



PLAN DE CALIDAD

(2023-2026)

Hospital Universitario
de Torrejón

AUTOR/DEPARTAMENTO: DIRECCION DE CALIDAD E INNOVACIÓN

Código: PL-CAL-001

Versión: 1-I

Fecha: 15-2-2023

ÍNDICE

1. POLÍTICA DE CALIDAD	3
2. INTRODUCCIÓN.....	4
3. BALANCE DEL ANTERIOR PLAN DE CALIDAD	5
4. LINEAS DE ACTUACIÓN	9
5. INFRAESTRUCTURA DE CALIDAD	14
6. EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	14
7. CRONOGRAMA.....	15

1. POLITICA DE CALIDAD

Propósito

Ribera entiende la calidad como una parte fundamental de la estrategia de la organización orientada a la consecución de la excelencia operativa a través de la mejora de los resultados de salud, el incremento de la satisfacción de los ciudadanos u otros agentes de interés y la sostenibilidad del sistema. Y como parte de la estrategia, la calidad está presente en todos y cada uno de los ámbitos fundamentales de la organización. Ribera define la estrategia de calidad de forma centralizada para luego adaptarla de forma local en cada una de las organizaciones en las que tiene responsabilidad de gestión, de esta forma, apuesta por implantar un modelo de calidad transversal y estratégico. Ribera persigue crear una organización centrada en el usuario, que disponga de la tecnología más avanzada, integrada por unos profesionales altamente motivados y que gestione eficazmente sus recursos. En este sentido, hay un equipo corporativo destinado a definir la estrategia global en materia de calidad. Dicho equipo se completa con líderes locales en cada uno de los ámbitos de actuación.

Definición de la política

- Promover la filosofía de la misión de la organización sanitaria integrada siempre con el objetivo de satisfacer las necesidades de salud de la manera más eficiente y eficaz posible.
- Realzar, mantener y mejorar continuamente la calidad bajo un modelo de calidad único y diferenciador.
- Mejorar el enfoque preventivo de seguridad del paciente para mejorar el rendimiento y dar seguimiento de las acciones para asegurar que los resultados deseados se logren y se mantengan.
- Promover la comunicación y la transparencia; presentando informes de evaluación del desempeño de los departamentos a la administración, usuarios/ ciudadanos y profesionales.
- Promover medidas específicas para garantizar la competencia y la buena práctica de los profesionales a través de privilegios, acreditación, orientación, adiestramiento y formación continua.
- Proveer supervisión continua en el área ambiental, promoviendo la mejora continua en esta materia.

- Construir sistemas transversales para dar el mejor cuidado al ciudadano a lo largo de todo el proceso.
- Ser referentes en investigación y docencia, contribuyendo a los avances científicos y formando a los nuevos profesionales en un entorno de alta competencia.
- Conseguir ser un referente nacional e internacional para la gestión sanitaria.
- Fidelizar a la población gracias a una experiencia satisfactoria.
- Apostar por el desarrollo tecnológico y la innovación orientada a la mejora continua de procesos, productos, servicios.
- Potenciar las sinergias en productos, proveedores y procesos de compra que garantizan el control y la eficacia de la gestión de compras, generando un ahorro importante de forma directa en precios de compra, e indirecta a través de las reducciones de coste de gestión.
- Mejorar los procesos y servicios, optimizando recursos y aumentando su valor.
- Lograr la viabilidad económica del proyecto como soporte imprescindible para desarrollar los puntos anteriores.
- Cumplir con todos los requisitos legales aplicables, los propios de las certificaciones y acreditaciones aplicables y otros que establezca la organización.
- Promover el cumplimiento de objetivos en todos los niveles de la Organización.

Agentes de interés

- La política de calidad implica a todos los agentes con los que se relaciona.

2. INTRODUCCIÓN

El presente Plan de Calidad (2023-2026) se ha elaborado de acuerdo a lo descrito en el anexo IV "Plan de calidad" que figura en el pliego de especificaciones técnicas, y donde se establecen 5 líneas de actuación:

- Calidad percibida por los ciudadanos
- Modelos de calidad
- Gestión por procesos
- Gestión de riesgos
- Cultura y formación en calidad

3. 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*

- Se ha dado a conocer y se ha sensibilizado a la comunidad, pacientes y profesionales acerca de los derechos y deberes de los pacientes y familiares, a través de foros como el consejo de pacientes, comité de experiencia, entre otros.
- Se ha articulado el trabajo entre el comité de experiencia y humanización, entendiendo que la integración de las actividades de este último es prioritaria para mejorar la experiencia del paciente, familiares y acompañantes durante la atención sanitaria.
- Se ha trabajado en facilitar el acceso a la información al paciente, familiares y acompañantes:
 - ✓ Punto de información en los servicios de urgencias, consultas externas, área quirúrgica, y centro de especialidades.
 - ✓ Oficina de atención al paciente, donde se informa acerca de los medios existentes para el registro de reclamaciones.
 - ✓ Página web (actualización de cartera de servicios, información divulgativa, enlaces de interés, entre otros).
 - ✓ App YoSalud (gestión de citas, acceso a informes, analíticas, entre otros).
 - ✓ Envío de SMS recordando día, hora y lugar de próxima cita.
 - ✓ Servicio de WhatsApp, para solución de dudas y recordatorio de citas.
 - ✓ Servicio de video interpretación para pacientes con deficiencia auditiva a través de la plataforma SVIsual.
- Se garantiza que la información recibida por el paciente es de calidad, mediante el liderazgo de las Comisión Técnica de Información.
- Se acompaña al paciente en su proceso asistencial a través de la puesta en marcha del plan de acogida y alta.
- Se gestiona la información del paciente de forma segura de acuerdo al esquema nacional de seguridad (ENS) y a los requisitos establecidos en el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del consejo de 27 de abril de 2016 en vigor desde el 27 de mayo

de 2018, la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales y el Real Decreto 1112/2018, de 7 de septiembre, sobre accesibilidad de los sitios web y aplicaciones para dispositivos móviles del sector público.

- Se realizan informes de experiencia del usuario, en los que se analiza su opinión y se definen acciones de mejora. Las fuentes de información que sirven de punto de partida para definir los planes de acción provienen de:
 - ✓ Las encuestas anuales de calidad percibida realizadas por el Servicio Madrileño de Salud.
 - ✓ La gestión de sugerencias y reclamaciones, centralizadas por la oficina de atención al paciente.
 - ✓ Los estudios de calidad percibida propios usando la metodología Net Promoter Score (NPS).
 - ✓ Los grupos focales de servicios específicos que permiten identificar las necesidades más relevantes de los pacientes.

2. *Implantación de modelos de calidad*

El hospital mantiene implantados y certificados los modelos de excelencia:

- Sistema de gestión de calidad conforme a la norma ISO 9001:2015. Para los servicios de: hemodiálisis, farmacia, anatomía patológica, unidad central de esterilización, diagnóstico por la imagen, y banco de sangre.
- Sistema de gestión ambiental conforme a la norma ISO 14001:2015. Para las actividades asistenciales y no asistenciales para la prestación de servicios médico-sanitarios en todo el hospital.
- Sistema de gestión energética conforme con la norma ISO 50001:2018. Para las actividades asistenciales y no asistenciales para la prestación de servicios médico-sanitarios en todo el hospital.
- Calculadora Huella de Carbono de acuerdo con los requisitos del GHG Protocol. Para las actividades asistenciales y no asistenciales para la prestación de servicios médico-sanitarios en todo el hospital.
- Protocolos de actuación frente al COVID 19. Conforme al reglamento particular RP-CSG-076 de AENOR.

3. Promover la gestión de procesos

A través de la creación de diferentes grupos de trabajo el hospital ha llevado a cabo la adaptación de sus procesos asistenciales y no asistenciales al nuevo modelo de gestión de Ribera Salud.

- Se ha adaptado el mapa de procesos, estratégicos, clave y de soporte, a la nueva herramienta de gestión de procesos de la Organización.
- Se ha establecido un proceso de validación que asegure la trazabilidad entre versiones y la adecuada supervisión por Dirección.
- Se han revisado los procesos/ protocolos existentes para valorar su adecuación actual y migración al nuevo gestor de procesos. Estableciendo un ciclo de revisión que garantice la vigencia de estos.
- Se ha identificado a los dueños de procesos y diseñado indicadores de seguimiento de aquellos más relevantes.
- Se han desarrollado nuevos procedimientos y guías de acuerdo con las necesidades asistenciales y los requerimientos de la organización y administración

4. Desplegar la gestión de riesgos

Convencidos de que el riesgo puede reducirse a la mínima expresión y que la cultura de seguridad es la base para el cambio, se han llevado a cabo las siguientes iniciativas:

- Diseño y despliegue del plan estratégico de seguridad del paciente, en concordancia con lo marcado por el Decreto 4/2021, de 20 de enero, del Consejo de Gobierno, por el que se establecen los requisitos para mejorar la seguridad del paciente en centros y servicios sanitarios de la Comunidad de Madrid.
- Promoción de la cultura de seguridad entre los profesionales y pacientes:
 - ✓ Encuesta de cultura de seguridad a profesionales.
 - ✓ Campañas de sensibilización en seguridad del paciente (boletín, web, cartelería, etc.).
 - ✓ Nombramiento de referentes de seguridad del paciente.
- Identificación de situaciones de riesgo, y aprender de casi incidentes y eventos adversos:
 - ✓ Fomento del sistema de notificación de eventos adversos CISEM.
 - ✓ Consolidar el Comité de Seguridad.

- ✓ Incorporar herramientas para la gestión del riesgo reactivo y proactivo.
- ✓ Realizar las rondas de seguridad.
- ✓ Retroalimentar las medidas de mejora propuestas.
- Desarrollo e implementación del protocolo para la atención a la segunda y a la tercera víctima.
- Promoción de la política de adecuación a la práctica clínica: programa No Hacer.
- Elaboración de protocolos, y monitorización de resultados de prácticas seguras reconocidas encaminadas a:
 - ✓ Identificar correctamente a los pacientes.
 - ✓ Minimizar el riesgo de daño al paciente causado por caídas.
 - ✓ Mejorar la seguridad en los medicamentos de alto riesgo, uso de electrolitos concentrados, fármacos de apariencia o nombre similar multidosis, y etiquetado.
 - ✓ Mejorar la comunicación efectiva:
 - Valores críticos.
 - Relevos y transferencias,
 - Órdenes verbales.
 - ✓ Garantizar una cirugía en el lugar correcto, con el procedimiento correcto y al paciente correcto. Programa de Cirugía Segura e Infección Zero.
 - ✓ Minimizar el riesgo de infecciones relacionadas con la atención sanitaria.
 - ✓ Programa de Higiene de manos.
 - ✓ Programas Zero.
 - ✓ Estudio ENVIN.
 - ✓ Minimizar el riesgo de desarrollo de úlceras por presión.
 - ✓ Reducir el uso de las contenciones y promover un entorno seguro.
 - ✓ Establecer medidas que favorezcan la adecuada gestión del dolor

5. *Impulsar la cultura y formación en calidad*

- Difusión de buenas prácticas a implementar a través de los distintos canales disponibles de la organización: formación, sesiones, jornadas, cartelera, email, etc...
- Participación de los profesionales en compartir las buenas prácticas con la organización y fuera de ella (congresos, jornadas).
- Colaboración y participación con las organizaciones afines a calidad: Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA); Sociedad Española para la Calidad (EAC), etc...

- Participación de profesionales en distintos grupos de trabajo y/ o comités que fomenten las distintas dimensiones de la calidad:
 - ✓ Comité de Experiencia
 - ✓ Comité de Humanización
 - ✓ Comité de Seguridad del Paciente
 - ✓ Comité de Infecciones y política antibiótica
 - ✓ Grupo de Seguridad quirúrgica, etc.

4. LINEAS DE ACTUACIÓN

4.1 Conocer y mejorar la calidad percibida por los ciudadanos

Desde la Dirección, y con el apoyo de Ribera, se trabaja por conseguir el reconocimiento de la Comunidad, mejorando la imagen como agente de salud y socialmente responsable, a través del despliegue de las siguientes acciones:

- Aplicar el plan de experiencia del paciente del Grupo Ribera, especialmente establecer un sistema de análisis para detractores, quejas y reclamaciones que permita establecer las medidas necesarias para paliar o reducir las mismas.
- Mejorar la implementación del plan de atención a pacientes con diversidad funcional severa o grave.
- Promover la participación de los pacientes en la vida del hospital, a través de su participación en el consejo de pacientes.
- Continuar trabajando en la sinergia del comité de experiencia y humanización.
 - ✓ Integrar las acciones del plan de humanización de la comunidad de Madrid dentro del plan de humanización del centro.
 - ✓ Diseñar e implantar acciones para favorecer un hospital sin barreras y con una política de humanización como parte de nuestra atención.

4.2 Modelos de calidad

El Plan de Calidad del grupo se plantea para ofrecer resultados de valor a los colectivos de interés, abarcando la globalidad de la actividad. Este planteamiento es coherente con el modelo de referencia para la gestión en calidad escogido por nuestra organización basada en estándares de

alto nivel de exigencia en todos los ámbitos, siguiendo la propuesta de Joint Commission Internacional, las normas ISO, EFQM, el Instituto of Health Improvement (IHI) y de acuerdo con Estrategia de Seguridad del Paciente de la Comunidad de Madrid, nacional e internacional.

- Mantener los sistemas de gestión de calidad ya implantados:
 - ✓ Sistema de gestión de calidad conforme a la norma ISO 9001:2015. Para los servicios de: hemodiálisis, farmacia, anatomía patológica, unidad central de esterilización, diagnóstico por la imagen, y banco de sangre.
 - ✓ Sistema de gestión ambiental conforme a la norma ISO 14001:2015. Para las actividades asistenciales y no asistenciales para la prestación de servicios médico-sanitarios en todo el hospital.
 - ✓ Sistema de gestión energética conforme con la norma ISO 50001:2018. Para las actividades asistenciales y no asistenciales para la prestación de servicios médico-sanitarios en todo el hospital.
 - ✓ Calculadora Huella de Carbono de acuerdo con los requisitos del GHG Protocol. Para las actividades asistenciales y no asistenciales para la prestación de servicios médico-sanitarios en todo el hospital.
- Llevar a cabo la autoevaluación EFQM y las acciones necesarias para:
 - ✓ El desarrollo de proyectos de mejora.
 - ✓ La formación de equipos en el modelo EFQM.

4.3 Gestión por procesos

La estandarización de procedimientos disminuye la variabilidad de la atención sanitaria, La gestión por procesos es una herramienta útil para ello, a continuación se describen las acciones para trabajar en esta línea:

- Continuar con la adaptación del mapa de procesos (estratégicos, clave y de soporte) del Hospital Universitario de Torrejón a la herramienta de gestión de procesos de la Organización.
- Establecer un proceso de validación que asegure la trazabilidad entre versiones y la adecuada supervisión por Dirección.
- Revisar los procesos/ protocolos existentes para valorar su adecuación actual y migración al nuevo gestor de procesos. Establecer un ciclo de revisión que garantice la vigencia de

los mismos.

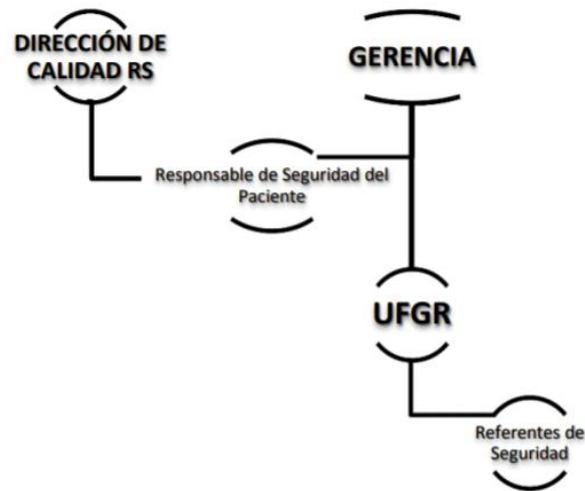
- Identificar a los dueños de procesos y establecer indicadores de seguimiento de aquellos más relevantes.
- Desarrollar nuevos procedimientos y guías de acuerdo a la necesidad asistencial y los requerimientos de la Organización y Administración.
- Facilitar el acceso y la difusión de los procedimientos aprobados por la Dirección para facilitar la implantación de los mismos

4.4 Gestión de riesgos

La gestión integrada del riesgo es el proceso de identificación, análisis, evaluación y planificación de todos los riesgos potenciales y de los incidentes relativos a la seguridad del paciente que se producen en cualquier nivel de la organización, además su control y seguimiento.



Es la Unidad funcional de gestión de riesgos (UFGR) integrada por el Comité de Seguridad del paciente, quién liderará la puesta en marcha de los proyectos y objetivos de seguridad del paciente del Centro, siendo el responsable de seguridad del paciente el que lidere el despliegue operativo de cada objetivo.



A continuación se definen las acciones relacionadas con la gestión de riesgos del centro:

- Garantizar procesos asistenciales seguros y eficientes
 - ✓ Impulsar y promover prácticas seguras. Se implementarán/monitorizarán resultados de prácticas seguras reconocidas basándonos en los objetivos internacionales de seguridad del paciente, encaminadas a:
 - Identificar correctamente a los pacientes.
 - Minimizar el riesgo de daño al paciente causado por caídas
 - Mejorar la seguridad en los medicamentos de alto riesgo, uso de electrolitos concentrados, fármacos de apariencia o nombre similar, multidosis, y etiquetado.
 - Mejorar la comunicación efectiva: valores críticos, relevos y transferencias, y órdenes verbales.
 - Garantizar una cirugía en el lugar correcto, con el procedimiento correcto y al paciente correcto. Programa de Cirugía Segura e Infección quirúrgica Zero.
 - Minimizar el riesgo de infecciones relacionadas con la atención sanitaria, programa de higiene de manos, programas Zero, estudio EPINE, estudio ENVIN.
 - Minimizar el riesgo de desarrollo de úlceras por presión.
 - Reducir el uso de las contenciones y promover un entorno seguro.
 - Establecer medidas que favorezcan la adecuada gestión del dolor.
 - Promover la política de adecuación: programa No Hacer

- Evitar radiaciones innecesarias.

Las áreas de actuación prioritarias de estas prácticas seguras serán: cirugía y anestesia, urgencias y emergencias, pacientes críticos, obstetricia y ginecología, pediatría, salud mental, radiaciones ionizantes, cuidados y técnicas de enfermería, uso seguro del medicamento, infección relacionada con la atención sanitaria, y atención al dolor

- Mejorar la calidad y seguridad del paciente
 - ✓ Rondas de seguridad
 - Realizar rondas de seguridad en áreas prioritarias como UCI, urgencias y bloque quirúrgico, además de otros servicios definidos por la UFGR y la Dirección del Centro.
 - ✓ Sistema de gestión de incidentes de seguridad y errores de medicación
 - Estudio de los incidentes de seguridad y errores de medicación notificados por los profesionales del centro, analizando el contexto en el que ocurrieron, identificando los riesgos latentes preexistentes y los factores que contribuyeron a su aparición.
 - Establecer acciones que permitan el aprendizaje para la mejora de la gestión del riesgo del centro.
 - ✓ Monitorización de indicadores relacionados con seguridad del paciente
 - Realizar un cuadro de mando integral que permita analizar la gestión del riesgo y que sea comunicado al Comité de Dirección de la organización y a los servicios responsables de los mismos.

4.5 Cultura y formación en calidad

De carácter general, se realizarán formaciones en experiencia, humanización y seguridad del paciente a todos los profesionales de la organización que así lo soliciten, lideradas por el área de Calidad y Seguridad del Paciente y el Departamento de Formación: se establecerán actividades formativas regladas que estarán incluidas en la formación continua anual que se oferta a los profesionales del Hospital Universitario de Torrejón.

Además, se sumarán a la actividad formativa de los planes de acogida a los nuevos profesionales que se incorporen a trabajar a la organización.

Y con el objetivo de promover la cultura de seguridad se realizarán campañas periódicas de sensibilización consistente en: comunicado mensual de temas de seguridad del paciente, newsletter mensual con temas de calidad con un apartado de buenas prácticas en seguridad del paciente de todos los centros del grupo, cartelería...; entre otras medidas.

5. INFRAESTRUCTURA DE CALIDAD

RESPONSABLE DIRECTIVO CORPORATIVO: Director Corporativo de Operaciones
RESPONSABLE EJECUTIVO CORPORATIVO: Jefe de Calidad, responsable de experiencia, calidad técnica y medio ambiente y Responsable de Calidad Asistencial
RESPONSABLE DIRECTIVO LOCAL: Gerencia
RESPONSABLE EJECUTIVO LOCAL: Responsable de Calidad y Responsable es Seguridad del paciente.
COMITÉS/ COMISIONES IMPLICADOS
Comité de Experiencia; Comité de Seguridad del Paciente, Comité de Humanización; Comité técnico de Información, Comité de Infecciones y política antibiótica, Comité de Mortalidad, Comisión de HC, Comité de Farmacia, Otros Comités/ Comisiones

6. EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

El plan de calidad se acompaña de medidas para el control y seguimiento de la mejora de la calidad, tanto a nivel de proceso como de resultado.

Las principales medidas:

- Resultados de los objetivos del Servicio Madrileño de Salud.
- Resultados de la encuesta anual del Servicio Madrileño de Salud.
- Resultados obtenidos en las encuestas propias para la evaluación de la calidad percibida de los pacientes.
- Resultados procedentes de las quejas y reclamaciones.
- Resultados del Observatorio de resultados de la Comunidad de Madrid.
- Resultados de las auditorías internas y externas.

Con carácter anual se incluirá la evaluación de calidad en la memoria oficial del centro.

7. CRONOGRAMA

	2023	2024	2025	2026
Línea 1. Conocer y mejorar la calidad percibida por los ciudadanos				
Aplicar el plan de experiencia del paciente del grupo Ribera Salud	x	x	x	x
Mejorar el plan de atención a pacientes con diversidad funcional severa o grave	x	x	x	x
Promover la participación de los pacientes en el consejo de pacientes	x	x	x	x
Trabajar en la sinergia del comité de experiencia y humanización	x	x	x	x
Línea 2. Modelos de calidad				
ISO 9001	x	x	x	x
ISO 14001	x	x	x	x
ISO 50001	x	x	x	x
GHG Protocol	x	x	x	x
EFQM	x	x		
Línea 3. Gestión por procesos				
Mapa de procesos	x	x	x	x
Validación de documentos y manuales	x	x	x	x
Ciclo de revisión	x	x	x	x
Dueños de procesos	x	x	x	x
Desarrollo de procesos, procedimientos, etc	x	x	x	x
Difusión de procedimientos	x	x	x	x
Línea 4. Gestión del riesgo				
Garantizar procesos asistenciales seguros y eficientes	x	x	x	x
Mejorar la calidad y seguridad del paciente	x	x	x	x
Monitorización de indicadores relacionados con la seguridad	x	x	x	x
Línea 5. Cultura y formación en calidad				
Comunicación y trato al paciente	x	x	x	x
Mejora de la experiencia del paciente	x	x	x	x
Humanización en la asistencia sanitaria	x	x	x	x
Cultura en seguridad del paciente	x	x	x	x

Nota: Las distintas líneas se irán desarrollando a lo largo del periodo de vigencia de este plan. El cronograma indica el inicio de las acciones y su progreso en el tiempo.