%	>85%	>75%

6.3. CUADRO DE MANDOS

INDICADOR	2023	2024	2025												Acumulado	Objetivos	Valores críticos de alarma
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	2025	2025	
DERIVACIÓN DE LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA																	
Porcentaje de pacientes en lista de rechazo de derivación	N/A	N/A	17,0%	11,6%	19,7%	17,2%	19,4%	22,8%	21,9%	23,7%	21,1%	22,9%	21,5%	23,3%	23,3%	>20%	<17% acumulado
Porcentaje de pacientes que aceptan derivación entre aquellos susceptibles	N/A	N/A	N/A			13,1%	13,4%	13,9%	13,2%	13,2%	13,9%	14,4%	13,9%	13,7%	13,7%	>10%	Descenso de 1% intermensual
CODIFICACIÓN																	
Porcentaje de codificación de SIFCO cuya actividad se ha realizado	90,7%	87,2%	88,89%												>85%	<50% en cualquier momento	
Porcentaje de codificación con 4º o 5º dígito de los procesos con código 717	N/A	90,8%	96,2%	88,5%	97,1%	94,7%	96,9%	96,7%	100,0%	100,0%	97,1%	97,1%	95,0%	100,0%	96,36%	>75%	N/A
INFORMACIÓN ASISTENCIAL																	
Disponibilidad mensual de información asistencial en programa ENARA	N/A	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	50,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	75,0%	100,0%	93,8%	>90%	<75% mensual
FORMACIÓN																	
Porcentaje de personal con más de 40 horas lectivas	N/A	N/A	N/A						100,0%						>85%	N/A	
Porcentaje de personal con más de 26 horas lectivas acreditadas	N/A	N/A	N/A						100,0%						>85%	N/A	
Porcentaje de personal con más de 20 horas de formación transversal	N/A	N/A	N/A						100,0%						>85%	N/A	
Porcentaje de personal con más de 26 horas lectivas	N/A	100%															
Número de sesiones realizadas anualmente	10 (2 meses)	SUSPENDIDO															
SATISFACCIÓN																	
Número de respuestas a encuesta	N/A	N/A	149												>120	N/A	
Porcentaje de conocimiento del SADC	N/A	N/A	72%												>70%	N/A	
Valoración interna media	N/A	N/A	3,7												>3,5/5	N/A	

INDICADOR	2023	2024	2025												Acumulado 2025	Objetivos 2025	Valores críticos de alarma
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12			
INDICADORES DE ACTIVIDAD																	
URGENCIAS, GESTIÓN DE INGRESOS Y CAMAS																	
Urgencias registradas	195814	201728	17838	15957	16681	16369	17678	17544	16582	14742	16445	17312	17579	18066	202.793		N/A
Desviación de urgencias atendidas por turno respecto a la media		+5,4%	+7,0%	-3,9%	+0,5%	-4,3%	+3,2%	+0,3%	-3,2%	-11,4%	-5,6%	+1,4%	+6,1%	+9,8%	+ 1,4% - 0,7% + 1,2%		>20% respecto a la media anual
Desviación interanual de urgencias atendidas por turno		+4,8%	+0,9%	-13,4%	-9,7%	-7,5%	+7,7%	+18,0%	+6,1%	-7,8%	-3,4%	-0,4%	-3,1%	+12,6%			>15% interanual
Solicitud de ingresos	19737	20544	1972	1688	1788	1740	1794	1706	1596	1574	1649	1777	1801	1976	21.061		N/A
Programación de ingresos	3549	3615	290	473	709	651	741	736	629	378	686	806	686	565	7.350		N/A
Gestión de camas	3938	4250	343	361	386	354	356	357	290	279	305	344	314	301	3.990		N/A
Demora de ingreso en camas libres asignadas a urgencias a las 9:30h		1962	145	195	145	152	128	151	155	153	93	114	133	139	142		>150 minutos de demora
CODIFICACIÓN																	
Porcentaje de codificación de procedimientos de cirugía maxilofacial y neurorradiología	N/A	94,0%															
Porcentaje de pacientes incluidos en listas no RULEQ e intervenidos cuyo registro está codificado	N/A	N/A													N/A		N/A
Porcentaje de pacientes incluidos en RULEQ e intervenidos cuyo registro está codificado	99,8%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100%		N/A
ACTIVIDAD QUIRÚRGICA																	
Solicitud de demanda quirúrgica	21034	22331	1562	1794	1760	1663	1675	1740	1404	936	1606	1870	1704	1397	19.111		N/A
Asignación de quirófanos	5839	5967	494	516	549	497	523	549	452	243	490	512	421	234	5.480		N/A
Registro de intervenciones realizadas de LEQ	14582	19803	1306	1406	1552	1424	1600	1579	1218	558	1469	1726	1509	1169	16.516		N/A

INDICADOR	2023	2024	2025												Acumulado	Objetivos	Valores críticos de alarma
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	2025	2025	
AGENDAS, CONSULTAS Y PRUEBAS																	
Creación de agendas	85	142	5	11	7	10	12	7	2	6	28	26	28	21	163		N/A
Bloqueo/desbloqueo de agendas	8400	8496	1061	898	1174	1024	1383	1510	1222	666	1822	3126	2333	2107	18.326		N/A
Modificación de agendas	780	1125	208	176	148	161	429	230	242	127	227	306	280	260	2.794		N/A
Desviación de peticiones de citación atendidas respecto a la media			1,3%	5,9%	10,5%	2,7%	3,2%	10,6%	-12,7%	-41,9%	-2,4%	22,0%	5,4%	-8,2%	-0,00%		>15% respecto a la media anual
Desviación interanual de peticiones de citación atendidas en el mes		2,5%	-1,3%	-2,9%	17,4%	-12,3%	-5,8%	7,9%	-3,4%	0,4%	-2,6%	-2,3%	4,8%	1,0%			>10% interanual
Gestión de citas de consultas y pruebas diagnósticas	226516	242834	20.466	20.870	21.272	19.205	22.677	21.966	18.545	14.941	19.813	24.632	15.693	11.969	232.049		N/A
COORDINACIÓN INTERCENTROS																	
Solicitud de asistencia a otros centros	8524	7957	608	741	771	669	717	721	618	386	568	736	646	552	7.733		N/A
Solicitud de transporte sanitario	17400	18814	1725	1507	1634	1646	1538	1613	1506	1463	1638	1734	1578	1644	19.226		N/A
OTRAS ACTIVIDADES DE ASISTENCIA AL USUARIO																	
Captura de actividad de HDM	42295	52730	4.970	4.688	4.646	5.013	4.480	4.681	4.728	4.279	4.794	4805	4286	4745	56.115		N/A
Solicitud de registro de recién nacido	4301	3927	273	321	351	406	285	421	415	398	208	401	401	383	4.263		N/A
CODIFICACIÓN DE EPISODIOS																	
Episodio codificado de hospitalización	27351	28090	2543	2350	2488	2441	2440	2397	2211	1867	2161	2608	2385	2542	28.433		N/A
Episodio codificado de cirugía mayor ambulatoria	11157	11881	951	1055	1191	1017	1155	1160	895	458	1072	1236	1094	856	12.140		N/A
Episodio codificado de hospital de día médico	71041	74913	6308	6250	6536	6571	6430	6486	6310	4579	6486	7064	6262	6083	75.365		N/A
Episodio codificado de lista de espera quirúrgica	18188	19022	1495	1588	1748	1563	1810	1801	1393	657	1688	1975	1677	1356	18.751		N/A
Episodio codificado de SIFCO	2795	2523	314	324	279	233	282	243	271	161	216	289	256	205	3.073		N/A
INFORMES E INFORMACIÓN ASISTENCIAL																	
Elaboración de información analítica	12	36													40		N/A
Elaboración de información de integración	360	420													700		N/A
Elaboración de información unitarios	2322	2438													2490		N/A
Elaboración de información restante	3044	3197													3032		N/A
Desviación interanual de búsquedas de información		+6,2%													+2,8%		Cualquier descenso
SEGURIDAD																	
Porcentaje de notificaciones de seguridad con respuesta en 7 días	66,7%	100,0%	100,0%												100,0%		<60% mensual
RECLAMACIONES																	
Mediana de tiempo entre reclamación y contestación por parte del SADC	0 días	0 días	1 día												1 día		N/A
Porcentaje de reclamaciones contestadas en 5 días laborables o menos	95,6%	96,1%	86,2%												86,2%		N/A
Número de reclamaciones relacionadas con el trato, la atención o la asistencia de los profesionales	1,7%	0,0%	0,0%												0,0%		N/A
ACTIVIDAD GENERAL																	
Actos administrativos totales		610013													612.980		>15% interanual

6.4. ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN A PACIENTES Y/O PROFESIONALES

6.4.1. Evaluación de la satisfacción de los usuarios de los servicios de asistencia sanitaria pública de la Comunidad de Madrid 2025

Analizamos la Evaluación de la satisfacción de los usuarios de los servicios de asistencia sanitaria pública, correspondientes al año 2025, publicada por la Dirección General de Humanización, atención y Seguridad del Paciente de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Se analizan los ítems que evalúan actos administrativos llevados a cabo por personal del SADC en los distintos ámbitos de asistencia sanitaria durante el año 2025.

Cabe destacar que en las tres preguntas relacionadas con el trabajo administrativo el hospital consigue mejor puntuación que el promedio de los hospitales del Grupo 3 Alta Complejidad: **Atención de los administrativos** con un 79,17% de satisfacción frente al 70,69%; **trámites al ingreso** con un 90,68% frente al 89,41% y **citación** con un 79,50% frente al 79,26%.

Profesionales: Atención de los administrativos

	H. Pta. De Hierro-Majadahonda (n:161)	H. Grupo 3 (n: 1288)
P 16. ¿Ha sido atendido en el hospital por personal administrativo?		
Sí	59,63%	59,83%
No	40,37%	39,45%
NS/NC	0,00%	0,72%
P 16.1. Satisfacción con la atención recibida del personal administrativo	H. Pta. De Hierro-Majadahonda (n:96)	H. Grupo 3 (n: 774)
Muy Satisfecho + Satisfecho	79,17%	70,69%
Ni satisfecho ni insatisfecho	15,63%	14,79%
Insatisfecho+ Muy insatisfecho	5,20%	14,52%
NS/NC	0,00%	0,00%

Trámites al ingreso

	H. Pta. De Hierro-Majadahonda (n:161)	H. Grupo 3 (n: 1288)
P 1. ¿Ingresó en el hospital de forma programada o urgente?		
Ingreso programado	52,17%	51,87%
Ingreso urgente	47,83%	47,90%
NS/NC	0,00%	0,23%
P 2. Satisfacción con el tiempo empleado para realizar los trámites administrativos al ingreso		
Muy Satisfecho + Satisfecho	90,68%	89,41%
Ni satisfecho ni insatisfecho	3,73%	5,01%
Insatisfecho+ Muy insatisfecho	4,97%	3,42%
NS/NC	0,62%	2,16%

Citación

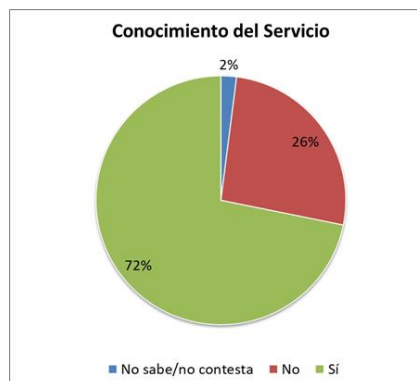
	H. Pta. De Hierro-Majadahonda (n:161)	H. Grupo 3 (n: 1288)
P 5. Método de obtención de la última cita para la consulta		
Le llamaron por teléfono, o le mandaron un SMS, o le enviaron una carta	68,95%	71,92%
Solicitó la cita en el quiosco situado en el centro de salud	3,11%	3,44%
Llamó usted por teléfono a las consultas del hospital para concertar la cita	1,86%	1,74%
Le dieron la cita al salir de la consulta del médico especialista	18,63%	16,75%
Tuvo usted que volver a las consultas del hospital para pedir la cita	0,62%	1,42%
Cita online por el ordenador	1,24%	1,40%
Otros	4,97%	2,28%
NS/NC	0,62%	1,05%
P 6. Satisfacción con la facilidad para conseguir la cita		
Muy Satisfecho + Satisfecho	79,50%	79,26%
Ni satisfecho ni insatisfecho	14,29%	12,46%
Muy Insatisfecho + Insatisfecho	2,48%	6,28%
NS/NC	3,73%	2,00%

6.4.2. Encuesta de satisfacción de clientes internos

En el año 2025, el Servicio de Admisión y Documentación Clínica realizó una encuesta de satisfacción a “clientes internos”, incluyendo otros profesionales y servicios del Hospital, con el objetivo de conocer la opinión de los servicios ofertados y mejorar nuestras actuaciones.

Metodología

La encuesta se elaboró desde la referencia de Calidad del servicio con la colaboración de los responsables de las diferentes áreas. Una vez desarrollada, se difundió entre el personal del Hospital a través de varios métodos: correos masivos desde la unidad de Docencia, QR en las diferentes áreas del servicio y envío directo a aquellas personas que interactuaban con el servicio.



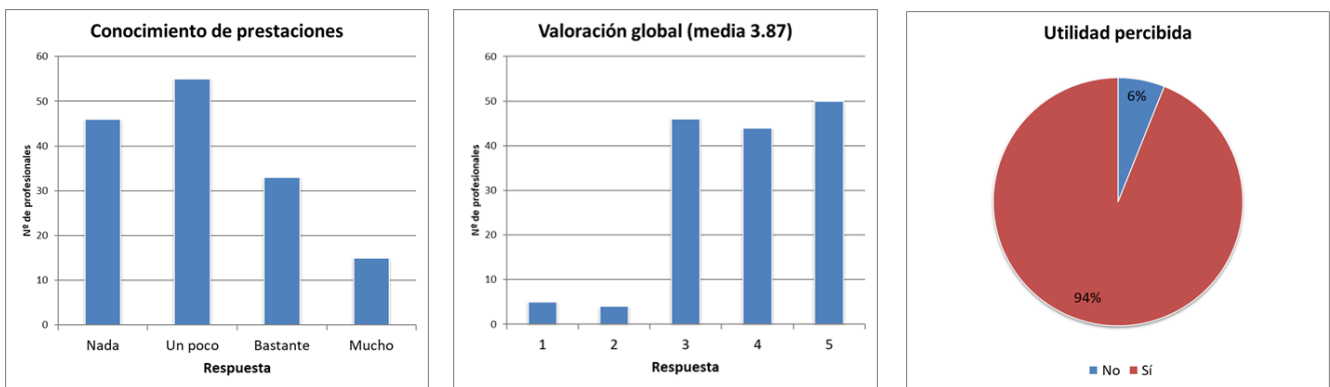
En la encuesta se analizó el perfil demográfico de los profesionales y se inquirió acerca de múltiples cuestiones relacionadas con el SADC. Se emplearon preguntas cerradas, de selección múltiple y escalas de valoración 1-5.

La encuesta se analizó internamente, desarrollando un informe de resultados.

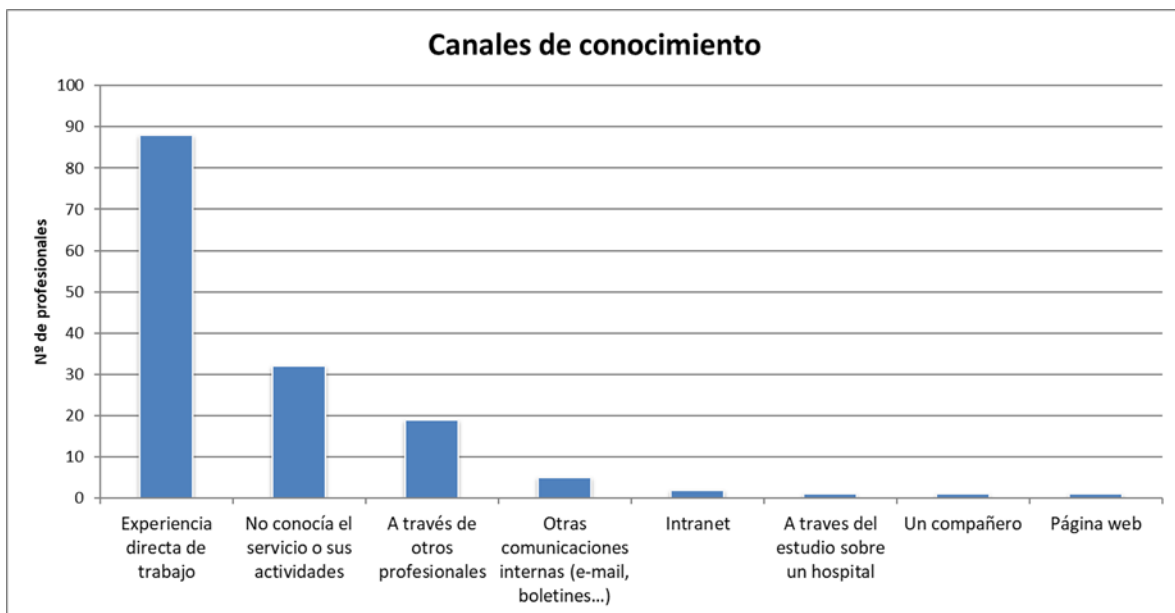
Resultados

Se obtuvieron 149 respuestas. Un 32% de las personas conocía las prestaciones del Servicio mucho o bastante, mientras que un 31% decían no conocer el trabajo de Admisión. Las áreas más conocidas fueron gestión de camas (66%); derivaciones, traslados y ambulancias (51%) y gestión de lista de espera quirúrgica (49%). La mayor parte de los profesionales decían conocer el servicio a través de la experiencia directa de trabajo.

Entre las áreas más valoradas destacaba la solicitud de información asistencial, diseño de agendas y diseño de circuitos (por encima de 4 sobre 5); mientras que las áreas con peor puntuación fueron las de gestión de derivaciones, traslados y ambulancias, gestión de camas y gestión del Hospital de Día Médico (por debajo de 3,7 sobre 5).



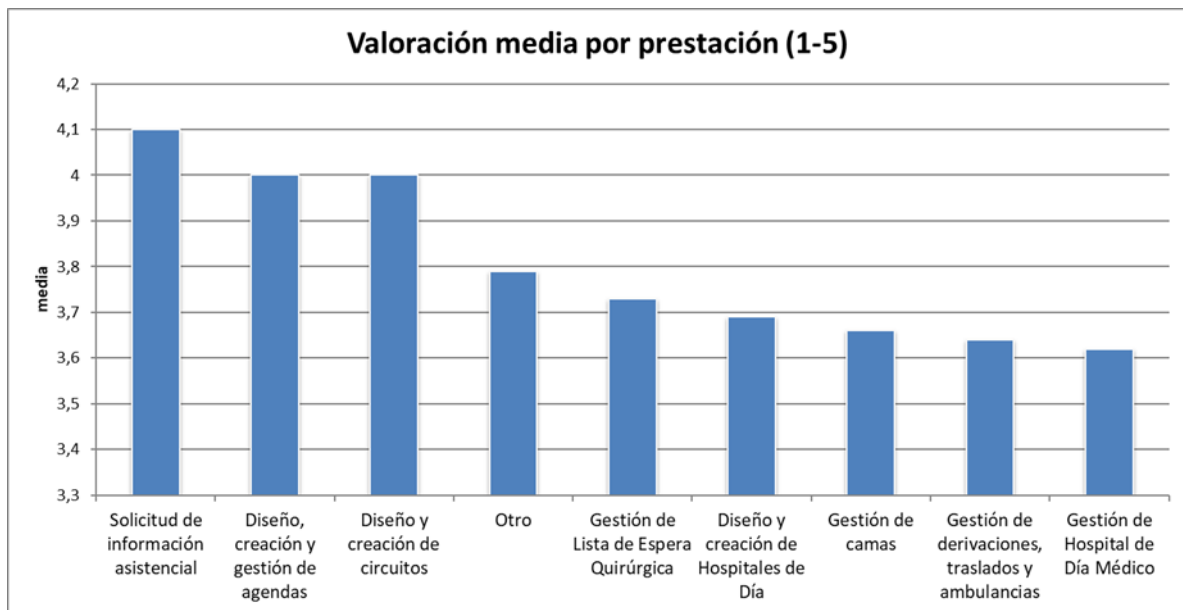
El 94% de los encuestados afirmaron considerar al Servicio útil, con un 64% calificando al servicio con una nota de valoración global de 4 o 5 sobre 5.



Valoración de la encuesta

La principal conclusión es que el Servicio de Admisión está en general bien valorado, con posibilidad de mejoría en aquellas áreas que realizan muchas interacciones de tensión con otras áreas del hospital. El conocimiento del Servicio es mejorable, requiriendo mayor publicidad interna.

Respecto a la encuesta en sí, se realizarán nuevas ediciones anualmente, buscando disminuir la posibilidad de texto libre y aumentar la tasa de respuesta.



6.5. RECLAMACIONES

El Servicio de Atención al Paciente del hospital ha asignado al SADC 26 reclamaciones (1,07%), entre todas las reclamaciones recibidas durante el año 2025. La gran mayoría de ellas, reflejan quejas de los usuarios por aspectos transversales al centro y no atribuibles directamente al SADC. El criterio utilizado es el mismo, dado que se trata de los datos oficiales recogidos a través del sistema de la Subdirección General de Reclamaciones, mediante la plataforma informática corporativa. La información se encuentra desagregada por servicios asistenciales y no permite la extrapolación a unidades funcionales específicas. La distribución establecida por motivos es la siguiente:

- Limpieza: 1 reclamación (0,04 %)
- Retraso en la atención: 1 reclamación (0,04 %)
- Libre elección de profesional sanitario o centro: 1 reclamación (0,04 %)
- Trato personal: 1 reclamación (0,04 %)
- Derivaciones entre centros: 2 reclamaciones (0,08 %)
- Accesibilidad: 3 reclamaciones (0,12 %)
- Desacuerdo con la organización y normas: 3 reclamaciones (0,12 %)
- Disconformidad con la asistencia: 3 reclamaciones (0,12 %)

- Lista de espera quirúrgica: 4 reclamaciones (0,16 %)
- Citaciones: 7 reclamaciones (0,29 %)

Cabe destacar el número insignificante de reclamaciones interpuestas por los usuarios 26, frente al número de actos administrativos llevados a cabo en el servicio durante el año 2025 que asciende a 594.713 (0,000168%).

6.6 ACREDITACIONES, CERTIFICACIONES, PREMIOS, RECONOCIMIENTOS, OTROS

Nombre	Alcance	Vigencia
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	Febrero 2027
PREMIO A LA MEJOR COMUNICACIÓN ORAL	<i>Sabemos quiénes somos y lo que hacemos, pero ¿lo saben los usuarios y los pacientes?: página web para los SADC. XX Jornadas Nacionales de Documentación Médica.</i>	Valladolid: 19 y 20 de junio de 2025.
PREMIO A LA MEJOR COMUNICACIÓN ORAL PARA RESIDENTES	<i>¿Estamos ignorando una amenaza silenciosa? La inercia terapéutica como causa frecuente de daño en atención Primaria. XLI Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial.</i>	Madrid: 22-24 octubre 2025.
PREMIO AL MEJOR CURRÍCULUM DE RESIDENTES	Convocatoria de Servicios Centrales. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda.	Majadahonda: 20 de julio de 2021 al 21 de julio 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 dos incidencias surgidas en el año 2025 y el análisis y acciones de mejora implantadas para su resolución.

CÓDIGO	INC-2025-01	INC-2025-02
Incidencia	Paciente acude a Urgencias con DNI igual a su hermano fallecido, se fusionan ambas historias y se abre un nuevo número de historia.	Paciente con petición de cita de Anestesia para Endoscopia (prioridad preferente) no es citado. Anestesia, Digestivo y Admisión no reclaman dicha cita hasta 5 meses después tras reclamación del paciente.
Fecha	30/08/2025	08/09/2025
Descripción	Un paciente (A) con nombre parecido a su hermano (B) y con DNI igual que su hermano acude a urgencias. Ambos hermanos no tiene nada registrado en historia clínica a excepción de un informe de CEX en la HC del hermano A. El hermano B no figura como éxitus en Selene. En urgencias se fusiona la historia del hermano B en el NHC del hermano A. Se deja el NHC del hermano A como NHC del hermano B. Se crea nuevo NHC para el hermano A. El informe de CEX termina figurando en la historia clínica final del hermano B.	Paciente con petición de ITC de Anestesia. Dicha petición salió en los listados de Planta 1 de Admisión (comprobado a posteriori por Dr. Vallejo), siendo apartada para enviar a Planta 0, pero no llegó a realizarse. Anestesia y Digestivo no la reclamó, hasta finales de septiembre. Tras revisar las peticiones, se citó al paciente en el primer día disponible.
Causa	Ambos pacientes figuran con el mismo DNI. En la filiación y fusión, se utilizan los datos del nombre y DNI, pero no la fecha de nacimiento, que es distinta.	El circuito de Anestesis supone envío de peticiones en papel físico desde la Planta 1 a la Planta 0. Digestivo no reclamó en este caso, cómo suele hacer en otros, una fecha concreta para la Anestesia, por lo que se quedó sin citar hasta que la reclamó el paciente.
Solución inicial	Se revisan ambos números de historia y se revisan ambos pacientes en Cibeles. Se revisa el procedimiento de fusión de historias en el servicio, creándose así un manual de fusión de historias y gestión de éxitus. Se recuerda al personal de urgencias el procedimiento de filiación en urgencias. Se comenta el caso con la persona involucrada y se revisa el proceso ocurrido. Se estipula al nuevo NHC de hermano B el éxitus. Se traspasa el informe de CEX al nuevo NHC del hermano A y se confirma que aparece en HORUS.	Se revisa la petición, y se confirma su presencia en los listados diarios de la Planta 1 (Dr. Vallejo). La petición debió ser enviada por correo interno a la Planta 0, pero no existe trazabilidad de su recepción, por lo que el error pudo cometerse en el envío, en la recepción, o a la hora de citarla. Tiene cita en endoscopia. Se cita la petición de Anestesia con urgencia, realizando una reprogramación de otro paciente con prioridad baja (Dr. Vallejo y administrativos de Planta 0), según disponibilidad del paciente.
Acciones tomadas	Se desarrolla un nuevo Manual de Fusiones y se forma al personal. Al presentarse nuevas incidencias menores relacionadas con fusiones, se designa una persona específica para unificar este procedimiento.	Se decide en Comisión de Responsables ofrecer a Digestivo la citación de Anestesis de endoscopia, para realizar la citación de todas las pruebas y citas relacionadas en un mismo acto administrativo (ACTA2025RES09). Se revisará el circuito para citar de manera directa todas las peticiones de Anestesia en la Planta 1 (ACTA2024RES09) y evitar el tránsito de peticiones que pueda suponer pérdidas.
Cierre/Comentarios	CERRADA A 31/10/25. EN REVISIÓN DE POSIBLES NUEVAS INCIDENCIAS.	PARCIALMENTE SOLUCIONADA EN REVISIÓN
Responsable	Adjuntos de SADC. Responsable de Seguridad Jefe de Servicio	Adjuntos de SADC. 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, M^a, 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 [19642014]. 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>.