PLAN DE GESTIÓN DE CALIDAD SECTOR ZARAGOZA II 2022-2023

Número de Documento:	CAL-01-04_v17	
Elaborado por:	Unidad de Calidad Asistencial	Fecha: 01-12-2021
Revisión A		
Aprobado por:	Comisión de Dirección de Sector	Fecha: 13-12-2021
Próxima Revisión	Diciembre 2022	

Índice

1 INTRODUCCIÓN 3
1.1.- Misión, visión y valores.
1-2.- Otros elementos en los que se basa el Plan de Gestión de Calidad.

2 DISEÑO DEL PROGRAMA 5
2.1.- Ámbito de aplicación.
2.2.- Organigrama del Sector para la gestión de calidad.
2.3.- Autoridad y responsabilidad.
2.4.- Órganos de apoyo.
2.5.- Órganos de Participación y Control.

3 DESARROLLO DEL PROGRAMA 13
3.1.- Análisis de calidad.
3.1.1 Elaboración del análisis para el Plan Estratégico.
3.1.2. Análisis mediante el modelo EFQM.
3.1.3. Análisis continuado de la situación.
3.2.- Desarrollo de objetivos y actividades.
3.3.- Desarrollo de otras actividades de calidad con valor añadido.
3.4.- Evaluación de actividades y resultados.

4 DEFINICIÓN DE INDICADORES DE MONITORIZACIÓN 17

5 FORMACIÓN Y MOTIVACIÓN EN CALIDAD 18

6 RECURSOS DISPONIBLES 19

7 CRONOGRAMA 20

ANEXO I.- *Organigrama de gestión de la calidad* 22

ANEXO II.- *Mapa de Procesos del Sector Sanitario* 23

ANEXO III.- *Objetivos relacionados con estructuras de calidad del Contrato Programa 2020-2023* 24

ANEXO IV.- *Objetivos programa de calidad* 28

ANEXO V.- *Desarrollo de los proyectos asistenciales incluidos en el contrato programa y en los acuerdos de gestión clínica de Servicios/Unidades/Equipos de Atención Primaria* . 30

ANEXO VI.- *Programa de certificación y Acreditación (Normas ISO)* 30

ANEXO VII.- *Grupos de trabajo multidisciplinares* 30

ANEXO VIII.- *Propuesta de mejora, objetivos e indicadores propuestos para el año 2021* 30

ANEXO IX.- *Grupos de Indicadores del Contrato Programa 2020-2023* 33

ANEXO X.- *Formación Área de calidad programados-año 2021* 31

1 INTRODUCCIÓN

El presente documento tiene como objetivo describir la estructura organizativa, los objetivos a medio plazo y la estrategia de actuación definida en el Sector Zaragoza II para impulsar la mejora continua y la búsqueda de la excelencia de resultados tanto en los pacientes y usuarios, como en las personas que trabajan en cualquiera de sus centros, en el conjunto de la sociedad a la que sirve y en todos aquellos objetivos identificados como fundamentales o estratégicos por los Servicios Centrales del Departamento de Sanidad.

El Plan de Gestión de calidad se debería integrar en el Plan Estratégico del Sector como un Plan Sectorial, y por ello se debería impregnar de sus líneas estratégicas. En este momento la última actualización del mismo corresponde al período 2014-2016 y está pendiente de revisión. Aunque el presente plan de calidad se establece para el período 2022-2023 también debe alinearse con los objetivos estratégicos del Contrato Programa del Hospital (2020-2023). Una vez que se disponga de los objetivos y estrategias correspondientes a la anualidad del 2022, el presente plan de calidad debería adecuarse a los mismos.

Como principal marco de referencia tenemos el Plan de Salud de Aragón 2030, documento estratégico del Gobierno de Aragón que recoge objetivos y actuaciones dirigidos a mejorar el nivel de salud de la población aragonesa. Responde al enfoque de Salud en todas las Políticas ya que la salud depende de actuaciones no solo del ámbito sanitario sino también de otras áreas como urbanismo, medioambiente, educación, servicios sociales, trabajo o empleo, entre otras. Sus actuaciones se centran en la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y en fortalecer la atención integral y el abordaje generalista. El presente plan de gestión de calidad debe ir alineado con lo establecido en el mismo.

1.1.- Misión, visión y valores.

	Plan Estratégico Sector (2016)	Plan de Salud de Aragón 2030
Misión	*Prestar asistencia sanitaria dentro del sistema público, centrada en el ciudadano, proporcionando a la población una atención adecuada y continuada en todos los niveles asistenciales con un claro compromiso docente e investigador.*	*Mejorar la salud de la población de Aragón poniendo en marcha medidas que actúen sobre sus determinantes y desde todas las políticas. Orientar el sistema sanitario de Aragón hacia la salud.*
Visión	*Alcanzar una atención sanitaria excelente, que sea un modelo de referencia en el que los ciudadanos y profesionales confíen y con el que estén muy satisfechos.*	*Una población con un elevado nivel de salud, en la que se han reducido las desigualdades que le afectan.*
Valores	▪ *Orientación al ciudadano.* ▪ *Equidad, solidaridad y eficiencia.* ▪ *Respeto al paciente y trato humano.* ▪ *Excelencia profesional.* ▪ *Implicación de los trabajadores.*	▪ *Equidad, solidaridad y universalidad.* ▪ *Efectividad y eficiencia.* ▪ *Ética, autonomía y participación de la ciudadanía.* ▪ *Sostenibilidad, transparencia y rendición de cuentas.* ▪ *Calidad e Innovación.* ▪ *Intersectorialidad*

1.2.- Otros elementos en los que se basa el Plan de Gestión de Calidad.

- ✓ La orientación hacia la gestión y mejora de los procesos.
- ✓ El empeño en fundamentar las decisiones en evidencias, estableciendo indicadores y desarrollando su monitorización integrada en el cuadro de mandos.
- ✓ Una actitud de mejora permanente e innovación.
- ✓ La utilización del modelo de certificación ISO 9001:2015 como sistema de calidad, en el marco del progresivo aumento del número de servicios y unidades certificadas.
- ✓ La utilización de las herramientas que proporciona la gestión de calidad para la implantación de una gestión clínica efectiva.
- ✓ La participación de los profesionales en la toma de decisiones.
- ✓ La creación de una cultura de calidad y mejora continua entre todos los estamentos profesionales.

2 DISEÑO DEL PROGRAMA

2.1.- Ámbito de aplicación.

El ámbito de aplicación del Programa es el Sector Sanitario Zaragoza II, que incluye el Hospital Universitario Miguel Servet con sus Servicios y Unidades, los Centros Médicos de Especialidades Ramón y Cajal y San José, y los Equipos de Atención Primaria, Unidades de Apoyo y otras Unidades sanitarias y de gestión integradas en el Sector.

El Plan de Calidad tiene una vigencia anual, aunque es cierto que muchos de sus elementos van a tener un despliegue de mayor duración, fundamentalmente asociado a la duración del contrato programa del sector (con un contrato específico para Hospital y otro para Atención Primaria). Por ello se establece para el periodo 2022-2023, aunque anualmente se revise y se modifique lo necesario.

2.2.- Organigrama del Sector para la gestión de calidad.

ANEXO I

2.3.- Autoridad y responsabilidad.

1.- Equipo directivo: es el encargado de liderar el Plan de Calidad del Sector Sanitario, recayendo en la alta dirección –Gerencia del Sector Zaragoza II-, la máxima responsabilidad de liderazgo en el sentido de establecer objetivos, determinar y asignar los medios para alcanzarlos, impulsar su consecución y evaluar sus resultados, completando el ciclo de mejora de la calidad.

Corresponde a las Direcciones de Hospital, de Atención Primaria, de Enfermería y Gestión, el impulsar el Plan de Calidad en sus áreas de referencia. Cada División debería tener designado un directivo responsable de la coordinación del área de calidad.

Colegiadamente la labor directiva del Plan de Calidad se desarrolla a través de la Comisión de Dirección de Sector.

2.- Servicios clínico-asistenciales y de gestión: Constituyen el núcleo principal de diseño y desarrollo de los procesos asistenciales. Los Jefes de Servicio y de Unidad, Supervisoras de Unidad y Coordinadores de Centros de Salud son los encargados de liderar a su nivel de responsabilidad las actividades de mejora de calidad.

En cada Servicio y Equipo de Atención Primaria existirá un Responsable de Calidad con nombramiento actualizado. En la práctica, esta figura estará condicionada a que esa estructura realmente desarrolle un Programa de Calidad.

La Dirección designará a los Gestores de Proceso que se responsabilizan de su gestión y mejora, así como de la consecución de los resultados de los mismos. Su funcionamiento se ajustará a lo establecido por el Reglamento para la Gestión por Procesos del Sector. (Mapa de procesos: **ANEXO II**).

3.- Unidad de Calidad. Coordinador del Programa de Calidad del Sector. Dependiente de la Gerencia de Sector, es la Unidad especializada encargada de impulsar, asesorar, facilitar y monitorizar las actividades de mejora de calidad.

Al frente de la Unidad se encuentra el Coordinador de Calidad del Sector y formarán parte de la misma una supervisora de área de enfermería y un jefe de servicio de gestión, además del apoyo administrativo necesario para el cumplimiento de sus funciones. En el ámbito de Atención Primaria existirá un referente (Técnico de Salud) que estará integrado en la Unidad. Las funciones específicas principales son las siguientes:

- Coordinar la implantación, desarrollo y evaluación del Plan de Gestión de la Calidad en el Sector.

- Coordinar y apoyar la implantación y mantenimiento de Normas ISO.

- Colaborar con las Direcciones Asistenciales en la evaluación de proyectos asistenciales incluidos en Contrato Programa y Acuerdos de Gestión Clínica.

- Impulsar y estimular la constitución de equipos y grupos de mejora.

- Facilitar ayuda metodológica para definir objetivos y planes de mejora.

- Definir, monitorizar y difundir indicadores de calidad.

- Asesorar y colaborar en el diseño y rediseño de procesos.

- Prestar apoyo metodológico a las comisiones, equipos y grupos de mejora para el desarrollo de sus proyectos.

- Proporcionar formación en metodología de la calidad a los diferentes profesionales implicados.

- Mantener actualizados los registros que sirven de soporte para la certificación de las actividades de participación y compromiso con la organización del personal.

2.4.- Órganos de apoyo.

1.- Comisión Central de Gestión Clínica y Calidad Asistencial del HUMS y de AP: Está regulada en la Resolución de 11 de abril de 2018 de la Dirección General de Asistencia Sanitaria del Departamento de Sanidad.

Órgano que facilita un espacio de interacción entre la coordinación de la gestión de la calidad en el Sector y la gestión clínica en cada uno de sus ámbitos asistenciales.

Sus funciones son las siguientes:

- Análisis y monitorización de la práctica clínica en su área de actuación.

- Diseño, implantación y evaluación de procesos de gestión clínica.
- Aprobación de normas y protocolos de práctica clínica.
- Propuesta de objetivos y acciones a incluir en el Contrato Programa y Acuerdos de Gestión Clínica anuales de las unidades y/o equipos de AP.
- Priorización, seguimiento, apoyo metodológico y evaluación anual de los proyectos de gestión clínica del centro/sector, tanto los incluidos en Contrato Programa como los propuestos por las distintas unidades y/o equipos de AP en sus respectivos Acuerdos de Gestión Clínica.
- Asesoría técnica en aquellos aspectos solicitados por la Dirección.

Se compone de los directores del HUMS y de AP, que presiden cada una de las Comisiones, todos los miembros de la Unidad de Calidad que actúan como expertos en metodología de gestión de proyectos y calidad, miembros de los equipos de dirección del Sector, Responsables (médicos y de enfermería) de Servicios/Unidades Clínicas (centrales, médicos y quirúrgicos) y de equipos de Atención Primaria (Coordinadores médicos y responsables de enfermería). En este ámbito se podrán incluir Responsables de Calidad de los Equipos.

2.- Comisiones Clínicas Centrales: También están reguladas en la Resolución de 11 de abril de 2018 de la Dirección General de Asistencia Sanitaria del Departamento de Sanidad.

Las Comisiones Centrales son órganos profesionales, definidos por áreas de trabajo, donde es necesaria la participación y coordinación multidisciplinar permanente como órgano consultivo de las Direcciones. Son un instrumento necesario para la definición y monitorización de la práctica clínica correcta y adecuada, siendo por tanto un elemento de trascendencia en la mejora de calidad.

Su misión es de asesoramiento y ayuda en la toma de decisiones a la Dirección Asistencial y la propuesta a la misma de las diversas actuaciones que considere oportunas y necesarias, en función de la materia de que sea objeto. Serán responsables de la constitución, seguimiento y evaluación de las comisiones y grupos de trabajo que de ellas dependan.

En nuestro Sector están constituidas las siguientes:

A nivel de Sector:

- **Comisión Central de Formación Continuada y desarrollo profesional**.
- **Comisión de Sector para el uso racional del medicamento y productos sanitarios de Aragón**
- **Comisión Central de Infecciones, profilaxis y política antibiótica**
- **Comisión de Sector de Ensayos Clínicos de los centros hospitalarios y de atención primaria**
- **Comité de Sector de Ética Asistencial**

A nivel de Hospital:

- **Comisión Central de gestión clínica y calidad asistencial**.
- **Comisión Central de seguridad clínica, gestión de riesgos sanitarios y mortalidad**.
- **Comisión Central de historias y documentación clínica**.
- **Comisión de Farmacia y terapéutica del hospital**
- **Comisión de tumores**
- **Comisión de Garantía de Calidad en Radioterapia**
- **Comisión de Garantía de Calidad en Medicina Nuclear**
- **Comisión de Garantía de Calidad en Radiodiagnóstico**
- **Comisión de Transfusiones**
- **Comisión de Docencia**

A nivel de Atención Primaria:

- **Comisión Central de gestión clínica y calidad asistencial**.
- **Comisión Central de seguridad clínica, gestión de riesgos sanitarios y mortalidad (única comisión para todos los sectores de Zaragoza)**
- **Comisión Central de historias y documentación clínica**.
- **Comisión de Docencia.**

3.- Comisiones Clínicas: Las comisiones clínicas son grupos multidisciplinares de profesionales que, a instancias de la Dirección, y bajo el auspicio de una Comisión Central, se constituyen para coordinar y asesorar sobre una determinada materia. En la resolución de 11 de abril de 2018 se establecen sus funciones básicas.

Serán las encargadas de elaborar, a partir del consenso de los profesionales expertos que los integren, los criterios de actuación clínica en su ámbito de trabajo específico, dando traslado de sus decisiones a la Comisión Central de la que dependan. Entre otras actividades realizarán:

- Análisis y monitorización de la práctica clínica en su área de actuación.
- Elaboración y aprobación de normas y protocolos de práctica clínica.
- Elaboración, implantación y evaluación de procesos de gestión clínica de carácter transversal.
- Definición y seguimiento de un proceso clínico o abordaje multidisciplinar de enfermedades que por su prevalencia requieran un seguimiento especial.
- Propuesta de objetivos y acciones a incluir en el Contrato Programa y Acuerdos de Gestión Clínica anuales de las unidades.
- Formación continuada y desarrollo profesional.
- Asesoría técnica.

Las Direcciones de Hospital y de Atención Primaria podrán proponer bajo el auspicio de una Comisión Central las Comisiones clínicas que se consideren oportunas en sus ámbitos de actuación o de una manera conjunta, así como la supresión o modificación de alguna de las existentes.

Dependientes de la Comisión de Gestión clínica y calidad asistencial del Hospital Universitario Miguel Servet:

- **Comisión de Investigación e Innovación**
    - **Subcomisión de Biblioteca**
- **Comisión de Nutrición**
- **Comisión de Donación de Órganos**
- **Comisión de Tecnología y Adecuación de Recursos**
- **Comisión de Cuidados de Enfermería**
    - **Subcomisión de Lesiones por Presión (LPP) Y Heridas Crónicas**

Cada Comisión clínica contará con un responsable clínico nombrado por la Dirección Asistencial o de Enfermería, que además asistirá a las reuniones de la Comisión Central de la que dependa siempre que sea requerido.

Pese a ser Comisiones hospitalarias se considera adecuado poder nombrar vocales de atención primaria, siempre que sea oportuno, para mantener la necesaria comunicación y en tanto no se constituyan comisiones con similar contenido en atención primaria.

La Comisión de Donación de Órganos se formará con vocales de atención especializada.

Las Comisiones de Cuidados de Enfermería, Nutrición, Tecnología e Investigación se formarán con vocales de atención especializada y de atención primaria.

4.- Grupos de mejora: Es el grupo de profesionales establecido como grupo multidisciplinar, cuya función es diseñar y proponer el desarrollo del programa de calidad del Servicio/ Unidad/ Equipo de Atención Primaria. En este sentido centraliza la información sobre necesidades y expectativas del usuario, problemas de calidad, y situaciones mejorables, y en relación con las mismas impulsan las acciones a desarrollar por todos los miembros del Servicio. Son los responsables de la monitorización de los indicadores de calidad del Servicio/Unidad/Equipo, así como de las actividades que se deriven de los acuerdos de gestión clínica y/o contratos de gestión.

Su actividad puede desarrollarse en varias líneas:

- Colaboración con los grupos de trabajo para el desarrollo e implantación de los proyectos incluidos en Contrato Programa y Acuerdos de Gestión Clínica

- Colaboración con los responsables de seguridad para el desarrollo de las estrategias implantadas por la Comisión Central de Seguridad Clínica, gestión del riesgo Sanitario y Mortalidad. Es recomendable que el responsable de seguridad forme parte del grupo de mejora del servicio

- Desarrollar líneas de actuación comunes a todos los Servicios/Unidades/Equipos de Atención Primaria establecidas por la Dirección a partir del Contrato Programa o de la identificación de áreas de mejora transversales.

- Desarrollar líneas de mejora propias derivadas del análisis interno

- Apoyar los grupos de trabajo específicos que desarrollen líneas clínicas y de cuidados

Cada Servicio/ Unidad/ Equipo de Atención Primaria dispondrá de un Responsable de Calidad propuesto por la Jefatura de Servicio o de Unidad/ Supervisora/ Coordinador del Centro de Salud y designado por la Dirección - Gerencia.

Anualmente se elaborará una memoria de calidad en la que se incluirá la evaluación de objetivos anuales y la relación de los planteados para el año siguiente siguiendo el modelo que facilitará la Unidad de Calidad Asistencial.

Vienen regulados por el Reglamento de las Comisiones Clínicas y Grupos de Mejora

5.- Grupos clínicos de trabajo interdisciplinares: Con el fin de mejorar la calidad de la atención a pacientes de determinadas patologías complejas puede ser necesario que se pongan en marcha grupos de trabajo interdisciplinares de carácter permanente en los que se revisen casos clínicos, se coordinen esfuerzos, se elaboren abordajes comunes mediante la protocolización, se evalúen resultados y se introduzcan mejoras en la atención de los pacientes. También pueden establecerse grupos estrictamente no clínicos

El grupo podrá ser propuesto por los Jefes de los Servicios/Supervisora implicados o por un miembro del equipo directivo. La propuesta deberá remitirse a la UCA para comprobar que los objetivos del grupo no entran en conflicto con la actividad de una comisión o un grupo ya constituido formalmente. La Comisión Central de Gestión Clínica y Calidad Asistencial dará la aprobación definitiva comunicándolo a los Servicios implicados y la UCA.

Pueden existir también grupos de trabajo interdisciplinares que abordan temas no esencialmente clínicos (organización, circuitos, procesos específicos…).

6.- Grupos de trabajo de implantación ISO: Son grupos de profesionales, constituidos para apoyar el proceso de certificación ISO. Se establecen una vez que se decide iniciar el proceso (habitualmente funcionaban como grupo de mejora previamente) y se mantienen una vez obtenida la certificación como encargados de dar soporte a los requerimientos de la norma.

Este grupo lo lidera un responsable ISO, designado por las Jefaturas del Servicio/Coordinador del Centro, y es el encargado de facilitar el proceso de certificación ISO en su Servicio/Unidad/EAP.

7.- Equipos de mejora de procesos: Están formados por un grupo de personas directamente implicadas en un proceso y que pertenecen a alguna de la Unidades/ Servicios relacionados con dicho proceso. Participan en el diseño, monitorización y mejora del proceso.

Viene regulado por el Reglamento para la Gestión por Procesos del Sector.

2.5.- Órganos de Participación y Control.

a) Consejo de Salud de Sector

b) Consejo de Salud de Zona de Salud

- ALMOZARA
- CANAL- SAN JOSÉ SUR
- CANAL- VENECIA
- CASABLANCA
- FDO. CATOLICO

- FUENTES DE EBRO
- FUENTES NORTE
- RUISEÑORES
- PARQUE ROMA
- PUERTA DEL CARMEN
- REBOLERÍA
- SAN JOSÉ CENTRO
- SAN JOSÉ NORTE
- SAN PABLO
- SÁSTAGO
- SEMINARIO
- TORRE RAMONA
- TORRERO-LA PAZ
- VALDESPARTERA

c) Grupos de Atención Comunitaria

ALMOZARA

- CAMPO DE BELCHITE
- FDO. CATOLICO
- FUENTES NORTE
- MIRAFLORES
- RUISEÑORES
- PUERTA DEL CARMEN
- REBOLERÍA
- SAN JOSÉ CENTRO
- SAN JOSÉ NORTE
- SAN PABLO
- SEMINARIO
- Juntas Técnico – Asistenciales de Hospital y Atención Primaria

d) Comisión Mixta

3 DESARROLLO DEL PROGRAMA

3.1.- Análisis de calidad.

3.1.1 Elaboración del análisis para el Plan Estratégico:

El **Plan Estratégico del Sector** permitió un exhaustivo análisis de problemas de calidad, dando base a siete líneas estratégicas: desarrollo del modelo de liderazgo, desarrollo de la gestión clínica, el personal como activo básico del Sector, desarrollo de los sistemas de información, adecuación de infraestructuras, tecnología e instalaciones, satisfacer los derechos básicos y expectativas de los usuarios e incrementar el impacto en la sociedad. A corto plazo es necesaria una reformulación del mismo que permita modificar estas líneas estratégicas de acuerdo con los objetivos alcanzados en los últimos años.

3.1.2. Análisis continuado de la situación:

De forma continuada el análisis se basa en la combinación de técnicas y fuentes de información, entre estas últimas es imprescindible la opinión de los profesionales y de los usuarios.

En Sector Zaragoza II se considerarán los siguientes elementos para configurar dicho análisis:

- Opinión de los profesionales:

La opinión de los profesionales puede ser vehiculizada por varios canales que deben ser considerados:

ORIGEN OPINIÓN PROFESIONALES	CANALES
Servicios / Unidades/ Equipos de Atención Primaria	Dirección Hospital/ Dirección de Atención Primaria/ Dirección Enfermería/ Dirección Gestión Unidad de Clientes de Atención Primaria
Comisiones Clínicas	Dirección Hospital/ Dirección de Atención Primaria/ Dirección Enfermería (AEyAP)/ Unidad Calidad Asistencial

Grupos de mejora	Dirección Hospital/ Dirección de Atención Primaria/ Dirección Enfermería (AEyAP)/ Dirección Gestión/ Unidad Calidad Asistencial
Propuestas	Junta Técnico Asistencial (Comisión Mixta) Junta de Personal Organizaciones Sindicales
Contrato Programa	Dirección / Gerencia
Encuestas "ad hoc"	Servicios/ Unidades U. Salud Laboral Encuesta de clima laboral (SALUD)
Encuestas actividades de formación	Unidad de Formación y Desarrollo Profesional Comisión de Docencia
Encuestas de satisfacción incluidas en normalización ISO	Servicios y Equipos de Atención Primaria con programas de certificación y acreditación ISO / UCA
Hojas de declaración de incidentes	Registro incidentes supervisoras tarde-noche y jefes de guardia/Hoja notificación agresiones

- Opinión de los usuarios:

ORIGEN OPINIÓN USUARIOS	CANALES
Encuesta postal: Hospital, Urgencias, Atención Primaria, Centros de Especialidades, Consultas externas, Salud Mental, Laboratorios.	SALUD
Reclamaciones / sugerencias	Servicio de Información y Atención al Usuario
Encuestas de satisfacción incluidas en normalización ISO	Servicios y Equipos de Atención Primaria con programas de certificación y acreditación ISO / UCA

Gestoría de usuarios	Servicio de Información y Atención al Usuario / Área de Clientes en Atención Primaria
Propuestas grupos formales	Consejo de Salud de Sector Consejo de Salud de Zona de Salud
Medios de comunicación	Dirección / Gerencia / Unidad de Relaciones Institucionales
Participación en elaboración de protocolos (específicos)	Dirección/UCA Comisiones clínicas
Participación en comisiones clínicas (temas específicos)	Dirección/UCA Comisiones clínicas
Encuestas "ad hoc"	UCA / Servicio de Información y Atención al Usuario / Servicios / Unidades.
Otros: encuestas específicas de evaluación de proyectos. Servicios /Unidades. Grupos focales. etc.	Equipo Directivo UCA Servicios / Unidades / Equipos de Atención Primaria

3.2.- Desarrollo de objetivos y actividades:

3.2.1.- Desarrollo de los objetivos relacionados con estructuras de la calidad del Contrato Programa con el Departamento de Salud y Consumo / SALUD (2020-2023). **ANEXO III**

3.2.2.- Diseño de Programas de Calidad en Servicios Clínicos: propuesta de objetivos de calidad de los contratos de Gestión de Servicios/ Unidades y Equipos de Atención Primaria para el año 2022. **ANEXO IV**

3.2.3.- Desarrollo de los proyectos asistenciales incluidos en los acuerdos de gestión clínica de servicios/unidades/equipos de atención primaria **ANEXO V**

3.2.4.- Desarrollo de sistemas de calidad ISO. **ANEXO VI**

3.2.5.- Impulso a la Gestión por Procesos

3.2.6.- Desarrollo de los objetivos de las Comisiones Clínicas

3.2.7.- Impulso a la implantación de Grupos Clínicos Multidisciplinares **ANEXO VII**

3.2.8.- Desarrollo de objetivos e indicadores propuestos en la estrategia de seguridad para el año 2021 **ANEXO VIII**

3.2.9.- Apoyo a los proyectos de centro comprometido en excelencia de cuidados.

3.3.- Desarrollo de otras actividades de calidad con valor añadido:

De auditoría externa y acreditación:

- A nivel del centro.
  - Auditoría/Acreditación Docente del Hospital. Auditoría/Acreditación de Unidades Docentes del Sector. En este momento el programa de auditorías docentes está paralizado por parte del Ministerio
  - Acreditación de Trasplantes

- A nivel de Servicio/Unidad:
  - Auditoría de Unidad Docente Acreditada.
  - Auditorías/Acreditación para establecimientos de Servicios y Unidades de referencia (CSUR).
  - Controles de calidad externos de laboratorios.
  - Acreditaciones de Unidades y Servicios por Sociedades Científicas y entidades homologadas.
  - Auditorías internas y externas de sistemas de calidad ISO.
  - Acreditaciones de estructuras y actividades

3.4.- Evaluación de actividades y resultados.

El cuadro de mandos integral del Sector, los indicadores del acuerdo de gestión clínica de Servicios, Unidades y Equipos de atención primaria, los indicadores comunes de la Certificación ISO, así como los derivados de las actividades planteadas en el apartado 3.2. permiten evaluar de forma continuada las actividades correspondientes a los objetivos de calidad planteados.

El Servicio de Control de Gestión y la Unidad de Calidad Asistencial son los responsables de la gestión de esta información.

4 DEFINICIÓN DE INDICADORES DE MONITORIZACIÓN

De acuerdo con el contenido de los objetivos planteados en el ámbito de las Comisiones Clínicas, Contrato Programa (**ANEXO IX**) y Programas de mejora de calidad de los Servicios, la gestión de procesos, el Sector Sanitario planteará los indicadores de monitorización del Programa de Calidad.

De acuerdo con las Direcciones y la Gerencia del Sector Sanitario se planteará anualmente un cuadro de mandos.

En una primera fase los indicadores emanados de los objetivos de calidad del Contrato Programa anual se considerarán como indicadores de monitorización del Programa de Calidad del Sector.

5 FORMACIÓN Y MOTIVACIÓN EN CALIDAD

El Programa de Gestión de calidad considera prioritario introducir planes de formación y motivación sobre la base de:

- conseguir sensibilizar al conjunto del Sector en los aspectos de mejora de calidad.
- conocer las herramientas metodológicas para el análisis y resolución de problemas de calidad.
- extender al máximo la participación en la definición y resolución de problemas.
- fomentar las sugerencias para la mejora de la calidad.

Resulta de gran trascendencia la colaboración próxima con la Unidad de Formación y Desarrollo Profesional del Sector, Formación Postgrado del Sector y las Comisiones de Docencia del Sector.

Por esta razón la Jefa de Servicio de la Unidad de Calidad en la Comisión Central de formación continuada y desarrollo profesional como vocal, incluyendo en el plan de formación anual un apartado específico del área de calidad.

Se consideran preferentes los programas de formación que contemplen aspectos de relación con los pacientes, grupos de mejora, gestión de procesos, normas ISO, autoevaluación de actividades, monitorización de indicadores y seguridad del paciente (**ANEXO X)**

6 RECURSOS DISPONIBLES

Para hacer posible el programa el Sector Sanitario dispondrá:

1.- Recursos humanos:

- 1 Coordinador de Calidad Asistencial
- 1 Supervisora de Área de Enfermería
- 1 Jefe de Servicio de la Función Administrativa
- 1 Técnico de Salud de Atención Primaria
- 2 Auxiliares administrativos

2.- Recursos materiales:

- 2 despachos.
- Ordenadores, acceso Internet, cañón-ordenador portátil, fotocopiadora, material de oficina
- Aulas y salas de reuniones del Centro.

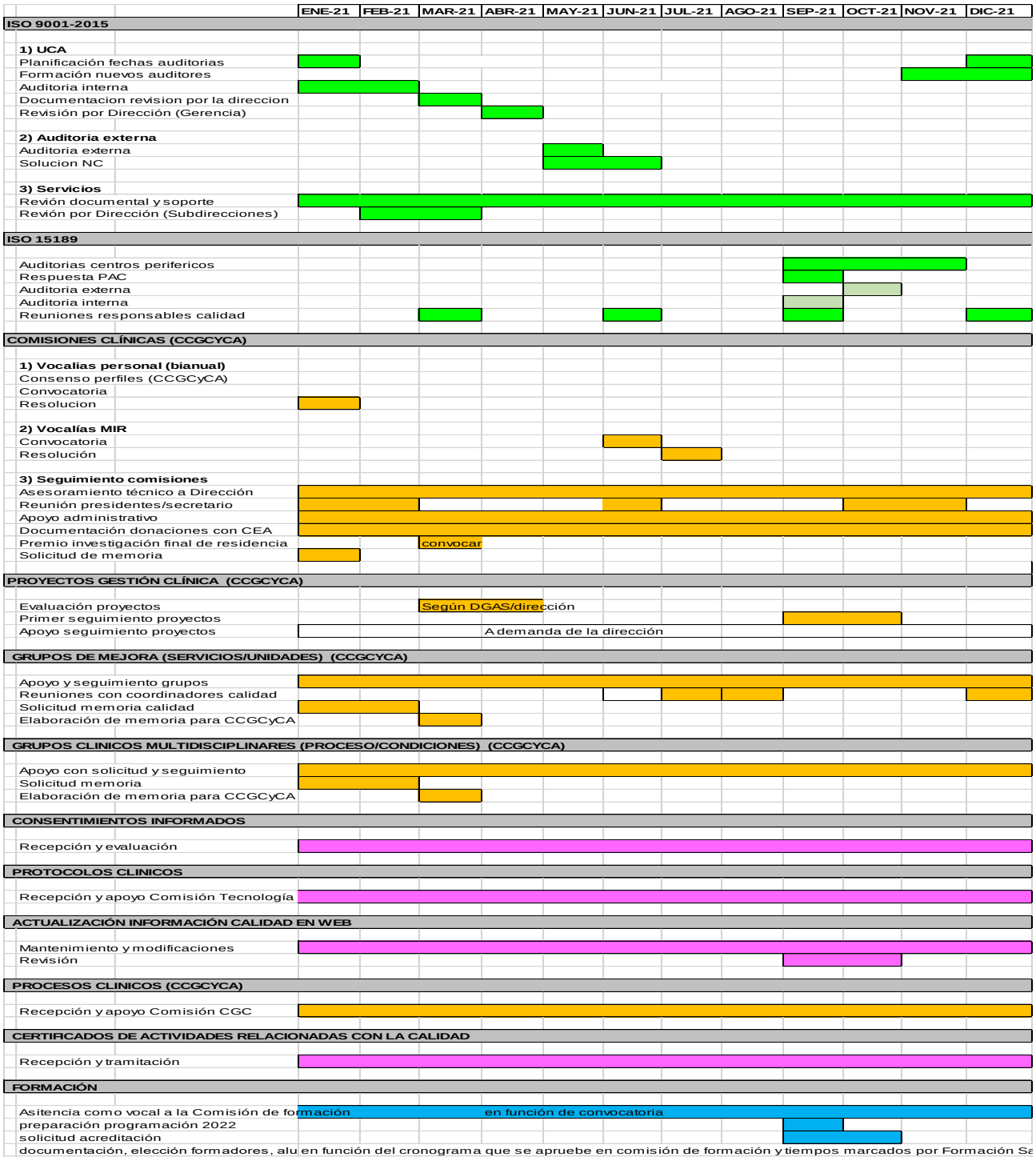
3.- Recursos Financieros:

- Presupuesto para actividades de formación en calidad 2022 (pendiente de aprobación).
- Plan de necesidades

7 CRONOGRAMA

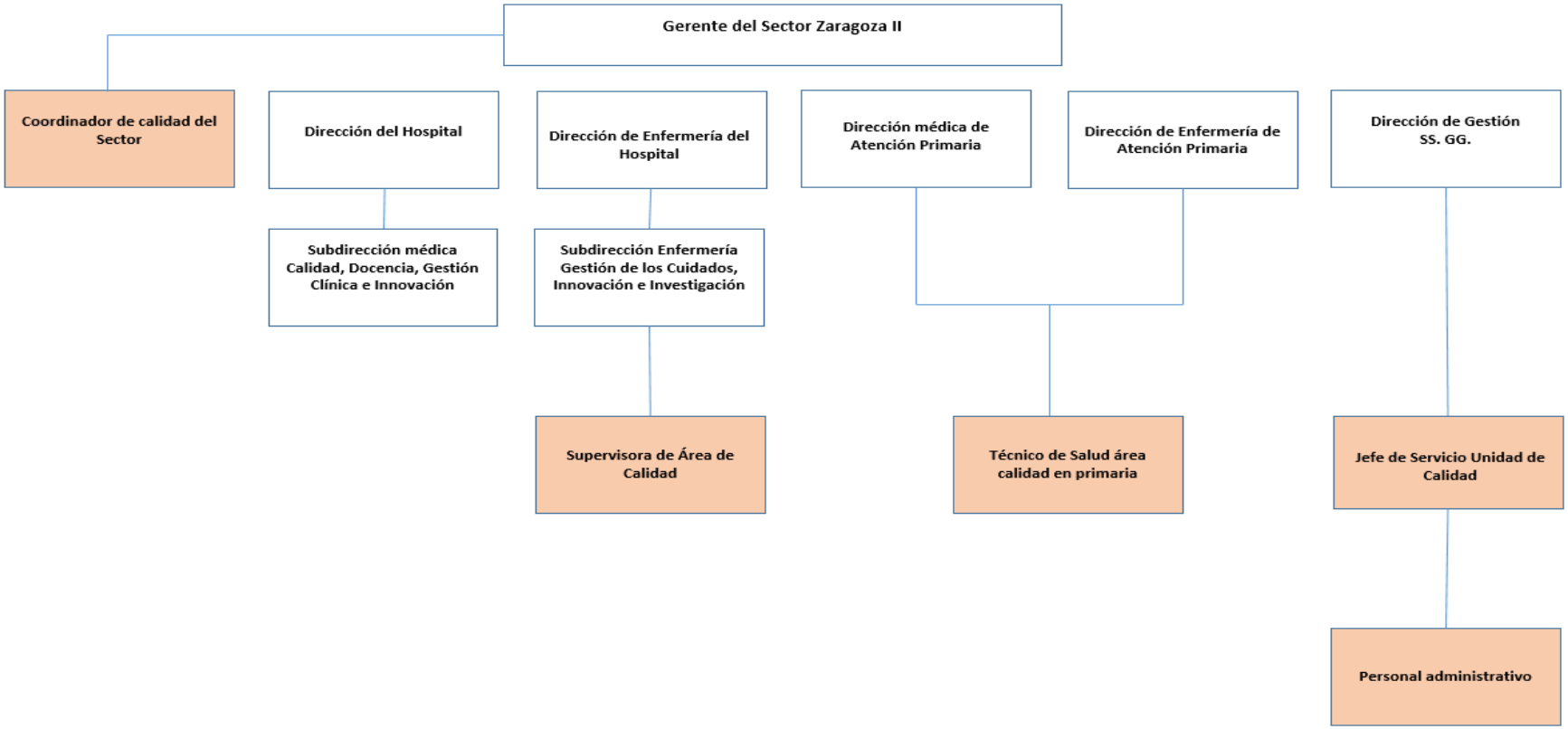
1. El correspondiente al desarrollo de los objetivos del Contrato Programa y Acuerdos de Gestión Clínica.

2. El correspondiente al cronograma especificado en la UCA para todas las actividades que coordina relacionadas con la calidad

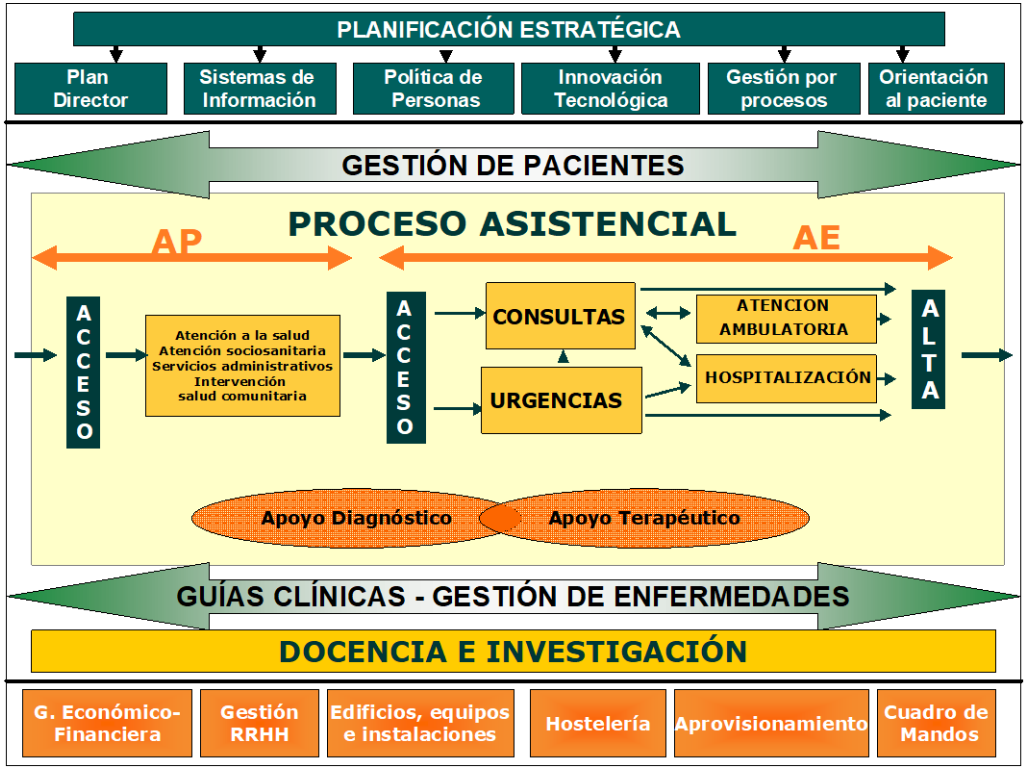

ENE-21
FEB-21
MAR-21
ABR-21
MAY-21
JUN-21
JUL-21
AGO-21
SEP-21
OCT-21
NOV-21
DIC-21
ISO 9001-2015
1) UCA
Planificación fechas auditorias
Formación nuevos auditores
Auditoria interna
Documentacion revision por la direccion
Revisión por Dirección (Gerencia)
2) Auditoria externa
Auditoria externa
Solucion NC
3) Servicios
Revión documental y soporte
Revión por Dirección (Subdirecciones)
ISO 15189
Auditorias centros perifericos
Respuesta PAC
Auditoria externa
Auditoria interna
Reuniones responsables calidad
COMISIONES CLÍNICAS (CCGCYCA)
1) Vocalias personal (bianual)
Consenso perfiles (CCGCyCA)
Convocatoria
Resolucion
2) Vocalías MIR
Convocatoria
Resolución
3) Seguimiento comisiones
Asesoramiento técnico a Dirección
Reunión presidentes/secretario
Apoyo administrativo
Documentación donaciones con CEA
Premio investigación final de residencia
convocar
Solicitud de memoria
PROYECTOS GESTIÓN CLÍNICA (CCGCYCA)
Evaluación proyectos
Según DGAS/dirección
Primer seguimiento proyectos
Apoyo seguimiento proyectos
A demanda de la dirección
GRUPOS DE MEJORA (SERVICIOS/UNIDADES) (CCGCYCA)
Apoyo y seguimiento grupos
Reuniones con coordinadores calidad
Solicitud memoria calidad
Elaboración de memoria para CCGCyCA
GRUPOS CLINICOS MULTIDISCIPLINARES (PROCESO/CONDICIONES) (CCGCYCA)
Apoyo con solicitud y seguimiento
Solicitud memoria
Elaboración de memoria para CCGCyCA
CONSENTIMIENTOS INFORMADOS
Recepción y evaluación
PROTOCOLOS CLINICOS
Recepción y apoyo Comisión Tecnología
ACTUALIZACIÓN INFORMACIÓN CALIDAD EN WEB
Mantenimiento y modificaciones
Revisión
PROCESOS CLINICOS (CCGCYCA)
Recepción y apoyo Comisión CGC
CERTIFICADOS DE ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LA CALIDAD
Recepción y tramitación
FORMACIÓN
Asitencia como vocal a la Comisión de formación
en función de convocatoria
preparación programación 2022
solicitud acreditación
documentación, elección formadores, alu
en función del cronograma que se apruebe en comisión de formación y tiempos marcados por Formación Sa

ANEXO I.- ORGANIGRAMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

En sombreado los integrantes componen funcionalmente la Unidad de Calidad



ANEXO II.- MAPA DE PROCESOS DEL SECTOR SANITARIO



ANEXO III.- OBJETIVOS RELACIONADOS CON ESTRUCTURAS DE CALIDAD DEL CONTRATO PROGRAMA 2020-2023 (ver documento de contrato programa 2022-2023)

2.- OBJETIVOS ESTRATÉGICOS DEL DEPARTAMENTO

En este apartado se pretende trasladar a los diferentes centros y a las Unidades y Servicios clínicos los principales Objetivos estratégicos del Departamento de Sanidad.

Los objetivos, indicadores y estándares que se concreten en el Contrato Programa, serán revisados y actualizados para 2023.

2.1. ESTRATEGIAS PRIORITARIAS

Las Estrategias de Salud son actuaciones sobre problemas de salud que, bien por su elevada prevalencia o bien por suponer una mayor carga asistencial, familiar, social y económica, requieren un abordaje integral, que tenga en cuenta todos los aspectos relacionados con la asistencia sanitaria, así como la coordinación con otros departamentos o instituciones.

De todas las estrategias y programas de salud implementados desde el Departamento, se priorizan las siguientes para su inclusión en el Contrato Programa de Atención especializada de los dos próximos años, por su especial relevancia, dada su prevalencia, carga de morbilidad, factibilidad para su desarrollo y compromiso institucional de los diferentes centros y sectores para el desarrollo de las actuaciones contempladas para avanzar en la implementación de las mismas:

- ✓ Estrategia de atención al paciente crónico complejo
- ✓ Estrategia de salud mental
- ✓ Estrategia de EPOC: Existe un proceso de EPOC pendiente de implantar en el sector
- ✓ Estrategia de desnutrición (Atención hospitalaria)
- ✓ Estrategia de atención al ictus (Atención Hospitalaria): ***Existe un proceso de ictus implantado en el sector***

- ✓ Estrategia de seguridad del paciente:

  a. Programa de vigilancia de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y optimización del uso de antibióticos (IRASPROA)

  b. Programa de Higiene de manos

  c. Identificación, prevención y control de incidentes y efectos adversos relacionados con la asistencia sanitaria: ***Existe una estrategia de seguridad en proceso de implantación y desarrollo cuyas líneas principales son las siguientes:***

    1. ***Cultura de seguridad, factores humanos y organizativos.***
    2. ***Prácticas clínicas seguras***
    3. ***Gestión del riesgo y sistemas de notificación y aprendizaje de los incidentes***
    4. ***Participación de los pacientes y ciudadanos en su seguridad.***

- ✓ Estrategia IRASPROA (Infecciones Relacionadas con la Asistencia sanitaria y Programas de Optimización del Uso de Antibióticos): **Existe el desarrollo completo**

El resto de estrategias y programas de salud serán monitorizados de forma continua a través de los grupos de trabajo estables coordinados a nivel autonómico, incluyéndose algunos objetivos en el apartado específico de Funcionamiento Global del Centro, Ordenación de la oferta y Desarrollo profesional.

Además de lo ya especificado relacionado con procesos implantados, existen numerosos grupos de trabajo multidisciplinar (ANEXO VII), cuyos objetivos se relacionan con algunas de las estrategias enumeradas.

2.6 COMPROMISO Y DESARROLLO PROFESIONAL:

En este apartado se valoran las actuaciones relacionadas con la participación de los profesionales en comisiones y grupos de trabajo clínicos, la formación continuada y la formación especializada, y la investigación.

a) Comisiones clínicas y grupos de trabajo:

La participación activa de los profesionales en el sistema de salud es uno de los activos más importantes con los que se puede contar para conseguir guiar la práctica clínica con criterios de adecuación y pertinencia. La constitución de Comisiones Clínicas, Equipos y

Grupos de trabajo se configuran como los elementos clave para canalizar y garantizar el criterio, conocimiento y experiencia clínica de los profesionales en la toma de decisiones.

La *Resolución de 11 de abril de 2018 de la DGAS* regula la creación y funcionamiento de las comisiones clínicas y grupos de trabajo en los centros sanitarios del Sistema de Salud de Aragón.

En el Contrato Programa de 2022 se prioriza la creación/consolidación y funcionamiento de las siguientes comisiones y grupos de trabajo, en consonancia con las Estrategias y programas de salud priorizados:

- Grupo de trabajo para la organización y seguimiento del Programa de atención al paciente crónico complejo.
- Grupo de trabajo de sector para el seguimiento del Programa de cribado de cáncer de colon-recto.
- Comisión Central de infecciones y política antibiótica.
- Grupo de trabajo PROA-Hospital (adscrito a la comisión anterior)
- Comisión Central de Seguridad clínica, gestión de riesgos sanitarios y mortalidad.

Para la evaluación se deberá presentar una Memoria del trabajo realizado por la comisión /grupo de trabajo durante el año, en la que se incluya la descripción de los objetivos planteados y de las acciones diseñadas para su consecución.

3.- GESTIÓN ASISTENCIAL Y ACUERDOS DE GESTIÓN

3.1. ANÁLISIS DE SITUACIÓN Y SELECCIÓN DE OBJETIVOS

En este apartado se establece una metodología para el análisis de situación de las unidades asistenciales y para la identificación y selección de objetivos y prioridades asistenciales específicas de cada centro y/o sector de Atención primaria.

Las Direcciones Asistenciales y las Gerencias de Sector analizarán regularmente el nivel de desempeño y el contexto de las unidades y servicios de su centro, con la finalidad de acordar con cada una de ellas una estrategia de mejora y obtener información para promover el desarrollo de la misma.

La estrategia de mejora partirá de una priorización de objetivos que la Dirección propondrá a cada unidad o servicio. A su vez la unidad propondrá proyectos de gestión clínica, actividades de formación continuada, cambios organizativos, entre otras actuaciones para el logro de los objetivos.

Los objetivos y actuaciones pactados se reflejarán en el Acuerdo de Gestión del ejercicio correspondiente.

El análisis de situación de cada unidad será previo a la firma de los acuerdos y se revisará al menos una vez al año.

Antes del día 31 de marzo la Dirección Asistencial subirá a epiware un documento que incluirá la siguiente información desagregada por unidad clínica:

1.3.- VALORACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DE LA UNIDAD

Además de los puntos anteriores, en las unidades con SGC-ISO se realizará la valoración de:

- Análisis de No conformidades e Incidencias. Funcionamiento del procedimiento de gestión de las mismas.

- Acciones para abordar la seguridad del paciente

- Otros procesos de mejora continua (evaluación de proveedores)

3.2. ELABORACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LOS ACUERDOS DE GESTIÓN

En este apartado se establece una metodología y estándares mínimos para el seguimiento de los Acuerdos de Gestión de las unidades asistenciales.

El Acuerdo de Gestión entre la Dirección del Hospital y cada unidad o servicio incluirá los objetivos seleccionados y el plan de acción pactado para conseguirlos. Es decir:

- Objetivos seleccionados para el ejercicio
- Proyectos de gestión clínica
- Actividades de formación continuada. Programa de sesiones
- Cambios en la organización de la asistencia o en la oferta de servicios
- Otras actividades para alcanzar los objetivos

Se realizarán informes de seguimiento con los siguientes datos:

- FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

- Situación de las No Conformidades
- Situación de las acciones para abordar la seguridad del paciente
- Situación de otros procesos de mejora continua

La Dirección General de Asistencia Sanitaria auditará el contenido de los acuerdos e informes de seguimiento para comprobar la pertinencia y validez de los mismos, la calidad de los estándares, la calidad de los proyectos y su seguimiento, la inclusión de criterios de reparto productividad.

ANEXO IV.- OBJETIVOS PROGRAMA DE CALIDAD

OBJETIVO	ELEMENTOS DE MEDICIÓN	2022
1.- Puesta en marcha / Mantenimiento Grupo de Calidad	Responsable de calidad designado	si
	Grupo de mejora de calidad constituido	si
	Reglamento interno de funcionamiento aprobado	si
	Reuniones/año con acta elaborada	4
2.- Elaborar /Actualizar Plan de Calidad del Servicio/Unidad/EAP 2022	Análisis de situaciones mejorables	si
	Evaluación Programa de Calidad 2021 documentado	si
	Planteamiento de líneas de mejora 2022	2

ANEXO V.- DESARROLLO DE LOS PROYECTOS ASISTENCIALES INCLUIDOS EN EL CONTRATO PROGRAMA Y EN LOS ACUERDOS DE GESTIÓN CLÍNICA DE SERVICIOS/UNIDADES/EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

En la página web de la Plataforma para la Calidad Asistencial (https://www.aragon.es/-/programa-de-apoyo-a-las-iniciativas-de-mejora-de-la-calidad-en-salud) se pueden consultar los proyectos asistenciales presentados y los que finalmente se han incluído en los Acuerdos de Gestión Clínica de Servicios/Unidades/Equipos de Atención Primaria. Esta información está disponible para cada año (años 2016-2019) y también se puede consultar la memoria de seguimiento o final de cada proyecto:

- Listado de proyectos de seguimiento (continuación proyectos incluídos en 2019) durante 2020 incluídos en Contrato Programa: (https://www.aragon.es/documents/20127/35127518/Proyectos+seguimiento+2019+en+2020+CP.xlsx/235f7753-7926-9b49-f64c-0cfc16fc5e58)

- Listado de proyectos de seguimiento (continuación proyectos incluídos en 2019) durante 2020 incluídos en Acuerdos de Gestión Clínica:(https://www.aragon.es/documents/20127/35127518/Proyectos+seguimiento+2019+en+2020+AGC.xlsx/e78fa8be-158a-7fd7-f142-de170ab9c5b1)

- Memorias de proyectos de seguimiento de Contrato Programa y Acuerdos de Gestión Clínica (continuación proyectos incluídos en 2019) evaluadas en 2020: (https://www.aragon.es/documents/20127/81995576/6_Memorias_de_Proyectos_2016-2019_TODAS_2019_ZARAGOZA_2.pdf)

Dada la especial situación creada por la pandemia COVID-19 no existe información de nuevos proyectos asistenciales en 2020 y 2021, al no haberse firmado Acuerdos de Gestión Clínica. Para el año 2022 no está prevista la inclusión de proyectos asistenciales en contrato programa.

En las memorias se puede consultar la situación de los indicadores de seguimiento de cada proyecto asistencial

ANEXO VI.- PROGRAMA CERTIFICACIÓN Y ACREDITACIÓN (NORMAS ISO)

ISO	Servicio/EAP	Tipo	Alcance 2021	Alcance 2022
15189	Bioquímica	Acreditación	Espectrofotometría Inmunoturbidimetría Potenciometría indirecta Nefelometría NIPIA no competitiva Inmunoquímica Inmunoquimioluminiscencia Elementos traza Fluorometría Cromatografía líquida Cribado prenatal	
	Hematológica	Acreditación	Hematimetría Hemostasia Básica Hemostasia Especial	
	Anatomía Patológica	Acreditación	Histopatologia Citopatología Técnicas especiales Hibridación in situ Amplificación de ácidos nucleicos	
	Microbiología	Acreditación	Virología Serología Micobacterias Hongos Parásitos Bacteriología	
9001	Esterilización	Certificación	Total	Total
	C.S. Fernando el Católico	Certificación	Total	Total
	C.S. San Jose Sur	Certificación	Total	Total
	C.S. San Pablo	Certificación	Total	Total
	C.S. Torre Ramona	Certificación	Total	Total
	C.S. Valdespartera	Certificación	Total	Total
	C.S. Venecia	Certificación	Total	Total

	Medicina Nuclear	Certificación	Total	Total
	Radioterapia	Certificación	Total	Total
	Farmacia	Certificación	Total	Total
	Comisión de Docencia	Certificación	Total	Total
	Hospital de Día hematología	Certificación	Total	Total
	Urgencias HMI	Certificación	Total	Total
	Biblioteca	Certificación	Total	Total
	Medicina Preventiva	Certificación	Total	Total
	Neurofisiología Clínica	Certificación	Total	Total
	Neuroradiología	Certificación	Total	Total
	Rx Mama	Certificación	Total	Total
	UCI Pediatría	Certificación	Total	Total
	UCI Neonatos	Certificación	Total	Total
9001	Neurología	Certificación	Total	Total
	Rehabilitación	Certificación	Unidad Lesionados Medulares Daño cerebral adquirido	Unidad Lesionados Medulares Daño cerebral adquirido
	Anestesia Cardio-torácica	Certificación	Total	Total
	Cocina	Certificación	Total	Total
	Documentación	Certificación	Total	Total
	Admisión	Certificación	Total	Total
	Traumatología: Unidad Rodilla	Certificación	Total	Total
	Física	Certificación	Total	Total

ANEXO VII.- GRUPOS DE TRABAJO MULTIDISCIPLINARES

GOBIERNO DE ARAGON
Departamento de Sanidad

salud
HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

GRUPO CLINICO INTERDISCIPLINAR	SERVICIOS IMPLICADOS	RESPONSABLE
Mejora del acceso vascular para hemodiálisis	Nefrología (H. Alcañiz / H. Defensa / H. San Juan de Dios / H. Teruel/ HUMS). Radiodiagnóstico (Sección de Radiología Vascular) HUMS. Angiología y Cirugía Vascular HUMS.	Angel Blasco Forcén
Manejo de pacientes con Enfermedad Intersticial Difusa	Neumología (H. Lozano Blesa/H. Royo Villanova/H.Defensa). Medicina Interna. Reumatología. Radiodiagnóstico. Anatomía Patológica. Radiología. Farmacia.	Jesús Arribas Barcelona
Medicina fetal	Obstetricia. Sección de Genética. Pediatría: Neonatología y Neuropediatría.Sección de Medicina Materno Fetal. Sección de Ecografía Obstétrica y Diagnóstico Prenatal. Cirugía Pediátrica. Cardiología Pediátrica.	Diego Lerma Puertas
Medicina perinatal	Obstetricia. Pediatría. Sección Medicina Materno Fetal. Cardiología Pediátrica. Sección Paritorios/urgencias. Sección neonatología. Sección de Ecografía Obstétrica y Diagnóstico Prenatal. Cirugía Pediátrica.	Carlos De Bonrostro Torralba
Patología de base del cráneo	Cirugía Maxilofacial. Neurocirugía. Otorrinolaringología. Radiodiagnóstico. Unidad de Radiología Intervencionista . Oncología Radioterápica	Rafael Fernández Liesa
Cirugía funcional de trastornos del movimiento	Neurocirugía. Neurología. Neurofisiología. Anestesia. Psiquiatría y Psicología.	Juan Alberdi
Grupo de Trabajo permanente del paciente con Epilepsia refractaria candidato a tratamiento quirúrgico	Neurocirugía. Neurología. Neurofisiología. Psiquiatría/Neuropsicología. Neuropediatría. Neurorradiología. Radiología.	Javier Orduna Martinez
Patología Neurovascular compleja del HUMS	Neurología. Neurocirugía. Neuropediatría. Neurorradiología Intervencionista. Neurofisiología. UCI CRTQ. UCI pediátrica. Radioterapia.	Luis Gonzalez Martinez
Grupo de Trabajo de Enfermedades Autoinmunes	Medicina Intena. Reumatología. Dermatología. Farmacia. Hematología. Nefrología.	Mercedes Perez Conesa
ENSH (European Non Smoke Hospitals)_Global Network for Tobacco Free Heath Care Services	Medicina Preventiva. Neumología. Relaciones Institucionales. PRI. Subdirección de Gestión. Subdirección de Enfermería. Medicina. Representante de los trabajadores. Atención al Paciente. Mantenimiento. Asuntos Generales. Quirófanos.	Carmen Sanchez Roldan
Grupo de Trabajo Comisión multidisciplinar para el abordaje terapeútico a la enfermedad inflamatoria intestinal CTEII	Aparato Digestivo. Cirugía, Unidad de coloproctología. Radiología. Pediatría. Anatomía Patológica. Medicina Preventiva. Reumatología. Dermatología. Oftamología.	Santiago Garcia Lopez
Formación y desarrollo de auditorías internas de los laboratorios clínicos	Bioquímica. Hematología. Microbiología (RC Preanalítica).	Ana Iborra Muñoz
Grupo de Trabajo de Plan de Voluntariado	Atención al Usuario. Subdirección Médica. Subdirección de Enfermería de Gestión de Cuidados. Trabajo Social. Asuntos Generales Sectores I y II. Subdirección de Gestión de Participación y Ciudadanía. Supervisión de Área H. Materno-infantil. Gobernanta del Hospital Ntra Sra. De Gracia.	Carmen Sanchez Roldan
Grupo de Endocarditis Bacteriana	Cardiología. Unidades infecciosas. Cirugía cardiovascular. Microbiología. Medicina intensiva-UCI.	Juan Carlos Porres Azpiroz
Grupo de Trabajo Paciente con Coagulopatías Congénitas	Hematología y Hemoterapia. Farmacia. Rehabilitación. Traumatología. Radiodiagnóstico. Digestivo. Enfermedades Infecciosas. Pediatría. Genética. Cirugía Pediátrica. Ginecología y Obstetricia. Pruebas Funcionales Hospital Infantil.	Nuria Fernandez Mosteirin
Grupo de Trabajo Comité de Carótidas	Angiología y Cirugia Vascular. Neurología. Neurointervencionismo.	Javier Marta Moreno
Grupo de Trabajo de Rehabilitación Multimodal en Cirugía Hepatobiliopancreática	Cirugía General y del Aparato Digestivo. Digestivo. Anestesiología y Reanimación. Unidad de Cuidados Intensivos. Endocrinología y Nutrición. Rehabilitación. Fisioterapia.	Mario Serradilla Martin
Grupo de Esclerosis Tuberosa	Dermatología. Genética. Medicina Interna. Nefrología. Neurología. NeuroPediatría. NefroPediatría. Radiología. Neuroradiología. Urología.	Juan Antonio Escobedo Palau
Grupo de Trabajo de Cardiopediatría Intervencionista y Quirúrgica	Pediatría, Unidad de Cardiopediatría, Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. Cirugía Pediátrica. Anestesia. Cardiología (Cardiopatías congénitas).	Lorenzo Jiménez Montañés
Grupo de Trabajo Comisión de Programación del Bloque Quirúrgico	Cirugía General y Aparato Digestivo. Anestesia. Reanimación y Terapia del Dolor. Unidad de Cirugía Sin Ingreso. Sección de Anestesia Cardiotorácica. Medicina Intensiva. UCI Polivalente. UCI Postcardiaca. Subdirección Médica de Servicios Quirúrgicos.	Sonia Cantin Blazquez
Grupo de Trabajo de Neuroftalmología	Oftalmología (sección Neuroftalmología). Neurología (sección de Enfermedades Neurodegenerativas).	Laura Gil Arribas
Grupo de Trabajo de Enfermedades tromboembólica venosa	Hematología y Hemoterapia. Medicina Interna. Cardiología. Medicina Familiar y Comunitaria. Neumología. Anestesiología. Neurología. Farmacia. Traumatología. Urgencias. Angiología y Cirugía Vascular. Obstetricia. Oncología.	Jose Manuel Calvo Villas
Grupo de Trabajo Unidad Multidisciplinar Fisura Labiopalatina y Malformaciones	Cirugía Oral y Maxilofacial Pediátrica. Otorrinolaringología Pediátrica. Rehabilitación Unidad de Foniatría - Logopedia. Ortodoncia-Ortopediatra.	Ignacio Moral Saez
Grupo de Trabajo Seguimiento de Recién Nacido de Riesgos Neurológico Pre o Perinatal	Sección de Medicina Materno-Fetal. Sección de Diagnóstico Prenatal. Sección de Paritorios-Urgencias. Sección de Neonatología. Sección de Cardiología Pediátrica. Neuropediatría. Cirugía Pediátrica.	Carlos De Bonrostro Torralba
ASGECAP (Asesoramiento Genético en Cáncer de Próstata)	Urología, Bioquímica (Genética), Oncología Radioterápica, Oncología Médica	Angel Borque Fernando
Grupo de Trabajo Procesos y Gestión de Urgencias	Subdirección Medica. Subdirección Enfermería. Urgencias. Sección Radiología de Urgencias. Unidad de Admisión. Asuntos Generales - Personal subalterno.	Javier Povar Marco
Equipo Interdisciplinar para el estudio y tratamiento de las alteraciones del equilibrio	Otorrinolaringología (Sección de Otología-Otoneurología). Neurología. Medicina Física y Rehabilitación.	Pilar Rueda Gormedino

JULIO 2021

ANEXO VIII.- PROPUESTA DE MEJORA, OBJETIVOS E INDICADORES PROPUESTOS PARA EL AÑO 2021

- Línea Estratégica 1 Cultura de seguridad, factores humanos y organizativos.

- Consolidar el trabajo y dotar de los recursos necesarios (principalmente tiempo) a los profesionales que forman el núcleo de seguridad para la apoyar el despliegue e implementación de la estrategia de seguridad, el análisis de las notificaciones, la realización de informes, la coordinación de los planes de mejora de seguridad y el apoyo a la red de responsables de seguridad de los Servicios y Unidades.
- Consolidar y potenciar el trabajo de los Grupos de Seguridad en las Áreas críticas de mayor riesgo:
    - Grupo de seguridad del Bloque Quirúrgico.
    - Grupo de seguridad de UCIs.
    - Grupo de Seguridad de Urgencias (adultos y pediátricas).
- Consolidación/creación de grupos de trabajo específicos para el desarrollo de los planes de mejora definidos, la realización de mapas de riesgos, desarrollo de estrategias (rediseño de procesos, planes preventivos, planes de contingencia), implementación y evaluación de los mismos en las siguientes áreas:
    - Uso seguro de fármacos (grupo en funcionamiento).
    - Parada cardiorrespiratoria (grupo en funcionamiento).
    - Seguridad en transfusiones de sangre y hemoderivados (grupo
    - en funcionamiento).
    - Identificación del paciente, documentos, muestras…
    - Mejora de comunicación en las transferencias asistenciales.
    - Seguridad de equipos/dispositivos del centro.
    - Uso seguro de radioterapia y radiaciones ionizantes.
- Potenciar el desarrollo de planes de reducción de riesgos específicos a partir de la evaluación de riesgos en los Servicios y Unidades.
- Designar Responsables de Seguridad en el área de Gestión.
- Potenciar la realización de proyectos asistenciales relacionados con la seguridad del paciente y seguir apoyando los que ya están en curso.

- Línea estratégica 2: prácticas clínicas seguras

Los principales objetivos de la Línea Estratégica 2 de Seguridad son:

- Promover el uso seguro del medicamento.
- Promover prácticas seguras para prevenir y controlar las IRAS.
- Promover la implantación de prácticas seguras en cirugía.
- Garantizar la seguridad en los cuidados a los pacientes.
- Promover la identificación inequívoca del paciente.
- Promover la comunicación entre profesionales.
- Promover diseño y desarrollo de estrategias para el abordaje de eventos adversos graves en el HUMS.
- Promover el uso seguro de las radiaciones ionizantes en los procedimientos clínicos.

- Línea estratégica 3: Gestión del riesgo y sistemas de notificación y aprendizaje de los incidentes

Los principales objetivos de la Línea Estratégica 3 de Seguridad son:

- Promover la creación de Unidades de Gestión de Riesgos en centros asistenciales.
- Promover implantación de sistemas de notificación de incidentes de seguridad del paciente.
- Desarrollar estrategias que incentiven la notificación de incidentes.
- Fomentar la retroalimentación de información al profesional que notifica.
- Fomentar la publicación periódica de información relacionada con incidentes de seguridad.
- Promover la protección de los profesionales que participen en las notificaciones.

- Línea estratégica 4: Participación de los pacientes y ciudadanos en su seguridad.

ANEXO IX.- GRUPOS DE INDICADORES DEL CONTRATO PROGRAMA 2020-2023. (ver documento específico de contrato programa 2022).

Tipo de Indicador	Número de Indicadores	
	Atención Especializada	Atención Primaria
Estrategias de Salud	28	26
Programa Paciente Crónico Complejo	4	3
Ictus	4	1
Diabetes	2	3
Salud Mental	1	1
Hepatitis C	2	1
EPOC	2	2
Recomendaciones sobre Prácticas Seguras	3	2
IRAS-PROA	5	2
Enfermedades Neurodegenerativas	3	-
Desnutrición	1	1
Cribado de Cérvix	-	2
Anticoagulación	-	2
Atención Comunitaria	-	3
Salud Bucodental	-	3
Cáncer Infantil	1	-
Estrategia Uso Racional del Medicamento	10	8
Incremento uso Biosimilares	1	-
Prescripción por Receta	9	8
Atención a tiempo	18	-
Tiempo de Espera Intervenciones Quirúrgicas	9	
Tiempo de Espera Consultas	3	
Tiempo de Espera Procedimientos Diagnósticos	6	
Funcionamiento Global del Centro	23	-
Hospitalización	3	
Interconsulta Virtual	1	
Cirugía Mayor Ambulatoria	2	
Atención en Urgencias	2	
Cuidados	3	
Historia Clínica	2	
Calidad de Registro	2	
Seguridad del Paciente	3	
Resultados en Salud	5	
Objetivos clínicos	-	19
Deteccion Tabaco		3
Prevalencia EPOC		3
Diabetes		8
Captacion Dependiente		5
Gestión de la Incapacidad Temporal	-	4
Formación e Investigación	5	5
Valoracion Plan de Formación	2	2
Formación Sanitaria Especializada	3	3

ANEXO X.- FORMACIÓN ÁREA DE CALIDAD PROGRAMADOS – AÑO 2021

HUMS:

ÁREA	ACCIÓN FORMATIVA	EDICIONES
normalización y procesos	formación ISO 9001	2
seguridad	taller de seguridad del paciente	2
	transporte de muestras	1
generales calidad	Gestión de la calidad para grupos de mejora	1
Comisiones	Formación para agentes facilitadores de la innovación	2

Atención Primaria:

Taller ISO 9001 en Atención Primaria-1 edición anual