

---

# **Evaluación de los Objetivos de Calidad establecidos para los Hospitales**

---

Centro Sanitario  
**Hospital Rey Juan Carlos**

Fecha: marzo-2012

---

**Plan de Evaluación 2.013**

---

---

**Audidores:**

Mercedes Parrilla Martín

José Luís Rodríguez Nava

---

## Índice

	<u>Página</u>
Introducción .....	3
Objetivos.....	4
Metodología y Actuaciones.....	4
Calidad Percibida .....	6
Seguridad del Paciente y Gestión de la calidad .....	8
Información y Atención al Paciente .....	15
Indicadores de comparación hospitalaria .....	17
Plan de Calidad del Hospital.....	18
Conclusiones .....	21



# Introducción

---

## 1. Justificación

*El Decreto 24/2008, establece el régimen de funcionamiento del Servicio Madrileño de Salud, siendo la titular de la Viceconsejería de Asistencia Sanitaria la encargada de ejercer las funciones de dirección de la administración y gestión de sus recursos humanos, materiales y financieros.*

*Para hacer efectivas dichas funciones en sus centros hospitalarios, se establecen un conjunto de objetivos de actuación para el año 2012, de acuerdo con los siguientes principios generales:*

- 1. Asegurar la estabilidad financiera.*
- 2. Incentivar la gestión y la producción eficiente de los recursos y servicios.*
- 3. Garantizar la libre elección.*
- 4. Promover la innovación, la atención a los pacientes y la mejora de la calidad asistencial.*
- 5. Facilitar el desarrollo y adecuación de las tecnologías de la información.*

*Para desarrollar estos principios se han establecido objetivos de actuación para los hospitales de la red pública, que de acuerdo con lo señalado en el Plan de Calidad del centro son de obligado cumplimiento, conjuntamente con los que específicamente establece el citado Plan.*

*Los citados objetivos, se traducen en una serie de indicadores cuyo seguimiento efectúa la Subdirección de Calidad de la Dirección General de Atención al Paciente, y cuyo cumplimiento verifica, a petición de la misma, el Servicio de Evaluación*

*Sanitaria de la Dirección General de Ordenación e Inspección de la Consejería de Sanidad.*

---

## **2. Objetivos del Programa**

### **Objetivo General**

*Verificar el cumplimiento de los objetivos de actuación 2012 establecidos para los hospitales.*

### **Objetivos Específicos**

- 1. Verificar el cumplimiento de los Objetivos de Procesos y Resultados: Calidad percibida, Seguridad del paciente y Gestión de la Calidad.*
  - 2. Verificar el cumplimiento de Objetivos de Procesos y Resultados relativos a Información y Atención al Paciente.*
  - 3. Verificar cumplimiento de Indicadores de Comparación Hospitalaria: Infección nosocomial.*
  - 4. Verificar el cumplimiento del Plan de Calidad del Hospital.*
- 

## **3. Metodología y Actuaciones**

### **A. Entrevistas**

*Responsable de Calidad.*

*Subdirectora General de Calidad del Grupo Hospitalario.*

*Facultativo Responsable de Medicina Preventiva.*

*Jefe del Servicio de Medicina Interna, miembro de la Comisión de Seguridad del Paciente.*

*Subdirectora de Enfermería.*

---

*Enfermera Supervisora Bloque Quirúrgico.*

*Facultativo Especialista de Pediatría, Responsable de Lactancia Materna.*

*Facultativo Especialista de Psiquiatría.*

*Facultativo Especialista de Anestesiología y Reanimación.*

*Facultativo Especialista de Hematología.*

*Personal de Atención al Paciente y de RRHH.*

## **B. Análisis Documental**

*Documentación relativa al cumplimiento de cada uno de los Objetivos de Calidad evaluados.*

## **C. Observación Directa**

*Visita al Servicio de Urgencias y a una planta con ingresos.*



# Análisis de áreas estratégicas

## A. Calidad Percibida

### 3.a.2.-Implantación de acciones de mejora en las áreas priorizadas según el resultado de la encuesta de satisfacción 2011

- Número de acciones de mejora implantadas..... NA

Observaciones y Comentarios

**Objetivo:** *Implantar, al menos, 5 acciones de mejora.*

**Verificación:** *El hospital se inauguró el 12 abril del 2012. No se puede aplicar mejora sobre la Encuesta de Satisfacción del 2011.*

### 3.a.3.-Desarrollo de líneas de actuación del Comité de Calidad Percibida:

Obligadas:

- Participación de profesionales de Atención Primaria en el Comité de Calidad Percibida..... **SI**
- Mejorar satisfacción del usuario en el Servicio de Urgencia..... **SI**

Optativas (al menos 2).

- Difusión de actividades del Comité de Calidad Percibida..... SI
- Formación en Calidad Percibida..... NO
- Acciones hacia la comunidad..... SI
- Mejora de la información a pacientes y/o familiares..... SI

-----//-----

- Nº de líneas de actuación puestas en marcha ..... 21

Observaciones y Comentarios

**Objetivo:** *Al menos cuatro líneas de actuación.*

**Verificación:** *Se comprueba en el Acta del Comité de Calidad Percibida la participación de un representante de Atención Primaria.*

*Se visita el área de Urgencias donde se ha implantado un sistema de información a familiares a través de pantallas y de la asignación de números de identificación a cada paciente, apoyándose en la presencia de "chaquetas verdes".*

*Existe en la intranet un portal para el uso del Comité de C. Percibida donde se incluyen todas las propuestas y logros obtenidos.*

*El hospital ha realizado una encuesta de satisfacción a los centros de primaria y a las residencias de ancianos que dependen de él, para conocer la valoración que tienen respecto a las relaciones con el centro e implantar posibles mejoras.*

## B. Seguridad del paciente y Gestión de Calidad (S.P.)

### 3.b.1.- Implantación de objetivos de seguridad del paciente en cada centro.

- Nº de objetivos implantados, de acuerdo a la Estrategia de Seguridad del Paciente 2010-2012..... 5
- Uno de los objetivos informa y promueve la participación del paciente ..... SI
- Todos los objetivos cuentan con responsable, indicador y meta ..... SI

Observaciones y Comentarios

**Objetivo:** *Implantar, al menos, cinco objetivos de seguridad del paciente, con responsable, indicador y meta.*

**Verificación:** *Formación e implantación de "Higiene de manos Quirúrgica con soluciones hidroalcohólicas". Tienen implantado y en uso un protocolo, que aún no ha sido aprobado, sobre la higiene de manos quirúrgica. Se documenta la realización de cursos a personal de enfermería y auxiliares. Los cursos a facultativos se han realizado en las propias sesiones clínicas de los Servicios y no están documentadas.*

*Se ha establecido un circuito de trazabilidad en esterilización, de tal forma que de cada instrumental se conoce qué equipo lo ha lavado y esterilizado y el ciclo que se ha empleado, así como las personas responsables de cada paso. Se comprueban los registros.*

*Se han elaborado y puesto en funcionamiento Protocolos de Transfusión para pacientes quirúrgicos, médicos y pediátricos.*

*Se ha establecido un Protocolo para "Conciliación de la medicación" de aplicación en la consulta de Anestesia y en Urgencias. A través del HORUS o mediante información facilitada por la Residencias de Ancianos, se conocerá la medicación que está tomando el paciente. En el informe de alta se detalla las nuevas prescripciones, la medicación previa que ha sido modificada y la que se mantiene igual que antes del ingreso. Se comprueba su aplicación informática.*

*En el día mundial de Higiene de Manos se realizó (sin documentar) una visita por todas las plantas del hospital con ánimo formativo para familiares y personal sobre la higiene de manos. Hay carterlería distribuida por el centro, incluyendo los baños, donde se promueve esta práctica.*

### 3.b.2.- Implantación de responsables de seguridad del paciente por Servicios/Unidades.

- Número de Servicios/Unidades prioritarios .....7
- Número de Servicios/Unidades prioritarios con responsables de SP ..... 7
- Índice SCRSP/NTSP\*100 ..... 100%

SCRSP= Servicios/Unidades Prioritarios con Responsables de Seguridad del Paciente

NTSP= Número Total de Servicios/Unidades Prioritarias

UCI..... SI

Urgencias ..... SI

Cirugía.....	SI
Anestesia .....	SI
Obstetricia .....	SI
Neonatología.....	SI
Farmacia .....	SI

Observaciones y Comentarios

**Objetivo:** Todos los servicios prioritarios deben tener un Responsable de Seguridad del Paciente.

**Verificación:** Todos los servicios prioritarios y el resto de servicios cuentan con un Responsable de Seguridad del Paciente y forman parte de la ya constituida Unidad Funcional de Gestión de Riesgos. Se presentan los nombramientos nominales de todos los responsables.

Además de los responsables facultativos, existe otro de enfermería por cada gran área asistencial.

### 3.b.3.- Promover la seguridad clínica en los Servicios.

- Número de Servicios Clínicos con sesiones de seguridad impartidas.....32
- Número Total de Servicios Clínicos.....39
- Índice SCCSS/NTSC\*100.....82,05%

SCCS= Servicios Clínicos con sesiones de seguridad

NTSC: Nº total de Servicios Clínicos

Observaciones y Comentarios

**Objetivo:** >70% de los servicios clínicos deben tener sesiones de Seguridad del Paciente.

**Verificación:** Se comprueba en acta de la Unidad Funcional de Gestión de Riesgos que se realizó formación para sus integrantes.

Se documenta que el día 9-4-2012 se realizó una sesión sobre Seguridad del Paciente a los Servicios Quirúrgicos y el día 17-4-2012 a los Servicios Médicos. De estas sesiones no se ha recogido las firmas de los participantes.

Falta la realización de sesión en los Servicios de: A.Patológica, Laboratorio, Paritorio, Radiodiagnóstico, M. Nuclea, Oncología y Alergia.

Se informa que en el momento de la puesta en marcha del Hospital, a cada nuevo grupo de personal que se incorporaba, se le daba una sesión de una hora de duración sobre Seguridad. No está documentado.

### 3.b.4.- Participación activa de directivos en reuniones o visitas a las unidades: "rondas de seguridad".

- Se han realizado por el Equipo Directivo al menos tres visitas .....SI
- Se han realizado al menos dos visitas en la UCI .....SI

- Número Total de visitas realizadas Servicios ..... 3

Observaciones y Comentarios

**Objetivo:** Al menos tres rondas de seguridad, y dos de ellas en UCI.

**Verificación:** Está documentado la última Ronda de Seguridad realizada el 18-12-2012. Las otras dos rondas no están documentadas pero consta su realización en las actas del Comité de Seguridad del Paciente.

**3.b.6.- Grado de implantación del sistema de identificación inequívoca de pacientes mediante pulsera**

- Número de estudios realizados de implantación de las pulseras.....2
  - Índice de PCPI/NTPE\*100 ..... 91,26%
- PCPI= Pacientes con Pulseras Identificativas  
NTPE= Número Total de Pacientes Estudiados

Observaciones y Comentarios

**Objetivo:** >85% de pacientes identificados.

**Verificación:** De forma trimestral se comprueba en una muestra correspondiente al 35% de los ingresos que lleven colocada la pulsera. Además de comprobarlas, a los pacientes seleccionados se les pregunta si conocen y tienen la Guía de Acogida y si conoce el nombre de la enfermera que los atiende. La comprobación la realiza el Coordinador de Celadores, que funcionalmente depende de la Subdirección de Enfermería.

**3.b.7.- Desarrollo de planes de mejora de higiene de manos.**

- Disponen de planes de mejora de higiene de manos implantados ..... SI
- Número de planes de mejora implantados ..... 2
- Existe un coordinador responsable del programa ..... SI

Observaciones y Comentarios

**Objetivo:** Implantar, al menos, dos planes de mejora de higiene de manos.

**Verificación:** A nivel corporativo se realizó un estudio en la FJD, con varias soluciones hidroalcohólicas, para conocer cuál de los productos analizados tenía mejor aceptación por parte de todo el personal. En el Hospital Rey Juan Carlos se realizó una encuesta global de preferencia obteniéndose el mismo producto que en la FJD. Se documenta.

Se ha creado un grupo de Higiene de Manos, se aporta documentación con listado de integrantes, con representantes de todos los estamentos hasta celadores y administrativos.

Estos integrantes son los que elegirán los Sujetos Clave en cada servicio.

### 3.b.8.- Realización de actividades de formación sobre higiene de manos.

- Se han realizado actividades de formación .....SI
- Existe un registro específico para los profesionales que realizaron el curso .....SI

Porcentajes por unidades específicas:

- UCI.....sin especificar
- Urgencias .....sin especificar
- Medicina Interna .....sin especificar
- Ginecología y Obstetricia .....sin especificar
- Hospital de día .....sin especificar

Observaciones y Comentarios

**Objetivo:** >60% de los profesionales de los servicios/unidades específicas deben haber recibido formación.

**Verificación:** Se presenta la documentación de los participantes en los cursos, con la fecha de realización y la firma de los asistentes. Sin entrar a especificar por servicios, el porcentaje de participación obtenido es del 94,57%. En este cálculo entran todos los servicios del hospital, no sólo los seleccionados.

### 3.b.9.- Utilización de la hoja de verificación quirúrgica.

- Número de intervenciones quirúrgicas estudiadas (muestra).....2038
- Número de intervenciones quirúrgicas programadas con LVQ realizada.....2334
- Índice (intervenciones con LVQ/intervenciones estudiadas\* 100).....87,32%

Observaciones y Comentarios

**Objetivo:** >80% de las intervenciones programadas deben disponer de LVQ.

**Verificación:** La Hoja de Verificación Quirúrgica está informatizada y pueden en cualquier momento analizar su grado de cumplimiento. Los datos aportados incluyen tanto la cirugía programada como la urgente. Se comprueba en el Sistema Informático.

### 3.b.10.- Porcentaje de pacientes en los que se conoce el riesgo de úlceras según escalas validadas.

Protocolo de UPP:

- Escala utilizada..... EMINA
- Nº de pacientes en los que se conoce el riesgo de úlceras .....2340
- Nº total de pacientes estudiados .....2340
- Índice (pacientes riesgo/pacientes estudiados \* 100) .....100%

Observaciones y Comentarios

**Objetivo:** >90% de los pacientes ingresados deben tener una valoración del riesgo de UPP.  
**Verificación:** Se comprueba que en la historia clínica informatizada, en los campos destinados a enfermería, que para concluir el ingreso del paciente, es de obligado cumplimiento los ítems que dan lugar a la valoración del riesgo del ulcera por presión.

**3.b.11.- Existencia de protocolos de seguridad del paciente establecidos como prioritarios.**

- Está instaurado el protocolo para la prevención del TVP y TEP .....SI
- Está instaurado el protocolo de manejo del paciente con dolor .....SI
- Está instaurado el protocolo de prevención de caídas .....SI
- Índice (protocolos disponibles/protocolos establecidos\*100) .....100%

Observaciones y Comentarios

**Objetivo:** Deben tener implantados los tres protocolos.  
**Verificación:** Se comprueba la existencia de los tres protocolos.  
También se comprueba que en la H.Clínica informatizada, son de cumplimiento obligado los ítems que valoran el riesgo de caída de los pacientes.

**3.b.12.- Prevención de riesgos en la atención al paciente psiquiátrico**

- Está instaurado el Protocolo de prevención de conductas suicidas en Unidades de Hospitalización Psiquiátrica .....SI
- Se audita anualmente ..... NA
- Está instaurado un procedimiento normalizado de inmovilización terapéutica .....SI
- Se audita bianualmente ..... NA
- Índice (protocolos disponibles/protocolos establecidos\*100) .....100%
- Porcentaje de pacientes con potencial de riesgo suicida con cita en SSM en un plazo máximo de una semana tras el Alta hospitalaria.....100%

Observaciones y Comentarios

**Objetivos:** Tener ambos protocolos disponibles y establecidos. El 100% de los pacientes con riesgo suicida tienen cita en el CSM en plazo máximo de una semana.  
**Verificación:** El seguimiento de los pacientes psiquiátricos después de un ingreso o de una atención en urgencias, se realiza en las consultas externas del propio hospital. Los facultativos tienen accesos a las agendas de las consultas y todo paciente con un código predeterminado (relacionado con el riesgo suicida) es citado en menos de una semana.

**3.b.13.- Objetivos de Modelo de Calidad:**

Disponen de documentación relativa a previsiones de implantación de:

- Última Autoevaluación EFQM ..... NA
- Número de planes de acción implantados derivados de EFQM..... NA

Observaciones y Comentarios

**Objetivo:** Avanzar una fase completa respecto a la que se encontraba a cierre del 2011.  
**Verificación:**

### 3.b.14.- Desarrollo de líneas de actuación del Comité de Lactancia Materna

- Nº de líneas de actuación puestas en marcha ..... 5

Observaciones y Comentarios

**Objetivo:** Al menos tres líneas de actuación.  
**Verificación:** Inclusión en el Libro del Niño y en la historia clínica del bebé, el tipo de lactancia con la que se va de alta del hospital.  
Se facilitó a través de la intranet un test anónimo, con el propósito de determinar los conocimientos de los profesionales sobre lactancia.  
Se comprueba la existencia de un Protocolo de Lactancia Materna.  
Se inició en el 2012 la preparación para obtener el certificado de la primera fase de la IHAN, que han obtenido en marzo del 2013.  
Han diseñado un díptico informativo sobre la Lactancia Materna.

### 3.b.15.- Constitución de un Comité de Atención al Dolor.

- Se ha constituido un Comité de Atención al Dolor .....SI

Observaciones y Comentarios

**Objetivo:** Tener constituido el Comité de Atención al Dolor  
**Verificación:** Constituido en septiembre-2012.  
Está aprobado el "Protocolo del dolor agudo postquirúrgico" y pendiente de incluirlo en la intranet.

### 3.b.16.- Elaboración de un Plan de Acogida a profesionales de nueva incorporación.

- Existe un plan de acogida para profesionales de nueva incorporación .....SI

Observaciones y Comentarios

**Objetivo:** Disponer de un Manual de Acogida de nuevos profesionales.

**Verificación:** Se comprueba que disponen de un Manual de Acogida en la intranet.

Se está trabajando en la elaboración de un Manual de Acogida para el Personal de Enfermería.

## C. Información y Atención al Paciente

### 3.c.1.- Acciones de mejora desarrolladas en las áreas priorizadas según el resultado de las deficiencias detectadas por las sugerencias, quejas y reclamaciones.

- Número de acciones de mejora implantadas ..... 18

Observaciones y Comentarios

**Objetivo:** Al menos tres acciones de mejora.

**Verificación:** Dado el elevado número de acciones de mejora implantadas se verifica el necesario para cumplir el Objetivo:

Sistema de registro informático en el que se recoge la información facilitada a los familiares por el personal sanitario o no sanitario, en el área de urgencias. Se han establecido criterios amplios para el acompañamiento de los pacientes en la Urgencia.

Han unificado en un solo punto los puestos para citaciones de consultas externas, monitorizando además los tiempos de espera para ser atendidos.

Dotación de un sacerdote católico para la capilla, así como horario de misas.

### 3.c.4.- Porcentaje de entrega de Guías de Acogida para pacientes hospitalizados y acompañantes.

- Número de Guías de Acogida entregadas / pacientes ingresados ..... 97,49%

Observaciones y Comentarios

**Objetivo:** Entrega de la guía en el 100% de los ingresos, debe existir un registro.

**Verificación:** Actualmente la Guía es entregada por la enfermera de planta, que debe indicar en la historia clínica informatizada que ha realizado la entrega.

Para este año tienen previsto que la Guía de Acogida se ponga a disposición de los pacientes en la propia habitación. Será la supervisora quien comprobará las condiciones correctas de la habitación y la disponibilidad de la Guía en la misma.

### 3.c.5.- Implantación de protocolos de información asistencial.

- Se ha implantado en todos los Servicios Médicos y Quirúrgicos de Hospitalización.....NO

Observaciones y Comentarios

**Objetivo:** Estar implantados en todos los servicios asistenciales del hospital.

**Verificación:** Han elaborado un Documento Genérico relativo a la Información que debe facilitarse a familiares y pacientes en todos los ámbitos del hospital. Al final del mismo se ha incluido una tabla en la que se indican los horarios de información de los Servicios del hospital. Está tabla está a disposición de la enfermera que será la que facilite los horarios de información.

Sólo la UCI ha diseñado un díptico con información sobre su funcionamiento, que incluye los horarios de información.

### 3.c.6.- Porcentaje de entrega de Guías de Información al Alta para pacientes hospitalizados y acompañantes.

- Número de Guías de Información al Alta / total de altas de hospitalización ..... 97,28%

Observaciones y Comentarios

**Objetivo:** Entregar en el 100% de la altas. Debe existir un registro.

**Verificación:** Los facultativos son los responsables de la entrega de la Guía al Alta, Se comprueba que existe un apartado en la H. Clínica informatizada para indicar que se ha realizado. La enfermería tiene otro apartado en la H. Clínica para indicar que han entregado el Informe de enfermería, si lo precisa.

### 3.c.7.- Porcentaje de entrega de Guías de Atención al Duelo dirigida a familiares y allegados de pacientes fallecidos.

- Número de Guías de Atención al Duelo entregadas / total de éxitos ..... 99,40%

Observaciones y Comentarios

**Objetivo:** Entrega de la Guía en el 100% de los decesos. Debe existir un registro.

**Verificación:** La entrega de la Guía al Duelo se realiza por la funeraría contratada por el hospital. Mensualmente, esta empresa, facilita un listado con las defunciones que ha habido y en el que se indica si se ha realizado la entrega o no y las causas, en caso de respuesta negativa. Se comprueba el listado.

## D.-Indicadores de comparación hospitalaria

### 3.d.1.- Infección nosocomial:

- Prevalencia de infección nosocomial ..... NA
- Incidencia de ILQ en Cirugía de Prótesis de Cadera en pacientes con índice de riesgo NHSN 0 y 1 .....1,44%

Observaciones y Comentarios

**Objetivos:**

**Verificación:** No se realizó el estudio EPINE, porque en la fecha en la que se lleva a cabo, el hospital llevaba en funcionamiento un mes.

Respecto a la infección de prótesis de cadera han acordado con el SERMAS que disponen del plazo hasta el mes de marzo del 2013 para remitir el resultado del segundo semestre del 2012, que es del 1,44%. Dada la fecha de apertura del centro, este cálculo no puede incluir el seguimiento de los pacientes durante un año desde la intervención.

## E. Objetivos del Plan de Calidad del Hospital

**PCH.1.- Cumplimiento de los Objetivos del Plan, referidos a: calidad percibida por los ciudadanos, modelos de calidad, gestión de procesos, gestión de riesgos, cultura y formación e Infraestructura y calidad.**

### Objetivos de Calidad percibida:

- Se han realizado a los usuarios dos encuestas anuales ..... NA
- Se han implantado acciones de mejora..... SI
- Se ha creado el Comité de Calidad Percibida ..... SI
- Disponen de servicios y procedimientos de gestión de reclamaciones ..... SI
- Se ha implantado el Programa de Acogida y Alta ..... SI
- Cuentan con página Web ..... SI
- Disponen y aplican programa específico de atención urgencias ..... SI

Observaciones y Comentarios

*El Hospital realizó una encuesta propia.*

### Objetivos de Modelo de Calidad:

Disponen de documentación relativa a previsiones de implantación de:

- Autoevaluación EFQM ..... NA
- Número de planes de acción implantados derivados de EFQM ..... NA
- Certificación ISO 14000 ..... NA
- Certificación ISO 9001 en Servicios Centrales y Farmacia ..... NA
- Calendario RSC ..... NA

Observaciones y Comentarios

*No es aplicable dada la fecha de apertura del hospital*

### Gestión de procesos:

- Cuentan con Mapa de Procesos ..... SI

- Número de guías, protocolos o vías realizadas 2012 .....más de cinco/año
- Cuentan con Plan de consultas de Alta Resolución .....SI
- Número de consultas operativas de Alta Resolución .....29

Observaciones y Comentarios

*Practicamente la totalidad de los Servicios realizan consultas de alta resolución, excepto Hematología Clínica, Neonatología, Oncología Radioterápica y O. médica. Cirugía Torácica y Unidad del Dolor..*

### Gestión de riesgos:

- Se ha creado la unidad funcional de gestión de riesgos/comité seguridad del paciente ..... SI
- Se ha implantado el sistema de registro y comunicación de efectos adversos .....NO
- Se han implantado sistemas de identificación de pacientes .....SI
- Se han implantado protocolos de actuación para prevenir errores de medicación .....NO
- Disponen de registros de errores de medicación.....NO
- Se efectúan actuaciones específicas para el cumplimiento de los objetivos señalados por la unidad funcional de gestión de riesgos.....SI

Observaciones y Comentarios

*Sin observaciones.*

### Cultura y formación:

- Se ha cumplido el Programa de Formación Anual de Calidad..... NA
- Existe constancia de procedimientos de difusión de buenas prácticas .....NO
- Se promueve la participación de profesionales en comisiones.....SI
- Se promueve la participación de profesionales en la programación y seguimiento de los objetivos de calidad propios.....SI

Observaciones y Comentarios

*En el año 2012 se impartió formación a los propietarios de procesos. En noviembre de ese año se creó el Comité de Formación y se detectaron las necesidades formativas para incluir en el Plan de Formación Anual de Calidad de 2013.*

### Infraestructura de Calidad:

- Cuentan con Coordinador o Responsable de Calidad .....SI

- Disponen de Servicio de Información y Atención al Paciente operativo.....SI
- Número de Comisiones Clínicas creadas..... 14
- Disponen de Plan de Comunicación Interno .....NO
- Cuentan con Cuadro de Mando Integral.....SI
- Se ha elaborado la Memoria Anual 2012 .....**SI**

Observaciones y Comentarios

*Sin observaciones.*

# Conclusiones

---

## Calidad Percibida

- *No se ha podido valorar la implantación de acciones de mejora conforme la encuesta de satisfacción de 2011, puesto que el Centro se inauguró en abril de 2012.*
- *Si cumple el objetivo relativo al Comité de Calidad Percibida.*

## Seguridad del paciente y Gestión de Calidad (S.P.)

- *El Hospital cumple los Objetivos acordados, si bien está pendiente de definir el documento que avale la realización de las Rondas de Seguridad.*

## Información y Atención al Paciente

- *El Hospital cumple los Objetivos acordados, salvo que el Protocolo de Información Asistencial únicamente se ha implantado en UCI.*

## Indicadores de comparación hospitalaria

- *Se cumple el Objetivo de Incidencia de ILQ en Prótesis de Cadera. El estudio de prevalencia de infección nosocomial (EPINE) no se pudo llevar a cabo por la fecha de apertura del Centro.*

## Objetivos del Plan de Calidad del Hospital

- *En general se está cumpliendo el cronograma definido por el Hospital.*