

PLAN DE CALIDAD 2015-2018



INDICE:	Pág.
1. INTRODUCCIÓN.....	3
2. ANÁLISIS DE SITUACIÓN.....	5
2.1 Calidad Percibida.....	5
2.2 Modelos de gestión de Calidad.....	13
2.3 Gestión por Procesos.....	17
2.4 Gestión de Riesgos.....	19
2.5 Cultura y Formación en Calidad	21
3. LINEAS FUTURAS DE ACTUACIÓN.....	23
3.1 Calidad Percibida.....	24
3.2 Modelos de gestión de Calidad.....	27
3.3 Gestión por Procesos.....	29
3.4 Gestión de Riesgos.....	29
3.5 Cultura y Formación en Calidad	34
4. INFRAESTRUCTURA DE LA CALIDAD.....	36
4.1 Responsables y/o Comisiones para gestionar la calidad.....	36
4.2 Herramientas de compromiso e incentivación	40
4.3 Plan de Acción	41
5. EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO.....	41
5.1 Objetivos anuales de cumplimiento.....	42
5.2 Auditorías y sistemas de evaluación interna y externa.....	43
5.3 Memoria Anual.....	44
ANEXO I. POLÍTICA DE CALIDAD, MEDIO AMBIENTE Y GESTIÓN ENERGÉTICA	
ANEXO II. MAPA DE PROCESOS	
ANEXO III. LÍNEAS ESTRATÉGICAS DEL HOSPITAL INFANTA ELENA (2015-2019)	
ANEXO IV. CRONOGRAMA ACTUACIONES (HOSPITAL INFANTA ELENA AÑO 2015-2018)	

1. INTRODUCCIÓN.

El Hospital Universitario Infanta Elena (HUIE) ha adoptado, desde su inauguración, una Política de Calidad fundamentada en el proceso de mejora continua, como instrumento de progresión cualitativa y utiliza instrumentos de evaluación, internos y externos, que permiten la identificación de oportunidades de mejora, la comparación y la medida de resultados.

Un año más y desde la apertura del Hospital Universitario Infanta Elena que comenzó su actividad en noviembre de 2007, la misión y visión es ofrecer asistencia médica y sanitaria de calidad: con el compromiso adquirido desde la Gerencia que conlleva a la implantación de un Sistema integral de Calidad, Medioambiente y Gestión Energética según el modelo de Gestión por Procesos, de forma que el paciente y la satisfacción de sus necesidades se sitúa en el Centro de la Organización; con el compromiso de la mejora continua, así como el uso responsable de consumos energéticos convirtiéndose en objetivos relevantes para una gestión eficiente de nuestros recursos.

Siguiendo la filosofía de los principales modelos de gestión de calidad, con el convencimiento de que es el camino adecuado para hacer del paciente el centro de nuestra organización, abordamos la implantación de la Gestión por procesos. En este marco los Procesos se definen, se identifica qué resultados se espera de ellos, quienes son los propietarios o responsables de su gestión, cómo se miden, cómo se evalúan, y cómo se mejoran.

Así, el HUIE ha conseguido en el año 2010 certificación en gestión de Calidad conforme a la Norma UNE-EN ISO 9001:2008 y ha adoptado todas las medidas necesarias para minimizar los impactos ambientales negativos que pueda generar la actividad, consiguiendo también la certificación en Gestión Ambiental conforme a la Norma UNE-EN-ISO 14001:2004, y finalmente, como sistema que asegura el control y seguimiento de todos los aspectos energéticos y la búsqueda de una reducción de los mismos, contribuyendo de esta manera a la eficiencia y la sostenibilidad, obtenemos también certificado conforme a la Norma UNE-EN ISO 50001:2011.

Queremos seguir trabajando con los mismos valores organizativos, buscando la excelencia, a través del presente Plan de Calidad, y en consonancia con las especificaciones de la Consejería de Sanidad y el Servicio Madrileño de Salud, bajo el marco de la organización corporativa del grupo sanitario al que pertenecemos y bajo el estricto cumplimiento de la normativa y reglamentación vigentes que nos resulten de aplicación.

El presente Plan de Calidad tomará como referencia las instrucciones y directrices que el Servicio Madrileño de Salud establece para sus centros. Será aprobado por la Unidad Directiva competente en calidad, y/o información y atención al paciente de la Comunidad de Madrid, tendrá una duración de 4 años (del 2015 al 2018) y será revisado anualmente para adaptarlo a los objetivos operativos institucionales definidos para los Hospitales del Servicio Madrileño de Salud, como mínimo realizando una revisión de su contenido global cada cuatro años. De dicha evaluación surgirán las oportunidades de mejora necesarias para abordar el siguiente período. En cualquier caso, dicho Plan irá incorporando a lo largo del tiempo las mejoras o acciones correctivas precisas, nuevas metodologías y otros datos, que lo irán perfeccionando y enriqueciendo, todo ello de forma coordinada con la Consejería de Sanidad y del Servicio Madrileño de Salud.

El Plan de Calidad para el periodo 2015-2018 debe ser una herramienta operativa en constante mejora y derivará del resultado del trabajo y el esfuerzo de todos los profesionales del Hospital y de su Dirección Gerencia, coordinados por el Núcleo Promotor de Calidad (NPC) y la Comisión Medio Ambiental, el Responsable de Calidad del Centro (Coordinador de Calidad), el Coordinador de Medio Ambiente, todos ellos tutorizados por el Núcleo Central de Calidad y Medio Ambiente (NCC y MA) perteneciente a la Alta Dirección.

A continuación, se realizará un análisis de situación dónde se incluyen todas las actuaciones desarrolladas en el área de la calidad del centro: calidad percibida, modelos de calidad, gestión por procesos, gestión de riesgos y cultura y formación en calidad. Una vez hecho el análisis de situación, se describen las líneas futuras de actuación en las áreas de calidad percibida, modelos de calidad, gestión por procesos, gestión de riesgos y cultura y formación en calidad. Tras la descripción de las líneas futuras de actuación, se incluye en un

cuarto gran apartado, lo relativo a la infraestructura de calidad (responsables y comisiones para gestionar la calidad), y las herramientas de compromiso e incentivación. En el último gran apartado que compone este Plan de Calidad, se describe lo relativo a la evaluación y seguimiento, a través de los objetivos anuales de cumplimiento, auditorías y sistemas de evaluación interna y externa y la elaboración de memorias anuales. Finalmente en el apartado de anexos, se incluye información adicional, como la política del HUIE, mapa de procesos, líneas estratégicas y un cronograma con las actividades más representativas durante el periodo que abarca el Plan de calidad.

2. ANÁLISIS DE SITUACIÓN.

Año tras año trabajamos para conseguir ser reconocidos como una organización excelente que alcance la mejora de la salud de la población, con los mejores estándares de calidad en los servicios prestados ofreciendo una asistencia médica y sanitaria de calidad, con una eficacia de recursos, de modo que nuestros pacientes reciban la mejor asistencia posible.

A continuación, se realiza un análisis de situación de las diferentes Líneas de actuación desarrolladas en los últimos años y su evolución desde la apertura del Hospital.

2.1 Calidad Percibida

El Comité de Calidad Percibida nace en octubre de 2009 con el objetivo principal de estudiar y analizar las diferentes herramientas que nos permiten medir el nivel de satisfacción de nuestros pacientes en el HUIE y cómo perciben la calidad de nuestro Centro, tanto asistencial como no asistencial.

Anualmente se realizan aproximadamente 7 reuniones en las que se analizan las sugerencias y reclamaciones recibidas, el resultado de las diferentes encuestas de satisfacción, agradecimientos y acciones de mejora en los diferentes Servicios del Hospital

que repercutan en la calidad que perciben nuestros pacientes cuando son atendidos en el HUIE.

Los miembros de este grupo además se encargan de sensibilizar al resto de trabajadores del Centro sobre la importancia de la opinión del usuario, promoviendo la cultura de calidad dentro de la organización.

Satisfacción de los usuarios:

Uno de los objetivos estratégicos de una organización sanitaria es conocer la opinión y el grado de satisfacción de los usuarios de diferentes servicios asistenciales: Urgencias, CMA, Hospitalización, Consultas Externas, Radiodiagnóstico, en aspectos tales como la accesibilidad, los tiempos de espera, la información recibida, el trato de los profesionales, ... Las encuestas a ciudadanos, segmentos y cuestionario, son los establecidos por el Servicio Madrileño de Salud para sus centros y, los resultados obtenidos se analizan anualmente y se utilizan para definir acciones de mejora siguiendo las directrices del Servicio Madrileño de Salud.

Asimismo, a continuación se mencionan las encuestas de satisfacción de pacientes que, internamente y siempre con la autorización previa de Unidad Directiva competente en Atención al Paciente de la Comunidad de Madrid, de acuerdo con la Resolución 10/09, de 9 de septiembre de 2009, se han realizado:

- Pacientes de Hospitalización, Urgencias, CCEE y Atención Quirúrgica y Diagnóstico por Imagen. Realizándose encuestas tradicionales remitidas por correo tras la atención de los pacientes en diferentes áreas, a través de una empresa de consultoría
- Encuesta de satisfacción a pacientes del Servicio de Rehabilitación
- Encuesta de satisfacción de Donantes de SCU
- Encuesta de satisfacción del Servicio de Transfusión (donantes de sangre)
- Encuesta de satisfacción sobre la alimentación del paciente Hospitalizado
- Visitas de cortesía para valorar la satisfacción sobre confortabilidad (limpieza, lencería y mantenimiento) del paciente Hospitalizado.

A partir del segundo semestre del año 2013, se incorporó una nueva metodología de evaluación llamada NPS, Net Promoter Score, autorizada por las Unidades Directivas competentes en calidad y/o información y atención al paciente de la Comunidad de Madrid. El NPS es una métrica para medir hasta qué punto el Hospital genera confianza a sus pacientes y por lo tanto lo recomendará, utilizando para ello una única pregunta y en base a la numeración obtenida, siendo 10 lo máximo y 0 lo mínimo, se despliegan una serie de motivos de promoción o de detracción.

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 Infanta Elena”.**
- La puntuación va de 0 (no lo recomendaría nunca) a 10 (lo recomendaría siempre).
- Se clasifica del siguiente modo: **de 0 a 6 detractores; 7 y 8 pasivo; 9 y 10 promotores.**
- El NPS es el resultado de la resta entre el porcentaje de promotores y detractores.

En el caso de identificarse como detractor o promotor, aparece un desplegable en el que el paciente puede señalar uno o más motivos de su insatisfacción o satisfacción respectivamente, así como un cuadro de texto libre.

La encuesta NPS se realiza por diferentes canales (llamada telefónica, email, código QR), pero la pregunta, así como las opciones en caso de que su valoración sea de 0 a 6 o de 9 ó 10, siempre serán las mismas.

Las campañas NPS se refieren a las distintas áreas del Hospital: CMA, Urgencias, CCEE, Rehabilitación, Ingresos programados, ingresos urgentes, en función de donde haya sido atendido el paciente.

Este método de encuesta nos ha permitido abarcar una amplia muestra de pacientes atendidos en las diferentes áreas (mayor tamaño muestral), además de obtener la

información de manera inmediata difundiéndola a tiempo real y poder actuar en caso necesario para la gestión inmediata de los detractores y por último, ampliar, como ya hemos dicho, los canales de respuesta (sms, email, llamada, QR).

Adicionalmente, se han realizado técnicas cualitativas para conocer la opinión de nuestros pacientes, para dar cumplimiento con los objetivos institucionales para los Hospitales del Servicio Madrileño de Salud, a través de un Focus Group, con objeto de evaluar la satisfacción de los usuarios mediante un debate sobre un tema previamente definido. A través de este método, se ha conseguido que se identifiquen y prioricen los aspectos que determinan la satisfacción de los usuarios y se elaboren una serie de recomendaciones que permitan mejorar el servicio.

Reclamaciones y sugerencias:

Dentro del mismo objetivo del punto anterior, se encuentra la **gestión de las reclamaciones, las sugerencias y las quejas de los usuarios**, fuente directa de información. En este sentido, la mejora de la calidad en la atención a nuestros pacientes exige disponer de herramientas que permitan dar respuesta a las reclamaciones de una forma rápida y eficiente, dando cumplimiento en todo momento a la normativa vigente y a las especificaciones existentes para los centros sanitarios del Servicio Madrileño de Salud.

La gestión de Reclamaciones se lleva a cabo a través del personal del Servicio de Atención al Paciente contando con la herramienta IGR. Dicha aplicación y mediante un interface vuelca los datos al Programa Cestrack. De esa manera, el Servicio Madrileño de Salud tiene acceso directo a todos los datos de las reclamaciones del Hospital.

Servicio de Información al Usuario:

El Hospital dispone de la figura de un Responsable del Servicio de Información y Atención al Paciente quién asume la responsabilidad de la estructura en su conjunto y establecida en:

A) El Servicio de Atención al Paciente está formado por tres administrativas que se encargan diariamente de atender personalmente a los usuarios actuando como nexo de unión con el resto de los profesionales y servicios, con el objeto de facilitar información y asesoramiento ante las cuestiones planteadas o resolver aquellos asuntos que pudieran plantear y que, en caso contrario, pudiese ser fuente de insatisfacción o disconformidad.

Asimismo, este departamento se encarga de atender todas las reclamaciones, quejas, canalizaciones, libre elección, sugerencias y agradecimientos presentados de forma presencial, por carta o por correo electrónico y, de esta forma, ofrecer una contestación dentro del plazo establecido por la Consejería de Sanidad conforme al protocolo establecido. De igual forma, también se da respuesta a aquellas cuestiones que nuestros usuarios quieran hacer llegar a través de llamada directa a la Unidad.

B) La Unidad de trabajo social del HUIE está formada por dos trabajadoras sociales, una general y otra dedicada a Salud Mental.

C) El Servicio de Información está formado por 9 personas, se encuentra ubicado en los accesos principales del Centro, entrada principal y entrada de Urgencias, así como bloque Quirúrgico. Depende funcionalmente del Servicio de Atención al Paciente y cuenta con distintos puntos de atención. Entendiendo la Información al usuario como otra de las líneas estratégicas relacionadas con calidad percibida, el HUIE cuenta con diferentes puntos de información, distribuidos de la siguiente manera:

- Equipo de Informadores de Urgencias: con un punto de Información y Acogida en la entrada principal junto al mostrador de Admisión de Urgencias. El equipo de Información de Urgencias como Unidad dependiente del Servicio de Atención al Paciente facilita información general y una atención más amplia, es decir, no sólo al paciente sino también a sus familiares y allegados, en un entorno cargado de imprevisibilidad, rapidez en las decisiones y alta carga emocional. Tras la puesta en funcionamiento de los kioscos informativos, en 2012 se vio ligeramente disminuida la demanda de información. Estos kioscos informativos o pantallas táctiles, que se

encuentran a disposición los familiares para su uso en la sala de espera del Servicio de Urgencias, permiten ofrecer a tiempo real, introduciendo un número facilitado por la informadora, información sobre pruebas realizadas y pendientes, médico responsable de la atención, hora de última atención médica y próxima hora de información.

- Información General y Centralita: con dos puntos de atención en el vestíbulo principal. Uno situado en el mostrador semicircular donde el personal de información realiza atenciones directas de información y acogida, así como la emisión de justificantes y un segundo puesto en la ventanilla de atención donde, además de ayudar a resolver a nuestros usuarios cuestiones básicas sobre la localización de servicios, profesionales, horarios, etc., se encuentra ubicada la centralita telefónica y la gestión de correo. El personal ubicado en centralita/ventanilla se encarga de atender las llamadas entrantes, informar a toda persona que acude a este punto sobre localización de diferentes Consultas, Salas, pacientes Hospitalizados, etc., gestionar el préstamo de las sillas de ruedas disponibles en esta Área del Hospital, registrar la entrada del Correo Postal y distribución en los casilleros correspondientes a cada Unidad del Centro, tareas de Mensajería, coordinación con el personal de Planta y/o de Consultas Externas el uso del teléfono de teletraducción, recoger las donaciones de juguetes que algunos de nuestros usuarios realizan. Cabe señalar que los profesionales que se encuentran en el Mostrador de Información se encargan de informar a los usuarios que así lo precisen, realizar el acompañamiento de pacientes con ingreso programado en nuestras diferentes Plantas de Hospitalización, felicitar a todos los pacientes que durante su ingreso cumplen años, filtrar la entrada de pacientes a la Admisión Central para gestionar Canalizaciones o trámites relacionados con la inclusión en Lista de Espera Quirúrgica además de facilitar todos los justificantes que tanto pacientes como familiares y/o acompañantes puedan necesitar.
- Información en CMA: En el año 2011 se puso en funcionamiento un nuevo punto de información en CMA como unidad dependiente del Servicio de Atención al Paciente en el que se realiza el registro de pacientes que acuden al HUIE para realizarse una

intervención o a la realización de alguna prueba de la especialidad de Digestivo. En este punto se facilita una atención directa y personalizada, tanto al paciente como a sus familiares, realizando el registro de los pacientes, así como entrega de pulsera identificativa, explicación del procedimiento a seguir e información a acompañantes y familiares. Así mismo se encarga de la emisión de justificantes y de llamar, por orden facultativa, a los familiares del paciente con el objeto de que el médico aporte la información médica oportuna. De cara a favorecer el acceso a la información se ha puesto en marcha también en esta unidad los kioscos informativos así como televisores donde se informa de la situación actual del paciente, tanto en la sala de espera de CMA como en cafetería, a través de numeración con el objeto de mantener la confidencialidad de los datos. A través de estas pantallas se localiza a los familiares para facilitarles el acceso a la Unidad y poder ser informados por el facultativo encargado de la intervención, de este modo el médico no sale del espacio de CMA y puede mantener una entrevista más personal. Por tanto, podemos concluir que dicho punto de información ha supuesto numerosas ventajas, tanto para el personal interno como para el paciente y familiares que siempre disponen de una persona a quien dirigirse en cualquier momento, al igual que se protege la intimidad de los pacientes y sus datos ya que son avisados por un número de registro y no por sus datos personales.

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.

Cabe destacar, por la especificidad de su actuación, que el equipo de Información de Urgencias y CMA tienen como principal función la de actuar como nexo de unión, facilitando la relación entre el paciente o usuario que acude a los Servicios Quirúrgicos y de Urgencias, del Hospital Infanta Elena, con el personal sanitario en general, y de modo particular en aquellos momentos de estrés o tensión, mediante la actuación de estos profesionales formados específicamente para llevar a cabo las tareas de información no médica, acogida y acompañamiento.

Otras fuentes de información:

Durante el último periodo, se ha reforzado la información a los pacientes en diferentes áreas:

- PUBLICACIONES: Edición de guías informativas, consejos nutricionales, patologías concretas de diferentes servicios médicos y quirúrgicos, etc. que han contribuido a facilitar una mayor información al paciente y una información controlada y supervisada.

- LA CARPETA DEL PACIENTE: La carpeta del paciente nace con la finalidad de facilitar a nuestros pacientes los trámites administrativos. Es un espacio personal, desde el cual el paciente podrá acceder a su información clínica y a los servicios del Hospital Universitario Infanta Elena desde casa, sin necesidad de desplazamientos innecesarios o llamadas telefónicas. En este espacio el paciente puede consultar sus citas pendientes, pedir nuevas citas, consultar los resultados de pruebas diagnósticas o imprimir sus informes.

<https://www.idcsalud.es/carpetapaciente>.

Actualmente, desde la carpeta del paciente se ofrecen servicios de consulta de datos de historia clínica y de citaciones pendientes, así como servicios de solicitud de nuevas citas.

A. SERVICIO DE CITACIONES: Este servicio ofrece un sistema completo de gestión de citas para nuestro Hospital, permitiendo realizar las siguientes acciones:

- **Consulta de citas pendientes**, con la posibilidad de anularlas o modificarlas. Así mismo, permite **consultar la preparación** recomendada para acudir a la cita o imprimir un justificante de la misma.
- Consulta de peticiones de cita realizadas por parte de facultativos y que están pendientes de programar, con la posibilidad de realizar el alta de dichas citas el día y la hora que mejor le convenga.

B. SERVICIO DE CONSULTA DE PRUEBAS DIAGNOSTICAS: El servicio de consulta de pruebas diagnósticas permite al paciente consultar los resultados de aquellas pruebas que le hayan realizado. En el caso de tratarse de **pruebas de laboratorio**, tendrá acceso al informe de resultados de dichas pruebas. En el caso de tratarse de **pruebas de diagnóstico por la imagen** (radiografías, ecografías, etc.), podrá acceder tanto al informe de resultados como a la visualización de la propia prueba, a través de un visor de imágenes.

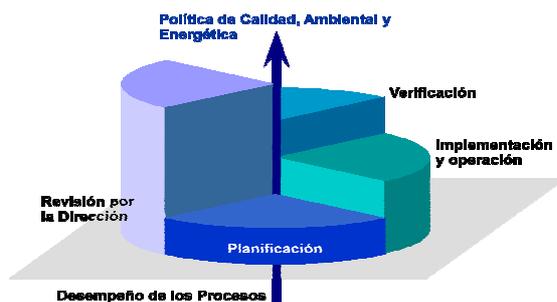
C. SERVICIO DE CONSULTA DE HISTORIA CLINICA: Este servicio permite al paciente consultar e imprimir sus informes médicos correspondientes.

2.2 Modelos de gestión de Calidad

El Hospital Universitario Infanta Elena basa su modelo de calidad en la integración de las Normas UNE-EN ISO y el Modelo Europeo de Excelencia EFQM. Siguiendo las herramientas establecidas por el Servicio Madrileño de Salud, el HUIE tiene como objetivo el reconocimiento Europeo de Excelencia bajo el organismo EFQM.

El modelo del Sistema de Gestión de Calidad, Medio Ambiente y Energético (SICMAGE) del Hospital, se basa e integra las directrices de las Normas de referencia UNE-EN ISO 9001:2008, UNE-EN ISO 14001:2004 y UNE-EN ISO 50001:2011.

Este modelo proporciona al Sistema de Gestión de Calidad, Medio Ambiente y Energético del Hospital un “enfoque basado en procesos” con una estructura organizada, sistemática, documentada y medible, con lleva que a todos los procesos se les aplique la metodología conocida como Ciclo PHVA “Planificar-Hacer-Verificar-Actuar”.



El Hospital mantiene implantado y certificado por una empresa externa este modelo de calidad, realizando auditorías para mantener el nivel de exigencia y el cumplimiento con los requisitos de las normas de referencia.

Nuestra Política de Calidad, Medio Ambiente y Gestión Energética, se ha definido en consonancia con lo establecido por la Consejería de Sanidad y el Servicio Madrileño de Salud y marca las líneas de compromisos a seguir por parte de la Dirección del Hospital (Anexo I del presente documento).

A continuación, se incluyen las actuaciones desarrolladas desde la apertura del Hospital en materia de acreditaciones y certificaciones:

AÑO 2010

- Certificación en Gestión de la Calidad según la norma UNE-EN-ISO 9001:2008 para “La prestación de servicios asistenciales en las áreas de Hospitalización, bloque quirúrgico, urgencias, diagnóstico por imagen, UCI, diálisis, consultas externas, rehabilitación, Hospital de día, banco de sangre, farmacia, laboratorios y los servicios de soporte asociados”.
- Certificación en Gestión Ambiental según la norma UNE-EN-ISO 14001:2004, para “Las actividades asistenciales y no asistenciales para la prestación de los servicios médico-Hospitalarios”.

AÑO 2011

- Certificación en Gestión Energética según la norma UNE-EN-16001:2010, para “Las actividades asistenciales y no asistenciales para la prestación de los servicios médico-Hospitalarios”.
- Certificación en Gestión de la Calidad según la norma UNE-EN-ISO 9001:2008, para el Servicio de Transfusión, con el alcance de "La prestación de servicios de donación de sangre y de cordón, análisis inmunohematológicos y transfusión de hemoderivados".

AÑO 2012

- Acreditación Óptima conforme al Modelo de Gestión y Excelencia para Centros Sanitarios con y sin internamiento de la Fundación ADQUALITATEM- Nº de Certificado 20112100 de fecha 27/02/2012.
- La adaptación del Sistema de Gestión Energética a la Norma UNE-EN-ISO 50001:2011 (nueva versión de la Norma la anterior).

AÑO 2013

- Renovación de la certificación en Gestión de la Calidad con ampliación del alcance para el "Servicio de Anatomía Patológica" en la norma UNE-EN ISO 9001:2008.
- Renovación de la certificación en Gestión Ambiental según la norma UNE-EN-ISO 14001:2004.
- Superación de las Segundas Auditorias de Seguimiento de tercera parte del Servicio de Transfusión en Gestión de la Calidad y del Hospital en Gestión Energética.

AÑO 2014

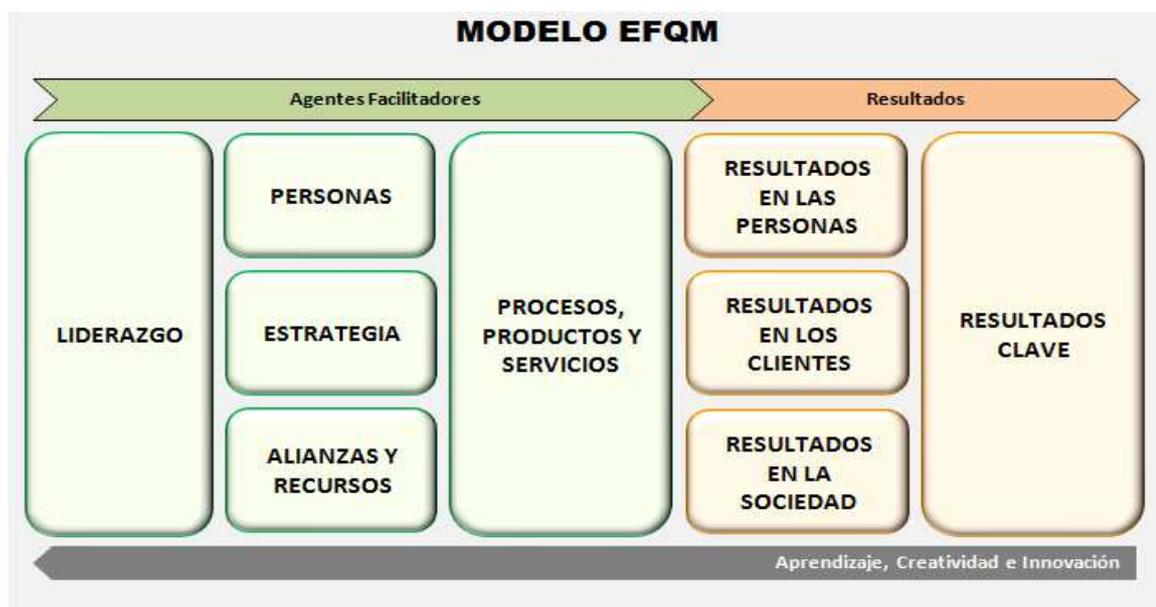
- Acreditación para la Extracción de Sangre de Cordón Umbilical.
- Acreditación para la Extracción de Tejido Osteotendinoso de Donante Vivo.
- Acreditación para la Extracción de Tejidos de Donante Cadáver: tejido ocular, tejido osteotendinoso, piel y tejidos compuestos.
- Acreditación para la Extracción de Órganos de Donante Cadáver: corazón, pulmón, hígado, riñón, páncreas e intestino.
- Acreditación para la Extracción de Membrana Amniótica.
- Renovación de todos los certificados emitidos con la entidad DNV.
- Fase 1D del Programa IHAN "Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia.



La Gestión de la Calidad y el compromiso con el Medio Ambiente son responsabilidad de todos los profesionales. El camino a la excelencia, es decir, a la realización de prácticas sobresalientes en cualquier ámbito de ésta, se basa en principios tan fundamentales como la

orientación al paciente, a la formulación y consecución de objetivos, a la gestión por procesos, al liderazgo, a la responsabilidad social, ...

Conscientes de ello, a finales del año 2013, se realizó la Autoevaluación bajo el modelo y directrices establecidas por el Sistema Sanitario de la Comunidad de Madrid (EFQM), siguiendo el siguiente esquema:



Se identificaron un total de 57 puntos fuertes y 39 áreas de mejora, las cuales fueron priorizadas para la elección y realización de proyectos y planes de acción para el año 2014.

Se considera que este modelo aporta al Sistema de Gestión de Calidad y Medio Ambiente la oportunidad de trabajar aspectos que otros modelos no contemplan tan rigurosamente como pueden ser el despliegue de políticas y estrategias que reflejan los principios de gestión de calidad y medio ambiente y el modo de alcanzar sus objetivos a través de estos principios, objetivos centrados hoy principalmente en el paciente; gestionar y desarrollar todo el potencial de sus profesionales, tanto a nivel individual como de equipo, motivándoles para incrementar su compromiso con la organización y la colaboración a través de los grupos de trabajo, etc....

2.3 Gestión por Procesos

Como ya se ha indicado anteriormente el Hospital siguiendo la filosofía de los principales modelos de gestión de calidad y excelencia, y porque estamos convencidos de que es el camino adecuado para hacer del paciente el centro de nuestra organización, abordamos la implantación de la Gestión por procesos. En este marco los Procesos se definen, se identifica qué resultados se espera de ellos, quienes son los propietarios o responsables de su gestión, cómo se miden, cómo se evalúan, y cómo se mejoran.

El Mapa de Procesos, incluido en el Anexo II del presente Plan, se encuentra estructurado de la siguiente manera:

- **PROCESOS ESTRATEGICOS:** son aquellos que permiten desarrollar e implantar la estrategia de la Organización.
- **PROCESOS CLAVE:** son aquellos que afectan de modo directo a la prestación del servicio asistencial y, por tanto, a la satisfacción del paciente. Son, básicamente, aquellos en los que el “input” y el “output” es el propio usuario.
- **PROCESOS DE SOPORTE:** son todos aquellos que permiten la operación de la organización sanitaria y que, sin embargo, no son considerados claves por la misma.

Los Procesos de Soporte pueden ser:

- Procesos de Soporte a Asistencial 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.

Para poder gestionar los procesos del centro de modo eficiente, el Núcleo Promotor de Calidad y la Comisión de Medio Ambiente del Hospital han nombrado un Propietario de cada proceso (documentado en estructura de la calidad). Dicho Propietario asume la responsabilidad global de la gestión del proceso y de su mejora continua y, por ello, será también el responsable de proponer directamente cambios o mejoras que serán evaluados por ambas entidades y, por lo tanto, por la Dirección del centro.

Las funciones básicas, entre otras, del Propietario de proceso son:

- Asegurar que el proceso se encuentra debidamente documentado y que la información llega a todos los profesionales afectados.
- Mantener la relación con el resto de los procesos y establecer los requerimientos adecuados
- Asegurar la eficacia y la eficiencia de manera continua.
- Controlar y medir los resultados con el objetivo de mejorar el proceso de forma continua.
- Realizar las revisiones y actualizaciones documentales de su proceso (mínimo una vez cada tres años).

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 si no con una periodicidad trienal toda la documentación es actualizada, incluyendo los protocolos, vías o guías clínicas.

Para la medición de los procesos, se utilizan los IB's (indicadores básicos establecidos por el Núcleo Central de Calidad), los IC's (indicadores de centro son establecidos por el Hospital, específicamente por cada Propietario de Proceso, de acuerdo a sus necesidades) y aquellos indicadores fijados por el Servicio Madrileño de Salud para todos sus Hospitales.

Dichos indicadores incluyen los márgenes de tolerancia y la identificación visual de los parámetros “fuera de rango”, en el caso de haberlos y definición de acciones para la corrección de la desviación. La periodicidad de las mediciones es, como máximo, trimestral, salvo en los casos en los que esto no sea posible y siempre con la debida justificación. El seguimiento y análisis se realiza por el Núcleo Promotor de Calidad en la reunión correspondiente al trimestre.

Finalmente, El HUIE 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 la herramienta, 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 evalúan en los formatos establecidos por estas organizaciones para no duplicar registros ni transcripción de información.

2.4 Gestión de Riesgos

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. En este sentido, en la última década, la mejora continua de la calidad asistencial ha desarrollado la seguridad del paciente como una dimensión fundamental de la misma.

Los actuales sistemas de prestación de servicios sanitarios se caracterizan por la combinación de procesos, tecnologías e interacciones humanas, para realizar una práctica clínica que aporte beneficios relevantes a los pacientes, aunque, sin embargo, también conlleve un riesgo de que ocurran eventos adversos (EA), con diversos grados de consecuencias.

Estos riesgos, inherentes a las organizaciones sanitarias, pueden ser gestionados en la organización a través del análisis de estos efectos adversos y el análisis de los potenciales riesgos del Hospital.

Partiendo de este tipo de análisis una práctica clínica segura implica conseguir tres grandes objetivos: identificar qué procedimientos clínicos diagnósticos y terapéuticos son los más seguros y eficaces, asegurar que se aplican a quien los necesita y realizarlos correctamente y sin errores. La estrategia de Seguridad de Pacientes (SP) busca minimizar la aparición de daños en relación con la presentación de EA y el análisis de riesgos, y constituye un elemento fundamental dentro de la política de calidad.

El Proceso Estratégico de Gestión de la Seguridad del Paciente (SP) del HUIE 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.

Los elementos de apoyo, básicos hasta la fecha, han sido:

- ✓ Formación inicial y Continuada de profesionales asistenciales y no asistenciales en Gestión de Riesgos, sus principios, metodologías y herramientas, incluyéndola como objetivo prioritario en los Planes de Formación.
- ✓ Implementación progresiva y periódica de las Rondas de Seguridad para articular el apoyo y liderazgo en seguridad de la Dirección con los Servicios.
- ✓ Portal de SP, donde están los documentos básicos, publicación de alertas, noticias e información técnica sobre Gestión de Riesgos.
- ✓ Inclusión de objetivos específicos de SP dentro de los Planes Anuales del Hospital, supervisados por la Dirección del Hospital y de la Consejería de Sanidad y Servicio Madrileño de Salud.
- ✓ Elaboración de material de difusión dirigida a los profesionales y a los pacientes, con los principios básicos y los Planes de Actuación.
- ✓ Sistemas de detección y tratamiento 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.

El uso de la herramienta de notificación de Efectos Adversos del Hospital, ayuda al estudio y análisis de errores en la seguridad del paciente, si cumple los siguientes requisitos:

- 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 de acciones de mejora.

El Comité 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.

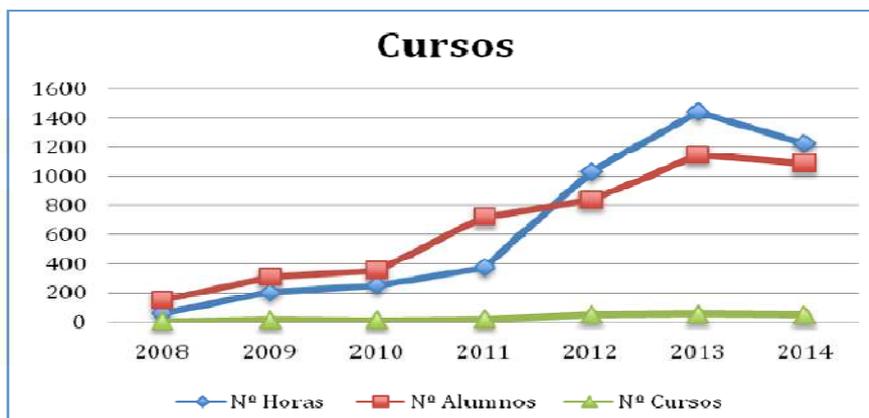
2.5 Cultura y Formación en Calidad

La gestión sanitaria se encuentra orientada hacia la excelencia. Para llegar a ella, es preciso emprender acciones positivas de apoyo y estímulo. Conscientes de ello, el HUIE realiza continuamente actuaciones enfocadas a fomentar la divulgación y promoción de la cultura de la calidad y la excelencia, sensibilización ambiental y energética, incluyendo la formación para todos los trabajadores del centro Hospitalario en este ámbito y animando a sus profesionales a participar en jornadas y congresos de calidad a nivel nacional, exponiendo los trabajos realizados mediante ponencia oral o póster divulgativo.

Desde la apertura del HUIE, se han realizado multitud de cursos relacionados con la Calidad incluyéndolos en el Plan de Formación Anual, habiéndose incrementado en los últimos años, salvo en 2014. El número de cursos realizados ha disminuido ligeramente con

respecto a la cifra alcanzada en el año 2013, cifra máxima hasta el momento, tanto en número de cursos, como en número de horas y participantes.

A continuación se incluyen los datos de evolución de las acciones formativas en el HUIE.



	Nº Horas	Nº Alumnos	Nº Cursos
2008	60	149	8
2009	205	312	17
2010	251	354	13
2011	378	723	22
2012	1033	838	51
2013	1442	1145	55
2014	1225	1087	48

Gráfica y tabla: Evolución cursos 2008-2014

Adicionalmente y siguiendo la tendencia observada desde el año 2008, el durante el 2014 se ha observado un importante incremento en el número de talleres realizados, así como de la cifra de horas impartidas y número de participantes inscritos. Este incremento ha sido más marcado desde el año 2013, debido al desarrollo de un mayor número de talleres de marcado carácter práctico y con una duración reducida.

	Nº Horas	Nº Alumnos	Nº Talleres
2008	6	147	7
2009	4	84	3
2010	3,5	63	2
2011	8	223	9
2012	76	566	8
2013	89	2329	86
2014	114	2401	91

Tabla Evolución talleres 2008-2014.

Así mismo, 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, Fundación para la Excelencia y la Calidad de la Oncología, Asociaciones de gestión en centros sanitarios, Fundación Ad-Qualitatem, Áliad-consultora, entre otros).

3. LÍNEAS FUTURAS DE ACTUACIÓN

El presente Plan de Calidad tomará como referencia las instrucciones y directrices que el Servicio Madrileño de Salud y la Consejería de Sanidad establecen para sus centros. Será evaluado anualmente y de dicha evaluación surgirán las oportunidades de mejora, de necesarias para abordar el siguiente período.

Este Plan de Calidad deberá ser aprobado por la Consejería de Sanidad e incluirá, en cualquier caso, los objetivos, actuaciones e indicadores establecidos por el Servicio Madrileño de Salud, así como todos aquellos que emanen de la normativa vigente en cada momento.

Los objetivos del Plan de Calidad se desarrollarán siguiendo los criterios y subcriterios del modelo EFQM adaptado a la Sanidad Madrileña y de cualquier otro requerimiento normativo interno, proveniente de la Dirección o de los grupos de mejora de los centros, o cualquier otro requerimiento externo, del Servicio Madrileño de Salud, de la Consejería de Sanidad u otro organismo competente. Dichos objetivos serán evaluados con una periodicidad anual, mediante autoevaluación, auditorías internas y/o externas. Los criterios evaluados medirán lo que hace la organización y sus resultados.

3.1 Calidad Percibida

La Política General de Atención al Paciente tiene la misión de servir de apoyo en la práctica diaria de los profesionales y como guía en su actuación creando **una cultura de trabajo compartida** cuyo eje principal sea el paciente.

Regimos nuestra actuación de los últimos años en base a lo que se ha definido como Política de Trato y Tratamiento. Este enfoque define cómo debe ser el perfil de los profesionales que trabajan en nuestros Centros, en el ánimo de ofrecer la mejor atención a nuestros pacientes y construir una cultura que sitúe al paciente en el centro de nuestra atención.

Satisfacción de los usuarios:

Continúa siendo uno de los objetivos estratégicos del Comité de Calidad Percibida y del HUIE en general conocer la opinión y el grado de satisfacción de los usuarios de diferentes servicios asistenciales: Urgencias, CMA, Hospitalización, Consultas Externas, Radiodiagnóstico,... en aspectos tales como la accesibilidad, los tiempos de espera, la información recibida, el trato de los profesionales, ...

Para ello seguiremos contando en el periodo que abarca este Plan de Calidad 2015-2018 con las encuestas a ciudadanos establecidas por el Servicio Madrileño de Salud para sus centros y, los resultados obtenidos se siguen utilizando para realizar acciones de mejora, de forma coordinada y siguiendo las directrices del Servicio Madrileño de Salud.

Por otro lado, queremos afianzar el proyecto de medida de satisfacción NPS, esperando ampliar esta metodología a otros servicios que no se han encuestado hasta la fecha. No es posible determinar a priori qué servicios realizarán las encuestas bajo esta metodología en una planificación a futuro, ya que dependerá principalmente de la detección de nuevas necesidades en los servicios y de los resultados de las encuestas. Las preguntas a realizar y otros aspectos como el tamaño de la muestra serán definidas por los servicios que quieran implantar esta metodología y el Comité De Decisión NPS valorará y aprobará dichas solicitudes definiendo a su vez los puntos más específicos de dichas campañas. Para el próximo año, se pretenden realizar nuevas campañas puntuales a través del IPAD en los Servicios de Donación-Banco de Sangre, Hospital de Día, Extracciones, de tal forma que nos permita conocer el nivel de satisfacción de los pacientes en estos servicios y determinar posibles áreas de mejora en los mismos.

Esto ha supuesto un cambio importante de concepto de calidad percibida, puesto que las encuestas tradicionales anteriormente utilizadas nos facilitaban un resultado tardío, que no permitía una actuación sobre el problema de manera inmediata, un tamaño muestral muy inferior respecto a la metodología NPS, etc.

Adicionalmente, se seguirán realizando las encuestas de forma tradicional:

- Encuesta de satisfacción de Donantes de SCU
- Encuesta de satisfacción sobre la alimentación del paciente Hospitalizado
- Visitas de cortesía para valorar la satisfacción sobre confortabilidad (limpieza, lencería y mantenimiento) del paciente Hospitalizado, para la valoración de los servicios no asistenciales.

Otra de las líneas marcadas por el Sermas en los últimos años ha sido la realización de técnicas cualitativas para conocer la opinión de nuestros pacientes, para ello se pretende continuar con la metodología de Focus Group con objeto de evaluar la satisfacción de los usuarios en diferentes áreas, que se definirán en el Comité de Calidad Percibida.

Reclamaciones y sugerencias:

Manteniendo el cumplimiento con la normativa vigente y a las especificaciones existentes para los centros sanitarios del Servicio Madrileño de Salud, la gestión de Reclamaciones se lleva a cabo a través del personal del Servicio de Atención al Paciente con la herramienta IGR. Dicha aplicación y mediante un interface vuelca los datos al Programa Cestrack. Hasta el año 2014 el volcado de datos se realizaba bimestralmente, de manera manual, con la información referente a reclamaciones cerradas, actualmente se realiza un volcado automático en el momento en el que se registra la reclamación en IGR sin necesidad de que la misma esté cerrada, de esta manera el Servicio Madrileño de Salud dispone de la información a tiempo real.

Anualmente, se analiza el resultado de las reclamaciones, sugerencias y de las encuestas de satisfacción de origen interno en el Comité de Calidad Percibida identificándose una serie de acciones de mejora que se planifican a lo largo del año en curso.

Otras fuentes de información:

EL HUIE es uno de los Hospitales que dispone de una historia clínica electrónica para la totalidad de la gestión del Hospital. Esto ha garantizado la sostenibilidad de la información en todo momento. De igual forma, la gestión administrativa y organizativa se realiza vía informática a través de numerosas herramientas de gestión en las que se incluyen indicadores. Durante el periodo definido para este Plan de Calidad se pretende avanzar en la búsqueda de diferentes oportunidades de mejora en el desarrollo de esta herramienta, adaptándola a las necesidades y requerimientos de nuestros servicios.

Por ejemplo, y con el fin de mejorar la información a pacientes y familiares, en consultas, urgencias, bloque quirúrgico, se pretende desarrollar nuevas posibilidades de información a través de la Historia clínica electrónica: Analíticas, informes, placas, estudios, etc.. Esta información estará disponible para personal asistencial que trata el paciente con

las limitaciones de seguridad pertinentes según el perfil del usuario, y para el propio paciente a través de la *Carpeta del Paciente*. A través de este Servicio el paciente dispone, sin necesidad de desplazamientos innecesarios, de su Historia Clínica, resultados de pruebas, imágenes, así como gestionar sus citas futuras, cambios en las mismas, etc.

La *Carpeta del Paciente* va a permitir desarrollar valoraciones no presenciales del paciente, de manera que tras la cumplimentación de cuestionarios validados científicamente, el facultativo pueda disponer de cierta información necesaria para tomar decisiones e informar al paciente de las mismas sin necesidad de que acuda al Centro orientándonos a la medicina del futuro.

3.2 Modelos de gestión de Calidad

A finales del año 2013, se realizó la Autoevaluación EFQM en el Hospital, identificándose un total de 57 puntos fuertes y 39 áreas de mejora, las cuales fueron priorizadas para la elección y realización de proyectos y planes de acción para el año 2014.

Siguiendo el ciclo de mejora continua, durante el periodo que abarca el presente Plan de Calidad, durante el año 2015, se realizará la evaluación externa de EFQM en el último trimestre del año por el organismo EFQM, tal y como se indica en el Anexo IV (cronograma), lo que implicará un análisis y la identificación de las oportunidades de mejora para definir los grupos de trabajo y de mejora para los años siguientes. Teniendo en cuenta esta planificación, se prevé una nueva evaluación para el año 2017 y la definición de nuevas líneas de trabajo a partir del resultado obtenido. Se mantendrá la coordinación en todo momento con los ciclos de autoevaluación para los Hospitales del Servicio Madrileño de Salud.

En cuanto a otras líneas de acreditación y certificación, se pretende seguir con las siguientes actividades:

- Evaluación Recognised for Excellence: Evaluación del organismo EFQM en el último trimestre del 2015.

- Mantenimiento de la Acreditación Ad-Qualitatem : Re-evaluación en Diciembre de 2015 y en el Servicio de Urgencias en Diciembre de 2017, cumpliendo con el ciclo de 3 años de acreditación.
- Mantenimiento de las certificaciones obtenidas hasta la fechas y renovación de los certificados que corresponda en el periodo señalado.
- Seguimiento del Programa IHAN (Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia), con su posterior acreditación según las fases siguientes requeridas por el organismo de acreditación:
 - año 2015: Acreditación Fase 1D (Descubrimiento)
 - año 2016: Acreditación Fase 2D (Desarrollo)
 - años 2017 y 2018: Acreditación Fase 3D (Difusión)
- Implantación del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo según la OSHAS 18001 y posterior certificación, a finales de 2015. Seguimientos anuales y renovación en 2018.
- Mantenimiento de la Acreditación Hospital sin Humo, categoría Plata a través de una autoevaluación en 2015 (self-audit) y como objetivo conseguir la distinción de categoría Excelencia, en 2016 a través de una auditoría externa de acreditación, manteniendo esta categoría posteriormente.

Se valorará la posibilidad de otras acreditaciones en el sector sanitario tanto a nivel Hospital como a nivel de Unidades o Servicios, como por ejemplo, la Acreditación en Transfusión Sanguínea (CAT), Acreditación de la Unidad de Asma grave, Acreditación de Unidad de Endoscopia y Neumología intervencionista, etc..

Todas las actividades mencionadas se incluyen en el cronograma adjunto al presente plan (anexo IV).

3.3 Gestión por procesos

Durante el periodo 2015-2018, el Hospital Universitario Infanta Elena llevará a cabo su Plan de Calidad estructurado en Procesos, con sus objetivos y Planes de Actuación para cada objetivo. Los Objetivos institucionales para los Hospitales del Servicio Madrileño de Salud son incorporados como prioritarios en los procesos implicados en su consecución. Adicionalmente, los Objetivos de Calidad y Seguridad del Paciente establecidos como propios para el Hospital y serán incorporados al sistema de gestión para su correcto seguimiento y, de esa forma, asegurar la consecución. Adicionalmente, y para algunos procesos, se definen unos objetivos propios, aprobados en la Revisión por la Dirección, y registrados en la Herramienta Gescal de tal forma que se facilite su seguimiento. Tanto los institucionales definidos por el Servicio Madrileño de Salud como los objetivos propios del Hospital Infanta Elena para este periodo se definen al comienzo de cada año. El presente Plan de Calidad se adaptará a los objetivos institucionales en las revisiones previstas.

La gestión documental se realiza según la sistemática definida en la propia intranet del HUIE, pudiendo acceder el personal a todos los protocolos aprobados en el Sistema de Gestión Ambiental. Una vez aprobados y colgados en el Portal de Calidad, los protocolos tienen un periodo de validez de 2 años, pasado el cual, tienen que ser revisados y adaptados a las nuevas necesidades u organización del proceso o servicio del que dependen. Por lo tanto, en el periodo de vigencia del presente Plan de Calidad, tienen que revisarse todos los protocolos como mínimo dos veces. Actualmente existen colgados en la intranet más de 900 protocolos, tanto corporativos, como propios del Hospital, y se prevé que una tercera parte sean revisados durante 2015 (casi unos 300).

3.4 Gestión de Riesgos

El Proceso Estratégico de Gestión de la Seguridad del Paciente (SP) del HUIE 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 HUIE incorpora anualmente los Objetivos institucionales definidos para los Hospitales por el Servicio Madrileño de Salud en el Área de Seguridad del Paciente.

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

El HUIE seguirá las indicaciones del Servicio Madrileño de Salud para desarrollar e implementar la nueva Estrategia de Seguridad del Paciente 2015-2020 y promoverá el desarrollo de objetivos anuales basados en sus líneas estratégicas:

1. CONSOLIDAR LA CULTURA de SEGURIDAD DEL PACIENTE: 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, asistiendo a las jornadas de formación organizadas en seguridad del paciente (campañas de formación en Higiene de mano), y fomentando la difusión de las noticias y novedades sobre seguridad del paciente (a través del establecimiento de un Boletín de la Unidad Funcional de Gestión de Riesgos Sanitarios).
2. DESPLIEGUE DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE: Se extenderá este enfoque en todas las Unidades, Servicios y profesionales del Hospital. Hasta la fecha, se ha conseguido establecer Responsables de Seguridad por servicios, pero es necesario permitir la implicación de todos sus profesionales en las soluciones adoptadas. Para ello, se fomentará la identificación de las causas y en la gestión de los incidentes, desarrollando herramientas para su seguimiento.
3. CONTINUIDAD ASISTENCIAL: Para garantizar una actividad sanitaria integrada conjuntamente con Atención Primaria, se pretende promover que los profesionales que participan en el proceso asistencial compartan la información, evitando duplicidades en las actividades asistenciales. Hasta la fecha se ha trabajado en definir un especialista consultor con el fin de mejorar la transferencia de información entre los diferentes ámbitos asistenciales. Se seguirán las líneas marcadas por el Servicio Madrileño de Salud.

4. **IMPLICAR A PACIENTES, FAMILIARES Y PERSONAS CUIDADORAS:** Para ello, es fundamental mejorar la información y formación tanto a pacientes como a sus familiares y las personas cuidadoras, identificando sus necesidades, demandas o expectativas. Se seguirá fomentando el uso de herramientas como las 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, que implantaremos en el HUIE bajo sus indicaciones.

5. **DIFUNDIR EL CONOCIMIENTO CIENTÍFICO:** El objetivo es conseguir que llegue a los profesionales y, de manera comprensible, a los ciudadanos en general y a los pacientes y sus familias en particular, fomentando la organización de grupos de trabajo en los diferentes ámbitos asistenciales y la asistencia de profesionales a Jornadas y conferencias organizadas por diferentes organismos relacionados con la actividad sanitaria.

6. **COMUNICACIÓN Y TRANSPARENCIA:** La Consejería de 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. Anualmente se consultarán estos datos, para conocer los resultados obtenidos, y difundiéndolos a los propios sanitarios.

7. **IMPULSAR Y DESPLEGAR PRÁCTICAS SEGURAS:**

1. Cirugía y anestesia: consolidar la correcta implantación de la lista de verificación quirúrgica LVQ fomentando el trabajo en equipo, prevenir infecciones en cirugía mejorando la higiene de manos en quirófano e impulsar el funcionamiento adecuado del equipamiento

del bloque quirúrgico, todo bajo la coordinación e indicaciones del Servicio Madrileño de Salud.

2. Urgencias y emergencias: mejorar la seguridad del paciente en situaciones específicas en urgencias (la identificación del paciente, 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, 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 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 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 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.

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 (toma de datos, análisis y evaluación), siempre en consonancia con las líneas desarrolladas por el Servicio Madrileño de Salud.

9. FOMENTAR LA INVESTIGACIÓN: Siguiendo las líneas marcadas por el SERMAS, desde el HUIE, se fomentará la presentación de proyectos de Investigación de los profesionales sanitarios a los premios y reconocimientos anuales de organizaciones sanitarias.

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.

11. POTENCIAR LA FORMACIÓN: Se fomentará la asistencia a las 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 del HUIE.

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.

3.5 Cultura y Formación en Calidad

Siguiendo las líneas marcadas en años anteriores, pretendemos continuar realizando actuaciones de:

- Señalización y cartelería: Segregación de Residuos, Higiene de Manos, Seguridad del Paciente.
 - ✓ Campañas de sensibilización e información mediante comunicaciones periódicas en noticias y posters digitales en la Intranet del Hospital enfocados en la mejora de la calidad asistencial y de la satisfacción de nuestros pacientes (por ejemplo, 5 de junio, Día Mundial del Medio Ambiente, sensibilización sobre consumos).
- Jornadas de Calidad y Medio Ambiente, realizada en uno de los Centros Hospitalarios de la Red de Madrid.
- Participación en Congresos, Ferias y Exposiciones sobre la Calidad asistencial.
- Comunicaciones y Posters para los próximos Congresos de la Sociedad Española de Calidad Asistencial.

Desde la Dirección del Hospital se promueve la participación de los profesionales en el desarrollo de proyectos para mejorar la gestión de la calidad a través de los grupos de mejora para la coordinación asistencial entre AP y especialidades.

El impulso de la mejora, en el Centro, recae necesariamente en las personas que lo componen. Y a través del responsable de formación continuada, se establecen anualmente acciones formativas orientadas hacia la transmisión de técnicas, herramientas, habilidades, lenguaje, principios y valores, entre otros, que se consideran necesarios para abordar los procesos de mejora de la calidad y el medio ambiente en los diversos ámbitos laborales en los que se encuentra inmerso el personal de nuestra organización.

Las líneas generales sobre las que se realizan actuaciones específicas (cursos, charlas, sesiones formativas) están basadas en:

- Seguridad del paciente: Establecimiento de prácticas seguras sobre temas relacionados con: Infección Nosocomial, Checklist quirúrgico, Lavado de manos, Sistema de Notificación de Efectos Adversos, Circuito de Seguridad Transfusional, Talleres de Higiene de Manos.
- Calidad percibida: Establecimiento de actuaciones dirigidas a atender las necesidades particulares de cada paciente (física, psíquica y social).
- Comunicación
- Nuevas tecnologías
- Calidad
- Medioambiente
- Competencias técnicas asistenciales
- Competencias técnicas no asistenciales

Si bien, estas acciones formativas van marcadas por líneas corporativas y estratégicas tanto de la Consejería de Sanidad como del Servicio Madrileño de Salud, adicionalmente, cada año se realiza una Encuesta de Detección de Necesidades Formativas previamente a la confección del Plan de Formación del ejercicio, identificándose y planificándose los cursos en función de las necesidades detectadas.

Para los próximos años se prevén acciones formativas encaminadas a, sobre todo implicar a los profesionales en las acreditaciones del Hospital y en el cumplimiento de los objetivos institucionales:

- Trato y Tratamiento (formación anual, repetida durante todo el periodo de vigencia del Plan de Calidad), tanto para personal de nueva incorporación y para personal con experiencia para el manejo de situaciones difíciles.
- Formación en Seguridad del paciente : bacteriemia cero, Inserción y cuidados de accesos venosos, RCP, Lactancia Materna, Cuidado de Ostomías, Tratamiento de UPPs,... (formación anual, repetida durante todo el periodo de vigencia del Plan de Calidad).

- Formación en OSHAS: Dirección, personal no sanitario y mandos intermedios y personal sanitario en el último trimestre de 2015, para la posterior certificación.
- Formación en Sistemas de Gestión: Calidad y Medio Ambiente, para la adaptación a las nuevas versiones de las normas (formación pendiente de planificar durante el periodo de vigencia del presente Plan).

En relación a la colaboración con Sociedades que trabajan en Calidad, es fundamental nuestras actividades de colaboración con la Asociación Española de Calidad en diversos estudios que se están desarrollando. Además, pertenecemos al Club de Excelencia en Gestión y colaboramos en los foros que organizan y concretamente, en los talleres del Foro de Sanidad. Participamos desde hace años, en las actividades de la Asociación Madrileña de Calidad Asistencial y en las de la Sociedad Española de Calidad Asistencial enviando comunicaciones y posters de los profesionales del Hospital.

4. INFRAESTRUCTURA DE LA CALIDAD

4.1 Responsables y/o Comisiones para gestionar la calidad

Aún y cuando la responsabilidad máxima del Sistema Integrado de Calidad, Medio Ambiente y Gestión Energética del Hospital recaee, inequívoca e indelegablemente en el Gerente, se impulsa, como instrumento de coordinación y seguimiento del Sistema, la constitución de un órgano consultivo e interdisciplinar: el Núcleo Promotor de Calidad (NPC) y la Comisión de Gestión Ambiental (CGA), para las cuestiones relacionadas con el medio ambiente y la gestión energética.

A dicho grupo pertenecen todos los miembros de la Dirección del Centro así como otros profesionales que ejerzan sus funciones como Propietarios de Proceso, Direcciones o Subdirecciones de servicios, Presidentes de las Comisiones Clínicas, etc. siempre con la aprobación de la Presidencia del NPC.

El NPC y la CGA determinan las normas de funcionamiento interno, su composición así como los criterios de gestión interna que les corresponda.

Las funciones fundamentales del NPC y del CGA son:

- Garantizar la coordinación de las acciones de calidad, medioambiente y gestión energética
- Facilitar el seguimiento de la consecución de los objetivos del Plan de Calidad, Medio Ambiente y Gestión Energética del Centro
- Dar soporte metodológico a personas o grupos, responsables de la ejecución de las acciones emprendidas
- Integrar la información de los indicadores de calidad, medio ambiente y gestión energética
- Apoyar a la Dirección en la fijación de prioridades y objetivos
- Apoyar la revisión periódica de los objetivos y su reformulación
- Interaccionar con el NCC a través de las reuniones periódicas y las vías de comunicación habituales.
- Coordinar las acciones relacionadas con las certificaciones o acreditaciones, globales o parciales.
- Comunicar y fomentar la comunicación, interna, intra-Grupo y externa de los logros obtenidos.

El Hospital dispone de la figura encargada de la dinamización del Núcleo Promotor de Calidad y Comisión de Gestión Ambiental. Se trata del Coordinador de Calidad y Medioambiente, quien, en dependencia de la Gerencia, es responsable también del desarrollo de los Sistemas de Gestión de Calidad y Medio Ambiente de la compañía y supervisa el buen funcionamiento de los procesos. Pone en marcha y realiza un seguimiento de los procesos de acreditación y certificación del Hospital garantizando los procedimientos para la obtención de las certificaciones, identifica y analiza los problemas de calidad/medioambiente y realizar propuestas de mejora de los procesos asistenciales y no asistenciales.

El Hospital cuenta asimismo con el Comité de Calidad Percibida, con el objetivo principal de estudiar y analizar las diferentes herramientas que nos permiten medir el nivel de satisfacción de nuestros pacientes en el HUIE y cómo perciben la calidad de nuestro Centro, tanto asistencial como no asistencial. En sus reuniones se analizan las quejas y reclamaciones recibidas, el resultado de las diferentes encuestas de satisfacción, sugerencias y acciones de mejora en los diferentes Servicios del Hospital que repercutan en la calidad que perciben nuestros pacientes cuando son atendidos en el HUIE. Los miembros de este Comité además se encargan de sensibilizar al resto de trabajadores del Centro sobre la importancia de la opinión del usuario, promoviendo la cultura de calidad dentro de la organización. La figura encargada de coordinar este Comité es la Responsable de Atención al Paciente, dependiendo de la Gerencia, tiene como misión el velar por el bienestar del paciente en la estancia o visita a nuestro Hospital y poder garantizarle la ayuda que ellos precisen. Supervisa y garantiza un sistema válido de información a los pacientes y/o a los familiares del Hospital, tutela el cumplimiento de los derechos de los pacientes; atiende, tramita, e impulsa todas las quejas, reclamaciones y sugerencias de los pacientes y usuarios del Hospital, velando por el cumplimiento de las obligaciones y normas dictadas por la dirección del centro. Soluciona cualquier problema que al paciente le surja durante su estancia al Hospital y tramitar las solicitudes de acceso a la Documentación clínica.

Como se ha indicado anteriormente para la adecuada estructura de la gestión por procesos se han designado propietarios de proceso. Existen reuniones con cada uno de ellos para realizar el seguimiento su procesos, análisis de indicadores y seguimiento de los objetivos asignados.

Los órganos asesores de la Dirección en aspectos relacionados con la Calidad Asistencial son las Comisiones Clínicas. Están formadas por grupos de profesionales que aplican sus conocimientos en el establecimiento de los criterios clínicos necesarios para la correcta aplicación de la evidencia científica en las Comisiones Clínicas y por profesionales que aplican su conocimiento en el establecimiento de criterios y mejora continua en las Comisiones de Docencia, Calidad Percibida, Medioambiente, etc.. Las Comisiones son un

instrumento necesario para la definición de la práctica clínica correcta y adecuada en situaciones concretas y para resolver de forma interdisciplinar los problemas que puedan presentarse en la Institución. Los grupos de trabajo que las constituyen son los encargados de elaborar, a partir del consenso entre los profesionales expertos, los criterios de actuación clínica según los conceptos de la medicina científica. Entre otras de las actividades de seguimiento y funciones asignadas, se encargan también de revisar y aprobar protocolos, procedimientos, informes y documentos de información dirigidos a pacientes.

Según sus objetivos y características, las Comisiones pueden poseer sus propias normas de funcionamiento, si no estarán regladas por el Reglamento General de Funcionamiento de las Comisiones Hospitalarias.

El Hospital cuenta en la actualidad con las siguientes Comisiones/Comités mediante las cuales se gestiona la calidad, seguridad y la actividad clínica:

Nombre
Comité Central de Calidad
Núcleo Promotor de Calidad
Farmacia y terapéutica
Infección Hospitalaria, profilaxis y política antibiótica
Comisión de Docencia
Comisión de Tumores
Comisión de Transfusión
Comisión de Calidad Percibida
Unidad Funcional de Gestión de Riesgos Sanitarios
Comisión de Gestión Medioambiental
Comisión de Seguridad y Protección de Datos
Comisión de Lactancia Materna
Comisión de Documentación Clínica
Comité de Prevención del Tabaquismo

Comisión de Atención al Dolor
Comisión de Mortalidad
Comité de Nutrición

4.2 Herramientas de compromiso e incentivación

Otra de las herramientas utilizadas para implicar a los profesionales en el compromiso con la calidad asistencial es el incentivo mediante las retribuciones variables ligadas a la consecución de objetivos.

Las retribuciones se compondrán de dos estratos: uno fijo según las retribuciones y conceptos establecidos en el convenio de aplicación y otro variable, ligado a la consecución de objetivos. Dichos objetivos, serán fijados y evaluados periódicamente en atención al cumplimiento de indicadores cuantitativos o cualitativos.

La referencia para el establecimiento de objetivos de calidad son los objetivos de calidad corporativos, los establecidos por la Consejería de Sanidad, los del centro y los estándares de calidad del modelo E.F.Q.M. Los objetivos colectivos se negocian con los representantes de los trabajadores y la Dirección del centro. Los objetivos deben tener un nivel alcanzable y la compensación debe ir ligada al desempeño.

El sistema de incentivación contempla varios puntos:

- Garantizar equidad y el equilibrio.
- Reflejar la política de la Compañía y estar acorde con la visión de la misma.
- Contar con la participación del trabajador
- Fortalecer el trabajo en equipo.
- Obedecer a una visión de largo plazo.
- Ser adaptable al cambio.
- Recompensar el cumplimiento, la iniciativa y la capacidad de ejecutar y contribuir.

Estos objetivos tienen la siguiente estructura:

- Objetivos de calidad del centro que deben superar el planteamiento del año anterior o del inicial, siempre siguiendo la premisa de la mejora continua.
- Objetivos de calidad de la unidad o servicio con el objeto de superar y mejorar el resultado obtenido año tras año.
 - Objetivos de calidad y seguridad del paciente superando el planteamiento del año anterior.
 - Objetivos individuales para cada trabajador. Estos se establecen según las pautas fijadas para cada puesto de trabajo. Serán transmitidos por el inmediato superior. Estos pueden estructurarse a su vez en:
 - Calidad asistencial o de servicio (dependiendo del colectivo).-
 - Mejoras organizativas.- (Seguimiento del material específico del área/servicio según colectivo y manejo adecuado de los equipos, Seguimiento y cumplimiento de los circuitos y protocolos establecidos en el área/servicio, etc.).
 - Participación y asistencia a las reuniones de trabajo/equipo del servicio/unidad.
 - Formación.-
 - Asistencia a los cursos de formación continua obligados para el colectivo/unidad o servicio. Colaboración en la formación de alumnos en prácticas.

La valoración y consecución de objetivos se realizará por el inmediato superior. La evaluación se realizará mediante la evaluación de desempeño una vez al año y una vez finalizado el año natural. El trabajador percibirá un incentivo según el porcentaje de consecución de los objetivos una vez valorados y revisados, y previamente establecidos y pactados de forma colectiva y de forma individual en cada departamento del Hospital.

En el caso del no cumplimiento de alguno de los objetivos, se investiga la causa y se toman las medidas oportunas, que pueden ser de muy diferente índole.

4.3 Plan de Acción

Los objetivos planteados en las diferentes líneas de actuación desarrolladas en los puntos anteriores se miden en las reuniones de los Comités del NPC, realizándose un seguimiento trimestral para los indicadores de procesos y un seguimiento periódico de los objetivos institucionales para los Hospitales del Servicio Madrileño de Salud.

En el Anexo V del presente documento se adjunta un cronograma con las actuaciones más importantes a destacar por en cuanto a las líneas desarrolladas en los todos los puntos anteriores.

5. EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Para realizar el seguimiento de los objetivos marcados, es fundamental el establecimiento de indicadores que permitan realizar el seguimiento de los datos y valorar el cumplimiento de los mismos.

La organización cuenta con una infraestructura muy sólida (ver apdos. 4.2 y 4.3) encaminada hacia la mejora continua en la Calidad de sus procesos. Existe un análisis y seguimiento de las acciones establecidas para la consecución de los objetivos en los Comités del Hospital, con reuniones periódicas, donde se identifican y planifican anualmente las acciones de mejora de los procesos por parte de los responsables de los mismos para poder lograr dichos objetivos (por ejemplo, las acciones planteadas en el Comité Calidad Percibida en el primer semestre del año).

5.1 Objetivos anuales de cumplimiento

Siguiendo el "Plan de Calidad Integral de los Servicios Sanitarios" de la Comunidad de Madrid, los objetivos del Hospital están dirigidos a:

1. Mejorar la calidad asistencial percibida por el ciudadano.
2. Favorecer la continuidad asistencial.
3. Mejorar la atención especializada.
4. Fomentar las acciones formativas.

La Unidad directiva competente en calidad y/o información y atención al paciente de la Comunidad de Madrid, define anualmente los objetivos institucionales (generales y específicos) que deben cumplir todos los Hospitales del SERMAS.

Sobre los objetivos fijados en el Hospital, se realiza un seguimiento periódico establecido en el que se verifica el cumplimiento mediante los indicadores correspondientes.

Una vez conocidos, establecidos y aprobados los objetivos, se implementan las acciones definidas para su consecución en el segundo y tercer trimestre, además se establecen los indicadores de proceso (ejecución, seguimiento y resultado) necesarios para medir la evolución. A su vez, comienza el método de evaluación del cumplimiento de los objetivos con la realización de evaluaciones periódicas trimestrales desde el Núcleo Promotor de Calidad, que permiten conocer la consecución de los mismos e introducir, en caso necesario, nuevas acciones a desarrollar.

Así mismo, se realiza un seguimiento de los indicadores establecidos para el seguimiento de los objetivos y de las acciones planteadas, reportando los resultados al Servicio Madrileño de Salud cuando lo solicita. Durante el último trimestre se utiliza la información obtenida para comprobar su cumplimiento, difundir los resultados entre los profesionales, establecer medidas correctivas en el caso necesario, comparar los resultados de las distintas evaluaciones para seguir la evolución y ajustar la información a registros

procedentes de otras fuentes, internas o externas, que ofrezcan información adicional y objetiva.

El Sistema Integrado de Calidad, Medio Ambiente y Gestión Energética (SICMAGE) está dotado de tres instrumentos para su evaluación que son las auditorías internas, externas y la revisión del sistema por la dirección del centro.

5.2 Auditorías y sistemas de evaluación interna y externa

Como Sistemas de evaluación internos, se han definido:

- A) Auditoría interna: el Hospital se somete al proceso de auditoría interna realizada por el Núcleo Central de Calidad, que está formado por personal del corporativo. Se realiza con periodicidad anual y su alcance son todos los Procesos del Sistema en un plazo de tres años.
- B) Revisión por la Dirección: este sistema de evaluación interna se lleva a cabo mediante las herramientas que aportan las normas de referencia implementadas en el Hospital permiten realizar una evaluación continua de los procesos y del sistema en su conjunto, y de la revisión por la dirección. De dicha evaluación surgirán las oportunidades de mejora necesarias para abordar el siguiente período. En cualquier caso, el Plan va incorporando a lo largo del tiempo las mejoras o acciones correctivas precisas, nuevas metodologías y otros datos, que lo perfeccionan y enriquecen. Se realiza con periodicidad anual y su alcance son todos los Procesos del Sistema.

Como Sistema de Evaluación Externa del centro, adicionalmente, se contempla:

- A) Auditoría Externa: anualmente el Hospital Infanta Elena es auditado por una empresa externa dando la conformidad del sistema integral implantado, concediendo las respectivas certificaciones.
- B) Evaluación del cumplimiento de los Objetivos institucionales establecidos para los Hospitales y verificado por el organismo competente de la Consejería de Sanidad.

- C) El Informe de Resultados anuales de los Indicadores-Objetivos de Calidad comparando el Hospital con la media de su grupo y la media del SERMAS.

5.3 Memoria Anual

La Memoria Anual será elaborada al finalizar cada ejercicio por el NPC, la Comisión de Medio Ambiente y el Coordinador de Calidad y Medio Ambiente, con el apoyo del tutor del NCC y MA. Dicha Memoria integrará toda la información relevante y los resultados obtenidos en materia de Calidad, Medio Ambiente y Eficiencia Energética así como toda la información adicional que sea solicitada por el Servicio Madrileño de Salud. Se incluye en dicho documento, entre otros, el cumplimiento de las líneas de actuación previstas en el presente Plan.

ANEXO I: POLÍTICA DE CALIDAD, MEDIO AMBIENTE Y GESTIÓN ENERGÉTICA

Política integrada de CALIDAD, MEDIOAMBIENTE Y GESTIÓN ENERGÉTICA

Fecha de aprobación 6 de junio de 2011.

El Hospital Infanta Elena 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 legales y reglamentarios y otros requisitos que la organización suscriba, incluyendo los medioambientales y de gestión energética que sean aplicables a la actividad.

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.

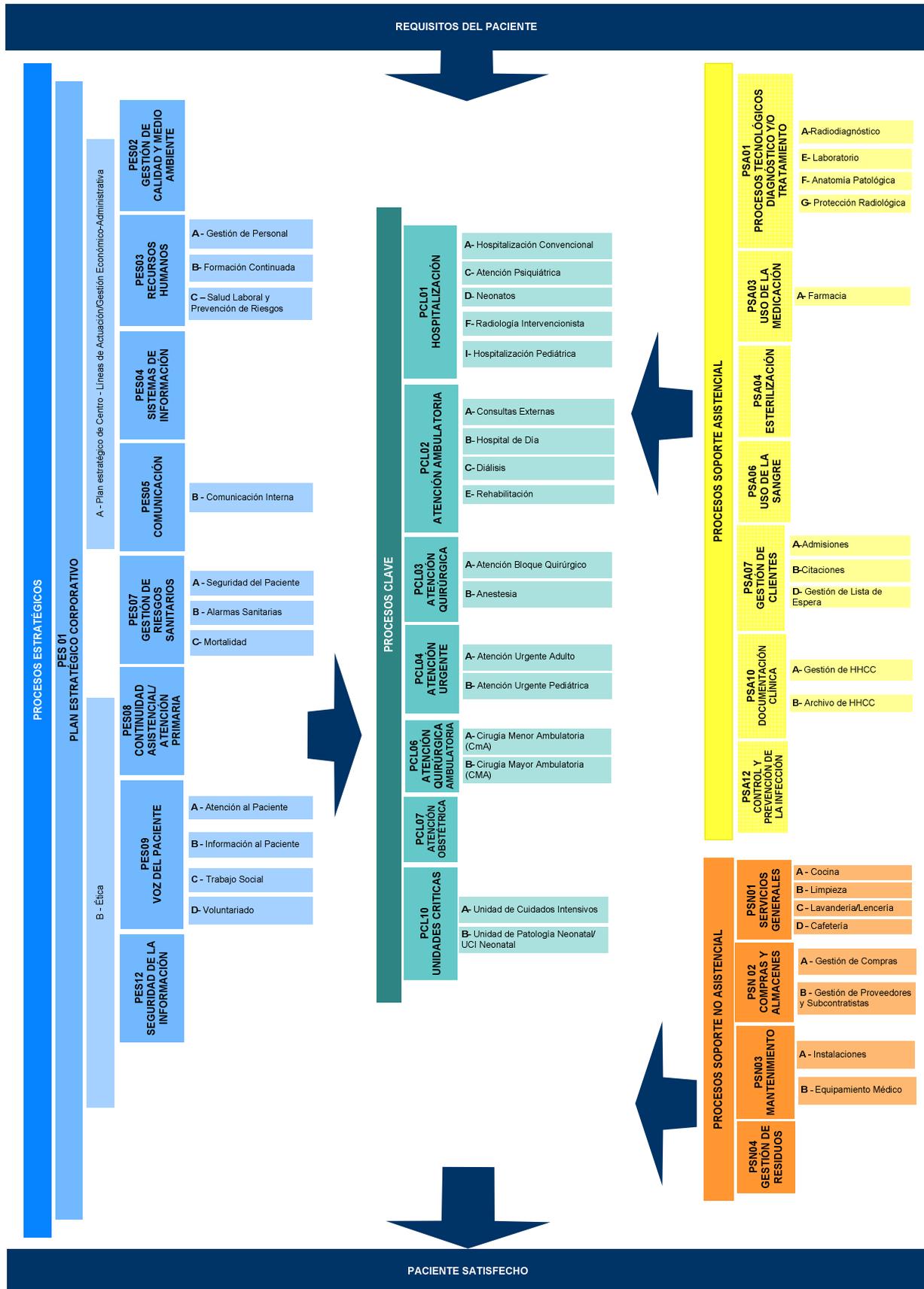
Mejorar la competitividad del centro disminuyendo los costes energéticos del mismo mediante la introducción de tecnologías y usos más eficientes.

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 II: MAPA DE PROCESOS



ANEXO III: LÍNEAS ESTRATÉGICAS DEL HOSPITAL INFANTA ELENA (2015-2018)

En el periodo 2015-2018, las líneas estratégicas son:

1. Lograr una prestación efectiva de la asistencia apropiada, asegurando un nivel máximo de calidad.

- A través del presente Plan de Calidad integrado en la gestión del centro y en los diferentes procesos.
- Con el apoyo del trabajo y las decisiones de las diferentes Comisiones Clínicas
- Certificaciones de Calidad (Certificación EFQM a la excelencia Europea, Acreditación Ad-Qualitatem del Servicio de Urgencias, Adhesión a la Red Hospitales sin Humo, Acreditación IHAN)
- Mejores profesionales
- Acciones de mejora definidas por los responsables de proceso.
- Acciones de Mejora definidas tras la autoevaluación de EFQM.
- Puesta en marcha de acciones para dar cumplimiento a los objetivos estratégicos del grupo y los institucionales del SERMAS.
- Evolución en los sistemas de información para el "trabajo en red": Implantación de Casiopea 2.0, Sistemas de información Asistencial centralizada (PACS, Anatomía Patológica) y Servicios no presenciales: Telemedicina, Portal del Paciente, Tele-ictus, e-consulta, interconsultas A.P para facilitar la integración con la red de Hospitales públicos y de AP.

2. Conseguir la máxima satisfacción de los usuarios y el cumplimiento de sus expectativas, siendo el mejor Hospital de la CAM en Grupo 1 en satisfacción de nuestros pacientes

- Uso de la tecnología para facilitar información y agilizar citas y procesos.
- Fomentar el uso del Portal del Paciente.
- Proyecto Cita Center para evitar que el paciente sea citado en mostrador. Citación telefónica, a través de correo electrónico o SMS.
- Comité de Calidad Percibida, donde se realiza el seguimiento de las diferentes medidas de satisfacción/insatisfacción.
- Ampliación del uso de la herramienta NPS (Net Promoter Score), para medir la satisfacción de nuestros usuarios
- Proyecto Trato y Tratamiento.
- Control en tiempo real de tiempos de espera de los pacientes en urgencias y consultas.
- Realización de estudios cualitativos con pacientes para evaluar la satisfacción de los pacientes en diferentes áreas.
- Ágil gestión de quejas por parte del Servicio de Atención al Usuario. Análisis de todas las quejas y reclamaciones por áreas y motivos. Establecimiento de planes de acción y mejora.

3. Política de Seguridad del Paciente:

- Coordinada desde la Unidad Funcional de Gestión de Riesgos Sanitarios, que establece las practicas seguras que se tienen que seguir en toda la organización para garantizar la seguridad del paciente. Realiza protocolos y procedimientos, lleva a cabo el análisis de los Efectos Adversos Notificados y pone en marcha medidas correctoras.
- Implantación de prácticas seguras: Rondas de seguridad, formación continuada en SP a todo el personal asistencial, autoevaluación y planes de mejora de higiene de manos, Check list qx, sistema notificación de errores de medicación, sistema notificación efectos adversos.
- Creación de reportes que nos permiten monitorizar los riesgos de nuestros pacientes relacionados con la seguridad.
- El paciente, el centro de nuestro trabajo: estrategia de buenas prácticas identificando las mejores prácticas clínicas de la organización, siguiendo el aprendizaje mutuo de la Red de Hospitales de Madrid.

ANEXO IV. CRONOGRAMA ACTUACIONES (HOSPITAL INFANTA ELENA AÑO 2015-2018)

	2015			2016			2017			2018																
	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic		
Control y Seguimiento Objetivos de Calidad de SERVMAS																										
Implantación y Seguimiento de los objetivos de Seguridad Paciente																										
Implantación y Seguimiento de los objetivos de Indicadores de Resultados																										
Implantación y Seguimiento de los objetivos de Calidad Percibida																										
Implantación y Seguimiento de los objetivos de Gestión de Calidad																										
Satisfacción del Paciente-Calidad Percibida																										
Realización de Encuestas de Satisfacción a Pacientes del SERVMAS																										
Realización de Encuestas NPS																										
Reuniones de Comité de Calidad Percibida: análisis encuesta satisfacción, seguimiento acciones de mejora, etc.																										
Encuestas tradicionales																										
Focus Group																										
Gestión de Riesgos																										
Reuniones JRGIS																										
Control y Seguimiento Objetivos de Calidad de Corporativos																										
Implantación y seguimiento de los Objetivos Corporativos																										
Mantenimiento del Sistema de Gestión Integral																										
Revisión del Sistema de Gestión por Dirección																										
Planificación y seguimiento de Objetivos del Sistema																										
Reuniones NPC/CGA																										
Control de procesos: seguimiento de indicadores.																										
Gestión documental																										
Formación en Calidad, Medio Ambiente y EFQM																										
Memoria Anual																										
EVALUACIONES EXTERNAS																										
INSPECCIONES/AUDITORIAS ADMINISTRACIÓN																										
Inspecciones UTC (servicios no asistenciales)																										
Auditoría Objetiva: Calidad y Seguridad de Pacientes, Atención al Paciente, Continuidad A.																										
Auditoría Servicio Mantenimiento																										
Auditoría del Servicio de Restauración																										
Auditoría Cooperativa de Calidad de Servicios No Sanitarios																										
AUDITORIAS ACREDITACIONES/ CERTIFICACIONES EMPRESAS EXTERNAS																										
Auditoría Externa Certificación Servicios Sanitarios y no Sanitarios (ISO 9001)																										
Auditoría Externa Sistema Integral (Medio Ambiente ISO 14001/ Energética ISO 50001)																										
Auditoría externa para la acreditación de Ad-Qualitem (Todo el Hospital)																										
Auditoría externa para la acreditación de Ad-Qualitem (Específico Servicio de Urgencias)																										
Auditoría externa para la acreditación de Hospital sin Humo (categoría Excelencia)																										
Auditoría externa para la acreditación de Hospital IHA4 - Fase 1D (Desarrollo)																										
Auditoría externa para la acreditación de Hospital IHA4 - Fase 2D (Desarrollo)																										
Auditoría externa para la acreditación de Hospital IHA4 - Fase 3D (Difusión)																										
Auditoría externa Certificación según OSHAS :8001																										
Auditoría externa para el Reconocimiento de Excelencia EFQM																										
EVALUACIONES INTERNAS																										
AUDITORIAS INTERNAS																										
Auditoría Interna Servicios Sanitarios y no Sanitarios (ISO 9001)																										
Auditoría Interna Sistema Integral (Gestión Calidad/Medio Ambiente/ Energética)																										
AUTOEVALUACIONES																										
Autoevaluación para la acreditación de Hospital sin Humo (categoría Plata)																										
Autoevaluación EFQM																										
 NUEVAS ACREDITACIONES																										
Accreditación CAT (Auditoría Externa)																										
Accreditación Unidad Endoscopia Respiratoria (Nivel 3)-Autoevaluación																										
Accreditación Unidad del Sueño (Unidad Básica)-Autoevaluación																										