



PLAN DE CALIDAD
HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO
[2012-2016]



Plan de Calidad. Hospital Universitario Virgen del Rocío [2012-2016]

Edita: Hospital Universitario Virgen del Rocío. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de salud. Junta de Andalucía y Bienestar Social

Avda. Manuel Siurot s/n. CP 41013. Sevilla

<http://www.huvr.es/>

Autoría: Reina Jiménez M., Garnacho Montero J., Romero Rodríguez N.

ISBN: 978-84-695-6277-2

Relación de Participantes:

Comité Director:

Francisco Javier Torrubia Romero

Alfonso Manuel Soto Moreno

Emilia Barrot Cortés

Juan Manuel Luque Ramírez

Diego Gallego González

Comité Técnico:

José Miguel Cisneros Herreros

Remedios Dorado García

M^a José Estepa Osuna

José Garnacho Montero

Ignacio Jiménez López

Eusebio Jiménez Mesa

Sandra Leal González

Manuel Reina Jiménez

Nieves Romero Rodríguez

Rafael Torrejón Cardoso

Grupos de Mejora:

Estructura de Calidad

Coordinación

José Garnacho Montero

Manuel Reina Jiménez

Miembros

Rosario Amaya Villar

Gonzalo Barón Esquivias

Manuel Chaves Conde

Francisco Javier Medrano Ortega

Inmaculada Paneque Sánchez –Toscano

Inmaculada Rodríguez Rubio

María Dolores Santos Rubio

La Ciudadanía

Coordinación

M^a José Estepa Osuna

Manuel Reina Jiménez

Miembros

M^a Dolores Domínguez Carranza

Auxiliadora Fernández López

Nuria González Catalán

Beatriz López García

Ana Moreno Verdugo

Rosario Muñoz Montaño

Rosa Orejón Sanz

Antonio José Vázquez Morejón

Inmaculada Vicente Moreno

Creación de Valor a través de los Profesionales y sus Estructuras Organizativas

Coordinación

Eusebio Jiménez Mesa

Nieves Romero Rodríguez

Miembros

Francisco Javier Bautista Paloma

José M^a Domínguez Roldán

Inés Durán Sánchez

Jesús Lucas Martín Espejo

Eva M^a Venegas Moreno

La Seguridad por Sistema

Coordinación

Remedios Dorado García

José Garnacho Montero

Miembros

Inmaculada Alonso Araujo

Carmen Garrido Sánchez

M^a del Pilar Limpo de la Iglesia

Juan Antonio León Leal

Ángel María Martín Galán

Carmen Peinado Barraso

Manuel Urbaneja López

Modelos de Gestión Orientados a Resultados

Coordinación

José Miguel Cisneros Herreros

Ignacio Jiménez López

Miembros

Isabel Borrego Dorado

José Antonio Expósito Tirado

M^a Isabel González Méndez

M^a Asunción Martínez Brocca

Rosa Moreno Duarte

Esther Quintana Gallego

Generación y Gestión del Conocimiento

Coordinación

Nieves Romero Rodríguez

Rafael Torrejón Cardoso

Miembros

Máximo Bernabeu Wittel

Rosario Cumplido Corbacho

M^a Luisa Miranda Guisado

José Luis Pereira Cunill

Juan José Toledo Aral

Las Tecnologías

Coordinación

Sandra Leal González

Manuel Reina Jiménez

Miembros

José Antonio Lepe Jiménez

Rafael Medina López

Francisco Montes Perálvarez

Carlos Luis Parra Calderón

M^a Ángeles Velasco Sánchez

Pilar Zamorano Imbernón

REVISIÓN:

Dirección Gerencia

Direcciones y Subdirecciones

Asistenciales

Jefatura de Servicio de Desarrollo

Profesional

Subdirección Sistemas de Información

Unidad de Comunicación

Atención a la Ciudadanía

ÍNDICE

1. PRESENTACIÓN.
2. INTRODUCCIÓN.
3. METODOLOGÍA.
4. MARCO CONCEPTUAL.
 - a. *MISIÓN Y VISIÓN.*
 - b. *VALORES Y PRINCIPIOS.*
5. ESTRUCTURA DE CALIDAD.
6. LÍNEAS ESTRATÉGICAS.
 - a. *LA CIUDADANÍA.*
 - b. *CREACIÓN DE VALOR A TRAVÉS DE LOS PROFESIONALES Y SUS ESTRUCTURAS ORGANIZATIVAS.*
 - c. *LA SEGURIDAD POR SISTEMA.*
 - d. *MODELOS DE GESTIÓN ORIENTADOS A RESULTADOS.*
 - e. *GENERACIÓN Y GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO.*
 - f. *LAS TECNOLOGÍAS.*

1. PRESENTACIÓN

El Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla es, en la actualidad, el mayor complejo hospitalario del Sistema Sanitario Público de Andalucía. Su elevada producción asistencial, su destacada posición dentro de la investigación biomédica, su importante trabajo docente y su estrategia organizativa y de gestión, lo convierten asimismo en un claro referente nacional e internacional.

Nuestro centro se caracteriza por ser un hospital vivo y dinámico, sensible a las necesidades y expectativas de la población que atendemos y a los profesionales que en él desarrollan su labor diaria.

El objetivo del centro reside eminentemente en orientar todas las estrategias y actuaciones para garantizar una asistencia sanitaria próxima, con clara vocación de servicio, basada en la accesibilidad, equidad, seguridad, la eficiencia en la utilización de los recursos y la innovación. Y siempre con una indicación clara y permanente hacia el paciente y su proceso asistencial, aspirando en todo momento la excelencia en el ejercicio profesional.

El Plan de Calidad del Hospital Universitario Virgen del Rocío que os presento forma parte de un proceso estratégico que incorpora la calidad en todos sus ámbitos, con la única finalidad de optimizar la asistencia integral de las personas.

El conjunto de actuaciones que plantea nace, por un lado, de un riguroso análisis interno, lo que ha permitido identificar la situación actual y los logros alcanzados en los últimos años y por otro lado de un profundo análisis externo que ha posibilitado conocer las tendencias de éste y otros Sistemas Sanitarios, las mejores prácticas profesionales y las expectativas de la ciudadanía.

Quiero agradecer expresamente el trabajo realizado por los profesionales del hospital en la elaboración de este Plan que sienta las bases para favorecer la mejora continua de la atención a la salud.

Por todo ello me complace presentar el Plan de Calidad del Hospital Universitario Virgen del Rocío [2012-2016], un trabajo que, sobre la base de la amplia experiencia y conocimientos que atesoran los profesionales, ofrece las estrategias y acciones que garanticen una asistencia sanitaria más eficiente y ajustada al ciclo vital de las personas.

Francisco J Torrubia Romero. Director Gerente

2. INTRODUCCIÓN

La puesta en marcha del Plan de Calidad del Hospital Universitario Virgen del Rocío, tiene como filosofía de partida la calidad en todas sus dimensiones y a todos los niveles. Se trata pues de una herramienta fundamental para la mejora continua de la asistencia sanitaria, permitiendo ofrecer el máximo de calidad asistencial con los recursos disponibles.

Este Plan tiene por referencias entre otras, a nivel institucional, los siguientes Planes y Estrategias: Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud (SNS), Estrategias Nacionales del SNS, Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA), Planes y Estrategias vigentes (SSPA), los Procesos Asistenciales Integrados y el Programa de Acreditación de Centros del Sistema Sanitario de Andalucía (Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía). A nivel de centro consolida y desarrolla las estrategias recogidas en el Plan Estratégico del Hospital Universitario Virgen del Rocío, el Contrato Programa, las Memorias anuales de las Comisiones Hospitalarias y Manuales de Acreditación de Unidades... etc.

Esto ha hecho que el concepto de “Mejora continua de la Calidad” se haya convertido en el eje de actuación en la gestión del centro hospitalario. Se trata de una estrategia cuya puesta en práctica se basa en la definición, desarrollo y evaluación de todos sus procesos, a partir de lo cual se obtienen unos resultados que permiten asegurar unos estándares de calidad y realizar modificaciones periódicas, produciéndose así la mejora de forma ininterrumpida.

El Plan de Calidad pretende reforzar el cambio cultural que supone el liderazgo de los directivos, gestores y responsables en la gestión clínica, y por ende, de la calidad, implicando de este modo a todos los profesionales.

Este Plan aspira claramente a que la mejora continua de la calidad y su evaluación sean vistas como una responsabilidad profesional y que formen parte de las actividades habituales, de manera que se incremente progresivamente el nivel de calidad de la asistencia que se presta a los ciudadanos.

Con el fin de desplegar los objetivos relacionados con la calidad recogida en el plan estratégico del centro, se ha desarrollado un Plan de Calidad con dos grandes bloques de objetivos:

MEJORA DE LA CALIDAD DEL SERVICIO SANITARIO

1. Mejora de la accesibilidad a las prestaciones sanitarias
2. Mejora de la eficiencia y efectividad de las prestaciones sanitarias
3. Mejora de la continuidad en la atención
4. Mejora de la adecuación en el uso de las prestaciones sanitarias
5. Mejora de la seguridad de los pacientes en la asistencia sanitaria
6. 7. Mejora de la información

MEJORA DE LA CALIDAD DE LA GESTIÓN

1. Liderazgo
2. Política y estrategia
3. Personas
4. Procesos
5. Alianzas y Recursos

3. METODOLOGÍA

Para la elaboración del Plan de Calidad se ha optado por utilizar una metodología que permita identificar las respuestas a las necesidades que surgen del análisis de situación y las manifestadas por la ciudadanía, profesionales y la propia institución responsable.

Este análisis se ha basado en el Modelo GAP, también llamado de discrepancias o divergencias. Haciendo uso de este modelo hemos optado por usar metodologías que permitan tanto un análisis externo de atención sanitaria, como un análisis interno en relación a los proveedores del servicio.

Para estimar las áreas u oportunidades de mejora y sus posibles soluciones se utilizaron técnicas cuantitativas y cualitativas de trabajo de grupal: tormenta de ideas (modificada), grupo nominal y parrillas de priorización.

La metodología seguida ha permitido identificar 7 grandes Líneas Estratégicas, las cuales se han desarrollado partiendo de una clara visión de aplicabilidad, y estableciendo las bases para su viabilidad, es decir, su sostenibilidad organizativa y económica, elementos necesarios para obtener los resultados esperados con éxito.

Para el desarrollo de las Líneas Estratégicas se han constituido 7 grupos de trabajo que han elaborado una propuesta consensuada de objetivos específicos y las actividades necesarias para alcanzarlos. Para realizar esta propuesta, los miembros han tenido como referencia los siguientes principios: Búsqueda de la equidad, Perspectiva de género, Viabilidad financiera, Acción intersectorial, Participación social, Calidad técnica y Posibilidad de evaluación y seguimiento.

En la composición de los grupos de trabajo se han tenido en cuenta, además de los conocimientos y la experiencia personal o profesional de sus miembros, la aportación de puntos de vista complementarios, en un ámbito multidisciplinar e intersectorial. Este diseño de trabajo ha permitido que el Plan de Calidad incorpore diferentes sensibilidades y perspectivas desde ámbitos y procedencias diversas.

La metodología de trabajo se ha basado en la integración de dos métodos o técnicas de generación y consenso:

1. En una primera fase, un método Delphi (modificado) con dos rondas anónimas de propuestas a través de correo electrónico, organizadas por dos personas con funciones de coordinación técnica del grupo.

2. En una segunda fase, se realiza una puesta en común con los coordinadores técnicos y se procede a la elaboración y priorización del informe definitivo del grupo.

De la confluencia del trabajo de todos los grupos se configuró un primer borrador de propuestas para el plan, para poder ser sometido a revisión por agentes y estructuras claves dentro de la organización.

La presentación en el 2011 de Planes y Estrategias (Consejería de Salud y Organismos dependientes) han marcado un proceso de revisión que orienta, enriquece y actualiza el Plan de Calidad del H U Virgen del Rocío, alineado y en coherencia con las líneas marcadas para los próximos años.

Finalmente el Comité de Redacción define el documento definitivo para su presentación.

4. MARCO CONCEPTUAL/POLÍTICA DE CALIDAD

a. Misión y Visión

Misión: Proveer servicios sanitarios públicos a la ciudadanía para satisfacer sus necesidades de salud bajo los principios de equidad, eficiencia y calidad, mediante el desarrollo de actividades de promoción, prevención, cuidado y mejora de la salud.

Para ello el Hospital se compromete a la puesta en marcha, mantenimiento y potenciación de todas aquellas áreas que permitan actualizar y mejorar los conocimientos, habilidades, aptitudes y actitudes de nuestros profesionales en beneficio de la salud de los ciudadanos.

La trayectoria de nuestro hospital nos confiere además una **Visión** de compromiso permanente con las personas, a la que siempre hemos hecho partícipe de nuestros cambios y transformaciones, de nuestro rumbo y, en definitiva, de nuestros objetivos de salud. Es por ello que aspiramos ser un hospital ágil, resolutivo y abierto, y comprometido con la sociedad

b. Valores

Los valores del Hospital como cauce estratégico para la puesta en marcha de la misión y la visión son:

- **Accesibilidad** para que las personas obtenga un servicio sanitario en el momento y lugar donde lo necesita, en suficiente cantidad y a un coste razonable.
- **Universalidad** en los servicios y prestaciones, sin discriminación por razones sociales, de raza, género o creencias.
- **Equidad** en el acceso a la atención y a los recursos
- **Sensibilidad**, con la ciudadanía en la identificación de sus necesidades.
- **Respeto**, promoviendo que la toma de decisiones compartidas constituya la relación natural
- **Integridad** en el abordaje de las necesidades en salud de las personas.

- **Innovación**, con los profesionales para que basen sus relaciones en la cooperación y coordinación de los equipos y busquen sinergias para aumentar la calidad de la atención.
- **Compromiso con la gestión**, en adaptar sus estructuras y procesos para consolidar la gestión clínica como modelo organizativo que garantice la adecuación de la atención a la población de referencia.
- **Efectividad**, en las acciones e intervenciones puestas en marcha en este Plan de Calidad.
- **Eficiencia**, en la planificación, gestión y uso de recursos.
- **Interdisciplinariedad y Continuidad** en los procesos de atención.
- **Firmeza**, en el aseguramiento del cumplimiento de los derechos de la ciudadanía.

5. ESTRUCTURA DE CALIDAD

La calidad en nuestro Sistema Sanitario es una prioridad de la organización y a la vez una exigencia de nuestros pacientes, familiares y de todos los profesionales. El Hospital Universitario Virgen del Rocío se dota para ello de una estructura de calidad compleja pero necesaria, teniendo en cuenta la envergadura del centro y su cartera asistencial.

Buscando en todo momento la participación activa de sus profesionales, garantes de hacer realidad el concepto de calidad y mejora continua. Esta estructura debe ser necesariamente dinámica, flexible y muy participativa.

El desarrollo de este apartado se ha realizado en una publicación adjunta a este plan: "Estructura de Calidad. Hospital Universitario Virgen del Rocío"

6. LÍNEAS ESTRATÉGICAS

a) La Ciudadanía

La ciudadanía de las cuales somos referentes están en continuo cambio, planteando nuevos retos y oportunidades: Ciudadanos con un mayor grado de implicación y compromiso, donde la participación se convierte en una exigencia que determina un espacio de relación más transparente y fluido con el Hospital.

Desde esta perspectiva las características de la población determinan y condicionan en gran medida la orientación y las prioridades de sus estrategias de salud. La evolución demográfica, el envejecimiento de la población, la inmigración, la variación y aparición de nuevas patologías, la dependencia, la aparición de nuevos grupos en riesgo de exclusión social, o la evolución de las necesidades y expectativas de la ciudadanía son factores determinantes en la orientación de estas políticas pero no los únicos.

Un Hospital más eficiente y seguro exige generar y compartir con el paciente un entorno de confianza en la toma de decisiones individual, y corresponsabilidad en la utilización de los servicios, compartiendo el conocimiento disponible.

Las personas como centro y razón de ser de nuestro Hospital, necesitan y exigen que sus necesidades, demandas, expectativas, y su satisfacción, se conviertan en los objetivos fundamentales. La calidad percibida por el usuario va a depender fundamentalmente de la medida en que queden satisfechas estos aspectos. Para lograrlo, no sólo es necesario tener claro qué servicios precisan los pacientes, sino también transmitirles cómo utilizarlos de forma racional y eficaz.

Las personas tienen el derecho a una atención sanitaria que salvaguarde la dignidad personal y respete sus valores culturales, psicosociales y espirituales. Asimismo, asumen deberes con la organización sanitaria en el curso de su proceso asistencial.

La garantía del cumplimiento de los derechos y deberes del paciente ha de sustentarse en la existencia de procedimientos útiles para la consideración de aquellos aspectos que la legislación vigente recoge, siendo, por tanto, necesario que las relaciones entre profesionales y pacientes tengan presente estos principios. Así, los profesionales deben conocer las cuestiones éticas relacionadas con la asistencia del paciente y los procedimientos establecidos por el centro para hacerlas efectivas.

La intención de esta línea es articular aquellas acciones que garanticen los estándares de derechos, satisfacción e implicación del usuario, es decir, una asistencia personalizada

orientada al paciente, que no sólo garantice el éxito clínico sino que además cubra sus expectativas.

Objetivos

- Proporcionar una acogida y trato personalizado en las diversas áreas de atención, favoreciendo la accesibilidad, continuidad y la mejora de la satisfacción.
- Consolidar medidas que favorezcan el desarrollo efectivo de los derechos y garantías, contemplando además el desarrollo actual de nuevos derechos y prestaciones.
- Articular las medidas y herramientas necesarias que permitan a las personas una toma compartida de decisiones sobre su proceso asistencial en un marco de corresponsabilidad basado en la información, el conocimiento y la transparencia.
- Potenciar cauces y medios que permitan la participación de la ciudadanía, individual y colectivamente, en todos los niveles de atención, vehiculando sus necesidades y expectativas.

Acciones

- Establecer acciones concretas que permitan la asignación de profesionales sanitarios referentes de las personas y familias durante la atención a su proceso de salud en los diversos entornos en los que se atiende: Unidad de hospitalización, Hospital de día... etc.

Responsable: Direcciones de Unidades de Gestión Clínica.

- Implementar el Plan Funcional de Atención a Personas Cuidadoras elaborado en el centro, estableciendo medidas proactivas para facilitar la accesibilidad a los servicios del Hospital.

Responsable: Dirección Gerencia, Direcciones Asistenciales, Comisión Central de Calidad, Direcciones de Unidades de Gestión Clínica.

- Elaborar un plan de acompañamiento y accesibilidad a grupos de pacientes con necesidades especiales (pacientes con enfermedades crónicas, invalidantes, dependientes, alta complejidad de cuidados, inicio agudo de procesos graves... etc.).

Responsable: Dirección Gerencia, Direcciones Asistenciales, Direcciones de Unidades de Gestión Clínica.

- Establecer mecanismos que permitan el afrontamiento y manejo de enfermedades y situaciones clínicas determinadas, especialmente aquéllas que generen mayor sufrimiento y cronicidad: Aula de pacientes y familias por Unidades Clínicas y/o Unidades Funcionales... etc.

Responsable: Direcciones de Unidades de Gestión Clínica.

- Garantizar el desarrollo efectivo de derechos fundamentales de la persona (la información, la intimidad, la confidencialidad, la toma de decisiones) con el establecimiento de estrategias informativas y formativas para los ciudadanos y profesionales, además de medidas estructurales que afecten tanto al centro como a la Unidad Clínica.

Responsable: Dirección Gerencia, direcciones asistenciales, Direcciones de Unidades de Gestión Clínica.

- Impulsar el desarrollo de los nuevos derechos de la ciudadanía: desarrollo de la Ley de información sanitaria, Ley de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte... etc.

Responsable: Dirección Gerencia, Direcciones Asistenciales, Direcciones de Unidades de Gestión Clínica, Jefatura de Servicio de Atención al Usuario.

- Incorporar en los planes formativos contenidos concretos relacionados con los de derechos y garantías (en todas sus dimensiones) establecidos en el Sistema Sanitario Público de Andalucía.

Responsable: Servicio de Desarrollo Profesional, Direcciones de Unidades de Gestión Clínica.

- Definir y establecer estrategias de trabajo colaborativo entre ciudadanía y profesionales, para compartir conocimiento, derechos, información sobre resultados o identificar mejoras, en el marco de la corresponsabilidad.

Responsable: Comisión Central de Calidad, Direcciones de Unidades de Gestión Clínica.

- Incorporar a los instrumentos de gestión aspectos que incluyan las expectativas y valores de la ciudadanía de forma continua.

Responsable: Direcciones Asistenciales, Direcciones Unidades de Gestión Clínica.

- Hacer visible a la ciudadanía los resultados obtenidos en términos de resultados de salud que faciliten la libre elección y toma de decisiones, avanzando en la transparencia del centro.
Responsable: Direcciones Asistenciales, Subdirección de Sistemas de Información, Direcciones de Unidades de Gestión Clínica.
- Consolidar los Planes de Participación Ciudadana en todas las Unidades Clínicas que garantice la participación efectiva y real de las personas en aspectos que conciernen a la atención que reciben.
Responsable: Jefatura de Servicio de Atención al Usuario, Unidad de Trabajo social, Direcciones de Unidades de Gestión Clínica.
- Establecer cauces y herramientas, a nivel de Unidad Clínica, que permitan conocer la satisfacción, expectativas y necesidades de las personas (análisis de reclamaciones, cuestionarios de satisfacción, técnicas cualitativas...etc.).
Responsable: Direcciones de Unidades de Gestión Clínica, Jefatura de Servicio de Atención al Usuario.
- Diseñar y/o disponer de procedimientos que faciliten la toma compartida de decisiones en aquellos procesos que afecten a las personas.
Responsable: Direcciones de Unidades de Gestión Clínica.
- Divulgar y facilitar el acceso de la ciudadanía al Comité de Ética Asistencial de Sevilla como herramienta de consulta ante conflictos éticos.
 - Responsable: Comité de Ética Asistencial de Sevilla, Direcciones de Unidades de Gestión Clínica.

Evidencias e Indicadores

Evidencias:

- Informe sobre la implementación del Plan Funcional de Atención a las Personas Cuidadoras en el Hospital (anual)
- Plan local de acompañamiento y accesibilidad a grupos de pacientes con necesidades especiales en el H U Virgen del Rocío (2013)
- Herramientas elaboradas para facilitar la toma de decisiones de pacientes (anual)

Indicadores:

- Pacientes con asignación de médico y/o profesional de enfermería referente durante el episodio hospitalario (anual)
- Actividades formativas con contenido relacionados con derechos y garantías establecidos en el SSPA (anual)
- Unidades Clínicas que cuentan con un Plan de Participación Ciudadana (anual hasta 2014)
- Unidades Clínicas que cuentan con alguna herramienta para valorar la satisfacción de la satisfacción, expectativas y necesidades de las personas (anual hasta 2014)
- Incremento anual de Consultas sobre conflictos éticos planteados por los ciudadanos al Comité de Ética Asistencial de Sevilla (anual)

b) Creación de Valor a través de sus Profesionales y sus Estructuras Organizativas

Los profesionales que desempeñan su labor diaria en el Hospital Virgen del Rocío constituyen el elemento clave para el desarrollo presente y futuro de la institución; el valor añadido que generan son el principal activo del hospital.

Hablar de capital humano es hablar de personas y del capital intelectual que atesoran. De la adecuada gestión del conocimiento va a depender en gran parte poder desarrollar nuestro potencial de cambio y mejora continua como organización. Es necesario por tanto, favorecer una apuesta clara de los profesionales por la calidad y la búsqueda de la excelencia, haciendo visible el compromiso efectivo de la organización por dar una respuesta adecuada a sus necesidades y expectativas.

La gestión óptima de los profesionales y sus planes de desarrollo es el factor más determinante en este sentido, fomentando en todo momento la innovación y la creatividad. Todas las estructuras organizativas deben incorporar mecanismos capaces de aprovechar las capacidades, competencias y conocimiento acumulado de sus profesionales en términos de valor añadido.

El desarrollo actual del nuevo modelo organizativo basado en la gestión clínica exige un rol profesional más autónomo y comprometido. Desarrollar la gestión clínica en el Hospital significa de igual manera, potenciar un modelo basado en la mejor competencia de sus profesionales y en la búsqueda continua de la excelencia.

La gestión por competencias y la Gestión de Planes de Desarrollo Individual (GPDI), desde esta perspectiva, están íntimamente implicados, propiciando que los profesionales tengan por referencia un perfil competencial acorde a la Unidad Clínica donde están.

Asimismo, en la línea de la mejora de la calidad de la asistencia, la institución persigue atesorar profesionales con un perfil competencial determinado y un nivel de excelencia acreditado, por lo que se fomentará e impulsará su participación en los programas de acreditación de competencias profesionales a través de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. La Acreditación de Competencias Profesionales se concibe de esta manera como el proceso que observa y reconoce de forma

sistemática la proximidad entre las competencias que realmente posee el profesional y las definidas en su mapa de competencias.

Este plan es consciente que el desarrollo profesional tiene otros cauces que pasan por la formación continuada, la investigación y la participación en grupos de mejora entre otros.

Objetivos

- Potenciar el desarrollo de los profesionales mediante la implantación en el Hospital del Plan Estratégico de Formación Integral del Sistema Sanitario Público de Andalucía, desarrollando planes individuales de formación en función de los objetivos del Hospital y las Unidades Clínicas.
- Implementación efectiva de la Gestión de Planes de Desarrollo Profesional Individual (GPDI), como herramienta de desarrollo profesional y consolidación de la Gestión por Competencias.
- Desarrollar y promover la adquisición de las competencias necesarias de los profesionales sanitarios que permitan avanzar en el liderazgo profesional.
- Establecer los mecanismos, herramientas y estructuras que faciliten la acreditación de competencias profesionales y unidades clínicas, como valor de desarrollo profesional acorde a las necesidades de ciudadanos y del sistema.
- Desarrollar y consolidar el Modelo de Carrera Profesional como reconocimiento del desarrollo profesional hacia la excelencia en todas las vertientes competenciales, en el ámbito de la asistencia, la promoción y protección de la salud, la docencia y la investigación.

Acciones

- Desarrollar en el centro los proyectos definidos en el Plan Estratégico de Formación Integral (SSPA):
 - Formación y acreditación de tutores de grado, residentes y postgrado.
 - Programa común complementario para especialistas en formación en Ciencias de la Salud. Consolidar el modelo de Unidades Docentes Multiprofesionales (UDM).
 - Desarrollo integrado del modelo de calidad de la formación continuada.

Responsable: Servicio de Desarrollo Profesional, Comisión Local de Docencia, Comisión Central de Calidad.

- Desarrollar haciendo extensivos a los profesionales los mapas de competencias definidos por perfiles en el seno de los GPDI, en el contexto de la Gestión Clínica.

Responsable: Direcciones de Unidades de Gestión Clínica.

- Incorporar las buenas prácticas incluidas en los Procesos Asistenciales Integrados y Planes Integrales al modelo de elaboración y desarrollo de mapas competenciales en las Unidades Clínicas.

Responsable: Comisión Central de Calidad, Responsables de los Grupos de Desarrollo e Implantación/Mejora de los Procesos Asistenciales Integrados, Direcciones de Unidades de Gestión Clínica.

- Disponer y facilitar el acceso de los perfiles competenciales definidos para los diferentes puestos por disciplina y profesión en el seno de los GPDI para guiar los procesos de autoevaluación y entrevista de desempeño profesional.

Responsable: Unidad de Desarrollo Profesional, Direcciones de Unidades de Gestión Clínica.

- Consolidar y adecuar la evaluación anual de competencias profesionales por parte de la Unidad Clínica como herramienta de desarrollo individual y como contribución global a la mejora de la atención.

Responsable: Direcciones de Unidades de Gestión Clínica.

- Establecer estructuras, mecanismos y herramientas facilitadoras que ayuden a los profesionales y Unidades Clínicas en los procesos de acreditación.

Responsable: Direcciones Asistenciales, Comisión Central de Calidad, Jefatura de Desarrollo Profesional, Direcciones de Unidades de Gestión Clínica.

- Desarrollar en la Intranet del hospital un espacio dedicado a orientar y facilitar el desarrollo de acreditación de competencias profesionales y unidades clínicas, donde se puedan ubicar y descargar entre otros modelos de certificaciones, manuales, instructivos, evidencias comunes a los diferentes modelos de acreditación de competencias profesionales y unidades clínicas.

Responsable: Subdirección de Sistemas de Información, Comisión Central de Calidad, Servicio de Desarrollo Profesional.

- Incentivar e incrementar el número de profesionales del hospital que completan su formación o adquieren nuevas competencias en centros nacionales o internacionales de reconocido prestigio.
Responsable: Direcciones Asistenciales, Dirección Económico Administrativa, Direcciones de Unidades de Gestión Clínica.
- Establecer, consolidar y divulgar el Comité de Ética Asistencial de Sevilla como herramienta de consulta ante conflictos éticos, facilitando así la toma de decisiones.
Responsable: Comité de Ética Asistencial de Sevilla, Direcciones de Unidades de Gestión Clínica.

Evidencias e Indicadores

Evidencias:

- Informe del desarrollo de los planes contenidos en el Plan Estratégico de Formación Integral (SSPA) (anual)
- Informe del desarrollo y uso en los diferentes procesos de selección y evaluación de todos los mapas de competencias definidos por perfiles en el seno de los GPDI por cada Unidad Clínica (anual)
- Informe del desarrollo y actualización de estructuras de apoyo a la acreditación profesional y su divulgación efectiva a través de la intranet del centro (anual)

Indicadores:

- Formación reglada ofertada a los tutores de grado (anual)
- Formación reglada ofertada a tutores de especialistas en formación (anual)
- Número de tutores acreditados (ACSA, ANECA...etc) de grado, tutores especialistas en formación (anual)
- Profesionales acreditados por la agencia de calidad sanitaria de Andalucía en cada nivel de competencias (anual)
- Unidades de Gestión Clínica acreditadas por la agencia de calidad sanitaria de Andalucía (anual)
- Profesionales que realizan periodos de formación externa en centros nacionales o internacionales de reconocido prestigio (anual)

- **La Seguridad por Sistema**

La Seguridad Clínica es un componente esencial de la Calidad Asistencial. Somos conscientes que la asistencia en si misma puede implicar un riesgo para el paciente.

El creciente volumen de actividad asistencial, unido a la progresiva complejidad y especialización de los procesos y técnicas sanitarias y asistenciales empleadas, ha devenido sin duda en una mayor calidad, eficacia y eficiencia de la atención sanitaria que se presta. Es importante, pues, mantener e impulsar una estrategia de seguridad del paciente, que esté a la altura de estos logros.

Una cultura positiva sobre seguridad del paciente en nuestro hospital se perfila como uno de los requisitos esenciales para evitar en lo posible la aparición de efectos adversos, y poder aprender de los errores de forma proactiva, para rediseñar los procesos de manera que los errores no se vuelvan a producir.

Hablar de seguridad implica realizar una gestión adecuada de riesgos, dotarnos de la capacidad para conocer y analizar los posibles incidentes que se produzcan, aprender de ellos y aplicar soluciones que minimicen el riesgo de su ocurrencia.

Desde el año 2005 el Hospital Universitario Virgen del Rocío cuenta con una Comisión de Seguridad Clínica que asesora a las Direcciones Asistenciales, realiza actividad docente y participa de forma activa en la evaluación de los eventos adversos notificados por las unidades clínicas. Así mismo, analiza las causas de su ocurrencia y propone medidas de mejora para prevenir su repetición. Este Plan de Calidad reconoce y legitima su labor, apoyando y facilitando el desempeño de sus actividades.

La seguridad entendida como componente crítico de la calidad y responsabilidad del sistema, exige que directivos, profesionales sanitarios y ciudadanos, establezcan alianzas para conseguir progresivamente mayores niveles de seguridad en la prestación de servicios. Desde una visión sistémica, la seguridad emerge de la interacción entre los distintos componentes del sistema, ofreciendo una respuesta única, integrada y segura desde un enfoque multidisciplinar, de trabajo en equipo y comunicación.

En la línea de seguridad clínica del paciente este Plan de Calidad aborda también la seguridad del entorno inmediato del paciente, es decir, familiares y allegados,

además de cualquier ciudadano que por un motivo u otro se encuentre en los centros e instalaciones del centro hospitalario.

En otra dimensión, este Plan de Calidad apuesta firmemente por la Seguridad del Profesional, entendiendo que la Seguridad en el entorno clínico también afecta al concepto de Bioseguridad. Es por ello que esta línea estratégica también se centra en todas aquellas acciones vinculadas directamente con la seguridad del profesional (Bioseguridad), adhiriéndose en todo momento a las directrices, estrategias y normativas al respecto.

De este modo el concepto seguridad “cierra el círculo”, entendiéndola como la “SEGURIDAD DE LAS PERSONAS”.

Objetivos

- Extender y consolidar la Estrategia para la Seguridad del Paciente del Sistema Sanitario Público de Andalucía, evaluando el grado de implantación en el Hospital y promoviendo acciones para su mejora continua.
- Establecer acciones e instrumentos que faciliten la prevención del riesgo, la alerta constante y la intervención en los casos necesarios.
- Fomentar una organización transparente en seguridad del paciente, no punitiva, que facilite la comunicación de eventos adversos y desarrolle una política de prevención.
- Incorporar al paciente y personas cuidadoras a la estrategia de seguridad del centro, fomentado una participación activa, mediante herramientas como los procesos asistenciales integrados, Escuela de Pacientes, etc.
- Mejorar el conocimiento en seguridad de la ciudadanía, facilitando el acceso a la formación.
- Implicar a la persona en su seguridad, siendo corresponsable con los profesionales en su garantía.
- Favorecer la creación de redes profesionales en el centro que permitan crear un espacio para compartir prácticas seguras.
- Establecer y desarrollar medidas y acciones que mejoren la seguridad de los profesionales del centro hospitalario.
- Establecer y desarrollar las medidas y acciones que mejoren la seguridad de las personas en las instalaciones del centro hospitalario.

Acciones

- Consolidar la Comisión de Seguridad Clínica, garantizando una representación multidisciplinar, que garantice el asesoramiento, promoción y evaluación de los aspectos recogidos en la Estrategia de Seguridad para el Paciente del SSPA.
 - Responsable: Comisión Central de Calidad
- Hacer extensivo a todas las Unidades Clínicas la elaboración e implementación de las medidas recogidas en su Mapa de Riesgo, constituyéndose así una eficaz herramienta que permite la identificación de los puntos críticos de seguridad, la programación de planes de intervención preventiva y la verificación de su efectividad una vez realizado.
 - Responsable: Comisión Central de Calidad, Comisión de Seguridad, Direcciones de Unidades de Gestión Clínica.
- Establecer y hacer efectivo en las Unidades Clínicas la constitución de un Grupo de Mejora multidisciplinar responsable de la seguridad en dicha Unidad Clínica y dependiente del Comité de Calidad.
 - Responsable: Comisión de Seguridad, Direcciones de Unidades de Gestión Clínica.
- Consolidar el sistema de identificación inequívoca del paciente durante todo su proceso asistencial en el hospital, tanto en urgencias como en ingresos programados (implementando el procedimiento "Identificación del Paciente", que incluye la colocación de pulsera indeleble siguiendo las recomendaciones del Observatorio para la Seguridad del Paciente y adaptadas por la Comisión de Seguridad Clínica del Hospital).
 - Responsable: Direcciones Asistenciales, Comisión Central de Calidad, Comisión de Seguridad, Direcciones de Unidades de Gestión Clínica.
- Afianzar la cumplimentación del *Checklist* de verificación de seguridad quirúrgica, adaptándolo localmente a los tipos de cirugía y escenarios quirúrgicos y no quirúrgicos (cirugía de urgencia, hemodinámica, endoscopia...etc).
 - Responsable: Direcciones Asistenciales, Comisión Central de Calidad, Comisión de Seguridad, Direcciones de Unidades de Gestión Clínica.

- Favorecer y hacer extensivos otros tipos de *Checklist* de seguridad, especialmente en áreas de especial complejidad o vulnerabilidad de los pacientes (Urgencias, UCI, Pediatría, Unidad de Grandes Quemados, Trasplantes... etc).
 - Responsable: Direcciones Asistenciales, Comisión Central de Calidad, Comisión de Seguridad, Direcciones de Unidades de Gestión Clínica.
- Incorporar a todas aquellas herramientas para la normalización de la práctica clínica (protocolos, procedimientos, vías clínicas...) los puntos críticos de seguridad para el paciente. Para ello se usarán los iconos específicos definidos en las “Soluciones para la Seguridad del Paciente” de la OMS y los “Procesos Estratégicos” de la ESP.
 - Responsable: Comisión Central de Calidad, Comisión de Seguridad, Direcciones de Unidades de Gestión Clínica.
- Elaborar e implementar el procedimiento de contención mecánica/farmacológica donde se explicita las indicaciones de la misma, adaptando su Consentimiento Informado al modelo definido por la Consejería de Salud.
 - Responsable: Comisión Central de Calidad, Comisión de Seguridad, Direcciones de Unidades de Gestión Clínica.
- Incorporar progresivamente la prescripción electrónica, los sistemas de dispensación automática de medicamentos y la unidosis como herramientas para minimizar los errores de medicación.
 - Responsable: Direcciones asistenciales, Comisión Central de Calidad, Comisión de Seguridad, Comisión de Farmacia y Terapéutica, Dirección de la Unidad de Farmacia, Direcciones de Unidades de Gestión Clínica.
- Consolidar la tecnología necesaria para evitar reacciones transfusionales por incompatibilidad mayor en el Banco de Sangre y a las Unidades Clínicas.
 - Responsable: Direcciones asistenciales, Dirección Económico Administrativa, Comisión de Transfusiones y Hemoterapia, Unidad de Gestión Clínica de Hematología.
- Continuar con el desarrollo e implementación del Sistema de Notificación de Eventos Adversos, que incluye registros específicos sobre incidentes y eventos adversos, caídas, errores de medicación y reacciones adversas a la medicación.
 - Responsable: Comisión Central de Calidad, Comisión de Seguridad, Direcciones de Unidades de Gestión Clínica.

- Potenciar el análisis de eventos adversos dando respuesta efectiva a las mejoras propuestas y monitorizando su nivel de implantación.
 - Responsable: Comisión de Seguridad, Dirección de Unidades de Gestión Clínica.
- Identificar y ampliar las competencias profesionales específicas en seguridad del paciente, con un enfoque multidisciplinar, de trabajo en equipo y comunicación, promoviendo su entrenamiento y la mejora continua.
 - Responsable: Servicio de Desarrollo Profesional, Comisión de Seguridad, Dirección de Unidades de Gestión Clínica.
- Implicar a pacientes y/o persona cuidadora en la formación en seguridad de la ciudadanía a través de la Escuela de Pacientes y talleres dirigidos a la persona cuidadora.
 - Responsable: Direcciones Asistenciales, Comisión de Seguridad, Dirección de Unidades de Gestión Clínica.
- Informar a la persona en todos los procesos de atención sobre su seguridad: puntos críticos de seguridad de los PAI, mapa de riesgos de las Unidades Clínicas y buenas prácticas, promoviendo su participación.
 - Responsable: Direcciones de las Unidades de Gestión Clínica.
- Incluir actividades formativas sobre seguridad del paciente en el programa de formación que establece anualmente la Unidad Integral de Formación Continuada.
 - Responsable: Servicio de Desarrollo Profesional, Comisión de Seguridad.
- Permitir el acceso desde la intranet del hospital a un Sistema de Notificación de Eventos Adversos creado y explotado por la Comisión de Seguridad Clínica del centro.
 - Responsable: Subdirección de Sistemas de Información, Comisión Central de Calidad, Comisión de Seguridad.
- Actualizar, difundir y hacer efectivas las medidas de precaución para las enfermedades transmisibles o en caso de gérmenes multi-resistentes.
 - Responsable: Comisión central de Calidad, Comisión de Infecciones y Política Antimicrobiana, Unidad Clínica de Enfermedades infecciosas, Microbiología y Preventiva y Direcciones de Unidades de Gestión Clínica.
- Definir y difundir las actuaciones en caso de brotes por patógenos multi-resistentes en un área hospitalaria para la erradicación del mismo

- Responsable: Comisión Central de Calidad, Comisión de Infecciones y Política Antimicrobiana, Unidad Clínica de Enfermedades infecciosas, Microbiología y Preventiva.
- Consolidar e implementar el plan de acogida al personal de nueva incorporación con explicación de conceptos básicos sobre seguridad, que incluya un taller sobre higiene de manos.
 - Responsable: Comisión de Seguridad y Direcciones de Unidades de Gestión Clínica.
- Desarrollar sistemas de información que permitan incluir en el cuadro de mando de cada una de las Unidades Clínicas la incidencia de las infecciones nosocomiales que sean propias de la patología de cada Unidad.
 - Responsable: Subdirección de Sistemas de Información, Unidad de Análisis de Información, Comisión de Infecciones y Política Antimicrobiana, Unidad de Enfermedades Infecciosas, Microbiología y preventiva y Dirección de Unidades de Gestión Clínica.
- Potenciar mecanismos de comunicación y trabajo en equipo entre profesionales en relación a la seguridad del paciente.
 - Responsable: Direcciones de Unidades de Gestión Clínica.
- Llevar a cabo formación reglada para todos los profesionales implicados en el uso de tecnologías de nueva adquisición.
 - Responsable: Direcciones Asistenciales, Direcciones de Unidades de Gestión Clínica.
- Continuar con la implantación de los dispositivos de seguridad del profesional (bioseguridad) acorde a la legislación vigente y/o recomendaciones del centro.
 - Responsable: Dirección Gerencia, Dirección Económico Administrativa, Direcciones asistenciales, Unidad de Prevención de Riesgos Laborales, Dirección de Unidades de gestión Clínica.
- Informar y facilitar a los profesionales materiales de auto-protección necesarios de acuerdo con lo establecido en los procedimientos del sistema de gestión de la prevención de riesgos laborales del SSPA.

- Responsable: Dirección Gerencia, Dirección Económico Administrativa, Direcciones Asistenciales, Unidad de Prevención de Riesgos Laborales, Dirección de Unidades de Gestión Clínica.
- Garantizar la formación de directivos y mandos intermedios sobre los procedimientos incluidos en el Sistema de Gestión de Prevención de los Riesgos Laborales.
 - Responsable: Subdirección de Servicios Generales, Unidad de Prevención de Riesgos Laborales.
- Disponer de un registro ágil y accesible de los accidentes de trabajo para el análisis de los mismos y la adopción de las medidas de prevención pertinentes.
 - Responsable: Subdirección de Sistemas de Información, Subdirección de Servicios Generales, Unidad de Prevención de Riesgos Laborales.
- Definir y garantizar el circuito interno en el contexto del Plan de Prevención de Agresiones a profesionales.
 - Responsable: Subdirección de Servicios Generales, Unidad de Prevención de Riesgos Laborales, Salud Laboral y Jefatura de Desarrollo Profesional.
- Garantizar la adherencia a la normativa vigente sobre seguridad y certificación del equipamiento, maquinaria y productos que sean necesarios.
 - Responsable: Subdirección de Servicios Generales, Unidad de Prevención de Riesgos Laborales.
- Difundir entre sus profesionales el Plan de Emergencias del centro.
 - Responsable: Dirección Gerencia, Direcciones de Unidades de Gestión Clínica y Unidad de Prevención de Riesgos Laborales
- Definir en cada unidad un plan de mejora del entorno laboral, relacionados con aspectos físicos: iluminación, climatización, ergonomía de los puestos de trabajo, y otros aspectos psicosociales: clima laboral, estrés...etc.
 - Responsable: Direcciones de Unidades de Gestión Clínica, Unidad de Prevención de Riesgos Laborales.
- Incidir en la correcta señalización dirigida a pacientes, familias y profesionales relacionados con los Planes de Emergencia y Evacuación.
 - Responsable: Dirección Servicios Generales, Direcciones de Unidades de Gestión Clínica.

- Incidir en la correcta señalización y delimitación de áreas de peligro del hospital (obras, zonas de radiación...etc).
 - Responsable: Subdirección Económico Administrativa, Comisión de Seguridad.

Evidencias e Indicadores

Evidencias:

- Documentos acreditativos de la elaboración de Mapas de Riesgos en todas las UGC (anual, límite 2016) y su revisión (bianual)
- Actas de las reuniones (mínimo 4 al año) del un Grupo de Mejora multidisciplinar responsable de la seguridad en las Unidades Clínicas y dependiente del Comité de Calidad (anual)
- Documento acreditativo de la inclusión en todos los protocolos y procedimientos la identificación de los puntos críticos de seguridad del paciente (anual)
- Existencia de un Plan de Emergencias del centro (2013) y su actualización (bianual)
- Informe de notificaciones de Eventos Adversos (incluye registros específicos sobre incidentes y eventos adversos, caídas, incidentes de medicación y reacciones adversas a la medicación) y las medidas propuestas (anual)

Indicadores

- Cumplimentación del *checklist* de seguridad quirúrgica de todos los pacientes intervenidos quirúrgicamente, incluidos la Cirugía Mayor Ambulatoria y las intervenciones en quirófanos de urgencia (anual)
- Eventos Adversos (incluye registros específicos sobre incidentes y eventos adversos, caídas, incidentes de medicación y reacciones adversas a la medicación) (anual)
- Tasa de bacteriemias nosocomiales por gérmenes multi-resistentes (*Staphylococcus aureus* resistente a meticilina, *Pseudomonas aeruginosa*, *Acinetobacter baumannii*) (anual)
- Reacciones transfusionales graves (anual)

- Profesionales de nueva incorporación con formación básica de seguridad, incluyendo taller de higiene de manos (anual)

c) Modelos de Gestión Orientado a Resultados

Una organización sanitaria orientada a la obtención de resultados tiene la necesidad inexcusable de gestionar sus actividades y recursos. Estos últimos años, el SSPA en general y el Hospital Universitario Virgen del Rocío en particular, ha ido adoptando y consolidando instrumentos de gestión que facilitan el camino hacia un sistema sanitario más efectivo desde la sostenibilidad, al mismo tiempo que fortalecen un pilar esencial para el bienestar de la ciudadanía. Entre estos instrumentos cabe destacar la Gestión Clínica, concebida como una herramienta de innovación necesaria en la gestión de los servicios de cara a mejorar la eficacia, efectividad y eficiencia en la prestación, partiendo de la capacidad que tienen sus profesionales de organizarse con autonomía y responsabilidad.

Por otro lado cabe destacar la Gestión por Procesos Asistenciales Integrados, basado en la visión del proceso asistencial como el devenir del paciente a lo largo del sistema sanitario para conseguir una atención y respuesta única a sus necesidades y problemas de salud.

Asimismo, estos sistemas de gestión, junto a otros instrumentos, se disponen para dar garantías de continuidad asistencial en coherencia con los recursos disponibles. Todos estos instrumentos facilitan la continuidad de cuidados, considerada como el grado en que la atención y cuidados que necesita el paciente estén coordinados de manera efectiva entre diferentes profesionales y organizaciones con relación al tiempo.

De este modo se dibuja lo que entendemos como un “espacio compartido”, en el que todas las personas implicadas, profesionales y ciudadanía, se relacionan y comparten valores en un clima de relación positiva que puede permitir tomar decisiones pactadas en términos de ganancia en salud y en el ejercicio de la responsabilidad compartida en el uso de los servicios. Se adquiere así un compromiso claro ante la sociedad, de sostenibilidad del Hospital y consolidando así un nuevo modelo de organización sanitaria.

Para ello es fundamental afianzar y consolidar en su máxima extensión el modelo de gestión clínica como el espacio de encuentro entre profesionales y ciudadanía que hace posible la excelencia en la atención integrada y segura, pero también ha de

permitir desarrollar los múltiples canales de comunicación y participación que hacen del sistema sanitario una organización más permeable y transparente.

Es imprescindible promover la cultura de la calidad y la innovación en la forma de hacer las cosas, la mejora continua y la búsqueda de la excelencia.

En la misma dirección es necesario el impulso del desarrollo de la ética en la organización y la persistencia de un Sistema Sanitario corresponsable, solidario, equitativo, sostenible, seguro, flexible y abierto a las diferencias, identificado con los ciudadanos y su entorno.

Objetivos

- Consolidar y afianzar el modelo de gestión clínica en todos los ámbitos asistenciales del Hospital.
- Avanzar en el modelo de evaluación de las unidades clínicas orientándolo hacia la medición de resultados en salud.
- Orientar el modelo competencial de los profesionales en el entorno de la unidad clínica, favoreciendo los resultados en salud y el desarrollo profesional.
- Afianzar y consolidar en la organización los modelos de asistencia basados en acto único.
- Definir e identificar las unidades de referencia, estableciendo el modelo, la cartera de servicios, los mecanismos de acceso y mecanismos para evaluación de resultados.
- Establecer las estrategias y acciones que afiance el hospital hacia el Modelo de Acreditación de centros y unidades de Andalucía, adaptándose para dar respuesta a los nuevos modelos organizativos y necesidades del sistema.
- Incorporar estructuras funcionales que permitan recoger y trasladar la opinión de la ciudadanía a los ámbitos donde se toman las decisiones organizativas.
- Consolidar y afianzar el modelo de Gestión por Procesos Asistenciales Integrados en todos los ámbitos asistenciales del Hospital.

Acciones

- Profundizar en el diseño de la Unidad de Gestión Clínica incrementando sustancialmente su nivel de autonomía y responsabilidad en la gestión de servicios.
 - Responsables: Dirección Gerencia, Direcciones Asistenciales.
- Consolidar el cuadro de mando de la Unidad de Gestión Clínica como herramienta de apoyo a la gestión que incorpore indicadores estratégicos de actividad, calidad, seguridad y producción científica.
 - Responsables: Direcciones de Unidades de Gestión Clínica.
- Continuar con la implementación de procesos asistenciales integrados (PAI) en coordinación con atención primaria.
 - Responsables: Direcciones Asistenciales, Comisión Central de Calidad, Direcciones de Unidades de Gestión Clínica.
- Establecer un marco operativo para la implantación y seguimiento de los PAI consensuado entre el hospital y su área de referencia, realizando un seguimiento y adecuación al mismo.
 - Responsables: Direcciones Asistenciales, Comisión Central de Calidad, Direcciones de Unidades de Gestión Clínica.
- Establecer la sistemática de memoria anual de cada PAI implantado con la evaluación de las normas de calidad e indicadores seleccionados.
 - Responsables: Comisión Central de Calidad, Grupos de desarrollo e Implantación/mejora de los PAI, Direcciones Unidades de Gestión Clínica.
- Incorporar en los acuerdos de gestión de las UC que corresponda, las estrategias marcadas en los planes de salud.
 - Responsables: Direcciones Asistenciales, Direcciones de Unidades de Gestión Clínica.
- Evaluar anualmente la mortalidad de los procedimientos quirúrgicos y los Grupos Relacionados Diagnóstico (GDR) médicos más frecuentes, así como la mortalidad por unidades, estableciendo la comparación con el histórico del hospital y con otros centros de igual complejidad.
 - Responsables: Dirección Médica, Subdirección de Sistemas de Información, Comisión Central de Calidad, Comisión de Mortalidad, Dirección de Unidades de Gestión Clínica.

- Consensuar, establecer y divulgar los criterios de solicitud de pruebas complementarias orientándola claramente a resultados (pruebas de imagen, analíticas de laboratorio y otros) acorde con la mejor evidencia científica disponible en resultados.
 - Responsables: Dirección Médica, Comisión Central de Calidad, Direcciones de Unidades de Gestión Clínica.

Evidencias e Indicadores

Evidencias:

- Existencia de un cuadro de mando de la UC que incorpore indicadores estratégicos de actividad, calidad, seguridad y producción científica (anual)
- Existencia de un “Plan Operativo de implantación y seguimiento de los PAI” (2012)
- Memoria de cada PAI implantado con la evaluación de las normas de calidad seleccionadas (anual)
- Informe de la mortalidad de los procedimientos quirúrgicos y los Grupos Relacionados Diagnóstico (GRD) médicos más frecuentes, así como la mortalidad por unidades, estableciendo la comparación con el histórico del hospital y con otros centros de igual complejidad (anual)

Indicadores

- PAI implantados en el Área Hospitalaria/Hospital (anual)
- Normas de calidad seleccionadas en cada PAI que cumplen con el estándar de consecución. Inclusión de Normas de Calidad que respondan a resultados en salud (anual)
- Adecuación a los requisitos definidos de calidad de las solicitudes de pruebas complementarias (anual)

Generación y Gestión del Conocimiento

Importantes avances realizados en los últimos años nos han permitido colocar al hospital en una posición privilegiada dentro del panorama nacional e internacional, con un incremento continuo de la producción científica de alta calidad fruto de nuevas alianzas y estrategias. A los acuerdos estratégicos con la Universidad de Sevilla, el soporte efectivo y eficiente de la Fundación Pública Andaluza para la Gestión de la Investigación en Salud de Sevilla y la participación en redes se suma el Instituto de Investigación Biomédica de Sevilla (IBIS), hoy una realidad como centro de excelencia en investigación biomédica, integrado en el Hospital y constituyendo uno de los principales motores en la generación de conocimiento. Ciencia y tecnología de última generación se ponen al servicio de la mejor asistencia.

De igual modo, la docencia y la formación de grado y postgrado así como la formación continuada de los profesionales que forman parte de la institución constituye otro pilar fundamental en el desarrollo de la institución. Como Hospital Universitario adscrito a la Universidad de Sevilla imparte docencia de grado en Enfermería, Medicina y Biomedicina, y por otro lado destaca desde hace muchos años en la formación de especialistas médicos y de enfermería.

La formación continuada constituye el eje central en la búsqueda del desarrollo profesional continuo con el objetivo de lograr la excelencia de la práctica profesional. Además de mediante la participación de los profesionales en actividades y congresos organizados por entidades científicas de diferente ámbito, el mayor avance se consigue a través del desarrollo de un programa integral de formación del profesional. Éste debe desarrollarse en el seno de las unidades clínicas y basarse en el perfil específico de competencias, siguiendo el modelo de acreditación de formación continuada de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.

La adecuada gestión del conocimiento debe posibilitar que todo el conocimiento involucrado en la organización pueda convertirse de manera sistemática en conocimiento organizacional, accesible y compartido en todo momento.

Objetivos

- Informar, motivar e implicar a los líderes clínicos en relación al modelo de formación del SSPA.
- Garantizar la equidad en el acceso a la Formación Continuada de todos los profesionales del sistema.
- Establecer una estructura de asesoramiento y apoyo para el seguimiento y evaluación del Plan de Formación del Hospital, la potenciación de la investigación en formación y la elaboración de análisis y propuestas relacionadas con la formación de los profesionales sanitarios en el marco del modelo de gestión por competencias del SSPA.
- Implantar los estándares de calidad en la gestión del proceso de formación continuada.
- Reforzar la cultura de la investigación y la innovación entre los profesionales del Hospital que genere producción científica de calidad. Estas actividades de investigación se enfocarán principalmente hacia la resolución de los problemas de salud que afectan a la ciudadanía.
- Fomentar la producción científica tanto en cantidad como en calidad.
- Favorecer y articular los medios necesarios que faciliten el acceso a la formación en investigación a los profesionales del hospital.
- Incrementar y potenciar la participación de nuestros profesionales en el Instituto de Biomedicina de Sevilla (IBIS), bien como Investigador/a Responsable como Investigador/a Adscrito.

Acciones

- Elaboración de planes de formación en el hospital y en cada Unidad de Gestión Clínica que incluyan a todos los colectivos de profesionales del sistema.
 - Responsables: Servicio de Desarrollo Profesional, Direcciones de Unidad de Gestión Clínica
- Elaboración de un Plan de Difusión de la Formación para todo el centro hospitalario.
 - Responsables: Servicio de Desarrollo Profesional, Comisión Central de Calidad,

- Incorporación de los objetivos del Plan de Formación en los contratos programa y de gestión del centro.
 - Responsables: Dirección Gerencia, Direcciones Asistenciales, Direcciones de Unidades de Gestión Clínica.
- Incluir en los baremos de méritos internos la experiencia docente en cualquiera de las etapas formativas de los profesionales.
 - Responsables: Direcciones Asistenciales, Direcciones de Unidades de Gestión Clínica
- Definición y difusión de los criterios de equidad para el acceso equitativo a la formación continuada de todas las profesiones sanitarias en función de sus necesidades
 - Responsables: Servicio de Desarrollo Profesional.
- Establecimiento de canales de colaboración para la potenciación de estancias formativas de grado, postgrado o estudios de especialización en centros nacionales e internacionales de reconocido prestigio.
 - Responsables: Dirección Gerencia, Direcciones Asistenciales y Servicio de Desarrollo Profesional.
- Elaboración de un programa de formación sobre metodologías docentes dirigido a gestores de formación y a profesionales del hospital con actividad docentes que incluya el uso de nuevas tecnologías
 - Responsables: Subdirección de Sistemas de Información, Servicio de Desarrollo Profesional.
- Garantizar e implementar y actualizar el plan de acogida de los nuevos residentes en todo el centro que garanticen el conocimiento del sistema y su entorno y potencie la actitud más adecuada por parte de los residentes para iniciar su proceso formativo.
 - Responsables: Comisión Local de Docencia.
- Implantar la figura del responsable de la Formación Continuada en las Unidades de Gestión Clínica.
 - Responsables: Direcciones de Unidades de Gestión Clínica.
- Implantación de la Acreditación de las actividades formativas, de programas y centros de Formación Continuada acordes a su adecuación y pertinencia.
 - Responsables: Servicio de Desarrollo Profesional.

- Los profesionales de forma consensuada con el responsable de su unidad elaborarán su plan de formación individual, de acuerdo con las necesidades de su unidad y las disponibilidades organizativas y presupuestarias.
 - Responsables: Direcciones de Unidades de Gestión Clínica
- Implantación de un programa de auditorías de las actividades de formación continuada acreditadas y difusión de sus resultados.
 - Responsables: Servicio de Desarrollo Profesional.
- Garantizar y fomentar que las Unidades Clínicas tienen desarrolladas sus líneas propias de investigación, identificando los responsables de cada línea.
 - Responsables: Direcciones Asistenciales y Direcciones de Unidades de Gestión Clínica.
- Promover la incorporación al Hospital a través de las Unidades de Gestión Clínica de investigadores de reconocido prestigio.
 - Responsables: Dirección Gerencia, Direcciones Asistenciales, Dirección Económico-Administrativa y Direcciones de Unidades de Gestión Clínica.
- Incluir en todos los baremos de méritos para Direcciones de UGC y otros cargos intermedios la experiencia investigadora contrastada, concretada en proyectos financiados y publicación de originales en revistas científicas.
 - Responsables: Dirección Gerencia, Direcciones Asistenciales.
- Favorecer el programa investigador HUVR/IBIS para los facultativos en periodo de formación.
 - Responsable: Direcciones Asistenciales y Comisión Local de Docencia.
- Favorecer el liderazgo por nuestros profesionales de proyectos de investigación multicéntricos.
 - Responsables: Dirección Gerencia, Direcciones Asistenciales y Direcciones de Unidades de Gestión Clínica.
- Consolidar la elaboración de una memoria anual de investigación en el hospital que estará disponible en formato *web* para todos los profesionales del centro.
 - Responsables: Fundación Pública Andaluza para la Gestión de la Investigación en Salud de Sevilla, Subdirección de Sistemas de Información.
- Implementar una unidad funcional de investigación que realice difusión fluida de convocatorias, asesoramiento metodológico y soporte en la redacción del proyecto

científico, apoyo económico para la difusión de los resultados obtenidos por los grupos emergentes y detección de oportunidades de colaboración con otros grupos.

- Responsables: Dirección Gerencia, Direcciones Asistenciales y Comisión Central de Calidad.
- Incorporar nuevas líneas de financiación de investigación de organismos privados y organismos internacionales.
 - Responsables: Direcciones de Unidad de Gestión Clínica, Fundación Pública Andaluza para la Gestión de la Investigación en Salud de Sevilla.
- Incorporar estrategias competitivas para alcanzar financiación en IR del IBIS

Evidencias e Indicadores

Evidencias:

- Existencia de un plan de formación vigente en todo momento en el hospital que incluya a todos los colectivos de profesionales del sistema con un plan específico de difusión (anual)
- Existencia de un Plan de Formación vigente en todo momento de cada Unidad de Gestión Clínica que incluya a todos los profesionales que a ella pertenecen (anual)
- Existencia de un programa de formación sobre metodologías docentes dirigido a gestores de formación y a profesionales del hospital con actividad docentes que incluya el uso de nuevas tecnologías (bianual)
- Existencia de un plan de acogida actualizado de los nuevos especialistas en formación que garantice el conocimiento del sistema y su entorno y potencie la actitud más adecuada por parte de los residentes para iniciar su proceso formativo (anual)
- Existencia de una memoria anual de investigación en el hospital conjunta al IBIS disponible en formato *web* para todos los profesionales del centro (anual)
- Informe del grado de consecución de los objetivos marcados en el Plan de Formación del Hospital (anual)
- Informe del grado de consecución de los objetivos marcados en el Plan de Formación del de la UC (anual)
- Constatación de la existencia de un responsable de la Formación Continuada en cada Unidad de Gestión Clínica (anual)

Indicadores:

- Estancias formativas de grado, postgrado o estudios de especialización en centros nacionales e internacionales de reconocido prestigio (anual)
- Planes de formación individual para cada profesional de acuerdo con las necesidades de su unidad y las disponibilidades organizativas y presupuestarias (anual)
- Proyectos de investigación activos con financiación externa competitiva (anual)
- Líneas propias de investigación activas en cada Unidad Clínica mayor (anual)
- Publicaciones en Revistas Indexadas en cada Unidad (anual)
- Factor de Impacto acumulado en un año por cada unidad clínica en relación al factor de Impacto promediado de los tres años previos (anual)

d) Las tecnologías:

El propósito de la aplicación de las tecnologías en el campo de la salud (e-salud) es favorecer el trabajo de los profesionales y gestores facilitando las estrategias que permitan compartir conocimiento así como la difusión de los resultados y el análisis de los factores que favorecen o dificultan la adopción de las conclusiones y recomendaciones. La importancia e impacto de las tecnologías giran en torno a varios aspectos que son importantes tener en cuenta:

- La variabilidad de la práctica clínica causada por distintas razones: diversidad clínico-epidemiológica, aceptabilidad, accesibilidad y conocimiento científico del profesional.
- La incertidumbre sobre el efecto real de intervenciones diagnósticas y terapéuticas.
- La celeridad en la introducción de nuevas tecnologías, a veces introducidas y generalizadas mucho antes que sea posible evaluar su impacto clínico, sus consecuencias éticas y su impacto económico y social.
- El carácter poco sustitutivo y a veces complementario de muchas tecnologías nuevas (particularmente diagnósticas) respecto a las antiguas con sus consecuencias tanto sobre el paciente (incremento del intervencionismo) como sobre el coste de cada proceso.
- El envejecimiento en la población, con la tendencia al aumento de los procesos tecnológicos, lo que explicaría en gran medida el incremento del gasto en salud.

Podemos afirmar que la aplicación de las tecnologías en el campo de la salud es ya una de las grandes revoluciones que está cambiando la manera y la forma de entender la atención sanitaria.

Cada vez más, las organizaciones de salud son concebidas como grandes y complejas redes de información, no solamente clínica, sino demográfica, epidemiológica y financiera. La información “acompaña” al paciente antes, durante y después de los procesos de prestación de servicios, a los profesionales de la salud durante la atención, y al resto de profesionales durante los procesos de apoyo, servicio y seguimiento permanente de los indicadores clave de la organización.

Hoy hablamos de redes integradas de prestación de servicios: desde la atención primaria en salud hasta el escenario de más alta complejidad hospitalaria. Los sistemas basados en una única Historia Clínica Digital apoyan el seguimiento de los procesos de atención, que se benefician de información disponible en línea, en tiempo real, para la toma de decisiones clínicas y administrativas. La Historia Clínica Digital integra toda la información de salud de cada ciudadano, para que esté disponible en el lugar y momento en que sea necesario para atenderle, y como herramienta útil también para la gestión del sistema sanitario.

Objetivos:

- Evaluar, implementar y optimizar aquellas tecnologías que permitan mejorar la calidad de la atención sanitaria en todas sus dimensiones.
- Consolidar y desarrollar una Estrategia Digital/Sistemas de Información como herramienta de garantía de accesibilidad, continuidad y seguridad de la atención.
- Consolidar la Estrategia en I+D+I, ampliando su desarrollo a nuevas expectativas y líneas, generando conocimiento útil para el desarrollo del Hospital.

Acciones:

Tecnologías para la Atención Sanitaria:

- Consolidar los sistemas de evaluación de adquisición de nuevas tecnologías que permita identificar aquellas cuyo uso mejore cuantitativa y cualitativamente el diagnóstico, tratamiento y cuidados y aquellas realmente costo-efectivas.
 - Responsable: Dirección Gerencia, Direcciones Asistenciales y Comisión de Tecnologías Sanitarias, Direcciones de Unidades de Gestión Clínica.
- Establecer los mecanismos y criterios organizativos que permitan optimizar las tecnologías adquiridas.
 - Responsable: Direcciones Asistenciales y Direcciones de Unidades de Gestión Clínica.
- Establecer sistemas que permitan evaluar y detectar la indicación y uso adecuado de las tecnologías del hospital con periodicidad determinada.
 - Responsable: Direcciones Asistenciales, Direcciones de Unidades de Gestión Clínica, Comisión Central de Calidad y Comisión de Tecnologías Sanitarias.

- Fomentar la participación de los profesionales clínicos implicados en los procesos de evaluación nuevas tecnologías en todos y cada uno de las fases: adquisición, evaluación de la existente y renovación de las mismas.
 - Responsables: Comisión Central de calidad y Comisión de Tecnologías Sanitarias.
- Establecer un sistema de vigilancia y notificación de productos sanitarios y tecnologías.
 - Responsables: Comisión de Seguridad Clínica y Comisión de Tecnologías Sanitarias.

Estrategia Digital/Sistemas de Información

- Consolidar la estrategia digital y establecer las acciones que permitan su pleno desarrollo y uso.
 - Responsable: Dirección Gerencia, Direcciones Asistenciales, Subdirección de Sistemas de Información y Comisión de Documentación Clínica.
- Incorporar en el sistema herramientas para la ayuda a la toma de decisiones y alertas de seguridad.
 - Responsable: Subdirección de Sistemas de Información, Comisión Central de Calidad, Comisión de Documentación Clínica, Comisión de Seguridad
- Integrar el modelo de Gestión por Procesos en la estrategia digital.
 - Responsables: Direcciones Asistenciales, Subdirección de Sistemas de Información, Comisión central de Calidad,
- Diseñar herramientas y procedimientos para la obtención de indicadores clínicos y de resultados en salud a partir de la Historia de Salud Digital
 - Responsable: Subdirección de Sistemas de Información, Direcciones Asistenciales. Comisión Central de Calidad, Direcciones de Unidades de Gestión Clínica.
- Incorporar la telemedicina a la cartera de servicio del hospital, identificando aquellas áreas prioritarias y estableciendo los criterios de adecuación y eficiencia.
 - Responsable: Direcciones Asistenciales, Subdirección de Sistemas de Información, Subdirección I+D+i.
- Avanzar en el desarrollo e incorporación de herramientas de la información y comunicación interprofesional, favoreciendo el uso de *sharepoint* como foro de

comunicación entre profesionales y específicamente en el contexto de las unidades y comisiones hospitalarias.

- Responsable: Subdirección de Sistemas de Información, Direcciones de Unidades de Gestión Clínica, Comisión Central de Calidad.
- Los sistemas de información permitirán hacer visible al ciudadano los resultados en salud como se expresa en la línea estratégica de Las Personas, avanzando en la transparencia del centro.
 - Responsable: Direcciones Asistenciales, Subdirección de Sistemas de Información.

Estrategia en I+D+I

- Identificar las líneas de desarrollo presentes y futuras, poniendo la innovación de las tecnologías al servicio de la investigación, la asistencia y la sostenibilidad de sistema.
 - Responsable: Direcciones Asistenciales, Direcciones de Unidad de gestión Clínica, Subdirección I+D+i.
- Incrementar el capital humano investigador, promoviendo el talento y desarrollo profesional en el ámbito de la investigación biomédica y las iniciativas I+D+i, así como la participación en grupos de investigación de referencia nacional e internacional, fomentando la participación en proyectos multicéntricos.
 - Responsable: Dirección Gerencia, Direcciones Asistenciales, Direcciones de Unidad de Gestión Clínica, Subdirección I+D+i.
- Promover y asumir los cambios organizativos y normativos para crear un espacio compartido entre investigadores y resto de agentes del conocimiento, que permitan llevar a la asistencia los conocimientos generados.
 - Responsable: Dirección Gerencia, Direcciones Asistenciales, Direcciones de Unidad de Gestión Clínica, Subdirección I+D+i.
- Fomentar y potenciar alianzas estables con otras organizaciones de prestigio para favorecer la generación del conocimiento y promover la transferencia de los resultados y su transformación en progreso social y económico (acuerdos de co-desarrollo, *spin-off* y licencias,)
 - Responsable: Dirección Gerencia, Direcciones Asistenciales, Direcciones de Unidad de Gestión Clínica, Subdirección I+D+i.

- Promover la investigación dirigida a evaluar el impacto real en salud de las actuaciones en el ámbito clínico/asistencial, así como el impacto en el desarrollo social y económico de referencia.
 - Responsable: Direcciones Asistenciales, Directores de Unidad de Gestión Clínica, Subdirección I+D+i.
- Introducir las técnicas y metodología de la investigación social con repercusiones sanitarias, la investigación de acción participada y otros sistemas de investigación concebidos para la mejora de los aspectos sociales de la salud.
 - Responsable: Direcciones Asistenciales, Directores de Unidad de Gestión Clínica, Subdirección I+D+i.

Evidencias e Indicadores

Evidencias:

- Informe sobre indicadores clínicos en resultados de salud obtenidos a partir de la Historia de Salud Digital accesible a las personas (anual)
- Informe sobre la inclusión de la Telemedicina en la cartera de servicios del Hospital (anual)

Indicadores:

- Protocolos de indicación y uso de Tecnologías Diagnósticas/Terapéuticas (anual)
- Procesos de evaluación y adquisición de nuevas tecnologías en las que participan profesionales clínicos implicados directamente en su indicación y uso (anual)
- Herramientas para la toma de decisiones incluidas en sistemas de información accesibles a pacientes (anual)
- Comisiones Hospitalarias que desarrollan y usan un *sharepoint* específico en la intranet del hospital (anual)
- Unidades clínicas que desarrollan y usan un *sharepoint* específico en la intranet del hospital (anual)
- Profesionales que participan en calidad de investigador principal o colaborador en proyectos de investigación con financiación (anual)
- Proyectos de investigación aprobados por agencias de financiación (anual)

