

## PERSONAL

### UNIDAD DE CALIDAD

**DIRECTORA DE CALIDAD**  
LAURA ALFARO CADENAS

**ENFERMERA DE CALIDAD**  
CARMEN FUENTE BLANCO

**NÚCLEO PROMOTOR DE CALIDAD**  
VER APARTADO DE ÓRGANOS  
RECTORES/JUNTAS Y COMISIONES.

## PROPIETARIOS DEL PROCESO

PROCESO	PROPIETARIO
Gestión de Calidad	Laura Alfaro
Gestión Ambiental	Laura Alfaro/David Romera
Gestión de Personas	Luís Galán López
Formación Continuada	Luís Galán Carrillo
Prevención de Riesgos	Teresa del Campo
Sistemas y Seguridad de la Información	Pablo Ruiz/Alberto Pardo
Gestión de Riesgos Sanitarios	Ana Leal/Fernando Casinello
Continuidad Asistencial	Javier Doderó/Óscar Gómez
Voz del Paciente	Marta del Olmo
Hospitalización Convencional	Ana Leal / Olga Martín
Hospitalización Atención Psiquiátrica	Enrique Baca
Neonatos	Ana Leal/Mónica Delgado
Hospitalización Pediátrica	Nieves Domínguez/Mónica Delgado
Consultas Externas	Antonia Moñino/Inmaculada Mateos
Hospital de Día	Emilio González
Rehabilitación	Carmelo Fernández/Marisa Seijas
Diálisis	Alberto Ortiz
Radioterapia	Ana María Pérez Casas
Atención Quirúrgica	Ángel Celdrán/Sandra Sacristán
Atención Urgente Adultos	Antonio Blanco/María José Farrona
Atención Urgente Pediátrica	Nieves Dominguez/María José Farrona
Atención Quirúrgica Ambulatoria	M <sup>a</sup> Isabel García/Mar Lobato
Atención Obstétrica	Javier Plaza/Ana Gómez
Investigación	Carmen Ayuso
Genética	Carmen Ayuso
Unidad de Cuidados Intensivos	César Pérez/Pilar Gil

<b>Unidad Cuidados Intensivos Pediátricos</b>	Ana Leal/Mónica Delgado
<b>Docencia</b>	Jerónimo Farré
<b>Radiodiagnóstico</b>	Fernando Ybáñez/Jaime Fernández
<b>Medicina Nuclear</b>	Carlos Pardo
<b>Laboratorio</b>	Ignacio Gadea
<b>Anatomía Patológica</b>	Félix Manzarbeitia/Belén Escribano
<b>Protección Radiológica</b>	Julio Valverde
<b>Uso de la Medicación</b>	Javier Bécares
<b>Esterilización</b>	Sandra Sacristán
<b>Uso de la Sangre</b>	Pilar Llamas/Emilio González
<b>Gestión de Clientes</b>	Marisa Sánchez Noriega
<b>Nutrición y Dietética</b>	Olga Sánchez
<b>Documentación Clínica</b>	Jose Miguel Arce
<b>Control y Prevención Infección</b>	M <sup>a</sup> Dolores Martín
<b>Servicios Generales</b>	Dolores Pita
<b>Mantenimiento de Instalaciones</b>	David Romera
<b>Electromedicina</b>	Eduardo Leoz/Agustín García
<b>Gestión de Residuos</b>	Carmen Lacuesta
<b>Seguridad</b>	Teresa del Campo

La Fundación Jiménez Díaz tiene la responsabilidad de ofrecer una asistencia de la mayor calidad posible y adecuada a las expectativas y necesidades de sus pacientes.

Por ello, es imprescindible disponer de un Plan de Calidad que parta del análisis de las características propias de nuestro centro y que establezca y desarrolle unos planes de acción necesarios para su evaluación y mejora continua.

Nuestra estrategia consiste en la definición, desarrollo y evaluación de los procesos de nuestro hospital, para obtener unos resultados que permitan asegurar estándares de calidad y realizar las acciones necesarias para mejorar.

Esta estrategia permite impulsar la cultura de Calidad en nuestra organización, favorece la implicación del equipo directivo del hospital y la de los profesionales en los proyectos presentes y futuros.

La mejora continua es responsabilidad de todos en nuestra actividad diaria y es nuestra obligación monitorizar, mantener y mejorar la Calidad para que nuestros resultados desde el punto de vista clínico y de satisfacción se encuentren dentro de los objetivos que nos hemos establecido.

## OBJETIVOS GENERALES DE CALIDAD

- Crear cultura de calidad entre los profesionales del Hospital, trabajando con ellos en el análisis y establecimiento e impulso de acciones encaminadas a mejorar sus procesos y prevenir errores.
- Orientar los procesos del Hospital a los pacientes.
- Fomentar la formación de los profesionales en Calidad
- Potenciar la participación multidisciplinar de los profesionales en la mejora de la calidad.
- Trabajar en equipo con los profesionales de los Servicios que desean o necesitan alcanzar una certificación o acreditación.

## CERTIFICACIONES Y ACREDITACIONES 2014

- Certificación bajo la Norma UNE-EN ISO 9001:2008 del Laboratorio
- Certificación bajo la Norma UNE-EN ISO 9001:2008 del Servicio de Genética
- Certificación bajo la Norma UNE-EN ISO 9001:2008 del Servicio de Rehabilitación
- Renovación de la Certificación bajo la Norma UNE-EN ISO 9001:2008 del Banco de Sangre
- Autoevaluación del Servicio de Urgencias para su Acreditación con AD QUALITATEM
- Preparación para la Certificación en ISO 9001:2008 del Laboratorio de Reproducción Asistida
- Preparación para la Acreditación bajo la Norma UNE 179007:2013 del Laboratorio de Reproducción Asistida
- Preparación para la Acreditación bajo la Norma UNE 15189:2013 del Laboratorio de Patología Molecular

## GESTIÓN DEL PROYECTO EFQM

El modelo EFQM continúa siendo en 2014 nuestro referente para alcanzar la excelencia de nuestra organización.

Tras el reconocimiento "RECOGNISED FOR EXCELLENCE 5 STAR" de la E.F.Q.M. en 2013, durante este año hemos avanzado con:

- La constitución de 8 grupos de trabajo multidisciplinarios para la realización de una nueva autoevaluación:
  - Grupo 1: Liderazgo, estrategia y resultados clave
  - Grupo 2: Gestión por procesos y prestación del servicio
  - Grupo 3: Grupos de interés, alianzas e impacto social
  - Grupo 4: Personas y responsabilidad social
  - Grupo 5: Recursos y gestión medioambiental
  - Grupo 6: Gestión de la tecnología y gestión del conocimiento y la información
  - Grupo 7: Gestión de clientes y resultados en clientes
  - Grupo 8: Diseño de nuevos servicios y promoción de los servicios

- Formación del personal integrante de los grupos de trabajo: Previamente a las reuniones de los grupos, se realizó una sesión formativa presencial para comunicar los objetivos del proyecto, mostrar la metodología que se iba a utilizar en los grupos de trabajo y refrescar los conceptos del Modelo EFQM y de la evaluación.
- Talleres con los grupos de trabajo: Se diseñaron fichas de trabajo metodológicas para cada subcriterio del modelo EFQM, donde se solicitaba evaluar:
  - Los principales enfoques existentes
  - Evaluar su despliegue y su medición
  - Identificar las principales áreas de mejora
- Formación on-line EFQM, con el objetivo de dar a conocer al mayor número de profesionales posible el contenido y la metodología de trabajo del Modelo EFQM y aumentar la sensibilización y la implicación en las mejoras. Se formaron 229 profesionales.
- De dicha autoevaluación se desprendieron 41 áreas de mejora que se agruparon en 14 proyectos de mejora, priorizando 10 en base al impacto en la organización, la importancia para el modelo EFQM y el alineamiento con la estrategia y los objetivos de la organización.
  - Misión, Visión y Valores. Objetivos estratégicos y despliegue de la estrategia/cuadro de mando
  - Indicadores/Cuadro de mando
  - Desarrollo de la gestión de personal
  - Sistema de innovación y generación de ideas con el personal del Hospital
  - Medición de la percepción del personal
  - Medición de la percepción de la sociedad
  - Memoria de Responsabilidad Social
  - Procesos y Benchmarking (aprendizaje y buenas prácticas)
  - Evaluación del rendimiento de proveedores y alianzas
  - Comunicación interna
  - Planes de formación continuada
  - Gestión del mantenimiento global y de equipos de tecnología médica
  - Despliegue del plan de marketing
  - Evaluación del liderazgo
- Una vez aprobada la priorización de proyectos, se propuso la formalización de nuevos grupos de trabajo para abordar las acciones a realizar para cada proyecto, de acuerdo a la metodología RADAR de la EFQM.

### OTROS PROYECTOS ABORDADOS

- Revisión y actualización de documentación de los diferentes procesos
- Soporte en la preparación de presentaciones a Premios, Jornadas, Congresos, ...
- Participación en diferentes Comisiones y Comités del Hospital
- Normalización de los consentimientos informados de todos los Servicios del Hospital
- Talleres de formación interna en Calidad
- Preparación para la Certificación de Medio Ambiente del Hospital

### CALIDAD PERCIBIDA

Durante el año 2014 se han implantado un total de 26 acciones de mejora, impulsadas por el Comité de Calidad Percibida, así como desde la Dirección Gerencia del centro, como resultado del análisis de las deficiencias detectadas de las quejas, reclamaciones y sugerencias de los usuarios, de los resultados de las encuestas de satisfacción de año 2013 y de la metodología NPS.

- Proyecto HORA Urgencias, primera atención médica inferior a 30 minutos (monitorización de tiempos, alerta semáforos, movimiento de recursos en función de flujos de actividad).
- Pantallas de información de Urgencias dirigidas a familiares (mensajes informativos, seguridad del paciente,...)
- Mejora y acondicionamiento del área de Urgencias: Arreglo y sustitución de los sillones destinados a los pacientes en Urgencias, cambio de bancadas destinadas a familiares en sala de espera de Urgencias.
- Mejora de la información clínica y general CCEE
- Refuerzo de la información clínica hospitalización mediante recomendaciones al alta y refuerzo del circuito de información clínica
- Refuerzo protocolo de limpieza en CMA
- Mejora de tiempo de espera hasta intervención en CMA
- Continuación del Proyecto "Trato y Tratamiento", cuidando todos aquellos aspectos relacionados con el trato personalizado al paciente, este proyecto define cómo queremos que sea el perfil del equipo humano que trabaja en la FJD, con el fin de que repercuta en la satisfacción de nuestros pacientes, creando una cultura de respeto hacia los mismos.
- Accesibilidad al Servicio de Información y Atención al Paciente (obra, nuevo puesto atención directa, mamparas para mayor intimidad,...)
- Portal del Paciente: nuevo canal de comunicación con los pacientes que permite la gestión de citas y el acceso a documentación clínica.
- Registro informático en nuestra aplicación para Proyecto APAD
- Proyecto "con sentido" (implantado en las áreas de audición y olfato).
- Medidas de atención al Dolor
- Estudio opinión cualitativo mediante metodología focus group en CMA
- Control del ruido en salas de espera (pantallas informativas en cafetería)
- Difusión de acciones del Comité de Calidad Percibida
- Doble triaje en Urgencias que agilice los tiempos de atención
- Creación de nuevo punto de información de Urgencias
- Ampliación del parque de sillas de ruedas de préstamo a pacientes.
- Circuito registro automático en extracciones
- Plan de contingencia por si hubiera error en el registro automático de extracciones.
- Sistema de Información General de Urgencias: escritorio del informador Casiopea 2.0
- Identificación acompañamientos Urgencias. Criterios de acompañamiento desde triaje, identificación de acompañantes, control de accesos.
- Mejora de los canales de Acceso Telefónico: Call Center
- Presencia de Informador en área de extracciones Profesional que en horario de 7:30/ 8 a 11 horas aprox. Regula el orden de atención, informa, prioriza y detecta posibles situaciones que requieren una atención más ágil y, por tanto, de su intervención.

- Información clínica y general CMA: pantallas en cafetería, nuevas pantallas en sala 2, registro de estado de pacientes por celadores,

información fuera de horario de personal chaqueta verde, a cargo de enfermería.

### SEGURIDAD DEL PACIENTE

La línea estratégica de Seguridad del Paciente se enmarca en el proyecto corporativo y es liderada desde la Unidad Funcional de Gestión de Riesgos Sanitarios, en la que están representadas las Direcciones Médica y de Enfermería de la FJD, que se reúne mensualmente.

#### Objetivos y Proyectos desarrollados durante 2014

1. Reunión anual de la Dirección y UFGRS con responsables de Seguridad del Paciente de los servicios para comunicación de novedades y objetivos
2. Higiene de manos (HM):
  - Autoevaluación anual
  - Formación continua: impartidas 20 sesiones para recordatorio anual de todas las categorías y nuevas incorporaciones de personal en 2014
  - Elaboración de folleto sobre uso de guantes, indicaciones y 5 momentos de higiene de manos
  - Formación en observación en HM por parte del personal de la unidad 33 y 62 para mejorar la adherencia
  - Evaluación y retroalimentación (Observación directa del cumplimiento de HM en diferentes unidades y diferentes periodos del año; Corte observacional a finales de año de 2014 en todas las unidades de hospitalización y urgencias
  - Participación en Cuestionario Mundial de la OMS sobre microorganismos multirresistentes en la atención sanitaria campaña HM 2014
3. Rondas de seguridad del paciente realizadas en 2014: 6
  - Hospital de Día
  - UCI (dos)
  - Obstetricia
  - Quirófano
  - Urgencias
4. Sesiones de seguridad del paciente realizadas en los servicios clínicos. Al menos 3. Sobre identificación, conciliación de medicación, órdenes verbales y otros temas específicos de cada servicio.
5. Participación del Servicio de Pediatría en el Proyecto SAPI: proyecto internacional impulsado por el Ministerio de Sanidad en varias comunidades españolas, entre ellas la Comunidad de Madrid. Detección del paciente inestable mediante score predefinido

- consensuado. Desde enero a setiembre de 2014.
6. Proyecto de investigación en Pediatría sobre catéter venoso central de inserción periférica. Elaborado procedimiento.
  7. Objetivo: reducción de infección urinaria en pacientes sondados. Elaboración de procedimiento en servicios de UCI y Urgencias. Grupo de Trabajo de los Hospitales IDC Madrid.
  8. Procedimiento para mejorar la seguridad en la administración de analgesia mediante bombas de PCA.
  9. Implicación a pacientes en la seguridad del paciente: habilitación de mensajes sobre seguridad en pantallas de información de la sala de espera de familiares de urgencia.
  10. Actualización del reglamento de la UFGRS
  11. Actualización del procedimiento de análisis de eventos adversos de la UFGRS. Habilitación de plataforma online.
  12. Objetivo: mejorar la identificación del paciente en urgencias y Radiodiagnóstico. Elaboración de procedimiento específico y formación al personal. Implementación de sistemas PDA para traslado de pacientes por celadores.
  13. Mejora de la Seguridad en el Hospital de Día: Implementación de Sistema Oncofarm para programación, prescripción y administración de medicación.
  14. Proyecto piloto de conciliación de medicación en pacientes de Neumología y Medicina Interna.
  15. Elaboración y divulgación del procedimiento de órdenes verbales
  16. Actualización del procedimiento de medicamentos de alto riesgo
  17. Actualización del procedimiento de mantenimiento de carros de parada
  18. Sesiones de refuerzo del listado de verificación quirúrgica en servicios quirúrgicos