



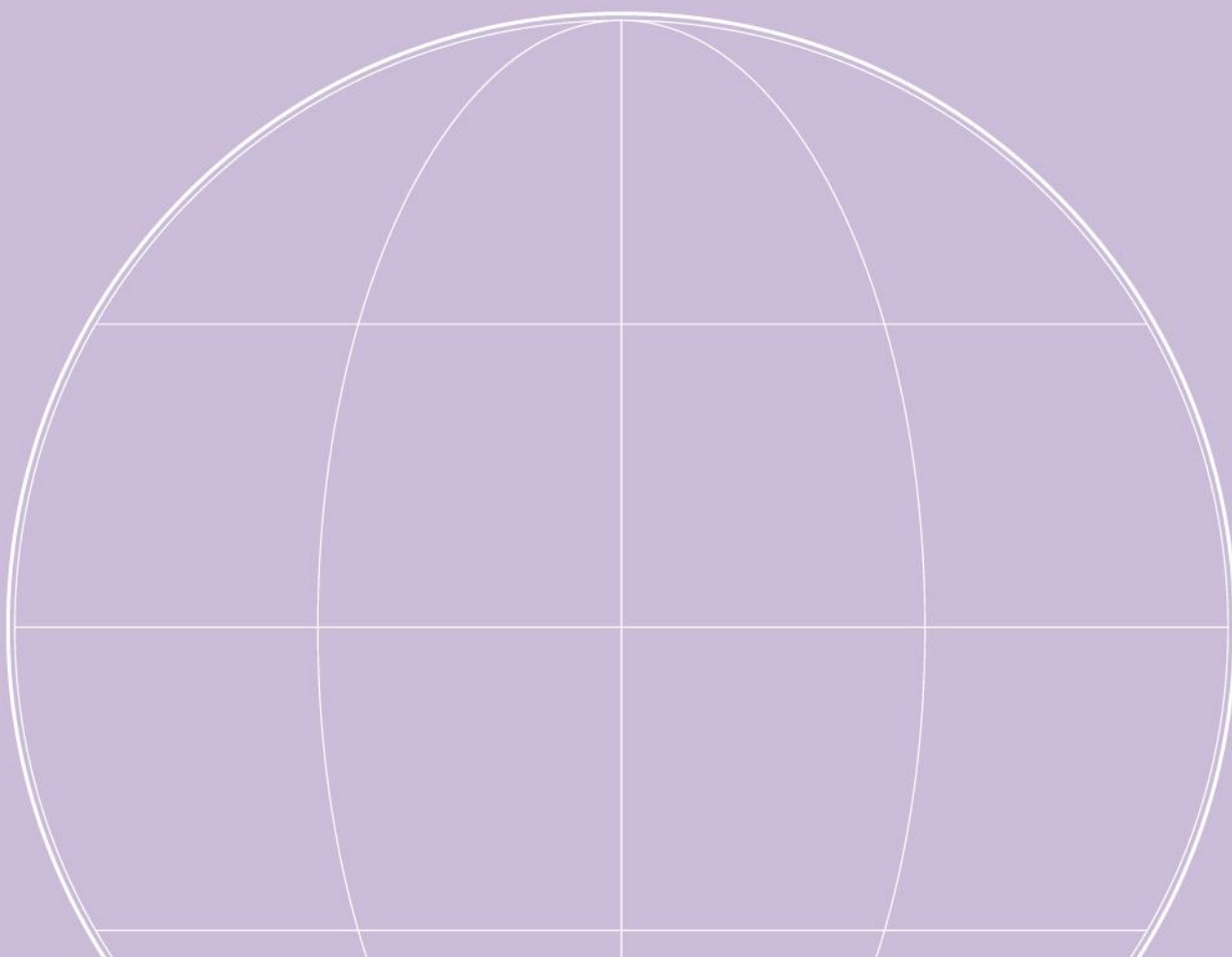
PARTE DE *Bupa*

Hospital Universitario de Torrejón

PLAN DE CALIDAD 2015-2018

www.sanitas.es

Febrero 2016



PLAN DE CALIDAD 2015-2018

Contenido

POLITICA DE GESTION	3
INTRODUCCIÓN	4
BALANCE DEL ANTERIOR PLAN DE CALIDAD	4
LÍNEAS DE ACTUACIÓN 2015 -2018	8
LÍNEA DE ACTUACIÓN 1: conocer y mejorar la calidad percibida por los ciudadanos	8
LINEA DE ACTUACION 2: implantar modelos de calidad	10
1. Modelo EFQM	10
2. ISO 9001: calidad	11
3. ISO 14001: gestión ambiental.....	12
4. UNE 170001 – accesibilidad universal	13
5. ISO 14064 – huella de carbono	14
6. ISO 50001 – gestión energética	15
LINEA DE ACTUACION 3: gestión de procesos	16
LINEA DE ACTUACION 4: desplegar la gestión de riesgos.....	19
LINEA DE ACTUACION 5: impulsar la cultura y formación en calidad	22
INFRAESTRUCTURA DE LA CALIDAD	23
EVALUACION Y SEGUIMIENTO	23
CRONOGRAMA.....	24

PLAN DE CALIDAD 2015-2018

POLITICA DE GESTION

Nuestro propósito es lograr que nuestros clientes alcancen una vida más larga, más sana y más feliz, ofreciendo siempre la mejor calidad en el servicio con un enfoque de sostenibilidad, minimizando los riesgos que nuestras actividades puedan generar a nuestro entorno.

Los profesionales, la organización y los proveedores se tienen que implicar de tal manera que tengamos todos un objetivo común.

Con el fin de conseguir esto, Sanitas Hospitales se marca estos objetivos generales:

- **Eficiencia y excelencia** en la gestión interna con la aplicación de un Modelo de Gestión integrando aspectos económicos, técnicos, ambientales y sociales.
- **Prevenir y minimizar los impactos ambientales** producidos por la actividad de la Organización, estableciendo los mecanismos necesarios para una adecuada segregación y disminución en volumen y peligrosidad de los residuos sanitarios, las emisiones a la atmósfera y el consumo de recursos naturales, mediante la creación de disposiciones para el uso y consumo de la energía de forma sostenible y con criterios de eficiencia energética.
- **Mejorar el desempeño energético** apoyando la adquisición de productos y servicios energéticamente eficientes y el diseño.
- El compromiso de la organización con programas de **mejora continua**.
- El compromiso con el **cumplimiento de los requisitos legales**, reglamentarios, los criterios DALCO en materia de accesibilidad y otros requisitos que se suscriban aplicables a nuestras actividades.
- Alto grado de **satisfacción del cliente externo**, el paciente, mediante el cumplimiento de todos sus requisitos.
- Alto grado de **satisfacción del cliente interno**, nuestros profesionales sanitarios y no sanitarios, que han de estar motivados y formados para dar un trato lo más personalizado posible a nuestros clientes.

Las directrices de la política de gestión servirán como marco de referencia para el establecimiento y revisión de objetivos de gestión particulares y los objetivos institucionales y requerimientos del **Servicio Madrileño de Salud**. Dichos objetivos serán difundidos al resto de la organización y se establecerán en las funciones y niveles pertinentes dentro de ésta, siendo evaluado periódicamente el avance en la consecución de los mismos y su consistencia.

PLAN DE CALIDAD 2015-2018

INTRODUCCIÓN

El presente plan de calidad 2015-2018 se ha elaborado de acuerdo a lo descrito en el “Plan de calidad del Hospital y Centro de Especialidades de Torrejón de Ardoz”, versión 2.0 de octubre de 2010, que establece las siguientes líneas de actuación:

1. Conocer y mejorar la calidad percibida por los ciudadanos
2. Implantar modelos de calidad
3. Promover la gestión de procesos
4. Desplegar la gestión de riesgos (recogido en plan específico de gestión de riesgos)
5. Impulsar la cultura y formación en calidad

BALANCE DEL ANTERIOR PLAN DE CALIDAD

A continuación se exponen las acciones realizadas en relación con cada una de las líneas de actuación del anterior plan de calidad.

1. Conocer y mejorar la calidad percibida por los ciudadanos
 - 1.1. Se creó el Comité de calidad percibida
 - 1.2. Se establecieron puntos de información:
 - En urgencias, consultas externas, área quirúrgica, centro de especialidades
 - Chaquetas verdes
 - Hojas de información al paciente
 - Información a través de sms (citas, tiempo de espera en urgencias, evolución de pacientes en urgencias y bloque quirúrgico, campañas, noticias...)
 - Mejora de la atención a las necesidades de traducción de pacientes extranjeros
 - 1.3. Se realizó la encuesta anual realizada por el Servicio Madrileño de Salud y se establecieron acciones de mejora a partir de los resultados recibidos.
 - 1.4. Se realizó cuatrimestralmente el Barómetro de calidad y se establecieron acciones de mejora a partir de los resultados recibidos.
 - 1.5. Se implantó el procedimiento de “la voz del cliente” que incluye la gestión de reclamaciones de pacientes. Se elaboró un informe anual de reclamaciones y se realizaron acciones de mejora a partir del análisis del mismo.
 - 1.6. Se implantó el programa de acogida y alta de pacientes ingresados

PLAN DE CALIDAD 2015-2018

1.7. Se ha desarrollado de la página web con los siguientes contenidos:

- Información divulgativa orientada específicamente a los usuarios del Hospital y Centro de Especialidades de Torrejón de Ardoz.
- Noticias, reportajes y contenidos audiovisuales destinados a conocer la enfermedad y prevenirla.
- Novedades sobre temas de salud y oferta de servicios, u otros enlaces de interés
- Publicaciones de libre divulgación suscritas por el hospital.

1.8. Se establecieron los mecanismos de citación de acuerdo a los criterios establecidos por el Servicio Madrileño de Salud

- Cajeros multifuncionales: comprobación de citas, validación de citas, etc.
- Información sobre citas vía sms.

2. Implantación de modelos de calidad

2.1. EFQM:

- Se crearon los grupos de mejora EFQM
- Se realizó formación sobre el modelo EFQM
- Se creó un grupo de autoevaluación
- Se realizó la primera autoevaluación

2.2. ISO 9001

Se obtuvo la certificación con el siguiente alcance:

Cocina, banco de sangre, urgencias, admisión y recepción, diagnóstico por imagen, Laboratorio de análisis clínicos, farmacia, anatomía patológica, hospitalización a domicilio, atención al paciente, mantenimiento, esterilización.

2.3. ISO 14001

Se obtuvo la certificación para el Hospital Universitario de Torrejón y el Centro de Especialidades.

2.4. UNE 170001 – accesibilidad universal

Se obtuvo la certificación para el Hospital Universitario de Torrejón.

2.5. Otras certificaciones

Se obtuvieron adicionalmente las certificaciones ISO 50001 de gestión energética e ISO 14064 de huella de carbono.

PLAN DE CALIDAD 2015-2018

3. Promover la gestión de procesos

Se implantó un sistema de gestión de procesos según la planificación establecida para la certificación ISO 9001. Se realizaron las siguientes actividades:

- Identificación de procesos – mapa de procesos
- Asignación de procesos de procesos
- Descripción de fichas de procesos
- Establecimiento de indicadores
- Definición de procedimientos/protocolos/guías clínicas
- Evaluación de procesos
- Desarrollo de aplicación informática

4. Desplegar la gestión de riesgos

Se han realizado las siguientes actividades:

- Puesta en marcha del Comité de Seguridad del paciente:
- Nombramiento de responsables de Seguridad del Paciente en cada Servicio/ Departamento
- Definición de objetivos específicos responsables Comité
- Encuesta de cultura de seguridad
- Formación en Seguridad del Paciente: plan de Acogida, curso de seguridad del Paciente, formación específica en Higiene de Manos, formación a estudiantes de medicina /enfermería Universidad Francisco de Vitoria, taller de formación Análisis Causa Raíz, Curso básico on line
- Aprobación y Puesta en marcha del Sistema de notificación de incidentes
- Realización de Rondas de seguridad mensuales
- Sesiones Generales: sistema de notificación, Comunicación y trabajo en equipo, recomendaciones sobre no hacer, listado de verificación quirúrgica
- Practicas seguras:
 - Uso seguro del medicamento: Actualización Bases Datos Florence, prescripción electrónica asistida, Implantación prescripción electrónica ICIP
 - Listado de verificación: Implantación del LVQ, evaluación del cumplimiento del LVQ, Implantación de LV parto, Implantación de LV procedimientos no quirúrgicos (digestivo, radiología intervencionista, cardiología, neumología)
 - Higiene de manos: creación del Comité de Higiene de manos, ubicación de dispensadores en puntos de atención, planes de mejora anuales tras realizar encuesta, estudios observacionales anuales, actividades específicas Día Mundial Higiene de Manos, proyecto dispensadores inteligentes, formación específica

PLAN DE CALIDAD 2015-2018

- ENVIN. Participación anual en ENVIN Simplificados y completo 3 meses
 - Bacteriemia relacionada con catéter: Participación en el proyecto. Tasa de BRC inferior al estándar propuesto
 - Neumonía asociada a ventilación mecánica: Participación en el proyecto. Tasa de BRC inferior al estándar propuesto
 - Resistencia ZERO. Participación en el proyecto. Tasa de BRC inferior al estándar propuesto
 - Identificación inequívoca (medición indicador a través de corte anual)
 - Caídas (medición indicador). Registro específico
 - Úlceras por presión (medición indicador). Registro específico
 - Profilaxis enfermedad tromboembólica (medición indicador)
 - Proyecto alarma electrónica. Implantado en UCI
 - Uso seguro radiaciones ionizantes: Recomendaciones No hacer de las Sociedades Científicas
 - Seguridad del paciente en urgencias: implantación de briefings, reducción infecciones asociadas a cateter venosoperiférico, plan de acogida a profesionales, triaje.
 - Protocolos: profilaxis de enfermedad tromboembólica, protocolo del manejo paciente con dolor, protocolo de prevención de caídas, protocolo profilaxis antibiótica, bacteriemia zero, neumonía Zero, úlceras por presión, identificación inequívoca, etiquetado de fármaco de alto riesgo, protocolo de riesgo fuga, protocolo inmovilización terapéutica, protocolo uso racional de antibióticos, protocolo órdenes verbales
-
- Difusión actividades: Boletines semestrales / difusión a través de intranet
 - Investigación: 2 premios de Seguridad del Paciente al Comité de Seguridad (Rondas de Seguridad / Implantación de listado de verificación quirúrgica), presentación de comunicaciones a Jornadas y Congresos, participación en ponencias en Jornadas y Congresos de miembros del Comité de Seguridad
 - Presentación Plan de Actuación situación de crisis. Información de eventos adversos. Segundas víctimas

5. Impulsar la cultura y formación en calidad

Se realizaron las siguientes actividades:

- Programa de formación específico en calidad: ISO 9001, ISO 14001, UNE 17001, ISO 50001, ISO 140064, EFQM

PLAN DE CALIDAD 2015-2018

- Participación de los profesionales como propietarios de procesos, participación en grupos de evaluación y de mejora EFQM
- Colaboración del hospital con organizaciones y grupos de expertos: SECA y Agacs.

LÍNEAS DE ACTUACIÓN 2015 -2018

LÍNEA DE ACTUACIÓN 1: conocer y mejorar la calidad percibida por los ciudadanos

1. Mantenimiento del Comité de calidad percibida
2. Mantenimiento de puntos de información:
 - En urgencias, consultas externas, área quirúrgica, centro de especialidades
 - Chaquetas verdes
 - Hojas de información al paciente
 - Información a través de sms (citas, tiempo de espera en urgencias, evolución de pacientes en urgencias y bloque quirúrgico, campañas, noticias...)
 - Mejora de la atención a las necesidades de traducción de pacientes extranjeros
3. Mantenimiento de la encuesta anual del Servicio Madrileño de Salud
 - Establecimiento de acciones de mejora a partir de los resultados recibidos
4. Mantenimiento del Barómetro de calidad
 - Realización de estudio de satisfacción cuatrimestralmente a los pacientes del HUT mediante entrevista telefónica
 - Establecimiento de acciones de mejora a partir de los resultados recibidos
5. Realización de grupos focales con pacientes
6. Mantenimiento de la Gestión de reclamaciones de pacientes

PLAN DE CALIDAD 2015-2018

- Implantación del procedimiento “la voz del cliente”
 - Elaboración de informe anual de reclamaciones
 - Establecimiento de acciones de mejora a partir del informe de reclamaciones
7. Mantenimiento del programa de acogida y alta de pacientes ingresados
- Implantación del protocolo de acogida y alta de los pacientes
 - Entrega de la guía de acogida para pacientes hospitalizados y acompañantes del Servicio Madrileño de Salud
 - Entrega de la guía de información al alta para pacientes hospitalizados y acompañantes
 - Entrega de la guía de atención al duelo.
8. Mantenimiento de la página web
- Información divulgativa orientada específicamente a los usuarios del Hospital y Centro de Especialidades de Torrejón de Ardoz.
 - Noticias, reportajes y contenidos audiovisuales destinados a conocer la enfermedad y prevenirla.
 - Novedades sobre temas de salud y oferta de servicios, u otros enlaces de interés
 - Publicaciones de libre divulgación suscritas por el hospital.
9. Mantenimiento de mecanismos de citación
- Mantener los mecanismos de citación de pacientes de acuerdo a los criterios establecidos por el Servicio Madrileño de Salud
 - Cajeros multifuncionales: comprobación de citas, validación de citas, etc.
 - Información sobre citas vía sms.

PLAN DE CALIDAD 2015-2018

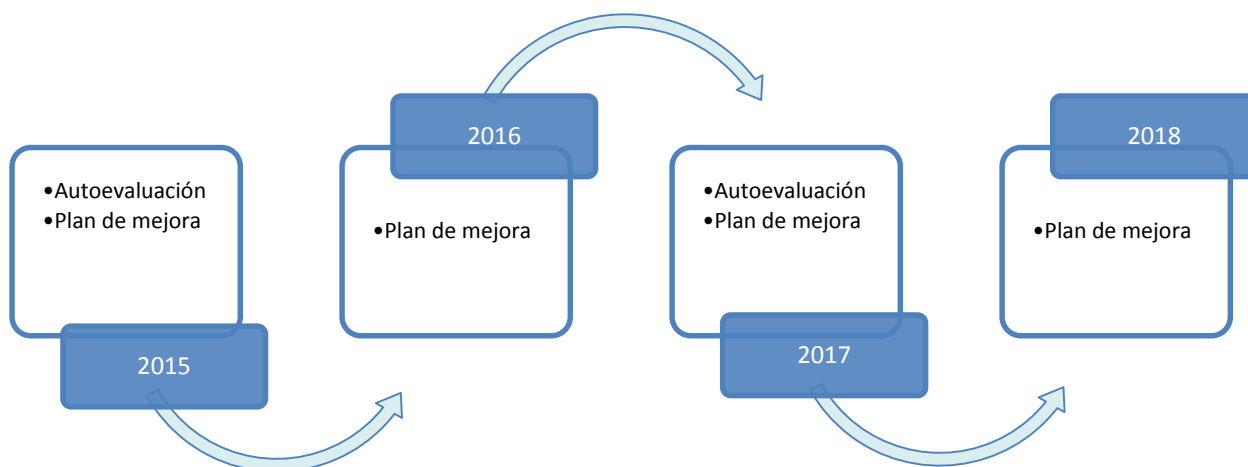
LINEA DE ACTUACION 2: implantar modelos de calidad

1. Modelo EFQM

- A. Formación en el modelo EFQM
- B. Creación de grupos de evaluación
- C. Autoevaluación:
 - Evaluaciones individuales
 - Reuniones de consenso
 - Informe de autoevaluación
- D. Definición del plan de mejora EFQM



Los ciclos de mejora según el modelo EFQM se acompañarán a los establecidos para los hospitales del Servicio Madrileño de Salud.

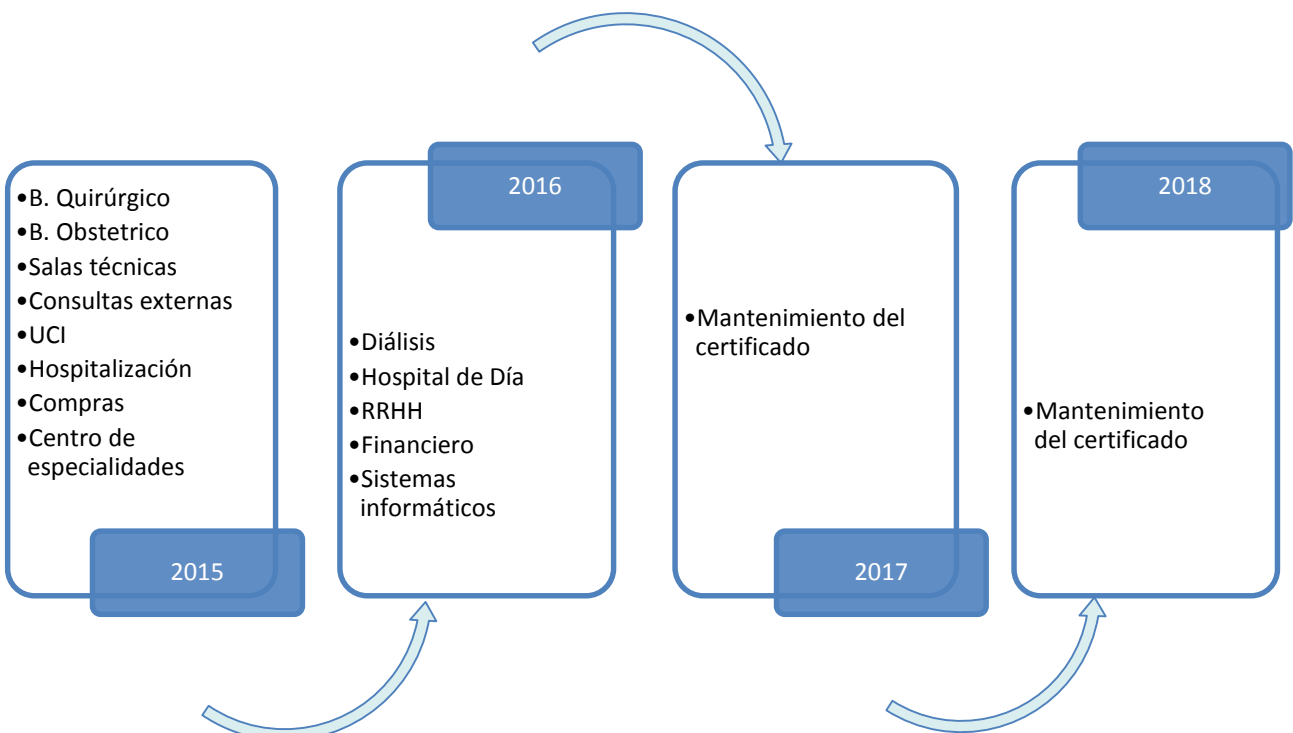


PLAN DE CALIDAD 2015-2018

2. ISO 9001: calidad

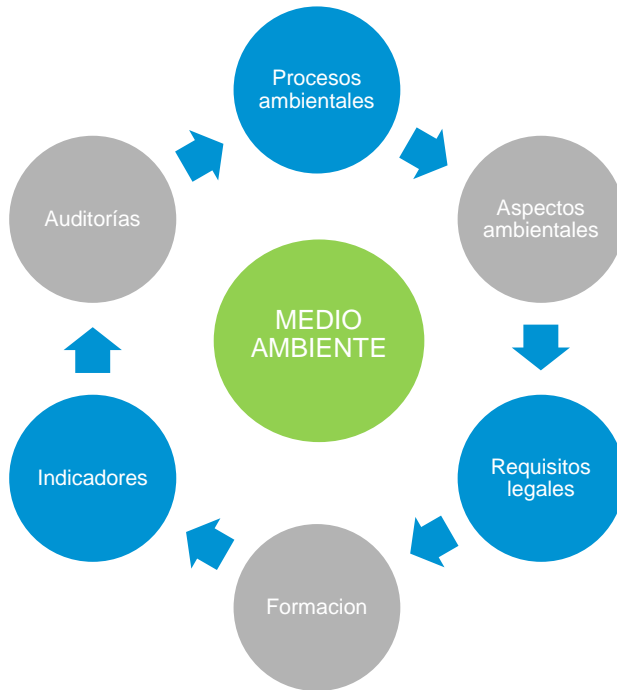


- A. Definición de manual de gestión de calidad
- B. Implantación requisitos norma ISO 9001
- C. Auditoría de certificación

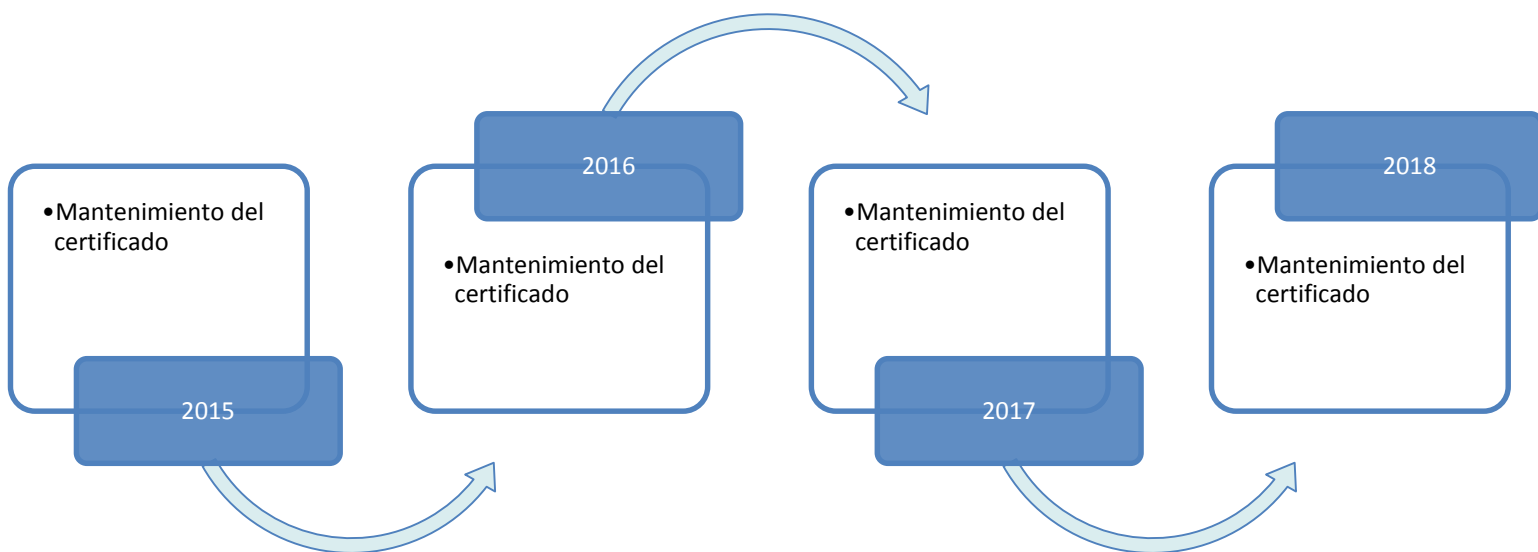


PLAN DE CALIDAD 2015-2018

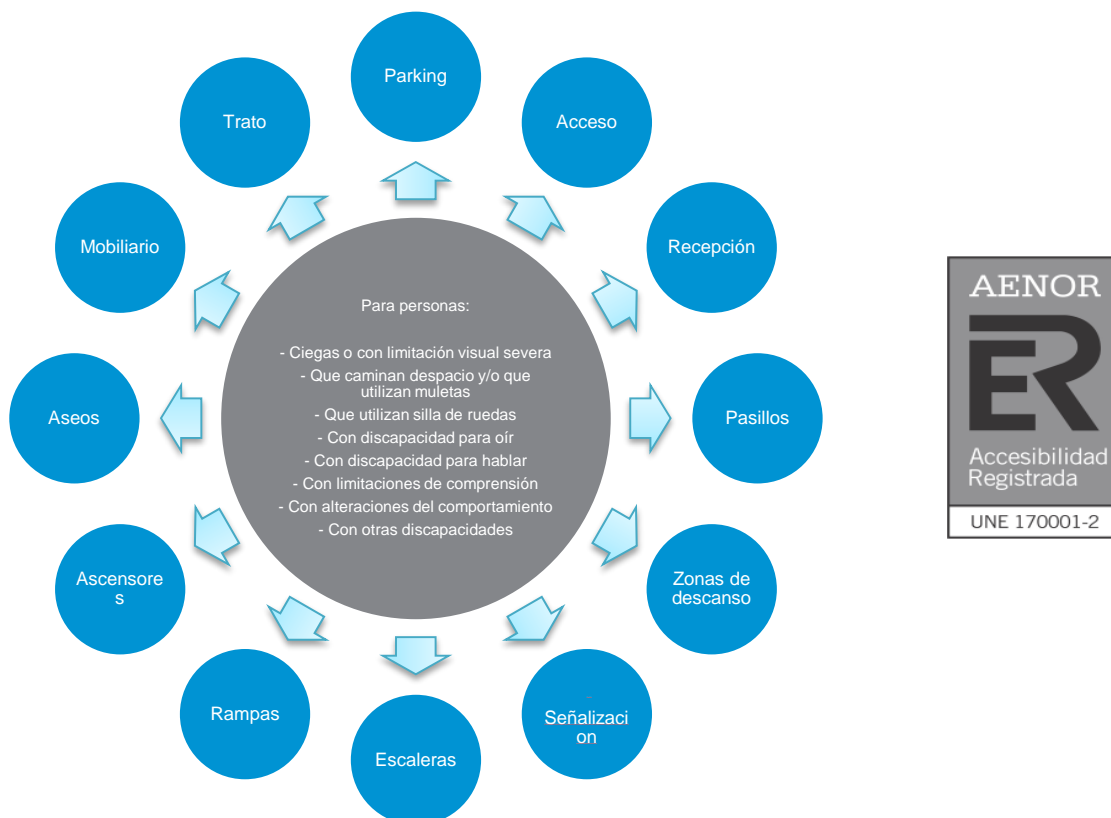
3. ISO 14001: gestión ambiental



- A. Definición de manual de gestión ambiental
- B. Implantación requisitos norma ISO 14001
- C. Auditoría de certificación



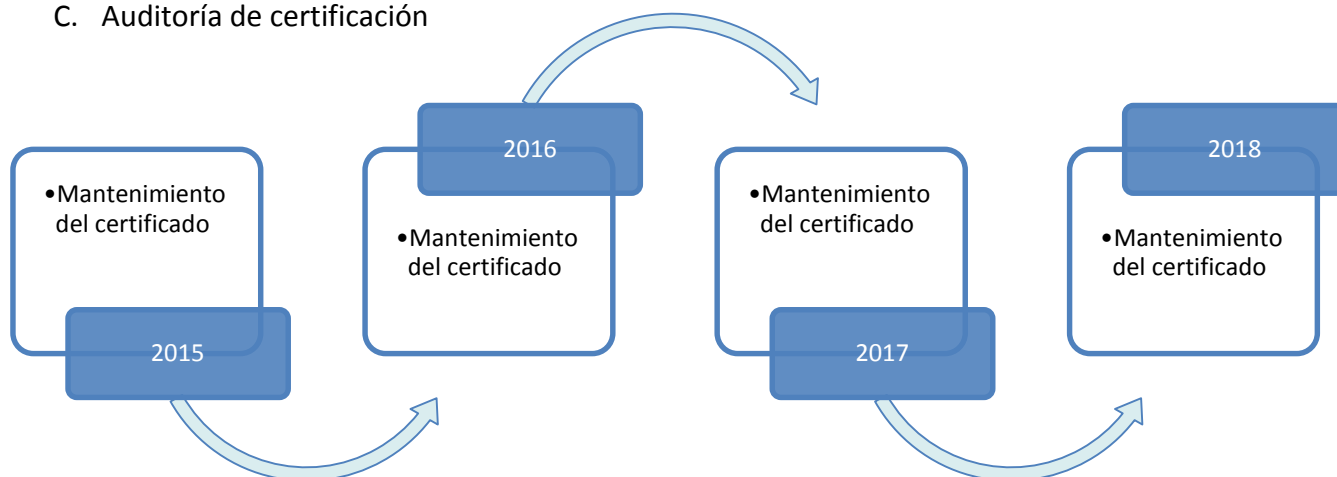
4. UNE 170001 – accesibilidad universal



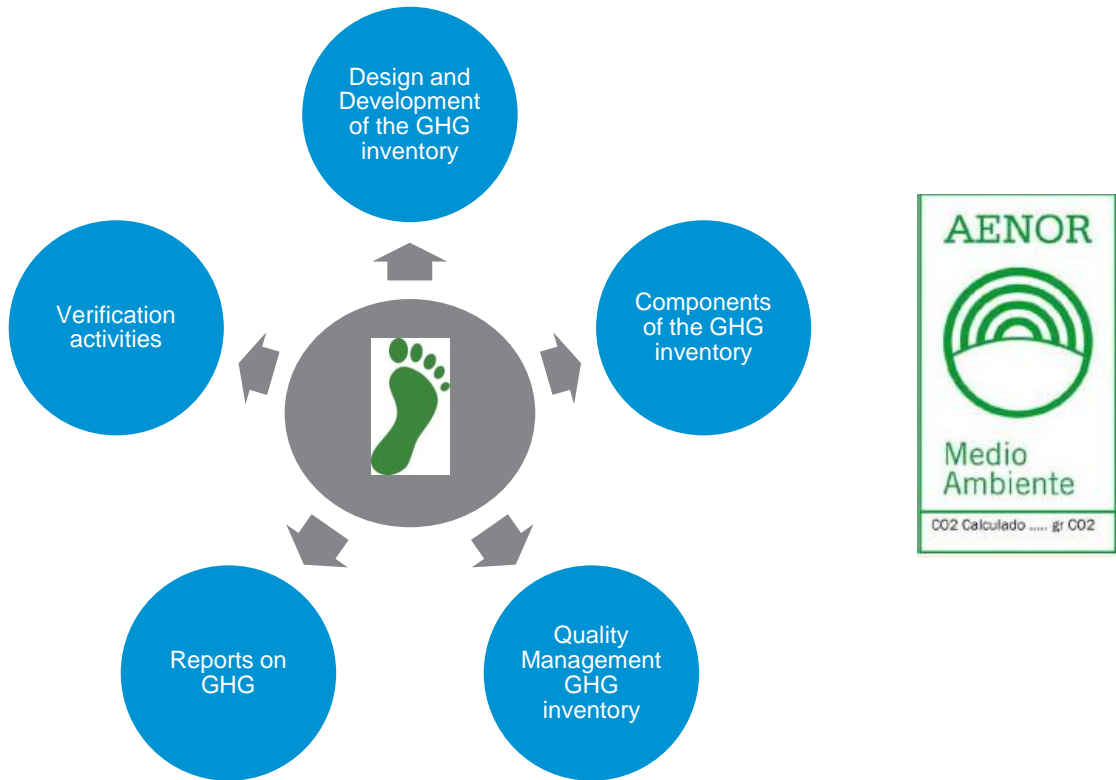
A. Definición de manual de gestión de accesibilidad

B. Implantación requisitos norma UNE 170001

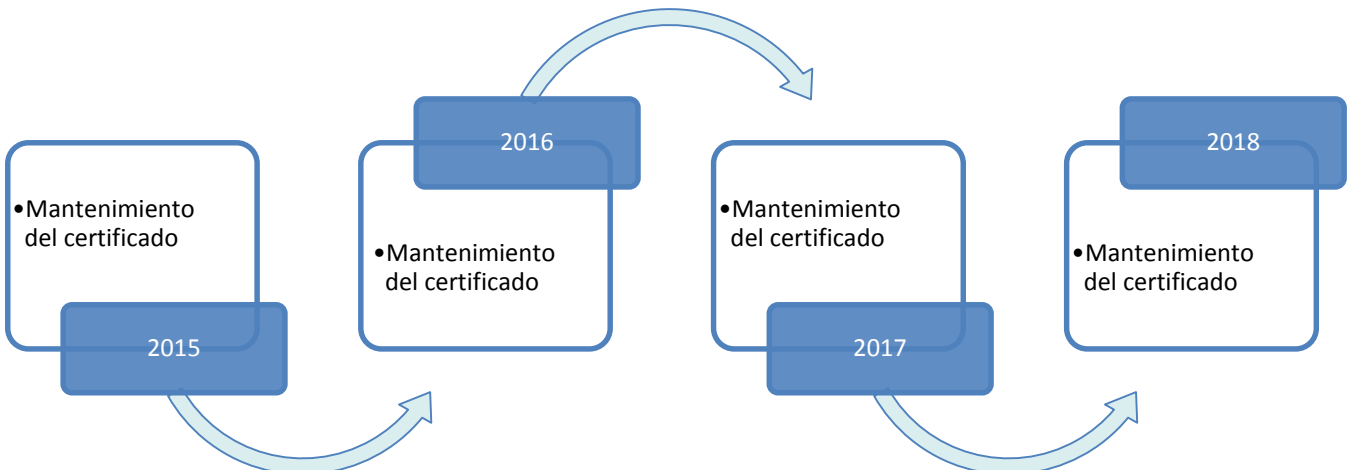
C. Auditoría de certificación



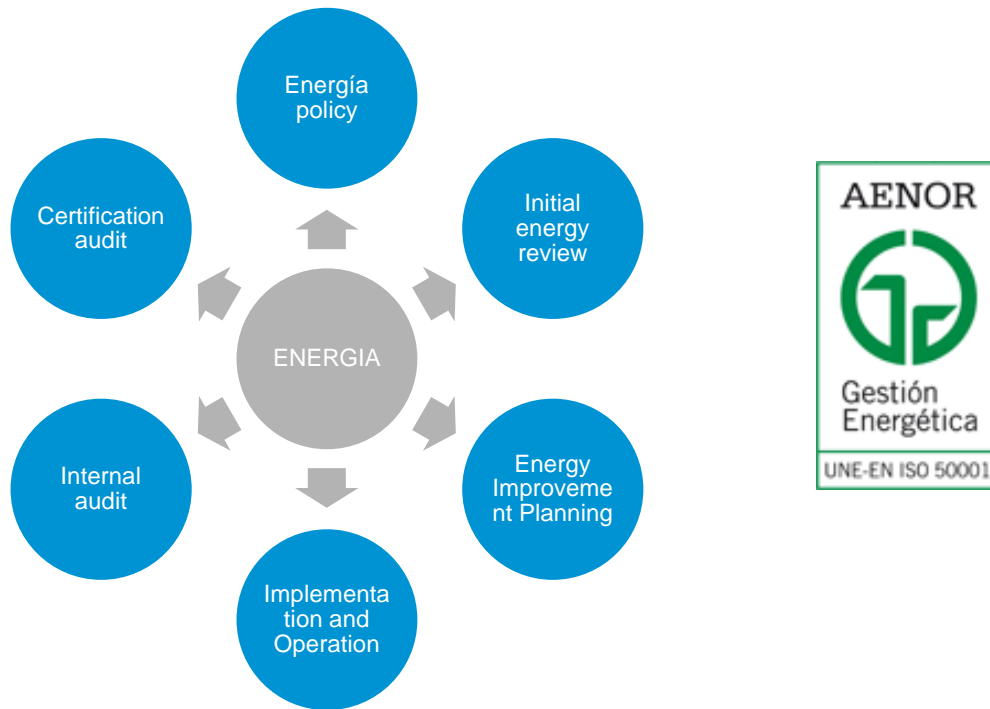
5. ISO 14064 – huella de carbono



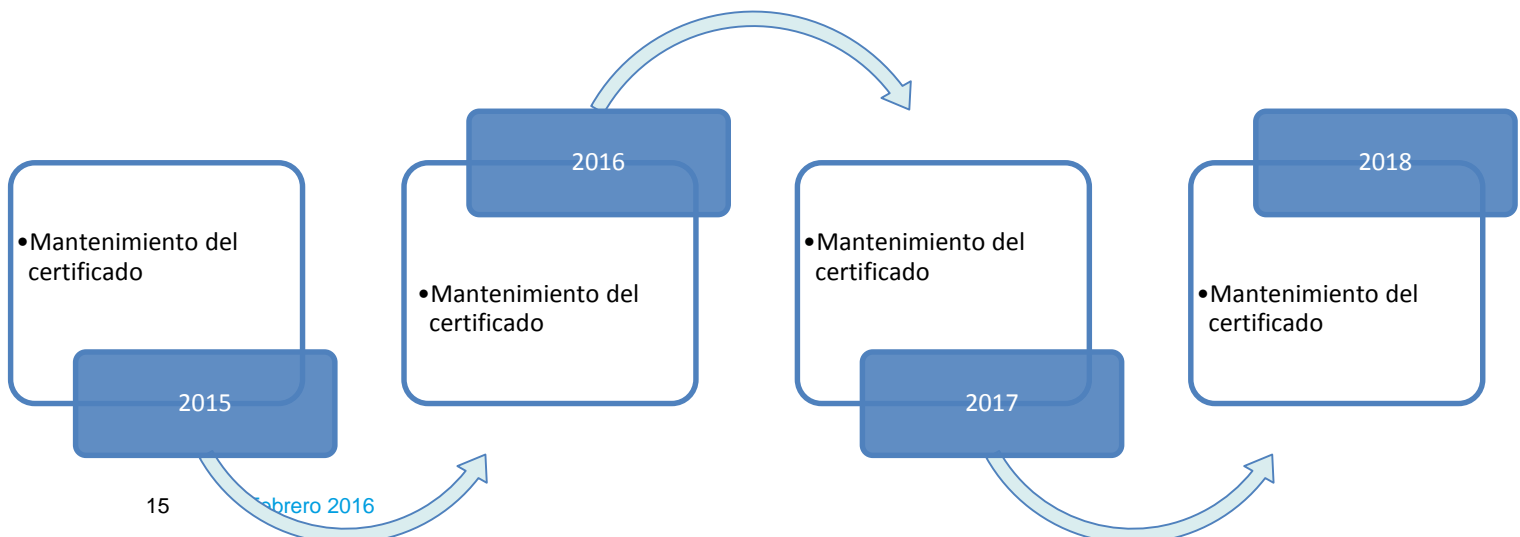
- A. Definición del inventario de Gases de Efecto Invernadero (GEI)
- B. Elaboración de la documentación del sistema de gestión de la calidad del inventario de GEI
- C. Verificación externa del informe GEI



6. ISO 50001 – gestión energética



- A. Definición de manual de gestión energética
- B. Implantación requisitos norma ISO 50001
- C. Auditoría de certificación



PLAN DE CALIDAD 2015-2018

LINEA DE ACTUACION 3: gestión de procesos

Se continuará con la implantación del sistema de gestión de procesos según la planificación establecida para la certificación ISO 9001

1. Metodología general

- Definición de mapas de procesos
- Asignación de propietarios de procesos
- Descripción de fichas de procesos
- Definición de indicadores de procesos
- Definición de procedimientos de trabajo
- Evaluación anual de procesos y detección de áreas de mejoras

2. Definición de mapas de procesos

- Se formará un grupo de trabajo que conozca a fondo el área a definir.
- Se hará una lista de los procesos o “QUÉS” que se llevan a cabo en la organización para desarrollar la misión de ésta.
- Se establecerán 3 tipos de procesos:
 - Estratégicos: son los que partiendo de las necesidades y expectativas de los clientes así como de los controles externos permiten desarrollar las pautas de actuación.
 - Clave: en los que existe contacto con el cliente externo y permiten cumplir la misión de la organización.
 - Soporte: facilitan los recursos necesarios al resto de los procesos.
- Se representarán gráficamente en forma de mapa

3. Asignación de propietarios de procesos

- Serán personas implicadas en el proceso y que por tanto lo conoce bien, designadas por los dirigentes de la organización para asumir la responsabilidad de gestionar su proceso.

PLAN DE CALIDAD 2015-2018

- Asumirán los objetivos y la responsabilidad del proceso.
 - Se ocuparán de las relaciones con otros procesos, de los clientes y los proveedores.
 - Se asegurarán de que su proceso está adecuadamente documentado y de que la información llegue a las personas implicadas en él.
 - Gestionarán, implicando a todas las personas, la evaluación, el análisis de los problemas y la búsqueda de soluciones para mejorar continuamente la satisfacción del cliente y la eficiencia.
4. Descripción de fichas de procesos
- Se definirá la misión, entradas y salidas, grupos de interés, recursos y controles.
 - Se definirán las tareas y actividades que se realizan en cada proceso.
 - Se definirán los registros de tareas y actividades.
5. Definición de indicadores de procesos
- Se definirán los indicadores que permitan controlar cada proceso en cuanto a su efectividad y eficiencia.
 - Los propietarios de los procesos reportarán los resultados de los indicadores con la periodicidad establecida en cada caso.
6. Definición de procedimientos de trabajo
- Se definirá la forma de realizar las actividades de cada procesos (cómo lo hacemos)
 - Dentro de un proceso en el que se realizan varias actividades relacionadas, podrán existir tantos procedimientos como actividades haya.
 - Se unificarán los procedimientos de los distintos centros siempre que sea posible.
7. Evaluación de procesos y detección de mejoras
- Se evaluarán los procesos para detectar áreas de mejora
 - Se priorizarán las acciones de mejora detectadas
 - Se analizarán las áreas de mejora priorizadas

PLAN DE CALIDAD 2015-2018

- Se planificarán y pondrán en marcha acciones de mejora
- Se mejorarán los procesos actuales que se consideren necesarios

PLAN DE CALIDAD 2015-2018

LINEA DE ACTUACION 4: desplegar la gestión de riesgos



Objetivo principal: Gestionar el riesgo asistencial para la mejora de la seguridad del paciente en el ámbito de la atención sanitaria.

Los objetivos específicos son:

- Mejorar la cultura de seguridad de la institución sensibilizando tanto a pacientes como a profesionales.
- Formación: la formación de los profesionales en el ámbito de la seguridad del paciente son uno de los principales recursos para disminuir el riesgo asistencial. La formación puede ser genérica difundiendo conceptos básicos relacionados con la seguridad o específica en determinados ámbitos.
- Identificación de riesgos a través de diferentes fuentes de información
- Evaluación y análisis de riesgos, estableciendo aquellos que deben ser tratados y priorizando las actuaciones a realizar
- Tratamiento de riesgos: estableciendo medidas para la mejora de la seguridad a través de acciones específicas o implantando prácticas seguras clínicas.

PLAN DE CALIDAD 2015-2018

5. Mantenimiento del Comité de Seguridad del Paciente (UFGR)
 - Comité multidisciplinar
 - Reuniones 1-2 mensuales
6. Promover y difundir la Cultura de Seguridad
 - Difundir las actividades del Comité de Seguridad a través de intranet, boletines semestrales
 - Encuesta de Cultura de Seguridad
 - Promover la participación de los pacientes: díptico sobre Seguridad del Paciente
 - Promover la participación de los profesionales: nombramiento de referentes de seguridad en los diferentes servicios/departamentos
7. Liderazgo
 - Mantener Rondas de Seguridad y análisis de los resultados: 10 anuales
8. Formación en Seguridad del Paciente
 - Formación básica en SP: curso on-line
 - IV Curso de Seguridad del paciente (a responsables y referentes de seguridad)
 - Formación específica en Higiene de Manos
 - Impartición de sesiones específicas en servicios clínicos
 - Sesión general sobre Seguridad del Paciente anual
 - Formación en SP en el plan de acogida a estudiantes medicina/enfermería
 - Participación en el Training Program: patient safety
9. Gestión del riesgo
 - Sistema de notificación de incidentes: mantener los sistemas actuales de notificación (general, UCI, SENSAR, urgencias, medicación, transfusiones, quejas y reclamaciones) y análisis

PLAN DE CALIDAD 2015-2018

- Análisis Causa Raíz de eventos centinela (never events e incidentes críticos)

10. Prácticas seguras

- Uso seguro del medicamento: actualización base de datos del Florence; sistema de prescripción electrónica en UCI; autoevaluación del cuestionario uso seguro medicación
- Listado de verificación: Mantener el cumplimiento del LVQ; consolidar el cumplimiento del LV parto; implantar el LV en procedimientos no quirúrgicos (endoscopia, hemodinámica)
- Entorno seguro inmobilizaciones
- Transfusión segura de hemoderivados
- Prevención infección asociada a la atención sanitaria
 - Higiene de manos: autoevaluación, planes de mejora, estudio observacional adherencia, proyecto dispensadores inteligentes de HM
 - Mantener la participación en el ENVIN
 - Mantener participación en Bacteriemia zero (< 3 BRC/1000 d CVC)
 - Mantener participación en Neumonía Zero (< 8 NAV/1000 d VM)
 - Reducir las infecciones relacionadas con sonda urinaria
 - Resistencia zero
- Identificación inequívoca: medición del indicador con corte observacional
- Prevención de las caídas: medición indicador mensual
- Prevención úlceras por decúbito: medición indicador mensual
- Enfermedad tromboembólica: medición de indicador mensual. Implantación de alerta electrónica en los servicios de medicina interna, cirugía general y UCI
- Uso seguro de radiaciones ionizantes: reducir el número de Rx Tórax en UCI

PLAN DE CALIDAD 2015-2018

11. Protocolos relacionados con la Seguridad del paciente

- Actualizar los protocolos del Comité de Seguridad
- Elaborar nuevos protocolos: Uso racional de antibióticos

12. Investigar en Seguridad del Paciente

- Proyecto “No hacer”
- Difusión en Jornadas y congresos

13. Elaboración de un Plan de actuación en situación de crisis. Información de eventos adversos. Segundas víctimas

LINEA DE ACTUACION 5: impulsar la cultura y formación en calidad

1. Programa de formación específico en calidad

Se realizarán actividades de formación presencial/ on-line/ folletos

- ISO 9001
- ISO 14001
- UNE 170001
- EFQM

2. Participación de los profesionales

Se fomentará la participación de los profesionales en el plan de calidad a través de:

- Designación de propietarios de procesos
- Grupos de evaluación EFQM
- Plan de mejora EFQM

3. Colaboración con organizaciones y grupos de expertos

- Asociación a Agacs
- Asociación a SECA/AEC

PLAN DE CALIDAD 2015-2018

INFRAESTRUCTURA DE LA CALIDAD

El plan de calidad es coordinado por la Dirección de Sistemas de Gestión de Sanitas Hospitales, con la participación de:

- Responsable de sistemas de gestión de Sanitas Hospitales
- Responsable de calidad del Hospital de Torrejon
- Dirección médica
- Dirección de Enfermería
- Comités:
 - Comité de seguridad del paciente
 - Comité de calidad percibida
 - Comisiones Clínicas

“Cada persona es responsable de la calidad de su trabajo y de sus resultados”

EVALUACION Y SEGUIMIENTO

1. Selección de medidas y recolección de datos

El plan de calidad incluye las siguientes medidas y datos:

- Resultados de los objetivos anuales del Servicio Madrileño de Salud
- Indicadores sistemas de gestión
- Barómetro de calidad
- Reclamaciones
- Lista de espera
- Notificación de no conformidades e incidentes

2. Sostenimiento de la mejora

Se realizará el seguimiento de la implantación del plan de calidad:

- Planificaciones en excel
- Evaluaciones y auditorias internas
- Evaluaciones y auditorias externas

PLAN DE CALIDAD 2015-2018

CRONOGRAMA

	2015	2016	2017	2018
LÍNEA DE ACTUACIÓN 1: conocer y mejorar la calidad percibida por los ciudadanos				
Comité de calidad percibida	x	x	x	x
Puntos de información	x	x	x	x
Encuesta anual del Servicio Madrileño de Salud	x	x	x	x
Barómetro de calidad	x	x	x	x
Grupos focales	x	x	x	x
Gestión de reclamaciones	x	x	x	x
Mecanismos de citación	x	x	x	x
Página web	x	x	x	x
Programa de acogida y alta de pacientes ingresados	x	x	x	x
LÍNEA DE ACTUACION 2: implantar modelos de calidad				
EFQM	Formacion Autoevaluación Plan de mejora	Plan de mejora	Formacion Autoevaluación Plan de mejora	Plan de mejora
ISO 9001	B. Quirúrgico B. Obstetrico Salas técnicas C. externas UCI Hospitalización Compras C. de Especialidades	Diálisis Hospital de Día Unidad ICTUS U. Radioterapia RRHH Financiero S. informáticos	Mantenimiento del certificado	Mantenimiento del certificado
ISO 14001	Mantenimiento del certificado	Mantenimiento del certificado	Mantenimiento del certificado	Mantenimiento del certificado
UNE 17001	Mantenimiento del certificado	Mantenimiento del certificado	Mantenimiento del certificado	Mantenimiento del certificado
ISO 50001	Mantenimiento del certificado	Mantenimiento del certificado	Mantenimiento del certificado	Mantenimiento del certificado
ISO 14064	Mantenimiento del certificado	Mantenimiento del certificado	Mantenimiento del certificado	Mantenimiento del certificado
LÍNEA DE ACTUACION 3: gestión de procesos				
Definición de mapas de procesos	B. Quirúrgico B. Obstetrico Salas técnicas C. Externas	Diálisis Hospital de Día Unidad ICTUS U. Radioterapia	Mantenimiento procesos	Mantenimiento procesos

PLAN DE CALIDAD 2015-2018

	UCI Hospitalización Compras Centro de especialidades	RRHH Financiero S. informáticos		
Asignación de propietarios de procesos	B. Quirúrgico B. Obstetrico Salas técnicas C. Externas UCI Hospitalización Compras Centro de especialidades	Diálisis Hospital de Día Unidad ICTUS U. Radioterapia RRHH Financiero S. informáticos	Mantenimiento procesos	Mantenimiento procesos
Descripción de fichas de procesos	B. Quirúrgico B. Obstetrico Salas técnicas C. externas UCI Hospitalización Compras Centro de especialidades	Diálisis Hospital de Día RRHH Financiero Sistemas informáticos	Mantenimiento procesos	Mantenimiento procesos
Definición de indicadores de procesos	B. Quirúrgico B. Obstetrico Salas técnicas C. externas UCI Hospitalización Compras Centro de especialidades	Diálisis Hospital de Día Unidad ICTUS U. Radioterapia RRHH Financiero Sistemas informáticos	Mantenimiento procesos	Mantenimiento procesos
Definición de procedimientos de trabajo	B. Quirúrgico B. Obstetrico Salas técnicas C. externas UCI Hospitalización Compras Centro de especialidades	Diálisis Hospital de Día Unidad ICTUS U. Radioterapia RRHH Financiero Sistemas informáticos	Mantenimiento procesos	Mantenimiento procesos
Evaluación anual de procesos y detección de áreas de mejoras	B. Quirúrgico B. Obstetrico Salas técnicas C. externas UCI Hospitalización Compras Centro de especialidades	Diálisis Hospital de Día Unidad ICTUS U. Radioterapia RRHH Financiero Sistemas informáticos	Mantenimiento procesos	Mantenimiento procesos

PLAN DE CALIDAD 2015-2018

LINEA DE ACTUACION 4: desplegar la gestión de riesgos				
Mantener actividad del Comité de Seguridad	X	X	X	X
Implicar responsables de Seguridad del paciente (33)	X	X	X	X
Realizar encuestas periódicas de cultura de seguridad		X		x
Rondas de seguridad mensuales	X	X	X	X
Formación en Seguridad del paciente	X	X	X	X
Notificación y análisis de incidentes	X	X	X	X
Evaluación de prácticas seguras	X	X	X	X
Elaboración de protocolos	X	X	X	X
Investigación en Seguridad del Paciente	X	X	X	x
Implantación del protocolo de actuación en situaciones de crisis.	Implantación	Implantación	Evaluación	Evaluación
LINEA DE ACTUACION 5: impulsar la cultura y formación en calidad				
Programa de formación específico en calidad	ISO 9001 ISO 14001 UNE 170001 EFQM	ISO 9001 ISO 14001 UNE 170001 EFQM	ISO 9001 ISO 14001 UNE 170001 EFQM	ISO 9001 ISO 14001 UNE 170001 EFQM
Participación de los profesionales	x	x	x	x
Colaboración con organizaciones y grupos de expertos	x	x	x	x