

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	1-1
2. LÍNEAS DE ACTUACIÓN	2-1
2.1. CALIDAD PERCIBIDA POR LOS CIUDADANOS	2-1
2.1.1. Gestión de las reclamaciones	2-1
2.1.2. SUGERENCIAS.	2-7
2.2. MODELOS DE CALIDAD	2-11
2.2.1. UNE-EN ISO 9001:2008	2-11
2.2.2. ISO 14001:2004	2-13
2.2.3. EFQM	2-15
2.2.4. Joint Commission International	2-16
2.2.5. RESPONSABILIDAD SOCIAL CORPORATIVA	2-18
2.3. GESTIÓN DE PROCESOS	2-20
2.4. GESTIÓN DE RIESGOS OBJETO Y ALCANCE	2-40
2.4.1. REALIZACIÓN	2-41
2.4.2. ANEXO 2.1	2-45
<i>PROGRAMAS DE ACTUACIÓN CORPORATIVOS</i>	2-45
2.4.3. ANEXO 2.2	2-49
2.5. CULTURA Y FORMACIÓN EN CALIDAD:.....	2-51
3. INFRAESTRUCTURA DE LA CALIDAD	3-1
3.1. RESPONSABLES Y/O COMISIONES PARA GESTIONAR LA CALIDAD	3-1
3.2. HERRAMIENTAS DE COMPROMISO E INCENTIVACIÓN	3-8
3.3. PLAN DE ACCIÓN	3-9
4. EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	4-1
4.1. OBJETIVOS ANUALES DE CUMPLIMIENTO	4-1
4.2. AUDITORÍAS Y SISTEMAS DE EVALUACIÓN INTERNA Y EXTERNA	4-4
4.2.1. Auditorías internas.	4-5
4.2.2. Procedimiento de no conformidades y reclamaciones.....	4-17
4.2.3. Procedimiento para la gestión de acciones correctivas, preventivas y de mejora.....	4-22

4.2.4. Auditoría Externa.	4-28
4.3. MEMORIA ANUAL	4-29

ANEXOS:

ANEXO I

ANEXO II

ANEXO III

ANEXO IV

ANEXO V

ANEXO VI

ANEXO VII

ANEXO VIII

ANEXO XIX

ANEXO X

ANEXO XI

1. INTRODUCCIÓN

Nuestra organización tiene desarrollada una estructura específica para la Gestión de la Calidad y, recientemente integrada, de la Gestión Ambiental. La incorporación progresiva de nuevos centros, de muy distintas procedencias y culturas, maneras de hacer e historia, generó la necesidad de crear instrumentos de comunicación y coordinación que facilitaran una relativa normalización de las políticas de Calidad.

La Política de Calidad tiene como ejes fundamentales:

- **Actuar para la mejora del estado de salud de los pacientes, procurando cubrir sus necesidades y expectativas, aplicando una asistencia efectiva, segura y eficiente, observando al paciente como un todo multidimensional y en el estricto respeto de su dignidad personal.**
- **Entender la prestación de servicios como un "continuum" asistencial tanto desde la organización interna de sus procesos como desde la relación con referentes y contrarreferentes externos.**
- **Establecer una sistemática de planificación, actuación, evaluación y revisión de la Calidad, válida para el conjunto del Grupo.**
- **Impulsar la mejora cualitativa, percibida y objetiva, de forma continua y sostenida, en todos los Centros y para todos los ámbitos. Ello implica el desarrollo de una sistemática de gestión por procesos.**
- **Actuar bajo el precepto fundamental del respeto y cumplimiento de las normativas y requisitos legales que le afectan.**
- **Dirigir la Organización hacia un objetivo común, de fácil adhesión por todos los profesionales que trabajan en el Grupo e impulsando la corresponsabilidad en el proceso de mejora.**
- **Garantizar la progresión constante de los conocimientos, habilidades y actitudes de los profesionales que desarrollan su actividad en los Centros del Grupo.**
- **Establecer una sistemática de medición que permita evaluar la consecución de los objetivos de calidad y la comparabilidad interna y externa.**

- **Obtener la verificación externa de los niveles de calidad conseguidos.**
- **Prestigiar al Grupo, diferenciándolo por la calidad de sus servicios.**
- **Favorecer la motivación del personal.**
- **Mejorar la eficiencia.**

El Plan de Calidad debe ser una herramienta operativa en constante mejora y derivará del resultado del trabajo y el esfuerzo de todos los profesionales de los centros y de sus Direcciones, coordinados por los Núcleos Promotores de Calidad (NPC), los responsables de Calidad de cada centro (Coordinadores de Calidad), todos ellos tutorizados por el Núcleo Central de Calidad (NCC) perteneciente a la Dirección.

El Plan de Calidad de cada centro es evaluado periódicamente. 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 año las mejoras o acciones correctivas precisas, nuevas metodologías y otros datos, que lo irán perfeccionando y enriqueciendo.

El modelo de Gestión de Calidad y Medio Ambiente que proponemos es un modelo que, desde el año 98 se ha ido adecuando a los cambios, a las necesidades, a las expectativas, ... de todos los grupos de interés. Es un modelo enfocado a la excelencia que, con ligeros "retoques" para cada caso, da cumplimiento a los requerimientos de distintos modelos de Calidad: EFQM, ISO 9001:2008, Joint Commission International.

La Gestión de la Calidad y el compromiso con el Medio Ambiente son responsabilidad de toda la Organización. 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.

Asimismo, debemos tener en cuenta todas las dimensiones de la Calidad, que pasan:

- Por tener los profesionales mejor cualificados que utilizarán los más avanzados conocimientos y recursos para mejorar la salud de sus pacientes, obteniendo como resultado la mejor Calidad asistencial para ellos.

- Por ser lo más eficientes posible, consiguiendo la mejor Calidad asistencial con los recursos disponibles.
- Por valorar en alto grado la satisfacción de los pacientes, preguntándoles periódicamente acerca de aspectos organizativos, resultados en su estado de salud y trato de los profesionales que le han atendido, adoptando acciones de mejora respecto a los resultados en caso de ser necesario.

Esta Organización tiene un amplio y reconocido compromiso con la Calidad y la Seguridad de sus pacientes, compromiso que se encuentra evidenciado en la obtención de distintas Certificaciones de Calidad externas, actualmente 15 centros bajo la Norma UNE-EN ISO 9001:2008 y un centro acreditado por el Modelo de Acreditación de Cataluña basado en el modelo europeo EFQM, lo que le prestigia diferenciándolo por la calidad de sus servicios, lo que motiva a sus profesionales y garantiza una progresión constante de conocimientos, habilidades y actitudes de todos. Asimismo, los centros se encuentran en proceso de implantación de un Sistema de Gestión Medioambiental basado en la Norma ISO 14001:2004.

Los objetivos del Plan de Calidad se desarrollarán siguiendo los criterios y subcriterios del modelo EFQM de la Comunidad de Madrid y de cualquier otro requerimiento normativo interno, proveniente de la Dirección o de los grupos de mejora de los centros, o externo. Dichos objetivos serán evaluados con una periodicidad mínima bianual, mediante autoevaluación, auditorías internas y externas. Los criterios evaluados medirán lo que hace la organización y sus resultados.

2. LÍNEAS DE ACTUACIÓN

2.1. CALIDAD PERCIBIDA POR LOS CIUDADANOS

Uno de los objetivos estratégicos de la organización sanitaria es conocer la opinión y el grado de satisfacción de los usuarios de diferentes servicios asistenciales: Urgencias, CMA, Hospitalización, Consultas Externas y Radiodiagnóstico. Para ello, se establecen unas encuestas de satisfacción cuyo objetivo principal es saber qué piensan los usuarios acerca de aspectos tan relevantes como la admisión, los tiempos de espera, la asistencia sanitaria, el trato humano recibido. Se incorporan como **ANEXO I** las encuestas de los distintos servicios que serán implantados en el nuevo hospital.

La periodicidad de estas encuestas es semestral. Los resultados serán analizados, a la recepción de dichos informes semestrales, en las reuniones de la comisión de calidad estableciéndose las correspondientes acciones preventivas, correctivas o de mejora. Además, anualmente se incorporan, como uno de los puntos fundamentales de análisis, en la revisión por la Dirección del sistema de gestión de calidad y medioambiente.

2.1.1. GESTIÓN DE LAS RECLAMACIONES

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. Para ello, es preciso normalizar registros de información sobre reclamaciones y efectos adversos, dar respuesta a las necesidades de gestión y reportar la información necesaria a los diferentes niveles de responsabilidad.

Para conseguir lo indicado en el párrafo anterior, se crea en nuestra organización y grupo multidisciplinar formado por responsables de las áreas asistenciales, calidad, marketing, atención al usuario y sistemas de información. Una vez conocidos los requisitos internos y externos, se elabora una aplicación informática (IGR), accesible desde la Intranet Corporativa, en entorno web.

La información de todos los centros se registra en una única base de datos corporativa que permite la atención inmediata y directa al reclamante, la comunicación directa con el responsable implicado (envío de e-mail automático), así como de otros responsables en función del tipo de reclamación. También permite realizar el seguimiento de los estados en que se encuentran las reclamaciones en cada momento.

El sistema permite parametrizar los responsables a los que se informará por correo electrónico y de forma automatizada de la inclusión de nuevas reclamaciones y cambios en su estado.

Asimismo, permite que, aquellas reclamaciones de mayor grado de severidad, lleguen de forma inmediata y directa al responsable corporativo de Seguridad del Paciente para su conocimiento y gestión.

Por último, el servicio de Atención al Usuario dispondrá de protocolos, instrucciones y registros que darán cumplimiento a los requerimientos internos y externos y, especialmente, a las necesidades de los pacientes.

El objetivo del procedimiento para la gestión de las reclamaciones, las quejas y las sugerencias es establecer la secuencia de actividades que son necesarias para garantizar su seguimiento y evaluación.

Su alcance es el seguimiento y evaluación de las Sugerencias, Quejas y Reclamaciones presentadas por los usuarios y que hacen referencia a los servicios que prestará el Hospital, conforme al trámite previsto en la Orden 605/2003, de 21 de abril de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.

DEFINICIONES:

- Una Sugerencia es la petición, insinuación o proposición de una idea. A efectos del procedimiento se considerará sugerencia aquello que expresamente se formule como tal.
- Una Queja es la expresión de insatisfacción del usuario en la que éste no solicita nada en concreto.
- Una Reclamación es una oposición o protesta contra algo o expresión de malestar que lleva añadida una solicitud.

DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIA/ LEGISLACIÓN APLICABLE

- Orden 605/2003, de 21 de abril, de las Consejerías de Presidencia y Sanidad, por la que se desarrolla el Sistema de Sugerencias, Quejas y Reclamaciones de la Comunidad de Madrid en la Red Sanitaria Única de Utilización Pública.
- Decreto 21/2002, de 24 de enero, por el que se regula la Atención al Ciudadano en la Comunidad de Madrid.
- Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid.
- Instrucción de la Viceconsejería de Asistencia e Infraestructuras Sanitarias de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid de 28 de abril de 2004.

FORMULACIÓN DE QUEJAS Y RECLAMACIONES

Las quejas y reclamaciones deben ser formuladas por escrito en el formato oficial establecido o en cualquier formato que contenga los datos que permitan la identificación y localización del interesado, a efectos de su notificación, así como el objeto de su queja o reclamación.

Las quejas y reclamaciones podrán presentarse en cualquiera de los centros sanitarios o administrativos de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid y en los lugares previstos para ello en el Hospital como serán:

- Comunidad de Madrid (Defensor del Paciente, Defensor del Pueblo, Dirección General de Atención al Paciente, Servicio Madrileño de Salud).
- Servicio de Atención al Usuario.
- Admisión de Urgencias.
- Correo electrónico.
- Fax.
- Pagina web
- Correo postal.

Independientemente del lugar de formulación de la queja o reclamación, la recepción de éstas se realizará en el Servicio de Atención al Usuario; por tanto, desde los lugares habilitados en el Hospital deben remitirse en un plazo de 24 horas desde su recepción, al Servicio de Atención al Usuario.

La recepción de las reclamaciones en el Servicio de Atención al Usuario incluye las actividades de:

- Registro de entrada.
- Clasificación y codificación.

Desde el Servicio de Atención al Usuario se debe enviar en el plazo de 2 días hábiles la reclamación escrita al Responsable de la unidad o servicio que corresponda según la naturaleza de la reclamación desde la aplicación informática IGR.

El responsable de la unidad o servicio deberá emitir un informe que recoja los aspectos que puedan resultar relevantes, incorporando las pruebas documentales que se consideren de interés. Dicho informe deberá ser remitido al responsable del Servicio de Atención al Usuario en el plazo de 12 días naturales.

En caso de que el servicio o unidad no remita el informe contestación en dicho plazo, se le reiterará la reclamación desde el Servicio de Atención al Usuario a través del programa IGR pasados 12 días y a partir de ese momento automáticamente se generará recordatorio cada dos días. Si transcurridos los 15 días hábiles de reiteración no se ha recibido el informe contestación en el Servicio de Atención al Usuario, éste le será requerido al responsable del servicio o unidad a través del responsable del SAU o de la Dirección Gerencia si se considera conveniente.

Determinadas quejas, debido a su contenido, no precisan de respuesta escrita del responsable y, se emiten únicamente para conocimiento del mismo.

El responsable del Servicio de Atención al Usuario es quien debe remitir al reclamante una contestación personalizada, la cual debe contemplar al menos los siguientes apartados:

- Agradecimiento al reclamante indicándole que se aprecia su protesta dentro de la organización pidiéndole disculpas por lo acontecido.
- Un resumen del motivo de la queja o reclamación.



- Las actuaciones llevadas a cabo.
- Las conclusiones y medidas adoptadas en su caso.
- La identificación del firmante.

El plazo máximo para emitir la contestación es de 30 días hábiles desde que fue interpuesta la reclamación.

El responsable del Servicio de Atención al Usuario remitirá las copias de las reclamaciones y de la correspondiente contestación al Servicio Madrileño de Salud semanalmente.

El expediente se guardará en archivo físico durante dos años.

El Servicio de Atención al Usuario elaborará un informe mensual de la actividad del servicio, especialmente en materia de reclamaciones, el cual se remite a la Dirección de Gerencia, diferentes direcciones del Hospital y al Núcleo Promotor de Calidad. Se toman las medidas preventivas y correctivas oportunas, estableciendo el seguimiento de las mismas para asegurar una mejora en la atención que se ofrece al usuario.

El informe mensual del Servicio de Atención al Usuario debe recoger los siguientes indicadores:

- **RECLAMACIONES DEL MES:**
 - Número de quejas y reclamaciones clasificadas por motivos.
 - Comparativo con el histórico (durante el primer año, comparativa con promedio semestre anterior y, años sucesivos comparativa con el año pasado).
 - Acumulados del año.
 - Nº de reclamaciones por servicio médico, enfermería y servicios generales.
- **RECLAMACIONES DEL MES ANTERIOR:**
 - Demora en la elaboración del informe contestación por parte de los responsables de servicios o unidades:



- Media total en días.
- Número de reclamaciones pendientes.
- Porcentaje de informes elaborados en menos de 15 días.
- Porcentaje de informes elaborados entre 15 y 30 días.
- Porcentaje de informes elaborados en más de 30 días.
- Desglose por Servicios.
- Demora en la contestación de la reclamación:
 - Media total en días.
 - Número de reclamaciones pendientes.
 - Porcentaje de reclamaciones contestadas en menos de 15 días.
 - Porcentaje de reclamaciones contestadas entre 15 y 30 días.
 - Porcentaje de reclamaciones contestadas en más de 30 días.

2.1.2. SUGERENCIAS.

Las sugerencias deben ser formuladas por escrito en el formato establecido o en cualquier formato que contenga los datos que permitan la identificación y localización del interesado a efectos de su notificación así como el objeto de su sugerencia.

Las sugerencias pueden presentarse en cualquier centro asistencial o administrativo dependiente de la Consejería de Sanidad. En el Hospital se habilitarán los siguientes lugares:

- El Servicio de Atención al Usuario.
- Distintos puntos de Admisión.
- Buzones.
- Correo electrónico.
- Página web.
- Correo ordinario.

Asimismo, en el folleto de acogida que se proporciona a los usuarios al ingreso, se incluye un impreso de sugerencia con el objeto de facilitar en la medida de lo posible la participación de los usuarios.

Independientemente del lugar de formulación de las sugerencias, la recepción se realiza en el Servicio de Atención al Usuario, por tanto desde los lugares habilitados en el Hospital deben remitirse con la mayor brevedad a dicho Servicio.

La recepción de las sugerencias en el Servicio de Atención al Usuario incluye las actividades de registro de entrada y clasificación.

El responsable del Servicio de Atención al Usuario decidirá, en función de su complejidad y de la calidad de la información que proporciona dicha sugerencia, su tratamiento en Gerencia y/o Núcleo Promotor de Calidad.

El responsable del Servicio de Atención al Usuario remitirá la misma tanto a la Dirección o Jefe de Servicio correspondiente como a la Unidad o Servicio implicado.

El responsable del Servicio de Atención al Usuario es quien debe remitir al interesado una contestación personalizada agradeciendo la utilidad de sus comentarios e indicando, si proceden, las medidas adoptadas en el plazo de **15 días** hábiles desde su recepción.

Desde el departamento del Servicio de Atención al Usuario se realizará un informe de actividad del servicio mensual incluyendo el número sugerencias presentadas y su tratamiento.

Dicho informe se traslada a Gerencia y al Núcleo Promotor de Calidad para su conocimiento y con el fin de ser utilizadas como base para el desarrollo de planes de mejora.

El informe resumen mensual del Servicio de Atención al Usuario que se presentará a Gerencia y al Núcleo Promotor de Calidad debe recoger los siguientes indicadores:

- Número de Sugerencias.
- Porcentaje de Sugerencias con respecto a pacientes atendidos.

Anualmente se revisará el cumplimiento de este procedimiento, mediante auditoría interna del Servicio.

El responsable de evaluación es el Responsable de Atención al Usuario conjuntamente con el departamento de Calidad del Centro.

Los formatos que se utilizarán serán:

- Formato que quejas y reclamaciones.
- Formato de sugerencias.

Se adjuntan en el **ANEXO II** distintos protocolos que pudieran resultar útiles y necesarios para la gestión del SAU del nuevo Hospital: Atención Directa, Gestión de Agradecimientos, Canalizaciones así como otros referidos a asistencia social, como por ejemplo, el de detección precoz de riesgo social, intervención social en pacientes hospitalizados y de urgencias, ...

Se adjunta como **ANEXO III** el modelo de procedimiento de alta para pacientes ingresados así como el procedimiento de acogida al paciente hospitalizado.

Se establecerán los puntos para tener puestos de información así como los diversos canales de difusión de la información. Se tendrá en cuenta la necesidad de facilitar la traducción de la información. El servicio se orienta a los ciudadanos extranjeros residentes en la Comunidad de Madrid, con tarjeta sanitaria y que no dominan el español que acuden a nuestro Servicio de Urgencias Generales.

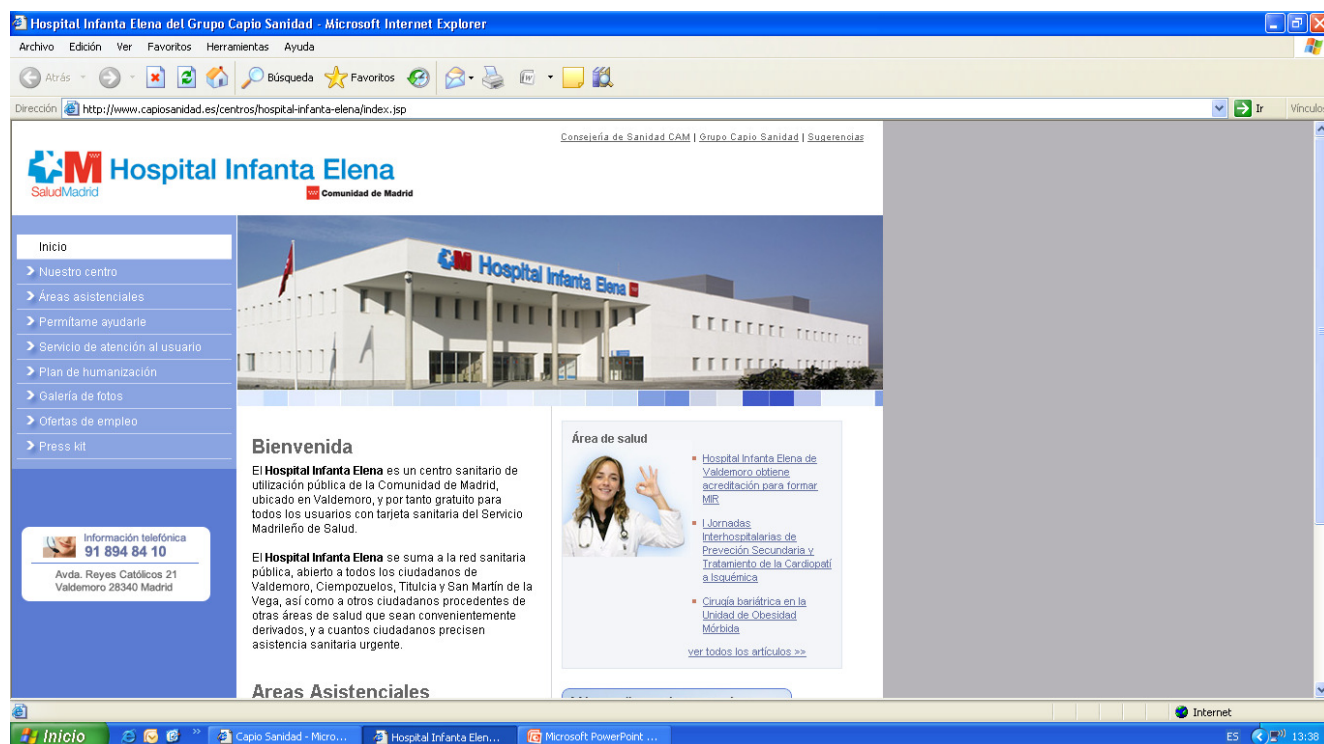
El objetivo es eliminar barreras lingüísticas, evitando una fuente de estrés en pacientes que desconocen el idioma a la hora de expresar sus síntomas y facilitar la comunicación entre médico y paciente al trasladar información sobre su proceso de salud, tratamiento o firma de consentimientos informados.

- El sistema consiste en un móvil con dos auriculares, uno para el médico y el otro para el paciente, a través del que se llama a un traductor.
- El teleoperador les traducirá la conversación en tiempo real.
- Se dirige a los extranjeros residentes en la región que desconocen el español y se encuentran dificultades para explicar lo que les pasa.
- La actuación se inicia realizando una llamada al centro concertado, donde los profesionales podrán traducir a más de 50 idiomas, entre rumano, árabe, búlgaro, chino, o ruso, entre otros. El teleoperador les traducirá la conversación en tiempo real.
- Se adjunta como **ANEXO IV** el sistema de teletraducción en urgencias.

Se establecerán los mecanismos de citación que deberán adecuarse a los criterios generales existentes para los centros sanitarios del Servicio Madrileño de Salud. Se tratará en función de la prioridad de las solicitudes de asistencia especializada ambulatoria, incluyendo consultas externas, exploraciones o pruebas diagnósticas y unidades especiales como hospital de día. El procedimiento sobre citaciones se puede comprobar en el **ANEXO V**.

Se establecerá un programa específico para el área de urgencias en el que se incluirá la información adecuada y permanente a pacientes y familiares, así como el mecanismo de clasificación de pacientes. Para ello se han creado dos protocolos, una para el procedimiento de los informadores de urgencias y otro para la organización general de urgencias. Para el triaje, o clasificación de pacientes, se ha establecido un extenso procedimiento de Valoración clínica global del paciente. Es la primera atención sanitaria que se recibe en urgencias, por personal cualificado para emitir una valoración previa del estado general del paciente. Existe información detallado y pormenorizada sobre los procedimientos de urgencias en el **ANEXO VI**.

Se desarrollará una página web con información para la salud e información sanitario-administrativa. La Organización dispone, además de las correspondientes páginas de Intranet, de una página web corporativa, con acceso a las correspondientes páginas web de los distintos centros que componen el grupo:



2.2. MODELOS DE CALIDAD

El modelo del Sistema de Gestión de Calidad (SGC) de la organización, se basa e integra tres modelos:

2.2.1. UNE-EN ISO 9001:2008

El modelo, respecto al sistema de certificación:

- Es una evaluación externa
- No específica del sector sanitario
- Su adscripción es voluntaria
- Puede ser una certificación total o parcial
- El eje principal en el sector sanitario es el paciente
- Se basa en el principio de mejora continua

Respecto al contenido:

- Requiere de un número obligado de procedimientos documentados y cualquier otro necesario para la correcta gestión de los procesos
- Precisa del establecimiento de una política de calidad y unos objetivos medibles y coherentes a la misma
- Basada en la gestión por procesos y en el seguimiento y medición de los mismos
- Participación de todos los profesionales
- Compromiso de la Dirección
- Cumplimiento de requisitos legales y reglamentarios
- Gestión de los recursos

Respecto a la evaluación:

- Evaluación externa anual
- Evaluación interna periódica, por proceso

Este modelo ha proporcionado al SGC una estructura organizada, sistemática, documentada y medible, que se podría resumir en un "di lo que haces, haz lo que dices, verifícalo y, si es necesario, corrígelo y vuélvelo a medir".

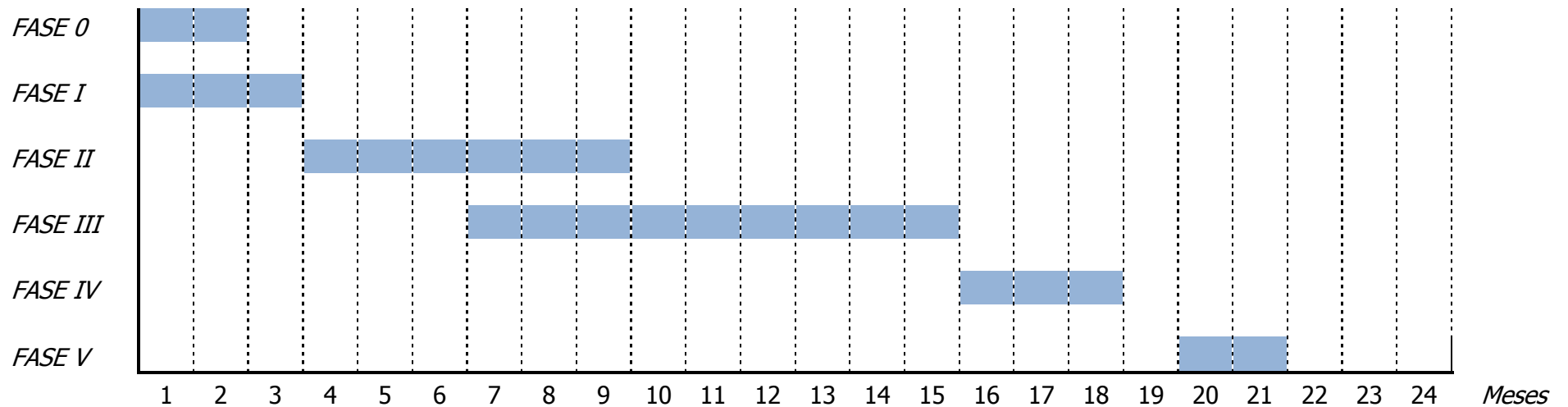
Los procedimientos documentados que son referencia para todos los centros sanitarios de Capiro y que sustentan este modelo son los que se indican a continuación:

- Procedimiento para la Revisión del Sistema de Gestión de Calidad y Medio Ambiente
- Procedimiento para la elaboración de Procedimientos e Instrucciones
- Procedimiento para el control y distribución de los documentos
- Procedimiento para el control de no conformidades y reclamaciones
- Procedimiento para la gestión de acciones correctivas y preventivas
- Procedimiento para el control de los registros
- Procedimiento para la realización de auditorías internas
- Procedimiento para la evaluación de la satisfacción de los clientes
- Se adjuntan los procedimientos como **ANEXO VII**.

2.2.2. ISO 14001:2004

Actualmente, nuestra organización se encuentra en proceso de implantación de un sistema de gestión ambiental basado en la Norma ISO 14001:2004. Todos los procedimientos corporativos de aplicación a todos los centros (los mencionados en el apartado anterior) se encuentran adaptados a dicha Norma, por lo que quedan integrados con los de Calidad. Asimismo, los centros se encuentran en proceso de integración de ambas Normas en todos los procedimientos e instrucciones internos que les resultan de aplicación.

CRONOGRAMA PARA LA CERTIFICACIÓN MEDIOAMBIENTAL (2 AÑOS)



FASE 0: Revisión Inicial

FASE I: Planificación y Formación

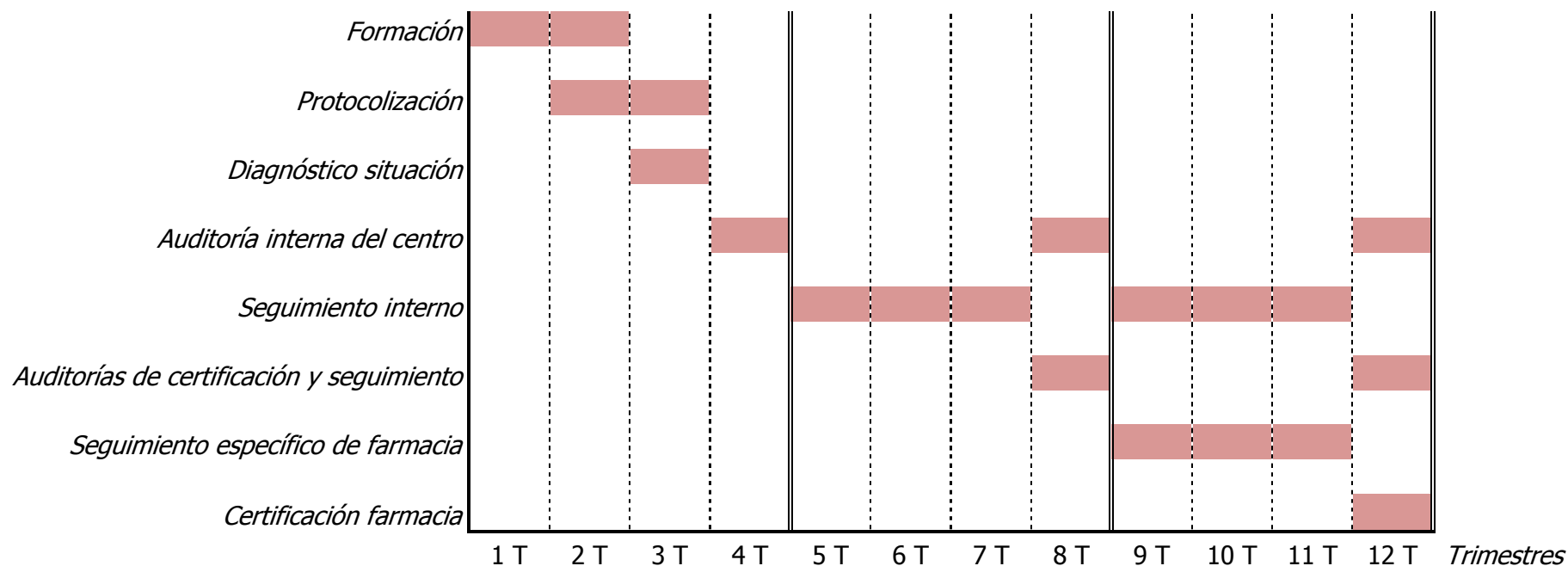
FASE II: Elaboración de la Documentación

FASE III: Implantación Efectiva

FASE IV: Auditoría interna (incluye plan de acciones correctivas)

FASE V: Proceso de Certificación

CRONOGRAMA CERTIFICACIÓN GLOBAL DEL CENTRO Y ESPECÍFICA DE FARMACIA (3 AÑOS)



Formación: Por el Núcleo Central de Calidad, incluye elaboración dossiers informativos y formación presencial
 Protocolización: Incluye establecimiento y normalización de procedimientos y establecimiento y medición de indicadores
 Diagnóstico de situación: Realizado por la coordinación de calidad con el soporte del Núcleo Central de calidad
 Auditoría interna del centro: Realizada por técnicos del Núcleo Central de Calidad, incluye implementación acciones correctivas
 Seguimiento interno: Por la comisión de calidad (Núcleo Promotor de Calidad) del centro
 Auditorías de certificación y seguimiento: Por entidad certificadora externa, incluye elaboración del plan de acciones correctivas
 Seguimiento específico de farmacia: Por el Núcleo Promotor de Calidad, con el soporte del Núcleo Central de Calidad
 Certificación del servicio de farmacia: Por entidad certificadora externa.

2.2.3. EFQM

Este modelo, respecto a su evaluación, es interna y la realiza el propio centro. Una vez realizada la autoevaluación, ésta es posteriormente evaluada por auditores externos que certifican los puntos obtenidos.

El modelo incluye 9 criterios y subcriterios, unos agentes y otros de resultados: Liderazgo, Políticas y Estrategias, Personal y RRHH, Gestión de los Recursos, Procesos, Satisfacción de Clientes, Satisfacción de los Profesionales, Impacto Social y Resultados.

Este modelo ha aportado al Sistema de Gestión de Calidad la oportunidad de trabajar aspectos que otros modelos no contemplaban tan rigurosamente como pueden ser:

- *El despliegue de políticas y estrategias que reflejan los principios de gestión de calidad 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.*

La Organización ha promovido la formación en el modelo europeo, organizando en el primer trimestre de 2010 dos cursos de evaluadores EFQM, con obtención de titulación oficial, para una veintena de sus profesionales. Esta formación tiene vocación de continuidad y facilitará la implantación del modelo adaptado a la sanidad madrileña así como la realización rigurosa de la autoevaluación en el centro sanitario.

2.2.4. JOINT COMMISSION INTERNATIONAL

Este modelo, respecto al sistema de acreditación:

- Se trata de una evaluación externa
- Específica del sector sanitario
- Su adscripción es voluntaria
- Se trata de una acreditación global de la organización
- El eje central del modelo es el paciente
- Evalúa procesos clave en la asistencia del paciente y procesos de apoyo de la organización
- Se basa en los principios de gestión y mejora de la calidad

Respecto al contenido:

- Contiene funciones y subfunciones obligatorias
- Contiene estándares de carácter indicativo o prescriptivo
- Los estándares se adaptan a factores legales y culturales de los países donde se aplican
- Evaluación externa basada en estándares profesionales y públicos
- Elaboración participativa con la comunidad internacional
- Revisión del manual cada dos años

Respecto a la evaluación:

- El centro se somete a una evaluación continua cada tres años
- La evaluación es un juicio inter pares
- La agenda tiene una duración de entre dos y cuatro días



- Se emite un resumen al final del proceso de evaluación
- Se obtiene un certificado de acreditación por tres años

La estructura interna del modelo:

FUNCIONES: 5 CENTRADAS EN EL PACIENTE Y 6 CENTRADAS EN LA ORGANIZACIÓN:

- Paciente
 - Accesibilidad y continuidad en la atención
 - Derechos del paciente y de su familia
 - Evaluación del paciente
 - Atención al paciente
 - Educación al paciente
- Organización

Gestión y mejora de la calidad

- Prevención y control de la infección
- Organos de gobierno, liderazgo y dirección
- Gestión y seguridad de las instalaciones
- Formación y cualificación del personal
- Gestión de la información

Este modelo ha ayudado a esta Organización a ver la Calidad de forma global, a identificar los procesos críticos en un hospital y a establecer las acciones de mejora, a mejorar el trabajo interdisciplinar, a ver al paciente como un ser integral, a enfocar la política de recursos humanos hacia la competencia profesional y a enfocar la gestión hacia las necesidades del paciente.

2.2.5. RESPONSABILIDAD SOCIAL CORPORATIVA

La Responsabilidad Social Corporativa (RSC) es la forma de conducir los negocios de las empresas que se caracteriza por tener en cuenta los impactos que todos los aspectos de sus actividades generan sobre sus clientes, plantilla, accionariado, comunidades locales, medioambiente y sobre la sociedad en general.

En la actualidad, la norma ISO 26000 RS, en proceso de elaboración, planea posicionarse como un instrumento de carácter voluntario que establecerá estándares internacionales en todos los aspectos relativos a la Responsabilidad Social, como medioambiente, los derechos humanos, prácticas laborales, gobierno organizacional, prácticas de negocios justas, entre otras. En su elaboración intervienen un amplio espectro de actores relacionados, con el fin de hacerla realmente representativa.

La Norma de Empresa SGE 21 es el primer sistema de gestión de la responsabilidad social europeo que permite, de manera voluntaria, auditar procesos y alcanzar una certificación en Gestión Ética y Responsabilidad Social. Es el resultado del trabajo de un nutrido grupo de líderes de opinión que se cuestionaban de qué manera se podía poner en valor una cultura de empresa basada en la responsabilidad de todos sus miembros frente al conjunto de la sociedad.

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

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

Los beneficios que resultarán del desarrollo sostenible en nuestro hospital serán:

- Incrementar el valor de marca
- Recursos laborales más seguros y fidelizados
- Un buen gobierno de empresa corporativo
- Personal motivado
- Partes interesadas confiadas
- Clientes fidelizados
- Una buena imagen pública

Ver Cronograma para la Certificación Medioambiental.

2.3. GESTIÓN DE PROCESOS

Para la gestión por procesos en el nuevo hospital se ha realizado una selección de procedimientos, instrucciones asistenciales, instrucciones técnicas, registros y formatos, que se encuentran implantados en otros centros sanitarios de nuestra organización y que, una vez revisados y adaptados a los procesos de este nuevo centro, serán difundidos e implantados por los diferentes responsables.

Se adjuntan como **ANEXO VIII** listas de documentación de los procesos más prevalentes así como de otros, a modo de ejemplo, que sirven de soporte asistencial o no asistencial a los procesos clave del hospital.

En cualquier caso existe el compromiso de desarrollar de forma progresiva la documentación que sea necesaria para la correcta gestión de los procesos desde el inicio de la actividad, cumpliendo sobradamente con los requerimientos indicados en el pliego.

Toda la documentación, una vez implantada, será revisada o actualizada como mínimo cada tres años, de acuerdo con lo establecido en el procedimiento de Control de la Documentación.

El **Mapa de Procesos** básico en nuestra organización para un centro sanitario se estructura en:

- PROCESOS ESTRATEGICOS
- PROCESOS CLAVE
- PROCESOS DE SOPORTE A LA ASISTENCIA
- PROCESOS DE SOPORTE NO ASISTENCIALES

Procesos Estratégicos 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.



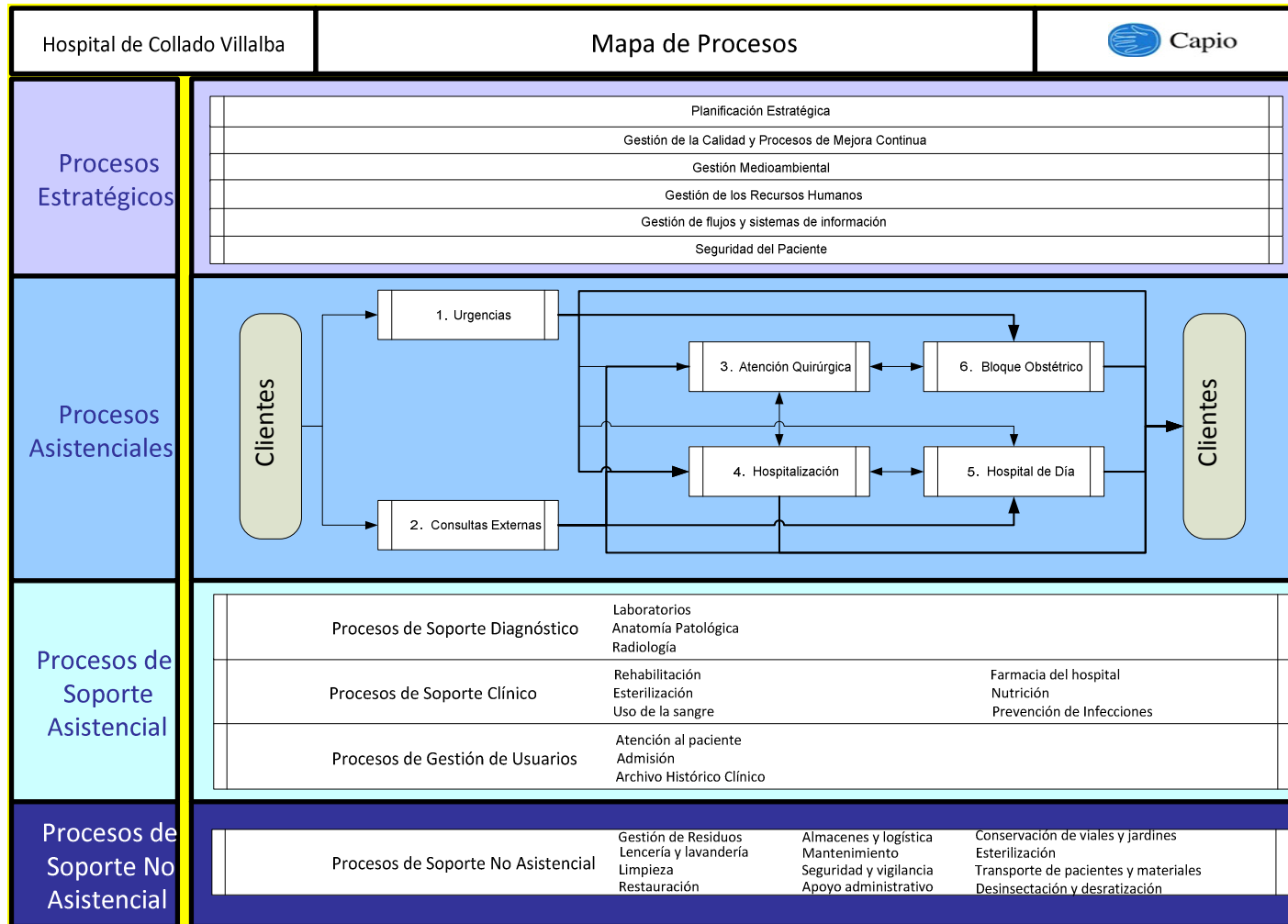
Los procesos de Soporte son todos aquellos que permiten la operación de la organización sanitaria y que, sin embargo, no son considerados claves por la misma. Pueden ser:

Procesos de Soporte a la Asistencia son aquellos procesos directa o indirectamente vinculados al desempeño de los Procesos Clave, anteriormente definidos. Básicamente se trata de procesos intermedios, tanto sean asistenciales o para-asistenciales. Por excepción cabe contemplar la posibilidad que actúen directamente en y sobre el usuario, de forma directa.

Procesos de Soporte no Asistenciales son aquellos procesos vinculados a la gestión administrativa, logística, de mantenimiento, etcétera; necesarios para el desarrollo de los Procesos Clave y de Soporte a la Asistencia.

Aunque el Núcleo Central de Calidad propone un Mapa de Procesos genérico, el Núcleo Promotor de Calidad de cada Centro definirá específicamente el suyo propio, ampliando la estructura del Mapa en Subprocesos o simplificando su despliegue, cuando así se considere.

Se adjunta un ejemplo de Mapa de Procesos que podría servir de base para el nuevo Hospital:



Para poder gestionar los procesos del centro de modo eficiente, el Núcleo Promotor de Calidad debe nombrar un Propietario de cada proceso. 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 el NPC 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

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 verán acompañados, si procede, de sus correspondientes Formatos y Anexos.

El despliegue de los procesos es competencia de cada centro excepto para los procesos estratégicos, que son responsabilidad de la Dirección corporativa y de aplicación a todos los centros del Grupo.

Para la medición de los procesos, se utilizarán los IB's (indicadores básicos), los IC's (indicadores de centro) y aquellos indicadores fijados por el Servicio Madrileño de Salud para todos sus hospitales. Los primeros, son establecidos por el NCC de Capiro para todos los centros sanitarios y, por lo tanto, son de obligado cumplimiento. Una gran mayoría de ellos se obtienen de forma automática a través del PAI (Punto de Acceso a la Información), herramienta informática sita en la Intranet corporativa que aglutina toda la información necesaria para el Cuadro de Mandos de la organización. Dichos indicadores incluyen los márgenes de tolerancia y la identificación visual de los parámetros "fuera de rango". Los IB's son consensuados con los centros y revisados periódicamente. Una vez obtenidos los datos, permiten realizar un benchmarking entre todos los centros.

Los IC's son indicadores establecidos por cada centro, específicamente por cada Propietario de Proceso, de acuerdo a sus necesidades.

A continuación, se relaciona la lista de los indicadores básicos que actualmente se encuentran implantados en Capiro:

PROCESOS ESTRATÉGICOS: Gestión del Plan de Calidad	
Código	Indicador
SC/PES02/IB01	Actualización documental
Código	Indicador
SC/PES02/IB02	Implantación de indicadores básicos
Código	Indicador
SC/PES02/IB03	Procesos con indicadores (IB o IC)
Código	Indicador
SC/PES02/IB04	Indicadores básicos con límite de alarma establecido
Código	Indicador
SC/PES02/IB05	Indicadores de centro con límite de alarma establecido
Código	Indicador
SC/PES02/IB06	Procesos con establecimiento de objetivo de acción o mejora
Código	Indicador
SC/PES02/IB07	No conformidades de detección propias
Código	Indicador
SC/PES02/IB08	Cierre de acciones correctivas

PROCESOS ESTRATÉGICOS: Recursos Humanos	
Código	Indicador
SC/PES03/IB02	Absentismo Laboral
Código	Indicador
SC/PES03/IB03	Evaluaciones iniciales
Código	Indicador
SC/PES03/IB04	Evaluación desempeño
Código	Indicador
SC/PES03/IB05	Formación no obligatoria impartida a personal no asistencial
Código	Indicador
SC/PES03/IB06	Formación no obligatoria impartida a personal asistencial no médico
Código	Indicador
SC/PES03/IB07	Formación obligatoria impartida al personal
Código	Indicador
SC/PES03/IB08	Índice de contratación indefinida

PROCESOS CLAVE: HOSPITALIZACIÓN	
Código	Indicador
SC/PCL01/IB01	Estancia media preoperatoria
SC/PCL01/IB02	Presión Urgencias
SC/PCL01/IB04	Altas voluntarias
SC/PCL01/IB05	Reingresos
SC/PCL01/IB07	Exitus
SC/PCL01/IB15	Informe de alta al Alta
SC/PCL01/IB17	Úlceras por presión
SC/PCL01/IB19	Tratamiento del dolor
SC/PCL01/IB20	Satisfacción del paciente
SC/PCL01/IB21	Estancia media postoperatoria
SC/PCL01/IB22	Tasa global de caídas

PROCESOS CLAVE: CONSULTAS EXTERNAS

Código	Indicador
SC/PCL02/IB01	Demora programación CCEE
Código	Indicador
SC/PCL02/IB02	Demora media de asistencia en exploraciones
Código	Indicador
SC/PCL02/IB03	Percepción demora asistencia en CCEE
Código	Indicador
SC/PCL02/IB04	Anulaciones de citas por la organización
Código	Indicador
SC/PCL02/IB05	Valoración global usuario en CCEE
Código	Indicador
SC/PCL02/IB06	Tratamiento del dolor

PROCESOS CLAVE: AT. QUIRÚRGICA

Código	Indicador
SC/PCL03/IB01	Cumplimentación consentimiento informado
Código	Indicador
SC/PCL03/IB02	Exitus preoperatorio
Código	Indicador
SC/PCL03/IB03	Reintervenciones

PROCESOS CLAVE: AT. QUIRÚRGICA	
Código	Indicador
SC/PCL03/IB04	Intervenciones suspendidas
Código	Indicador
SC/PCL03/IB05	Intervenciones no planificadas
Código	Indicador
SC/PCL03/IB06	Complicaciones anestésicas
Código	Indicador
SC/PCL03/IB07	Cumplimentación Informe Operatorio
Código	Indicador
SC/PCL03/IB09	Impacto intervenciones urgentes
Código	Indicador
SC/PCL03/IB12	Cumplimentación preoperatorio completo
CMA	
Código	Indicador
SC/PCL06/IB01	Demora antes de entrar en quirófano
Código	Indicador
SC/PCL06/IB02	Consejos postoperatorios
Código	Indicador
SC/PCL06/IB03	Valoración global pacientes de CMA

PROCESOS CLAVE: Bloque obstétrico	
Código	Indicador
HV/PCL07/IC01	Consentimientos informados firmados
Código	Indicador
HV/PCL07/IC02	Tasa de mortalidad neonatal precoz
Código	Indicador
HV/PCL07/IC03	Tasa de mortalidad neonatal fetal
Código	Indicador
HV/PCL07/IC04	Episiotomías
Código	Indicador
HV/PCL07/IC05	Ph por debajo de 7 días
Código	Indicador
SC/PCL03/IB03	Reintervenciones
Código	Indicador
SC/PCL03/IB10	Índice de cesáreas
Código	Indicador
SC/PCL01/IB15	Informe de alta al alta
Código	Indicador
SC/PCL01/IB21	Estancia media postoperatoria

PROCESOS CLAVE: AT. URGENTE	
Código	Indicador
SC/PCL04/IB02	Urgencias no atendidas
Código	Indicador
SC/PCL04/IB03	Informe Alta Urgencias
Código	Indicador
SC/PCL04/IB04	Reingreso a Urgencias
Código	Indicador
SC/PCL04/IB05	Derivaciones
Código	Indicador
SC/PCL04/IB06	Mortalidad en Urgencias
Código	Indicador
SC/PCL04/IB07	Demora asistencia en Urgencias
Código	Indicador
SC/PCL04/IB08	Percepción demora asistencia en Urgencias
Código	Indicador
SC/PCL04/IB09	Valoración global usuario en Urgencias
Código	Indicador
SC/PCL04/IB10	Tratamiento del dolor

PROCESOS CLAVE: Hospital de Día	
Código	Indicador
HV/PCL02B/IC01	Vías retiradas por prevención
Código	Indicador
HV/PCL02B/IC02	Vías retiradas por flebitis
Código	Indicador
HV/PCL02B/IC03	Vías retiradas por extravasación
Código	Indicador
HV/PCL02B/IC04	Obstrucciones de reservorios

PROCESOS DE SOPORTE ASISTENCIAL: Radiología/Medicina Nuclear	
Código	Indicador
SC/PSA01/IB01	Retraso entrega de resultados en radiología
Código	Indicador
SC/PSA01/IB02	Información recibida
Código	Indicador
SC/PSA01/IB03	Valoración global del usuario en Radiología

PROCESOS DE SOPORTE ASISTENCIAL: Laboratorio/Anatomía Patológica

Código	Indicador
SC/PSA02/IB01	Correlación clínica / anatomía patológica
Código	Indicador
SC/PSA02/IB02	Apendicitis blancas
Código	Indicador
SC/PSA02/IB03	Muestras inadecuadas
Código	Indicador
SC/PSA02/IB04	Cumplimiento plan de mantenimiento preventivo de los equipos, propios o no
Código	Indicador
SC/PSA02/IB05	Retraso en actividades de mantenimiento preventivo

PROCESOS DE SOPORTE ASISTENCIAL: Laboratorio

Código	Indicador
SC/PSA02/IB06	Control de temperatura de las muestras (de extracción a entrega)
Código	Indicador
SC/PSA02/IB07	Tiempo de respuesta para determinaciones de urgentes
Código	Indicador
SC/PSA02/IB08	Informes urgentes fuera de tiempo consensuado

PROCESOS DE SOPORTE ASISTENCIAL: Uso de la medicación	
Código	Indicador
SC/PSA03/IB01	Reacciones adversas a la medicación
SC/PSA03/IB02	Errores en la administración de medicamentos
SC/PSA03/IB03	Rupturas de stock en Farmacia
SC/PSA03/IB04	Errores de prescripción

PROCESOS DE SOPORTE ASISTENCIAL: Esterilización	
Código	Indicador
SC/PSA04/IB01	No conformidades material estéril
SC/PSA04/IB02	Productos reesterilizados por superar el tiempo de caducidad
SC/PSA04/IB03	Nº de incidentes ocurridos en central de esterilizados

PROCESOS DE SOPORTE ASISTENCIAL: Uso de la sangre

Código	Indicador
SC/PSA06/IB01	Reacciones transfusionales
SC/PSA06/IB02	Errores en la administración de derivados de la sangre
SC/PSA06/IB03	Consentimiento informado en la Transfusión

PROCESOS DE SOPORTE ASISTENCIAL: Gestión de Admisiones

Código	Indicador
SC/PSA07/IB01	Pacientes en Lista de Espera Quirúrgica
SC/PSA07/IB02	Tiempo medio de espera para intervenir

PROCESOS DE SOPORTE ASISTENCIAL: Atención al usuario	
Código	Indicador
SC/PSA09/IB01	Quejas
SC/PSA09/IB02	Quejas y Reclamaciones Asistenciales
SC/PSA09/IB03	Quejas y Reclamaciones no Asistenciales
SC/PSA09/IB04	NC/AC abiertas
SC/PSA09/IB05	Reclamaciones (Hospitalización, Urgencias, CCEE y Radiodiagnóstico)
SC/PSA09/IB06	Contestación a reclamaciones antes de 15 días
SC/PSA09/IB07	Contestación a reclamaciones entre 15 y 30 días
SC/PSA09/IB08	Contestación a reclamaciones después de 30 días
SC/PSA09/IB09	Reclamaciones de hospitalización
SC/PSA09/IB10	Reclamaciones de urgencias

PROCESOS DE SOPORTE ASISTENCIAL: Atención al usuario

Código	Indicador
SC/PSA09/IB11	Reclamaciones de CC.EE.
SC/PSA09/IB13	Atenciones directas
SC/PSA09/IB14	Sugerencias

PROCESOS DE SOPORTE ASISTENCIAL: Historia clínica

Código	Indicador
SC/PSA10/IB01	HHCC revisadas
SC/PSA10/IB02	HHCC completas
SC/PSA10/IB03	HHCC extraviadas

PROCESOS DE SOPORTE ASISTENCIAL: Control y prevención de la infección

Código	Indicador
SC/PSA12/IB01	Infección nosocomial
Código	Indicador
SC/PSA12/IB03	Infección nosocomial de la herida quirúrgica
Código	Indicador
SC/PSA12/IB04	Aislamientos

PROCESOS DE SOPORTE NO ASISTENCIAL: Servicios Generales

Código	Indicador
SC/PSN01/IB01	Percepción calidad de la comida
Código	Indicador
SC/PSN01/IB02	Percepción limpieza de la habitación
Código	Indicador
SC/PSN01/IB03	Percepción limpieza general del hospital

PROCESOS DE SOPORTE NO ASISTENCIAL: Compras y almacenes

Código	Indicador
SC/PSN02/IB01	Rupturas stock en Almacén

PROCESOS DE SOPORTE NO ASISTENCIAL: Mantenimiento (instalaciones)

Código	Indicador
SC/PSN03A/IB01	Órdenes de trabajo abandonadas
Código	Indicador
SC/PSN03A/IB02	Completitud de mantenimiento preventivo
Código	Indicador
SC/PSN03A/IB03	Completitud de mantenimiento técnico legal

PROCESOS DE SOPORTE NO ASISTENCIAL: Mantenimiento (equipos médicos)

Código	Indicador
SC/PSN03B/IB01	Órdenes de trabajo abandonadas
Código	Indicador
SC/PSN03B/IB02	Completitud de mantenimiento preventivo
Código	Indicador
SC/PSN03B/IB03	Completitud de mantenimiento técnico legal

PROCESOS DE SOPORTE NO ASISTENCIAL: Gestión residuos	
Código	Indicador
SC/PSN04/IB01	Accidentes en gestión residuos
Código	Indicador
SC/PSN04/IB02	Incidentes en gestión de residuos
Código	Indicador
SC/PSN04/IB03	Residuos grupo III

Para cada uno de los indicadores, el NCC proporciona un formato normalizado en el cual se desarrollará cada uno de ellos y donde se recogerán todos los datos necesarios para realizar su seguimiento y evaluación. Los IB's son revisados trimestralmente en reunión de NPC.

Además de todos estos indicadores, serán de cumplimiento todos aquellos exigidos por la Comunidad de Madrid, o cualquier otro organismo competente, para sus hospitales.

Las guías, protocolos y/o vías clínicas serán revisados o actualizados en un período máximo de 3 años, de acuerdo a lo indicado en el procedimiento de Control de la Documentación establecido dentro del Sistema de Gestión de Calidad de Capiro.

2.4. GESTIÓN DE RIESGOS OBJETO Y ALCANCE

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.

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.

Una práctica clínica segura exige 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.

Las estrategias de Seguridad de Pacientes (SP) buscan minimizar la aparición de daños en relación con la presentación de EA, y constituyen un elemento transversal dentro de la política de calidad.

Conceptos básicos:

- **Gestión de la Seguridad del Paciente:** todo diseño o intervención de la organización orientada a prevenir o mitigar el daño al paciente proveniente de los procesos de atención sanitaria. También puede denominarse Gestión de Riesgos (GR)
- **Riesgo:** probabilidad de que se experimente una consecuencia indeseable, o Efecto Adverso. Comprende dos variables:
 - La frecuencia de presentación (probabilidad)
 - La gravedad o severidad
- **Efecto Adverso:** acontecimiento que produce una lesión o daño como consecuencia de la actuación sanitaria (a diferencia de la complicación, que es una alteración del proceso natural de la enfermedad), con resultado de:
 - No alcanzar los objetivos diagnósticos o terapéuticos por los que se realiza la asistencia al paciente

- Necesitar nuevas actuaciones asistenciales, no requeridas inicialmente, con o sin prolongación de la estancia hospitalaria
- Producir una incapacidad en cualquiera de sus grados
- Provocar el fallecimiento

2.4.1. REALIZACIÓN

El Proceso Estratégico de Gestión de la Seguridad del Paciente tiene los siguientes componentes y objetivos:

- Fomentar y difundir una cultura de Seguridad del Paciente, entre los diferentes estamentos, de manera que la actuación de los profesionales esté condicionada por la minimización de los riesgos. La implicación de la Dirección de los Centros y de los líderes clínicos es fundamental para que toda la organización asuma los proyectos de gestión de riesgos que añaden valor a la asistencia sanitaria.

Los elementos de apoyo de este objetivo son:

- 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
 - Actualización y refuerzo del 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 de cada Hospital, supervisados por la Dirección Corporativa
 - Elaboración de material de difusión dirigida a los profesionales y a los pacientes, con los principios básicos y los Planes de Actuación
- Crear una organización para la Gestión de Riesgos: Las personas implicadas en la estructura de GR, incorporarán dicha función a su desempeño habitual; sólo en casos excepcionales, en relación con la magnitud de la función y tamaño del Hospital, podrá existir una figura con dedicación específica.

Dado que la SP es un componente esencial de la calidad asistencial, la estructura estará integrada con el Núcleo Promotor de Calidad.

Los componentes serán:

- Coordinador general de Gestión de Riesgos, a nivel Corporativo, con las funciones de fomento e impulso de la política de SP, identificación de riesgos generales, diseño conjunto del sistema de notificación y registro, propuesta de estándares colectivos, y objetivos de los mismos, apoyo del area de Sistemas de Información
- Gestor Hospitalario de Riesgos con un perfil recomendado: Médico (u otro profesional asistencial), con dedicación plena/alta al Hospital, vinculado al Sistema de Gestión de Calidad y SP en el Hospital, con interés en formarse en la disciplina. Frecuentemente esta función recaerá en el Director/Coordinador Asistencial/Médico. Donde exista una Unidad Funcional de GR (especialmente en aquellos Centros con vinculación singular al Sector Público), será su Coordinador
- Comisión/Grupo de Trabajo/Unidad Funcional de GR: La composición de estos equipos se adaptará a la necesidad de cada Hospital. Sus integrantes saldrán de entre los siguientes:
 - Dirección Asistencial/Médica y de Enfermería
 - Tutor del Núcleo Central de Calidad
 - Coordinador y/o representantes del Núcleo Promotor de Calidad, siempre que no estén incluidos por cualquier otro de los desempeños que se relacionan
 - Responsables de los Planes de Actuación de SP
 - Otros profesionales del area de Medicina Preventiva, responsables de Planes de Cuidados... por designación de la Dirección del Hospital
 - Responsables de Procesos

El grupo no debería exceder los 4-5 componentes para facilitar su eficacia

- Seleccionar y priorizar las áreas de actuación o programas de SP: La priorización que se establezca corporativamente para cada período tendrá el carácter de mínimo, por lo que, en función del grado de desarrollo de cada Centro podrán añadirse Programas. El nivel de profundidad en la implantación de los Programas en cada Centro se adaptará a su Cartera de Servicios, estructura y posibilidades.

Las fuentes de información para la selección y priorización de los Programas de SP son:

- Literatura, publicaciones y programas internacionales, nacionales o de Comunidades Autónomas de SP, entre otros:
 - Alianza Mundial para la SP de la OMS
 - Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud
 - Planes de Riesgos Sanitarios de las CCAA
 - Estudios e Informes de organismos dedicados a la SP:
 - National Patient Safety Agency (NPSA) National Health Service (Reino Unido)
 - Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ) US Department of Health&Human Services
 - Joint Commission International (EEUU)
 - Institute for Safe Medication Practices (ISMP) US, e Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos- España
 - Estudio Nacional sobre Efectos Adversos ligados a la hospitalización 2005 (ENEAS) Mº Sanidad y Consumo. Plan Nacional de Calidad

Los Programas de Actuación Corporativos iniciales figuran en el Anexo 2.1. Cada Programa dispondrá de la correspondiente documentación de Proceso, con sus Procedimientos Operativos, Instrucciones Técnicas/Asistenciales y registros, con una base corporativa común, adaptada a la organización y funcionamiento del Hospital.

- Establecer sistemas de detección y tratamiento de Efectos Adversos, cuyo propósito es obtener información sobre las áreas o problemas de la organización que generan riesgo, a fin de poder corregir las no conformidades: 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 desarrollo e implantación de estos sistemas será progresivo.

El sistema de notificación de Efectos Adverso del Hospital cumplirá 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 coordinación corporativa de SP- para permitir el análisis de las causas raíz de los EA y la mejora de las prácticas
- Implantación progresiva:
 - Incidentes relacionados con medicamentos (IRM)
Reacciones adversas a medicamentos (RAM)
Errores de medicación (EM): prevenibles
 - Sucesos centinela: aquellos eventos inesperados que producen una grave lesión física o psíquica, o incluso el fallecimiento del paciente
 - Incidentes y EA en general
- Formulario de declaración en soporte informático

También se establece un sistema de monitorización de Indicadores de Seguridad de Pacientes, obtenido de la información del CMBD, que proporciona una medida de las complicaciones potencialmente evitables surgidas durante la hospitalización. Se incluyen los casos donde un diagnóstico secundario identifica una complicación potencialmente evitable, por lo que la adecuada codificación es imprescindible. El sistema seleccionado para este análisis es el de la Agency for Healthcare Research and Quality, del Departamento de Salud de EEUU (Anexo 2.2)

2.4.2. ANEXO 2.1

PROGRAMAS DE ACTUACIÓN CORPORATIVOS

➤ Identificación de pacientes: Identificación física (brazalete) de pacientes en:

- Ingresados
- Cirugía Mayor Ambulatoria
- Urgencias
- Neonatos

Se adjunta el protocolo de identificación de pacientes como **ANEXO IX**

➤ Prácticas Quirúrgicas Seguras: Mejora de la seguridad quirúrgica mediante la utilización de metodologías y sistemas/listas de comprobación en bloque quirúrgico, en el contexto del programa de la OMS "La cirugía segura salva vidas"

- Prevención de errores de persona, lugar o procedimiento quirúrgico equivocado
- Prevención de daños relacionados con la anestesia
- Minimización del riesgo de infección de la herida quirúrgica
- Identificación correcta de especímenes
- Otras

➤ Infección nosocomial (IN): reducción de las IN, mediante programas de vigilancia y control:

- Lavado de manos: la mejora de la higiene de manos por parte de los profesionales es una de las medidas más efectivas para prevenir las infecciones nosocomiales y la propagación de microorganismos multiresistentes
- Prevención bacteriemia por catéter intravascular: a aplicar inicialmente en las Unidades de Cuidados Especiales (UCI, U Reanimación...)
- Programas generales: el grado de implantación en el Centro será progresivo dependiendo de las características, fijándose anualmente con la Dirección Corporativa:

- Vigilancia epidemiológica
 - Prevalencia global de IN
 - Incidencia IN general
 - Incidencia quirúrgica
 - Detección y estudio de brotes epidémicos
 - Uso de antimicrobianos (prevalencia de uso)
- Prevención y Control de la IN
 - Protocolo de limpieza, desinfección y esterilización
 - Política de antisépticos
 - Normativa de lavado de manos
 - Recomendaciones de preparación prequirúrgica
 - Sondaje urinario
 - Guía de profilaxis prequirúrgica
 - Recomendaciones de aislamiento de pacientes
 - Actuación en caso de infecciones causadas por gérmenes relevantes
 - Control de bioseguridad ambiental en quirófanos y áreas especiales
 - Bioseguridad ambiental en situación de obras



- Prevención de errores de medicación

- Cuestionario de autoevaluación de la seguridad del sistema de medicamentos
 - Identificación de riesgos (2-3 de mayor impacto): seleccionar los más relevantes para el Hospital
 - Registro (y avisos llamativos) de alergias a medicamentos (incluso codificados, si el sistema informático de Farmacia tuviera detección automática)
 - Comprobación de la identidad del paciente previo a la administración de fármacos (seleccionar los de riesgo o todos)
 - Listado de medicamentos de Alto Riesgo con sus correspondientes protocolos, cálculos automáticos de dosis, alertas de límite de dosis, validación por farmacéutico
 - Control de seguridad especial en dispensación a pacientes externos
 - Medidas especiales en puntos vulnerables:
 - pediatría y quimioterapia: doble chequeo dosis, dosis total y por kg/m², validación obligatoria, doble comprobación de envases, diluyentes, dosis, volúmenes de mezclas parenterales (implantación de Procedimientos Normalizados de Trabajo en la preparación de mezclas IV) Quimioterapia: utilización de sistemas de prescripción electrónica asistida
 - Creación e implantación de PNT en la preparación de Nutrición Parenteral
 - Implantación del sistema de notificación de errores de medicación, según modelo ISMP-FJD en todos los hospitales
- Efectos Adversos relacionados con el equipamiento: notificación y análisis de causa-raíz de cada Evento.

PROGRAMAS DE ACTUACIÓN COMPLEMENTARIOS

- Prevención de las UPP
- Traumatismos obstétricos/daño neonatal
- Seguridad clínica en pacientes del Servicio de Urgencias
- Prevención de la enfermedad tromboembólica en pacientes quirúrgicos (Trombosis Venosa Profunda y Trombo Embolismo Pulmonar)



- Uso de betabloqueantes para prevenir EA cardíacos en pacientes operados
- Prevención de fracturas de cadera en paciente postquirúrgicos

2.4.3. ANEXO 2.2

INDICADORES HOSPITALARIOS DE SEGURIDAD DE PACIENTES

(Obtenidos del CMBD)

Fuente: Department of Health and Human Services Agency for Healthcare Research and Quality

<http://www.qualityindicators.ahrq.gov>

March 2003 Version 3.1 (March 12, 2007)

Versión española: ESTRATEGIA para la seguridad del paciente. Sevilla: Consejería de Salud, [2006] 88 p. Andalucía. Consejería de Salud W 84

- 1 - Complicaciones de la anestesia
- 2 - Mortalidad en GDRs de baja mortalidad
- 3- Ulcera de decúbito
- 4- Fracaso en el rescate
- 5 - Cuerpo extraño olvidado durante un procedimiento
- 6 - Neumotórax iatrogénico
- 7 - Determinadas infecciones causadas por la asistencia sanitaria
- 8 - Hematoma o hemorragia postoperatoria
- 9 - Fractura de cadera postoperatoria
- 10 - Desorden fisiológico y metabólico postoperatorio
- 11 - Embolismo pulmonar o trombosis venosa profunda postoperatorios
- 12 - Fallo respiratorio postoperatorio



- 13 - Sepsis postoperatoria
- 14 - Dehiscencia de herida postoperatoria
- 15 - Punción/laceración accidental
- 16 - Reacción transfusional
- 17 - Traumatismo en el nacimiento - lesiones en el neonato
- 18 - Trauma obstétrico en cesárea
- 19 - Trauma obstétrico en parto vaginal instrumentado
- 20 - Trauma obstétrico en parto vaginal no instrumentado

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, como es la Formación. El impulso de la mejora en cualquier Centro, Servicio, Departamento o Unidad organizativa, recae necesariamente en las personas que los componen. Bien es cierto que la mera pertenencia y/o el desempeño de las tareas para las que cada cual está contratado, no es suficiente para garantizar el avance en la mejora de la prestación de los servicios, pero no hay que olvidar que el recurso más importante de una Organización es el conjunto de personas que la componen. Si sabemos aprovechar el potencial creativo de cada uno de nosotros, aportándolo como uno de los mayores valores, favoreceremos el avance en la senda de excelencia a la que debe aspirar toda Organización

Para ello, desde el Núcleo Central de Calidad y, a través de los diferentes responsables de formación continuada de los centros, se establecen anualmente acciones formativas en materia de Calidad 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 en los diversos ámbitos laborales en los que se encuentra inmerso el personal de Capiro.

A continuación, se relacionan diferentes acciones formativas y talleres impartidos por el NCC en todos los centros del Grupo:

- Curso teórico-práctico básico de Calidad
- Proyecto Capiro (Betty Project): Estructura y objetivos
- Plan de Calidad
- Modelo EFQM
- Indicadores de Calidad
- Modelo ISO 9001:2000
- Modelo Joint Commission International
- Curso teórico-práctico sobre instrumentos de gestión de la calidad
- Curso sobre codificación de documentos

- Curso teórico-práctico sobre la elaboración de objetivos
- Formación de evaluadores EFQM, con obtención de titulación oficial

Asimismo, desde el NCC se imparte formación "a demanda" para cualquier centro que lo pueda solicitar, cualquier grupo de profesionales o cualquier responsable de proceso de Capiro.

Se adjunta como **ANEXO X** la documentación que sustenta el proceso de Formación Continuada.

Se establecerá un procedimiento para identificar y difundir buenas prácticas, dicho procedimiento se basa en la educación y formación de nuestros profesionales para el tratado, almacenamiento y etiquetado de residuos peligrosos y electrónicos. Intenta, a su vez, ser un referente de buenas prácticas ambientales de uso diario sobre los consumos de agua, refrigeración, papel o electricidad. Para ver las especificaciones técnicas y un estudio más pormenorizado ver **ANEXO XI**.

Desde la Dirección del Hospital se promoverá la participación de los profesionales en el desarrollo de proyecto para mejorar la gestión de la calidad (grupos de mejora, por ejemplo). En la actualidad contamos, entre otros, con grupos de mejora operativos tales como:

- Proyecto de mejora de la información de los pacientes en urgencias
- Proyecto de mejora de la información en el servicio de radiodiagnóstico
- Proyecto de mejora de la solicitud de medicación de uso hospitalario
- Proyecto de mejora de la gestión de estupefacientes en quirófano
- Proyecto de mejora de la gestión de agendas de consultas externas
- Proyecto de mejora de ingreso hospitalario desde servicio de urgencias
- Proyecto de mejora del uso de historia clínica
- Proyecto de normalización del Consentimiento Informado



Asimismo, se promoverá la colaboración con sociedades, asociaciones y organizaciones para la mejora de la calidad en el nuevo Hospital.

3. INFRAESTRUCTURA DE LA CALIDAD

3.1. RESPONSABLES Y/O COMISIONES PARA GESTIONAR LA CALIDAD

El Sistema de Gestión de Calidad de Capiro Sanidad es el que sustenta todo el esfuerzo de los profesionales de su día a día en pro de la excelencia de sus procesos y de la organización en su conjunto.

La gestión de Calidad en Capiro Sanidad se fundamenta en la implantación efectiva y en el seguimiento de un sistema estructurado, coherente y homogéneo de gestión de los objetivos y acciones de mejora.

El objeto del SGC es definir la estructura, la sistemática de funcionamiento, revisión y permanente actualización, ajustados al objetivo de promover la mejora cualitativa en Capiro Sanidad. Dicho SGC alcanza al conjunto de las actividades desarrolladas en cada uno de los centros que integran el Grupo y soportadas por la documentación reseñada en cada proceso. El alcance del SGC afecta al conjunto de actividades asistenciales y no asistenciales incluidas en la oferta de servicios de cada centro y en su mapa de procesos específico.

El Sistema de Gestión de Calidad de Capiro Sanidad está constituido por el conjunto de su estructura organizativa, de responsabilidades, de procedimientos de actuación, de procesos y de recursos que se establecen en la organización para llevar a cabo la gestión de la Calidad.

Dicho Sistema debe ser competente y válido, tanto en el nivel central de la estructura corporativa, como en los diferentes centros que integran el Grupo.

El objetivo básico del Sistema de Gestión de Calidad de lograr la satisfacción del cliente-paciente, se concreta en las acciones y procedimientos previstos en el Sistema, dirigido a:

- **Prevención de No Conformidades:** Entendido como el esfuerzo en evitar que se produzcan no conformidades. Las actividades de prevención son, entre otras:

- Definición de la estructura organizativa de la organización, con sus responsabilidades y funciones
 - Formación y adiestramiento del personal
 - Definición de las características, requisitos y expectativas de los clientes
 - Control y seguridad de la documentación y datos utilizados
- Detección de Productos y Servicios No Conformes

Identificar las No Conformidades, de modo que éstas se detecten en el momento más próximo a cuando se han producido. Las actividades de detección son, entre otras, las siguientes:

- Controles durante la prestación del servicio
 - Revisión de la documentación
 - Auditorías Internas y Externas
 - Recepción y tratamiento de reclamaciones
 - Identificación de eventos centinela
- Demostración del cumplimiento de requisitos de Calidad

Esto es, realizar y documentar todas las acciones necesarias para poder demostrar, objetivamente, que se han cumplido todos los requisitos de Calidad. Las actividades de demostración son:

- Elaboración y mantenimiento de registros de las actividades realizadas
 - Acciones necesarias para la obtención de certificaciones/ acreditaciones, de validación externa del nivel de calidad alcanzado.
- Detección permanente de las oportunidades de mejora

Desarrollo del proceso de planificación de acciones de mejora a partir del análisis de situación, realizado periódica y sistemáticamente, de la detección de oportunidades de mejora, de la observación de las mejores prácticas en el Grupo y externamente al mismo.

Seguimiento de los planes de actuación y verificación del grado de consecución de los objetivos de calidad establecidos en el Plan de Calidad.

ESTRUCTURA ORGANIZATIVA: CORPORATIVA

La organización posee una Unidad Funcional específicamente destinada a la Gestión de la Calidad en el Grupo. Dicha Unidad adquiere el nombre de Núcleo Central de Calidad (NCC), formada por 5 profesionales que tutorizan un total de 22 centros de agudos y sociosanitarios.

Las funciones del NCC son las siguientes:

- Formulación, implementación y actualización permanente del Sistema de Gestión de Calidad (SGC)
- Proveer y/o facilitar Formación interna en calidad
- Aportar soporte metodológico
- Facilitar soporte para la estructuración interna de los Centros, en el ámbito de la calidad
- Establecer, conjuntamente con los Centros, los objetivos de calidad
- Seguimiento de la consecución de los objetivos
- Establecimiento de los indicadores básicos (corporativos para todos los centros)
- Apoyar la preparación para la obtención de acreditaciones o certificaciones externas de calidad
- Participar y fomentar la participación de los líderes de calidad en congresos, publicaciones y foros de calidad
- Acompañamiento en todas las auditorías externas
- Realización de auditorías de proceso a demanda de un centro

El NCC organiza sus recursos con los siguientes criterios:

- Todos los Centros tienen un miembro del NCC como Tutor. Dicho Tutor vela por el seguimiento de las acciones planificadas y llevadas a cabo por el Centro tutelado. Así, el Tutor garantiza una proximidad física y funcional con el Centro, así como un fácil acceso al NCC.
- El NCC se reúne con una periodicidad mínima trimestral
- El NCC realiza todas las auditorías internas de los centros de Capiro, excluyéndose de la auditoría de un centro al tutor de dicho centro. De las auditorías surgen los correspondientes informes de auditoría interna que serán trabajados por el centro y su Tutor, estableciéndose las correspondientes acciones correctivas o de mejora.

ESTRUCTURA ORGANIZATIVA: DE CENTRO

Aún y cuando la responsabilidad máxima de la calidad en cada Centro recae, inequívoca e indelegablemente en el Director Gerente, se impulsa, como instrumento de coordinación y seguimiento del Plan de Calidad de cada Centro, la constitución de un órgano consultivo e interdisciplinar: el Núcleo Promotor de Calidad (NPC) equivalente a una Comisión de Calidad.

A dicho grupo pertenecerán 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,..., siempre con la aprobación de la Presidencia del NPC.

El NPC de cada Centro determinará las normas de funcionamiento interno, su composición, la periodicidad de sus reuniones así como los criterios de gestión interna que les corresponda.

Las funciones fundamentales del NPC son:

- Garantizar la coordinación de las acciones de calidad
- Facilitar el seguimiento de la consecución de los objetivos del Plan de Calidad del Centro
- Dar soporte metodológico a personas o grupos, responsables de la ejecución de las acciones de calidad
- Integrar la información de los indicadores de calidad

- Apoyar a la Dirección en la fijación de prioridades y objetivos de calidad
- Apoyar la revisión periódica del Plan de Calidad y su reformulación
- Interaccionar con el NCC
- Coordinar las acciones tendentes a la obtención de certificaciones o acreditaciones, globales o parciales
- Comunicar y fomentar la comunicación, interna, intra-Grupo y externa de los logros obtenidos
- Reunirse con una periodicidad mensual con el tutor del NCC
- Elaborar la Memoria Anual que integrará todos los datos relativos al funcionamiento y resultados del centro en esta materia y, por lo tanto, incluirá la Revisión por la Dirección del Sistema de Gestión de Calidad

Debe existir y existe una figura en todos y cada uno de los centros encargada de la dinamización de los correspondientes Núcleos Promotores de Calidad. Se trata del Coordinador de Calidad que interacciona con el tutor de calidad y, por ende, con el Núcleo Central de Calidad.

A fin de favorecer el intercambio de experiencias, se organizan por el NCC, con periodicidad anual, las Jornadas de Coordinadores de Calidad en donde se exponen las líneas maestras y experiencias en la gestión de la Calidad.

Del mismo modo, anualmente, se organiza la Jornada de Calidad en la que se presentan diferentes experiencias de profesionales propios y profesionales de otras organizaciones sanitarias.

MANUAL DE CALIDAD

El Manual de Calidad es el instrumento básico que define la estructuración y modelo de Gestión del Sistema de Calidad. Su contenido resulta de aplicación a todos los centros del Grupo, su mantenimiento es responsabilidad del Núcleo Central de Calidad y su aprobación es responsabilidad de la Dirección Corporativa.

El Manual de Calidad es la columna vertebral del Sistema de Gestión de Calidad: Clarifica y define funciones y responsabilidades, demuestra la existencia de un sistema estructurado y vigente del SGC del Grupo,... Se encuentra soportado documentalmente, a nivel corporativo, con los siguientes procedimientos (**ANEXO VII**):

- Procedimiento para la revisión del Sistema de Gestión de Calidad y Medio Ambiente
- Procedimiento para la elaboración de Procedimientos e Instrucciones
- Procedimiento de control y distribución de los Documentos
- Procedimiento para el control de No Conformidades y Reclamaciones
- Procedimiento para la gestión de Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora
- Procedimiento de control de los Registros
- Procedimiento de Auditorías Internas
- Procedimiento de evaluación de la satisfacción de Clientes y Usuarios
- Procedimiento de identificación y seguimiento del cumplimiento de requisitos legales y ambientales
- Procedimiento para la identificación y evaluación de aspectos ambientales
- Procedimiento para el tratamiento de consultas y quejas ambientales
- Procedimiento de preparación y respuesta ante emergencias
- Procedimiento de control operacional ambiental

Asimismo, una vez se inicie la actividad en el hospital, en coordinación con la Dirección Gerencia, se podrán establecer las siguientes Juntas y Comisiones Clínicas, siempre si proceden por la actividad

mencionada y siempre dando cumplimiento a los requerimientos de la Comunidad de Madrid SERMAS o cualquier otro organismo competente:

- Junta Facultativa
- Comisión de Formación Continuada
- Comisión Grupo Promotor de Ética Asistencial
- Comisión de Desarrollo Bloque Quirúrgico
- Comisión de Farmacia y Terapéutica
- Comisión de infecciones, profilaxis y política antibiótica
- Comisión de mortalidad, complicaciones y readmisiones
- Comisión de dietética hospitalaria
- Comisión de nutrición artificial
- Comisión de protección radiológica
- Comisión de documentación clínica
- Comisión de uso racional del medicamento
- Comisión de seguridad y salud
- Núcleo Promotor de Calidad
- Comisión de Medio Ambiente
- Comité de transfusión
- Comisión de agresiones a los profesionales derivadas de situaciones conflictivas con los ciudadanos

3.2. HERRAMIENTAS DE COMPROMISO E INCENTIVACIÓN

Todos los profesionales del hospital estarán comprometidos con la gestión eficiente de sus procesos y, anualmente, desde las direcciones correspondientes se establecerán unos objetivos que podrán ir ligados a componente variable así como a la autorización para participar en Jornadas y Congresos, promoción interna, formación extraordinaria,...

3.3. PLAN DE ACCIÓN

Sobre los objetivos que se fijen en el hospital, se establecerá un cronograma, con un seguimiento periódico establecido en el que se verificará el cumplimiento mediante los indicadores correspondientes.

4. EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

4.1. OBJETIVOS ANUALES DE CUMPLIMIENTO

Los objetivos podrán ser establecidos por el Servicio Madrileño de Salud o venir determinados internamente. Para la gestión de los mismos nuestra organización tiene establecida una sistemática que se detalla a continuación:

Desde el Núcleo Central de Calidad se establecen, conjuntamente con los núcleos promotores de calidad de los centros, las acciones de mejora y objetivos de calidad internos correspondientes, así como el seguimiento de consecución de los mismos.

Los objetivos se establecen bajo las siguientes premisas:

- Deben ser medibles, por lo que deben disponer de un punto de partida cuantitativo o cuantificable.
- No pueden establecerse objetivos que consistan en cumplimientos de requisitos legales o normativos.

Para el establecimiento y control de estos objetivos de calidad se ha desarrollado desde el NCC la ficha de seguimiento, que se acompaña, compuesta por los siguientes campos:

- Campos identificativos de centro, proceso y fecha de puesta en marcha del objetivo
- Descripción genérica del objetivo.
- Justificación del objetivo.
- Diagnóstico o situación de partida.
- Tabla de planificación de las acciones a ejecutar con indicación de **"Responsables"**, **"Tipo"** (Planificación, Ejecución o Seguimiento), **"Fechas de realización"** prevista para cada una de las acciones, **"Recursos"** (humanos y/o materiales), **"Verificación de cumplimiento"** (indicando fechas de la verificación con identificación de quien la realiza).



- Punto de partida numérico.
- Objetivo a conseguir.
- Tabla de indicadores de seguimiento incluyendo descripción y seguimiento periódico de los mismos
- Campos de seguimiento y análisis del objetivo.
- Firmas del coordinador y del tutor de calidad del centro.

NUEVO HOSPITAL DE COLLADO-VILLALBA

EXPEDIENTE. NÚM. 14/2010



Capiro Sanidad

f.forward >>
arquitectura

GHESA
Ingeniería y Tecnología, S.A.

Centro :							
Objetivo de mejora nº:				Fecha de puesta en marcha:			
Proceso:							
Descripción del Objetivo:							
Justificación del Objetivo:							
Diagnóstico y/o situación de partida:							
Acciones a ejecutar:		Responsables	Tipo (P-E-S)	Fechas Inicio-Fin	Recursos Económicos, Humanos, Materiales		Verificación de Cumplimiento (fecha e iniciales manuscritas)
1ª							
2ª							
3ª							
4ª							
....							
Punto de partida:							
Objetivo a conseguir:							
Indicadores de seguimiento:		Primer T	Segundo T	Tercer T	Cuarto T	Acumulado	
1º							
2º							
3º							
...							
Seguimiento del Objetivo:							
1º Trimestre:							
2º Trimestre:							
3º Trimestre:							
4º Trimestre:							
Anual:							
Fecha de redacción de este documento							
Firma coordinador de calidad del centro			Firma tutor de calidad del centro				



4.2. AUDITORÍAS Y SISTEMAS DE EVALUACIÓN INTERNA Y EXTERNA

4.2.1. AUDITORÍAS INTERNAS.

Tal y como establece el procedimiento corporativo "SC/PES02/POC07 - Procedimiento de auditorías internas de calidad", el núcleo central de calidad realiza auditorías internas, con periodicidad anual, en todos los centros sanitarios del grupo; además, se realizan también en aquellos procesos certificados bajo la Norma ISO.

PROCEDIMIENTO DE AUDITORÍAS INTERNAS DE CALIDAD Y MEDIO AMBIENTE	CÓDIGO: SC/PES02/POC07 EDICIÓN: 2.4
Realizado por: NCC	APROBADO POR: CONSEJERO DELEGADO
Destinatarios: DIRECCION CORPORATIVA, NCC, DIRECCION GERENCIA DE CENTRO, COORDINADORES NPC	FECHA APROBACIÓN: MARZO 2005
A conocer por: MIEMBROS NPC	FECHA ÚLTIMA REVISIÓN: MARZO 2009 FECHA PRÓXIMA REVISIÓN: DICIEMBRE 2010

4.2.1.2. OBJETO Y ALCANCE

Por medio de este procedimiento se establecen las responsabilidades y requisitos necesarios para la planificación y realización de las auditorias internas al Sistema de Gestión de la Calidad y Medio Ambiente (SGCMA) de Capiro Sanidad, así como para informar sus resultados y mantener los registros de calidad derivados de su aplicación.

Las auditorias internas se realizan sobre todas las actividades, funciones, documentos,... incluidos en el SGCMA de acuerdo con el plan de auditorias internas de Calidad y Medioambiente. La ejecución de las mismas determina que el SGCMA en Capiro Sanidad es conforme a lo planificado así como con los requisitos de Capiro Sanidad (basados requisitos legales, reglamentarios y otros requisitos, en la Norma UNE-EN ISO 9001:2008, Norma UNE-EN ISO 14001:2004, los Estándares de JCI-FAD, los modelos de evaluación EFQM y otros estándares de aplicación en centros Socio Sanitarios). Asimismo, determinan que el SGCMA se ha implementado y se mantiene de forma eficaz.

DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIA/LEGISLACIÓN APLICABLE

- Manual del Sistema de Gestión de Calidad y Medio Ambiente de Capiro Sanidad.
- Norma UNE-EN ISO 9001:2008
- Norma UNE-EN ISO 9000:2005
- Norma UNE-EN ISO 14001:2004
- Procedimiento de Acciones Correctivas, Preventivas o de mejora (**SC/PES02/POC 05**)
- Instrumento de Autoevaluación
- Manual de Estándares de Acreditación para Hospitales de JCI - FAD
- Procedimiento para el control de las No Conformidades, Reclamaciones e Incidencias (**SC/PES02/POC04**)
- Legislación aplicable en los documentos del SGCMA
- Manuales y Estándares en centros sociosanitarios de Catalunya y de la Comunidad Valenciana.

4.2.1.3. REALIZACIÓN

RESPONSABILIDADES

La Dirección de Calidad de Capiro Sanidad es la responsable de:

- Elaborar el Programa anual de Auditorías Internas
- Elaborar el Plan de cada Auditoría Interna
- Seleccionar los Auditores Internos de Calidad y Medio Ambiente/Equipo Auditor, teniendo presente que las auditorías internas son realizadas por personal independiente de quienes tienen la responsabilidad directa en el área que se audita y que los auditores se han capacitado y cumplen los criterios exigidos en el presente procedimiento.
- Custodiar adecuadamente la documentación generada en todos los procesos de auditoría.

El Consejero Delegado de Capiro Sanidad es el responsable de:

- Aprobar el Programa Anual de Auditorías Internas

El Auditor Interno y el Auditor Jefe tienen la responsabilidad de:

Elaborar el Informe de Auditoría y el Auditor Jefe de aprobar y firmar todos los Informes de Auditoría Interna realizados o no por él (registro papel o informático).

Mantener la confidencialidad de todos los datos y observaciones obtenidas durante el proceso de Auditoría en los Centros, a excepción de la Dirección de Capiro Sanidad.

Generalidades

Definiciones

- **AUDITORÍA INTERNA:** Proceso sistemático, independiente y documentado para obtener evidencias y evaluarlas de manera objetiva con el fin de determinar la extensión en que se cumplen los criterios de la misma y realizada con personal interno de Capiro Sanidad.
- **CRITERIOS DE LA AUDITORÍA:** Conjunto de políticas, procedimientos o requisitos utilizados como referencia.
- **REQUISITO:** Necesidad o expectativa establecida, generalmente implícita u obligatoria. Pueden utilizarse calificativos para identificar un tipo específico de requisito (requisito de producto, requisito de cliente, Standard de calidad, requisito legal..).
- **OBSERVADOR:** Persona designada por Capiro Sanidad para asistir a la preparación y desarrollo de la auditoría, como etapa de formación para conseguir la cualificación de Auditor Interno.
- **EQUIPO AUDITOR:** Persona/s cualificada/s por Capiro Sanidad para efectuar auditorías internas de calidad. Estará compuesto por 1 (Auditor Jefe o Auditor Interno) o más personas (Auditor Jefe y Auditores Internos).
- **EVIDENCIA OBJETIVA:** Informaciones, comprobantes o constataciones de hechos, de naturaleza cuantitativa o cualitativa, relativos a la calidad de un bien o servicio, o a la existencia y la implantación de un elemento del Sistema de Gestión de Calidad y Medio Ambiente (SGCMA), basados en observaciones, medidas o ensayos, y que pueden verificarse.
- **NO CONFORMIDAD:** Descripción clara de un hecho en un momento dado y en un entorno determinado, que informa acerca del incumplimiento frente a la Norma UNE-EN ISO 9001:2008, Estándares JC-FAD, normativa que proceda o frente a los requisitos especificados por Capiro Sanidad, y que sirve al auditado para conocer claramente su estado de conformidad y tomar acciones correctivas.



Realización

En el proceso de auditoría interna, que se realizará con una periodicidad mínima anual, se distinguen las siguientes etapas:

➤ **Preparación de la auditoría**

Elaboración del Programa de Auditoría: Es responsabilidad de la Dirección de Calidad. Es el conjunto de auditorías planificadas para un período de tiempo determinado y dirigidas hacia un propósito específico. El Programa Anual de Auditorías Internas de Calidad y Medio Ambiente es presentado por la Dirección de Calidad de Capiro Sanidad al Consejero Delegado, para su aprobación, y lo distribuye a los responsables de los distintos centros para su conocimiento informando de las fechas de auditoría.

La Dirección de Calidad podrá proponer al Consejero Delegado de Capiro Sanidad la realización de otras auditorías cuando:

- Se hayan producido cambios significativos en el SGCMA
- Se tenga constancia de que el nivel de Calidad se encuentra comprometido
- Se tenga constancia de que el nivel de cumplimiento de los requerimientos ambientales se encuentra comprometido

➤ **Planificación de la auditoría**: El Plan de Auditoría contiene la siguiente información:

- Los objetivos y el alcance de la auditoría
- La identidad de los componentes del equipo auditor
- Fecha y lugar de realización
- Identificación de las áreas de la organización que se van a auditar
- Fecha y duración previstas para la realización de la auditoría

El Plan de Auditoría será enviado a la Dirección del Centro y al Coordinador de Calidad con un mínimo de 15 días, a excepción de las Auditorías Internas Extraordinarias que sólo serán avisadas a la Dirección de Capiro Sanidad y aprobadas por uno de sus miembros.

El NPC en Coordinación con la Dirección del centro establecerá, en la medida de lo posible, el horario y los componentes de las reuniones.

Selección de Auditores

Los auditores internos serán personas cualificadas para realizar auditorias internas y, como norma general, pertenecerán a la propia organización. Podrán utilizarse auditores externos a la organización para aspectos concretos de la misma o bien para auditorias parciales en las que se requiera la visión experta de un especialista. Los auditores internos serán nombrados por la Dirección de Calidad y serán seleccionados de acuerdo a su competencia, atendiendo a los siguientes criterios de selección:

Auditor Jefe

- Haber realizado al menos 3 auditorias internas en Capiro Sanidad.
- Tener experiencia laboral en materia de Calidad y Medio Ambiente de al menos 3 años.
- Haber participado como observador en al menos 3 auditorias externas.
- Disponer de formación acreditada en Calidad y Medio Ambiente
- Ser miembro del NCC

Auditor Interno

- Haber realizado al menos 2 auditorias internas en Capiro Sanidad ó ser Coordinador de Calidad de otro centro del Grupo.
- Haber recibido formación específica (interna o externa) en Calidad y Medio Ambiente ó haberse desarrollado profesionalmente en algún proceso de un centro de agudos o sociosanitario.
- Haber participado en al menos 2 auditorias externas.
- Ser miembro del NCC

REALIZACIÓN DE LA AUDITORÍA:

- **Reunión inicial:** Reunión del equipo auditor con la Dirección del Centro, el Coordinador de Calidad y los responsables de proceso que sean designados. Se realiza para recordar los objetivos y el alcance de la auditoría, confirmar la agenda planificada, establecer los canales de comunicación entre el equipo auditor y el auditado, confirmar la hora y fecha de la reunión final y se aclara cualquier duda que pueda tener el auditado.
- **Realización de la auditoría:** Siguiendo el Plan de Auditoría, el equipo auditor realizará dicho proceso, mediante entrevistas y visitas a las unidades funcionales del Centro. Las evidencias se obtendrán mediante entrevistas, examen de documentos y registros y observación de las distintas actividades. Se presupone la veracidad de los datos e informaciones aportadas por la Organización.
- Es necesaria la presencia del responsable de proceso durante la auditoría. En caso que éste no pueda estar presente, delegará expresamente su función en quien él considere oportuno y dicha decisión se recogerá en la reunión inicial de la auditoría. Sólo en caso de que nadie pueda asumir las funciones del responsable de proceso, por ser el único que tiene la información para la auditoría, se podrá decidir no auditar el proceso.

ELABORACIÓN Y PRESENTACIÓN DEL INFORME DE AUDITORÍA:

- Una vez auditadas todas las áreas predeterminadas el equipo auditor se reunirá para revisar las observaciones recogidas por escrito durante la realización de la auditoría. Durante esta revisión se identificarán las no conformidades evaluando, si se considera oportuno, su gravedad. Del resultado de este análisis surgirá el informe que se presentará al auditado en un plazo máximo de 15 días.
- Todas las no conformidades detectadas se documentarán en el Informe de la Auditoría, cuyo formato quedará a criterio del equipo auditor, y se redactarán de forma clara y sencilla para que cualquier persona afectada pueda entenderlas. Se dejará constancia del incumplimiento detectado mediante la descripción de la evidencia objetiva (registros, declaraciones de hechos,).
- El Informe de la Auditoría Interna contendrá toda la información necesaria, por lo tanto, la siguiente información:
 - Nº de Informe de Auditoría Interna
 - Fecha



- Nombre del centro al que se le realiza la auditoría
 - Identificación del equipo auditor
 - Recomendaciones efectuadas por el equipo auditor
 - Descripción de las no conformidades detectadas por proceso
- Se emitirán 2 copias del Informe de Auditoría: Una para el equipo auditor y otra para la Dirección Gerencia del centro auditado.
- Desde el momento de la recepción del Informe, la Dirección Gerencia puede manifestar su disconformidad con el mismo durante los siguientes diez días hábiles, debiendo notificarlo, por escrito, al Auditor Jefe, aportando la documentación precisa para sostener la disconformidad. En este caso, el Auditor Jefe realizará las acciones necesarias para dilucidar la conformidad o no de las objeciones realizadas. El resultado final será remitido, antes de quince días hábiles desde la presentación de las alegaciones, debidamente justificado a la Dirección Gerencia del Centro. En el caso de que este segundo informe siga sin ser aceptado por la Dirección Gerencia del Centro, deberá ponerse en conocimiento del Consejero Delegado, aportando toda la documentación que afecte al caso.
- La asignación de Auditores para cada Centro la realizará la Dirección de Calidad. La Dirección Gerencia de un Centro podrá recusar al auditor correspondiente, antes o después de la realización de la auditoría, razonando sus causas y remitiendo su petición de recusación a la Dirección de Calidad.

Seguimiento de la auditoría:

- Una vez analizadas las no conformidades, el auditado debe estudiarlas con detenimiento para determinar qué acciones correctivas son necesarias. Las acciones a adoptar y su período de ejecución deberán serle comunicadas al equipo auditor en un plazo no superior a un mes desde la fecha de la realización de la auditoría.
- El auditado deberá realizar un seguimiento de las acciones correctivas adoptadas y de las mejoras conseguidas con su implantación, dejando registro de dicho seguimiento.

Para la realización de estas acciones de auditoría se ha desarrollado un "Check List", basado en requisitos legales y reglamentarios, en la Norma UNE-EN ISO 9001:2008, la Norma UNE-EN ISO



14001:2004, los Estándares de JCI-FAD, los modelos de evaluación EFQM. Este "Check List" se revisa y actualiza periódicamente por el Núcleo central de Calidad.

En dicho listado de auditoría se identifican ítems auditados con resultado satisfactorio, recomendaciones y no conformidades detectadas.

Incorporamos, a modo de ejemplo, el listado del proceso de Hospitalización

NUEVO HOSPITAL DE COLLADO-VILLALBA

EXPEDIENTE. NÚM. 14/2010



Capiro Sanidad

f.forward >>
arquitectura

GHESA
Ingeniería y Tecnología, S.A.

Hospitalización (PCL01)	OK	R	NC	Observaciones
Gestión organizativa del proceso				
Existe de un despliegue de procedimientos para la gestión de pacientes hospitalizados				
El personal de enfermería de hospitalización recibe formación anual relacionada con su lugar de trabajo				
Los circuitos de relación entre hospitalización, urgencias, admisiones, bloque quirúrgico y radiología, están establecidos				
Se definen los criterios establecidos para el traslado de pacientes				
La evaluación inicial del paciente se realiza antes de las primeras 24 horas de asistencia y se registra en la historia clínica.				
El centro dispone del procedimiento de acogida.				
Existe evidencia de Historia clínica de ingreso por parte del médico.				
El servicio dispone de documentos para que el paciente o su representante se opongán a determinados procesos diagnósticos y terapéuticos (CI, exoneración y responsabilidad, voluntades anticipadas...).				
Los estudios complementarios (RX, LAB...) están disponibles para cualquier profesional implicado en la atención del paciente.				
Se valora la existencia de la evaluación de riesgos del paciente durante la valoración inicial.				
Se encuentra definida en algún procedimiento, la actuación específica de la asistencia a los niños.				
Se encuentra definida en algún procedimiento, la actuación específica ante los cuidados paliativos.				
Se encuentra definida en algún procedimiento, la actuación específica ante los pacientes inmovilizados.				

NUEVO HOSPITAL DE COLLADO-VILLALBA

EXPEDIENTE. NÚM. 14/2010



Capiro Sanidad

f.forward >>
arquitectura

GHESA
Ingeniería y Tecnología, S.A.

Gestión asistencial y controles				
Las caducidades están controladas.				
- Revisión de la sistemática de trabajo desde farmacia				
- Valoración existencia de caducidades previstas (incluir conteo)				
- Revisión registro medicamentos uso múltiple (fecha apertura)				
El carro de paros esta revisado correctamente				
- Se verifica el sistema de custodia del carro de paros				
- El stock real de fármacos y material fungible coincide con el listado establecido de existencia mínima.				
Control de estupefacientes				
- El libro de control de estupefacientes está revisado, sin tachaduras, firmado y con los balances establecidos diariamente.				
- El conteo demuestra correlación entre el armario de tóxicos y el libro de registro y hay evidencia de una correcta custodia de dicho armario.				
Control de frigoríficos				
- Las temperaturas están registradas diariamente y con valores dentro del rango especificado.				
- No existen medicamentos abiertos fuera de control				
Controles de equipamiento electromédico.				
- El equipamiento del carro de paros tiene etiquetado el control electromédico realizado y la fecha de la próxima revisión.				
- Existen en el carro pilas de recambio para el laringoscopio y el mismo se encuentra en perfecto estado para su utilización				
-El desfibrilador es revisado periódicamente				
-El resto de equipamiento médico del servicio esta etiquetado con las revisiones realizadas y las planificadas				
Control del uso de la medicación				
- Existen mecanismos de control para evitar los errores en la administración de la medicación.				
- Existen mecanismos de notificación de errores de administración.				

NUEVO HOSPITAL DE COLLADO-VILLALBA

EXPEDIENTE. NÚM. 14/2010



Capiro Sanidad

f.forward >>
arquitectura

GHESA
Ingeniería y Tecnología, S.A.

- Existen mecanismos de notificación de efectos adversos.				
Se evidencia un sistema de interconsultas entre los diferentes profesionales especializados.				
Control de pacientes inmovilizados				
- Existe evidencia de los consentimientos informados firmados en relación a los pacientes inmovilizados				
Gestión del Sistema de Garantía de Calidad				
Existe un libro para el registro y análisis de incidencias				
El proceso tiene un objetivo o un proyecto de mejora establecido anualmente.				
Están implantados los indicadores de medición del proceso (corporativos o de centro).				
Los resultados de las encuestas de satisfacción son difundidas entre el personal implicado.				
Se verifica la sistemática de trabajo con acciones preventivas, de mejora o correctivas.				

Revisión de HC (preferiblemente quirúrgicas y CMA)	H1	H2	H3	H4	H5
Evaluación inicial médica					
Evaluación inicial de enfermería					
Registro de alergias					
Evaluación de riesgos					
Firmas diarias de facultativos					
Prescripción y cambios de dietas					
Existencia de CI					
Existencia de hoja operatoria firmada					
Consentimiento transfusión					
Informe de alta					

4.2.2. PROCEDIMIENTO DE NO CONFORMIDADES Y RECLAMACIONES

Las "No Conformidades" detectadas durante la acción de auditoría serán tratadas conforme a lo establecido en los procedimientos corporativos "SC/PES02/POC04 – Procedimiento para el control de No Conformidades y reclamaciones" y "SC/PES02/POC05 – Procedimiento para la gestión de las acciones correctivas, preventivas y de mejora"

 Capiro Sanidad	
PROCEDIMIENTO DE CONTROL DE NO CONFORMIDADES Y RECLAMACIONES	CÓDIGO: SC/PES02/POC04 EDICIÓN: 2.4

Realizado por: NCC	Aprobado por: CONSEJERO DELEGADO
Destinatarios: DIRECCION CORPORATIVA, NCC, DIRECCION GERENCIA DE CENTRO, COORDINADORES NPC	Fecha Aprobación: MARZO 2005
A conocer por: MIEMBROS NPC	Fecha última revisión: MARZO 2009 Fecha próxima revisión: DICIEMBRE 2010

4.2.2.2. OBJETO Y ALCANCE

Este procedimiento describe la metodología para realizar el control del producto/servicio no conforme, reclamaciones de clientes y problemas e impactos ambientales encontrados.

Este procedimiento resulta de aplicación a todo los productos/servicios prestados por Capiro Sanidad, donde se detecte una no conformidad ó una reclamación.

4.2.2.3. DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIA/LEGISLACIÓN APLICABLE

- Manual del Sistema de Gestión de Calidad y Medio Ambiente de Capiro Sanidad.
- Norma UNE-EN ISO 9001:2008
- Norma UNE-EN ISO 9000:2005
- Norma UNE-EN ISO 14001:2004
- Procedimiento para la gestión de Acciones Correctivas y Preventivas (**SC/PES02/POC05**)
- Procedimiento de Auditorías Internas de Calidad y Medio Ambiente (**SC/PES02/POC07**)
- Procedimiento de Comunicación Interna (**SC/PES05/POC01**)

4.2.2.4. REALIZACIÓN

El Grupo Capiro Sanidad, prestador de servicios sanitarios a través de cada uno de sus centros, interpreta como producto/servicio no conforme el incumplimiento de los requisitos especificados.

Asimismo, se interpreta como reclamación la comunicación de un cliente informando de un defecto de calidad o falta de satisfacción en la realización del servicio prestado en Capiro Sanidad.

No Conformidad

El problema o la situación se puede presentar por el incumplimiento de una necesidad establecida para la correcta prestación del servicio final (por ejemplo, una solicitud de analítica sin la firma autorizada del médico) o en la prestación de un servicio al usuario donde éste sea el que detecte el problema (por ejemplo, una incorrecta información al usuario por desconocimiento o desactualización del trabajador de Capiro Sanidad).

Cuando la situación se presenta de manera constante y/o afecta de forma severa a la calidad en la prestación del servicio ó cuando el hecho contradice algún requisito establecido, se considera como un incumplimiento en lo establecido en el SGCMA de Capiro Sanidad y, se convierte en una No Conformidad a la cual se le debe plantear una acción correctiva, según lo establecido en el procedimiento de Acciones Correctivas y Preventivas (**SC/PES02/POC05**).

Se identifican las situaciones más comunes que afectan a la prestación del servicio, por medio de las siguientes fuentes de información:

- Medición y control de los procesos
- Análisis de los resultados de los indicadores de gestión (Calidad y Medio Ambiente)
- Quejas y reclamaciones así como denuncias ambientales
- Accidente o emergencia con importante repercusión ambiental.
- Realización de actividades de supervisión
- Auditorias internas y/o externas

Cualquier trabajador de Capiro Sanidad puede detectar una no conformidad al SGCMA.

Una vez detectada una No Conformidad, se procede a su registro mediante el formato de Informe de No Conformidad/Acción Correctiva (**SC/PES02/FPOC04/01**). El responsable de cumplimentar el formato será la persona que la detecte ó el Propietario del Proceso. Asimismo, entregará dicho Informe de No Conformidad al Coordinador de Calidad del centro, quién será el responsable de realizarle el seguimiento.

El Núcleo Promotor de Calidad (NPC) es el responsable de verificar que la solución adoptada se lleva a cabo, comprobando su implantación una vez finalizado el plazo de ejecución indicado por el Propietario del Proceso.

Mensualmente (ó antes, en caso de ser necesario), el NPC analizará todas aquellas detectadas dentro del mes.

Las No Conformidades seguirán la siguiente codificación:

- No Conformidades detectadas en Auditoria Interna

Código de Centro/AI-AÑO (con los cuatro dígitos)/NC-Número de la no conformidad con 2 dígitos

Ej. AH/AI2007/NC01 – No conformidad nº 1 detectada en la auditoria interna del 2007 de la clínica de Alcalá de Henares.

- No Conformidades detectadas en Auditoria Externa

Código de Centro/AE-AÑO (con los cuatro dígitos)/NC-Número de la no conformidad con 2 dígitos

Ej. AB/AE2007/NC01 – No conformidad nº 1 detectada en la auditoria externa del 2007 de la clínica de Albacete

- No Conformidades detectadas por personal interno del centro

Código de Centro/Año (con los cuatro dígitos)/NC-Número de la no conformidad con 2 dígitos

Ej. TO/2007/NC01 – No conformidad interna número 1 del año 2007 del Hospital Tres Culturas de Toledo

Reclamación

Una reclamación puede ser recibida por cualquier trabajador de Capiro Sanidad. Existen distintos formatos: el de Reclamación Oficial, emitido por los organismos oficiales; el formato de Reclamación Interna (**SC/PES02/FPOC04/02**); el formato de su registro en el IGR (Sistema informático de Gestión de Reclamaciones) y las reclamaciones verbales (que pasarán al formato de reclamación interna o directamente al IGR).

Cuando el cliente transmite su reclamación, el receptor contactará con el Responsable del Servicio de Atención al Usuario del centro para que atienda al reclamante y gestione su reclamación de acuerdo al procedimiento de gestión de reclamaciones.

En caso de no existir Responsable del Servicio de Atención al Usuario, el Gerente deberá designar un responsable.

Si el reclamante exige el formato oficial de reclamación, el receptor deberá entregárselo según indica la legislación vigente.

En caso de que el reclamante solo quiera transmitir su queja, se le entregará el formato interno del centro (**SC/PES02/FPOC04/02**), ayudándole a cumplimentarlo, o bien el responsable lo registrará directamente en el IGR, la herramienta que facilita .

Posteriormente, dicha reclamación se le entregará al Responsable de Atención al Usuario, quién la tramitará con carácter inmediato utilizando la herramienta informática (IGR) diseñada a tal efecto y que facilita la gestión integral de la misma desde la asignación de responsable y causas, hasta el cierre de la reclamación.

Mensualmente (ó antes en caso de ser necesario), el Responsable de Atención al Usuario o el Responsable designado por el Gerente, analizará todas las reclamaciones del mes emitiendo un informe

Dicho informe será remitido mensualmente a la Gerencia del centro y al tutor NCC.

Las reclamaciones seguirán la siguiente codificación:

Código de centro/Año (cuatro dígitos)/REC-Nº correlativo de reclamación

Ej. RO/2004/REC10 – Reclamación nº 10 del año 2004 del C.M. Ntra. Sra. del Rosario.

4.2.2.5. FORMATOS

- Informe de No Conformidad/Acción Correctiva (**SC/PES02/FPOC04/01**)
- Hoja de Reclamación (**SC/PES02/FPOC04/02**)

4.2.3. PROCEDIMIENTO PARA LA GESTIÓN DE ACCIONES CORRECTIVAS, PREVENTIVAS Y DE MEJORA

 Capiro Sanidad	
PROCEDIMIENTO PARA LA GESTIÓN DE ACCIONES CORRECTIVAS, PREVENTIVAS Y DE MEJORA	CÓDIGO: SC/PES02/POC05 EDICIÓN: 2.4

Realizado por: NCC	Aprobado por: CONSEJERO DELEGADO
Destinatarios: DIRECCION CORPORATIVA, NCC, DIRECCION GERENCIA DE CENTRO, COORDINADORES NPC	Fecha Aprobación: Marzo 2005
A conocer por: MIEMBROS NPC	Fecha última revisión: Marzo 2009 Fecha próxima revisión: Diciembre 2010

4.2.3.2. OBJETO Y ALCANCE

Por medio de este procedimiento se establece un método unificado de trabajo para identificar, aplicar, analizar y eliminar las causas de las no conformidades reales o potenciales del SGCMA (Sistema Gestión de Calidad y Medio Ambiente) en Capiro Sanidad, así como definir las acciones que permitan mitigar cualquier impacto y emprender las acciones correctivas o preventivas para evitar su reincidencia o prevenir que ocurran.

Este procedimiento aplica a todas las no conformidades que se hallen en los servicios o procesos del SGCMA de Capiro Sanidad y para el registro de todas las acciones de mejora que se establezcan, derivadas de recomendaciones y que no sean resultado de No Conformidades.

Este procedimiento regula las acciones a desarrollar desde el momento en que se abre el expediente de acción correctiva y/o preventiva hasta que se cierra, tras haberse estudiado la anomalía, decidido y ejecutado las acciones correspondientes, comprobado que se han llevado a cabo y garantizado que dan el resultado positivo y esperado.

4.2.3.3. DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIA/LEGISLACIÓN APLICABLE

- Manual del Sistema de Gestión de Calidad y Medio Ambiente de Capiro Sanidad.
- Norma UNE-EN ISO 9001:2008
- Norma UNE-EN ISO 9000:2005
- Norma UNE-EN ISO 14001:2004
- Procedimiento para el Control de las No Conformidades y Reclamaciones (**SC/PES02/POC 04**)
- Procedimiento de Control y Distribución de los Documentos (**SC/PES02/POC03**)
- Procedimiento de Auditorías Internas (**SC/PES02/POC07**)

4.2.3.4. REALIZACIÓN

RESPONSABILIDADES

Núcleo Central de Calidad (NCC)

- Responsable de determinar y tomar acciones para eliminar y/o prevenir las No Conformidades detectadas en los servicios o procesos del SGCMA, cuando exceden al ámbito de un centro de Capiro Sanidad.
- La aplicación y seguimiento del procedimiento establecido en este documento, queda bajo la responsabilidad de los NPC (Núcleos Promotores de Calidad) de Capiro Sanidad.

Núcleo Promotor de Calidad (NPC)

- Junto con el Propietario del Proceso, es el responsable de determinar y tomar acciones para eliminar y/o prevenir las No Conformidades en los servicios o procesos del SGCMA si se circunscribe al ámbito del centro, con la ayuda, de resultar precisa, del personal afectado por la No Conformidad.
- El NPC junto con el responsable del proceso donde se detecte la No Conformidad, identifican y evalúan las causas, decidiendo la acción correctiva, una vez sometida a prueba, si procede, para validar su eficacia. Asimismo, plantean las acciones a implementar, tramitan los recursos necesarios y se acuerdan la fecha de cierre de la No Conformidad.
- Verifica el cierre de la No Conformidad y su eficacia, informando del resultado, cuando corresponda, al NCC ó Equipo Auditor (según proceda).

Generalidades

Definiciones

- **ACCIÓN CORRECTIVA:** Acciones tomadas por la organización para eliminar las causas de las No Conformidades con objeto de prevenir que vuelvan a ocurrir. Las acciones correctivas deben ser apropiadas a los efectos de las No Conformidades detectadas.
- **ACCIÓN PREVENTIVA:** Acciones adoptadas por la organización para eliminar las causas de las No Conformidades potenciales para prevenir su ocurrencia. Deben ser apropiadas a los efectos de los problemas potenciales.
- **ACCIÓN DE MEJORA:** Acciones adoptadas por la organización para mejorar sus procesos dentro del SGCMA.
- **NO CONFORMIDAD:** Incumplimiento de alguno de los requisitos impuestos por los procedimientos del SGCMA, por los requisitos ambientales, legales, normativos y otros suscritos por la organización

Incluye desviaciones o ausencia de una o varias de las características de Calidad respecto a lo especificado.

Realización



Todas las acciones correctivas, preventivas o de mejora son documentadas en sus formatos correspondientes:

SC/PES02/FPOC05/01 – Formato Informe No Conformidad y Acción Correctiva

SC/PES02/FPOC05/02 – Formato Informe Acción Preventiva

SC/PES02/FPOC05/03 – Formato Informe Acción Mejora

Las fuentes utilizadas en Capiro Sanidad para la identificación de No Conformidades y aplicación de acciones correctivas, preventivas o de mejora, son:

- Auditorias (internas y externas)
- Resultados de revisiones del SGCMA
- Medición y control de los procesos
- Desempeño Ambiental
- Resultados del análisis de los indicadores de gestión
- Accidente o emergencia con importante repercusión ambiental.
- Sugerencias de mejora por parte del personal de Capiro Sanidad y clientes
- Evaluaciones de las encuestas de satisfacción al usuario

Las No Conformidades que se detecten durante las auditorias internas, se manejan y corrigen de acuerdo a lo establecido en el Procedimiento de Auditorias Internas (**SC/PES02/POC07**).

Una vez identificada la No Conformidad, se registra en el Formato correspondiente (**SC/PES02/FPOC05/01**).

El NPC junto con el responsable del proceso donde se detecte la No Conformidad, identifica y evalúa las causas que generaron dicha No Conformidad (“¿porqué ocurrió?. Debido a ...”, decidiendo las acciones a desarrollar que consideren (“acciones a adoptar”. Asimismo, plantean las acciones a

implementar ("seguimiento", "responsable" "plazo de ejecución", se tramitan los recursos necesarios y se acuerda la fecha de cierre de la No Conformidad.

Cuando se trata solamente de una acción de mejora, se registra en el Formato **(SC/PES02/FPOC05/03)**.

Una vez vencido el tiempo de ejecución del plan adoptado, el NPC verifica el cierre de la No Conformidad y su eficacia. Si aún no se ha cerrado la No Conformidad, emitirá un informe donde explique las causas del incumplimiento en el cierre de la No Conformidad.

En caso de ser preciso, el NPC estudiará alternativas de solución para que se implemente un nuevo plan de acción, indicando una nueva fecha de implantación.

En el caso de que sí se haya cerrado la No Conformidad, pero no haya sido de forma eficaz, el NPC analiza y presenta otras alternativas.

Si se cerró la No Conformidad en fecha y se verificó su eficacia, el NPC actualizará, si procede, los procedimientos que hayan sufrido cambios por causa de las soluciones implantadas de acuerdo con el Procedimiento de Control y Distribución de los Documentos **(SC/PES02/POC03)** e informará a los implicados los resultados de la acción correctiva o preventiva implantada.

Las distintas acciones seguirán la siguiente codificación:

- Acción Correctiva derivada de Auditoria Interna: Código de centro/AI-Año (cuatro dígitos)/AC-Nº correlativo (2 dígitos). Ejemplo: AH/AI2007/AC03, correspondería a la acción correctiva nº 3 derivada de la auditoria interna de la clínica de Alcalá del año 2007.
- Acción Correctiva derivada de Auditoria Externa: Código de centro/AE-Año (cuatro dígitos)/AC-Nº correlativo (2 dígitos). Ejemplo: AH/AE2007/AC03, correspondería a la acción correctiva nº 3 derivada de la auditoria interna de la clínica de Alcalá del año 2007.
- Acción Correctiva no derivada de Auditoria: Código de centro/Año (cuatro dígitos)/AC-Nº correlativo (2 dígitos). Ejemplo: AH/2007/AC03, correspondería a la acción correctiva nº 3 de la clínica de Alcalá correspondiente al año 2007.

- Acción Preventiva: Código de centro/Año (cuatro dígitos)/AP-Nº correlativo (2 dígitos). Ejemplo: TC/2007/AP05, correspondería a la acción preventiva nº 5 del Hospital Tres Culturas correspondiente al año 2007.
- Acción de Mejora: Código de centro/Año (cuatro dígitos)/AM-Nº correlativo (2 dígitos). Ejemplo: TC/2007/AM02, correspondería a la acción de mejora nº 2 del Hospital Tres Culturas correspondiente al año 2007.

4.2.3.5. FORMATOS

SC/PES02/FPOC05/01 – Formato Informe No Conformidad y Acción Correctiva

SC/PES02/FPOC05/02 – Formato Informe Acción Preventiva

SC/PES02/FPOC05/03 – Formato Informe Acción Mejora

4.2.3.6. Autoevaluación.

Aquellos centros que se hallan ubicados en Comunidades Autónomas con modelo de acreditación propio realizan, con periodicidad anual, autoevaluación de acuerdo a dichos modelos, basados todos ellos en el europeo, EFQM. La autoevaluación se realiza, por tanto, siguiendo los criterios y subcriterios de dicho modelo, es decir: Liderazgo, Política y Estrategia, Personas (miembros de la organización o clientes internos), Alianzas y Recursos, Procesos, Resultados en los clientes (usuarios o pacientes del sistema sanitario), Resultados en las personas, Resultados en la sociedad y Resultados clave.

Debemos señalar que antes del desarrollo de dichos modelos, se realizaban autoevaluaciones propias en nuestros centros disponiendo la organización de resultados desde el año 2003.

4.2.4. AUDITORÍA EXTERNA.

Capiro Sanidad es propietaria o gestiona catorce centros sanitarios y sociosanitarios certificados de acuerdo a la Norma ISO 9001:2008 y un centro acreditado de acuerdo al modelo catalán basado en el modelo europeo EFQM.

Los centros con certificación ISO son revisados anualmente, por la entidad certificadora AENOR, en las preceptivas auditoras de certificación o seguimiento, tras las cuales deben presentarse a la certificadora los correspondientes planes de acciones correctivas. Desde el Núcleo Central de Calidad se ha realizado un estudio, presentado como experiencia en el último Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial, que evidencia la positiva evolución de los centros Capiro en cuanto al número de no conformidades detectadas y mejoras implementadas.

Los centros establecidos en Comunidades Autónomas con modelo propio de calidad son revisados mediante auditoría externa (en el caso del centro acreditado) o mediante inspecciones de las propias Consejerías de Salud en el resto.

4.3. MEMORIA ANUAL

La Memoria Anual será elaborada al finalizar cada ejercicio por el NPC y el Coordinador de Calidad, con el apoyo del tutor del NCC. Dicha Memoria integrará toda la información relevante y los resultados obtenidos en materia de Calidad, así como toda la información adicional que sea solicitada por el Servicio Madrileño de Salud.

El NCC tiene implantado (como requerimiento de la Norma UNE-EN ISO 9001:2008) en todos sus centros, un modelo de Memoria que atiende a la nomenclatura de Revisión del SGC por la Dirección. Dicho documento tiene la siguiente estructura:

Verificación de la asistencia de todos los convocados, lectura del Acta de la reunión anterior de Revisión por la Dirección del Sistema de Gestión de Calidad

Seguimiento de las tareas asignadas en el Acta de la reunión anterior de revisión del SGC e informe de resultados (COORDINADOR DE CALIDAD)

ANEXO 1 – Acta de la última reunión de revisión por la Dirección del SGC

SITUACIÓN ACTUAL:

DECISIONES DE LA DIRECCIÓN:

Resultados de la Auditoría Interna y Externa del año anterior (COORDINADOR DE CALIDAD)

ANEXO 2– Informe de Auditoría Interna anterior-Informe de Auditoría externa anterior

ANEXO 3– Acciones correctivas derivadas de la auditoría interna y de la auditoría externa, anteriores

SITUACIÓN ACTUAL:

DECISIONES DE LA DIRECCIÓN:

Informes de análisis de encuestas (RESPONSABLE DE ATENCIÓN AL PACIENTE)

ANEXO 4 – Últimas encuestas de satisfacción recibidas

ANEXO 5 – Informe del Responsable de Atención al Paciente

SITUACIÓN ACTUAL:

DECISIONES DE LA DIRECCIÓN:

Informes de sugerencias de los trabajadores (RESPONSABLE DE RRHH)

ANEXO 6 – Informes de buzones de sugerencias o cualquier sugerencia realizada por otra vía, como puede ser la Evaluación del Desempeño de los trabajadores

SITUACIÓN ACTUAL:

DECISIONES DE LA DIRECCIÓN:

Resultado y seguimiento de todos los indicadores de proceso (COORDINADOR DE CALIDAD Y PROPIETARIOS DE PROCESO)

ANEXO 7 – Listado de indicadores de cada proceso con los resultados de los doce meses anteriores (Coordinador de Calidad)

ANEXO 8 – Evaluaciones anuales (de los doce meses anteriores) de los indicadores de cada proceso (Propietarios de Proceso)

ANEXO 9 – Documentos de los responsables de proceso en los que indiquen qué indicadores básicos no se miden, porqué no se miden y propuesta.

SITUACIÓN ACTUAL:

DECISIONES DE LA DIRECCIÓN:

Informes de no conformidad, acciones correctivas, preventivas y de mejora (internos y derivados de auditorías anteriores) (COORDINADOR DE CALIDAD Y PROPIETARIOS DE PROCESO)

ANEXO 10 – Documento actualizado a fecha de la reunión del estado de las Acciones Correctivas, Acciones Preventivas y Acciones de Mejora

ANEXO 11 – AC, AP y AM abiertas de cada Responsable de Proceso a fecha de la reunión

SITUACIÓN ACTUAL:

DECISIONES DE LA DIRECCIÓN:

Informes mensuales de reclamaciones

ANEXO 12 – Informes de los doce meses anteriores del Responsable de Atención al Paciente ANEXO 13 – Informe resumen anual del Responsable de Atención al Paciente

ANEXO 14 – Estadísticas del IGR de los doce meses anteriores por el Responsable de Atención al Paciente

SITUACIÓN ACTUAL:

DECISIONES DE LA DIRECCIÓN:

Propuestas de mejora del Sistema de Gestión de Calidad

ANEXO 15 – Informe de propuestas recibidas por los Propietarios de Proceso (Coordinador de Calidad)

SITUACIÓN ACTUAL:

DECISIONES DE LA DIRECCIÓN:

Revisión del contenido y cumplimiento de la Política de Calidad, de la Misión, Visión y Valores y del Plan de Calidad (objetivos)

ANEXO 16 – Informe del estado de situación de los objetivos en vigor (Coordinador de Calidad)

ANEXO 17 – Propuestas de los Propietarios de Proceso de Objetivos para el ejercicio siguiente

SITUACIÓN ACTUAL:

DECISIONES DE LA DIRECCIÓN:

Revisión de los recursos asignados para el cumplimiento de los Objetivos, las acciones de mejora, las acciones correctivas y preventivas

ANEXO 18 – Informe de los recursos asignados en los doce meses anteriores (Coordinador de Calidad)

SITUACIÓN ACTUAL:

DECISIONES DE LA DIRECCIÓN:

Informes de incidencias

ANEXO 19 – Informe de las incidencias recibidas o comunicadas por los Propietarios de Proceso (Coordinador de Calidad)

SITUACIÓN ACTUAL:

DECISIONES DE LA DIRECCIÓN

Definición de planes y acciones entorno a la mejora de la eficacia del SGC y sus procesos; mejora de los servicios y necesidades de recursos

ANEXO 20 – Informe de las propuestas de los Propietarios de Proceso (Coordinador de Calidad)

SITUACIÓN ACTUAL:

DECISIONES DE LA DIRECCIÓN

Resultados de la encuesta de satisfacción de clientes no usuarios

ANEXO 21 – Informe de los resultados de satisfacción de las encuestas recibidas (Coordinador de Calidad)

SITUACIÓN ACTUAL:

DECISIONES DE LA DIRECCIÓN

Resultados de las evaluaciones del desempeño

ANEXO 22 – Informe de los resultados de las evaluaciones del desempeño (Responsable de RRHH)

SITUACIÓN ACTUAL:

DECISIONES DE LA DIRECCIÓN

Cambios o novedades en la Normativa de aplicación

ANEXO 23 – Documento de certificadora externa para la elaboración de los Planes de Acciones Correctivas

ANEXO 24 – Otras novedades o cambios comunicados por los Propietarios de Proceso (Coordinador de Calidad)

SITUACIÓN ACTUAL:

DECISIONES DE LA DIRECCIÓN

Resultados de las evaluaciones de los proveedores

ANEXO 25 – Resultados de las evaluaciones del PAI y de las evaluaciones manuales de proveedores que se encuentren fuera del Sistema (Responsables de compras)

SITUACIÓN ACTUAL:

DECISIONES DE LA DIRECCIÓN

Resultados de cualquier otra información de entrada

ANEXO 26 – Informe de cualquier otra información de entrada (Coordinador de Calidad)

SITUACIÓN ACTUAL:

DECISIONES DE LA DIRECCIÓN

Ruegos y preguntas