

ALCOI
DEPARTAMENT DE SALUT

PLA DE QUALITAT ASSISTENCIAL I SEGURETAT DEL PACIENT 2022-2025

Departament de Salut d'Alcoi



**GENERALITAT
VALENCIANA**
Conselleria de Sanitat
Universal i Salut Pública

**UNITAT FUNCIONAL DE
QUALITAT ASSISTENCIAL I
SEGURETAT DEL PACIENT**

Data Edició: Març 2023
Revisió: Gener 2026
Versió: 1.1

AUTORA:
BEGOÑA SEGUÍ LLINARES
COORDINADORA UFCASP

qualitat_alcoi@gva.es

ÍNDEX

- I. [PRESENTACIÓ](#)
- II. [MARC NORMATIU](#)
- III. [MISSIÓ, VISIÓ I VALORS](#)
- IV. [ABAST](#)
- V. [DIAGNÒSTIC DE SITUACIÓ](#)
- VI. [ANÀLISI DE CONTEXT. DAFO](#)
- VII. [LÍNIES ESTRATÈGIQUES I OBJECTIUS DE QUALITAT](#)
- VIII. [PLA D'ACCIÓ](#)
- IX. [AVALUACIÓ DEL PLA](#)
- X. [MEMÒRIA ANUAL DEL PLA DE QUALITAT](#)

I. PRESENTACIÓ

En el camp de l'atenció a la salut, l'Institute of Medicine dels EUA (IOM) va definir la qualitat com el grau en què els serveis de salut augmenten la probabilitat que els individus i la població obtinguen uns resultats de salut òptims i consistents amb el coneixement professional del moment. En definitiva, la qualitat és el grau d'aproximació entre el que un client espera, en funció de les seues expectatives i necessitats, i l'atenció que rep, en funció del coneixement, la tecnologia i els recursos disponibles.

En l'Atenció de la Salut, que és la nostra missió com a departament, ens trobem amb les dimensions següents:

1. **Efectivitat**, referida a la capacitat d'una activitat, un procediment o un servei per a millorar l'estat de salut del pacient i/o la població en circumstàncies habituals d'aplicació. Està basada en la millor evidència científica disponible.

2. **Eficiència**, evitar el desaprofitament de recursos, temps i dispositius que no aporten valor a la salut dels pacients, aspirant a produir el màxim de millores per unitat de recursos utilitzats.

3. **Accessibilitat**, que fa referència a la facilitat amb què ha de prestar-se l'atenció sanitària: en el moment adequat, sense retards innecessaris o perjudicials.

4. **Equitat**, consistent a facilitar la mateixa atenció i les mateixes cures per a problemes de salut semblants, sense distinció social, econòmica, geogràfica, cultural ni de cap classe.

5. **Atenció centrada en el pacient**, que significa proveir atenció personalitzada amb transparència i respecte a la dignitat, els valors, les creences i la capacitat d'elecció en tots els assumptes relacionats amb la persona i la seua malaltia. Això significa organitzar l'atenció a la salut pensant en els pacients més que en qui la faciliten.

6. **Seguretat del pacient**, la qual es defineix com la reducció del risc de danys innecessaris associats a l'atenció sanitària fins a un mínim acceptable.

Per la seua relació i repercussió sobre la resta de dimensions, **la seguretat i l'atenció centrada en el pacient** són considerades com dues dimensions transversals de la qualitat, és a dir, seran presents al llarg de tot el procés assistencial.

La Llei 10/2014, de 29 de desembre, de la Generalitat, de salut de la Comunitat Valenciana, modificada per la Llei 8/2018, de 20 d'abril, de la Generalitat, estableix en l'article 10 que "els proveïdors de l'assistència sanitària hauran de prestar una atenció de qualitat centrada en el pacient que tinga en compte, entre altres aspectes, l'efectivitat, eficiència, accessibilitat, equitat i seguretat. La Conselleria amb competències en matèria de sanitat, impulsarà la implantació de sistemes de gestió de qualitat i seguretat en els centres sanitaris públics i privats".

Per tot això, la Secretaria Autonòmica d'Eficiència i Tecnologia Sanitària, va emetre la instrucció 6/2022, per la qual es proposa les línies de treball del present Pla de Qualitat

Assistencial i Seguretat del Pacient amb la finalitat de normalitzar les funcions i accions en matèria de qualitat assistencial i seguretat del pacient dels diferents departaments.

La instrucció 6/22, a més, confereix més funcions a les UNITATS FUNCIONALS DE QUALITAT ASSISTENCIAL I SEGURETAT DEL PACIENT (UFCASP) dels departaments.

II. MARC NORMATIU

Aquest Pla de Qualitat Assistencial i Seguretat del Pacient 2022-2025 (d'ara en avant, PCASP) ve precedit d'una sèrie de normes i estratègies, internacionals, nacionals i autonòmiques, l'objectiu comú de les quals és assegurar la millora contínua de la qualitat assistencial en els serveis sanitaris.

En l'àmbit internacional, les directrius en aquesta matèria estan marcades per:

- OMS
- OMS- Europa
- Unió Europea
- [Health-EU Portal](#)
- [OCDE Health Systems](#)

En l'àmbit nacional, el Ministeri de Sanitat va elaborar el Pla de Qualitat per al Sistema Nacional de Salut, basat en la normativa següent:

- [Llei general de sanitat, 1986.](#)
- [Llei d'autonomia del pacient i d'informació i documentació clínica. 2002](#)
- [Llei de cohesió i qualitat de l'SNS. 2003](#)
- [Llei de protecció de dades de caràcter personal. 1999](#)
- [Llei de garantia i ús racional del medicament i productes sanitaris. 2006](#)
- [Llei de mesures sanitàries contra el tabaquisme](#)

Dins d'aquest pla de qualitat de l'SNS, es va elaborar [l'Estratègia de Seguretat del Pacient de l'SNS 2015-2020](#), en la qual s'estableixen les línies estratègiques que dirigiran les accions en matèria de seguretat del pacient, i que aplica a tots els serveis de salut autonòmics.

En l'àmbit autonòmic, aquest pla es regula per la normativa següent:

- Llei 10/2014, de 29 de desembre, de la Generalitat, de salut de la Comunitat Valenciana, modificada per la Llei 8/2018, de 20 d'abril, de la Generalitat, article 10.
- Decret 62/2010, de 16 d'abril, del Consell, pel qual s'estableixen els instruments generals del sistema per a la modernització i millora de la qualitat dels serveis públics.
- Instrucció 3/2017, de la Secretaria Autonòmica de Salut Pública i del Sistema Sanitari Públic, del 30 de gener 2017, amb l'objectiu de normalitzar les funcions de qualitat assistencial i seguretat del pacient en els diferents departaments.
- [Instrucció 6/2022](#), de la Secretaria Autonòmica d'Eficiència i Tecnologia Sanitària, 20 de juliol de 2022, que regula el Pla de Qualitat Assistencial i Seguretat del Pacient.
- [V Pla de Salut de la Comunitat Valenciana 2022-2030.](#)

III. MISSIÓ, VISIÓ I VALORS

MISSIÓ

Proporcionar atenció sanitària integral, de qualitat i segura a tots els usuaris, amb l'objectiu de millorar la salut i el benestar de la població. Una atenció sanitària, centrada en el pacient, que promoga la participació activa dels usuaris i les seues famílies en el procés d'atenció sanitària, i assegure que es complisquen els estàndards de qualitat i seguretat requerits. Una assistència que millore l'efectivitat, l'eficiència i la satisfacció del pacient i dels professionals que presten l'assistència sanitària, amb la implementació de pràctiques clíniques basades en evidències i la promoció d'una cultura de qualitat i seguretat en l'entorn sanitari.

VISIÓ

Aquest pla ha de ser un compromís constant i sostenible per part de totes les parts interessades, incloent-hi els proveïdors de l'assistència sanitària, les autoritats reguladores i les organitzacions de pacients. A més, ha d'incloure una cultura de transparència, comunicació i col·laboració, en la qual els proveïdors de l'assistència sanitària ens sentim responsables i recompensats pel nostre treball en la millora contínua de la qualitat i seguretat del pacient. Això inclou la promoció d'una cultura de millora contínua, la implementació d'un sistema de retroacció i la gestió d'incidents i reclamacions de pacients.

VALORS

1. **Compromís amb l'excel·lència:** Establir una cultura en la qual es prioritze la qualitat assistencial i la seguretat dels pacients en tot moment.
2. **Responsabilitat:** Assumir la responsabilitat individual i col·lectiva per la seguretat i el benestar dels pacients i de l'organització.
3. **Transparència:** Fomentar un ambient en el qual es permeta la discussió oberta i honesta sobre els esdeveniments adversos i es prenguen mesures per a previndre'ls en el futur.
4. **Col·laboració:** Treballar junts, en l'àmbit departamental, com a equip per a millorar la qualitat assistencial i la seguretat en l'atenció als pacients.
5. **Innovació:** Buscar formes noves i millorades de proporcionar atenció sanitària de qualitat i segura.
6. **Respecte:** Tractar els pacients, les seues famílies i els proveïdors de l'assistència sanitària amb respecte i consideració.

7. **Integritat:** Actuar amb integritat i ètica en totes les decisions i accions relacionades amb l'atenció als pacients.
8. **Contínua millora:** Mantindre un enfocament en la millora contínua de la qualitat i la seguretat en l'atenció als pacients.

IV. ABAST

La qualitat assistencial —com bé hem vist— ha d'estar present en tots els processos assistencials, en tots els nivells d'atenció i arribar a tots els usuaris, independentment de la seua edat, sexe o situació econòmica. És, per tant, que aquest PCASP, s'aplica en l'àmbit de tot el Departament de Salut d'Alcoi, a tots els centres que en depenen, professionals i usuaris de la comarca.

Aquest pla pretén convertir-se en el full de ruta que assegure la prestació d'una assistència basada en uns estàndards de millora de la qualitat i seguretat, que ens permeta oferir la millor atenció demandada per l'usuari.

V. DIAGNÒSTIC DE LA SITUACIÓ

Segons les dades de la Memòria de Gestió del Departament d'Alcoi de l'any 2021.

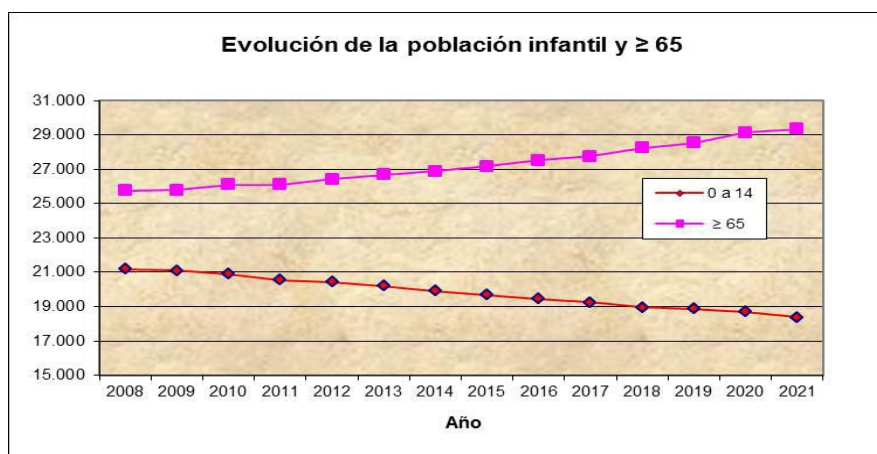
DADES SOCIODEMOGRÀFIQUES I DE SALUT

El Departament d'Alcoi està situat a les comarques de l'Alcoià i el Comtat, al nord de la província d'Alacant. Està conformat per 30 municipis, amb una població molt variable, que va des dels 60.000 habitants d'Alcoi a menys de 100 en pobles com Tollos, Famorca i Benillup. És un departament amb una forta dispersió demogràfica, en què concentrant-se el 62,5 % de la població en tan sols dos municipis (Alcoi i Ibi).

És un departament amb una població envellida, amb un índex d'envelliment de 147,6 % en 2021, per damunt de la mitjana de la Comunitat Valenciana i de la mitjana estatal. Amb un decreixement en la població infantil i en el rang de 35 a 45 anys.

Variació per grups d'edat EDAT	Total 2020	Total 2021	Variació
0 a 4	5.212	5.085	-2,44 %
5 a 9	6.216	6.149	-1,08 %
10 a 14	7.260	7.140	-1,65 %
15 a 19	7.001	7.237	3,37 %
20 a 24	6.880	7.029	2,17 %
25 a 29	6.866	6.946	1,17 %
30 a 34	7.620	7.560	0,79 %
35 a 39	8.659	8.456	-2,34 %
40 a 44	10.810	10.586	-2,07 %
45 a 49	10.902	11.055	1,40 %
50 a 54	10.739	10.910	1,59 %
55 a 59	10.591	10.628	0,35 %
60 a 64	9.314	9.736	4,53 %
65 a 79	20.301	20.617	1,56 %
80 o més	8.836	8.717	-1,35 %
Total	137.207	137.851	0,47 %

DADES MEMÒRIA GESTIÓ 2021



Segons les targetes SIP, el Departament en 2021, registrava una població de 137.851 usuaris o potencials pacients.

De les dades anteriors, podem confegir que els principals problemes de salut, als quals s'enfronta el departament és la cronicitat de les patologies, a conseqüència de l'envelliment poblacional.

ESTRUCTURA DEL DEPARTAMENT

L'organització sanitària del Departament està constituïda per aquests elements:

- Consell de Salut
- Direcció de Salut Pública
- Gerència:
 - Serveis Centrals
 - Direcció d'Atenció Primària
 - Direcció d'Atenció Especialitzada

Gerent del Departament de Salut	José Enrique Barbeito Gadea
Direcció de Gestió del Departament	Antonio Manuel García Juan
Direcció d'Infermeria Departament	M. Luisa Mora Fernández-Caballero
Direcció d'Atenció Primària	Carlos Vilaplana Bernabéu
Direcció d'Infermeria d'At. Primària	M. Amparo Ferrer Navarro
Direcció Mèdica Hospital	Francisco Miguel Fenollar Iváñez
Direcció de Salut Pública	Clara Pastor Navarro

Quant a les infraestructures, el Departament compta amb:

- Hospital comarcal amb 270 llits (dades 2021)
- 1 centre d'especialitats
- 10 centres de salut d'atenció primària
- 1 centre de salut integrat
- 30 consultoris auxiliars

Unitats de Suport:

- Centre d'Atenció Precoç
- Unitat de Conductes Addictives
- Unitat d'Alcoholologia
- Unitat d'Odontologia Pediàtrica
- Centre de Salut Sexual i Reproductiva (Alcoi i Ibi)
- Unitat de Salut Mental Infantil

Quant a infraestructures, ens trobem amb grans déficits estructurals, tant pel que fa a grandària, disseny com d'envelliment d'algunes estructures. El juliol 2022, coincidint amb el 50é aniversari de la inauguració de l'Hospital, es va presentar un pla director per al Departament d'Alcoi, que inclou la reforma integral de l'hospital, amb la construcció de nous edificis, que permeten millorar l'assistència sanitària i descongestionar l'actual edifici. Aquest pla també inclou l'ampliació de diversos centres de salut que, pel pas del temps, han quedat insuficients.

RECURSOS HUMANS

DEPARTAMENT DE SALUT (dades 2022)		ATENCIÓ PRIMÀRIA	ATENCIÓ ESPECIALITZADA	SALUT PÚBLICA
Pers. directiu	7	2	4	1
Pers. sanitari + MIR	1297	357	913	27
Personal NO sanitari	394	128	256	10
TOTAL DEPARTAMENT	1698	485	1175	38

Memòria Gestió Departament 2022

Els últims anys, hi ha un rejueniment de la plantilla, a causa d'un gran nombre de jubilacions que s'estan produint, i la seua conseqüent renovació de la plantilla professional en tots els nivells. I durant l'any 2022, la Conselleria de Sanitat es va fer un augment estructural de personal que, en el cas del nostre departament, es va situar en prop de cent professionals més, entre totes les categories.

El Departament compta, amb una Unitat de Prevenció de Riscos Laborals, que atén tots els professionals del Departament.

També compta amb una unitat administrativa de gestió, dependent de la Gerència d'Alcoi, amb el seu registre i la possibilitat de fer gestions directes amb la Conselleria sense haver de dirigir-se a la Direcció Territorial de la Conselleria de Sanitat. (reviseu aquest punt).

L'acreditació docent del Departament: Formació MIR (cirurgia, medicina familiar i comunitària, anàlisis clíniques, pediatria, oftalmologia) Formació EIR (Obstetrícia i Atenció Familiar i Comunitària, i Pediatria).

Formació pràctica universitària pregrau d'Infermeria, Fisioteràpia, Treball Social, i Nutrició i Dietètica.

Formació pràctica cicles Formació Professional: TCAE, Tècnic de Farmàcia, Tècnic Superior de Radiodiagnòstic i Tècnic Superior de Laboratori.

VI. ANÀLISI DE CONTEXT. ANÀLISI DAFO

El primer pas per a iniciar el PCASP del Departament és conèixer el punt de partida. El diagnòstic de situació es completa amb l'anàlisi de punts exposats i de la gestió de la qualitat mitjançant una anàlisi interna de l'organització i de l'entorn, que es reflecteix en un diagrama DAFO.

Aquesta metodologia inclou la reflexió sobre aquells aspectes positius i negatius, que poden sorgir relacionats amb el disseny i implementació d'un pla de qualitat.

- **Anàlisi interna de l'organització** (lideratge, estratègia, persones, aliances/recursos i processos). Es tracta d'identificar **febleses i fortaleces**.
- **Anàlisi externa de l'organització** (mercat, sector i competència). Es tracta d'identificar **amenaces i oportunitats**.

Per a l'elaboració d'aquesta anàlisi, es van programar dos tallers amb professionals multidisciplinaris del Departament previs a l'elaboració d'aquest pla, i com a resultats d'aquests tallers vam obtenir la matriu següent:

ANÀLISI INTERNA	
FEBLESES	FORTALESES
– Personal desmotivats – Comunicació ineficaç, a tots els nivells – Demora assistencial (llistes d'espera, cites, urg.) – Falta protocols estandaritzats d'àmbit departamental – Infraestructures antigues – Cartera de serveis limitada en unes certes àrees – Falta de gestió ecosostenible de residus – Falta manual acolliment pacient complet i actualitzat – Falta manuals d'acolliment a professionals – Formació continuada insuficient a tots els nivells – Escassa cultura de qualitat i seguretat entre els professionals – Desconeixement funcions SAIP – Desconeixement serveis i recursos disponibles (eines informàtiques, cartera de serveis, ...) – Absència de la figura del gestor de casos – Insuficient cobertura de la UHD – Absència d'Unitat del Dolor – Escassa cultura de la importància de la identificació dels professionals – Falta d'una web departamental moderna adaptada a aquests temps i amb la seua corresponent intranet per a professionals – Escassa cultura del treball en equip – Inestabilitat laboral – Dificultat de gestió de conflictes entre professionals (assetjament laboral...) – Falta de recursos professionals i infraestructures en salut mental	– Relació pacients/professionals en AP – Sistema de treball en AP per contingents (manté el binomi metge/infermera) – Bones relacions entre professionals, en general – Augment de la plantilla de professionals durant el 2022 – Rejuveniment de la plantilla – Seu comarcal de l'IVO per a radioteràpia, al costat de l'hospital – Departament xicotet en població, sense fluctuacions de població que facilita el tracte de proximitat i familiar, companyonia... – Plantilla qualificada, a pesar de la falta de formació continuada – Equip directiu, motivat i format – Elevada capacitat d'adaptació del personal a situacions adverses, demostrada durant la pandèmia de la COVID-19 – Augment de la conscienciació entre els professionals de la importància de la humanització de l'assistència – Realització de jornades d'acolliment a professionals abans de l'estiu – Existència en el Departament d'unitats assistencials consolidades entre primària i especialitzada com: - Telederma, -Unitat de Ferides Cròniques - Ruta assistencial de la Insuficiència Cardíaca.
ANÀLISI EXTERNA	
AMENACES	OPORTUNITATS
– Formació contínua poc incentivada des de l'Administració – Canvi de la distribució de pacients en Infermeria d'AP, a un sistema de sectorització geogràfica enfront de l'actual sistema de contingents – Borsa de treball que no s'ajusta a necessitats especials – Recursos materials i estructurals insuficients – Alta dispersió geogràfica del Departament, amb zones de muntanya de difícil accés. – Mal ús dels recursos sanitaris per part de la població, falta d'educació en aquest aspecte – Diversitat multicultural de la població (barreres culturals i idiomàtiques)	– Promoció de la qualitat assistencial i SP, a través de l'impuls de la UFCASP i l'elaboració del Pla de Qualitat – Participació dels professionals en la realització d'aquesta DAFO – Equip CATIC liderat per AP – Augment de la demanda d'EpS per part de la població – Augment dels hàbits saludables entre la població – SINEA com a eina de millora – Entorn favorable per a impulsar canvis organitzatius: innovació, impuls al canvi – Major implicació del personal

- Població envellida - Auge de la sanitat privada - Inestabilitat laboral - Fugida de personal qualificat al sector privat - Obertura del Centre de Salut Mental, dependent de Serveis Socials per a pacients estables, sense la dotació de professionals qualificats necessària, i sent usat amb pacients amb més càrrega de malaltia que per al que està dissenyada	
---	--

VII. LÍNIES ESTRATÈGIQUES I OBJECTIUS

Per a la consecució del present PCASP, comptem amb 7 línies estratègiques i 19 objectius, que desenvolupem a continuació:

LÍNIA ESTRATÈGICA	OBJECTIUS ESPECÍFICS
LE 1: GENERAR, POTENCIAR I DIFONDRE LA CULTURA DE QUALITAT I SEGURETAT DEL PACIENT	Objectiu 1: Establir directrius que fomenten la qualitat assistencial i seguretat del/la pacient i de les persones usuàries en els centres, i adequar-la a les característiques d'aquests i a l'estratègia global del Departament de Salut. Objectiu 2: Impulsar l'activitat de les comissions clíniques de garantia de qualitat.

LÍNIA ESTRATÈGICA	OBJECTIUS ESPECÍFICS
LE 2: INCREMENTAR LA QUALITAT I SEGURETAT DE L'ATENCIÓ SANITÀRIA PRESTADA	Objectiu 3: Potenciar l'estandardització de processos amb la finalitat de disminuir la variabilitat en la pràctica assistencial. Objectiu 4: Potenciar la participació de l'usuari en la millora contínua de la qualitat assistencial.

LÍNIA ESTRATÈGICA	OBJECTIUS ESPECÍFICS
LE 3: DIFONDRE LA CULTURA DE QUALITAT I SEGURETAT EN L'ORGANITZACIÓ	Objectiu 5: Difondre i impulsar les mesures institucionals de seguretat clínica del pacient Objectiu 6: Oferir transparència en la informació sobre l'atenció sanitària proporcionada, així com sobre les normes i directrius de qualitat. Objectiu 7: Garantir un flux constant d'informació i formació d'els/les professionals en matèria de qualitat i seguretat del pacient, per a afavorir la cultura interna d'aprenentatge i compromís amb la consecució dels objectius de qualitat del centre.

LÍNIA ESTRATÈGICA	OBJECTIUS ESPECÍFICS
LE 4: POTENCIAR LA UTILITZACIÓ DE MODELS I EINES DE GESTIÓ	Objectiu 8: Potenciar la certificació i/o acreditació dels centres/serveis/unitats sanitàries respecte dels sistemes establits per norma reconeguda (ISO, EFQM...) així com la inscripció en el Registre autonòmic de certificacions de qualitat.

LÍNIA ESTRATÈGICA	OBJECTIUS ESPECÍFICS
LE 5: GARANTIR LA SEGURETAT DE TOTS ELS PROCESSOS mitjançant la gestió de riscos sanitaris	Objectiu 9: Liderar la gestió de riscos associats a l'assistència sanitària (AS).
	Objectiu 10: Previndre infeccions relacionades amb l'assistència sanitària.
	Objectiu 11: Identificar correctament el pacient i les seues mostres.
	Objectiu 12: Ús segur del medicament.
	Seguretat en Processos
	Objectiu 13: Promoure l'elaboració/revisió de protocols relacionats amb la seguretat del pacient.
	Objectiu 14: Garantir la seguretat en els processos de suport a l'assistència.
	Objectiu 15: Garantir el manteniment i la millora contínua del Programa d'Higiene de Mans recomanat per l'SNS en tots els centres sanitaris.

LÍNIA ESTRATÈGICA	OBJECTIUS ESPECÍFICS
LE 6: PROMOURE LA CULTURA DE BONES PRÀCTIQUES I IMPULSAR LA CULTURA DE BIOÈTICA DINS DE L'ORGANIZACIÓ	Objectiu 16: Promoure les recomanacions de "NO FER" de les societats científiques, i identificar aquelles pràctiques locals que aporten els millors resultats.
	Objectiu 17: Fer valdre la humanització, incorporant la dimensió de la dignitat i humanitat de pacients, establint una atenció basada en la confiança i empatia, contribuint al seu benestar i a millorar resultats possibles en salut.
	Objectiu 18: Promoure la humanització de les cures i de l'assistència en tots els processos assistencials.

LÍNIA ESTRATÈGICA	OBJECTIUS ESPECÍFICS
LE 7: CONTRIBUIR A FER VALDRE ELS/LES PROFESSIONALS DEL SISTEMA SANITARI	Objectiu 18: Fer valdre els/les professionals sanitaris, tenint en compte les seues necessitats.
	Objectiu 19: Promoure la cultura de la innovació com a element facilitador del desenvolupament professional.

VIII. PLA D'ACCIÓ

Per a poder arribar a la consecució dels objectius anteriors, s'estableix el següent Pla d'Acció, amb accions concretes, mesurables i que en permeten l'avaluació contínua.

La UFCASP, juntament amb les unitats de suport, i les comissions clíniques, seran les responsables del desenvolupament del Pla d'Acció descrit. Per a això, s'establiran tots aquells grups de treball necessaris per a la consecució dels objectius establits, i es potenciarà el treball col·laboratiu i coordinat.

La UFCASP impulsarà la participació activa i coordinada amb els centres /serveis/unitats del Departament, i especialment amb el Servei de Preventiva, el SAIP, amb les comissions clíniques i el Comité Bioètica Assistencial (CBA), específicament en qüestions relatives a consentiment informat.

El suport dels treballadors de l'organització a aquest PCASP, és proporcional al grau de coneixement que tinguen, per la qual cosa un element crucial per a l'èxit en la seua aplicació i consecució d'objectiu és una efectiva comunicació i difusió del Pla entre els professionals. Per tant, el PCASP ha de ser difós entre tots els responsables assistencials del Departament (caps de servei, coordinadors, supervisors, presidents comissions clíniques) i comptar amb el suport incondicional del Consell de Direcció del Departament.

LÍNIA 1: GENERAR, POTENCIAR I DIFONDRE LA CULTURA DE QUALITAT I SEURETAT DEL PACIENT

OBJECTIU ESPECÍFIC	ACCIONS	INDICADOR	META	INICI	FI
Objectiu 1: Establir directrius que fomenten la qualitat assistencial i seguretat del/la pacient i de les persones usuàries en els centres, i adequar-la a les característiques d'aquests i a l'estratègia global del Departament de Salut.	1.1. Elaborar una política i un marc institucional en matèria de qualitat i seguretat del pacient per a tot el Departament de Salut/centre.	Política de qualitat	100%	OCTUBRE 2022	FEBRER 2023
	1.2. Fer una anàlisi interna i externa de l'entorn del Departament de Salut que permeti identificar canvis i detectar oportunitats en matèria de qualitat i seguretat.	DAFO	100%	OCTUBRE 2022	NOVEMBRE 2022
	1.3. Incloure en l'estratègia global del Departament/centre el Pla de qualitat i seguretat del pacient.	Estratègia del centre amb incorporació del Pla de qualitat	100%	OCTUBRE 2022	FEBRER 2023
Objectiu 2: Impulsar l'activitat de les comissions clíniques de garantia de qualitat.	2.1. Mantindre un registre de comissions/comitès departamental.	Registre Comissions	100%	OCTUBRE 2022	DESEMBRE 2025
	2.2. Normalitzar reglaments de funcionament de comissions/comitès clínics departamentals.	Nre. de comissions/comitès amb reglament de funcionament normalitzat	100%	GENER 2023	DESEMBRE 2023

LÍNIA 2: INCREMENTAR LA QUALITAT I LA SEGURETAT DE L'ATENCIÓ SANITÀRIA PRESTADA

OBJECTIU ESPECÍFIC	ACCIONS	INDICADOR	META	INICI	FI
Objectiu 3: Potenciar l'estandardització de processos amb la finalitat de disminuir la variabilitat en la pràctica assistencial.	3.1. Normalitzar processos administratius en tots els àmbits d'atenció del Departament de Salut/centre.	Nre. de protocols i procediments administratius elaborats i/o actualitzats	3 anuals Atenció Hospitalària. 3 anuals Atenció Primària	OCTUBRE 2022	DESEMBRE 2025
	3.2. Desenvolupar i adaptar guies de pràctica clínica o altres documents d'actuació clínica basats en l'evidència (protocols, processos assistencials, vies clíniques...) consensuats en el centre, adequats a la seua cartera de serveis que garantisquen la continuïtat de l'atenció, faciliten la disminució de la variabilitat assistencial i milloren l'efectivitat clínica. Entre aquests, per la seua rellevància, hi ha el procés d'atenció integral al pacient amb dolor.	Nre. de protocols i procediments assistencials elaborats i/o actualitzats	3 anuals Atenció Hospitalària. 3 anuals Atenció Primària	OCTUBRE 2022	DESEMBRE 2025
	3.4. Dur a terme accions per a la posada en marxa de la Guia de Bones Pràctiques per a l'atenció sanitària mitjançant modalitat no presencial. Elaboració i/o revisió de protocols d'assistència no presencial en cada departament de salut.	Protocol departamental d'atenció sanitària mitjançant modalitat no presencial	100%	OCTUBRE 2022	DESEMBRE 2025
	3.5. Disseny i implantació de procediments de comunicació entre els/les professionals durant la transició assistencial dels/les pacients, per a garantir una atenció continuada i segura a pacients i usuaris.	Protocol de comunicació que garantisca transició assistencial de manera segura	100%	OCTUBRE 2022	FEBRER 2024
Objectiu 4: Potenciar la participació de l'usuari en la millora contínua de la qualitat assistencial	4.1. Implantar accions de millora en aquelles àrees detectades en les enquestes de satisfacció que es desvien de la seua tendència respecte d'anys anteriors i/o de l'estàndard.	Nre. d'accions de millora implementades /any	> 5 anuals	OCTUBRE 2022	DESEMBRE 2025
	4.2. Gestionar agraïments, reclamacions i suggeriments de pacients i usuaris/àries com a element de millora contínua de la qualitat.	Registre PIGAP	100%	GENER 2023	DESEMBRE 2025

4.3. Elaborar i/o revisar el protocol normalitzat d'acolliment de pacients que afavorisca el tracte personalitzat i de respecte.	Protocol d'acolliment a usuaris revisat	100%	GENER 2023	DESEMBRE 2023
4.4. Impulsar eines per a la participació dels/les pacients i ciutadans en la presa de decisions i/o en la seua autocora.	Nre. d'activitats en les quals han participat els pacients/usuaris	3 anuals	GENER 2023	DESEMBRE 2025
4.5. Implementar cartes de serveis de les diferents unitats del Departament/centre.	Nre. cartes de serveis	1 any	GENER 2023	DESEMBRE 2025
4.6. Promoure la correcta identificació de personal voluntari que desenvolupa tasques en el Departament de salut/centre.	Registre de personal voluntari	100%	GENER 2023	DESEMBRE 2023

LÍNIA 3: DIFONDRE LA CULTURA DE QUALITAT I LA SEGURETAT EN L'ORGANITZACIÓ					
OBJECTIU ESPECÍFIC	ACCIONS	INDICADOR	META	INICI	FI
Objectiu 5: Difondre i impulsar les mesures institucionals de seguretat clínica del pacient	5.1. Implementació del Programa de Cirurgia Segura, IQZ i projectes Zero del Ministeri de Sanitat.	Indicadors propis de cadascun dels programes/projectes	100%	OCTUBRE 2022	DESEMBRE 2025
	5.2. Difusió del programa IQZ i projectes Zero.	Nre. jornades de difusió	> 1 any /programa	OCTUBRE 2022	DESEMBRE 2025
	5.3. Impulsar jornades que afavorisquen la difusió dels dies mundials de qualitat i seguretat del pacient.	Nre. jornades de difusió	> 1 any	OCTUBRE 2022	DESEMBRE 2025
	5.4. Promoure l'ús de l'eina de notificació d'efectes adversos i incidents relacionats amb la seguretat (SINEA).	Potenciar la notificació d'EA (6000.2) acords de gestió	85%	OCTUBRE 2022	DESEMBRE 2025
	5.5. Impulsar el protocol de suport a les segones i terceres víctimes d'efectes adversos.	Protocol	100%	GENER 2024	DESEMBRE 2024
Objectiu 6: Oferir transparència en la informació sobre l'atenció sanitària proporcionada, així com sobre les normes i directrius de qualitat	6.1. Impulsar l'aplicació/utilització de solucions digitals per a millorar la seguretat en l'atenció de la salut.	Nre. d'eines digitals incorporades	> 1 any	OCTUBRE 2022	DESEMBRE 2025
	6.2. Actualitzar la informació continguda en pàgines web departamentals/centres, en	Protocol de comunicació actualitzat	100%	GENER 2023	DESEMBRE 2025

	aspectes relacionats amb la qualitat assistencial.				
	6.3. Difondre resultats anuals del Pla de Qualitat Assistencial i Seguretat del Pacient en el Consell de Salut i en aquells mitjans que considere oportú el consell de direcció.	Nre. d'actuacions informatives en la intranet/any	> 5 bàner/any	ABRIL 2023	DESEMBRE 2025
Objectiu 7: Garantir un flux constant d'informació i formació dels/les professionals en matèria de qualitat i seguretat del pacient, i afavorir la cultura interna d'aprenentatge i compromís amb la consecució dels objectius de qualitat del centre.	7.1. Promoure la formació de professionals per a adquirir coneixements, habilitats i competències en matèria de qualitat i seguretat del pacient.	Nre. de cursos en matèria de qualitat /seguretat a l'any	>1 any de qualitat i >1 seguretat /any	OCTUBRE 2022	DESEMBRE 2025
	7.2. Elaborar un pla de formació de qualitat i seguretat del pacient (incloure anàlisi de riscos).	Nre. de cursos en matèria d'anàlisi de riscos/any. Pla de formació	> 2 any	GENER 2023	DESEMBRE 2025
	7.3. Incorporar sessions clíniques de matèries relacionades amb la qualitat i seguretat del pacient.	Nre. sessions clíniques /any	> 2 any	OCTUBRE 2022	DESEMBRE 2025

LÍNIA 4: POTENCIAR LA UTILITZACIÓ DE MODELS I EINES DE GESTIÓ					
OBJECTIU ESPECÍFIC	ACCIONS	INDICADOR	META	INICI	FI
Objectiu 8: Potenciar la certificació i/o acreditació dels centres/serveis/unitats sanitàries respecte als sistemes establits per norma reconeguda (ISO, EFQM...) així com la inscripció en el Registre autonòmic de certificacions de qualitat.	8.1. Promoure l'obtenció de certificacions/acreditacions en matèria de qualitat i seguretat.	Nre. de certificacions/acreditacions	Mínim 2 (1 en A. Hospitalària i 1 en A. Primària)	GENER 2023	DESEMBRE 2025
	8.2. Registrar i comunicar les certificacions al Registre autonòmic de certificats en qualitat.	Nre. de certificats registrats	Mínim 2 (1 en A. Hospitalària i 1 en A. Primària)	GENER 2023	DESEMBRE 2025
	8.3. Visibilitzar els certificats de qualitat obtinguts en el Departament de salut, a través de la web i de jornades de lliurament d'aquesta certificació com a element motivador i de benchmarking entre els serveis.	Visibilització de certificats	100%	GENER 2023	DESEMBRE 2025

LÍNIA 5: GARANTIR LA SEGURETAT DE TOTS ELS PROCESSOS mitjançant la gestió de riscos sanitaris

OBJECTIU ESPECÍFIC	ACCIONS	INDICADOR	META	INICI	FI
Objectiu 9: Liderar la gestió de riscos associats a l'assistència sanitària (AS).	9.1. Consolidar el compromís per part del Centre/Departament de salut que fomenti la cultura de seguretat.	Evidència de compromís	100%	OCTUBRE 2022	FEBRER 2023
	9.2. Elaborar un mapa de riscos associat al mapa de processos que permeti fer una anàlisi periòdica dels riscos associats a l'AS i la posada en marxa d'accions per a previndre o reduir els efectes d'un EA.	Mapa de riscos	100%	MARÇ 2023	DESEMBRE 2025
	9.3. Gestionar de manera proactiva els riscos associats a l'AS, incorporant metodologies tendents a la prevenció en la gestió del risc (AMFE).	Nre. anàlisi AMFE realitzats	> 1 any	MARÇ 2023	DESEMBRE 2025
Objectiu 10: Previndre infeccions relacionades amb l'assistència sanitària.	10.1. Implantar/complir procediments/programes relacionats amb el control d'IRES per a disminuir les infeccions relacionades amb l'AS.	Nre. d'accions empreses	>2/any	OCTUBRE 2022	DESEMBRE 2025
Objectiu 11: Identificar correctament el pacient i les seues mostres.	11.1. Elaborar i/o revisar el protocol d'identificació del pacient i les seues mostres en el qual s'incloga l'ús d'almenys dos identificadors únics del pacient, identificació del pacient en cada procediment, etiquetat de mostres biològiques i proves d'imatge en el moment de la seua obtenció.	Protocol	100%	MARÇ 2023	DESEMBRE 2025
	11.2. Establiment d'accions que assegurin la traçabilitat, de mostres biològiques, determinants per al diagnòstic, des de l'origen d'obtenció de la mostra.	Accions realitzades per a assegurar-ne la traçabilitat	>2 any	MARÇ 2023	DESEMBRE 2025
Objectiu 12: Ús segur del medicament.	12.1. Elaborar i/o revisar el compliment del protocol d'ús segur de medicaments i productes sanitaris, que incloga selecció, emmagatzematge, prescripció, validació, preparació, dispensació, administració i seguiment d'aquests.	Protocol	100%	MARÇ 2023	DESEMBRE 2025

	12.2. Gestionar incidents/alertes de medicaments/productes sanitaris dels sistemes de notificació.	Protocol de gestió d'alertes/incidents	100%	GENER 2023	DESEMBRE 2025
	12.3. Implantar pràctiques segures amb els medicaments d'alt risc.	Nre. de pràctiques implantades	> 2 any	OCTUBRE 2022	DESEMBRE 2025
	12.4. Complir el protocol de conciliació dels medicaments durant les transicions assistencials.	Protocol	100%	OCTUBRE 2022	DESEMBRE 2025
	12.5. Promoure l'optimització d'ús d'antimicrobians per a reduir el risc de generació de resistències.	Protocol	100%	GENER 2023	DESEMBRE 2023
Seguretat en Processos					
Objectiu 13: Promoure l'elaboració /revisió de protocols relacionats amb la seguretat del pacient.	13.1. Elaboració/revisió de protocols/processos de l'àrea quirúrgica.	Manual de procediments	100%	OCTUBRE 2022	DESEMBRE 2025
	13.2. Elaboració/revisió de protocols/processos de seguretat en unitats/serveis de crítics.	Manual de procediments	100%	OCTUBRE 2022	DESEMBRE 2025
	13.3. Elaboració de protocols en processos diagnòstics i terapèutics amb radiacions ionitzants.	Manual de procediments	100%	OCTUBRE 2022	DESEMBRE 2025
	13.4. Elaboració de protocols en processos oncològics de quimioteràpia.	Manual de procediments	100%	OCTUBRE 2022	DESEMBRE 2025
	13.5. Prevenció de caigudes i lesions associades.	Manual de procediments	100%	OCTUBRE 2022	DESEMBRE 2025
	13.6. Prevenció de caigudes i lesions associades.	Manual de procediments	100%	OCTUBRE 2022	DESEMBRE 2025
	13.7. Seguretat en les contencions mecàniques.	Manual de procediments	100%	OCTUBRE 2022	DESEMBRE 2025
	13.8. Abordatge integral del dolor.	Manual de procediments	100%	OCTUBRE 2022	DESEMBRE 2025
	13.9. Prevenció de reaccions al·lèrgiques al làtex.	Manual de procediments	100%	OCTUBRE 2022	DESEMBRE 2025
	13.10. Actuació davant parada cardiorespiratòria i control de carros de parada.	Manual de procediments	100%	OCTUBRE 2022	DESEMBRE 2025
	13.11. Inserció, cures i manteniment de dispositius invasius com catèters, sondes, drenatges...	Manual de procediments	100%	OCTUBRE 2022	DESEMBRE 2025
	13.12. Pla de cures individualitzat en el qual s'incloga l'avaluació de riscos, escales de	Manual de procediments	100%	OCTUBRE 2022	DESEMBRE 2025

	valoració i accions preventives que s'avaluen de manera periòdica				
Objectiu 14: Garantir la seguretat en els processos de suport a l'assistència.	14.1. Promoure l'ús segur de les instal·lacions i equips disponibles en el Departament/centre.	Protocol use segur d'instal·lacions	100%	GENER 2023	DESEMBRE 2025
	14.2. Elaborar i/o revisar procediments de control de caducitat de material fungible.	Protocol	100%	GENER 2023	DESEMBRE 2025
	14.3. Promoure accions i protocols de gestió sanitària sostenible alineades amb l'Agenda 2030.	Nre. accions empreses en el centre	>2 any	OCTUBRE 2022	DESEMBRE 2025
	14.4. Potenciar les polítiques de reciclatge.	Nre. accions empreses en el centre	>3 any	OCTUBRE 2022	DESEMBRE 2025
	14.5. Elaboració protocols de gestió de residus sanitaris intracentre.	Protocol	100%	OCTUBRE 2022	DESEMBRE 2025
Objectiu 15: Garantir el manteniment i la millora contínua del programa d'Higiene de Mans recomanat per l'SNS en tots els centres sanitaris.	15.1. Realització d'auditories per a verificar el compliment del programa a tot el Departament (A. Hospitalària i A. Primària).	Nre. d'auditories	>2 any	OCTUBRE 2022	DESEMBRE 2025
	15.2. Elaboració, difusió i implementació de les campanyes d'HM coincidint amb el Dia Mundial.	Nre. accions per a difusió campanya Dia Mundial HM	>2 any	OCTUBRE 2022	DESEMBRE 2025
	15.3. Seguiment dels indicadors d'HM que figuren en l'estratègia mundial.	Compliment indicadors HM del Ministeri	100%	OCTUBRE 2022	DESEMBRE 2025

LÍNIA 6: PROMOURE LA CULTURA DE BONES PRÀCTIQUES I IMPULSAR LA CULTURA DE BIOÈTICA DINS DE L'ORGANIZACIÓ

OBJECTIU ESPECÍFIC	ACCIONS	INDICADOR	META	INICI	FI
Objectiu 16: Promoure les recomanacions de "NO FER" de les societats científiques, i identificar aquelles pràctiques locals que aporten els millors resultats.	16.1. Difusió de les Recomanacions de NO FER tant en A. Primària com en A. Hospitalària (http://www.msc.es/organizacion/sns/plancalidadesn/cal_ssc.htm)	Nre. d'accions per a la difusió d'aquestes recomanacions	>2 any	GENER 2023	DESEMBRE 2025
	16.2. Assegurar la implementació de les "Recomanacions de No FER".	Nre. d'activitats per a assegurar la implementació	2 actuacions en AP i 2 en AH	GENER 2023	DESEMBRE 2025

Gerència del Departament - Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública
Polígon de Caramanxel, s/n - 03804 ALCOI - Telèfon 96 553 74 00

	16.3. Identificar bones pràctiques en l'organització.	Nre. bones pràctiques implementades	>2 any	OCTUBRE 2022	FEBRER 2024
Objectiu 17: Fer valdre la humanització, incorporant la dimensió de la dignitat i humanitat de pacients, establint una atenció basada en la confiança i empatia, contribuint al seu benestar i a millorar resultats possibles en salut.	17.1. Consolidar la correcta utilització dels documents normalitzats de consentiment informat (disponibles en la web de la Conselleria).	Publicació d'informació de CI normalitzats en espai de qualitat	100%	GENER 2023	DESEMBRE 2025
	17.2. Impulsar la formació en matèria de bioètica entre els professionals del Departament.	Nre. activitats formatives/any	>2 any	GENER 2023	DESEMBRE 2025
	17.3. Potenciar la labor dels comitès de bioètica assistencials com a referents en matèria de bioètica en el Departament de salut.	Nre. sessions celebrades /any	>2 any	GENER 2023	DESEMBRE 2025
Objectiu 18: Promoure la humanització de les cures i de l'assistència en tots els processos assistencials.	18.1 Incorporar la perspectiva de la humanització de les cures i de l'atenció sanitària en els processos assistencials, en particular, aquells relatius al dol en els seus diferents aspectes.	Protocols d'humanització de cures	>1 any	OCTUBRE 2022	DESEMBRE 2025

LÍNIA 7: CONTRIBUIR A FER VALDRE A ELS/LAS PROFESSIONALS DEL SISTEMA SANITARI					
OBJECTIU ESPECÍFIC	ACCIONS	INDICADOR	META	INICI	FI
Objectiu 19: Fer valdre els/les professionals sanitaris, tenint en compte les seues necessitats.	19.1. Promoure la realització d'enquestes de clima laboral.	Nre. professionals que realitza l'enquesta de clima laboral/any	> 100/any	GENER 2023	DESEMBRE 2025
	19.2. Detectar àrees de millora a partir de resultats d'enquestes de clima laboral.	Nre. àrees de millora detectades	>10/any	GENER 2023	DESEMBRE 2025
	19.3. Comunicar les àrees de millora als serveis/unitats/centres implicats.	Comunicació realitzada	100%	OCTUBRE 2022	DESEMBRE 2025
	19.4. Elaborar i/o revisar el protocol d'acolliment de professionals que afavorisca la seua integració, i facilite l'inici de la seua relació laboral amb el centre.	Protocol	100%	OCTUBRE 2022	DESEMBRE 2023
	19.5. Promoure mecanismes de participació dels professionals en la definició dels valors, consecució d'objectius i indicadors per al seu compliment.	Nre. actuacions de participació de professionals/any	>5/any	GENER 2023	DESEMBRE 2025
	19.6. Promoure la correcta identificació de professionals, i incorporar aquest aspecte en el pla d'acolliment.	Pla d'acolliment amb incorporació d'identificació de professional	100%	GENER 2023	DESEMBRE 2025
Objectiu 20: Promoure la cultura d'innovació com a element facilitador del desenvolupament professional.	20.1. Implementar eines de comunicació interna com a element facilitador del desenvolupament professional.	Nre. d'actuacions en l'àmbit de la comunicació dirigida als professionals, implementades	> 75%/any	GENER 2023	DESEMBRE 2025
	20.2. Implementar guies de bones pràctiques com a mecanisme de comparació entre departaments.	Bones pràctiques implementades	>2 any	GENER 2023	DESEMBRE 2025
	20.3. Establir mecanismes per a identificar pràctiques innovadores.	Mecanismes per a identificar pràctiques innovadores	100%	GENER 2023	DESEMBRE 2025

IX. AVALUACIÓ DEL PLA

L'última fase del Pla és l'avaluació, que ens permetrà conèixer el grau de consecució dels objectius i detectar aquelles àrees de millora per a poder aplicar les mesures correctores que ens porten al canvi cap a la millora de la qualitat.

L'avaluació és un procés continu que permeti avaluar tots els aspectes del Pla. Començarà des de les primeres fases i es mantindrà de manera indefinida durant tota l'execució. S'utilitzaran les eines d'avaluació més comunes com ara: indicadors de qualitat, registres mèdics, enquestes a pacients, auditories clíniques, avaluacions de processos i resultats, entre altres.

Segons els resultats obtinguts, es modificaran els processos amb la intenció d'assolir els objectius proposats.

Així doncs, el procés d'avaluació del Pla de Qualitat inclou un complet sistema de seguiment i control dels indicadors de qualitat, amb la intenció final d'aplicar la consegüent retroacció sobre els processos per a aconseguir la millora contínua de la qualitat assistencial.

Els indicadors del nostre Pla de Qualitat i Seguretat del Pacient departamental s'han anat descrivint i s'han detallat les accions que cal dur a terme, juntament amb la seua meta o valor objectiu.

X. MEMÒRIA ANUAL DEL PCASP

Anualment, es farà un seguiment del grau d'execució del Pla, mitjançant l'elaboració d'una memòria anual, que contindrà, tots els temes tractats, els informes efectuats, les propostes de planificació/millora i els resultats obtinguts. Avaluació dels objectius en l'any natural per a poder comparar l'evolució amb la resta dels anys que comprén aquest pla.

Aquesta memòria, juntament amb la memòria de la UFCASP, es presentarà a la Gerència del Departament i al Servei d'Avaluació de la Qualitat Assistencial i Seguretat del Pacient (SECASP).