



PROGRAMA DE ACTUACIONES DE MEJORA

PLAN DE MEJORA INSTITUCIONAL Y CALIDAD ASISTENCIAL

COMUNIDAD TERAPÉUTICA LAS FLOTAS



El presente documento de Actuaciones de Mejora se elabora en el marco del Sistema de Calidad institucional, con el objetivo de planificar, estructurar y sistematizar las acciones orientadas a la mejora continua del modelo terapéutico, organizativo y asistencial. Su contenido se fundamenta en el análisis de los indicadores de calidad, la evaluación interna de los ejes estratégicos y la revisión de los resultados obtenidos durante el periodo evaluado.

Las actuaciones recogidas responden a un **enfoque preventivo, evaluable y alineado con el Plan de Calidad y el Horizonte Terapéutico 2025/2028**, priorizando la coherencia metodológica, la eficiencia organizativa y la sostenibilidad del sistema. Asimismo, este documento permite establecer una hoja de ruta clara para la implementación de mejoras, el seguimiento de su grado de ejecución y la consolidación progresiva del modelo institucional de calidad.

En este contexto, se incorpora una actuación estructural previa destinada a la actualización del Eje 1, La Actuación 0 se incorpora con carácter estructural y previo, al implicar la modificación de la denominación del Eje 1 y la revisión integral de su contenido interno. Esta actualización responde a la evolución del sistema de calidad y a la consolidación del modelo institucional, con el objetivo de reforzar la coherencia metodológica, mejorar la claridad estructural del sistema y garantizar la correcta trazabilidad documental, así como la adecuada integración de los indicadores y evidencias de calidad, en alineación con el Plan de Calidad.





A.M: 0	REDEFINICIÓN DEL EJE 1 PARA SU ADAPTACIÓN AL MOMENTO ACTUAL DE MADUREZ DEL SISTEMA DE CALIDAD					
OBJETIVO	ACCIONES CONCRETAS	RESULTADOS ESPERADOS	RESPONSABLE (S)	TEMPORALIZACIÓN	MECANISMO DE EJECUCIÓN Y SEGUIMIENTO	INDICADOR CUANTITATIVO DE SEGUIMIENTO
<p>Revisar y redefinir los indicadores y metas del Eje 1 para adecuarlos al nivel real de implantación y desarrollo del sistema de calidad, garantizando que sean medibles, realistas, progresivos y alineados con la capacidad operativa actual.</p>	<p>Análisis de los indicadores actuales y su grado real de implantación. Evaluación del nivel de madurez del sistema de calidad. Identificación de desajustes entre indicadores y realidad operativa. Priorización de indicadores básicos frente a avanzados. Redefinición de indicadores, metas y criterios de medición. Validación con el equipo responsable. Aprobación y actualización documental del Eje 1.</p>	<p>Indicadores alineados con la realidad del servicio.</p> <p>Metas alcanzables y progresivas.</p> <p>Mayor coherencia entre planificación y ejecución.</p> <p>Mejora de la implicación del equipo.</p> <p>Base estructurada para evolución futura del sistema de calidad.</p>	<p>Responsable del Sistema de Calidad.</p> <p>Equipo coordinador del Eje 1.</p> <p>Dirección (validación final).</p>	<p>Enero 2026: Diagnóstico.</p> <p>Redefinición y validación.</p> <p>Implantación del nuevo Eje 1.</p>	<p>Reunión técnica de revisión.</p> <p>Documento comparativo "antes/después".</p> <p>Acta de aprobación firmada.</p>	<p>% de indicadores que pueden medirse sin incidencias.</p> <p>Nº de ajustes necesarios tras el primer trimestre.</p> <p>Grado de cumplimiento $\geq 70\%$ en el primer periodo de medición.</p>

• • • ←

ACTUACIONES DE MEJORA DEL EJE 1:

CUMPLIMIENTO NORMATIVO Y GESTIÓN
DOCUMENTAL





**A.M: 1
ACCIÓN: 1.1**

DIGITALIZACIÓN PAULATINA DE TODOS LOS PROCESOS DE CALIDAD DEL CENTRO (DOCUMENTACIÓN, COMUNICACIÓN Y SISTEMAS INTERNOS).

OBJETIVO	ACCIONES CONCRETAS	RESULTADOS ESPERADOS	RESPONSABLE (S)	TEMPORALIZACIÓN	MECANISMO DE EJECUCIÓN Y SEGUIMIENTO	INDICADOR CUANTITATIVO DE SEGUIMIENTO
<p>Innovar y mejorar los procesos de aseguramiento de la calidad del centro mediante la digitalización de la documentación y la implantación de sistemas tecnológicos que optimicen la comunicación interna y externa.</p>	<p>Digitalización de toda la documentación relacionada con los procesos de calidad.</p> <p>Organización de la documentación digital en un archivo común.</p> <p>Instalación de una centralita telefónica.</p> <p>Instalación de un sistema de megafonía en todas las dependencias del centro.</p> <p>Formación básica del personal en el uso de los sistemas implantados.</p> <p>Revisión periódica del grado de digitalización alcanzado.</p>	<p>Mayor eficiencia en la gestión de los procesos de calidad.</p> <p>Reducción significativa del uso de papel.</p> <p>Mejora de la accesibilidad, seguridad y trazabilidad de la documentación.</p> <p>Optimización de la comunicación interna y externa del centro.</p> <p>Mayor coordinación entre los distintos órganos del centro.</p>	<p>Dirección.</p> <p>Empresa de TIC.</p> <p>Equipo de mejora de calidad.</p>	<p>Año 2026</p>	<p>Reuniones periódicas del Equipo de Calidad.</p> <p>Supervisión del proceso por parte del Equipo Directivo.</p> <p>Elaboración de informes trimestrales de seguimiento.</p> <p>Registro de incidencias y propuestas de mejora.</p> <p>Evaluación final del grado de implantación.</p>	<p>% de documentación de calidad digitalizada (objetivo $\geq 50\%$).</p> <p>Nº de procesos de calidad gestionados de forma digital.</p> <p>Instalación de centralita telefónica (sí/no).</p> <p>Cobertura del sistema de megafonía en el centro (100%).</p>



**A.M: 2
ACCIÓN: 1.4**

REVISIÓN INTEGRAL DEL REGLAMENTO DE RÉGIMEN INTERIOR Y ACTUALIZACIÓN DEL CONTRATO DE INGRESO Y DOCUMENTACIÓN ASISTENCIAL ENTREGADA AL USUARIO, ADAPTADOS A UN ENFOQUE TERAPÉUTICO Y CONSENSUADOS CON EL SERVICIO MURCIANO DE SALUD Y LAS COMUNIDADES TERAPÉUTICAS DE LA REGIÓN DE MURCIA.

OBJETIVO	ACCIONES CONCRETAS	RESULTADOS ESPERADOS	RESPONSABLE (S)	TEMPORALIZACIÓN	MECANISMO DE EJECUCIÓN Y SEGUIMIENTO	INDICADOR CUANTITATIVO DE SEGUIMIENTO
<p>Actualizar el marco normativo y documental de la Comunidad Terapéutica, garantizando coherencia con el modelo clínico, disminuyendo la percepción punitiva del sistema normativo y asegurando la adecuación normativa y asistencial conforme a los criterios del Servicio Murciano de Salud.</p>	<p>Revisión integral del Reglamento de Régimen Interior vigente.</p> <p>Adaptación terminológica eliminando enfoques punitivos e incorporando nomenclatura terapéutica (no conformidades con las normas, oportunidades de mejora).</p> <p>Redefinición del sistema normativo como herramienta estructurante y preventiva.</p> <p>Renovación del contrato de ingreso adaptándolo al nuevo enfoque terapéutico y normativo.</p> <p>Actualización de la documentación entregada al paciente en el momento del ingreso (normativa interna, derechos y deberes, consentimiento informado, normas de convivencia, protocolo de intervención).</p> <p>Consenso técnico del nuevo marco documental con el Servicio Murciano de Salud y coordinación con el resto de Comunidades Terapéuticas de la Región de Murcia.</p> <p>Validación interna por Dirección y Equipo Clínico.</p> <p>Implantación formal y comunicación a usuarios y profesionales.</p>	<p>Mayor coherencia entre modelo terapéutico y normativa interna.</p> <p>Disminución de la percepción punitiva del sistema normativo.</p> <p>Mejora en la comprensión por parte del usuario de sus derechos, deberes y proceso terapéutico.</p> <p>Incremento de la adherencia al tratamiento.</p> <p>Alineación documental con criterios del Servicio Murciano de Salud.</p> <p>Homogeneización de criterios con otras Comunidades Terapéuticas de la Región.</p>	<p>Dirección del centro.</p> <p>Equipo Terapéutico.</p> <p>Responsable de Calidad.</p> <p>Equipo Clínico.</p> <p>Servicio Murciano de Salud.</p> <p>UMAD</p>	<p>AÑO 2026</p>	<p>Reuniones técnicas de redacción y revisión.</p> <p>Actas de coordinación con Servicio Murciano de Salud.</p> <p>Registro de aprobación del nuevo reglamento y contrato de ingreso.</p> <p>Seguimiento del impacto en reuniones clínicas.</p> <p>Auditoría interna del sistema documental.</p>	<p>Reglamento actualizado y aprobado antes del 30/09/2026 (sí/no).</p> <p>Nuevo contrato implantado en el 100% de ingresos realizados desde su aprobación.</p> <p>100% de historias clínicas con documentación de ingreso firmada en 2026.</p> <p>≥ 2 reuniones de coordinación mantenidas con SMS en 2026.</p> <p>Reducción ≥ 20% de incidencias relacionadas con interpretación normativa respecto a 2025.</p> <p>≥ 80% de usuarios nuevos en 2026 puntúan ≥ 7/10 en cuestionario estructurado de comprensión normativa durante el primer mes.</p>



A.M: 3 ACCIÓN: 1.4	REACREDITACIÓN DEL NIVEL EXCELENTE COMO CENTRO SANITARIO MEDIANTE LA REVISIÓN, ACTUALIZACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LOS ESTÁNDARES DE CALIDAD EXIGIDOS POR EL SISTEMA DE ACREDITACIÓN VIGENTE.					
OBJETIVO	ACCIONES CONCRETAS	RESULTADOS ESPERADOS	RESPONSABLE(S)	TEMPORALIZACIÓN	MECANISMO DE EJECUCIÓN Y SEGUIMIENTO	INDICADOR CUANTITATIVO DE SEGUIMIENTO
<p>Mantener y renovar el nivel Excelente de acreditación como Centro Sanitario, garantizando el cumplimiento continuo de los estándares de calidad, seguridad del paciente y mejora continua establecidos por el organismo acreditador.</p>	<p>Análisis de los criterios y estándares exigidos para la reacreditación en nivel Excelente.</p> <p>Revisión y actualización de los protocolos clínicos y procedimientos asistenciales.</p> <p>Evaluación del cumplimiento de los indicadores de calidad y seguridad del paciente.</p> <p>Actualización de la documentación y registros exigidos para la acreditación.</p> <p>Implementación de acciones correctoras ante posibles desviaciones detectadas.</p> <p>Preparación y presentación de la documentación para el proceso de reacreditación</p>	<p>Renovación del nivel Excelente de acreditación como Centro Sanitario.</p> <p>Mejora continua de los procesos asistenciales y organizativos.</p> <p>Refuerzo de la cultura de calidad y seguridad del paciente.</p> <p>Incremento del prestigio y reconocimiento institucional del centro.</p> <p>Garantía de cumplimiento normativo sanitario vigente</p>	<p>Dirección.</p> <p>Equipo de mejora de calidad.</p> <p>Equipo Terapéutico de la Comunidad Terapeutica.</p>	<p>JUNIO 2026</p>	<p>Reuniones periódicas de la Comisión de Calidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Auditorías internas de seguimiento. • Revisión sistemática de indicadores de calidad. • Elaboración de informes de progreso y memoria final del proceso de reacreditación 	<p>Informe de autoevaluación elaborado (sí/no).</p> <p>% de estándares de calidad cumplidos (objetivo ≥ 95%).</p> <p>Obtención de la reacreditación nivel Excelente (sí/no).</p>



A.M: 4
ACCIÓN: 1.4

OBJETIVO: INCORPORAR UN SISTEMA FORMAL DE EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL PERSONAL, CON EL FIN DE MEJORAR EL CLIMA LABORAL, LA ORGANIZACIÓN INTERNA Y LA CALIDAD DEL DESEMPEÑO PROFESIONAL.

OBJETIVO	ACCIONES CONCRETAS	RESULTADOS ESPERADOS	RESPONSABLE(S)	TEMPORALIZACIÓN	MECANISMO DE EJECUCIÓN Y SEGUIMIENTO	INDICADOR CUANTITATIVO DE SEGUIMIENTO
<p>Incorporar un sistema formal de evaluación de la satisfacción del personal, con el fin de mejorar el clima laboral, la organización interna y la calidad del desempeño profesional.</p>	<p>Diseñar cuestionario anónimo de satisfacción laboral.</p> <p>Incluir dimensiones: clima laboral, coordinación, liderazgo, carga de trabajo, comunicación interna y propuestas de mejora.</p> <p>Aplicar cuestionario anual al 100% del personal.</p> <p>Analizar resultados de forma estructurada.</p> <p>Elaborar informe interno con conclusiones.</p> <p>Establecer plan de mejora derivado de los resultados.</p> <p>Comunicar al equipo las medidas adoptadas.</p>	<p>Conocimiento real del clima laboral:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificación de áreas de mejora organizativa. - Mayor implicación del equipo en el sistema de calidad. - Reducción de conflictos internos. - Mejora en la percepción de coordinación y funcionamiento interno. 	<p>Dirección / Responsable de Calidad / RRHH</p>	<p>Diseño: 1º trimestre 2026. Aplicación: 4º trimestre 2026. Análisis y propuestas: diciembre 2026.</p>	<p>Aplicación garantizando anonimato (digital).</p> <p>Análisis estadístico de resultados.</p> <p>Presentación en reunión interna anual.</p> <p>Incorporación de acciones correctoras al Plan 2027.</p> <p>Seguimiento semestral del cumplimiento de medidas</p>	<p>≥ 80% tasa de participación del personal. - 100% cuestionarios aplicados en plazo.</p> <p>Informe anual elaborado (100%).</p> <p>≥ 1 mejora implementada derivada del análisis.</p> <p>≥ 75% satisfacción global media.</p>

●

●

●

←

ACTUACIONES DE MEJORA DEL EJE 2:

GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS Y
COMPETENCIA PROFESIONAL





**A.M: 5
ACCIÓN 2.1.3**

VALORACIÓN TÉCNICA Y ORGANIZATIVA PARA LA CONTRATACIÓN DE PERSONAL ADMINISTRATIVO Y DE SOPORTE INFORMÁTICO PARA LA MEJORA DE LA GESTIÓN Y DE LOS SISTEMAS DIGITALES DEL CENTRO.

OBJETIVO	ACCIONES CONCRETAS	RESULTADOS ESPERADOS	RESPONSABLE (S)	TEMPORALIZACIÓN	MECANISMO DE EJECUCIÓN Y SEGUIMIENTO	INDICADOR CUANTITATIVO DE SEGUIMIENTO
<p>Mejorar la eficacia organizativa y la calidad de los servicios de gestión y soporte tecnológico del centro mediante el estudio y valoración de la contratación de personal administrativo y técnico informático especializado.</p>	<p>Análisis de la carga administrativa y tecnológica actual del centro.</p> <p>Identificación de tareas que requieren apoyo administrativo y soporte informático especializado.</p> <p>Elaboración de un informe técnico de necesidades de personal.</p> <p>Valoración de la viabilidad económica y organizativa de la contratación.</p> <p>Definición del perfil profesional del personal administrativo y del informático.</p> <p>Presentación de la propuesta a los órganos competentes.</p>	<p>Optimización de los procesos administrativos del centro.</p> <p>Mejora del mantenimiento y funcionamiento de los sistemas digitales.</p> <p>Reducción de incidencias técnicas.</p> <p>Mayor disponibilidad del profesorado y del equipo directivo para tareas terapéuticas.</p> <p>Mejora de la calidad del servicio ofrecido a la Comunidad Terapéutica.</p>	<p>Dirección.</p> <p>Equipo de mejora de calidad.</p> <p>Equipo Terapéutico de la Comunidad Terapéutica.</p> <p>Recursos Humanos.</p>	<p>Año 2026</p>	<p>Reuniones de análisis del Equipo Directivo.</p> <p>Elaboración y revisión del informe de necesidades.</p> <p>Seguimiento del proceso de valoración y toma de decisiones.</p> <p>Registro de acuerdos adoptados por los órganos competentes.</p>	<p>Elaboración del informe técnico de necesidades (sí/no).</p> <p>Nº de tareas administrativas y técnicas identificadas.</p> <p>Propuesta de contratación presentada (sí/no).</p>





**A.M: 6
ACCIÓN 2.2.4**

GARANTIZAR UNA FORMACIÓN EXTERNA MÍNIMA Y EQUITATIVA DE 50 HORAS ANUALES PARA TODO EL PERSONAL DE LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA, CON ESPECIAL REFUERZO DEL COLECTIVO DE MONITORES, PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD DE LA INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA.

OBJETIVO	ACCIONES CONCRETAS	RESULTADOS ESPERADOS	RESPONSABLE (S)	TEMPORALIZACIÓN	MECANISMO DE EJECUCIÓN Y SEGUIMIENTO	INDICADOR CUANTITATIVO DE SEGUIMIENTO
<p>Garantizar la equidad formativa y la capacitación técnica del conjunto de profesionales de la Comunidad Terapéutica mediante el establecimiento de un mínimo obligatorio de formación externa anual, corrigiendo el desequilibrio detectado en 2025 entre monitores y profesionales universitarios.</p>	<p>Análisis del registro de formación externa del año 2025, identificando diferencias entre categorías profesionales.</p> <p>Establecimiento de un mínimo de 50 horas anuales de formación externa para todo el personal del centro.</p> <p>Pedir a los monitores un itinerario formativo para el año 2.026</p> <p>Priorizar la formación externa del colectivo de monitores terapéuticos.</p> <p>Selección de acciones formativas acreditadas y específicas del ámbito de las comunidades terapéuticas (adicciones, salud mental, intervención grupal, manejo de crisis, prevención de recaídas, etc.).</p> <p>Registro sistemático de las horas de formación externa realizadas por cada profesional.</p> <p>Evaluación del impacto de la formación en la práctica terapéutica.</p>	<p>Equilibrio en el nivel formativo entre las distintas categorías profesionales.</p> <p>Incremento de la competencia técnica del personal monitor.</p> <p>Mejora de la calidad y coherencia de la intervención terapéutica.</p> <p>Mayor seguridad en la atención a los usuarios.</p> <p>Cumplimiento de los estándares de calidad y mejora continua exigidos en acreditaciones sanitarias.</p>	<p>Dirección.</p> <p>Equipo de mejora de calidad.</p>	<p>Año 2026</p>	<p>Control periódico del registro individual de formación externa.</p> <p>% de trabajadores con itinerario formativo</p> <p>Informes semestrales sobre el grado de cumplimiento del mínimo formativo.</p> <p>Reuniones de seguimiento con responsables de área.</p> <p>Evaluación anual del cumplimiento del objetivo y propuesta de mejoras.</p>	



A.M: 7 ACCIÓN 2.2.5	COORDINACIÓN TRAZABLE CON ENTIDAD ACADÉMICA (FORMACIÓN PRÁCTICAS)					
OBJETIVO	ACCIONES CONCRETAS	RESULTADOS ESPERADOS	RESPONSABLE (S)	TEMPORALIZACIÓN	MECANISMO DE EJECUCIÓN Y SEGUIMIENTO	INDICADOR CUANTITATIVO DE SEGUIMIENTO
<p>Estandarizar comunicaciones con tutor/a académico y asegurar trazabilidad</p>	<p>Protocolo mail + plantillas (inicio/seguimiento/incidencia/cierre)</p> <p>3 hitos obligatorios por mail (inicio/mitad/cierre).</p> <p>Ficha interna única de seguimiento (fecha, quién, motivo, acuerdos, adjuntos, próximo paso).</p>	<p>Seguimiento homogéneo y trazable; menos dispersión; criterios comunes entre tutores/as; mejor coordinación con entidades.</p>	<p>Tutor/a prácticas + Coordinación</p>	<p>2026: Diseño Q1 Implantación Q2 (uso continuo)</p>	<p>Revisión mensual de hilos (asunto estándar) + verificación de hitos y ficha interna por alumno/a.</p>	<p>≥90% prácticas con 3 hitos.</p> <p>≥90% hilos con asunto estándar 100% incidencias registradas</p>



A.M: 8 ACCIÓN 2.2.5	SEGUIMIENTO ANUAL DE ENTIDADES FORMATIVAS COLABORADORAS					
OBJETIVO	ACCIONES CONCRETAS	RESULTADOS ESPERADOS	RESPONSABLE (S)	TEMPORALIZACIÓN	MECANISMO DE EJECUCIÓN Y SEGUIMIENTO	INDICADOR CUANTITATIVO DE SEGUIMIENTO
<p style="text-align: center;">Mantener flujo estable y relación activa con entidades formativas</p>	<p>Registro anual de entidades (contacto, convenio, referente, fechas, alumnado previsto/real, valoración).</p> <p>Contacto proactivo pre-inicio de curso.</p> <p>Revisión anual y actualización del listado.</p>	<p>Continuidad de convenios; flujo anual de alumnado; mejor planificación; menos improvisación</p>	<p>Coordinación + Tutor/a prácticas</p>	<p>Año 2026: Creación Q1 Revisión anual Q4</p>	<p>Registro actualizado + evidencia de contacto (mail/acta) por entidad; revisión en cierre de año.</p>	<p>Registro actualizado 1 vez/año.</p> <p>≥1 contacto anual por entidad.</p> <p>≥3 convenios/contactos activos/año.</p>



A.M: 9 ACCIÓN 2.2.5	INCORPORAR UN SISTEMA DE EVALUACIÓN EXTERNA DE LA CALIDAD DE LAS PRÁCTICAS FORMATIVAS MEDIANTE LA APLICACIÓN DE UN CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN A LOS CENTROS EDUCATIVOS COLABORADORES.					
OBJETIVO	ACCIONES CONCRETAS	RESULTADOS ESPERADOS	RESPONSABLE (S)	TEMPORALIZACIÓN	MECANISMO DE EJECUCIÓN Y SEGUIMIENTO	INDICADOR CUANTITATIVO DE SEGUIMIENTO
<p>Incorporar un sistema de evaluación externa de la calidad de las prácticas formativas mediante la aplicación de un cuestionario de satisfacción a los centros educativos colaboradores.</p>	<p>Diseñar cuestionario estructurado de satisfacción para centros de enseñanza.</p> <p>Aplicarlo al finalizar cada periodo de prácticas.</p> <p>Analizar resultados anualmente.</p> <p>Incorporar propuestas de mejora derivadas de los resultados.</p> <p>Integrar el cuestionario en el protocolo oficial de prácticas.</p>	<p>Mejora continua del programa de prácticas.</p> <p>Fortalecimiento de relaciones institucionales.</p> <p>Detección temprana de áreas de mejora.</p> <p>Mayor fidelización de centros colaboradores.</p> <p>≥ 85% valoración positiva media.</p>	<p>Dirección / Coordinador/a de Prácticas / Responsable de Calidad</p>	<p>Diseño: Primer trimestre 2026. Aplicación: Al finalizar cada periodo de prácticas. Evaluación anual en diciembre.</p>	<p>Envío digital del cuestionario tras finalizar prácticas.</p> <p>Registro de respuestas en sistema interno.</p> <p>Informe anual de resultados.</p> <p>Presentación en reunión técnica.</p> <p>Incorporación de mejoras al plan formativo.</p>	<p>≥ 70% tasa de respuesta de centros.</p> <p>≥ 85% satisfacción media.</p> <p>≥ 1 mejora implementada/anual derivada de resultados.</p> <p>100% centros con envío de cuestionario.</p>



A.M: 10 ACCIÓN 2.2.5.1	ACOGIDA Y SEGUIMIENTO FORMATIVO EN LA C.T.					
OBJETIVO	ACCIONES CONCRETAS	RESULTADOS ESPERADOS	RESPONSABLE (S)	TEMPORALIZACIÓN	MECANISMO DE EJECUCIÓN Y SEGUIMIENTO	INDICADOR CUANTITATIVO DE SEGUIMIENTO
<p>Mejorar acogida, bienestar y aprovechamiento del alumnado en prácticas, detectando dificultades a tiempo</p>	<p>Protocolo inicial de acogida (funciones/límites, normas, canales, expectativas) + entrega guía.</p> <p>Sesión inicial con el equipo.</p> <p>Registro de actividades y competencias (continuo).</p> <p>Tutorías: inicio + mitad (~3 semanas/mitad periodo) + extraordinaria si procede.</p>	<p>Experiencia formativa más clara y cuidada; mayor aprovechamiento; detección temprana de dificultades; evidencia mínima y homogénea del proceso</p>	<p>Tutor/a prácticas + Equipo terapéutico</p>	<p>2026: Implantación Q1-Q2 Uso continuo</p>	<p>Checklist de acogida (entrega doc/guía + sesión inicial) + revisión mensual de registros y tutorías (muestra).</p>	<p>≥90% alumnado recibe documento + guía; satisfacción ≥4/5;</p> <p>≥80% registros completos; ≥90% tutoría intermedia realizada.</p>



**A.M: 11
ACCIÓN 2.3**

OPTIMIZAR EL SISTEMA DE REUNIONES INTERNAS PARA MEJORAR LA EFICACIA Y EFICIENCIA DE LA COORDINACIÓN TÉCNICA MEDIANTE PLANIFICACIÓN, SEGUIMIENTO DE ACUERDOS Y EVALUACIÓN DEL IMPACTO.

OBJETIVO	ACCIONES CONCRETAS	RESULTADOS ESPERADOS	RESPONSABLE (S)	TEMPORALIZACIÓN	MECANISMO DE EJECUCIÓN Y SEGUIMIENTO	INDICADOR CUANTITATIVO DE SEGUIMIENTO
<p>Optimizar el sistema de reuniones internas para mejorar la eficacia y eficiencia de la coordinación técnica mediante planificación, seguimiento de acuerdos y evaluación del impacto.</p>	<p>Delimitar el perfil profesional y función de cada participante en reuniones técnicas.</p> <p>Incorporar orden del día obligatorio previo.</p> <p>Establecer duración máxima según tipología de reunión.</p> <p>Desglosar acuerdos en actuaciones concretas.</p> <p>Asignar responsable individual por cada actuación acordada.</p> <p>Establecer fecha obligatoria de revisión de acuerdos.</p> <p>Modificar el modelo de acta incorporando: orden del día, duración, acuerdos desglosados, responsables, fecha de revisión y evaluación de impacto</p>	<p>Reuniones más estructuradas y eficaces.</p> <p>Reducción de tiempos improductivos.</p> <p>100% de acuerdos con responsable asignado.</p> <p>Seguimiento real de compromisos adoptados.</p> <p>Mejora de la coordinación técnica interna.</p> <p>≥ 80% de valoración positiva del equipo técnico.</p>	<p>Coordinación Técnica / Responsable de Calidad</p>	<p>Primer semestre 2026: diseño, aprobación e implantación del nuevo modelo de acta.</p> <p>Seguimiento trimestral durante 2026</p>	<p>Aprobación formal del nuevo formato de acta.</p> <p>Uso obligatorio en reuniones internas mensuales.</p> <p>Revisión trimestral del cumplimiento del sistema.</p> <p>Evaluación anual mediante encuesta interna.</p> <p>Comparativa de cumplimiento de acuerdos antes/después.</p>	<p>100% reuniones con orden del día.</p> <p>100% actas con responsables asignados.</p> <p>≥ 90% acuerdos revisados en fecha prevista.</p> <p>≥ 80% equipo valora positivamente la mejora.</p> <p>Reducción ≥ 20% en duración media improductiva.</p>



A.M: 12 ACCIÓN 2.4.1	FORTALECER LA ESTRUCTURA OPERATIVA, LA CAPACITACIÓN DEL PERSONAL, LA COORDINACIÓN INTERNA.					
OBJETIVO	ACCIONES CONCRETAS	RESULTADOS ESPERADOS	RESPONSABLE (S)	TEMPORALIZACIÓN	MECANISMO DE EJECUCIÓN Y SEGUIMIENTO	INDICADOR CUANTITATIVO DE SEGUIMIENTO
<p>Optimizar la comunicación y coordinación externa con UCA y CSM, garantizando la correcta recepción, lectura y trazabilidad de los informes enviados, reduciendo tiempos de respuesta y mejorando la continuidad asistencial.</p>	<p>Mejora del sistema de comunicación con UCA/CSM</p>	<p>Mayor seguridad en la recepción de informes.</p> <p>Reducción de incertidumbre sobre si la información ha sido leída.</p> <p>Mejora en la continuidad asistencial.</p> <p>Disminución de retrasos en coordinación clínica.</p> <p>Aumento de la eficacia en la comunicación interinstitucional.</p>	<p>Equipo Terapéutico Profesional de referencia</p>	<p>Implementación inicial en 1 mes Revisión semestral</p>	<p>Elaboración de listado oficial de correos por UCA/CSM.</p> <p>-Difusión interna del protocolo de envío de informes.</p> <p>-Registro compartido (Excel o documento interno) con:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fecha de envío • Confirmación de lectura • Fecha de respuesta • Incidencias <p>-Análisis semestral en reunión de coordinación.</p>	<p>≥ 85% de informes enviados con confirmación de lectura recibida.</p> <p>≤ 7 días de media en respuesta institucional.</p> <p>Reducción del 50% de incidencias por falta de respuesta en un año.</p> <p>100% de recursos externos con correo profesional identificado.</p>



A.M: 13 ACCIÓN 2.4.1	FORTALECER LA ESTRUCTURA OPERATIVA, LA CAPACITACIÓN DEL PERSONAL, LA COORDINACIÓN INTERNA.					
OBJETIVO	ACCIONES CONCRETAS	RESULTADOS ESPERADOS	RESPONSABLE (S)	TEMPORALIZACIÓN	MECANISMO DE EJECUCIÓN Y SEGUIMIENTO	INDICADOR CUANTITATIVO DE SEGUIMIENTO
<p>Evaluar el grado de satisfacción de los organismos externos respecto a la coordinación y comunicación con el centro.</p>	<p>Diseñar cuestionario breve (escala Likert + preguntas abiertas).</p> <p>Validación interna por Dirección.</p> <p>Creación en formato digital.</p> <p>Envío semestral a contactos oficiales.</p> <p>Recogida y análisis de resultados.</p> <p>Presentación en reunión de coordinación.</p> <p>Implementación de mejoras detectadas.</p>	<p>Obtención de feedback estructurado.</p> <p>Identificación de fortalezas y áreas de mejora.</p> <p>Mejora progresiva de la coordinación interinstitucional.</p> <p>Refuerzo de relaciones institucionales.</p> <p>Integración en Plan de Calidad.</p>	<p>Equipo terapéutico profesional de referencia</p>	<p>Semestral (2 veces al año).</p> <p>Revisión en reunión semestral de coordinación.</p>	<p>Envío mediante correo institucional.</p> <p>Plazo de respuesta 15-30 días.</p> <p>Análisis comparativo entre mediciones.</p> <p>Registro de conclusiones en acta de coordinación.</p> <p>Inclusión en informe anual de calidad.</p>	<p>Tasa de respuesta \geq 60%.</p> <p>Valoración media global \geq 4/5.</p> <p>Nº de mejoras implementadas derivadas del cuestionario.</p> <p>Evolución positiva del índice de satisfacción entre semestres.</p>

● ● ● ←

ACTUACIONES DE MEJORA DEL EJE 3:

PROCESO DE ATENCION AL USUARIO





A.M: 14 ACCIÓN 3.1	INCREMENTAR LA UTILIZACIÓN REAL DE LOS CANALES DE SUGERENCIAS, QUEJAS Y RECLAMACIONES, ASEGURANDO SU ANÁLISIS, RESPUESTA Y TRAZABILIDAD CONFORME AL SISTEMA DE CALIDAD DEL CENTRO.					
OBJETIVO	ACCIONES CONCRETAS	RESULTADOS ESPERADOS	RESPONSABLE (S)	TEMPORALIZACIÓN	MECANISMO DE EJECUCIÓN Y SEGUIMIENTO	INDICADOR CUANTITATIVO DE SEGUIMIENTO
<p>Incrementar la utilización real de los canales de sugerencias, quejas y reclamaciones, asegurando su análisis, respuesta y trazabilidad conforme al sistema de calidad del centro.</p>	<p>Establecer un protocolo formal de gestión de sugerencias, quejas y reclamaciones.</p> <p>Definir circuito de recepción, registro, análisis y respuesta.</p> <p>Aumentar la visibilidad de los canales (cartelería, recordatorio en asambleas y tutorías).</p> <p>Crear registro único de entradas (fecha, tipo, canal, responsable, estado).</p> <p>Establecer plazo máximo de respuesta y seguimiento.</p> <p>Analizar trimestralmente los datos y proponer mejoras.</p> <p>Informar al equipo y usuarios de los cambios realizados (cierre del circuito).</p>	<p>Sistema formalizado y estructurado de gestión.</p> <p>100% de incidencias registradas y respondidas.</p> <p>Aumento de la participación real del usuario.</p> <p>Mejora en la percepción de escucha institucional.</p> <p>Reducción de incidencias repetidas.</p>	<p>Dirección / Responsable de Calidad / Coordinación Técnica</p>	<p>Diseño e implantación: 1º trimestre 2026.</p> <p>Seguimiento trimestral durante 2026.</p>	<p>Aprobación del protocolo en reunión técnica.</p> <p>Implementación obligatoria del registro.</p> <p>Revisión mensual del libro/registro por Responsable de Calidad.</p> <p>Informe trimestral con análisis de causas y medidas correctoras.</p> <p>Comunicación de resultados en reunión interna y asamblea.</p>	<p>Protocolo aprobado y vigente (100%).</p> <p>100% entradas registradas.</p> <p>≥ 90% respondidas dentro del plazo establecido.</p> <p>≥ 1 mejora implementada por trimestre derivada del análisis.</p> <p>Incremento anual ≥ 20% en uso del canal (indicador de participación real).</p>





**A.M: 15
ACCIÓN 3.2**

CUADERNO DE TRABAJO DEL USUARIO INTEGRADO EN EL PTI

OBJETIVO	ACCIONES CONCRETAS	RESULTADOS ESPERADOS	RESPONSABLE (S)	TEMPORALIZACIÓN	MECANISMO DE EJECUCIÓN Y SEGUIMIENTO	INDICADOR CUANTITATIVO DE SEGUIMIENTO
<p>Cuaderno de Trabajo del Usuario integrado en el PTI</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Diseñar estructura del cuaderno por áreas del PTI y por terapias/talleres (plantillas). • Crear fichas por terapia/taller: teoría clave + ejercicio + tarea + autorregistro. • Implantar rutina de cumplimentación: 5-10 min al cierre de cada sesión grupal + revisión en individual. • Incorporar apartado de tutorías: acuerdos, próximo paso y firma mensual. • Incorporar apartado "Oportunidad de aprendizaje" y/o "Reajuste de tratamiento": análisis breve (qué pasó/qué sentí/alternativa/objetivo afectado) + plan preventivo. • Cierre mensual: autoevaluación por áreas (qué me llevo/qué me cuesta/próximos pasos). 	<p>Mayor continuidad y coherencia del proceso (individual + grupal).</p> <p>Aumento de adherencia y cumplimiento de tareas.</p> <p>Mejor transferencia a la vida diaria (autorrevisión y toma de decisiones).</p> <p>Evidencia documental unificada del trabajo terapéutico.</p>	<p>Psicóloga referente + equipo terapéutico</p>	<p>Q*1 diseño; Q2 pilotaje; Q3-Q4 implantación y ajuste</p>	<p>Revisión mensual del cuaderno en tutoría (checklist + firma).</p> <p>Registro mensual de tareas entre sesiones y de cuadernos activos.</p> <p>Revisión trimestral en reunión de equipo (incidencias y mejoras).</p>	<p>≥80% usuarios con cuaderno activo revisado y firmado (mensual).</p> <p>≥70% cumplimiento de tareas entre sesiones.</p> <p>Mejora en satisfacción/participación (registro mensual del eje).</p>



**A.M: 16
ACCIÓN 3.2**

OBJETIVOS DE PTI BASADOS EN LA EVALUACIÓN Y MEDIBLES

OBJETIVO	ACCIONES CONCRETAS	RESULTADOS ESPERADOS	RESPONSABLE (S)	TEMPORALIZACIÓN	MECANISMO DE EJECUCIÓN Y SEGUIMIENTO	INDICADOR CUANTITATIVO DE SEGUIMIENTO
<p>OBJETIVOS DE PTI BASADOS EN LA EVALUACIÓN Y MEDIBLES</p>	<p>Añadir en PTI: meta literal del paciente + sentido terapéutico.</p> <p>Definir 2-3 objetivos SMART por área (qué/cuánto/cuándo) + criterio de logro.</p> <p>Asignar indicador semanal 1-5 por área (rúbrica común) y registrar semanalmente.</p> <p>Revisar y ajustar PTI en tutoría mensual y valoración del equipo (con acuerdos).</p> <p>Realizar evaluación pre-post inicio/alta: BDI, BAI, TMMS, ESFA, calidad de vida, hábitos saludables; devolución al paciente.</p>	<p>PTI alineado con motivación del paciente y necesidades de recuperación.</p> <p>Seguimiento objetivo (datos) para decidir ajustes de intervención.</p> <p>Mejora documentada pre-post en clínica, convivencia y hábitos.</p>	<p>Equipo terapéutico (psicología + coordinación)</p>	<p>Q1 implantación; seguimiento continuo; revisión trimestral</p>	<p>Auditoría mensual de PTI (presencia de meta + objetivos SMART + indicadores). Revisión mensual en equipo de áreas con puntuación ≤ 2 (plan de ajuste).</p> <p>Cierre en alta con comparativa pre-post y conclusión clínica.</p>	<p>$\geq 90\%$ PTI actualizados ≤ 7 días tras evaluación (ingreso/alta).</p> <p>100% usuarios con valoración semanal (1-5) registrada. $\geq 70\%$ usuarios con mejora $\geq +1$ punto en ≥ 5 áreas entre semanas 2-8.</p> <p>100% pruebas pre-post completadas (inicio y alta).</p>



**A.M: 16
ACCIÓN 3.2**

OBJETIVOS DE PTI BASADOS EN LA EVALUACIÓN Y MEDIBLES

OBJETIVO	ACCIONES CONCRETAS	RESULTADOS ESPERADOS	RESPONSABLE (S)	TEMPORALIZACIÓN	MECANISMO DE EJECUCIÓN Y SEGUIMIENTO	INDICADOR CUANTITATIVO DE SEGUIMIENTO
<p>OBJETIVOS DE PTI BASADOS EN LA EVALUACIÓN Y MEDIBLES</p>	<p>Añadir en PTI: meta literal del paciente + sentido terapéutico.</p> <p>Definir 2-3 objetivos SMART por área (qué/cuánto/cuándo) + criterio de logro.</p> <p>Asignar indicador semanal 1-5 por área (rúbrica común) y registrar semanalmente.</p> <p>Revisar y ajustar PTI en tutoría mensual y valoración del equipo (con acuerdos).</p> <p>Realizar evaluación pre-post inicio/alta: BDI, BAI, TMMS, ESFA, calidad de vida, hábitos saludables; devolución al paciente.</p>	<p>PTI alineado con motivación del paciente y necesidades de recuperación.</p> <p>Seguimiento objetivo (datos) para decidir ajustes de intervención.</p> <p>Mejora documentada pre-post en clínica, convivencia y hábitos.</p>	<p>Equipo terapéutico (psicología + coordinación)</p>	<p>Q1 implantación; seguimiento continuo; revisión trimestral</p>	<p>Auditoría mensual de PTI (presencia de meta + objetivos SMART + indicadores).</p> <p>Revisión mensual en equipo de áreas con puntuación ≤ 2 (plan de ajuste).</p> <p>Cierre en alta con comparativa pre-post y conclusión clínica.</p>	<p>$\geq 90\%$ PTI actualizados ≤ 7 días tras evaluación (ingreso/alta).</p> <p>100% usuarios con valoración semanal (1-5) registrada.</p> <p>$\geq 70\%$ usuarios con mejora $\geq +1$ punto en ≥ 5 áreas entre semanas 2-8.</p> <p>100% pruebas pre-post completadas (inicio y alta).</p>



A.M: 17 ACCIÓN 3.2	IMPLANTACIÓN DE HOJA DE EVENTO INUSUAL Y HOJA DE ADAPTACIÓN TERAPÉUTICA EN EL EXPEDIENTE DEL PACIENTE					
OBJETIVO	ACCIONES CONCRETAS	RESULTADOS ESPERADOS	RESPONSABLE (S)	TEMPORALIZACIÓN	MECANISMO DE EJECUCIÓN Y SEGUIMIENTO	INDICADOR CUANTITATIVO DE SEGUIMIENTO
<p style="text-align: center;"> Garantizar la trazabilidad documental clínica mediante la incorporación de una Hoja de Evento Inusual y una Hoja de Adaptación del Tratamiento dentro del expediente del paciente, asegurando el registro formal de incidencias relevantes y de las adaptaciones terapéuticas individualizadas. </p>	<p>Diseñar e implantar una Hoja de Evento Inusual normalizada para su inclusión en el expediente clínico.</p> <p>Registrar de forma obligatoria los eventos inusuales relevantes (clínicos, conductuales, terapéuticos o asistenciales).</p> <p>Diseñar e incorporar una Hoja de Adaptación del Tratamiento en el expediente del paciente.</p> <p>Especificar en dicha hoja las adaptaciones por patología dual, condición de víctima de violencia de género u otras circunstancias clínicas o psicosociales relevantes.</p> <p>Formar al equipo profesional en el uso del nuevo registro documental.</p> <p>Integrar ambos documentos en el procedimiento de archivo clínico, no quedando únicamente reflejados en el PTI.</p>	<p>Mejora de la trazabilidad clínica y documental del proceso terapéutico.</p> <p>Registro estructurado y verificable de eventos inusuales. Mayor coherencia entre intervención terapéutica y documentación clínica.</p> <p>Mejor individualización del tratamiento en casos de especial vulnerabilidad. Refuerzo del sistema de calidad asistencial y seguridad clínica.</p>	<p>Equipo terapéutico</p> <p>Psicóloga referente</p>	<p>Diseño e implementación de las hojas: 1º trimestre 2026</p> <p>Seguimiento y uso continuado: permanente</p>	<p>Revisión periódica de expedientes clínicos para verificar la inclusión de las hojas.</p> <p>Supervisión mensual del registro de eventos inusuales.</p> <p>Verificación de la cumplimentación de la hoja de adaptación terapéutica cuando proceda. Evaluación en reuniones de equipo y en el Plan de Calidad.</p> <p>Auditoría interna de trazabilidad documental.</p>	<p>% de expedientes con hoja de evento inusual incorporada.</p> <p>% de casos con adaptación terapéutica registrada cuando procede.</p> <p>Nº de eventos inusuales documentados.</p>





A.M: 18 ACCIÓN 3.2	ESTANDARIZACIÓN DEL REGISTRO MÍNIMO DE SESIONES PSICOLÓGICAS EN MNP (SIN VULNERAR CONFIDENCIALIDAD)					
OBJETIVO	ACCIONES CONCRETAS	RESULTADOS ESPERADOS	RESPONSABLE (S)	TEMPORALIZACIÓN	MECANISMO DE EJECUCIÓN Y SEGUIMIENTO	INDICADOR CUANTITATIVO DE SEGUIMIENTO
<p>Estandarización del registro mínimo de sesiones psicológicas en MNP (sin vulnerar confidencialidad)</p>	<p>Añadir en "Observaciones" una línea estándar tipo checklist: Foco Técnica Tarea Próximo.</p> <p>Usar listados cerrados (focos/tareas) para registro rápido y homogéneo.</p>	<p>Evidencia mínima verificable de intervención y continuidad, con criterios unificados.</p>	<p>Equipo de Psicología (implantación) + Coordinación (seguimiento mensual).</p>	<p>2026 (implantación y seguimiento mensual).</p>	<p>Revisión mensual del % de sesiones con línea completa.</p>	<p>≥80% de sesiones individuales con registro mínimo completo.</p>



A.M: 19 ACCIÓN 3.2.4	MEJORAR DE FORMA INTEGRAL LA ATENCIÓN, INTERVENCIÓN Y SEGUIMIENTO A USUARIOS/AS DEL CENTRO, GARANTIZANDO SU SATISFACCIÓN, PARTICIPACIÓN ACTIVA, CONTINUIDAD CLÍNICA Y LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS PRESTADOS.					
OBJETIVO	ACCIONES CONCRETAS	RESULTADOS ESPERADOS	RESPONSABLE (S)	TEMPORALIZACIÓN	MECANISMO DE EJECUCIÓN Y SEGUIMIENTO	INDICADOR CUANTITATIVO DE SEGUIMIENTO
<p style="text-align: center;"> Garantizar el seguimiento sanitario efectivo de los pacientes derivados a entidades externas, asegurando la trazabilidad, supervisión y actuación proactiva ante demoras o ausencias, minimizando el riesgo asistencial derivado de la dependencia de agentes externos. </p>	<p>Creación de un protocolo de registro interno de seguimiento sanitario externo.</p>	<p>Mayor control y trazabilidad del seguimiento sanitario externo.</p> <p>Reducción de tiempos sin supervisión médica activa.</p> <p>Disminución del riesgo clínico por falta de seguimiento.</p> <p>Homogeneización del procedimiento ante todas las entidades derivadoras.</p> <p>Evidencia objetiva de control en auditorías e inspecciones.</p>	<p>Equipo terapéutico profesional de referencia</p>	<p>Implementación del registro: inmediata (primer mes).</p> <p>Evaluación del indicador: trimestral.</p> <p>Revisión del procedimiento: anual dentro del Plan de Calidad.</p>	<p>Creación de documento compartido (registro interno digital o integrado en historial clínico).</p> <p>Actualización obligatoria tras cada cita externa.</p> <p>Revisión mensual en reunión de equipo.</p> <p>Registro de incidencias sanitarias cuando proceda.</p> <p>Evaluación trimestral del indicador y análisis de desviaciones.</p> <p>Propuesta de acciones correctoras si el indicador baja del objetivo establecido.</p>	<p>% de usuarios con seguimiento sanitario externo activo documentado</p> <p>Periodicidad de medición: Trimestral</p> <p>Estándar objetivo: $\geq 90\%$</p>



A.M: 20 ACCIÓN 3.3.1	IMPLANTACIÓN DE FICHA DE EVALUACIÓN TRAS CADA TERAPIA Y TALLER					
OBJETIVO	ACCIONES CONCRETAS	RESULTADOS ESPERADOS	RESPONSABLE (S)	TEMPORALIZACIÓN	MECANISMO DE EJECUCIÓN Y SEGUIMIENTO	INDICADOR CUANTITATIVO DE SEGUIMIENTO
<p>Mejorar el control, trazabilidad y evaluación de las terapias y talleres realizados, garantizando el análisis sistemático de la asistencia, contenidos impartidos e incidencias detectadas.</p>	<p>Diseñar una ficha estándar de evaluación post-terapia/taller.</p> <p>Formar a los profesionales en su correcta cumplimentación.</p> <p>Implantar la obligatoriedad de cumplimentación tras cada sesión.</p> <p>Archivar las fichas en soporte digital/papel según procedimiento.</p>	<p>100% de terapias y talleres evaluados.</p> <p>Mejora en la detección de incidencias y necesidades de mejora.</p> <p>Mayor trazabilidad de la actividad terapéutica.</p>	<p>Profesional responsable de la terapia</p>	<p>Diseño ficha: 1º trimestre 2026 Implantación definitiva: 2º trimestre 2026 Seguimiento: continuo</p>	<p>Uso obligatorio de la ficha tras cada terapia/taller, validada por el profesional responsable y archivada según procedimiento interno.</p>	<p>% de terapias/talleres con ficha cumplimentada = (Nº fichas realizadas / Nº terapias realizadas) × 100</p>



**A.M: 21
ACCIÓN 3.3.5**

REFORMULACIÓN DEL ABORDAJE DE LAS NO CONFORMIDADES CON LAS NORMAS MEDIANTE SU INTEGRACIÓN COMO “OPORTUNIDADES DE MEJORA” DENTRO DEL MODELO TERAPÉUTICO Y SU VINCULACIÓN A POSIBLES REAJUSTES DEL PLAN TERAPÉUTICO INDIVIDUALIZADO (PTI).

OBJETIVO	ACCIONES CONCRETAS	RESULTADOS ESPERADOS	RESPONSABLE (S)	TEMPORALIZACIÓN	MECANISMO DE EJECUCIÓN Y SEGUIMIENTO	INDICADOR CUANTITATIVO DE SEGUIMIENTO
<p>Integrar las no conformidades con las normas como herramienta de intervención clínica dentro del modelo terapéutico, transformándolas en oportunidades de aprendizaje orientadas a la responsabilización, la autorregulación y la preparación para la vida en sociedad.</p>	<p>Modificación formal del reglamento interno incorporando el concepto “Oportunidad de Mejora” ante una no conformidad con las normas.</p> <p>Definición técnica del procedimiento de intervención ante conductas no ajustadas al marco normativo.</p> <p>Registro estructurado de cada no conformidad en la historia terapéutica.</p> <p>Intervención individual y grupal orientada al análisis funcional de la conducta.</p> <p>Trabajo psicoeducativo sobre límites, normas y prevención de recaídas.</p> <p>En caso de reiteración significativa y falta de integración terapéutica, activación de un reajuste del Plan Terapéutico Individualizado (PTI).</p> <p>Seguimiento clínico específico en reuniones de equipo.</p>	<p>Interiorización progresiva de las normas como elemento protector frente al consumo y la desorganización conductual.</p> <p>Mejora en la capacidad de autorregulación emocional y conductual.</p> <p>Reducción de conflictos internos y mejora del clima terapéutico.</p> <p>Incremento del sentido de responsabilidad individual.</p> <p>Mayor preparación para la convivencia social y cumplimiento de normas externas.</p> <p>Disminución de la percepción punitiva del sistema normativo.</p>	<p>Dirección . Equipo Terapéutico. Monitores Terapéuticos. Responsable de Calidad.</p>	<p>AÑO 2026</p>	<p>Revisión semanal en reunión clínica de las no conformidades registradas.</p> <p>Evaluación periódica del impacto conductual.</p> <p>Seguimiento de los reajustes de PTI activados.</p> <p>Auditoría interna del protocolo de aplicación.</p>	<p>Nº de oportunidades de mejora registradas.</p> <p>% de usuarios que integran la oportunidad de mejora sin necesidad de reajuste del PTI.</p> <p>Nº de reajustes terapéuticos activados.</p> <p>Reducción anual de conductas reiterativas.</p>



**A.M: 22
ACCIÓN 3.4.2**

MEJORAR DE FORMA INTEGRAL LA ATENCIÓN, INTERVENCIÓN Y SEGUIMIENTO A USUARIOS/AS DEL CENTRO, GARANTIZANDO SU SATISFACCIÓN, PARTICIPACIÓN ACTIVA, CONTINUIDAD CLÍNICA Y LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS PRESTADOS.

OBJETIVO	ACCIONES CONCRETAS	RESULTADOS ESPERADOS	RESPONSABLE (S)	TEMPORALIZACIÓN	MECANISMO DE EJECUCIÓN Y SEGUIMIENTO	INDICADOR CUANTITATIVO DE SEGUIMIENTO
<p>Reducir el porcentaje de altas voluntarias mediante detección precoz, intervención estructurada y seguimiento sistemático.</p>	<p>Implementación sistemática del Protocolo de Detección y Actuación Precoz ante Alta Voluntaria.</p>	<p>Disminución progresiva del % de altas voluntarias.</p> <p>Mayor detección temprana de riesgo.</p> <p>Incremento de continuidades terapéuticas.</p>	<p>Equipo Terapéutico Profesional de referencia</p>	<p>Aplicación continua desde su aprobación</p> <p>Revisión trimestral</p>	<p>Aplicación obligatoria del checklist mensual de riesgo</p> <p>Registro en ficha clínica de activación del protocolo</p> <p>Entrevista en ≤ 48h</p> <p>Valoración en reunión de equipo</p> <p>Registro de intervenciones preventivas realizadas</p> <p>Seguimiento post-alta (15-30 días)</p>	<p>% de usuarios con checklist cumplimentado (objetivo ≥ 90%)</p> <p>% protocolos activados ante riesgo detectado (objetivo ≥ 90%)</p> <p>% altas voluntarias sobre total de altas (objetivo: reducción anual ≥ 10%)</p> <p>% altas voluntarias con seguimiento post-alta realizado (objetivo ≥ 95%)</p>



A.M: 23 ACCIÓN 3.5	IMPLANTACIÓN DE FICHA DE REVISIÓN Y CONTROL DEL HISTORIAL CLÍNICO DIGITAL					
OBJETIVO	ACCIONES CONCRETAS	RESULTADOS ESPERADOS	RESPONSABLE (S)	TEMPORALIZACIÓN	MECANISMO DE EJECUCIÓN Y SEGUIMIENTO	INDICADOR CUANTITATIVO DE SEGUIMIENTO
<p>Garantizar la correcta actualización, coherencia y calidad del historial clínico digital mediante revisiones periódicas documentadas</p>	<p>Diseñar una ficha de revisión del historial clínico digital. Definir periodicidad mínima de revisión. Registrar errores detectados y subsanaciones realizadas.</p>	<p>Reducción de errores en historiales clínicos. Mejora de la calidad documental. Cumplimiento de la normativa de protección de datos y calidad asistencial.</p>	<p>Responsable sanitario / Dirección</p>	<p>Diseño ficha: 1º trimestre 2026 Implantación: 2º trimestre 2026 Revisión: semestral</p>	<p>Revisión programada del historial clínico digital según calendario, cumplimentando la ficha correspondiente y aplicando acciones correctoras.</p>	<p>% de historiales revisados = $(N^{\circ} \text{ historiales revisados} / N^{\circ} \text{ total de historiales}) \times 100$</p>



A.M: 24 ACCIÓN 3.7	REVISIÓN Y ACTUALIZACIÓN DEL INSTRUMENTO DE VALORACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (AVD) PARA SU ADECUACIÓN AL MODELO TERAPÉUTICO Y MEJORA DEL SEGUIMIENTO EVOLUTIVO DE LOS USUARIOS.					
OBJETIVO	ACCIONES CONCRETAS	RESULTADOS ESPERADOS	RESPONSABLE (S)	TEMPORALIZACIÓN	MECANISMO DE EJECUCIÓN Y SEGUIMIENTO	INDICADOR CUANTITATIVO DE SEGUIMIENTO
<p>Actualizar el instrumento de valoración de las Actividades de la Vida Diaria (AVD) durante 2026, adaptándolo al perfil clínico de los usuarios de la CT, con el fin de mejorar la medición de la autonomía funcional, la evolución terapéutica y la preparación para la reinserción social.</p>	<p>Revisión técnica del instrumento de valoración actualmente utilizado.</p> <p>Análisis de su adecuación a población con trastornos por uso de sustancias y patología dual.</p> <p>Actualización de ítems relacionados con autonomía personal, autocuidado, organización del tiempo, responsabilidad en tareas y habilidades sociales.</p> <p>Incorporación de escalas cuantificables con puntuación objetiva.</p> <p>Validación interna por el equipo clínico.</p> <p>Formación con el equipo en la aplicación homogénea del nuevo instrumento.</p> <p>Implantación en todas las nuevas valoraciones y revisiones periódicas.</p>	<p>Instrumento adaptado al modelo terapéutico del centro.</p> <p>Mejora en la objetivación de la evolución funcional del usuario.</p> <p>Mayor precisión en la toma de decisiones clínicas y reajustes del PTI.</p> <p>Mejor seguimiento del proceso de autonomía y reinserción.</p> <p>Homogeneización de criterios de evaluación entre profesionales.</p>	<p>Dirección Terapéutica . Equipo clínico. Monitores Terapéuticos. Responsable de calidad</p>	<p>Enero – Octubre 2026 (implantación completa antes del 31/10/2026). Evaluación en diciembre 2026.</p>	<p>Dirección Terapéutica, coordinación de monitores Equipo Clínico. Monitores Terapéuticos. Responsable de Calidad.</p>	<p>Reuniones técnicas para revisión y reajuste del instrumento.</p> <p>Acta de validación clínica.</p> <p>Supervisión de la correcta aplicación en reuniones clínicas.</p> <p>Auditoría interna de historias clínicas en el último trimestre de 2026.</p>

●

●

●

←

ACTUACIONES DE MEJORA DEL EJE 4:

PROCESO DE ATENCIÓN A LA FAMILIA





A.M: 25 ACCIÓN: 4.1	INCREMENTAR LA UTILIZACIÓN REAL DE LOS CANALES DE SUGERENCIAS, QUEJAS Y RECLAMACIONES DIRIGIDOS A FAMILIAS, GARANTIZANDO SU ANÁLISIS, RESPUESTA Y TRAZABILIDAD CONFORME AL SISTEMA DE CALIDAD DEL CENTRO.					
OBJETIVO	ACCIONES CONCRETAS	RESULTADOS ESPERADOS	RESPONSABLE (S)	TEMPORALIZACIÓN	MECANISMO DE EJECUCIÓN Y SEGUIMIENTO	INDICADOR CUANTITATIVO DE SEGUIMIENTO
<p style="text-align: center;">Incrementar la utilización real de los canales de sugerencias, quejas y reclamaciones dirigidos a familias, garantizando su análisis, respuesta y trazabilidad conforme al sistema de calidad del centro.</p>	<p>Establecer un protocolo formal de gestión de sugerencias, quejas y reclamaciones para familias.</p> <p>Definir circuito de recepción, registro, análisis y respuesta.</p> <p>Informar a las familias sobre los canales disponibles en reuniones y comunicaciones formales.</p> <p>Incorporar recordatorio en sesiones familiares y eventos.</p> <p>Crear registro específico para familias (fecha, tipología, estado, responsable).</p> <p>Establecer plazo máximo de respuesta.</p> <p>Analizar trimestralmente los datos y proponer mejoras.</p> <p>Comunicar a las familias mejoras implementadas (cierre del circuito).</p>	<p>Sistema estructurado y accesible para familias.</p> <p>100% de entradas registradas y respondidas.</p> <p>Mayor confianza y percepción de transparencia institucional.</p> <p>Reducción de conflictos derivados de falta de respuesta.</p> <p>Mejora en satisfacción familiar.</p>	<p>Dirección / Responsable de Calidad / Trabajadora Social / Coordinación Técnica</p>	<p>Diseño e implantación: 1º trimestre 2026.</p> <p>Seguimiento trimestral durante 2026.</p>	<p>Aprobación formal del protocolo.</p> <p>Registro obligatorio de cada entrada.</p> <p>Revisión mensual del registro por Responsable de Calidad.</p> <p>Informe trimestral en comité técnico.</p> <p>Comunicación de resultados en informe trimestral de familias.</p>	<p>Protocolo aprobado (100%).</p> <p>100% entradas registradas.</p> <p>≥ 90% respondidas en plazo.</p> <p>≥ 1 mejora implementada/trimestre derivada del análisis.</p> <p>Incremento ≥ 20% en uso del canal por parte de familias.</p> <p>≥ 85% valoración positiva en percepción de respuesta institucional.</p>



A.M: 26 ACCIÓN: 4.2.2	FORTALECER LA IMPLICACIÓN Y LA SATISFACCIÓN DE LAS FAMILIAS EN EL PROCESO TERAPÉUTICO, A TRAVÉS DE ACCIONES INDIVIDUALES Y GRUPALES QUE FAVOREZCAN LA COMUNICACIÓN, EL ACOMPAÑAMIENTO EMOCIONAL Y LA CORRESPONSABILIDAD EN LA EVOLUCIÓN DEL USUARIO.					
OBJETIVO	ACCIONES CONCRETAS	RESULTADOS ESPERADOS	RESPONSABLE (S)	TEMPORALIZACIÓN	MECANISMO DE EJECUCIÓN Y SEGUIMIENTO	INDICADOR CUANTITATIVO DE SEGUIMIENTO
<p>Garantizar el acceso universal de las familias a la intervención trimestral eliminando barreras de desplazamiento y aumentando la participación.</p>	<p>Aplicación del Programa Raíces:</p> <p>Implementación de sesiones exclusivamente online.</p> <p>Uso de plataforma digital segura.</p> <p>Envío de instrucciones sencillas de conexión.</p> <p>Apoyo técnico previo a familias con dificultades.</p> <p>Registro obligatorio de cada sesión.</p>	<p>100% de familias con sesión trimestral realizada.</p> <p>Aumento de la asistencia media familiar.</p> <p>Reducción de cancelaciones por desplazamiento.</p>	<p>Equipo Terapéutico Profesional de referencia</p>	<p>Aplicación inmediata.</p> <p>Revisión trimestral.</p> <p>Evaluación anual.</p>	<p>Programación trimestral anticipada, registro en expediente digital y revisión periódica de cumplimiento por Dirección.</p>	<p>% de familias con ≥ 1 sesión trimestral online. Objetivo: 100%.</p> <p>Tasa de asistencia $\geq 75\%$.</p>

ACTUACIONES DE MEJORA DEL EJE 5:

PLANIFICACIÓN Y DESARROLLO DE
PROYECTOS DE APOYO AL PROGRAMA
TERAPÉUTICO





A.M: 27
ACCIÓN: 5.2

DISEÑAR, EJECUTAR Y EVALUAR PROYECTOS COMPLEMENTARIOS AL PROGRAMA TERAPÉUTICO QUE CONTRIBUYAN A LA MEJORA INTEGRAL DE LOS PROCESOS DE INTERVENCIÓN, PROMOVRIENDO INNOVACIÓN, PARTICIPACIÓN Y SOSTENIBILIDAD.

OBJETIVO	ACCIONES CONCRETAS	RESULTADOS ESPERADOS	RESPONSABLE (S)	TEMPORALIZACIÓN	MECANISMO DE EJECUCIÓN Y SEGUIMIENTO	INDICADOR CUANTITATIVO DE SEGUIMIENTO
<p>Mejorar la planificación, el registro y la evaluación del proyecto “Puentes de Amor: Conexiones que Sanan”, con el fin de sistematizar las actividades convivenciales, disponer de indicadores objetivos de seguimiento y garantizar una mejora continua basada en evidencias.</p>	<p>Calendarización anual específica.</p> <p>Implementación de encuesta breve de satisfacción.</p> <p>Registro de participación.</p> <p>Evaluación trimestral.</p>	<p>Mayor estructuración del proyecto.</p> <p>Evidencias claras para auditorías y subvenciones.</p> <p>Mejora continua basada en datos objetivos.</p> <p>Consolidación del programa como línea estable del centro.</p>	<p>Equipo terapéutico profesional de referencia</p>	<p>Programación anual de actividades al inicio del año.</p>	<p>Designación de un/a profesional responsable de coordinar el proyecto.</p> <p>Elaboración de calendario anual específico bajo el marco del programa.</p> <p>Registro de asistencia en cada actividad.</p> <p>Aplicación de encuesta breve de satisfacción y recogida y análisis trimestral de datos.</p>	<p>% de participación familiar.</p> <p>Nivel medio de satisfacción $\geq 80\%$.</p> <p>Número de actividades realizadas según planificación.</p> <p>Número de propuestas de mejora implementadas.</p>

●

●

●

←

ACTUACIONES DE MEJORA DEL EJE 6:

EJE DE GESTIÓN, MANTENIMIENTO Y
MEJORA DE LAS INSTALACIONES





A.M: 28 ACCIÓN: 6.1	CONTRATACIÓN DE UN PROFESIONAL DE MANTENIMIENTO (15 HORAS SEMANALES) Y DEFINICIÓN FORMAL DEL PUESTO DE TRABAJO PARA LA MEJORA PREVENTIVA Y CORRECTIVA DE LAS INSTALACIONES DEL CENTRO.					
OBJETIVO	ACCIONES CONCRETAS	RESULTADOS ESPERADOS	RESPONSABLE (S)	TEMPORALIZACIÓN	MECANISMO DE EJECUCIÓN Y SEGUIMIENTO	INDICADOR CUANTITATIVO DE SEGUIMIENTO
<p>Garantizar el adecuado mantenimiento preventivo y correctivo de las instalaciones de la Comunidad Terapéutica mediante la contratación de un profesional de mantenimiento a tiempo parcial y la definición estructurada de sus funciones, contribuyendo a la seguridad, habitabilidad y calidad asistencial del centro.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Análisis de necesidades de mantenimiento de las instalaciones. • Definición del perfil profesional y elaboración de la descripción formal del puesto de trabajo. • Contratación de un trabajador de mantenimiento a 15 horas semanales. • Establecimiento de un plan de mantenimiento preventivo periódico. • Registro de incidencias y actuaciones realizadas. • Coordinación con Dirección y Responsable de Calidad para priorización de intervenciones. 	<ul style="list-style-type: none"> • Reducción de incidencias relacionadas con infraestructuras. • Mejora del estado general de las instalaciones. • Mayor rapidez en la resolución de averías. • Incremento de la seguridad para usuarios y profesionales. • Cumplimiento de estándares de calidad en infraestructuras sanitarias. 	<p>Dirección.</p> <p>Equipo de mejora de calidad.</p> <p>Coordinadora de monitores</p>	<p>AÑO 2026</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Supervisión mensual de las tareas realizadas. • Registro documentado de actuaciones de mantenimiento. • Evaluación trimestral del estado de las instalaciones. • Revisión anual del desempeño y adecuación del puesto. 	<ul style="list-style-type: none"> • Contratación realizada (sí/no). • Definición formal del puesto de trabajo (sí/no). • Nº de incidencias resueltas mensualmente. • Reducción del % de incidencias estructurales respecto al año anterior.



**A.M: 29
ACCIÓN: 6.1**

PLAN DE RESTAURACIÓN PROGRESIVA DE LAS INFRAESTRUCTURAS Y DEPENDENCIAS DAÑADAS POR INUNDACIONES, CONDICIONADO A LA RESOLUCIÓN Y FINANCIACIÓN DEL CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS.

OBJETIVO	ACCIONES CONCRETAS	RESULTADOS ESPERADOS	RESPONSABLE (S)	TEMPORALIZACIÓN	MECANISMO DE EJECUCIÓN Y SEGUIMIENTO	INDICADOR CUANTITATIVO DE SEGUIMIENTO
<p>Restablecer progresivamente la plena operatividad de las instalaciones y dependencias de la Comunidad Terapéutica afectadas por las inundaciones, garantizando condiciones adecuadas de seguridad, habitabilidad y calidad asistencial, una vez se disponga de la financiación correspondiente del Consorcio.</p>	<p>Evaluación técnica de los daños estructurales y funcionales ocasionados por las inundaciones.</p> <p>Elaboración de un plan de reparación priorizado por niveles de urgencia asistencial.</p> <p>Tramitación y seguimiento del expediente ante el Consorcio de Compensación de Seguros.</p> <p>Gestión de presupuestos y contratación de empresas especializadas para la restauración.</p> <p>Reparación de dependencias afectadas (zonas comunes, despachos terapéuticos, espacios residenciales, instalaciones eléctricas, climatización, etc.).</p> <p>Supervisión técnica de las obras y certificación de seguridad y adecuación normativa.</p> <p>Restablecimiento progresivo de la actividad ordinaria en las zonas rehabilitadas.</p>	<p>Recuperación total de las condiciones estructurales y funcionales del centro.</p> <p>Garantía de seguridad para usuarios y profesionales.</p> <p>Normalización progresiva de la actividad terapéutica.</p> <p>Restablecimiento de los estándares de calidad exigidos para la acreditación sanitaria.</p> <p>Minimización del impacto asistencial derivado del siniestro.</p>	<p>Dirección.</p> <p>Equipo de mejora de calidad.</p>	<p>Proceso progresivo durante 2026, condicionado a la resolución del Consorcio y disponibilidad de financiación.</p>	<p>Seguimiento mensual del estado del expediente con el Consorcio.</p> <p>Reuniones periódicas de coordinación para supervisión de las reparaciones.</p> <p>Informes técnicos de avance de obra.</p> <p>Evaluación final de adecuación estructural y funcional antes de la reapertura total de las dependencias afectadas.</p>	<p>% de dependencias restauradas respecto al total afectado.</p> <p>Resolución favorable del expediente del Consorcio (sí/no).</p> <p>Nº de incidencias estructurales pendientes.</p> <p>Restablecimiento del 100% de la operatividad del centro.</p>



A.M: 30
ACCIÓN: 6.2

PROYECTO DE CONSTRUCCIÓN DE PISTAS POLIDEPORTIVAS COMO MEJORA DE LAS INFRAESTRUCTURAS DESTINADAS A LA INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA Y A LA PROMOCIÓN DE HÁBITOS SALUDABLES EN LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA.

OBJETIVO	ACCIONES CONCRETAS	RESULTADOS ESPERADOS	RESPONSABLE (S)	TEMPORALIZACIÓN	MECANISMO DE EJECUCIÓN Y SEGUIMIENTO	INDICADOR CUANTITATIVO DE SEGUIMIENTO
<p>Mejorar las instalaciones del centro mediante la creación de pistas polideportivas que favorezcan la intervención terapéutica integral, la promoción de la actividad física y el desarrollo de habilidades sociales y hábitos de vida saludables en los usuarios.</p>	<p>Elaboración del proyecto técnico de construcción de las pistas polideportivas.</p> <p>Estudio de viabilidad económica y búsqueda de financiación.</p> <p>Solicitud de permisos y autorizaciones administrativas necesarias.</p> <p>Contratación de empresa especializada para la ejecución de la obra.</p> <p>Supervisión técnica de la construcción.</p> <p>Integración de las actividades deportivas dentro del programa terapéutico del centro.</p>	<p>Mejora de las infraestructuras del centro.</p> <p>Incremento de la actividad física estructurada dentro del programa terapéutico.</p> <p>Mejora del bienestar físico y emocional de los usuarios.</p> <p>Refuerzo del trabajo en equipo, la disciplina y la socialización.</p> <p>Consolidación de un modelo terapéutico integral que incluya intervención psicoeducativa y actividad física.</p>	<p>Dirección.</p> <p>Equipo de mejora de calidad.</p>	<p>AÑO 2026 (según disponibilidad presupuestaria y plazos de ejecución de obra).</p>	<p>Seguimiento del proyecto en reuniones de dirección.</p> <p>Control del presupuesto y certificaciones de obra.</p> <p>Supervisión técnica del cumplimiento de plazos.</p> <p>Evaluación posterior de la incorporación de las actividades deportivas al programa terapéutico.</p>	

● ● ● ←

ACTUACIONES DE MEJORA DEL EJE 7:

COMUNICACIÓN, INFORMACIÓN Y
MÁRKETING INSTITUCIONAL





A.M: 31 ACCIÓN: 7.1	IMPLEMENTAR EL PROYECTO LUZ 360 COMO ESTRATEGIA ACTIVA Y CONTINUADA DE VISIBILIDAD INSTITUCIONAL MEDIANTE PLANIFICACIÓN MENSUAL DE CONTENIDOS DIGITALES Y ACCIONES EXTERNAS.					
OBJETIVO	ACCIONES CONCRETAS	RESULTADOS ESPERADOS	RESPONSABLE (S)	TEMPORALIZACIÓN	MECANISMO DE EJECUCIÓN Y SEGUIMIENTO	INDICADOR CUANTITATIVO DE SEGUIMIENTO
<p>Implementar el proyecto Luz 360 como estrategia activa y continuada de visibilidad institucional mediante planificación mensual de contenidos digitales y acciones externas.</p>	<p>Publicar 1 reel semanal mostrando actividades, valores o funcionamiento del centro.</p> <p>Publicar mínimo 2 contenidos adicionales al mes (post informativo/testimoni o/proyecto).</p> <p>Crear calendario mensual de contenidos.</p> <p>Establecer línea visual y mensaje institucional coherente.</p> <p>Medir métricas básicas (alcance, visualizaciones, interacción).</p> <p>Revisar trimestralmente resultados y ajustar estrategia.</p>	<p>Presencia digital activa y constante.</p> <p>Mejora del posicionamiento e imagen institucional.</p> <p>Mayor interacción en redes.</p> <p>Incremento del alcance externo.</p> <p>Estrategia comunicativa sistematizada.</p>	<p>Dirección / Responsable de Comunicación</p>	<p>Implantación: enero 2026. Ejecución continua durante todo 2026. Evaluación trimestral.</p>	<p>Calendario mensual aprobado.</p> <p>Registro de publicaciones realizadas.</p> <p>Revisión trimestral de métricas (alcance, interacción, seguidores).</p> <p>Informe anual de impacto dentro del Eje 7.</p>	<p>≥ 4 reels/mes (1 semanal).</p> <p>≥ 2 publicaciones adicionales/mes.</p> <p>≥ 90% cumplimiento del calendario.</p> <p>Incremento ≥ 20% en alcance anual.</p> <p>≥ 3 nuevas colaboraciones derivadas de visibilidad.</p>



●

●

●

←

ACTUACIONES DE MEJORA DEL EJE 8:

EJE DE SEGURIDAD INTEGRAL
CUMPLIMIENTO NORMATIVO





A.M: 32 ACCIÓN: 8.5	ACTUALIZACIÓN DE LOS PROTOCOLOS DE EMERGENCIA Y DE LA FICHA SOBRE SEGURIDAD INTEGRAL.					
OBJETIVO	ACCIONES CONCRETAS	RESULTADOS ESPERADOS	RESPONSABLE (S)	TEMPORALIZACIÓN	MECANISMO DE EJECUCIÓN Y SEGUIMIENTO	INDICADOR CUANTITATIVO DE SEGUIMIENTO
Actualización/mejora de protocolos de emergencia y creación de una hoja de registro de incidencia	<p>Actualizar el Protocolo de Emergencias incorporando revisión periódica obligatoria y crear una Ficha Normalizada de Registro de Incidentes que incluya:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fecha y hora de la emergencia - Profesional que recoge la incidencia - Tipo de emergencia - Descripción de lo ocurrido - Pacientes/personas implicadas - Actuación desarrollada - Servicios externos activados - Solución alcanzada y seguimiento posterior 	<p>Mejora en la trazabilidad y documentación de incidentes.</p> <p>Mayor seguridad jurídica y asistencial.</p> <p>Disminución de errores en la gestión de emergencias.</p> <p>Mejora continua basada en datos reales.</p>	<p>Coordinador Clínico / Responsable de Calidad</p>	<p>Implantación en un plazo máximo de 1 mes desde la aprobación de la actuación de mejora.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión formal del protocolo por el Responsable de Calidad y Coordinador Clínico. • Elaboración de ficha estandarizada (formato físico y/o digital). • Comunicación escrita al equipo. • Revisión mensual de incidencias registradas. • Evaluación semestral dentro del Plan de Calidad del centro. 	<p>% de emergencias registradas.</p> <p>Nº de protocolos revisados y actualizados anualmente.</p> <p>Tiempo medio de cumplimentación y registro.</p> <p>Nº de incidencias repetidas por fallo procedimental.</p>

●

●

●

←

ACTUACIONES DE MEJORA DEL EJE 9:

EJE DE INVESTIGACIÓN APLICADA Y
GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO





A.M: 33 ACCIÓN: 9.1	FOMENTAR LA GENERACIÓN DE CONOCIMIENTO TÉCNICO Y CIENTÍFICO A TRAVÉS DE PUBLICACIONES, GESTIÓN DE DATOS ESTRUCTURADA Y MEJORA CONTINUA DEL ENFOQUE INVESTIGATIVO INSTITUCIONAL.					
OBJETIVO	ACCIONES CONCRETAS	RESULTADOS ESPERADOS	RESPONSABLE (S)	TEMPORALIZACIÓN	MECANISMO DE EJECUCIÓN Y SEGUIMIENTO	INDICADOR CUANTITATIVO DE SEGUIMIENTO
<p>Adaptar y publicar los dos estudios elaborados durante 2025 en formato científico, mediante su envío a revistas especializadas y/o presentación en jornadas del sector, con el fin de mejorar la proyección externa del centro y cumplir los indicadores de calidad relacionados con producción científica.</p>	<p>Revisión técnica y metodológica de los estudios.</p> <p>Adaptación a formato artículo científico.</p> <p>Revisión ética y bibliográfica.</p> <p>Selección de revista especializada o jornadas sectoriales.</p> <p>Envío formal de los artículos.</p> <p>Registro documental del proceso.</p>	<p>Envío de al menos 2 artículos a revistas especializadas o presentación en jornadas.</p> <p>Publicación o aceptación de al menos uno de los estudios.</p> <p>Incremento de la visibilidad técnica y científica de la Comunidad Terapéutica.</p> <p>Consolidación de una línea estable de producción técnica anual.</p>	<p>Equipo Terapéutico Profesional de referencia</p>	<p>Primer semestre 2026: Revisión, adaptación y selección de revista/jornadas.</p> <p>Segundo semestre 2026: Envío formal de los artículos y seguimiento del proceso editorial.</p>	<p>Reuniones trimestrales de seguimiento.</p> <p>Registro documental del estado de cada artículo (borrador, enviado, en revisión, aceptado, publicado).</p> <p>Archivo de justificantes de envío y comunicaciones editoriales.</p> <p>Inclusión del avance en la Memoria Anual 2026.</p>	<p>Nº de artículos adaptados a formato científico.</p> <p>Nº de artículos enviados a revista o presentados en jornadas.</p> <p>Nº de artículos aceptados o publicados. Meta 2026: ≥ 2 artículos enviados ≥ 1 artículo aceptado/publicado o presentado en congreso/jornada.</p>





PLAN DE MEJORA INSTITUCIONAL Y CALIDAD ASISTENCIAL

COMUNIDAD TERAPÉUTICA LAS FLOTAS

