


ALCOI
DEPARTAMENT DE SALUT

PLAN CALIDAD ASISTENCIAL Y SEGURIDAD DEL PACIENTE 2022-2025

Departamento de Salud de Alcoy

 <p>GENERALITAT VALENCIANA Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</p>	UNIDAD FUNCIONAL DE CALIDAD ASISTENCIAL Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha Edición: Marzo 2023 Revisión: Enero 2026 Versión: 1.1
		AUTORA: BEGOÑA SEGUI LLINARES COORDINADORA UFCASP
		qualitat_alcoi@gva.es

ÍNDICE

- I. **PRESENTACIÓN**
- II. **MARCO NORMATIVO**
- III. **MISION VISIÓN Y VALORES**
- IV. **ALCANCE**
- V. **DIAGNÓSTICO DE SITUACIÓN**
- VI. **ANÁLISIS DE CONTEXTO. DAFO.**
- VII. **LINEAS ESTRATÉGICAS Y OBJETIVOS DE CALIDAD**
- VIII. **PLAN DE ACCIÓN**
- IX. **EVALUACIÓN DEL PLAN**
- X. **MEMORIA ANUAL DEL PLAN DE CALIDAD.**

I. PRESENTACIÓN

En el campo de la atención a la salud, el Institute of Medicine de los EEUU (IOM) definió la calidad como el grado en que los servicios de salud aumentan la probabilidad de que los individuos y la población, obtengan unos resultados de salud óptimos y consistentes con el conocimiento profesional del momento. En definitiva, la calidad es el grado de aproximación entre lo que un cliente espera, en función de sus expectativas y necesidades y la atención que recibe, en función del conocimiento, tecnología y recursos disponibles.

En la Atención de la Salud, que es nuestra misión como Departamento, nos encontramos con las siguientes dimensiones:

1. **Efectividad**, referida a la capacidad de una actividad, un procedimiento o un servicio para mejorar el estado de salud del paciente y/o la población en circunstancias habituales de aplicación. Está basada en la mejor evidencia científica disponible.

2. **Eficiencia**, evitar el desperdicio de recursos, tiempo y dispositivos que no aporten valor a la salud de los pacientes, aspirando a producir el máximo de mejoras por unidad de recursos utilizados.

3. **Accesibilidad**, que hace referencia a la facilidad con que debe prestarse la atención sanitaria: en el momento adecuado, sin retrasos innecesarios o perjudiciales.

4. **Equidad**, consistente en facilitar la misma atención y los mismos cuidados para problemas de salud semejantes, sin distinción social, económica, geográfica, cultural ni de ningún tipo.

5. **Atención centrada en el paciente**, que significa proveer atención personalizada con transparencia y respeto a la dignidad, valores, creencias y capacidad de elección en todos los asuntos relacionados con la persona y su enfermedad. Ello significa organizar la atención a la salud pensando en los pacientes más que en los que la facilitan.

6. **Seguridad del paciente**, la cual se define como la reducción del riesgo de daños innecesarios asociados a la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable.

Por su relación y repercusión sobre el resto de dimensiones, **la seguridad y la atención centrada en el paciente** son consideradas como dos dimensiones transversales de la calidad, es decir van a estar presentes a lo largo de todo el proceso asistencial.

La Ley 10/2014, de 29 de diciembre, de la Generalitat, de Salud de la Comunitat Valenciana, modificada por la Ley 8/2018, de 20 de abril, de la Generalitat, establece en su artículo 10 que “los proveedores de la asistencia sanitaria deberán prestar una atención de calidad centrada en el paciente que tenga en cuenta, entre otros aspectos, la efectividad, eficiencia, accesibilidad, equidad y seguridad, debiendo impulsar, la Conselleria con competencias en materia de sanidad, la implantación de sistemas de gestión de calidad y seguridad en los centros sanitarios públicos y privados”.

Atendiendo a todo lo anterior, la Secretaría Autonómica de Eficiencia y Tecnología sanitaria, emitió la instrucción 6/2022, por la que se propone las líneas de trabajo del presente

Plan de Calidad Asistencial y Seguridad del Paciente con la finalidad de normalizar las funciones y acciones en materia de calidad asistencial y seguridad del paciente de los distintos departamentos.

La instrucción 6/22 además, confiere de más funciones a las UNIDADES FUNCIONALES DE CALIDAD ASISTENCIAL Y SEGURIDAD DEL PACIENTE (UFCASP) de los departamentos.

II. MARCO NORMATIVO

Este Plan de Calidad Asistencial y Seguridad del Paciente 2022-2025, en adelante PCAySP, viene precedido por una serie de normas y estrategias, internacionales, nacionales y autonómicas, cuyo objetivo común, es asegurar la mejora continua de la calidad asistencial en los servicios sanitarios.

A nivel internacional, las directrices en esta materia vienen marcadas por:

- OMS
- OMS- Europa
- Unión Europea
- [Health-EU Portal](#)
- [OCDE Health Systems](#)

A nivel nacional, el Ministerio de Sanidad, elaboró el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud, basado en la siguiente normativa:

- [Ley General de Sanidad, 1986.](#)
- [Ley de autonomía del paciente y de información y documentación clínica. 2002](#)
- [Ley de Cohesión y Calidad del SNS. 2003](#)
- [Ley de protección de datos de carácter personal. 1999](#)
- [Ley de garantía y uso racional del medicamento y productos sanitarios. 2006](#)
- [Ley de medidas sanitarias frente al tabaquismo](#)

Dentro de este Plan de Calidad del SNS, se elaboró la [Estrategia de Seguridad del Paciente del SNS 2015-2020](#), en la que se establecen las líneas estratégicas que dirigirán las acciones en materia de seguridad del paciente, y que aplica a todos los servicios de salud autonómicos.

A nivel autonómico, este plan se regula por la siguiente normativa:

- Ley 10/2014, de 29 de diciembre, de la Generalitat, de Salut de la Comunitat Valenciana modificada por la Ley 8/2018, de 20 de abril, de la Generalitat, artículo 10.
- Decreto 62/2010, de 16 de abril, del Consell, por el que se establecen los instrumentos generales del sistema para la modernización y mejora de la calidad de los servicios públicos.

- Instrucción 3/2017, de la Secretaría Autonómica de Salud Pública y del Sistema Sanitario Público, del 30 de enero 2017, con el objetivo de normalizar las funciones de calidad asistencial y seguridad del paciente en los distintos departamentos.
- [Instrucción 6/2022](#), de la Secretaría Autonómica de Eficiencia y Tecnología Sanitaria, 20 de julio de 2022, que regula el Plan de Calidad Asistencial y Seguridad del Paciente.
- [V Pla de Salut de la Comunitat Valenciana 2022-2030](#).

III. MISIÓN, VISIÓN Y VALORES

MISIÓN:

Proporcionar atención sanitaria integral, de calidad y segura a todos los usuarios, con el objetivo de mejorar la salud y el bienestar de la población. Una atención sanitaria, centrada en el paciente, promoviendo la participación activa de los usuarios y sus familias en el proceso de atención sanitaria, y asegurando que se cumplan los estándares de calidad y seguridad requeridos. Mejorando la efectividad, eficiencia y satisfacción del paciente y de los profesionales que brindan la asistencia sanitaria, implementando prácticas clínicas basadas en evidencias y la promoción de una cultura de calidad y seguridad en el entorno sanitario.

VISIÓN:

Este plan debe ser un compromiso constante y sostenible por parte de todas las partes interesadas, incluyendo a los proveedores de la asistencia sanitaria, las autoridades reguladoras y las organizaciones de pacientes. Además, debe incluir una cultura de transparencia, comunicación y colaboración, en la que los proveedores de la asistencia sanitaria nos sintamos responsables y recompensados por nuestro trabajo en la mejora continua de la calidad y seguridad del paciente. Esto incluye la promoción de una cultura de mejora continua, la implementación de un sistema de retroalimentación y la gestión de incidentes y reclamaciones de pacientes.

VALORES:

1. **Compromiso con la excelencia:** Establecer una cultura en la que se priorice la calidad asistencial y la seguridad de los pacientes en todo momento.
2. **Responsabilidad:** Asumir la responsabilidad individual y colectiva por la seguridad y el bienestar de los pacientes y de la organización.
3. **Transparencia:** Fomentar un ambiente en el que se permita la discusión abierta y honesta sobre los eventos adversos y se tomen medidas para prevenirlos en el futuro.

4. **Colaboración:** Trabajar juntos, a nivel departamental, como equipo para mejorar la calidad asistencial y la seguridad en la atención a los pacientes.
5. **Innovación:** Buscar formas nuevas y mejoradas de proporcionar atención sanitaria de calidad y segura.
6. **Respeto:** Tratar a los pacientes, sus familias y a los proveedores de la asistencia sanitaria con respeto y consideración.
7. **Integridad:** Actuar con integridad y ética en todas las decisiones y acciones relacionadas con la atención a los pacientes.
8. **Continua mejora:** Mantener un enfoque en la mejora continua de la calidad y la seguridad en la atención a los pacientes.

IV. ALCANCE

La Calidad asistencial, como bien hemos visto, debe estar presente en todos los procesos asistenciales, en todos los niveles de atención y alcanzar a todos los usuarios, independientemente de su edad, sexo, situación económica. Es por tanto que este PCAySP, se aplica en el ámbito de todo el Departamento de Salud de Alcoi, a todos los centros dependientes del mismo, profesionales y usuarios de la comarca.

Este plan pretende convertirse en la hoja de ruta que asegure la prestación de una asistencia basada en unos estándares de mejora de la calidad y seguridad, que nos permita ofrecer, la mejor atención demandada por el usuario.

V. DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN

Según datos de la Memoria de Gestión del Departamento de Alcoi del año 2021.

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y DE SALUD.

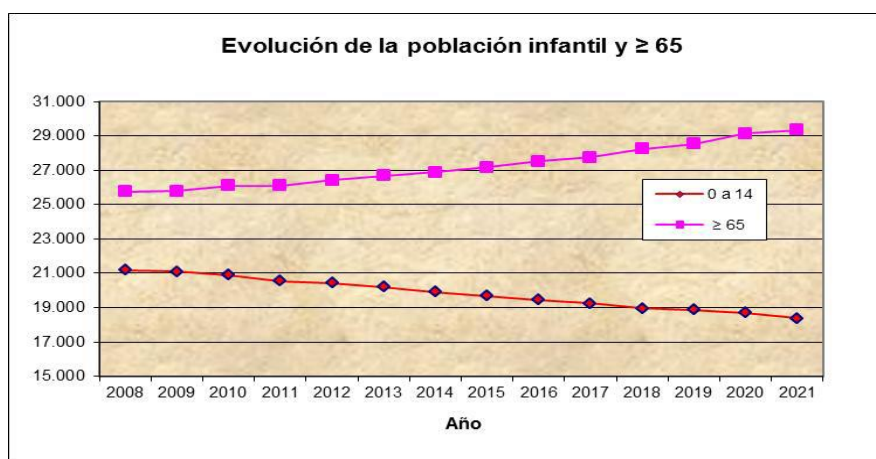
El Departamento de Alcoi se encuentra situado en las comarcas de L'Alcoià i el Comtat, situadas al norte de la provincia de Alicante. Está conformado por 30 municipios, con una población muy variable, que va desde los 60.000 habitantes de Alcoi a menos de 100 en pueblos como Tollos, Famorca y Benillup. Es un Departamento con una fuerte dispersión

demográfica, concentrándose el 62,5% de la población en tan sólo dos municipios (Alcoy e Ibi).

Es un departamento con una población envejecida, con un Índice de Envejecimiento de 147,6 % en 2021, por encima de la media de la Comunidad Valenciana y de la media estatal. Con un decrecimiento en la población infantil y en el rango de 35 a 45 años.

Variación por grupos de edad EDAD	Total 2020	Total 2021	Variación
0 a 4	5.212	5.085	-2,44%
5 a 9	6.216	6.149	-1,08%
10 a 14	7.260	7.140	-1,65%
15 a 19	7.001	7.237	3,37%
20 a 24	6.880	7.029	2,17%
25 a 29	6.866	6.946	1,17%
30 a 34	7.620	7.560	0,79%
35 a 39	8.659	8.456	-2,34%
40 a 44	10.810	10.586	-2,07%
45 a 49	10.902	11.055	1,40%
50 a 54	10.739	10.910	1,59%
55 a 59	10.591	10.628	0,35%
60 a 64	9.314	9.736	4,53%
65 a 79	20.301	20.617	1,56%
80 o más	8.836	8.717	-1,35%
Total	137.207	137.851	0,47%

DATOS MEMORIA GESTIÓN 2021



Según las tarjetas SIP, el Departamento en 2021, contaba con una población de 137.851 usuarios o potenciales pacientes.

De los datos anteriores, podemos desprender que los principales problemas de salud, a los que se enfrenta el departamento es la cronicidad de las patologías, a consecuencia del envejecimiento poblacional.

ESTRUCTURA DEL DEPARTAMENTO

La organización sanitaria del Departamento está constituida por los siguientes elementos:

- Consejo de Salud
- Dirección de Salud Pública
- Gerencia:
 - Servicios Centrales
 - Dirección de Atención Primaria
 - Dirección de Atención Especializada

Gerente del Departamento de Salud	José Enrique Barbeito Gadea
Dirección de Gestión del Departamento	Antonio Manuel García Juan
Dirección de Enfermería Departamento	M. ^a Luisa Mora Fernández-Caballero
Dirección de Atención Primaria	Carlos Vilaplana Bernabéu
Dirección de Enfermería de At. Primaria	M. ^a Amparo Ferrer Navarro
Dirección Médica Hospital	Francisco Miguel Fenollar Iváñez
Dirección de Salud Pública	Clara Pastor Navarro

En cuanto a las infraestructuras, el Departamento cuenta con:

- Hospital comarcal con 270 camas (datos 2021)
- 1 centro de Especialidades
- 10 centros de Salud de Atención Primaria
- 1 centro de salud Integrado
- 30 consultorios auxiliares

Unidades de Apoyo:

- Centro de Atención Temprana
- Unidad de Conductas Adictivas
- Unidad de Alcoholología
- Unidad de Odontología Pediátrica
- Centro de Salud Sexual y Reproductiva (Alcoy e Ibi)
- Unidad de Salud Mental Infantil

A nivel de infraestructuras nos encontramos con grandes déficits estructurales, tanto a nivel de tamaño, de diseño como de envejecimiento de algunas estructuras. En julio 2022, coincidiendo con el 50 aniversario de la inauguración del Hospital, se presentó un Plan Director para el Departamento de Alcoy, que incluye la reforma integral del hospital, con la construcción de nuevos edificios, que permitan mejorar la asistencia sanitaria, que permitan descongestionar el actual edificio. Dicho plan también incluye, la ampliación de varios centros de salud que por el tiempo han quedado insuficientes.

RECURSOS HUMANOS

DEPARTAMENTO DE SALUD (datos 2022)	ATENCIÓN PRIMARIA	ATENCIÓN ESPECIALIZADA	SALUD PÚBLICA	
Pers. Directivo	7	2	4	1
Pers. Sanitario + MIR	1297	357	913	27
Personal NO sanitario	394	128	256	10
TOTAL DEPARTAMENTO	1698	485	1175	38

Memoria Gestión Departamento 2022

En los últimos años, se está produciendo un rejuvenecimiento de la plantilla, a causa de un gran número de jubilaciones que se están produciendo, y su consecuente renovación de la plantilla profesional a todos los niveles. Y durante el año 2022, desde la Conselleria de Sanitat se realizó un aumento estructural de personal, que en el caso de nuestro departamento este se situó en cerca de 100 profesionales más, entre todas las categorías.

El Departamento cuenta, con una Unidad de Prevención de Riesgos Laborales, que atiende a todos los profesionales del departamento.

También cuenta con una unidad administrativa de gestión, dependiente de la Gerencia de Alcoy, con su registro y la posibilidad de realizar gestiones directas con la Conselleria sin tener que dirigirse a la Dirección Territorial de la Conselleria de Sanidad. (revisar este punto).

La acreditación Docente del Departamento: Formación MIR (cirugía, medicina familiar y comunitaria, análisis clínicos, pediatría, oftalmología) Formación EIR (Obstetricia y Atención Familiar y comunitaria, y Pediatría).

Formación práctica universitaria pre-grado de Enfermería, Fisioterapia, Trabajo Social y Nutrición y dietética.

Formación práctica ciclos Formación Profesional: TCAE, Técnico de Farmacia, Técnico Superior de Radiodiagnóstico y Técnico Superior de Laboratorio.

VI. ANALISIS DE CONTEXTO. ANÁLISIS DAFO.

El primer paso para iniciar el PCAySP del Departamento es conocer el punto de partida. El diagnóstico de situación se completa con el análisis de puntos expuestos y de la gestión de la calidad mediante un análisis interno de la organización y del entorno plasmándolo en un diagrama DAFO.

Esta metodología incluye la reflexión sobre aquellos aspectos positivos y negativos, que pueden surgir relacionados con el diseño e implementación de un Plan de Calidad.

- **Análisis interno de la organización** (Liderazgo, estrategia, personas, alianzas/recursos y procesos). Se trata de identificar **debilidades y fortalezas**.

- **Análisis Externo de la organización** (Mercado, sector y competencia). Se trata de identificar **amenazas y oportunidades**.

Para la elaboración de este análisis, se programaron dos talleres con profesionales multidisciplinares del departamento anteriormente a la elaboración de este plan, y como resultados de estos talleres obtuvimos la siguiente matriz

ANALISIS INTERNO	
DEBILIDADES	FORTALEZAS
<ul style="list-style-type: none"> – Personal desmotivado – Comunicación ineficaz, a todos los niveles – Demora asistencial (listas de espera, citas, urg) – Falta protocolos estandarizados a nivel departamental – Infraestructuras antiguas – Cartera de servicios limitada en ciertas áreas – Falta de gestión ecosostenible de residuos – Falta manual acogida paciente completo y actualizado – Falta manuales de acogida a profesionales – Formación continuada insuficiente a todos los niveles – Escasa cultura de calidad y seguridad entre los profesionales – Desconocimiento funciones SAIP – Desconocimiento servicios y recursos disponibles (herramientas informáticas, cartera de servicios, ...) – Ausencia de la figura del Gestor de Casos – Insuficiente cobertura de la UHD – Ausencia de Unidad del Dolor – Escasa cultura de la importancia de la identificación de los profesionales – Falta de una web departamental moderna adaptada a estos tiempos y con su correspondiente intranet para profesionales – Escasa cultura del trabajo en equipo – Inestabilidad laboral – Dificultad de gestión de conflictos entre profesionales (acoso laboral, bullying...) – Falta de recursos profesionales e infraestructuras en Salud Mental 	<ul style="list-style-type: none"> – Relación pacientes/profesionales en AP – Sistema de trabajo en AP por cupos (mantiene el binomio medico/enfermera) – Buenas relaciones entre profesionales, en general – Aumento de la plantilla de profesionales durante el 2022 – Rejuvenecimiento de la plantilla – Sede comarcal del IVO para radioterapia, junto al hospital – Departamento pequeño en población, sin fluctuaciones de población que facilita el trato de proximidad y familiar, compañerismo... – Plantilla cualificada, a pesar de que existe falta de formación continuada – Equipo directivo, motivado y formado. – Elevada capacidad de adaptación del personal a situaciones adversas, demostrada durante la pandemia COVID-19 – Aumento de la concienciación entre los profesionales de la importancia de la humanización de la asistencia. – Realización de jornadas de jornadas de acogida a profesionales antes del verano. – Existencia en el departamento de unidades asistenciales consolidadas entre primaria y especializada como: - Telederma, -Unidad de Heridas Crónicas - Ruta asistencial de la Insuficiencia Cardíaca.
ANALISIS EXTERNO	
AMENAZAS	OPORTUNIDADES
<ul style="list-style-type: none"> – Formación continua poco incentivada desde la administración. – Cambio de la distribución de pacientes en enfermería de AP, a un sistema de sectorización geográfica frente al actual sistema de cupos. – Bolsa de trabajo que no se ajusta a necesidades especiales – Recursos materiales y estructurales insuficientes – Alta dispersión geográfica del departamento, con zonas de montaña de difícil acceso. – Mal uso de los recursos sanitarios por parte de la población, falta de educación en este aspecto. – Diversidad multicultural de la población (barreras culturales e idiomáticas) – Población envejecida 	<ul style="list-style-type: none"> – Promoción de la Calidad Asistencial y SP, a través del impulso de la UFCASP y la elaboración del Plan de Calidad – Participación de los profesionales en la realización de este DAFO – Equipo CATIC liderado por AP – Aumento de la demanda de EpS por parte de la población – Aumento de los hábitos saludables entre la población – SINEA como herramienta de mejora – Entorno favorable para impulsar cambios organizativos: innovación, impulso al cambio. – Mayor implicación del personal.

<ul style="list-style-type: none"> - Auge de la Sanidad Privada - Inestabilidad laboral - Fuga de personal cualificado al sector privado - Apertura de Centro de Salud Mental, dependiente de Servicios Sociales para pacientes estables, sin la dotación de profesionales cualificados necesaria, y siendo usada con pacientes con mayor carga de enfermedad que para lo que está diseñada. 	
--	--

VII. LINEAS ESTRATÉGICAS Y OBJETIVOS:

Para la consecución del presente PCAySP, contamos con 7 líneas estratégicas y 19 objetivos, que desarrollamos a continuación:

LÍNEA ESTRATÉGICA	OBJETIVOS ESPECÍFICOS
L.E.1: GENERAR, POTENCIAR Y DIFUNDIR LA CULTURA DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	Objetivo 1: Establecer directrices que fomenten la calidad asistencial y seguridad del/la paciente y de las personas usuarias en los centros, adecuándola a las características de estos y a la estrategia global del departamento de salud. Objetivo 2: Impulsar la actividad de las comisiones clínicas de garantía de calidad.

LÍNEA ESTRATÉGICA	OBJETIVOS ESPECÍFICOS
L.E.2: INCREMENTAR LA CALIDAD Y SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN SANITARIA PRESTADA	Objetivo 3: Potenciar la estandarización de procesos con el fin de disminuir la variabilidad en la práctica asistencial. Objetivo 4: Potenciar la participación del usuario en la mejora continua de la calidad asistencial

LÍNEA ESTRATÉGICA	OBJETIVOS ESPECÍFICOS
L.E.3: DIFUNDIR LA CULTURA DE CALIDAD Y SEGURIDAD EN LA ORGANIZACIÓN	Objetivo 5: Difundir e impulsar las medidas institucionales de seguridad clínica del paciente Objetivo 6: Ofrecer transparencia en la información sobre la atención sanitaria proporcionada, así como sobre las normas y directrices de calidad. Objetivo 7: Garantizar un flujo constante de información y formación de los/las profesionales en materia de calidad y seguridad del paciente, favoreciendo la cultura interna de aprendizaje y compromiso con la consecución de los objetivos de calidad del centro.

LÍNEA ESTRATÉGICA	OBJETIVOS ESPECÍFICOS
L.E.4: POTENCIAR LA UTILIZACIÓN DE MODELOS Y HERRAMIENTAS DE GESTIÓN	Objetivo 8: Potenciar la certificación y/o acreditación de los centros/servicios/unidades sanitarias respecto a los sistemas establecidos por norma reconocida (ISO, EFQM...) así como la inscripción en el Registro Autonómico de certificaciones de calidad.

LÍNEA ESTRATÉGICA	OBJETIVOS ESPECÍFICOS
L.E.5: GARANTIZAR LA SEGURIDAD DE TODOS LOS PROCESOS mediante la gestión de riesgos sanitarios	Objetivo 9: Liderar la gestión de riesgos asociados a la asistencia sanitaria (AS)
	Objetivo 10: Prevenir infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria
	Objetivo 11: Identificar correctamente al paciente y sus muestras.
	Objetivo 12: Uso seguro del medicamento.
	Seguridad en Procesos
	Objetivo 13: Promover la elaboración /revisión de protocolos relacionados con la seguridad del paciente
	Objetivo 14: Garantizar la seguridad en los procesos de soporte a la asistencia
Objetivo 15: Garantizar el mantenimiento y la mejora continua del programa de Higiene de Manos recomendado por el SNS en todos los centros sanitarios	

LÍNEA ESTRATÉGICA	OBJETIVOS ESPECÍFICOS
L.E.6: PROMOVER LA CULTURA DE BUENAS PRÁCTICAS E IMPULSAR LA CULTURA DE BIOÉTICA DENTRO DE LA ORGANIZACIÓN	Objetivo 16: Promover las recomendaciones de "NO HACER" de las sociedades científicas, e identificar aquellas prácticas locales que aporten los mejores resultados
	Objetivo 17: Poner en valor la humanización, incorporando la dimensión de la dignidad y humanidad de pacientes, estableciendo una atención basada en la confianza y empatía, contribuyendo a su bienestar y a mejorar resultados posibles en salud.
	Objetivo 18: Promover la Humanización de los cuidados y de la asistencia en todos los procesos asistenciales

LÍNEA ESTRATÉGICA	OBJETIVOS ESPECÍFICOS
L.E.7: CONTRIBUIR A PONER EN VALOR A LOS/LAS PROFESIONALES DEL SISTEMA SANITARIO	Objetivo 18: Poner en valor a los/as profesionales sanitarios, teniendo en cuenta sus necesidades.
	Objetivo 19: Promover la cultura de innovación como elemento facilitador del desarrollo profesional

VIII. PLAN DE ACCIÓN

Para poder llegar a la consecución de los objetivos anteriores, se establece el siguiente Plan de Acción, con el establecimiento de acciones concretas, medibles y que permitan la evaluación continua de las mismas.

La UFCASP, junto con las unidades de apoyo, y comisiones clínicas, serán los responsables del desarrollo del Plan de Acción descrito. Para ello se establecerán todos aquellos grupos de trabajo necesarios para la consecución de los objetivos establecidos, potenciando el trabajo colaborativo y coordinado.

Desde la UFCASP, se impulsará la participación activa y coordinada con los Centros /Servicios/Unidades del Departamento, y especialmente con el Servicio de Preventiva, el SAIP, con las Comisiones Clínicas y el Comité Bioética Asistencial (CBA) específicamente en cuestiones relativas a consentimiento informado.

El apoyo de los trabajadores de la organización a este PCAySP, es proporcional al grado de conocimiento que tengan del mismo, por lo que un elemento crucial para el éxito en su aplicación y consecución de objetivo, está en una efectiva comunicación y difusión del plan entre los profesionales. Por tanto, el PCAySP debe ser difundido entre todos los responsables asistenciales del Departamento (jefes de servicio, coordinadores, supervisores, presidentes comisiones clínicas) y contar con el apoyo incondicional del Consejo de Dirección del Departamento.

LÍNEA 1: GENERAR, POTENCIAR Y DIFUNDIR LA CULTURA DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

OBJETIVO ESPECIFICO	ACCIONES	INDICADOR	META	INICIO	FIN
Objetivo 1: Establecer directrices que fomenten la calidad asistencial y seguridad del/la paciente y de las personas usuarias en los centros, adecuándola a las características de estos y a la estrategia global del departamento de salud.	1.1. Elaborar una política y marco institucional en materia de calidad y seguridad del paciente para todo el departamento de salud/centro	Política de Calidad	100%	OCTUBRE 2022	FEBRERO 2023
	1.2. Realizar un análisis interno y externo del entorno del departamento de salud que permita identificar cambios y detectar oportunidades en materia de calidad y seguridad.	DAFO	100%	OCTUBRE 2022	NOVIEMBRE 2022
	1.3. Incluir en la estrategia global del departamento/centro el plan de calidad y seguridad del paciente.	Estrategia del centro con incorporación del Plan de Calidad.	100%	OCTUBRE 2022	FEBRERO 2023
Objetivo 2: Impulsar la actividad de las comisiones clínicas de garantía de calidad.	2.1. Mantener un registro de comisiones/comités Departamental.	Registro Comisiones	100%	OCTUBRE 2022	FEBRERO 2023
	2.2. Normalizar reglamentos de funcionamiento de comisiones/comités clínicos departamentales	nº de Comisiones/Comités con reglamento de funcionamiento normalizado	100%	ENERO 2023	DICIEMBRE 2023

LÍNEA 2: INCREMENTAR LA CALIDAD Y SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN SANITARIA PRESTADA

OBJETIVO ESPECIFICO	ACCIONES	INDICADOR	META	INICIO	FIN
Objetivo 3: Potenciar la estandarización de procesos con el fin de disminuir la variabilidad en la práctica asistencial.	3.1. Normalizar procesos administrativos en todos los ámbitos de atención del departamento de salud/centro.	Nº de protocolos y procedimientos administrativos elaborados y/o actualizados	3 anuales Atención Hospitalaria. 3 anuales Atención Primaria	OCTUBRE 2022	DICIEMBRE 2025
	3.2. Desarrollar y adaptar guías de práctica clínica u otros documentos de actuación clínica basados en la evidencia (protocolos, procesos asistenciales, vías clínicas...) consensuados en el centro, adecuados a su cartera de servicios que garanticen la continuidad de la atención, faciliten la disminución de la variabilidad asistencial y mejoren la efectividad clínica. Entre ellos, por su relevancia, el proceso de atención integral al paciente con dolor.	Nº de protocolos y procedimientos asistenciales elaborados y/o actualizados	3 anuales Atención Hospitalaria. 3 anuales Atención Primaria	OCTUBRE 2022	DICIEMBRE 2025
	3.4. Llevar a cabo acciones para la puesta en marcha de la Guía de Buenas Prácticas para la atención sanitaria mediante modalidad no presencial. Elaboración y/o revisión de protocolos de asistencia no presencial en cada departamento de salud.	Protocolo departamental de atención sanitaria mediante modalidad no presencial	100%	OCTUBRE 2022	FEBRERO 2024
	3.5. Diseño e implantación de procedimientos de comunicación entre los/las profesionales durante la transición asistencial de los/las pacientes, para garantizar una atención continuada y segura a pacientes y usuarios.	Protocolo de comunicación que garantice transición asistencial de forma segura	100%	OCTUBRE 2022	FEBRERO 2024
	Objetivo 4: Potenciar la participación del usuario en la mejora continua de la calidad asistencial	4.1. Implantar acciones de mejora en aquellas áreas detectadas en las encuestas de satisfacción que se desvíen de su tendencia respecto a años anteriores y/o respecto al estándar.	Nº de acciones de mejora implementadas /año	> 5 anuales	OCTUBRE 2022
4.2. Gestionar agradecimientos, reclamaciones y sugerencias de pacientes y		Registro PIGAP	100%	ENERO 2023	DICIEMBRE 2025

	usuarios/as como elemento de mejora continua de la calidad.				
	4.3. Elaborar y/o revisar el protocolo normalizado de acogida de pacientes que favorezca el trato personalizado y de respeto.	Protocolo de acogida a usuarios revisado	100%	ENERO 2023	DICIEMBRE 2023
	4.4. Impulsar herramientas para la participación de los/las pacientes y ciudadanos/as en la toma de decisiones y/o en su autocuidado	Nº de actividades en las que han participado los pacientes/usuarios	3 anuales	ENERO 2023	DICIEMBRE 2025
	4.5. Implementar cartas de servicios de las distintas unidades del departamento/centro.	Nº cartas de servicios	1 año	ENERO 2023	DICIEMBRE 2025
	4.6. Promover la correcta identificación de personal voluntario que desarrolla tareas en el departamento de salud/centro.	Registro de personal voluntario	100%	ENERO 2023	DICIEMBRE 2023

LÍNEA 3: DIFUNDIR LA CULTURA DE CALIDAD Y SEGURIDAD EN LA ORGANIZACIÓN

OBJETIVO ESPECIFICO	ACCIONES	INDICADOR	META	INICIO	FIN
Objetivo 5: Difundir e impulsar las medidas institucionales de seguridad clínica del paciente	5.1. Implementación del programa de Cirugía Segura, IQZ y proyectos Zero del Ministerio de Sanidad.	Indicadores propios de cada uno de los programas/proyectos	100%	OCTUBRE 2022	DICIEMBRE 2025
	5.2. Difusión del programa IQZ y proyectos Zero	Nº jornadas de difusión	> 1 año /programa	OCTUBRE 2022	DICIEMBRE 2025
	5.3. Impulsar jornadas que favorezcan la difusión de los días mundiales de calidad y seguridad del paciente.	Nº jornadas de difusión	> 1 año	OCTUBRE 2022	DICIEMBRE 2025
	5.4. Promover el uso de la herramienta de notificación de efectos adversos e incidentes relacionados con la seguridad (SINEA)	Potenciar la notificación de EA (6000.2) acuerdos de gestión	85%	OCTUBRE 2022	DICIEMBRE 2025
	5.5. Impulsar el protocolo de apoyo a las segundas y terceras víctimas de efectos adversos	Protocolo	100%	ABRIL 2023	DICIEMBRE 2024

Objetivo 6: Ofrecer transparencia en la información sobre la atención sanitaria proporcionada, así como sobre las normas y directrices de calidad	6.1. Impulsar la aplicación/utilización de soluciones digitales para mejorar la seguridad en la atención de la salud.	Nº de herramientas digitales incorporadas	> 1 año	OCTUBRE 2022	DICIEMBRE 2025
	6.2. Actualizar la información contenida en páginas web departamentales/centros, en aspectos relacionados con la Calidad Asistencial	Protocolo de comunicación actualizado	100%	ENERO 2023	DICIEMBRE 2023
	6.3. Difundir resultados anuales del Plan de Calidad Asistencial y Seguridad del Paciente en el Consejo de Salud y en aquellos medios que se consideren oportunos por el Consejo de dirección	nº de actuaciones informativas en la intranet/año	> 5 banner/año	ABRIL 2023	DICIEMBRE 2025
Objetivo 7: Garantizar un flujo constante de información y formación de los/las profesionales en materia de calidad y seguridad del paciente, favoreciendo la cultura interna de aprendizaje y compromiso con la consecución de los objetivos de calidad del centro.	7.1. Promover la formación de profesionales para adquirir conocimientos, habilidades y competencias en materia de calidad y seguridad del paciente.	Nº de cursos en materia de calidad /seguridad al año	>1 año de calidad y >1 seguridad /año	OCTUBRE 2022	DICIEMBRE 2025
	7.2. Elaborar un plan de formación de calidad y seguridad del paciente (incluir análisis de riesgos).	Nº de cursos en materia de análisis de riesgos/año. Plan de formación	> 2 año	ENERO 2023	DICIEMBRE 2025
	7.3. Incorporar sesiones clínicas de materias relacionadas con la calidad y seguridad del paciente	Nº sesiones clínicas /año	> 2 año	OCTUBRE 2022	DICIEMBRE 2025

LÍNEA 4: POTENCIAR LA UTILIZACIÓN DE MODELOS Y HERRAMIENTAS DE GESTIÓN

OBJETIVO ESPECIFICO	ACCIONES	INDICADOR	META	INICIO	FIN
Objetivo 8: Potenciar la certificación y/o acreditación de los centros/servicios/unidades sanitarias respecto a los sistemas establecidos por norma reconocida (ISO, EFQM...) así como la inscripción en el Registro Autonómico de certificaciones de calidad.	8.1. Promover la obtención de certificaciones/acreditaciones en materia de calidad y seguridad.	Nº de certificaciones/acreditaciones	Mínimo 2 (1 en A. Hospitalaria y 1 en A. Primaria)	ENERO 2023	DICIEMBRE 2025
	8.2. Registrar y comunicar las certificaciones al Registro Autonómico de Certificados en calidad.	Nº de certificados registrados	Mínimo 2 (1 en A. Hospitalaria y 1 en A. Primaria)	ENERO 2023	DICIEMBRE 2025
	8.3. Visibilizar los certificados de calidad obtenidos en el departamento de salud, a través de la web y de jornadas de entrega de dicha certificación como elemento motivador y de benchmarking entre los servicios.	Visibilización de certificados	100%	ENERO 2023	DICIEMBRE 2025

LÍNEA 5: GARANTIZAR LA SEGURIDAD DE TODOS LOS PROCESOS mediante la gestión de riesgos sanitarios

OBJETIVO ESPECIFICO	ACCIONES	INDICADOR	META	INICIO	FIN
Objetivo 9: Liderar la gestión de riesgos asociados a la asistencia sanitaria (AS)	9.1. Consolidar compromiso por parte del Centro/Departamento de salud que fomente la cultura de seguridad.	Evidencia de Compromiso	100%	OCTUBRE 2022	FEBRERO 2023
	9.2. Elaborar un mapa de riesgos asociado al mapa de procesos que permita un análisis periódico de los riesgos asociados a la AS y la puesta en marcha de acciones para prevenir o reducir los efectos de un EA	Mapa de riesgos	100%	MARZO 2024	DICIEMBRE 2025
	9.3. Gestionar de forma proactiva los riesgos asociados a la AS, incorporando metodologías tendentes a la prevención en la gestión del riesgo (AMFE).	Nº análisis AMFE realizados	> 1 año	MARZO 2024	DICIEMBRE 2025

Objetivo 10: Prevenir infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria	10.1. Implantar/cumplir procedimientos/programas relacionados con el control de IRAS para disminuir las infecciones relacionadas con la AS.	Nº de acciones emprendidas	>2/año	OCTUBRE 2022	DICIEMBRE 2025
Objetivo 11: Identificar correctamente al paciente y sus muestras.	11.1. Elaborar y/o revisar el protocolo de identificación del paciente y sus muestras en el que se incluya el uso de al menos dos identificadores únicos del paciente, identificación del paciente en cada procedimiento, etiquetado de muestras biológicas y pruebas de imagen en el momento de su obtención.	Protocolo	100%	MARZO 2023	DICIEMBRE 2024
	11.2. Establecimiento de acciones que aseguren la trazabilidad, de muestras biológicas, determinantes para el diagnóstico, desde el origen de obtención de la muestra.	Acciones realizadas para asegurar la trazabilidad	>2 año	MARZO 2023	DICIEMBRE 2024
Objetivo 12: Uso seguro del medicamento.	12.1. Elaborar y/o revisar el cumplimiento del protocolo de uso seguro de medicamentos y productos sanitarios, que incluya selección, almacenamiento, prescripción, validación, preparación, dispensación, administración y seguimiento de estos	Protocolo	100%	MARZO 2023	DICIEMBRE 2025
	12.2. Gestionar incidentes/alertas de medicamentos/productos sanitarios de los sistemas de notificación	Protocolo de gestión de alertas/inicentes	100%	ENERO 2023	DICIEMBRE 2025
	12.3. Implantar prácticas seguras con los medicamentos de alto riesgo.	nº de prácticas implantadas	> 2 año	OCTUBRE 2022	DICIEMBRE 2025
	12.4. Cumplir el protocolo de conciliación de los medicamentos durante las transiciones asistenciales.	Protocolo	100%	OCTUBRE 2022	DICIEMBRE 2025
	12.5. Promover la optimización de uso de antimicrobianos para reducir el riesgo de generación de resistencias.	Protocolo	100%	ENERO 2023	DICIEMBRE 2023
Seguridad en Procesos					
Objetivo 13: Promover la elaboración /revisión de protocolos relacionados con la seguridad del paciente	13.1. Elaboración/revisión de protocolos/procesos del área quirúrgica	Manual de procedimientos	100%	OCTUBRE 2022	DICIEMBRE 2025
	13.2. Elaboración/revisión de protocolos/procesos de seguridad en unidades/servicios de críticos.	Manual de procedimientos	100%	OCTUBRE 2022	DICIEMBRE 2025

	13.3. Elaboración de protocolos en procesos diagnósticos y terapéuticos con radiaciones ionizantes.	Manual de procedimientos	100%	OCTUBRE 2022	DICIEMBRE 2025
	13.4. Elaboración de protocolos en procesos oncológicos de quimioterapia	Manual de procedimientos	100%	OCTUBRE 2022	DICIEMBRE 2025
	13.5. Prevención de caídas y lesiones asociadas	Manual de procedimientos	100%	OCTUBRE 2022	DICIEMBRE 2025
	13.6. Prevención de caídas y lesiones asociadas	Manual de procedimientos	100%	OCTUBRE 2022	DICIEMBRE 2025
	13.7. Seguridad en las contenciones mecánicas.	Manual de procedimientos	100%	OCTUBRE 2022	DICIEMBRE 2025
	13.8. Abordaje integral del dolor	Manual de procedimientos	100%	OCTUBRE 2022	DICIEMBRE 2025
	13.9. Prevención de reacciones alérgicas al látex	Manual de procedimientos	100%	OCTUBRE 2022	DICIEMBRE 2025
	13.10. Actuación ante Parada Cardiorespiratoria y control de carros de parada	Manual de procedimientos	100%	OCTUBRE 2022	DICIEMBRE 2025
	13.11. Inserción, cuidados y mantenimiento de dispositivos invasivos como catéteres, sondas, drenajes...	Manual de procedimientos	100%	OCTUBRE 2022	DICIEMBRE 2025
	13.12. Plan de cuidados individualizado en el que se contemple la evaluación de riesgos, escalas de valoración y acciones preventivas que se evalúan de manera periódica	Manual de procedimientos	100%	OCTUBRE 2022	DICIEMBRE 2025
Objetivo 14: Garantizar la seguridad en los procesos de soporte a la asistencia	14.1. Promover el uso seguro de las instalaciones y equipos disponibles en el departamento/centro.	Protocolo uso seguro de instalaciones	100%	ENERO 2023	DICIEMBRE 2025
	14.2. Elaborar y/o revisar procedimientos de control de caducidad de material fungible	Protocolo	100%	ENERO 2023	DICIEMBRE 2025
	14.3. Promover acciones y protocolos de gestión sanitaria sostenible alineadas con la Agenda 2030	Nº acciones emprendidas en el centro	>2 año	OCTUBRE 2022	DICIEMBRE 2025
	14.4. Potenciar las políticas de reciclado	Nº acciones emprendidas en el centro	>3 año	OCTUBRE 2022	DICIEMBRE 2025
	14.5. Elaboración protocolos de gestión de residuos sanitarios intracentro.	Protocolo	100%	OCTUBRE 2022	DICIEMBRE 2025
Objetivo 15: Garantizar el mantenimiento y la mejora continua del programa de	15.1. Realización de auditorías para verificar el cumplimiento del programa en todo el departamento (A. Hospitalaria y A. Primaria).	Nº de auditorías	>2 año	OCTUBRE 2022	DICIEMBRE 2025

Higiene de Manos recomendado por el SNS en todos los centros sanitarios	15.2. Elaboración, difusión e implementación de las campañas de HM coincidiendo con el día mundial	nº acciones para difusión campaña día mundial HM	>2 año	OCTUBRE 2022	DICIEMBRE 2025
	15.3. Seguimiento de los indicadores de HM contemplados en la estrategia mundial	Cumplimiento indicadores HM del Ministerio	100%	OCTUBRE 2022	DICIEMBRE 2025

LINEA 6: PROMOVER LA CULTURA DE BUENAS PRÁCTICAS E IMPULSAR LA CULTURA DE BIOÉTICA DENTRO DE LA ORGANIZACIÓN

OBJETIVO ESPECIFICO	ACCIONES	INDICADOR	META	INICIO	FIN
Objetivo 16: Promover las recomendaciones de "NO HACER" de las sociedades científicas, e identificar aquellas prácticas locales que aporten los mejores resultados	16.1. Difusión de las Recomendaciones de NO hacer tanto en A. Primaria como en A. Hospitalaria (http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/cal_sccc.htm)	Nº de acciones para la difusión de dichas recomendaciones	>2 año	ENERO 2023	DICIEMBRE 2025
	16.2. Asegurar la implementación de las "Recomendaciones de No hacer"	Nº de actividades para asegurar la implementación.	2 actuaciones en AP y 2 en AH	ENERO 2023	DICIEMBRE 2025
	16.3. Identificar buenas prácticas en la organización	Nº buenas prácticas implementadas	>2 año	OCTUBRE 2022	DICIEMBRE 2025
Objetivo 17: Poner en valor la humanización, incorporando la dimensión de la dignidad y humanidad de pacientes, estableciendo una atención basada en la confianza y empatía, contribuyendo a su bienestar y a mejorar resultados posibles en salud.	17.1. Afianzar la correcta utilización de los documentos normalizados de consentimiento informado (disponibles en la Web de la Conselleria)	Publicación de información de CI normalizados en espacio de calidad	100%	ENERO 2023	DICIEMBRE 2025
	17.2. Impulsar la formación en materia de bioética entre los profesionales del departamento	Nº actividades formativas/año	>2 año	ENERO 2023	DICIEMBRE 2025
	17.3. Potenciar la labor de los comités de bioética asistenciales como referentes en materia de bioética en el departamento de salud.	N.º sesiones celebradas /año	>2 año	ENERO 2023	DICIEMBRE 2025
Objetivo 18: Promover la Humanización de los cuidados y de la asistencia en todos los procesos asistenciales	18.1 Incorporar la perspectiva de los Humanización de los cuidados y de la atención sanitaria en los procesos asistenciales, en particular, aquellos relativos al duelo en sus diferentes aspectos.	Protocolos de Humanización de cuidados	>1 año	OCTUBRE 2022	DICIEMBRE 2025

LINEA 7: CONTRIBUIR A PONER EN VALOR A LOS/LAS PROFESIONALES DEL SISTEMA SANITARIO

OBJETIVO ESPECIFICO	ACCIONES	INDICADOR	META	INICIO	FIN
Objetivo 19: Poner en valor a los/as profesionales sanitarios, teniendo en cuenta sus necesidades.	19.1. Promover la realización de encuestas de clima laboral.	Nº profesionales que realiza la encuesta de clima laboral/año	> 100/año	ENERO 2023	DICIEMBRE 2025
	19.2. Detectar áreas de mejora a partir de resultados de encuestas de clima laboral.	Nº áreas de mejora detectadas	>10/año	ENERO 2023	DICIEMBRE 2025
	19.3. Comunicar las áreas de mejora a los servicios/unidades/centros implicados.	Comunicación realizada	100%	OCTUBRE 2022	FEBRERO 2025
	19.4. Elaborar y/o revisar el protocolo de acogida de profesionales que favorezca su integración, facilitando el inicio de su relación laboral con el centro	Protocolo	100%	OCTUBRE 2022	DICIEMBRE 2023
	19.5. Promover mecanismos de participación de los profesionales en la definición de los valores, consecución de objetivos e indicadores para su cumplimiento.	Nº actuaciones de participación de profesionales/año	>5/año	ENERO 2023	DICIEMBRE 2025
	19.6. Promover la correcta identificación de profesionales, incorporando este aspecto en el plan de acogida.	Plan de acogida con incorporación de identificación de profesional.	100%	ENERO 2023	DICIEMBRE 2025
Objetivo 20: Promover la cultura de innovación como elemento facilitador del desarrollo profesional	20.1. Implementar herramientas de comunicación interna como elemento facilitador del desarrollo profesional.	Nº de actuaciones en el ámbito de la comunicación dirigida a los profesionales, implementadas	> 75%/año	ENERO 2023	DICIEMBRE 2025
	20.2. Implementar guías de buenas prácticas como mecanismo de comparación entre departamentos	Buenas prácticas implementadas	>2 año	ENERO 2023	DICIEMBRE 2025
	20.3. Establecer mecanismos para identificar prácticas innovadoras.	Mecanismos para identificar prácticas innovadoras	100%	ENERO 2023	DICIEMBRE 2025

IX. EVALUACIÓN DEL PLAN

La última fase del Plan es la evaluación del mismo, esta nos va a permitir conocer el grado de consecución de los objetivos, y detectar aquellas áreas de mejora, y poder aplicar las medidas correctoras que nos lleven al cambio hacia la mejora de la calidad.

La evaluación es un proceso continuo, que permita evaluar todos los aspectos del Plan, comenzará desde las primeras fases y se mantendrá de manera indefinida durante toda su ejecución. Se utilizarán las herramientas de evaluación más comunes como; indicadores de calidad, registros médicos, encuestas a pacientes, auditorías clínicas, evaluaciones de procesos y resultados, entre otras.

Según los resultados obtenidos, se modificarán los procesos con la intención de alcanzar los objetivos propuestos.

Así pues, el proceso de evaluación del Plan de Calidad incluye un completo sistema de seguimiento y control de los indicadores de calidad, con la intención final de aplicar la consecuente retroalimentación sobre los procesos para conseguir la mejora continua de la calidad asistencial.

Los indicadores de nuestro Plan de Calidad y seguridad del Paciente departamental se han ido describiendo con anterioridad al detallar las acciones a llevar a cabo, junto con su meta o valor objetivo.

X. MEMORIA ANUAL DEL PCAySP

Anualmente se hará un seguimiento del grado de ejecución del Plan, mediante la realización de una Memoria Anual, que contendrá, todos los temas tratados, informes realizados, propuestas de planificación/mejora y resultados obtenidos. Evaluación de los objetivos en ese año natural para poder comparar la evolución con el resto de los años que comprende este Plan.

Esta memoria junto con la memoria de la UFCASP se presentará a la Gerencia del Departamento y a la Servicio de Evaluación de la Calidad Asistencial y Seguridad del paciente (SECASP).

