



PLAN DE CALIDAD ASISTENCIAL Y SEGURIDAD DEL PACIENTE (PCA Y SP) 2022-2025



UFCASP del Departamento de Salud de Gandía

1ª versión	2ª versión
Elaborado por UFCASP Aprobado por la Comisión de dirección. Fecha: 28/06/2023	Actualizado por UFCASP Aprobado por la Comisión de Dirección. Fecha: (16 /10 /24)

 GENERALITAT VALENCIANA  GANDIA <small>DEPARTAMENT DE SALUT</small>	PLAN DE CALIDAD ASISTENCIAL Y SEGURIDAD DEL PACIENTE (2022-2025)	Fecha: 03/10/2024 Página: 2 de 19
---	---	--

Contenido

1. INTRODUCCIÓN.....	3
2. LÍNEAS ESTRATÉGICAS	4
3. OBJETIVOS ESTRATÉGICOS.....	5
LINEA ESTRATÉGICA 1. Generar, potenciar y difundir la cultura de calidad y seguridad del paciente.....	6
1.1. Establecer directrices que fomenten la calidad asistencial y seguridad del/la paciente y de las personas usuarias.....	6
1.2. Impulsar la actividad de las comisiones clínicas de garantía de calidad.....	7
LINEA ESTRATÉGICA 2. Incrementar la calidad y seguridad de la atención prestada.....	7
2.1. Potenciar la estandarización de los procesos con el fin de disminuir la variabilidad en la práctica asistencial.....	7
2.2. Potenciar la participación del usuario en la mejora continua de la calidad asistencial.....	8
LINEA ESTRATÉGICA 3. Difundir la cultura de calidad y seguridad en la organización.	9
1. Difundir e impulsar las medidas institucionales de seguridad clínica del paciente.....	9
2. Ofrecer transparencia en la información sobre la atención sanitaria proporcionada, así como las normas y directrices de calidad.....	10
3. Garantizar un flujo constante de información y formación de los/las profesionales en materia de calidad y seguridad del paciente.....	10
LINEA ESTRATÉGICA 4. Potenciar el uso de modelos y herramientas de gestión.....	11
1. Favorecer la certificación y/o acreditación de los centros/servicios/unidades sanitarias respecto a los sistemas establecidos por norma reconocida (ISO, EFQM.....)	11
LINEA ESTRATÉGICA 5. Garantizar la seguridad de todos los procesos mediante la gestión de riesgos sanitarios.	11
5.1. Liderar la gestión de riesgos asociados a la asistencia sanitaria.....	11
5.2. Prevenir infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS).....	12
5.3. Identificar correctamente al paciente y a sus muestras	12
5.4. Uso seguro del medicamento.	13
5.5. Seguridad en los procesos asistenciales. Garantizar la seguridad del paciente/usuario. Promover la elaboración/revisión de protocolos relacionados con la seguridad del paciente.	14
5.6. Seguridad en los procesos de soporte a la asistencia.....	15
5.7. Garantizar el mantenimiento y la mejora continua del programa de Higiene de Manos (HM)	16
LINEA ESTRATÉGICA 6. Promover la cultura de buenas prácticas e impulsar la cultura de bioética en la organización.	16
6.1. Promover las recomendaciones de NO HACER según la evidencia científica.....	16
6.2. Poner en valor la humanización.....	17
LINEA ESTRATÉGICA 7. Contribuir a poner en valor a los profesionales del sistema sanitario.	18
7.1. Poner en valor a los/as profesionales sanitarios, teniendo en cuenta sus necesidades.....	18
7.2. Promover la cultura de la innovación como elemento facilitador del desarrollo profesional.	19
4. EVALUACIÓN DEL PLAN	19

 GENERALITAT VALENCIANA  GANDIA <small>DEPARTAMENT DE SALUT</small>	PLAN DE CALIDAD ASISTENCIAL Y SEGURIDAD DEL PACIENTE (2022-2025)	Fecha: 03/10/2024 Página: 3 de 19
---	---	--------------------------------------



1. 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 explícita: *“... 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 Sanitat, 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*

 GENERALITAT VALENCIANA  GANDIA <small>DEPARTAMENT DE SALUT</small>	PLAN DE CALIDAD ASISTENCIAL Y SEGURIDAD DEL PACIENTE (2022-2025)	Fecha: 03/10/2024 Página: 4 de 19
---	---	--------------------------------------

internacionales y nacionales (OMS, Consejo de la Unión Europea, Ministerio de Sanidad) y por la Conselleria de Sanidad Universal y Salud 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 nuestro Departamento.

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

En el PCA y SP 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 PCA y SP fue elaborado por la UFCASP y aprobado por la Comisión de Dirección del Departamento de Salud de Gandía con fecha 28/06/2023 y posteriormente con la incorporación de la nueva Gerencia, se ha actualizado desde la Unidad Funcional de Calidad Asistencial y Seguridad del Paciente (UFCASP) para en última instancia ser aprobado por la Comisión de Dirección el 16 de octubre del 2024.

2. LÍNEAS ESTRATÉGICAS

El PCA y SP engloba las 7 líneas estratégicas siguientes, fijadas por la Conselleria de Sanitat:

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.

 <p>GENERALITAT VALENCIANA</p>  <p>GANDIA DEPARTAMENT DE SALUT</p>	<p>PLAN DE CALIDAD ASISTENCIAL Y SEGURIDAD DEL PACIENTE (2022-2025)</p>	<p>Fecha: 03/10/2024 Página: 5 de 19</p>
--	--	--

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.***

3. OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

Cada línea estratégica del PCA y SP del Departamento de Salud de Gandía contiene a su vez, unos **objetivos estratégicos** a alcanzar.

A continuación, detallamos para cada objetivo estratégico del PCA y SP del Departamento de Salud de Gandía, el plan de acción a seguir incluyendo su indicador y meta:

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

Desglose del total objetivos por línea estratégica:

Línea estratégica	Nº. Objetivos estratégicos
1	2
2	2
3	3
4	1
5	7
6	2
7	2

LINEA ESTRATÉGICA 1. Generar, potenciar y difundir la cultura de calidad y seguridad del paciente.

Objetivo estratégico nº. 1 (L-1) _____

- 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 ACCIÓN	INDICADOR	META
<i>1. 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 SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></i>	100%
<i>2. Realizar un análisis interno y externo del entorno del departamento de salud que permita identificar cambios y detectar oportunidades en materia de calidad y seguridad.</i>	<i>DAFO SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></i>	100%
<i>3. 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. SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></i>	100%

Objetivo estratégico nº. 2 (L-1) _____

2. Impulsar la actividad de las comisiones clínicas de garantía de calidad.



PLAN DE ACCIÓN	INDICADOR	META
1. Mantener un registro de comisiones/comités Departamental.	<i>Nº comisiones registradas</i>	100%
2. Normalizar reglamentos internos de comisiones/comités clínicos departamentales no regulados por normativa específica.	<i>nº de Comisiones/Comités con reglamento de funcionamiento normalizado SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></i>	100%

LINEA ESTRATÉGICA 2. Incrementar la calidad y seguridad de la atención sanitaria prestada.

Objetivo estratégico nº. 1 (L-2) _____

1. Potenciar la estandarización de los 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.	<i>Nº de protocolos y procedimientos administrativos elaborados y/o actualizados</i>	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.	<i>Nº de protocolos y procedimientos asistenciales elaborados y/o actualizados</i>	3 anuales Atención Hospitalaria. 3 anuales Atención Primaria


 GENERALITAT VALENCIANA  GANDIA <small>DEPARTAMENT DE SALUT</small>		PLAN DE CALIDAD ASISTENCIAL Y SEGURIDAD DEL PACIENTE (2022-2025)	Fecha: 03/10/2024 Página: 8 de 19

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.	<i>Protocolo departamental de atención sanitaria mediante modalidad no presencial</i> 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.	<i>Protocolo de comunicación que garantice transición asistencial de forma segura</i> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	100%

Objetivo estratégico nº. 2 (L-2)

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

PLAN DE ACCIÓN	INDICADOR	META
1. Implantar acciones de mejora en aquellas áreas detectadas en las encuestas de satisfacción que se desvíen de su tendencia respecto a años anteriores y/o respecto al estándar.	<i>Nº de acciones de mejora implementadas /año</i>	> 5 anuales
2. Gestionar agradecimientos, reclamaciones y sugerencias de pacientes y usuarios/as como elemento de mejora continua de la calidad.	<i>Registro PIGAP</i>	100%
3. Elaborar y/o revisar el protocolo normalizado de acogida de pacientes que favorezca el trato personalizado y de respeto.	<i>Protocolo de acogida a usuarios revisado</i> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	100%
4. Impulsar herramientas para la participación de los/las pacientes y ciudadanos/as en la toma de decisiones y/o en su autocuidado	<i>Nº de actividades en las que han participado los pacientes/usuarios</i>	3 anuales

		Fecha: 03/10/2024
	PLAN DE CALIDAD ASISTENCIAL Y SEGURIDAD DEL PACIENTE (2022-2025)	Página: 9 de 19

5. Promover la correcta identificación de personal voluntario que desarrolla tareas en el departamento de salud/centro.	<i>Registro de personal voluntario</i> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	100%
--	---	-------------

LINEA ESTRATÉGICA 3. Difundir la cultura de calidad y seguridad en la organización.

Objetivo estratégico nº. 1 (L-3)

- 1. 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.	<i>Indicadores propios de cada uno de los programas/proyectos</i>	100%
2. Potenciar la difusión del programa de Cirugía Segura, IQZ y proyectos Zero del Ministerio de Sanidad.	<i>Nº jornadas de difusión</i>	> 1 año/programa
3. Impulsar jornadas que favorezcan la difusión de los días mundiales de calidad y seguridad del paciente.	<i>Nº jornadas de difusión</i>	> 1 año
4. Promover el uso de la herramienta de notificación de efectos adversos e incidentes relacionados con la seguridad (SINEA)	<i>Potenciar la notificación de EA (6000.2) acuerdos de gestión</i>	85%
5. Impulsar el protocolo de apoyo a las segundas y terceras víctimas de efectos adversos	<i>Protocolo</i> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	100%

Objetivo estratégico nº. 2 (L-3)

- 2. Ofrecer transparencia en la información sobre la atención sanitaria proporcionada, así como 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 Si <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

Objetivo estratégico nº. 3 (L-3)

- 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 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

LINEA ESTRATÉGICA 4. Potenciar el uso de modelos y herramientas de gestión.

Objetivo estratégico nº. 1 (L-4) _____

- Favorecer 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.

PLAN DE ACCIÓN	INDICADOR	META
<i>1. Promover procesos de obtención y/o actualización de certificaciones/acreditaciones en materia de calidad y seguridad.</i>	<i>Nº de certificaciones/acreditaciones</i>	Mínimo 2 (1 en A. Hospitalaria y 1 en A. Primaria) Mínimo 1 (Salud Pública)
<i>2. Registrar y comunicar las certificaciones al Registro Autonómico de Certificados en calidad .</i>	<i>Nº de certificados registrados</i>	Mínimo 2 (1 en A. Hospitalaria y 1 en A. Primaria)
<i>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.</i>	<i>Visibilización de certificados</i> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	100%

LINEA ESTRATÉGICA 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
<i>1. Consolidar compromiso por parte del Centro/Departamento de salud que fomente la cultura de seguridad.</i>	<i>Evidencia de Compromiso</i> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	100%

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

Objetivo estratégico nº. 2 (L-5) _____



2. Prevenir infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS).

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

Objetivo estratégico nº. 3 (L-5) _____

3. Identificar correctamente al paciente y a sus muestras

PLAN DE ACCIÓN	INDICADOR	META
1. Elaborar y/o revisar el protocolo de identificación del paciente y sus muestras en el que se incluya al menos el uso de 2 identificadores únicos del paciente, identificación del paciente en cada procedimiento, etiquetado de muestras biológicas y pruebas de imagen en el momento de su obtención.	<i>Protocolo</i> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	100%

 GENERALITAT VALENCIANA  GANDIA DEPARTAMENT DE SALUT		Fecha: 03/10/2024 Pàgina: 13 de 19
	PLAN DE CALIDAD ASISTENCIAL Y SEGURIDAD DEL PACIENTE (2022-2025)	

2. Establecimiento de acciones que garanticen la trazabilidad de muestras biológicas, determinantes para el diagnóstico, desde el origen de obtención de la muestra.	Acciones realizadas para asegurar la trazabilidad	> 2/ año
---	---	--------------------

Objetivo estratégico nº. 4 (L-5)



4. Uso seguro del medicamento.

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/incidentes 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) _____

5. Seguridad en los procesos asistenciales. Garantizar la seguridad del paciente/usuario. Promover la elaboración/revisión de protocolos relacionados con la seguridad del paciente.

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.Prevenición de caídas y lesiones asociadas	Manual de procedimientos SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	100%
6. Prevenición de úlceras por presión.	Manual de procedimientos SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	100%
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. Prevenición 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%

 GENERALITAT VALENCIANA  GANDIA <small>DEPARTAMENT DE SALUT</small>		PLAN DE CALIDAD ASISTENCIAL Y SEGURIDAD DEL PACIENTE (2022-2025)	Fecha: 03/10/2024 Página: 15 de 19

11. Inserción, cuidados y mantenimiento de dispositivos invasivos como catéteres, sondas, drenajes...	<i>Manual de procedimientos</i> 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	<i>Plan de cuidados individualizado</i> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	100%

Objetivo estratégico nº. 6 (L-5) _____

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

PLAN DE ACCIÓN	INDICADOR	META
1. Promover el uso seguro de las instalaciones y equipos disponibles en el departamento/centro.	<i>Protocolo uso seguro de instalaciones</i> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	100%
2. Elaborar y/o revisar procedimientos de control de caducidad de material fungible	<i>Protocolo</i> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	100%
3. Potenciar las políticas de reciclado.	<i>Nº acciones emprendidas en el centro</i>	>3/año
4. Elaboración protocolos de gestión de residuos sanitarios intracentro.	<i>Protocolo</i> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	100%

Objetivo estratégico nº. 7 (L-5) _____

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	INDICADOR	META
1. Realización de auditorías para verificar el cumplimiento del programa en todo el departamento (A. Hospitalaria y A. Primaria).	<i>Nº de auditorías</i>	<i>>2/año</i>
2. Elaboración, difusión e implementación de las campañas de HM coincidiendo con el día mundial	<i>nº acciones para difusión campaña día mundial HM</i>	<i>>2/año</i>
3. Seguimiento de los indicadores de HM contemplados en la estrategia mundial	<i>Cumplimiento indicadores HM del Ministerio</i>	<i>100%</i>

LINEA ESTRATÉGICA 6. Promover la cultura de buenas prácticas e impulsar la cultura de bioética en la organización.

Objetivo estratégico nº. 1 (L-6) _____

1. Promover las recomendaciones de NO HACER según la evidencia científica, 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 A. Hospitalaria y A. Primaria <i>(http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/cal_ssc.htm)</i>	<i>Nº de acciones para la difusión de dichas recomendaciones</i>	<i>2 acciones /año</i>

 GENERALITAT VALENCIANA  GANDIA DEPARTAMENT DE SALUT		Fecha: 03/10/2024 Pàgina: 17 de 19
	PLAN DE CALIDAD ASISTENCIAL Y SEGURIDAD DEL PACIENTE (2022-2025)	

2. Asegurar la implementación de las "Recomendaciones de NO hacer".	<i>nº actividades para asegurar la implementación</i>	2 actuaciones en AP y 2 en AH al año
3. Identificar buenas prácticas en la organización	<i>Nº de buenas prácticas identificadas</i>	>2/año

Objetivo estratégico nº. 2 (L-6) _____

2. Poner en valor la humanización incorporando la dimensión de la dignidad y la humanidad del paciente y estableciendo una atención basada en la confianza y en la empatía, y contribuyendo a su bienestar y a los mejores resultados en su 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)	<i>Publicación de información de CI normalizados en espacio de calidad SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></i>	100%
2. Impulsar la formación en materia de bioética entre los profesionales del departamento	<i>Nº actividades formativas/año</i>	>2/año
3. Potenciar la labor de los comités de bioética asistenciales como referentes en materia de bioética en el departamento de salud.	<i>Nº sesiones celebradas /año</i>	>2/año

LINEA ESTRATÉGICA 7. Contribuir a poner en valor a los profesionales del sistema sanitario.

Objetivo estratégico nº. 1 (L-7) _____

1. 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.	<i>Nº profesionales que realiza la encuesta de clima laboral/año</i>	<i>> 100/año</i>
2. Detectar áreas de mejora a partir de resultados de encuestas de clima laboral.	<i>Nº áreas de mejora detectadas</i>	<i>>10/año</i>
3. Comunicar las áreas de mejora a los servicios/unidades/centros implicados.	<i>Comunicación realizada SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></i>	<i>100%</i>
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	<i>Protocolo SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></i>	<i>100%</i>
5. Promover mecanismos de participación de los profesionales en la definición de los valores, consecución de objetivos e indicadores para su cumplimiento.	<i>Nº actuaciones de participación de profesionales/año</i>	<i>>5/año</i>
6. Promover la correcta identificación de profesionales, incorporando este aspecto en el plan de acogida.	<i>Plan de acogida con incorporación de identificación de profesional. SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></i>	<i>100%</i>

Objetivo estratégico nº. 2 (L-7) _____

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

PLAN DE ACCIÓN	INDICADOR	META
1. Implementar herramientas de comunicación interna como elemento facilitador del desarrollo profesional.	<i>Nº de actuaciones en el ámbito de la comunicación dirigida a los profesionales implementadas</i>	<i>> 75%/año</i>
2. Implementar guías de buenas prácticas como mecanismo de comparación entre departamentos	<i>Buenas prácticas implementadas</i>	<i>>2/año</i>
3. Establecer mecanismos para identificar prácticas innovadoras.	<i>Mecanismos para identificar prácticas innovadoras</i> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	<i>100%</i>

4. EVALUACIÓN DEL PLAN

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

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.

Anualmente se hará un seguimiento del grado de ejecución del Plan, mediante la realización de una Memoria Anual, que contendrá, todos resultados obtenidos. Esta memoria junto con la memoria de la UFCASP se presentará a la Gerencia del Departamento y por correo electrónico, dentro del plazo establecido, al Servicio de Calidad Asistencial Seguridad del Paciente y Evaluación de Tecnologías (SECASP).