

PLAN DE CALIDAD ASISTENCIAL Y SEGURIDAD DEL PACIENTE (P C A y S P)

DEPARTAMENTO DE SALUD DE GANDIA (2022-2025)

INDICE:

- 1. Introducción**
- 2. Líneas estratégicas**
- 3. Objetivos estratégicos**

Introducción.

La Ley 14/1986, de 25 de Abril, General de Sanidad, establece en su artículo 69.2 : *“La evaluación de la calidad de la asistencia prestada deberá ser un proceso continuado que informará todas las actividades del personal de salud y de los servicios sanitarios del Sistema Nacional de Salud...”*

La Ley 10/2014, de 29 de diciembre, de la Generalitat, de Salud de la Comunidad Valenciana, en su artículo 10 expresa: *“ 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. La conselleria competente en materia de sanidad impulsará la implantación de sistemas de gestión de calidad y seguridad en los centros sanitarios públicos y privados”*.

El Plan de Salud de la Comunidad Valenciana (2022-2030) es el instrumento estratégico de planificación y programación de las políticas de salud en la Comunidad Valenciana. Se organiza en torno a 3 líneas estratégicas principales, de las que se derivan 34 objetivos estratégicos, y concretamente el objetivo 3.6 incluido en la línea tercera dice: *“ Aumentar la calidad en todos sus componentes y en los diferentes ámbitos y niveles del sistema sanitario”* y dentro de las acciones explicita: *“... Impulsar la cultura de la calidad y seguridad en el ámbito departamental, abarcando tanto a los centros asistenciales como en la estructura de salud pública”*.

La Instrucción 6/2022 de la Secretaría Autonómica de Eficiencia y Tecnología Sanitaria de la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública, para la 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, en su apartado cuarto dice: *“Con el objetivo de lograr la mejora continua, cada departamento*

de salud/centro debe implementar el Plan de Calidad Asistencial y Seguridad del Paciente (ANEXO II) de la Comunidad Valenciana. Este plan contempla las recomendaciones en materia de calidad y seguridad emitidas por organismos internacionales y nacionales (OMS, Consejo de la Unión Europea, Ministerio de Sanidad) y por la Conselleria de Sanidad Universal y Salut Pública.

Dicho Plan, se debe adaptar a las características concretas y tipología de cada entorno ...”.

Esta Instrucción incluye el documento marco de Plan de Calidad Asistencial y Seguridad del Paciente, contiene las líneas estratégicas, objetivos, planes de acción, metas y es el contenido mínimo que se debe implementar en el Departamento.

El Plan de Calidad Asistencial y Seguridad del Paciente del Departamento de Salud de Gandia (2022-2025), en adelante PCAySP, responde a estos preceptos. Está redactado de conformidad con lo establecido en la Instrucción 6/2022.

En el PCAySP se han teniendo en cuenta los comentarios/aportaciones de los Centros/Servicios/Unidades del Departamento, pues han sido comunicados previamente los objetivos estratégicos antes de su aprobación.

El presente PCAySP ha sido aprobado por la Comisión de Dirección del Departamento de Salud de Gandia con fecha 28/06/2023.

Líneas estratégicas

El PCAySP engloba las **7** líneas estratégicas siguientes fijadas por la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública:

1. *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.*
2. *INCREMENTAR LA CALIDAD Y SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN SANITARIA PRESTADA a usuarios/as de acuerdo con los conocimientos disponibles en cada momento.*
3. *DIFUNDIR LA CULTURA DE CALIDAD Y SEGURIDAD EN LA ORGANIZACIÓN.*
4. *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.*
5. *GARANTIZAR LA SEGURIDAD DE TODOS LOS PROCESOS mediante la gestión de riesgos sanitarios.*
6. *PROMOVER LA CULTURA DE BUENAS PRÁCTICAS E IMPULSAR LA CULTURA DE BIOÉTICA DENTRO DE LA ORGANIZACIÓN.*
7. *CONTRIBUIR A PONER EN VALOR A LOS/LAS PROFESIONALES DEL SISTEMA SANITARIO.*

Objetivos estratégicos

El PCAySP del Departamento de Salud de Gandia tiene carácter cuatrienal (2022-2025), contiene **24 objetivos estratégicos** incluidos en las 7 líneas estratégicas fijadas por la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública.

Cada objetivo estratégico contempla:

- **Planes de Acción:** Actuaciones a realizar.
- **Indicador:** Instrumentos que permiten medir la marcha del proceso.
- **Meta:** Sería el objetivo mínimo exigido.

Desglose de objetivos:

| Línea estratégica nº. | Nº. Objetivos estratégicos |
|-----------------------|----------------------------|
| 1 | 2 |
| 2 | 5 |
| 3 | 4 |
| 4 | 1 |
| 5 | 8 |
| 6 | 2 |
| 7 | 2 |

Línea estratégica nº. 1: Generar, potenciar y difundir la cultura de calidad y seguridad del paciente.

Objetivo estratégico nº. 1 (L-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.*

PLAN DE CALIDAD ASISTENCIAL Y SEGURIDAD DEL PACIENTE-DEPARTAMENTO DE SALUD DE GANDIA (2022-2025)

| PLAN DE ACCIÓN | INDICADOR | META |
|--|--|------|
| 1. <i>Elaborar una política y marco institucional en materia de calidad y seguridad del paciente para todo el departamento de salud/centro</i> | <i>Política de Calidad</i> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | 100% |
| 2. <i>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.</i> | <i>DAFO</i> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | 100% |
| 3. <i>Incluir en la estrategia global del departamento/centro el plan de calidad y seguridad del paciente.</i> | <i>Estrategia del centro con incorporación del Plan de Calidad.</i> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | 100% |

Objetivo estratégico nº. 2 (L-1): *Impulsar la actividad de las comisiones clínicas de garantía de calidad.*

| PLAN DE ACCIÓN | INDICADOR | META |
|---|---|-----------------------|
| 1. <i>Mantener un registro de comisiones/comités Departamental.</i> | <i>Nº comisiones registradas</i> | 100% |
| 2. <i>Normalizar reglamentos internos de comisiones/comités clínicos departamentales no regulados por normativa específica.</i> | <i>nº de Comisiones/Comités con reglamento de funcionamiento normalizado</i> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | 100% |
| 3. <i>Publicar en "intranet" y/o página web Departamento las actas de las Comisiones de Calidad</i> | <i>Nº. Actas Comisiones de Calidad publicadas/año</i> | 17 |
| 4. <i>Creación de la Comisión de Calidad Medioambiental y Sostenibilidad con el objetivo de implantar un sistema integral de gestión medioambiental</i> | <i>Creación de la Comisión</i> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> <i>Nº. Actuaciones realizadas</i> | 100% 3 anuales |

Línea estratégica nº. 2: Incrementar la calidad y seguridad de la atención

sanitaria prestada.

Objetivo estratégico nº. 1 (L-2): Potenciar la estandarización de procesos con el fin de disminuir la variabilidad en la práctica asistencial.

| PLAN DE ACCIÓN | INDICADOR | META |
|---|---|--|
| 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 |
| 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 |
| 3. 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 SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | 100% |
| 4. 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 SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | 100% |
| 5. Revisión y actualización del protocolo de actuación de la ruta asistencial de la Diabetes Mellitus Tipo 2 por cambios en guías clínicas, recursos humanos y materiales, medicación, pruebas de tratamiento, etc. | Actualización del documento de referencia Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Mejorar el control de la Diabetes Mellitus Tipo 2 por encima de la Comunidad Valenciana | Bianual Anual |

Objetivo estratégico nº. 2 (L-2): Potenciar la participación del usuario en la

mejora continua de la calidad asistencial.

| PLAN DE ACCIÓN | INDICADOR | META |
|--|---|-----------------------|
| 1. <i>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.</i> | <i>Nº de acciones de mejora implementadas /año</i> | <i>> 5 anuales</i> |
| 2. <i>Gestionar agradecimientos, reclamaciones y sugerencias de pacientes y usuarios/as como elemento de mejora continua de la calidad.</i> | <i>Registro PIGAP</i> | <i>100%</i> |
| 3. <i>Elaborar y/o revisar el protocolo normalizado de acogida de pacientes que favorezca el trato personalizado y de respeto.</i> | <i>Protocolo de acogida a usuarios revisado Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></i> | <i>100%</i> |
| 4. <i>Impulsar herramientas para la participación de los/las pacientes y ciudadanos/as en la toma de decisiones y/o en su autocuidado</i> | <i>Nº de actividades en las que han participado los pacientes/usuarios</i> | <i>3 anuales</i> |
| 5. <i>Implementar cartas de servicios de las distintas unidades del departamento/centro.</i> | <i>Nº cartas de servicios</i> | <i>1 año</i> |
| 6. <i>Promover la correcta identificación de personal voluntario que desarrolla tareas en el departamento de salud/centro.</i> | <i>Registro de personal voluntario Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></i> | <i>100%</i> |

Objetivo estratégico nº. 3 (L-2): *Impulsar la introducción de guías clínicas dentro de las utilidades de la historia clínica electrónica.*

El envejecimiento de la población y el aumento de la cronicidad y complejidad de los pacientes han puesto de manifiesto la necesidad de mejorar la continuidad de los

cuidados y racionalizar pruebas diagnósticas y terapéuticas, cuando el paciente es atendido por diferentes profesionales.

Las guías asistenciales electrónicas son una herramienta de ayuda al profesional en la tarea de mejorar la coordinación entre niveles asistenciales.

| PLAN DE ACCIÓN | INDICADOR | META |
|---|---|------|
| 1. Finalizar el diseño de las rutas asistenciales de la Lumbalgia e Insuficiencia cardíaca e Implementación de las rutas dentro utilidades Hª.Clínica electrónica; Pilotaje, revisión y análisis resultados obtenidos y puesta en marcha mejoras necesaria. | Codificación CIE10 Lumbalgia e Insuficiencia cardíaca en ABUCASIS | 100% |
| | Codificación CIE10 Lumbalgia e Insuficiencia cardíaca en ORION CLINIC | 100% |

Objetivo estratégico nº. 4 (L-2): Mejora de la información al ciudadano.

La mejora de la información al ciudadano se contempla como un objetivo que favorezca la participación del mismo en las decisiones que afecten a su salud.

| PLAN DE ACCIÓN | INDICADOR | META |
|--|---|------|
| 1. Promover hábitos saludables. Elaboración de recomendaciones preventivas periódicas sobre: Vacunaciones, alimentación, nutrición, actividad física, prevención obesidad en población infanto-juvenil, prevención tabaquismo, prevención alcoholismo y problemas derivados consumo alcohol jóvenes, prevención de la dependencia personas mayores, prevención cáncer, prevención diabetes, ola de calor y/o frío, autocuidado, sexualidad, salud mental y bienestar emocional. 2. Realización de foros debate y consenso promuevan el autocuidado. | Nº. Sesiones divulgativas Departamento en página del Levante/año | 25 |
| | Nº. Actividades divulgativas Departamento con participación de pacientes o asociaciones/año | 4 |
| | Nº. Enlaces página web Departamento de información al paciente sobre temas de salud | 7 |

Objetivo estratégico nº. 5 (L-2): Detección e intervención asistencial y comunitaria de la fragilidad en mayores 70 años o ancianos con cronicidad en Departamento Salud Gandia.

PLAN DE CALIDAD ASISTENCIAL Y SEGURIDAD DEL PACIENTE-DEPARTAMENTO DE SALUD DE GANDIA (2022-2025)

| PLAN DE ACCIÓN | INDICADOR | META |
|--|--|--|
| 1. Organización asistencial Atención Primaria. | Nº. de pacientes mayores de 70 años con más de 10 fármacos (De prescripción) | Disminución del 10% de pacientes mayores de 70 años con más de 10 fármacos |
| 2. Estrategias comunitarias en la población e institucional (Ayuntamientos, organizaciones, asociaciones de pacientes ...). | De cumplimiento actividades grupales | 50% actividades grupales/año |
| 3. Intervención de equipos multidisciplinares (personal: médico, farmacéutico, enfermeros/as, fisioterapeutas, trabajador/a social y agentes comunitarios...). | Fractura por fragilidad | Disminución 5% fracturas fragilidad y/o sin definir/anuales |
| | Disminución de personas con fragilidad | Disminución 10% personas con fragilidad/año |

Línea estratégica nº. 3: *Difundir la cultura de calidad y seguridad en la organización.*

Objetivo estratégico nº. 1 (L-3): *Difundir e impulsar las medidas institucionales de seguridad clínica del paciente.*

| PLAN DE ACCIÓN | INDICADOR | META |
|---|---|------|
| 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% |
| 2. Extensión del check list quirúrgico: 1) Monitorización de la cumplimentación del check list quirúrgico. 2) Establecimiento de medidas de control bimensuales aleatorias acerca de la correcta cumplimentación del mismo. 3) Difusión del conocimiento generado (impacto de los eventos adversos en el área quirúrgica). | Proporción de intervenciones quirúrgicas en las que se aplica el Checklist, respecto al total de intervenciones quirúrgicas practicadas | 100% |

PLAN DE CALIDAD ASISTENCIAL Y SEGURIDAD DEL PACIENTE-DEPARTAMENTO DE SALUD DE GANDIA (2022-2025)

| | | |
|---|--|------------------|
| 3. Potenciar la difusión del programa de Cirugía Segura, IQZ y proyectos Zero del Ministerio de Sanidad. | Nº jornadas de difusión | > 1 año/programa |
| 4. Impulsar jornadas que favorezcan la difusión de los días mundiales de calidad y seguridad del paciente. | Nº jornadas de difusión | > 1 año |
| 5. 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% |
| 6. Impulsar el protocolo de apoyo a las segundas y terceras víctimas de efectos adversos | Protocolo SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | 100% |

Objetivo estratégico nº. 2 (L-3): Ofrecer transparencia en la información sobre la atención sanitaria proporcionada, así como sobre las normas y directrices de calidad.

| PLAN DE ACCIÓN | INDICADOR | META |
|---|--|----------------|
| 1. Impulsar la aplicación/utilización de soluciones digitales para mejorar la seguridad en la atención de la salud. | Nº de herramientas digitales incorporadas | >1año |
| 2. Actualizar la información contenida en páginas web departamentales/centros, en aspectos relacionados con la Calidad Asistencial | Protocolo de comunicación actualizado Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | 100% |
| 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 |
| 4. Transparencia en Memoria y Proyectos Departamento: 1) Publicar en la página web propia la memoria del Departamento 2) Publicar los proyectos de mejora de la calidad y seguridad del paciente implantados en el Departamento y también relacionados con los profesionales, así como la evaluación de resultados. | Publicado año SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Nº. Proyectos de mejora de la calidad publicados/año | 100% 4 |

Objetivo estratégico nº. 3 (L-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 | INDICADOR | META |
|---|--|---------------------------------------|
| 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 |
| 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 Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | > 2 año |
| 3. Incorporar sesiones clínicas de materias relacionadas con la calidad y seguridad del paciente | Nº sesiones clínicas /año | > 2 año |

Objetivo estratégico nº. 4 (L-3): Mejorar la satisfacción del paciente.

El principal objetivo de un sistema de gestión de la calidad es lograr la satisfacción del paciente considerado el centro del sistema y el destinatario de las actuaciones sanitarias.

| PLAN DE ACCIÓN | INDICADOR | META |
|---|---|-----------|
| 1. Humanización de la asistencia: Impulsar el Plan de Humanización de las unidades de cuidados críticos | Grado satisfacción de los ciudadanos con el sistema sanitario público | 80% anual |
| 2. Desburocratización de consultas para incrementar el tiempo de atención efectivo de los profesionales médicos y de enfermería frente al tiempo empleado en tareas burocráticas: Favorecer la implantación de herramientas informáticas que faciliten los procesos administrativos | Tiempo medio demora primeras consultas atención especializada | 90 días |
| | Porcentaje reprogramaciones en consultas | 5% |
| 3. Mejora de la coordinación entre primaria y hospitalaria: Potenciar interconsultas no presenciales; Análisis de iniciativas en telemedicina; Apoyar el desarrollo de rutas asistenciales. | Tasa fracturas cadera intervenidas en primeras 48 horas | 60% |
| | Porcentaje pacientes lista espera quirúrgica mayor 180 días | 5% |
| 4. Promover espacios de encuentros presenciales y virtuales (seminarios, talleres, foros) entre organizaciones sociales, sociedades profesionales y el Departamento con el objetivo de compartir y contrastar diferentes percepciones de los servicios de salud. | Porcentaje de servicios que realizar interconsultas no presenciales | 80% |

Línea estratégica nº. 4: *Potenciar el uso de modelos y herramientas de gestión.*

Objetivo estratégico nº. 1 (L-4): *Potenciar la certificación y/o acreditación de los centros/servicios/idades sanitarias respecto a los sistemas establecidos por norma reconocida (ISO, EFQM...) así como la inscripción en el Registro Autonómico de certificaciones de calidad.*

| PLAN DE ACCIÓN | INDICADOR | META |
|---|---|--|
| 1. Promover procesos de obtención y/o actualización de certificaciones/acreditaciones en materia de calidad y seguridad. | Nº de certificaciones/acreditaciones | Mínimo 2 (1 en A. Hospitalaria y 1 en A. Primaria) Mínimo 1 (Salud Pública) |
| 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) |
| 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 Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | 100% |

Línea estratégica nº. 5: *Garantizar la seguridad de todos los procesos mediante la gestión de riesgos sanitarios.*

Objetivo estratégico nº. 1 (L-5): *Liderar la gestión de riesgos asociados a la asistencia sanitaria.*

| PLAN DE ACCIÓN | INDICADOR | META |
|--|--|------|
| 1. Consolidar compromiso por parte del Centro/Departamento de salud que fomente la cultura de seguridad. | Evidencia de Compromiso SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | 100% |

PLAN DE CALIDAD ASISTENCIAL Y SEGURIDAD DEL PACIENTE-DEPARTAMENTO DE SALUD DE GANDIA (2022-2025)

| | | |
|--|--|--------------------|
| <p>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</p> | <p>Mapa de riesgos SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> | <p>100%</p> |
| <p>3. Gestionar de forma proactiva los riesgos asociados a la AS, incorporando metodologías tendentes a la prevención en la gestión del riesgo (AMFE).</p> | <p>Nº análisis AMFE realizados</p> | <p>> 1/ año</p> |

Objetivo estratégico nº. 2 (L-5): Prevenir infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria.

| PLAN DE ACCIÓN | INDICADOR | META |
|---|-----------------------------------|-------------------|
| <p>1. Implantar/cumplir procedimientos/programas relacionados con el control de IRAS para disminuir las infecciones relacionadas con la AS.</p> | <p>Nº de acciones emprendidas</p> | <p>> 2/año</p> |

Objetivo estratégico nº. 3 (L-5): 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 | INDICADOR | META |
|--|--|------------------|
| <p>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.</p> | <p>Protocolo SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> | <p>100%</p> |
| <p>2. Establecimiento de acciones que aseguren la trazabilidad, de muestras biológicas, determinantes para el diagnóstico, desde el origen de obtención de la muestra.</p> | <p>Acciones realizadas para asegurar la trazabilidad</p> | <p>>2 año</p> |

Objetivo estratégico nº. 4 (L-5): 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 | INDICADOR | META |
|---|---|---------|
| 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 SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | 100% |
| 2. Gestionar incidentes/alertas de medicamentos/productos sanitarios de los sistemas de notificación | Protocolo de gestión de alertas/16nocentes SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | 100% |
| 3. Implantar prácticas seguras con los medicamentos de alto riesgo. | nº de prácticas implantadas | >2 /año |
| 4. Cumplir el protocolo de conciliación de los medicamentos durante las transiciones asistenciales. | Protocolo SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | 100% |
| 5. Promover la optimización de uso de antimicrobianos para reducir el riesgo de generación de resistencias. | Protocolo SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | 100% |

Objetivo estratégico nº. 5 (L-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 | INDICADOR | META |
|--|--|------|
| 1. Analizar los eventos adversos como área de mejora continua. | Informe SINEA normalizado de Conselleria | 100% |

PLAN DE CALIDAD ASISTENCIAL Y SEGURIDAD DEL PACIENTE-DEPARTAMENTO DE SALUD DE GANDIA (2022-2025)

| | | |
|--|---|------|
| 2. Diseño, uso y mantenimiento de una aplicación que permita obtener datos para la confección del informe SINEA normalizado de Conselleria | Aplicación SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | 100% |
|--|---|------|

Objetivo estratégico nº. 6 (L-5): Promover la elaboración /revisión de protocolos relacionados con la seguridad del paciente. Garantizar la seguridad en los 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 | INDICADOR | META |
|--|--|--|
| 1. Elaboración/revisión de protocolos/procesos del área quirúrgica | Manual de procedimientos SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | 100% |
| 2. Elaboración/revisión de protocolos/procesos de seguridad en unidades/servicios de críticos. | Manual de procedimientos SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | 100% |
| 3. Elaboración de protocolos en procesos diagnósticos y terapéuticos con radiaciones ionizantes. | Manual de procedimientos SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | 100% |
| 4. Elaboración de protocolos en procesos oncológicos de quimioterapia | Manual de procedimientos SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | 100% |
| 5. Prevención de caídas y lesiones asociadas | Manual de procedimientos SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | 100% |
| 6. Prevención de úlceras por presión | Manual de procedimientos SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Normalizar la aplicación del protocolo de evaluación en pacientes con riesgo de desarrollar úlceras por presión en los Servicios de Cirugía, COT y Medicina Interna | 100% Entre 70 y 75% anual de todos los pacientes hospitalizados en esos Servicios |

PLAN DE CALIDAD ASISTENCIAL Y SEGURIDAD DEL PACIENTE-DEPARTAMENTO DE SALUD DE GANDIA (2022-2025)

| | | |
|---|---|---|
| 7. Seguridad en las contenciones mecánicas. | Manual de procedimientos SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | 100% |
| 8. Abordaje integral del dolor | Manual de procedimientos SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | 100% |
| 9. Prevención de reacciones alérgicas al látex | Manual de procedimientos SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | 100% |
| 10. Actuación ante Parada Cardiorrespiratoria y control de carros de parada | Manual de procedimientos SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | 100% |
| 11. Inserción, cuidados y mantenimiento de dispositivos invasivos como catéteres, sondas, drenajes... | Manual de procedimientos SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | 100% |
| 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 | Plan de cuidados individualizado SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | 100% |
| 13. Protocolo de gestión de disponibilidad de camas hospitalarias en gestión diaria y momento de crisis: 1.- Creación de grupo de trabajo y subgrupo de ingresos prolongados 2.- Pacientes con problemática social en altas hospitalarias 3.- Ingresos en el mismo día para operaciones sin necesidad de ingreso 4.- Ingresos evitables 5.- Ingresos directos de servicios/idades hospitalarias (Urgencias-UCI...) 6.- Realización de foros de debate de formación en ingresos evitables. | Manual de procedimientos SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Nº. Total estancias evitables anuales por 30 GRD más frecuentes con mayor impacto en las estancias evitables por Servicio con camas de hospitalización Nº. Total de altas/estancia 1 día y programadas anuales en todos los servicios de hospitalización % Altas hospitalarias antes 12 am Estancias medias preoperatoria | 100% Más de un 10% año anterior Más de un 10% año anterior Más de 10% del total de altas mensuales Menos de 1 día y medio |
| 14. Promover el uso seguro de las instalaciones y equipos disponibles en el departamento/centro. | Protocolo uso seguro de instalaciones SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | 100% |

PLAN DE CALIDAD ASISTENCIAL Y SEGURIDAD DEL PACIENTE-DEPARTAMENTO DE SALUD DE GANDIA (2022-2025)

| | | |
|---|--|--------|
| 15. <i>Elaborar y/o revisar procedimientos de control de caducidad de material fungible</i> | Protocolo NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> | 100% |
| 16. <i>Potenciar las políticas de reciclado</i> | Nº acciones emprendidas en el centro | >3/año |
| 17. <i>Elaboración protocolos de gestión de residuos sanitarios intracentro.</i> | Protocolo NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> | 100% |

Objetivo estratégico nº. 7 (L-5): Garantizar el mantenimiento y la mejora continua del programa de Higiene de Manos recomendado por el SNS en todos los centros sanitarios.

| PLAN DE ACCIÓN | INDICADOR | META |
|--|--|---------|
| 1. <i>Realización de auditorías para verificar el cumplimiento del programa en todo el departamento (A. Hospitalaria y A. Primaria).</i> | Nº de auditorías | >2/año |
| 2. <i>Elaboración, difusión e implementación de las campañas de HM coincidiendo con el día mundial</i> | nº acciones para difusión campaña día mundial HM | >2/año |
| 3. <i>Seguimiento de los indicadores de HM contemplados en la estrategia mundial</i> | Cumplimiento indicadores HM del Ministerio | 100% |
| 4. <i>Continuidad de la formación en Higiene de manos y la importancia de los productos de base alcohólica.</i> | Nº. de cursos/sesiones de Higiene de Manos/año | > 2 año |
| 5. <i>Formación por parte del Servicio de Medicina Preventiva al personal facultativo residente en HM en conocimientos teóricos y aplicación práctica correcta para que sean observadores directos en HM</i> | Nº. sesiones de Higiene de Manos/año | > 1 año |

PLAN DE CALIDAD ASISTENCIAL Y SEGURIDAD DEL PACIENTE-DEPARTAMENTO DE SALUD DE GANDIA (2022-2025)

| | | |
|---|--|-------------------------|
| <p>6. <i>Carteles de Higiene Manos y preparados de base alcohólica:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Utilización de recordatorios en forma de carteles recordatorios de la higiene de manos en el punto de atención y otras zonas (salas de espera...)</i> - <i>Revisión de la disponibilidad de preparados de base alcohólica en el punto de atención y otras zonas (salas de espera...)</i> - <i>Control y reposición de los preparados de limpieza de manos.</i> - <i>Disponibilidad de envases de bolsillo en centros de AP para la atención domiciliaria.</i> | <p><i>Carteles en los puntos de atención y otras zonas</i></p> <p><i>Soluciones de base alcohólica en los puntos de atención y otras zonas</i></p> | <p>90%)</p> <p>100%</p> |
|---|--|-------------------------|

Objetivo estratégico nº. 8 (L-5): *Plan en vigilancia, prevención y control de la infección relacionada con la atención sanitaria.*

La implantación en los hospitales de programas de vigilancia y control de las infecciones puede reducir de forma significativa el riesgo de infección y la vigilancia y difusión de las tasas de infección es una medida de eficacia probada. Las infecciones relacionadas con la atención sanitarias constituyen el 75% de los costes de no seguridad.

| PLAN DE ACCIÓN | INDICADOR | META |
|--|---|-------------------------|
| <p>1. <i>Mantenimiento y mejora de los siguientes programas: Estudio de portadores de MARSA en cirugía de prótesis de cadera y rodilla; Monitorización de la limpieza hospitalaria (observación directa y con luminotester).</i></p> <p>2. <i>Monitorización de las infecciones nosocomiales.</i></p> <p>3. <i>Control del proceso de limpieza y desinfección de endoscopios.</i></p> <p>4. <i>Divulgación e implantación del programa INCATIV de la Conselleria.</i></p> <p>5. <i>Monitorización de las tasas de infección de catéteres por parte del servicio de medicina interna.</i></p> | <p><i>Bacteriemia asociada a catéter intravenoso (por 1000 estancias)</i></p> <p><i>Prevalencia de IN</i></p> | <p>0,17</p> <p>7,2%</p> |

Línea estratégica nº. 6: *Promover la cultura de buenas prácticas e impulsar la cultura de bioética dentro de la organización.*

Objetivo estratégico nº. 1 (L-6): *Promover las recomendaciones de "NO HACER" de las sociedades científicas, e identificar aquellas prácticas locales que aporten los mejores resultados (benchmarking).*

| PLAN DE ACCIÓN | INDICADOR | META |
|---|---|-------------------------------------|
| 1. Difusión de las Recomendaciones de NO hacer tanto en A. Primaria como en A. Hospitalaria (http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/ca/sscc.htm) | Nº de acciones para la difusión de dichas recomendaciones | 2 acciones anuales |
| 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 |
| 3. Promoción y Grupos de Trabajo sobre recomendaciones de "no hacer": - Promover las recomendaciones de "no hacer" para su uso dentro del Departamento. - Fomentar la creación de grupos de trabajo para acordar recomendaciones de "no hacer". | Nº de grupos de trabajo de "no hacer" Reducción ingresos en LEQ Reducción de solicitudes de RNM Reducción de solicitudes de TAC | 5 0,5% 0,5% 1% |
| 4. Identificar buenas prácticas en la organización | Nº buenas prácticas implementadas | >2/año |
| 5. Jornadas, proyectos y uso buenas prácticas: - Organización de jornadas de difusión de buenas prácticas. - Diseño y coordinación técnica de proyectos en buenas prácticas. - Potenciar el uso de estándares y recomendaciones del Ministerio de Sanidad. | Nº de sesiones formativas realizadas en BPC/año Nº de proyectos de aplicación de BPC/año Nº de proyectos de BPC identificados y recogidos por la unidad/año | 3 2 5 |

Objetivo estratégico nº. 2 (L-6): *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.*

| PLAN DE ACCIÓN | INDICADOR | META |
|--|---|--------|
| 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 SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | 100% |
| 2. Impulsar la formación en materia de bioética entre los profesionales del departamento | Nº actividades formativas/año | >2/año |
| 3. Potenciar la labor de los comités de bioética asistenciales como referentes en materia de bioética en el departamento de salud. | Nº sesiones celebradas /año | >2/año |
| 4. Normalizar los documentos de Consentimiento Informado. | Nº consentimientos informados introducidos/año en reporte corporativo del Departamento una vez validados por el Comité de Bioética de la Comunidad Valenciana | 12 |
| 5. Conocimiento y promoción de la difusión de la guía de las voluntades anticipadas a pacientes y profesionales. | Actualización y/o difusión de guía voluntades anticipadas/año | 2 |

Línea estratégica nº. 7: *Contribuir a poner en valor a los/las profesionales del sistema sanitario.*

Objetivo estratégico nº. 1 (L-7): *Poner en valor a los/as profesionales sanitarios, teniendo en cuenta sus necesidades.*

| PLAN DE ACCIÓN | INDICADOR | META |
|---|---|-----------|
| 1. Promover la realización de encuestas de clima laboral. | Nº profesionales que realiza la encuesta de clima laboral/año | > 100/año |

PLAN DE CALIDAD ASISTENCIAL Y SEGURIDAD DEL PACIENTE-DEPARTAMENTO DE SALUD DE GANDIA (2022-2025)

| | | |
|--|--|---------|
| 2. Detectar áreas de mejora a partir de resultados de encuestas de clima laboral. | Nº áreas de mejora detectadas | >10/año |
| 3. Comunicar las áreas de mejora a los servicios/unidades/centros implicados. | Comunicación realizada SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | 100% |
| 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 SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | 100% |
| 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 |
| 6. Promover la correcta identificación de profesionales, incorporando este aspecto en el plan de acogida. | Plan de acogida con incorporación de identificación de profesional. SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | 100% |

Objetivo estratégico nº. 2 (L-7): Promover la cultura de innovación como elemento facilitador del desarrollo profesional.

| PLAN DE ACCIÓN | INDICADOR | META |
|---|--|-----------|
| 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 |
| 2. Implementar guías de buenas prácticas como mecanismo de comparación entre departamentos | Buenas prácticas implementadas | >2/año |
| 3. Establecer mecanismos para identificar prácticas innovadoras. | Mecanismos para identificar prácticas innovadoras SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | 100% |