



Instituto de Investigación Sanitaria IdiPAZ

Manual de Calidad

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Coordinador de Calidad	Director de la FIBHULP	Comisión de Oficio representativa de IdiPAZ
Marzo 2009	Junio 2009	Julio 2009

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS DEL MANUAL DE CALIDAD	2
2. DEFINICIONES	4
3. MÉTODO DE ELABORACIÓN	6
4. ESTRUCTURA	17
A) POLÍTICA DE CALIDAD	17
C) SISTEMA DE CALIDAD	17
B) PLANES DE CALIDAD	19
1) Plan de Calidad Científica.....	20
2) Plan de Calidad de la Gestión.....	21
3) Plan de Seguridad.....	21
4) Plan de Calidad dirigido a los clientes internos y externos del Instituto	27
5. DIVULGACIÓN DE LA POLÍTICA DE CALIDAD	29
6. EVALUACIÓN DEL PLAN DE CALIDAD	29
7. PLANES DE MEJORA	30
8. ANEXOS	30

1. INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS DEL MANUAL DE CALIDAD

El presente documento tiene la finalidad de definir la política de calidad del Instituto de Investigación Sanitaria IdiPAZ y las acciones que se llevan a cabo para su correcta implantación y actualización.

La elaboración de este documento se basa en los Planes de Calidad tanto del Hospital Universitario La Paz (HULP) como de la Universidad Autónoma de Madrid (UAM), teniendo en cuenta en todo momento las propias características y necesidades del IdiPAZ.

El HULP es una entidad que cuenta con una cultura de calidad muy arraigada que ha culminado en la aplicación de un modelo de autoevaluación EFQM desde el año 2006. La "Memoria de Calidad del HULP" junto con la documentación relativa a la implantación del modelo EFQM en la entidad han servido para definir el modelo de calidad que el Instituto pretende alcanzar en el futuro.

Como miembro del IdiPAZ, la UAM cuenta con la Fundación General de la Universidad Autónoma de Madrid (FGUAM), que es la estructura de la que dispone la UAM para el fomento de la investigación y la docencia. Esta entidad cuenta con una política de calidad y un sistema de calidad implantados siguiendo la normativa ISO9001:2000.

Este sistema de calidad que afecta a todas las actividades de las unidades, áreas y departamentos de la Fundación y específicamente, a sus procesos y procedimientos señalados

como clave, y que queda plasmada en el “Manual de Calidad de la FGUAM” ha servido de ayuda para definir el sistema de calidad del Instituto.

Teniendo en cuenta estas premisas el Manual de Calidad desarrollado para el IdiPAZ se ha organizado de la siguiente manera:

En la primera parte del documento se recogen las principales definiciones que serán de utilidad para la comprensión del mismo y se describe el método de trabajo llevado a cabo para su elaboración.

Posteriormente se analizan de manera exhaustiva los sistemas de calidad implantados en cada una de las entidades que forman parte del Instituto (HULP y UAM) con la finalidad de conseguir un sistema de calidad para el Instituto que esté alineado y coordinado con los mismos aprovechando el mayor número de sinergias posibles.

Una vez se ha realizado esta introducción, se presenta la estructura del “Manual de Calidad del IdiPAZ” que incluye la definición de la **Política de Calidad** del Instituto, la presentación de los **recursos destinados a calidad** en el mismo y los **planes específicos** que se han desarrollado en el IdiPAZ para implementar la Política de Calidad propuesta y que van dirigidos a todos los procesos del Instituto con el fin de lograr una visión integral de la calidad dentro del mismo:

- Plan de Calidad Científica
- Plan de Calidad de la Gestión
- Plan de Seguridad

- Plan de Calidad dirigido a los clientes internos y externos del Instituto

Se describen también los **métodos de divulgación** que se han establecido para la implementación del modelo y el **sistema de revisión** al que se someterá el sistema de calidad.

Por último se incluye un pequeño resumen del **Plan de mejora** del IdiPAZ que debido a su importancia queda recogido en un documento independiente.

2. DEFINICIONES

Manual de calidad: Documento formal aprobado por la alta dirección, que recoge la política y el sistema de calidad de la organización.

Política de calidad: Se define política de calidad como la declaración por parte del Instituto de sus intenciones y principios en relación con sus actividades de I+D+i, proporcionando un marco para su actuación y para el establecimiento de sus objetivos y metas.

Sistema de calidad: Conjunto que forman la organización, responsabilidades, métodos y recursos humanos y materiales para realizar la calidad.

Plan de Calidad: Documento que establece las prácticas específicas, los recursos y la secuencia de actividades relacionadas todas con la calidad para un producto, proyecto o contratos particulares.

Mapa de procesos: Descripción esquemática y/o gráfica en la que se incluyen elementos como actividades, responsables, tiempo estimado, modo de ejecución, o cualquier otro que sirva para especificar operativamente los procesos clave y de soporte de un Servicio.

Gestión de la calidad: Manera en que se gestiona una organización para lograr la excelencia. Aspecto de la función general de la gestión que determina y aplica la política de calidad. La gestión de la calidad incluye: la planificación estratégica, la asignación de recursos y otras actividades sistemáticas, tales como la planificación, las operaciones y las evaluaciones relativas a la calidad.

Plan de mejora: Acciones planificadas, priorizadas, temporalizadas y dirigidas para mejorar a la titulación y al proceso de evaluación. Son consecuencia de los juicios de valor y constituyen una parte sustancial e imprescindible de todos los Informes.

Calidad total: Programa de calidad basado en resaltar todos los aspectos de calidad a lo largo de la vida completa del producto o servicio. La Calidad Total procede de un compromiso total con la calidad de toda la organización (calidad en todo el ámbito de la organización).

Evaluación de la calidad: Examen sistemático para determinar si las actividades que conducen a la calidad están desarrollándose de acuerdo con lo previsto y si el producto o servicio se está dispensando de una manera efectiva y es apropiado para alcanzar los objetivos perseguidos.

Cliente externo: se refiere a las entidades privadas e instituciones públicas con las que colabora el Instituto para el desarrollo de actividades de interés común.

Cliente interno: se refiere en este caso al personal de las entidades que constituyen el instituto.

Desde el punto de vista de la calidad, el cliente interno se convierte en un cliente especialmente relevante, dedicándose gran parte e los esfuerzos para recoger las sugerencias, medir el nivel de satisfacción e iniciar medidas preventivas y/o correctora para mejorar la satisfacción de este colectivo.

3. MÉTODO DE ELABORACIÓN

La elaboración del Manual de Calidad en el IdiPAZ surge de la necesidad identificada en el Plan Estratégico del mismo, de implantar y desarrollar una política de calidad en IdiPAZ.

Para su realización se contó con la colaboración de representantes de las estructuras de calidad de las entidades que forman parte del mismo que, junto con el personal del Instituto desarrollaron el presente documento.

En concreto participaron en la elaboración del Manual de Calidad:

- D. José María Muñoz y Ramón (Subdirector Médico de Formación, Calidad e Investigación del HULP).
- D. Alberto Martín Vega (Coordinador de Calidad de IdiPAZ propuesto por el HULP).

- Dr. José Ramón Arribas López (Director de la FIBHULP y Director de IdiPAZ).
- Dr. Francisco García del Río (Director de la Unidad de Investigación del HULP).
- Dra. Gloria Bafalgón (Vicedecana de Investigación e Infraestructuras de la UAM).

Las bases de la política de calidad diseñada residen tanto en los manuales de calidad del HULP como de la Fundación General de la Universidad Autónoma de Madrid (entidad encargada del fomento de la investigación y la formación en la UAM). De esta manera se ha tratado de establecer un sistema coherente con el existente en cada uno de los centros que permita construir una política de calidad global y una mayor integración entre las instituciones que constituyen el Instituto.

ANTECEDENTES

El **Hospital Universitario La Paz (HULP)** cuenta con un sistema de calidad muy desarrollado, basado en una política de mejora continua de la calidad que incide tanto en la calidad de carácter científico-técnico como en la calidad percibida por los pacientes y sus familiares.

En el establecimiento de esta política se han tenido en cuenta tres conceptos básicos que se complementan entre sí: la satisfacción de los ciudadanos por las prestaciones que el hospital proporciona, los objetivos asistenciales, docentes y de investigación del hospital como organización; y por último, un nivel de servicio efectivo, prestado en el tiempo adecuado.

Estructura de calidad en el HULP

Como eje fundamental de esta estructura se encuentra la figura del **Coordinador de calidad**. Este responsable está en permanente comunicación con Dirección-Gerencia y con los **Coordinadores de calidad de los Servicios**.

Está constituida también una **Comisión Central de Calidad** y además existen comisiones centradas en temas de calidad como el **Grupo Operativo de Calidad**, el **Grupo de Mejora de Calidad Percibida** y la **Unidad Funcional de Riesgos Sanitarios**.

Asimismo también existen **14 Comisiones clínicas** que sustentan el entramado del sistema de gestión de calidad. Estas Comisiones son las siguientes:

- Catástrofes
- Documentación clínica
- Ética para la asistencia sanitaria
- Ética de la investigación clínica
- Farmacia y terapéutica
- Formación continuada
- Humanización y atención al paciente
- Infecciones, profilaxis y política antibiótica
- Docencia
- Trasplantes
- Investigación
- Nutrición
- Tecnología y adecuación de medios diagnósticos
- Tejidos, tumores y mortalidad

Mejora continua en el HULP

En el HULP se ha llevado a cabo la implantación de una política de mejora continua que se desarrolla a través de las siguientes herramientas:

- **Realización de autoevaluaciones, utilizando como referencia el modelo de calidad EFQM**, de acuerdo con la estrategia planteada por la Comunidad de Madrid. Este sistema de autoevaluación se ha desarrollado hasta el momento en tres entidades:
 - El HULP en su conjunto
 - El Hospital Infantil
 - Docencia
- **Realización de evaluaciones externas**, de las que en algún caso el HULP ha recibido reconocimientos.

El despliegue de la filosofía de la mejora continua en el HULP se ve plasmado en el gran número de vías clínicas que se implantan y actualizan constantemente, alcanzando en la actualidad más de 150. Las vías clínicas suponen un esfuerzo en la mejora de la calidad asistencial científico técnica y percibida, así como en la eficiencia de los procesos, en la que se implican un gran número de profesionales del HULP.

De manera similar a las vías clínicas, se desarrollan y actualizan continuamente un extenso número de protocolos en todos los Servicios del HULP. Además, existe una elevada participación de los profesionales en la elaboración de guías de práctica clínica cuyo fundamento es la mejora en la calidad de los principales procesos asistenciales.

Asimismo, como estrategia de mejora de la calidad y desde los últimos años, se han elaborado mapas de procesos en diferentes Servicios del HULP y en colaboración con la Unidad de Calidad.

Una de las consecuencias derivadas del compromiso de la Dirección con la calidad asistencial es que el HULP es centro de referencia nacional para múltiples patologías. Una muestra de ello es el haber obtenido la acreditación por parte del Ministerio de Sanidad de diversos procedimientos (seis en la actualidad y tres ya auditados), en cuyas auditorias se evalúa expresamente la mejora continua de la calidad.

En línea con la estrategia de calidad de la Comunidad de Madrid y con periodicidad semestral, el HULP envía a la Subdirección General de Calidad de la Consejería de Sanidad, el registro de actividades relacionadas con la calidad realizadas en el hospital (RAC).

Calidad percibida

En lo que se refiere la calidad percibida, la percepción del HULP por parte de los trabajadores que lo integran es evaluada de forma periódica mediante varios métodos:

- Encuestas de satisfacción.
- Grupos focales.
- Entrevistas personales.

Por otra parte, en relación al enfoque al cliente, para conocer la opinión de los pacientes, el HULP realiza periódicamente:

- Encuestas de satisfacción validadas a pacientes que han estado ingresados.
- Evaluaciones externas de la percepción del ciudadano sobre el hospital.

- Análisis de quejas, reclamaciones y sugerencias.

Muestra de estas actuaciones es el estudio anexo “Satisfacción en el paciente atendido en el Hospital Universitario La Paz 2007”, cuya elaboración surgió de la autoevaluación del HULP utilizando el modelo EFQM como propuesta de mejora del criterio “satisfacción del cliente”.

El citado estudio, que se basó en la realización de encuestas voluntarias y anónimas, tenía los siguientes objetivos:

- Valorar el grado de satisfacción con aspectos fundamentales de la asistencia sanitaria de los pacientes atendidos en Hospitalización, en Consultas Externas del Hospital y en Centros de Especialidades del Hospital Universitario La Paz.
- Seleccionar los factores que influyen en la satisfacción de los pacientes.
- Priorizar las propuestas de mejora de los pacientes.
- Proponer acciones de mejora.

Asimismo, el HULP cuenta con una actualización constante de los documentos de los Consentimientos Informados de los procedimientos que así lo requieren. En su elaboración se ha establecido una sistemática en la que participa activamente el Comité de Ética Asistencial y la Unidad de Calidad.

Por último, existen a disposición de los pacientes atendidos en el HULP, una serie de documentos informativos de elaboración propia y de la Subdirección de Calidad, cuyos temas versan sobre la calidad asistencial y la seguridad del paciente.

Enfoque de Sistema para la Gestión

El HULP tiene Servicios y Unidades que han obtenido la certificación de calidad según la norma ISO, en concreto la Norma UN-EN ISO 9001:2000. Los Servicios que presentan esta certificación son los siguientes:

- Laboratorio de Bioquímica.
- Laboratorio de Análisis Clínicos del CEP de José Marv.
- Laboratorio de Hematología analítica.
- Laboratorio de Microbiología.
- Laboratorio de Neurofisiología Clínica.
- Laboratorio de Genética.
- Servicio de Medicina Nuclear.
- Servicio de Farmacia Hospitalaria.
- Servicio de Radiofarmacia.
- Servicio de Radiofísica y Radioprotección.
- Servicio de Transfusión de Sangre.
- Unidad Metabólico-vascular.

Además hay Servicios que estn en proceso de certificación y son los siguientes:

- Docencia.
- Inmunología.
- Radiodiagnóstico.
- Farmacología clínica.

Accreditaciones: en el año 2006 el Laboratorio de Urgencias del HULP fue el primer laboratorio de análisis clínicos asistencial de España en conseguir el certificado de Acreditación de la Competencia Técnica, según la norma ISO 15189 y emitido por la Entidad Nacional de Acreditación (ENAC). Previamente, en 2002, se inició el proceso de implantación de un Sistema de gestión de la Calidad y ya en 2003 obtuvo el certificado de

Gestión de la Calidad por la norma UNE-EN ISO: 9001-2000, otorgado por la Asociación Española de Normalización (AENOR).

Además, en la actualidad se encuentran en proceso de acreditación por la misma norma algunas secciones del Laboratorio de Microbiología.

Los servicios y unidades que cuentan con esta certificación cuentan con un sistema de gestión de procesos definido que incluye:

- Mapa de procesos.
- Seguimiento, medición y mejora de los procesos.

Por otro lado, en la actualidad hay varios Servicios y Unidades que están en fase de inicio de acreditación interna de su actividad. Estos son: Unidad de arritmias, Consulta de preoperatorio, Unidad de Inmunodeficiencias, Servicio de Dermatología y Servicio de Medicina Preventiva.

Como conclusión del análisis realizado se puede decir que el HULP tiene un modelo de calidad muy desarrollado con una estructura humana y unas herramientas definidas que ha culminado en la aplicación del modelo EFQM a la institución.

En la actualidad el sistema de calidad del IdiPAZ se encuentra en un nivel de desarrollo mucho más prematuro que la del HULP. En este sentido, la finalidad del presente "Manual de Calidad del IdiPAZ" es fomentar e implantar una cultura de calidad en el Instituto similar a la existente en el HULP, de manera que en un futuro éste pueda adoptar un sistema de mejora continua similar.

La Fundación General de la Universidad Autónoma de Madrid (FGUAM) se creó en 1991 con la misión de cooperar al cumplimiento de los fines de la UAM. Su función de apoyo se dirige tanto al ejercicio de la docencia y de la investigación, como al fomento del estudio y la difusión de la cultura; así mismo pretende contribuir a la formación en valores de solidaridad, tolerancia, convivencia, libertad y justicia a través de programas de voluntariado.

Las actividades que realiza se han centrado hasta la actualidad en la gestión de programas universitarios y en el desarrollo de programas propios distinguiendo fundamentalmente tres áreas de trabajo:

- La docencia: gestión de gastos de los títulos propios de la UAM, gestión de cursos organizados por la propia Fundación, formación continua, teleformación, etc.
- La investigación: gestión de programas de investigación desarrollados por los profesores de la Universidad, normalmente mediante contrato o convenio con empresas e instituciones externas. Además, gestión de programas propios.
- Formación en prácticas de alumnos de la UAM: este ámbito está dirigido a prestar ayuda a alumnos de la UAM para su mejor incorporación al mercado de trabajo.

La FGUAM cuenta con un “Manual de Calidad” que constituye la base del sistema de gestión de la calidad adoptado por la Fundación siguiendo la normativa ISO 9001:2000. Este sistema de gestión de la calidad afecta a todas las actividades de las

unidades, áreas y departamentos de la Fundación y específicamente, con sus procesos y procedimientos señalados como clave.

Como principales características del sistema de gestión de la calidad de la FGUAM que, servirán de inspiración para la elaboración del Documento de Política de Calidad del IIS – HULP se pueden destacar:

- La política de calidad basada en la mejora continua.
- El compromiso de la Dirección en el desarrollo y la implementación del sistema.
- El enfoque al cliente fundamentalmente interno.
- La gestión por procesos y la planificación estratégica como marco de referencia para la localización de las áreas de mejora e implementación de la política de calidad definida.

Estructura de Calidad en la FGUAM

La FGUAM cuenta con un **Comité de Calidad** para el control y seguimiento del proceso de calidad y mejora continua, que estará dirigido por un **Coordinador de Calidad**.

El Comité de Calidad tiene la finalidad de realizar el control y el seguimiento del proceso de calidad y mejora continua en la FGUAM. Está formado por los siguientes miembros:

- Director de la FGUAM.
- Responsable de la Unidad Económica.
- Director de la OTRI.
- Responsable de la Unidad de RRHH.

Puesto que en la FGUAM, la Unidad de Recursos Humanos es la responsable del Programa de Calidad, el cargo de coordinador de calidad recae en el responsable de dicha unidad.

Sistema de Gestión de la Calidad

El sistema de Gestión de la Calidad diseñado para la FGUAM incluye el manual de procesos y procedimientos.

Compromiso de la Dirección

El equipo directivo de la Fundación evidencia su compromiso con el desarrollo e implementación del sistema de gestión de la calidad, así como la mejora continua, mediante las acciones que se desarrollan seguidamente en las áreas de:

- Enfoque al cliente. En este aspecto la FGUAM ha desarrollado un plan para asegurarse de que los requisitos de los clientes se recogen y se cumplen con el propósito de aumentar la satisfacción de los mismos.
- Política de Calidad.
- Plan Estratégico y planificación operativa.
- Responsabilidad, autoridad y comunicación del Plan de Calidad.
- Revisión por la Dirección. En este sentido, con objeto de garantizar la conveniencia, adecuación y eficacia continua del sistema de gestión de la calidad la dirección hace una revisión anual y un seguimiento permanente a través de reuniones de dirección.

Medición, Análisis y Mejora

La FGUAM planifica e implementa diversos procesos de seguimiento, medición, análisis y mejora para demostrar la conformidad con los servicios y con el sistema de gestión de la

calidad, así como mejorar continuamente la eficacia de dicho sistema.

4. ESTRUCTURA

A) POLÍTICA DE CALIDAD

El Instituto de Investigación Sanitaria IdiPAZ nace con la misión de llevar a cabo actividades de investigación en las líneas prioritizadas, potenciando la colaboración con otros centros y grupos de investigación concibiéndose así como un espacio de investigación biomédica multidisciplinar y traslacional orientado a la investigación básica, clínica, epidemiológica y en servicios de salud.

La política de calidad del Instituto, que es coherente con la misión del mismo, se basa en asegurar la calidad en todos los procesos, asegurando así el mejor servicio y las mejores prestaciones docentes e investigadoras.

De la misma manera que en el HULP y la FGUAM, en el IdiPAZ se apuesta por un modelo de calidad integral en el que se implica directamente a los órganos de gobierno y a todo el personal del mismo.

C) SISTEMA DE CALIDAD

El Sistema de Calidad del IdiPAZ está compuesto por el conjunto de Planes de Calidad Específicos que crean el marco de desarrollo de la política de calidad y el conjunto de recursos

humanos presentes en el Instituto para asegurar la calidad de los servicios y de la investigación.

A continuación se expone la estructura destinada a calidad en el IdiPAZ (los Planes de Calidad Específicos quedan recogidos en el siguiente epígrafe del presente documento).

La estructura quedará integrada por la Comisión de Investigación de IdiPAZ y el Coordinador de Calidad.

Tal y como figura en el convenio de creación de IdiPAZ, entre las funciones de la Comisión de Investigación del Instituto se encuentra el control de la calidad de la investigación llevada a cabo en el instituto, en este contexto corresponde a la Comisión de Investigación:

- Verificar el cumplimiento del Plan de Calidad.
- Proponer iniciativas para la mejora de la calidad.
- Proponer métodos e instrumentos de evaluación de la calidad.
- Colaborar en el diseño, ejecución y seguimiento de las actividades de evaluación.
- Informar a los órganos de gobierno del IdiPAZ de los procesos y resultados de la evaluación de la calidad.
- Redactar el informe anual del Plan de Calidad.

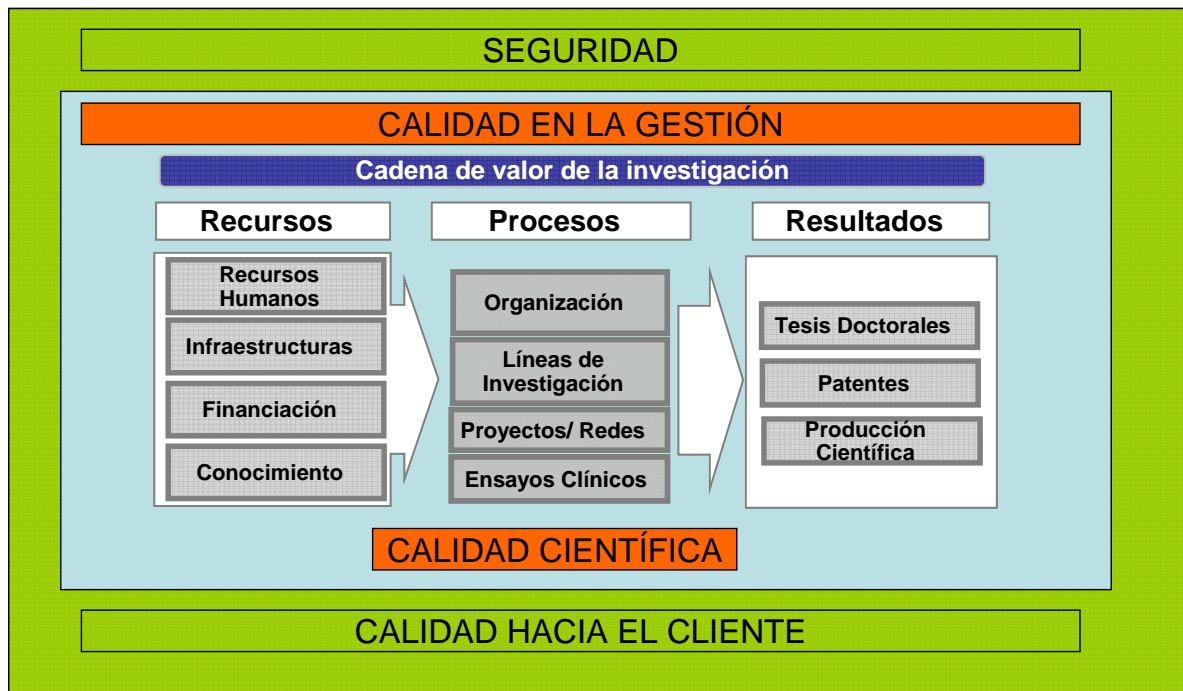
Se ha creado además en el IdiPAZ la figura de Coordinador de Calidad, ocupada en la actualidad por Alberto Martín Vega, con funciones más operativas y ejecutivas, cuya función principal es llevar a cabo la gestión del Plan de Calidad del Instituto.

Por su parte, el equipo directivo del Instituto evidencia su compromiso con el desarrollo e implementación del sistema de calidad, así como la mejora continua, mediante las acciones que se desarrollan seguidamente:

- Definición y revisión de la Política de Calidad.
- Revisión del Sistema de Gestión de la Calidad.
- Aprobación del Plan estratégico y la planificación operativa del Instituto.
- Aprobación y revisión de los Planes de Calidad.
- Aprobación y revisión del Manual de Calidad y del Mapa de Procesos.

B) PLANES DE CALIDAD

Para orientar con éxito la actividad del Instituto hacia la calidad total y la mejora continua, el IdiPAZ define como política general la puesta en marcha de planes de calidad enfocados a las principales actividades de la institución:



1) Plan de Calidad Científica

Entre las primeras acciones desarrolladas por el IdiPAZ enfocadas a fomentar la calidad científica de la institución se encuentra el desarrollo de un cuadro de mando integral por el cual se ha pretendido conocer el seguimiento del grado de cumplimiento de las actuaciones planteadas y las actividades que se realizan en el Instituto.

El Cuadro de Mando permite evaluar todos los aspectos del Instituto desde los tres ámbitos de la cadena de valor de la investigación: Recursos, Procesos y Resultados.

El cuadro de mando se configura como la herramienta de evaluación continua y de búsqueda de la calidad de la actividad investigadora del Instituto.

Anualmente, la Comisión Delegada del Instituto revisa el resultado de los indicadores de evaluación incluidos en el cuadro de mando, y junto con la Comisión de Investigación y el CCE del mismo propone las acciones de mejora que sean necesarias.

2) Plan de Calidad de la Gestión

El Plan de Calidad de la Gestión pretende ampliar el concepto de calidad a la gestión de las diferentes funciones del Instituto, para lograr así un mayor enfoque al concepto de calidad total.

En este sentido, el IdiPAZ está organizado por procesos para el desarrollo de los servicios que presta y cuenta con un mapa de procesos de la FIBHULP, donde se detalla para cada uno de estos procesos la forma de realizar el trabajo.

El Consejo Rector de IdiPAZ es el responsable de la aprobación del mapa de procesos de la institución y de su revisión.

Además para garantizar la calidad en la gestión en la FIBHULP, anualmente ésta se somete a una auditoria contable.

3) Plan de Seguridad

El desarrollo de un Plan de Calidad dirigido a la seguridad en IdiPAZ es muestra de la elevada importancia que para IdiPAZ supone tener garantizado el bienestar tanto de su personal como de todo aquel que en un momento interactúe con el Instituto.

En este sentido, desde la dirección y los órganos de IdiPAZ, anualmente, junto con la revisión del sistema de calidad, se revisará la pertinencia del Plan de Seguridad garantizando su

conocimiento por parte de todo el personal que integra el Instituto. Asimismo, a través de la realización de encuestas de satisfacción se procederá a conocer la situación de seguridad de este personal.

- *Plan de seguridad dirigido al personal del IdiPAZ.*

Con la finalidad de garantizar la seguridad del personal de IdiPAZ, desde la FIBHULP se proporciona al personal un cuestionario de Vigilancia de Salud a través del cual se informa y se pide aprobación a los trabajadores para la realización del reconocimiento médico.

OTIP
EUROPREVEN

I
- Vigilancia de la Salud -

EMPRESA: FUNDACION INVESTIGACION BIOMEDICA HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ

TRABAJADOR: DNI:

En virtud de lo establecido en el artículo 22 de la Ley 31/1995 de 8 de noviembre de Prevención de Riesgos Laborales, se le comunica que la vigilancia de la salud tiene carácter voluntario para el trabajador, como también, que los datos referidos a las pruebas médicas y sus resultados tienen carácter confidencial y sólo le serán comunicados a Ud. excepto que Ud. consiente expresamente la comunicación a terceras personas. Aún así, la empresa será informada sobre las conclusiones del reconocimiento médico (únicamente apto o no apto para el trabajo desempeñado).

De este carácter voluntario sólo se exceptuarán, previo informe de los representantes de los trabajadores, los supuestos en los que la realización de los reconocimientos sea imprescindible para evaluar los efectos de las condiciones de trabajo sobre la salud de los trabajadores o para verificar el estado de salud del trabajador puede constituir un peligro para el mismo, para los demás trabajadores, o para otras personas relacionadas con la empresa o cuando así esté establecido en una disposición legal en relación con la protección de riesgos específicos y actividades de especial peligrosidad.

Si deseo que se me efectúe el reconocimiento médico.

NO deseo que se me efectúe el reconocimiento médico.

El trabajador:	La empresa:
Fdo.:	Fdo.:
Fecha:	Fecha:

Asimismo, se le proporciona la información necesaria para la actuación ante un accidente de trabajo:

ACTUACION ANTE UN ACCIDENTE DE TRABAJO

Asistencia Médica de Urgencia.

Fremap Mutua de Accidentes dispone de más de 160 Centros Asistenciales propios. Posiblemente, cerca del lugar donde se produce el Accidente, uno de ellos estará a su servicio.

RECOMENDACIONES

1-Preferentemente acuda a un Centro Asistencial Fremap para recibir tratamiento. De esta forma, probablemente, evitará molestias y demoras en la asistencia sanitaria.

No obstante, si el Accidente se produce fuera de los horarios de nuestros Centros Asistenciales (Generalmente de 8 a 20 horas, sin interrupción), o no se localiza el más cercano, puede llamar a **Fremap Asistencia** en el teléfono **900-61 00 61**.

2-En caso de Urgencia acuda al Centro Sanitario más próximo, aunque no pertenezca a Fremap, y contacte con nuestra Oficina más cercana al Centro de Trabajo donde se produjo el Accidente.

Allí le asesorarán sobre la actuación de la Empresa desde ese momento.

3-Si el herido no puede expresarse por sí mismo procure que acuda acompañado por otra persona que pueda informar a los Servicios Médicos sobre:

3.1 -Apellidos y Nombre del Accidentado, DNI y Domicilio.

3.2-Nombre de la Empresa y Domicilio.

3.3-Forma de producirse el Accidente, lugar y hora de ocurrencia, etc.

4-Si el herido acude consciente procure que lo haga documentado (DNI) y que lleve el Volante de Solicitud de Asistencia, debidamente cumplimentado. En todo caso es conveniente facilitar el nombre exacto de la Empresa para la que presta sus servicios. (Puede presentar la Tarjeta Fremap Asistencia.)

Recuerde: Acudir con el Volante de Solicitud de Asistencia facilitará el proceso de admisión y reducirá el tiempo de espera.

Anexo a este documento se incluye la información justificativa de estos procedimientos.

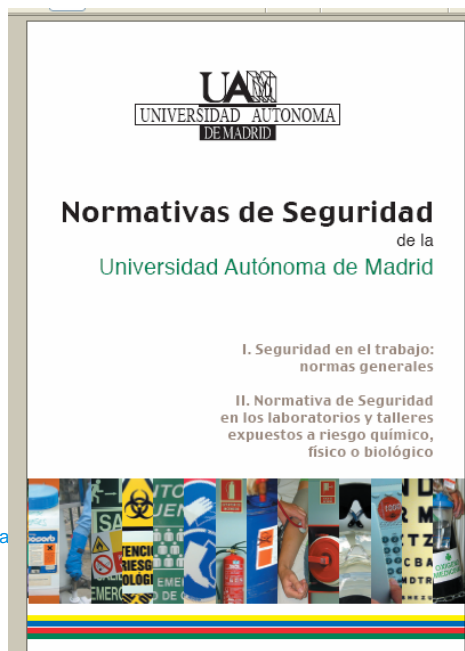
Por su parte la UAM, dentro del Vicerrectorado de Campus y Calidad Ambiental, cuenta con un Servicio de Prevención de Riesgos Laborales encargado entre otras de las siguientes funciones:

- Garantizar el cumplimiento de la normativa vigente y dar la formación adecuada al personal de la UAM en materia de seguridad e higiene.
- Gestionar las instalaciones de protección, evacuación y señalización contra incendios.
- Realizar las evacuaciones de riesgos de las diferentes facultades, escuelas, bibliotecas, talleres y otros edificios de la UAM.
- Elaborar los distintos planes de evacuación y coordinar los simulacros en los distintos edificios.
- Garantizar la retirada de residuos generados en los laboratorios facilitando su almacenamiento y retirada conforme la normativa existente.
- Informa además a los usuarios de la peligrosidad de los productos químicos utilizados, las medidas preventivas que deben adoptar y su posible sustitución por otros con menor riesgo para la salud y el medio ambiente.

- Evaluar y coordinar las dotaciones en infraestructura en seguridad de los laboratorios, talleres y aulas de la UAM.
- Desarrollar programas de vigilancia de la salud y evaluar los resultados derivados de los mismos.

En la actualidad el Plan de Seguridad de IdiPAZ queda formado también por los siguientes programas que figuran como anexo del presente documento:

- Plan de Prevención de Riesgos Laborales de la UAM, que en su desarrollo incluye las siguientes actividades preventivas:
 - Elaboración y difusión de la política de seguridad y salud.
 - Notificación y registro de los accidentes.
 - Investigación de accidentes.
 - Inspecciones informales.
 - Inspecciones planificadas de partes críticas.
 - Inspecciones planificadas generales.
 - Controles de compras.
 - Contratación y colocación.
 - Revisión de evaluación de riesgos.
 - Coordinación de actividades empresariales.
 - Información a los trabajadores.
 - Formación.
 - Instrucciones para el puesto de trabajo.
 - Estadísticas.
 - Planificación de Emergencias (Simulacro de Emergencias). En este sentido, la UAM dispone ya de un Plan de Emergencia realizado por el Servicio de Prevención y se han llevado a cabo actividades para su implantación.



- Normativa de Seguridad de la UAM.

La Normativa de Seguridad tiene la finalidad de disminuir los niveles de riesgo y fomentar la formación de

todos los miembros de la Universidad en materia de seguridad e higiene, a través de la existencia de una cadena de responsabilidades clara, la organización de puestos de trabajo, de transmisión de la información relativa a riesgos y procedimientos más seguros, de eliminación de residuos y conocimientos de los planes de evacuación de los Centros correspondientes.


Dadas las distintas características de los Centros de la UAM, se ha dividido esta Normativa en dos secciones: I. Normas Generales de Seguridad en la UAM y II. Organización, Normas y Recomendaciones para el Trabajo Experimental en la UAM. La primera se aplica de forma general a todos los Centros e incluye la organización de la seguridad, cadena de responsabilidades y planes básicos de evacuación. La segunda sección se centra en la normativa más específica para la seguridad e higiene en el trabajo en laboratorios docentes y experimentales, así como en talleres. En esta segunda sección también se recogen las normas básicas para la organización del tratamiento y recogida de residuos químicos tóxicos, biopeligrosos y radiactivos.

- Unidad Funcional de Riesgos Sanitarios (UFRS) - Informe de Actuaciones en Seguridad del Paciente del HULP.

El Observatorio Regional de Riesgos Sanitarios es un órgano consultivo y de asesoramiento en materia de riesgos sanitarios de la Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid cuyos principales objetivos son:

- Impulsar y difundir la cultura de la gestión de riesgos sanitarios en la Comunidad de Madrid.
- Obtener, analizar y difundir información periódica y sistemática sobre los riesgos sanitarios.

- Proponer medidas para prevenir, eliminar o reducir los riesgos sanitarios.



Observatorio Regional de Riesgos Sanitarios

Unidad Funcional de Gestión de Riesgos (UFGR)


Informe de Actuaciones en Seguridad del Paciente

HOSPITAL/ ÁREA:

Semestre y año:

Persona de contacto (nombre, correo electrónico y teléfono):

[Ir a Informe](#)
[Ir a definiciones](#)



Servicio Madrileño de Salud
Dirección General de Atención al Paciente
Comunidad de Madrid

Siguiendo las pautas establecidas por el Observatorio, el HULP cuenta con una Unidad Funcional de Gestión de Riesgos (UFGR) que anualmente elabora un “Informe de Actuaciones en Seguridad del Paciente” que recoge todas las actuaciones desarrolladas por el

HULP enfocadas a asegurar y fomentar la seguridad del paciente.

- *Plan de seguridad dirigido a los pacientes: Guía de Ética y Buenas Prácticas*

La ética y las buenas prácticas son dos de los pilares básicos sobre los que se asientan cada una de las actuaciones desarrolladas en el IdiPAZ.

En este sentido, el Instituto cuenta con una Guía de Ética y Buenas Prácticas en investigación que es conocida y contemplada por el personal del mismo.

En lo que se refiere a las buenas prácticas asistenciales, en línea con la cultura de mejora continua implantada en el HULP, el hospital cuenta con un “Registro de Buenas Prácticas asistenciales” que se incluyó como anexo al siguiente

documento en el que se recogen los cuestionarios para la identificación de buenas prácticas en materia de calidad percibida junto con el conjunto de mejoras que se han implantado consecuencia de los mismos.

4) Plan de Calidad dirigido a los clientes internos y externos del Instituto

El IdiPAZ, en búsqueda de una visión integral de la calidad, cuenta también con un Plan de calidad dirigido tanto al cliente interno como externo del Instituto.

Como cliente interno del Instituto se entiende el propio personal de la institución. En este sentido, el Plan de Calidad pone en marcha una serie de acciones enfocadas a detectar las necesidades de este personal, implantando medidas correctoras y acciones de mejora que finalmente mejoren su nivel de satisfacción.

Entre las medidas incluidas en este Plan se encuentran:

- Realización de encuestas de satisfacción y diseño de propuestas de mejora a los clientes internos del HULP (anexas al presente documento).

- Realización de encuestas dirigidas a servicios y actividades concretas realizadas en el Instituto:
 - encuestas de satisfacción de la oferta formativa.
 - encuesta de satisfacción del sistema de alertas.
 - encuestas de satisfacción del servicio de OTRI.

- encuestas de satisfacción de los canales de difusión existentes en la institución.
- Etc.

En este sentido, en 2007 se llevó a cabo un estudio destinado a analizar el nivel de satisfacción de los usuarios de servicio de bioestadística del HULP que se ha anexado al presente documento.

Asimismo, en 2009 siguiendo el modelo EFQM, se llevó a cabo una encuesta a los Usuarios Internos en Investigación del HULP. Anexo al presente documento se ha anexado dicha encuesta y los resultados de la misma.

- Puesta en marcha de canales con la finalidad de captar de manera más general las necesidades e inquietudes del personal del Instituto:
 - buzón de sugerencias en la página web.

En lo que se refiere a Plan de Calidad dirigido al cliente externo, se engloba todo aquel agente que en un momento dado interacciona con el IdiPAZ, incluyéndose aquí desde las agencias financiadoras a los proveedores.

En este sentido, en Plan de calidad debe incluir acciones encaminadas a detectar la opinión de estos agentes favoreciendo así su nivel de satisfacción.

Entre las acciones que recoge en presente Plan de Calidad con esta finalidad se incluye:

- elaboración de encuestas enfocadas a detectar la opinión de cada uno de los colectivos.

El Coordinador de Calidad será el encargado de revisar las encuestas.

5. DIVULGACIÓN DE LA POLÍTICA DE CALIDAD

La difusión de la política de calidad del Instituto se considera fundamental para la consecución de los objetivos fijados. En este sentido el IdiPAZ desarrolla diversas actuaciones con el objetivo de fomentar la adecuación de la cultura de calidad por parte de todo el personal del centro.

Entre ellas se incluye la distribución de copias de documento de Política de Calidad en formato electrónico y su difusión a través de la página web con el fin de que estén a disposición de todo el personal del Instituto.

La misión, la visión y los Planes de Calidad del Instituto se sitúan en lugar visible para que sean conocidas por todos los profesionales del Instituto.

6. EVALUACIÓN DEL PLAN DE CALIDAD

Con el objetivo de garantizar la conveniencia, adecuación y eficacia continua del sistema de calidad, se hace una evaluación del mismo una vez al año. No obstante se hace un seguimiento permanente a través de las reuniones de la Dirección.

La revisión incluye una evaluación de las oportunidades de mejora y de las necesidades de realizar modificaciones en cualquiera de los procesos del Instituto, incluyendo cambios en la propia política de calidad.

Revisión	Quinquenal	Anual	Trimestral	Continua
Política de Calidad				
Plan de Calidad en la Gestión		X		
Mapa de Procesos		X		
Plan de Calidad dirigido al Cliente		X		
Encuestas		X		
Plan de Calidad Científica		X		
Indicadores del Cuadro de Mando		X		
Plan de Seguridad		X		
Plan de Seguridad del HULP		X		
Plan de Actuación en caso de Emergencia		X		
Guía de Ética y Buenas Prácticas		X		

Las revisiones se realizarán conforme al “P-1 Revisión por la Dirección” (que se incluye como anexo al presente documento) que será realizado anualmente por el Coordinador de Calidad del Instituto y se presentará a la Dirección del Instituto para su supervisión.

Los resultados de la revisión incluyen todas las decisiones y acciones sobre actividades relacionadas con la mejora de la eficiencia del sistema de gestión de la calidad y de sus procesos, así como la mejora de los servicios en relación con los requisitos de los clientes.

7. PLANES DE MEJORA

La calidad en este aspecto se consigue a través de la evaluación continua de estos procesos por parte de cada uno de los responsables y su información al Coordinador de Calidad que revisará los mismos una vez al año.

8. ANEXOS

- Manual de Calidad de la FGUAM (Cód: 1.40)

- EFQM La Paz 2006 (Cód. 1.41)
- Informe resumen autoevaluación 2006 HULP (Cód: 1.42)
- "P-1 Revisión por la Dirección" (Cód: 1.43)
- Normativa de Seguridad de la UAM (Cód: 1.46)
- Fichas de áreas de mejora HULP (Cód: 1.53)
- Memoria de Calidad HULP (Cód: 1.54)
- Objetivos de calidad HULP (Cód: 1.55)
- Plan de prevención de riesgos laborales UAM (Cód: 1.67)
- Seguridad en la Red UAM (Cód: 1.69)
- Seguridad normativa laboratorio y talleres (Cód: 1.70)
- Tarjeta de opinión (Cód: 1.71)
- Calidad UAM (Cód: 1.72)
- UAM convergencia europea calidad (Cód: 1.73)
- Satisfacción del paciente HULP (Cód: 1.74)
- RAC 2008 H U La Paz (Cód: 1.90)
- Buenas practicas H La Paz (Cód: 1.91)
- Informe Unidades Funcionales 2º Semestre 2008 H U La Paz (Cód: 1.92)
- Certificaciones_nov_2008 (Cód: 1.52)
- PNT CEIC 2006 (Cód: 1.56)
- Anexos PNT CEIC (Cód: 1.47)
- Resumen PNT 2006 CEIC (Cód: 1.48)
- Cuestionario de evaluación de FMC (Cód: 1.82)
- Encuestas unidad de biestadística (Cód: 1.84)
- Encuestas IdiPAZ (Cód: 1.17)
- Seguridad FIBHULP (Cód: 2.17)