

Instrucción: 6/2022/GAD

CONSELLERIA DE SANIDAD UNIVERSAL Y SALUD PÚBLICA

INSTRUCCION _____

ORGANO DEL QUE EMANA: SECRETARIA AUTONÓMICA DE EFICIENCIA Y TECNOLOGÍA SANITARIA.

FECHA: _____

ASUNTO: 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.

DESTINATARIOS: Profesionales de los Departamentos de Salud y de los Centros Multidepartamentales.

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

La modificación de 2018 introduce en el artículo 3 como principios rectores:

“1. El sistema valenciano de salud se orienta a la promoción de la salud, a la prevención de las enfermedades y a la asistencia sanitaria y desarrolla todas sus actividades con arreglo a los siguientes principios rectores: g) Calidad de los servicios, que busca aumentar continuamente la probabilidad de obtener los resultados que se desean, utilizando intervenciones basadas en la evidencia científica”.

Con fecha 30 de enero de 2017, la Secretaría Autónoma de Salud Pública y del Sistema Sanitario Público, emitió la Instrucción 3/2017, con el objetivo de normalizar las funciones de calidad asistencial y seguridad del paciente de los departamentos/centros de la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública.

Recogiendo la experiencia de estos 5 años transcurridos, nos vemos en la necesidad de actualizar dicha instrucción y proponer un Plan de Calidad Asistencial y Seguridad del Paciente cuyos ejes orienten a los profesionales de los departamentos de salud y de los centros multidepartamentales, en la elaboración de sus propios planes de calidad.

De este modo, atendiendo a lo esgrimido, se dicta la presente instrucción, 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.

INSTRUCCION PRIMERA

SOBRE LAS UNIDADES FUNCIONALES DE CALIDAD ASISTENCIAL Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

1. La calidad asistencial y la seguridad del paciente es un deber y responsabilidad de cada profesional que presta su labor en los centros sanitarios.
2. Cada departamento y centro, liderado por el equipo directivo, desarrolla la política de calidad en la que se integran los objetivos establecidos en el Plan de Calidad Asistencial y Seguridad del Paciente (PCAySP).
3. La Unidad Funcional de Calidad Asistencial y Seguridad del Paciente (UFCASP) del departamento de salud o de los centros multidepartamentales es el grupo multidisciplinar de profesionales que se encarga de liderar dicha política y de coordinar e impulsar la calidad y seguridad del paciente.
4. La UFCASP depende funcionalmente del Consejo de Dirección del departamento de salud y de la Gerencia del departamento a razón de sus respectivas competencias, o de la dirección del centro, a la que debe de informar de todas sus actividades.
5. En las UFCASP se promueve que haya representación de los distintos ámbitos sanitarios (atención primaria, atención hospitalaria y salud pública). Su composición se adapta a los intervalos recomendados para el grupo departamental definido (ANEXO I).
6. Dada la dependencia funcional de las UFCASP de la Dirección, no forman parte de estas unidades los miembros del Consejo de Dirección del Departamento ni la dirección del centro.
7. Los profesionales que componen la UFCASP son designados por la Gerencia del Departamento o por la dirección del centro multidepartamental. Se debe mantener un registro de profesionales que la componen, de su formación y dedicación. Tanto la designación como los cambios deben ser comunicados al servicio con competencias en materia de calidad de la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública¹

¹ Dirección de correo electrónico secasp@gva.es

8. Los profesionales que constituyen la UFCASP tienen una dedicación plena o parcial en función de las necesidades y de los recursos disponibles en cada departamento, no pudiendo ser inferior a:

- a. Departamentos de Grupo I: 50 horas semanales en cómputo total de los miembros que la conforman, siendo el mínimo de 5 horas semanales por profesional de la UFCASP (exceptuando el profesional que ejerza la función de coordinación).
- b. Departamento de Grupo II y III: 30 horas semanales en cómputo total de los miembros que la conforman.
- c. Centros multidepartamentales: 10 horas semanales en cómputo total de los miembros que la conforman.

9. El equipo directivo de los departamentos de salud debe proporcionar apoyo de personal administrativo necesario para desarrollar las actuaciones encomendadas, quedando excluido del tiempo de dedicación del cómputo de personal que forma parte de las UFCASP.

10. El personal que conforma las UFCASP debe tener conocimientos acreditados en materia de calidad y seguridad del paciente, que deben actualizarse anualmente por medio de la oferta formativa de la EVES u otras fuentes que cumplan los requisitos necesarios formativos.

INSTRUCCIÓN SEGUNDA

COORDINACIÓN DE LA UNIDAD FUNCIONAL DE CALIDAD ASISTENCIAL Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

1.- De entre los/las profesionales que componen las UFCASP, uno/a de ellos ejerce las funciones de coordinación de la Unidad. El coordinador/a tiene capacidad para trabajar en equipo, favorecer el buen clima laboral y la cooperación, liderar procesos, y colaborar fijando objetivos de calidad y seguridad del paciente.

2.- La persona coordinadora es designada por la Gerencia del Departamento de Salud o por la dirección del centro multidepartamental. Debe tener dedicación plena o parcial en función de las necesidades y recursos disponibles en el departamento, no pudiendo ser su dedicación inferior a 30 horas semanales.

3.- La persona coordinadora de la UFCASP actúa de interlocutor/a con los distintos centros/servicios/unidades del departamento de salud, con la dirección del departamento de salud, así como, con los servicios centrales de la Conselleria con competencias en materia de calidad y seguridad del paciente.

4.- Son competencias de la persona coordinadora de la UFCASP:

- I. Velar por la ejecución de los objetivos fijados en el Plan de Calidad Asistencial y Seguridad del paciente.
- II. Garantizar el intercambio de información obtenida de servicios centrales y de la dirección del departamento.
- III. Elaborar el reglamento interno de funcionamiento de las UFCASP, así como llevar el registro actualizado de profesionales que la conforman.
- IV. Llevar a cabo reuniones periódicas de la UFCASP y elaborar cronogramas para el seguimiento y logro de los objetivos fijados.
- V. Representar a la UFCASP, presentando una vez al año los resultados obtenidos al Consejo de Dirección.
- VI. Difundir e impulsar las medidas institucionales y jornadas y eventos que se comuniquen desde el servicio de con competencias en materia de calidad de la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública.

INSTRUCCIÓN TERCERA

FUNCIONES DE LAS UNIDADES FUNCIONALES DE CALIDAD ASISTENCIAL Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

Las UFCASP desarrollan sus actividades alineadas con los objetivos de Calidad Asistencial y Seguridad del Paciente de la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública recogidos en el PCAySP, con tareas dirigidas a:

1. Asesorar al Consejo de Dirección o Dirección del Centro en los objetivos de calidad y seguridad, e impulsar aquellas fórmulas organizativas encaminadas a lograr una mayor integración de los recursos que redunden en una mejora continua de la calidad en los procesos asistenciales, así como promocionar estrategias de comunicación apropiadas que favorezcan el logro de los objetivos de calidad y seguridad.
2. Coordinar y asesorar a las comisiones, comités y grupos de trabajo existentes en materia de calidad asistencial y seguridad del paciente, así como impulsar su actividad.
3. Implementar, junto al equipo directivo, el PCAySP del Departamento/Centro y apoyar la gestión de todos los programas incluidos en el citado Plan.
4. Fomentar la normalización de la actividad asistencial mediante:
 - a) Revisión y actualización de protocolos y procedimientos de práctica clínica y administrativos que faciliten la continuidad de la atención sanitaria.
 - b) Promoción y coordinación de buenas prácticas sanitarias que disminuyan la variabilidad asistencial.
5. Mejorar la seguridad de pacientes mediante actuaciones tendentes a:
 - a) Identificar los riesgos asociados a la prestación asistencial, a través de la identificación de situaciones de riesgo de los procesos e implantando acciones necesarias para su prevención, reducción o en su caso, control del impacto.
 - b) Potenciar la notificación de eventos adversos (EA) en la práctica clínica diaria, desarrollando una metodología homogénea de detección y análisis de los EA y puesta en marcha de las medidas de prevención que eviten que vuelvan a producirse.

6. Poner en valor el derecho a la información y consentimiento de pacientes y potenciar la normalización del procedimiento de consentimiento informado según lo establecido por la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública.
7. Difundir la cultura de la calidad y seguridad entre los/las profesionales e impulsar y coordinar la formación de los/las profesionales en la metodología para la evaluación y mejora de la calidad, seguridad del paciente y riesgos asociados a la asistencia sanitaria alineados con las estrategias de la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública.
8. Garantizar la participación y el cuidado de los profesionales:
 - a) A través de mecanismos de evaluación de encuestas de clima laboral.
 - b) Promoviendo la incorporación de profesionales en la elaboración y/o revisión de protocolos.
 - c) Promoviendo la correcta identificación de profesionales.
 - d) Diseñando mecanismos de participación de los profesionales en la definición de los valores de la organización.
 - e) Potenciando el desarrollo de herramientas de comunicación interna como elemento facilitador del desarrollo profesional.
9. Potenciar la certificación y/o acreditación respecto a un sistema establecido por norma reconocida (ISO, EFQM...) de centros/servicios y unidades y el posterior registro de dichas certificaciones, en el registro autonómico de certificaciones de calidad.
10. Colaborar con los Servicios de Atención e Información al Paciente (SAIP) en lo relativo a:
 - a) la accesibilidad y la información sobre voluntades anticipadas.
 - b) la evaluación de los procedimientos de gestión de reclamaciones, quejas y sugerencias, adaptados a la normativa de aplicación.
 - c) la puesta en marcha de procedimientos que aseguren la adecuada información e intimidad del paciente.
 - d) la implantación de protocolo de acogida a usuarios.
 - e) el establecimiento de áreas de mejora detectadas tras el análisis de las quejas y sugerencias de pacientes y usuarios.

- f) la correcta identificación del personal voluntario que desarrolla sus tareas en el departamento de salud.

11. Promover la incorporación de auditorías y monitorizaciones sistemáticas como estrategia clave de mejora de la calidad.

INSTRUCCIÓN CUARTA

PLAN DE CALIDAD ASISTENCIAL Y SEGURIDAD DEL PACIENTE.

1.- 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 Salud Pública.

Dicho Plan, se debe adaptar a las características concretas y tipología de cada entorno². El PCAySP adaptado, se aprueba por el Consejo de dirección del departamento o por la dirección del centro multidepartamental, y se traslada a la Dirección General con competencias en materia de calidad asistencial y seguridad del paciente a través del servicio con competencias en materia de calidad asistencial.

2.- El Plan tiene carácter cuatrienal (2022-2025) y establece los circuitos de difusión interna y externa que permiten darlo a conocer a profesionales y usuarios del sistema.

3.- La implementación del citado Plan, liderado y gestionado por la UFCASP del departamento, está orientado a la consecución de los objetivos y planes de acción definidos y se evaluará con indicadores y metas establecidas.

4.- El seguimiento de la implementación del Plan es anual a través de las UFCASP.

Dicho seguimiento del PCAySP se recogerá en modelo normalizado facilitado por el servicio con competencias en materia de calidad asistencial, donde se definen los indicadores y metas propuestas para la consecución de cada objetivo así como las fuentes de datos y registros asociados que evidencien la consecución de cada objetivo.

² La adaptación incorporará, entre otros, los objetivos aprobados por el Consejo de dirección del departamento en materia de calidad asistencial y seguridad del paciente.

INSTRUCCIÓN QUINTA

COMUNICACIÓN EN MATERIA DE CALIDAD Y SEGURIDAD

1.- Cada UFCASP debe actualizar su reglamento de funcionamiento interno conforme a lo dispuesto en la presente instrucción y debe enviar el documento actualizado y aprobado por el Consejo de Dirección del Departamento o dirección del centro, al servicio con competencias en materia de calidad de la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública.

2.- Las UFCASP elaboran una memoria anual de actividades en modelo normalizado, que será aprobada por el Consejo de Dirección o Dirección del Centro. Dicha memoria debe contener la información relativa a la acreditación de la formación de todos los miembros de la UFCASP.

3.- El coordinador de la UFCASP es el responsable de difundir el seguimiento del PCAySP y todas las actuaciones en esta materia, a los profesionales a través de la intranet, mediante jornadas informativas o cualquier medio de difusión que considere conveniente.

4.- Tanto la memoria anual, como el informe anual de seguimiento del Plan de calidad asistencial y seguridad del paciente, se comunicará a través de correo electrónico, al servicio con competencias en materia de calidad de la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública. Dicho servicio será el responsable de evaluar los PCAySP.

INSTRUCCION SEXTA

EFICACIA Y PÉRDIDA DE EFECTOS

La presente Instrucción adquiere eficacia a partir de su firma y deja sin efecto la Instrucción 3/2017, de 30 de enero, de la Secretaria Autonómica de Salud Pública y del Sistema Sanitario Público, sobre *“Normalización de las funciones de calidad asistencial y seguridad del paciente de los departamentos/centros de la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública”*.

Valencia, fecha en firma

La Secretaría Autonómica de Eficiencia y Tecnología Sanitaria

ANEXO I. COMPOSICIÓN UFCASP

- Departamentos que pertenecen al Grupo I: el número de profesionales que la componen no puede ser inferior a 5 ni superior a 10.
- Departamentos que pertenecen al Grupo II y III: el número de profesionales no puede ser inferior a 3 ni superior a 8.
- Centros multidepartamentales: El número de profesionales que la componen no puede ser inferior a 3 ni superior a 5.

ANEXO II. PLAN DE CALIDAD ASISTENCIAL Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

LÍNEA ESTRATÉGICA 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:

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 todo el departamento de salud/centro.*
- b. *Realizar un análisis interno y externo del entorno del departamento de salud/centro que permita identificar cambios y detectar oportunidades en materia de calidad y seguridad.*
- c. *Incluir en la estrategia global del departamento/centro el plan de calidad asistencial y seguridad del paciente.*

Objetivo 2

Impulsar la actividad de las comisiones clínicas de garantía de calidad. En todos los Departamentos de Salud deben existir 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 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 cada centro/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/centro.*
- f. Promover la correcta identificación de personal voluntario que desarrolla tareas en el departamento de salud/centro.*

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.

Planes 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.

Planes 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.

Planes 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 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...).

Planes 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:

Planes de acción:

- a. Consolidar el compromiso del Centro/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.

Planes 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.

Planes 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.

Planes 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.

Planes 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:

Planes de acción:

1. *Promover la elaboración/visión 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.

Planes de acción:

- a. Promover el uso seguro de las instalaciones y equipos disponibles en el departamento/centro.
- b. Elaborar y/o revisar procedimientos de control de caducidad de material fungible, así como potenciar las políticas de reciclado.
- c. Implantar en centros/departamento de salud la gestión de residuos derivados de la asistencia. El centro/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.

Planes de acción:

- a. Realización de auditorías para verificar el cumplimiento del programa en todo el centro/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_ssc.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"³

Planes 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.*

³ Basado en el Modelo "Afectivo-Efectivo" propuesto por Albert Jovell

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.

Planes 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.

Planes 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 centro/departamento.*