



CONSORCI
HOSPITAL GENERAL
UNIVERSITARI
VALÈNCIA

PLAN DE CALIDAD 2016-2018

**DEPARTAMENTO DE SALUD
HOSPITAL GENERAL-VALENCIA**

Misión, Visión y Valores

El Consorci Hospital General Universitari de Valencia y su Departamento de salud tiene como **MISIÓN** la provisión de servicios sanitarios especializados para prestar una atención personalizada, integral, integrada y de calidad a nuestra población.

Entendiendo por servicio **personalizado** la modalidad de atención en la que el ciudadano es el núcleo de todas nuestras acciones técnico-profesionales.

Entendemos por atención **integral** la modalidad de asistencia que atiende al ciudadano desde todas las dimensiones que lo configuran.

Entendemos por atención **integrada** aquella que favorece la coordinación con los demás niveles asistenciales y facilita los cuidados de transición.

Entendemos por **calidad** asistencial aquella que basamos en el conocimiento de nuestros profesionales y en los medios técnicos que ponemos a disposición del ciudadano de un modo acogedor.

El Departamento como **centro universitario vinculado** a la *Universitat de València*, realiza funciones de investigación y docencia pregraduada y postgraduada en ciencias de la salud, con especial énfasis en la formación de nuevos profesionales especialistas.

Y como **Visión** tenemos el ser el mejor proveedor de servicios de salud integrados y orientados al ciudadano, reconocido por la excelencia e innovación en la prestación de la asistencia que gestiona los recursos de forma eficiente.

Valores y principios

Los valores del Consorcio Hospital General Universitario de Valencia son los elementos que identifican nuestro personal estilo y modo de servir a la ciudadanía, a partir de:

Un **espíritu de equipo** como clave de cooperación efectiva y experiencia acreditada.

El **conocimiento** que nos proporciona la investigación, la formación y la docencia desde el rigor científico y la puesta en común.

La **confianza** que genera en nuestros usuarios la percepción de sentirse en buenas manos.

Un compromiso social basado en el buen hacer y en la responsabilidad de todos sus profesionales.

El **orgullo de pertenecer a un servicio público**, con más de 500 años de historia y tradición, comprometido con el medio ambiente, el entorno y las necesidades de

salud de los ciudadanos.

1. Justificación

La Conselleria de Sanitat es el organismo competente para el establecimiento de las políticas encaminadas al fomento de la calidad en la atención sanitaria de los ciudadanos de la Comunidad Valenciana.

Teniendo en cuenta los objetivos del Plan de la calidad y el Plan de Excelencia en la Atención Sanitaria en la Comunidad Valenciana, es necesario conocer los niveles de calidad alcanzados en los centros y servicios, así como el nivel de satisfacción de los pacientes.

Los centros sanitarios tienen la responsabilidad de ofrecer una asistencia de la máxima calidad posible, adecuada a las expectativas y necesidades de la población. Por ello, en los centros se debe disponer de un Plan de la calidad del departamento. Dicho plan debe partir de un análisis de las características propias de los centros, desarrollando los planes de acción necesarios para la evaluación y mejora continua.

La puesta en marcha de Planes de Calidad en diferentes centros hospitalarios del mundo, basándose en la filosofía de la Calidad Total, ha demostrado que se trata de una buena herramienta para la mejora continua de la asistencia sanitaria, permitiendo ofrecer el máximo de calidad asistencial con los recursos disponibles.

El concepto de la "Calidad Total" se ha convertido en el eje de actuación en la gestión de los departamentos. Se trata de una estrategia cuya puesta en práctica se basa en la definición, desarrollo y evaluación de los procesos, a partir de lo cual se obtienen unos resultados que permiten asegurar unos estándares de calidad y realizar una serie de modificaciones periódicas, produciéndose así la mejora continua.

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

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

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

evidencia científica disponible

Para ello, los pilares en los que se basa el Plan son:

1. Las prestaciones de una asistencia de alta calidad, utilizando el principio de **“Calidad Total”**;
2. la orientación de los servicios sanitarios hacia las **necesidades de los pacientes**; y
3. la integración de todos los profesionales en la **mejora continua de la calidad**.

2. Objetivos.

El objetivo último del presente Plan de la Calidad es conseguir elevar la calidad del Departamento en todos sus aspectos. Los objetivos generales y específicos de este Plan de la calidad están en consonancia con las líneas estratégicas de la Conselleria de Sanitat

Entre las líneas estratégicas sobre las que descansa este plan de la calidad, son:

- Promocionar la importancia estratégica de la calidad, impregnando de una nueva cultura a los profesionales del Consorcio, que haga un hincapié especial en los conceptos de la calidad, y en la gestión por procesos.
- Fomentar la utilización de indicadores, fundamental para la gestión por procesos, lo que nos permitirá conocer con qué nivel de calidad se están realizando los procesos.
- Crear una cultura de cambio en la Organización.
- Fomentar el trabajo en equipo que facilite la cooperación interprofesional y multidisciplinar entre los diferentes servicios con el propósito de desarrollar una política de gestión por procesos
- Impulsar las medidas encaminadas a la mejora de procesos y prevención de errores.
- Orientar los servicios hacia el ciudadano.
- Desarrollar la formación del personal en calidad.
- Evaluar el grado de consecución de objetivos.
- Mejorar la seguridad del paciente atendido en el Departamento Valencia-Hospital General

Los objetivos del presente Plan de la Calidad se resumen en los siguientes puntos:

- Promover las actuaciones para conseguir una gestión de la organización basada en la mejora continua, que garantice la eficacia y eficiencia de la asistencia sanitaria.

- Mejorar la gestión de los procesos en las diferentes áreas, que permita completar el mapa de procesos
- Desarrollar e implantar guías de práctica clínica, protocolos y vías clínicas.
- Adaptar los procesos a las necesidades y expectativas de los pacientes, de tal forma que este sea el centro de los procesos asistenciales.
- Conseguir la participación multidisciplinaria de los profesionales de la Organización en la mejora de la calidad.
- Elaborar e implantar un Plan de Comunicación Interna que permita informar sobre la calidad a los profesionales de forma autorizada y creíble.
- Obtener la satisfacción de los pacientes y de los profesionales, desarrollando una asistencia eficiente, segura, y basada en la mejor evidencia científica disponible.
- Desarrollar políticas activas que potencien la creación y funcionamiento de la Comisiones Clínicas.
- Promover y desarrollar el conocimiento y la cultura de seguridad del paciente entre los profesionales del Departamento
- Promover el registro de los efectos adversos como herramienta para conseguir una mejora en la seguridad del paciente

3. Metodología.

Las estrategias a poner en marcha para mejorar la calidad de la asistencia sanitaria y la satisfacción del usuario se centrarán en las áreas clave de actuación establecidas por los Órganos Directivos del Departamento.

La puesta en práctica de los métodos de gestión de la calidad requiere la colaboración de los profesionales, siendo todo el proceso liderado y supervisado por la Dirección de los Centros, y coordinado por el Servicio de Planificación, calidad y gestión de proyectos.

3.1. Servicio de Planificación, calidad y gestión de proyectos

El Servicio forma parte de la estructura que posee el departamento para dar soporte a la gestión de la calidad. Esta estructura estaría compuesta por:

:

- Dirección del Departamento.
- Servicio de Planificación, Calidad y gestión de Proyectos.
- Comisiones.
- Grupos de Mejora.

En materia de calidad, tiene como misión, servir de soporte y facilitar el desarrollo de la política de calidad, propiciando y apoyando todos los procesos de calidad que se aborden en el conjunto de la organización.

Las funciones del área de calidad son:

- Implicarse en la gestión de la calidad de forma global en el Departamento y, en particular, en el área asistencial.
- Motivar a los profesionales en la consecución de una asistencia de calidad.

- Promover el análisis para desarrollar acciones de mejora.
- Facilitar la implantación de las diferentes acciones de mejora surgidas del análisis de la actividad de cualquiera de los niveles implicados en la gestión de la calidad.
- Promover, conjuntamente con la Dirección, la participación de los profesionales en las estrategias de calidad.
- Facilitar la formación en herramientas de gestión de la calidad a los diferentes servicios y profesionales.
- Participar de forma activa en las reuniones de las Comisiones Clínicas.
- Coordinar las acciones de mejora que se propongan desde los diferentes niveles de responsabilidad del departamento.
- Controlar la evolución de las diferentes acciones que se propongan en materia de calidad. En este sentido, se propondrán indicadores para valorar el resultado de las mismas.
- Promover las líneas estratégicas y objetivos encaminados a la mejora de la seguridad del paciente

3.2. Comisiones clínicas

La estructura de Calidad se complementa con las Comisiones Clínicas quienes deben seguir trabajando en las áreas de su competencia.

Son grupos de trabajo que forman parte de la estructura de la calidad en la organización. Elaborando criterios de actuación a partir del consenso entre expertos, por lo que son un instrumento indispensable para la definición de la práctica clínica correcta y adecuada, y permiten resolver de forma interdisciplinar los problemas clínicos.

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

Deben realizar un análisis riguroso de sus objetivos y plantearse nuevas acciones para conseguir alcanzarlos. El trabajo de las comisiones está muy orientado a algunos aspectos de la práctica asistencial, de ahí su importancia, y deben mejorarse los canales de comunicación para facilitar la recepción de sus recomendaciones a todos los niveles del departamento.

El Plan de Calidad incluirá mejoras en el funcionamiento de las Comisiones Clínicas que tendrá en cuenta los siguientes objetivos:

- Fomentar la participación de todos los miembros de las Comisiones Clínicas.
- Garantizar la eficacia de las sesiones de las Comisiones Clínicas.
- Favorecer la colaboración entre los responsables de calidad de los Centros y la Dirección Médica en la definición de los objetivos de las Comisiones Clínicas.
- Establecer relaciones entre las Comisiones Clínicas y los Servicios con el objetivo de elaborar guías o criterios de utilización adecuada del sistema en procesos prevalentes, como una herramienta de ayuda a los clínicos en la toma de decisiones.

- Impulsar la constitución de nuevas Comisiones Clínicas según las necesidades.

Las comisiones existentes se encuentran explicitadas en la correspondiente disposición de la normativa del Departamento.

3.3. Grupos de mejora

Son grupos, normalmente de carácter multidisciplinar, formados para analizar un problema o desarrollar proyecto concreto, y proponer una respuesta al mismo. Estos grupos pueden ser internos (del Departamento) o externos al departamento (Consellería, etc.)

Los grupos de mejora se han de crear con objetivos concretos y con representación de todos los profesionales implicados en el problema que se va a analizar.

3.4. Referente o responsable de la Calidad de Servicio (RC)

Se intentará que todos los Servicios tengan, al menos, un responsable de la calidad, tanto facultativo como de enfermería, constituyendo una red, que actuará como conexión entre el Servicio de Planificación, Calidad y gestión de proyectos y los profesionales de los diferentes servicios, con independencia de que estos últimos también participen en las reuniones. El responsable de la calidad se encargará de coordinar la implantación de los métodos de mejora de la calidad en su Servicio, participará en la evaluación de los procesos y elaborará el correspondiente informe anual de la calidad del servicio. Sus principales funciones son:

- Garantizar la adecuada implementación de protocolos y procedimientos favoreciendo en su contexto de trabajo la difusión entre los profesionales:
 - Eliminar de las áreas de trabajo los documentos obsoletos y Sustituirlas por de las versiones en vigor de la documentación.
- Participar en la monitorización de las actividades de mejora implantadas, podrá colaborar en la coordinación y realización de auditorías internas, sobre los aspectos de interés para los centros (Por ejemplo. Cumplimiento del listado de verificación de seguridad quirúrgica, cumplimiento de la utilización consentimiento informado, cumplimiento del reglamento de historias clínicas, etc).
- Desarrollar y proponer indicadores asistenciales relacionados, sobre todo, con la calidad y la mejora de la prestación asistencial de su servicio.
- Colaborar con el Servicio de Planificación, Calidad y gestión de proyectos en la realización de encuestas de satisfacción a los usuarios.
- Promover la notificación de eventos adversos relacionados o no con la medicación y canalizar la recogida y análisis de los incidentes de acuerdo con el "Procedimiento de Notificación de Incidentes del Departamento y Área".
- Coordinar la formación en seguridad de pacientes y colaborar con Servicio de Planificación, Calidad y gestión de proyectos en la elaboración de un Mapa de Riesgos para los pacientes específico de cada Unidad o Servicio.
- Colaborar en la actualización de la página Web del departamento,

incorporando aspectos de interés para los ciudadanos.

3.5. Estrategias de mejora de la calidad

Para poder llevar a cabo las acciones de mejora de la calidad se aplicarán aquellas herramientas de gestión que han demostrado ser efectivas, entre las que se incluyen:

3.5.1. Benchmarking.

Si es posible, se analizará las actuaciones, que se realizan en otros centros, relacionadas con al proceso que se esté estudiando y se intentará identificar las mejores propuestas o soluciones. Se compararán nuestros procesos y servicios con los de los mejores centros, se intentará conocer los logros de los mismos y, a partir de esto, se aplicarán los cambios que se crean oportunos para mejorar.

3.5.2. Gestión por Procesos.

La gestión por procesos en la asistencia sanitaria es un sistema de planificación y administración encaminado a disminuir la variabilidad de la práctica clínica y caracterizado por la concatenación de las decisiones, actividades y tareas llevadas a cabo por diferentes profesionales en un orden lógico y secuencial para producir un resultado previsible y satisfactorio, y la evaluación de todo ello de manera que se puedan detectar los problemas e introducir cambios para la mejora de la calidad de los servicios.

Los métodos utilizados se basarán en la mejor práctica clínica a través de la medicina basada en la evidencia y con la elaboración e implantación de Guías de Práctica Clínica, Protocolos Clínicos y Vías Clínicas. Se pretende asegurar el abordaje de los problemas de salud de forma homogénea desde una visión centrada en el paciente, los profesionales y en el proceso asistencial en sí mismo.

Para alcanzar este objetivo, en primer lugar, se deberán identificar los procesos prioritarios de la Organización (procesos clave), sobre los cuales se actuará de forma progresiva según su importancia. La gestión de estos procesos requerirá la implantación de una cultura de la medicina basada en la evidencia, caracterizada por la búsqueda, valoración y utilización de los conocimientos derivados de la investigación; la implantación de Guías de Práctica Clínica, bien las de las Sociedades Científicas o bien las elaboradas por los propios profesionales de los Centros; y el desarrollo y puesta en práctica de Protocolos Clínicos y Vías Clínicas.

3.5.3. Comunicación Interna.

Entre las diferentes herramientas de gestión utilizadas para alcanzar la mejora continua de la calidad destaca la comunicación interna, lo que nos permite realizar un ejercicio de transparencia. El éxito de cualquier cambio radica en una efectiva comunicación a los profesionales, porque es una herramienta fundamental para aquellos que, en definitiva, son los responsables de implementar las mejoras. Por ello, es importante elaborar e implantar un Plan de Comunicación Interna que permita informar sobre la calidad a los profesionales, de forma autorizada, creíble y transparente.

Se pretende articular un plan de trabajo que haga de la Comunicación una vía para la creación de una nueva cultura corporativa (departamental), motor de motivación e integración.

3.5.4. Comunicación Externa.

Para poder conseguir una verdadera mejora de la calidad es necesario también desarrollar una buena comunicación externa, que permita informar a los ciudadanos sobre el tipo y nivel de los servicios, les involucre en las mejoras y posicione la imagen de calidad del Centros. Y que al igual que la comunicación interna permita realizar un ejercicio de transparencia de cara al ciudadano.

La percepción final de las mejoras conseguidas depende del ciudadano, por lo que es muy importante comunicarlas convenientemente. Para ello, se mejorará la información sobre los derechos y deberes de los ciudadanos ante la Sanidad, la organización y funcionamiento del Sistema de Salud y del Departamento, la prestación de los servicios, las normas y recomendaciones sanitarias de mayor interés, así como la información clínica que permita la participación del paciente en las decisiones médicas.

3.5.5. Formación en Calidad

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

Por ello, se elaborará un Plan de Formación en Calidad específico dirigido a la difusión de la cultura, metodología y herramientas de gestión clínica para la mejora continua de la calidad y la eficiencia

Será un Plan multidisciplinar, flexible, dinámico, dirigido a objetivos específicos y proyectos concretos en línea con las principales áreas de mejora de los centros y las necesidades de los profesionales, y sometido a seguimiento y evaluación para conocer el impacto de la formación en los resultados

3.5.6. Educación para la salud.

Otro de los aspectos importantes en el proceso de mejora de la calidad es la educación de los usuarios de los servicios sanitarios. Está demostrado que las políticas preventivas sobre ciertos hábitos nocivos mejoran la salud de los pacientes, ya que consiguen que éstos conozcan, se sensibilicen y se impliquen afectivamente con un estilo de vida saludable.

Por otro lado, la calidad de los resultados del proceso de asistencia depende también en gran medida del conocimiento, habilidades, esfuerzos y motivaciones del paciente ante el sistema sanitario.

4. Estrategia de implantación

La implantación del Plan de la Calidad del departamento comienza con la voluntad

de los Órganos Directivos de promover un cambio en las estructuras y funcionamiento de toda la Organización con la intención de, a través de la mejora continua y en el ámbito de la Calidad Total, ir avanzando hacia la excelencia.

4.1. Anuncio de la implantación del Plan de Calidad

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

Por lo tanto, es preciso anunciar la implantación del Plan de Calidad a través de los circuitos internos de comunicación, informando convenientemente de todos sus puntos y mostrando la total responsabilidad sobre el mismo por parte de los Órganos de Dirección del Departamento.

Se programará una sesión a nivel departamento, organizada por la Gerencia, en la que se dará a conocer el Servicio de Planificación, calidad y gestión de proyectos y las personas que lo integran, y al mismo tiempo se anunciará la implantación del Plan de Calidad, y se explicitarán sus objetivos y metodología a seguir.

4.2. Reuniones con los Jefes de Servicio y Presidentes de las Comisiones Clínicas.

Uno de los primeros pasos en la aplicación práctica del Plan de Calidad serían las reuniones con los Jefes de Servicio y Presidentes de las Comisiones Clínicas.

El responsable de Calidad debe ser el que anime las sesiones sobre calidad dirigiéndose a los Jefes de Servicio y Presidentes de las Comisiones Clínicas, los cuales expondrán sus inquietudes respecto a los métodos de mejora de la calidad.

El objetivo principal es elaborar guías o criterios de utilización adecuada del sistema en procesos prevalentes, como una herramienta de ayuda a los clínicos en la toma de decisiones. Esto permitirá al responsable de la Calidad conocer los aspectos específicos de los procesos particulares y, así, diseñar el mejor modo de adaptarlos a los planes de la Organización.

4.3. Reuniones con los profesionales

Dado que los trabajadores son imprescindibles para conseguir la mejora de la calidad, se programarán reuniones con todos los profesionales del departamento, para que éstos opinen respecto a los cambios que serían necesarios para conseguir la mencionada mejora.

Los proyectos se elaborarán en colaboración con las personas implicadas y nunca serán impuestos, y se valorará cualquier forma de innovación.

Además, las actuaciones y los métodos aplicados se centrarán en los procesos y la intención es implicar a los profesionales en la filosofía de la Calidad Total y animarles a participar activamente en los procedimientos que les interesen.

En esta dinámica, los profesionales serán convenientemente informados de la implantación, evolución y evaluación del Plan de Calidad, lo que permitirá además hacerles partícipes de los resultados.

4.4. Elección de los referentes de la calidad de los Servicios

El objetivo es que todos los Servicios tengan, al menos, un referente de la calidad, tanto facultativo como de enfermería, quienes actuarán como conexión entre el Servicio de planificación, calidad y gestión de proyectos y los profesionales. El referente de la calidad se encargará de coordinar la implantación de los métodos de mejora de la calidad en su Servicio, participará en la evaluación de los procesos y elaborará el correspondiente informe de la Calidad.

4.5. Formación de los profesionales

El objetivo final del Plan de Formación en Calidad es que los profesionales se impliquen activamente en los cambios para conseguir las mejoras, mediante una actualización continuada de los conocimientos en el área de la gestión de la calidad.

Para realizar esta formación, se ha planificado dos cursos, que permitirían formar a una grupo de personas, pueden ser los referentes de la calidad, y posteriormente, estos últimos ayudarán a la formación del resto de profesionales. Por ello, se programarán sesiones divulgativas, como proceso de educación en los conceptos de gestión de la calidad, en las mismas reuniones con los profesionales.

Estas sesiones divulgativas se pondrán en práctica desde los primeros momentos de la puesta en marcha del Plan de Calidad.

Además, para lograr una verdadera formación continuada en calidad, dichas sesiones se repetirán periódicamente y se mantendrán de forma indefinida

4.6. Elaboración de los proyectos y planes para la mejora de la calidad

Para la realización de los proyectos y planes de mejora de la calidad, se utilizará la metodología de la gestión por procesos que orienta los esfuerzos a su optimización, en busca de mejorar su eficacia y su eficiencia, sistematizando y adecuando toda la información, para ir progresando en la mejora continua de los procesos asistenciales.

Éstos se desarrollarán orientados hacia la consecución de los objetivos prioritarios de los Centros, y serán posteriormente informados de una manera ágil. La elaboración de los mismos se hará con la participación de los profesionales, y a partir de las correspondientes discusiones para alcanzar el máximo consenso, lo que conllevará que las decisiones, al ser tratadas desde diversos puntos de vista, tengan una mayor objetividad y sean más aceptadas de forma generalizada.

Por último, los proyectos y programas serán sometidos a una evaluación

permanente, para modificarlos según sea necesario y conseguir, así, mejorarlos periódicamente, y por tanto, avanzar en la mejora continua.

5. Líneas estratégicas de la organización

Las principales líneas estratégicas de este plan de la calidad, se pueden concretar en:

5.1. DESARROLLO PROFESIONAL

OBJETIVOS

- i. Garantizar una docencia pregrado y postgrado de acuerdo con la condición de departamento universitario.
- ii. Adecuar el conocimiento de las personas responsables de ejecución de los objetivos establecidos en este Plan de la Calidad, con la elaboración de un plan anual de formación (*plan formador de formadores*) que incluya las necesidades formativas necesarias para la ejecución de éste Plan de Calidad
- iii. Realizar un plan de formación que permita la difusión de los conceptos de calidad entre todo el personal de la organización
- iv. Establecer planes de formación relacionados con la mejora de la comunicación con los pacientes y ciudadanos (trato, malas noticias, etc)
- v. Elaborar planes formativos adecuados a las necesidades de los profesionales y de la población a la que atienden, con estrategias de difusión de conocimiento adecuadas y al mismo tiempo desarrollar medidas que permitan analizar el impacto de las mismas.

5.2. DESARROLLO ORGANIZATIVO

- i. Desarrollo del nuevo reglamento de organización y funcionamiento (ROF)
- ii. Desarrollo del nuevo plan estratégico
- iii. Renovación / Mantenimiento de las certificaciones existentes en base a los requisitos de la norma ISO 9001 (Bioingeniería, Oncología, Nefrología, Laboratorios Centrales, Unidad de Mama)

Establecimiento de objetivos de calidad en procesos certificados bajo el amparo de la norma ISO 9001

Elaboración de los indicadores de la calidad y planificación de objetivos anuales

Incorporación de estándares de acreditación en transfusión sanguínea de la Sociedad Española de Hematología y Hemoterapia y de la Sociedad Española de transfusión sanguínea al sistema de gestión del Banco de sangre, que nos permita avanzar en la acreditación del CAT.



- iv. Renovación / Mantenimiento de las acreditaciones existentes según la norma ISO 15189 (laboratorios clínicos) y la norma ISO 17025 (Legionella)

Elaboración de los indicadores de la calidad y planificación de objetivos anuales.

- v. Incrementar el número de procesos gestionados según la metodología de gestión por procesos, con el fin de ir completando el mapa de procesos de la organización.
- vi. Promocionar el funcionamiento de la Comisiones del Departamento, con mantenimiento periódico de las reuniones, que permitan la consecución de sus objetivos.

Implementación de nuevos planes como pueden ser, entre otros, los siguientes:

- vii. Plan de mejora del Servicio de Urgencias
- viii. Plan de mejora del Servicio de Anatomía Patológica
- ix. Plan de desarrollo de radiología intervencionista
- x. Plan de desarrollo de la unidad multidisciplinar de daño cerebral

5.3. ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE

- i. Progresar en la autonomía del paciente
- ii. Revisión de Documento de Consentimiento Informados Específicos para todos los procedimientos, con especial hincapié los que se indican en la normativa legal

Nº documentos de Consentimiento Informados Específicos revisados

- iii. Difundir y apoyar la elaboración de documentos de instrucciones previas (testamento vital o últimas voluntades), especialmente desde Atención Primaria (médico de familia)
- iv. Evaluar la percepción de los usuarios

5.4. SEGURIDAD DEL PACIENTE

- i. Promover y desarrollar el conocimiento y cultura de seguridad del paciente entre los profesionales en cualquier nivel de atención
- ii. Minimizar la infección asociada a la asistencia sanitaria
- iii. Mejorar la seguridad de los procesos
- iv. Implantación y seguimiento del listado de verificación en cirugía
- v. Mejorar la seguridad del uso del medicamento
- vi. Fomentar la notificación de RAM (Reacciones adversas a medicamentos).
- vii. Fomentar la gestión de sucesos adversos (Número de sucesos adversos declarados y gestionados)

5.5. ORIENTACIÓN AL CIUDADANO

- i. Promover la realización de encuestas de satisfacción
- ii. Promover la gestión y análisis de las reclamaciones.
- iii. Promover la participación ciudadana en la mejora del departamento y su área a través de la Comisión de Participación Ciudadana y de las reuniones específicas con asociaciones de pacientes.
- iv. Actualizar le Web del Departamento con aspectos de interés para los ciudadanos

5.6. SOSTENIBILIDAD MEDIOAMBIENTAL

- i. Mejorar la gestión ambiental desarrollada por la institución

6. Evaluación.

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

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

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

Según sus resultados, se modificarán los procesos con la intención de alcanzar los objetivos propuestos.

6.1. Control de calidad.

La evaluación de la actividad del departamento debe basarse, fundamentalmente, en el control y mejora de la calidad. El control de la calidad es una operación basada en la información que mide la calidad real y la compara con estándares con la finalidad de detectar las desviaciones y conocer la causa de los problemas, para poder implantar la acción correctora que acerque la situación a los niveles que se pretenden.

6.2. Evaluación de los indicadores de calidad.

El proceso de evaluación del Plan de Calidad incluye un completo sistema de seguimiento y control de los indicadores de calidad, con la intención final de aplicar la consecuente retroalimentación sobre los procesos para conseguir la mejora continua de la calidad asistencial.

6.2.1. Estándares de la Organización.

Desde hace unos años e impulsados por al Conselleria de Sanitat, se han ido elaborando e incluyendo en los acuerdos de gestión, diferentes indicadores con sus correspondientes objetivos que han servido para crear una cultura de utilización de indicadores en el trabajo diario, cultura que abarcaba a todos los departamentos dependientes de la mencionada Consellería.

En años anteriores, estos acuerdos de gestión incluyeron una serie de indicadores y objetivos, fundamentalmente, con una orientación económica, dejando a los estándares de calidad un mero papel secundario.

Este criterio debe invertirse, y aunque debe existir una presencia de esos indicadores, el mayor peso debe estar representado por los indicadores con una orientación sanitaria, basados en la calidad y en la mejora de salud de la población, y nunca perdiendo de vista la eficiencia. Además de los indicadores seleccionados por la Conselleria de Sanitat nuestro Departamento puede seleccionar algunos indicadores específicos que no estén contemplados en los primeros.

En las negociaciones que se realicen con los diferentes servicios, se intentarán incluir indicadores específicos del servicio en los que participarán activamente los referentes de calidad.

En los casos en los que alguno de los objetivos no se alcancen, se analizarán las posibles causas responsables, y a partir de los resultados poner en marcha las correspondientes soluciones o planes de mejora..

6.2.2. Objetivos comunes.

En los acuerdos de gestión de la Conselleria de Sanitat se definieron, en estos últimos años, un conjunto de objetivos comunes a todos los departamentos, unos relacionados con las áreas donde aún se observan oportunidades de mejora y otros con las prioridades de la Organización, con la intención de que todos los centros trabajaran sobre los mismos aspectos para mejorar la calidad. Aunque este año, la propia Conselleria, también, se está planteando el incrementar el peso de los indicadores y objetivos de calidad y atención al paciente y ciudadano.

6.2.3. Monitorización de indicadores.

La monitorización, es decir, la medición sistemática y planificada de indicadores de calidad, tiene como objetivo identificar la existencia de situaciones problemáticas que hay que evaluar o sobre las que hay que intervenir. La monitorización de indicadores es una parte fundamental de la gestión por procesos y, por tanto, para la mejora continua de la calidad.

Una parte de los indicadores pueden ser calculados a partir del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD). Estos indicadores miden aspectos de la asistencia sanitaria con impacto en la calidad, y permiten comparar los resultados entre los distintos departamentos y entre distintas Organizaciones.

Existe otra serie de indicadores que no se pueden obtener automáticamente de los

sistemas de información del CMBD y que precisan estudios específicos en los departamentos. Algunos son indicadores clínicos y otros evalúan la adecuación de la atención sanitaria.

En general, se emplean indicadores que tienen una fácil interpretación clínica o de gestión, y que son útiles para que los profesionales mejoren su práctica asistencial.

El departamento debe:

- Analizar los resultados de los indicadores y compararse con el resto de los departamentos de su grupo
- Llevar a cabo los estudios que le permitan obtener los indicadores que no se obtienen automáticamente de los sistemas de información
- Analizar las causas de los resultados que se desvían de la media, y siempre que aparezca un caso que se considere un suceso centinela
- Llevar a cabo las medidas de mejora o acciones correctoras necesarias.

7. Memoria Anual del Plan de la calidad

Para poder hacer un seguimiento preciso de todos los procesos implicados en la calidad debe realizarse un balance de todas las actividades realizadas. Para ello, se registrarán los métodos de evaluación y los resultados del Plan de Calidad y se presentarán en forma de memoria.

Este documento permite, también, comparar con los resultados obtenidos en años anteriores. A nivel de la Conselleria de Sanitat, permite la comparación entre los diferentes centros del sistema sanitario y con el conjunto de todos ellos.

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

Asimismo, el conocimiento generalizado de los resultados dentro de la Organización puede ser estimulante y motivador para los profesionales y les permitirá tomar conciencia de que verdaderamente se realizan algunas formas de control de la calidad.