



I. PRINCIPADO DE ASTURIAS

• OTRAS DISPOSICIONES

CONSEJERÍA DE SALUD

SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS (SESPA)

RESOLUCIÓN de 4 de julio de 2022, de la Consejería de Salud, por la que se aprueba la carta de servicios de la Unidad de Certificación en Calidad del Servicio de Salud del Principado de Asturias.

El Decreto 61/2014, de 25 de junio, por el que se regulan las cartas de servicios en el ámbito de la Administración del Principado de Asturias, en su artículo 3, las define como documentos en los que cada órgano o unidad informa a la ciudadanía sobre los servicios que presta, los compromisos de calidad que asume y los derechos que asisten a aquella en relación con estos servicios.

Los responsables de su elaboración, gestión y actualización serán los titulares de los órganos o unidades a los que se refieran, correspondiendo su aprobación a la Consejería competente por razón de la materia, mediante resolución, previo informe de la Dirección General competente en materia de calidad en la prestación de los servicios públicos.

Al respecto, el Servicio de Salud del Principado de Asturias, ha elaborado la Carta de servicio de la Unidad de Certificación en Calidad del SESPA, un instrumento de mejora de la calidad de los servicios públicos.

La carta ha sido informada por la Dirección General de Gobernanza Pública, Transparencia, Participación Ciudadana y Agenda 2030, de conformidad con lo establecido en el artículo 6.1 del decreto indicado.

En consecuencia con lo expuesto, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 21.4 de la Ley del Principado de Asturias 2/1995, de 13 de marzo, sobre Régimen Jurídico de la Administración del Principado de Asturias, por la presente,

RESUELVO

Primero.—Aprobar la carta de servicios de la Unidad de Certificación en Calidad del SESPA que figura como anexo a la presente resolución.

Segundo.—Ordenar la publicación de esta resolución en el *Boletín Oficial del Principado de Asturias*.

Oviedo, a 4 de julio de 2022.—El Consejero de Salud, Pablo I. Fernández Muñiz.—Cód. 2022-05394.

CARTA DE SERVICIOS DE LA UNIDAD DE CERTIFICACIÓN EN CALIDAD DEL SESPA

— Misión:

Contribuir a la mejora de la calidad asistencial mediante actividades de evaluación, impulsando la implantación de acciones que repercutan positivamente tanto en la Organización como en la atención sanitaria a la ciudadanía.

— Datos de identificación del Órgano:

Principado de Asturias

Consejería de Salud

Servicio de Salud del Principado de Asturias

Unidad de Certificación en Calidad del SESPA

Código de identificación (DIR3): Oficina contable: A03005861 Órgano Gestor: A03006374 Unidad tramitadora: A03006377

Dirección: Plaza del Carbayón 1 y 2, 5.ª planta. 33001 Oviedo

Correo electrónico: ucsespa.sccc@sespa.es

Página web: <http://uc.sespa.es/>

Teléfono: 985108590 ext. 30590

Horario de atención al público: de lunes a viernes de 8 a 15 h

- Normas que regulan la prestación del Servicio:
 - Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
 - Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.
 - Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica reguladora de la Autonomía del paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de Información y Documentación clínica.
 - Ley del Principado de Asturias 7/2019, de 29 de marzo, de Salud.
 - Decreto 167/2015, de 16 de septiembre, por el que se establece la estructura orgánica básica de los órganos de dirección y gestión del Servicio de Salud del Principado de Asturias y sus posteriores modificaciones primera y segunda a través de los Decretos 72/2016, de 23 de noviembre y 60/21018, de 26 de septiembre.
 - Decreto Regulador 66/2009 en el que se establecen las bases para la autorización, Constitución y Disolución de Unidades y Áreas de Gestión Clínica (UGC/AGC).
 - Norma UNE-EN ISO IEC 17020. Evaluación de la conformidad. Requisitos para el funcionamiento de diferentes tipos de organismos que realizan la inspección.
 - CGA-ENAC_EI Rev. 7 enero 2005. Criterios generales de Acreditación. Competencia técnica de las entidades que realizan inspección.

- Servicios prestados:
 - Evaluación de las unidades y áreas de Gestión Clínica (UGCs y AGCs) en el marco de sus acuerdos de gestión y utilizando la herramienta SINOC-DAIME.
 - Evaluación de los hospitales de la Red Hospitalaria Pública del Principado de Asturias utilizando la Guía de Estándares y Circuitos de la Calidad Asistencial (GECCAs).
 - Capacitación, formación continuada y evaluación periódica de la competencia del panel de auditores que la UC-SESPA utiliza en sus evaluaciones.
 - Colaboración en el mantenimiento de las herramientas diseñadas para la evaluación de la calidad (SINOC y GECCAs).
 - Emisión de certificados de conformidad que reflejen los niveles de calidad alcanzados por los centros en base a criterios de cumplimiento de los estándares y requisitos establecidos.
 - Generación de espacios destinados a la puesta en valor de buenas prácticas en acciones de mejora de calidad, a su difusión y a coordinar actividades de benchmarking dentro de la organización.

- Derechos de los profesionales y centros sanitarios evaluados:
 - A ser evaluados con rigor y homogeneidad, con procedimientos generales definidos y accesibles y una política de imparcialidad explicitada en el Manual de Calidad de la UC.
 - A ser informados de los requisitos, metodología y finalidad de las evaluaciones con carácter previo a su realización.
 - A recibir información de todas las modificaciones que se introduzcan en los esquemas de evaluación.
 - A que todos datos procedentes de las evaluaciones se gestionen garantizando la confidencialidad de los mismos.
 - A la existencia de procedimientos públicos que permitan resolver cualquier queja o alegación en relación a la actividad de la Unidad.
 - A recibir un certificado del nivel de calidad correspondiente siempre que cumpla los requisitos establecidos.

- Presentación de sugerencias y quejas:

El objeto es poner a las Gerencias, los directores de las áreas y unidades de Gestión Clínica y de los profesionales, un canal para que se puedan presentar quejas, sugerencias de mejora, agradecimientos o solicitar aclaraciones en todos los aspectos relacionados con la Unidad, así como establecer los plazos máximos (1 mes) para que éstas sean contestadas.

Están reguladas por el Procedimiento General de la UC-SESPA PG 7.5 Gestión de quejas, apelaciones v7 (disponible en <http://www.uc.sespa.es>) y los formatos correspondientes. En el que se establece el mecanismo para realizar el registro de entrada y salida, la creación del expediente individual y para la rendición de cuentas en relación con las mismas ante la Dirección Gerencia del SESPA, tal y como se establece en la Resolución de 21 de junio de 2019, de la Dirección Gerencia del Servicio de Salud en la que se dictan instrucciones sobre la tramitación de las quejas, sugerencias y agradecimientos en el Servicio de Salud.

- Compromisos de calidad:
 - 1: Imparcialidad e independencia
 - 2: Transparencia

- 3: Mejora continua
- 4: Sostenibilidad
- 5: Participación
- 6: Accesibilidad
- 7: Cumplimiento de plazos
- 8: Satisfacción de los clientes
- 9: Gestión de la competencia del personal de la UC
- 10: Rendición de cuentas
- 11: Incorporación de la experiencia del paciente

— Indicadores:

1: Imparcialidad e independencia

Indicador 1.1: Porcentaje de auditores con el compromiso de imparcialidad y confidencialidad firmado. Meta: 100%.

Indicador 1.2: Porcentaje de auditores con la declaración de conflicto de intereses actualizada. Meta: 100%.

Indicador 1.3: Porcentaje de planes de auditoría donde se ofrece a los dispositivos la posibilidad de manifestar un conflicto de interés en relación con el equipo auditor asignado. Meta: 100%.

Indicador 1.4: Informe de imparcialidad realizado en cada ejercicio natural y hecho público en el primer trimestre del siguiente año. Meta: hecho.

2: Transparencia

Indicador 2.1: Porcentaje de revisiones documentales realizadas en la UC en los que la página web tiene sus contenidos actualizados. Meta: 100%.

Indicador 2.2: Emisión periódica de un boletín de noticias con la actualidad de las evaluaciones de la Unidad y otras actividades de interés. Este boletín se difunde por los correos institucionales y está disponible para el público en general en la propia página web. Meta: 2 boletines anuales.

3: Mejora continua

Indicador 3.1: Número de acciones de mejora anuales abiertas por la UC. Meta: ≥ 2 .

4: Sostenibilidad

Indicador 4.1: Porcentaje de jornadas de auditoría que precisan contratación para sustituir a los auditores. Meta: $< 8\%$.

5: Participación

Indicador 5.1: Los comités de evaluación del SINOC y de la GECCAs estarán compuestos por profesionales que representan a los 3 estamentos: Consejería de Salud, SESPA y dispositivos asistenciales. Meta: 100%.

Indicador 5.2: La UC participa en las reuniones que se celebran del comité de mejora del SINOC. Meta: 100%.

6: Accesibilidad

Indicador 6.1: Los tweets emitidos desde la cuenta de la UC contienen un descriptor de imágenes para personas con discapacidad visual. Meta: 100%.

Indicador 6.2: La página web de la Unidad es accesible para personas con discapacidad visual. Meta: 100%.

Indicador 6.3: En las evaluaciones GECCAs de los centros hospitalarios participan colectivos de personas con problemas de accesibilidad (ONCE, COCEMFE, Fundación Vinjoy, etc.). Meta: 100%.

7: Cumplimiento de plazos

Indicador 7.1: Porcentaje de informes enviados en el plazo establecido (15 días). Meta: $> 90\%$.

Indicador 7.2: Porcentaje de apelaciones recibidas resueltas en el tiempo establecido (2 meses). Meta: 100%.

8: Satisfacción de los clientes

Indicador 8.1: Número de ítems de la encuesta de satisfacción en los que la puntuación es menor de 3 (escala de 0 a 5). Meta: $\leq 5\%$.



9: Gestión de la competencia del personal de la UC

Indicador 9.1: Porcentaje de personal propio de la UC con la evaluación de la competencia y el desempeño realizada (bienal). Meta: 100%.

Indicador 9.2: Porcentaje de auditorías realizadas en el año con la evaluación del desempeño de sus auditores realizada. Meta: 100%.

10: Rendición de cuentas

Indicador 10.1: Se realiza una memoria anual de la actividad de la UC dentro del primer trimestre siguiente y está disponible en la página web. Meta: la memoria anual está disponible en la página web antes del 31 de marzo del siguiente año.

11: Incorporación de la experiencia del paciente

Indicador 11.1: Porcentaje de evaluaciones de hospitales con la exploración de experiencia de paciente realizada. Meta: 100%.

— Medidas de subsanación y modo de formular reclamaciones por incumplimiento de los compromisos:

Las quejas por incumplimiento de los compromisos declarados en esta carta podrán dirigirse a la Unidad de Certificación en Calidad del SESPA.

En un plazo máximo de 30 días naturales, la Unidad de Certificación en Calidad, se dirigirá al usuario/a por el medio que este haya especificado, informando de las causas por las cuales el compromiso no se haya podido cumplir y de las medidas adoptadas, en su caso, para subsanar el incumplimiento denunciado.

El incumplimiento de los compromisos declarados en esta carta en ningún caso dará lugar a responsabilidad patrimonial de la Administración.