

7. ESTRATÈGIES DE MILLORA EN LA GESTIÓ



GENERALITAT
VALENCIANA

Conselleria de Sanitat
Universal i Salut Pública

Índex 7.1. Acords de gestió

7.2. Qualitat i seguretat de l'atenció sanitària

7.2.1. Identificació inequívoca de pacients

7.2.2. Programa de qualitat en teràpia intravenosa (INCATIV)

7.2.3. Programa d'assessoria de qualitat dels laboratoris clínics

7.2.4. Registre Autòmic de Certificacions en Qualitat de Centres, Serveis i Establiments Sanitaris de la Comunitat Valenciana

7.2.5 Criteris específics de qualitat per a la designació de les unitats de referència amb àmbit territorial de Comunitat Valenciana

7.2.6 Constitució de les unitats funcionals de qualitat i seguretat del pacient en els departaments de salut (UFCASP)

7.1. Acords de gestió

Per a l'avaluació de l'activitat assistencial s'han formalitzat els acords de gestió entre la Conselleria i els equips directius dels centres sanitaris del Sistema Valencià de Salut, seguint la mateixa fórmula que s'està fent servir des de l'any 2004.

El marc normatiu actual dels acords de gestió està definit en el Decret 38/2007, de 13 d'abril, del Consell, pel qual es regula el complement de productivitat variable del personal al servei de les institucions sanitàries de la Conselleria de Sanitat.

Els acords de gestió dels departaments de salut, així com els d'altres centres o estructures supradepartamentals, estableixen els compromisos d'uns objectius comuns de millora per al conjunt del sistema sanitari. D'acord amb això, s'alineen els objectius que han d'assolir els diversos centres o estructures departamentals amb les actuacions estratègiques establides en el Pla de salut 2016-2020 de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública.

Sobre la base de les metes definides, serveixen també com a instrument per a incentivar els professionals del sistema sanitari, ja que el resultat dels acords de gestió suposa un element per a fer efectiva la diferenciació retributiva dels professionals, en funció del compliment d'objectius de qualitat i eficàcia.

Actualment, la consellera de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública signa els acords de gestió amb els diversos centres o unitats de gestió administrativa del Sistema Valencià de Salut.

Els centres amb els quals se signen anualment els acords de gestió són els següents:

- Departaments de salut
- Hospitals de crònics i llarga estada (HACLE)
- Serveis d'emergències sanitàries (SES)
- Centre de Transfusions de la Comunitat Valenciana
- Serveis d'inspecció (departamentals, farmacèutics i supradepartamentals)
- Serveis de salut pública, excepte les unitats de prevenció del càncer de mama (UPCM) que s'inclouen en els departaments de salut

Com a novetat, s'ha inclòs en la signatura dels acords de gestió de 2018 el Consorci de l'Hospital Provincial de Castelló.

Els objectius dels acords de gestió segueixen un propòsit general i es mesuren amb una sèrie d'indicadors definits prèviament per les direccions generals i/o les unitats o els centres administratius. Aquests indicadors especifiquen en què consisteixen els objectius que s'han de seguir i com es valoren els diversos nivells de consecució d'aquests.

Els indicadors d'objectius dels acords de gestió 2018 s'agrupen en tres grans àrees:

- Guanyar en salut
- Millorar l'atenció prestada
- Assegurar la utilització correcta dels recursos (sostenibilitat/eficiència)

Els indicadors avaluats en els acords de gestió 2018 han sigut els següents, segons el centre al qual estan subscrits:

Per als departaments de salut

Guanyar en salut

- Captació d'altres situacions d'assistència (OSA)
- Càlcul del risc cardiovascular
- Control de la diabetis tipus II
- Control de la hipertensió arterial
- Visites d'infermeria a pacients crònics complexos i pal·liatius
- Tallers d'autocura en atenció primària
- Rutes assistencials integrades
- Minimitzar reingressos a 30 dies
- Taxa de fractures de maluc intervingudes en les primeres 48 hores
- Minimitzar el retorn a Urgències a les 72 hores
- Percentatge de cesàries sobre parts totals
- Cobertura de la vacuna antigripal en majors de 64 anys
- Nombre de dones que han participat en el cribratge de violència de gènere
- Vigilància de resistència a carbapenèmics (antibiòtics betalactàmics) en l'enterobacteri *Klebsiella pneumoniae*

Millorar l'atenció prestada

- Índex de qualitat de la prescripció farmacèutica
- Temps des de resultat positiu en el test de sang oculta en femta fins a la colonoscòpia
- Temps des de la sospita de càncer de mama fins a l'inici del tractament
- Reconeixement de pneumoconiosis professionals
- Cita per a primeres consultes d'Atenció Primària en menys de 48 hores
- Minimitzar la demora en les primeres consultes d'hospital i centre d'especialitats
- Reduir el temps d'espera en intervencions quirúrgiques
- Identificació de necessitats pal·liatives en pacients crònics complexos
- Millorar la qualitat del sistema d'informació poblacional
- Disminuir les queixes per tracte
- Potenciar la notificació d'esdeveniments adversos
- Participació en iniciatives de cirurgia segura
- Publicacions en revistes d'impacte

Assegurar la utilització correcta de recursos

- Utilització de teràpies biològiques
- Utilització de medicaments biosimilars
- Eficiència en la prescripció d'exopròtesis
- Eficiència en la intervenció d'endopròtesis
- Utilització adequada de pròtesis de més impacte
- Evolució de la despesa en adquisicions de farmàcia hospitalària
- Seguiment adequat de la incapacitat temporal
- Adequar la durada de la incapacitat temporal als estàndards
- Import visat per habitant

Per als departaments de salut

- Evolució de la despesa estandarditzada en material sanitari per habitant
- Desviament de l'import dels consums nets ajustats en material sanitari respecte al cost mínim ponderat de la Conselleria (DCMIN)
- Percentatge de l'import dels consums de material sanitari gestionats mitjançant comandes d'inventari (PGI)
- Evolució de la despesa en guàrdies i atenció continuada
- Absentisme i cobertura de les substitucions
- Indicador de facturació i cobrament

Per als hospitals de mitjana i llarga estada (HACLES)**Guanyar en salut**

- Valoració de l'estat nutricional a l'ingrés
- Millora de l'estat nutricional a l'alta
- Guany funcional a l'alta en pacients amb dany cerebral
- Millora funcional a l'alta en pacients de convalsència
- Eficiència del guany funcional en rehabilitació de dany cerebral
- Prevenció d'úlceres per pressió
- Prevalença de la subjecció mecànica per síndrome confusional aguda
- Densitat de caigudes

Millorar l'atenció prestada

- Temps de resposta per a sol·licitud d'admissió
- Percentatge d'acceptació de sol·licituds
- Estada mitjana en dany cerebral
- Vigilància de les ires
- Identificació de necessitat de cures paliatives

Assegurar la utilització correcta de recursos

- Evolució de la despesa en adquisicions de farmàcia hospitalària
- Evolució de la despesa en compra de béns corrents i despeses de funcionament
- Desviament de l'import dels consums nets ajustats en material sanitari respecte al cost mínim ponderat de la Conselleria (DCMIN)
- Absentisme i cobertura de les substitucions

Per al Consorci de l'Hospital Provincial de Castelló**Guanyar en salut**

- Minimitzar reingressos a 30 dies
- Vigilància de resistència a carbapenèmics (antibiòtics betalactàmics) en l'enterobacteri *Klebsiella pneumoniae*

Millorar l'atenció prestada

- Índex de la qualitat de la prescripció farmacèutica
- Temps des de resultat positiu en el test de sang oculta en femta fins a la colonoscòpia
- Minimitzar la demora en les primeres consultes d'hospital i centre d'especialitats
- Reduir el temps d'espera en intervencions quirúrgiques

Per al Consorci de l'Hospital Provincial de Castelló

- Disminuir queixes per tracte
- Participació en iniciatives de cirurgia segura
- Publicacions en revistes d'impacte

Assegurar la utilització correcta de recursos

- Utilització de teràpies biològiques
- Utilització de medicaments biosimilars
- Eficiència en la prescripció d'exopròtesis
- Eficiència en la intervenció d'endopròtesis
- Utilització adequada de pròtesis de més impacte
- Evolució de la despesa en adquisicions de farmàcia hospitalària
- Evolució de la despesa en material sanitari
- Evolució de la despesa en guàrdies i atenció continuada

Centre de Transfusió de la Comunitat Valenciana**Guanyar en salut**

- Índex de la qualitat de la informació sobre la donació
- Índex de la qualitat de l'atenció durant el procés de donació

Millorar l'atenció prestada

- Índex de donants coneguts
- Unitats rebutjades per totes les causes
- Estoc mínim d'hematies totals
- Temps per a l'obtenció de resultats HLA de donants de medul·la òssia

Assegurar la utilització correcta de recursos

- Percentatge de l'import dels consums de material sanitari gestionats mitjançant comandes d'inventari (PGI)
- Desviament de l'import dels consums nets ajustats en material sanitari respecte al cost mínim ponderat de la Conselleria (DCMIN)
- Evolució de la despesa en compra de béns corrents i despeses de funcionament
- Evolució de la despesa en guàrdies i atenció continuada
- Absentisme i cobertura de les substitucions

Servei d'Emergències Sanitàries - SES**Guanyar en salut**

- Pacients amb sospita de SCACEST als quals s'administra antiagregants
- Utilització de capnografia en els pacients que requereixen intubació
- Utilització de la pulsioximetria
- Realització d'electrocardiograma de 12 derivacions a pacients amb síndrome coronària aguda

Millorar l'atenció prestada

- Consultes mèdiques respostes pel metge coordinador CICU en cm1 en temps inferior a 2:30
- Mitjana de temps de resposta en emergències sanitàries P1 i P2
- Emergències sanitàries amb temps de resposta d'assignació de recursos en emergències P1 i P2 inferior a 1:30

Servei d'Emergències Sanitàries - SES

- Emergències sanitàries amb temps de resposta igual a 15 minuts o inferior
- Emergències sanitàries amb temps de resposta igual a 25 minuts o inferior
- Emergències sanitàries amb temps de resposta igual a 60 minuts o inferior
- Emplenament de la transmissió de diagnòstics de SAMU a CICU
- Emplenament de la transmissió de maniobres de SAMU a CICU

Assegurar la utilització correcta de recursos

- Percentatge de l'import dels consums de material sanitari gestionats mitjançant comandes d'inventari (PGI)
- Desviament de l'import dels consums nets ajustats en material sanitari respecte al cost mínim ponderat de la Conselleria (DCMIN)
- Evolució de la despesa en compra de béns corrents i despeses de funcionament
- Grau d'absentisme

Inspecció departamental**Guanyar en salut**

- Informes en matèria de valoració de dany corporal
- Informes de bones pràctiques clíniques
- Informes trimestrals IT
- DHD NACO
- Formació en visat a facultatius especialistes
- Formació en visat a facultatius d'Atenció Primària

Millorar l'atenció prestada

- Adequar la durada de la incapacitat temporal als estàndards
- Activitat d'inspecció de centres i serveis sanitaris
- Durada adequada de la gestió dels informes de responsabilitat patrimonial
- Durada mitjana dels expedients disciplinaris
- Participació en òrgans col·legiats sanitaris d'aquesta conselleria i altres institucions
- Proposta dels acords de col·laboració amb els departaments de salut
- Formació en incapacitat temporal dels facultatius d'Atenció Primària
- Gestió dels informes de prestació ortoprotètica
- Activitats científiques i formatives

Assegurar la utilització correcta de recursos

- Disseny del pla d'actuació de la incapacitat temporal
- Seguiment adequat de la incapacitat temporal
- Percentatge de propostes d'alta que s'han respost en el termini
- Import visat per habitant
- Import visat de les dietes per habitant

Inspecció farmacèutica**Guanyar en salut**

- Informes de bones pràctiques clíniques
- Inspecció UFPE (unitats d'atenció farmacèutica a pacients externs)
- Inspecció de la prescripció i la dispensació de medicaments d'ús il·lícit

Millorar l'atenció prestada

- Inspecció de la prescripció i la dispensació de medicaments d'alt impacte econòmic
- Participació en òrgans col·legiats i grups de suport gestió
- Durada mitjana en la tramitació de queixes i reclamacions
- Inspecció de la prescripció i dispensació de receptes manuals
- Activitats científiques i formatives

Assegurar la utilització correcta de recursos

- Control de la dispensació i la facturació de receptes oficials
- Anàlisi de la inspecció postfacturació

Inspecció supradepartamental**Guanyar en salut**

- Informes en matèria de valoració de dany corporal
- Informes de bones pràctiques clíniques
- Gestió adequada de la tramitació de sol·licituds en matèria de responsabilitat patrimonial
- Durada adequada de la gestió dels informes de responsabilitat patrimonial
- Informes de reducció de jornada
- Durada mitjana dels expedients disciplinaris

Millorar l'atenció prestada

- Activitat d'inspecció de centres i serveis sanitaris
- Participació en òrgans col·legiats sanitaris d'aquesta conselleria i altres institucions
- Activitats científiques i formatives

Assegurar la utilització correcta de recursos

- Incapacitat temporal del personal al servei de l'administració del Consell

Serveis de salut pública**Guanyar en salut**

- Control de brots epidemiològics
- Mecanisme de transmissió de la infecció per VIH
- Control de malalties emergents (vectors)
- Percentatge d'enquestes emplenades i notificades per professionals de la xarxa Sentinella
- Cobertura de les inspeccions de proveïments d'aigua de consum humà (ACH)
- Cobertura de les inspeccions que es fan a instal·lacions de risc de legionel·losi
- Participació en el cribratge de càncer colorectal
- Participació en el cribratge de càncer de mama
- Cobertura d'invitació al Programa de cribratge de càncer de mama (PPCM)
- Vacunació antigripal del personal sanitari

Serveis de salut pública

- Comunicació de sospites de malalties respiratòries i de càncer laboral (SISVEL)
- Increment del nombre d'empreses adherides a programes de salut en el treball (PST)
- Invitació a centres escolars a participar en programes hàbits saludables
- Actuacions davant d'alertes alimentàries
- Expedients resolts d'autorització sanitària i comunicació d'inici d'activitat d'establiments alimentaris
- Compliment del Programa de vigilància sistemàtica d'establiments alimentaris
- Grau de compliment de presa de mostres

Millorar l'atenció prestada

- Formació interna interdisciplinària
- Comunicació amb els mitjans locals
- Participació en consells de salut
- Sessions clíniques (o seminaris ordinaris del personal assistencial en Atenció Primària o Especialitzada) impartides per responsables i/o personal tècnic dels CSP

De la mateixa manera que en anys anteriors, per a l'exercici 2019 s'han fixat objectius amb una rellevància especial, que pretenen la millora contínua del conjunt del sistema sanitari, seguint amb la línia establida en el Pla de salut 2016-2020 de la Comunitat Valenciana.

Pel que fa a l'establiment d'objectius d'enguany, també s'han incorporat elements de transparència i participació mitjançant l'obertura pública d'un fòrum de discussió en línia sobre la proposta inicial d'indicadors elaborada per les direccions generals.

El denominat "Fòrum d'acords de gestió 2019" està allotjat en el portal web de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública: <http://www.san.gva.es/web/foro2019/acuerdos-de-gestion-departamentos-de-salud-2019>.

En la consulta pública ha participat tant la ciutadania, en general, com els diversos professionals de la comunitat sanitària, en particular. Tots els participants han aportat opinions i propostes de millora a la proposta d'indicadors que s'ha presentat.

El fòrum de discussió va estar obert en el període comprés entre el 31 d'octubre i el 14 de novembre de 2018.

La informació es va organitzar en les tres àrees temàtiques previstes:

- Guanyar en salut
- Millorar l'atenció prestada
- Assegurar la utilització correcta dels recursos (sostenibilitat/eficiència).

Dins de cada una d'aquestes grans àrees es podia consultar la relació dels indicadors proposats i una descripció breu de cada un, així com accedir-ne a les fitxes completes per a millorar-ne la comprensió.

El registre en el fòrum era lliure i anònim. Una vegada registrada, en donar-se d'alta qualsevol persona com a usuària, es podia deixar per escrit l'opinió sobre els indicadors, proposar alguna millora, suggerir el tema d'un indicador nou, etc.

Tenint en compte els suggeriments que ha aportat la ciutadania en el fòrum, els que han aportat els professionals de l'àmbit sanitari i les consideracions dels equips directius en els diversos processos de negociació, s'ha elaborat la proposta final dels acords de gestió signats per a 2019.

7.2. Qualitat i seguretat de l'atenció sanitària

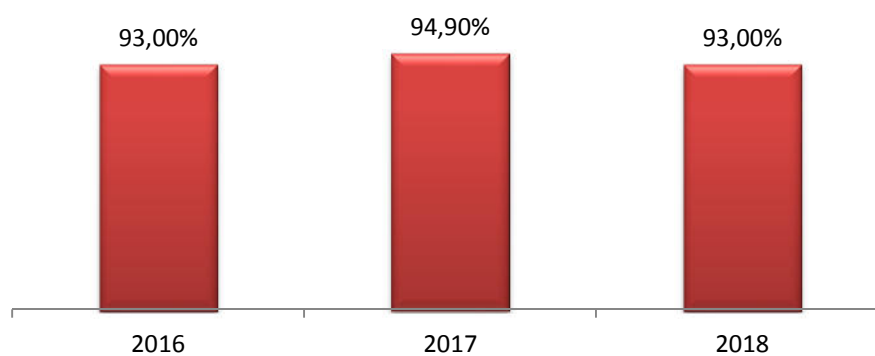
7.2.1. Identificació inequívoca de pacients

L'ús de braçalets identificatius, per a disminuir els errors associats a la identificació inadequada de pacients, ha resultat altament eficaç. Un dels objectius clars és la identificació inequívoca de totes les persones malaltes ingressades als hospitals i als serveis d'urgències hospitalaris, a través d'un sistema homogeni d'identificació visual de pacients.

Per això, després de definir i normalitzar la informació recollida en els elements identificadors (polseres) i d'establir els fluxos d'informació que garantiren la precisió de la identificació i la verificació continuada, es va adquirir l'equipament necessari per a la confecció material dels identificadors individuals per a cada pacient que ingressa.

Dins de l'enquesta de satisfacció de pacients atesos als centres sanitaris públics de la Comunitat Valenciana, que es fa anualment, hi ha una pregunta relativa a la identificació de pacients, en concret: "en acudir a l'hospital, li van posar una polsera d'identificació amb el seu nom?"

En l'enquesta corresponent a l'any 2018 es reflecteix que el 93 % de pacients que es van enquestar van respondre "sí" a aquesta pregunta.



Font: Enquesta d'opinió de pacients a la Comunitat Valenciana 2018

7.2.2. Programa de qualitat en teràpia intravenosa (INCATIV)

El programa d'indicadors de qualitat en teràpia intravenosa (TI) té com a objectiu disminuir les complicacions en TI i ajudar a conservar els accessos venosos de pacients en el millor estat possible. Per a fer-ho, es duen a terme una sèrie d'activitats, com ara:

1. Realització d'intervencions formatives continuades dirigides als professionals d'infermeria dels centres sanitaris en els quals s'implante el programa. Aquesta formació es concreta per mitjà de l'execució de cursos, tallers o jornades.
2. Difusió i divulgació del programa INCATIV en diversos fòrums.
3. Elaboració i difusió del protocol per a la posada en marxa del programa INCATIV, per mitjà del desenvolupament del nou programari i la nova web del programa esmentat.
4. Monitoratge de la implantació dels procediments i els protocols establits.

Activitats desenvolupades per a la implantació del programa INCATIV		
Activitat	Subtotal	Total
Activitats de difusió i divulgació d'INCATIV		5
Intervencions formatives en els departaments:		7
<ul style="list-style-type: none"> • Formació dels investigadors • Formador de formadors del programa INCATIV • Curs del Pla de l'EVES 	3 3 1	
Activitats formatives per a professionals		3

Actualment participen en el programa el 100 % dels hospitals de titularitat pública de la CV.

Dins de les activitats escomeses per INCATIV per a la difusió pròpia es troba l'assistència i la presentació de resultats en el World Congress Vascular Access (WoCoVA) 2018, a Copenhaguen, i la jornada anual INCATIV, que va comptar amb l'assistència de més de 600 professionals d'infermeria.

Durant l'exercici 2018 l'equip d'INCATIV ha estandarditzat la cartera de serveis oferida i s'ha assolit l'acreditació com a grup d'investigació associat a FISABIO.

7.2.3. Programa d'assessoria de qualitat dels laboratoris clínics

L'avaluació externa de la qualitat és un procediment que utilitza els resultats de diversos laboratoris que analitzen la mateixa mostra, amb el propòsit de convertir-se en una eina que permeta que els participants asseguren la qualitat dels resultats d'aquesta.

Els resultats dels laboratoris de la Comunitat Valenciana es comparen mensualment i s'emeten un informe en el qual s'indica l'índex de desviament estàndard (IDS): nombre de desviacions estàndard que es desvia del valor del laboratori respecte del valor de consens considerat de referència.

En els informes anuals es mostra:

- Índex Mitjà de Variància (mitjana d'aquests IDS) per a cada un dels anàlisis del laboratori.
- Índex Mitjà de Variància, Mitjana (IVMP, mitjana dels IVM), que indica la qualitat global d'un laboratori. En aquest sentit, IVMP < 100 es consideren òptims, 100 < IVMP < 200 es consideren adequats, i IVMP > 200 es consideren inadequats.

En aquesta memòria ens basem en les dades obtingudes en l'informe anual, en el qual es comunica la mitjana anual de l'IVM, la utilitat del qual és la de permetre avaluar la variabilitat entre laboratoris i entre mètodes de determinació.

Programa d'assessoria de qualitat dels laboratoris clínics						
Determinacions	Laboratoris	IVMP (rang)		Laboratoris		
		Mín.	Màx.	IVMP < 100	IVMP > 100 < 200	IVMP > 200
				Nombre i %	Nombre i %	Nombre i %
Bioquímica	103	28.38	130.3	79 (77 %)	24 (23 %)	0 (0 %)
Immunoassaig	35	42.12	96.68	35 (100 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
Proteïnes immunològiques	22	39.46	130.5	19 (86 %)	3 (14 %)	0 (0 %)
Marcadors tumorals	29	48.86	194.7	27 (93 %)	2 (7 %)	0 (0 %)
Marcadors cardíacs	36	32.58	139.7	29 (81 %)	7 (19 %)	0 (0 %)
Fàrmacs	14	25.44	109.8	12 (86 %)	2 (14 %)	0 (0 %)
Orines quantitatives	68	34.75	119.8	65 (96 %)	3 (4 %)	0 (0 %)

IVMP: Índex Mitjà de Variància, Mitjana

Tal com es reflecteix en la graella, tots els laboratoris tenen un IVMP inferior a 200, la qual cosa indica una qualitat òptima i/o adequada en les determinacions analítiques i cap laboratori presenta un IVMP per damunt de 200, que correspondria a inadequat.

7.2.4. Registre Autòmic de Certificacions en Qualitat de Centres, Serveis i Establiments Sanitaris de la Comunitat Valenciana

El Decret 64/2015, de 8 de maig, del Consell, va crear i va regular el Registre Autòmic de Certificacions en Qualitat de Centres, Serveis i Establiments Sanitaris de la Comunitat Valenciana.

L'objectiu d'aquest registre és la inscripció i la classificació de les certificacions de qualitat obtingudes per centres, serveis i establiments sanitaris públics i privats i donar visibilitat a les bones pràctiques en matèria de qualitat sanitària.

El Registre consta de tres seccions:

- Secció primera: certificacions emeses per una entitat de la Generalitat o un òrgan dependent d'aquesta, si escau, amb competències en matèria de certificació de la qualitat en l'àmbit sanitari.
- Secció segona: certificacions atorgades per qualsevol societat científica amb àmbit d'actuació a la Comunitat Valenciana, nacional o internacional.
- Secció tercera: certificacions de qualitat emeses per qualsevol entitat acreditada com a organisme certificador independent acreditat per l'Entitat Nacional d'Acreditació (ENAC) o per qualsevol altra entitat de certificació d'àmbit internacional.

Durant l'any 2018, el Registre ha tramitat 56 expedients, 52 dels quals van obtindre una resolució favorable per a inscriure'ls. A continuació es resumeixen per tipus de certificat i tipus de centre:

Activitat del Registre agrupada per tipus de centre		
Tipus	Denominació	Quantitat
C.1.1	Hospitals generals	18
C.1.2	Hospitals especialitzats	3
C.1.3	Hospitals de mitjana i llarga estada	1
C.2.3.1	Centres de salut	8
C.2.3.2	Consultoris d'Atenció Primària	5
C.2.4	Centres polivalents	1
C.2.5	Centres especialitzats	2
C.2.5.5	Centres de diàlisi	3
C.2.5.6	Centres de diagnòstic	11
Total		52

Font: Registre Autonòmic de Certificacions en Qualitat de Centres, Serveis i Establiments Sanitaris de la CV

Activitat del Registre agrupada per seccions i certificat en l'exercici 2018		
Secció	Tipus de certificat	Total
Segona	• Unitat bàsica d'asma en categoria d'excel·lent	1
	• Unitat especialitzada (SEPAR)	1
	<i>Subtotal</i>	2
Tercera	• Certificació cat. estàndards en transfusió sanguínia 4a edició, 2012	1
	• ISO 14001:2015. Sistema de gestió ambiental	4
	• ISO 14001:2004. Sistema de gestió ambiental	1
	• ISO 9001:2015. Sistema de gestió de la qualitat	40
	• Quality Oncology Practice Initiative (QOPI)	1
	• UNE ISO 170001-2:2007 (Sistema de gestió d'accessibilitat universal)	1
	• UNE-EN 179006:2013. Gestió de riscos per a la seguretat del pacient	1
	• UNE-EN ISO 8115189:2013. Laboratoris clínics *	1
<i>Subtotal</i>	50	
Total		52

Font: Registre Autonòmic de Certificacions en Qualitat de Centres, Serveis i Establiments Sanitaris de la CV (*): Requisits particulars per a la qualitat i la competència

7.2.5. Criteris específics de qualitat per a la designació de les unitats de referència amb àmbit territorial de la Comunitat Valenciana

Les unitats de referència del sistema sanitari públic de la Comunitat Valenciana es defineixen com els elements del sistema sanitari, de caràcter funcional, especialment singulars per la prestació, la solvència i l'especialització assistencial, docent i investigadora, que, pels propis recursos científics, tècnics i d'equipament, permeten oferir prestacions incloses en la cartera de serveis del sistema als usuaris del seu departament de salut i altres departaments no dotats de la mateixa singularitat, per als quals poden servir de suport i de base, i complir uns criteris tècnics i funcionals especials.

Els criteris de qualitat per a la designació d'una unitat de referència (UR), tenen en consideració, almenys, els aspectes següents:

- Demostrar coneixement i experiència suficients en el maneig de la patologia o del procediment del qual es tracte.
- Dur a terme un volum d'activitat suficient en la patologia o un procediment que garantisca un nivell adequat de qualitat i seguretat als pacients.
- Disposar de l'equipament i el personal necessari per a desenvolupar l'activitat en qüestió.
- Tindre disponibles els recursos que necessite l'atenció adequada del pacient
- Obtindre indicadors de procediment i resultats adequats.
- Disposar d'un sistema d'informació que permeta el coneixement de l'activitat i l'avaluació de la qualitat dels serveis prestats.
- Disposar de capacitat de formació a altres professionals en l'activitat designada com de referència.

El Decret 93/2018, de 13 de juliol, del Consell, pel qual s'aprova el Reglament orgànic i funcional de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, atribueix, a través de la Direcció General d'Investigació, Innovació, Tecnologia i Qualitat, a través del Servei d'Avaluació de la Qualitat Assistencial i Seguretat del Pacient, la funció d'establir els criteris per a la designació de les unitats de referència del Sistema Valencià de Salut.

L'any 2018, des d'aquesta Direcció General d'Investigació, Innovació, Tecnologia i Qualitat, s'han fixat els criteris de qualitat i (sobre la base d'aquests) s'han designat les unitats de referència següents:

- Unitat de Referència de Rehabilitació de Lesionats Medul·lars: Hospital universitari i polític La Fe, amb àmbit territorial a la Comunitat Valenciana.
- Unitat de Referència de Tumors Neuroendocrins: Hospital universitari i polític La Fe, amb àmbit territorial a la Comunitat Valenciana.

7.2.6. Constitució de les unitats funcionals de qualitat i seguretat del pacient en els departaments de salut (UFCASP)

Gràcies a la implementació de la Instrucció 3/2017, de la Secretaria Autonòmica de Salut Pública i del Sistema Sanitari Públic, sobre la normalització de les funcions de qualitat assistencial i seguretat del pacient en els departaments/els centres de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, s'han creat, en cada un dels departaments i HACLE de l'SVS, les denominades unitats funcionals de qualitat i seguretat del pacient (UFCASP).

Això ha suposat l'estandardització de les actuacions en matèria de qualitat i seguretat, amb la finalitat de disminuir-ne la variabilitat entre els diversos departaments/HACLE, així com orientar els equips directius i els membres de les UFCASP i proporcionar-los una base comuna per a la promoció i l'assegurament de la qualitat assistencial i seguretat pels/per les pacients i els professionals que desenvolupen la seua activitat als departaments de salut.

L'any 2018 s'han constituït 30 UFCASP (una per cada departament de salut, una per cada HACLE i una a l'Hospital Provincial de Castelló), que han treballat activament amb equips multidisciplinaris

que duen a terme, en l'àmbit respectiu, un pla de qualitat i seguretat del pacient amb ítems comuns a totes les unitats i estructurat en 6 línies estratègiques:

- Línia estratègica 1: generar, potenciar i establir les directrius per a difondre cultura proactiva de qualitat i seguretat.
- Línia estratègica 2: incrementar la qualitat i la seguretat en l'atenció sanitària.
- Línia estratègica 3: promoure la informació i la formació en qualitat i seguretat. Difondre mesures institucionals i oferir transparència.
- Línia estratègica 4: potenciar la certificació i/o l'acreditació respecte al sistema establert en norma reconeguda.
- Línia estratègica 5: identificar, analitzar i difondre els riscos sanitaris. Promoure mesures de prevenció i minimització d'aquests.
- Línia estratègica 6: promoure cultura de bones pràctiques. Impulsar una cultura de bioètica dins de l'organització.

Cada una de les línies estratègiques referides agrupa una sèrie d'accions mínimes que cal implantar, així com indicadors que ens permeten mesurar el grau de consecució d'aquestes i continuar avançant a la cerca de l'excel·lència en la qualitat que prestem als nostres pacients.