

**PLAN DE CALIDAD
2018-2022
DEPARTAMENTO DE
SALUD DE SAGUNTO**

Índice

1. PRESENTACIÓN
2. INTRODUCCIÓN
3. MISIÓN, VISIÓN Y VALORES
4. DIAGNÓSTICO DE SITUACIÓN
5. ANÁLISIS DEL CONTEXTO. DAFO
6. LÍNEAS ESTRATÉGICAS Y OBJETIVOS DE CALIDAD
 - 1.1 Línea Estratégica 1: Generar, Potenciar Y Establecer Las Directrices Para Difundir Cultura Proactiva De Calidad Y Seguridad
 - 2.1 Línea Estratégica 2: Incrementar La Calidad Y Seguridad En La Atención Sanitaria
 - 3.1 Línea Estratégica 3: Promover La Información Y Formación En Calidad Y Seguridad. Difundir Medidas Institucionales Y Ofrecer Transparencia En La Información
 - 4.1 Línea Estratégica 4: Potenciar La Certificación Y/O Acreditación Respecto Sistema Establecido En Norma Reconocida.
 - 5.1 Línea Estratégica 5: Identificar, Analizar Y Difundir Los Riesgos Sanitarios. Promover Medidas De Prevención, Minimización De Los Mismos.
 - 6.1 Línea Estratégica 6: Promover Cultura De Buenas Prácticas. Impulsar Cultura De Bioética Dentro De La Organización
7. PLAN DE ACCIÓN
8. EVALUACIÓN
9. MEMORIA ANUAL DEL PLAN DE CALIDAD
10. NORMATIVA VIGENTE

1. PRESENTACIÓN

La mejora de la calidad de la asistencia sanitaria es un objetivo de los sistemas sanitarios modernos. La calidad de la asistencia sanitaria es un conjunto de propiedades de ésta que comprenden, tanto la aplicación de las posibilidades efectivas y probadas de la ciencia médica, como la percepción por los pacientes del servicio y del trato humano recibido.

La mejora de la calidad es una responsabilidad de todos los actores del sistema sanitario, incluyendo a los propios pacientes, los profesionales, los centros sanitarios, los servicios de salud y las instituciones responsables de éstos.

El Institute of Medicine (IOM) define la calidad de los servicios sanitarios como “el grado en que los servicios de salud destinados a los individuos y a las poblaciones aumenta la probabilidad de conseguir unos resultados de salud óptimos y comparables con los conocimientos actuales de los profesionales”. Esta y otras definiciones tienen en común la consideración de la calidad de la asistencia sanitaria como un concepto complejo y multidimensional en el que están presentes componentes o dimensiones como efectividad, eficiencia, satisfacción de los usuarios, accesibilidad, adecuación, competencia profesional...

Actualmente la seguridad del paciente es considerada como una dimensión fundamental de la calidad cuya ausencia afectaría negativamente al resto de las dimensiones. La seguridad del paciente es un elemento vertebrador de las diferentes dimensiones de la calidad de los servicios sanitarios que de forma transversal interacciona recíprocamente con ellas y la hacen indistinguible de una asistencia sanitaria de calidad. La seguridad es la base sobre la que se construye el resto de dimensiones de la calidad.

Calidad y seguridad del paciente son culturas estrechamente vinculadas, de forma que no se podría hablar enteramente de la primera sin considerar el enfoque de la segunda. Se trata, en definitiva, de mejorar la calidad de la atención sanitaria a través de intervenciones y estrategias de seguridad de los pacientes.

La Conselleria de Sanitat asume, como elementos clave en la asistencia sanitaria, la calidad y la seguridad. Ambos factores son imprescindibles para conseguir una atención adecuada y una cobertura sanitaria con las mayores garantías.

Es por ello, por lo que el Departamento de Salud de Sagunto mantiene como uno de sus objetivos básicos la mejora de la calidad de la atención sanitaria que presta, así como la seguridad del paciente; mejora que engloba tanto las posibilidades efectivas y probadas de la ciencia médica como la percepción por los pacientes del trato humano recibido. La calidad de la atención se sustenta en la mejora continua de los procesos, en una perspectiva de trabajo centrada en el paciente y articulada en torno a sus necesidades, en la participación y el trabajo en equipo y en la información objetiva, con su aprovechamiento óptimo para una adecuada monitorización.

2. INTRODUCCIÓN

La calidad no sólo puede evaluarse y mejorarse, sino que debe también planificarse, siendo esta fase necesariamente previa a las demás.

En este sentido, para hacer lo correcto, es necesario saber de forma fehaciente y definir, cuál es la Misión de nuestro Departamento de Salud. Así mismo, es necesario conocer y definir la Visión Estratégica para saber hacia dónde deseamos ir como Organización, de forma que podamos orientar las líneas estratégicas del Plan de Calidad del Departamento. (Misión, Visión y Valores)

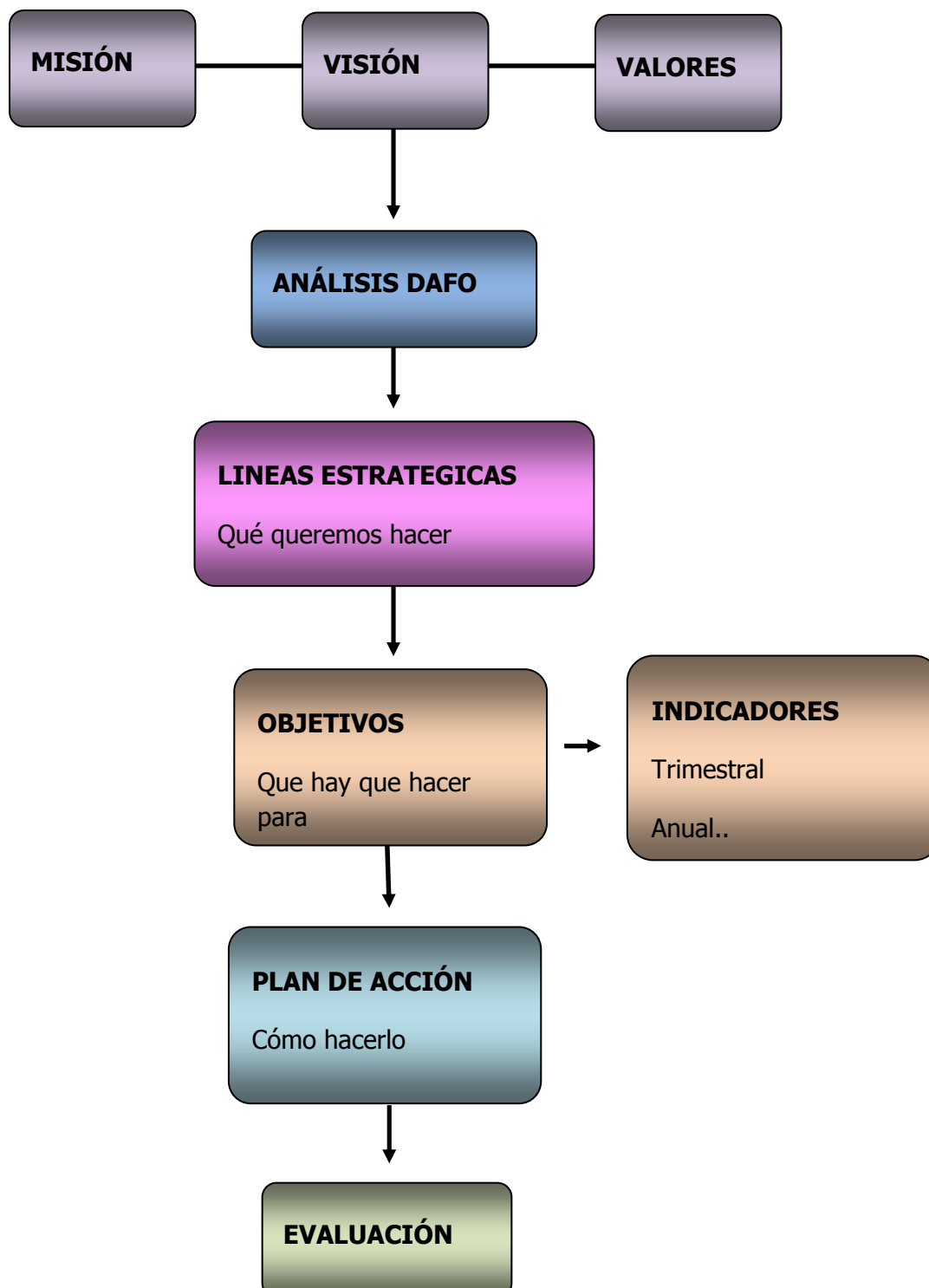
Posteriormente, habrá que, realizar un análisis del contexto, para poder identificar lo que hacemos bien o no en nuestro Departamento para conocer dónde están las áreas de mejora, de forma que podamos definir las líneas estratégicas a llevar a cabo y formular nuestros objetivos de calidad. (Dafo)

Una vez identificada la posición actual del Departamento y realizada la formulación de estrategias y Objetivos, debemos saber cómo vamos a llevar a la Organización a esa posición futura deseada. Para ello el siguiente paso será definir el plan de acción concreto que responda a las siguientes cuestiones: ¿qué hacer?; ¿qué recursos son necesarios?; ¿quién debe hacerlo?; ¿cuándo?

El contenido del Plan debe ser tenido en cuenta para orientar las áreas de mejora y para

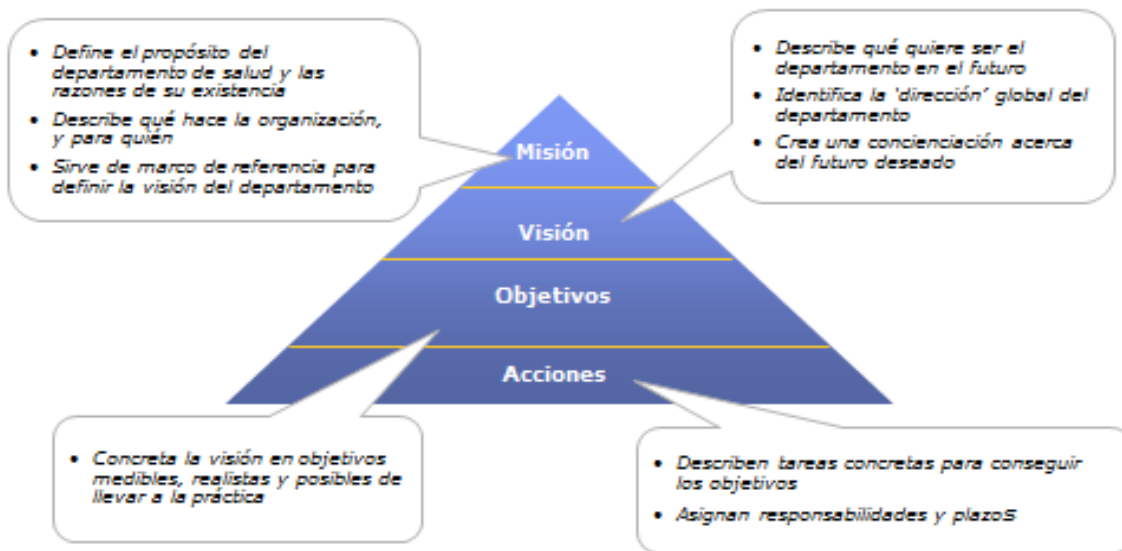
priorizar acciones. En relación con el desarrollo del Plan de Calidad, se valora la oportunidad de potenciar la cultura de la excelencia, la evaluación y la comparación. Se considera que este Plan de Calidad, puede constituir un marco común y un elemento integrador que mejore el conjunto de la gestión (interna y de proveedores externos).

Con objeto de conseguir la normalización de las funciones de calidad asistencial y seguridad del paciente de los departamentos/centros sanitarios y en cumplimiento de la Instrucción 3/2017 emitida por la Conselleria de Sanitat Universal y Salut Pública, se ha constituido recientemente en el Departamento de Salud de Sagunto una **Unidad Funcional de Calidad Asistencial y Seguridad del Paciente (UFCASP)**, grupo multidisciplinar de profesionales del Departamento, encargado de liderar, coordinar e impulsar la calidad y seguridad del paciente dentro del Departamento.



3. MISIÓN, VISIÓN Y VALORES

Orientar las líneas estratégicas del Plan de Calidad departamental implica definir aspectos básicos de la organización, utilizando los siguientes términos



5

MISION

El Departamento de Salud de Sagunto es una estructura territorial sanitaria dependiente de la Consellería de Sanitat Universal y Salut Pública, cuya MISIÓN se formula como sigue:

'Contribuir a la mejora de la salud de la población en nuestra área de influencia, responsabilizándonos de la resolución de los problemas de salud, con criterios de equidad, proporcionando las más altas cotas de humanización, eficiencia y calidad de servicio, e integrando funciones asistencial, docente e investigadora, con las de rehabilitación, prevención de la enfermedad y promoción de la salud, potenciando la relación y coordinación de la atención primaria y la atención especializada contando con un equipo humano cohesionado'

VISIÓN

La visión del Departamento de Salud de Sagunto es la contribuir a la mejora continuada de la calidad a través de una atención asistencial eficiente, ser líder en los servicios que presta, y que se distinga por proporcionar a sus pacientes un servicio asistencial y tecnológico de calidad, que dé respuesta a sus necesidades y expectativas; además de por ser la mejor alternativa para los profesionales por las posibilidades de formación, investigación y desarrollo que ofrece, y por el compromiso de la organización con el paciente, familiares y profesionales.

Contribuir a la mejora continuada de la calidad a través de una atención asistencial eficiente

Proporcionar a sus pacientes un servicio asistencial y tecnológico de calidad, que dé respuesta a sus necesidades y expectativas

Ser la mejor alternativa para los profesionales por las posibilidades de formación, investigación y desarrollo

VALORES

Conjunto de principios y criterios de actuación que condicionan los comportamientos y decisiones de los/las profesionales del Departamento de Salud en su día a día

Compromiso con el paciente. El paciente es nuestra razón de ser, es el protagonista activo de nuestro trabajo. Somos un equipo humano comprometido con los pacientes y familiares, eje central de nuestra misión, procurando que la humanización en el trato, impregne todos los actos asistenciales, mejore la calidad de los cuidados y la seguridad del paciente.

Profesionalidad, integridad y honestidad. Son valores que distinguen la actuación del personal del Departamento, nuestro principal activo, que facilita y fomenta la competencia, la toma de conciencia, la confianza, la comunicación e implicación, el trabajo en equipo para lograr nuestros objetivos y la mejora del clima laboral.

Transparencia y veracidad en la transmisión de la información, tanto en la toma de decisiones y relaciones establecidas entre sus profesionales como las de los pacientes y proveedores. Organización convencida de la necesidad de comunicación interna y externa.

Compromiso con la calidad asistencial en todos sus atributos, así como con la seguridad del paciente, considerada como una dimensión fundamental de la calidad. Mejora continua como principal estrategia de trabajo.

Humanización. Asistencia basada en el respeto, que no vulnere el principio de autonomía de los pacientes, aportando una información clara, comprensible, suficiente y adaptada al estrato cultural del paciente.

Compromiso con la docencia, formación e investigación. El Departamento promueve todas las acciones necesarias para destacar en estas actividades, teniendo como objetivo la búsqueda de la excelencia.

Fomento de la participación ciudadana. Somos una organización abierta a la sociedad, que fomenta su participación en nuestras estructuras: Asociaciones de pacientes, Comité de Bioética Asistencial, CEIC, etc., como garantía de mutuo conocimiento y leal colaboración.

Responsabilidad Social. Somos una organización con vocación de servicio público, aportando nuestros conocimientos, capacidad de gestión e iniciativas en beneficio de la sociedad; y solidaria y respetuosa con el medio ambiente.

4. DIAGNÓSTICO DE SITUACIÓN

1. Población y problemas de salud:

- Se ha experimentado un rápido crecimiento poblacional merced a la inmigración, que conlleva dificultades para adaptar la provisión de los servicios. De 2004 a 2018 se ha pasado de una población atendida de 135.171 habitantes a 153.222.
- Envejecimiento de la población con el consecuente incremento de la demanda de servicios específicos para sus elevadas necesidades. Instalación en el territorio de residencias geriátricas que genera demanda en pacientes en situación de deterioro importante.
- Zona turística en expansión creciente poblacional con periodos temporales de incremento de la demanda.
- Baja densidad de población en una parte del Departamento, Ruralización y dispersión en la comarca del Alto Palancia y poblaciones adyacentes.
- Incremento importante de pacientes oncológicos. Ingresos hospitalización: 353 (2004) a 427 (2016). Consultas externas: 5181 (2004) a 8131 (2016).

2. Recursos humanos

- Plantilla ajustada en el ámbito de la Atención Primaria y deficitaria en varios servicios de Especializada. Crecimiento cero durante muchos años.
- El Departamento presenta un elevado porcentaje de absentismo laboral.
- La edad media de la plantilla es alta. La media de edad en enfermería es de 55 años.
- La valoración global de los recursos humanos es positiva. El personal tiene un elevado nivel de experiencia, formación y cualificación técnica. Madurez profesional.
- No existe un servicio propio de Prevención de Riesgos Laborales. Corresponde la Unidad periférica ubicada en el Hospital Clínico de Valencia
- Acreditación docente del Hospital de Sagunto. Formación de posgrado médica: MIR de Medicina Familiar y Comunitaria, Cirugía Ortopédica y Traumatología, Medicina Interna, Cirugía y Oftalmología.
- Formación de alumnos en prácticas de Enfermería, FP de técnicos de laboratorio y de radiodiagnóstico.
- Formación de alumnos en prácticas de la Universidad privada: Medicina y Enfermería.

3. Estructuras y sistemas

- Disposición reticular de los edificios sanitarios del departamento con centros y consultorios de atención primaria cercanos a su población y ofertas accesibles al usuario en Especializada: Centro de Especialidades en Puerto de Sagunto, Centro de Salud Integral de Segorbe y Hospital de Sagunto.
- El espacio físico de consultas externas en el hospital es claramente insuficiente
- Saturación de los espacios físicos en el Centro de Especialidades, y Centro de Salud de Puçol.
- Edificio del hospital de Sagunto bien diseñado y adecuado a las necesidades, aunque envejecido y falta de mantenimiento a nivel arquitectónico y de infraestructuras. Se detectan deterioros importantes que precisan una solución urgente.

- Nivel tecnológico bueno, aunque muy mejorable. Parte del equipamiento está obsoleto y precisa con urgencia una renovación.
- Inexistencia de un plan de adecuación de infraestructuras, instalaciones y espacios. En fase de elaboración el Plan Director del Hospital y Centro de Especialidades.
- Sistemas de información propios, consistentes y bien desarrollados en A. Especializada por las necesidades de gestión que requirieron su implantación. Pendiente de establecer el proceso de alineamiento con los programas de la Consellería. Buena implantación en la Atención Primaria.
- Urge el desarrollo de un plan de renovación de los equipos de informática en consultas externas y servicios centrales para garantizar la implantación de la historia clínica y la prescripción electrónica.

4. Organización y gestión

- Organización con orientación a los profesionales en mayor medida que a los pacientes,
- Baja implicación del personal sanitario en el modelo organizativo. Escasez de proyectos por unidades asistenciales y centros de actividad.
- Ausencia de hábitos de trabajo en equipo multidisciplinar. Falta de comunicación entre el personal sanitario y competencia interna por los recursos.
- Bajo nivel de autonomía de gestión.
- Marco de relaciones laborales en que se puede hacer muy poco.
- Buenas expectativas en el proceso de integración del Departamento.
- Escasa implantación del sistema de información económico y de la cultura de costes.
- Niveles de productividad altos. Los indicadores de productividad son buenos. Se puede hablar de sobre-optimización de los recursos humanos.
- La estructura de apoyo a la Dirección de Atención Primaria la componen recursos procedentes de diversos centros. No tiene dotación propia.

5. Prestación de servicios

- La cartera de servicios es adecuada.
- La ambulatorización está bastante desarrollada, especialmente en el aspecto quirúrgico, pero tiene un amplio potencial de mejora.
- Las alternativas a la hospitalización tradicional están desarrolladas. El departamento cuenta con unidades de Cirugía Mayor Ambulatoria, Hospital de Día y Unidad de Hospitalización a Domicilio, aunque esta última no está implantada en la comarca del Alto Palancia ni cubre las necesidades en urbanizaciones y núcleos de playa.
- Los tiempos de demora del Departamento son, en general, altos y especialmente altos en algunas especialidades y varias pruebas diagnósticas.
- La Lista de Espera Quirúrgica está bien controlada. El último dato de demora quirúrgica en el departamento (marzo 2018) sitúa la demora media en 44 días, prácticamente la mitad de la media de la Comunitat Valenciana. Está activo el sistema de Autoconcierto para la reducción de la lista de espera quirúrgica y se ha realizado con éxito un plan de choque con un equipo específico por acúmulo de tareas (4 meses).
- Los centros de media-larga estancia y los recursos socio-sanitarios son escasos y de difícil acceso.

6. Financiación y costes

- No existe presupuesto cerrado de gastos corrientes.
- Una parte importante de los costes están vinculados a los servicios externalizados que en la mayoría de los casos han sido licitados desde la Conselleria en lotes que incluyen este departamento. Los servicios externalizados son: mantenimiento general, jardinería, limpieza, seguridad, residuos peligrosos, transporte sanitario, transporte lencería, valija, mantenimiento sistemas informáticos, servicio de alimentación, servicio de resonancias magnéticas.
- Los servicios de mantenimiento general y de alimentación tienen un funcionamiento mixto escasamente operativo, al contar el hospital con plantilla propia de personal de oficios y de cocina.
- Existencia de servicios concertados y no concertados que permiten derivar pruebas diagnósticas (PET-TAC) o tratamientos específicos (Rehabilitación del lenguaje, PET, Oxigenoterapia, Daño cerebral) a centros privados.
- Se constatan buenos resultados sobre el control de costes de Farmacia.
- Rápidos desarrollos en tecnología sanitaria (electromedicina, farmacia) con fuerte demanda para su incorporación suponen un impacto presupuestario altamente significativo y difícil de modular.
- En los últimos años una mejora sustancial del presupuesto de inversiones ha permitido acometer reformas en infraestructuras absolutamente necesarias y actualizar equipamientos obsoletos.

7. Impacto social

- 9
- La libranza al día siguiente en la Atención Continuada rompe la continuidad de la atención de pacientes en A.Primaria y genera insatisfacción de los usuarios por la ausencia de su personal sanitario habitual.
 - Presión sindical media/alta.
 - Buen funcionamiento de las Comisiones de Calidad: Actividad Quirúrgica, Atención y cuidados en la prevención del deterioro de la integridad cutánea (CATIC), Calidad, Cuidados Paliativos, Docencia, Explantes, Farmacia y Terapéutica Hospitalaria (CFT), Historias Clínicas y Sistemas de Información, Infecciones y Política Antibiótica, Investigación, Uso racional de Medicamentos y Productos Sanitarios (CUR), Comité de Bioética Asistencial, Comité de Seguridad y Salud y Comité Ético de Investigación Clínica.
 - Buena imagen en la población, tanto de calidad técnica como de satisfacción.
 - Apoyos institucionales al acercamiento de la asistencia al usuario.
 - Escasa participación del Consejo de Salud del Departamento en la gestión.

5. ANÁLISIS DEL CONTEXTO. DAFO

El primer paso para iniciar el Plan de Calidad 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

ANÁLISIS INTERNO	ANÁLISIS EXTERNO
Debilidades	Amenazas
-Plantilla ajustada en el ámbito de AP y deficitaria en varios servicios de Especializada. Crecimiento cero durante muchos años. -Elevado porcentaje de absentismo laboral. -Edad media de la plantilla alta. -Baja o vacaciones del Personal -Saturación de los espacios físicos en C. Especialidades y consultas externas hospitalarias, -Edificio del hospital de Sagunto envejecido y falto de mantenimiento a nivel arquitectónico y de infraestructuras -Parte del equipamiento obsoleto que necesita con urgencia renovación. -Inexistencia de un plan de adecuación de infraestructuras, instalaciones y espacios. -Baja implicación del personal sanitario en el modelo organizativo. -Escasa implantación del sistema de información económico y de la cultura de costes. -Ausencia de hábitos de trabajo en equipo multidisciplinar -Escasez de proyectos estratégicos por unidades asistenciales y centros de actividad.	-Crecimiento poblacional: inmigrantes y turistas (periodo estival). -Envejecimiento poblacional. Pluripatología y mayor complejidad por paciente -Problemática social (dependencia) -Incremento cuantitativo y cualitativo de la demanda. Dificultad para identificar prioridades. -Baja densidad de población en parte del Departamento: ruralización y dispersión en el Alto Palancia. -Aparición de enfermedades emergentes. -Incremento de pacientes oncológicos. -Dificultades financieras para hacer frente a la demanda. -Plan de inversiones insuficiente -Problemas de accesibilidad a los edificios sanitarios -Rápido crecimiento de costes de tecnología. Dificultad para incorporar nuevas técnicas. -Dificultad para contratar. -Crecimiento no racional de los servicios, por demanda de los pacientes.

-Competitividad interna por los recursos. -bajo nivel de autonomía de gestión -Los servicios de mantenimiento general y de alimentación mantienen un funcionamiento mixto escasamente operativo	-Presiones de asociaciones y grupos. -Riesgo de imagen del sistema sanitario. -Demandas diferentes de las tradicionales. -Problemática social. -Centros de MLE y socio-sanitarios escasos.
Fortalezas	Oportunidades
11 -Valoración global de los recursos humanos -Calidad técnica. Profesionales sanitarios bien preparados y con experiencia -Acreditación docente del Hospital de Sagunto. Formación postgrado MIR: familia, COT, CIR, MI, OFT. -Edificio del Hospital de Sagunto adecuado a las necesidades. -Centros y Consultorios de AP cercanos a su población y ofertas accesible al usuario en Especializada. -Nivel tecnológico bueno, aunque mejorable. -Buena implantación en AP de Sistemas de Información. -Cultura de utilización informática. -Buenas expectativas en el proceso de integración del Departamento. -Niveles de productividad altos. -Cartera de Servicios adecuada. -Ambulatorización bastante desarrollada -Alternativas a la hospitalización tradicional desarrolladas. El Departamento cuenta con unidades de Cirugía Mayor ambulatoria, Hostital de día y Unidad de Hospitalización a Domicilio. -Tiempos de demora del Departamento correctos. -Buenos resultados sobre el control de costes de Farmacia. -Buen funcionamiento de las Comisiones de Calidad -Buena imagen en la población.	-El conjunto de iniciativas por parte de Conselleria abre un amplio abanico de posibilidades. -Desarrollos legales del nuevo gobierno -Entorno favorable para impulsar cambios organizativos: innovación, impulso al cambio. -Obligación de "priorizar". -Mejora de la sostenibilidad. -Impulso para innovar. -Implicación del personal en resultados. -Aflorar responsabilidades. -Buenas expectativas en la integración del Departamento: mejora de la coordinación AP-Especializada. -Acercamiento y coordinación con residencias geriátricas. -Nuevas posibilidades de relación con los pacientes: web, e-mail, ... -Sistemas de trabajo alternativos a distancia. Mayor accesibilidad. -Implicación del paciente en su enfermedad y mayor colaboración en el autocuidado. -Oportunidad para revisar el modelo de relación con el paciente: trato, información. -Oportunidad de imagen. -Mayor disposición a participar. -Retos para investigación. -Desarrollo de un plan de humanización.

6. LÍNEAS ESTRATÉGICAS Y OBJETIVOS DE CALIDAD

Los principios de este Plan se encuentran alineados con los de la Conselleria de Sanitat, y pretende impulsar un cambio cultural en el Departamento que favorezca el liderazgo de los directivos en la gestión de la calidad y que implique a todos los trabajadores.

Se pretende que la mejora continua de la calidad y su evaluación, así como la garantía de la seguridad del paciente, formen parte de las actividades habituales, sea vista como una responsabilidad profesional y como resultado de todo ello, un incremento progresivo del nivel de calidad de la asistencia que se presta a los ciudadanos. Una vez alcanzado el cambio, el Plan de la calidad deberá garantizar que en el departamento esté implantado un sistema para monitorizar, mantener y mejorar la calidad, y que los resultados de la asistencia, medidos desde el punto de vista clínico, de satisfacción y costes, estén dentro de unos estándares de calidad.

El Plan de la calidad y del Departamento de Sagunto se ha elaborado con la finalidad de alcanzar la satisfacción de los pacientes y de los profesionales, lo cual pretende conseguir mediante el desarrollo de una asistencia eficiente, segura y basada en la mejor evidencia científica disponible

Por ello se asumen las siguientes líneas estratégicas.

- LÍNEA ESTRATÉGICA 1: GENERAR, POTENCIAR Y ESTABLECER LAS DIRECTRICES PARA DIFUNDIR CULTURA PROACTIVA DE CALIDAD Y SEGURIDAD
- LÍNEA ESTRATÉGICA 2: INCREMENTAR LA CALIDAD Y SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN SANITARIA
- LÍNEA ESTRATÉGICA 3: PROMOVER LA INFORMACIÓN Y FORMACIÓN EN CALIDAD Y SEGURIDAD. DIFUNDIR MEDIDAS INSTITUCIONALES Y OFRECER TRANSPARENCIA EN LA INFORMACIÓN
- LÍNEA ESTRATÉGICA 4: POTENCIAR LA CERTIFICACIÓN Y/O ACREDITACIÓN RESPECTO SISTEMA ESTABLECIDO EN NORMA RECONOCIDA.
- LÍNEA ESTRATÉGICA 5: IDENTIFICAR, ANALIZAR Y DIFUNDIR LOS RIESGOS SANITARIOS. PROMOVER MEDIDAS DE PREVENCIÓN, MINIMIZACIÓN DE LOS MISMOS.
- LÍNEA ESTRATÉGICA 6: PROMOVER CULTURA DE BUENAS PRÁCTICAS. IMPULSAR CULTURA DE BIOÉTICA DENTRO DE LA ORGANIZACIÓN

Línea Estratégica 1: GENERAR, POTENCIAR Y ESTABLECER LAS DIRECTRICES PARA DIFUNDIR CULTURA PROACTIVA DE CALIDAD Y SEGURIDAD

La estructura de Calidad se complementa con las Comisiones Clínicas quienes deben seguir trabajando en las áreas de su competencia. Son grupos de trabajo que forman parte de la estructura de la calidad en la organización. Elaborando criterios de actuación a partir del consenso entre expertos, por lo que son un instrumento indispensable para la definición de la práctica clínica correcta y adecuada, y permiten resolver de forma interdisciplinar los problemas clínicos.

Las Comisiones Clínicas se consideran unos órganos de participación multidisciplinar de profesionales en la gestión y mejora de la calidad. Su papel es de gran importancia porque constituye un índice de calidad del departamento.

OBJETIVO 1.1- Asesorar al Consejo de Dirección en el diseño e implementación del Plan de Calidad

13

- Línea de actuación 1.1.1- Realización del análisis de contexto (DAFO)
 - o Indicador: DAFO realizado
- Línea de actuación 1.1.2- Elaboración del Plan de Calidad cuatrienal
 - o Indicador: Plan de Calidad realizado

OBJETIVO 1.2- Asesorar, coordinar e impulsar la actividad de las comisiones, comités en materia de calidad asistencial y seguridad del paciente

- Línea de actuación 1.2.1- Elaboración de un Registro de comisiones/comités Departamental.
 - o Indicador: Nº comisiones registradas
- Línea de actuación 1.2.2- Normalización del Reglamento de Régimen Interno de comisiones/comités clínicos no regulados por normativa específica.
 - o Indicador: RRI normalizado

OBJETIVOS	PLAN DE ACCIÓN	INDICADOR	META
Asesorar al Consejo de Dirección en el diseño e implementación del Plan de Calidad	Realización del análisis de contexto (DAFO)	DAFO SI ☐ NO ☐	100%
	Elaboración del Plan de Calidad cuatrienal	Plan de Calidad SI ☐ NO ☐	100%
Asesorar, coordinar e impulsar la actividad de las comisiones, comités en materia de calidad asistencial y seguridad del paciente	Elaboración de un Registro de comisiones/comités Departamental.	Nº comisiones registradas	100%
	Normalización del Reglamento de Régimen Interno de comisiones/comités clínicos no regulados por normativa específica.	RRI normalizado SI ☐ NO ☐	100%

Línea Estratégica 2: INCREMENTAR LA CALIDAD Y SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN SANITARIA

Valorar a las personas que integran una organización es pieza clave para desarrollar las capacidades y fomentar la creatividad de las personas, también, se debe dar un reconocimiento del esfuerzo con objeto de crear motivación.

OBJETIVO 2.1- Normalizar la actividad asistencial para disminuir la variabilidad asistencial y garantizar la continuidad de la atención.

- Línea de actuación 2.1.1- Elaboración y/o actualización de protocolos y procedimientos asistenciales
 - o Indicador: Nº de protocolos y procedimientos asistenciales elaborados y/o actualizados
- Línea de actuación 2.1.2- Elaboración y/o actualización de protocolos y procedimientos administrativos
 - o Indicador: Nº de protocolos y procedimientos administrativos elaborados y/o actualizados

OBJETIVO 2.2- Participar en mecanismos de evaluación de encuestas de clima laboral de los profesionales.

- Línea de actuación 2.2.1- Elaboración de encuestas de clima laboral
 - o Indicador: Nº de profesionales encuestados
- Línea de actuación 2.2.2- Detección de acciones de mejora y comunicación de las mismas a los servicios/unidades/centros implicados.
 - o Indicador: Nº de acciones de mejora comunicadas

OBJETIVO 2.3- Promover un protocolo que facilite la incorporación de nuevos profesionales

- Línea de actuación 2.3.1- Elaborar y/o revisar el protocolo de acogida a los profesionales, implantarlo y difundirlo.
 - o Indicador: Protocolo acogida

OBJETIVO 2.4- Establecer procedimientos normalizados de comunicación interna y externa

- Línea de actuación 2.4.1- Elaboración y/o revisión de procedimientos de comunicación, tanto interna como externa.
 - o Indicador: Procedimientos de comunicación elaborados y/o revisados
- Línea de actuación 2.4.2- Gestión y difusión en intranet de documentación referente a calidad como instrumento para potenciar la cultura de calidad y seguridad.

Indicador: Nº de documentos disponibles actualizados

OBJETIVO 2.5- Colaborar con los Servicios de Atención e Información al Paciente (SAIP)

- Línea de actuación 2.5.1- Asegurar que se lleven a cabo las acciones de mejora propuestas tras el análisis de las reclamaciones y sugerencias.
 - o Indicador: Revisión de acciones de mejora desarrolladas
- Línea de actuación 2.5.2- Reforzar la implantación del protocolo de acogida a los usuarios
 - o Indicador: Protocolo de acogida a usuarios implantado

16

OBJETIVO 2.6- Potenciar la participación del paciente en la mejora de la calidad y seguridad de la atención recibida.

- Línea de actuación 2.6.1- Aplicación de herramientas que posibiliten la participación (grupos focales, participación en jornadas, etc.).
 - o Indicador: Nº de actividades en las que han participado los pacientes/usuarios

17

OBJETIVOS	PLAN DE ACCIÓN	INDICADOR	META
Normalizar la actividad asistencial para disminuir la variabilidad asistencial y garantizar la continuidad de la atención.	Elaboración y/o actualización de protocolos y procedimientos asistenciales	Nº de protocolos y procedimientos asistenciales elaborados y/o actualizados	2 anuales
	Elaboración y/o actualización de protocolos y procedimientos administrativos	Nº de protocolos y procedimientos administrativos elaborados y/o actualizados	2 anuales
Participar en mecanismos de evaluación de encuestas de clima laboral de los profesionales.	Elaboración de encuestas de clima laboral	Nº de profesionales encuestados	20% profesionales del total (Atención Hospitalaria/ Primaria)
	Detección de acciones de mejora y comunicación de las mismas a los servicios/unidades/centros implicados.	Nº de acciones de mejora comunicadas	5 anuales
Promover un protocolo que facilite la incorporación de nuevos profesionales	Elaborar y/o revisar el protocolo de acogida a los profesionales, implantarlo y difundirlo.	Protocolo acogida Si ☐ No ☐	100%
Establecer procedimientos normalizados de comunicación interna y externa	Elaboración y/o revisión de procedimientos de comunicación, tanto interna como externa.	Procedimientos de comunicación elaborados y/o revisados Si ☐ No ☐	100%
	Gestión y difusión en intranet de documentación referente a calidad como instrumento para potenciar la cultura de calidad y seguridad.	Nº de documentos disponibles actualizados	100%
Colaborar con los Servicios de Atención e Información al Paciente (SAIP)	Asegurar que se lleven a cabo las acciones de mejora propuestas tras el análisis de las reclamaciones y sugerencias.	Revisión de acciones de mejora desarrolladas	5 anuales
	Reforzar la implantación del protocolo de acogida a los usuarios	Protocolo de acogida a usuarios implantado Si ☐ No ☐	100%
Potenciar la participación del paciente en la mejora de la calidad y seguridad de la atención recibida.	Aplicación de herramientas que posibiliten la participación (grupos focales, participación en jornadas...)	Nº de actividades en las que han participado los pacientes/usuarios	3 anuales

Línea Estratégica 3: PROMOVER LA INFORMACIÓN Y FORMACIÓN EN CALIDAD Y SEGURIDAD. DIFUNDIR MEDIDAS INSTITUCIONALES Y OFRECER TRANSPARENCIA

Está demostrado que la mejora de los conocimientos de los profesionales en gestión de la calidad es beneficiosa para el departamento, ya que aumenta la motivación del trabajador y contribuye a introducir la filosofía de la Calidad Total.

Por ello, es recomendable elaborar un Plan de Formación en Calidad específico dirigido a la difusión de la cultura, metodología y herramientas de gestión clínica para la mejora continua de la calidad y la eficiencia con el objetivo de que los profesionales se impliquen activamente en los cambios para conseguir las mejoras, mediante una actualización continuada de los conocimientos en el área de la gestión de la calidad.

OBJETIVO 3.1- Difundir la cultura de calidad y seguridad entre los profesionales e impulsar y coordinar su formación.

- Línea de actuación 3.1.1- Plan de Formación anual para la evaluación y mejora de la calidad y seguridad del paciente
 - o Indicador: Nº de cursos

OBJETIVO 3.2- Participación en la evaluación de la satisfacción del usuario que se proponga desde la DG con competencias en calidad así como en las encuestas de satisfacción anuales

- Línea de actuación 3.2.1- Establecimiento de acciones de mejora en las áreas puntuadas negativamente y en los servicios/unidades/centros implicados.
 - o Indicador: Nº de acciones de mejora desarrolladas

OBJETIVOS	PLAN DE ACCIÓN	INDICADOR	META
Difundir la cultura de calidad y seguridad entre los profesionales e impulsar y coordinar su formación.	Plan de Formación anual para la evaluación y mejora de la calidad y seguridad del paciente	Nº de cursos	3 anuales
Participación en la evaluación de la satisfacción del usuario que se proponga desde la DG con competencias en calidad así como en las encuestas de satisfacción anuales	Establecimiento de acciones de mejora en las áreas puntuadas negativamente y en los servicios/unidades/centros implicados.	Nº de acciones de mejora desarrolladas	1 por cada área puntuada negativamente

Línea Estratégica 4: POTENCIAR LA CERTIFICACIÓN Y/O ACREDITACIÓN RESPECTO SISTEMA ESTABLECIDO EN NORMA RECONOCIDA.

OBJETIVO 4.1- Potenciar que se certifiquen y/o acrediten los centros, servicios y establecimientos sanitarios respecto sistema establecido por norma reconocida (ISO, EFQM, etc.), promoviendo que los profesionales sientan la necesidad de acreditarse

- Línea de actuación 4.1.1- Coordinar los procesos de obtención de certificaciones/acreditaciones en materia de calidad y seguridad.
 - o Indicador: Nº de certificaciones/ acreditaciones
- Línea de actuación 4.1.2- Comunicar las certificaciones al Registro Autonómico de Certificados en calidad de centros, servicios y establecimientos sanitarios de la CV.
 - o Indicador: Nº de certificados registrados

19

OBJETIVOS	PLAN DE ACCIÓN	INDICADOR	META
Potenciar que se certifiquen y/o acrediten los centros, servicios y establecimientos sanitarios respecto sistema establecido por norma reconocida (ISO, EFQM, etc.), promoviendo que los profesionales sientan la necesidad de acreditarse	Coordinar los procesos de 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)
	Comunicar las certificaciones al Registro Autonómico de Certificados en calidad de centros, servicios y establecimientos sanitarios de la CV.	Nº de certificados registrados	100%

**Línea Estratégica 5: IDENTIFICAR, ANALIZAR Y DIFUNDIR
LOS RIESGOS SANITARIOS. PROMOVER MEDIDAS DE
PREVENCIÓN, MINIMIZACIÓN DE LOS MISMOS.**

El daño relacionado con la asistencia sanitaria, es aquel que se deriva de los planes y o acciones de un profesional sanitario durante la prestación de asistencia o derivados de ella, el objetivo es reducir al máximo el riesgo de daño innecesario.

La comunicación o declaración de efectos adversos es una herramienta básica de asistencia sanitaria y debe formar parte del proceso asistencial

OBJETIVO 5.1- Potenciar la notificación de eventos adversos a través del Sistema de Identificación, Notificación y Análisis de Incidentes relacionados con la atención sanitaria (SINEA)

- Línea de actuación 5.1.1- Facilitar formación específica en el uso de la herramienta SINEA para todos los profesionales del Departamento.
 - o Indicador: % Profesionales que reciben formación de la herramienta SINEA
- Línea de actuación 5.1.2- Asegurar la formación específica en metodología para el análisis de eventos adversos e incidentes (Análisis Causa-Raíz, AMFE, etc.)
 - o Indicador: Nº de profesionales que se forman en análisis de EA del total de profesionales con necesidad de formación
- Línea de actuación 5.1.3- Consolidar el cumplimiento del informe semestral de SINEA normalizado
 - o Indicador: Informe SINEA ajustado a modelo

OBJETIVO 5.2- Impulsar la difusión e implantación del protocolo de apoyo a las segundas y terceras víctimas de los eventos adversos.

- Línea de actuación 5.2.1- Difusión de protocolo en la intranet y/o formación específica.
 - o Indicador: Protocolo disponible en intranet
- Línea de actuación 5.2.2- Acciones concretas con el fin de minimizar el impacto de los eventos adversos en las 2as y 3as víctimas.
 - o Indicador: Nº de acciones desarrolladas

OBJETIVO 5.3- Garantizar el mantenimiento y mejora continua del Programa de Higiene de Manos recomendado por el SNS.

- Línea de actuación 5.3.1- Realización de auditorías para verificar el cumplimiento del programa en todo el departamento (A. Hospitalaria y A. Primaria).
 - o Indicador: Nº de auditorías en cada servicio/área y total

OBJETIVO 5.4- Garantizar el mantenimiento y mejora continua de prácticas seguras

- Línea de actuación 5.4.1- Potenciar el cumplimiento de protocolos en prácticas seguras mediante auditorías de verificación
 - Programas Zero
 - Check-List quirúrgico
 - Prevención de úlceras por presión
 - o Indicador: Nº de auditorías realizadas para verificar el cumplimiento
- Línea de actuación 5.4.2- Potenciar la elaboración/revisión de protocolos/procedimientos de
 - Conciliación de la medicación
 - Cuidados estandarizados de enfermería
 - Uso adecuado de radiación ionizante
 - Prevención de caídas
 - Identificación de paciente, sus muestras y documentos.
 - o Indicador: Protocolo

22

OBJETIVOS	PLAN DE ACCIÓN	INDICADOR	META
Potenciar la notificación de eventos adversos a través del Sistema de Identificación, Notificación y Análisis de Incidentes relacionados con la atención sanitaria (SINEA)	Facilitar formación específica en el uso de la herramienta SINEA para todos los profesionales del Departamento.	% Profesionales que reciben formación de la herramienta SINEA	25% profesionales
	Asegurar la formación específica en metodología para el análisis de eventos adversos e incidentes (Análisis Causa-Raíz, AMFE, etc.)	Nº de profesionales que se forman en análisis de EA del total de profesionales con necesidad de formación	40% profesionales
	Consolidar el cumplimiento del informe semestral de SINEA normalizado	Informe SINEA ajustado a modelo SI ☐ NO ☐	100%
Impulsar la difusión e implantación del protocolo de apoyo a las segundas y terceras víctimas de los eventos adversos.	Difusión de protocolo en la intranet y/o formación específica.	Protocolo disponible en intranet SI ☐ NO ☐	100%
	Acciones concretas con el fin de minimizar el impacto de los eventos adversos en las 2as y 3as víctimas.	Nº de acciones desarrolladas (Especificarlas)	1 anual
Garantizar el mantenimiento y mejora continua del Programa de Higiene de Manos recomendado por el SNS.	Realización de auditorías para verificar el cumplimiento del programa en todo el departamento (A. Hospitalaria y A. Primaria).	Nº de auditorías en cada servicio/área y total	1 auditoría anual
Garantizar el mantenimiento y mejora continua de prácticas seguras	Potenciar el cumplimiento de protocolos en prácticas seguras mediante auditorías de verificación:		
	• Programas Zero	Nº de auditorías realizadas para verificar el cumplimiento	1 auditoría anual
	• Check-List quirúrgico	Nº de auditorías realizadas para verificar el cumplimiento	1 auditoría anual
	• Prevención de úlceras por presión	Nº de auditorías realizadas para verificar el cumplimiento	1 auditoría anual
	Potenciar la elaboración/revisión de protocolos/procedimientos de:		
	• Conciliación de la medicación	Protocolo SI ☐ NO ☐	100%
	• Cuidados estandarizados de enfermería	Protocolo SI ☐ NO ☐	100%
	• Uso adecuado de radiación ionizante	Protocolo SI ☐ NO ☐	100%
	• Prevención de caídas	Protocolo SI ☐ NO ☐	100%
	• Identificación de paciente, sus muestras y documentos.	Protocolo SI ☐ NO ☐	100%

Línea Estratégica 6: PROMOVER CULTURA DE BUENAS PRÁCTICAS. IMPULSAR CULTURA DE BIOÉTICA DENTRO DE LA ORGANIZACIÓN

OBJETIVO 6.1- Impulsar las Recomendaciones de "NO hacer" elaboradas por las sociedades científicas

- Línea de actuación 6.1.1- Difusión de las Recomendaciones de NO hacer tanto en A. Primaria como en A. Hospitalaria
 - o Indicador: Nº de acciones para la difusión de dichas recomendaciones
- Línea de actuación 6.1.2- Asegurar la implementación de las Recomendaciones de No hacer
 - o Indicador: Nº de actividades para asegurar la implementación.

OBJETIVO 6.2- Poner en valor la importancia del procedimiento de consentimiento informado

- Línea de actuación 6.2.1- Afianzar la implantación del procedimiento para la obtención del consentimiento informado normalizado mediante formación en su correcto uso
 - o Indicador: % de profesionales que reciben formación en su correcto uso

23

OBJETIVOS	PLAN DE ACCIÓN	INDICADOR	META
Impulsar las Recomendaciones de "NO hacer" elaboradas por las sociedades científicas	Difusión de las Recomendaciones de NO hacer tanto en A. Primaria como en A. Hospitalaria	Nº de acciones para la difusión de dichas recomendaciones	2 acciones anuales
	Asegurar la implementación de las Recomendaciones de No hacer	Nº de actividades para asegurar la implementación.	2 actuaciones en Atención Primaria y 2 en Atención Hospitalaria
Poner en valor la importancia del procedimiento de consentimiento informado	Afianzar la implantación del procedimiento para la obtención del consentimiento informado normalizado mediante formación en su correcto uso	% de profesionales que reciben formación en su correcto uso	25% profesionales

7. PLAN DE ACCIÓN

Para desarrollar y llevar a cabo el Plan de Acción (descrito en el apartado anterior), se organizan una serie de grupos de trabajo cuyos miembros están formados por profesionales integrantes de la UFCASP (aunque está abierto a otros profesionales del Departamento), los cuales actúan de forma coordinada colaborando para alcanzar sus objetivos.

Estos Grupos de Trabajo, trabajan en equipo con los Centros /Servicios/Unidades del Departamento, y especialmente con el Servicio de Preventiva, el SAIP, con las Comisiones Clínicas, Comité Bioética Asistencial (CBA) específicamente en cuestiones relativas a consentimiento Informado, Comisión Central de Calidad y Seguridad del paciente y Referentes de Calidad.

El apoyo de los trabajadores de la organización al Plan de Calidad es proporcional al grado de conocimiento que tengan del mismo, de manera que será ignorado si no es comunicado de forma efectiva.

Por lo tanto, es preciso anunciar la implantación del Plan de Calidad a través de los circuitos internos de comunicación, informando convenientemente tanto a los Jefes de Servicio como a los Presidentes de las Comisiones Clínicas, de todos sus puntos, para fomentar su máxima difusión y mostrando la total responsabilidad sobre el mismo por parte de los Órganos de Dirección del Departamento.

8. EVALUACIÓN

La evaluación es la última fase del Plan de Calidad y pretende conocer los problemas que han ido apareciendo en su desarrollo y detectar los fallos para, así, aplicar las medidas correctoras que conduzcan al cambio hacia la mejora de la calidad.

Por ello, se establecerá un sistema de evaluación, que abarcará los diferentes procesos particulares, los proyectos y programas y la globalidad del Plan de Calidad.

La finalidad es poner en marcha una evaluación de todos los aspectos del Plan, que comenzará desde sus primeras fases y se mantendrá de manera indefinida. De esta forma, se establece un programa que permite revisar de forma sistemática y periódica el funcionamiento de los procesos, sus resultados y el grado en el que éstos se aproximan a los estándares marcados

Según sus resultados, 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 anteriormente al describir las acciones a llevar a cabo, junto con su meta o valor objetivo.

9. MEMORIA ANUAL DEL PLAN DE CALIDAD

Para poder hacer un seguimiento preciso de todos los procesos implicados en la calidad debe realizarse un balance de todas las actividades realizadas. Para ello, se registran los métodos de evaluación y los resultados del Plan de Calidad y se presentan en forma de memoria, que debe contener los temas tratados durante el año natural, informes, propuestas de planificación/mejora y resultados obtenidos. También se incluirá una relación de los equipos/grupos de mejora constituidos, sus componentes, plan de acción y resultados. La memoria de la UFCASP se remitirá a la Gerencia del Departamento y a la Dirección General con competencias en materia de calidad

Este documento permite, también, comparar con los resultados obtenidos en años anteriores si procede.

A nivel de la Conselleria de Sanitat, permite la comparación entre los diferentes centros del sistema sanitario y con el conjunto de todos ellos.

En base a los resultados de la comparación de indicadores, se pueden buscar las causas de los problemas y, tras su análisis, proponer soluciones, lo que supondrá una mejora continuada en la calidad asistencial.

Asimismo, el conocimiento generalizado de los resultados dentro del Departamento puede ser estimulante y motivador para los profesionales y les permitirá tomar conciencia de que verdaderamente se realizan acciones para aumentar la satisfacción de los profesionales y pacientes, aumentando la calidad asistencial y la seguridad del paciente.

10. NORMATIVA VIGENTE

- Instrucción 3/2017 emitida por la Conselleria de Sanitat Universal y Salud Pública para la Normalización de Calidad Asistencial y Seguridad del Paciente de los departamentos/centros de la Conselleria de Sanitat Universal y Salud Pública.
- Plan de Salud 2016-2020 de la Comunitat Valenciana
- Indicadores Acuerdos de Gestión 2018
- 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 de los entes, organismos y entidades del sector público dependientes de la Generalitat. (DOCV núm. 6250 de 21/04/2010)
- Ley 10/2014, de 29 de diciembre, de la Generalitat, de Salud de la Comunitat Valenciana.