

Proyecto de decreto por el que se establece el procedimiento para la acreditación de centros sanitarios y se crea y regula el funcionamiento de la Comisión autonómica de acreditación de centros sanitarios de la Comunidad Autónoma de Galicia

La Constitución Española de 1978 establece el derecho de los españoles a la protección de la salud y el deber de los poder públicos de organizar y tutelar la salud pública.

A La Comunidad Autónoma de Galicia le corresponde, segundo lo establecido en la Ley Orgánica 1/1981, de 6 de abril, del Estatuto de Autonomía para Galicia, el desarrollo legislativo y la ejecución de la legislación básica en materia de sanidad interior.

La Ley 8/2008, de 10 de julio, de salud de Galicia, en el artículo 32.13, establece como uno de los principios rectores del Sistema Público de Galicia, la acreditación y evaluación continua de los servicios sanitarios prestados en la Comunidad Autónoma.

Por lo tanto, le corresponde a la administración sanitaria la promoción y el incremento de la calidad de la asistencia sanitaria prestada por los centros sanitarios, tanto en el ámbito privado como en el público, estimulando la excelencia en la prestación de estos servicios. La acreditación se configura, en definitiva, como un instrumento eficaz para promover la mejora continua de la calidad en una organización sanitaria.

Igualmente, el artículo 74.6 de la citada Ley establece que las actividades sanitarias y asistenciales que el Sistema Público de Salud de Galicia concierte con el sector privado tendrán que ajustarse a los mismos parámetros, estándares, derechos o criterios de actuación exigibles para los centros del propio Sistema Público de Salud de Galicia; en consonancia con lo establecido en el artículo 12.14 cuando establece que las personas usuarias tienen derecho a que los servicios y las actividades sanitarias o asistenciales que el Sistema Público de Salud de Galicia contrate con el sector privado de asistencia sanitaria, deben ajustarse a los mismos parámetros, estándares, derechos o criterios de actuación exigibles para los centros propios de la red pública de Galicia.

La Xunta de Galicia tiene regulada, en este momento, la acreditación de los centros hospitalarios a través del Decreto 52/2001, de 22 de febrero, por el que se regula la acreditación de los centros hospitalarios de la Comunidad Autónoma de Galicia, pero los cambios organizativos y los avances existentes en la consideración y cualificación de la calidad de las prestaciones sanitarias, hacen necesaria la aprobación de una nueva norma reglamentaria.

Teniendo en cuenta, lo indicado anteriormente, se amplía el alcance de la acreditación a los centros sanitarios, con las excepciones que se indican en el articulado, considerando como centros sanitarios a los efectos de esta norma los definidos en el artículo 3.9 de la Ley 8/2008 de 10 de julio .

El procedimiento para la acreditación de centros sanitarios contempla las siguientes áreas a

evaluar, que se desarrollan en el anexo II de este decreto:

1. Dirección y organización (DO)
2. Gestión y formación del personal (GFP)
3. Calidad, Gestión y Mejora Continua (CGMC)
4. Derechos y deberes del paciente.(DP)
- 5 .Asistencia al paciente (AP)
6. Continuidad de la atención
7. Seguridad del paciente, gestión de riesgos para la seguridad del paciente (SPGR)
8. Gestión de la información y documentación clínica (GIDC)
9. Procesos de soporte a la asistencia (PSA)
10. Procesos de apoyo logístico, seguridad de las instalaciones (PALSI)

Se establece, igualmente, un sistema de acreditación basado en el cumplimiento de los indicadores, lo que supone que los centros pueden alcanzar dicha acreditación en grado básico o en grado superior.

Se considera que la existencia de dos grados es suficiente para resaltar la calidad en la prestación de los servicios sanitarios, ya que la existencia de más grados podría llevar a la confusión a los usuarios de los referidos servicios. De esta forma habrá una acreditación de nivel básico, que supone el cumplimiento de hasta un 75% de los indicadores y un nivel superior, para todos los centros que superen ese porcentaje.

El decreto, asimismo, regula la comisión autonómica de acreditación de centros sanitarios, como un órgano colegiado al que se le atribuyen funciones de asesoramiento y de emisión de informes sobre los procedimientos de acreditación.

Durante la tramitación del decreto se dio audiencia a las principales entidades y asociaciones correspondientes a los sectores afectados por la norma.

Este decreto consta de veintidós artículos, una disposición adicional única, una disposición transitoria única, una disposición derogatoria única y dos disposiciones finales.

En su tramitación se siguió el procedimiento establecido en la Ley 39/2015, de 1 de octubre, y en la Ley 16/2010, de 17 de diciembre, de organización y funcionamiento de la Administración general y del sector público autonómico de Galicia, y se cumplieron asimismo los trámites previstos en la normativa en materia de transparencia.

Además, el presente decreto se ajusta a los principios de buena regulación contenidos en el artículo 129 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, y en el artículo 37 a) de la Ley 14/2013, de 26 de diciembre, de racionalización del sector público autonómico de Galicia; se configura cómo una iniciativa necesaria y eficaz, al encontrarse justificada por una razón de interés general, basarse en una identificación clara de los fines perseguidos, ser el instrumento más adecuado para garantizar la seguridad jurídica y evitar cargas administrativas innecesarias a la ciudadanía. Además, es eficiente al no suponer costes significativos, toda vez que además las peticiones de autorización de acreditación y su renovación están sujetas al abono de las preceptivas tasas.

De igual modo, el presente decreto formula la regulación imprescindible para atender la necesidad que se pretende cubrir, cumpliendo así con el principio de proporcionalidad. Y siempre manteniendo la coherencia con el resto del ordenamiento jurídico, garantiza la seguridad jurídica necesaria para generar un marco normativo estable, previsible, integrado, claro y de certeza que facilite su conocimiento y comprensión y, en consecuencia, la actuación y toma de decisiones de la ciudadanía, empresas e instituciones.

En su virtud, de conformidad con lo establecido en el artículo 34.5 de la Ley 1/1983, de 22 de febrero, reguladora de la Xunta y de su Presidencia, por propuesta del conselleiro de Sanidad, de acuerdo con el /oído el Consello Consultivo y luego de la deliberación del Consello de la Xunta de Galicia, en su reunión del / /

DISPONGO

Artículo 1. *Objeto*

Este decreto tiene por objeto establecer el procedimiento para la acreditación de centros sanitarios y crear y regular el funcionamiento de la comisión autonómica de acreditación de centros sanitarios, como órgano colegiado adscrito a la unidad de inspección de servicios sanitarios de la consellería competente en materia de sanidad.

A los efectos de este decreto se entenderá por acreditación, el proceso metodológico voluntario de mejora continua de la calidad, y como centro sanitario el definido en el artículo 3.9 de la Ley 8/2008, de 10 de julio .

Artículo 2. *Ámbito de aplicación*

1. Podrán ser acreditados, por el procedimiento establecido en este decreto, los centros sanitarios de carácter público o privado, pertenecientes al Sistema de Salud de Galicia.
2. Los centros sanitarios privados que opten a realizar un concierto de servicios sanitarios con el Servicio Gallego de Salud deberán estar en posesión de la acreditación correspondiente.

Artículo 3. *Centros excluídos*

Quedan excluidos del ámbito de aplicación de este decreto:

- a) Las oficinas de farmacia, boticas anexas y los establecimientos dedicados a la distribución, elaboración, importación o fabricación, en su caso, de medicamentos y productos sanitarios.
- b) Los servicios o unidades técnicas de protección radiológica.
- c) Las consultas médicas y consultas de otros profesionales sanitarios.
- d) Los servicios de prevención de riesgos laborales.
- e) Los centros sanitarios dedicados a la práctica de actividades de extracción y transplante de órganos y tejidos.
- f) Los centros de interrupción voluntaria del embarazo.

Estos centros se registrarán por su normativa específica en materia de acreditación.

Artículo 4 *Requisitos previos*

Para poder solicitar el inicio del procedimiento de acreditación, los centros sanitarios deberán disponer de la autorización de funcionamiento y estar inscritos en el Registro de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios de la consellería competente en materia de sanidad.

Artículo 5 *Acreditación*

La acreditación de un centro sanitario se realizará, de conformidad con los estándares e indicadores de calidad definidos en el anexo II del presente decreto, mediante un procedimiento de evaluación técnica, independiente y objetiva.

Artículo 6 *Grados de acreditación sanitaria*

1. La acreditación sanitaria podrá otorgarse en uno de los siguientes grados:

- a) Acreditación sanitaria de nivel básico.
- b) Acreditación sanitaria de nivel superior.

2. Para alcanzar los grados de acreditación sanitaria señalados en el número anterior será necesario el cumplimiento de los siguientes estándares e indicadores en el porcentaje que se indica:

- a) Grado de acreditación sanitaria de nivel básico: es necesario acreditar el cumplimiento de los estándares e indicadores en un intervalo entre 55% y 75%.
- b) Grado de acreditación sanitaria de nivel superior: es necesario acreditar el cumplimiento de

mas del 75% de los estándares e indicadores.

Artículo. 7. *Inicio del procedimiento*

1. El procedimiento de acreditación de un centro sanitario se iniciará mediante la solicitud presentada por la persona titular del centro o por quien la represente legalmente.

Las solicitudes se presentarán obligatoriamente por medios electrónicos y se ajustarán al formulario normalizado que se establece en el anexo I de este decreto, que estará disponible en la sede electrónica de la Xunta de Galicia, <https://sede.xunta.gal>.

Para la presentación de las solicitudes se podrá emplear cualquiera de los mecanismos de identificación y firma admitidos por la sede electrónica de la Xunta de Galicia, incluido el sistema de usuario y clave -Chave365- (<https://sede.xunta.Gal/chave365>).

2. Junto con la solicitud, se deberá aportar la siguiente documentación:

a) El documento acreditativo del abono de la tasa o tasas que correspondan.

b) Una memoria actualizada en la que se indique y acredite el cumplimiento de los estándares establecidos en el anexo II de este decreto.

La presentación electrónica será obligatoria para los sujetos previstos en el artículo 14.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del procedimiento administrativo común de las administraciones públicas.

3. La documentación complementaria podrá ser presentada electrónicamente utilizando cualquier procedimiento de copia digitalizada del documento original. Las personas interesadas se responsabilizarán de la veracidad de los documentos que presenten. De forma excepcional, la Administración podrá solicitar de manera motivada el cotejo de las copias aportadas, requiriendo para ello la exhibición del documento original.

En caso de que alguno de los documentos que se presenten por los interesados supere los límites establecidos por la sede electrónica, se permitirá su presentación de forma presencial dentro de los plazos previstos. A tal efecto, junto con la documentación, el interesado deberá indicar el código y el órgano responsable del procedimiento, el número de expediente y el número y el código único de registro.

4. Si la documentación fuera presentada de forma presencial se le requerirá a la entidad o persona interesada para que la enmiende realizando la presentación electrónica. A estos efectos la fecha de presentación de la solicitud será la que figure en la presentación electrónica.

Artículo 8 . *Documentación con deficiencias o incompleta*

Si la documentación presentara omisiones o deficiencias, se requerirá a la entidad o persona interesada para que enmiende la misma en el plazo de 10 días hábiles, con la indicación de que

sí no lo hace se le tendrá por desistido de la solicitud.

Artículo 9. *Informe técnico*

1. Recibida la solicitud se procederá a la comprobación de la documentación. Completada la documentación se realizará la visita de auditoría para verificar el cumplimiento de los criterios de acreditación establecidos por la administración sanitaria. A tal efecto, se nombrará un equipo auditor que deberá emitir un informe técnico de la auditoría realizada conforme a la solicitud de acreditación presentada por el centro sanitario.

2. El informe técnico será enviado a la entidad o persona solicitante para que, en trámite de audiencia, pueda formular las alegaciones y observaciones que considere oportunas en el plazo máximo de 15 días hábiles. En el caso de presentar alegaciones, deberán ser evaluadas por el equipo auditor incorporando al informe aquellas que consideren oportunas e indicando los motivos de la aceptación o del rechazo.

Durante el tiempo en el que se realice el trámite de audiencia se suspenderá el plazo de resolución y notificación del procedimiento de acreditación, lo que se comunicará a la entidad o persona interesada.

Artículo 10. *Valoración y propuesta*

1. La Comisión autonómica de acreditación de centros sanitarios, regulada en el artículo 18, será la encargada de valorar los informes técnicos y demás documentación generada en cada expediente de acreditación.

2. Para realizar la correspondiente valoración la comisión podrá solicitar los informes y los datos adicionales que considere necesarios, así como, requerir la enmienda de las deficiencias en la documentación que estime oportunas.

3. El acuerdo adoptado será trasladado a la persona titular de la unidad de Inspección de Servicios Sanitarios a efectos de formalizar la correspondiente propuesta.

Artículo 11 *Resolución*

1. La resolución del expediente de acreditación le corresponderá a la persona titular de la Secretaría General Técnica de la Consellería competente en materia de sanidad.

2. En la resolución se indicará el grado de acreditación alcanzado por el centro sanitario de que se trate, con la correspondiente emisión del certificado de acreditación por parte de la persona titular de la Consellería de Sanidad.

3. La resolución podrá otorgar la acreditación condicionada a que en el plazo que se determine, no superior a tres meses, sean enmendadas las deficiencias detectadas. Si transcurrido el plazo señalado no se hubieran solucionado las deficiencias indicadas, se dictará resolución denegatoria de la acreditación.

4. La acreditación se entiende otorgada sin perjuicio de cualquier otra autorización que, en su caso, sea requerida por la normativa vigente.

5. El plazo máximo para dictar y notificar la resolución será de seis meses contados desde el día siguiente al de la presentación de la solicitud en el Registro Electrónico de la Xunta de Galicia. A los efectos del artículo 24 de la Ley 30/2015, de 1 de octubre, el transcurso del plazo máximo para resolver sin que se tenga adoptada y notificada la resolución tendrá efectos estimatorios, excepto en las resoluciones correspondientes a nuevos centros sanitarios o centros que requirieran una modificación sustancial que requerirán una nueva autorización sanitaria según las normas de autorización de centros sanitarios.

Artículo 12. *Notificaciones*

1. Las notificaciones de las resoluciones y actos administrativos se realizarán por medios electrónicos.

2. Las notificaciones electrónicas se realizarán mediante el sistema de notificaciones de Galicia-Notifica. gal- disponible a través de la sede electrónica de la Xunta de Galicia (<https://sede.xunta.gal>). Este sistema remitirá a las personas interesadas avisos de puesta a disposición de las notificaciones en la cuenta de correo o en el teléfono móvil que se indiquen en la solicitud. Los avisos no tendrán en ningún caso efectos de notificación practicada y su falta no impedirá que la notificación sea considerada completamente válida.

3. Las notificaciones por medios electrónicos se entenderán practicadas en el momento en el que se produzca el acceso a su contenido. Cuando la notificación por medios electrónicos sea de carácter obligatorio se entenderá rechazada cuando hayan transcurrido diez días naturales desde la puesta a disposición de la notificación sin que se acceda a su contenido.

4. Si la notificación electrónica no hubiera sido posible por problemas técnicos, la Administración deberá practicar la misma por los medios previstos en la normativa reguladora del procedimiento administrativo común.

Artículo 13. *Vigencia de la acreditación*

El período de vigencia de la acreditación, excepto en el caso de la acreditación condicionada a la que se hace referencia en el artículo 11.3, será de cuatro años a contar desde la fecha de la resolución.

Artículo 14. *Recursos*

Contra la resolución de concesión o denegación de la acreditación podrá interponerse un recurso de alzada ante la persona titular de la consellería competente en materia de sanidad, en la forma y plazos previstos en los artículos 121 y 122 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre. La resolución de este recurso pondrá fin a la vía administrativa.

Artículo 15. *Revocación de la acreditación*

1. La acreditación podrá ser revocada por el órgano concedente durante el período de vigencia, cuando se compruebe el incumplimiento de las condiciones existentes en el centro sanitario que dieron lugar a la acreditación, previo expediente contradictorio, en el que se dará trámite de audiencia a la entidad o persona interesada.
2. La Comisión autonómica de acreditación de centros sanitarios emitirá una propuesta de revocación con carácter previo a la resolución del órgano competente.

Artículo 16. *Renovación*

1. La acreditación otorgada podrá ser renovada, siguiendo el procedimiento establecido en los artículos anteriores, siempre que sea solicitada con una antelación mínima de tres meses a la fecha límite de su vigencia. La solicitud consistirá en una declaración responsable en la que la persona interesada manifieste que se mantienen los mismos requisitos que dieron lugar a la resolución de la acreditación.
2. Una vez presentada la declaración responsable citada, la acreditación se considerará prorrogada provisionalmente hasta que se notifique la nueva resolución.
3. La Administración podrá verificar, en cualquier momento, el cumplimiento por parte del centro sanitario de los requisitos que dieron lugar a la concesión de la acreditación.

Artículo 17. *Información a las personas usuarias*

1. Los centros sanitarios acreditados deberán colocar en un lugar visible al público el certificado de acreditación que le será facilitado por la Consellería de Sanidad.
2. El certificado deberá retirarse cuando se revoque o pierda su vigencia.

Artículo 18. *La Comisión autonómica de acreditación de centros sanitarios*

1. Se crea la Comisión Autonómica de Acreditación de Centros Sanitarios. La comisión queda integrada en la secretaría general técnica de la consellería con competencias en materia de sanidad.

La comisión se configura como un órgano colegiado con funciones de asesoramiento y emisión de informes en materia de acreditación sanitaria.

2. La comisión estará integrada por:

a) Presidencia: La persona titular del órgano directivo de la Inspección de Servicios Sanitarios.

En caso de ausencia, vacante o enfermedad de la persona titular de la presidencia, esta será sustituida por la persona de mayor edad que ocupe alguna de las vocalías.

b) Vocalías:

b.1) Tres vocales de perfil técnico-sanitario, adscritos a la Administración pública sanitaria de Galicia, designados/as por la persona titular de la Secretaría General Técnica de la Consellería de Sanidad, a propuesta de la persona titular del órgano con competencias en Inspección de Servicios Sanitarios

b.2) Dos vocales pertenecientes al centro directivo del Servicio Gallego de Salud con competencias en materia de asistencia sanitaria, designados por la persona titular de la Secretaría General Técnica de la Consellería de Sanidad, a propuesta del titular del dicho centro directivo.

c) Secretaría: Asumirá la secretaría de la comisión, con voz pero sin voto, una persona adscrita a la Unidad de Inspección de Servicios Sanitarios, nombrada por la comisión a propuesta de su presidencia.

Asimismo se designarán del mismo modo a las personas que deban sustituir a las personas titulares de las vocalías y de la secretaría en los casos de ausencia, vacante o enfermedad.

En la composición del órgano se procurará una composición paritaria de hombres y mujeres.

3. La duración del cargo será de cuatro años.

Artículo 19. *Funciones*

Le corresponden a la Comisión autonómica de Acreditación de centros sanitarios las siguientes funciones:

a) Proponer los estándares e indicadores de calidad de centros sanitarios, así como, la revisión y modificación de los mismos.

b) Elaborar las correspondientes propuestas de acreditación de centros sanitarios que sean sometidos a su consideración.

c) Aquellas otras funciones que le sean encomendadas por la persona titular de la Secretaría General Técnica de la Consellería de Sanidad.

Artículo 20. *Organización y funcionamiento de la comisión*

1. La comisión adecuará su funcionamiento a lo previsto en este decreto y a lo establecido, respeto de los órganos colegiados, en el título I, capítulo I, sección 3ª, de la Ley 16/2010, de 17 de diciembre, de organización y funcionamiento de la Administración general y del sector público autonómico de Galicia.

2. La constitución válida de la comisión exigirá la asistencia de todas las personas que la integran.

3. La comisión se reunirá con carácter ordinario cuando lo decida la presidencia o, de forma extraordinaria, cuando lo solicite por lo menos un cincuenta por ciento de sus miembros.

4. Podrán participar en las reuniones, a petición de la presidencia, con voz pero sin voto, los miembros del equipo auditor que participaran en la elaboración del informe técnico indicado en el artículo 9 u otras personas expertas a las que se considere oportuno invitar por razón de la materia.

Artículo 21. *Uso de medios electrónicos*

1. De conformidad con lo previsto en el artículo 21 de la Ley 16/2010, de 17 de diciembre , relativo al “*Uso de medios electrónicos*”:

a) La comisión podrá constituirse y adoptar acuerdos utilizando medios electrónicos, respetando los trámites esenciales establecidos en los artículos 17 y 18 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de régimen jurídico del sector público, en la Ley 1/2016, de 18 de enero, de transparencia y buen gobierno de Galicia, y en la Ley 16/2010, de 17 de diciembre .

b) Las convocatorias podrán efectuarse por medio de correo electrónico, siempre que se cumplan los requisitos establecidos en el artículo 21.2 de la Ley 16/2010, de 17 de diciembre.

c) Los miembros de la comisión podrán ser válidamente convocados de forma presencial en un mismo lugar, o de modo que la sesión se realice en varios lugares simultáneamente siempre que los medios técnicos permitan el normal desarrollo de la sesión y el respeto de los derechos de las personas que la conforman. Las actas de la comisión se aprobarán al finalizar la sesión o en la siguiente sesión; no obstante, la persona que ejerza la secretaría podrá emitir certificación sobre los acuerdos específicos que se hubieran adoptado, sin perjuicio de la ulterior aprobación del acta.

En las certificaciones de acuerdos adoptados emitidas con anterioridad a la aprobación del acta se hará constar expresamente tal circunstancia.

Asimismo, los actas de las sesiones de la comisión podrán ser aprobadas por vía telemática.

2. Las notificaciones en el marco de la intervención de la comisión podrán hacerse por medios electrónicos, de manera que se acredite la fecha y la hora en que se produzca la puesta a disposición de las entidades o personas interesadas en la notificación realizada, así como la de acceso a su contenido, momento a partir del cual la notificación se entenderá practicada a todos los efectos legales.

Artículo 22. *Deber de confidencialidad*

Los miembros de la comisión, aun después del cese en su cargo, así como los asistentes a sus reuniones, deberán guardar el secreto de la información de carácter confidencial, estando obligados a guardar reserva de todos los datos que conozcan como consecuencia del ejercicio de ese cargo.

Disposición adicional única. *Actualización del modelo normalizado*

De conformidad con la disposición adicional sexta de la Ley 4/2019, de 17 de julio, de administración digital de Galicia, el modelo normalizado para la tramitación de los procedimientos regulados en esta disposición, podrá ser actualizado con el fin de mantenerlo adaptado a la normativa vigente. A estos efectos será suficiente la publicación del modelo actualizado en la sede electrónica de la Xunta de Galicia, donde estará permanentemente accesible para todas las entidades y personas interesadas, sin que sea necesaria una nueva publicación en el Diario Oficial de Galicia.

Disposición transitoria única. *Acreditación actual*

Los centros sanitarios que en el momento de entrada en vigor de este decreto dispongan de acreditación podrán mantener la misma hasta que finalice su plazo de vigencia, sin perjuicio del deber de realizar las adaptaciones que corresponda.

Sin embargo, los centros que lo consideren oportuno pueden solicitar una nueva acreditación. La solicitud de renovación se ajustará a los criterios establecidos en este decreto.

Disposición derogatoria única. *Derogación normativa*

Queda derogado el Decreto 52/2001, de 22 de febrero, por el que se regula la acreditación hospitalaria de los centros hospitalarios de la Comunidad Autónoma de Galicia.

Disposición final primera. *Facultad de desarrollo*

Se autoriza a la persona titular de la consellería competente en materia de sanidad para dictar las disposiciones de desarrollo de este decreto, que resulten necesarias para su cumplimiento.

La actualización y modificación del contenido de los anexos de este decreto se realizará mediante orden de la Consellería con competencias en materia de sanidad.

Disposición última segunda. *Entrada en vigor*

Este decreto entrará en vigor a los veinte días de su publicación en el Diario Oficial de Galicia.

Santiago de Compostela,

Alberto Núñez Feijóo

Presidente de la Xunta de Galicia

Julio García Comesaña

Conselleiro de Sanidad

ANEXO I

MODELO DE SOLICITUD

Procedimiento de acreditación de centros sanitarios

ANEXO II

Protocolo de acreditación de centros sanitarios

Los estándares a tener en cuenta para la acreditación de centros sanitarios serán los siguientes:

1. DIRECCIÓN Y ORGANIZACIÓN (DO)

DO 1 - Liderazgo, estrategia y planificación.

DO 2 - Gestión asistencial: coordinación, evaluación y mejora.

2. GESTIÓN Y FORMACIÓN DEL PERSONAL (GFP)

GFP 1 - Planificación, gestión y evaluación de los recursos humanos.

GFP 2 - Formación continuada.

3.- CALIDAD: GESTIÓN Y MEJORA CONTINUA. (CGMC)

CGMC 1 - Planificación de la calidad y mejora continua.

CGMC 2 - Diseño de los procesos clínicos y de gestión.

CGMC 3 - Seguimiento y control de procesos.

4. DERECHOS DE LOS PACIENTES (DP)

DP 1 - Derechos y deber del paciente.

DP 2 - Información, quejas, reclamaciones y sugerencias. Atención al Paciente.

DP 3 - Derechos individuales del paciente. Participación de la familia y/o de los representantes designados por el paciente e información. Consentimiento Informado.

DP 4 - Grupos especiales.

5. ASISTENCIA AL PACIENTE (AP)

AP 1 - Valoración de los pacientes.

AP 2 - Cuidados de los pacientes.

AP 3 - Comunicación e información al paciente y a la familia.

AP 4 - Indicadores de asistencia.

AP 5 - Anestesia.

AP 6 - Cirugía.

AP 7 - Urgencias.

AP 8 - Consultas externas.

6. CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN (CA)

CA 1 - Proceso de Admisión

CA 2 - Continuidad asistencial

CA 3 - Continuidad asistencial al alta.

CA 4 - Derivación y traslado de pacientes.

7. SEGURIDAD DEL PACIENTE. GESTIÓN DE RIESGOS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE (SPGR)

SPGR 1 - Gestión de Riesgos.

SPGR 2 - Seguridad del Paciente.

SPGR 3 - Vigilancia, prevención y control del riesgo de infección.

8. GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA (GIDC)

GIDC 1 - Planificación y adecuación de la información.

GIDC 2 - Información basada en la evidencia científica y en el conocimiento.

GIDC 3 - Gestión de la historia clínica.

9. PROCESOS DE SOPORTE A LA ASISTENCIA (PSA)

PSA 1 - Diagnóstico por la imagen. Medicina Nuclear. Radioterapia.

PSA 2 - Laboratorios.

PSA 3 - Uso del Medicamento

PSA 4 - Hemoterapia.

PSA 5 - Nutrición y Dietética.

PSA 6 - Esterilización.

10. PROCESOS DE APOYO LOGÍSTICO. SEGURIDAD DE LAS INSTALACIONES (PALSÍ).

PALSÍ 1 - Hostelería.

PALSÍ 2 - Instalaciones, Equipamiento y Mantenimiento del edificio.

PALSÍ 3 - Accesibilidad del edificio y de su entorno.

PALSÍ 4 - Intimidad y Confort en el edificio.

PALSÍ 5 - Seguridad del edificio y de su entorno.

PALSÍ 6 - Gestión de residuos y otros riesgos.

PALSÍ 7 - Gestión de la tecnología asistencial.

PALSÍ 8 - Proveedores, Suministros, Almacén y Distribución.

1. DIRECCIÓN Y ORGANIZACIÓN (DO)

DO 1 - Liderazgo, estrategia y planificación.

1.1.- El centro cuenta con un gerente o director. Estará previsto quién es la persona que lo sustituye en caso de ausencia.

1.2.- La estructura de la dirección del centro (organigrama) está documentada y se identifican los responsables de las distintas áreas del mismo.

1.3.- Los líderes identifican los grupos de interés y desarrollan sistemas para conocer sus necesidades y expectativas.

1.4.- La dirección identifica y planifica el tipo de servicios clínicos necesarios para cubrir las necesidades de los pacientes que atiende el centro y tiene definida, y aprobada, la cartera de servicios del hospital, de cada unidad, área o servicio.

1.5.- La dirección establece y supervisa los contratos de servicios clínicos y de gestión.

1.6.- La dirección está comprometida con la calidad de la asistencia y la seguridad del paciente.

1.7.- La organización se compromete con la ética y establece un marco organizativo que asegura que la actividad del centro se lleve a cabo dentro de los requisitos éticos y legales.

1.8.- El centro posee un Plan Estratégico a medio y largo plazo, actualizado y vigente, en el que se establece la misión, visión, objetivos y líneas de actuación.

1.9.- El centro dispone de un Plan anual de gestión, correctamente difundido, en el que se incluyen entre otras cuestiones: objetivos, programa de actividades, procedimientos para la evaluación y análisis de resultados. La dirección del centro promueve y facilita la participación

activa de los profesionales en el plan de gestión así como en la definición del objetivos.

1.10.- El centro cuenta con un plan de inversiones anual, en el que se documentan al menos las necesidades detectadas, y mecanismos de evaluación y análisis de resultados.

1.11.- El centro dispone de un procedimiento sistemático documentado para la gestión de los cambios.

DO 2 - Gestión asistencial: coordinación, evaluación y mejora.

2.1.- El centro recaba información de forma sistemática (periódicamente) para el análisis e identificación de áreas de mejora en la gestión asistencial. Esta información se recoge en un cuadro de mandos.

2.2.- El centro elabora anualmente una memoria sobre la actividad asistencial desarrollada. Se difunde a todo el personal del centro.

2.3.- Cada servicio/unidad del centro cuenta con un responsable al frente, formalmente designado en base al procedimiento reglamentariamente establecido.

2.4.- El equipo directivo promueve la comunicación y la coordinación entre los servicios y entre los profesionales.

2.5.- Los responsables de los servicios/unidades promueven y facilitan la orientación y formación del personal de su servicio.

2.6.- Cada servicio/unidad elabora anualmente un informe reflejando la actividad desarrollada, y asimismo formula los objetivos de mejora para el año siguiente.

2.7.- Los responsables de los servicios/unidades realizan propuestas y/o informes motivados en relación a necesidades de recursos materiales y/o humanos.

2.8.- Los diferentes servicios promueven y participan en grupos interdisciplinarios para la mejora de la gestión y de la actividad profesional del centro. (comisiones clínicas/ comité tumores).

2. GESTIÓN Y FORMACIÓN DEL PERSOAL (GFP)

GFP 1 – Planificación, gestión y evaluación de los recursos humanos.

1.1.- El centro cuenta con un “Plan de ordenación de los recursos humanos” que refleja la planificación de estos recursos teniendo en cuenta sus necesidades y la actividad esperada. Este plan es elaborado por la dirección.

1.2.- El centro realiza evaluaciones de la planificación de personal de forma periódica.

1.3.- El centro tiene definidos los requerimientos profesionales, responsabilidades, funciones y perfil profesional para la cobertura de cada puesto de trabajo.

1.4.- El centro ha definido un procedimiento para la gestión de los recursos humanos, donde se recogen las definiciones e identificación de las responsabilidades en la gestión, tanto a nivel de la dirección como en los diferentes servicios y unidades.

1.5.- El centro dispone de un registro actualizado del personal, que se revisará periódicamente, en el que constará la adscripción de cada profesional a la unidad funcional en la que preste servicio.

1.6.- El centro cuenta con un procedimiento estandarizado y objetivo de evaluación periódica (no superior a los 5 años) de la capacitación profesional del personal sanitario y no sanitario, a partir del cual se detectan las necesidades de formación y adecuación de los niveles de responsabilidad.

1.7.- El centro promueve la salud de sus trabajadores y cuenta con un Plan de Salud Laboral, elaborado con la participación de los profesionales del centro y revisado periódicamente, que cumple la normativa vigente y promueve la salud laboral y la prevención de riesgos laborales de los trabajadores.

1.8.- El centro tiene establecidos mecanismos de participación y comunicación de los profesionales en la gestión de personal.

1.9.- El centro cuenta con procedimientos de evaluación de la satisfacción de los profesionales.

1.10.- El centro dispone de un procedimiento para garantizar la identificación de su personal ante los pacientes y acompañantes, además de la diferenciación de los mismos según su categoría profesional.

1.11.- El centro dispone de un expediente personal de cada profesional, actualizado, con toda la información y documentación relativas a la titulación, formación, experiencia profesional y vida laboral.

1.12.- El centro garantiza la seguridad y confidencialidad de los datos personales de los trabajadores y el derecho de acceso de los interesados.

GFP 2 - Formación continua.

2.1.- El centro tiene un responsable de la formación continua designado por la dirección y cuenta con un sistema para la gestión de las actividades de formación continua en los diferentes servicios.

2.2.- Existe un plan periódico de formación continua para todas las categorías profesionales que incluye: objetivos generales y específicos, programa de actividades, criterios de evaluación, y, en su caso, recursos presupuestarios para su ejecución.

2.3.- El centro obtiene datos sobre las necesidades de educación y formación continua del personal sanitario

2.4.- La organización pone la disposición de los profesionales recursos y tiempo para la educación, formación y capacitación del personal.

2.5.- El centro cuenta con un plan de acogida para los profesionales que se incorporan a un puesto de trabajo con información general del centro y específica del puesto.

3.- CALIDAD: GESTIÓN Y MEJORA CONTINUA. (CGMC)

CGMC 1 - Planificación de la calidad y mejora continua.

1.1.- La dirección del centro establece las responsabilidades relacionadas con la gestión de la calidad y designa un representante de la dirección como responsable del sistema de gestión de la calidad.

1.2.- El centro dispone de una política de calidad, alineada con la estrategia, aprobada por la dirección y conocida por los trabajadores.

1.3.- El centro cuenta con un Plan de Calidad que contiene la misión, visión, valores, líneas estratégicas, objetivos y acciones a seguir, que se revisa periódicamente. El plan de calidad cuenta con la revisión y aprobación del máximo responsable de la organización y existe una sistemática para la comunicación y difusión del plan de calidad en la organización.

1.4.- El centro cuenta con una unidad funcional de calidad que tiene definida su cartera de servicios, responsabilidades del personal que la integra que es conocida por toda la organización.

1.5.- El centro dispone de un registro o listado actualizado de las comisiones, comités y grupos de trabajo para la mejora existentes en la organización y existe una sistemática para la creación, organización, atribuciones y funcionamiento de los mismos y para la comunicación a los miembros de la organización de la información que deriva de su actividad, así como evidencia de que esta información se se utiliza para su mejora.

1.6.- Existe un seguimiento (auditoría interna) del estado de ejecución del Plan de calidad por parte de la dirección.

1.7.- Los líderes promueven la certificación de procesos informatizados de la organización (UNE-EN ISO 9001, Modelo EFQM, Joint Commission International y otras).

1.8.- Existe una sistemática para la elaboración de acciones de mejora (acciones correctivas/preventivas) a partir de la información obtenida del seguimiento del cumplimiento de objetivos.

1.9.- El centro implementa las acciones necesarias para alcanzar los resultados planificados y la mejora continua de sus procesos.

1.10.- La dirección evalúa las respuestas a las quejas y reclamaciones de los pacientes y difunde la

información a los trabajadores de la organización, para la mejora continua.

1.11.- El centro comprueba la eficacia de las acciones correctivas/preventivas implementadas.

1.12.- Existe una sistemática para la comunicación de las acciones de mejora implementadas/ ejecutadas y los resultados obtenidos a los trabajadores, en función de su participación en los diferentes procesos de la organización.

1.13.- El centro realiza “benchmarking” para identificar las mejores prácticas y aprende de los mejores.

CXMC 2 - Diseño de los procesos clínicos y de gestión.

2.1.- El centro identifica y determina los procesos necesarios para garantizar un óptimo funcionamiento del sistema de gestión de la calidad y su aplicación a través de la organización.

2.2.- La dirección designa un responsable de cada proceso.

2.3.- La organización diseña los procesos clínicos conforme a los criterios de mejora de la calidad, teniendo en cuenta la legislación vigente y siguiendo los principios de la medicina basada en la evidencia.

2.4.- El centro establece un procedimiento documentado que define el control de la documentación del centro.

2.5.- El centro establece un procedimiento documentado para la gestión de no conformidades de producto / servicio.

2.6.- El centro ha establecido un procedimiento documentado para la gestión de las acciones correctivas y preventivas.

2.7.- El centro ha establecido un procedimiento documentado para la gestión de las auditorías internas.

2.8.- El centro se asegura de que se establecen los procesos de comunicación apropiados dentro de la organización y que la comunicación se efectúa considerando la eficacia del sistema de gestión de la calidad.

2.9.- El centro sistematiza y documenta las actividades requeridas para la verificación, validación, seguimiento, medición, inspección, ensayo/prueba específicas para el producto/servicio así como los criterios de la aceptación del mismo.

CXMC 3 - Seguimiento y control de procesos.

3.1.- El centro determina los criterios y métodos necesarios para asegurarse que tanto la

operación como el control de los procesos sean eficaces.

3.2.- El centro realiza el seguimiento, medición y análisis de los procesos.

3.3.- El centro cuando opte por contratar externamente cualquier proceso que afecte a la conformidad del producto/servicio con los requisitos de calidad, se asegurará de controlar tales procesos.

3.4.- El centro determina el seguimiento y la medición a realizar, así como los equipos de seguimiento y medición necesarios, para proporcionar la evidencia de la conformidad del servicio con los requisitos de calidad y seguridad determinados.

3.5.- El centro dispone de procedimientos sistematizados y documentados para evaluar la satisfacción de los clientes internos/externos (pacientes, cuidadores, sociedad).

3.6.- El centro dispone de un plan documentado para la realización de auditorías internas en la organización.

3.7.- La dirección del centro revisa la información con los resultados de seguimiento de los indicadores de rendimiento, actividad, eficiencia, calidad, seguridad, satisfacción y auditorías internas/externas de forma periódica.

3.8.- El centro dispone de un sistema para difundir la información con los resultados de seguimiento de los indicadores de rendimiento, actividad, eficiencia, calidad, seguridad y satisfacción y auditorías internas/externas de forma periódica.

4. DERECHOS DE Los PACIENTES (DP)

DP 1 - Derechos y deber del paciente.

1.1.- El centro fomenta el respeto a los derechos de los pacientes.

1.2.- El centro dispone de la Carta de Derechos y Deber del Paciente, que se ajusta al contenido de la Ley General de Sanidad y la Ley de Salud de Galicia.

1.3.- Cuando se produce la hospitalización de un paciente, el centro le entrega un documento con los Derechos y Deberes del paciente que debe estar elaborado en un lenguaje claro y comprensible. El centro le ofrece ayuda y la información adicional que pueda necesitar para comprenderlos, especialmente a pacientes en riesgo de no entenderlos.

1.4.- Los Derechos y Deberes del paciente están expuestos en la distintas Unidades Asistenciales y Administrativas del centro.

1.5.- La Dirección del centro fomenta y propicia el conocimiento y difusión por el personal, de los Derechos y Deberes, creando una cultura organizativa y de respeto de los mismo.

1.6.- El centro dispone de un código ético, aprobado por la dirección, que fomenta el conocimiento y conducta de los profesionales respecto a los derechos y deberes de los pacientes.

1.7.- El centro tiene acceso a un comité de ética asistencial para ayudar a los pacientes en el ejercicio efectivo de su autonomía y en caso de conflicto mediar entre pacientes y profesionales.

1.8.- El centro cuenta con políticas y mecanismos de participación de los pacientes que fomentan su contribución a la mejora de la calidad.

1.9.- El centro tiene un mecanismo para comprobar rutinariamente si el paciente tiene inscritas sus últimas voluntades y en caso negativo le informa y facilita al paciente su registro.

DP 2 - Información, quejas, reclamaciones y sugerencias. Atención al Paciente.

2.1.- El centro cuenta con una unidad (funcional) de Atención al Paciente.

2.2.- La unidad (funcional) de Atención al Paciente tiene dependencia directa de la Dirección del centro y cuenta con un responsable formalmente nombrado.

2.3.- El centro cuenta con un punto de información de fácil acceso, que está en disposición de poder atender cualquier requerimiento de un paciente o familiar, solucionarlo directamente y/o derivarlo de forma adecuada a la unidad oportuna. Conoce de forma detallada el funcionamiento del centro.

2.4.- La unidad (funcional) tiene definidas sus funciones por escrito, aprobadas por la dirección, ampliamente difundidas y conocidas por el personal del centro.

2.5.- La unidad (funcional) recibe, gestiona y soluciona las quejas, reclamaciones, sugerencias y agradecimientos de pacientes y usuarios.

2.6.- La atención se presta respetando la necesidad de intimidad del paciente.

2.7.- Existe un sistema reglado y documentado de revisión de las quejas y de las soluciones adoptadas por parte de la dirección del centro.

2.8.- Cuenta con un sistema de registro (informatizado o no) de reclamaciones verbales y escrituras, que garantiza la trazabilidad y permite la explotación de los datos.

2.9.- Hay procedimientos que garantizan que todo el personal del centro conozca y canalice adecuadamente las quejas o sugerencias de los pacientes.

2.10.- La unidad facilita al paciente información sobre el funcionamiento del centro y aquella relacionada con su proceso asistencial.

2.11.- Existe un mecanismo de atención a las necesidades de atención social de los pacientes ya

sea dependiente o independiente de la unidad pero coordinada con esta.

DP 3 - Derechos individuales del paciente. Participación de la familia y/los representantes designados por el paciente e información. Consentimiento Informado.

3.1.- El centro promociona/promueve la formación del personal sobre los derechos individuales de los pacientes y sus representantes (familia y otros).

3.2.- El centro garantiza la identificación de los profesionales sanitarios responsables de la asistencia del paciente.

3.3.- Existe un médico y una enfermera de referencia conocidos por el paciente y que son su fuente última de información sobre su asistencia o cualquier problema que pueda surgir.

3.4.- Hay un procedimiento sistemático por el que se pregunta al paciente a quién quiere que se informe de su proceso además de a él mismo.

3.5.- Existe un registro en la historia clínica de quién es la persona (familiar o no) que el paciente designara como interlocutor en caso de que no pueda expresar su propia opinión.

3.6.- El centro ha establecido un procedimiento para la información verbal y/o escrita a pacientes o persona designada (familiar o no) en relación al proceso asistencial. Asimismo, garantiza el derecho del paciente a la no información.

3.7.- El centro promueve que el paciente se sienta en todo momento en control de su proceso asistencial.

3.8.- El centro garantiza procedimientos efectivos para preservar la confidencialidad de la información sobre el proceso asistencial de los pacientes y sobre otros aspectos relacionados con las personas (creencias, vida sexual, maltrato.).

3.9.- Se garantiza el máximo respeto a la dignidad e intimidad del paciente durante su asistencia en el centro.

3.10.- El centro garantiza el acompañamiento del paciente por una persona de su elección, exceptuando los casos en que sea desaconsejable e incompatible con la prestación sanitaria, conforme a criterios clínicos bien establecidos y basados en la evidencia.

3.11.- El centro promueve la seguridad de los bienes personales de los pacientes, tanto en las áreas de hospitalización como en urgencias y otras áreas. Se dispone de un procedimiento definido para el depósito de pertenencias.

3.12.- El centro dispone de procedimientos que garantizan el acceso del paciente a la documentación clínica de su proceso asistencial.

3.13.- El centro tiene establecidos procedimientos efectivos para respetar y gestionar el derecho del paciente a una segunda opinión y a la renuncia a tratamientos.

3.14.- En caso de que un paciente rechace el tratamiento ofrecido deberá ofrecérsele tratamientos o cursos de acción alternativos. Este rechazo no será equivalente a una alta voluntaria.

3.15.- El centro dispone de procedimientos para conocer y respetar las voluntades anticipadas de los pacientes.

3.16.- El paciente es informado de la existencia de un comité de ética asistencial de la posibilidad de pedir su intervención en caso de conflicto con su médico.

3.17.- El centro dispone de un procedimiento establecido para la información previa y la obtención del consentimiento informado del paciente.

3.18.- El centro dispone de una relación actualizada de documentos de consentimiento informado para los procedimientos establecidos.

3.19.- El documento de consentimiento informado debidamente formalizado debe formar parte de la historia clínica del paciente.

DP 4 - Grupos especiales.

4.1.- El centro dispone de procedimientos actualizados y aprobados por la dirección, ampliamente difundidos, accesibles y conocidos por todo el personal, específicos para la asistencia de pacientes vulnerables.

4.2.- Existe un procedimiento específico de atención al menor.

4.3.- El centro dispone de un procedimiento actualizado, definido, conocido y difundido por el personal de la organización, sobre ingresos voluntarios de enfermos mentales que se adapta al establecido legalmente.

4.4.- El centro dispone de un procedimiento actualizado, definido, conocido y difundido por el personal de la organización, sobre ingresos forzosos de enfermos mentales que se adapta al establecido legalmente.

4.5.- El centro tiene protocolos sobre inmovilización de pacientes encamados, aprobados por el comité de ética.

4.6.- El centro garantiza la adecuada atención a pacientes terminales.

4.7.- El centro dispone de un procedimiento actualizado, definido, conocido y difundido al personal de la organización, para asegurar que los enfermos terminales puedan rechazar

cualquier tratamiento y especialmente tratamientos (de soporte vital) que prolonguen sin necesidad o su sufrimiento.

4.8.- El centro tiene establecidos procedimientos, directos e indirectos, que prohíben el uso del tabaco y regulan el uso de la telefonía móvil en el interior del edificio.

4.9.- El centro dispone de un protocolo específico para el consumo de tabaco en las unidades de psiquiatría.

5. ASISTENCIA AL PACIENTE (AP)

AP 1 - Valoración de los pacientes.

1.1.- Las necesidades de los pacientes se identifican mediante un proceso de evaluación establecido y definido por el centro.

1.2.- Los pacientes son valorados periódicamente en función de su estado clínico y de sus necesidades.

1.3.- A todo paciente se le asigna un equipo asistencial.

AP 2 - Cuidados de los pacientes.

2.1.- Tras la valoración inicial de los pacientes se establece un plan asistencial. Los cuidados proporcionados a los pacientes son uniformes de acuerdo con la normativa vigente, e individualizados en función de sus necesidades.

2.2.- Existe un procedimiento establecido para el manejo de pacientes en situaciones especiales.

2.3.- Todos los cuidados y procedimientos realizados a los pacientes, y especialmente aquellos de alto riesgo, se adecúan las guías de práctica clínica vigentes.

2.4.- Los cuidados de los pacientes se llevan a cabo de manera coordinada, tanto entre los diferentes profesionales de la unidad asistencial, como de otras unidades.

AP 3 - Comunicación e información al paciente y a la familia.

3.1.- Existe un procedimiento establecido de información a los pacientes y a los familiares/representantes.

3.2.- La información se lleva a cabo por el profesional responsable de la asistencia del paciente.

3.3.- Los profesionales responsables de la información al paciente y a sus familiares están adecuadamente adiestrados.

AP 4 - Indicadores de asistencia.

4.1.- La actividad y los resultados de las unidades asistenciales se monitorizarán mediante un procedimiento establecido por el centro.

4.2.- La evaluación se realiza de forma periódica y los resultados son difundidos a las diferentes unidades asistenciales.

4.3.- Los resultados de las diferentes unidades se comparan con los de otros centros de similares características.

AP 5 - Anestesia.

5.1.- Existe un responsable calificado de los servicios de anestesia y sedación.

5.2.- El servicio de anestesia cuenta con una estructura y distribución adecuadas para la realización de su actividad, respetando en todo momento a intimidad del paciente, su confidencialidad y la de sus datos.

5.3.- El servicio de anestesia tiene una cartera de servicios definida, conocida y actualizada.

5.4.- El servicio de anestesia, tiene documentada su actividad de acuerdo la normas y procedimientos formalmente establecidos que protocolizan la atención de los pacientes con base en la evidencia clínica disponible.

5.5.- Los profesionales responsables de la sedación y monitorización, así como de la valoración preanestésica y la reinducción, están calificados y suficientemente adiestrados.

5.6.- Existe un procedimiento establecido para la documentación de la atención anestésica

5.7.- Existe una cultura de seguridad en la atención anestésica.

AP 6 - Cirugía.

6.1.- Existe un responsable calificado al frente de los servicios quirúrgicos.

6.2.- El centro cuenta con la estructura y distribución adecuadas para la realización de su actividad quirúrgica respetando en todo momento la intimidad de los pacientes y la confidencialidad de sus datos.

6.3.- Los servicios quirúrgicos tienen una cartera de servicios definida, actualizada y conocida.

6.4.- Los servicios quirúrgicos desarrollan su actividad de acuerdo la normas y procedimientos formalmente establecidos que protocolizan la atención de los pacientes con base en la evidencia clínica disponible.

6.5.- Los profesionales responsables de la evaluación de los pacientes y de la realización de los procedimientos quirúrgicos están cualificados y suficientemente adiestrados.

6.6.- El centro dispone de un procedimiento establecido de realización de biopsias intraoperatorias.

6.7.- Existe un procedimiento establecido que garantiza la adecuada circulación del personal y material, así como la preparación de los quirófanos y el material a emplear.

6.8.- Existe un registro de quirófano que garantiza la trazabilidad de la actividad realizada.

6.9.- Existe un procedimiento establecido para los procedimientos quirúrgicos con implantación de dispositivos.

6.10.- Existe una cultura de seguridad específica para el cuidado de los pacientes quirúrgicos.

AP 7 - Urgencias.

7.1.- Existe un responsable cualificado al frente del servicio de urgencias (SU).

7.2.- El SU cuenta con la estructura y distribución adecuadas para la realización de su actividad respetando la intimidad del paciente y la confidencialidad de sus datos.

7.3.- El SU tiene una cartera de servicios definida, actualizada y conocida.

7.4.- El funcionamiento del SU garantiza la continuidad en función de las características del mismo (24 horas/día todos los días del año o durante la actividad del centro).

7.5.- El SU desarrolla su actividad de acuerdo a las normas y procedimientos formalmente establecidos que protocolizan la atención de los pacientes.

7.6.- Los profesionales responsables de la atención de los pacientes en el SU están cualificados y suficientemente adiestrados.

7.7.- Existe una cultura de seguridad específica en el cuidado de los pacientes del SU.

7.8.- Existe un sistema de atención a urgencia interna y sistemas de derivación para patologías que excedan la capacidad del centro.

AP 8 - Consultas externas.

8.1.- Existe un responsable designado por la dirección al frente de las consultas externas.

8.2.- El área de consultas dispone de espacio y distribución adecuados para la realización de su actividad, respetando la intimidad del paciente y la confidencialidad de sus datos.

8.3.- Existe una cartera de servicios de consultas externas definida, conocida y actualizada.

8.4.- Existe un procedimiento establecido que regula la organización y funcionamiento de las consultas externas, conocido y aplicado por los profesionales.

8.5.- Los profesionales responsables de la asistencia en las consultas externas están cualificados y suficientemente adiestrados.

8.6.- La asistencia en consultas externas está coordinada.

8.7.- Existe un procedimiento establecido de actuación en consultas externas para pacientes con necesidades especiales.

6. CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN (CA)

CA 1 - Proceso de Admisión.

1.1.- La organización cuenta con un sistema o unidad de admisión encargada de la gestión de la demanda asistencial y adecuada a la cartera de servicios del centro, en régimen de hospitalización, ambulatorio y en urgencias, con el fin de optimizar al máximo los recursos disponibles y facilitar el acceso a estos por la población que solicita asistencia especializada.

1.2.- El centro dispone de una cartera de servicios propios de admisión (gestor de prestaciones) conocida por el personal del centro, a disposición de los usuarios y que se actualiza de forma periódica.

1.3.- El centro tiene en cuenta las necesidades de atención de los pacientes en la gestión de las listas de espera para acceder a consultas, tratamientos o pruebas diagnósticas.

1.4.- La organización cuenta con sistemas establecidos para reducir las barreras físicas, lingüísticas, culturales y demás barreras al acceso y a la prestación de servicios.

1.5.- El centro garantiza que el paciente y sus familiares reciben información acerca de la atención propuesta, resultados esperados, de las demoras en la atención y de los costes en su caso.

1.6.- Está estandarizado el procedimiento de información en el momento de la admisión.

CA 2 - Continuidad asistencial.

2.1.- El centro dispone de mecanismos que garantizan la atención continuada de la asistencia las 24 horas del día.

2.2.- El centro garantiza la identificación del paciente en todas las etapas del proceso asistencial.

2.3.- El centro dispone de sistemas de comunicación interna y personal que permiten la localización de los profesionales para situaciones de urgencia y otras.

2.4.- Existe un facultativo responsable del paciente, claramente identificado, que será el interlocutor principal con el paciente y su familia durante todo el proceso asistencial, así como con los demás prestadores de la atención sanitaria, y que garantizará la idónea coordinación de los cuidados prestados tanto en el propio servicio como en aquellos otros a los que el paciente sea transferido.

2.5.- La organización diseña e implementa procesos para la continuidad de la atención entre profesionales médicos, de enfermería y otros prestadores de atención sanitaria en el hospital.

2.6.- El centro cuenta con protocolos de ingreso/alta en unidades de críticos y unidades especiales (trasplante, etc.), elaborados por personal especializado y que son conocidos por las diferentes unidades y servicios asistenciales.

2.7.- La organización garantiza la coordinación efectiva entre los diferentes prestadores de atención sanitaria en Atención Primaria y Atención Hospitalaria Especializada (integración asistencial)

CA 3 - Continuidad asistencial al alta.

3.1.- El centro cuenta con un procedimiento que recoge la planificación del alta y la continuidad asistencial del paciente tanto tras ingreso hospitalario como tras la asistencia ambulatoria. Este procedimiento está aprobado por la dirección, es difundido y conocido por el personal implicado. (Norma CMBD).

3.2.- El informe de alta queda registrado en la Historia Clínica e incluye como mínimo:

- Datos del paciente y del médico responsable.
- Resumen de su historial clínico.
- Actividad asistencial prestada.
- Diagnóstico.
- Estado del paciente al alta.
- Recomendaciones terapéuticas para garantizar la continuidad de la asistencia.

3.3.- El paciente y su familia reciben del médico responsable instrucciones claras y comprensibles en relación con los cuidados precisos tras el alta que incluirán indicaciones sobre el centro sanitario donde deben continuar la atención y como obtener asistencia urgente en caso necesario.

3.4.- De acuerdo a los estándares establecidos le entregara al paciente el informe de alta de cuidados de enfermería.

3.5.- El centro dispone de protocolos para la coordinación entre los Servicios y Unidades asistenciales implicados en la asistencia del paciente cuando este precise de atención domiciliaria o ambulatoria tras el alta, tanto primaria como especializada.

3.6.- El centro dispone de protocolos de coordinación con los centros de atención socio-sanitaria cuando el paciente precise de cuidados específicos por parte de ese dispositivo asistencial.

3.7.- El centro dispone de un protocolo, aprobado por la dirección y conocido por el personal, para garantizar la asistencia continuada de los pacientes ambulatorios.

3.8.- El centro cuenta con un protocolo, conforme a la legislación vigente, para la gestión de altas voluntarias de pacientes.

CA 4 - Derivación y traslado de pacientes.

4.1.- Existe un procedimiento de derivación, actualizado y aprobado por la dirección del centro para el traslado de pacientes a otros centros sanitarios adecuados cuando no disponga de las prestaciones sanitarias que se precisen. Este procedimiento incluye la derivación a centros fuera de la Comunidad Autónoma. En él también se incluyen las derivaciones desde otros centros sanitarios.

4.2.- El centro dispone de medidas que aseguren que los medios de transporte, propios o contratados, cumplen con la normativa vigente en cuanto a requisitos de funcionamiento, condiciones, equipamiento y mantenimiento.

4.3.- El centro cuenta con protocolos para garantizar la seguridad del paciente cuando sea preciso su transporte.

7. SEGURIDAD DEL PACIENTE. GESTIÓN DE RIESGOS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE (SPGR)

SPGR 1 - Gestión de Riesgos.

1.1.- La organización dispone de un plan de gestión de riesgos sanitarios.

1.2.- Existe un representante de la dirección responsable del sistema de gestión de riesgos. El centro ha establecido un Comité de Seguridad .

1.3.- La organización dispone de procedimientos documentados para la gestión del riesgos, aprobados por la dirección e implantados (identificación, análisis, evaluación y tratamiento de los riesgos), identifica los procesos o áreas de atención con alto riesgo de producir acontecimientos centinela y eventos adversos graves y difunde la información obtenida.

1.4.- La organización cuenta con un sistema que registra y analiza los incidentes relacionados con la seguridad del paciente (con daño -eventos adversos- o sin daño), reales o potenciales.

1.5.- La organización proporciona al personal, en especial a los profesionales de nueva incorporación, formación e información sobre prevención de riesgos sanitarios y en materia de seguridad del paciente y elabora y mantiene los correspondientes registros.

1.6.- Se disponen y se difunden recomendaciones dirigidas a pacientes y familiares, para la prevención de incidentes relacionados con la seguridad del paciente.

1.7.- La organización establece indicadores para el seguimiento del Sistema de Gestión de Riesgos para la Seguridad del Paciente no cuadro de mando.

1.8.- La organización revisa periódicamente el funcionamiento del Sistema de gestión de riesgos, haciendo comparaciones en el ámbito interno y con otras organizaciones cuando estén disponibles y con los estándares predefinidos.

1.9.- La dirección de la organización proporciona a los trabajadores información periódica sobre el funcionamiento del sistema de gestión de riesgos: incidentes notificados, acciones de tratamiento puestas en marcha, y consecución de objetivos relacionados con la seguridad del paciente.

SPGR 2 - Seguridad del Paciente.

I.- SEGURIDAD EN LA ASISTENCIA:

2.1.- La organización dispone de un procedimiento necesario para garantizar una identificación inequívoca de los pacientes:

2.2.- La organización dispone de un procedimiento para garantizar la identificación inequívoca de muestras (sangre, tejidos anatomía patológica, muestras microbiología, etc.) y pruebas (diagnóstico por imagen, etc.).

2.3.- La organización promueve medidas para la mejora de la comunicación efectiva entre profesionales y entre profesionales y pacientes, en relación con la asistencia sanitaria.

2.4.- La organización dispone de un procedimiento documentado e implantado que garantiza la aplicación de la cirugía en el lugar correcto, con el procedimiento correcto y el paciente correcto.

2.5.- Se garantiza que el uso de ropa, lencería y calzado de quirófano se restringe a las áreas quirúrgicas, y se incide en que el no cumplimiento de esta norma atenta contra la seguridad del paciente.

2.6.- La organización mide y pone a la disposición de los pacientes el cálculo y sumatorio de radiaciones recibidas a lo largo de su proceso asistencial.

2.7.- Existe un procedimiento eficaz para informar de los resultados críticos de pruebas diagnósticas.

II.-SEGURIDAD EN LOS CUIDADOS: CC

2.8.- La organización dispone de procedimientos de cuidados documentados e implantados para garantizar la seguridad de los pacientes, como mínimo los siguientes:

- Prevención de caídas y lesiones asociadas.
- Prevención de úlceras por presión.
- Seguridad en las contenciones mecánicas.
- Prevención de la malnutrición.
- Prevención de la broncoaspiración.
- Detección y asistencia al paciente frágil.
- Prevención del deterioro cognitivo.
- Abordaje integral del dolor.
- Prevención del suicidio.
- Prevención de fugas.
- Prevención de raptos y abandonos en el ámbito hospitalario.
- Prevención de reacciones alérgicas al látex.
- Prevención de trombosis venosa profunda y tromboembolismo pulmonar.
- Prevención de las hemorragias en pacientes de riesgo como anticoagulados, postquirúrgicos y sometidos a procedimientos invasivos.
 - Actuación ante situaciones emergentes graves de pacientes, con dispositivos de atención inmediata a la parada cardiorrespiratoria.
 - Prevención de quemaduras por dispositivos asistenciales.
 - Detección y prevención de la violencia de género.

2.9.- La organización dispone de procedimientos/protocolos técnicos relacionados con la seguridad en la inserción, cuidados y mantenimiento de dispositivos invasivos.

III- SEGURIDAD EN LA GESTIÓN Y UTILIZACIÓN DE MEDICACIÓN Y PRODUCTOS SANITARIOS: CC

2.10.- La organización dispone de procedimientos/protocolos técnicos relacionados con la seguridad de la medicación.

2.11.- La organización dispone de procedimientos para garantizar la seguridad del paciente en la utilización de medicamentos de alto riesgo. CC

2.12.- La organización dispone de un procedimiento para la conciliación de la medicación al ingreso y el alta del paciente. Se dispone de un procedimiento para la revisión de los tratamientos farmacológicos y dietéticos de pacientes pluripatológicos y polimedicados y se utiliza.

2.13.- Existe en la organización un procedimiento definido y conocido por el personal para el control de la caducidad y condiciones de conservación y uso de los medicamentos y otros productos sanitarios.

2.14.- La organización dispone de un procedimiento documentado e implantado de revisión periódica de la medicación de los carros de parada/maletines de primera intervención.

2.15.- Se disponen de un lugar, con acceso restringido, para el almacenamiento de los medicamentos, productos sanitarios y fluidos.

2.16.- Se dispone de un procedimiento de control de las condiciones de conservación, como la temperatura, de los medicamentos, productos sanitarios y fluidos en las zonas de almacenamiento, incluyendo los ubicados en el frigorífico.

2.17.- La organización garantiza el rastreo de toda la cadena transfusional y dispone de los procedimientos necesarios para garantizar la seguridad del paciente en la transfusión de sangre y hemoderivados.

2.18.- La organización dispone y aplica procedimientos para la localización y retirada de productos y dispositivos sanitarios ante situaciones de alerta.

SPGR 3 - Vigilancia, prevención y control del riesgo de infección.

3.1.- La organización cuenta con un sistema integrado para la vigilancia, prevención y control de las Infecciones Relacionadas con la Atención Sanitaria (IRAS).

3.2.- El programa para la reducción de infección hospitalaria cuenta con un responsable y dispone de indicadores, procedimientos, registros y normas relativas a la vigilancia, prevención y control de infecciones.

3.3.- La organización establece planes de contingencia ante riesgos potenciales que así lo requieran o adapta para su aplicación los establecidos por la administración pública correspondiente.

3.4.- La organización establece equipos de mejora de la infección, profilaxis y política antibiótica.

3.5.- El centro tiene identificados e implanta los procedimientos y procesos asociados con el riesgo de infección y desarrolla estrategias para reducir dicho riesgo.

3.6.- La organización garantiza que se tienen en cuenta criterios de prevención de infecciones en la contratación de servicios externos, compra de equipos o dispositivos en relación con posibles riesgos de infección.

3.7.- La organización realiza actuaciones específicas para reducir el riesgo de infecciones.

3.8.- Se implica a los pacientes en los aspectos relacionados con la prevención de las IRAS (infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria).

3.9.- La organización implanta programas de formación continuada, sobre la prevención de riesgo de infecciones de pacientes, a todos los profesionales, de manera especial a los de nueva incorporación y servicios/unidades de procesos críticos.

8. GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA (GIDC)

GIDC 1 - Planificación y adecuación de la información.

- 1.1.- El centro cuenta con un responsable de los sistemas de información.
- 1.2.- El centro dispone de un sistema de información diseñado acorde a sus necesidades, reflejado en un plan para la gestión de la información actualizado, difundido y evaluado.
- 1.3.- El sistema de información facilita el desarrollo de los procesos de captura, procesado, transmisión, uso y recuperación de datos de forma ágil y permite un acceso fácil y en tiempo real a la información definida cómo relevante para cada servicio o unidad del centro.
- 1.4.- La totalidad de los servicios y unidades del centro sanitario están funcionalmente integradas en el sistema de información del hospital.
- 1.5.- El personal conoce las normas y mecanismos de uso según el puesto de trabajo.
- 1.6.- El centro dispone de mecanismos efectivos para garantizar que sólo el personal autorizado puede acceder a la información que corresponda.
- 1.7.- El personal que trabaja o utiliza los sistemas de información, independientemente del tipo de relación contractual, debe haber documentado formalmente su compromiso de confidencialidad con el uso de la información.
- 1.8.- El personal encargado de la gestión de la información recibe la formación específica para garantizar el uso adecuado del sistema.
- 1.9.- El centro dispone de procedimientos para revisar, proteger y garantizar la seguridad e integridad del sistema de información.
- 1.10.- El centro debe garantizar la seguridad y confidencialidad de los datos cuando colabora con bases de datos externas.
- 1.11.- El centro facilita la información al usuario de acuerdo a formatos normalizados y en tiempo adecuado.
- 1.12.- El centro emplea códigos estandarizados de diagnóstico y procedimientos, símbolos, abreviaturas y definiciones recogidos en un manual escrito. Dicha estandarización cumple con los estándares aprobados por la organización.
- 1.13.- El centro ha establecido indicadores con criterios de homologación y clasificación nacional e internacional. El sistema de indicadores le permite la evaluación y análisis de los procesos asistenciales.

1.14.- El centro está incluido en bases de datos externas (nacionales y/o internacionales) de referencia que permiten la comparación con otros centros.

1.15.- El personal sanitario del centro participa en la selección, integración y utilización de la tecnología de la información.

1.16.- El centro evalúa periódicamente los sistemas de accesibilidad, disponibilidad, seguridad y confidencialidad de la información.

GIDC 2 - Información basada en la evidencia científica y en el conocimiento.

2.1.- El centro cuenta con un responsable de la gestión de la información científica y clínica basada en el conocimiento y en la evidencia.

2.2.- El centro planifica la gestión de los sistemas, recursos y servicios de información científica y clínica, basada en el conocimiento y la evidencia, de acuerdo con las necesidades de información, educación e investigación del centro.

2.3.- El centro dispone de recursos que permitan el acceso de los profesionales a la literatura científica en tiempo real, actualizados y accesibles en el formato que se determine.

2.4.- El centro facilita el uso de la información científica al personal, con medios y horario adecuados a las necesidades del personal.

2.5.- La organización incentiva el desarrollo del conocimiento colectivo.

2.6.- La organización evalúa y revisa periódicamente el grado de participación de los profesionales en el plan.

2.7.- El centro evalúa con una periodicidad determinada la adecuación del plan a las necesidades de información de los profesionales sanitarios.

GIDC 3 - Gestión de la historia clínica (HC).

3.1.- El centro cuenta con un responsable de la gestión de la historia clínica

3.2.- La organización posee una política que regula el uso y gestión de la historia clínica.

3.3.- Todo paciente atendido en el centro cuenta con historia clínica única en la cual se integran todos los episodios asistenciales del mismo y que cuenta con un identificador exclusivo para él.

3.4.- El centro ha regulado formalmente que personas tienen acceso a la historia clínica y el nivel de responsabilidad de cada una de ellas en la custodia de la misma.

3.5.- Cada acceso en la historia clínica identifica a su autor, el motivo y la fecha del acceso.

3.6.- La historia clínica contiene toda la información del paciente según dispone la legislación vigente.

3.7.- La historia clínica del paciente que recibe atención de urgencias incluye por lo menos, hora de llegada, anamnesis, exploraciones realizadas, tratamiento administrado, impresión diagnóstica, estado del paciente al alta y las instrucciones de seguimiento.

3.8.- El centro cuenta con un protocolo de actuación ante las solicitudes de documentación clínica por parte de terceros ajenos al centro, incluidas las realizadas por los pacientes y familiares autorizados.

3.9.- El centro cuenta con procedimientos para garantizar que no se produzcan demoras en la incorporación de la información clínica de los pacientes a la HC.

3.10.- El centro realiza la revisión de una muestra significativa de historias clínicas con una periodicidad predeterminada.

3.11.- En la revisión de historias, el centro evalúa tanto la calidad formal de la documentación clínica como la de su contenido.

3.12.- El centro cuenta con una comisión o comité de historias clínicas formalmente constituido, con dependencia de la dirección del centro. Esta comisión propone y difunde las normas, procedimientos y acciones de mejora en la calidad de la HC.

3.13.- El centro evalúa los resultados, los difunde y toma las medidas adecuadas con el fin de favorecer la mejora de la calidad de las historias clínicas.

9. PROCESOS DE SOPORTE A LA ASISTENCIA (PSA)

PSA 1 - Diagnóstico por la imagen. Medicina Nuclear. Radioterapia.

1.1.- Existe un responsable de esta área.

1.2.- El centro tiene definida difundida y actualizada la cartera de servicios de las unidades de diagnóstico por imagen.

1.3.- El centro dispone de procedimientos actualizados, aprobados por la dirección médica y conocidos por el personal, sobre la indicación y la realización de todos los estudios de diagnóstico por imagen, los cuales permiten la correcta asistencia de los pacientes, garantizando la seguridad de los mismos y la del personal del centro.

1.4.- Los estudios y pruebas de diagnóstico por imagen se informan sistemáticamente y de conformidad con la indicación clínicamente razonada por la unidad peticionaria.

1.5- Se dispone y se utilizan procedimientos para la correcta identificación de los pacientes y de

los estudios realizados.

1.6.- Se dispone de recursos necesarios para garantizar la atención de los pacientes en situaciones clínicas que supongan un riesgo vital. Equipamiento médico para las emergencias o complicaciones.

1.7.- El personal de las unidades cuenta con capacitación, experiencia y destrezas apropiadas y adecuadas para la realización de su trabajo.

1.8.- Las unidades aplican un procedimiento asistencial diferenciado funcional y/o estructural para la asistencia a pacientes ambulatorios y hospitalizados.

1.9.- Las unidades intervencionistas del servicio de radiodiagnóstico tienen diferenciadas las áreas que lo integran, adecuando su distribución, instalación y equipamiento al volumen de su actividad.

1.10.- El centro ha constituido y está dotado de un servicio de protección radiológica propio, o cuenta con la contratación de una unidad técnica de protección radiológica para sus instalaciones debidamente autorizada. Cuenta con un responsable al frente de la misma y con técnicos expertos que garanticen que tenga su certificado de revisión al día.

1.11.- En cuanto a equipamiento y mantenimiento, se registran las actividades relacionadas con la inspección, mantenimiento y calibración de los equipos que se usan en los estudios radiológicos y de diagnóstico por imagen.

1.12.- Se garantiza una adecuada gestión de residuos.

PSA 2 - Laboratorios.

2.1.- Se cuenta con un responsable de esta área.

2.2.- El centro tiene definida la cartera de servicios de los laboratorios, actualizada y conocida por el personal del centro.

2.3.- En caso de que los laboratorios fueran ajenos, se evalúa periódicamente la adecuación y calidad de los prestadores externos a las necesidades del hospital.

2.4.- El personal asignado a los laboratorios cuenta con las cualificaciones y experiencia adecuada.

2.5.- Se dispone de un manual de régimen interno sobre normas de organización y funcionamiento de los laboratorios, elaborado por los profesionales, correctamente difundido y actualizado.

2.6.- El centro contará con procedimientos actualizados sobre la indicación y realización de todas las determinaciones y pruebas diagnósticas propias de la especialidad para la óptima asistencia

de los pacientes. Los protocolos son conocidos y utilizados por el personal. Se garantiza la calidad de los estudios realizados.

2.7.- Los laboratorios cuentan con programas de calidad internos y externos en función de su cartera de servicios.

2.8.- Existen registros de todas las muestras recibidas, procesadas y las que habían sido derivadas a otros laboratorios, así como los registros de todos los estudios realizados, y de entrega de resultados, para reducir al máximo los errores con la identificación de muestras.

2.9.- Todo el equipamiento utilizado para análisis de laboratorio será inspeccionado, se mantendrá y calibrará con regularidad.

2.10.- Los laboratorios cuentan con un programa de seguridad y control de riesgos para el personal y para pacientes, que se coordina con el programa general del centro.

PSA 3 - Uso del Medicamento.

3.1.- El centro cuenta con un responsable especialista en farmacia hospitalaria al frente del servicio de farmacia.

3.2.- El centro dispondrá de recursos adecuados para el eficaz y seguro uso del medicamento. El servicio de farmacia contará con normas escritas y protocolos que regulen su actividad de forma coordinada con el resto de los servicios del hospital, y realizará evaluaciones de calidad del servicio.

3.3.- El centro dispone de una Guía Farmacoterapéutica en la que se incluyen los medicamentos disponibles elaborada de acuerdo a criterios profesionales.

3.4.- La unidad realiza el control de la medicación circulante mediante la revisión de botiquines y depósitos en unidades clínicas del hospital. Dispone de sistema de localización de los medicamentos existentes en el centro.

3.5.- El centro posibilita la prescripción y aplicación de medicamentos de usos especiales no incluidos en ensayos clínicos, para atender necesidades de tratamientos en situaciones clínicas concretas. Cuenta al respecto con un procedimiento en el que se incluye el consentimiento informado por escrito del paciente o de su representante.

3.6.- La unidad de farmacia dispone de mecanismos de control y evaluación de calidad de los procesos que realiza.

3.7.- El centro ha implantado un sistema de distribución de medicación individualizado por pacientes y la prescripción de medicamentos esta normalizada y protocolizada.

PSA 4 - Hemoterapia.

4.1.- La unidad está dirigida por un responsable con formación adecuada. Dispone de personal cualificado para garantizar una adecuada asistencia.

4.2.- El centro dispondrá de recursos adecuados para la eficaz y segura administración de sangre y derivados sanguíneos a los pacientes. Contará con normas escritas y protocolos que regulen la conservación y administración de los productos, garantizando la seguridad y evitando el riesgo infeccioso y de compatibilidad.

4.3.- El centro dispone de mecanismos que aseguran la disponibilidad de recursos hemoterápicos adecuados su actividad asistencial, tanto programada como urgente.

4.4.- El centro posee protocolos de indicación para la administración de los productos hemoterápicos elaborados por los profesionales, correctamente difundidos y actualizados, aprobados por la dirección.

4.5.- El centro dispone y aplica adecuadamente procedimientos que garanticen el uso seguro de sangre y derivados sanguíneos elaborados por los profesionales, actualizados periódicamente y correctamente difundidos.

4.6.- La unidad realiza auditorías internas, evaluaciones periódicas de calidad de sus procesos y aplica las modificaciones si lo requiere.

PSA 5 - Nutrición y Dietética.

5.1.- La unidad está dirigida por un responsable, encargado de su funcionamiento; dispondrá además de otro personal apropiado para garantizar una asistencia adecuada al paciente.

5.2.- El centro contará con protocolos para prestar una atención nutricional y dietética adecuada a los pacientes

5.3.- Dispone de listado de dietas con un sistema de identificación, distribuido por todas las áreas de hospitalización, incluido urgencias.

PSA 6 - Esterilización.

6.1.- Esta unidad cuenta con un responsable técnico de la misma.

6.2.- La unidad dispone de un manual de organización y funcionamiento en el que se refleja su organigrama, la disposición física de la unidad, ubicación, los recursos estructurales y de equipamiento de que dispone y de normas de la unidad.

6.3.- Está centralizada en la Unidad de Esterilización el lavado, desinfección, esterilización y almacenaje de los materiales y equipamiento que lo requieran, utilizados en el hospital. Cada una de las áreas funcionales de la central de esterilización dispone de protocolos específicos y

normalizados de trabajo, visibles y conocidos por el personal.

6.4.- Existen en la unidad protocolos y procedimientos que describen las actividades a realizar para el proceso de esterilización segundo el tipo de material y equipamiento.

6.5.- El personal de la unidad que está en contacto con materiales contaminados utiliza equipo de protección personal recomendado.

6.6.- Existe un sistema de gestión de calidad recogido en un manual de calidad y certificado. Se garantiza la trazabilidad.

10. PROCESOS DE APOYO LOGÍSTICO. SEGURIDAD DE Las INSTALACIONES (PALSÍ).

PALSÍ 1 - Hostelería.

1.1.- La persona responsable o las personas responsables de cada área funcional están claramente identificadas. Existe un directivo o directiva del centro como responsable final, designado por la dirección y conocido por la organización.

1.2.- La organización tiene una estructura física y organizativa adecuada para cubrir las necesidades hosteleras de los usuarios y del personal.

1.3.- El centro dispone de procedimientos del área de hostelería actualizados y consensuados con las otras unidades funcionales implicadas en los distintos procesos.

1.4.- Se dispone de procedimientos para el control de stocks y su rotación en las tres áreas funcionales (alimentación, limpieza y lavandería/lencería).

1.5.- Existe un adecuado sistema de recogida de quejas de los usuarios específico para esta área.

Alimentación:

1.6.- El centro dispone de un sistema de calidad que asegura el correcto desarrollo de los procesos de restauración, distribución, adecuación del equipamiento y la conservación de los alimentos.

1.7.- El centro dispone de un sistema de control de la inocuidad/seguridad alimentaria basado en los principios APPCC, según las recomendaciones de la Dirección General de Salud Pública de la consellería con competencias en materia de Sanidad.

1.8.- El centro dispone de mecanismos para la correcta distribución de la comida ajustándose a las normas de higiene y conservación, controlando la entrega al paciente y el nivel de ingesta.

Limpieza:

1.9.- El centro dispone de una Guía de limpieza que adapte sus características las

recomendaciones de la Dirección General de Salud Pública de la Consellería con competencias en materia de Sanidad.

1.10.- El centro dispone de protocolos específicos de limpieza según el nivel de riesgo: bajo, medio y alto.

1.11.- El centro dispone de protocolos específicos de limpieza de servicios especiales: quirúrgicos, críticos, cocina.

1.12.- El centro dispone de protocolos específicos de recogida, transporte y eliminación de material sucio y/o contaminado.

Lavandería/lencería:

1.13.- El centro dispone de una Guía de ropa limpia y sucia que adapte sus características a las recomendación de la Dirección General de Salud Pública de la Consellería con competencias en materia de Sanidad.

1.14.- El centro dispone de protocolos específicos de cambios de ropa que garantizan los cambios necesarios y sin demora, tanto para pacientes cómo para el personal.

PALSI 2 - Instalaciones, Equipamiento y Mantenimiento del edificio.

2.1.- Hay un responsable de mantenimiento del edificio, las instalaciones y el entorno designado por la dirección y conocido por la organización.

2.2.- De acuerdo con su política y estrategia, el Centro dispone de un Plan de Mantenimiento del edificio (exterior e interior), las instalaciones y el entorno y de un reglamento de régimen interno aprobado por la Dirección del Centro correctamente difundido y actualizado.

2.3.- Hay planos de las instalación actualizados, adaptados a la normativa de aplicación y detallados, que son accesibles para las personas que los precisen.

2.4.- El centro dispone de mecanismos para garantizar el adecuado funcionamiento y mantenimiento preventivo y correctivo de todos los equipos y materiales. Se disponen de un registro actualizado donde quedan reflejadas las revisiones técnicas, incidencias y averías de los equipos.

2.5.- El Servicio de Mantenimiento está asegurado y cubre todo el horario de funcionamiento del centro.

2.6.- El Centro dispone de procedimientos para detectar la necesidad de modificar sus infraestructuras. Planifica y prioriza las mejoras del edificio y las instalaciones según sus necesidades y los recursos.

2.7.- Está prevista la formación del personal con respeto al uso de los equipos de nueva incorporación, y del nuevo personal, con respeto al equipamiento instalado.

PALSI 3 - Accesibilidad del edificio y de su entorno.

3.1.- Hay un responsable de esta arena designado por la dirección y conocido por la organización.

3.2.- El centro dispone de un Plan de Señalización General en el Centro que facilita el acceso a las diferentes áreas, este plan incluye una identificación adecuada de las áreas de circulación públicas y restringidas.

3.3.- El centro dispone de procedimientos que regulan el acceso a las distintas áreas del centro y explicitan los horarios de funcionamiento, los horarios de visita y las restricciones previstas en cada área.

3.4.- El centro dispone de accesos diferenciados para pacientes y profesionales en todas las áreas funcionales. La distribución de escaleras y ascensores es adecuada en número y accesible desde todas las entradas a las áreas funcionales.

3.5.- El centro esta libre de barreras y/o dispone de protocolos, mecanismos y recursos que permitan superar los posibles déficits de accesibilidad de la estructura de forma que garantizan que usuarios con déficits sensoriales que circulan por el centro en el no tienen barreras de accesibilidad.

3.6.- El centro dispone de atención telefónica al paciente para información, citación y programación de actividades asistenciales.

PALSI 4 - Intimidad y Confort en el edificio.

4.1.- La infraestructura permite que la estancia del paciente se desarrolle en un entorno físico relajante y confortable con el fin de favorecer su recuperación.

4.2.- En todos los servicios hay áreas de espera para los pacientes y sus acompañantes proveídos de asientos adecuados y en cantidad suficiente.

4.3.- Hay zonas donde el paciente puede cambiarse, tener privacidad para desnudarse y dejar sus objetos personales.

4.4.- A los pacientes se les entrega ropa para las exploraciones y pruebas diagnósticas y terapéuticas en las situaciones que lo requieran.

4.5.- Las habitaciones cuentan con instalaciones sanitarias adaptadas y accesibles que permiten la limpieza/aseo personal con privacidad y comodidad.

4.6.- El mobiliario dispone de sistemas de seguridad y de contención para impedir las lesiones de los pacientes.

4.7.- El centro dispone de instalaciones y procedimientos para mantener la privacidad y la dignidad de los enfermos encamados.

4.8.- En las habitaciones hay un espacio cerrado, fácilmente accesible, para guardar los objetos personales y la ropa de los pacientes.

4.9.- En el Servicio de Urgencias hay un procedimiento que garantice la guardia y custodia de la ropa y de los objetos personales de los pacientes.

4.10.- En las áreas asistenciales, el centro dispone de zonas destinadas al descanso del personal.

4.11.- El Centro dispone de instalaciones para el personal, equipadas y adaptadas el número de trabajadores y en las mejores condiciones higiénicas y de mantenimiento.

4.12.- El Centro le facilita a sus trabajadores ropa de trabajo adecuada y hay vestuarios fácilmente accesibles.

PALSI 5 - Seguridad del edificio y de su entorno.

5.1.- Hay un responsable de este área designado por la dirección y conocido por la organización.

5.2.- El centro dispone de un procedimiento para garantizar la seguridad de los bienes personales de los pacientes, al menos en las áreas de hospitalización, urgencias, centro de día y CMA (Cirugía Mayor Ambulatoria).

5.3.- El centro ha elaborado un plan para actuar frente a posibles emergencias de todo tipo, internas, externas y catástrofes. Este Plan de Emergencias prevé el acceso a equipos de comunicaciones, centros de atención alternativos, fuentes alternativas de suministros médicos y otros materiales.

5.4.- En el centro se realizan periódicamente simulacros de evacuación ante situaciones de emergencia.

5.5.- El suministro eléctrico y de agua potable de fuentes habituales o alternativas está asegurado durante todo el horario de funcionamiento del centro y suficiente para atender las necesidades de los pacientes.

5.6.- El centro dispone de un Plan de Eficiencia Energética que se adapte sus propias características.

5.7.- El centro dispone de medios de control y seguridad que prevengan o detecten accidentes y agresiones físicas a las personas o a la estructura del Centro, en todo su perímetro y en los accesos.

5.8.- Hay medidas de protección contra la precipitación interior o exterior de personas.

5.9.- Hay sistemas que garantizan la seguridad informática del centro.

PALSI 6 - Gestión de residuos y otros riesgos.

6.1.- El centro dispone de un responsable de la gestión ambiental y residuos nombrado por la dirección y conocido por la organización.

6.2.- El centro dispone de una política de mejora del medio ambiente, aprobada por la dirección y reduce al mínimo el impacto ambiental de sus actividades, propiciando el desarrollo sostenible.

6.3.- El centro está sometido la algún sistema de gestión de la calidad medio ambiental tipo ISO 14000.

6.4.- El centro hace una adecuada gestión ambiental y de los residuos.

PALSI 7 - Gestión de la tecnología asistencial.

7.1.- El centro tiene un responsable designado por la dirección y conocido por la organización.

7.2.- El centro dispone de un inventario debidamente actualizado del equipamiento técnico- asistencial en uso, tanto si es propio como alquilado, en cesión o cualquier otra fórmula contractual.

7.3.- El centro dispone de un procedimiento de mantenimiento preventivo y correctivo de todo el equipamiento tecnológico.

7.4.- El centro dispone de un procedimiento para la identificación de todo nuevo equipamiento que se incorpore, independientemente de su origen.

7.5.- El centro garantiza que el personal encargado de la calibración y del mantenimiento preventivo están debidamente formados, son competentes y actúan de acuerdo a los protocolos.

7.6.- Todos los equipos que lo requieran deben calibrarse o verificarse, o ambos, a intervalos especificados o antes de su utilización, comparando con patrones de medición trazables a patrones de medición internacionales o nacionales; cuando en el existan tales patrones debe registrarse la base utilizada para la calibración o la verificación.

7.7.- El centro dispone de protocolos para la formación del personal que va a utilizar los nuevos equipos instalados.

PALSI 8 - Proveedores, Suministros, Almacén y Distribución.

8.1.- El centro tiene un responsable de la compra y suministro de productos nombrado por la dirección y conocido por la organización.

8.2.- El centro dispone de un catálogo de productos actualizado.

8.3.- El centro dispone de un procedimiento para la incorporación de nuevos productos.

8.4.- El centro evalúa de forma sistemática y periódica los listados de suministros con las características de los productos y con los proveedores, de manera que se mantengan actualizadas.

8.5.- El centro evalúa periódicamente los procedimientos para el control de los suministros, el almacenamiento y el control del stock, tanto en el contenido, como en las características de cada producto, como la implantación del mismo por el personal del centro.

8.6.- El centro evalúa periódicamente que los pedidos de suministro son realizados de acuerdo a los criterios previamente aprobados y que se realiza un control de estos pedidos.

8.7.- El centro evalúa de forma sistemática y periódica, la coordinación del almacén con el área de suministros/contabilidad/administración, y verifica que las comunicaciones de los movimientos de entradas y salidas, stocks del mismo, coinciden por lo menos con los movimientos reales