

PLAN DE CALIDAD



2015
2018

HOSPITAL UNIVERSITARIO REY JUAN CARLOS

Contenido

1. INTRODUCCIÓN.....	3
2. ANÁLISIS DE SITUACIÓN	6
2.1 CALIDAD PERCIBIDA.....	6
2.1.1 ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES.....	6
2.1.2 GRUPOS FOCALES CON PACIENTES	7
2.1.3 INDICE NET PROMOTER SCORE (NPS).....	7
2.1.4 GESTION DE RECLAMACIONES/ AGRADECIMIENTOS.....	9
2.2 MODELOS DE CALIDAD	10
2.2.1 EFQM.....	12
2.2.2 MODELOS DE ACREDITACIÓN.....	15
2.2.3 MODELOS DE CERTIFICACIÓN.....	18
2.3 GESTIÓN POR PROCESOS.....	21
2.3.1. GESTION DOCUMENTAL Y GESTOR CALIDAD.....	22
2.4 GESTION DEL RIESGO	24
2.5 RESPONSABILIDAD SOCIAL CORPORATIVA.....	27
2.6 CULTURA Y FORMACIÓN EN CALIDAD.....	29
3. LÍNEAS FUTURAS DE ACTUACIÓN.....	31
3.1 CALIDAD PERCIBIDA.....	31
3.1.1 ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES.....	31
3.1.2 INDICE NET PROMOTER SCORE (NPS).....	32
3.1.3 ESTUDIOS CUALITATIVOS DE SATISFACCIÓN DE PACIENTES	32
3.1.4 GESTION DE RECLAMACIONES/ AGRADECIMIENTOS.....	32
3.2 MODELOS DE CALIDAD	34
3.2.1 EFQM.....	34
3.2.2 MODELOS DE ACREDITACIÓN.....	35
3.2.3 MODELOS DE CERTIFICACIÓN.....	37
3.3 GESTIÓN POR PROCESOS.....	38
3.4 GESTION DEL RIESGO	39
3.5 RESPONSABILIDAD SOCIAL CORPORATIVA.....	44
3.6 CULTURA Y FORMACIÓN EN CALIDAD.....	46
4. INFRAESTRUCTURA DE LA CALIDAD	48
4.1 RESPONSABLES Y/O COMISIONES PARA GESTIONAR LA CALIDAD ...	48
4.2 HERRAMIENTA DE COMPROMISO E INCENTIVACIÓN	50
4.3 PLAN DE ACCIÓN.....	51
5. EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO.....	52
5.1 OBJETIVOS ANUALES DE CUMPLIMIENTO.....	52
5.2 AUDITORIAS Y SISTEMAS DE EVALUACIÓN INTERNA Y EXTERNA	52

5.3 MEMORIA ANUAL 53

1. INTRODUCCIÓN

El Hospital Universitario Rey Juan Carlos (HURJC) de Móstoles, es un centro integrado en la red sanitaria pública, concebido para ofrecer una asistencia universal, cercana y eficaz, a cerca de 180.000 ciudadanos. El Centro está dotado de alta tecnología, ofreciendo una amplia cartera de servicios y con profesionales de prestigio con un alto grado de capacitación en clínica, docencia e investigación.

El Hospital Universitario Rey Juan Carlos, ubicado en la localidad madrileña de Móstoles, inició su actividad asistencial el 22 de Marzo de 2012 con un diseño arquitectónico novedoso (Premio COAM 2012, Premio Mejor Obra Pública Municipal en los Premios Demarcación de Madrid 2014,) que responde a un programa funcional dando especial importancia a la escala humana, el control del soleamiento y la calidad de los espacios destinados a enfermos y familiares.

Desde su inauguración se establecen las bases estratégicas del Hospital definidas en la misión, visión y valores del Hospital Universitario Rey Juan Carlos (Anexo 1)





Misión, Visión y Valores de Nuestro Centro

MISIÓN

Prestar asistencia sanitaria de calidad bajo un marco de eficiencia, seguridad y equidad en el acceso a las prestaciones sanitarias, cumpliendo con un firme compromiso de responsabilidad hacia nuestros pacientes, nuestros trabajadores y la ciudadanía madrileña en general.

VISIÓN

Ser reconocidos como una organización excelente, que alcanza la mejora de la salud de la población, ofreciendo los mejores estándares de calidad en los servicios prestados.

VALORES

Nuestros valores aspiran a contribuir al buen desarrollo institucional, apoyándose en aspectos como:

- Foco de atención en el paciente Nunca olvidamos nuestra razón de ser.
- Profesionales Son nuestro mayor valor.
- Calidad de los servicios Un objetivo principal.
- Respeto y empatía Nuestro trabajo debe caracterizarse por la sensibilidad, la implicación y el respeto por la integridad del individuo.
- Confianza Solo podemos lograr nuestros objetivos si el entorno confía plenamente en nuestra capacidad y voluntad.
- Iniciativa Queremos trabajadores con iniciativa propia que encuentren nuevos caminos de desarrollo y mejoren en las distintas actividades.
- Beneficio para la sociedad Aspiramos a mantener relaciones estables y satisfactorias con nuestros pacientes, aportando a través de nuestro trabajo, mayor beneficio a la sociedad.

El Hospital Universitario Rey Juan Carlos debe cumplir las prescripciones técnicas para la contratación de la gestión por concesión de la Atención Sanitaria correspondiente a los municipios de Móstoles especificadas en el Pliego de Prescripciones Técnicas (PPT) y sus Anexos. (Aprobados el 17 de Marzo de 2009).

Conforme a la cláusula 14.3 del Pliego de Cláusulas Administrativas Particulares (PCAP), el Hospital estableció el Plan de Calidad basado en la mejora continua, siendo aprobado por el Consejero de Sanidad, J. Fernández Lasquetty (Septiembre de 2011) ajustándose a los requisitos establecidos en el Anexo IV.

El Plan de Calidad se constituye como una herramienta de planificación operativa que recoge todas las sistemáticas encaminadas a fomentar la cultura de gestión de calidad total (TQM) desarrolladas en el HURJC teniendo como marco de referencia el Modelo EFQM de Excelencia. (Modelo establecido en el DECRETO 85/2002, de 23 de mayo, por el que se regulan los sistemas de evaluación de la calidad de los servicios públicos y se aprueban los Criterios de Calidad de la Actuación Administrativa).

El Sistema de Gestión implantado durante estos tres años permite la integración de los **Sistemas de Calidad, Medioambiente y Gestión Energética** (conforme a las normas UNE-EN-ISO 9001, 14001 Y 50001) y sienta las bases para la implantación nuevos modelos de Gestión (Gestión de la Seguridad y Salud en el trabajo (OSHAS 18.001), Gestión de Riesgos para la Seguridad del Paciente (UNE 179.003001),...

El Sistema de Gestión está basado en la Gestión por Procesos y mejora continua, de forma que el paciente y la satisfacción de sus requisitos se sitúa en el centro de la Organización. El respeto y la protección del Medioambiente, el cumplimiento de la legislación vigente, la progresiva minimización de actuaciones de impacto ambiental así como el uso responsable de consumos energéticos se convierten en objetivos relevantes, en los tres primeros años de funcionamiento del Hospital Universitario Rey Juan Carlos.

El Sistema de Gestión Integral es evaluado periódicamente a través de seguimiento de indicadores, objetivos, auditorías internas y externas y revisión por parte de la Dirección. De dichas evaluaciones surgen las oportunidades de mejora necesarias para abordar el siguiente periodo.

Cada tres años se realiza una Autoevaluación según los criterios del Modelo EFQM de Excelencia para lograr y mantener niveles sobresalientes de rendimiento que satisfagan o excedan las expectativas de todos los grupos de interés.

El contenido de este plan es revisado cada cuatro años de forma global y anualmente se realiza la revisión de los objetivos e indicadores del plan de acuerdo a los Objetivos Institucionales establecidos con la Gerencia del Hospital, así como con los objetivos establecidos con la Dirección Corporativa del Grupo Sanitario.

El Hospital Universitario Rey Juan Carlos debe realizar, presentar resultados y desarrollar acciones de mejora, de forma coordinada y siguiendo las directrices del Servicio Madrileño de Salud.

Los Objetivos Institucionales anuales relativos a Gestión de Calidad, Seguridad del Paciente, Calidad Percibida y Servicio de Atención al Paciente, así como el seguimiento del Plan de Calidad son evaluados anualmente por el organismo competente en materia de calidad de la Consejería de Sanidad.

2. ANÁLISIS DE SITUACIÓN

2.1 CALIDAD PERCIBIDA

El Comité de Calidad Percibida se constituyó en Julio de 2012 con el objetivo principal de encargarse de evaluar la opinión y el grado de satisfacción de los usuarios de los servicios sanitarios, trabajando activamente para su mejora y adecuación. Forman parte de él representantes de la dirección, profesionales sanitarios y no sanitarios, estando representados los principales segmentos y áreas de trabajo del hospital: consultas externas, hospitalización, urgencias, quirófano y aquellas no sanitarias, admisión y atención al paciente, limpieza y cocina. También forman parte de este Comité representantes y coordinadores con Atención Primaria, de la Dirección Asistencial Oeste.

Como miembros natos de esta Comisión se han definido la Gerencia, Dirección de Continuidad Asistencial, responsables de los servicios de Atención al Paciente y Calidad.

La periodicidad de reuniones es bimensual, utilizando como fuentes de información las diferentes herramientas de las que dispone el hospital para conocer la opinión de los pacientes y sus familiares, tanto directas (encuestas de satisfacción, grupos focales y NPS) como indirectas (reclamaciones, quejas, sugerencias, agradecimientos, libre elección,...) de tal forma que establece las acciones de mejora siguiendo los objetivos anuales pactados con la unidad directiva competente en calidad y/o información y atención al paciente de la Comunidad de Madrid.

“CREAR ENTRE LOS PROFESIONALES UNA CULTURA QUE BUSQUE LA EXCELENCIA EN EL TRATO A NUESTROS PACIENTES Y EN LA QUE TODOS LOS CARGOS DE RESPONSABILIDAD ACTUEMOS COMO EJEMPLO”. R. Trujillo (Gerente, Reunión de Constitución Comité Calidad Percibida, Julio 2012)

2.1.1 ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES

El Hospital Universitario Rey Juan Carlos ha obtenido un alto grado de satisfacción e índice de recomendación en el estudio anual que realiza la Comunidad de Madrid para evaluar la satisfacción de los pacientes de los Servicios de Asistencia Sanitaria Pública de la Comunidad de Madrid, durante los primeros tres años desde su inauguración.

Media complejidad	2012	2013	2014
H. Gómez Ulla	91,26%	90,49%	87,88%
H.I.U. Niño Jesús	94,68%	94,94%	91,08%
H.U. Rey Juan Carlos	95,00%	95,86%	93,21%
H.U. de Torrejón	92,64%	94,93%	88,80%
H.U. de Fuenlabrada	91,15%	89,42%	85,33%
H.U. Fundación Alcorcón	93,05%	91,56%	87,64%
H.U. de Getafe	93,08%	90,93%	91,05%
H.U. Infanta Leonor	93,67%	90,34%	89,76%
H.U. Infanta Sofía	90,66%	88,60%	89,58%
H.U. de Móstoles	91,88%	87,71%	94,10%
H.U. Príncipe de Asturias	93,65%	91,96%	92,02%
H.U. Severo Ochoa	90,72%	88,75%	85,09%

Fuente Resultados SERMAS

2.1.2 GRUPOS FOCALES CON PACIENTES

Durante los años 2013 y 2014 se han realizado estudios cualitativos a través de Grupos Focales con pacientes para conocer la satisfacción y las expectativas de los usuarios que han acudido al hospital.

- 2013 Atención en Consultas Externas.
- 2014 Atención Hospitalización Programada.

El diseño de estos estudios ha sido previamente validado por la Subdirección de Calidad según la Resolución (núm. 10/09) de la Vice-consejería de Asistencia Sanitaria por la que se dictan instrucciones para la coordinación de los estudios de opinión de los usuarios y ciudadanos con los servicios sanitarios. Y con el visto bueno de la Dirección General de Calidad de los Servicios y Atención al ciudadano según establece el artículo 6 de la Orden de 18 de noviembre de 2004, de la Consejería de Justicia e Interior.

2.1.3 INDICE NET PROMOTER SCORE (NPS)

En el 2013 se implantó una herramienta, autorizada por la Dirección General de Calidad de los Servicios y Atención al Ciudadano y por la Subdirección General de Calidad de la Dirección de la Comunidad de Madrid (de acuerdo a la Resolución 10/09, de 9 de septiembre de 2009, de la Vice-consejería de Asistencia Sanitaria) que ha permitido al Hospital ser proactivos en el análisis de la

satisfacción de los pacientes, a través de la Metodología Net Promoter Score, para medir fidelidad, grado de recomendación y satisfacción de los pacientes.

Se basa en una única pregunta cuyo texto siempre es:

“En caso de necesidad, hasta qué punto recomendaría (las CCEE, la hospitalización, las urgencias, la CMA) del Hospital Universitario Rey Juan Carlos”.

La puntuación va de 0 (no lo recomendaría nunca) a 10 (lo recomendaría siempre).

Los encuestados se clasifican del siguiente modo:

- de **0 a 6 detractores**;
- **7 y 8 pasivo**;
- **9 y 10 promotores**.

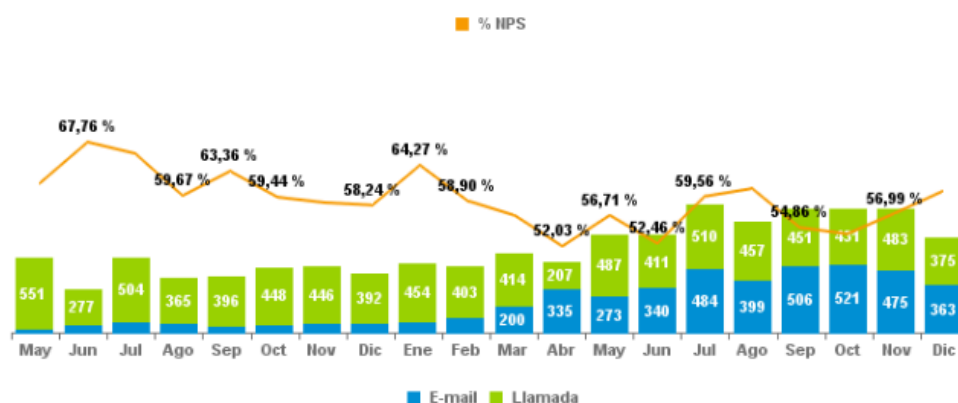
El NPS es el resultado de la diferencia entre el porcentaje de promotores y detractores.

En el caso de identificarse como detractor o promotor, el encuestado puede señalar uno o más motivos de insatisfacción o satisfacción, así como un cuadro de texto libre. Esta pregunta se realiza por diferentes canales (llamada telefónica, email, código QR, dispositivo móvil), coincidiendo siempre la misma pregunta independientemente de la valoración que el usuario facilite.

Las campañas se realizan con pacientes que han sido atendidos en las áreas de Urgencias, Hospitalización (programada y urgente), CMA y CCEE.

El dato global obtenido en el HURJC desde su implantación en el 2013 es de un 58,50 %.

Hospital Universitario Rey Juan Carlos
Evolución temporal Global



En los casos de pacientes que manifiestan opiniones adversas (detractores) el sistema genera, de forma automática, notificaciones y alarmas para que los mandos intermedios del hospital lleven a cabo acciones inmediatas que están predefinidas a subsanar las deficiencias detectadas con la incidencia manifestada y se procede a contestar al paciente personalmente y planificar las acciones preventivas. Todo ello queda registrado.

La gestión de los detractores se realiza desde una ficha donde se refleja en todo momento su estatus y desde el Resumen se puede acceder a la información de los casos que están gestionados y los que están pendientes, lo cual permite monitorizar en todo momento las acciones que se llevan a cabo para convertir detractores en promotores.

2.1.4 GESTION DE RECLAMACIONES/ AGRADECIMIENTOS

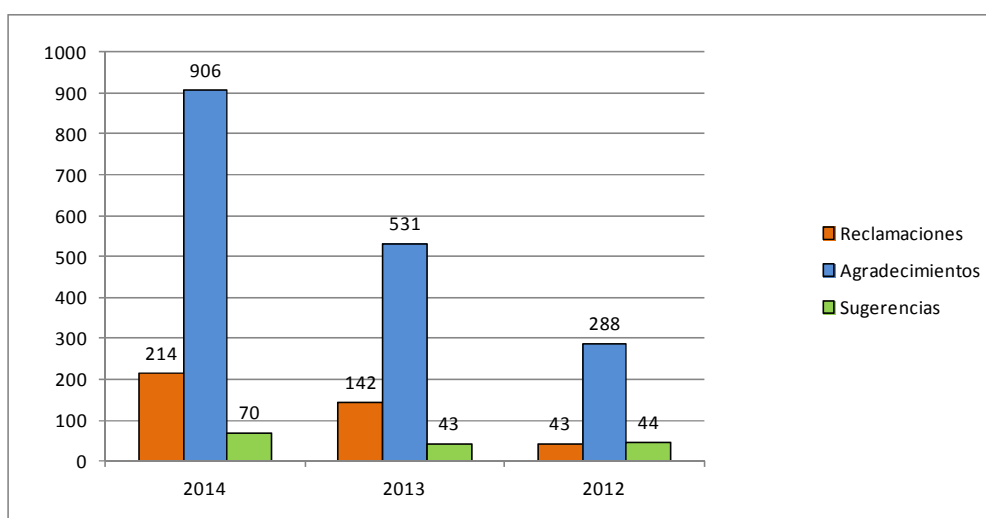
Dentro de las fuentes de información utilizadas para mejorar la Calidad Percibida; las reclamaciones, sugerencia, y agradecimientos de los usuarios proporcionan una valiosa información para mejorar la calidad en la atención a nuestros pacientes.

La gestión realizada se ha realizado conforme a los requisitos establecidos en la legislación vigente así como las directrices de la Dirección General de Atención al Paciente para los centros del Servicio Madrileño de Salud.

La gestión de las reclamaciones se ha llevado a cabo a través del personal del Servicio de Atención al Paciente con la herramienta IGR. Esta aplicación, mediante una interface, vuelca en tiempo real los datos al Programa Cestrack institucional del Servicio Madrileño de Salud.

INFORME 2012- 2014 DE RECLAMACIONES – AGRADECIMIENTOS RECIBIDOS EN EL SERVICIO DE INFORMACIÓN Y ATENCIÓN AL PACIENTE

ACTIVIDAD	TOTAL 2014	Promedio 2014	TOTAL 2013	Promedio 2013	TOTAL 2012	Promedio 2012
Reclamaciones	214	17,83	142	11,83	43	3,58
Agradecimientos	906	75,50	531	44,25	288	24,00
Sugerencias	70	5,83	43	3,58	44	3,67



Las principales acciones de mejora realizadas por el Comité de Calidad Percibida en función del análisis de las encuestas, NPS, agradecimientos, reclamaciones y sugerencias, desde la apertura del Hospital, se han centrado en mejorar el trato personalizado a pacientes y familiares, la orientación dentro del centro a través de mejoras en la señalética del hospital, información facilitada a pacientes y familiares, tiempos de demora en la atención presencial y no presencial.


2.2 MODELOS DE CALIDAD

El marco de referencia para el Hospital Universitario Rey Juan Carlos para desarrollar y fomentar la cultura de gestión de calidad total (TQM) es el Modelo EFQM de Excelencia, siguiendo la línea establecida en la Comunidad de Madrid, que ha desarrollado el Modelo de Calidad del Sistema Sanitario de la Comunidad de Madrid adaptándolo a un entorno tan singular y específico como el sanitario.



El Sistema de Gestión implantado durante estos tres años permite la integración de diferentes **Sistemas de Calidad, Medioambiente y Gestión Energética** (conforme a las normas UNE-EN-ISO 9001, 14001 Y 50001) y sienta las bases para la implantación nuevos modelos de Gestión (Gestión de la Seguridad y Salud en el trabajo (OSHAS 18.001), Gestión de Riesgos para la Seguridad del Paciente (UNE 179.003001),...

SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL



Sistema en la Intranet, conforme a:

- EFQM
- ISO 9001, Requisitos Sistema de Gestión de Calidad.
- ISO 14001, requisitos gestión ambiental.
- ISO 50000, requisitos gestión energía.
- OHSAS 18001, gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.
- UNE 179003 , gestión de riesgos para la seguridad del paciente.
-

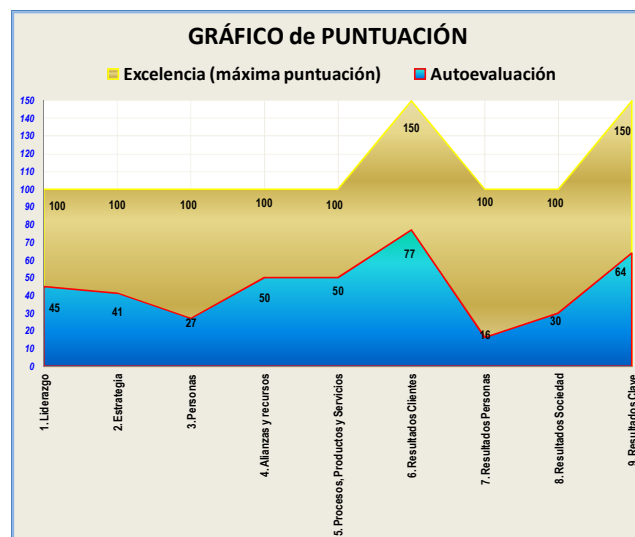
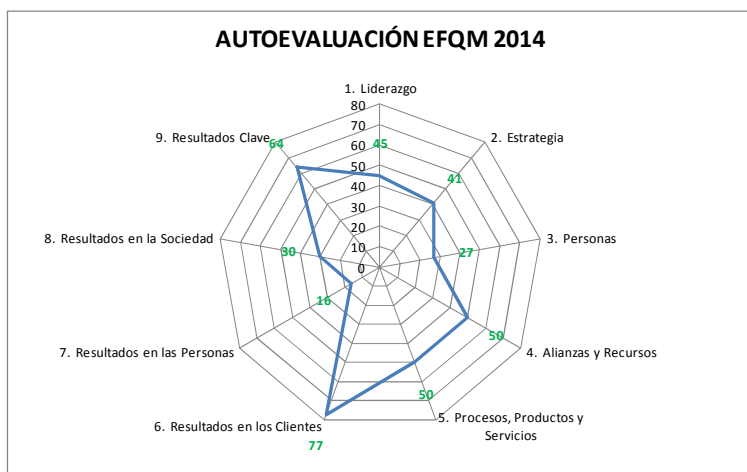
Desde la apertura del centro se han realizado las siguientes actuaciones para avanzar en la implantación de la Gestión de la Calidad Total y dando cumplimiento a las especificaciones técnicas recogidas en el Pliego de Prescripciones Técnicas, así como los objetivos establecidos por la Dirección General de Atención al Paciente.

Previa aprobación de acuerdo a la resolución 45/2013 de la Viceconsejería de Asistencia Sanitaria por la que se dictan instrucciones para la coordinación y el registro de reconocimientos, certificaciones y acreditaciones de calidad, de los centros sanitarios del Servicio Madrileño de Salud por la Dirección General de Atención al Paciente.

2.2.1 EFQM

A finales del 2013 se realizó primera autoevaluación del Hospital Universitario Rey Juan Carlos según los criterios establecidos en el Modelo EFQM 2010, posteriormente tras la presentación a principios del 2014 del Manual de Aplicación del Modelo EFQM del Servicio Madrileño de Salud se recopiló toda la información en la herramienta establecida por el SERMAS identificando las principales Áreas de Mejora así como los punto fuertes de la Organización.

La puntuación obtenida en la Autoevaluación EFQM ha sido:



Durante el 2014 se han iniciado diferentes planes de actuación derivados de la Autoevaluación EFQM:

1. PERCEPCIÓN PERSONAL [Resultados en las personas (7)]

- ENFOQUE:

Realización de encuestas al personal y reuniones periódicas por la Dirección donde se tratan temas como la satisfacción, implicación, compromiso, motivación, delegación y

asunción de responsabilidades, liderazgo, competencias, rendimiento, formación, comunicación o condiciones de trabajo. Así como reuniones con las direcciones correspondientes.

- **DESPLIEGUE:**

- a. Proyecto Escucha Activa de Profesionales.
- b. Encuestas profesionales.

2. **PLAN GESTIÓN PERSONAS** [Personas (3) y resultados en las personas (7)]

- **ENFOQUE:**

Implantación sistemáticas para el establecimiento de objetivos personales ligados a los objetivos del HURJC, se lleva a cabo estableciendo un plan de gestión de personas que apoya a la estrategia de la organización y que permita el desarrollo del conocimiento y las capacidades de las personas que integran la organización, potenciando la comunicación interna y recompensando y reconociendo los esfuerzos de las personas para motivar e incrementar el compromiso con la organización.

- **DESPLIEGUE:**

- a. Definición y evaluación de objetivos por Direcciones.
- b. Constitución Comisión de Formación continuada
- c. Proyecto de Guardería para los profesionales del HURJC.

3. **GENERAR Y PRIORIZAR IDEAS CREATIVAS Y PROPUESTAS DE MEJORA** [Personas (3), liderazgo (1) y resultados en las personas (7)]

- **ENFOQUE:**

Desarrollo y profundización de un programa para implantar un sistema de detección de incidencias, sugerencias, aportación de ideas de mejora; liderado por la Dirección con reuniones sistemáticas con los Servicios / Unidades del Hospital.

- **DESPLIEGUE:**

- a. Evaluación de las sugerencias presentadas y estudio de viabilidad, y prioridad según beneficios en los pacientes y satisfacción de los profesionales.

- b. Ejecución de las actividades priorizadas.
- c. Difusión del avance de las acciones llevadas a cabo
- d. Análisis de la satisfacción de los profesionales con respecto a la comunicación con la Dirección ante las propuestas realizadas.

4. **PERCEPCIÓN SOCIEDAD** [Resultados en la sociedad]

- **ENFOQUE:**

Definición de la sistemática para medir el impacto y la percepción del hospital en la sociedad mediante realización de una serie de encuestas y de grupos focales con el fin de detectar oportunidades de mejora que garanticen cubrir las necesidades o propuestas de mejora de los grupos de interés de la sociedad.

- **DESPLIEGUE:**

- a. Planificación Grupo focal.
- b. Reunión con representantes de Asociaciones de Vecinos para conocer la satisfacción de los vecinos sobre la labor del Hospital.
- c. Realización de talleres, charlas sobre diferentes aspectos preventivos y hábitos saludables desarrollada por especialistas del HURJC.
- d. Realización de encuestas de satisfacción talleres,...
- e. Comunicaciones en prensa escrita y medios de comunicación.

5. **DESARROLLO HERRAMIENTA LINEAS ESTRATÉGICAS, OBJETIVOS E INDICADORES**

[Estrategia (3) y procesos, productos y servicios (5)]

- **ENFOQUE:**

Se procede a la elaboración de un cuadro de mando integral en diferentes dimensiones de la calidad:

- i. Satisfacción del paciente, de la sociedad, personas,
- ii. Rendimiento de la gestión económica y financiera, procesos clave (calidad asistencial, seguridad del paciente, continuidad asistencial, investigación y docencia).

- **DESPLIEGUE:**

- a. Diseño del CMI:(realización 2014)
 - Reuniones con coordinadores de Calidad de los Hospitales Grupo IDC Madrid

- Elaboración propuesta de CMI, centrado en Resultados diferenciado en los Criterios del Modelo EFQM. Consensuado con las Direcciones de los Centros IDCSalud Madrid.
 - Integración del CMI propuesto en BI (Business Intelligent) herramienta corporativa seguimiento de indicadores.
 - Formación en la herramienta a los principales responsables.
 - Medición y seguimiento de los indicadores centrado en rendimiento procesos clave y satisfacción de pacientes.
 - Constitución de Grupos de Trabajo que realizan la validación de información de BI
 - Revisión de BI (posibles cambios propuestos)
- b. Extensivo al resto de dimensiones incluidas en el CMI (2015-)

2.2.2 MODELOS DE ACREDITACIÓN

El Hospital Universitario Rey Juan Carlos opta por la preparación y adopción de estándares de calidad definidos por empresas de Acreditación de prestigio en el Sector Sanitario.

2.2.2.1 RECONOCIMIENTOS POR EMPRESAS DE PRESTIGIO

2.2.2.1.1 ADQUALITATEM

Durante el año 2014 el Servicio de Urgencias del Hospital se ha preparado para la Acreditación con los estándares de la SEMES por la Empresa Adqualitatem. Obteniendo en Enero de 2015 la Acreditación con NIVEL EXCELENTE (máximo nivel posible).

AdQualitatem es una fundación independiente, sin ánimo de lucro, que pretende dar respuesta a las necesidades que las profesiones sociosanitarias en España tienen en materia de calidad y excelencia. Desde su nacimiento en 2004, ha creado y certificado normas de calidad para distintos ámbitos sociosanitarios, como por ejemplo el Colegio de Farmacéuticos de Madrid, así como otros servicios de Urgencias (Clínico de Santiago, Hospital de Donosti,...).

Desde el año 2006 SEMES, ha desarrollado un modelo de acreditación para Servicios de Urgencias y Emergencias, que es la base en la que se fundamenta el Modelo de Acreditación Semes-Ad Qualitatem al que nosotros hemos optado. El modelo consta de 400 estándares, divididos en 9 criterios y 32 subcriterios.

2.2.2.1.2 HIMSS EUROPE

El Hospital Universitario Rey Juan Carlos fue reconocido en Noviembre de 2013 por el HIMSS con el Stage 6 en la cuarta edición de la cumbre HIMSS Europe CIO Summit, una de las máximas calificaciones de HIMSS.

HIMSS (Sociedad de Sistemas de Información y Gestión en Sanidad) es una organización profesional exclusivamente enfocada en promocionar el liderazgo y la utilización óptima de las tecnologías de la información en Salud.

El Modelo Europeo de Adopción del Historial Clínico Electrónico (EMRAM por sus siglas en inglés) clasifica los hospitales en función de su progreso en la finalización de 8 fases para crear un entorno electrónico de registros sobre pacientes.

2.2.2.1.3 ACREDITACIÓN HOSPITAL SIN HUMO



El Hospital Universitario Rey Juan Carlos desde su apertura, se ha sumado a la iniciativa del proyecto de Red de Hospitales sin Humo, en Madrid, amparado por las directrices de la Red Europea de Hospitales sin Humo o "European Network Smokefree Hospitals" (ENSH).

Los hitos más importantes han sido:

La **categoría “miembro”** (Mayo 2012) se otorga a los centros cuya Dirección se ha comprometido a implementar los estándares de la Red.

La **categoría “bronce”** (Mayo 2013) por obtener al menos el 75% de los estándares correspondientes a la asunción del control del tabaquismo como estrategia del hospital, el compromiso demostrado de pertenencia a la Red HsH, y una comunicación adecuada de su estrategia.

La **categoría “plata”** (Mayo 2014) responde a la implantación de al menos el 75% de los estándares establecidos

El **estatus “oro”** (Mayo 2015) se corresponde con el máximo cumplimiento de los estándares de la Red HsH.

Los hospitales que en el cuestionario de autoevaluación obtienen al menos el 90% de la totalidad de los puntos pueden optar a la excelencia. Para ello han de superar una auditoria en la que se valoran tanto la implantación como la base documental de los ítems clave para el desarrollo del proyecto y cumplimiento de los objetivos de la Red HsH.

Durante el 2014 la gestión realizada para la prevención del tabaquismo en el HURJC ha sido merecedora de optar a la **Excelencia y la acreditación con distinción de Oro** de la Red de Hospitales sin Humo de la Comunidad de Madrid.

2.2.2.1.4 ACREDITACION iHAN

La Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia (IHAN) ha sido lanzada por la OMS y UNICEF para animar a los hospitales, servicios de salud, y en particular las salas de maternidad a adoptar las prácticas que protejan, promuevan y apoyen la lactancia materna exclusiva desde el nacimiento.

Desde su apertura el HURJC ha promocionado la lactancia materna adhiriéndose a la iniciativa (iHan) a través de sus cuatro fases,

“Cuatro D”: Descubrimiento, Desarrollo, Difusión y Designación

Obteniendo en Marzo 2015 la Fase 2D de Acreditación Fase de Desarrollo.



2.2.3 MODELOS DE CERTIFICACIÓN



El Sistema de Gestión implantado durante estos tres años permite la integración de los **Sistemas de Calidad, Medioambiente y Gestión Energética** (conforme a las normas UNE-EN-ISO 9001, 14001 y 50001).

El compromiso con la gestión queda resumido en la Política de gestión de Calidad, Medio Ambiente y energía (Anexo 2):



POLÍTICA INTEGRADA DE CALIDAD, MEDIOAMBIENTE Y GESTIÓN ENERGÉTICA

El Hospital Rey Juan Carlos es un Centro integrado en la Red Sanitaria Única de la Comunidad de Madrid que presta atención sanitaria especializada a los usuarios conforme a la Cartera de Servicios pactada con la Consejería de Sanidad.

Ha implantado un Sistema Integral de Calidad, Medioambiente y Gestión Energética según el modelo de la Gestión por Procesos, de forma que el paciente y la satisfacción de sus requisitos se sitúa en el Centro de la Organización; y el respeto y la protección del Medioambiente, el cumplimiento de la legislación vigente y la progresiva minimización de actuaciones de impacto ambiental negativo y el uso responsable de consumos energéticos se convierten en objetivos relevantes.

Todo ello le lleva a adquirir los siguientes compromisos:

- Conocer y satisfacer las necesidades y expectativas de nuestros pacientes, familiares, Atención Primaria, Instituciones Públicas y Colaboradoras, llevando a cabo un proceso de mejora continua de la calidad de la prestación de nuestros servicios y de mejora continua en relación a la gestión ambiental y energética.
- Implicar y sensibilizar al propio personal y a los colaboradores, a través de formación, motivación y capacitación a todos los niveles de la organización.
- Facilitar el desarrollo continuo de los profesionales, puesto que son un factor esencial para poner a disposición de los usuarios la mayor calidad científico-técnica.
- Cumplir con los requisitos de la legislación y reglamentación medioambiental que sea aplicable a sus actividades y otros requisitos que la organización suscriba.
- Minimizar el impacto que éstas puedan ocasionar en el entorno natural.
- Implantar medidas de prevención de la contaminación.
- Promover un consumo responsable de los recursos naturales que incluye el uso racional y eficiente de la energía.
- Mejorar la competitividad del centro disminuyendo los costes energéticos del mismo mediante la introducción de tecnologías y usos más eficientes.
- Afrontar las previsiones de aumento de la demanda de la energía con totales garantías, consolidando al mismo tiempo un modelo energético propio, más competitivo, con mayores niveles de calidad y comprometido con el desarrollo sostenible.
- Definir unos Objetivos en materia de Calidad, Medioambiente y Gestión Energética, realizar su implementación y seguimiento, así como la toma de decisiones pertinentes.

Esta Política se encontrará disponible para todos los grupos de interés, es decir los usuarios, colaboradores, proveedores, e instituciones públicas o privadas.

POLÍTICA DE CALIDAD, MEDIOAMBIENTE Y GESTIÓN ENERGÉTICA.
Fecha de aprobación: Enero 2012

Ricardo J. J. Gerente

El Sistema de Gestión está basado en la Gestión por Procesos y mejora continua, de forma que el paciente y la satisfacción de sus requisitos se sitúa en el centro de la Organización. El respeto y la protección del Medioambiente, el cumplimiento de la legislación vigente, la progresiva minimización de actuaciones de impacto ambiental así como el uso responsable de consumos energéticos se convierten en objetivos relevantes, en los tres primeros años de funcionamiento del Hospital Universitario Rey Juan Carlos.

El Sistema de Gestión Integral es evaluado internamente de forma periódica a través de seguimiento de indicadores, planificación y seguimiento de objetivos, auditorías internas y externas y revisión por parte de la Dirección. De dichas evaluaciones surgen las oportunidades de mejora necesarias para abordar el siguiente periodo.



2.2.3.1 UNE-EN-ISO 9001:2008

Desde el 2012 se inició la implantación del Sistema de gestión de calidad conforme a los requisitos de la UNE-EN-ISO 9001:2008, realizándose la primera auditoría interna en Enero 2013.

Hitos más importantes en certificación ISO 9001:

- *Diciembre 2013.* Auditoría externa de certificación Servicio Central: Servicio de Transfusión. (Certificado Febrero 2014).
- *Marzo 2014.* Auditoría externa de certificación Servicios Complementarios no sanitarios: Restauración, Mantenimiento, Limpieza, Lencería, Gestión de residuos urbanos y sanitarios, Conservación de viales y jardines, desinsectación y desratización, esterilización, gestión de almacenes y distribución-logística, Servicio de Información y Atención al paciente, traslado de pacientes y materiales (Certificado Mayo 2014).
- *Octubre y Noviembre 2014.* Auditoría externa de certificación Servicios Centrales: Certificación de los Servicios Centrales: Admisión, Análisis Clínicos, Anatomía Patológica, Farmacia Hospitalaria, Medicina Intensiva, Medicina Preventiva, Radiodiagnóstico, Salud Laboral, Urgencias (Certificado Enero 2015).

2.2.3.2 UNE-EN-ISO 14001:2004

Desde su apertura el Hospital ha implantado integrado el sistema de gestión ambiental. La auditoría de certificación externa se realizó en diciembre 2013 otorgándose la certificación ISO 14001:2004 de las actividades asistenciales y no asistenciales para la prestación de los servicios médicos-hospitalarios en enero de 2014.

2.2.3.3 ISO 50001

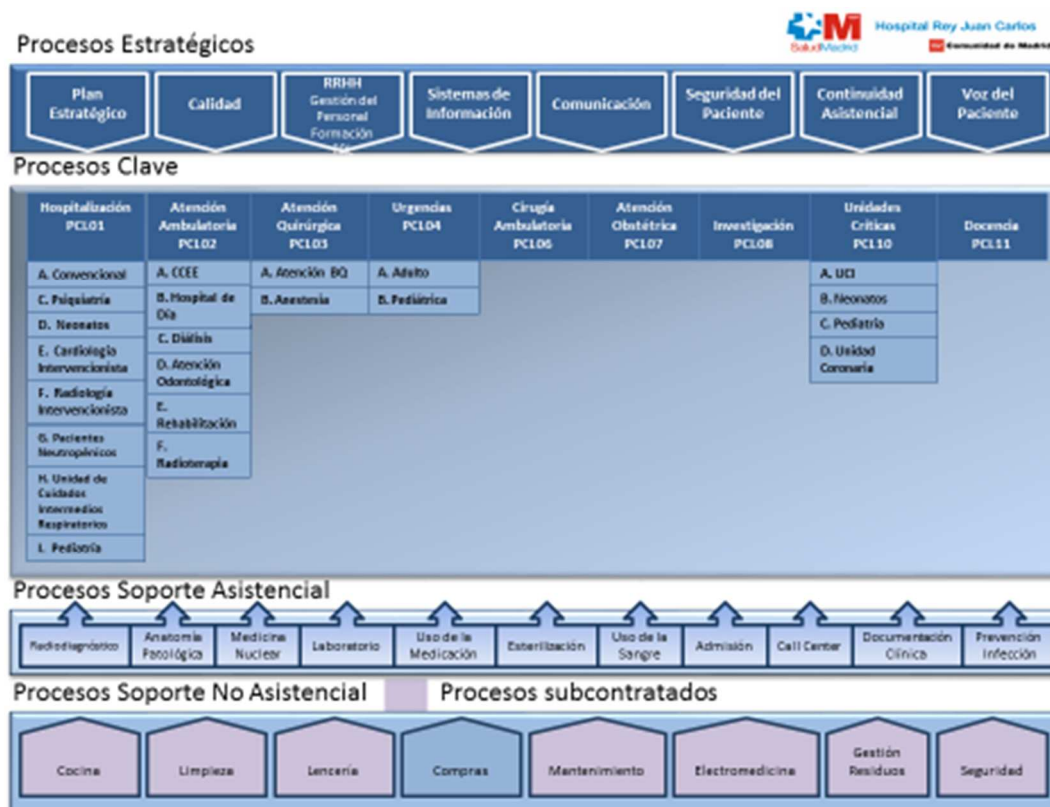
La Gestión energética integrada con la gestión ambiental ha sido implantada desde la apertura del centro y certificada en enero del 2014 para “La atención del paciente según cartera de servicios”.

2.3 GESTIÓN POR PROCESOS

Para la Gestión Integral del Sistema se ha establecido un Mapa de Procesos, común al establecido en los Centros gestionados por el Grupo Sanitario y adaptado a la Cartera de Servicios del HURJC.

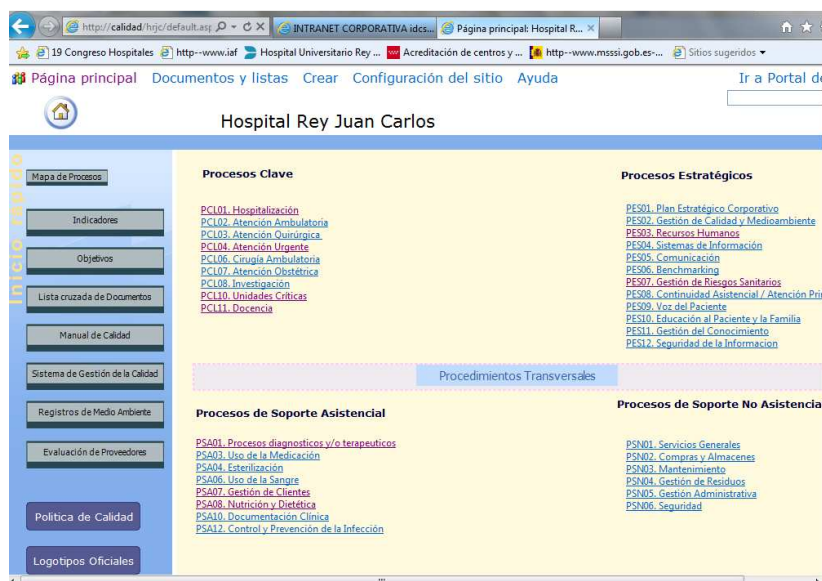
1. **Procesos Estratégicos** son aquellos Procesos vinculados al desarrollo de las estrategias fundamentales de la organización.
 2. **Procesos Clave** son aquellos que constituyen líneas de prestación de servicios relacionados directamente con el paciente/ cliente. Los grandes procesos clave del HURJC son Proceso Asistencial, Proceso Docente y Proceso de Investigación.
 3. **Procesos de Soporte a la Asistencia** son aquellos procesos directa o indirectamente vinculados al desempeño de los Procesos Clave, anteriormente definidos. Básicamente se trata de procesos intermedios, tanto sean asistenciales o para-asistenciales. Por excepción cabe contemplar la posibilidad que actúen directamente en y sobre el usuario, de forma directa.
- **Procesos de Soporte no Asistenciales** son aquellos procesos vinculados a la gestión administrativa, logística, de mantenimiento, etc. necesarios para el desarrollo de los Procesos Clave y de Soporte a la Asistencia.

Mapa de Procesos Hospital Universitario Rey Juan Carlos (Anexo 3)



2.3.1. GESTION DOCUMENTAL Y GESTOR CALIDAD

La gestión documental se realiza en la propia intranet del Hospital, el personal accede a los procedimientos aprobados en el Sistema de Gestión Integral.



Dentro del Sistema Documental están aprobados 615 documentos, sometidos al procedimiento general de Control de la Documentación, para garantizar que los documentos están actualizados y accesibles a todos los profesionales. Los documentos son revisados y actualizados trienalmente (cumpliendo requisito del Pliego de Prescripciones Técnicas establecido en 4 años).

Proceso	Documentos en vigor
Atención Ambulatoria	165
Hospitalización	73
Procesos Diagnósticos y/o Terapéuticos	57
Atención Obstétrica	41
Urgencias	40
Uso de la Sangre	33
Recursos Humanos	32
Control y Prevención de la Infección	22
Voz del Paciente	19
Unidades Críticas	18
Gestión de Calidad y Medioambiente	17
Uso de la medicación	17
Gestión de Clientes	15
Docencia	14
Atención Quirúrgica	12
Esterilización	9
Mantenimiento	5
Seguridad	4
Compras y Almacenes	3
Gestión de Riesgos Sanitarios	3
Cirugía Ambulatoria	2
Continuidad Asistencial/Atención Primaria	2
Documentación Clínica	2
Gestión de Residuos	2
Nutrición y Dietética	2
Servicios Generales	2
Comunicación	1
Gestión Administrativa	1
Investigación	1
Plan Estratégico	1
Total general	615

Fuente: Listado cruzado de documentación Sistema Integral de Gestión HURJC (Mayo 2015)

Existe el compromiso explícito en el Pliego de Prescripciones Técnicas de realizar un mínimo de 5 guías/ año los primeros 4 años de funcionamiento del Hospital.

En este sentido se han realizado durante el 2012- 2013 (112 documentos asistenciales) (Ver Anexo 4).

En el 2014 se han elaborado un total de 31 documentos asistenciales nuevos (Ver Anexo 5).

El HURJC cuenta con una herramienta informática (GESCAL) que permite el control y seguimiento de los objetivos, no conformidades de auditorías internas y externas y acciones de mejora establecidas. Se ha ido formando a los propietarios de proceso en el uso de esta herramienta durante el 2014, aunque por motivos prácticos los objetivos, acciones correctivas y de mejora derivados de las evaluaciones de la Consejería de Sanidad (Unidad Técnica de Control, Dirección de Atención al Paciente, Subdirección de Calidad) se registran y evalúa en los formatos establecidos por estas organizaciones para no duplicar registros ni transcripción de información.

Cada proceso se desarrolla documentalmente en POC (Procedimientos Operativos de Calidad), PGA (Procedimientos Gestión Ambiental), IA (Instrucciones Asistenciales) e IT (Instrucciones Técnicas). Todos estos documentos se acompañan, si procede, de sus correspondientes Formatos y Anexos. Esta documentación es revisada, modificada, aprobada y comunicada siempre que sea necesario y al menos con periodicidad trienal desde su aprobación se revisa y actualizan los documentos.

Para la medición de los procesos, se utilizan los diferentes indicadores establecidos por cada Propietario de Proceso y aquellos indicadores fijados por el Servicio Madrileño de Salud para todos sus hospitales.

Dichos indicadores incluyen los límites de alarma y la identificación visual de los parámetros “fuera de rango”, en el caso necesario se realizan acciones para la corrección de la desviación. La periodicidad de análisis es trimestral.

2.4 GESTIÓN DEL RIESGO

El eje fundamental sobre el que se descansa la atención sanitaria es la focalización en el paciente y sus necesidades; esto implica proporcionarle asistencia eficaz y segura.

La actividad sanitaria, por sus especiales características, se puede considerar como una actividad de riesgo. La incertidumbre que acompaña a cualquier decisión clínica, la utilización creciente de nuevas tecnologías en la práctica médica y la mayor utilización de los servicios sanitarios por la población, han incrementado el riesgo de que se presenten sucesos no deseados y de consecuencias adversas para el paciente.

Para dar respuesta a esta incertidumbre se han puesto en marcha actividades para mejorar la seguridad de los pacientes y que en conjunto se denominan de gestión de riesgos sanitarios, sus programas y actividades buscan contribuir decisivamente a la mejora de la calidad de la asistencia sanitaria, al tratar de reducir globalmente los sucesos no deseados y sus consecuencias adversas.

Durante estos años en el HURJC se han gestionado estos riesgos principalmente a través del análisis de estos efectos adversos y el análisis de los potenciales riesgos del hospital.

El Proceso Estratégico de Seguridad del Paciente en el HURJC desarrolla la Estrategia y objetivos de seguridad del paciente del Servicio Madrileño de Salud.

Los hitos más importantes han sido:

- ✓ Constitución de la Unidad Funcional de Gestión de Riesgos (fecha de constitución 31 de Julio 2012)
- ✓ Nombramiento de responsables de Seguridad por Servicios Clínicos y Unidades de Enfermería (48 responsables).
- ✓ Formación inicial y continuada de profesionales en Gestión de Riesgos, sus principios, metodologías y herramientas.
- ✓ Implantación progresiva y periódica de las Rondas de Seguridad para articular el apoyo y liderazgo en seguridad de la Dirección.
- ✓ Portal de Seguridad del Paciente, donde están los documentos básicos, herramientas de análisis, publicación de alertas, noticias e información técnica sobre Gestión de Riesgos.

BIENVENIDO/A A LA INTRANET

SaludMadrid Hospital Universitario Rey Juan Carlos Comunidad de Madrid

Portal de Seguridad del Paciente

Inicio

Ver todo el contenido del sitio

Sitios

- Portal de Higiene de Manos

Documentos

- Documentos compartidos (Comisión Seguridad)

Listas

- Calendario

Papelera de reciclaje

Comunicación de incidentes

Errores Medicación

Reacciones Adversas a Medicamentos (RAM)

Vínculos

- Agencia Calidad Sistema Nacional de Salud
- Agencia Española Gestión Riesgos Sanitarios y Seguridad del Paciente
- Agency for Health Care Research and Quality
- Biblioteca Cochrane Plus
- Canadian Patient Safety Institute
- Módulo Formación "Neuronia Zero"
- Institute for Health Care Improvement
- Institute for Safe Medication Practices
- Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations
- National Patient Safety Agency
- Seguridad Medicamentos CAM
- Seguridad Paciente CAM
- WHO. Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente
- Notificación Tarjeta amarilla
- Consulta de Notificaciones
- Análisis de incidentes/eventos adversos notificados
- Agregar nuevo vínculo

Presentación

La Seguridad del paciente (SP) es un componente clave de la Calidad Asistencial, de importancia capital tanto para los profesionales como para la Dirección de nuestro centro. Por ello, desde la Comisión de Seguridad del Hospital Rey Juan Carlos se ha puesto en marcha el Portal de Seguridad del Paciente en la Intranet del hospital, con el objetivo de tener accesible para todo el personal la información relacionada con la SP. Los objetivos de nuestra institución relacionados con la SP incluyen los recogidos en El Programa de Seguridad del Paciente de la DMS, que son fundamentalmente los siguientes:

- Promover y desarrollar el conocimiento y la cultura de Seguridad del paciente entre los profesionales y los pacientes. Esto implica el desarrollo de acciones para mejorar la información y formación sobre Seguridad de los pacientes.
- Diseñar y establecer sistemas de información y notificación de efectos adversos para aprender de ellos y establecer acciones de mejora.
- Implantar prácticas seguras recomendadas en los centros del Sistema Nacional de Salud y específicamente en los de la Comunidad de Madrid.

- ✓ Inclusión de objetivos específicos de SP dentro de los Planes Anuales del Hospital, supervisados por la Dirección del hospital y conforme a los establecidos por la Subdirección de Calidad del SERMAS así como la Dirección Corporativa del Grupo Quirón Salud.
- ✓ Elaboración de material de difusión dirigida a los profesionales y a los pacientes, en las diferentes líneas de actuación en Seguridad de Paciente.
- ✓ Sistemas de notificación anónima y análisis de Efectos Adversos, cuyo propósito es obtener información sobre las áreas o problemas de la organización que generan riesgo, aprender de nuestros errores –centrados en el sistema, no en las personas- y corregirlos creando pautas comunes a fin de prevenir daños en los pacientes.

La herramienta de notificación de Efectos Adversos del hospital, se caracteriza por:

- Voluntario, por parte de los profesionales
- Anónimo, no está orientado a la búsqueda de responsabilidades sino a la mejora de la organización hospitalaria

- Interno: la gestión del registro es intrahospitalaria -con información a la Unidad Funcional de Gestión de Riesgos (UFGR)- que permite el análisis de los EA y la puesta en marcha y seguimiento de acciones de mejora.

Hospital Rey Juan Carlos SaludMadrid Comunidad de Madrid

Efectos adversos

Datos generales

Asunto (*)

Notificador

Fecha (*)

Descripción del evento (*)

Categoría profesional de la persona que comunica el efecto adverso

Día y Hora en la que se produjo el evento

Descripción literal y lo más detallada posible del evento sucedido

Consecuencias sobre el paciente

Consecuencias al paciente (*)

Especialidad (*)

Unidad Enfermería:

Factores contribuyentes (no son mutuamente excluyentes)

Factores contribuyentes:

Opinión

Gestión organizativa/Citaciones

Infraestructuras

Dispositivos médicos/equipamiento/mobiliario clínico

Identificación del paciente

Actividades preventivas

Valoración clínica/diagnóstico

Detalle su opinión profesional de cómo prevenir, evitar o disminuir las consecuencias de un evento de este tipo

- ✓ La Unidad Funcional de Gestión de Riesgos se reúne con una periodicidad mensual para realizar análisis los riesgos detectados seguimiento en el avance del cumplimiento de los objetivos de seguridad del paciente y acciones de mejora definidas, levantando acta en todas las reuniones.

2.5 RESPONSABILIDAD SOCIAL CORPORATIVA

Desde la apertura del Hospital Universitario Rey Juan Carlos la gestión integral de la organización ha contribuido al desarrollo sostenible con el principal objetivo de generar valor y bienestar a nuestra sociedad materializándose mediante principios y prácticas de responsabilidad social que atienden las necesidades y las expectativas de los grupos de interés.

En nuestra organización, la gestión ética y socialmente responsable se ha convertido en un elemento esencial de gestión. Por lo tanto, los objetivos de nuestro sistema de gestión en la organización van encaminados a:

- Enfocar nuestra actividad desde los principios del desarrollo sostenible
- Ser el marco general donde ubicar las diferentes iniciativas
- Proporcionar la base para establecer en la organización un mismo lenguaje y forma de pensar.
- Ser la herramienta de autoevaluación para medir en qué lugar se encuentra nuestra organización en el camino hacia la excelencia
- Consolidar un comportamiento ético

Podemos remarcar como principales hitos desde la apertura del centro, los siguientes:

- Con respecto a los **sistemas de gestión eficiente**:
 1. Implantación y Certificación **Gestión Ambiental** según la norma 14001 (desde Enero 2014)
 2. Implantación y Certificación **Gestión energética** según la Norma 50001 (desde Enero 2014).
- Con el objetivo de contribuir a la **mejora de la relación con nuestros grupos de interés** y la comunicación constante con ellos:
 - Con los **profesionales sanitarios**
 - Sesiones realizadas por Especialistas del HURJC en colaboración con los profesionales sanitarios de AP en Centros de Salud. (2013: 125 sesiones).
 - Participación en actividades con especialistas de los diferentes servicios del Hospital en colaboración con Ayuntamientos y profesionales de AP, para la promoción de la salud y el autocuidado, mediante conferencias, charlas, talleres, jornadas, días de la salud, divulgación informativa en prensa, revistas y

radio, entre otros, con un total de más de 90 actividades a lo largo de 2014, con una media de 7 actividades mensuales.

- Portal Sociosanitario: El portal Sociosanitario creado en 2012, y ampliada su implantación durante el 2013 y 2014. Este portal ha sido creado para los profesionales sanitarios de los centros sociosanitarios (Residencias) del ámbito de influencia del HURJC.

Disponen de protocolos conjuntos desarrollados en AP, especialista consultor, documentos de interés. Entre lo más destacado se encuentra el acceso a resultados de pruebas de laboratorio de sus residentes Facilita la gestión on-line con su especialista en el hospital, en Nutrición, Ortoprésis y consulta de anticoagulación oral, mediante la creación de formulario de inmovilizados, disminuyendo el nº de desplazamientos al hospital.

- Colaboración con otros grupos de interés como:

Asociaciones de Pacientes: reuniones y colaboración con:

- Asociación de Vecinos de Móstoles.
- ADISFIM (Asociación disminuidos físicos de Móstoles)
- AMDEA (Asociación Mostoleña de Espondilitis y Artritis)
- Asociación Corazones Unidos por la Salud
- APANEFA (Asociación de daño cerebral sobrevenido de Madrid)
- Asociación de diabéticos de Móstoles.
- Asociación para la prevención de Alcoholismo de Móstoles.
- AMDEM (Asociación Mostoleña de Esclerosis Múltiple)
- AFINSYFACRO (Asociación de Fibromialgia y S. Fatiga Crónica).
- Plataforma Corre la Voz “IV Jornada Salud y Deporte”
- AUSMEN (Asociación de usuarios de Salud Mental)

- Apertura en 2013 de **Centros de Especialidades Periféricas** (CEP) en dos municipios: NAVALCARNERO Y VILLAVICIOSA DE ODÓN: Con el objetivo de acercarnos al

ciudadano en la prestación de una atención sanitaria integral y de la máxima calidad con las tecnologías más avanzadas y con el mismo equipo de profesionales sanitarios del HURJC.

- Participación "**Proyecto Empresa**" con alumnos de 4º de la ESO de Institutos de Educación Secundaria Obligatoria del área de influencia del HURJC.

Todo ello acompañado de la difusión de estas iniciativas, entre otras, gracias a las apariciones en prensa en diversos medios de comunicación, edición de la revista del centro "H info" (con carácter informativo y de prevención), la web del hospital apartado Noticias <http://www.hospitalreyjuancarlos.es/es/sala-prensa/noticias> y la intranet propia del centro.

A lo largo de estos años se ha ido incorporando en la gestión actuaciones que contribuyen al desarrollo sostenible de la sociedad, impulsando iniciativas que velen por la competitividad y crecimiento de la economía como por el desarrollo de las personas y el respeto por el medio ambiente.

2.6 CULTURA Y FORMACIÓN EN CALIDAD

El Plan de Calidad del HURJC requiere de la implicación de los profesionales, en la definición del sistema así como en su evaluación y seguimiento instaurando la mejora continua como la principal línea estratégica del hospital.

Para conseguirlo es necesario la formación y difusión de las diferentes líneas establecidas y del sistema de gestión, así como las herramientas disponibles y a disposición de los profesionales.

Las principales líneas de formación realizadas en el Hospital Universitario Rey Juan Carlos durante estos años han sido:

- Formación modelos de gestión de calidad: EFQM, Normas ISO.
- Formación en Gestión de Calidad Percibida, Proyecto Trato y Tratamiento, ...
- Sesiones de Seguridad del Paciente.
- Actuaciones enfocadas a fomentar la divulgación y promoción de la cultura de la calidad y la excelencia, sensibilización ambiental y energética, animando a sus profesionales a participar en jornadas y congresos conociendo nuevas experiencias y compartiendo las realizadas en el centro.

Desde la apertura del Hospital, se han realizado diversos cursos relacionados con la Calidad incluyéndolos en el Plan de Formación Anual, así como un programa de acogida a los profesionales, tanto inicialmente al comienzo de la actividad así como anualmente al personal de incorporación para suplencias de verano. Asimismo, se fomenta la participación a las Jornadas formativas que se organizan por parte de la Consejería de Sanidad y del Servicio Madrileño de Salud, así como otros organismos relacionados con la Sanidad (Fundación Mapfre, Sociedad Española de Calidad Asistencial, Sociedad Madrileña de Calidad Asistencial, ...).

3. LÍNEAS FUTURAS DE ACTUACIÓN

3.1 CALIDAD PERCIBIDA

Siguiendo con las líneas de actuación definidas desde el comienzo de actividad del Hospital, se va a seguir actuando en la mejora de la Calidad Percibida por los pacientes, sobre la base de las fuentes de información establecidas y los Objetivos Institucionales del SERMAS:

El Comité de Calidad Percibida se reunirá al menos cada dos meses (excepto meses verano) para realizar el seguimiento de:

- Encuestas de satisfacción de los pacientes realizados por el SERMAS
- Índice Net Promoter Score (NPS)
- Estudios cualitativos de satisfacción de pacientes.
- Reclamaciones, sugerencias y agradecimientos

Las principales líneas de actuación se basan en fomentar los valores del HURJC: trato personalizado a pacientes y familiares, respeto y amabilidad, velando por la confidencialidad e intimidad del paciente así como facilitando la información necesaria para la toma de decisiones.

3.1.1 ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES

Tras obtener los resultados del estudio de satisfacción realizado por el SERMAS el Comité de Calidad Percibida establecerá anualmente las acciones de mejora a desarrollar para mejorar o potenciar los aspectos destacados en el informe de resultados, de forma coordinada y siguiendo las directrices del Servicio Madrileño de Salud.

En el plazo establecido por la Dirección General de Coordinación de la Atención al Ciudadano y Humanización de la Asistencia Sanitaria se presentan ante esta Dirección las propuestas de trabajo para su validación.

Es en el seno del Comité de Calidad Percibida donde se realiza seguimiento bimensual de las acciones planificadas fomentando y promoviendo su implantación así como la evaluación de la efectividad de las acciones llevadas a cabo. Siendo presentados por el Responsable del Servicio de Atención al Paciente en Comisión de Dirección para su aprobación y evaluación como máximo responsable de la Gestión de la Calidad Percibida.

Esta línea de trabajo permite al Hospital conocer con datos objetivos el grado de satisfacción de los pacientes frente a sus expectativas.

3.1.2 INDICE NET PROMOTER SCORE (NPS)

La metodología establecida permite actuar directamente sobre el paciente poco satisfecho con los servicios prestados en el Hospital. De tal forma que los detractores reciben la llamada del responsable del área para que, en la medida de lo posible, aclaren y subsanen cualquier aspecto de disconformidad planteada por el usuario.

Mensualmente se obtiene a través del Bussines Intelligent (BI) un informe de las diferentes campañas realizadas según la metodología NPS, de tal forma que se analiza la evolución del NPS y se plantean las acciones de mejora por áreas de atención al paciente por el Comité de Calidad Percibida así como por los responsables desde los Servicios y Unidades de Hospitalización que obtienen los datos segregados.

El Comité de Dirección realiza seguimiento mensual, el Responsable del Servicio de Información y Atención al Paciente presenta informe detallado de la evolución del NPS por campañas, direcciones y servicios. Estableciendo acciones en los casos necesarios.

3.1.3 ESTUDIOS CUALITATIVOS DE SATISFACCIÓN DE PACIENTES

Se ha incorporado a los objetivos del centro, conforme a los Objetivos Institucionales, el planteamiento de reflejar la experiencia del paciente en el diseño organizativo y en el rediseño de procesos.

En un primer momento se realiza por parte del Grupo de Mejora de Grupos Focales análisis de situación sobre la satisfacción de los pacientes de los procesos de atención directa y se localizan los puntos críticos de la atención por los profesionales.

Una vez definido puntos críticos de atención se realizan Grupos Focales con los pacientes, familiares y cuidadores, moderados por profesionales formados en estudios cualitativos. De los grupos focales surgen oportunidades de mejora, que son priorizadas en el Comité de Calidad Percibida y presentados a la Dirección para su aprobación.

Se realizará al menos un estudio cualitativo al año incorporando grupos de familiares y cuidadores al desarrollo de los grupos focales.

3.1.4 GESTION DE RECLAMACIONES/ AGRADECIMIENTOS

La filosofía que marca la gestión de reclamaciones es la definida como Janelle Barlow “Una queja es un regalo” desde el punto de vista que nos permite la fidelización de los pacientes, y la mejora día a día.

Siendo proactivos con los pacientes y familiares permite convertir las quejas y reclamaciones en un instrumento estratégico para aumentar la satisfacción de sus clientes.

Las principales actuaciones se realizan:

1. Desde la atención personalizada y por profesionales del Servicio de Atención al Paciente formados en habilidades de comunicación para empatizar con los problemas planteados así como los motivos de insatisfacción planteados. Intentando canalizar las posibles soluciones o demanda de información y poniendo en contacto con los profesionales sanitarios si es necesario.
2. El personal del Servicio de Información y Atención al Paciente facilita el trámite administrativo para registrar la reclamación, según procedimiento escrito.
3. Se inicia un proceso de coordinación y promoción de la respuesta finalmente validada por la Gerencia del Hospital, en el plazo establecido por el SERMAS y según el Manual de Estilo de Contestación de Reclamación establecido.
4. Mensualmente el Responsable del Servicio de Atención al Paciente realizará un informe a la Dirección del Hospital de seguimiento y evolución de las reclamaciones presentadas así como el rendimiento y adecuación de las contestaciones, estableciendo las acciones de mejora necesarias para mejorar día a día.
5. Anualmente se remitirá un informe a la Dirección General de Coordinación de la Atención al Ciudadano y Humanización de la Asistencia Sanitaria que recoge las acciones de mejora desarrolladas en las áreas priorizadas según el resultado de las deficiencias detectadas por las sugerencias, quejas y reclamaciones.

Bajo el marco de la línea Estratégica de **Calidad Percibida** el centro va a trabajar dando continuidad en todas las líneas de actuación donde el paciente y los usuarios son el centro, incorporando la Experiencia de nuestros Clientes en el diseño de los servicios prestados:

1. **Portal Paciente.**
2. **Trato y Tratamiento**
3. **Acogida de los pacientes**
4. **Acompañamiento de pacientes.**
5. **Teletraducción.**
6. **Información a pacientes y familiares**

3.2 MODELOS DE CALIDAD

La línea de actuación del HURJC es mantener las líneas de reconocimiento externo implantadas desde la apertura del centro, en pro de la mejora continua y en busca de la consolidación de los Modelos establecidos.

3.2.1 EFQM

El Modelo de Excelencia EFQM implantado según el modelo adaptado por el SERMAS para el Sector Sanitario de la Comunidad de Madrid, ha permitido realizar un diagnóstico de situación tras año y medio de la apertura del centro, los resultados han sido francamente satisfactorios y deben consolidarse las actuaciones realizadas para obtener tendencias positivas en los resultados al menos en un ciclo de tres años y así poder optar a un reconocimiento que evidencie los niveles de excelencia.

De esta forma se planifica ciclos de autoevaluación trienales, teniendo en cuenta los ciclos establecidos de forma conjunta para los Hospitales del Servicio Madrileño de Salud. De tal forma a finales del 2016 se realizará la segunda autoevaluación del centro tras desarrollar los planes derivados de la primera autoevaluación y consolidación de los resultados obtenidos. A través de la publicación de la memoria conceptual según modelo EFQM en la que haga constar:

- **Información clave:** Resumen del entorno del hospital, estructura, grupos de interés y objetivos estratégicos.
- **Agentes facilitadores:** Descripción de los diferentes enfoques clave adoptados para alcanzar los objetivos estratégicos.
- **Resultados:** Ofrecer una visión global de los resultados clave del hospital mostrando el grado de efectividad con que avanza hacia los objetivos estratégicos.

El centro valorará la opción de presentarse a un reconocimiento externo, conforme los resultados de la Autoevaluación.

Dicha Memoria será presentada para obtener el Reconocimiento Externo conforme a los resultados obtenidos en la Autoevaluación 2016, antes de finalizar la vigencia de este plan el HURJC habrá optado a un reconocimiento externo.



3.2.2 MODELOS DE ACREDITACIÓN

3.2.2.1 ACREDITACIÓN DIAS

El Hospital ante los requerimientos del Pliego de Prescripciones Técnicas en los primeros años de apertura estableció el cronograma de Certificación basándose en los plazos establecidos. (Ver calendario anexo).

Dada la estructura del Sistema de Gestión Integral el Hospital se encuentra en la fase de la Certificación Global según la Norma ISO 9001 de todos los procesos definidos en el Mapa de Procesos del Hospital.

En octubre de 2014 se realiza la comunicación previa al centro directivo del SERMAS en materia de calidad según establece la Resolución 45/2013. El HURJC ha optado por la Acreditación DIAS que realiza la empresa de Certificación DNV y que añade el valor de la integración de la norma de gestión del sistema de calidad (ISO 9001) y la gestión de riesgos sanitarios (UNE 179003), además de estándares de buenas prácticas en materia de gestión de aplicación en el sector sanitario.

Tras un diagnóstico de situación en Enero de 2015 está prevista la realización de la auditoría externa de Acreditación / Certificaciones en el último trimestre del año 2015.

El sistema está enfocado una perspectiva de **gestión del riesgo** de los sistemas principalmente centrados en necesidades y expectativas de los grupos de interés de la organización, por tanto necesitamos involucrar a los pacientes, las familias y la sociedad en general en la identificación del servicio, diseño de procesos, la prestación de servicios y la mejora continua.

Los principales elementos son:

1. Establecer objetivos
2. Definición de los procesos (incluyendo la forma en la que los procesos conectan dentro y entre organizaciones)
3. Identificar, evaluar y priorizar los riesgos para la salud humana , la seguridad tecnológica y organizativa , rendimiento y fiabilidad
4. Traducir los riesgos y controles asociados en requisitos (es decir, normas de rendimiento).
5. La identificación de indicadores para vigilar los procesos y los resultados y para aprender a mejorar y revisar

3.2.2.2 RECONOCIMIENTOS POR EMPRESAS DE PRESTIGIO

Este plan de calidad tiene previsto el mantenimiento y consolidación de los reconocimientos obtenidos por las diferentes organizaciones de prestigio en el sector sanitario y valorar la obtención de nuevas acreditaciones que nos permitan garantizar la competencia técnica del hospital para la prestación de servicios sanitarios específicos, previo ratificación por la Dirección General de Coordinación de la Atención al Ciudadano y Humanización de la Asistencia Sanitaria.

3.2.2.2.1 ADQUALITATEM

Mantenimiento de acreditación del Servicio de Urgencias según las especificaciones de Adqualitatem.

3.2.2.2.2 ACREDITACIÓN HOSPITAL SIN HUMO

Mantener la máxima acreditación obtenida en Mayo del 2015: Acreditación ORO de la red de Hospitales sin humo y avanzar en el cumplimiento de la legislación vigente y contribuir en la educación de la sociedad en general ámbito de actuación del HURJC.

3.2.2.2.3 ACREDITACION IHAN

La plena acreditación IHAN de un hospital es un proceso complejo, que exige un importante esfuerzo por parte de los profesionales implicados y de la Dirección del hospital. Una **aplicación escalonada** en fases permite el planteamiento de metas cercanas y una mejor planificación desde el punto de vista administrativo y de gestión.

En este Plan de Calidad el Hospital Universitario Rey Juan Carlos se plantea avanzar paulatinamente en las fases establecidas por la OMS y UNICEF consolidando en nivel alcanzado (Fase 2D) y avanzar en las etapas del proyecto, estimándose que al finalizar la vigencia de este plan se haya avanzado al reconocimiento de la Fase 3D e iniciado el reconocimiento Fase 4D.

Los principales hitos en cada fase son:

- **FASE 3D.** Se requiere al menos el 80% de la plantilla haya finalizado el programa de formación y en el momento de la auditoría se pueda demostrar el conocimiento y la habilidad que se requiere Realizar y evidenciar auditoría interna y resultados obtenidos.

- **FASE 4D.** Se requiere al menos el 80% de las mujeres gestantes y de las madres, están recibiendo unos cuidados altamente cualificados en todas las áreas. Dichos resultados deben ser evidenciados tras la realización de auditorías según los requisitos establecidos por UNICEF.

3.2.3 MODELOS DE CERTIFICACIÓN

Avance de las certificaciones actualizándolas a las próximas revisiones del 2015 de las normas ISO enfocando el Sistema Integral de Gestión del Hospital a una Gestión de Riesgos. Identificando tanto en base al análisis del cumplimiento de la legislación vigente en todos los ámbitos de las certificaciones así como el análisis previo de Gestión de Riesgos para la calidad del servicio prestado, seguridad del paciente así como la Calidad Percibida por nuestros principales clientes garantizando la gestión de salud laboral.

La estructura de alto nivel es el nombre como se conoce el resultado del trabajo del Grupo de Coordinación Técnica en Normas de Sistemas de Gestión de la Organización Internacional de Estándares (ISO), el cual dota de la misma estructura, definiciones y texto fundamentales idénticos a las normas de sistemas de gestión.

La actualización de las normas de certificación permite al hospital un enfoque mucho más útil porque fomenta el uso de un sólo sistema de gestión integrado que puede cumplir los requisitos de varias normas a la vez, más adecuado al sistema establecido por el Hospital.



En el Anexo Cronograma 2015-2018 se esquematizan los principales hitos planificados que permiten la consecución de las certificaciones siguientes:

- UNE-EN-ISO 9001
- UNE 179003
- UNE-EN-ISO 14001
- ISO 50001
- OHSAS 18001/ ISO 45001



3.3 GESTIÓN POR PROCESOS

A partir del 2015 en cuanto a la Gestión por Procesos es necesario adaptarnos a las nuevas Normas ISO con la estructura de Alto Nivel y centrada en identificación de los riesgos de cada sistema de forma que puedan revisarse los mecanismos de control establecidos o puedan establecerse.

Tras la aprobación de las nuevas normas se planificarán las siguientes actuaciones de revisión del Sistema Integral del Hospital Universitario Rey Juan Carlos:

- Formación y entrenamiento en los nuevos cambios de las normas, de los responsables de Calidad, Medio Ambiente y Seguridad y Salud Laboral.
- Analizar el contexto externo e interno de la organización
- Determinar las partes interesadas aplicables al producto o servicio de la organización
- Revisar el alcance del sistema, para que sea adecuado al contexto y las partes interesadas
- Revisar la política de la calidad
- Revisar los objetivos de la calidad
- Revisar el mapa de procesos
- Re-analizar los procesos
- Desarrollar una metodología para analizar riesgos al Sistema.
- Estructurar los cambios necesarios a contemplar en las actualizaciones futuras de los documentos del sistema
- Entrenar al personal en los nuevos cambios del sistema
- Actualizar los auditores internos a nivel del Grupo Quirón Salud.
- Realización de auditoría interna
- Generar acciones correctivas para el cierre de hallazgos
- Realizar revisión por la dirección

3.4 GESTIÓN DEL RIESGO

El Proceso Estratégico de Gestión de la Seguridad del Paciente (SP) del HURJC desarrolla la Estrategia de seguridad del paciente del Servicio Madrileño de Salud vigente en el momento y se definen los objetivos siguiendo estas líneas estratégicas.

Para el periodo 2015-2018 y en concordancia con la estrategia establecida por la Consejería de Sanidad, el HURJC establecerá anualmente los Objetivos de Seguridad del Paciente para dar cumplimiento a los Objetivos Institucionales.

La Unidad Funcional de Gestión de Riesgos junto con las Direcciones se encarga de definir, conjuntamente con los profesionales implicados, las actuaciones necesarias para la definición y el cumplimiento de los objetivos, realizando su seguimiento y análisis durante las Comisiones de dicha Unidad.



Los criterios establecidos para la definición de objetivos de seguridad de paciente dan prioridad a aquellos establecidos en la Estrategia de Seguridad del Paciente del Servicio Madrileño de Salud (2015-20120):

➤ LÍNEA ESTRATÉGICA 1: CONSOLIDAR LA CULTURA

Consolidar la cultura en seguridad, implica una combinación de valores y normas dirigidas a conseguir una asistencia sanitaria libre de riesgos y daños innecesarios para los pacientes. Para gestionar adecuadamente los riesgos sanitarios es imprescindible impulsar la participación y aprendizaje de los profesionales. Para ello, se seguirán las indicaciones de los objetivos estratégicos definidos por el Servicio Madrileño de Salud, implicando a los líderes directivos y/o clínicos en las rondas de seguridad periódicas, sesiones de seguridad en los servicios/ unidades, asistiendo a las jornadas de formación organizadas en seguridad del paciente, fomentando la difusión de buenas prácticas y novedades sobre seguridad del paciente, definición y seguimiento de objetivos,...

➤ LÍNEA ESTRATÉGICA 2: DESPLEGAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Es fundamental extender este enfoque en todas las Unidades, Servicios y profesionales del Hospital, debiendo mostrar el compromiso y fomentando la transparencia y confianza, reconociendo los logros conseguidos. Durante los años anteriores se ha trabajado sobre todo con los Responsables de Seguridad por servicios/ unidades, en esta nueva etapa es necesario construir un clima positivo para aprender de las situaciones conflictivas y aprender de ellas, permitiendo la implicación de todos sus profesionales en las soluciones adoptadas. Para ello, se

va a fomentar la implicación de los profesionales en la identificación de los riesgos, definición de mapas de riesgos en los principales procesos (Urgencias, UCI,...), identificación de las causas de eventos adversos y en la gestión de los incidentes, desarrollando herramientas para el seguimiento de la efectividad y la eficiencia de las acciones de mejora y dar retroalimentación a la organización (difusión de logros de la gestión de seguridad del paciente, informes anuales, etc...)

➤ LÍNEA ESTRATÉGICA 3: CONTINUIDAD ASISTENCIAL

Siguiendo esta línea estratégica el hospital ha estado iniciando proyectos que aseguren la transparencia de información entre los profesionales responsables de la atención de un paciente de forma que dispongan de toda la información necesaria sobre su diagnóstico, tratamientos y pruebas.

Principalmente en las transiciones asistenciales y derivaciones inter ámbitos asistenciales, se va a continuar trabajando con modelos de trabajo seguros que permiten definir procesos asistenciales con los criterios de entrada del proceso asistencial, así como las actividades específicas dentro del mismo. Potenciando y ofertando a los profesionales mecanismos de comunicación a través de consultas no presenciales, que permitan no trasladar a los pacientes de un nivel a otro.

➤ LÍNEA ESTRATÉGICA 4: IMPLICAR A PACIENTES, FAMILIARES Y PERSONAS CUIDADORAS

Fundamentalmente mejorar la información y formación tanto a pacientes como a sus familiares y las personas cuidadoras, identificando sus necesidades, demandas o expectativas.

Promover el uso de técnicas cualitativas, en las que los pacientes nos transmiten sus experiencias en relación a un tema previamente establecido dentro de su proceso de asistencia sanitaria.

Otras de las vías de desarrollo marcadas por el Servicio Madrileño de Salud es promover la información al paciente, los familiares o personas cuidadoras tras un evento adverso grave, mediante la elaboración por parte de este organismo de una guía institucional sobre información al paciente tras un efecto adverso grave.

➤ LÍNEA ESTRATÉGICA 5: DIFUNDIR EL CONOCIMIENTO CIENTÍFICO

Difundir el conocimiento científico, conseguir que llegue a los profesionales y, de manera comprensible, a los ciudadanos en general y a los pacientes y sus familias en particular, es una de las bases para el desarrollo de las demás líneas estratégicas, buscando evidencias científicas, compartiendo experiencias, y fomentando la organización de grupos de trabajo en los diferentes ámbitos asistenciales.

➤ LÍNEA ESTRATÉGICA 6: COMUNICACIÓN Y TRANSPARENCIA

La Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid ha desarrollado como herramienta de información el Observatorio de Resultados, accesible desde internet, poniendo a disposición de

los ciudadanos, profesionales y gestores información clave para conocer el estado de salud de los madrileños, así como indicadores de asistencia sanitaria tanto de atención primaria como de hospitales, entre los que se incluyen indicadores de seguridad del paciente. Se pretende fomentar el uso de esta herramienta para promover la transparencia de los organismos del Servicio Madrileño de Salud.

➤ **LÍNEA ESTRATÉGICA 7: IMPULSAR Y DESPLEGAR PRÁCTICAS SEGURAS EN:**

1. Cirugía y anestesia: consolidar la correcta implantación de la lista de verificación quirúrgica LVQ desarrollando acciones para fomentar el trabajo en equipo, minimizar los eventos críticos en quirófano a través de procedimientos de comprobación y validación de los sistemas de anestesia, prevenir infecciones en cirugía mejorando la higiene de manos en quirófano e impulsar el funcionamiento adecuado del equipamiento del bloque quirúrgico.

2. Urgencias y emergencias: mejorar la seguridad del paciente en situaciones específicas en urgencias, mejorar la identificación del paciente, y mejorar la comunicación e información en la transferencia de pacientes entre turnos, servicios y niveles asistenciales.

3. Pacientes críticos: prevenir las infecciones relacionadas con la atención sanitaria (bacteriemia zero, neumonía zero, resistencia zero) y asociadas al sondaje vesical, promover la evaluación de seguridad en el paciente crítico mediante el seguimiento de indicadores establecidos por el Servicio Madrileño de Salud, mejorar la comunicación entre los profesionales que atienden a este tipo de pacientes, y optimizar la seguridad del paciente en los cuidados de enfermería (prevención de las UPPs).

4. Obstetricia y ginecología: promover la seguridad del paciente en obstetricia y ginecología, mejorar la seguridad en el seguimiento y control del embarazo, parto y puerperio y disminuir la variabilidad de la práctica clínica.

5. Pediatría: promover la seguridad controlando las infecciones relacionadas con la atención sanitaria pediátrica, disminuir los errores de prescripción (incluidas alergias alimentarias), potenciar la formación implicado en la atención pediátrica y facilitar un entorno hospitalario físico seguro para estos pacientes.

6. Salud mental: mejorar la seguridad de los pacientes con riesgo suicida y su continuidad asistencial, aplicando medidas restrictivas para mejorar la seguridad en la atención a los pacientes con trastorno mental grave.

7. Atención al dolor: mejorar la seguridad en la atención al dolor mediante la prevención de la aparición de eventos adversos ligados al tratamiento del dolor, y mejorar la continuidad asistencial en el tratamiento del dolor.

8. Uso seguro de las radiaciones ionizantes: mejorar la optimización de las dosis de pruebas diagnósticas y mínima radiación, sobre todo a pacientes pediátricos, y fortalecer la cultura de seguridad sobre radiación ionizante.

9. Cuidados y técnicas de enfermería: promover la identificación inequívoca del paciente, unificar protocolos de actuación de los cuidados de enfermería, fomentar la formación en seguridad de los

profesionales y mejorar la seguridad en actuaciones específicas, siguiendo las indicaciones del SERMAS.

10. Uso seguro del medicamento: disminuir los errores de medicación, en especial, los de alto riesgo, mejorar la identificación y el registro de interacciones, alergias e intolerancias a fármacos, promover medidas para la conciliación de medicación, implantar medidas para la utilización racional de antibióticos y el uso seguro de medicamentos en niños y mayores de 65 años, y mejorar la seguridad del paciente en situaciones específicas, siguiendo las indicaciones del SERMAS.

12. Infección relacionada con la atención sanitaria: mejorar la higiene de manos, implantar medidas para la prevención del tracto urinario asociada al sondaje vesical y mejorar el control de infecciones de microorganismos multirresistentes.

➤ LÍNEA ESTRATÉGICA 8: EVITAR INTERVENCIONES INNECESARIAS

El objetivo principal es desarrollar actividades para evitar o reducir las prácticas innecesarias, identificándolas y tratar de reducirlas a través de un mayor conocimiento y difusión de la información existente sobre las mismas, siempre en consonancia con las líneas desarrolladas por el Servicio Madrileño de Salud.

➤ LÍNEA ESTRATÉGICA 9: FOMENTAR LA INVESTIGACIÓN

Siguiendo las líneas marcadas por el SERMAS, fomentando la presentación de proyectos de Investigación de los profesionales sanitarios a los premios y reconocimientos anuales de organizaciones sanitarias.

➤ LÍNEA ESTRATÉGICA 10: FACILITAR LA INNOVACIÓN TECNOLÓGICA

Analizar los resultados de la información relevante sobre innovación en seguridad del paciente facilitada por el Servicio Madrileño de Salud, y asistir a las jornadas organizadas para difundir las innovaciones.

➤ LÍNEA ESTRATÉGICA 11: POTENCIAR LA FORMACIÓN

Se promover internamente las sesiones de seguridad por Servicios/ unidades y Sesiones Generales de formación.

Así como la participación en actividades formativas organizadas en seguridad del paciente por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, y a las jornadas impartidas por otros organismos sanitarios por parte de los miembros de la UFGRS.

➤ LÍNEA ESTRATÉGICA 12: DESARROLLAR LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN

Se implementarán los sistemas de información desarrollados por el Servicio Madrileño de Salud para mejorar la notificación de incidentes de seguridad y la información relacionada.

A la vez al estar el HURJC inmerso en el proceso de Acreditación DIAS es necesario establecer las sistemáticas que garanticen el cumplimiento de los requisitos de la UNE 179003 para un sistema de gestión de los riesgos derivados de la prestación de los servicios sanitarios. La finalidad de este sistema de gestión, es conseguir que la organización sanitaria pueda controlar sus riesgos y alcanzar una asistencia sanitaria más segura para el paciente.

3.5 RESPONSABILIDAD SOCIAL CORPORATIVA

Durante este periodo se han aprobado documentos tanto a nivel nacional como internacional que influyen en el compromiso del hospital en esta materia. Entre ellos la Estrategia Española de Responsabilidad Social de las Empresas, 2014 – 2020, avanzando en la definición de lo que constituye la responsabilidad social corporativa.

La Estrategia Española constituye el elemento orientativo y de apoyo para la definición de actuaciones futuras en Responsabilidad Social del Hospital Universitario Rey Juan Carlos, engloba los principales indicadores de competencia e iniciativas coincidentes del: Pacto Mundial de Naciones Unidas, Directrices de la OCDE para empresas, Declaración Tripartita de Principios sobre las Empresas y la Política Social de la OIT, ISO 26000, SGE 21, Principios rectores sobre las empresas y los derechos humanos de Naciones Unidas.

Desde el punto de vista la Gestión Integral de Calidad las líneas de actuación en Responsabilidad Social se van a central en las siguientes dimensiones:

- **Dimensión Ambiental y Eficiencia Energética**, las principales líneas de actuación :
 1. El HURJC cuenta con una **Política Integral**, está explicitada y es conocida por los profesionales, durante el periodo 2015-2018 se realizaran las actualizaciones necesarias de la Política conforme a la Revisión por la Dirección del Sistema.
 2. Mantener actualizado el Sistema implantado de Gestión Ambiental y Gestión Energética con objetivos y metas alineado con la Política Ambiental. Realizando anualmente las auditorías internas medioambientales.
 3. Evaluación sistemática de la legislación aplicable en materia de gestión ambiental y de la energía.
 4. Seguimiento y análisis de indicadores de consumo para el control de los aspectos ambientales referentes a agua, energía y combustibles, y busca la reducción de éstos mediante acciones de mejora en los usos de estos recursos.

5. Seguimiento y análisis de los indicadores de gestión de los residuos, en la búsqueda e implantación de acciones de mejora para la reducción, reciclado y valorización de los residuos.
6. Planificación anual de actividades de formación ambiental.
7. Consolidar año a año la Certificación Ambiental y de Gestión energética según UNE - EN ISO 14001 y UNE – EN –ISO 50001:2011.

- **Dimensión Social:**

1. Dentro de la dimensión **SOCIAL INTERNA SEGURIDAD Y SALUD LABORAL** las actuaciones para el periodo 2015-2018 se engloban en la **Política de Seguridad y Salud Laboral**, con definición de objetivos y metas en el ámbito preventivo, que se trasladan al campo operacional.

Mantenimiento del sistema de gestión integral establecido para el desarrollo de las actividades de revisión y mejora. Planificada la auditoría de Certificación OHSAS 18001:2007 último trimestre 2015.

2. Las actuaciones en la dimensión **SOCIAL INTERNA PERSONAS**, continuaran encaminadas a control y seguimiento del cumplimiento de los derechos humanos (derecho de asociación, condiciones de empleo). Elaborará un *Código de Conducta* aprobado por la Dirección y difundido a todas las personas que trabajan en el hospital, y a disposición de todos los grupos de interés.

El hospital llevará a cabo en este periodo la evaluación de la satisfacción de los profesionales analizando los resultados y estableciendo los mecanismos necesarios para su mejora.

3. Dimensión **SOCIAL EXTERNA PACIENTES** en esta dimensión se englobaran las actuaciones realizadas en *Calidad Percibida* por el HURJC en cuanto a la gestión de la información recogida por las diferentes fuentes de información: encuestas, grupos focales, quejas, reclamaciones, sugerencias, NPS y el desarrollo de acciones de mejora derivadas de dichas aportaciones recogidas. El hospital conoce la satisfacción de los pacientes y tiene estructurado un sistema de fidelización cuyos resultados se revisan y se mejoran mediante la puesta en marcha de acciones de mejora.

Se ha desarrollado un *Manual de Estilo* que se promueve su cumplimiento a través de formación planificada a todos los estamentos de la organización y se engloba en el *Proyecto Trato y Tratamiento*.

Dentro de esta Dimensión se incluirán todas las actuaciones que se realizan para garantizar la Seguridad del Paciente, incluyendo la sistematización de la comunicación de eventos adversos.

4. Dimensión **SOCIAL EXTERNA SOCIEDAD**, para desarrollar las políticas de relación con los grupos de interés externos a la organización, se apoyará en el valor: beneficio para la sociedad, innato a una actividad hospitalaria. Por ello se continuará fomentando y profundizando tanto la actividad en colaboración con los Ayuntamientos de la zona de influencia del Hospital, como con las entidades sociales de apoyo a pacientes y familiares de pacientes, centros de atención primaria al igual que proyectos de mejora de la atención gracias a la inversión en nuevas tecnologías para la atención médica, la e-salud.

3.6 CULTURA Y FORMACIÓN EN CALIDAD

El proceso de formación continua de los profesionales líderes en la implantación y desarrollo del Plan de Calidad del HURJC se basa en una formación reglada establecida en el Plan de Formación anual del centro tras la detección de necesidades realizada cada año y coordinada por la Comisión de Formación Continuada.

De forma sistemática el plan anual de formación contiene acciones formativas en materia de:

1. Herramientas – metodología gestión calidad
2. Modelo EFQM
3. Gestión por procesos
4. Certificación
5. Acreditación
6. Gestión Ambiental
7. Calidad Percibida
8. Seguridad del Paciente

También se promueve sesiones y talleres formativos desde los diferentes departamentos y grupos establecidos en el Hospital.

Desde el departamento de Calidad se realiza formación a través de información puesta a disposición de los profesionales en la intranet sobre calidad y de seguridad de paciente así como talleres monográficos para la realización de:

1. Definición y seguimiento de objetivos en GESCAL.
2. Definición y seguimiento de acciones de mejora en GESCAL
3. Definición, seguimiento y análisis de indicadores de proceso (Cuadros de indicadores excell, Bussiness Inteligent, ...)
4. Preparación de auditorías internas/ externas.
5. Interpretación y análisis de informes de auditorías internas/ externas.
6. Establecimiento de acciones correctivas derivadas de auditorías y de detección interna.
7. Autoevaluaciones EFQM

Por parte de las diferentes Comisiones del Hospital se realizan sesiones formativas y ponen a disposición de los profesionales información en los espacios compartidos de la intranet del hospital en las principales líneas estratégicas: Calidad Percibida, Lactancia Materna, Dolor, Seguridad del Paciente, Gestión Ambiental, Seguridad y Salud Laboral, difusión de sistemáticas establecidas y su evaluación (elaboración informes de alta, infección nosocomial,...)

4. INFRAESTRUCTURA DE LA CALIDAD

4.1 RESPONSABLES Y/O COMISIONES PARA GESTIONAR LA CALIDAD

La responsabilidad máxima del Sistema Integrado de Calidad, Medio Ambiente y Gestión Energética recae en la figura del Gerente, se impulsa, como instrumento de coordinación y seguimiento desde la **Comisión de Dirección**.

Con periodicidad semanal, se reúne la Comisión de Dirección, que asume las funciones del Núcleo Promotor de Calidad contemplando en el Manual del Sistema de Gestión Integral, la Comisión de Gestión Ambiental (CGA), asesora a la Comisión de Dirección en cuestiones relacionadas con el medio ambiente y la gestión energética.

La **Comisión Central de Garantía de Calidad** coordina y asesora a la Dirección de las propuestas realizadas por las Comisiones Clínicas del Hospital.

La Gestión de Riesgos Sanitarios es liderada por la **Unidad Funcional de Gestión de Riesgos Sanitarios**.

Para coordinar y realizar seguimiento de diferentes aspectos de la Gestión se han constituido diversos Comités y Comisiones que asesoran a la Dirección para acometer los objetivos del Centro y realización de planes de Mejora.

Todos estos grupos han establecido sistemática común de trabajo establecida en sus reglamentos de funcionamiento comprometiéndose a la implantación de objetivos anuales encaminados a la elaboración de documentos que sistematicen la formas de trabajo en el área dentro del alcance de la Comisión, así como de la evaluación de la efectividad y seguimiento de indicadores que mantengan bajo control los procesos y permitan planificar acciones de mejora.

COMISIONES / COMITÉS CONSTITUIDOS EN EL HURJC

COMISIÓN DE DIRECCIÓN	GESTIÓN AMBIENTAL
COMISIÓN CENTRAL DE GARANTÍA DE CALIDAD	SEGURIDAD Y PROTECCIÓN DE DATOS
GESTION DE RIESGOS SANITARIOS (SEGURIDAD DEL PACIENTE)	CALIDAD PERCIBIDA
TRASFUSION	LACTANCIA MATERNA
NUTRICION	HIGIENE DE MANOS
DOLOR	VIOLENCIA
ONCOLOGÍA RADIOTERÁPICA	SUEÑO
FARMACIA	TABACO
CIPPA	

MORTALIDAD

HISTORIAS

DOCENCIA

TRASPLANTES

INVESTIGACIÓN

FORMACION CONTINUADA

Para poder gestionar los procesos del HURJC de modo eficiente, la Comisión de Dirección ha nombrado un **Propietario de cada proceso** que forma parte del mapa de procesos (96 propietarios de 50 subprocesos: clave, de soporte asistencial y soporte no asistencial). Dicho Propietario asume la responsabilidad global de la gestión del proceso y de su mejora continua.

Desde la Unidad Funcional de Gestión de Riesgos sanitarios se han nombrado por parte de las Direcciones Asistencial y de Enfermería **responsables de Seguridad del Paciente por Servicios/ Unidades**, un total de 48 responsables de Seguridad del Pacientes representando a todos los Servicios clínicos e unidades asistenciales.

El **Responsable de Calidad y Procesos** coordina el Departamento de Calidad y Procesos formado por un facultativo y un administrativo a tiempo parcial, dando apoyo metodológico y asesorando a todos los niveles de la organización para coordinar todas las iniciativas puestas en marcha en el centro: planificación de las políticas y estrategias del Hospital recogidas en este Plan.

La principal función es proporcionar las herramientas que permiten integrar procesos, personas y tecnología a través del sistema de gestión integral con la finalidad de satisfacer a los pacientes y prestar servicios seguros.

El **Servicio de Información y Atención al Paciente (SIAP)**, coordinado por el Responsable de Atención al Paciente del HURJC, está constituido por el equipo de Información, la Unidad de Trabajo Social y el Servicio de Atención al Paciente. Este último, que da nombre a todo departamento, refleja la vocación de nuestro centro focalizando esfuerzos, objetivos y actuaciones en torno a ofrecer la atención de más alta calidad a nuestros pacientes. Cada una de estas unidades colabora directamente dentro de las líneas estratégicas del programa de Calidad Percibida de nuestro Centro Sanitario.

El *SIAP* está conformado por personal administrativo que se encargan de atender personalmente a los usuarios actuando entre nexo de unión con el resto de profesionales y servicios del centro, con el objeto de facilitar información, asesoramiento y gestionar a la mayor brevedad posible las demandas planteadas que garanticen la calidad asistencial, velando siempre por un trato cercano, cálido y amable. Así mismo, se encarga de la recepción de los escritos de agradecimientos, reclamaciones, sugerencias, canalizaciones y libre elección presentados de forma presencial, vía mail, telefónica o web y de esta forma cumplir con los protocolos de respuesta establecidos por la Consejería de Sanidad y los del propio centro.

La *Unidad de Trabajo Social* del HURJC está formada por tres trabajadoras sociales, dos generales y otra dedicada a Salud Mental.

El *Servicio de Información* está formado por 24 personas, cuatro de ellas realizan funciones como coordinadores de área en los puntos clave de atención a los pacientes/usuarios (URG, bloque quirúrgico, consultas externas y centralita telefónica). Depende funcionalmente del Servicio de Información de Atención al Paciente y cuenta con distintos puntos de atención presencial en todo el centro dentro del horario de 7:30h a 24:00h. El Servicio de Información tiene por tanto como principal misión la de acoger, acompañar, orientar e informar a todos los ciudadanos que acudan a nuestro Centro Sanitario mediante la actuación de profesionales formados específicamente para llevar a cabo estas tareas.

En la Revisión del Sistema de Gestión Integral que se realiza anualmente, se evalúa la adecuación de la infraestructura para la consecución de los objetivos del Sistema de Gestión tomando, en caso necesario, las decisiones de ampliación de recursos.

4.2 HERRAMIENTA DE COMPROMISO E INCENTIVACIÓN

Desde la apertura del Hospital se han acometido una serie de acciones integradas orientadas a crear un *Contexto Organizativo* que optimice y garantice de manera continua, la implicación de todos los profesionales con el propósito y las prioridades de la organización:

- Entrega de **Manuales** y **Sistemática de Acogida** que facilitan la integración de los nuevos trabajadores en el centro, presentan la Identidad Corporativa y el sistema de Valores de la Organización, permite al trabajador conocer las tareas y las expectativas en su desempeño, agilizando su adaptación y productividad en el puesto de trabajo y refuerzan una impresión favorable del Hospital.

Se han elaborado un Manual de Acogida general así como guías por Servicio según la Resolución de la Viceconsejería de Asistencia Sanitaria por la que se dictan instrucciones para la elaboración de los planes de acogida a los profesionales que se incorporan a los centros sanitarios del Servicio Madrileño de Salud.

- **Diseño de Sistemas de Compensación y Beneficios.** Creación e implantación de sistemas de retribución diseñados para generar compromiso, políticas retributivas que orientan a los equipos hacia el logro de objetivos dentro de la líneas estratégicas del hospital siguiendo líneas estratégicas del SERMAS y del grupo sanitario que gestiona el hospital. De esta forma se consigue el compromiso a los equipos con la participación en la Gestión del Hospital. Se ha desarrollado **Sistemática para Valoración y Gestión del Desempeño** que integran objetivos, valores del negocio y consecución de resultados, asegurando objetividad en el reconocimiento según la contribución y compromiso de las personas en la organización. Se ha implantado un **Proyecto de Escucha Activa** de los profesionales que apoyan el desarrollo del **Programa del Liderazgo** necesario para la eficaz gestión de los Planes de Acción implantados, y permite recibir información directamente de los profesionales en contacto directo con los pacientes y sus familiares.

4.3 PLAN DE ACCIÓN

Las sistemáticas implantadas en el hospital apoyado en la infraestructura para desarrollar el Plan de Calidad son:

- **Comisión de Dirección**, en su reunión semanal periódicamente realiza seguimiento de la eficacia de las acciones realizadas en cuanto a seguimiento de consecución de objetivos, resultados de auditorías internas, logros de los comités/ comisiones, formación continuada de los profesionales, ...
- **Comisión de Garantía de Calidad**, asegura el funcionamiento reglado de las Comisiones Asistenciales, exigiendo la definición, seguimiento y evaluación de objetivos; planificación de las reuniones anuales; realización de actas de las reuniones mantenidas; realización Memoria Anual detallando las actuaciones y objetivos realizados.
- **Comité de Gestión Ambiental y Energía**; asegura las sistemáticas para mantener el sistema de gestión medioambiental y energía, realizando el seguimiento de las actuaciones planificadas y consecución de objetivos.

- **Comité de Calidad Percibida**, asegura la identificación de áreas de mejora a partir de las fuentes de información definiendo los objetivos y acciones de mejora necesarias. Y realizando el seguimiento y evaluación de las acciones y objetivos.

En el Anexo Cronograma Plan de Calidad 2015-2018 se resumen los principales hitos del plan de acción.

5. EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

5.1 OBJETIVOS ANUALES DE CUMPLIMIENTO

Anualmente los objetivos definidos en el Hospital Universitario Rey Juan Carlos son conformes a:

- los resultados de la Revisión del Sistema Integral,
- los Objetivos Institucionales establecidos por el SERMAS
- los Objetivos Corporativos del Grupo Sanitario.

Se establece un seguimiento de su cumplimiento y valoración de las dificultades identificadas para su consecución semestralmente por parte de la Comisión de Dirección.

Periódicamente se analizan en las reuniones de los Comités/ Comisiones que son los precursores. Cada objetivo tiene definido un responsable que realiza análisis trimestral con seguimiento mensual de los indicadores definidos en cada objetivo, siendo en el seno de las Comisiones / Comités y Grupos de Mejora por proceso donde se promueve y realizan auditorías y estudios observacionales para evaluar la efectividad de las sistemáticas implantadas.

En la Revisión del Sistema Integral que se realiza a principios de año se evalúan los resultados y tendencias de los objetivos anuales.

Anualmente se valora individualmente por cada Dirección los objetivos ligados a la productividad de los profesionales en base a los resultados obtenidos.

5.2 AUDITORIAS Y SISTEMAS DE EVALUACIÓN INTERNA Y EXTERNA

Las sistemáticas de evaluación interna establecidas son:

1. **Auditoría interna** del hospital frente a las Normas ISO 9001; ISO 179003, 14001; 50001, OHSAS 18001. Anualmente y por personal del Grupo Sanitario.
2. **Auditorías internas/ estudios observacionales** para revisar la efectividad de las acciones llevadas a cabo por los Comités/ Comisiones y grupos de trabajo (Auditoría de informe de alta

de historias clínicas, estudio observacional de identificación de pacientes, estudio observacional de higiene de manos, estudio observacional de segregación de residuos, simulacros medioambientales, estudio retrospectivo de historias para evaluar registro de cuidados de enfermería, evaluación cumplimiento de procedimientos, ...).

3. **Revisión por la Dirección** anual, en base a todas las fuentes de información del Sistema Integral.

De forma sistemática el Hospital está sometido a diferentes **evaluaciones externas**:

1. Emisión de **Informe Mensual remitido a la UTC** para el Seguimiento de Servicios Complementarios no Sanitarios (Antes del día 10 de cada mes).
2. **Inspección Mensual por la UTC** de la prestación de los Servicios Complementarios no Sanitarios. (En los primeros quince días del mes)
3. Dirección General de Seguimiento y Control de Centros Sanitarios de Gestión Indirecta de la Comunidad de Madrid. (Pendiente Plan de Auditorías 2015-2018)
 - Auditoría Operativa de Calidad de los Servicios Complementarios No Sanitarios.
 - Auditoria Proceso de Mantenimiento.
 - Auditoria Proceso de Restauración.
4. Auditorías del SERMAS de Inspección por el órgano competente en esta materia de la Comunidad de Madrid:
 - Auditoría de Objetivos de Calidad y Atención al Paciente.
 - Auditoría Servicios de Información y Atención al Paciente.
 - Auditoría entrega de Medicación al Alta Servicio de Urgencias
 - Auditoria de receta electrónica CCEE ...
5. Auditorías de Certificación y Acreditación

Definido plan de auditorías anualmente con las empresas certificadoras/ acreditadoras para seguimiento de los reconocimientos.

5.3 MEMORIA ANUAL

La Memoria Anual se elabora al finalizar cada ejercicio por la Comisión de Dirección y recogiendo toda la información de la Revisión del Sistema Integral.

Dicha Memoria integra toda la información relevante y los resultados obtenidos en materia de Gestión Asistencial, Seguridad del Pacientes, Calidad Percibida, Procesos complementarios no sanitarios, Medio Ambiente y Gestión Energética.

La estructura de la Memoria recoge los requerimientos de las Normas ISO y todos aquellos aspectos que son relevantes para la gestión integral del Centro:

1. EVALUACIONES REALIZADAS DURANTE EL AÑO EN CURSO
2. SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES
3. SATISFACCIÓN DEL PERSONAL
4. EVALUACION DE PROVEEDORES
5. RESULTADO Y SEGUIMIENTO DE INDICADORES
6. RESULTADO DE AUDITORÍAS Y SEGUIMIENTO DE ACCIONES
7. ANALISIS DE RESULTADO DE OBJETIVOS FIJADOS
8. RESULTADOS DE AUTOEVALUACION EFQM/ PLANES DE MEJORA
9. REVISION DE LA POLITICA INTEGRADA
10. CONCLUSIONES FINALES

La Memoria de Anual se remitirá a la Dirección General de Coordinación de la Atención al Ciudadano y Humanización de la Asistencia Sanitaria junto con la información relativa al cumplimiento de Objetivos Anuales así como seguimiento del Plan de Calidad en vigor.

ANEXOS

ANEXO 1



Misión, Visión y Valores de Nuestro Centro

MISIÓN

Prestar asistencia sanitaria de calidad bajo un marco de eficiencia, seguridad y equidad en el acceso a las prestaciones sanitarias, cumpliendo con un firme compromiso de responsabilidad hacia nuestros pacientes, nuestros trabajadores y la ciudadanía madrileña en general.

VISIÓN

Ser reconocidos como una organización excelente, que alcanza la mejora de la salud de la población, ofreciendo los mejores estándares de calidad en los servicios prestados.

VALORES

Nuestros valores aspiran a contribuir al buen desarrollo institucional, apoyándose en aspectos como:

- Foco de atención en el paciente Nunca olvidamos nuestra razón de ser.
- Profesionales Son nuestro mayor valor.
- Calidad de los servicios Un objetivo principal.
- Respeto y empatía Nuestro trabajo debe caracterizarse por la sensibilidad, la implicación y el respeto por la integridad del individuo.
- Confianza Solo podemos lograr nuestros objetivos si el entorno confía plenamente en nuestra capacidad y voluntad.
- Iniciativa Queremos trabajadores con iniciativa propia que encuentren nuevos caminos de desarrollo y mejoren en las distintas actividades.
- Beneficio para la sociedad Aspiramos a mantener relaciones estables y satisfactorias con nuestros pacientes, aportando a través de nuestro trabajo, mayor beneficio a la sociedad.

ANEXO 2



Hospital Rey Juan Carlos



POLÍTICA INTEGRADA DE CALIDAD, MEDIOAMBIENTE Y GESTIÓN ENERGÉTICA

El Hospital Rey Juan Carlos es un Centro integrado en la Red Sanitaria Única de la Comunidad de Madrid que presta atención sanitaria especializada a los usuarios conforme a la Cartera de Servicios pactada con la Consejería de Sanidad.

Ha implantado un Sistema Integral de Calidad, Medioambiente y Gestión Energética según el modelo de la Gestión por Procesos, de forma que el paciente y la satisfacción de sus requisitos se sitúa en el Centro de la Organización; y el respeto y la protección del Medioambiente, el cumplimiento de la legislación vigente y la progresiva minimización de actuaciones de impacto ambiental negativo y el uso responsable de consumos energéticos se convierten en objetivos relevantes.

Todo ello le lleva a adquirir los siguientes compromisos:

- Conocer y satisfacer las necesidades y expectativas de nuestros pacientes, familiares, Atención Primaria, Instituciones Públicas y Colaboradoras, llevando a cabo un proceso de mejora continua de la calidad de la prestación de nuestros servicios y de mejora continua en relación a la gestión ambiental y energética.
- Implicar y sensibilizar al propio personal y a los colaboradores, a través de formación, motivación y capacitación a todos los niveles de la organización.
- Facilitar el desarrollo continuo de los profesionales, puesto que son un factor esencial para poner a disposición de los usuarios la mayor calidad científico-técnica.
- Cumplir con los requisitos de la legislación y reglamentación medioambiental que sea aplicable a sus actividades y otros requisitos que la organización suscriba.
- Minimizar el impacto que éstas puedan ocasionar en el entorno natural.
- Implantar medidas de prevención de la contaminación.
- Promover un consumo responsable de los recursos naturales que incluye el uso racional y eficiente de la energía.
- Mejorar la competitividad del centro disminuyendo los costes energéticos del mismo mediante la introducción de tecnologías y usos más eficientes.
- Afrontar las previsiones de aumento de la demanda de la energía con totales garantías, consolidando al mismo tiempo un modelo energético propio, más competitivo, con mayores niveles de calidad y comprometido con el desarrollo sostenible.
- Definir unos Objetivos en materia de Calidad, Medioambiente y Gestión Energética, realizar su implementación y seguimiento, así como la toma de decisiones pertinentes.

Esta Política se encontrará disponible para todos los grupos de interés, es decir los usuarios, colaboradores, proveedores, e instituciones públicas o privadas.

ANEXO 3

Procesos Estratégicos



Procesos Clave

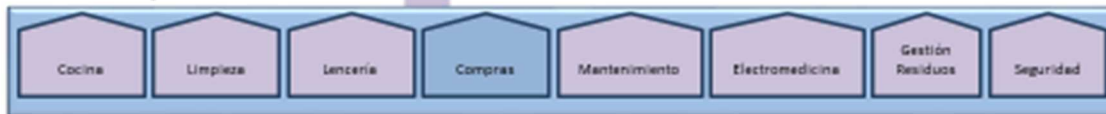
Hospitalización PCL01	Atención Ambulatoria PCL02	Atención Quirúrgica PCL03	Urgencias PCL04	Cirugía Ambulatoria PCL05	Atención Obstétrica PCL07	Investigación PCL08	Unidades Críticas PCL10	Docencia PCL11
A. Convencional	A. CCEE	A. Atención BQ	A. Adulto				A. UCI	
C. Psiquiatría	B. Hospital de Día	B. Anestesia	B. Pediátrica				B. Neonatos	
D. Neonatos	C. Diálisis						C. Pediatría	
E. Cardiología Intervencionista	D. Atención Odontológica						D. Unidad Coronaria	
F. Radiología Intervencionista	E. Rehabilitación							
G. Pacientes Neutropénicos	F. Radioterapia							
H. Unidad de Cuidados Intermedios Respiratorios								
I. Pediatría								

Procesos Soporte Asistencial



Procesos Soporte No Asistencial

Procesos subcontratados



ANEXO 4

DOCUMENTOS ASISTENCIALES 2013

- TRATAMIENTO DE LA HIPOCALCEMIA
- PROFILAXIS DE NEFROPATÍA DE CONTRASTE
- INSULINIZACIÓN SUBCUTÁNEA
- PROCEDIMIENTO DE PROFILAXIS DE LA ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA (ETEVE)
- BIOPSIA RENAL
- PROTOCOLO DEMENCIA
- SÍNDROME NEFRÓTICO
- ATENCIÓN ANTE TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO
- COLESTASIS INTRAHEPÁTICA
- ASISTENCIA GESTANTE CON DIABETES GESTACIONAL
- VERSIÓN CEFÁLICA EXTERNA
- ÉXITUS FETAL ANTEPARTO
- ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS
- ESTADOS HIPERTENSIVOS EN EL EMBARAZO
- INDUCCIÓN AL PARTO
- HIPERGLUCEMIA PERIPARTO
- CUIDADOS FRACTURA DE CADERA Y PTC
- NEUMONIA ASOCIADA A VENTILACIÓN MECÁNICA
- PREVENCIÓN DE BACTERIEMIAS POR CATÉTER VENOSO CENTRAL
- ACTUACIÓN ANTE LA PARADA CARDIORESPIRATORIA
- PROTOCOLO POLITRAUMA
- ACTUACIÓN DE PACIENTES INTERVENIDOS DE RESECCIÓN TRANSURETRAL
- PROTOCOLO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO PARA PACIENTES INGRESADOS CON ICTUS
- PROTOCOLO HEPARINA SÓDICA
- PROTOCOLO NEUMONÍA
- PROTOCOLO POTENCIALES DE ESTADO ESTABLE (PEE)
- PROTOCOLO POTENCIALES DE TRONCO CEREBRAL (PTC)
- PROTOCOLO VIDEONISTAGMOGRAFÍA (VNG)
- CARDIOPATÍAS FAMILIARES
- PROCEDIMIENTO DOLOR TORÁCICO EN URGENCIAS
- PROTOCOLO DE ATENCIÓN AL ICTUS EN FASE AGUDA
- PROTOCOLO DE ATENCIÓN AL ICTUS EN FASE AGUDA MEDIANTE TELEMEDICINA
- FIBRINOLISIS
- AMNIOINFUSIÓN INTRAPARTO
- PROTOCOLO PATOLOGÍA CERVICAL
- PROTOCOLO ENFERMEDAD TROFOBLASTICA GESTACIONAL
- PROCEDIMIENTO DONACIÓN CÓRNEAS
- PROCEDIMIENTO DONACIÓN OSTEOTENDINOSO
- PROTOCOLO VIH-GESTANTE
- PROTOCOLO DESENSIBILIZACIÓN PLV
- PROTOCOLO DESENSIBILIZACIÓN HUEVO
- PROTOCOLO DE INGRESO DE PARTO Y BOLSA ROTA
- CIRUGÍA ROBÓTICA EN GINECOLOGÍA
- CIRUGÍA ROBÓTICA TRANSORAL EN CÁNCER DE CABEZA Y CUELLO
- PROTOCOLO TRATAMIENTO RADIOTERAPÉUTICO DE ENFERMEDAD DE HODGKIN Y LINFOMAS NO HODGKIN
- PROTOCOLO DE ELABORACIÓN DE PLANES DE TRATAMIENTO DE BRAQUITERAPIA
- PROTOCOLO DE ELABORACIÓN DE PLANES DE TRATAMIENTO CON

MODULACIÓN DE INTENSIDAD	DE	RADIOTERAPICO DEL CANCER DE VEJIGA	▪ PROTOCOLO DE USO DE GUANTES
▪ PROTOCOLOS DE CONSTRAINS DE DOSIS A ORGANOS CRITICOS. FRACCIONAMIENTO CONVENCIONAL	DE	▪ PROTOCOLO TRATAMIENTO RADIOTERAPICO DE SARCOMAS DE PARTES BLANDAS	▪ PROTOCOLO COMÚN EN SEDOANALGESIA EN PEDIATRÍA
▪ PROTOCOLO GENERAL DE DEFINICION DE VOLUMENES BLANCO	DE	▪ PROTOCOLO DE TRATAMIENTO ADYUVANTE EN TUMORES GLIALES DE ALTO GRADO	▪ PROCEDIMIENTO DE ARTERIOGRAFÍA
▪ PROTOCOLO GENERAL DE POSICIONAMIENTO E INMOVILIZACIÓN	DE	▪ PROTOCOLO DE TRATAMIENTO RADIOTERAPICO DE LOS TUMORES DE CABEZA Y CUELLO	▪ PROCEDIMIENTO DE CATETERISMO DE ABLACIÓN TSV
▪ PROTOCOLO DE TRATAMIENTO RADIOTERAPICO DEL CANCER DE CERVIX	DE	▪ PROTOCOLO DE TRATAMIENTO RADIOTERAPICO DE TUMORES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL	▪ PROCEDIMIENTO DE CATETERISMO CARDIACO AMBULATORIO
▪ PROTOCOLO DE TRATAMIENTO RADIOTERAPICO DEL CANCER DE ENDOMETRIO	DE	▪ CUIDADOS DE LA PIEL EN PACIENTES EN TRATAMIENTO CON RADIOTERAPIA EXTERNA	▪ IMPLANTE DE MARCAPASOS O DESFIBRILADOR
▪ PROTOCOLO DE TRATAMIENTO RADIOTERAPICO DEL CANCER DE ESOFAGO	DE	▪ MANEJO DE LA RADIODERMITIS EN PACIENTES QUE RECIBEN CETUXIMAB Y RADIOTERAPIA	▪ PROCEDIMIENTO DE AUTOPSIAS
▪ PROTOCOLO DE TRATAMIENTO RADIOTERAPICO DEL CANCER DE ESTOMAGO	DE	▪ MANEJO DE LA MUCOSITIS EN PACIENTES EN TRATAMIENTO CON RADIOTERAPIA EXTERNA	▪ PROCEDIMIENTO DE BIOPSIA
▪ PROTOCOLO DE TRATAMIENTO RADIOTERAPICO DEL CANCER DE PANCREAS	DE	▪ MANEJO DE LA XEROSTOMIA EN PACIENTES EN TRATAMIENTO CON RADIOTERAPIA EXTERNA	▪ PROCEDIMIENTO DE CITOLOGÍA
▪ PROTOCOLO DE TRATAMIENTO RADIOTERAPICO DEL CANCER DE PROSTATA	DE	▪ PROTOCOLO PROFILAXIS ANTIBIÓTICA	▪ PROCEDIMIENTO DE EVALUACIÓN DEL RIESGO SUIDIDA PARA PACIENTES ATENDIDOS EN URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS
▪ PROTOCOLO DE TRATAMIENTO RADIOTERAPICO DEL CANCER DE PULMON	DE	▪ PROTOCOLO DE HIGIENE DE MANOS	▪ PROCEDIMIENTO DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS EN EL TRASTORNO MENTAL GRAVE DEL ADULTO
▪ PROTOCOLO DE TRATAMIENTO	DE	▪ PROTOCOLO DE HIGIENE DE MANOS QUIRÚRGICA	▪ PROCEDIMIENTO DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS EN EL TRASTORNO MENTAL GRAVE INFANTO -JUVENIL

ANEXO 5

DOCUMENTOS ASISTENCIALES 2014

- TEST SUPRESIÓN ALDOSTERONA
- DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO GOTA
- CUIDADOS OBSTÉTRICO GINECOLÓGICOS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS
- CONSULTA ALTA RESOLUCIÓN ALERGIA
- ATENCIÓN AL RECIÉN NACIDO SANO
- AISLAMIENTO
- CONTROL PREOPERATORIO PACIENTES CON MARCAPASOS Y DESFIBRILADORES
- VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA
- TRASLADO DE PACIENTES DE URGENCIAS A HOSPITALIZACIÓN
- TESTIGOS DE JEHOVÁ
- AGRESIONES FÍSICAS O VERBALES A PROFESIONALES
- FRACTURA DE CADERA
- TRIAJE EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS
- ALERTA DE HEMODINÁMICA. ANGIOPLASTIA PRIMARIA
- ACTUACIÓN ANTE HEMATOMAS EN ANTICOAGULADOS
- ACTUACIÓN ANTE INFECCIONES DE PIEL Y PARTES BLANDAS
- ALTA PRECOZ TRAS PARTO NORMAL
- HEMORRAGIA POSTPARTO
- TROMBOPENIA GESTACIONAL
- ACTUACIÓN FRENTE A CASOS SOSPECHOSOS DE ENFERMEDAD POR VIRUS DE ÉBOLA (EVE)"
- VIA CLINICA FRACTURA CADERA ANCIANO
- PROTÓXIDO DE NITRÓGENO EN EMBARAZADAS
- ACTUACIÓN ANTE PACIENTE POLITRAUMATIZADO
- EMBARAZO ECTÓPICO
- DIALISIS PERITONEAL URGENCIAS
- SEGUIMIENTO Y CONTROL ANALÍTICO AP-AE ENFERMEDADES REUMATOLÓGICAS
- PROTÓXIDO DE NITRÓGENO EN URGENCIAS
- SONDAJE VESICAL
- CARDIOVERSION ELECTRICA ELECTIVA
- MANEJO DEL BALÓN DE CONTRAPULSACION AORTICO INICIAL
- CIRCUITO SOPORTE NUTRICIONAL PERIOPERATORIOEN CANCER DE CABEZA Y CUELLO