

|                                                                                   |                                                            |  |                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|--|--------------------------|
|  | <b>Pla de Qualitat i Seguretat dels Pacients 2025-2028</b> |  | Versió: 3.0              |
|                                                                                   |                                                            |  | Criteri: 2               |
|                                                                                   |                                                            |  | Codi estàndard: 2c-02-01 |
|                                                                                   |                                                            |  | Data: Abril 2025         |

# Pla de Qualitat i Seguretat dels Pacients 2025-2028 de l'EAP Osona Sud – Alt Congost, SLP (EAP Centelles)

## 1. Introducció

La qualitat i la seguretat dels pacients són elements fonamentals de l'atenció sanitària i constitueixen una prioritat estratègica del sistema de salut de Catalunya. Els centres d'atenció primària, com a porta d'entrada al sistema sanitari, tenen un paper clau en la promoció d'una atenció segura, efectiva, eficient, equitativa i centrada en la persona.

El Pla de Qualitat i Seguretat dels Pacients 2025-2028 de l'EAP Osona Sud – Alt Congost, SLP s'elabora com a instrument estratègic per consolidar una atenció sanitària centrada en la persona de qualitat, segura i efectiva, minimitzant els riscos assistencials i fomentant una cultura organitzativa basada a la millora contínua. El document s'alinea amb el Pla Estratègic de Qualitat i Seguretat dels Pacients de Catalunya 2023-2027, així com amb el marc normatiu i organitzatiu del Sistema Sanitari Integral d'Utilització Pública de Catalunya (SISCAT).

La Direcció de l'EAP Osona Sud – Alt Congost, SLP participa activament en la planificació, desenvolupament, desplegament i seguiment del present Pla de Qualitat i Seguretat dels Pacients 2026–2028. La implicació de l'equip directiu es considera un element clau i imprescindible per garantir l'efectivitat del Pla, assegurant la integració de la qualitat i la seguretat del pacient en la presa de decisions estratègiques i operatives de l'organització.

## 2. Marc institucional, estratègic i normatiu

El present Pla s'elabora en el marc del procés d'acreditació estàndard dels centres d'atenció primària del Servei Català de la Salut (CatSalut), i dona compliment als requisits establerts en matèria de qualitat assistencial, seguretat del pacient, govern clínic i millora contínua, aplicables a les entitats proveïdores concertades del Sistema Públic de Salut de Catalunya (SISCAT).

El Pla s'alinea amb el Pla Estratègic de Qualitat i Seguretat dels Pacients de Catalunya 2023–2027 del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, incorporant els seus eixos i línies estratègiques i adaptant-los a l'àmbit de l'atenció primària.

|                                                                                   |                                                                |  |                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--|--------------------------|
|  | <b>Pla de Qualitat i Seguretat<br/>dels Pacients 2025-2028</b> |  | Versió: 3.0              |
|                                                                                   |                                                                |  | Criteri: 2               |
|                                                                                   |                                                                |  | Codi estàndard: 2c-02-01 |
|                                                                                   |                                                                |  | Data: Abril 2025         |

En relació amb la gestió de la seguretat del pacient, el Pla integra els models de gestió reactiva i proactiva del risc assistencial, mitjançant la utilització del Sistema de Notificació d'Incidents de Seguretat dels Pacients (SNISP Cat) i de l'Aplicació Proactiva de Seguretat dels Pacients (PROSP Cat), així com la participació en la Plataforma de Seguretat dels Pacients de Catalunya (PSP Cat), d'acord amb les directrius del Departament de Salut.

El Pla s'emmarca en la normativa vigent, les recomanacions del Departament de Salut, els estàndards i criteris d'acreditació del CatSalut i els principis de bon govern clínic, assegurant la coherència institucional, la traçabilitat de les actuacions i l'orientació a la millora contínua.

### 3. Metodologia

El Pla es formula seguint el cicle de millora contínua (diagnosi, planificació, desplegament, seguiment i avaluació), incorporant de manera sistemàtica **els resultats dels indicadors de qualitat i seguretat dels pacients com a element fonamental per a la planificació estratègica de l'EAP**.

En aquest sentit, els indicadors de qualitat i seguretat no tenen únicament una funció de monitorització, sinó que constitueixen una **eina de suport a la presa de decisions de la Direcció**, orientant la prioritització d'accions, la planificació anual i l'assignació de recursos.

### 4. Anàlisi de la situació del centre

L'**EAP Osona Sud–Alt Congost, SLP** és un centre d'atenció primària concertat que proporciona atenció integral a la població assignada, d'acord amb la cartera de serveis del Sistema Públic de Salut de Catalunya, incloent l'atenció mèdica i infermera, l'atenció comunitària, l'atenció a la cronicitat, així com les activitats de promoció de la salut i prevenció de la malaltia.

#### 4.1 Evolució del Pla de Qualitat i Seguretat 2014–2017

Durant el període 2014–2017, el centre va iniciar i consolidar les primeres línies d'actuació en matèria de qualitat i seguretat dels pacients, amb els següents resultats principals:

- Consolidació de protocols bàsics de seguretat del pacient.
- Implantació inicial d'una cultura de seguretat.
- Desenvolupament i seguiment d'indicadors de qualitat assistencial.

|                                                                                   |                                                            |  |                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|--|--------------------------|
|  | <b>Pla de Qualitat i Seguretat dels Pacients 2025-2028</b> |  | Versió: 3.0              |
|                                                                                   |                                                            |  | Criteri: 2               |
|                                                                                   |                                                            |  | Codi estàndard: 2c-02-01 |
|                                                                                   |                                                            |  | Data: Abril 2025         |

Aquesta etapa ha constituït la base per al desplegament progressiu de models de gestió de la qualitat i la seguretat més estructurats.

#### 4.2 Situació actual i riscos prioritaris

Actualment, el centre desenvolupa una activitat assistencial homogènia als tres dispositius de l'ABS, si bé es detecta una pressió assistencial elevada, sobretot al CAP Centelles, fet que pot impactar en determinats processos assistencials.

En l'anàlisi de riscos en seguretat del pacient pròpia de l'àmbit de l'atenció primària, s'han identificat com a riscos prioritaris:

- Errors relacionats amb la medicació, especialment en els processos de prescripció, conciliació i seguiment.
- Retards o errors diagnòstics.
- Dificultats en la continuïtat assistencial entre nivells.
- Atenció a pacients fràgils i pluripatològics.
- Incidents relacionats amb la comunicació amb el pacient.

Així mateix, es detecta la necessitat de reforçar la cultura de notificació d'incidents i l'aprenentatge organitzatiu, com a element clau per a la millora contínua de la qualitat i la seguretat assistencial.

El present Pla s'orienta a donar resposta a aquests riscos mitjançant accions estructurades, sistemàtiques i alineades amb els criteris d'acreditació del CatSalut.

### 5. Política de Qualitat i Seguretat dels Pacients

L'EAP Osona Sud – Alt Congost, SLP estableix i formalitza una Política de Qualitat i Seguretat dels Pacients alineada amb els principis del Sistema Públic de Salut de Catalunya i els criteris d'acreditació del CatSalut, amb el compromís de:

- Garantir una atenció segura, efectiva i de qualitat a la població assignada.
- Fomentar una cultura de seguretat no punitiva, orientada a l'aprenentatge i la millora contínua.
- Promoure la participació activa dels professionals i de la ciutadania en la millora de la qualitat assistencial.

Aquesta política és coneguda pels professionals del centre i constitueix el marc de referència per al desplegament del Pla de Qualitat i Seguretat dels Pacients.

|                                                                                   |                                                                |                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--------------------------|
|  | <b>Pla de Qualitat i Seguretat<br/>dels Pacients 2025-2028</b> | Versió: 3.0              |
|                                                                                   |                                                                | Criteri: 2               |
|                                                                                   |                                                                | Codi estàndard: 2c-02-01 |
|                                                                                   |                                                                | Data: Abril 2025         |

## 5.1 Governança, lideratge i ús dels indicadors

L'EAP Osona Sud – Alt Congost, SLP disposa d'un model de governança en qualitat i seguretat dels pacients basat en:

- El lideratge actiu de la Direcció.
- La participació dels professionals en els processos de millora.
- L'ús sistemàtic de dades i indicadors per a la presa de decisions.

El Pla incorpora de manera estructurada indicadors de qualitat assistencial i seguretat del pacient, que permeten:

- Avaluar el grau d'assoliment dels objectius estratègics del Pla.
- Identificar riscos, tendències i oportunitats de millora.
- Donar suport a la presa de decisions tant estratègiques com operatives.

A aquests efectes, el centre garanteix la disponibilitat i verificació d'evidències documentals (actes de reunions, informes periòdics, quadres de comandament, acords de direcció), que acreditin l'ús efectiu dels resultats dels indicadors en la planificació, el seguiment i l'avaluació de les actuacions en qualitat i seguretat dels pacients.

## 6. Procediment: Organització i responsabilitats del Pla de Qualitat i Seguretat dels Pacients

### 6.1. Objectiu

Definir l'organització, els rols i les responsabilitats per al desplegament, seguiment i avaluació del Pla de Qualitat i Seguretat dels Pacients de l'EAP Osona Sud – Alt Congost, SLP, d'acord amb els criteris d'acreditació del CatSalut.

### 6.2. Àmbit d'aplicació

Aquest procediment és d'aplicació a tots els professionals assistencials i no assistencials de l'EAP Osona Sud – Alt Congost, SLP, i afecta totes les activitats relacionades amb la qualitat assistencial i la seguretat del pacient.

### 6.3. Responsables i funcions

#### 6.3.1 Direcció del centre

|                                                                                   |                                                            |  |                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|--|--------------------------|
|  | <b>Pla de Qualitat i Seguretat dels Pacients 2025-2028</b> |  | Versió: 3.0              |
|                                                                                   |                                                            |  | Criteri: 2               |
|                                                                                   |                                                            |  | Codi estàndard: 2c-02-01 |
|                                                                                   |                                                            |  | Data: Abril 2025         |

La Direcció del centre és responsable de:

- Aprovar formalment el Pla de Qualitat i Seguretat dels Pacients.
- Impulsar institucionalment el Pla i garantir-ne el desplegament.
- Assignar els recursos necessaris per a la seva implementació.
- Exercir el lideratge estratègic en qualitat i seguretat dels pacients.
- Validar els resultats, informes de seguiment i avaluacions periòdiques del Pla.

### 6.3.2 Referent de Qualitat i Seguretat dels Pacients

L'EAP Osona Sud – Alt Congost, SLP designa una **Referent de Qualitat i Seguretat dels Pacients**, amb el suport explícit de la Direcció, com a figura clau per al desplegament, la coordinació i el seguiment del Pla de Qualitat i Seguretat dels Pacients.

La Referent de Qualitat i Seguretat dels Pacients té assignades les funcions següents:

- Coordinar la implementació de les accions del Pla de Qualitat i Seguretat dels Pacients.
- Promoure la cultura de seguretat del pacient entre els professionals del centre.
- Impulsar i facilitar la notificació d'incidents de seguretat del pacient, d'acord amb el model no punitiu.
- Participar en l'anàlisi d'incidents, riscos i esdeveniments adversos, promovent l'aprenentatge organitzatiu.
- Col·laborar en la definició, seguiment i avaluació dels indicadors de qualitat assistencial i seguretat del pacient.
- Donar suport a la Direcció en la presa de decisions relacionades amb la qualitat i la seguretat del pacient.
- Actuar com a interlocutor/a amb els òrgans interns i externs en matèria de qualitat i seguretat dels pacients, quan escaigui.

La Referent de Qualitat i Seguretat dels Pacients, designada per la Direcció, és responsable de:

- Coordinar la implementació operativa del Pla.
- Fer el seguiment de les accions, objectius i indicadors definits.
- Promoure la cultura de seguretat del pacient i la notificació d'incidents en un entorn no punitiu.

|                                                                                   |                                                            |  |                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|--|--------------------------|
|  | <b>Pla de Qualitat i Seguretat dels Pacients 2025-2028</b> |  | Versió: 3.0              |
|                                                                                   |                                                            |  | Criteri: 2               |
|                                                                                   |                                                            |  | Codi estàndard: 2c-02-01 |
|                                                                                   |                                                            |  | Data: Abril 2025         |

- Coordinar l'anàlisi d'incidents i el desplegament d'accions de millora al SNISP.
- Liderar el seguiment dels indicadors i de SNISP i PROSP.
- Participar, quan escaigui, en la Comissió de Qualitat i Seguretat dels Pacients.

La Referent desenvolupa aquestes funcions de manera coordinada amb la Direcció i els professionals del centre, i participa en els espais de treball i seguiment establerts.

L'EAP garanteix la traçabilitat de l'activitat de la Referent mitjançant evidències documentals (actes de reunions, informes, registres de seguiment), d'acord amb els criteris d'acreditació del CatSalut.

Referent actual: Dolors Molera, Infermera.

### 6.3.3 Professionals assistencials i no assistencials

Els professionals del centre són responsables de:

- Aplicar les bones pràctiques en qualitat i seguretat dels pacients en l'activitat assistencial i organitzativa.
- Identificar i notificar incidents de seguretat del pacient mitjançant els canals establerts (SNISP Cat).
- Participar en les accions formatives, de sensibilització i de millora definides en el Pla.
- Contribuir a l'aprenentatge organitzatiu i a la millora contínua.

### 6.4. Desenvolupament del procediment

- La Direcció aprova el Pla i designa la Referent de Qualitat i Seguretat dels Pacients.
- La Referent coordina el desplegament de les accions del Pla i el seguiment dels indicadors.
- Els resultats del seguiment es revisen periòdicament en els espais de governança establerts.
- Les desviacions detectades donen lloc a la definició d'accions de millora.
- El Pla es revisa i avalua amb la periodicitat establerta.

### 6.5. Registres i evidències

- Resolució o acta d'aprovació del Pla.

|                                                                                   |                                                                |                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--------------------------|
|  | <b>Pla de Qualitat i Seguretat<br/>dels Pacients 2025-2028</b> | Versió: 3.0              |
|                                                                                   |                                                                | Criteri: 2               |
|                                                                                   |                                                                | Codi estàndard: 2c-02-01 |
|                                                                                   |                                                                | Data: Abril 2025         |

- Resolució de designació del/la Referent de Qualitat i Seguretat dels Pacients.
- Actes de reunions de seguiment.
- Informes d'indicadors i quadres de comandament.
- Informes d'avaluació anual del Pla.

## 6.6. Revisió del procediment

Aquest procediment serà revisat periòdicament, com a mínim cada **dos anys** o quan es produeixin canvis organitzatius rellevants.

## 7. Gestió del risc: proactiva (PROSP) i reactiva (SNISP)

### 7.1 Gestió proactiva (PROSP Cat)

El centre manté un mapa de riscos anual, amb prioritització, accions preventives i seguiment. Per a acreditació, cada risc prioritari ha de tenir: responsable, accions, indicador(s), terminis i evidència de revisió.

### 7.2 Gestió reactiva (SNISP Cat)

- Promoció de la notificació en entorn no punitiu.
- Triatge d'incidents rellevants i anàlisi de causes (quan aplica).
- Definició d'accions correctores i verificació de tancament.
- Retorn d'aprenentatges a l'equip (actes i comunicacions).

|                                                                                   |                                                            |  |                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|--|--------------------------|
|  | <b>Pla de Qualitat i Seguretat dels Pacients 2025-2028</b> |  | Versió: 3.0              |
|                                                                                   |                                                            |  | Criteri: 2               |
|                                                                                   |                                                            |  | Codi estàndard: 2c-02-01 |
|                                                                                   |                                                            |  | Data: Abril 2025         |

## 8. Objectius

### 8.1 Objectiu general

Millorar de manera contínua la qualitat assistencial i la seguretat dels pacients del EAP Osona Sud-Alt Congost, SLP, promovent una cultura de seguretat, prevenint els riscos assistencials i fomentant la participació activa de professionals i pacients.

### 8.2 Objectius específics

- Fomentar una cultura de seguretat del pacient no punitiva.
- Identificar, analitzar i reduir els riscos assistencials.
- Millorar la seguretat en l'ús del medicament.
- Potenciar una atenció centrada en la persona.
- Incrementar la participació dels pacients i la ciutadania.
- Promoure la notificació i l'aprenentatge dels incidents.
- Formar i capacitar els professionals en qualitat i seguretat.
- Avaluar els resultats mitjançant indicadors de seguiment.

## 9. Línies estratègiques, objectius, accions i indicadors del Pla

Les línies estratègiques del present Pla s'alineen amb els eixos del Pla Estratègic de Qualitat i Seguretat dels Pacients de Catalunya 2023–2027, adaptats al context de l'Atenció Primària i a la realitat organitzativa de l'EAP Osona Sud – Alt Congost, SLP.

Cada línia integra objectius, accions i indicadors, garantint la traçabilitat i l'avaluació del Pla.

### 9.1. Línia estratègica 1. Governança, cultura de qualitat i seguretat dels pacients

#### Objectius

- Integrar la seguretat del pacient com a valor transversal del centre.
- Assegurar la implicació activa i continuada de l'equip directiu.
- Consolidar el funcionament estable de la Comissió de Qualitat i Seguretat dels Pacients.

|                                                                                   |                                                                |                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--------------------------|
|  | <b>Pla de Qualitat i Seguretat<br/>dels Pacients 2025-2028</b> | Versió: 3.0              |
|                                                                                   |                                                                | Criteri: 2               |
|                                                                                   |                                                                | Codi estàndard: 2c-02-01 |
|                                                                                   |                                                                | Data: Abril 2025         |

## Accions

- Designació formal d'una referent de qualitat i seguretat dels pacients.
- Difusió interna del Pla de Qualitat i Seguretat.
- Sessions periòdiques de sensibilització en seguretat del pacient.
- Funcionament regular de la Comissió de Qualitat i Seguretat.
- Difusió del Pla, sessions de sensibilització, funcionament regular Comissió QSP.
- Avaluació cultura (MOSPS) amb objectiu de participació i pla d'acció per dimensions prioritàries.

## Indicadors

- Existència d'acords de direcció amb impacte en qualitat i seguretat.

Llindar: mínim 2 acords formals anuals documentats.

TIPUS: Estructura.

- Periodicitat de reunions de la Comissió (estructura).

Llindar: mínim 3 reunions anuals (òptim 4).

TIPUS: Estructura / Procés

- Percentatge d'objectius anuals de qualitat i seguretat assolits (resultat).

Llindar:  $\geq 70\%$  primer any /  $\geq 80\%$  consolidat.

TIPUS: Resultat

- Participació professionals en MOSPS.

Llindar:  $\geq 70\%$  participació.

TIPUS: Procés / Resultat

## 9.2. Línia estratègica 2. Gestió proactiva del risc assistencial i prevenció d'esdeveniments adversos (PROSP Cat)

### Objectius

- Identificar i gestionar proactivament els principals riscos assistencials.

|                                                                                   |                                                                |  |                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--|--------------------------|
|  | <b>Pla de Qualitat i Seguretat<br/>dels Pacients 2025-2028</b> |  | Versió: 3.0              |
|                                                                                   |                                                                |  | Criteri: 2               |
|                                                                                   |                                                                |  | Codi estàndard: 2c-02-01 |
|                                                                                   |                                                                |  | Data: Abril 2025         |

- Reduir la incidència d'esdeveniments adversos previsibles.
- Identificar i minimitzar l'impacte de la pressió assistencial en la seguretat del pacient.

### Accions

- Identificació i actualització anual dels riscos assistencials.
- Elaboració i manteniment del mapa de riscos.
- Revisió i actualització periòdica de protocols clínics.
- Millora dels circuits de comunicació assistencial.
- Mapa de riscos actualitzat anualment.
- Riscos prioritaris EAP: medicació, seguretat diagnòstica, transicions assistencials, comunicació amb pacient, pacients fràgils.
- Incorporar la pressió assistencial com a risc específic dins del mapa anual de riscos (PROSP Cat).
- Definir criteris interns de llindar d'alerta d'agenda (volum, encaixos, sobreocupació).
- Establir mesures correctores quan es superin llindars definits (reorganització d'agendes, reforç puntual, priorització clínica).
- Revisió anual de la relació entre incidents notificats i sobrecàrrega assistencial

### Indicadors

- Existència i actualització anual del mapa de riscos

Llindar: 100% actualització anual documentada.

TIPUS: Estructura

- Percentatge de riscos prioritzats amb accions preventives implementades

Llindar:  $\geq 80\%$ .

TIPUS: Procés

- Reducció d'incidents associats als riscos identificats (resultat).

Llindar: tendència estable o decreixent en 2 anys.

TIPUS: Resultat.

|                                                                                   |                                                                |                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--------------------------|
|  | <b>Pla de Qualitat i Seguretat<br/>dels Pacients 2025-2028</b> | Versió: 3.0              |
|                                                                                   |                                                                | Criteri: 2               |
|                                                                                   |                                                                | Codi estàndard: 2c-02-01 |
|                                                                                   |                                                                | Data: Abril 2025         |

- Existència de valoració anual de pressió assistencial dins del mapa de riscos.

Llindar: 100% anual.

TIPUS: Estructura

- Percentatge de períodes amb llindar d'agenda superat amb acció correctora definida.

Llindar:  $\geq 80\%$  amb acció documentada.

TIPUS: Procés

- Nombre d'incidents SNISP relacionats amb retard/pressió assistencial.

Llindar: anàlisi anual documentada i tendència estable o decreixent.

TIPUS: Resultat. Evidències: PROSP Cat, actes Direcció, SNISP Cat.

### 9.3. Línia estratègica 3. Seguretat en l'ús del medicament

#### Objectius

- Millorar la seguretat del procés de prescripció, dispensació i seguiment dels medicaments.
- Reduir riscos associats a medicació d'alt impacte clínic.

#### Accions

- Conciliació terapèutica: fràgils, crònics complexos i post-alta hospitalària.
- Revisió de polimediació amb criteris d'alt risc (anticoagulants, insulina, opioides, etc.).
- Coordinació amb farmàcia comunitària (incidències i millores acordades).
- Elaboració anual de llistat intern de medicació d'alt risc (anticoagulants, insulina, opioides, benzodiazepines cròniques, etc.).
- Revisió sistemàtica anual de pacients amb medicació d'alt risc.
- Anàlisi específica (RCA) d'incidents greus de medicació notificats.

|                                                                                   |                                                                |                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--------------------------|
|  | <b>Pla de Qualitat i Seguretat<br/>dels Pacients 2025-2028</b> | Versió: 3.0              |
|                                                                                   |                                                                | Criteri: 2               |
|                                                                                   |                                                                | Codi estàndard: 2c-02-01 |
|                                                                                   |                                                                | Data: Abril 2025         |

## Indicadors

- Percentatge de pacients fràgils amb conciliació terapèutica realitzada

Llindar:  $\geq 80\%$  (òptim  $\geq 85\%$ ).

TIPUS: Procés

- Nombre d'incidents relacionats amb medicació notificats

Llindar: sense màxim establert. 100% incidents greus analitzats.

TIPUS: Resultat (cultura de notificació)

- Percentatge de pacients amb medicació d'alt risc revisada anualment.

Llindar:  $\geq 80\%$ .

TIPUS: Procés

- Percentatge d'incidents greus de medicació amb anàlisi de causes realitzada.

Llindar: 100%.

TIPUS: Procés / Resultat

Evidències: ECAP, SNISP Cat, informes QSP.

## 9.4. Línia estratègica 4. Notificació, anàlisi i aprenentatge dels incidents (SNISP Cat)

### Objectius

- Garantir l'anàlisi del 100% dels incidents rellevants notificats.
- Incrementar els incidents amb accions de millora associades.

### Accions

- Promoció activa de la notificació d'incidents en un entorn no punitiu.
- Anàlisi de causes i definició d'accions correctores.

|                                                                                   |                                                                |                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--------------------------|
|  | <b>Pla de Qualitat i Seguretat<br/>dels Pacients 2025-2028</b> | Versió: 3.0              |
|                                                                                   |                                                                | Criteri: 2               |
|                                                                                   |                                                                | Codi estàndard: 2c-02-01 |
|                                                                                   |                                                                | Data: Abril 2025         |

- Retorn sistemàtic dels aprenentatges a l'equip.
- Anàlisi del 100% d'incidents rellevants i tancament d'accions amb evidència.
- Temps de resposta i retorn d'aprenentatge documentat.
- Anàlisi de causes arrel (RCA) en esdeveniments sentinella.

### Indicadors

- Percentatge d'incidents notificats analitzats al SNISP Cat

Llindar: 100% incidents rellevants /  $\geq 90\%$  totals.

TIPUS: Procés

- Percentatge d'incidents amb accions de millora tancades

Llindar:  $\geq 80\%$ .

TIPUS: Resultat

- Temps mitjà de resposta i tancament dels incidents

Llindar: < 30 dies estàndard / < 7 dies greus.

TIPUS: Procés

- Percentatge d'esdeveniments sentinella amb anàlisi de causes arrel (RCA) realitzada

Llindar: 100%

TIPUS: Procés

### 9.5. Línia estratègica 5. Seguretat diagnòstica i gestió de resultats i proves complementàries

#### Objectius

- Garantir la revisió sistemàtica i traçable de totes les proves complementàries sol·licitades.
- Assegurar la comunicació en temps adequat dels resultats crítics als pacients.

|                                                                                   |                                                                |  |                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--|--------------------------|
|  | <b>Pla de Qualitat i Seguretat<br/>dels Pacients 2025-2028</b> |  | Versió: 3.0              |
|                                                                                   |                                                                |  | Criteri: 2               |
|                                                                                   |                                                                |  | Codi estàndard: 2c-02-01 |
|                                                                                   |                                                                |  | Data: Abril 2025         |

- Reduir el risc de retard o error diagnòstic associat a falles en el seguiment de proves.
- Minimitzar el risc de resultats no revisats o seguiments pendents.

### Accions

- Elaboració i aprovació d'un protocol formal de gestió de resultats crítics (responsable, temps màxim i traçabilitat).
- Implantació d'un circuit de seguiment de proves pendents i resultats no revisats.
- Revisió periòdica de casos seleccionats amb possible retard diagnòstic (auditoria clínica de mostra).
- Definició de criteris de resultats crítics segons tipologia de prova.
- Retorn d'aprenentatges a l'equip assistencial.
- Implantació de revisió periòdica de llistats de proves pendents/no revisades.
- Assignació de responsable i periodicitat definida de control.
- Definició de protocol de contingència davant incidències de sistemes informàtics (ECAP/HC3).
- Sessió anual sobre riscos digitals i seguretat en l'ús d'alertes.

### Indicadors

- Existència i actualització del protocol de gestió de resultats crítics

Llindar: 100%.

TIPUS: Estructura

- Percentatge de resultats crítics comunicats dins del temps establert

Llindar:  $\geq 95\%$ .

TIPUS: Procés / Resultat

- Percentatge de proves complementàries revisades dins termini definit

|                                                                                   |                                                                |                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--------------------------|
|  | <b>Pla de Qualitat i Seguretat<br/>dels Pacients 2025-2028</b> | Versió: 3.0              |
|                                                                                   |                                                                | Criteri: 2               |
|                                                                                   |                                                                | Codi estàndard: 2c-02-01 |
|                                                                                   |                                                                | Data: Abril 2025         |

Llindar:  $\geq 90\%$ .

TIPUS: Procés

- Nombre d'auditories clíniques anuals sobre retard diagnòstic realitzades

Llindar: mínim 1 anual.

TIPUS: Procés

- Nombre d'accions de millora derivades de l'auditoria diagnòstica

Llindar:  $\geq 1$  anual documentada.

TIPUS: Resultat

- Percentatge de proves revisades dins del termini establert.

Llindar:  $\geq 95\%$ .

TIPUS: Procés

- Nombre de resultats pendents > termini establert detectats en auditoria periòdica.

Llindar: tendència decreixent.

TIPUS: Resultat

- Existència de protocol de contingència TIC vigent.

Llindar: 100%.

TIPUS: Estructura

Evidències: ECAP, informes auditoria, document protocol TIC.

## 9.6. Línia estratègica 6. Continuitat assistencial i transicions entre nivells

### Objectius

- Millorar la seguretat en les transicions assistencials entre nivells.

|                                                                                   |                                                                |  |                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--|--------------------------|
|  | <b>Pla de Qualitat i Seguretat<br/>dels Pacients 2025-2028</b> |  | Versió: 3.0              |
|                                                                                   |                                                                |  | Criteri: 2               |
|                                                                                   |                                                                |  | Codi estàndard: 2c-02-01 |
|                                                                                   |                                                                |  | Data: Abril 2025         |

- Garantir la conciliació terapèutica post-alta hospitalària en pacients prioritzats.
- Reduir incidents relacionats amb manca d'informació clínica en transicions.
- Millorar la seguretat en els traspassos interns d'informació clínica.

### Accions

- Implantació d'un circuit formal de conciliació terapèutica post-alta hospitalària en pacients PCC, MACA i fràgils.
- Definició de terminis màxims de revisió post-alta.
- Coordinació sistemàtica amb hospital, sociosanitari i domiciliària mitjançant HC3 i canals establerts.
- Seguiment periòdic dels casos prioritzats.
- Anàlisi d'incidentes relacionats amb transicions assistencials notificats al SNISP Cat.
- Elaboració d'un procediment de traspàs estructurat per substitucions i casos complexos.
- Definició de contingut mínim obligatori en el traspàs (diagnòstic, pla, riscos, seguiment pendent).
- Revisió anual d'incidentes relacionats amb manca d'informació interna.

### Indicadors

- Existència de protocol/circuit formal de conciliació post-alta

Llindar: 100%.

TIPUS: Estructura

- Percentatge de conciliacions post-alta realitzades en pacients prioritzats

Llindar:  $\geq 80\%$ .

TIPUS: Procés

|                                                                                   |                                                                |                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--------------------------|
|  | <b>Pla de Qualitat i Seguretat<br/>dels Pacients 2025-2028</b> | Versió: 3.0              |
|                                                                                   |                                                                | Criteri: 2               |
|                                                                                   |                                                                | Codi estàndard: 2c-02-01 |
|                                                                                   |                                                                | Data: Abril 2025         |

- Percentatge de contactes o seguiment dins del termini establert post-alta

Llindar:  $\geq 85\%$ .

TIPUS: Procés

- Nombre d'incidents relacionats amb transicions notificats

Llindar: sense límit màxim.

TIPUS: Resultat (cultura de notificació)

- Nombre d'accions de millora implementades derivades d'incidents de transició

Llindar:  $\geq 80\%$ .

TIPUS: Resultat.

- Existència de procediment formal de handover intern.

Llindar: 100%.

TIPUS: Estructura

- Percentatge de casos complexos amb traspàs documentat.

Llindar:  $\geq 80\%$ .

TIPUS: Procés

- Nombre d'incidents relacionats amb manca d'informació interna.

Llindar: anàlisi anual documentada.

TIPUS: Resultat

Evidències: Protocol, ECAP, SNISP Cat.

## 9.7. Línia estratègica 7. Prevenció i control d'infeccions en l'EAP

### Objectius

- Reduir el risc de transmissió d'infeccions en l'àmbit del centre.

|                                                                                   |                                                                |  |                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--|--------------------------|
|  | <b>Pla de Qualitat i Seguretat<br/>dels Pacients 2025-2028</b> |  | Versió: 3.0              |
|                                                                                   |                                                                |  | Criteri: 2               |
|                                                                                   |                                                                |  | Codi estàndard: 2c-02-01 |
|                                                                                   |                                                                |  | Data: Abril 2025         |

- Garantir el compliment de les mesures bàsiques de prevenció i control d'infeccions.
- Promoure la protecció dels professionals i dels pacients.

### Accions

- Implantació i difusió del protocol d'higiene de mans.
- Mesura el grau de compliment de la higiene de mans segons els "5 Moments" de l'OMS, mitjançant observació directa estructurada.
- Mesura el grau de cobertura formativa dels professionals del centre en matèria d'higiene de mans i prevenció d'infeccions.
- Realització periòdica d'observacions d'higiene de mans amb retorn de resultats.
- Mesura la disponibilitat estructural de recursos per a la higiene de mans en els punts assistencials del centre.
- Mesura el grau d'implantació de les accions de millora definides quan el compliment observacional és inferior al líndar establert.
- Definició de circuits diferenciats per a pacients amb simptomatologia infecciosa.
- Seguiment anual de la vacunació dels professionals segons recomanacions vigents.
- Revisió periòdica dels protocols de neteja i desinfecció de consultes.

### Indicadors

- Existència de protocols actualitzats d'higiene de mans i circuits infecciosos

Líndar: 100%.

TIPUS: Estructura

- Percentatge de compliment observacional d'higiene de mans

Líndar:  $\geq 80\%$ .

TIPUS: Procés

|                                                                                   |                                                                |                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--------------------------|
|  | <b>Pla de Qualitat i Seguretat<br/>dels Pacients 2025-2028</b> | Versió: 3.0              |
|                                                                                   |                                                                | Criteri: 2               |
|                                                                                   |                                                                | Codi estàndard: 2c-02-01 |
|                                                                                   |                                                                | Data: Abril 2025         |

- Percentatge de professionals formats anualment en higiene de mans

Llindar:  $\geq 90\%$

TIPUS: Procés

- Percentatge de punts assistencials amb dispensadors operatius

Llindar: 100%

TIPUS: Estructura

- Percentatge d'accions correctores implementades davant desviacions

Llindar:  $\geq 80\%$

TIPUS: Resultat

- Percentatge de professionals vacunats segons campanya vigent

Llindar:  $\geq 75\%$  (òptim  $\geq 85\%$ ).

TIPUS: Procés / Resultat

- Nombre d'incidents relacionats amb infeccions associades a l'assistència notificats

Llindar: tendència estable o decreixent.

TIPUS: Resultat

- Nombre d'accions de millora implementades en control d'infeccions

Llindar:  $\geq 80\%$ .

TIPUS: Resultat

En el marc de la Línia Estratègica 7 – Prevenció i control d'infeccions en l'EAP, el Programa d'Higiene de Mans es desplega de manera integrada dins el present Pla i constitueix un instrument específic de seguretat del pacient orientat a la prevenció d'infeccions associades a l'assistència sanitària.

|                                                                                   |                                                                |  |                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--|--------------------------|
|  | <b>Pla de Qualitat i Seguretat<br/>dels Pacients 2025-2028</b> |  | Versió: 3.0              |
|                                                                                   |                                                                |  | Criteri: 2               |
|                                                                                   |                                                                |  | Codi estàndard: 2c-02-01 |
|                                                                                   |                                                                |  | Data: Abril 2025         |

Les accions del Programa s'incorporen al cronograma 2025–2028 amb responsables, indicadors i fonts d'evidència definides.

## 9.8. Línia estratègica 8. Identificació del pacient i seguretat en procediments

### Objectius

- Garantir la correcta identificació del pacient en tots els procediments assistencials.
- Minimitzar el risc d'errors en extraccions, vacunacions i recollida de mostres.
- Assegurar la traçabilitat de mostres i procediments.

### Accions

- Implantació del procediment de doble identificació en extraccions, vacunes i recollida de mostres.
- Revisió periòdica del procés d'etiquetatge i traçabilitat de mostres.
- Sensibilització dels professionals sobre la importància de la identificació segura.
- Anàlisi dels incidents relacionats amb errors d'identificació notificats.

### Indicadors

- Existència de procediment formal de doble identificació

Llindar: 100%.

TIPUS: Estructura

- Percentatge de procediments amb verificació d'identitat registrada

Llindar:  $\geq 95\%$ .

TIPUS: Procés

- Nombre d'incidències d'identificació per 1.000 actes/proves

Llindar:  $\leq 0,5$  per 1.000 actes.

|                                                                                   |                                                                |  |                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--|--------------------------|
|  | <b>Pla de Qualitat i Seguretat<br/>dels Pacients 2025-2028</b> |  | Versió: 3.0              |
|                                                                                   |                                                                |  | Criteri: 2               |
|                                                                                   |                                                                |  | Codi estàndard: 2c-02-01 |
|                                                                                   |                                                                |  | Data: Abril 2025         |

TIPUS: Resultat

- Nombre d'accions de millora derivades d'incidències d'identificació

Llindar: 100% analitzades /  $\geq 80\%$  amb acció implementada.

TIPUS: Procés / Resultat

### 9.9. Línia estratègica 9. Atenció centrada en la persona, participació i experiència.

#### Objectius

- Garantir una atenció respectuosa, segura i adaptada a les necessitats del pacient.
- Incorporar l'experiència del pacient en la millora de la seguretat.
- Presa de decisions compartides, informació clara, canals de suggeriments i reclamacions.
- Resultats PREMs/PROMs rellevants i accions de millora associades.

#### Accions

- Promoció de la presa de decisions compartides.
- Millora de la informació clínica proporcionada al pacient.
- Millora de la informació clínica proporcionada al pacient.
- Foment de canals de participació, suggeriments i reclamacions.
- Anàlisi de les queixes, suggeriments i reclamacions.
- Retorn d'informació a la ciutadania.

#### Indicadors

- Resultats de PREMs/PROMs relacionats amb seguretat

Llindar:  $\geq 80\%$  valoració positiva.

TIPUS: Resultat

- Valoració de la informació rebuda.

Llindar:  $\geq 85\%$  satisfacció.

TIPUS: Resultat

|                                                                                   |                                                                |                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--------------------------|
|  | <b>Pla de Qualitat i Seguretat<br/>dels Pacients 2025-2028</b> | Versió: 3.0              |
|                                                                                   |                                                                | Criteri: 2               |
|                                                                                   |                                                                | Codi estàndard: 2c-02-01 |
|                                                                                   |                                                                | Data: Abril 2025         |

- Existència de mecanismes de participació del pacient

Llindar: 100% documentats.

TIPUS: Estructura

- Nombre d'accions de millora derivades de l'experiència del pacient

Llindar:  $\geq 2$  anuals.

TIPUS: Procés

- Nombre d'anàlisi de queixes, suggeriments i reclamacions realitzades.

Llindar: 100% analitzades.

TIPUS: Procés

- Accions de retorn documentades.

Llindar:  $\geq 1$  anual formal.

TIPUS: Estructura / Procés

## **9.10. Línia estratègica 10. Formació, coneixement i comunicació en qualitat i seguretat**

### **Objectius**

- Garantir la formació continuada dels professionals en qualitat i seguretat dels pacients.
- Millorar la comunicació interna i externa en seguretat del pacient.

### **Accions**

- Formació periòdica en seguretat del pacient.
- Actualització en bones pràctiques clíniques.
- Integració de la seguretat del pacient en l'acollida de nous professionals.
- Pla anual de formació QSP (incloent acollida nous professionals).
- Comunicació interna i externa del Pla i resultats principals.

### **Indicadors**

|                                                                                   |                                                                |  |                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--|--------------------------|
|  | <b>Pla de Qualitat i Seguretat<br/>dels Pacients 2025-2028</b> |  | Versió: 3.0              |
|                                                                                   |                                                                |  | Criteri: 2               |
|                                                                                   |                                                                |  | Codi estàndard: 2c-02-01 |
|                                                                                   |                                                                |  | Data: Abril 2025         |

- Percentatge de professionals formats anualment

Llindar:  $\geq 90\%$ .

TIPUS: Procés

- Nombre d'accions formatives realitzades en QSP

Llindar: mínim 2 anuals.

TIPUS: Procés

- Nous professionals formats en acollida.

Llindar: 100%.

TIPUS: Procés

### 9.11. Línia estratègica 11. Seguretat de la informació i confidencialitat

#### Objectius

- Garantir la confidencialitat, integritat i disponibilitat de la informació clínica dels pacients.
- Assegurar l'ús adequat i segur dels sistemes d'informació corporatius (ECAP, HC3 i altres aplicacions sanitàries).
- Prevenir incidents relacionats amb accessos indeguts, errors de gestió documental o vulneracions de privacitat.
- Promoure una cultura de responsabilitat i bones pràctiques en la gestió de la informació clínica.
- Garantir l'actualització i qualitat de la informació clínica rellevant per a la seguretat.

#### Accions

- Difusió i recordatori periòdic de les bones pràctiques d'accés a ECAP i HC3 (accés personalitzat, bloqueig de pantalla, no compartició de credencials).

|                                                                                   |                                                                |  |                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--|--------------------------|
|  | <b>Pla de Qualitat i Seguretat<br/>dels Pacients 2025-2028</b> |  | Versió: 3.0              |
|                                                                                   |                                                                |  | Criteri: 2               |
|                                                                                   |                                                                |  | Codi estàndard: 2c-02-01 |
|                                                                                   |                                                                |  | Data: Abril 2025         |

- Implantació de mesures de pantalla i impressió segura en consultes i espais administratius.
- Integració de continguts de confidencialitat i protecció de dades en el programa d'acollida de nous professionals.
- Realització de formació periòdica en seguretat de la informació i protecció de dades.
- Registre i anàlisi d'incidents de privacitat notificats, amb definició d'accions correctores si escau.
- Revisió anual del compliment de les mesures establertes.
- Auditoria anual (mostra) de qualitat del registre clínic en pacients fràgils/PCC.
- Verificació d'al·lèrgies, medicació activa i diagnòstics prioritaris.
- Retorn de resultats i accions de millora a l'equip.

### Indicadors

- Existència de normativa/procediment intern de bones pràctiques en seguretat de la informació

Llindar: 100% (document vigent i accessible)

TIPUS: Estructura

- Percentatge de professionals amb formació actualitzada en confidencialitat i protecció de dades

Llindar recomanat:  $\geq 90\%$  anual

TIPUS: Procés.

- Percentatge de nous professionals que reben formació en confidencialitat dins el procés d'acollida

Llindar recomanat: 100%

TIPUS: Procés.

|                                                                                   |                                                                |                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--------------------------|
|  | <b>Pla de Qualitat i Seguretat<br/>dels Pacients 2025-2028</b> | Versió: 3.0              |
|                                                                                   |                                                                | Criteri: 2               |
|                                                                                   |                                                                | Codi estàndard: 2c-02-01 |
|                                                                                   |                                                                | Data: Abril 2025         |

- Nombre d'incidents de privacitat notificats

Llindar: Sense llindar màxim (indicador de cultura de notificació). Valoració de tendència i anàlisi documentada.

TIPUS: Resultat.

- Percentatge d'incidents de privacitat analitzats amb acció correctora definida

Llindar recomanat: 100% incidents analitzats i  $\geq 80\%$  amb acció implementada

TIPUS: Procés/resultat.

- Existència d'evidències de recordatoris periòdics sobre bones pràctiques (correus, sessions, cartelleria)

Llindar: mínim 1 acció formal anual documentada

TIPUS: Estructura/procés.

- Percentatge de pacients d'alt risc amb al·lèrgies correctament registrades.

Llindar:  $\geq 95\%$ .

TIPUS: Procés

- Percentatge de pacients polimedicats amb medicació activa actualitzada.

Llindar:  $\geq 85\%$ .

TIPUS: Procés

- Nombre d'auditories de registre realitzades anualment.

Llindar:  $\geq 1$  anual.

TIPUS: Procés

Evidències: ECAP, informe auditoria, actes QSP.

## 9.12. Línia estratègica 12. Avaluació i millora contínua del Pla

### Objectius

|                                                                                   |                                                                |                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--------------------------|
|  | <b>Pla de Qualitat i Seguretat<br/>dels Pacients 2025-2028</b> | Versió: 3.0              |
|                                                                                   |                                                                | Criteri: 2               |
|                                                                                   |                                                                | Codi estàndard: 2c-02-01 |
|                                                                                   |                                                                | Data: Abril 2025         |

- Garantir el seguiment i l'eficàcia del Pla.
- • Reforçar el seguiment sistemàtic i operatiu dels indicadors del Pla.

### Accions

- Definició i seguiment d'indicadors de qualitat i seguretat.
- Avaluació anual del Pla.
- Revisió i actualització periòdica del document.
- Informe anual amb: resultats d'indicadors, incidències SNISP, estat accions, i pla d'acció 12 mesos.
- Control de versions del Pla i aprovació formal per Direcció.
- Elaboració de fitxa tècnica estandarditzada per a cada indicador (definició, numerador, denominador, font, periodicitat, responsable).
- Revisió trimestral del quadre de comandament QSP amb acta documentada.
- Sistema de "semàfor" per visualització d'assoliment i desviacions.

### Indicadors

- Existència d'informes anuals d'avaluació del Pla).

Llindar: 100% anual.

TIPUS: Estructura

- Grau d'assoliment global dels objectius del Pla

Llindar:  $\geq 75\%$  primer any /  $\geq 80\%$  consolidat.

TIPUS: Resultat

- Control de versions i aprovació formal. Llindar: 100%.

TIPUS: Estructura

- Percentatge d'indicadors amb fitxa tècnica completa.

Llindar: 100%.

TIPUS: Estructura

- Nombre de revisions trimestrals documentades del quadre de comandament.

Llindar:  $\geq 4$  anuals.

|                                                                                   |                                                                |                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--------------------------|
|  | <b>Pla de Qualitat i Seguretat<br/>dels Pacients 2025-2028</b> | Versió: 3.0              |
|                                                                                   |                                                                | Criteri: 2               |
|                                                                                   |                                                                | Codi estàndard: 2c-02-01 |
|                                                                                   |                                                                | Data: Abril 2025         |

TIPUS: Procés

- Percentatge de desviacions amb pla d'acció definit en <30 dies.

Llindar:  $\geq 80\%$ .

TIPUS: Procés / Resultat

Evidències: Quadre comandament, actes Direcció, informes anuals.

|                                                                                                    |                                                                |                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--------------------------|
| <br>ABS Centelles | <b>Pla de Qualitat i Seguretat<br/>dels Pacients 2025-2028</b> | Versió: 3.0              |
|                                                                                                    |                                                                | Criteri: 2               |
|                                                                                                    |                                                                | Codi estàndard: 2c-02-01 |
|                                                                                                    |                                                                | Data: Abril 2025         |

## 10. Implementació del Pla i cronograma

En el marc de la Línia Estratègica 7 – Prevenció i control d'infeccions en l'EAP, el Programa d'Higiene de Mans es desplega de manera integrada dins el present Pla i constitueix un instrument específic de seguretat del pacient orientat a la prevenció d'infeccions associades a l'assistència sanitària.

Les accions del Programa s'incorporen al cronograma 2025–2028 amb responsables, indicadors i fonts d'evidència definides.

| Línia estratègica                                                               | Acció principal                   | Responsable            | 2025<br>-<br>2026 | 2027 | 2028 | Indicador (amb<br>llindar)                   | Fonts de<br>dades     | Tipus<br>indicador     |
|---------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|------------------------|-------------------|------|------|----------------------------------------------|-----------------------|------------------------|
| <b>1. Governança,<br/>cultura de qualitat i<br/>seguretat dels<br/>pacients</b> | Designació formal<br>referent QSP | Direcció EAP           | •                 |      |      | Referent<br>formalment<br>designat<br>(100%) | Resolució<br>Direcció | Estructura             |
|                                                                                 | Funcionament<br>Comissió QSP      | Direcció /<br>Referent | •                 | •    | •    | ≥3 reunions<br>anuals                        | Actes Comissió        | Estructura /<br>Procés |
|                                                                                 | Difusió interna del<br>Pla        | Direcció /<br>Referent | •                 | •    | •    | ≥70%<br>professionals<br>informatos          | Actes equip           | Procés                 |
|                                                                                 | Avaluació cultura<br>(MOSPS)      | Comissió QSP           | •                 |      | •    | ≥70%<br>participació                         | Informe<br>MOSPS      | Procés /<br>Resultat   |
| <b>2. Gestió proactiva<br/>del risc assistencial</b>                            | Actualització mapa<br>de riscos   | Referent / QSP         | •                 | •    | •    | 100%<br>actualització                        | PROSP Cat             | Estructura             |

|                                                                                   |                                                                |                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--------------------------|
|  | <b>Pla de Qualitat i Seguretat<br/>dels Pacients 2025-2028</b> | Versió: 3.0              |
|                                                                                   |                                                                | Criteri: 2               |
|                                                                                   |                                                                | Codi estàndard: 2c-02-01 |
|                                                                                   |                                                                | Data: Abril 2025         |

| Línia estratègica                                                   | Acció principal                                        | Responsable              | 2025<br>-<br>2026 | 2027 | 2028 | Indicador (amb<br>l·lindar)              | Fonts de<br>dades                  | Tipus<br>indicador |
|---------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|--------------------------|-------------------|------|------|------------------------------------------|------------------------------------|--------------------|
| <b>i prevenció<br/>d'esdeveniments<br/>adversos (PROSP<br/>Cat)</b> |                                                        |                          |                   |      |      | anual                                    |                                    |                    |
|                                                                     | Accions preventives<br>riscos prioritzats              | Equips<br>assistencials  | •                 | •    | •    | ≥80% riscos<br>amb acció<br>implementada | Plans acció                        | Procés             |
|                                                                     | Incorporació pressió<br>assistencial com a<br>risc     | Direcció / QSP           | •                 | •    | •    | 100% valoració<br>anual                  | PROSP Cat /<br>Informe<br>Direcció | Estructura         |
|                                                                     | Definició l·lindars<br>agenda i accions<br>correctores | Direcció                 | ●                 | ●    | ●    | ≥80%<br>superacions<br>amb acció         | Agenda ECAP /<br>Actes Direcció    | Procés             |
|                                                                     | Revisió protocols<br>clínic                            | Direcció<br>assistencial | •                 |      | •    | ≥1 revisió<br>biennal<br>documentada     | Protocols                          | Estructura         |
| <b>3. Seguretat en l'ús<br/>del medicament</b>                      | Conciliació<br>fràgils/PCC/post-alta                   | Professionals            | •                 | •    | •    | ≥80%<br>conciliació<br>realitzada        | ECAP / HC3                         | Procés             |
|                                                                     | Revisió<br>polimedicació alt risc                      | Professionals            | •                 | •    | •    | ≥75% pacients<br>alt risc revisats       | ECAP                               | Procés             |
|                                                                     | Incidents greus de<br>medicació analitzats             | QSP                      | •                 | •    | •    | 100% incidents<br>greus analitzats       | SNISP Cat                          | Resultat           |

|                                                                                                    |                                                                |                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--------------------------|
| <br>ABS Centelles | <b>Pla de Qualitat i Seguretat<br/>dels Pacients 2025-2028</b> | Versió: 3.0              |
|                                                                                                    |                                                                | Criteri: 2               |
|                                                                                                    |                                                                | Codi estàndard: 2c-02-01 |
|                                                                                                    |                                                                | Data: Abril 2025         |

| Línia estratègica                                                              | Acció principal                                        | Responsable         | 2025<br>-<br>2026 | 2027 | 2028 | Indicador (amb<br>llindar)         | Fonts de<br>dades                   | Tipus<br>indicador |
|--------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|---------------------|-------------------|------|------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------------|
|                                                                                | Llistat intern medicació d'alt risc                    | QSP                 | ●                 | ●    | ●    | Llistat anual actualitzat          | Document intern QSP                 | Estructura         |
|                                                                                | Revisió anual pacients amb fàrmac alt risc             | Professionals       | ●                 | ●    | ●    | ≥80% revisió anual                 | ECAP                                | Procés             |
| <b>4. Notificació, anàlisi i aprenentatge dels incidents (SNISP Cat)</b>       | Promoció notificació                                   | Direcció / Referent | ●                 | ●    | ●    | Taxa estable o creixent            | SNISP Cat                           | Resultat (cultura) |
|                                                                                | Anàlisi incidents                                      | QSP                 | ●                 | ●    | ●    | ≥90% incidents analitzats          | SNISP Cat                           | Procés             |
|                                                                                | Accions tancades                                       | QSP                 | ●                 | ●    | ●    | ≥80% incidents amb acció           | SNISP Cat                           | Resultat           |
|                                                                                | Anàlisi causes-arrel (RCA) en esdeveniments sentinella | Direcció / Referent | ●                 | ●    | ●    | 100% sentinella amb RCA realitzada | SNISP Cat / Informe RCA / Actes QSP | Procés             |
| <b>5. Seguretat diagnòstica i gestió de resultats i proves complementàries</b> | Protocol resultats crítics                             | Direcció            | ●                 |      |      | 100% vigent                        | Document protocol                   | Estructura         |
|                                                                                | Comunicació resultats crítics                          | Professionals       | ●                 | ●    | ●    | ≥95% dins termini                  | ECAP                                | Procés / Resultat  |

|                                                                                                    |                                                                |                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--------------------------|
| <br>ABS Centelles | <b>Pla de Qualitat i Seguretat<br/>dels Pacients 2025-2028</b> | Versió: 3.0              |
|                                                                                                    |                                                                | Criteri: 2               |
|                                                                                                    |                                                                | Codi estàndard: 2c-02-01 |
|                                                                                                    |                                                                | Data: Abril 2025         |

| Línia estratègica                                              | Acció principal                        | Responsable    | 2025<br>-<br>2026 | 2027 | 2028 | Indicador (amb<br>l'indar) | Fonts de<br>dades              | Tipus<br>indicador |
|----------------------------------------------------------------|----------------------------------------|----------------|-------------------|------|------|----------------------------|--------------------------------|--------------------|
|                                                                |                                        |                |                   |      |      |                            |                                |                    |
|                                                                | Seguiment proves pendants              | Professionals  | •                 | •    | •    | ≥90% proves revisades      | ECAP                           | Procés             |
|                                                                | Auditoria retard diagnòstic            | QSP            | •                 | •    | •    | ≥1 auditoria anual         | Informe auditoria              | Procés             |
|                                                                | Control periòdic resultats no revisats | Referent / QSP | ●                 | ●    | ●    | Tendència decreixent       | ECAP (l'listats) / Informe QSP | Resultat           |
|                                                                | Protocol contingència TIC (ECAP/HC3)   | Direcció       | •                 |      | •    | 100% vigent i revisat      | Document protocol TIC          | Estructura         |
|                                                                | Sessió anual riscos digitals           | Direcció       | ●                 | ●    | ●    | ≥1 anual                   | Registre formació / Actes      | Procés             |
| <b>6. Continuitat assistencial i transicions entre nivells</b> | Protocol conciliació post-alta         | Direcció       | •                 |      |      | 100% vigent                | Document protocol              | Estructura         |
|                                                                | Conciliació prioritaris                | Professionals  | •                 | •    | •    | ≥80% realitzada            | ECAP / HC3                     | Procés             |
|                                                                | Seguiment dins termini                 | Professionals  | •                 | •    | •    | ≥85% dins termini          | ECAP                           | Procés             |
|                                                                | Incidents transició analitzats         | QSP            | •                 | •    | •    | ≥80% amb acció             | SNISP Cat                      | Resultat           |
|                                                                | Procediment                            | Direcció       | •                 |      |      | 100% vigent                | Protocol intern                | Estructura         |

|                                                                                   |                                                                |                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--------------------------|
|  | <b>Pla de Qualitat i Seguretat<br/>dels Pacients 2025-2028</b> | Versió: 3.0              |
|                                                                                   |                                                                | Criteri: 2               |
|                                                                                   |                                                                | Codi estàndard: 2c-02-01 |
|                                                                                   |                                                                | Data: Abril 2025         |

| Línia estratègica                                   | Acció principal                                        | Responsable             | 2025<br>-<br>2026 | 2027 | 2028 | Indicador (amb<br>llindar)       | Fonts de<br>dades      | Tipus<br>indicador |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|-------------------------|-------------------|------|------|----------------------------------|------------------------|--------------------|
|                                                     | handover intern                                        |                         |                   |      |      |                                  |                        |                    |
|                                                     | Traspàs documentat en casos complexos                  | Professionals           | ●                 | ●    | ●    | ≥80% documentats                 | ECAP / Registre intern | Procés             |
| <b>7. Prevenció i control d'infeccions en l'EAP</b> | Protocols actualitzats                                 | Direcció                | ●                 |      | ●    | 100% vigents                     | Documents              | Estructura         |
|                                                     | Observació higiene mans                                | Referent                | ●                 | ●    | ●    | ≥80% compliment                  | Registre observació    | Procés             |
|                                                     | Aprovació formal del Programa d'Higiene de Mans        | Direcció                | ●                 |      |      | Programa aprovat (100%)          | Resolució Direcció     | Estructura         |
|                                                     | Revisió i actualització protocol higiene de mans       | Direcció / Referent QSP | ●                 |      | ●    | Protocol vigent i revisat (100%) | Document protocol      | Estructura         |
|                                                     | Formació anual en higiene de mans                      | Direcció / Referent QSP | ●                 | ●    | ●    | ≥90% professionals formats       | Registre formació      | Procés             |
|                                                     | Auditoria anual d'higiene de mans (observació directa) | Referent QSP            | ●                 | ●    | ●    | ≥80% compliment observacional    | Full auditoria HM      | Procés             |
|                                                     | Retorn de resultats a l'equip                          | Referent QSP            | ●                 | ●    | ●    | ≥1 retorn formal anual           | Actes reunió equip     | Procés             |

|                                                                                                    |                                                                |                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--------------------------|
| <br>ABS Centelles | <b>Pla de Qualitat i Seguretat<br/>dels Pacients 2025-2028</b> | Versió: 3.0              |
|                                                                                                    |                                                                | Criteri: 2               |
|                                                                                                    |                                                                | Codi estàndard: 2c-02-01 |
|                                                                                                    |                                                                | Data: Abril 2025         |

| Línia estratègica                                                    | Acció principal                                | Responsable   | 2025<br>-<br>2026 | 2027 | 2028 | Indicador (amb<br>llindar) | Fonts de<br>dades      | Tipus<br>indicador |
|----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|---------------|-------------------|------|------|----------------------------|------------------------|--------------------|
|                                                                      | Pla d'acció si compliment <80%                 | Comissió QSP  | ●                 | ●    | ●    | ≥80% accions implementades | Actes QSP              | Resultat           |
|                                                                      | Revisió trimestral disponibilitat dispensadors | Direcció      | ●                 | ●    | ●    | 100% punts operatius       | Registre revisió       | Estructura         |
|                                                                      | Vacunació professionals                        | Direcció      | ●                 | ●    | ●    | ≥75% vacunats              | Registre salut laboral | Procés / Resultat  |
| <b>8. Identificació del pacient i seguretat en procediments</b>      | Procediment doble identificació                | Direcció      | ●                 |      |      | 100% vigent                | Protocol               | Estructura         |
|                                                                      | Verificació registrada                         | Professionals | ●                 | ●    | ●    | ≥95% registres             | ECAP                   | Procés             |
|                                                                      | Incidències identificació                      | QSP           | ●                 | ●    | ●    | ≤0,5 / 1.000 actes         | SNISP Cat              | Resultat           |
| <b>9. Atenció centrada en la persona, participació i experiència</b> | Resultats PREMs                                | Direcció      | ●                 | ●    | ●    | ≥80% valoració positiva    | Enquestes              | Resultat           |
|                                                                      | Anàlisi reclamacions                           | Direcció      | ●                 | ●    | ●    | 100% analitzades           | Registre reclamacions  | Procés             |
|                                                                      | Accions millora derivades                      | QSP           | ●                 | ●    | ●    | ≥2 anuals                  | Actes                  | Procés             |
| <b>10. Formació, coneixement i comunicació en</b>                    | Formació anual QSP                             | Direcció      | ●                 | ●    | ●    | ≥90% professionals formats | Registre formació      | Procés             |

|                                                                                   |                                                                |                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--------------------------|
|  | <b>Pla de Qualitat i Seguretat<br/>dels Pacients 2025-2028</b> | Versió: 3.0              |
|                                                                                   |                                                                | Criteri: 2               |
|                                                                                   |                                                                | Codi estàndard: 2c-02-01 |
|                                                                                   |                                                                | Data: Abril 2025         |

| Línia estratègica                                                                                   | Acció principal                             | Responsable   | 2025<br>-<br>2026 | 2027 | 2028 | Indicador (amb<br>llindar) | Fonts de<br>dades  | Tipus<br>indicador |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------|-------------------|------|------|----------------------------|--------------------|--------------------|
| <b>qualitat i seguretat</b><br><br><b>11. Seguretat de la<br/>informació i<br/>confidencialitat</b> | Acollida nous professionals                 | Direcció      | •                 | •    | •    | 100% nous formats          | Document acollida  | Procés             |
|                                                                                                     | Procediment vigent                          | Direcció      | •                 |      |      | 100% vigent                | Document           | Estructura         |
|                                                                                                     | Formació anual confidencialitat             | Direcció      | •                 | •    | •    | ≥90% professionals formats | Registre formació  | Procés             |
|                                                                                                     | Incidents privacitat analitzats             | QSP           | •                 | •    | •    | 100% analitzats            | Registre incidents | Resultat           |
|                                                                                                     | Auditoria qualitat registre clínic          | QSP           | ●                 | ●    | ●    | ≥1 anual                   | Informe auditoria  | Procés             |
|                                                                                                     | Verificació al·lèrgies en pacients alt risc | Professionals | ●                 | ●    | ●    | ≥95% registrades           | ECAP               | Procés             |
|                                                                                                     | Actualització medicació activa polimedicats | Professionals | ●                 | ●    | ●    | ≥85% registrades           | ECAP               | Procés             |
| <b>12. Avaluació i<br/>millora contínua del<br/>Pla</b>                                             | Informe anual del Pla                       | Direcció      | •                 | •    | •    | 100% informe anual         | Informe oficial    | Estructura         |
|                                                                                                     | Grau assoliment                             | Direcció      | •                 | •    | •    | ≥75% primer                | Quadre             | Resultat           |

|                                                                                   |                                                                |                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--------------------------|
|  | <b>Pla de Qualitat i Seguretat<br/>dels Pacients 2025-2028</b> | Versió: 3.0              |
|                                                                                   |                                                                | Criteri: 2               |
|                                                                                   |                                                                | Codi estàndard: 2c-02-01 |
|                                                                                   |                                                                | Data: Abril 2025         |

| Línia estratègica | Acció principal                        | Responsable    | 2025<br>-<br>2026 | 2027 | 2028 | Indicador (amb<br>llindar) | Fonts de<br>dades              | Tipus<br>indicador |
|-------------------|----------------------------------------|----------------|-------------------|------|------|----------------------------|--------------------------------|--------------------|
|                   | global                                 |                |                   |      |      | any / ≥80% consolidat      | comandament                    |                    |
|                   | Revisió i aprovació formal             | Direcció       |                   |      | ●    | 100% revisió formal        | Actes Direcció                 | Estructura         |
|                   | Fitxa tècnica per cada indicador       | Referent QSP   | ●                 |      |      | 100% indicadors definits   | Document fitxes                | Estructura         |
|                   | Revisió trimestral quadre comandament  | Direcció / QSP | ●                 | ●    | ●    | ≥4 revisions anuals        | Actes QSP / Quadre comandament | Procés             |
|                   | Pla d'acció per desviacions (<30 dies) | QSP            | ●                 | ●    | ●    | ≥80% amb acció definida    | Plans de millora documentats   | Procés             |

|                                                                                                    |                                                                |                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--------------------------|
| <br>ABS Centelles | <b>Pla de Qualitat i Seguretat<br/>dels Pacients 2025-2028</b> | Versió: 3.0              |
|                                                                                                    |                                                                | Criteri: 2               |
|                                                                                                    |                                                                | Codi estàndard: 2c-02-01 |
|                                                                                                    |                                                                | Data: Abril 2025         |

## 11. Pla de comunicació en qualitat i seguretat dels pacients

L'EAP Osona Sud – Alt Congost, SLP estableix un Pla de comunicació amb l'objectiu de garantir la difusió, el coneixement i la comprensió del Pla de Qualitat i Seguretat dels Pacients entre els professionals del centre i la ciutadania.

El Pla de comunicació s'orienta a:

- Donar a conèixer la política, els objectius i les accions en qualitat i seguretat dels pacients.
- Promoure la cultura de seguretat i la notificació d'incidents en un entorn no punitiu.
- Facilitar la participació dels professionals i dels pacients en la millora contínua.
- Garantir la transparència i el retorn d'informació.

### 11.1. Àmbits de comunicació

- **Comunicació interna**, adreçada als professionals assistencials i no assistencials.
- **Comunicació externa**, adreçada a la ciutadania i als pacients atesos a l'ABS.

### 11.2. Canals i eines

- Reunions d'equip i sessions clíniques.
- Comunicacions internes (correu electrònic, intranet, taulers).
- Materials informatius per a pacients (cartelleria, fulletons).
- Web del centre i altres canals institucionals, quan escaigui.

### 11.3. Responsabilitats

La Direcció del centre i el/la Referent de Qualitat i Seguretat dels Pacients són responsables de la planificació, coordinació i seguiment del Pla de comunicació.

### 11.4. Seguiment i evidències

Les accions de comunicació es documenten mitjançant actes, materials difosos i registres, que constitueixen evidències en els processos d'acreditació.

|                                                                                                    |                                                                |                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--------------------------|
| <br>ABS Centelles | <b>Pla de Qualitat i Seguretat<br/>dels Pacients 2025-2028</b> | Versió: 3.0              |
|                                                                                                    |                                                                | Criteri: 2               |
|                                                                                                    |                                                                | Codi estàndard: 2c-02-01 |
|                                                                                                    |                                                                | Data: Abril 2025         |

## 12. Indicadors de seguiment i evidències d'acreditació

Els indicadors definits en el present Pla permeten fer el seguiment sistemàtic del grau d'implantació de les accions i constitueixen evidències objectives en els processos d'avaluació interna i d'acreditació del centre.

Els indicadors seleccionats cobreixen àmbits clau de la qualitat assistencial i la seguretat del pacient, i s'utilitzen de manera estructurada per a la presa de decisions i la millora contínua.

Entre els principals indicadors de seguiment s'inclouen:

- **Nombre d'incidents de seguretat del pacient notificats**, com a indicador de cultura de seguretat i aprenentatge organitzatiu.
- **Percentatge de pacients amb conciliació terapèutica realitzada**, com a indicador de seguretat en l'ús del medicament.
- **Nombre d'accions formatives en qualitat i seguretat dels pacients**, com a indicador de capacitació dels professionals.
- **Resultats d'enquestes de satisfacció, PREMs i PROMs relacionats amb la percepció de seguretat**, com a indicador d'experiència i participació del pacient.

El seguiment dels indicadors es realitza amb la periodicitat establerta, mitjançant les fonts de dades corporatives (ECAP, HC3, SNISP Cat i registres interns), i els resultats són analitzats en els espais de governança corresponents.

Els resultats obtinguts es documenten i s'utilitzen com a evidències d'acreditació, permetent identificar desviacions, definir accions de millora i avaluar l'efectivitat del Pla.

## 13. Revisió del Pla i millora contínua

El Pla de Qualitat i Seguretat dels Pacients és un document dinàmic, subjecte a revisió periòdica amb l'objectiu de garantir la seva adequació, eficàcia i alineació amb les necessitats del centre, els requisits del sistema sanitari públic i els criteris d'acreditació del CatSalut.

La revisió del Pla es realitza de manera sistemàtica amb una periodicitat mínima anual, i sempre que es produeixin canvis organitzatius rellevants, modificacions normatives o resultats que així ho recomanin.

El procés de revisió inclou:

|                                                                                                    |                                                                |                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--------------------------|
| <br>ABS Centelles | <b>Pla de Qualitat i Seguretat<br/>dels Pacients 2025-2028</b> | Versió: 3.0              |
|                                                                                                    |                                                                | Criteri: 2               |
|                                                                                                    |                                                                | Codi estàndard: 2c-02-01 |
|                                                                                                    |                                                                | Data: Abril 2025         |

- L'anàlisi dels resultats dels indicadors de qualitat i seguretat dels pacients.
- L'avaluació del grau d'assoliment dels objectius i de la implantació de les accions.
- La revisió dels incidents notificats i de les accions de millora derivades.
- La incorporació de les aportacions dels professionals i de la ciutadania, quan escaigui.

Les conclusions de la revisió donen lloc, si escau, a la definició de noves accions de millora, a la modificació dels objectius o a l'actualització del Pla.

La Direcció del centre valida les revisions i actualitzacions del Pla, que queden degudament documentades mitjançant actes, informes i versions actualitzades, constituint evidències en els processos d'avaluació i acreditació.

Aquest enfocament garanteix l'aplicació del cicle de millora contínua (PDCA) en el sistema de qualitat i seguretat dels pacients de l'EAP.

## 14. Relació amb criteris d'acreditació estàndard Atenció Primària CatSalut

El present Pla de Qualitat i Seguretat dels Pacients dona resposta als àmbits d'avaluació del procés d'acreditació estàndard d'Atenció Primària del Servei Català de la Salut (CatSalut), i contribueix de manera directa al compliment dels criteris establerts.

En particular, el Pla s'alinea amb els àmbits següents:

- **Lideratge i govern clínic**, mitjançant la definició de la política, l'organització, les responsabilitats i el lideratge de la Direcció.
- **Gestió de la qualitat i la seguretat del pacient**, a través de la planificació estratègica, el desplegament d'accions i el seguiment mitjançant indicadors.
- **Gestió del risc i millora contínua**, mitjançant l'ús d'eines de gestió proactiva i reactiva (PROSP Cat i SNISP Cat) i l'aplicació del cicle de millora contínua.
- **Participació del pacient i atenció centrada en la persona**, mitjançant la incorporació de la veu del pacient i la millora de l'experiència assistencial.
- **Formació i competència dels professionals**, mitjançant accions formatives estructurades i continuades.

|                                                                                   |                                                                |                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--------------------------|
|  | <b>Pla de Qualitat i Seguretat<br/>dels Pacients 2025-2028</b> | Versió: 3.0              |
|                                                                                   |                                                                | Criteri: 2               |
|                                                                                   |                                                                | Codi estàndard: 2c-02-01 |
|                                                                                   |                                                                | Data: Abril 2025         |

Les accions, indicadors, registres, informes i resultats derivats del Pla constitueixen evidències documentals objectives i verificables en els processos d'avaluació interna i d'acreditació estàndard d'Atenció Primària del CatSalut del centre.

## **15. Resolució d'aprovació del Comitè de Direcció (Plenari).**

El Comitè de Direcció de l'EAP Osona Sud – Alt Congost, SLP, reunit en sessió ordinària celebrada en data 29.05.2026, després d'analitzar el contingut del Pla de Qualitat i Seguretat dels Pacients 2025–2028, acorda aprovar-lo com a document marc de referència per al desplegament, seguiment i avaluació de les polítiques de qualitat i seguretat dels pacients de l'entitat.

Així mateix, s'encomana a la Direcció i a la Comissió de Qualitat i Seguretat dels Pacients la responsabilitat del seu desplegament i revisió anual.

Centelles, 25 d'Abril de 2025.

Dr. Ramon Vilatimó Pujal.

Gerent

EAP OSONA SUD-ALT CONGOST SLP.

|                                                                                                    |                                                                |                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--------------------------|
| <br>ABS Centelles | <b>Pla de Qualitat i Seguretat<br/>dels Pacients 2025-2028</b> | Versió: 3.0              |
|                                                                                                    |                                                                | Criteri: 2               |
|                                                                                                    |                                                                | Codi estàndard: 2c-02-01 |
|                                                                                                    |                                                                | Data: Abril 2025         |

## Annex 1. Fitxes tècniques dels indicadors prioritaris

En el marc del Pla de Qualitat i Seguretat del Pacient 2025–2028, l'EAP Osona Sud – Alt Congost, SLP estableix un conjunt de 11 indicadors prioritaris orientats al seguiment estructurat dels riscos assistencials, la cultura de seguretat i la millora contínua.

Amb l'objectiu de garantir la traçabilitat, la rigorositat metodològica i la coherència en el càlcul i interpretació dels resultats, es formalitzen les fitxes tècniques dels indicadors prioritaris, que defineixen de manera explícita:

- La definició operativa de cada indicador
- El numerador i denominador
- La fórmula de càlcul
- La font de dades
- La periodicitat de mesura
- El responsable
- El líndar o estàndard de referència
- Les accions previstes en cas de desviació

Aquest annex reforça la governança del sistema d'indicadors, assegura l'homogeneïtat en el seguiment temporal i facilita l'avaluació interna i els processos d'acreditació.

Les fitxes tècniques s'apliquen als indicadors considerats crítics per al control del risc assistencial i per a la consolidació del model de seguretat del pacient del centre.

### LÍNIA ESTRATÈGICA 1. Cultura de qualitat i seguretat

#### INDICADOR PRIORITZAT: Percentatge de participació professional en MOSPS

Tipus: Procés / Resultat

Fórmula:  $(\text{Professionals que completen MOSPS} / \text{Total professionals}) \times 100$

Font: Informe MOSPS

Periodicitat: Biennal

Responsable: Comissió QSP

Líndar:  $\geq 70\%$

|                                                                                                    |                                                                |                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--------------------------|
| <br>ABS Centelles | <b>Pla de Qualitat i Seguretat<br/>dels Pacients 2025-2028</b> | Versió: 3.0              |
|                                                                                                    |                                                                | Criteri: 2               |
|                                                                                                    |                                                                | Codi estàndard: 2c-02-01 |
|                                                                                                    |                                                                | Data: Abril 2025         |

### **LÍNIA ESTRATÈGICA 3. Seguretat en l'ús del medicament**

#### **INDICARDOR PRIORITZAT: Percentatge de pacients fràgils amb conciliació terapèutica realitzada**

Tipus: Procés

Fórmula:  $(\text{Pacients amb conciliació registrada} / \text{Total pacients fràgils}) \times 100$

Font: ECAP / HC3

Periodicitat: Trimestral

Responsable: Referent QSP

Llindar:  $\geq 80\%$

#### **INDICARDOR PRIORITZAT: Percentatge de pacients amb medicació d'alt risc revisada anualment**

Tipus: Procés

Fórmula:  $(\text{Pacients alt risc revisats} / \text{Total pacients amb medicació alt risc}) \times 100$

Font: ECAP

Periodicitat: Anual

Responsable: Direcció assistencial

Llindar:  $\geq 80\%$

### **LÍNIA ESTRATÈGICA 4. Notificació, anàlisi i aprenentatge dels incidents**

#### **INDICARDOR PRIORITZAT: Percentatge d'incidentes notificats analitzats**

Tipus: Procés

Fórmula:  $(\text{Incidents amb anàlisi formal} / \text{Total incidents notificats}) \times 100$

Font: SNISP Cat

Periodicitat: Trimestral

Responsable: Referent QSP

Llindar:  $\geq 90\%$  totals / 100% rellevants

|                                                                                                    |                                                                |                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--------------------------|
| <br>ABS Centelles | <b>Pla de Qualitat i Seguretat<br/>dels Pacients 2025-2028</b> | Versió: 3.0              |
|                                                                                                    |                                                                | Criteri: 2               |
|                                                                                                    |                                                                | Codi estàndard: 2c-02-01 |
|                                                                                                    |                                                                | Data: Abril 2025         |

**INDICARDOR PRIORITZAT:** Percentatge d'incidents amb acció correctora implementada

Tipus: Resultat

Fórmula:  $(\text{Incidents amb acció implementada} / \text{Incidents amb acció definida}) \times 100$

Font: SNISP Cat / Actes QSP

Periodicitat: Trimestral

Responsable: Referent QSP

Llindar:  $\geq 80\%$

**INDICARDOR PRIORITZAT: Percentatge d'esdeveniments sentinella amb anàlisi de causes arrel (RCA) realitzada**

Tipus: Procés

Fórmula:  $(\text{Esdeveniments sentinella amb RCA} / \text{Total esdeveniments sentinella}) \times 100$

Font: SNISP Cat / Informe RCA / Actes QSP

Periodicitat: Anual

Responsable: Referent QSP (validació Direcció)

Llindar: 100%

## **LÍNIA ESTRATÈGICA 5. Seguretat diagnòstica**

**INDICARDOR PRIORITZAT: Percentatge de resultats crítics comunicats dins del termini establert**

Tipus: Procés / Resultat

Fórmula:  $(\text{Resultats crítics comunicats dins termini} / \text{Total resultats crítics}) \times 100$

Font: ECAP / Auditoria interna

Periodicitat: Trimestral

Responsable: Referent QSP

Llindar:  $\geq 95\%$

|                                                                                                    |                                                                |                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--------------------------|
| <br>ABS Centelles | <b>Pla de Qualitat i Seguretat<br/>dels Pacients 2025-2028</b> | Versió: 3.0              |
|                                                                                                    |                                                                | Criteri: 2               |
|                                                                                                    |                                                                | Codi estàndard: 2c-02-01 |
|                                                                                                    |                                                                | Data: Abril 2025         |

**INDICARDOR PRIORITZAT: Percentatge de proves complementàries revisades dins termini**

Tipus: Procés

Fórmula:  $(\text{Proves revisades dins termini} / \text{Total proves sol·licitades}) \times 100$

Font: ECAP

Periodicitat: Trimestral

Responsable: Direcció assistencial

Llindar:  $\geq 90\%$

**LÍNIA ESTRATÈGICA 6. Continuïtat assistencial**

**INDICARDOR PRIORITZAT: Percentatge de conciliacions post-alta realitzades dins termini**

Tipus: Procés

Fórmula:  $(\text{Conciliacions dins termini} / \text{Total altes prioritzades}) \times 100$

Font: ECAP / HC3

Periodicitat: Trimestral

Responsable: Professionals referents

Llindar:  $\geq 80\%$

**LÍNIA ESTRATÈGICA 8. Identificació del pacient**

**INDICARDOR PRIORITZAT: Percentatge de procediments amb doble identificació registrada**

Tipus: Procés

Fórmula:  $(\text{Procediments amb verificació registrada} / \text{Total procediments que requereixen identificació}) \times 100$

Font: ECAP

Periodicitat: Trimestral

Responsable: Direcció assistencial

Llindar:  $\geq 95\%$

|                                                                                   |                                                                |                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--------------------------|
|  | <b>Pla de Qualitat i Seguretat<br/>dels Pacients 2025-2028</b> | Versió: 3.0              |
|                                                                                   |                                                                | Criteri: 2               |
|                                                                                   |                                                                | Codi estàndard: 2c-02-01 |
|                                                                                   |                                                                | Data: Abril 2025         |

## **LÍNIA ESTRATÈGICA 12. Avaluació i millora contínua**

**INDICADOR PRIORITZAT:** Percentatge de desviacions amb pla d'acció definit en ≤30 dies

Tipus: Procés / Resultat

Fórmula: (Desviacions amb pla ≤30 dies / Total desviacions detectades) × 100

Font: Quadre de comandament / Actes QSP

Periodicitat: Trimestral

Responsable: Direcció / Referent QSP

Llindar: ≥80%

|                                                                                                    |                                                                |                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--------------------------|
| <br>ABS Centelles | <b>Pla de Qualitat i Seguretat<br/>dels Pacients 2025-2028</b> | Versió: 3.0              |
|                                                                                                    |                                                                | Criteri: 2               |
|                                                                                                    |                                                                | Codi estàndard: 2c-02-01 |
|                                                                                                    |                                                                | Data: Abril 2025         |

## ANNEX 2. MATRIU DE TRAÇABILITAT ENTRE RISCOS PRIORITARIS, LÍNIES ESTRATÈGIQUES I INDICADORS

| Risc prioritari identificat                                 | Línia estratègica vinculada                | Accions principals                                                             | Indicadors prioritaris associats                                                                                               |
|-------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Errors de medicació</b>                                  | Línia 3 – Seguretat en l'ús del medicament | Conciliació, revisió polimedicació, llistat alt risc, RCA incidents greus      | - % conciliació fràgils ≥80% - % medicació alt risc revisada ≥80%<br>- % incidents analitzats ≥90% - % sentinella amb RCA 100% |
| <b>Retard o error diagnòstic</b>                            | Línia 5 – Seguretat diagnòstica            | Protocol resultats crítics, control proves pendents, auditoria diagnòstica     | - % resultats crítics comunicats ≥95% - % proves revisades ≥90%                                                                |
| <b>Dificultats en transicions assistencials</b>             | Línia 6 – Continuitat assistencial         | Protocol conciliació post-alta, seguiment dins termini, handover intern        | - % conciliacions post-alta ≥80%                                                                                               |
| <b>Pressió assistencial i sobrecàrrega</b>                  | Línia 2 – Gestió proactiva del risc        | Incorporació pressió assistencial al mapa de riscos, definició llindars agenda | - Valoració anual documentada - % superacions amb acció correctora ≥80%                                                        |
| <b>Errors d'identificació del pacient</b>                   | Línia 8 – Identificació segura             | Procediment doble identificació, registre verificació                          | - % procediments amb doble identificació ≥95%                                                                                  |
| <b>Incidents no notificats / baixa cultura de seguretat</b> | Línia 1 i 4 – Cultura i notificació        | MOSPS, promoció notificació, anàlisi sistemàtica                               | - % participació MOSPS ≥70% - % incidents analitzats ≥90%                                                                      |
| <b>Esdeveniments sentinella</b>                             | Línia 4 – Gestió reactiva                  | Activació protocol resposta, RCA formal                                        | - % sentinella amb RCA 100%                                                                                                    |
| <b>Resultats no revisats o no comunicats</b>                | Línia 5 – Seguretat diagnòstica            | Circuit proves pendents, control periòdic                                      | - % proves revisades ≥90% - Tendència decreixent proves pendents                                                               |
| <b>Errors en registre clínic (al·lèrgies, medicació)</b>    | Línia 11 – Seguretat de la informació      | Auditoria registre, verificació al·lèrgies                                     | - % al·lèrgies correctament registrades ≥95% - % medicació activa                                                              |

|                                                                                                    |                                                                |                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--------------------------|
| <br>ABS Centelles | <b>Pla de Qualitat i Seguretat<br/>dels Pacients 2025-2028</b> | Versió: 3.0              |
|                                                                                                    |                                                                | Criteri: 2               |
|                                                                                                    |                                                                | Codi estàndard: 2c-02-01 |
|                                                                                                    |                                                                | Data: Abril 2025         |

| Risc prioritari<br>identificat           | Línia<br>estratègica<br>vinculada                | Accions<br>principals                  | Indicadors prioritaris<br>associats      |
|------------------------------------------|--------------------------------------------------|----------------------------------------|------------------------------------------|
|                                          |                                                  |                                        | actualitzada ≥85%                        |
| Desviacions no<br>gestionades del<br>Pla | Línia 12 –<br>Avaluació i<br>millora<br>contínua | Revisió trimestral,<br>sistema semàfor | - % desviacions amb<br>pla ≤30 dies ≥80% |

|                                                                                                    |                                                                |                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--------------------------|
| <br>ABS Centelles | <b>Pla de Qualitat i Seguretat<br/>dels Pacients 2025-2028</b> | Versió: 3.0              |
|                                                                                                    |                                                                | Criteri: 2               |
|                                                                                                    |                                                                | Codi estàndard: 2c-02-01 |
|                                                                                                    |                                                                | Data: Abril 2025         |

## Annex 3. Avaluació de la cultura de seguretat del pacient mitjançant el qüestionari MOSPS.

### 1. Objectiu de l'annex

Aquest annex té com a objectiu incorporar com a instrument de referència del *Pla de Qualitat i Seguretat dels Pacients 2025–2028* de l'EAP Osona Sud – Alt Congost, SLP, el **qüestionari Medical Office Survey on Patient Safety Culture (MOSPS)**, amb la finalitat d'explorar de manera sistemàtica la percepció dels professionals del centre de salut sobre la cultura de seguretat del pacient (SP), identificar àrees de millora i monitoritzar l'evolució temporal de la cultura de seguretat.

Així mateix, es descriu la valoració de la incorporació de preguntes addicionals adaptades al context actual de l'atenció primària i a les línies estratègiques del present Pla.

### 2. Descripció del qüestionari MOSPS

El *Medical Office Survey on Patient Safety Culture (MOSPS)* és un instrument desenvolupat per l'**Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)** i adaptat, traduït i validat al context de l'atenció primària espanyola pel Ministeri de Sanitat, amb adequades propietats psicomètriques.

El qüestionari permet avaluar la cultura de seguretat del pacient des de la perspectiva tant dels professionals sanitaris com del personal no sanitari, i està dissenyat per facilitar:

- L'avaluació inicial de la cultura de seguretat.
- El seguiment periòdic i la monitorització dels canvis al llarg del temps.
- La comparació interna entre dispositius i externa amb altres organitzacions.

La versió espanyola modificada del MOSPS consta de **62 ítems**, agrupats en **9 seccions** i **13 dimensions**, que aborden aspectes clau de la seguretat del pacient en l'àmbit de l'atenció primària.

### 3. Dimensions avaluades pel MOSPS

El qüestionari MOSPS avalua, entre d'altres, les dimensions següents:

- Aspectes relacionats amb la seguretat del pacient i la qualitat assistencial.
- Intercanvi d'informació amb altres dispositius assistencials.

|                                                                                                    |                                                                |                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--------------------------|
| <br>ABS Centelles | <b>Pla de Qualitat i Seguretat<br/>dels Pacients 2025-2028</b> | Versió: 3.0              |
|                                                                                                    |                                                                | Criteri: 2               |
|                                                                                                    |                                                                | Codi estàndard: 2c-02-01 |
|                                                                                                    |                                                                | Data: Abril 2025         |

- Treball en equip.
- Ritme i càrrega de treball.
- Formació del personal sanitari i no sanitari.
- Procediments establerts en el centre.
- Comunicació franca i oberta.
- Comunicació i aprenentatge a partir de l'error.
- Seguiment de l'atenció als pacients.
- Suport de la direcció i dels responsables del centre a la seguretat del pacient.
- Aprenentatge organitzacional.
- Percepcions generals sobre la seguretat del pacient i la qualitat.

Aquestes dimensions s'alineen directament amb les línies estratègiques del Pla, especialment amb la **Línia 2 (Cultura de seguretat i participació dels professionals)** i la **Línia 4 (Gestió reactiva: notificació, anàlisi i aprenentatge)**.

#### 4. Metodologia d'aplicació a l'EAP Osona Sud – Alt Congost

El MOSPS s'utilitzarà com a eina estructurada d'avaluació de la cultura de seguretat del pacient, amb les característiques següents:

- **Periodicitat:** aplicació inicial durant el període 2025-2026 i repetició, com a mínim, cada dos anys (2028).
- **Població diana:** tots els professionals del centre (sanitaris i no sanitaris).
- **Caràcter:** anònim, voluntari i no punitiu.
- **Ús dels resultats:**
  - o Anàlisi agregada per la Comissió de Qualitat i Seguretat dels Pacients.
  - o Retorn dels resultats als professionals.
  - o Definició d'accions de millora específiques i mesurables.
  - o Incorporació dels resultats als informes anuals de seguiment del Pla.

|                                                                                                    |                                                                |                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--------------------------|
| <br>ABS Centelles | <b>Pla de Qualitat i Seguretat<br/>dels Pacients 2025-2028</b> | Versió: 3.0              |
|                                                                                                    |                                                                | Criteri: 2               |
|                                                                                                    |                                                                | Codi estàndard: 2c-02-01 |
|                                                                                                    |                                                                | Data: Abril 2025         |

## 5. Utilització dels resultats

Els resultats obtinguts del MOSPS i del mòdul addicional serviran per:

- Identificar fortaleeses i àrees de millora en la cultura de seguretat.
- Prioritzar accions formatives i organitzatives.
- Avaluar l'impacte de les accions del Pla de Qualitat i Seguretat dels Pacients.
- Reforçar una cultura de seguretat basada en l'aprenentatge i la millora contínua.

## 6. Documentació annexa

S'adjunta com a part integrant d'aquest annex:

- Qüestionari **MOSPS – versió espanyola modificada**, validada per al seu ús en atenció primària.

Aquest annex forma part inseparable del *Pla de Qualitat i Seguretat dels Pacients 2025–2028 de l'EAP Osona Sud – Alt Congost, SLP*.

|                                                                                                    |                                                                |                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--------------------------|
| <br>ABS Centelles | <b>Pla de Qualitat i Seguretat<br/>dels Pacients 2025-2028</b> | Versió: 3.0              |
|                                                                                                    |                                                                | Criteri: 2               |
|                                                                                                    |                                                                | Codi estàndard: 2c-02-01 |
|                                                                                                    |                                                                | Data: Abril 2025         |

## VI.3. Anexo 3: Cuestionario MOSPS. Versión española modificada

Encuesta sobre seguridad del paciente en atención primaria. versión española modificada del medical office survey on patient safety culture (MOSPS)

### Instrucciones para cumplimentar la encuesta

- Piense en cómo se hacen las cosas en su centro de salud/consultorio y dénos su opinión sobre los aspectos que afectan a la seguridad y calidad de los cuidados que se dispensan a los pacientes.
- En esta encuesta, el término profesional sanitario hace referencia a los médicos, médicos residentes y enfermeras. El término personal no sanitario hace referencia al resto de los trabajadores del centro (administrativos, trabajadores sociales,...). El término personal o equipo hace referencia al conjunto de las personas que trabajan en el centro de salud.
- Si alguna pregunta no le afecta o no sabe responderla, por favor, marque “No lo sé/ No procede”.
- Si usted trabaja en más de una consulta o ubicación para su población asignada, cuando responda este cuestionario, hágalo atendiendo únicamente a los hechos del lugar donde pasa la consulta la mayor parte del tiempo.

|                                                                                                    |                                                                |                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--------------------------|
| <br>ABS Centelles | <b>Pla de Qualitat i Seguretat<br/>dels Pacients 2025-2028</b> | Versió: 3.0              |
|                                                                                                    |                                                                | Criteri: 2               |
|                                                                                                    |                                                                | Codi estàndard: 2c-02-01 |
|                                                                                                    |                                                                | Data: Abril 2025         |

## Sección A: listado de aspectos relacionados con la seguridad del paciente y la calidad

Los siguientes enunciados describen hechos que pueden ocurrir en el día a día del centro de salud/consultorio y que afectan a la seguridad de los pacientes y a la calidad asistencial. En su opinión, ¿con qué frecuencia han ocurrido los siguientes hechos en su centro de salud/consultorio en los últimos doce meses?

|                                                                                                           |                                      |                                       |                                       |                                                               |                                                                  |                                                     |                                                |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| <b>Acceso a la atención sanitaria</b>                                                                     |                                      |                                       |                                       |                                                               |                                                                  |                                                     |                                                |
| Se utilizó la historia clínica de otro paciente.                                                          | <input type="checkbox"/> Diariamente | <input type="checkbox"/> Semanalmente | <input type="checkbox"/> Mensualmente | <input type="checkbox"/> Varias veces en los últimos 12 meses | <input type="checkbox"/> Una o dos veces en los últimos 12 meses | <input type="checkbox"/> Ninguna vez en los últimos | <input type="checkbox"/> No lo sé / no procede |
| <b>Identificación del paciente</b>                                                                        |                                      |                                       |                                       |                                                               |                                                                  |                                                     |                                                |
| Se utilizó la historia clínica de otro paciente.                                                          | <input type="checkbox"/> Diariamente | <input type="checkbox"/> Semanalmente | <input type="checkbox"/> Mensualmente | <input type="checkbox"/> Varias veces en los últimos 12 meses | <input type="checkbox"/> Una o dos veces en los últimos 12 meses | <input type="checkbox"/> Ninguna vez en los últimos | <input type="checkbox"/> No lo sé / no procede |
| <b>Historias clínicas</b>                                                                                 |                                      |                                       |                                       |                                                               |                                                                  |                                                     |                                                |
| La historia clínica del paciente no estaba disponible cuando se precisó.                                  | <input type="checkbox"/> Diariamente | <input type="checkbox"/> Semanalmente | <input type="checkbox"/> Mensualmente | <input type="checkbox"/> Varias veces en los últimos 12 meses | <input type="checkbox"/> Una o dos veces en los últimos 12 meses | <input type="checkbox"/> Ninguna vez en los últimos | <input type="checkbox"/> No lo sé / no procede |
| La información clínica se archivó en la historia clínica de otro paciente.                                | <input type="checkbox"/> Diariamente | <input type="checkbox"/> Semanalmente | <input type="checkbox"/> Mensualmente | <input type="checkbox"/> Varias veces en los últimos 12 meses | <input type="checkbox"/> Una o dos veces en los últimos 12 meses | <input type="checkbox"/> Ninguna vez en los últimos | <input type="checkbox"/> No lo sé / no procede |
| <b>Equipamiento médico</b>                                                                                |                                      |                                       |                                       |                                                               |                                                                  |                                                     |                                                |
| El equipamiento médico no funcionó adecuadamente, precisaba reparación o sustitución.                     | <input type="checkbox"/> Diariamente | <input type="checkbox"/> Semanalmente | <input type="checkbox"/> Mensualmente | <input type="checkbox"/> Varias veces en los últimos 12 meses | <input type="checkbox"/> Una o dos veces en los últimos 12 meses | <input type="checkbox"/> Ninguna vez en los últimos | <input type="checkbox"/> No lo sé / no procede |
| <b>Medicación</b>                                                                                         |                                      |                                       |                                       |                                                               |                                                                  |                                                     |                                                |
| Una oficina de farmacia contactó con el centro o la consulta para clarificar o corregir una prescripción. | <input type="checkbox"/> Diariamente | <input type="checkbox"/> Semanalmente | <input type="checkbox"/> Mensualmente | <input type="checkbox"/> Varias veces en los últimos 12 meses | <input type="checkbox"/> Una o dos veces en los últimos 12 meses | <input type="checkbox"/> Ninguna vez en los últimos | <input type="checkbox"/> No lo sé / no procede |
| La lista de medicación del paciente no se supervisó durante la consulta.                                  | <input type="checkbox"/> Diariamente | <input type="checkbox"/> Semanalmente | <input type="checkbox"/> Mensualmente | <input type="checkbox"/> Varias veces en los últimos 12 meses | <input type="checkbox"/> Una o dos veces en los últimos 12 meses | <input type="checkbox"/> Ninguna vez en los últimos | <input type="checkbox"/> No lo sé / no procede |
| <b>Diagnósticos y pruebas complementarias</b>                                                             |                                      |                                       |                                       |                                                               |                                                                  |                                                     |                                                |
| Los resultados de algunas pruebas de laboratorio o de imagen no estaban disponibles cuando se precisaron. | <input type="checkbox"/> Diariamente | <input type="checkbox"/> Semanalmente | <input type="checkbox"/> Mensualmente | <input type="checkbox"/> Varias veces en los últimos 12 meses | <input type="checkbox"/> Una o dos veces en los últimos 12 meses | <input type="checkbox"/> Ninguna vez en los últimos | <input type="checkbox"/> No lo sé / no procede |
| Un resultado crítico anormal en alguna prueba de laboratorio o de imagen no fue supervisado en el día.    | <input type="checkbox"/> Diariamente | <input type="checkbox"/> Semanalmente | <input type="checkbox"/> Mensualmente | <input type="checkbox"/> Varias veces en los últimos 12 meses | <input type="checkbox"/> Una o dos veces en los últimos 12 meses | <input type="checkbox"/> Ninguna vez en los últimos | <input type="checkbox"/> No lo sé / no procede |

## Sección B: intercambio de información con otros dispositivos asistenciales

En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia ha tenido problemas en su centro para intercambiar información precisa, completa, adecuada y oportuna, con cada uno de los siguientes dispositivos asistenciales?

|                                                                                                       |                                      |                                       |                                       |                                                               |                                                                  |                                                     |                                                |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| Problemas con servicios externos de pruebas complementarias (laboratorio, diagnóstico por imagen...). | <input type="checkbox"/> Diariamente | <input type="checkbox"/> Semanalmente | <input type="checkbox"/> Mensualmente | <input type="checkbox"/> Varies veces en los últimos 12 meses | <input type="checkbox"/> Una o dos veces en los últimos 12 meses | <input type="checkbox"/> Ninguna vez en los últimos | <input type="checkbox"/> No lo sé / no procede |
| Problemas con otras consultas médicas fuera del centro.                                               | <input type="checkbox"/> Diariamente | <input type="checkbox"/> Semanalmente | <input type="checkbox"/> Mensualmente | <input type="checkbox"/> Varies veces en los últimos 12 meses | <input type="checkbox"/> Una o dos veces en los últimos 12 meses | <input type="checkbox"/> Ninguna vez en los últimos | <input type="checkbox"/> No lo sé / no procede |
| Problemas con oficinas de farmacia                                                                    | <input type="checkbox"/> Diariamente | <input type="checkbox"/> Semanalmente | <input type="checkbox"/> Mensualmente | <input type="checkbox"/> Varies veces en los últimos 12 meses | <input type="checkbox"/> Una o dos veces en los últimos 12 meses | <input type="checkbox"/> Ninguna vez en los últimos | <input type="checkbox"/> No lo sé / no procede |
| Problemas con hospitales                                                                              | <input type="checkbox"/> Diariamente | <input type="checkbox"/> Semanalmente | <input type="checkbox"/> Mensualmente | <input type="checkbox"/> Varies veces en los últimos 12 meses | <input type="checkbox"/> Una o dos veces en los últimos 12 meses | <input type="checkbox"/> Ninguna vez en los últimos | <input type="checkbox"/> No lo sé / no procede |

## Sección C: trabajando en el centro de salud

¿Cuál es su grado de acuerdo con los siguientes enunciados?:

|                                                                                                              |                                            |                                        |                                                         |                                     |                                         |                                                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|----------------------------------------|---------------------------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------------|------------------------------------------------|
| Cuando alguien tiene excesivo trabajo los compañeros le ayudan.                                              | <input type="checkbox"/> Muy en desacuerdo | <input type="checkbox"/> En desacuerdo | <input type="checkbox"/> Ni de acuerdo ni en desacuerdo | <input type="checkbox"/> De acuerdo | <input type="checkbox"/> Muy de acuerdo | <input type="checkbox"/> No lo sé / no procede |
| En este centro hay un buen ambiente de trabajo entre los componentes del equipo.                             | <input type="checkbox"/> Muy en desacuerdo | <input type="checkbox"/> En desacuerdo | <input type="checkbox"/> Ni de acuerdo ni en desacuerdo | <input type="checkbox"/> De acuerdo | <input type="checkbox"/> Muy de acuerdo | <input type="checkbox"/> No lo sé / no procede |
| En este centro, sentimos que atendemos con prisas a los pacientes.                                           | <input type="checkbox"/> Muy en desacuerdo | <input type="checkbox"/> En desacuerdo | <input type="checkbox"/> Ni de acuerdo ni en desacuerdo | <input type="checkbox"/> De acuerdo | <input type="checkbox"/> Muy de acuerdo | <input type="checkbox"/> No lo sé / no procede |
| Este centro forma a su personal no sanitario en los nuevos procedimientos de trabajo que se ponen en marcha. | <input type="checkbox"/> Muy en desacuerdo | <input type="checkbox"/> En desacuerdo | <input type="checkbox"/> Ni de acuerdo ni en desacuerdo | <input type="checkbox"/> De acuerdo | <input type="checkbox"/> Muy de acuerdo | <input type="checkbox"/> No lo sé / no procede |
| En este centro, nos tratamos mutuamente con respeto.                                                         | <input type="checkbox"/> Muy en desacuerdo | <input type="checkbox"/> En desacuerdo | <input type="checkbox"/> Ni de acuerdo ni en desacuerdo | <input type="checkbox"/> De acuerdo | <input type="checkbox"/> Muy de acuerdo | <input type="checkbox"/> No lo sé / no procede |
| Tenemos demasiados pacientes asignados para el número de profesionales sanitarios que tiene el centro.       | <input type="checkbox"/> Muy en desacuerdo | <input type="checkbox"/> En desacuerdo | <input type="checkbox"/> Ni de acuerdo ni en desacuerdo | <input type="checkbox"/> De acuerdo | <input type="checkbox"/> Muy de acuerdo | <input type="checkbox"/> No lo sé / no procede |
| En este centro se asegura que el personal no sanitario tenga la formación necesaria para su trabajo.         | <input type="checkbox"/> Muy en desacuerdo | <input type="checkbox"/> En desacuerdo | <input type="checkbox"/> Ni de acuerdo ni en desacuerdo | <input type="checkbox"/> De acuerdo | <input type="checkbox"/> Muy de acuerdo | <input type="checkbox"/> No lo sé / no procede |

|                                                                                                    |                                                                |                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--------------------------|
| <br>ABS Centelles | <b>Pla de Qualitat i Seguretat<br/>dels Pacients 2025-2028</b> | Versió: 3.0              |
|                                                                                                    |                                                                | Criteri: 2               |
|                                                                                                    |                                                                | Codi estàndard: 2c-02-01 |
|                                                                                                    |                                                                | Data: Abril 2025         |

|                                                                                                           |                                               |                                           |                                                            |                                        |                                            |                                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|-------------------------------------------|------------------------------------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| Este centro está más desorganizado de lo que debiera.                                                     | <input type="checkbox"/><br>Muy en desacuerdo | <input type="checkbox"/><br>En desacuerdo | <input type="checkbox"/><br>Ni de acuerdo ni en desacuerdo | <input type="checkbox"/><br>De acuerdo | <input type="checkbox"/><br>Muy de acuerdo | <input type="checkbox"/><br>No lo sé / no procede |
| Tenemos procedimientos adecuados para evaluar que el trabajo en el centro se ha realizado correctamente.  | <input type="checkbox"/><br>Muy en desacuerdo | <input type="checkbox"/><br>En desacuerdo | <input type="checkbox"/><br>Ni de acuerdo ni en desacuerdo | <input type="checkbox"/><br>De acuerdo | <input type="checkbox"/><br>Muy de acuerdo | <input type="checkbox"/><br>No lo sé / no procede |
| Al personal no sanitario se le pide realizar tareas para las que no ha sido formado.                      | <input type="checkbox"/><br>Muy en desacuerdo | <input type="checkbox"/><br>En desacuerdo | <input type="checkbox"/><br>Ni de acuerdo ni en desacuerdo | <input type="checkbox"/><br>De acuerdo | <input type="checkbox"/><br>Muy de acuerdo | <input type="checkbox"/><br>No lo sé / no procede |
| Tenemos suficiente personal no sanitario para manejar la carga de trabajo de los pacientes.               | <input type="checkbox"/><br>Muy en desacuerdo | <input type="checkbox"/><br>En desacuerdo | <input type="checkbox"/><br>Ni de acuerdo ni en desacuerdo | <input type="checkbox"/><br>De acuerdo | <input type="checkbox"/><br>Muy de acuerdo | <input type="checkbox"/><br>No lo sé / no procede |
| En este centro tenemos problemas con la organización y distribución del trabajo.                          | <input type="checkbox"/><br>Muy en desacuerdo | <input type="checkbox"/><br>En desacuerdo | <input type="checkbox"/><br>Ni de acuerdo ni en desacuerdo | <input type="checkbox"/><br>De acuerdo | <input type="checkbox"/><br>Muy de acuerdo | <input type="checkbox"/><br>No lo sé / no procede |
| Este centro promueve el trabajo en equipo para el cuidado de los pacientes.                               | <input type="checkbox"/><br>Muy en desacuerdo | <input type="checkbox"/><br>En desacuerdo | <input type="checkbox"/><br>Ni de acuerdo ni en desacuerdo | <input type="checkbox"/><br>De acuerdo | <input type="checkbox"/><br>Muy de acuerdo | <input type="checkbox"/><br>No lo sé / no procede |
| Este centro tiene demasiados pacientes para hacer frente a todo de forma eficiente.                       | <input type="checkbox"/><br>Muy en desacuerdo | <input type="checkbox"/><br>En desacuerdo | <input type="checkbox"/><br>Ni de acuerdo ni en desacuerdo | <input type="checkbox"/><br>De acuerdo | <input type="checkbox"/><br>Muy de acuerdo | <input type="checkbox"/><br>No lo sé / no procede |
| El personal no sanitario del centro realiza sus tareas según los procedimientos que tienen establecidos.  | <input type="checkbox"/><br>Muy en desacuerdo | <input type="checkbox"/><br>En desacuerdo | <input type="checkbox"/><br>Ni de acuerdo ni en desacuerdo | <input type="checkbox"/><br>De acuerdo | <input type="checkbox"/><br>Muy de acuerdo | <input type="checkbox"/><br>No lo sé / no procede |
| Este centro forma a su personal sanitario en los nuevos procedimientos de trabajo que se ponen en marcha. | <input type="checkbox"/><br>Muy en desacuerdo | <input type="checkbox"/><br>En desacuerdo | <input type="checkbox"/><br>Ni de acuerdo ni en desacuerdo | <input type="checkbox"/><br>De acuerdo | <input type="checkbox"/><br>Muy de acuerdo | <input type="checkbox"/><br>No lo sé / no procede |
| En este centro se asegura que el personal sanitario tenga la formación necesaria para su trabajo.         | <input type="checkbox"/><br>Muy en desacuerdo | <input type="checkbox"/><br>En desacuerdo | <input type="checkbox"/><br>Ni de acuerdo ni en desacuerdo | <input type="checkbox"/><br>De acuerdo | <input type="checkbox"/><br>Muy de acuerdo | <input type="checkbox"/><br>No lo sé / no procede |
| Al personal sanitario se le pide realizar tareas para las que no ha sido formado.                         | <input type="checkbox"/><br>Muy en desacuerdo | <input type="checkbox"/><br>En desacuerdo | <input type="checkbox"/><br>Ni de acuerdo ni en desacuerdo | <input type="checkbox"/><br>De acuerdo | <input type="checkbox"/><br>Muy de acuerdo | <input type="checkbox"/><br>No lo sé / no procede |
| El personal sanitario del centro realiza sus tareas según los procedimientos que tienen establecidos.     | <input type="checkbox"/><br>Muy en desacuerdo | <input type="checkbox"/><br>En desacuerdo | <input type="checkbox"/><br>Ni de acuerdo ni en desacuerdo | <input type="checkbox"/><br>De acuerdo | <input type="checkbox"/><br>Muy de acuerdo | <input type="checkbox"/><br>No lo sé / no procede |

|                                                                                                    |                                                                |                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--------------------------|
| <br>ABS Centelles | <b>Pla de Qualitat i Seguretat<br/>dels Pacients 2025-2028</b> | Versió: 3.0              |
|                                                                                                    |                                                                | Criteri: 2               |
|                                                                                                    |                                                                | Codi estàndard: 2c-02-01 |
|                                                                                                    |                                                                | Data: Abril 2025         |

## Sección D: comunicación y seguimiento

### ¿Con que frecuencia ocurren las siguientes situaciones en tu centro de salud?

|                                                                                                                                                                |                                   |                                      |                                     |                                                     |                                     |                                                   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------------------|
| Los profesionales sanitarios del centro son receptivos a las propuestas de mejora de los no sanitarios.                                                        | <input type="checkbox"/><br>Nunca | <input type="checkbox"/><br>Rara vez | <input type="checkbox"/><br>A veces | <input type="checkbox"/><br>La mayoría de las veces | <input type="checkbox"/><br>Siempre | <input type="checkbox"/><br>No lo sé / no procede |
| En este centro, se anima al personal no sanitario a expresar puntos de vista alternativos.                                                                     | <input type="checkbox"/><br>Nunca | <input type="checkbox"/><br>Rara vez | <input type="checkbox"/><br>A veces | <input type="checkbox"/><br>La mayoría de las veces | <input type="checkbox"/><br>Siempre | <input type="checkbox"/><br>No lo sé / no procede |
| El centro recuerda a sus pacientes cuándo deben citarse para revisiones o para actividades preventivas.                                                        | <input type="checkbox"/><br>Nunca | <input type="checkbox"/><br>Rara vez | <input type="checkbox"/><br>A veces | <input type="checkbox"/><br>La mayoría de las veces | <input type="checkbox"/><br>Siempre | <input type="checkbox"/><br>No lo sé / no procede |
| El personal no sanitario teme hacer preguntas cuando algo parece que no está bien.                                                                             | <input type="checkbox"/><br>Nunca | <input type="checkbox"/><br>Rara vez | <input type="checkbox"/><br>A veces | <input type="checkbox"/><br>La mayoría de las veces | <input type="checkbox"/><br>Siempre | <input type="checkbox"/><br>No lo sé / no procede |
| En este centro se registra si nuestros pacientes crónicos siguen bien su plan de tratamiento.                                                                  | <input type="checkbox"/><br>Nunca | <input type="checkbox"/><br>Rara vez | <input type="checkbox"/><br>A veces | <input type="checkbox"/><br>La mayoría de las veces | <input type="checkbox"/><br>Siempre | <input type="checkbox"/><br>No lo sé / no procede |
| En nuestro centro se realiza un seguimiento cuando no se recibe el informe de un paciente que estamos esperando que nos remita un especialista de otro centro. | <input type="checkbox"/><br>Nunca | <input type="checkbox"/><br>Rara vez | <input type="checkbox"/><br>A veces | <input type="checkbox"/><br>La mayoría de las veces | <input type="checkbox"/><br>Siempre | <input type="checkbox"/><br>No lo sé / no procede |
| El personal no sanitario siente que sus errores son utilizados en su contra.                                                                                   | <input type="checkbox"/><br>Nunca | <input type="checkbox"/><br>Rara vez | <input type="checkbox"/><br>A veces | <input type="checkbox"/><br>La mayoría de las veces | <input type="checkbox"/><br>Siempre | <input type="checkbox"/><br>No lo sé / no procede |
| Todo el equipo habla abiertamente de los problemas del centro.                                                                                                 | <input type="checkbox"/><br>Nunca | <input type="checkbox"/><br>Rara vez | <input type="checkbox"/><br>A veces | <input type="checkbox"/><br>La mayoría de las veces | <input type="checkbox"/><br>Siempre | <input type="checkbox"/><br>No lo sé / no procede |
| En este centro se hacen revisiones a los pacientes que precisan un seguimiento.                                                                                | <input type="checkbox"/><br>Nunca | <input type="checkbox"/><br>Rara vez | <input type="checkbox"/><br>A veces | <input type="checkbox"/><br>La mayoría de las veces | <input type="checkbox"/><br>Siempre | <input type="checkbox"/><br>No lo sé / no procede |
| Es difícil expresar libremente cualquier desacuerdo en este centro.                                                                                            | <input type="checkbox"/><br>Nunca | <input type="checkbox"/><br>Rara vez | <input type="checkbox"/><br>A veces | <input type="checkbox"/><br>La mayoría de las veces | <input type="checkbox"/><br>Siempre | <input type="checkbox"/><br>No lo sé / no procede |
| En este centro, buscamos la manera de prevenir los errores para que no vuelvan a ocurrir.                                                                      | <input type="checkbox"/><br>Nunca | <input type="checkbox"/><br>Rara vez | <input type="checkbox"/><br>A veces | <input type="checkbox"/><br>La mayoría de las veces | <input type="checkbox"/><br>Siempre | <input type="checkbox"/><br>No lo sé / no procede |
| El personal no sanitario está dispuesto a notificar fallos que observan en el centro.                                                                          | <input type="checkbox"/><br>Nunca | <input type="checkbox"/><br>Rara vez | <input type="checkbox"/><br>A veces | <input type="checkbox"/><br>La mayoría de las veces | <input type="checkbox"/><br>Siempre | <input type="checkbox"/><br>No lo sé / no procede |
| El personal sanitario siente que sus errores son utilizados en su contra.                                                                                      | <input type="checkbox"/><br>Nunca | <input type="checkbox"/><br>Rara vez | <input type="checkbox"/><br>A veces | <input type="checkbox"/><br>La mayoría de las veces | <input type="checkbox"/><br>Siempre | <input type="checkbox"/><br>No lo sé / no procede |
| El personal sanitario está dispuesto a notificar fallos que observan en el centro.                                                                             | <input type="checkbox"/><br>Nunca | <input type="checkbox"/><br>Rara vez | <input type="checkbox"/><br>A veces | <input type="checkbox"/><br>La mayoría de las veces | <input type="checkbox"/><br>Siempre | <input type="checkbox"/><br>No lo sé / no procede |

|                                                                                                    |                                                                |                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--------------------------|
| <br>ABS Centelles | <b>Pla de Qualitat i Seguretat<br/>dels Pacients 2025-2028</b> | Versió: 3.0              |
|                                                                                                    |                                                                | Criteri: 2               |
|                                                                                                    |                                                                | Codi estàndard: 2c-02-01 |
|                                                                                                    |                                                                | Data: Abril 2025         |

## Sección E: apoyo al liderazgo

1. ¿Está usted en una posición de liderazgo con responsabilidad para tomar decisiones en la gestión de los recursos de su centro de salud? (coordinador médico, responsable de enfermería, responsable administrativo u otros gestores del centro).

- SI (saltar a la sección F)
- NO (responder a las preguntas de la 1 a la 4 que se muestran a continuación)

Indique el grado de acuerdo con los siguientes enunciados:

|                                                                                                                                                   |                                               |                                           |                                                            |                                        |                                            |                                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|-------------------------------------------|------------------------------------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| Los responsables de su centro no están invirtiendo suficientes recursos para mejorar la calidad asistencial en este centro de salud.              | <input type="checkbox"/><br>Muy en desacuerdo | <input type="checkbox"/><br>En desacuerdo | <input type="checkbox"/><br>Ni de acuerdo ni en desacuerdo | <input type="checkbox"/><br>De acuerdo | <input type="checkbox"/><br>Muy de acuerdo | <input type="checkbox"/><br>No lo sé / no procede |
| Los responsables de su centro pasan por alto los fallos relacionados con la asistencia que ocurren una y otra vez.                                | <input type="checkbox"/><br>Muy en desacuerdo | <input type="checkbox"/><br>En desacuerdo | <input type="checkbox"/><br>Ni de acuerdo ni en desacuerdo | <input type="checkbox"/><br>De acuerdo | <input type="checkbox"/><br>Muy de acuerdo | <input type="checkbox"/><br>No lo sé / no procede |
| Los responsables de su centro dan prioridad a los procesos relacionados con la mejora de la atención a los pacientes.                             | <input type="checkbox"/><br>Muy en desacuerdo | <input type="checkbox"/><br>En desacuerdo | <input type="checkbox"/><br>Ni de acuerdo ni en desacuerdo | <input type="checkbox"/><br>De acuerdo | <input type="checkbox"/><br>Muy de acuerdo | <input type="checkbox"/><br>No lo sé / no procede |
| Los responsables de su centro a menudo toman decisiones basadas en lo que es mejor para el centro en lugar de lo que es mejor para los pacientes. | <input type="checkbox"/><br>Muy en desacuerdo | <input type="checkbox"/><br>En desacuerdo | <input type="checkbox"/><br>Ni de acuerdo ni en desacuerdo | <input type="checkbox"/><br>De acuerdo | <input type="checkbox"/><br>Muy de acuerdo | <input type="checkbox"/><br>No lo sé / no procede |

## Sección F: en el centro

¿Cuál es su grado de acuerdo con los siguientes enunciados?

|                                                                                                                |                                               |                                           |                                                            |                                        |                                            |                                                   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|-------------------------------------------|------------------------------------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| Cuando hay un problema en nuestro centro, valoramos si necesitamos cambiar la manera en qué hacemos las cosas. | <input type="checkbox"/><br>Muy en desacuerdo | <input type="checkbox"/><br>En desacuerdo | <input type="checkbox"/><br>Ni de acuerdo ni en desacuerdo | <input type="checkbox"/><br>De acuerdo | <input type="checkbox"/><br>Muy de acuerdo | <input type="checkbox"/><br>No lo sé / no procede |
| Los procesos de nuestro centro son buenos para prevenir fallos que pueden afectar a los pacientes.             | <input type="checkbox"/><br>Muy en desacuerdo | <input type="checkbox"/><br>En desacuerdo | <input type="checkbox"/><br>Ni de acuerdo ni en desacuerdo | <input type="checkbox"/><br>De acuerdo | <input type="checkbox"/><br>Muy de acuerdo | <input type="checkbox"/><br>No lo sé / no procede |
| En este centro se producen fallos con más frecuencia de lo que deberían.                                       | <input type="checkbox"/><br>Muy en desacuerdo | <input type="checkbox"/><br>En desacuerdo | <input type="checkbox"/><br>Ni de acuerdo ni en desacuerdo | <input type="checkbox"/><br>De acuerdo | <input type="checkbox"/><br>Muy de acuerdo | <input type="checkbox"/><br>No lo sé / no procede |
| Si no cometemos más fallos que afecten a nuestros pacientes, es por casualidad.                                | <input type="checkbox"/><br>Muy en desacuerdo | <input type="checkbox"/><br>En desacuerdo | <input type="checkbox"/><br>Ni de acuerdo ni en desacuerdo | <input type="checkbox"/><br>De acuerdo | <input type="checkbox"/><br>Muy de acuerdo | <input type="checkbox"/><br>No lo sé / no procede |

|                                                                                                               |                                            |                                        |                                                         |                                     |                                         |                                                |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|----------------------------------------|---------------------------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------------|------------------------------------------------|
| Este centro es capaz de modificar sus procesos para garantizar que los mismos problemas no vuelvan a ocurrir. | <input type="checkbox"/> Muy en desacuerdo | <input type="checkbox"/> En desacuerdo | <input type="checkbox"/> Ni de acuerdo ni en desacuerdo | <input type="checkbox"/> De acuerdo | <input type="checkbox"/> Muy de acuerdo | <input type="checkbox"/> No lo sé / no procede |
| En este centro, es más importante realizar más trabajo que la calidad de la atención.                         | <input type="checkbox"/> Muy en desacuerdo | <input type="checkbox"/> En desacuerdo | <input type="checkbox"/> Ni de acuerdo ni en desacuerdo | <input type="checkbox"/> De acuerdo | <input type="checkbox"/> Muy de acuerdo | <input type="checkbox"/> No lo sé / no procede |
| Cuando introducimos cambios para mejorar la asistencia, comprobamos si funcionan.                             | <input type="checkbox"/> Muy en desacuerdo | <input type="checkbox"/> En desacuerdo | <input type="checkbox"/> Ni de acuerdo ni en desacuerdo | <input type="checkbox"/> De acuerdo | <input type="checkbox"/> Muy de acuerdo | <input type="checkbox"/> No lo sé / no procede |

Sección G: puntuaciones globales.

Puntuaciones globales sobre la calidad

En general, ¿cómo puntuaría a su centro de salud en cada una de las siguientes dimensiones de la calidad asistencial?

|                                |                                                                                                                                          |                                |                                    |                                |                                    |                                    |
|--------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| <b>Centrado en el paciente</b> | Responde a las preferencias individuales de los pacientes, a sus necesidades y valores.                                                  | <input type="checkbox"/> Pobre | <input type="checkbox"/> Aceptable | <input type="checkbox"/> Buena | <input type="checkbox"/> Muy buena | <input type="checkbox"/> Excelente |
| <b>Efectivo</b>                | Se basa en el conocimiento científico.                                                                                                   | <input type="checkbox"/> Pobre | <input type="checkbox"/> Aceptable | <input type="checkbox"/> Buena | <input type="checkbox"/> Muy buena | <input type="checkbox"/> Excelente |
| <b>A tiempo</b>                | Minimiza esperas y demoras potencialmente perjudiciales.                                                                                 | <input type="checkbox"/> Pobre | <input type="checkbox"/> Aceptable | <input type="checkbox"/> Buena | <input type="checkbox"/> Muy buena | <input type="checkbox"/> Excelente |
| <b>Eficiente</b>               | Garantiza unos cuidados coste-efectivos (evita el despilfarró, la sobreutilización, o el mal uso de los servicios).                      | <input type="checkbox"/> Pobre | <input type="checkbox"/> Aceptable | <input type="checkbox"/> Buena | <input type="checkbox"/> Muy buena | <input type="checkbox"/> Excelente |
| <b>Equitativo</b>              | Ofrece la misma calidad asistencial a todos los individuos con independencia de su sexo, raza, etnia, nivel socioeconómico, idioma, etc. | <input type="checkbox"/> Pobre | <input type="checkbox"/> Aceptable | <input type="checkbox"/> Buena | <input type="checkbox"/> Muy buena | <input type="checkbox"/> Excelente |

Puntuacion global en seguridad del paciente

2. Globalmente, como puntúa el sistema y los procedimientos clínicos que su centro de salud ha puesto en marcha para prevenir, detectar, y corregir problemas que potencialmente pueden afectar a los pacientes:

|                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pobre                    | Aceptable                | Bueno                    | Muy bueno                | Excelente                |

|                                                                                                    |                                                                |                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--------------------------|
| <br>ABS Centelles | <b>Pla de Qualitat i Seguretat<br/>dels Pacients 2025-2028</b> | Versió: 3.0              |
|                                                                                                    |                                                                | Criteri: 2               |
|                                                                                                    |                                                                | Codi estàndard: 2c-02-01 |
|                                                                                                    |                                                                | Data: Abril 2025         |

## Sección H: preguntas sobre su trabajo en el centro de salud

### ¿Cuánto tiempo lleva trabajando en este centro de salud?

1. ☐ Menos de dos meses.
2. ☐ De dos meses a menos de un año.
3. ☐ De un año a menos de tres años.
4. ☐ De 3 años a menos de 6 años.
5. ☐ De 6 años a menos de 11 años.
6. ☐ 11 años o más.

### Habitualmente, ¿cuántas horas trabaja en este centro de salud?

1. ☐ De una a 4 horas por semana.
2. ☐ De 5 a 16 horas por semana.
3. ☐ De 17 a 24 horas por semana.
4. ☐ De 25 a 32 horas por semana.
5. ☐ De 33 a 40 horas por semana.

### ¿Qué puesto tiene en el centro de salud? Marque la categoría que mejor refleje su trabajo.

1. ☐ Médico / MIR.
2. ☐ Enfermera/enfermera especialista.
3. ☐ Gestores:
  - 3.1. ☐ Coordinador médico.
  - 3.2. ☐ Responsable del área administrativa.
  - 3.3. ☐ Responsable de enfermería.
  - 3.4. ☐ Otros gestores del centro.
4. ☐ Administrativos y otro personal no sanitario.
5. ☐ Otros profesionales asistenciales en el centro de salud:
  - 5.1. ☐ Auxiliar de clínica.

|                                                                                   |                                                                |                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--------------------------|
|  | <b>Pla de Qualitat i Seguretat<br/>dels Pacients 2025-2028</b> | Versió: 3.0              |
|                                                                                   |                                                                | Criteri: 2               |
|                                                                                   |                                                                | Codi estàndard: 2c-02-01 |
|                                                                                   |                                                                | Data: Abril 2025         |

- 5.2. ☐ Tècnics (de todos los tipos).
- 5.3. ☐ Fisioterapeuta (de todos los tipos).
- 5.4. ☐ Otros profesionales.

#### Sección I: sus comentarios

Este espacio está destinado a que pueda expresar cualquier comentario u opinión que tenga sobre la seguridad del paciente o la calidad de la asistencia en su centro.

**GRACIAS POR CUMPLIMENTAR ESTA ENCUESTA**

|                                                                                                    |                                                                |                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--------------------------|
| <br>ABS Centelles | <b>Pla de Qualitat i Seguretat<br/>dels Pacients 2025-2028</b> | Versió: 3.0              |
|                                                                                                    |                                                                | Criteri: 2               |
|                                                                                                    |                                                                | Codi estàndard: 2c-02-01 |
|                                                                                                    |                                                                | Data: Abril 2025         |

## **ANNEX 4. Pla de resposta davant incidents i esdeveniments adversos**

En coherència amb el model de gestió reactiva del risc assistencial definit en el present Pla de Qualitat i Seguretat dels Pacients 2025–2028, l'EAP Osona Sud – Alt Congost, SLP disposa d'un Pla específic de resposta davant incidents de seguretat del pacient i esdeveniments adversos o sentinella, que es recull com a annex al present document.

Aquest Pla annex estableix el procediment estructurat d'actuació davant situacions amb impacte clínic rellevant i inclou mesures dirigides a:

- La primera víctima (pacient i/o família afectada), garantint atenció adequada i comunicació transparent.
- La segona víctima (professional implicat), assegurant suport emocional i cultura justa no punitiva.
- La tercera víctima (organització), promovent una gestió responsable, l'aprenentatge organitzatiu i la millora sistèmica.

L'annex incorpora el circuit operatiu d'activació, el model de registre de suport a segona víctima i el check-list operatiu, reforçant la capacitat de resposta immediata i estructurada del centre.

Aquesta incorporació consolida la integració efectiva de la gestió reactiva del risc assistencial dins del sistema de governança i millora contínua de l'EAP, d'acord amb els criteris d'acreditació vigents i els principis de seguretat del pacient.

## **PLA DE RESPOSTA DAVANT INCIDENTS DE SEGURETAT DE PACIENTS I ESDEVENIMENTS ADVERSOS / SENTINELLA**

### **Actuació sobre primera, segona i tercera víctima**

**EAP Osona Sud – Alt Congost, SLP (EAP Centelles)**

**Integrat en el Pla de Qualitat i Seguretat dels Pacients 2025–2028**

### **1. Introducció**

Els incidents de seguretat del pacient i, especialment, els esdeveniments adversos greus o sentinella, poden generar impacte clínic, emocional, professional i reputacional.

El model actual de seguretat del pacient reconeix tres nivells d'afectació:

- Primera víctima: el pacient i/o la família afectada.
- Segona víctima: el/la professional implicat/da en l'esdeveniment.

|                                                                                                    |                                                                |                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--------------------------|
| <br>ABS Centelles | <b>Pla de Qualitat i Seguretat<br/>dels Pacients 2025-2028</b> | Versió: 3.0              |
|                                                                                                    |                                                                | Criteri: 2               |
|                                                                                                    |                                                                | Codi estàndard: 2c-02-01 |
|                                                                                                    |                                                                | Data: Abril 2025         |

- Tercera víctima: la pròpia organització, que pot veure afectada la seva credibilitat, cohesió interna i confiança social.

L'EAP Osona Sud – Alt Congost estableix el present Pla de resposta amb l'objectiu de garantir una actuació estructurada, coordinada i basada en una cultura justa i no punitiva.

## 2. Objectius del Pla

1. Garantir una resposta immediata i segura davant incidents i esdeveniments adversos.
2. Protegir els drets i la seguretat del pacient.
3. Oferir suport emocional i professional als professionals implicats.
4. Preservar la confiança i reputació institucional.
5. Promoure l'aprenentatge organitzatiu i la millora sistèmica.

## 3. Actuacions sobre la primera víctima (pacient/família)

### 3.1 Fase immediata

- Garantir estabilització clínica.
- Informació clara, honesta i empàtica.
- Assignació d'un professional referent.
- Documentació completa a la història clínica.
- Notificació al SNISP Cat si escau.

### 3.2 Comunicació transparent

- Explicació del que es coneix en aquell moment.
- Compromís d'anàlisi i revisió.
- Informació sobre mesures adoptades quan sigui pertinent.
- Facilitació de canals de reclamació o assessorament si el pacient ho sol·licita.

### 3.3 Seguiment

- Visita o contacte de seguiment programat.
- Valoració de suport psicològic si és necessari.

|                                                                                                    |                                                                |                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--------------------------|
| <br>ABS Centelles | <b>Pla de Qualitat i Seguretat<br/>dels Pacients 2025-2028</b> | Versió: 3.0              |
|                                                                                                    |                                                                | Criteri: 2               |
|                                                                                                    |                                                                | Codi estàndard: 2c-02-01 |
|                                                                                                    |                                                                | Data: Abril 2025         |

#### **4. Actuacions sobre la segona víctima (professional)**

##### **4.1 Identificació precoç**

La Direcció o la Referent QSP contactarà amb el/la professional implicat/da per:

- Detectar impacte emocional.
- Valorar signes d'estrès, culpa, ansietat o por.

##### **4.2 Suport immediat**

- Entrevista confidencial de suport.
- Garantia explícita de cultura justa.
- Possibilitat d'ajust temporal de càrrega assistencial.
- Accés a suport psicològic si es considera necessari.

##### **4.3 Participació en l'anàlisi**

- Implicació en entorn segur en l'anàlisi de causes.
- Focalització en factors sistèmics, no individuals.
- Evitar judicis prematurs.

#### **5. Actuacions sobre la tercera víctima (organització)**

##### **5.1 Gestió institucional**

- Activació formal del protocol d'esdeveniment advers/sentinella.
- Anàlisi estructurada (RCA: informe d'anàlisi de causes).
- Definició d'accions correctores.

##### **5.2 Protecció reputacional**

- Coordinació de comunicació institucional.
- Gestió prudent d'informació externa.
- Transparència responsable.

##### **5.3 Aprenentatge organitzatiu**

- Retorn d'aprenentatges a l'equip.
- Integració d'accions de millora al Pla QSP.
- Seguiment en Comissió QSP.
- Actualització de protocols si cal.

|                                                                                                    |                                                                |                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--------------------------|
| <br>ABS Centelles | <b>Pla de Qualitat i Seguretat<br/>dels Pacients 2025-2028</b> | Versió: 3.0              |
|                                                                                                    |                                                                | Criteri: 2               |
|                                                                                                    |                                                                | Codi estàndard: 2c-02-01 |
|                                                                                                    |                                                                | Data: Abril 2025         |

## 6. Procediment estructurat d'activació

### 6.1 Notificació

- Registre immediat a SNISP Cat.
- Comunicació a Direcció (Dr. Ramon Vilatimó) i Referent QSP (Sra. Dolors Molera).

### 6.2 Classificació

- Valoració de gravetat.
- Determinació si és esdeveniment sentinella.

### 6.3 Anàlisi

- Revisió estructurada  $\leq 30$  dies.
- RCA en casos sentinella.
- Documentació completa.

### 6.4 Implantació d'accions

- Assignació de responsables.
- Terminis definits.
- Seguiment d'implementació ( $\geq 80\%$ ).

## 7. Indicadors de seguiment

- 100% esdeveniments sentinella amb anàlisi estructurada.
- $\geq 90\%$  incidents analitzats.
- $\geq 80\%$  accions correctores implementades.
- 100% professionals implicats amb oferta de suport documentada.
- Temps d'anàlisi  $\leq 30$  dies.

## 8. Integració amb el Pla de Qualitat i Seguretat

Aquest Pla s'integra amb:

- Línia Estratègica 4: Notificació i aprenentatge.
- Línia Estratègica 1: Cultura de seguretat.
- Gestió reactiva del risc assistencial.

|                                                                                                    |                                                                |                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--------------------------|
| <br>ABS Centelles | <b>Pla de Qualitat i Seguretat<br/>dels Pacients 2025-2028</b> | Versió: 3.0              |
|                                                                                                    |                                                                | Criteri: 2               |
|                                                                                                    |                                                                | Codi estàndard: 2c-02-01 |
|                                                                                                    |                                                                | Data: Abril 2025         |

- Model de cultura justa i no punitiva.
- Cicle PDCA de millora contínua.

## 9. Conclusions

L'EAP Osona Sud – Alt Congost disposa d'un model estructurat de resposta davant incidents de seguretat i esdeveniments adversos que inclou actuacions específiques sobre:

- La primera víctima (pacient/família),
- La segona víctima (professional),
- La tercera víctima (organització).

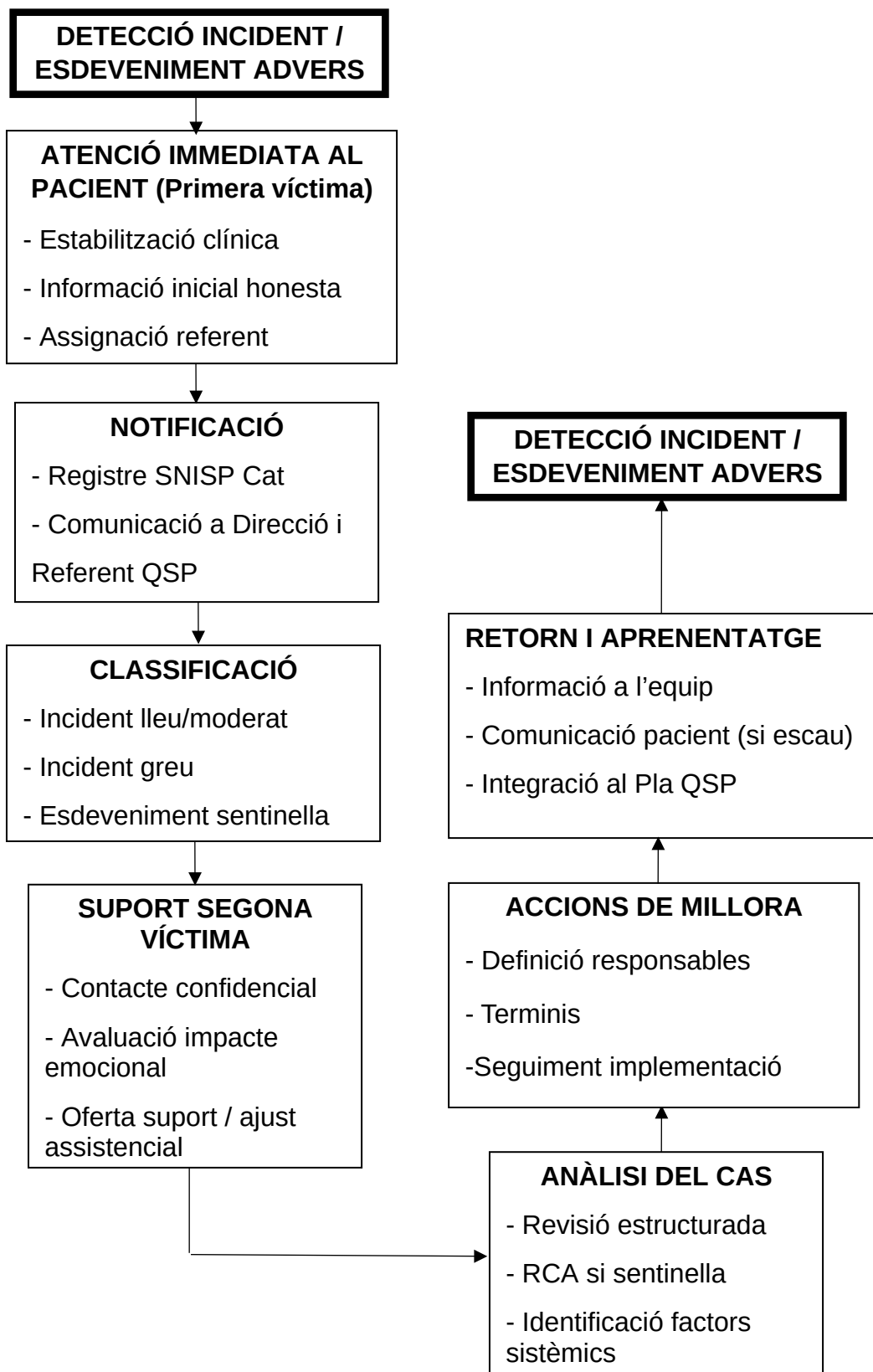
Aquest enfocament garanteix una resposta integral, humana i sistèmica, alineada amb els principis de seguretat del pacient, govern clínic i acreditació del CatSalut.

## 10. Fonts d'evidència

- Pla de Qualitat i Seguretat del Pacient 2025–2028
- Registre SNISP Cat
- Actes de la Comissió de Qualitat i Seguretat del Pacient
- Informes d'anàlisi de causes (RCA)
- Protocol intern d'activació davant esdeveniments adversos/sentinella
- Registre intern de suport a segones víctimes

|                                                                                                    |                                                                |                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--------------------------|
| <br>ABS Centelles | <b>Pla de Qualitat i Seguretat<br/>dels Pacients 2025-2028</b> | Versió: 3.0              |
|                                                                                                    |                                                                | Criteri: 2               |
|                                                                                                    |                                                                | Codi estàndard: 2c-02-01 |
|                                                                                                    |                                                                | Data: Abril 2025         |

## ANNEX 1. Circuit Operatiu d'Activació Ràpida



|                                                                                                    |                                                                |                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--------------------------|
| <br>ABS Centelles | <b>Pla de Qualitat i Seguretat<br/>dels Pacients 2025-2028</b> | Versió: 3.0              |
|                                                                                                    |                                                                | Criteri: 2               |
|                                                                                                    |                                                                | Codi estàndard: 2c-02-01 |
|                                                                                                    |                                                                | Data: Abril 2025         |

## ANNEX 2. MODEL DE REGISTRE DE SUPORT A SEGONA VÍCTIMA

### Registre confidencial – Suport a professional implicat

**Codi intern del cas:**

**Data de l'incident:**

**Tipus d'esdeveniment:**

- ☐ Incident lleu
- ☐ Incident greu
- ☐ Esdeveniment sentinella

**Professional implicat:**

**Nom:**

**Categoria professional:**

#### 1. Contacte inicial realitzat

- ☐ Sí
- ☐ No

**Data del contacte:**

**Responsable del contacte:**

#### 2. Valoració impacte emocional

- ☐ Sense afectació aparent
- ☐ Estrès lleu
- ☐ Ansietat / insomni
- ☐ Sentiment de culpa intens
- ☐ Por a conseqüències legals
- ☐ Altres (descriure):

**Observacions:**

#### 3. Mesures de suport oferides

- ☐ Entrevista confidencial
- ☐ Ajust temporal d'agenda

|                                                                                                    |                                                                |                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--------------------------|
| <br>ABS Centelles | <b>Pla de Qualitat i Seguretat<br/>dels Pacients 2025-2028</b> | Versió: 3.0              |
|                                                                                                    |                                                                | Criteri: 2               |
|                                                                                                    |                                                                | Codi estàndard: 2c-02-01 |
|                                                                                                    |                                                                | Data: Abril 2025         |

- ☐ Reducció puntual activitat
- ☐ Derivació suport psicològic
- ☐ Seguiment programat
- ☐ Altres:

#### **4. Acceptació del suport**

- ☐ Accepta
- ☐ Rebutja
- ☐ Seguiment pendent

#### **5. Seguiment posterior**

**Data seguiment:**

**Evolució observada:**

**Signatura Responsable QSP:**

**Data tancament suport:**

*(Aquest registre és confidencial i custodiat per Direcció / Referent QSP.)*

|                                                                                                    |                                                                |                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--------------------------|
| <br>ABS Centelles | <b>Pla de Qualitat i Seguretat<br/>dels Pacients 2025-2028</b> | Versió: 3.0              |
|                                                                                                    |                                                                | Criteri: 2               |
|                                                                                                    |                                                                | Codi estàndard: 2c-02-01 |
|                                                                                                    |                                                                | Data: Abril 2025         |

### **ANNEX 3. CHECK-LIST OPERATIU D'ACTIVACIÓ IMMEDIATA**

#### **Activació davant incident greu o esdeveniment sentinella**

##### **FASE 1 – IMMEDIATA (0–24h)**

- ☐ Garantida estabilització clínica del pacient
- ☐ Informació inicial clara i empàtica a pacient/família
- ☐ Assignat professional referent
- ☐ Registrat a història clínica
- ☐ Notificat al SNISP Cat
- ☐ Informada Direcció
- ☐ Informada Referent QSP

##### **FASE 2 – SUPORT SEGONA VÍCTIMA (≤72h)**

- ☐ Contacte confidencial realitzat
- ☐ Valoració impacte emocional
- ☐ Oferta suport formal
- ☐ Registre de suport completat
- ☐ Ajust assistencial si necessari

##### **FASE 3 – ANÀLISI (≤30 dies)**

- ☐ Classificació formal del cas
- ☐ Anàlisi estructurada realitzada
- ☐ RCA (si sentinella)
- ☐ Identificats factors sistèmics
- ☐ Documentació completa

##### **FASE 4 – ACCIONS DE MILLORA**

- ☐ Definides accions correctores
- ☐ Assignats responsables
- ☐ Establerts terminis

|                                                                                                    |                                                                |                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--------------------------|
| <br>ABS Centelles | <b>Pla de Qualitat i Seguretat<br/>dels Pacients 2025-2028</b> | Versió: 3.0              |
|                                                                                                    |                                                                | Criteri: 2               |
|                                                                                                    |                                                                | Codi estàndard: 2c-02-01 |
|                                                                                                    |                                                                | Data: Abril 2025         |

- ☐ Seguiment planificat
- ☐ Retorn d'aprenentatges a l'equip

#### **FASE 5 – TANCAMENT**

- ☐ Comunicació final si escau
- ☐ Accions implementades  $\geq 80\%$
- ☐ Cas revisat en Comissió QSP
- ☐ Tancament formal documentat