

Proxecto de decreto polo que se establece o procedemento para a acreditación de centros sanitarios e se crea e regula o funcionamento da Comisión autonómica de acreditación de centros sanitarios da Comunidade Autónoma de Galicia

A Constitución Española de 1978 establece o dereito dos españois á protección da saúde e a obriga dos poderes públicos de organizar e tutelar a saúde pública.

Á Comunidade Autónoma de Galicia correspóndelle, segundo o establecido na Lei Orgánica 1/1981, do 6 de abril, de Estatuto de Autonomía para Galicia, o desenvolvemento lexislativo e a execución da lexislación básica en materia de sanidade interior.

A Lei 8/2008, de 10 de xullo, de saúde de Galicia, no artigo 32.13 , establece como un dos principios reitores do Sistema Público de Galicia, a acreditación e avaliación continua dos servizos sanitarios prestados na Comunidade Autónoma.

Polo tanto, correspóndelle á administración sanitaria a promoción e o incremento da calidade da asistencia sanitaria prestada polos centros sanitarios, tanto no ámbito privado como no público, estimulando a excelencia na prestación destes servizos. A acreditación configúrase, en definitiva, como un instrumento eficaz para promover a mellora continua da calidade nunha organización sanitaria.

Igualmente, o artigo 74.6 da citada Lei establece que as actividades sanitarias e asistenciais que o Sistema Público de Saúde de Galicia concerte co sector privado terán que axustarse aos mesmos parámetros, estándares, dereitos ou criterios de actuación esixibles para os centros do propio Sistema Público de Saúde de Galicia; en consonancia co establecido no artigo 12.14 cando establece que as persoas usuarias teñen dereito a que os servizos e as actividades sanitarias ou asistenciais que o Sistema Público de Saúde de Galicia contrate co sector privado de asistencia sanitaria, deben axustarse a os mesmos parámetros, estándares, dereitos ou criterios de actuación esixibles para os centros propios da rede pública de Galicia.

A Xunta de Galicia ten regulada, neste momento, a acreditación dos centros hospitalarios a través do Decreto 52/2001, do 22 de febreiro, polo que se regula a acreditación dos centros hospitalarios da Comunidade Autónoma de Galicia, pero os cambios organizativos e os avances existentes na consideración e cualificación da calidade das prestacións sanitarias, fan necesaria a aprobación dunha nova norma regulamentaria.

Tendo en conta, o indicado anteriormente, amplíase o alcance da acreditación aos centros sanitarios, coas excepcións que se indican no articulado, considerando como centros sanitarios aos efectos desta norma os definidos no artigo 3.9 da Lei 8/2008 do 10 de xullo.

O procedemento para a acreditación de centros sanitarios contempla as seguintes áreas a avaliar, que se desenvolven no anexo II deste decreto:

1. Dirección e organización (DO)
2. Xestión e formación do persoal (GFP)
3. Calidade, Xestión e Mellora Continua (CGMC)
4. Dereitos e deberes do paciente.(DP)
- 5 .Asistencia ao paciente (AP)
6. Continuidade da atención
7. Seguridade do paciente, xestión de riscos para a seguridade do paciente (SPGR)
8. Xestión da información e documentación clínica (GIDC)
9. Procesos de soporte á asistencia (PSA)
10. Procesos de apoio loxístico, seguridade das instalacións (PALSI)

Establécese, igualmente, un sistema de acreditación baseado no cumprimento dos indicadores, o que supón que os centros poden acadar a dita acreditación en grao básico ou en grao superior.

Considérase que a existencia de dous graos é suficiente para resaltar a calidade na prestación dos servizos sanitarios, xa que a existencia de máis graos podería levar á confusión aos usuarios dos referidos servizos. Desta forma haberá una acreditación de nivel básico, que supón o cumprimento de ata un 75% dos indicadores e un nivel superior, para todos os centros que superen esa porcentaxe.

O decreto, así mesmo, regula a comisión autonómica de acreditación de centros sanitarios, como un órgano colexiado ao que se lle atribúen funcións de asesoramento e de emisión de informes sobre os procedementos de acreditación.

Durante a tramitación do decreto deuse audiencia ás principais entidades e asociacións correspondentes aos sectores afectados pola norma.

Este decreto consta de vinte e dous artigos, unha disposición adicional única, unha disposición transitoria única, unha disposición derogatoria única e dúas disposicións derradeiras.

Na súa tramitación seguiuuse o procedemento establecido na Lei 39/2015, do 1 de outubro, e na Lei 16/2010, do 17 de decembro, de organización e funcionamento da Administración xeral e do sector público autonómico de Galicia, e cumpríronse así mesmo os trámites previstos na normativa en materia de transparencia.

Ademais, o presente decreto axústase aos principios de boa regulación contidos no artigo 129 da Lei 39/2015, do 1 de outubro, e no artigo 37.a) da Lei 14/2013, do 26 de decembro, de racionalización do sector público autonómico de Galicia; configúrase como unha iniciativa

necesaria e eficaz, ao atoparse xustificada por unha razón de interese xeral, basearse nunha identificación clara dos fins perseguidos, ser o instrumento máis axeitado para garantir a seguridade xurídica e evitar cargas administrativas innecesarias á cidadanía. Ademais, é eficiente ao non supoñer custos significativos, tendo en conta que ademais as peticións de autorización de acreditación e a súa renovación están suxeitas ao aboamento das preceptivas taxas.

De igual modo, o presente decreto formula a regulación imprescindible para atender a necesidade que se pretende cubrir, cumprindo así co principio de proporcionalidade. E sempre mantendo a coherencia co resto do ordenamento xurídico, garante a seguridade xurídica necesaria para xerar un marco normativo estable, previsible, integrado, claro e de certeza que facilite o seu coñecemento e comprensión e, en consecuencia, a actuación e toma de decisións da cidadanía, empresas e institucións.

Na súa virtude, de conformidade co establecido no artigo 34.5 da Lei 1/1983, do 22 de febreiro, reguladora da Xunta e da súa Presidencia, por proposta do conselleiro de Sanidade, de acordo co /oído o Consello Consultivo e logo da deliberación do Consello da Xunta de Galicia, na súa reunión do / /

DISPOÑO

Artigo 1. *Obxecto*

Este decreto ten por obxecto establecer o procedemento para a acreditación de centros sanitarios e crear e regular o funcionamento da comisión autonómica de acreditación de centros sanitarios, como órgano colexiado adscrito á unidade de inspección de servizos sanitarios da consellería competente en materia de sanidade.

Para os efectos deste decreto entenderase por acreditación, o proceso metodolóxico voluntario de mellora continua da calidade, e como centro sanitario o definido no artigo 3.9 da Lei 8/2008, do 10 de xullo.

Artigo 2. *Ámbito de aplicación*

1. Poderán ser acreditados, polo procedemento establecido neste decreto, os centros sanitarios de carácter público ou privado, pertencentes ao Sistema de Saúde de Galicia.
2. Os centros sanitarios privados que opten a realizar un concerto de servizos sanitarios co Servizo Galego de Saúde deberán estar en posesión da acreditación correspondente.

Artigo 3. *Centros excluídos*

Quedan excluídos do ámbito de aplicación deste decreto:

- a) As oficinas de farmacia, boticas anexas e os establecementos dedicados á distribución,

elaboración, importación ou fabricación, no seu caso, de medicamentos e produtos sanitarios.

- b) Os servizos ou unidades técnicas de protección radiolóxica.
- c) As consultas médicas e consultas doutros profesionais sanitarios.
- d) Os servizos de prevención de riscos laborais.
- e) Os centros sanitarios dedicados á práctica de actividades de extracción e transplante de órganos e tecidos.
- f) Os centros de interrupción voluntaria do embarazo.

Estes centros rexeranse pola súa normativa específica en materia de acreditación.

Artigo 4 Requisitos previos

Para poder solicitar o inicio do procedemento de acreditación, os centros sanitarios deberán dispor da autorización de funcionamento e estar inscritos no Rexistro de Centros, Servizos e Establecementos Sanitarios da consellería competente en materia de sanidade.

Artigo 5 Acreditación

A acreditación dun centro sanitario realizarase, de conformidade cos estándares e indicadores de calidade definidos no anexo II do presente decreto, mediante un procedemento de avaliación técnica, independente e obxectiva.

Artigo 6 Graos de acreditación sanitaria

1. A acreditación sanitaria poderá outorgarse nun dos seguintes graos:

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

2. Para acadar os graos de acreditación sanitaria sinalados no número anterior será necesario o cumprimento dos seguintes estándares e indicadores na porcentaxe que se indica:

- a) Grao de acreditación sanitaria de nivel básico: é necesario acreditar o cumprimento dos estándares e indicadores nun intervalo entre 55% e 75%.
- b) Grao de acreditación sanitaria de nivel superior: é necesario acreditar o cumprimento de mais do 75% dos estándares e indicadores.

Artigo. 7. Inicio do procedemento

1. O procedemento de acreditación dun centro sanitario iniciárase mediante a solicitude presentada pola persoa titular do centro ou por quen a represente legalmente.

As solicitudes presentaranse obrigatoriamente por medios electrónicos e axustaranse ao

formulario normalizado que se establece no anexo I deste decreto, que estará dispoñible na sede electrónica da Xunta de Galicia, <https://sede.xunta.gal>.

Para a presentación das solicitudes poderase empregar calquera dos mecanismos de identificación e sinatura admitidos pola sede electrónica da Xunta de Galicia, incluído o sistema de usuario e clave -Chave365- (<https://sede.xunta.gal/chave365>).

2. Xunto coa solicitude, deberase achegar a seguinte documentación:

- a) O documento acreditativo do aboamento da taxa ou taxas que correspondan.
- b) Unha memoria actualizada na que se indique e acredite o cumprimento dos estándares establecidos no anexo II deste decreto.

A presentación electrónica será obrigatoria para os suxeitos previstos no artigo 14.2 da Lei 39/2015, do 1 de outubro, do procedemento administrativo común das administracións públicas.

3. A documentación complementaria poderá ser presentada electronicamente utilizando calquera procedemento de copia dixitalizada do documento orixinal. As persoas interesadas responsabilizaranse da veracidade dos documentos que presenten. De forma excepcional, a Administración poderá solicitar de maneira motivada o cotexo das copias achegadas, requirindo para elo a exhibición do documento orixinal.

No caso de que algún dos documentos que se presenten polos interesados supere os límites establecidos pola sede electrónica, permitirase a súa presentación de forma presencial dentro dos prazos previstos. A tal efecto, xunto coa documentación, o interesado deberá indicar o código e o órgano responsable del procedemento, o número de expediente e o número e o código único de rexistro.

4. Se a documentación fose presentada de forma presencial requiriráselle á entidade ou persoa interesada para que a emende realizando a presentación electrónica. A estes efectos a data de presentación da solicitude será a que figure na presentación electrónica.

Artigo 8 . Documentación con deficiencias ou incompleta

Se a documentación presentase omisións ou deficiencias, requirirase á entidade ou persoa interesada para que emende a mesma no prazo de 10 días hábiles coa indicación de que si non o fai teráselle por desistido da solicitude.

Artigo 9. *Informe técnico*

1. Recibida a solicitude procederase á comprobación da documentación. Completada a documentación realizarase a visita de auditoría para verificar o cumprimento dos criterios de acreditación establecidos pola administración sanitaria. A tal efecto, nomearase un equipo auditor que deberá emitir un informe técnico da auditoría realizada conforme á solicitude de acreditación presentada polo centro sanitario.

2. O informe técnico será enviado á entidade ou persoa solicitante para que, en trámite de audiencia, poda formular as alegacións e observacións que considere oportunas no prazo máximo de 15 días hábiles. No caso de presentar alegacións, deberán ser avaliadas polo equipo auditor incorporando ao informe aquelas que consideren oportunas e indicando os motivos da aceptación ou do rexeitamento.

Durante o tempo no que se realice o trámite de audiencia suspenderase o prazo de resolución e notificación do procedemento de acreditación, o que se comunicará á entidade ou persoa interesada.

Artigo 10. *Valoración e proposta*

1. A Comisión autonómica de acreditación de centros sanitarios, regulada no artigo 18, será a encargada de valorar os informes técnicos e demais documentación xerada en cada expediente de acreditación.

2. Para realizar a correspondente valoración a comisión poderá solicitar os informes e os datos adicionais que considere necesarios, así como, requirir a emenda das deficiencias na documentación que estime oportunas.

3. O acordo adoptado será trasladado á persoa titular da unidade de Inspección de Servizos Sanitarios a efectos de formalizar la correspondente proposta.

Artigo 11 *Resolución*

1. A resolución do expediente de acreditación corresponderalle á persoa titular da Secretaría Xeral Técnica da Consellería competente en materia de sanidade.

2. Na resolución indicárase o grao de acreditación acadado polo centro sanitario de que se trate, coa correspondente emisión do certificado de acreditación por parte da persoa titular da Consellería de Sanidade.

3. A resolución poderá outorgar a acreditación condicionada a que no prazo que se determine, non superior a tres meses, sexan emendadas as deficiencias detectadas. Se transcorrido o prazo sinalado non se tiveran solucionado as deficiencias indicadas, ditarase resolución denegatoria da acreditación.

4. A acreditación entendese outorgada sen prexuízo de calquera outra autorización que, no seu caso, sexa requirida pola normativa vixente.

5. O prazo máximo para ditar e notificar a resolución será de seis meses contados desde o día seguinte ao da presentación da solicitude no Rexistro Electrónico da Xunta de Galicia. Aos efectos do artigo 24 da Lei 30/2015, do 1 de outubro, o transcurso do prazo máximo para resolver sen que se teña adoptada e notificada a resolución terá efectos estimatorios, agás nas resolucións correspondentes a novos centros sanitarios ou centros que precisasen unha modificación substancial que requiriran unha nova autorización sanitaria segundo as normas de

autorización de centros sanitarios.

Artigo 12. *Notificacións*

1. As notificacións das resolucións e actos administrativos realizaranse por medios electrónicos.
2. As notificacións electrónicas realizaranse mediante o sistema de notificacións de Galicia-*Notifica.gal*- dispoñible a través da sede electrónica da Xunta de Galicia (<https://sede.xunta.gal>). Este sistema remitirá ás persoas interesadas avisos de posta a disposición das notificacións na conta de correo ou no teléfono móbil que se indiquen na solicitude. Os avisos non terán en ningún caso efectos de notificación practicada e a súa falta non impedirá que a notificación sexa considerada completamente válida.
3. As notificacións por medios electrónicos entenderanse practicadas no momento no que se produza o acceso ao seu contido. Cando a notificación por medios electrónicos sexa de carácter obrigatorio entenderase rexeitada cando teñan transcorrido dez días naturais desde a posta a disposición da notificación sen que se acceda ao seu contido.
4. Se a notificación electrónica non fora posible por problemas técnicos, a Administración deberá practicar a mesma polos medios previstos na normativa reguladora do procedemento administrativo común.

Artigo 13. *Vixencia da acreditación*

O período de vixencia da acreditación, agás no caso da acreditación condicionada á que se fai referencia no artigo 11.3, será de catro anos a contar dende a data da resolución.

Artigo 14. *Recursos*

Contra a resolución de concesión ou denegación da acreditación poderá interpoñerse un recurso de alzada ante a persoa titular da consellería competente en materia de sanidade, na forma e prazos previstos nos artigos 121 e 122 da Lei 39/2015, do 1 de outubro. A resolución deste recurso poñerá fin á vía administrativa.

Artigo 15. *Revogación da acreditación*

1. A acreditación poderá ser revogada polo órgano concedente durante o período de vixencia, cando se comprobe o incumprimento das condicións existentes no centro sanitario que deron lugar á acreditación, previo expediente contradictorio, no que se dará trámite de audiencia á entidade ou persoa interesada.
2. A Comisión autonómica de acreditación de centros sanitarios emitirá unha proposta de revogación con carácter previo á resolución do órgano competente.

Artigo 16. *Renovación*

1. A acreditación outorgada poderá ser renovada, seguindo o procedemento establecido nos artigos anteriores, sempre que sexa solicitada cunha antelación mínima de tres meses á data límite da súa vixencia. A solicitude consistirá nunha declaración responsable na que a persoa interesada manifieste que se manteñen os mesmos requisitos que deron lugar á resolución da acreditación.
2. Unha vez presentada a declaración responsable citada, a acreditación considerárase prorrogada provisionalmente ata que se notifique a nova resolución.
3. A Administración poderá verificar, en calquera momento, o cumprimento por parte do centro sanitario dos requisitos que deron lugar á concesión da acreditación.

Artigo 17. *Información ás persoas usuarias*

1. Os centros sanitarios acreditados deberán colocar nun lugar visible ao público o certificado de acreditación que lle será facilitado pola Consellería de Sanidade.
2. O certificado deberá retirarse cando se revoque ou perda a súa vixencia.

Artigo 18. *A Comisión autonómica de acreditación de centros sanitarios*

1. Créase a Comisión Autonómica de Acreditación de Centros Sanitarios. A comisión queda integrada na secretaría xeral técnica da consellería con competencias en materia de sanidade.

A comisión configúrase como un órgano colexiado con funcións de asesoramento e emisión de informes en materia de acreditación sanitaria.

2. A comisión estará integrada por:

a) Presidencia: A persoa titular do órgano directivo da Inspección de Servizos Sanitarios.

En caso de ausencia, vacante ou enfermidade da persoa titular da presidencia, esta será substituída pola persoa de maior idade que ocupe algunha das vogalías.

b) Vogalías:

b.1) Tres vogais de perfil técnico-sanitario, adscritos á Administración pública sanitaria de Galicia, designados/as pola persoa titular da Secretaría Xeral Técnica da Consellería de Sanidade, a proposta da persoa titular do órgano con competencias en Inspección de Servizos Sanitarios

b.2) Dous vogais pertencentes ao centro directivo do Servizo Galego de Saúde con competencias en materia de asistencia sanitaria, designados pola persoa titular da Secretaría Xeral Técnica da Consellería de Sanidade, a proposta do titular do dito centro directivo.

c) Secretaría: Asumirá a secretaría da comisión, con voz pero sin voto, unha persoa adscrita á

Unidade de Inspección de Servizos Sanitarios, nomeada pola comisión a proposta da súa presidencia.

Así mesmo designaranse do mesmo xeito ás persoas que deban substituír ás persoas titulares das vogalías e da secretaría nos casos de ausencia, vacante ou enfermidade.

Na composición do órgano procurarase unha composición paritaria de homes e mulleres.

3. A duración do cargo será de catro anos.

Artigo 19. *Funcións*

Correspóndenlle á Comisión autonómica de Acreditación de centros sanitarios as seguintes funcións:

- a) Propoñer os estándares e indicadores de calidade de centros sanitarios, así como, a revisión e modificación dos mesmos.
- b) Elaborar as correspondentes propostas de acreditación de centros sanitarios que sexan sometidos á súa consideración.
- c) Aquelas outras funcións que lle sexan encomendadas pola persoa titular da Secretaría Xeral Técnica da Consellería de Sanidade.

Artigo 20. *Organización e funcionamento da comisión*

- 1. A comisión adecuará o seu funcionamento ao previsto neste decreto e ao establecido, respecto dos órganos colexiados, no título I, capítulo I, sección 3ª, da Lei 16/2010, do 17 de decembro, de organización e funcionamento da Administración xeral e do sector público autonómico de Galicia.
- 2. A constitución válida da comisión exixirá a asistencia de todas as persoas que a integran.
- 3. A comisión reunirase con carácter ordinario cando o decida a presidencia ou, de forma extraordinaria, cando o solicite polo menos o cincuenta por cento dos seus membros.
- 4. Poderán participar nas reunións, a petición da presidencia, con voz pero sen voto, os membros do equipo auditor que participaran na elaboración do informe técnico indicado no artigo 9 ou outras persoas expertas ás que se considere oportuno invitar por razón da materia.

Artigo 21. *Uso de medios electrónicos*

1. De conformidade co previsto no artigo 21 da Lei 16/2010, do 17 de decembro, relativo ao “uso de medios electrónicos”:

a) A comisión poderá constituírse e adoptar acordos utilizando medios electrónicos, respectando os trámites esenciais establecidos nos artigos 17 e 18 da Lei 40/2015, do 1 de outubro, de

régime xurídico do sector público, na Lei 1/2016, do 18 de xaneiro, de transparencia e bo goberno de Galicia, e na Lei 16/2010, do 17 de decembro.

b) As convocatorias poderán efectuarse por medio de correo electrónico, sempre que se cumpran os requisitos establecidos no artigo 21.2 da Lei 16/2010, do 17 de decembro.

c) Os membros da comisión poderán ser validamente convocados de forma presencial nun mesmo lugar, ou de modo que a sesión se realice en varios lugares simultaneamente sempre que os medios técnicos permitan o normal desenvolvemento da sesión e o respecto dos dereitos das persoas que a conforman. As actas da comisión aprobaranse ao rematar a sesión ou na seguinte sesión; non obstante, a persoa que exerza a secretaría poderá emitir certificación sobre os acordos específicos que se tivesen adoptado, sen prexuízo da ulterior aprobación da acta.

Nas certificacións de acordos adoptados emitidas con anterioridade á aprobación da acta farase constar expresamente tal circunstancia.

Así mesmo, as actas das sesións da comisión poderán ser aprobadas por vía telemática.

2. As notificacións no marco da intervención da comisión poderán facerse por medios electrónicos, de maneira que se acredite a data e a hora en que se produza a posta á disposición das entidades ou persoas interesadas na notificación realizada, así como a de acceso ao seu contido, momento a partir do cal a notificación entenderase practicada para todos os efectos legais.

Artigo 22. *Deber de confidencialidade*

Os membros da comisión, aínda despois do cesamento no seu cargo, así como os asistentes ás súas reunións, deberán gardar o segredo da información de carácter confidencial, estando obrigados a gardar reserva de todos os datos que coñezan como consecuencia do exercicio dese cargo.

Disposición adicional única. *Actualización do modelo normalizado*

De conformidade coa disposición adicional sexta da Lei 4/2019, do 17 de xullo, de administración dixital de Galicia, o modelo normalizado para a tramitación dos procedementos regulados nesta disposición, poderá ser actualizado co fin de mantelo adaptado á normativa vixente. A estes efectos será suficiente a publicación do modelo actualizado na sede electrónica da Xunta de Galicia, onde estará permanentemente accesible para todas as entidades e persoas interesadas, sen que sexa necesaria unha nova publicación no Diario Oficial de Galicia.

Disposición transitoria única. *Acreditación actual*

Os centros sanitarios que no momento de entrada en vigor deste decreto dispoñan de acreditación poderán manter a mesma hasta que finalice o seu prazo de vixencia, sen prexuízo da obriga de realizar as adaptacións que corresponda.

Non entanto, os centros que o consideren oportuno poden solicitar unha nova acreditación. A solicitude de renovación axustarase aos criterios establecidos neste decreto.

Disposición derogatoria única. *Derrogación normativa*

Queda derogado o Decreto 52/2001, do 22 de febreiro, polo que se regula a acreditación hospitalaria dos centros hospitalarios da Comunidade Autónoma de Galicia.

Disposición derradeira primeira. *Facultade de desenvolvemento*

Autorízase á persoa titular da consellería competente en materia de sanidade para ditar as disposicións de desenvolvemento deste decreto, que resulten necesarias para o seu cumprimento.

A actualización e modificación do contido dos anexos deste decreto realizarase mediante orde da Consellería con competencias en materia de sanidade.

Disposición derradeira segunda. *Entrada en vigor*

Este decreto entrará en vigor aos vinte días da súa publicación no Diario Oficial de Galicia.

Santiago de Compostela,

Alberto Núñez Feijóo

Presidente da Xunta de Galicia

Julio García Comesaña

Conselleiro de Sanidade

ANEXO I

MODELO DE SOLICITUDE

Procedemento de acreditación de centros sanitarios

ANEXO II

Protocolo de acreditación de centros sanitarios

Os estándares a ter en conta para a acreditación de centros sanitarios serán os seguintes:

1. DIRECCIÓN E ORGANIZACIÓN (DO)

DO 1 - Liderado, estratexia e planificación.

DO 2 - Xestión asistencial: coordinación, avaliación e mellora.

2. XESTIÓN E FORMACIÓN DO PERSOAL (XFP)

XFP 1 - Planificación, xestión e avaliación dos recursos humanos.

XFP 2 - Formación continua.

3.- CALIDADE: XESTIÓN E MELLORA CONTINUA. (CXMC)

CXMC 1 - Planificación da calidade e mellora continua.

CXMC 2 - Deseño dos procesos clínicos e de xestión.

CXMC 3 - Seguimento e control de procesos.

4. DEREITOS DOS PACIENTES (DP)

DP 1 - Dereitos e deberes do paciente.

DP 2 - Información, queixas, reclamacións e suxestións. Atención ao Paciente.

DP 3 - Dereitos individuais do paciente. Participación da familia e/ou dos representantes designados polo paciente e información. Consentimento Informado.

DP 4 - Grupos especiais.

5. ASISTENCIA AO PACIENTE (AP)

AP 1 - Valoración dos pacientes.

AP 2 - Coidados dos pacientes.

AP 3 - Comunicación e información ao paciente e á familia.

AP 4 - Indicadores de asistencia.

AP 5 - Anestesia.

AP 6 - Cirurxía.

AP 7 - Urgencias.

AP 8 - Consultas externas.

6. CONTINUIDADE DA ATENCIÓN (CA)

CA 1 - Proceso de Admisión

CA 2 - Continuidade asistencial

CA 3 - Continuidade asistencial ao alta.

CA 4 - Derivación e traslado de pacientes.

7. SEGURIDADE DO PACIENTE. XESTIÓN DE RISCOS PARA A SEGURIDADE DO PACIENTE (SPXR)

SPXR 1 - Xestión de Riscos.

SPXR 2 - Seguridade do Paciente.

SPXR 3 - Vixilancia, prevención e control do risco de infección.

8. XESTIÓN DA INFORMACIÓN E DOCUMENTACIÓN CLÍNICA (XIDC)

XIDC 1 - Planificación e adecuación da información.

XIDC 2 - Información baseada na evidencia científica e no coñecemento.

XIDC 3 - Xestión da historia clínica.

9. PROCESOS DE SOPORTE Á ASISTENCIA (PSA)

PSA 1 - Diagnóstico pola imaxe. Medicina Nuclear. Radioterapia.

PSA 2 - Laboratorios.

PSA 3 - Uso do Medicamento

PSA 4 - Hemoterapia.

PSA 5 - Nutrición e Dietética.

PSA 6 - Esterilización.

10. PROCESOS DE APOIO LOXÍSTICO. SEGURIDADE DAS INSTALACIÓNS (PALSI).

PALSI 1 - Hostalería.

PALSI 2 - Instalacións, Equipamento e Mantemento do edificio.

PALSI 3 - Accesibilidade do edificio e do seu entorno.

PALSI 4 - Intimidade e Confort no edificio.

PALSI 5 - Seguridade do edificio e do seu entorno.

PALSI 6 - Xestión de residuos e outros riscos.

PALSI 7 - Xestión da tecnoloxía asistencial.

PALSI 8 - Provedores, Subministros, Almacén y Distribución.

1. DIRECCIÓN E ORGANIZACIÓN (DO)

DO 1 - Liderado, estratexia e planificación.

1.1.- O centro conta cun xerente o director. Estará previsto quen é a persoa que o substitúe non caso de ausencia.

1.2.- A estrutura da dirección do centro (organigrama) está documentada e identifícanse os responsables das distintas áreas do mesmo.

1.3.- Os líderes identifican os grupos de interese e desenvolven sistemas para coñecer as súas necesidades e expectativas.

1.4.- A dirección identifica e planifica o tipo de servizos clínicos necesarios para cubrir as necesidades dos pacientes que atende o centro e ten definida, e aprobada, a carteira de servizos do hospital, de cada unidade, área o servizo.

- 1.5.- A dirección establece e supervisa os contratos de servizos clínicos e de xestión.
- 1.6.- A dirección está comprometida coa calidade da asistencia e a seguridade do paciente.
- 1.7.- A organización comprométese coa ética e establece un marco organizativo que asegura que a actividade do centro se leve a cabo dentro dos requisitos éticos e legais.
- 1.8.- O centro posúe un Plan Estratéxico a medio e longo prazo, actualizado e vixente, non que se establece a misión, visión, obxectivos e liñas de actuación.
- 1.9.- O centro dispón dun Plan anual de xestión, correctamente difundido, no que se inclúen entre outras cuestións: obxectivos, programa de actividades, procedementos para a avaliación e análise de resultados. A dirección do centro promove e facilita a participación activa dos profesionais non plan de xestión así como na definición do obxectivos.
- 1.10.- O centro conta cun plan de inversións anual, no que se documentan ao menos as necesidades detectadas, e mecanismos de avaliación e análise de resultados.
- 1.11.- O centro dispón dun procedemento sistemático documentado para a xestión dos cambios.

DO 2 - Xestión asistencial: coordinación, avaliación e mellora.

- 2.1.- O centro recada información de forma sistemática (periodicamente) para a análise e identificación de áreas de mellora na xestión asistencial. Esta información recóllese nun cadro de mandos.
- 2.2.- O centro elabora anualmente unha memoria sobre a actividade asistencial desenvolvida. Difúndese a todo o persoal do centro.
- 2.3.- Cada servizo/unidade do centro conta cun responsable ao fronte, formalmente designado en base ao procedemento regulamentariamente establecido.
- 2.4.- O equipo directivo promove a comunicación e a coordinación entre os servizos e entre os profesionais.
- 2.5.- Os responsables dos servizos/unidades promoven e facilitan a orientación e formación do persoal do seu servizo.
- 2.6.- Cada servizo/unidade elabora anualmente un informe reflectindo a actividade desenvolvida, e así mesmo formula os obxectivos de mellora para o ano seguinte.
- 2.7.- Os responsables dos servizos/unidades realizan propostas e/o informes motivados en relación a necesidades de recursos materiais e/ou humanos.
- 2.8.- Os diferentes servizos promoven e participan en grupos interdisciplinarios para a mellora da

xestión e da actividade profesional do centro. (comisións clínicas/ comité tumores).

2. XESTIÓN E FORMACIÓN DO PERSOAL (XFP)

XFP 1 - Planificación, xestión e avaliación dos recursos humanos.

1.1.- O centro conta cun “Plan de ordenación dos recursos humanos” que reflicte a planificación destes recursos tendo en conta as súas necesidades e a actividade esperada. Este plan é elaborado pola dirección.

1.2.- O centro realiza avaliacións da planificación de persoal de forma periódica.

1.3.- O centro ten definidos os requirimentos profesionais, responsabilidades, funcións e perfil profesional para a cobertura de cada posto de traballo.

1.4.- O centro ten definido un procedemento para a xestión dos recursos humanos, onde se recollen as definicións e identificación das responsabilidades na xestión, tanto a nivel da dirección como nos diferentes servizos e unidades.

1.5.- O centro dispón dun rexistro actualizado do persoal, que se revisará periodicamente, no que constará a adscrición de cada profesional á unidade funcional na que preste servizo.

1.6.- O centro conta cun procedemento estandarizado e obxectivo de avaliación periódica (non superior aos 5 anos) da capacitación profesional do persoal sanitario e non sanitario, a partir do cal se detectan as necesidades de formación e adecuación dos niveis de responsabilidade.

1.7.- O centro promove a saúde dos seus traballadores e conta cun Plan de Saúde Laboral, elaborado coa participación dos profesionais do centro e revisado periodicamente, que cumpre a normativa vixente e promove a saúde laboral e a prevención de riscos laborais dos traballadores.

1.8.- O centro ten establecidos mecanismos de participación e comunicación dos profesionais na xestión de persoal.

1.9.- O centro conta con procedementos de avaliación da satisfacción dos profesionais.

1.10.- O centro dispón dun procedemento para garantir a identificación do seu persoal ante os pacientes e acompañantes, ademais da diferenciación dos mesmos segundo a súa categoría profesional.

1.11.- O centro dispón dun expediente persoal de cada profesional, actualizado, con toda a información e documentación relativas á titulación, formación, experiencia profesional e vida laboral.

1.12.- O centro garante a seguridade e confidencialidade dos datos persoais dos traballadores e o dereito de acceso dos interesados.

XFP 2 - Formación continua.

2.1.- O centro ten un responsable da formación continua designado pola dirección e conta cun sistema para a xestión das actividades de formación continua nos diferentes servizos.

2.2.- Existe un plan periódico de formación continua para todas as categorías profesionais que inclúe: obxectivos xerais e específicos, programa de actividades, criterios de avaliación, e, se é o caso, recursos orzamentarios para a súa execución.

2.3.- O centro obtén datos sobre as necesidades de educación e formación continua do persoal sanitario

2.4.- A organización pon a disposición dos profesionais recursos e tempo para a educación, formación e capacitación do persoal.

2.5.- O centro conta cun plan de acollida para os profesionais que se incorporan a un posto de traballo con información xeral do centro e específica do posto.

3.- CALIDADE: XESTIÓN E MELLORA CONTINUA. (CXMC)***CXMC 1 - Planificación da calidade e mellora continua.***

1.1.- A dirección do centro establece as responsabilidades relacionadas coa xestión da calidade e designa un representante da dirección como responsable do sistema de xestión da calidade.

1.2.- O centro dispón dunha política de calidade, aliñada coa estratexia, aprobada pola dirección e coñecida polos traballadores.

1.3.- O centro conta cun Plan de Calidade que contén a misión, visión, valores, liñas estratéxicas, obxectivos e accións a seguir, que se revisa periodicamente. O plan de calidade conta coa revisión e aprobación do máximo responsable da organización e existe unha sistemática para a comunicación e difusión do plan de calidade na organización.

1.4.- O centro conta cunha unidade funcional de calidade que ten definida a súa carteira de servizos, responsabilidades do persoal que a integra que é coñecida por toda a organización.

1.5.- O centro dispón dun rexistro ou listado actualizado das comisións, comités e grupos de traballo para a mellora existentes na organización e existe unha sistemática para a creación, organización, atribucións e funcionamento dos mesmos e para a comunicación aos membros da organización da información que deriva da súa actividade, así como evidencia de que esta información se utilízase para a súa mellora.

1.6.- Existe un seguimento (auditoría interna) do estado de execución do Plan de calidade por parte da dirección.

1.7.- Os líderes promoven a certificación de procesos informatizados da organización (UNE-ISO 9001, Modelo EFQM, Joint Commission International e outras).

1.8.- Existe unha sistemática para a elaboración de accións de mellora (accións correctivas/preventivas) a partir da información obtida do seguimento do cumprimento de obxectivos.

1.9.- O centro implementa as accións necesarias para alcanzar os resultados planificados e a mellora continua dos seus procesos.

1.10.- A dirección avalía as respostas ás queixas e reclamacións dos pacientes e difunde a información aos traballadores da organización, para a mellora continua.

1.11.- O centro comproba a eficacia das accións correctivas/preventivas implementadas.

1.12.- Existe unha sistemática para a comunicación das accións de mellora implementadas/executadas e os resultados obtidos aos traballadores, en función da súa participación nos diferentes procesos da organización.

1.13.- O centro realiza “benchmarking” para identificar as mellores prácticas e aprende dos mellores.

CXMC 2 - Deseño dos procesos clínicos e de xestión.

2.1.- O centro identifica e determina os procesos necesarios para garantir un óptimo funcionamento do sistema de xestión da calidade e a súa aplicación a través da organización.

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

2.3.- A organización diseña os procesos clínicos conforme aos criterios de mellora da calidade, tendo en conta a lexislación vixente e seguindo os principios da medicina baseada na evidencia.

2.4.- O centro establece un procedemento documentado que define o control da documentación do centro.

2.5.- O centro establece un procedemento documentado para a xestión de non conformidades de produto / servizo.

2.6.- O centro ten establecido un procedemento documentado para a xestión das accións correctivas e preventivas.

2.7.- O centro ten establecido un procedemento documentado para a xestión das auditorías internas.

2.8.- O centro asegúrase de que se establecen os procesos de comunicación apropiados dentro da organización e que a comunicación efectúase considerando a eficacia do sistema de xestión da calidade.

2.9.- O centro sistematiza e documenta as actividades requiridas para a verificación, validación, seguimento, medición, inspección, ensaio/proba específicas para o produto/servizo así como os criterios da aceptación do mesmo.

CXMC 3 - Seguimento e control de procesos.

3.1.- O centro determina os criterios e métodos necesarios para asegurarse que tanto a operación como o control dos procesos sexan eficaces.

3.2.- O centro realiza o seguimento, medición e análise dos procesos.

3.3.- O centro cando opte por contratar externamente calquera proceso que afecte á conformidade do produto/servizo cos requisitos de calidade, asegurase de controlar tales procesos.

3.4.- O centro determina o seguimento e a medición a realizar, así como os equipos de seguimento e medición necesarios, para proporcionar a evidencia da conformidade do servizo cos requisitos de calidade e seguridade determinados.

3.5.- O centro dispón de procedementos sistematizados e documentados para avaliar a satisfacción dos clientes internos/externos (pacientes, coidadores, sociedade).

3.6.- O centro dispón dun plan documentado para a realización de auditorías internas na organización.

3.7.- A dirección do centro revisa a información cos resultados de seguimento dos indicadores de rendemento, actividade, eficiencia, calidade, seguridade, satisfacción e auditorías internas/externas de forma periódica.

3.8.- O centro dispón dun sistema para difundir a información cos resultados de seguimento dos indicadores de rendemento, actividade, eficiencia, calidade, seguridade e satisfacción e auditorías internas/externas de forma periódica.

4. DEREITOS DOS PACIENTES (DP)

DP 1 - Dereitos e deberes do paciente.

1.1.- O centro fomenta o respecto aos dereitos dos pacientes.

1.2.- O centro dispón da Carta de Dereitos e Deberes do Paciente, que se axusta ao contido da Lei Xeral de Sanidade e a Lei de Saúde de Galicia.

1.3.- Cando se produce a hospitalización dun paciente, o centro lle entrega un documento cos Dereitos e Deberes do paciente que debe estar elaborado nunha linguaxe clara e comprensible. O centro ofrécelle axuda e a información adicional que poida necesitar para comprendelos, especialmente a pacientes en risco de non entendelos.

1.4.- Os Dereitos e Deberes do paciente están expostos na distintas Unidades Asistenciais e Administrativas do centro.

1.5.- A Dirección do centro fomenta e propicia o coñecemento e difusión polo persoal, dos Dereitos e Deberes, creando unha cultura organizativa e de respecto dos mesmo.

1.6.- O centro dispón dun código ético, aprobado pola dirección, que fomenta o coñecemento e conduta dos profesionais respecto aos dereitos e deberes dos pacientes.

1.7.- O centro ten acceso a un comité de ética asistencial para axudar aos pacientes no exercicio efectivo da súa autonomía e en caso de conflito mediar entre pacientes e profesionais.

1.8.- O centro conta con políticas e mecanismos de participación dos pacientes que fomentan a súa contribución á mellora da calidade.

1.9.- O centro ten un mecanismo para comprobar rutineiramente se o paciente ten rexistradas as súas últimas vontades e en caso negativo infórmalle e facilita ao paciente o seu rexistro.

DP 2 - Información, queixas, reclamacións e suxestións. Atención ao Paciente.

2.1.- O centro conta cunha unidade (funcional) de Atención ao Paciente.

2.2.- A unidade (funcional) de Atención ao Paciente ten dependencia directa da Dirección do centro e conta cun responsable formalmente nomeado.

2.3.- O centro conta cun punto de información de fácil acceso, que está en disposición de poder atender calquera requirimento dun paciente ou familiar, solucionalo directamente e/ou derivalo de forma adecuada á unidade oportuna. Coñece de forma detallada o funcionamento do centro.

2.4.- A unidade (funcional) ten definidas as súas funcións por escrito, aprobadas pola dirección, amplamente difundidas e coñecidas polo persoal do centro.

2.5.- A unidade (funcional) recibe, xestiona e soluciona as queixas, reclamacións, suxestións e agradecementos de pacientes e usuarios.

2.6.- A atención préstase respectando a necesidade de intimidade do paciente.

2.7.- Existe un sistema regrado e documentado de revisión das queixas e das solucións adoptadas por parte da dirección do centro.

2.8.- Conta cun sistema de rexistro (informatizado ou non) de reclamacións verbais e escritas, que garante a trazabilidade e permite a explotación dos datos.

2.9.- Hai procedementos que garanten que todo o persoal do centro coñeza e canalice adecuadamente as queixas ou suxestións dos pacientes.

2.10.- A unidade facilita ao paciente información sobre o funcionamento do centro e aquela relacionada co seu proceso asistencial.

2.11.- Existe un mecanismo de atención ás necesidades de atención social dos pacientes xa sexa dependente ou independente da unidade pero coordinada con esta.

DP 3 - Dereitos individuais do paciente. Participación da familia e/os representantes designados polo paciente e información. Consentimento Informado.

3.1.- O centro promociona/promove a formación do persoal sobre os dereitos individuais dos pacientes e os seus representantes (familia e outros).

3.2.- O centro garante a identificación dos profesionais sanitarios responsables da asistencia do paciente.

3.3.- Existe un médico e unha enfermeira de referencia coñecidos polo paciente e que son a súa fonte última de información sobre a súa asistencia ou calquera problema que poda xurdir.

3.4.- Hai un procedemento sistemático polo que se pregunta ao paciente a quen quere que se informe do seu proceso ademais de a el mesmo.

3.5.- Existe un rexistro na historia clínica de quen é a persoa (familiar ou non) que o paciente designara como interlocutor no caso de que non poda expresar a súa propia opinión.

3.6.- O centro ten establecido un procedemento para a información verbal e/ou escrita a pacientes ou persoa designada (familiar ou non) en relación ao proceso asistencial. Así mesmo, garante o dereito do paciente á non información.

3.7.- O centro promove que o paciente se sinta en todo momento en control do seu proceso asistencial.

3.8.- O centro garante procedementos efectivos para preservar a confidencialidade da información sobre o proceso asistencial dos pacientes e sobre outros aspectos relacionados coas persoas (crenzas, vida sexual, malos tratos.).

3.9.- Garántese o máximo respecto á dignidade e intimidade do paciente durante a súa asistencia no centro.

3.10.- O centro garante o acompañamento do paciente por unha persoa da súa elección,

exceptuando os casos en que sexa desaconsellable o incompatible coa prestación sanitaria, conforme a criterios clínicos ben establecidos e baseados na evidencia.

3.11.- O centro promove a seguridade dos bens persoais dos pacientes, tanto nas áreas de hospitalización coma en urxencias e outras áreas. Dispónse dun procedemento definido para o depósito de pertenzas.

3.12.- O centro dispón de procedementos que garanten o acceso do paciente á documentación clínica do seu proceso asistencial.

3.13.- O centro ten establecidos procedementos efectivos para respectar e xestionar o dereito do paciente a unha segunda opinión e á renuncia a tratamentos.

3.14.- No caso de que un paciente rexeite o tratamento ofrecido deberá ofrecérselle tratamentos ou cursos de acción alternativos. Este rexeitamento non será equivalente a unha alta voluntaria.

3.15.- O centro dispón de procedementos para coñecer e respectar as vontades anticipadas dos pacientes.

3.16.- O paciente é informado da existencia dun comité de ética asistencial da posibilidade de pedir a súa intervención en caso de conflito con seu médico.

3.17.- O centro dispón dun procedemento establecido para a información previa e a obtención do consentimento informado do paciente.

3.18.- O centro dispón dunha relación actualizada de documentos de consentimento informado para os procedementos establecidos.

3.19.- O documento de consentimento informado debidamente formalizado debe formar parte da historia clínica do paciente.

DP 4 - Grupos especiais.

4.1.- O centro dispón de procedementos actualizados e aprobados pola dirección, amplamente difundidos, accesibles e coñecidos por todo o persoal, específicos para a asistencia de pacientes vulnerables.

4.2.- Existe un procedemento específico de atención ao menor.

4.3.- O centro dispón dun procedemento actualizado, definido, coñecido e difundido polo persoal da organización, sobre ingresos voluntarios de enfermos mentais que se adapta ao establecido legalmente.

4.4.- O centro dispón dun procedemento actualizado, definido, coñecido e difundido polo persoal da organización, sobre ingresos forzosos de enfermos mentais que se adapta ao establecido

legalmente.

4.5.- O centro ten protocolos sobre inmovilización de pacientes encamados, aprobados polo comité de ética.

4.6.- O centro garante a adecuada atención a pacientes terminais.

4.7.- O centro dispón dun procedemento actualizado, definido, coñecido e difundido ao persoal da organización, para asegurar que os enfermos terminais podan rexeitar calquera tratamento e especialmente tratamentos (de soporte vital) que prolonguen sen necesidade ou seu sufrimento.

4.8.- O centro ten establecidos procedementos, directos e indirectos, que prohiben o uso do tabaco e regulan o uso da telefonía móbil no interior do edificio.

4.9.- O centro dispón dun protocolo específico para o consumo de tabaco nas unidades de psiquiatría.

5. ASISTENCIA AO PACIENTE (AP)

AP 1 - Valoración dos pacientes.

1.1.- As necesidades dos pacientes identifícanse mediante un proceso de avaliación establecido e definido polo centro.

1.2.- Os pacientes son valorados periodicamente en función do seu estado clínico e das súas necesidades.

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

AP 2 - Coidados dos pacientes.

2.1.- Tras a valoración inicial dos pacientes establécese un plan asistencial. Os coidados proporcionados aos pacientes son uniformes de acordo coa normativa vixente, e individualizados en función das súas necesidades.

2.2.- Existe un procedemento establecido para o manexo de pacientes en situacións especiais.

2.3.- Todos os coidados e procedementos realizados aos pacientes, e especialmente aqueles de alto risco, adecúanse as guías de práctica clínica vixentes.

2.4.- Os coidados dos pacientes lévanse a cabo de maneira coordinada, tanto entre os diferentes profesionais da unidade asistencial, como doutras unidades.

AP 3 - Comunicación e información ao paciente e á familia.

3.1.- Existe un procedemento establecido de información aos pacientes e aos familiares/representantes.

3.2.- A información lévase a cabo polo profesional responsable da asistencia do paciente.

3.3.- Os profesionais responsables da información ao paciente e aos seus familiares están adecuadamente adestrados.

AP 4 - Indicadores de asistencia.

4.1.- A actividade e os resultados das unidades asistenciais monitorízanse mediante un procedemento establecido polo centro.

4.2.- A avaliación realízase de forma periódica e os resultados son difundidos ás diferentes unidades asistenciais.

4.3.- Os resultados das diferentes unidades compáranse cos doutros centros de similares características.

AP 5 - Anestesia.

5.1.- Existe un responsable cualificado dos servizos de anestesia e sedación.

5.2.- O servizo de anestesia conta cunha estrutura e distribución adecuadas para a realización da súa actividade, respectando en todo momento a intimidade do paciente, a súa confidencialidade e a dos seus datos.

5.3.- O servizo de anestesia ten unha carteira de servizos definida, coñecida e actualizada.

5.4.- O servizo de anestesia, ten documentada a súa actividade de acordo a normas e procedementos formalmente establecidos que protocolizan a atención dos pacientes con base na evidencia clínica dispoñible.

5.5.- Os profesionais responsables da sedación e monitorización, así como da valoración preanestésica e a preindución, están cualificados e suficientemente adestrados.

5.6.- Existe un procedemento establecido para a documentación da atención anestésica

5.7.- Existe unha cultura de seguridade na atención anestésica.

AP 6 - Cirurxía.

6.1.- Existe un responsable cualificado ao fronte dos servizos cirúrxicos.

6.2.- O centro conta coa estrutura e distribución adecuadas para a realización da súa actividade cirúrxica respectando en todo momento a intimidade dos pacientes e a confidencialidade dos seus datos.

6.3.- Os servizos cirúrxicos teñen unha carteira de servizos definida, actualizada e coñecida.

6.4.- Os servizos cirúrxicos desenvolven a súa actividade de acordo a normas e procedementos formalmente establecidos que protocolizan a atención dos pacientes con base na evidencia clínica dispoñible.

6.5.- Os profesionais responsables da avaliación dos pacientes e da realización dos procedementos cirúrxicos están cualificados e suficientemente adestrados.

6.6.- O centro dispón dun procedemento establecido de realización de biopsias intraoperatorias.

6.7.- Existe un procedemento establecido que garante a adecuada circulación do persoal e material, así como a preparación dos quirófanos e o material a empregar.

6.8.- Existe un rexistro de quirófano que garante a trazabilidade da actividade realizada.

6.9.- Existe un procedemento establecido para os procedementos cirúrxicos con implantación de dispositivos.

6.10.- Existe unha cultura de seguridade específica para o coidado dos pacientes cirúrxicos.

AP 7 - Urgencias.

7.1.- Existe un responsable cualificado ao fronte do servizo de urgencias (SU).

7.2.- O SU conta coa estrutura e distribución adecuados para a realización da súa actividade respectando a intimidade do paciente e a confidencialidade dos seus datos.

7.3.- O SU ten unha carteira de servizos definida, actualizada e coñecida.

7.4.- O funcionamento do SU garante a continuidade en función das características do mesmo (24 horas/día todos os días do ano ou durante a actividade do centro).

7.5.- O SU desenvolve a súa actividade de acordo a normas e procedementos formalmente establecidos que protocolizan a atención dos pacientes.

7.6.- Os profesionais responsables da atención dos pacientes no SU están cualificados e suficientemente adestrados.

7.7.- Existe unha cultura de seguridade específica no coidado dos pacientes do SU.

7.8.- Existe un sistema de atención a urxencia interna e sistemas de derivación para patoloxías que excedan a capacidade do centro.

AP 8 - Consultas externas.

8.1.- Existe un responsable designado pola dirección ao fronte das consultas externas.

8.2.- A área de consultas dispón de espazo e distribución adecuados para a realización da súa actividade, respectando a intimidade do paciente e a confidencialidade dos seus datos.

8.3.- Existe unha carteira de servizos de consultas externas definida, coñecida e actualizada.

8.4.- Existe un procedemento establecido que regula a organización e funcionamento das consultas externas, coñecido e aplicado polos profesionais.

8.5.- Os profesionais responsables da asistencia nas consultas externas están cualificados e suficientemente adestrados.

8.6.- A asistencia en consultas externas está coordinada.

8.7.- Existe un procedemento establecido de actuación en consultas externas para pacientes con necesidades especiais.

6. CONTINUIDADE DA ATENCIÓN (CA)

CA 1 - Proceso de Admisión.

1.1.- A organización conta cun sistema ou unidade de admisión encargada da xestión da demanda asistencial e adecuada á carteira de servizos do centro, en réxime de hospitalización, ambulatorio e en urxencias, co fin de optimizar ao máximo os recursos dispoñibles e facilitar o acceso a estes pola poboación que solicita asistencia especializada.

1.2.- O centro dispón dunha carteira de servizos propios de admisión (xestor de prestacións) coñecida polo persoal do centro, a disposición dos usuarios e que se actualiza de forma periódica.

1.3.- O centro ten en conta as necesidades de atención dos pacientes na xestión das listas de espera para acceder a consultas, tratamentos o probas diagnósticas.

1.4.- A organización conta con sistemas establecidos para reducir as barreiras físicas, lingüísticas, culturais e demais barreiras ao acceso e á prestación de servizos.

1.5.- O centro garante que o paciente e os seus familiares reciben información acerca da atención proposta, resultados esperados, das demoras na atención e dos custos de ser o caso.

1.6.- Está estandarizado o procedemento de información no momento da admisión.

CA 2 - Continuidade asistencial.

2.1.- O centro dispón de mecanismos que garanten a atención continua da asistencia as 24 horas do día.

2.2.- O centro garante a identificación do paciente en todas as etapas do proceso asistencial.

2.3.- O centro dispón de sistemas de comunicación interna e persoal que permiten a localización dos profesionais para situacións de urxencia e outras.

2.4.- Existe un facultativo responsable do paciente, claramente identificado, que será o interlocutor principal co paciente e a súa familia durante todo o proceso asistencial, así como cos demais prestadores da atención sanitaria, e que garantirá a axeitada coordinación dos coidados prestados tanto no propio servizo como naqueles outros aos que o paciente sexa transferido.

2.5.- A organización diseña e implementa procesos para a continuidade da atención entre profesionais médicos, de enfermería e outros prestadores de atención sanitaria no hospital.

2.6.- O centro conta con protocolos de ingreso/alta en unidades de críticos e unidades especiais (transplante, etc.), elaborados por persoal especializado e que son coñecidos polas diferentes unidades e servizos asistenciais.

2.7.- A organización garante a coordinación efectiva entre os diferentes prestadores de atención sanitaria en Atención Primaria e Atención Hospitalaria Especializada (integración asistencial)

CA 3 - Continuidade asistencial ao alta.

3.1.- O centro conta cun procedemento que recolle a planificación da alta e a continuidade asistencial do paciente, tanto tralo ingreso hospitalario como trala asistencia ambulatoria. Este procedemento está aprobado pola dirección, é difundido e coñecido polo persoal implicado. (Norma CMBD).

3.2.- O informe de alta queda rexistrado na Historia Clínica e inclúe como mínimo:

- Datos do paciente e do médico responsable.
- Resumo do seu historial clínico.
- Actividade asistencial prestada.
- Diagnóstico.
- Estado do paciente á alta.
- Recomendacións terapéuticas para garantir a continuidade da asistencia.

3.3.- O paciente e a súa familia reciben do médico responsable instrucións claras e comprensibles en relación cos coidados precisos tras a alta que inclúen indicacións sobre o centro sanitario onde deben continuar a atención e como obter asistencia urxente en caso necesario.

3.4.- De acordo aos estándares establecidos entregáselle ao paciente o informe de alta de coidados de enfermería.

3.5.- O centro dispón de protocolos para a coordinación entre os Servizos e Unidades asistenciais implicados na asistencia do paciente cando este precise de atención domiciliaria ou ambulatoria tras a alta, tanto primaria como especializada.

3.6.- O centro dispón de protocolos de coordinación cos centros de atención socio-sanitaria cando o paciente precise de coidados específicos por parte dese dispositivo asistencial.

3.7.- O centro dispón dun protocolo, aprobado pola dirección e coñecido polo persoal, para garantir a asistencia continua dos pacientes ambulatorios.

3.8.- O centro conta cun protocolo, conforme á lexislación vixente, para a xestión de altas voluntarias de pacientes.

CA 4 - Derivación e traslado de pacientes.

4.1.- Existe un procedemento de derivación, actualizado e aprobado pola dirección do centro para o traslado de pacientes a outros centros sanitarios adecuados cando non dispoña das prestacións sanitarias que se precisen. Este procedemento inclúe a derivación a centros fóra da Comunidade Autónoma. Nel tamén se inclúen as derivacións dende outros centros sanitarios.

4.2.- O centro dispón de medidas que aseguren que os medios de transporte, propios ou contratados, cumpren coa normativa vixente en canto a requisitos de funcionamento, condicións, equipamento e mantemento.

4.3.- O centro conta con protocolos para garantir a seguridade do paciente cando sexa preciso o seu transporte.

7. SEGURIDADE DO PACIENTE. XESTIÓN DE RISCOS PARA A SEGURIDADE DO PACIENTE (SPXR)

SPXR 1 - Xestión de Riscos.

1.1.- A organización dispón dun plan de xestión de riscos sanitarios.

1.2.- Existe un representante da dirección responsable do sistema de xestión de riscos. O centro ten establecido un Comité de Seguridade .

1.3.- A organización dispón de procedementos documentados para a xestión dos riscos, aprobados pola dirección e implantados (identificación, análise, avaliación e tratamento dos riscos), identifica os procesos ou áreas de atención con alto risco de producir acontecementos centinela e eventos adversos graves e difunde a información acadada.

1.4.- A organización conta cun sistema que rexistra e analiza os incidentes relacionados coa seguridade do paciente (con dano -eventos adversos- ou sen dano), reais ou potenciais.

1.5.- A organización proporciona ao persoal, en especial aos profesionais de nova incorporación, formación e información sobre prevención de riscos sanitarios e en materia de seguridade do paciente e elabora e mantén os correspondentes rexistros.

1.6.- Dispónse e difúndense recomendacións dirixidas a pacientes e familiares, para a prevención de incidentes relacionados coa seguridade do paciente.

1.7.- A organización establece indicadores para o seguimento do Sistema de Xestión de Riscos para a Seguridade do Paciente non cadro de mando.

1.8.- A organización revisa periodicamente o funcionamento do Sistema de xestión de riscos, facendo comparacións no ámbito interno e con outras organizacións cando estean dispoñibles e cos estándares predefinidos.

1.9.- A dirección da organización proporciona aos traballadores información periódica sobre o funcionamento do sistema de xestión de riscos: incidentes notificados, accións de tratamento postas en marcha, e consecución de obxectivos relacionados coa seguridade do paciente.

SPXR 2 - Seguridade do Paciente.

I.- SEGURIDADE NA ASISTENCIA:

2.1.- A organización dispón dun procedemento necesario para garantir unha identificación inequívoca dos pacientes:

2.2.- A organización dispón dun procedemento para garantir a identificación inequívoca de mostras (sangue, tecidos anatomía patolóxica, mostras microbioloxía, etc.) e probas (diagnóstico por imaxe, etc.).

2.3.- A organización promove medidas para a mellora da comunicación efectiva entre profesionais e entre profesionais e pacientes, en relación coa asistencia sanitaria.

2.4.- A organización dispón dun procedemento documentado e implantado que garante a aplicación da cirurxía no lugar correcto, co procedemento correcto e o paciente correcto.

2.5.- Garántese que o uso de roupa, lencería e calzado de quirófano se restrinxe ás áreas cirúrxicas, e incídese en que o non cumprimento desta norma atenta contra a seguridade do paciente.

2.6.- A organización mide e pon á disposición dos pacientes o cálculo e sumatorio de radiacións recibidas ao longo do seu proceso asistencial.

2.7.- Existe un procedemento eficaz para informar dos resultados críticos de probas diagnósticas.

II.-SEGURIDADE NOS COIDADOS: CC

2.8.- A organización dispón de procedementos de coidados documentados e implantados para garantir a seguridade dos pacientes, como mínimo os seguintes:

- Prevención de caídas e lesións asociadas.
- Prevención de úlceras por presión.
- Seguridade nas contencións mecánicas.
- Prevención da malnutrición.
- Prevención da broncoaspiración.
- Detección e asistencia ao paciente frágil.
- Prevención da deterioración cognitiva.
- Abordaxe integral da dor.
- Prevención do suicidio.
- Prevención de fugas.
- Prevención de raptos e abandonos no ámbito hospitalario.
- Prevención de reaccións alérxicas ao látex.
- Prevención de trombose venosa profunda e tromboembolismo pulmonar.
- Prevención das hemorrxias en pacientes de risco como anticoagulados, postcirúrxicos e sometidos a procedementos invasivos.
- Actuación ante situacións emerxentes graves de pacientes, con dispositivos de atención inmediata á parada cardiorrespiratoria.
- Prevención de queimaduras por dispositivos asistenciais.
- Detección e prevención da violencia de xénero.

2.9.- A organización dispón de procedementos/protocolos técnicos relacionados coa seguridade na inserción, coidados e mantemento de dispositivos invasivos.

III- SEGURIDADE NA XESTIÓN E UTILIZACIÓN DE MEDICACIÓN E PRODUTOS SANITARIOS: CC

2.10.- A organización dispón de procedementos/protocolos técnicos relacionados coa seguridade da medicación.

2.11.- A organización dispón de procedementos para garantir a seguridade do paciente na utilización de medicamentos de alto risco. CC

2.12.- A organización dispón dun procedemento para a conciliación da medicación ao ingreso e a alta do paciente. Dispónse dun procedemento para a revisión dos tratamentos farmacolóxicos e dietéticos de pacientes pluripatolóxicos e polimedicados e utilízase.

2.13.- Existe na organización un procedemento definido e coñecido polo persoal para o control da caducidade e condicións de conservación e uso dos medicamentos e outros produtos sanitarios.

2.14.- A organización dispón dun procedemento documentado e implantado de revisión periódica

da medicación dos carros de parada/maletíns de primeira intervención.

2.15.- Dispónse dun lugar, con acceso restrinxido, para o almacenamento dos medicamentos, produtos sanitarios e fluídos.

2.16.- Dispónse dun procedemento de control das condicións de conservación, como a temperatura, dos medicamentos, produtos sanitarios e fluídos nas zonas de almacenamento, incluíndo os situados no frigorífico.

2.17.- A organización garante o rastrexo de toda a cadea transfusional e dispón dos procedementos necesarios para garantir a seguridade do paciente na transfusión de sangue e hemoderivados.

2.18.- A organización dispón e aplica procedementos para a localización e retirada de produtos e dispositivos sanitarios ante situacións de alerta.

SPXR 3 - Vixilancia, prevención e control do risco de infección.

3.1.- A organización conta cun sistema integrado para a vixilancia, prevención e control das Infeccións Relacionadas con la Atención Sanitaria (IRAS).

3.2.- O programa para a redución de infección hospitalaria conta cun responsable e dispón de indicadores, procedementos, rexistros e normas relativas á vixilancia, prevención e control de infeccións.

3.3.- A organización establece plans de continxencia ante riscos potenciais que así o requiran ou adapta para a súa aplicación os establecidos pola administración pública correspondente.

3.4.- A organización establece equipos de mellora da infección, profilaxe e política antibiótica.

3.5.- O centro ten identificados e implanta os procedementos e procesos asociados co risco de infección e desenvolve estratexias para reducir o devandito risco.

3.6.- A organización garante que se teñen en conta criterios de prevención de infeccións na contratación de servizos externos, compra de equipos ou dispositivos en relación con posibles riscos de infección.

3.7.- A organización realiza actuacións específicas para reducir o risco de infeccións.

3.8.- Implícase aos pacientes nos aspectos relacionados coa prevención das IRAS (infeccións relacionadas coa asistencia sanitaria).

3.9.- A organización implanta programas de formación continua, sobre a prevención de risco de infeccións de pacientes, a todos os profesionais, de xeito especial aos de nova incorporación e servizos/unidades de procesos críticos.

8. XESTIÓN DA INFORMACIÓN E DOCUMENTACIÓN CLÍNICA (XIDC)

XIDC 1 - Planificación e adecuación da información.

- 1.1.- O centro conta cun responsable dos sistemas de información.
- 1.2.- O centro dispón dun sistema de información deseñado acorde ás súas necesidades, reflectido nun plan para a xestión da información actualizado, difundido e avaliado.
- 1.3.- O sistema de información facilita o desenvolvemento dos procesos de captura, procesado, transmisión, uso e recuperación de datos de forma áxil e permite un acceso fácil e en tempo real á información definida como relevante para cada servizo ou unidade do centro.
- 1.4.- A totalidade dos servizos e unidades do centro sanitario están funcionalmente integradas no sistema de información do hospital.
- 1.5.- O persoal coñece as normas e mecanismos de uso segundo o posto de traballo.
- 1.6.- O centro dispón de mecanismos efectivos para garantir que so o persoal autorizado pode acceder á información que corresponda.
- 1.7.- O persoal que traballa ou utiliza os sistemas de información, independentemente do tipo de relación contractual, debe ter documentado formalmente o seu compromiso de confidencialidade co uso da información.
- 1.8.- O persoal encargado da xestión da información recibe a formación específica para garantir o uso adecuado do sistema.
- 1.9.- O centro dispón de procedementos para revisar, protexer e garantir a seguridade e integridade do sistema de información.
- 1.10.- O centro debe garantir a seguridade e confidencialidade dos datos cando colabora con bases de datos externas.
- 1.11.- O centro facilita a información ao usuario de acordo a formatos normalizados e en tempo adecuado.
- 1.12.- O centro emprega códigos estandarizados de diagnóstico e procedementos, símbolos, abreviaturas e definicións recollidos nun manual escrito. Dita estandarización cumpre cos estándares aprobados pola organización.
- 1.13.- O centro ten establecido indicadores con criterios de homologación e clasificación nacional e internacional. O sistema de indicadores permítelle a avaliación e análise dos procesos asistenciais.
- 1.14.- O centro está incluído en bases de datos externas (nacionais e/ou internacionais) de

referencia que permiten a comparación con outros centros.

1.15.- O persoal sanitario do centro participa na selección, integración e utilización da tecnoloxía da información.

1.16.- O centro avalía periodicamente os sistemas de accesibilidade, dispoñibilidade, seguridade e confidencialidade da información.

XIDC 2 - Información baseada na evidencia científica e no coñecemento.

2.1.- O centro conta cun responsable da xestión da información científica e clínica baseada no coñecemento e na evidencia.

2.2.- O centro planifica a xestión dos sistemas, recursos e servizos de información científica e clínica, baseada no coñecemento e a evidencia, de acordo coas necesidades de información, educación e investigación do centro.

2.3.- O centro dispón de recursos que permitan o acceso dos profesionais á literatura científica en tempo real, actualizados e accesibles no formato que se determine.

2.4.- O centro facilita o uso da información científica ao persoal, con medios e horario adecuados ás necesidades do persoal.

2.5.- A organización incentiva o desenvolvemento do coñecemento colectivo.

2.6.- A organización avalía e revisa periodicamente o grao de participación dos profesionais no plan.

2.7.- O centro avalía cunha periodicidade determinada a adecuación do plan ás necesidades de información dos profesionais sanitarios.

XIDC 3 - Xestión da historia clínica (HC).

3.1.- O centro conta cun responsable da xestión da historia clínica

3.2.- A organización posúe unha política que regula o uso e xestión da historia clínica.

3.3.- Todo paciente atendido no centro conta con historia clínica única na cal intégranse todos os episodios asistenciais do mesmo e que conta cun identificador exclusivo para el.

3.4.- O centro ten regulado formalmente que persoas teñen acceso á historia clínica e o nivel de responsabilidade de cada unha delas na custodia da mesma.

3.5.- Cada acceso na historia clínica identifica ao seu autor, o motivo e a data do acceso.

3.6.- A historia clínica contén toda a información do paciente segundo dispón a lexislación

vixente.

3.7.- A historia clínica do paciente que recibe atención de urxencias inclúe polo menos, hora de chegada, anamnese, exploracións realizadas, tratamento administrado, impresión diagnóstica, estado do paciente ao alta e as instrucións de seguimento.

3.8.- O centro conta cun protocolo de actuación ante as solicitudes de documentación clínica por parte de terceiros alleos ao centro, incluídas as realizadas polos pacientes e familiares autorizados.

3.9.- O centro conta con procedementos para garantir que non se produzan demoras na incorporación da información clínica dos pacientes á HC.

3.10.- O centro realiza a revisión dunha mostra significativa de historias clínicas cunha periodicidade predeterminada.

3.11.- Na revisión de historias, o centro avalía tanto a calidade formal da documentación clínica como a do seu contido.

3.12.- O centro conta cunha comisión ou comité de historias clínicas formalmente constituído, con dependencia da dirección do centro. Esta comisión propón e difunde as normas, procedementos e accións de mellora na calidade da HC.

3.13.- O centro avalía os resultados, difúndeos e toma as medidas adecuadas co fin de favorecer a mellora da calidade das historias clínicas.

9. PROCESOS DE SOPORTE Á ASISTENCIA (PSA)

PSA 1 - Diagnóstico pola imaxe. Medicina Nuclear. Radioterapia.

1.1.- Existe un responsable desta área.

1.2.- O centro ten definida difundida e actualizada a carteira de servizos das unidades de diagnóstico por imaxe.

1.3.- O centro dispón de procedementos actualizados, aprobados pola dirección médica e coñecidos polo persoal, sobre a indicación e a realización de todos os estudos de diagnóstico pola imaxe, os cales permiten a correcta asistencia dos pacientes, garantindo a seguridade dos mesmos e a do persoal do centro.

1.4.- Os estudos e probas de diagnóstico por imaxe infórmanse sistematicamente e de conformidade coa indicación clinicamente razoada pola unidade peticionaria.

1.5.- Dispónse e utilízanse procedementos para a correcta identificación dos pacientes e dos estudos realizados.

1.6.- Dispónse de recursos necesarios para garantir a atención dos pacientes en situacións clínicas que supoñan un risco vital. Equipamento médico para as emerxencias ou complicacións.

1.7.- O persoal das unidades conta con capacitación, experiencia e destrezas apropiadas e adecuadas para a realización do seu traballo.

1.8.- As unidades aplican un procedemento asistencial diferenciado funcional e/ou estrutural para a asistencia a pacientes ambulatorios e hospitalizados.

1.9.- As unidades intervencionistas do servizo de radiodiagnóstico teñen diferenciadas as áreas que o integran, adecuando a súa distribución, instalación e equipamento ao volume da súa actividade.

1.10.- O centro ten constituído e está dotado dun servizo de protección radiolóxica propio, ou conta coa contratación dunha unidade técnica de protección radiolóxica para as súas instalacións debidamente autorizada. Conta cun responsable o fronte da mesma e con técnicos expertos que garantan que teña o seu certificado de revisión ao día.

1.11.- En canto a equipamento e mantemento, se rexistran as actividades relacionadas coa inspección, mantemento e calibración dos equipos que se usan nos estudos radiolóxicos e de diagnóstico por imaxe.

1.12.- Garántese unha adecuada xestión de residuos.

PSA 2 - Laboratorios.

2.1.- Cóntase cun responsable desta área.

2.2.- O centro ten definida a carteira de servizos dos laboratorios, actualizada e coñecida polo persoal do centro.

2.3.- No caso de que os laboratorios fosen alleos, avalíase periodicamente a adecuación e calidade dos prestadores externos ás necesidades do hospital.

2.4.- O persoal asignado aos laboratorios conta coas cualificacións e experiencia adecuada.

2.5.- Dispónse dun manual de réxime interno sobre normas de organización e funcionamento dos laboratorios, elaborado polos profesionais, correctamente difundido e actualizado.

2.6.- O centro contará con procedementos actualizados sobre a indicación e realización de todas as determinacións e probas diagnósticas propias da especialidade para a óptima asistencia dos pacientes. Os protocolos son coñecidos e utilizados polo persoal. Garántese a calidade dos estudos realizados.

2.7.- Os laboratorios contan con programas de calidade internos e externos en función da súa carteira de servizos.

2.8.- Existen rexistros de todas as mostras recibidas, procesadas e as que foran derivadas a outros laboratorios, así como os rexistros de todos os estudos realizados, e de entrega de resultados, para reducir ao máximo os erros coa identificación de mostras.

2.9.- Todo o equipamento utilizado para análise de laboratorio será inspeccionado, manterase e calibrarase con regularidade.

2.10.- Os laboratorios contan cun programa de seguridade e control de riscos para o persoal e para pacientes, que se coordina co programa xeral do centro.

PSA 3 - Uso do Medicamento.

3.1.- O centro conta cun responsable especialista en farmacia hospitalaria ao fronte do servizo de farmacia.

3.2.- O centro disporá de recursos adecuados para o eficaz e seguro uso do medicamento. O servizo de farmacia contará con normas escritas e protocolos que regulen a súa actividade de forma coordinada co resto dos servizos do hospital, e realizará avaliacións de calidade do servizo.

3.3.- O centro dispón dunha Guía Farmacoterapéutica na que se inclúen os medicamentos dispoñibles elaborada de acordo a criterios profesionais.

3.4.- A unidade realiza o control da medicación circulante mediante a revisión de botiquíns e depósitos en unidades clínicas do hospital. Dispón de sistema de localización dos medicamentos existentes no centro.

3.5.- O centro posibilita a prescrición e aplicación de medicamentos de usos especiais non incluídos en ensaios clínicos, para atender necesidades de tratamentos en situacións clínicas concretas. Conta ao respecto cun procedemento no que se inclúe o consentimento informado por escrito do paciente ou do seu representante.

3.6.- A unidade de farmacia dispón de mecanismos de control e avaliación de calidade dos procesos que realiza.

3.7.- O centro ten implantado un sistema de distribución de medicación individualizado por pacientes e a prescrición de medicamentos esta normalizada e protocolizada.

PSA 4 - Hemoterapia.

4.1.- A unidade está dirixida por un responsable con formación adecuada. Dispón de persoal cualificado para garantir unha adecuada asistencia.

4.2.- O centro disporá de recursos adecuados para a eficaz e segura administración de sangue e derivados sanguíneos aos pacientes. Contará con normas escritas e protocolos que regulen a conservación e administración dos produtos, garantindo a seguridade e evitando o risco infeccioso e de compatibilidade.

4.3.- O centro dispón de mecanismos que aseguran a dispoñibilidade de recursos hemoterápicos adecuados a súa actividade asistencial, tanto programada como urxente.

4.4.- O centro posúe protocolos de indicación para a administración dos produtos hemoterápicos elaborados polos profesionais, correctamente difundidos e actualizados, aprobados pola dirección.

4.5.- O centro dispón e aplica adecuadamente procedementos que garantan o uso seguro de sangue e derivados sanguíneos elaborados polos profesionais, actualizados periodicamente e correctamente difundidos.

4.6.- A unidade realiza auditorías internas, avaliacións periódicas de calidade dos seus procesos e aplica as modificacións se o require.

PSA 5 - Nutrición e Dietética.

5.1.- A unidade está dirixida por un responsable, encargado do seu funcionamento; disporá ademais de outro persoal apropiado para garantir unha asistencia adecuada ao paciente.

5.2.- O centro contará con protocolos para prestar unha atención nutricional e dietética adecuada aos pacientes

5.3.- Dispón de listado de dietas cun sistema de identificación, distribuído por todas as áreas de hospitalización, incluído urxencias.

PSA 6 - Esterilización.

6.1.- Está unidade conta cun responsable técnico da mesma.

6.2.- A unidade dispón dun manual de organización y funcionamento no que se reflexa o seu organigrama, a disposición física da unidade, ubicación, os recursos estruturais e de equipamento de que dispón e de normas da unidade.

6.3.- Está centralizada na Unidade de Esterilización o lavado, desinfección, esterilización e almacenaxe dos materiais e equipamento que o requiran, utilizados no hospital. Cada unha das áreas funcionais da central de esterilización dispón de protocolos específicos e normalizados de traballo, visibles e coñecidos polo persoal.

6.4.- Existen na unidade protocolos e procedementos que describen as actividades a realizar para o proceso de esterilización segundo o tipo de material e equipamento.

6.5.- O persoal da unidade que está en contacto con materiais contaminados utiliza equipo de protección persoal recomendado.

6.6.- Existe un sistema de xestión de calidade recollido nun manual de calidade e certificado. Garántese a trazabilidade.

10. PROCESOS DE APOIO LOXÍSTICO. SEGURIDADE DAS INSTALACIÓNS (PALSÍ).

PALSÍ 1 - Hostalería.

1.1.- A persoa responsable ou as persoas responsables de cada área funcional están claramente identificadas. Existe un directivo ou directiva do centro como responsable final, designado pola dirección e coñecido pola organización.

1.2.- A organización ten unha estrutura física e organizativa adecuada para cubrir as necesidades hostaleiras dos usuarios e do persoal.

1.3.- O centro dispón de procedementos da área de hostalería actualizados e consensuados coas outras unidades funcionais implicadas nos distintos procesos.

1.4.- Dispónse de procedementos para o control de stocks e a súa rotación nas tres áreas funcionais (alimentación, limpeza e lavandería/lencería).

1.5.- Existe un adecuado sistema de recollida de queixas dos usuarios específico para esta área.

Alimentación:

1.6.- O centro dispón dun sistema de calidade que asegura o correcto desenvolvemento dos procesos de restauración, distribución, adecuación do equipamento e a conservación dos alimentos.

1.7.- O centro dispón dun sistema de control da inocuidade/seguridade alimentaria baseado nos principios APPCC segundo as recomendacións da Dirección Xeral de Saúde Pública da consellería con competencias en materia de Sanidade.

1.8.- O centro dispón de mecanismos para a correcta distribución da comida axustándose ás normas de hixiene e conservación, controlando a entrega ao paciente e o nivel de ingesta.

Limpeza:

1.9.- O centro dispón dunha Guía de limpeza que adapte as súas características as recomendacións da Dirección Xeral de Saúde Pública da Consellería con competencias en materia de Sanidade.

1.10.- O centro dispón de protocolos específicos de limpeza segundo o nivel de risco: baixo, medio e alto.

1.11.- O centro dispón de protocolos específicos de limpeza de servizos especiais: cirúrxicos, críticos, cociña.

1.12.- O centro dispón de protocolos específicos de recollida, transporte e eliminación de material sucio e/ou contaminado.

Lavandería/lencería:

1.13.- O centro dispón dunha Guía de roupa limpa e sucia que adapte as súas características as recomendación da Dirección Xeral de Saúde Pública da Consellería con competencias en materia de Sanidade.

1.14.- O centro dispón de protocolos específicos de cambios de roupa que garanten os cambios necesarios e sen demora, tanto para pacientes como para o persoal.

PALSI 2 - Instalacións, Equipamento e Mantemento do edificio.

2.1.- Hai un responsable de mantemento do edificio, as instalacións e o entorno designado pola dirección e coñecido pola organización.

2.2.- De acordo coa súa política e estratexia, o Centro dispón dun Plan de Mantemento do edificio (exterior e interior), as instalacións e o entorno e dun regulamento de réxime interno aprobado pola Dirección do Centro correctamente difundido e actualizado.

2.3.- Hai planos das instalación actualizados, adaptados á normativa de aplicación e detallados, que son accesibles para as persoas que os precisen.

2.4.- O centro dispón de mecanismos para garantir o adecuado funcionamento e mantemento preventivo e correctivo de todos os equipos e materiais. Dispónse dun rexistro actualizado onde quedan reflectidas as revisións técnicas, incidencias e avarías dos equipos.

2.5.- O Servizo de Mantemento está asegurado e cubre todo o horario de funcionamento do centro.

2.6.- O Centro dispón de procedementos para detectar a necesidade de modificar as súas infraestruturas. Planifica e prioriza as melloras do edificio e as instalacións segundo as súas necesidades e os recursos.

2.7.- Está prevista a formación do persoal con respecto ao uso dos equipos de nova incorporación, e do novo persoal, con respecto ao equipamento instalado.

PALSI 3 - Accesibilidade do edificio e do seu entorno.

3.1.- Hai un responsable desta area designado pola dirección e coñecido pola organización.

3.2.- O centro dispón dun Plan de Sinalización Xeral no Centro que facilita o acceso ás diferentes áreas, este plan inclúe unha identificación adecuada das áreas de circulación públicas e restrinxidas.

3.3.- O centro dispón de procedementos que regulan o acceso ás distintas áreas do centro e explicitan os horarios de funcionamento, os horarios de visita e as restricións previstas en cada área.

3.4.- O centro dispón de accesos diferenciados para pacientes e profesionais en todas as áreas funcionais. A distribución de escaleiras e ascensores é adecuada en número e accesible dende todas as entradas ás áreas funcionais.

3.5.- O centro esta libre de barreiras e/ou dispón de protocolos, mecanismos e recursos que permitan superar os posibles déficits de accesibilidade da estrutura de forma que garanten que usuarios con déficits sensoriais que circulan polo centro non teñen barreiras de accesibilidade.

3.6.- O centro dispón de atención telefónica ao paciente para información, citación e programación de actividades asistenciais.

PALSI 4 - Intimidade e Confort no edificio.

4.1.- A infraestrutura permite que a estancia do paciente se desenvolva nun entorno físico relaxante e confortable co fin de favorecer a súa recuperación.

4.2.- En todos os servizos hai áreas de espera para os pacientes e seus acompañantes provistos de asentos adecuados e en cantidade suficiente.

4.3.- Hai zonas onde o paciente pode cambiarse, ter privacidade para espirse e deixar os seus obxectos persoais.

4.4.- Aos pacientes se lles entrega roupa para as exploracións e probas diagnósticas e terapéuticas nas situacións que o requiran.

4.5.- As habitacións contan con instalacións sanitarias adaptadas e accesibles que permiten a limpeza/aseo persoal con privacidade e comodidade.

4.6.- O mobiliario dispón de sistemas de seguridade e de contención para impedir as lesións dos pacientes.

4.7.- O centro dispón de instalacións e procedementos para manter a privacidade e a dignidade dos enfermos encamados.

4.8.- Nas habitacións hai un espazo pechado, facilmente accesible, para gardar os obxectos persoais e a roupa dos pacientes.

4.9.- No Servizo de Urxencias hai un procedemento que garanta a garda e custodia da roupa e dos obxectos persoais dos pacientes.

4.10.- Nas áreas asistenciais, o centro dispón de zonas destinadas ao descanso do persoal.

4.11.- O Centro dispón de instalacións para o persoal, equipadas e adaptadas o número de traballadores e nas mellores condicións hixiénicas e de mantemento.

4.12.- O Centro facilítalle os seus traballadores roupa de traballo adecuada e hai vestiarios facilmente accesibles.

PALSI 5 - Seguridade do edificio e do seu entorno.

5.1.- Hai un responsable deste área designado pola dirección e coñecido pola organización.

5.2.- O centro dispón dun procedemento para garantir a seguridade dos bens persoais dos pacientes, a lo menos nas áreas de hospitalización, urxencias, centro de día e CMA (cirurxía maior ambulatoria).

5.3.- O centro ten elaborado un plan para actuar fronte a posibles emerxencias de todo tipo, internas, externas e catástrofes. Este Plan de Emerxencias prevé o acceso a equipos de comunicacións, centros de atención alternativos, fontes alternativas de subministracións médicas e outros materiais.

5.4.- No centro realízanse periodicamente simulacros de evacuación ante situacións de emerxencia.

5.5.- O subministro eléctrico e de auga potable de fontes habituais ou alternativas está asegurado durante todo o horario de funcionamento do centro e suficiente para atender as necesidades dos pacientes.

5.6.- O centro dispón dun Plan de Eficiencia Enerxética que se adapte as súas propias características.

5.7.- O centro dispón de medios de control e seguridade que preveñan ou detecten accidentes e agresións físicas ás persoas ou á estrutura do Centro, en todo o seu perímetro e nos accesos.

5.8.- Hai medidas de protección contra a precipitación interior ou exterior de persoas.

5.9.- Hai sistemas que garanten a seguridade informática do centro.

PALSI 6 - Xestión de residuos e outros riscos.

6.1.- O centro dispón dun responsable da xestión ambiental e residuos nomeado pola dirección e

coñecido pola organización.

6.2.- O centro dispón de unha política de mellora do medio ambiente, aprobada por la dirección e reduce ao mínimo o impacto ambiental das súas actividades, propiciando o desenvolvemento sostible.

6.3.- O centro está sometido a algún sistema de xestión da calidade medio ambiental tipo ISO 14000.

6.4.- O centro fai unha adecuada xestión ambiental e dos residuos.

PALSI 7 - Xestión da tecnoloxía asistencial.

7.1.- O centro ten un responsable designado pola dirección e coñecido pola organización.

7.2.- O centro dispón dun inventario debidamente actualizado do equipamento técnico-asistencial en uso, tanto si é propio como alugado, en cesión ou calquera outra formula contractual.

7.3.- O centro dispón dun procedemento de mantemento preventivo e correctivo de todo o equipamento tecnolóxico.

7.4.- O centro dispón dun procedemento para a identificación de todo novo equipamento que se incorpore, independentemente do seu orixe.

7.5.- O centro garante que o persoal encargado da calibración e do mantemento preventivo están debidamente formados, son competentes e actúan de acordo aos protocolos.

7.6.- Todos los equipos que lo requiran deben calibrarse o verificarse, o ambos, a intervalos especificados o antes de su utilización, comparando con patróns de medición trazables a patróns de medición internacionais o nacionais; cando no existan tales patróns debe rexistrarse la base utilizada para la calibración o la verificación.

7.7.- O centro dispón de protocolos para a formación do persoal que vai a utilizar os novos equipos instalados.

PALSI 8 - Proveedores, Subministros, Almacén y Distribución.

8.1.- O centro ten un responsable da compra e subministro de produtos nomeado pola dirección e coñecido pola organización.

8.2.- O centro dispón dun catalogo de produtos actualizado.

8.3.- O centro dispón dun procedemento para a incorporación de novos produtos.

8.4.- O centro avalía de forma sistemática e periódica as listaxes de subministracións coas características dos produtos e cos provedores, de xeito que se manteñan actualizadas.

8.5.-O centro avalía periodicamente os procedementos para o control das subministracións, o almacenamento e o control do stock, tanto no contido, como nas características de cada produto, como a implantación do mesmo polo persoal do centro.

8.6.- O centro avalía periodicamente que os pedidos de subministración son realizados de acordo aos criterios previamente aprobados e que se realiza un control destes pedidos.

8.7.-O centro avalía de forma sistemática e periódica, a coordinación do almacén coa area de subministros/contabilidade/administración, e verifica que as comunicacións dos movementos de entradas e saídas, stocks do mesmo, coinciden polo menos cos movementos reais