



**PLAN DE CALIDAD**  
**DEPARTAMENTO DE SALUD DE SAGUNTO**  
**2022-2025**



**GENERALITAT  
VALENCIANA**

Conselleria de Sanitat  
Universal i Salut Pública

## Índice

- 1. PRESENTACIÓN**
- 2. INTRODUCCIÓN**
- 3. LÍNEAS ESTRATÉGICAS Y OBJETIVOS DE CALIDAD**
  - 3.1 LÍNEA ESTRATÉGICA 1. GENERAR, POTENCIAR Y DIFUNDIR LA CULTURA DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE**
  - 3.2 LÍNEA ESTRATÉGICA 2. INCREMENTAR LA CALIDAD Y SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN SANITARIA PRESTADA**
  - 3.3 LÍNEA ESTRATÉGICA 3. DIFUNDIR LA CULTURA DE CALIDAD Y SEGURIDAD EN LA ORGANIZACIÓN.**
  - 3.4 LÍNEA ESTRATÉGICA 4. POTENCIAR EL USO DE MODELOS Y HERRAMIENTAS DE GESTIÓN**
  - 3.5 LÍNEA ESTRATÉGICA 5. GARANTIZAR LA SEGURIDAD DE TODOS LOS PROCESOS mediante la gestión de riesgos sanitarios**
  - 3.6 LÍNEA ESTRATÉGICA 6. PROMOVER LA CULTURA DE BUENAS PRÁCTICAS E IMPULSAR LA CULTURA DE BIOÉTICA DENTRO DE LA ORGANIZACIÓN.**
  - 3.7 LÍNEA ESTRATÉGICA 7. CONTRIBUIR A PONER EN VALOR A LOS/LAS PROFESIONALES DEL SISTEMA SANITARIO**
- 4. PLAN DE ACCIÓN**
- 5. EVALUACIÓN Y MEMORIA ANUAL DEL PLAN DE CALIDAD**
- 6. NORMATIVA VIGENTE**

---

## PRESENTACIÓN

La población de nuestro Departamento de Salud ha cambiado en las últimas décadas. Somos una sociedad más longeva y envejecida, con mayor prevalencia de enfermedades crónicas y dependencia, y aunque esto indudablemente nos plantea nuevos retos, consideramos que es debido, entre otros motivos, al resultado de nuestro buen desempeño como sistema sanitario.

Somos también una sociedad con mayor acceso a diferentes fuentes de información, incluida la información sobre salud, y que alberga mayores expectativas (también exigencias) sobre la disponibilidad y calidad de los servicios, sobre todo después de que nuestra sociedad haya sufrido la pandemia del COVID-19.

La mejora de la calidad y la seguridad del paciente en 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.

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

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

---

paciente y su proceso asistencial, aspirando en todo momento la excelencia en el ejercicio profesional.

El nuevo Plan de Calidad del Hospital de Sagunto forma parte de un proceso estratégico que incorpora la calidad en todos sus ámbitos, con la finalidad de optimizar la asistencia integral de las personas.

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.

---

# INTRODUCCIÓN

Este documento nace con el objetivo de facilitar el despliegue en nuestro Departamento de Salud de Sagunto de las líneas estratégicas y los los objetivos establecidas por la Consellería de Sanidad Universal y Salud Pública en materia de calidad 2022-2025 relacionados con la gestión de la calidad y la mejora de la seguridad del paciente. Para su elaboración se han tenido en cuenta la Instrucción 6/2022/GAD de Actualización de las funciones de calidad asistencial y seguridad de los pacientes en los departamentos de salud. Plan de Calidad Asistencial y Seguridad del Paciente, que tiene por objeto definir y actualizar las funciones básicas y comunes de calidad asistencial y seguridad del paciente de los departamentos de salud, incluyendo a los centros sanitarios multidepartamentales de la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública.

El empeño de este plan será promover su puesta en marcha de manera eficiente, trabajando en el diseño de herramientas corporativas y facilitando la coordinación y colaboración entre los distintos Servicios y el intercambio de conocimiento y buenas prácticas dentro de la organización.

Su objetivo final será mejorar la calidad de nuestro Departamento de salud y contribuir a su sostenibilidad disminuyendo los “costes de la no calidad”. Unos costes que solamente en el ámbito de la seguridad del paciente se han estimado en 1200 millones € anuales para el conjunto del SNS.

Desde el convencimiento de que la calidad asistencial y la seguridad del paciente son responsabilidad de todos los integrantes de nuestra organización y que todos han de comprometerse en su logro, el Departamento de Salud de Sagunto ha desarrollado este 'Plan de Calidad y Seguridad del Paciente 2022-2025' que contempla varios proyectos o ejes de intervención orientados a potenciar la calidad y la seguridad del paciente como valores intrínsecos de la atención sanitaria. Éste Plan de Calidad, pretende ser un marco de referencia que guíe al Departamento a planificar, implantar,

---

mantener y evaluar las acciones que añadan valor añadido a nuestra Organización, en línea con las estrategias del Departamento a medio plazo.

Es en este contexto, el 'Plan de Calidad y Seguridad del Paciente 2022-2025' del Departamento de Salud de Sagunto se justifica desde la consideración de que el compromiso con la calidad y con la seguridad del paciente son elementos clave e inherentes a la actividad asistencial, siendo necesario progresar de forma continua en su desarrollo, para lo que se precisa seguir incorporando prácticas seguras básicas en los modelos organizativos y de trabajo, además de asegurar los estándares en ambas materias para garantizar la mejor atención a los pacientes; y mejorar la organización de los procesos, potenciando el trabajo en equipo entre las diferentes categorías profesionales.

---

# LÍNEAS ESTRATÉGICAS Y OBJETIVOS DE CALIDAD

## LÍNEA ESTRATÉGICA 1

### GENERAR, POTENCIAR Y DIFUNDIR LA CULTURA DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

GENERAR, POTENCIAR Y DIFUNDIR LA CULTURA DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE entre las personas usuarias y profesionales de todos los centros que permita incrementar el sentido de pertenencia a la organización:

#### Objetivo 1

**Establecer directrices que fomenten la calidad asistencial y seguridad** del paciente y de las personas usuarias en los centros, adecuándola a sus características y a la estrategia global del departamento de salud.

##### Plan de acción:

- a. Elaborar e implementar una política y marco institucional en materia de calidad y seguridad del paciente para el departamento de salud.
- b. 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.
- c. Incluir en la estrategia global del departamento el plan de calidad asistencial y seguridad del paciente.

#### Objetivo 2

**Impulsar la actividad de las comisiones clínicas de garantía de calidad.** Deben existir en el Departamento al menos las siguientes comisiones clínicas: historias clínicas; tejidos y tumores; mortalidad; infecciones y profilaxis; política antibiótica, farmacia y terapéutica

---

hospitalaria y farmacia y terapéutica en atención primaria y sociosanitaria; docencia y formación, y comités éticos de investigación clínica.

**Plan de acción:**

- a. Mantener un registro departamental de comisiones/comités.
- b. Normalizar reglamentos internos de comisiones/comités clínicos departamentales no regulados por normativa específica.

---

## LÍNEA ESTRATÉGICA 2

### INCREMENTAR LA CALIDAD Y SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN SANITARIA PRESTADA

INCREMENTAR LA CALIDAD Y SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN SANITARIA PRESTADA a usuarios/as de acuerdo con los conocimientos disponibles en cada momento.

#### Objetivo 1

**Potenciar la estandarización de procesos** con el fin de disminuir la variabilidad en la práctica asistencial.

##### **Plan de acción:**

- a. Normalizar procesos administrativos en todos los ámbitos de atención del Departamento de salud. Será necesario que el Departamento cuente con un proceso de gestión documental, en el que se defina la identificación de la documentación, el circuito de aprobación documental, la difusión, registro, conservación y actualización de los documentos que se generen en materia de calidad y seguridad del paciente.
- b. 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 y basados en la evidencia científica, que garanticen la continuidad de la atención, faciliten la disminución de la variabilidad asistencial y mejoren la efectividad clínica. Entre ellos por su especial relevancia, el proceso de atención integral a paciente con dolor.
- c. 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.

d. 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.

## Objetivo 2

**Potenciar la participación del usuario en la mejora continua de la calidad asistencial.**

### **Plan de acción:**

- a. Detectar áreas de mejora derivadas del análisis de las encuestas de satisfacción anuales e implantar acciones en aquellas áreas que se desvíen de su tendencia respecto a años anteriores y/o respecto al estándar.
- b. Gestionar agradecimientos, reclamaciones y sugerencias de pacientes y usuarios/as como elemento de mejora continua de la calidad.
- c. Elaborar y/o revisar el protocolo normalizado de acogida del paciente que favorezca el trato personalizado y de respeto.
- d. Impulsar herramientas para la participación de los/las pacientes y ciudadanos/as en la toma de decisiones y/o en su autocuidado.
- e. Implementar cartas de servicios de las distintas unidades del Departamento.
- f. Promover la correcta identificación de personal voluntario que desarrolla tareas en el departamento de salud.

---

## LÍNEA ESTRATÉGICA 3

### DIFUNDIR LA CULTURA DE CALIDAD Y SEGURIDAD EN LA ORGANIZACIÓN.

#### Objetivo 1

**Difundir e impulsar las medidas institucionales de seguridad clínica del paciente.**

**Plan de acción:**

- a. Potenciar la implementación y difusión del programa de Cirugía Segura, IQZ y proyectos Zero del Ministerio de Sanidad.
- b. Impulsar jornadas que favorezcan la difusión de los días mundiales de calidad y seguridad del paciente.
- c. Promover el uso de la herramienta de notificación de efectos adversos e incidentes relacionados con la seguridad (SINEA) así como potenciar el análisis de aquellos eventos notificados utilizando una metodología homogénea.

#### Objetivo 2

**Ofrecer transparencia en la información sobre la atención sanitaria proporcionada, así como sobre las normas y directrices de calidad.**

**Plan de acción:**

- a. Impulsar la aplicación/utilización de soluciones digitales para mejorar la seguridad en la atención de la salud.
- b. Actualizar la información contenida en páginas web departamentales en los aspectos relacionados con la Calidad Asistencial.

- 
- c. Difundir los resultados anuales del PCAySP en el Consejo de Salud departamental y en aquellos medios que se consideren oportunos por el Consejo de Dirección.

### Objetivo 3

**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.

**Plan de acción:**

- a. Promover la formación de los/las profesionales para adquirir conocimientos, habilidades y competencias en materia de calidad y seguridad del paciente.
- b. Elaborar un Plan de formación de calidad y seguridad del paciente que incluya formación en herramientas de análisis de riesgos.
- c. Incorporar sesiones clínicas de materias relacionadas con la calidad y seguridad del paciente.

---

## LÍNEA ESTRATÉGICA 4

### POTENCIAR EL USO DE MODELOS Y HERRAMIENTAS DE GESTIÓN

POTENCIAR EL USO DE MODELOS Y HERRAMIENTAS DE GESTIÓN que permitan 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 (GERCA) como medida de reconocimiento al esfuerzo realizado por los profesionales y dar transparencia y visibilidad a la ciudadanía de la calidad de los servicios.

#### Objetivo 1

Favorecer la **certificación y/o acreditación** de los centros/servicios/unidades sanitarias respecto a los sistemas establecidos por norma reconocida (ISO, EFQM...).

##### **Plan de acción:**

- a. Promover procesos de obtención y/o actualización de certificaciones/acreditaciones en materia de calidad y seguridad.
- b. Destinar recursos dedicados a obtener procesos de certificación /acreditación.
- c. Registrar y comunicar las certificaciones al Registro Autonómico de Certificados en calidad de centros, servicios y establecimientos sanitarios de la CV.
- d. 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.

---

## LÍNEA ESTRATÉGICA 5

### **GARANTIZAR LA SEGURIDAD DE TODOS LOS PROCESOS mediante la gestión de riesgos sanitarios**

#### Objetivo 1

**Liderar la gestión de riesgos asociados a la asistencia sanitaria:**

**Plan de acción:**

- a. Consolidar el compromiso del Departamento de salud de fomentar la cultura de seguridad.
- b. Elaborar un mapa de riesgos asociado al mapa de procesos del departamento que permita un análisis periódico de los riesgos asociados a la asistencia sanitaria y la puesta en marcha de acciones para prevenir o reducir los efectos de un EA.
- c. Gestionar de forma proactiva los riesgos asociados a la asistencia sanitaria, incorporando metodologías tales como el análisis modal de fallos y efectos (AMFE).

#### Objetivo 2

**Prevenir infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS).** Identificar y disminuir los riesgos de contraer y transmitir infecciones entre pacientes y profesionales sanitarios.

**Plan de acción:**

- a. Implantar/cumplir procedimientos/programas relacionados con el control de IRAS para disminuir las infecciones relacionadas con la asistencia.

#### Objetivo 3

**Identificar correctamente al paciente y sus muestras.** El establecimiento de medidas que garanticen la correcta identificación del paciente y sus muestras es una práctica recomendada por organizaciones internacionales.

### Plan de acción:

a. 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.
- Identificación inequívoca al recién nacido antes de salir del paritorio y en presencia de la madre o familiar, siempre que sea posible.
- Identificación de la titularidad del documento clínico de cada usuario, que se utilice durante la asistencia sanitaria.
- Etiquetado/identificación de las muestras biológicas y pruebas de imagen en el mismo momento de su obtención.

b. Implantar acciones que aseguren la trazabilidad, de muestras biológicas, determinantes para el diagnóstico, desde el origen de obtención de la muestra.

## Objetivo 4

**Uso seguro del medicamento.** El análisis y la gestión de los errores de medicación detectados por los profesionales sanitarios durante su actividad, es una estrategia esencial para mejorar la calidad y seguridad del uso de medicamentos, y un elemento clave para crear una cultura de seguridad facilitando el intercambio de experiencias y lecciones aprendidas.

### Plan de acción:

a. 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.

b. Gestión de incidentes/alertas de medicamentos/productos sanitarios de los sistemas de notificación.

- c. Implantar prácticas seguras con los medicamentos de alto riesgo.
- d. Cumplir el protocolo de conciliación de los medicamentos durante las transiciones asistenciales.
- e. Promover la optimización de uso de antimicrobianos para reducir el riesgo de generación de resistencias.

## Objetivo 5

**Notificación y análisis de eventos adversos (EA).** Los sistemas de notificación nos dan la oportunidad de aprender de la experiencia para prevenir los errores.

### **Plan de acción:**

- a. Potenciar el uso de la notificación y gestión de eventos adversos en el sistema de identificación, notificación y análisis de incidentes relacionados con la atención sanitaria (SINEA).
- b. Analizar los EA como área de mejora continua.
- c. Impulsar el protocolo de apoyo a las segundas y terceras víctimas de efectos adversos.

## Objetivo 6

**Seguridad en procesos asistenciales.** Garantizar la seguridad del paciente/usuario:

### **Plan de acción:**

1. Promover la elaboración/revisión de protocolos relacionados con la seguridad del paciente, y especialmente en las siguientes áreas:
  - a. área quirúrgica.
  - b. procesos diagnósticos y terapéuticos con radiaciones ionizantes.
  - c. procesos oncológicos de quimioterapia.
  - d. prevención de caídas y lesiones asociadas.

- e. prevención de úlceras por presión.
- f. seguridad en las contenciones mecánicas.
- g. abordaje integral del dolor.
- h. prevención de reacciones alérgicas al látex.
- i. actuación ante Parada Cardiorespiratoria y control de carros de parada.
- j. inserción, cuidados y mantenimiento de dispositivos invasivos como catéteres, sondas, drenajes.
- k. cualquier otra que se considere.

2. Promover la elaboración de plan de cuidados individualizado para cada paciente en el que se contemple la evaluación de riesgos, las escalas de valoración y las acciones preventivas adecuadas que se evalúan de manera periódica.

**Seguridad en procesos de soporte a la asistencia:** Las políticas de gestión medio ambientales no adecuadas pueden tener un gran impacto en la sociedad. Una adecuada gestión de las infraestructuras y los residuos aumenta la seguridad de pacientes, usuarios y profesionales, y contribuye a la protección del medio ambiente potenciando la cultura de ecología y salud.

**Plan de acción:**

- a. Promover el uso seguro de las instalaciones y equipos disponibles en el Departamento.
- b. Elaborar y/o revisar procedimientos de control de caducidad de material fungible, así como potenciar las políticas de reciclado.
- c. Implantar en el Departamento de salud la gestión de residuos derivados de la asistencia. El Departamento contará con un procedimiento que regule dicha gestión.

---

## Objetivo 7

**Garantizar el mantenimiento y la mejora continua del programa de Higiene de Manos (HM) recomendado por el SNS en todos los centros sanitarios.**

**Plan de acción:**

- a. Realización de auditorías para verificar el cumplimiento del programa en todo el Departamento (A. Hospitalaria, A. Primaria y Salud Pública).
- b. Elaboración, difusión e implementación de las campañas de HM coincidiendo con el día mundial.
- c. Seguimiento de los indicadores de HM contemplados en la estrategia mundial

---

## LÍNEA ESTRATÉGICA 6

### PROMOVER LA CULTURA DE BUENAS PRÁCTICAS E IMPULSAR LA CULTURA DE BIOÉTICA DENTRO DE LA ORGANIZACIÓN.

#### Objetivo 1

**Promover las recomendaciones de "NO HACER"** según la evidencia científica, e identificar aquellas prácticas locales que aporten los mejores resultados (benchmarking).

**Planes de acción:**

- a. Difundir e implementar las “Recomendaciones de NO hacer” en la practica sanitaria.  
([http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/cal\\_sccc.htm](http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/cal_sccc.htm) )

#### Objetivo 2

**Poner en valor la humanización** como “forma de cuidar y curar al paciente como persona, con base en la evidencia científica, incorporando la dimensión de la dignidad y la humanidad del paciente y estableciendo una atención basada en la confianza y empatía, y contribuyendo a su bienestar y a los mejores resultados posibles en salud”

**Plan de acción:**

- a. Poner en valor del procedimiento de información y consentimiento informado como un derecho del paciente, y afianzar la utilización de los documentos normalizados de consentimiento informado (CI) publicados en la página web de la Conselleria de SUYSP.
- b. Impulsar la formación en materia de bioética entre los profesionales del departamento, especialmente en aquellas materias que protección de derecho de pacientes (eutanasia...).

---

c. Potenciar la labor de los comités de bioética asistenciales como referentes en materia de bioética en el departamento de salud.

---

## LÍNEA ESTRATÉGICA 7

### CONTRIBUIR A PONER EN VALOR A LOS/LAS PROFESIONALES DEL SISTEMA SANITARIO

#### Objetivo 1

**Poner en valor a los/as profesionales sanitarios, teniendo en cuenta sus necesidades.**

**Plan de acción:**

- a. Elaborar encuestas de clima laboral, detectar áreas de mejora e implantar acciones.
- b. Comunicar las áreas de mejora a los servicios/unidades/centros implicados.
- c. Disponer de un protocolo de acogida actualizado para los profesionales que favorezca su integración, facilitando el inicio de su relación laboral con el centro.
- d. Promover mecanismos de participación de los profesionales en la definición de valores, y consecución de objetivos.
- e. Promover la correcta identificación de profesionales.

#### Objetivo 2

**Promover la cultura de la innovación como elemento facilitador del desarrollo profesional.**

**Plan de acción:**

- a. Implementar herramientas de comunicación interna como elemento facilitador del desarrollo profesional.
- b. Promover la implementación de guías de buenas prácticas como mecanismo de comparación entre departamentos, que facilite el

---

benchmarking con el objetivo de aprender de la experiencia de los demás y extraer ideas aplicables al centro/departamento.

c. Establecer mecanismos para identificar prácticas innovadoras estableciendo proceso de selección y priorización de iniciativas más beneficiosas para el Departamento.

---

## 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 que tengan nuestros trabajadores y profesioneales del Departamento al Plan de Calidad, es proporcional al grado de conocimiento que tengan del mismo, de manera que será éste 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.

---

# EVALUACIÓN Y MEMORIA ANUAL DEL PLAN DE CALIDAD

La finalidad es poner en marcha una evaluación de todos los aspectos del Plan de Calidad, 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.

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 contienen los temas tratados durante el año natural, informes, propuestas de planificación/mejora y resultados obtenidos. También se incluye una relación de los equipos/grupos de mejora constituidos, sus componentes, plan de acción y resultados.

La memoria de la UFCASP se remite a la Gerencia del Departamento y a la Dirección General con competencias en materia de calidad

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

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.

---

## NORMATIVA VIGENTE

- Instrucción: 6/2022/GAD emitida por la Conselleria de Sanitat Universal y Salud Pública para Actualización de las funciones de calidad asistencial y seguridad de los pacientes en los departamentos de salud. Plan de Calidad Asistencial y Seguridad del Paciente.
- 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.
- 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.