



Manual de Estándares Centros Hospitalarios

ME 2 1_06

Manual de Estándares
Centros hospitalarios - ME 2 1_06

Octubre 2023

Edita:
Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía

Licencia Creative Commons:



Reconocimiento - NoComercial - SinObraDerivada (by-nc-nd):

No se permite un uso comercial de la obra original ni la generación de obras derivadas.

El concepto de **“calidad”** es seguramente uno de los más recurrentes en el discurso público sobre la salud. Profesionales, pacientes, administraciones públicas, proveedores de servicios sanitarios, medios de comunicación y cualquier otro actor de este sector, coinciden en considerar la calidad un parámetro fundamental del sistema sanitario. La relevancia de este concepto radica quizás en su capacidad de condensar en una sola y tan sencilla palabra las expectativas y necesidades de todos estos grupos, representando el término común que nos permite juzgar si el sistema funciona y cómo.

Sin embargo, la calidad no es solo esto. Se trata, ante todo, de una disciplina bien definida, con su respectivo corpus teórico y una gran tradición de estudios empíricos, que tiene su origen en la época industrial. Desde entonces esta disciplina ha venido desarrollándose progresivamente, ofreciendo a las organizaciones sanitarias distintas **herramientas de gestión para sostenerse en cualquier situación y evolucionar continuamente**, incorporando las oportunidades de mejora y el aprendizaje organizacional de una manera ordenada, coherente, sistemática y sistémica.

Como consecuencia, las organizaciones que han recurrido a estas herramientas han desarrollado con el tiempo una **cultura de la calidad** basada en la **mejora continua como modelo de su gestión**. El objetivo de este **manual de estándares** es convertirse en una de estas herramientas y ayudar a los **centros hospitalarios** a plantearse nuevos retos que les permitan desarrollar, progresar y mejorar de forma continua su cultura de la calidad.

Desde su primera edición, en el año 2003, el manual ha contado con la participación de numerosos **profesionales del sistema y expertos en calidad** que, a través de los comités técnicos asesores, han definido estándares basados en las nuevas estrategias sanitarias y en la mejor evidencia científica disponible.

En 2023, veinte años después, publicamos la **sexta edición de este manual** de estándares, incorporando las mejoras que hemos identificado y el aprendizaje organizacional que hemos adquirido en los últimos años. Para ello, hemos contado una vez más con la inestimable colaboración de un amplio comité técnico asesor compuesto por profesionales de atención hospitalaria, referentes de calidad de los centros sanitarios andaluces y evaluadores de los procesos de certificación.

Esta edición del manual es el resultado de un proceso de revisión que ha apostado por la racionalización y la simplificación del modelo de certificación, para hacerlo más accesible y mejorar su coherencia interna, reduciendo el número de estándares de calidad, de los 144 de la versión anterior a los 100 de la actual. Asimismo, el manual se presenta con un nuevo diseño y elementos gráficos. Los estándares se agrupan en 3 bloques y 6 criterios, que ponen el foco en aspectos tan cruciales de la prestación de servicios sanitarios como son: **la gestión del centro**, mediante el liderazgo, la forma de organizarse, los profesionales y la gestión por procesos; **la atención centrada en el paciente**, incluyendo estándares relacionados con los derechos, la continuidad asistencial y la calidad científico-técnica; y la cultura de **seguridad**, con aspectos como buenas prácticas, la gestión proactiva y reactiva de riesgos y la gestión de un entorno seguro en el centro.

Esperamos que este documento cumpla con su objetivo, aporte valor a los centros y cumpla las expectativas de los profesionales que trabajan en los mismos.

Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía

Contenido

Introducción	5
Ámbito del manual	7
Estructura de un estándar	8
Estructura del manual de estándares	10
Proceso de certificación	12
Fase 1 Solicitud de certificación	12
Fase 2 Autoevaluación	13
Fase 3 Evaluación	14
Fase 4 Seguimiento	15
Estándares del Manual	16
Bloque 1: Gestión del centro	17
Criterio 1: Liderazgo y organización del centro	18
Criterio 2: Gestión por procesos	29
Bloque 2: Atención centrada en el paciente	34
Criterio 3: Derechos del paciente y continuidad asistencial	35
Criterio 4: Calidad científico-técnica	46
Bloque 3: Seguridad	52
Criterio 5: Seguridad del paciente	53
Criterio 6: Soporte	67
Control de modificaciones	88
Glosario	89
Comité técnico asesor	96
Validación de estándares del manual	98

➤ Introducción

El modelo de certificación de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA) aspira a contribuir a que se preste una atención sanitaria segura y de alta calidad, mediante el establecimiento de unos estándares basados en la evidencia y en las mejores prácticas.

Los estándares se elaboran contando con profesionales expertos del sistema sanitario a través de Comités Técnicos Asesores. Los centros hospitalarios, teniendo estos estándares como marco de referencia, pueden reflexionar sobre lo que hacen actualmente e identificar qué necesitan para mejorar la calidad de sus servicios, la seguridad del paciente y su eficiencia.

¿Qué es la certificación?

Es una herramienta metodológica útil, que permite comprobar en qué medida las actividades se realizan de acuerdo a unas normas de calidad, y brinda, a la luz de evaluaciones externas, un reconocimiento público y expreso a aquellos centros hospitalarios que los cumplen y demuestran. También, pone en valor el compromiso de los centros por mejorar sus procesos, la seguridad y la calidad de la atención que prestan a los pacientes.

Durante el proceso de certificación se proporciona retroalimentación a los centros sobre sus fortalezas y debilidades, favoreciendo e impulsando procesos de evaluación y mejora continua.

La certificación es una herramienta metodológica útil, para comprobar en qué medida las actividades se realizan de acuerdo a unas normas de calidad, que proporciona un reconocimiento público y expreso a aquellos centros hospitalarios que las cumplen y demuestran



8 beneficios de la certificación



Los estándares son una **herramienta de ayuda a la gestión** eficiente y efectiva del centro hospitalario y a la planificación de la calidad de los servicios ofrecidos



Genera transparencia, visibilidad y confianza; en definitiva, reconocimiento externo

Permite iniciar ciclos de evaluación para **identificar desviaciones** o errores sobre lo planificado



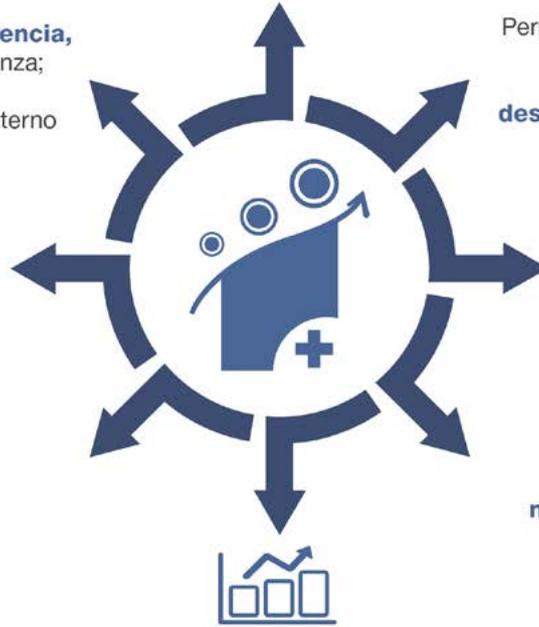
Entorno seguro para profesionales y pacientes

Posibilita la **revisión de los flujos de trabajo**, optimizando los procesos



Aprendizaje colaborativo

Facilita la normalización de la práctica clínica



Permite **mejorar la calidad** y alcanzar mejores resultados

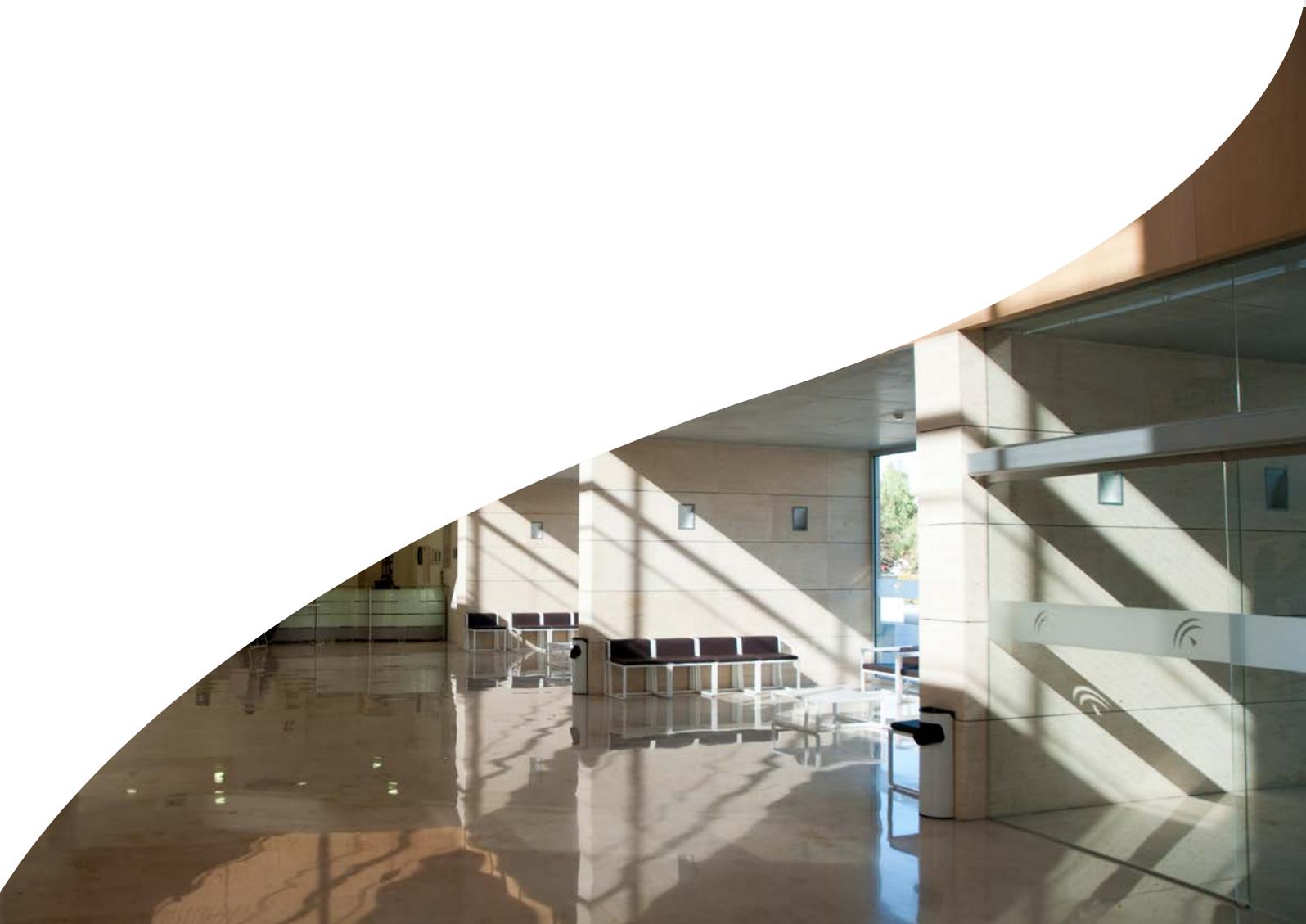




➤ **Ámbito del manual**

Con este manual de estándares se podrán certificar los centros hospitalarios de los siguientes tipos:

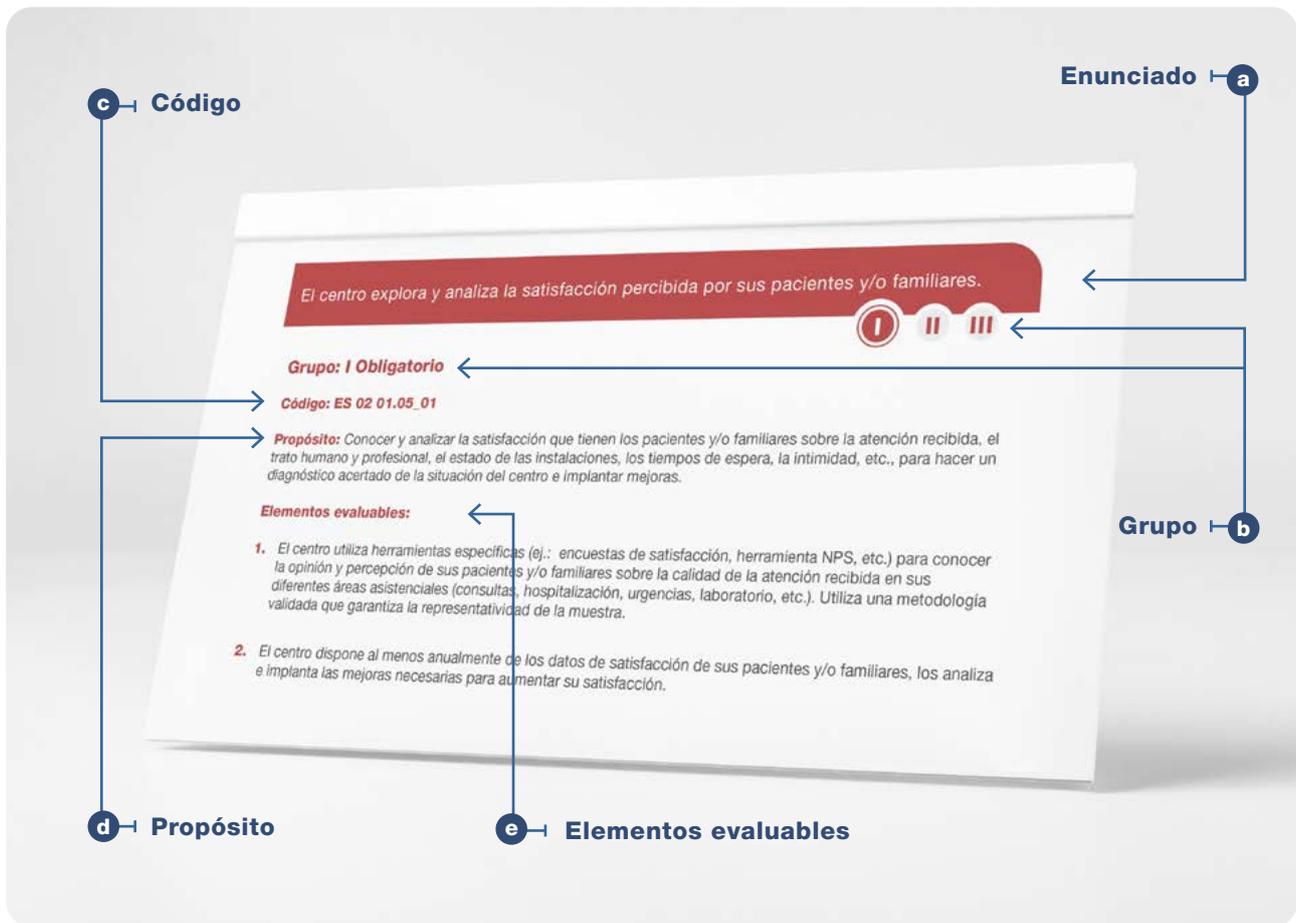
- Hospitales comarcales.
- Hospitales de especialidades.
- Hospitales privados.
- Hospitales de baja y media estancia y baja complejidad.



➤ Estructura de un estándar

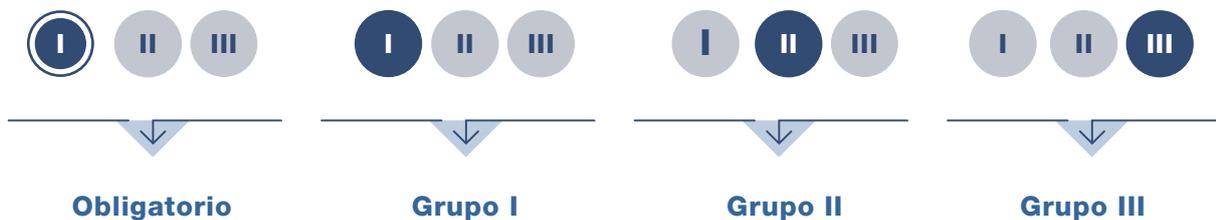
Un estándar es un elemento de medida con el que se evalúa la calidad de un centro sanitario. Los estándares de ACSA son dicotómicos (se cumplen o no se cumplen) debiéndose cumplir todos los elementos evaluables que lo conforman para que el estándar se cumpla.

Cada estándar del manual se compone de una serie de elementos: código, enunciado, propósito, grupo y elementos evaluables. Estos elementos se señalan en la siguiente figura y se describen a continuación.



a. Enunciado: marca el camino o meta que el centro debe alcanzar.

b. Grupo: señala, mediante iconos, el nivel de complejidad del estándar según esta clasificación: grupo I (algunos de carácter obligatorio, en cuyo caso aparece rodeado por un círculo), grupo II o grupo III.



Los estándares del manual se clasifican en grupos, existiendo estándares obligatorios y estándares para alcanzar mayores niveles de calidad, lo que proporciona al modelo de certificación de ACSA su carácter progresivo (Avanzado, Óptimo y Excelente):

- Estándares del grupo I: contemplan, entre otros aspectos, los derechos de los pacientes, los principios éticos y la seguridad de pacientes y profesionales. Algunos estándares de grupo I se consideran obligatorios, por lo que son de obligado cumplimiento para alcanzar cualquier grado de certificación.
- Estándares del grupo II: incluyen elementos asociados a un mayor desarrollo de la organización (sistemas de información, nuevas tecnologías y rediseño de espacios organizativos).
- Estándares de grupo III: estándares que demuestran que el centro hospitalario genera innovación y desarrollo para la sociedad en general.

c. Código: los números que lo constituyen indican, de izquierda a derecha, el manual de estándares al que pertenece, el criterio del manual en el que se encuentra, el número de orden que el estándar ocupa dentro del criterio y el número de revisiones que se le ha realizado. Así, el código del estándar de la figura indica que pertenece al manual de centros hospitalarios (manual número 2), que está ubicado en el criterio 1 (Liderazgo y organización del centro), que es el quinto estándar de dicho criterio y que se ha revisado una vez.

d. Propósito: se corresponde con la intención del estándar y amplía la información para contextualizarlo.

e. Elementos evaluables: pretenden clarificar el estándar y su enumeración facilita al centro el trabajo secuencial con el estándar y la preparación para la visita de evaluación. Estos elementos evaluables son requisitos necesarios para cumplir de forma absoluta con el estándar. Algunos elementos evaluables se pueden evidenciar mediante documentos como: memorias, registros, actas, informes, protocolos, resultados, etc.



➤ Estructura del manual de estándares

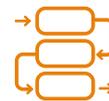
El manual de estándares de centros hospitalarios está estructurado en **3 bloques y 6 criterios**, en los que se agrupan los estándares según su temática.



Criterio 1

Liderazgo y organización del centro

Asegurar una organización eficiente del centro y alineada con la **estrategia y objetivos de la institución**, a través de **políticas** de calidad, sistemas de **evaluación continua** y canales de **comunicación** efectivos.



Criterio 2

Gestión por procesos

Promover un modelo de atención sanitaria basada en la **gestión por procesos**, que ayude a mejorar y rediseñar los **flujos de trabajo**, aumentar la **eficiencia** y dar respuesta a las **necesidades y expectativas** de los pacientes.



Criterio 3

Derechos del paciente y continuidad asistencial

Garantizar la **accesibilidad y continuidad** asistencial, así como la protección de los **derechos** de los pacientes y el respeto por sus **valores y creencias**, a través de una atención basada en la **humanización** y la **dignidad** de las personas.



Criterio 4

Calidad científico-técnica

Apoyar la aplicación de herramientas basadas en la **mejor evidencia científica** para prevenir, diagnosticar, tratar y cuidar a los pacientes, así como impulsar la **investigación e innovación** biomédica y sanitaria.



Criterio 5

Seguridad del paciente

Impulsar la implantación de **buenas prácticas** dirigidas a **minimizar los riesgos y aumentar la seguridad** en la atención sanitaria, a través de **políticas de seguridad** basadas en la **gestión de riesgos** y en el **aprendizaje de los errores**.



Criterio 6

Soporte

Reforzar la **gestión del entorno** para reducir y controlar los riesgos, asegurando circuitos de **comunicación y coordinación** efectivos con los **servicios de soporte** para el mantenimiento, seguridad y funcionamiento de las **instalaciones** y los **equipamientos**.

En la siguiente tabla se muestra un resumen de la distribución de los estándares del manual de centros hospitalarios según el criterio y el grupo a los que pertenecen:

Distribución de estándares por **criterios y grupos**



➤ Proceso de certificación

El proceso de certificación de ACSA es un proceso dinámico y continuo en el tiempo. Su finalidad es promover la mejora continua de la calidad en los centros hospitalarios. A continuación, se describen las 4 fases del proceso:



Fase 1 Solicitud de certificación

El responsable del centro puede solicitar el inicio del proceso de certificación mediante la cumplimentación de una solicitud en la aplicación informática ME_jora C, disponible en la página web de ACSA: <http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria>.

Aceptada la solicitud, se designan un responsable del proyecto de certificación en ACSA y un responsable en el centro. El responsable de ACSA contacta con el responsable del centro para explicarle el proceso de certificación. A partir de este momento, se habilitan los canales de comunicación establecidos para la resolución de dudas y el acompañamiento durante el tiempo que dura el proceso.

Fase 2 Autoevaluación



Durante esta fase, que tiene una duración máxima de 12 meses, un equipo de autoevaluadores coordinados por el responsable del centro, lleva a cabo un ejercicio de análisis y reflexión interna sobre los estándares, identificando lo que el centro hace (evidencias positivas) y lo que puede hacer para mejorar (áreas de mejora). Para facilitar el trabajo, ACSA pone a disposición de los centros la aplicación ME_jora C, donde se pueden recoger las evidencias positivas, las áreas de mejora y los documentos que dan respuesta a los estándares.

Aproximadamente un mes después de iniciar la fase de autoevaluación y, de manera consensuada con el centro, se fija la fecha de evaluación externa, lo que facilita la adecuada planificación de la autoevaluación. Fijada esta fecha, el responsable de ACSA envía la agenda de evaluación al centro. Se trata de un documento en el que se recogen el horario de la visita, las actividades que realizarán los evaluadores, los recursos necesarios para que la visita se realice de forma adecuada y los documentos relacionados con los estándares del manual.

Para que el equipo de autoevaluadores realice una autoevaluación productiva es importante que el responsable del centro cuente con el apoyo de su responsable de calidad y del responsable de ACSA, además de:

- Conocer el modelo de certificación y sus estándares.
- Asignar y coordinar responsabilidades y tareas al equipo de autoevaluadores.
- Establecer flujos de comunicación entre las diferentes estructuras del centro.

Recomendaciones para abordar la fase de autoevaluación

Es importante que el trabajo se haga en equipo para evitar sobrecargas y permitir que las mejoras llevadas a cabo durante esta fase sean conocidas por los profesionales del centro. En primer lugar, el responsable del centro debe planificar la autoevaluación: definir los objetivos a alcanzar, seleccionar el equipo de autoevaluadores, repartir los estándares entre los autoevaluadores según su nivel de conocimiento y definir un plan de trabajo.

En segundo lugar, el equipo de autoevaluadores debe comenzar a realizar la autoevaluación. Se recomienda abordar primero los estándares de carácter obligatorio, especialmente aquellos frente a los que el centro hospitalario muestre debilidades y seguir avanzando con el resto de estándares, según el objetivo marcado. El responsable del centro puede convocar reuniones periódicas para compartir el trabajo realizado y las mejoras identificadas. Se puede realizar un seguimiento exhaustivo del avance del trabajo utilizando los informes y listados de ME_jora C (ej.: gráfico de cumplimiento, documentos adjuntos a evidencias positivas y áreas de mejora, áreas de mejora identificadas, conseguidas, etc.).

En qué consiste la autoevaluación

Consiste en reflexionar sobre cada estándar identificando cómo le da respuesta el centro (evidencias positivas) y cómo puede mejorar (áreas de mejora) y describirlas en ME_jora C de forma clara y detallada. Las evidencias y/o áreas de mejora identificadas pueden ir acompañadas de los documentos que solicite el estándar (ej.: procedimientos, registros, análisis de resultados, memorias, etc.).

Durante esta fase de reflexión sobre los estándares pueden surgir dudas que deben aclararse con el responsable de ACSA a través del canal habilitado para ello (“zona del estándar” en ME_jora C). Además, los autoevaluadores pueden consultar y utilizar los recursos de apoyo que acompañan a algunos estándares (ej.: listados de verificación, planillas para auditorías, recomendaciones basadas en datos de las evaluaciones realizadas en el sistema sanitario, etc.).

Fase 3 Evaluación



Completada la fase de autoevaluación, un equipo de evaluadores visita el centro en la fecha acordada y, siguiendo la agenda de evaluación, recoge información sobre los estándares para poder tomar una decisión sobre su cumplimiento.

Para la recogida de información se emplean diferentes métodos: estudio del diseño de la prestación del servicio (análisis de procesos, procedimientos, planes, objetivos, entrevista a responsables del centro, etc.), estudio de la prestación real del servicio (historia de salud, registros, entrevistas a profesionales del centro, observación directa de los espacios, las instalaciones y la actividad desempeñada por los profesionales, etc.) y análisis de la experiencia del paciente (entrevista a pacientes y familiares, revisión de reclamaciones, encuestas de satisfacción, etc.). La triangulación entre estos métodos identificará si existe alguna brecha entre ellos. La información recabada antes, durante y después de la evaluación se tratará con absoluta confidencialidad.

Concluida la visita de evaluación externa, el equipo de evaluadores elabora un informe de situación en el que se especifica el grado de cumplimiento de los estándares. Este informe es remitido al equipo directivo del centro y al Comité de Certificación de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.

Resultados tras la fase de evaluación

- **Pendiente de estabilización de estándares obligatorios:** situación en la que queda el centro cuando el equipo evaluador toma la decisión de que uno o más estándares de carácter obligatorio no se cumplen. En un periodo máximo de 3 meses, el centro deberá abordar los motivos de incumplimiento a través de planes de mejora y, cuando dé cumplimiento a dichos estándares, entonces podrá optar a algún nivel de certificación.
- **Certificación Avanzada:** se obtiene cuando el centro logra un cumplimiento mayor del 70 % de estándares del grupo I (incluyéndose dentro de este porcentaje la totalidad de los considerados como obligatorios).
- **Certificación Óptima:** se alcanza cuando se da un cumplimiento del 100 % de los estándares del grupo I y un cumplimiento mayor del 40 % de los estándares del grupo II.
- **Certificación Excelente:** se obtiene cuando se da un cumplimiento del 100 % de los estándares del grupo I y del grupo II, y un cumplimiento mayor del 40 % de los estándares del grupo III.

	 Avanzado	 Óptimo	 Excelente
GRUPO I	70%*	100%	100%
GRUPO II		>40%	100%
GRUPO III			>40%

* incluidos los obligatorios

Fase 4 Seguimiento



La validez del certificado de ACSA es de 5 años y durante este periodo de tiempo el centro se encuentra en fase de seguimiento. Se mantiene abierta la autoevaluación de seguimiento, permitiendo al centro consolidar los resultados alcanzados, implantar las mejoras identificadas en la autoevaluación inicial y las identificadas por el equipo evaluador, así como trabajar nuevos estándares.

Se realizará una visita de seguimiento al centro durante la validez de su certificado para comprobar que se mantiene el nivel de certificación alcanzado o, alguna visita más si existieran circunstancias que lo justificasen para verificar que se mantiene el cumplimiento de los estándares a lo largo del tiempo.

Para renovar el certificado, aproximadamente un año antes de que finalice la validez del certificado anterior, es necesario que el centro vuelva a comenzar el ciclo realizando una nueva solicitud.

Si durante el proceso de certificación del centro, ACSA tuviera conocimiento de la ocurrencia de un incidente de seguridad en dicho centro, el Comité de Certificación podrá analizar el caso y, siguiendo la Política de Seguridad descrita en el Documento General de Certificación de Centros y Unidades (disponible en la Web de ACSA), requerir al centro la realización de un Análisis Causa Raíz y el envío del informe resumen y del plan de acción. De no presentar una respuesta aceptable en el plazo establecido se podrá retirar la certificación.



↗ Estándares del Manual





Bloque 1:
**Gestión del
centro**



Criterio 1

**Liderazgo y organización
del centro**



Criterio 2

**Gestión
por procesos**

➤ **Criterio 1: Liderazgo y organización del centro**

Intención del criterio

El liderazgo efectivo del centro es fundamental para que su organización resulte eficiente y que la atención que se ofrezca a los pacientes sea excelente. La dirección del centro es la responsable de impulsar la cultura de la calidad y la mejora continua, y para ello debe definirse un plan, desarrollar estrategias, estructuras y disponer de herramientas para llevar a la práctica el diseño realizado.

Resulta indispensable establecer un organigrama, definir las funciones y responsabilidades de los líderes y de los profesionales, impulsar su formación y desarrollo y establecer canales de comunicación efectivos para facilitar y potenciar el trabajo con objeto de cumplir los objetivos planteados, mejorar los resultados alcanzados y mejorar la calidad de los servicios ofertados.

Para tomar decisiones objetivas y disponer de elementos que permitan compararse con los mejores, es necesario llevar a cabo una monitorización y evaluación continua de los resultados, entre otros, en salud, eficiencia, procesos, actividad, accesibilidad, seguridad, etc. Además, conocer el grado de satisfacción de los pacientes y de los profesionales permitirá la identificación de áreas de mejora y el establecimiento de planes de acción para mejorar la calidad del centro.

El abordaje de los siguientes estándares ayudará a los centros a:

- Definir un plan estratégico como herramienta de gestión que detalle las principales líneas que guiarán el trabajo del centro durante un período determinado.
- Gestionar de forma eficaz los recursos humanos disponibles, asignando los profesionales más apropiados a cada puesto de trabajo, teniendo en cuenta las funciones y responsabilidades definidas.
- Definir un marco de trabajo para la gestión de la calidad del centro y realizar un control eficiente y sistemático de toda su documentación.
- Seleccionar aquellos indicadores que deben formar parte del cuadro de mando del centro, para analizar los datos y transformarlos en información útil y poder tomar decisiones basadas en hechos objetivos.
- Diseñar, planificar y coordinar las actividades necesarias para mejorar la atención que se ofrece a los pacientes a partir del conocimiento de las necesidades y expectativas de pacientes y familiares y de profesionales.
- Resolver las sugerencias y reclamaciones de los pacientes y sus familiares en relación a la atención recibida.



El centro dispone de una estructura de calidad



Grupo: I Obligatorio

Código: ES 02 01.01_00

Propósito: Disponer de una estructura de calidad para impulsar el desarrollo de la estrategia de calidad del centro.

Elementos evaluables:

1. En el centro existe un responsable de calidad o una unidad de calidad que impulsa la cultura de la calidad entre los profesionales y la correcta implantación del plan de calidad.
2. La estructura de calidad tiene definida su cartera de servicios.
3. La estructura de calidad integra las comisiones y comités del centro.
4. Existe una comisión de calidad que se reúne periódicamente para apoyar y evaluar el desarrollo de la estrategia de calidad del centro.

El centro dispone de un sistema de gestión documental.



Grupo: I

Código: ES 02 01.02_00

Propósito: Planificar y controlar de un modo eficiente y sistemático la creación, el mantenimiento, la utilización y la disposición de los documentos del centro (ej.: planes, procedimientos, memorias, etc.).

Elementos evaluables:

1. El centro dispone y aplica un procedimiento de gestión de la documentación en el que se contemplan, entre otros aspectos: las responsabilidades, los plazos de actualización de la documentación que requiere revisiones periódicas, el almacenamiento y el acceso.
2. Los documentos del centro están indexados y se mantienen actualizados. Los documentos contienen, al menos, la fecha de elaboración/revisión y el profesional responsable de su elaboración.
3. Los documentos del centro están accesibles en cualquier momento y lugar para los profesionales autorizados.



El centro dispone de un organigrama donde quedan establecidas las responsabilidades de los líderes de la organización.



Grupo: I obligatorio

Código: ES 02 01.03_01

Propósito: Definir el organigrama del centro, recogiendo las estructuras organizativas del mismo y el flujo de las responsabilidades de los líderes. Mantener el organigrama actualizado y difundirlo a los profesionales.

Elementos evaluables:

1. El centro dispone de un organigrama actualizado en el que se representa su estructura (ej.: gerencia, dirección médica, responsable de calidad, responsable de atención al ciudadano, etc.).
2. El centro ha definido las responsabilidades de sus líderes.
3. El organigrama del centro y las responsabilidades de sus líderes se difunden para que sean conocidos por los profesionales.

El centro ha definido las funciones y responsabilidades de los puestos de trabajo.



Grupo: I obligatorio

Código: ES 02 01.04_01

Propósito: Definir las funciones y responsabilidades de cada puesto de trabajo del centro como instrumento de apoyo indispensable para el mejor y más eficiente desarrollo de las actividades de los profesionales.

Elementos evaluables:

1. El centro tiene identificados los puestos de trabajo que lo integran y las funciones y responsabilidades de los mismos.
2. Los profesionales del centro conocen sus funciones y responsabilidades.



El centro explora y analiza la satisfacción percibida por sus pacientes y/o familiares.



Grupo: I Obligatorio

Código: ES 02 01.05_01

Propósito: Conocer y analizar la satisfacción que tienen los pacientes y/o familiares sobre la atención recibida, el trato humano y profesional, el estado de las instalaciones, los tiempos de espera, la intimidad, etc., para hacer un diagnóstico acertado de la situación del centro e implantar mejoras.

Elementos evaluables:

1. El centro utiliza herramientas específicas (ej.: encuestas de satisfacción, herramienta NPS, etc.) para conocer la opinión y percepción de sus pacientes y/o familiares sobre la calidad de la atención recibida en sus diferentes áreas asistenciales (consultas, hospitalización, urgencias, laboratorio, etc.). Utiliza una metodología validada que garantiza la representatividad de la muestra.
2. El centro dispone al menos anualmente de los datos de satisfacción de sus pacientes y/o familiares, los analiza, difunde e implanta las mejoras necesarias para aumentar su satisfacción.

El centro utiliza las reclamaciones como fuente de información para la mejora de su organización y funcionamiento.



Grupo: I Obligatorio

Código: ES 02 01.06_02

Propósito: Gestionar las reclamaciones de acuerdo al procedimiento definido por el centro y utilizar la información derivada del análisis de las mismas para identificar e incorporar mejoras en su organización y funcionamiento, así como para resolver las actuaciones que de estas se puedan derivar.

Elementos evaluables:

1. El centro dispone y aplica un procedimiento para la gestión de las reclamaciones, que define las responsabilidades, los circuitos, los plazos de respuesta y los informes que deben elaborarse.
2. Las reclamaciones recibidas en el centro se contestan en tiempo y forma según la normativa vigente y el procedimiento definido.
3. Al menos semestralmente se analizan el número, los motivos y los plazos de respuesta de las reclamaciones recibidas. Se implantan las mejoras oportunas en caso necesario.



El centro promueve una estrategia de captación activa de sugerencias realizadas por los pacientes y/o familiares para la mejora continua de su organización



Grupo: II

Código: ES 02 01.07_02

Propósito: Identificar las oportunidades de mejora expresadas por los pacientes y/o familiares a través de cualquier medio, gestionándolas adecuadamente e incorporando mejoras.

Elementos evaluables:

1. El centro habilita canales estables de expresión de sugerencias de pacientes y/o familiares (ej.: redes sociales, buzones de sugerencias, email, comentarios libres en las encuestas de satisfacción, etc.) y fomenta su uso.
2. Al menos semestralmente se analizan las sugerencias recogidas y se implantan las mejoras oportunas en caso necesario. La información captada a través de los canales de expresión habilitados es representativa.

El centro implementa un sistema de gestión integral de los riesgos de toda naturaleza a los que se enfrenta.



Grupo: III

Código: ES 02 01.08_00

Propósito: Identificar, clasificar, priorizar y gestionar todos los riesgos que pueden tener un impacto negativo para el logro de los objetivos del centro.

Elementos evaluables:

1. El centro constituye un comité de riesgos que identifica los riesgos relevantes (ej.: políticos, sociales, económicos, laborales, gestión ambiental, seguridad de la información, clínicos, accesibilidad, etc.) atendiendo a su posible incidencia negativa sobre sus objetivos estratégicos, sostenibilidad y continuidad de sus actividades.
2. Los riesgos identificados se clasifican y se priorizan atendiendo a una matriz de riesgos.
3. Se determinan los planes de actuación necesarios para el control y minimización de los riesgos priorizados y se informa a los profesionales implicados.



El centro dispone de un plan estratégico.



Grupo: I

Código: ES 02 01.09_02

Propósito: Planificar a medio y largo plazo la gestión del centro en base a la realización de un análisis previo de situación y a unos objetivos a alcanzar. Para la realización de este análisis deben incorporarse profesionales, usuarios u otras instituciones con las que el centro tiene relación. Dicha planificación debe quedar plasmada en un documento (plan estratégico) que sirva de guía al centro en cumplimiento de los objetivos marcados. El documento se actualiza periódicamente y se difunde y da a conocer a los profesionales del centro.

Elementos evaluables:

1. El centro ha definido su misión, visión y valores.
2. El centro ha realizado un análisis o diagnóstico previo de situación utilizando una herramienta validada (ej.: análisis DAFO, CAME, etc.).
3. El centro ha definido un plan estratégico que responde a su misión, visión y valores, y que contempla: periodo de vigencia (de 3 a 5 años), líneas estratégicas, objetivos, cronograma y responsabilidades.
4. El plan estratégico se difunde para que sea conocido por los profesionales.

El centro ha elaborado un plan de calidad.



Grupo: I

Código: ES 02 01.10_00

Propósito: Definir los niveles de calidad que ha de alcanzar el centro en consonancia con las necesidades y expectativas de la población que atiende, de los profesionales que trabajan en el centro y de otros grupos de interés. Hacer partícipes a los profesionales en la elaboración e implantación de dicho plan, contribuyendo a promover y mejorar la cultura de la calidad.

Elementos evaluables:

1. El centro define un plan de calidad, que contempla su vigencia, líneas de trabajo, objetivos, responsabilidades, cronograma y método de evaluación de dichas líneas.
2. Los profesionales del centro conocen el plan de calidad y han participado en su elaboración.



Los objetivos propuestos en el plan de calidad se implantan y desarrollan.



Grupo: II

Código: ES 02 01.11_00

Propósito: Realizar una planificación y ejecución de auditorías internas que permitan al centro conocer el nivel de implantación y desarrollo de los objetivos propuestos en el plan de calidad.

Elementos evaluables:

1. El centro elabora un plan de auditorías internas para comprobar el nivel de cumplimiento de las líneas de trabajo de su plan de calidad. El plan de auditorías define, al menos, el número de auditorías a realizar, la asignación de auditores, los listados de chequeo a utilizar y los indicadores elaborados.
2. El centro lleva a cabo el plan de auditorías internas y dispone de los informes de las auditorías realizadas, en los que se incluyen los resultados obtenidos y las mejoras identificadas.
3. La dirección del centro realiza una planificación y un seguimiento de las mejoras derivadas de las auditorías internas realizadas.
4. Los profesionales son informados de los resultados obtenidos y de las mejoras identificadas e implementadas.

El centro elabora los planes de formación individual de sus profesionales en función de las necesidades formativas de los mismos y de sus objetivos estratégicos.



Grupo: II

Código: ES 02 01.12_00

Propósito: Detectar las necesidades formativas de los profesionales para definir planes de formación individual que ayuden a adquirir y actualizar sus conocimientos, a desarrollar habilidades y a alcanzar los objetivos estratégicos del centro.

Elementos evaluables:

1. El centro utiliza una herramienta para detectar periódicamente las necesidades formativas de sus profesionales (ej.: entrevistas, cuestionarios, etc.). Analiza dichas necesidades para desarrollar los planes de formación individual teniendo en cuenta, además, sus objetivos estratégicos.
2. El centro dispone de planes de formación individual que permiten adquirir y actualizar el conocimiento de los profesionales y el desarrollo de habilidades, entre otras, habilidades científico-técnicas, de humanización, de comunicación, etc.
3. Se utilizan herramientas para evaluar la formación recibida por los profesionales.



El centro dispone de un plan de formación específico para cargos intermedios.



Grupo: II

Código: ES 02 01.13_00

Propósito: Asegurar la formación de los cargos intermedios, nombrados o con posibilidades de nombramiento en el futuro, en habilidades transversales como liderazgo, gestión de equipos, calidad y gestión clínica.

Elementos evaluables:

1. El centro dispone de un plan específico de formación para profesionales que desempeñen, o puedan desempeñar en el futuro, funciones de cargos intermedios. Dicho plan permite la formación en habilidades y conocimientos transversales como liderazgo, gestión de equipos, calidad y gestión clínica.
2. Se utilizan herramientas para evaluar la formación recibida por los profesionales.

El centro dispone de un plan de mentorización para cargos intermedios en su primer año tras el nombramiento.



Grupo: III

Código: ES 02 01.14_00

Propósito: Asegurar el desempeño profesional de los cargos intermedios de reciente nombramiento con un plan de mentorización personalizado que cuente con la implicación de otros cargos intermedios y miembros del equipo directivo.

Elementos evaluables:

1. El centro dispone de un plan específico de mentorización o asesoría personalizada para todos aquellos cargos intermedios durante su primer año de nombramiento.
2. El plan cuenta con la implicación específica de otros cargos intermedios de mayor experiencia, de la misma o diferente institución.
3. Se utilizan herramientas para evaluar el soporte recibido por los profesionales.



La dirección del centro utiliza el clima laboral como un elemento de desarrollo organizativo.



Grupo: II

Código: ES 02 01.15_01

Propósito: Analizar el clima laboral del centro y promover su mejora, estableciendo las medidas necesarias para ello con la participación de los profesionales.

Elementos evaluables:

1. El centro mide anual o bienalmente el clima laboral y evalúa los resultados obtenidos, identificando áreas de mejora.
2. El centro planifica e implanta las acciones necesarias para abordar las áreas de mejora detectadas.
3. El centro difunde los resultados obtenidos en la evaluación del clima laboral entre los profesionales y las mejoras identificadas e implementadas.

El centro dispone de un cuadro de mando que le aporta la información necesaria para la toma de decisiones.



Grupo: I

Código: ES 02 01.16_02

Propósito: Disponer de los indicadores relevantes que el centro debe monitorizar para la toma de decisiones en base a resultados. Medir de forma sistemática y planificada dichos indicadores para comprobar que se encuentran en unos niveles preestablecidos e introducir correcciones cuando sea necesario.

Elementos evaluables:

1. El centro dispone de un cuadro de mando que contiene los indicadores relevantes para la toma de decisiones (ej.: indicadores de actividad, procesos, presupuesto, seguridad del paciente, tiempos de respuesta, eficiencia, etc.). Para los indicadores que sea posible, se ha definido su objetivo o estándar de referencia.
2. El centro ha definido un plan de monitorización que contempla: la frecuencia de las mediciones de los indicadores, los responsables y las fuentes de procedencia de datos (ej.: auditorías de historias de salud, evaluaciones internas, sistemas de información, etc.).
3. El centro monitoriza los indicadores de acuerdo a la frecuencia definida, evalúa los resultados obtenidos respecto a los objetivos o estándares de referencia definidos e identifica mejoras, en caso necesario.
4. El centro informa a los profesionales implicados de las mejoras identificadas tras la evaluación de los resultados.



El centro compara sus resultados con los de otras organizaciones y/o con los que se consideran líderes del sector.



Grupo: III

Código: ES 02 01.17_02

Propósito: Realizar un análisis que incluya la comparación de resultados con los de otras organizaciones y/o con los considerados como líderes del sector (benchmarking) con el fin de identificar e implantar las mejores prácticas.

Elementos evaluables:

1. El centro analiza los resultados de otras organizaciones con las que se quiere comparar, en base a criterios como: resultados excelentes, similitud de cartera de servicios, complejidad, etc.
2. El centro incorpora aquellas prácticas que realizan las organizaciones con las que se compara, evaluando si les permite la obtención de mejores resultados.

El centro establece y gestiona un plan de comunicación.



Grupo: II

Código: ES 02 01.18_02

Propósito: Asegurar que se establecen los procesos de comunicación efectivos dentro y fuera del centro y la difusión de la información necesaria para el desarrollo de sus actividades.

Elementos evaluables:

1. El centro dispone y aplica un plan de comunicación en el que se definen: los canales de comunicación externa e interna, la información a difundir por cada uno de los canales definidos, así como las responsabilidades.
2. El centro evalúa periódicamente el uso que se realiza de los canales de comunicación en base a unos criterios o indicadores previamente establecidos. Se identifican áreas de mejora si procede.



El centro elabora y difunde una memoria anual de actividades.



Grupo: I

Código: ES 02 01.19_02

Propósito: Elaborar un documento anual que refleje los resultados de las principales líneas de actividad (ej.: formación, investigación, etc.) y los resultados globales del centro. Difundir este documento como ejercicio de transparencia.

Elementos evaluables:

1. El centro elabora una memoria anual que incluye sus principales líneas de actividad y sus resultados globales (ej.: clínicos, satisfacción, tiempos de respuesta, etc.).
2. La memoria anual de actividades se difunde a los profesionales, a pacientes y a sus principales grupos de interés.



➤ **Criterio 2: Gestión por procesos**

Intención del criterio

La intención del siguiente grupo de estándares es garantizar un modelo de atención sanitaria basada en la gestión por procesos, aportando al centro unas herramientas con las que pueda mejorar y rediseñar el flujo de trabajo para hacerlo más eficiente y adaptarlo a las necesidades y expectativas de los pacientes y profesionales, con la finalidad de incrementar el nivel de salud y el grado de satisfacción de la población que recibe los servicios del centro y mejorar la calidad de sus servicios.

El abordaje de los siguientes estándares ayudará a los centros a:

- Identificar sus procesos, organizar equipos responsables de los mismos y definir la secuencia de actividades que componen cada uno de ellos, teniendo en cuenta las necesidades de los pacientes, de los profesionales y los recursos disponibles.
- Coordinar las respuestas de atención y de cuidados que necesitan los pacientes, realizando una gestión horizontal y garantizando la continuidad asistencial.
- Disminuir la variabilidad, eliminar ineficiencias asociadas a la repetitividad de actividades y optimizar la utilización de recursos.
- Racionalizar las pruebas diagnósticas y las medidas terapéuticas.
- Analizar y medir los resultados de la capacidad y eficacia de cada proceso, identificando y priorizando áreas de mejora.
- Incorporar la experiencia del paciente en los procesos asistenciales, para conseguir mejorarlos, adecuándolos en lo posible, a sus expectativas y circunstancias de vida.



El centro tiene definido su mapa de procesos.



Grupo: I obligatorio

Código: ES 02 02.01_00

Propósito: Disponer de un mapa de procesos como herramienta para mejorar la gestión del centro. Identificar los procesos del centro (estratégicos, asistenciales u operativos y de soporte) y representarlos gráficamente en un mapa para visualizar fácilmente cuáles son y cómo se relacionan entre sí.

Elementos evaluables:

1. El centro identifica sus procesos estratégicos, asistenciales u operativos y de soporte.
2. El centro dispone de un mapa de procesos en el que se visualizan los procesos estratégicos, asistenciales u operativos y de soporte, así como sus interrelaciones.
3. El mapa de procesos se mantiene actualizado y se difunde a los profesionales del centro.

El centro tiene implantada la gestión por procesos asistenciales.



Grupo: I obligatorio

Código: ES 02 02.02_02

Propósito: Implantar los procesos asistenciales identificados por el centro para reducir la variabilidad, mejorar la coordinación y eliminar las ineficiencias que puedan generarse. Asignar responsables, describir las actividades que componen cada proceso asistencial y seleccionar los indicadores para su evaluación.

Elementos evaluables:

1. El centro asigna un responsable para la implantación de cada proceso asistencial identificado.
2. El centro ha descrito la secuencia de actividades que componen cada proceso asistencial, contemplando quién, cómo, cuándo y dónde se realizan dichas actividades.
3. El centro ha definido indicadores para evaluar los procesos asistenciales implantados, sus fórmulas de cálculo, los objetivos o estándares de referencia y la periodicidad de medición.
4. El centro evalúa los indicadores de los procesos asistenciales implantados con la periodicidad definida, identifica mejoras si procede y difunde los resultados a los profesionales implicados.



El centro cumple los indicadores de los procesos asistenciales implantados y establece nuevos objetivos enfocados a la mejora continua.



Grupo: I

Código: ES 02 02.03_00

Propósito: Alcanzar y mejorar progresivamente los indicadores de los procesos asistenciales, poniendo en marcha actuaciones que mejoren los resultados de los mismos.

Elementos evaluables:

1. El centro cumple los objetivos o estándares de referencia definidos para los indicadores de los procesos asistenciales que tiene implantados.
2. El centro define nuevos objetivos mínimos a alcanzar para sus indicadores de procesos asistenciales o selecciona nuevos indicadores de procesos asistenciales.

El centro mejora la eficiencia de sus procesos asistenciales.



Grupo: II

Código: ES 02 02.04_00

Propósito: Optimizar el funcionamiento de los procesos asistenciales implantados en el centro mejorando la calidad de la atención prestada.

Elementos evaluables:

1. El centro analiza periódicamente las actividades o circuitos de los procesos asistenciales para identificar ineficiencias (ej.: excesos de tareas burocráticas y administrativas, duplicidades, vacíos asistenciales, tiempos de espera, etc.).
2. El centro utiliza herramientas de calidad (ej.: diagrama de Ishikawa, los 5 porqués, etc.) para identificar las causas de las ineficiencias encontradas.
3. El centro realiza los cambios necesarios para mejorar el funcionamiento de los procesos asistenciales implantados.



Bloque 1: Gestión del centro
Criterio 2: Gestión por procesos

El centro incorpora la experiencia del paciente en la mejora de los procesos asistenciales y evalúa los resultados en salud.



Grupo: III

Código: ES 02 02.05_00

Propósito: Conocer la percepción del paciente, tanto respecto a los resultados de su asistencia como en relación con el proceso asistencial y la calidad del mismo, para identificar e implantar mejoras en estos aspectos.

Elementos evaluables:

1. El centro utiliza instrumentos para conocer la experiencia del paciente (PREM) en relación a su proceso asistencial y para identificar aquello que no le aporta valor (ej.: burocracia y esperas excesivas, pruebas diagnósticas innecesarias, etc.).
2. El centro planifica e implanta las mejoras necesarias para optimizar el funcionamiento de los procesos asistenciales incorporando la experiencia de los pacientes.
3. El centro evalúa los resultados en salud basados en la percepción del propio paciente (PROM), identifica áreas de mejora y las planifica.

El centro tiene implantada la gestión por procesos en sus servicios de soporte.



Grupo: II

Código: ES 02 02.06_01

Propósito: Implantar los procesos de soporte identificados por el centro para eliminar las ineficiencias que puedan generarse. Asignar responsables, describir las actividades que componen cada proceso de soporte y seleccionar los indicadores para su evaluación.

Elementos evaluables:

1. El centro asigna un responsable para la implantación de cada proceso de soporte identificado.
2. El centro ha descrito la secuencia de actividades que componen cada proceso de soporte contemplando quién, cómo, cuándo y dónde se realizan dichas actividades.
3. El centro ha definido indicadores para evaluar los procesos de soporte, sus fórmulas de cálculo, los objetivos o estándares de referencia y la periodicidad de medición.
4. El centro evalúa los indicadores de los procesos de soporte con la periodicidad definida, identifica mejoras si procede y difunde los resultados a los profesionales implicados.



Bloque 1: Gestión del centro
Criterio 2: Gestión por procesos

El centro define los criterios de calidad de los servicios de soporte y analiza las desviaciones ocurridas.



Grupo: II

Código: ES 02 02.07_02

Propósito: Definir y dar a conocer los criterios de calidad de los servicios de soporte que dan apoyo a las unidades o servicios asistenciales. Poner a disposición de los profesionales del centro herramientas que permitan la comunicación y el registro de las desviaciones detectadas respecto a los criterios de calidad definidos, con el fin de promover la implantación de mejoras que optimicen el desempeño de los servicios de soporte.

Elementos evaluables:

1. El centro ha definido los criterios de calidad de los servicios de soporte (ej.: hostelería, limpieza, mantenimiento, electromedicina, informática, lencería, etc.) que prestan apoyo a las unidades o servicios asistenciales.
2. El centro dispone de herramientas que permiten la comunicación y el registro de las desviaciones detectadas respecto a los criterios de calidad definidos.
3. Los profesionales del centro, según su grado de responsabilidad, tienen disponibles para su consulta los criterios de calidad de los servicios de soporte y conocen y utilizan las herramientas establecidas para comunicar y registrar las desviaciones que detectan.
4. El centro analiza, junto a las unidades o servicios asistenciales implicados, las desviaciones comunicadas para abordar la implantación de mejoras en los servicios de soporte.

El centro mejora la eficiencia de sus procesos de soporte.



Grupo: III

Código: ES 02 02.08_00

Propósito: Optimizar el funcionamiento de los procesos de soporte implantados en el centro mejorando la calidad de la atención que prestan a sus usuarios.

Elementos evaluables:

1. El centro analiza periódicamente las actividades o circuitos de los procesos de soporte para identificar ineficiencias (ej.: demoras en las actividades de mantenimiento de los equipos e instalaciones, demoras de los proveedores, exceso de stock, etc.).
2. El centro utiliza herramientas de calidad (ej.: diagrama de Ishikawa, los 5 porqués, etc.) para identificar las causas de las ineficiencias encontradas.
3. El centro realiza los cambios necesarios para mejorar el funcionamiento de los procesos de soporte implantados.



Bloque 1: Gestión del centro
Criterio 2: Gestión por procesos



Bloque 2:
Atención
centrada en
el paciente



Criterio 3

Derechos del paciente y
continuidad asistencial



Criterio 4

Calidad
científico-técnica

➤ **Criterio 3: Derechos del paciente y continuidad asistencial**

Intención del criterio

La protección de los derechos del paciente (entre otros, la accesibilidad a los servicios sanitarios, la intimidad, la confidencialidad, la información y la participación en la toma de decisiones, respetando sus valores y creencias) es una de las mejores garantías de una asistencia sanitaria de calidad.

La coordinación y comunicación entre las unidades y servicios que intervienen en el proceso de atención de un paciente permiten priorizar las actuaciones clínicas imprescindibles, acortar su proceso diagnóstico, mejorar su tratamiento, proporcionar los recursos adecuados a sus necesidades y evitar visitas innecesarias a los servicios sanitarios. Para facilitar las actuaciones de los profesionales implicados en el proceso de atención de un paciente y que la atención sanitaria sea fluida, global, personalizada e integrada, se hace necesario el registro en la historia de salud de toda la información que se genera en dicho proceso de atención.

El abordaje de los siguientes estándares ayudará a los centros a:

- Respetar los derechos de cada paciente durante su proceso de atención.
- Prestar una atención acorde a las condiciones específicas de salud de cada persona, a sus características socioculturales y a sus necesidades, expectativas, deseos y preferencias.
- Promover la implicación y participación del paciente, y su entorno si lo precisa, en la toma de decisiones sobre su proceso de atención.
- Abordar la esfera bioética en la atención sanitaria que presta el centro.
- Desarrollar mecanismos que favorezcan el acceso de los usuarios a los servicios sanitarios.
- Mejorar la gestión del tiempo asistencial.
- Disponer de una historia de salud con información suficiente para apoyar el diagnóstico y justificar la atención y el tratamiento del paciente.
- Facilitar la comunicación entre los distintos profesionales que participan en el proceso de atención del paciente para garantizar la continuidad asistencial.
- Conocer los recursos de apoyo existentes para realizar una gestión efectiva y racional de los mismos.
- Mejorar el seguimiento y la continuidad de los cuidados, así como facilitar el acceso a los recursos de apoyo necesarios para el paciente y su cuidador.



El centro respeta la intimidad del paciente y la confidencialidad de su información clínica y personal a lo largo de todo el proceso de atención.



Grupo: I obligatorio

Código: ES 02 03.01_02

Propósito: Garantizar el respeto a la intimidad del paciente y a la confidencialidad de su información clínica y personal mediante la disponibilidad de normas o procedimientos y mediante el uso de medios físicos que permitan establecer una adaptación de estructuras y espacios (visual y auditiva) durante la asistencia a los pacientes.

Elementos evaluables:

1. El centro dispone y aplica un procedimiento o normas para preservar la intimidad del paciente y la confidencialidad de su información clínica y personal.
2. Durante el proceso de atención se utilizan los medios estructurales y/o físicos necesarios para respetar la intimidad y la confidencialidad del paciente (ej.: lugares apropiados y restringidos para realizar exploraciones clínicas, curas e higiene y para realizar comentarios de casos clínicos entre profesionales, despachos o salas cerradas para informar a pacientes/familiares, etc.).
3. Se destruye adecuadamente la documentación con datos personales del paciente que ya no sea necesaria.

El centro informa a los pacientes de todos los aspectos relacionados con su proceso de atención.



Grupo: I obligatorio

Código: ES 02 03.02_02

Propósito: Garantizar que el paciente disponga, de modo adecuado a sus posibilidades de comprensión, de la información necesaria para poder entender su proceso de atención. Registrar la información proporcionada por los profesionales en la historia de salud del paciente.

Elementos evaluables:

1. Los profesionales informan verbalmente al paciente, de manera clara y comprensible, sobre todos los aspectos relacionados con su proceso de atención (ej.: trámites, finalidad de cada procedimiento diagnóstico/terapéutico, riesgos, próximas revisiones, etc.) dejando constancia en su historia de salud. En los casos legalmente establecidos, se informa al representante del paciente, quedando registro en la historia.
2. Los profesionales utilizan mecanismos para informar a los pacientes de otras nacionalidades y/o con problemas sensoriales.
3. En consultas y al alta hospitalaria y de urgencias, se informa y entrega al paciente un informe clínico con los elementos esenciales de su proceso para garantizar la continuidad de la asistencia. Al alta hospitalaria, se informa y entrega un informe de continuidad de cuidados en los casos necesarios.
4. Está definido e implantado el circuito para que el paciente pueda acceder a su historia de salud.



El centro utiliza el formulario de consentimiento informado ante intervenciones con criterios intrínsecos de riesgo.



Grupo: I obligatorio

Código: ES 02 03.03_02

Propósito: Garantizar que siempre se realiza el proceso de información continua al paciente de forma verbal y, ante intervenciones con criterios intrínsecos de riesgo recogidas en la normativa vigente, se cumplimenta el formulario de consentimiento informado.

Elementos evaluables:

1. El centro dispone de una relación actualizada de los procedimientos de su cartera de servicios autorizada que requieren consentimiento informado por escrito.
2. Los profesionales informan verbalmente al paciente y le entregan el formulario de consentimiento informado para que pueda leerlo y aclarar dudas. Posteriormente, se cumplimenta y se entrega una copia completa a la persona interesada (ej.: paciente, representante legal, etc.) quedando el original custodiado según las normas del centro.
3. El profesional registra en la historia de salud que se ha realizado el proceso de información verbal, se ha obtenido el consentimiento informado por escrito y se ha entregado una copia a la persona interesada. En la historia de salud de pacientes menores de edad o en condiciones de incapacidad se deja constancia de la persona que decide (tutor o representante legal) tras haberse aplicado el procedimiento que requiere el consentimiento informado.
4. El centro realiza auditorías, al menos anuales, del grado de cumplimentación de los formularios de consentimiento informado y de su adecuación a las directrices vigentes (ej.: identificación del procedimiento, fecha, identificación y firma del paciente o representante, identificación y firma del médico que informa, etc.). En caso de encontrarse desviaciones, se determinan e implantan las mejoras pertinentes y se difunden a los profesionales.



El centro utiliza herramientas de ayuda a la toma de decisiones para potenciar la autonomía del paciente en la toma de decisiones sobre su proceso asistencial.



Grupo: III

Código: ES 02 03.04_02

Propósito: Conocer las preferencias, necesidades y vivencias del paciente y capacitarle para que tome un papel activo en el cuidado de su salud en consonancia con sus deseos. La toma de decisiones compartida requiere un intercambio de información entre el paciente y el profesional sanitario, la deliberación entre distintas opciones y llegar a una decisión consensuada. Para ello, se ponen a disposición del paciente herramientas de ayuda a la toma de decisiones basadas en la evidencia que le permitan la elección entre dos o más opciones sobre un problema de salud.

Elementos evaluables:

1. El centro dispone de un procedimiento en el que se describe cómo abordar aquellos problemas de salud que, por su impacto en la salud y en la calidad de vida de los pacientes, son susceptibles de una mayor implicación en la toma de decisiones sobre su proceso de atención (ej.: enfermedades crónicas, oncológicas, terminales, etc.).
2. El centro dispone de herramientas de ayuda a la toma de decisiones (ej.: diabetes, cáncer de mama, cáncer de próstata, etc.) elaboradas por organismos nacionales, internacionales o por el propio centro en base a la mejor evidencia científica disponible.
3. Los profesionales utilizan las herramientas de ayuda a la toma de decisiones disponibles en el centro, registran su uso y la decisión consensuada con el paciente en la historia de salud.



El centro garantiza la utilización adecuada de medidas de contención en los casos indicados.



Grupo: I obligatorio

Código: ES 02 03.05_01

Propósito: Estandarizar las indicaciones y procedimientos de aplicación de las medidas terapéuticas oportunas para resolver un escenario de agresividad (ej.: agitación de un paciente, intención autolítica, etc.) y evitar riesgos y daños en el paciente, en otros pacientes y en los profesionales del centro.

Elementos evaluables:

1. El centro dispone y aplica protocolos para garantizar la utilización adecuada de las medidas de contención (ej.: contención verbal, farmacológica, mecánica, etc.). Dichos protocolos incluyen las indicaciones y procedimientos de aplicación de cada una de las medidas de contención que existen y los registros a realizar en la historia de salud.
2. El protocolo de contención farmacológica, además, incluye los fármacos de elección (ej.: ansiolíticos, antipsicóticos, etc.) y su vía de administración.
3. En las contenciones mecánicas se utiliza material de sujeción homologado, que no suponga un riesgo para la integridad física y la dignidad del paciente.
4. En la historia de salud se registran: el consentimiento verbal (o por escrito, según circunstancia excepcional) del paciente o representante legal, el tipo de contención, el motivo de la misma, el profesional que ha determinado la medida, el material utilizado, la hora de inicio y la duración estimada de la medida, el seguimiento del estado del paciente y los cuidados proporcionados.

El centro garantiza la resolución de los conflictos éticos surgidos en el proceso de atención sanitaria.



Grupo: I obligatorio

Código: ES 02 03.06_02

Propósito: Dar a conocer a los profesionales los mecanismos existentes para formular consultas y dudas al Comité de Ética Asistencial de referencia, facilitando la prevención o resolución de los conflictos éticos que pudieran generarse en el proceso de atención sanitaria.

Elementos evaluables:

1. El centro dispone y aplica un procedimiento en el que se describe cómo realizar consultas y dudas de índole ética al Comité de Ética Asistencial de referencia.
2. Se dispone de los mecanismos necesarios para asegurar la difusión de las recomendaciones del Comité de Ética de referencia a los profesionales del centro.



El centro lleva a cabo acciones que mejoran la accesibilidad de los pacientes y/o familiares a sus servicios.



Grupo: I obligatorio

Código: ES 02 03.07_02

Propósito: Facilitar la accesibilidad de los pacientes y/o familiares a los servicios prestados por el centro. Utilizar canales de comunicación para difundir información relativa a su estructura y funcionamiento.

Elementos evaluables:

1. El centro evalúa periódicamente los factores que pueden suponer un riesgo para la accesibilidad de los pacientes y/o familiares a sus servicios y desarrolla mecanismos para facilitarla (ej.: atención telefónica, adaptación de horarios, citación online, recordatorios de citas, atención en el domicilio, consultas de acto único, etc.).
2. El centro proporciona información actualizada sobre su estructura y funcionamiento a través de canales de comunicación estables (ej.: web, redes sociales, guía de usuarios, etc.). La información difundida comprende al menos: cartera de servicios actualizada, localización, horarios de atención, email y teléfonos de contacto.

El servicio de urgencias del centro dispone de un sistema de triaje y de criterios definidos para el ingreso del paciente o su traslado a otro centro hospitalario.



Grupo: I

Código: ES 02 03.08_00

Propósito: Gestionar el riesgo clínico para manejar adecuadamente y con seguridad los flujos de pacientes, clasificándolos según el grado de urgencia/gravedad. Tener definidos los criterios de ingreso en el centro y los criterios de traslado a otro centro hospitalario, así como la información clínica a aportar para dar a conocer las actuaciones realizadas en el servicio de urgencias.

Elementos evaluables:

1. La unidad de urgencias dispone de un sistema de triaje estructurado (ej.: definición de niveles de priorización en la atención, del tiempo óptimo entre la llegada y la atención para cada nivel de atención, etc.). Un médico de urgencias o el personal de enfermería, con o sin médico de urgencias, son los responsables del triaje.
2. El servicio de urgencias tiene definidos y aplica los criterios de ingreso en el centro. Los profesionales de urgencias registran en la historia de salud del paciente la información relevante para su traslado al servicio elegido. Se informa al paciente y/o familiares de los motivos del ingreso hospitalario.
3. El servicio de urgencias tiene definidos y aplica los criterios para el traslado del paciente a otro centro hospitalario y las condiciones en las que se va a realizar (ej.: transporte sanitario, acompañamiento, equipamiento, etc.).
4. Los profesionales del servicio de urgencias registran en la historia de salud la información relevante sobre el traslado del paciente a otro centro (ej.: motivo, cuidados durante el traslado, datos del prescriptor, del receptor, unidad del traslado, etc.). Se informa al paciente y/o familiares del centro hospitalario de destino.



El centro facilita a los profesionales peticionarios y pacientes información actualizada sobre los tiempos de respuesta en relación con las pruebas de laboratorio y las técnicas de imagen.



Grupo: I

Código: ES 02 03.09_00

Propósito: Proporcionar a los profesionales peticionarios y a los pacientes información sobre los tiempos de respuesta de las pruebas de laboratorio y de las técnicas de imagen.

Elementos evaluables:

1. El laboratorio del centro (o laboratorio contratado) dispone de una cartera de servicios que incluye información sobre sus tiempos de respuesta.
2. El laboratorio del centro (o laboratorio contratado) tiene establecidos los canales de comunicación para la difusión de los tiempos de respuesta a profesionales peticionarios y pacientes.
3. El servicio de diagnóstico por la imagen del centro dispone de una cartera de servicios y ha definido los tiempos de respuesta para la realización de las pruebas y para la elaboración de los informes radiológicos.
4. El servicio de diagnóstico por la imagen tiene establecidos los canales de comunicación para la difusión de los tiempos de respuesta (tiempo para acceder y tiempo para obtener los resultados) a profesionales peticionarios y pacientes.

El centro garantiza la existencia de una historia de salud única por paciente.



Grupo: I obligatorio

Código: ES 02 03.10_02

Propósito: Disponer de una única historia de salud por paciente, identificada de manera inequívoca, para evitar errores de duplicidad de información o registros en la historia de otra persona. Asegurar que la información clínica generada se registra en la historia de salud del paciente.

Elementos evaluables:

1. El centro dispone de unas normas para el registro en la historia de salud y los profesionales las aplican. En caso de detectar duplicidades u otros errores de identificación, los profesionales las comunican a los responsables para su fusión o corrección.
2. El centro ha seleccionado los identificadores inequívocos a utilizar para identificar la información clínica del paciente y son utilizados correctamente por los profesionales.
3. La información generada en cada episodio queda registrada en la historia de salud del paciente. La documentación clínica que no se incorpora a la historia en el momento de generarla (ej.: actividad asistencial desarrollada fuera del centro como atención domiciliaria, urgencias u otras) se identifica con los identificadores inequívocos seleccionados y se integra posteriormente a la historia.



El centro dispone de una historia de salud digitalizada en su totalidad.



Grupo: II

Código: ES 02 03.11_01

Propósito: Disponer de todos los registros y documentos relacionados con la asistencia sanitaria digitalizados e incorporados a una historia de salud electrónica. Evitar la convivencia de documentos en formato electrónico y en formato papel que dificulten la integración en un único archivo y conlleven un mayor riesgo de pérdida de información.

Elementos evaluables:

1. El centro dispone de una historia de salud electrónica que posibilita la realización de todos los registros generados en la asistencia sanitaria.
2. El centro no dispone de documentos ni registros en papel asociados a la asistencia sanitaria (ej.: electrocardiogramas, pruebas radiológicas, etc.).

El centro evalúa periódicamente el nivel de calidad y cumplimentación de las historias de salud.



Grupo: I obligatorio

Código: ES 02 03.12_01

Propósito: Analizar periódicamente los registros de las historias de salud para comprobar que se cumplen los criterios de calidad previamente definidos por el centro y detectar las posibles desviaciones, con objeto de mejorar el nivel de calidad asistencial prestado a las personas.

Elementos evaluables:

1. El centro ha definido unos criterios de calidad y cumplimentación a evaluar en las historias de salud, incluyendo aspectos sobre datos de identificación, datos clínicos y registros de la atención prestada al paciente.
2. Al menos anualmente se realizan auditorías de una muestra representativa de las historias de salud en base a los criterios de calidad definidos. Se analizan los resultados y se identifican áreas de mejora en caso necesario.
3. El centro difunde a los profesionales los resultados obtenidos y las áreas de mejora identificadas.



El centro establece un plan asistencial adecuado a las necesidades del paciente.



Grupo: I obligatorio

Código: ES 02 03.13_01

Propósito: Designar los profesionales sanitarios de referencia de cada paciente para favorecer una atención personalizada. Planificar los cuidados y medidas terapéuticas adecuados para responder a las necesidades de salud del paciente y mantenerlos actualizados, en función de los resultados obtenidos y de las nuevas necesidades del paciente.

Elementos evaluables:

1. El centro informa de manera sistemática a los pacientes y/o familiares sobre quiénes son sus profesionales de referencia. Los profesionales están debidamente identificados de acuerdo a la política corporativa del centro, de manera que el paciente/familiar conozca qué profesional le está atendiendo en cada momento.
2. Los profesionales responsables del paciente realizan una valoración completa del mismo (ej.: problemas de salud, necesidades, situación social, etc.).
3. Los profesionales responsables del paciente consultan el registro de voluntad vital anticipada para conocer los deseos del paciente y establecer los cuidados y el tratamiento acorde a los mismos.
4. El plan asistencial se documenta en la historia de salud del paciente y se actualiza en función de la evolución y nuevas necesidades del paciente. La frecuencia mínima de reevaluación del plan asistencial está definida para los pacientes de larga estancia.
5. Los profesionales responsables informan al paciente y/o familiares del plan asistencial y de sus actualizaciones.



Bloque 2: Atención centrada en el paciente
Criterio 3: Derechos del paciente y continuidad asistencial

El centro facilita el acceso a los recursos de apoyo necesarios para el paciente y/o su cuidador.



Grupo: II

Código: ES 02 03.14_01

Propósito: Garantizar la atención adecuada de pacientes y sus cuidadores, especialmente aquellos que son más vulnerables y frágiles (ej.: pluripatológicos, grandes dependientes, pacientes en situación paliativa, etc.). Facilitar el acceso a los recursos de apoyo necesarios para el paciente y/o su cuidador e informarles sobre su uso adecuado.

Elementos evaluables:

1. El centro dispone de un registro de los recursos de apoyo disponibles y de los requisitos necesarios para su uso o solicitud por los pacientes y/o cuidadores.
2. El centro identifica a los pacientes y/o cuidadores que requieren recursos de apoyo (ej.: nutrición, material ortoprotésico, ayuda a domicilio, apoyo psicológico, cuidados paliativos, atención al duelo, talleres de apoyo emocional, etc.).
3. El centro proporciona los recursos de apoyo necesarios para el paciente y/o su cuidador informando de su uso adecuado o facilita información sobre la forma de acceder a los mismos, quedando registro en la historia de salud.

El centro dispone de información sobre las desprogramaciones y suspensiones de actividad programada y adopta medidas dirigidas a disminuirlas.



Grupo: I

Código: ES 02 03.15_01

Propósito: Monitorizar y evaluar las desprogramaciones y suspensiones de actividad programada ocurridas y las causas que las han ocasionado, para establecer las mejoras oportunas que disminuyan las consecuencias negativas que pueden ocasionar a los pacientes y al centro.

Elementos evaluables:

1. El centro registra las desprogramaciones y suspensiones de actividad programada (consultas, pruebas diagnósticas o intervenciones quirúrgicas) y las causas que las han originado.
2. El centro analiza periódicamente las desprogramaciones y suspensiones ocurridas (ej.: número, causas, servicios más afectados, etc.) y se implantan mejoras en caso necesario.



El centro controla la demora en la asistencia de sus servicios.



Grupo: I

Código: ES 02 03.16_01

Propósito: Monitorizar la demora que se produce en la prestación de los servicios del centro y establecer las medidas necesarias para que se mantenga en unos niveles aceptables previamente definidos.

Elementos evaluables:

1. El centro dispone de un sistema para monitorizar la demora en la asistencia de sus diferentes servicios o unidades (ej.: urgencias, diagnóstico por la imagen, consultas externas, etc.).
2. El centro analiza la demora asistencial en los diferentes servicios o unidades, sus causas y su evolución.
3. El centro implanta las medidas de mejora necesarias para mantener la demora en los niveles aceptables.

El centro cumple los tiempos de respuesta de los procesos incluidos en su cartera de servicios y establece nuevos objetivos enfocados a la mejora continua.



Grupo: I

Código: ES 02 03.17_00

Propósito: Comprobar que se alcanzan y mejoran los tiempos de respuesta definidos por la normativa vigente y de otros procesos del centro, poniendo en marcha actuaciones que mejoren los resultados de los mismos.

Elementos evaluables:

1. Centros hospitalarios públicos: El centro cumple los tiempos de respuesta definidos por la normativa vigente (intervenciones quirúrgicas, primeras consultas de asistencia especializada y pruebas diagnósticas) y los tiempos de respuesta de otros procesos incluidos en su cartera de servicios.
2. Centros hospitalarios privados: El centro cumple los tiempos de respuesta que ha definido para los procesos incluidos en su cartera de servicios (ej.: intervenciones quirúrgicas, consultas externas, pruebas diagnósticas, etc.).
3. El centro define nuevos objetivos mínimos a alcanzar para los tiempos de respuesta o nuevos indicadores relacionados con los tiempos de respuesta.



➤ **Criterio 4: Calidad científico-técnica**

Intención del criterio

La intención del siguiente grupo de estándares es garantizar la aplicación de la ciencia y de la tecnología para prevenir, diagnosticar, tratar y cuidar a los pacientes, así como impulsar la investigación e innovación biomédica y sanitaria. Por ello, se incluyen estándares que buscan la efectividad de la atención sanitaria prestada en el centro y la incorporación, en la cartera de servicios, de actividades preventivas y de promoción de la salud tanto individual como grupal, con el fin de mejorar las condiciones de salud de los pacientes y su calidad de vida.

El centro debe elaborar herramientas basadas en la mejor evidencia científica que permitan estandarizar las actividades, para utilizar el más avanzado nivel de conocimientos existentes a la hora de abordar los problemas de salud. Los profesionales deben conocer y aplicar estas herramientas con la finalidad de lograr el máximo beneficio con el mínimo riesgo para el paciente. También es necesario, para optimizar el proceso de atención al paciente, la aplicación de las decisiones, recomendaciones y protocolos elaborados por profesionales expertos pertenecientes a los Comités y/o Comisiones del centro.

El abordaje de los siguientes estándares ayudará a los centros a:

- Incorporar la evidencia y las recomendaciones de buenas prácticas más recientes a la atención clínica y conocer la aplicación que hacen de ellas los profesionales del centro, identificando áreas de mejora que permitan optimizar la atención al paciente.
- Estandarizar la atención sanitaria para disminuir la variabilidad, logrando una mayor efectividad clínica y una mejor atención al paciente.
- Conocer los criterios clínicos establecidos por los Comités y/o Comisiones del centro para la correcta aplicación de la evidencia científica.
- Promover estilos de vida saludables en el paciente y desarrollar estrategias de prevención de la enfermedad y de educación sanitaria.
- Impulsar la investigación e innovación sanitaria para contribuir a la generación de nuevo conocimiento científico y a la mejora de los servicios asistenciales y del cuidado de la salud.
- Fomentar la difusión de los resultados de investigación en salud.



El centro garantiza una atención sanitaria de calidad mediante prácticas basadas en la evidencia.



Grupo: I

Código: ES 02 04.01_02

Propósito: Normalizar los procesos de atención para disminuir la variabilidad clínica entre los profesionales del centro, utilizando herramientas que permitan unificar criterios en función a la mejor evidencia disponible. Dichas herramientas se implementan y se mantienen actualizadas.

Elementos evaluables:

1. El centro identifica anualmente aquellos procesos de atención sanitaria en los que existe mayor variabilidad de la práctica clínica.
2. El centro selecciona y elabora las herramientas necesarias para disminuir la variabilidad de la práctica clínica detectada (ej.: protocolos, guías de práctica clínica, planes de cuidados, etc.) adaptándolas a sus recursos (tecnología, medicamentos u otros). Dichas herramientas incorporan la mejor evidencia disponible según corresponda (grado de recomendación o nivel de evidencia, normativa, bibliografía), son aprobadas formalmente, se implementan en el centro y se actualizan periódicamente en función de la nueva evidencia disponible.

El centro evalúa el nivel de adherencia de los profesionales a las recomendaciones sobre la práctica clínica implantadas.



Grupo: II

Código: ES 02 04.02_00

Propósito: Evaluar la adherencia de los profesionales del centro a las recomendaciones incluidas en los protocolos, guías de práctica clínica, planes de cuidados, etc.

Elementos evaluables:

1. El centro selecciona anualmente aquellos protocolos, planes de cuidados, guías de práctica clínica, etc., a evaluar, para conocer el uso que hacen de ellos los profesionales.
2. Se evalúa la adherencia de los profesionales a las recomendaciones contenidas en los protocolos, planes de cuidados, etc., seleccionados.
3. Se difunde a los profesionales los resultados obtenidos y las mejoras identificadas en caso necesario.



Bloque 2: Atención centrada en el paciente
Criterio 4: Calidad científico-técnica

Los profesionales del centro participan en Comités y Comisiones y aplican sus recomendaciones, decisiones y protocolos.



Grupo: I

Código: ES 02 04.03_00

Propósito: Participar en los Comités y Comisiones del centro para que los profesionales aporten sus conocimientos en el establecimiento de los criterios clínicos necesarios para la aplicación de la evidencia científica.

Elementos evaluables:

1. Los profesionales del centro participan en Comités y Comisiones (ej.: Calidad, Nutrición, Infecciones, Farmacia y Terapéutica, Seguridad, Humanización, etc.) y en la elaboración y/o difusión de las recomendaciones, decisiones y protocolos adoptados.
2. Los profesionales del centro aplican las recomendaciones, decisiones y protocolos adoptados por los Comités y Comisiones de su institución.

El centro realiza actividades de prevención primaria y secundaria basadas en la mejor evidencia disponible.



Grupo: II

Código: ES 02 04.04_00

Propósito: Conocer las necesidades de salud de la población atendida y, de forma individual o coordinada con otros agentes, llevar a cabo actividades de prevención dirigidas a impedir o retrasar la aparición de una enfermedad determinada.

Elementos evaluables:

1. El centro conoce las principales necesidades de salud de su población de referencia e identifica qué actividades de prevención primaria y/o secundaria puede llevar a cabo de forma individual o en colaboración con otros agentes (ej.: sistema sanitario, sector educativo, servicios sociales, agentes locales, asociaciones de pacientes, etc.) y las difunde.
2. El centro realiza actividades de prevención primaria y/o secundaria (ej.: campañas de vacunación, promoción de la lactancia materna, promoción de la donación de órganos, tejidos y sangre, consejos sobre hábitos de vida saludable, programas de cribado o detección, etc.).



El centro realiza actividades de prevención terciaria basadas en la mejor evidencia disponible.



Grupo: I

Código: ES 02 04.05_00

Propósito: Realizar acciones dirigidas al tratamiento o rehabilitación de la enfermedad ya diagnosticada, con el fin de mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Elementos evaluables:

1. Los profesionales del centro valoran las necesidades de salud del paciente y le proporcionan la información necesaria para mejorar su calidad de vida (ej.: educación diabetológica, recomendaciones sobre hábitos alimentarios, deshabituación tabáquica, ejercicios físicos de rehabilitación, cuidados de heridas quirúrgicas, etc.).
2. El centro, para las patologías más frecuentemente atendidas, dispone de información escrita sobre prevención terciaria (ej.: en dísticos, informes de alta, informes de consulta, etc.) y se entrega al paciente.

El centro ha definido un programa de atención a las víctimas de malos tratos.



Grupo: I obligatorio

Código: ES 02 04.06_01

Propósito: Conocer y aplicar los protocolos de actuación ante la sospecha de situaciones de malos tratos (ej.: violencia de género, maltrato infantil, maltrato a personas mayores, agresión sexual, etc.).

Elementos evaluables:

1. El centro tiene definidos y aplica los protocolos de atención a personas ante la sospecha de malos tratos, en los que quedan definidos al menos: los criterios que permiten al profesional pensar en la posibilidad de encontrarse frente a una situación de maltrato, cuándo, cómo y a quién debe comunicarse la situación detectada y las actuaciones coordinadas con otras instituciones.
2. El centro ha habilitado recursos para proporcionar una asistencia cómoda, íntima y tranquilizadora ante este tipo de situaciones (ej.: circuitos especiales, espacios asistenciales separados, apoyo psicológico especializado, etc.).
3. El centro impulsa la formación y sensibilización de los profesionales sanitarios sobre su papel en la prevención y detección de las situaciones de malos tratos (ej.: violencia de género, maltrato infantil, maltrato a personas mayores, etc.).



El centro realiza un abordaje específico del dolor.



Grupo: I Obligatorio

Código: ES 02 04.07_01

Propósito: Poner en marcha medidas para evitar y minimizar el sufrimiento que el dolor produce en las personas afectando gravemente a su calidad de vida.

Elementos evaluables:

1. Los profesionales del centro utilizan escalas validadas para medir el dolor del paciente (ej.: Escala Visual Analógica (EVA), Escala Verbal Numérica (EVN), etc.) quedando registro de la valoración, intervención y seguimiento en la historia de salud.
2. El centro dispone y aplica protocolos o guías para el abordaje del dolor, que contienen información sobre los tratamientos farmacológicos disponibles y su evidencia científica y sobre las medidas no farmacológicas (ej.: acupuntura, abordaje psicológico, electroterapia, etc.).
3. Los profesionales informan verbalmente al paciente sobre el tratamiento farmacológico prescrito para el dolor y refuerzan dicha información con la entrega de un soporte escrito en consulta y al alta del paciente. En el soporte escrito se recogen, al menos, el nombre del medicamento, la dosis, la posología, la vía de administración y la duración del tratamiento.
4. Los profesionales implicados en la atención de pacientes con dolor reciben formación sobre el manejo efectivo del mismo (ej.: uso de escalas de evaluación, tratamiento farmacológico y no farmacológico, etc.).

El centro desarrolla líneas propias de investigación.



Grupo: II

Código: ES 02 04.08_02

Propósito: Definir una estrategia de investigación en el centro como elemento de innovación y desarrollo. Fomentar la investigación propia del centro en función de la línea de investigación y los recursos disponibles.

Elementos evaluables:

1. El centro tiene definida una estructura de investigación (ej.: responsables, líneas de investigación, recursos, etc.).
2. El centro tiene en marcha proyectos de investigación propios que están aprobados por el Comité de Ética de referencia.
3. Las personas que participan en proyectos de investigación han dado su consentimiento informado por escrito.
4. El centro aplica los resultados de la investigación incorporando mejoras en la práctica clínica habitual.



Bloque 2: Atención centrada en el paciente
Criterio 4: Calidad científico-técnica

El centro dispone de proyectos de investigación o innovación financiados y avalados por agencias externas.



Grupo: III

Código: ES 02 04.09_01

Propósito: Potenciar la obtención regular de recursos económicos para la investigación o innovación mediante la concesión de fondos económicos de I+D+i.

Elementos evaluables:

1. El centro tiene en marcha proyectos de investigación o innovación financiados y avalados por agencias externas.
2. El centro tiene asignadas las responsabilidades en dichos proyectos de investigación o innovación.
3. El centro aplica los resultados de la investigación o innovación incorporando mejoras en la práctica clínica habitual.

El centro publica los resultados de su actividad investigadora en revistas científicas con factor de impacto.



Grupo: II

Código: ES 02 04.10_00

Propósito: Difundir el conocimiento generado a través de publicaciones de artículos en revistas con factor de impacto.

Elementos evaluables:

1. Los profesionales del centro participan de forma regular en trabajos publicados en revistas científicas con factor de impacto (primer y segundo cuartil).





Bloque 3:
Seguridad



Criterio 5

**Seguridad
del paciente**



Criterio 6

Soporte

➤ **Criterio 5: Seguridad del paciente**

Intención del criterio

El concepto de seguridad del paciente ha evolucionado con el tiempo. Desde su consideración como reducción del riesgo de daños innecesarios asociados a la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable, hacia una visión más amplia que hace balance entre los beneficios de la atención sanitaria y los daños potenciales en un entorno cada vez más tecnificado y complejo. Por ello, los centros no pueden ser ajenos al daño asociado a la asistencia sanitaria y a su elevada evitabilidad mediante la puesta en marcha de buenas prácticas dirigidas a minimizar los riesgos y a aumentar la seguridad en la atención.

Al ser la seguridad del paciente una dimensión fundamental y transversal de la calidad asistencial y un problema mundial de salud pública, este criterio incluye una serie de estándares que profundizan en la gestión de riesgos, de manera proactiva y reactiva, en el aprendizaje de los errores y en la mejora continua, en la implantación de buenas prácticas en seguridad del paciente, en el impulso de la atención a las víctimas de eventos adversos y en lograr la implicación de los pacientes en su propia seguridad.

El abordaje de los siguientes estándares ayudará a los centros a:

- Desarrollar una cultura de seguridad entre los profesionales.
- Aprender de las experiencias y de los errores de forma proactiva y reactiva.
- Desarrollar actividades formativas e informativas dirigidas a profesionales para fomentar una notificación adecuada de incidentes.
- Fomentar la gestión de los incidentes notificados, priorizando aquellos con mayor nivel de riesgo y los eventos con consecuencias graves para el paciente y los profesionales.
- Desarrollar planes para la asistencia inmediata al paciente con objeto de mitigar los daños ocasionados y atender sus necesidades, y para el apoyo hacia profesionales y equipos asistenciales involucrados en un evento adverso.
- Potenciar iniciativas en seguridad a través de la implantación de buenas prácticas.
- Facilitar la implementación y evaluación de procedimientos que fomentan la seguridad del paciente.
- Impulsar una actitud activa del paciente por su seguridad en las intervenciones sanitarias.



El centro realiza una gestión proactiva de los riesgos para la seguridad del paciente.



Grupo: I obligatorio

Código: ES 02 05.01_02

Propósito: Evitar la producción de incidentes, identificando y analizando los riesgos relacionados con eventos adversos reales o potenciales, estableciendo las medidas preventivas necesarias y difundiendo esta información a los profesionales del centro.

Elementos evaluables:

1. El centro utiliza periódicamente herramientas validadas (ej.: AMFE, mapas de riesgos, etc.) para identificar y priorizar los riesgos para la seguridad del paciente. Los riesgos pueden identificarse y priorizarse de forma global para todo el centro o, al menos, para uno de los principales procesos de atención al paciente (ej.: hospitalización médica, bloque quirúrgico, urgencias, consultas, etc.).
2. El centro identifica las medidas preventivas a implantar.
3. El centro difunde a los profesionales los riesgos identificados y las medidas preventivas.

El centro realiza una gestión reactiva de los riesgos para la seguridad del paciente.



Grupo: I obligatorio

Código: ES 02 05.02_01

Propósito: Notificar los riesgos e incidentes relacionados con la seguridad del paciente (ej.: infecciones asociadas a la atención sanitaria, errores de medicación, cirugía en localizaciones incorrectas, etc.) a través de un sistema de notificación.

Elementos evaluables:

1. Los profesionales del centro utilizan un sistema de notificación para notificar los riesgos e incidentes relacionados con la seguridad del paciente. El sistema de notificación está accesible para los profesionales.
2. Se fomenta la notificación y se proporciona formación a los profesionales sobre: qué notificar, cómo hacerlo, el funcionamiento del sistema de notificación, etc.



El centro analiza los riesgos e incidentes relacionados con la seguridad del paciente y pone en marcha las actuaciones oportunas para prevenir su nueva aparición.



Grupo: I

Código: ES 02 05.03_02

Propósito: Analizar los riesgos e incidentes ocurridos, emprendiendo actuaciones que minimicen, eviten o mitiguen la posibilidad de su nueva aparición o su gravedad en el caso de que vuelvan a suceder.

Elementos evaluables:

1. El centro ha designado al responsable/s para la gestión de los riesgos e incidentes comunicados. La gestión de los riesgos también puede ser realizada por una unidad de gestión de riesgos o por la propia comisión de seguridad del centro.
2. El centro analiza los riesgos e incidentes comunicados. Los eventos adversos graves se analizan de forma inmediata utilizando alguna herramienta validada.
3. Se identifican las medidas preventivas a implantar, se implantan y se difunden a los profesionales, sobre todo en los casos de eventos adversos graves.

El centro desarrolla estrategias de actuación dirigidas a pacientes y/o familiares y profesionales ante la ocurrencia de eventos adversos graves.



Grupo: II

Código: ES 02 05.04_00

Propósito: Gestionar adecuadamente los eventos adversos graves asegurando la atención y apoyo a los pacientes y/o familiares y profesionales involucrados.

Elementos evaluables:

1. El centro dispone y aplica un plan de gestión de eventos adversos graves que describe cómo se lleva a cabo la atención y comunicación con el paciente y/o familiares que han sufrido un evento adverso grave y la atención y apoyo a los profesionales involucrados (segundas víctimas).
2. Los profesionales conocen cómo actuar ante un evento adverso grave (ej.: comunicación al paciente, familiares, etc.) y las medidas de apoyo que ofrece el centro en el caso de sentirse afectados negativamente a nivel emocional tras producirse un evento adverso.
3. El centro dispone y aplica un plan de comunicación interno y externo ante la ocurrencia de un evento adverso grave.



El centro tiene implantado un procedimiento de identificación inequívoca del paciente y de las muestras para pruebas diagnósticas.



Grupo: I obligatorio

Código: ES 02 05.05_02

Propósito: Disponer y aplicar mecanismos de identificación de pacientes y verificación precisos e inequívocos que disminuyan la posibilidad de errores de identificación en la prestación de la asistencia, sobre todo ante pacientes y procedimientos de alto riesgo.

Elementos evaluables:

1. El centro dispone y aplica un procedimiento de identificación y verificación correcta y segura del paciente, de las imágenes y documentos clínicos relacionados, que incluye al menos: dos identificadores válidos a utilizar, mecanismos de identificación (pulsera identificativa o fotografía en historia de salud) y cómo actuar en caso de pacientes en situación de especial vulnerabilidad (ej.: nombres idénticos, indocumentados, neonatal/maternal, discapacidad o limitaciones cognitivas, edematizados, etc.).
2. Se realiza la verificación verbal del paciente en todos los momentos de su atención y por todos los profesionales del centro que entren en contacto con el paciente, especialmente ante procedimientos de riesgo.
3. Se evalúa anualmente la aplicación del procedimiento de identificación de pacientes (ej.: % de pacientes que portan pulsera, % de notificaciones recibidas relacionadas con errores en la identificación de pacientes, etc.) y se implantan mejoras en caso de detectar desviaciones.
4. El centro dispone y aplica un procedimiento para la identificación correcta y trazabilidad de las muestras durante las fases preanalítica, analítica y postanalítica, difundiendo a los profesionales usuarios de atención hospitalaria y de atención primaria (si procede). Si el centro no tiene un laboratorio en su cartera de servicios, establece la correcta e inequívoca identificación de las muestras para pruebas diagnósticas.



El centro tiene implantado un procedimiento para garantizar las condiciones de conservación de los medicamentos y productos sanitarios que utiliza.



Grupo: I obligatorio

Código: ES 02 05.06_00

Propósito: Establecer los mecanismos necesarios para el control de los requisitos de conservación de los medicamentos, productos sanitarios y/o reactivos utilizados a fin de garantizar su calidad, eficacia y seguridad.

Elementos evaluables:

1. El centro dispone y aplica un procedimiento de conservación de medicamentos, productos sanitarios y/o reactivos, en el que se definen las responsabilidades, la periodicidad de las revisiones de caducidades y las condiciones especiales de conservación (ej.: temperatura, luz, etc.).
2. Los registros de la aplicación de dicho procedimiento se cumplimentan y archivan (ej.: registros de caducidades, de control de temperaturas y actuaciones realizadas en caso de desviaciones, etc.).
3. Está definido y se controla el plazo de validez de los medicamentos multidosis tras su apertura. Si el medicamento multidosis es de uso individual (ej.: colirios, bolígrafos de insulina, etc.) queda identificada de manera inequívoca a qué paciente pertenece.



El centro almacena los medicamentos y productos sanitarios en condiciones óptimas para evitar riesgos en la seguridad del paciente.



Grupo: I obligatorio

Código: ES 02 05.07_00

Propósito: Garantizar que los medicamentos y productos sanitarios están correctamente almacenados para evitar errores de medicación.

Elementos evaluables:

1. El centro dispone de un listado actualizado de medicamentos de alto riesgo que es conocido por los profesionales. Estos medicamentos se encuentran debidamente identificados.
2. Los medicamentos de alto riesgo están limitados en cuanto al número de presentaciones con dosis, concentraciones y/o volúmenes diferentes, o bien se retiran o limitan sus existencias de los botiquines de las unidades asistenciales.
3. Los viales de electrolitos concentrados se eliminan de las unidades asistenciales, evitando de esta manera su posible inyección intravenosa accidental, o bien se almacenan separados de las presentaciones diluidas y claramente identificados con "Diluir antes de administrar".
4. Los medicamentos con un envase o etiquetado similar y los que tienen nombres parecidos se almacenan separados entre sí o se dispone de algún sistema de alerta que advierta del riesgo de confusión.
5. Los carros de parada y maletines de urgencia tienen definido su contenido y tienen algún sistema que garantice su integridad (precinto o similar). Las actividades de comprobación del estado y contenido del carro de parada incluyen también el funcionamiento del desfibrilador y del laringoscopio, verificando que tiene pilas y bombillas de repuesto. Dichas actividades se registran y archivan.
6. Los estupefacientes se custodian bajo llave, se controlan sus entradas y salidas (mediante un registro de movimiento o similar y peticiones realizadas) y se comprueba periódicamente que las existencias coinciden con el saldo del registro.





Grupo: I obligatorio

Código: ES 02 05.08_00

Propósito: Promover la correcta preparación y administración de medicamentos para obtener una mayor eficiencia y seguridad, disminuir los factores asociados a los errores en la preparación y administración y mejorar la calidad de los cuidados prestados.

Elementos evaluables:

1. El centro dispone y aplica un protocolo para la correcta preparación y administración de medicamentos que contempla, entre otros, lugar de preparación, limpieza de la superficie, preparación del medicamento, administración de medicamentos por diferentes vías, etc.
2. Las jeringas y los frascos o bolsas a los que se les añaden medicamentos se etiquetan identificando claramente, al menos: nombre del principio activo añadido, dosis, vía de administración y dos identificadores válidos del paciente al que se le va a administrar.
3. Se utilizan jeringas especiales (que no se pueden conectar con los sistemas de administración intravenosa) para la administración de soluciones orales de medicamentos.
4. El centro ha definido las situaciones en las que se requiere una revisión por pares o doble chequeo por el elevado riesgo que supone para la seguridad del paciente (ej.: preparación de soluciones parenterales pediátricas, de citostáticos, velocidad de infusión de medicamentos de alto riesgo, etc.).
5. El centro posee programas de prescripción y dispensación de medicamentos que alertan de situaciones potencialmente peligrosas o erróneas (ej.: alergias, dosis máximas, interacciones, etc.) a la hora de prescribir o dispensar los medicamentos.
6. El centro pone en marcha estrategias o sistemas de dispensación que mejoren la seguridad en la administración de medicación (ej.: dispensación en el punto de atención al paciente, sistema de unidosis, sistemas automáticos de dispensación, etc.).
7. Los profesionales de enfermería, antes de administrar cualquier medicamento, consultan el plan terapéutico pautado comprobando el nombre del medicamento, la dosis, la vía de administración, el nombre del paciente y sus alergias. Se informa al paciente de la medicación que recibe y se deja registro de la administración de los medicamentos o del motivo de su no administración.



El centro garantiza la adecuación de los tratamientos farmacológicos de una manera especial en pacientes de riesgo.



Grupo: I

Código: ES 02 05.09_01

Propósito: Realizar un uso adecuado de los medicamentos y garantizar la conciliación de la medicación de los pacientes de riesgo para facilitar que toman, en cada momento, los medicamentos que necesitan y disminuir así los errores de medicación durante el proceso de atención sanitaria.

Elementos evaluables:

1. El centro cumple los objetivos pactados en relación al uso adecuado del medicamento.
2. El centro dispone de una guía farmacoterapéutica y de una guía de equivalentes terapéuticos. Ambas guías están actualizadas y disponibles para su consulta por los facultativos prescriptores.
3. El centro dispone y aplica un procedimiento para la conciliación de la medicación al ingreso hospitalario, en las transiciones y al alta hospitalaria, quedando registro en la historia de salud de los cambios de tratamiento realizados.
4. La historia de salud de los pacientes ingresados contiene el listado actualizado de medicamentos prescritos, su dosis, vía de administración y pauta. Si el listado se transcribe a otro formato (ej.: hoja de administración de enfermería) este debe coincidir con el primero.
5. Se informa verbalmente al paciente y/o familiares de los cambios de tratamiento realizados y, si procede, de la necesidad de aportar los fármacos no incluidos en la guía farmacoterapéutica del hospital. Durante el ingreso del paciente, el centro realiza el control de dichos fármacos.



El centro realiza una valoración del estado nutricional del paciente en situación o riesgo de alteración de su estado nutricional y se le proporciona el tratamiento nutricional necesario.



Grupo: II

Código: ES 02 05.10_01

Propósito: Definir y aplicar un protocolo para detectar la presencia o el riesgo de malnutrición, las causas y las características, para poder establecer un diagnóstico e iniciar el tratamiento nutricional específico.

Elementos evaluables:

1. El centro dispone y aplica un protocolo de valoración y seguimiento nutricional de los pacientes ingresados. El protocolo contempla al menos: parámetros empleados en la valoración del estado nutricional, indicaciones de nutrición enteral y parenteral, administración de los diferentes tipos de nutriciones, interacciones de la nutrición con medicamentos, parámetros a monitorizar durante el seguimiento nutricional y posibles complicaciones.
2. Los profesionales realizan una valoración nutricional del paciente ingresado siguiendo el procedimiento del centro para detectar la presencia o riesgo de malnutrición, dejando registro del resultado obtenido en la historia de salud.
3. Los pacientes reciben el tratamiento nutricional prescrito y los profesionales realizan un seguimiento del mismo, para poder realizar modificaciones en caso de nuevas necesidades nutricionales y/o de sus complicaciones (ej.: obstrucción de sondas, neumonía por aspiración, estreñimiento, alteración de electrolitos, etc.). Todos estos aspectos quedan registrados en la historia de salud del paciente.

El centro garantiza la seguridad en las transfusiones sanguíneas.



Grupo: I

Código: : ES 02 05.11_01

Propósito: Disponer y aplicar los procedimientos establecidos en el centro a lo largo de todo el proceso transfusional para minimizar en lo posible los riesgos y optimizar la seguridad transfusional.

Elementos evaluables:

1. El centro dispone y aplica un protocolo de transfusión sanguínea en el que se describe todo el proceso transfusional, desde la prescripción médica hasta que el paciente recibe la transfusión (ej.: identificación correcta del paciente antes de extraer la muestra sanguínea y antes de administrar el producto asignado, identificación correcta de la muestra pretransfusional, comprobación del componente sanguíneo, velocidad de infusión, seguimiento del paciente, actuaciones ante reacciones adversas, etc.).
2. El centro comunica las reacciones adversas graves asociadas a la transfusión a la autoridad sanitaria competente.



Bloque 3: Seguridad

Criterio 5: Seguridad del paciente

El centro tiene incorporadas buenas prácticas para prevenir las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria.



Grupo: I obligatorio

Código: ES 02 05.12_01

Propósito: Implantar prácticas seguras recomendadas por la Estrategia para la Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud, del Sistema Sanitario Público de Andalucía, organismos nacionales o internacionales de reconocido prestigio para la prevención de las infecciones relacionadas con la atención sanitaria.

Elementos evaluables:

1. El centro cumple las pautas de higiene de manos y uso de guantes recomendadas por organismos de reconocido prestigio (ej.: cartelería, formación, observación directa, infraestructuras, participación de pacientes, etc.).
2. El centro implanta al menos otra buena práctica para la prevención de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (ej.: prevención de neumonía asociada a ventilación mecánica, de bacteriemia relacionada con catéter, de infección del tracto urinario por sonda uretral, de flebitis asociada a catéter venoso de inserción periférica, etc.).
3. Los profesionales conocen y aplican las recomendaciones relacionadas con las buenas prácticas implantadas.
4. El centro establece indicadores para evaluar el logro de las buenas prácticas implantadas, los analiza y los compara periódicamente con los estándares disponibles, identifica mejoras en caso necesario y las difunde a los profesionales.



El centro realiza una vigilancia y control de las infecciones relacionadas con la atención sanitaria.



Grupo: II

Código: ES 02 05.13_00

Propósito: Realizar una observación sistemática, activa y prolongada de la presencia y distribución de las infecciones relacionadas con la atención sanitaria. Llevar a cabo una vigilancia continua del uso de antibióticos y del perfil de resistencia bacteriana a estos medicamentos.

Elementos evaluables:

1. El centro dispone y aplica un programa o plan para la vigilancia, prevención y control de las infecciones relacionadas con la atención sanitaria (IRAS). El programa incluye las medidas para la prevención de la transmisión.
2. El programa o plan para la vigilancia, prevención y control de IRAS está liderado por una o más personas con competencias para la prevención y control de la infección (especialistas en Medicina Preventiva) y está coordinado por un grupo multidisciplinar o Comisión de Infecciones.
3. Se obtienen periódicamente datos de las IRAS ocurridas y se analizan para conocer, entre otros, los niveles basales de infección endémica, los microorganismos implicados, la aparición de brotes epidémicos y la presencia de infecciones debidas a microorganismos multirresistentes.
4. El centro dispone de una sistemática para la identificación y notificación de las enfermedades de declaración obligatoria, brotes y alertas en Salud Pública.
5. El centro dispone y aplica guías locales para la optimización del uso de antimicrobianos, en las que se incluyen indicaciones concretas de cada antimicrobiano para ayudar a su uso apropiado (profiláctico, empírico, dirigido por cultivo, etc.).
6. El centro desarrolla actividades de formación sobre el uso correcto de antimicrobianos y sobre las recomendaciones para la prevención y el control de IRAS.



El centro promueve la implantación de prácticas seguras en el proceso quirúrgico.



Grupo: I

Código: ES 02 05.14_00

Propósito: Garantizar la implantación de prácticas seguras recomendadas por la Estrategia para la Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud, del Sistema Sanitario Público de Andalucía, organismos nacionales o internacionales de reconocido prestigio para prevenir la aparición de riesgos para el paciente en el proceso quirúrgico.

Elementos evaluables:

1. El centro dispone y aplica los listados de verificación quirúrgica a los pacientes intervenidos de cirugía programada para poder detectar incidentes que den lugar a acciones correctoras inmediatas (ej.: paciente o lugar equivocado, pulsioxímetro no funcionando, profilaxis no administrada en los 60 minutos previos, instrumental no disponible, etc.).
2. El centro evalúa anualmente la cumplimentación de los listados de verificación quirúrgica, analiza los resultados, identifica mejoras en caso necesario y las difunde a los profesionales implicados.
3. El centro dispone y aplica un conjunto de medidas preventivas para disminuir el riesgo de infecciones quirúrgicas (ej.: protocolos de profilaxis antibiótica, etc.).

El centro incorpora prácticas seguras para prevenir incidentes de seguridad relacionados con los cuidados.



Grupo: I obligatorio

Código: ES 02 05.15_00

Propósito: Garantizar la implantación de prácticas seguras recomendadas por la Estrategia para la Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud, del Sistema Sanitario Público de Andalucía, organismos nacionales o internacionales de reconocido prestigio para prevenir la aparición de incidentes de seguridad relacionados con los cuidados.

Elementos evaluables:

1. La dirección del centro selecciona anualmente al menos una nueva práctica segura a implantar para prevenir incidentes de seguridad del paciente relacionados con los cuidados (ej.: reducción del riesgo de caídas y lesiones asociadas, prevención y evaluación del riesgo de úlceras por presión, uso adecuado de contenciones mecánicas, prevención de suicidios, detección y prevención del delirio, prevención de la broncoaspiración, etc.).
2. Los profesionales conocen y aplican las recomendaciones relacionadas con las buenas prácticas implantadas.
3. El centro establece indicadores para evaluar el logro de las buenas prácticas implantadas, los analiza periódicamente, identifica mejoras en caso necesario y las difunde a los profesionales implicados.



Bloque 3: Seguridad
Criterio 5: Seguridad del paciente

El centro incorpora otras buenas prácticas para prevenir incidentes de seguridad.



Grupo: II

Código: ES 02 05.16_02

Propósito: Garantizar la implantación de otras prácticas seguras recomendadas por la Estrategia para la Seguridad del Sistema Nacional de Salud, del Sistema Sanitario Público de Andalucía, organismos nacionales o internacionales de reconocido prestigio.

Elementos evaluables:

1. La dirección del centro selecciona anualmente al menos otra buena práctica a implantar para prevenir incidentes de seguridad del paciente (ej.: mejoras en la comunicación entre profesionales durante las transiciones de pacientes, uso seguro de radiaciones ionizantes, prevención de errores en el diagnóstico, etc.).
2. Los profesionales conocen y aplican las recomendaciones relacionadas con las buenas prácticas implantadas.
3. El centro establece indicadores para evaluar el logro de las buenas prácticas implantadas, los analiza periódicamente, identifica mejoras en caso necesario y las difunde a los profesionales implicados.

El centro cumple los indicadores de seguridad del paciente y establece nuevos objetivos enfocados a la mejora continua.



Grupo: II

Código: ES 02 05.17_00

Propósito: Alcanzar y mejorar los niveles de cumplimiento marcados en los indicadores de seguridad del paciente.

Elementos evaluables:

1. El centro cumple los objetivos propuestos en los indicadores de seguridad del paciente para verificar la implantación de buenas prácticas relacionadas con la prevención de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria, el proceso quirúrgico, los cuidados y otras buenas prácticas implantadas en el centro.
2. El centro define nuevos objetivos mínimos a alcanzar para sus indicadores de seguridad del paciente o selecciona nuevos indicadores de seguridad del paciente.



Bloque 3: Seguridad
Criterio 5: Seguridad del paciente

El centro promueve la implicación de los pacientes y de la ciudadanía en la prevención de riesgos asociados a sus procesos de atención.



Grupo: III

Código: ES 02 05.18_00

Propósito: Disminuir los riesgos asociados a la atención sanitaria implicando a los pacientes y a la ciudadanía en su propia seguridad mediante el desarrollo de actividades formativas y de sensibilización.

Elementos evaluables:

1. El centro dispone y facilita materiales informativos a pacientes y/o familiares sobre cómo pueden ayudar a prevenir riesgos asociados a su proceso de atención (ej.: cartelería, folletos, dípticos, plan de acogida, etc.).
2. El centro facilita a los pacientes un canal para la notificación de los riesgos o incidentes de seguridad que detecten durante su proceso asistencial y los analiza, incorporando acciones de mejora.
3. El centro desarrolla actuaciones formativas y de sensibilización para pacientes y familiares, así como actividades dirigidas a la ciudadanía en aspectos claves relacionados con la seguridad del paciente (ej.: talleres, campañas divulgativas, etc.).

El centro ha habilitado los mecanismos necesarios para la comunicación y actuación ante resultados críticos que requieren acción inmediata.



Grupo: I obligatorio

Código: ES 02 05.19_00

Propósito: Garantizar un mecanismo de comunicación rápido a los facultativos solicitantes en aquellos casos de alteraciones graves en los estudios (ej.: resultados de laboratorio, de diagnóstico por la imagen, etc.) que requieran una actuación inmediata.

Elementos evaluables:

1. En el centro se han definido los parámetros considerados de alarma (críticos) según su cartera de servicios (ej.: pruebas de laboratorio, de diagnóstico por la imagen, etc.).
2. En el centro se habilitan los mecanismos necesarios para comunicar a los profesionales peticionarios los resultados de una prueba cuando se encuentran dentro de los intervalos alarmantes establecidos.
3. En el centro se conserva el registro de la comunicación realizada y del interlocutor.



➤ **Criterio 6: Soporte**

Intención del criterio

La intención del siguiente grupo de estándares es garantizar la correcta gestión de los edificios, instalaciones, equipamiento, impacto medioambiental y proveedores del centro para reducir y controlar los riesgos, prevenir accidentes laborales y mantener unas condiciones seguras.

Los profesionales del centro deben conocer el estado y seguridad de las instalaciones y del equipamiento médico que utilizan para tener seguridad a la hora de realizar su actividad asistencial. Disponer de instalaciones y equipos seguros y en óptimas condiciones de mantenimiento, formar a los profesionales en el uso correcto del equipamiento e implicarlos en la comunicación de incidencias sobre el mantenimiento, seguridad y funcionamiento de los mismos contribuye a aumentar la seguridad de pacientes y de profesionales, además de evitar desprogramaciones y/o suspensiones de actividad. Por todo ello, es necesario trabajar de forma coordinada con los servicios de soporte del centro.

El abordaje de los siguientes estándares ayudará a los centros a:

- Conocer en todo momento la situación estructural del centro y de sus instalaciones, disponiendo de la documentación necesaria en materia de seguridad y sanitaria con el objeto de ofrecer garantías a todos los profesionales, pacientes y familiares.
- Establecer canales de comunicación efectivos entre los servicios de mantenimiento del centro y sus diferentes servicios o unidades asistenciales para conocer el estado de las condiciones de mantenimiento y seguridad de las instalaciones que utilizan y, si es necesario, poder adoptar medidas para lograr un entorno físico seguro.
- Gestionar de forma efectiva y segura los equipos médicos que utilizan los profesionales del centro, estableciendo vías de comunicación y colaboración entre el servicio de electromedicina y sus diferentes servicios o unidades asistenciales.
- Planificar la formación de los profesionales previa a la incorporación de nuevos equipos, para evitar errores en el uso de los mismos que puedan generar riesgos en la seguridad del paciente.
- Mantener un entorno de trabajo saludable, confortable y seguro, garantizando el bienestar de sus profesionales.
- Disponer de planes de protección contra incendios, seguridad, materiales peligrosos y emergencias, facilitando una respuesta planificada y efectiva ante incidencias en estos aspectos.
- Mejorar la gestión de residuos sanitarios asegurando con ello la protección del medio ambiente y la salud de los profesionales, pacientes y familiares.
- Garantizar la disponibilidad de toda la información generada durante el proceso de atención del paciente ante la caída de los sistemas de información y proteger la confidencialidad y seguridad de sus datos.



El centro garantiza las condiciones de mantenimiento y seguridad de su infraestructura e instalaciones.



Grupo: I obligatorio

Código: ES 02 06.01_02

Propósito: Garantizar, en todo momento, la seguridad estructural del edificio y el mantenimiento de sus instalaciones. Poner en marcha medidas encaminadas a disminuir el impacto de las incidencias que puedan alterar la funcionalidad y/o seguridad del centro.

Elementos evaluables:

1. El centro tiene identificadas las instalaciones que dan soporte a la realización de su actividad, sus requerimientos técnico-legales, autorizaciones y necesidades de mantenimiento.
2. El centro dispone de la documentación técnico-legal necesaria para el funcionamiento de sus instalaciones. Esta documentación se encuentra actualizada, en orden y sin defectos o anomalías por resolver.
3. Los servicios de soporte del centro disponen y aplican un plan de mantenimiento de las instalaciones e infraestructura del mismo y no existen incidencias sin resolver.
4. Los profesionales del centro o de las empresas contratadas para realizar trabajos relacionados con la seguridad estructural y con el mantenimiento del edificio e instalaciones disponen de las correspondientes homologaciones y/o autorizaciones y de la cualificación suficiente para ello. Las empresas contratadas están inscritas en el registro del órgano territorial competente y disponen de póliza de responsabilidad civil adecuada a su actividad y riesgos.
5. Las zonas especiales del centro (ej.: área quirúrgica, UCI, exploraciones endoscópicas, diálisis, paritorios, área de esterilización, etc.) disponen de espacios y circulaciones adecuadas con relación a los diferentes flujos y procesos de la zona.



Bloque 3: Seguridad
Criterio 6: Soporte

El centro informa a las unidades o servicios asistenciales del estado de las condiciones de mantenimiento y seguridad de las instalaciones que utilizan para el desarrollo de su actividad.



Grupo: I obligatorio

Código: ES 02 06.02_00

Propósito: Dar a conocer a las unidades o servicios asistenciales del centro las condiciones de mantenimiento y seguridad de las instalaciones que utilizan. Definir y adoptar las medidas oportunas para minimizar el impacto de las incidencias que puedan tener dichas instalaciones.

Elementos evaluables:

1. Los servicios de soporte del centro, mediante un sistema de comunicación regular, informan a las unidades o servicios asistenciales de las condiciones de mantenimiento y seguridad de las instalaciones que utilizan. Para ello, se acuerda qué información se va a facilitar, cómo se va a facilitar (ej.: reuniones informativas, informes detallados, etc.) y con qué periodicidad.
2. En caso de que los servicios de soporte del centro identifiquen incidencias con las instalaciones, las comunican a las unidades o servicios afectados a través del sistema de comunicación establecido y se adoptan las medidas oportunas para minimizar su impacto.
3. El centro dispone de un sistema de comunicación de incidencias relacionadas con el funcionamiento, mantenimiento y seguridad de las instalaciones y los profesionales de las unidades o servicios asistenciales lo conocen y utilizan en caso necesario.
4. Los servicios de soporte del centro realizan un seguimiento de las incidencias comunicadas para conocer el estado de las mismas (ej.: pendientes, en proceso, terminadas, etc.) y las analizan periódicamente para identificar posibles mejoras en las instalaciones del centro (ej.: por incidencias repetidas, tiempos de respuesta no adecuados, etc.).
5. El centro proporciona información/formación periódica a los profesionales asistenciales para concienciarles de la importancia de la seguridad de las instalaciones para garantizar la seguridad de los pacientes y del entorno.



Bloque 3: Seguridad
Criterio 6: Soporte

El centro aplica medidas para la prevención y el control de la legionelosis en sus instalaciones.



Grupo: I obligatorio

Código: ES 02 06.03_02

Propósito: Garantizar el control y la prevención de la proliferación y diseminación de legionela en las instalaciones de agua del centro, para reducir el riesgo de legionelosis mediante la aplicación de procedimientos y la adopción de medidas higiénico-sanitarias adecuadas.

Elementos evaluables:

1. El centro dispone de la documentación, permisos y autorizaciones necesarios en relación con las instalaciones (alta de torres de refrigeración, si las hay), productos químicos utilizados (registro sanitario y fichas de seguridad) e intervinientes (cualificación y/u homologación de profesionales, empresas y laboratorios).
2. Las tareas inherentes al control y mantenimiento de las instalaciones de agua son realizadas por personal cualificado (personal del centro o empresas externas).
3. El centro dispone y aplica los procedimientos necesarios para garantizar un grado óptimo de los parámetros físicos, químicos y microbiológicos del agua fría de consumo humano, del agua caliente sanitaria y de otras instalaciones de agua para prevenir la legionelosis.
4. El centro dispone de un libro de mantenimiento con los registros generados de la aplicación de los procedimientos conforme a la periodicidad establecida por normativa o por el propio centro, siempre que ésta sea más restrictiva que la primera.



Bloque 3: Seguridad
Criterio 6: Soporte

El centro garantiza las condiciones ambientales de sus diferentes espacios según su uso, especialmente en los entornos críticos.



Grupo: I obligatorio

Código: ES 02 06.04_02

Propósito: Garantizar las adecuadas condiciones ambientales de las diferentes dependencias del centro mediante el correcto mantenimiento de las condiciones físicas de la climatización y ventilación, así como de la salubridad y la calidad del aire.

Elementos evaluables:

1. El centro dispone de una relación de las diferentes dependencias que tiene clasificadas según su tipología y recomendaciones de climatización, así como un inventario de las instalaciones de climatización y ventilación.
2. El centro tiene definidos los parámetros óptimos de las condiciones ambientales de los entornos críticos (ej.: quirófanos, UCI, habitaciones de aislamiento para pacientes inmunodeprimidos, pacientes trasplantados, pacientes con enfermedades infecciosas, salas de preparación de citostáticos, etc.).
3. El centro dispone y aplica un procedimiento para el control de las condiciones ambientales de sus entornos críticos.
4. El centro dispone de registros de los controles realizados (ej.: niveles de presión, tasa de recambio de aire, humedad, temperatura, muestreos microbiológicos, etc.) y de la adopción de medidas en casos de no conformidad, así como de la resolución de los defectos encontrados en los mismos y/o planificación de mejoras.

Las zonas del centro con instalaciones críticas están señalizadas y tienen garantizado su acceso restringido solo a personal autorizado.



Grupo: I

Código: ES 02 06.05_02

Propósito: Garantizar que el acceso a las zonas con instalaciones críticas queda restringido a personas con la cualificación y/o autorización adecuada, para evitar incidentes y accidentes que pongan en peligro la seguridad de pacientes, familiares, usuarios y profesionales.

Elementos evaluables:

1. El centro dispone de una relación de las zonas con instalaciones críticas que son de acceso restringido (ej.: centro de transformación, cuadro eléctrico de baja tensión, sala de bombeo de agua para uso sanitario, centralita de teléfonos, centro de proceso de datos, etc.) y de los profesionales y/o empresas autorizadas para acceder a cada una de ellas.
2. Las zonas del centro con instalaciones críticas están claramente identificadas y tienen un acceso restringido.



Bloque 3: Seguridad
Criterio 6: Soporte



Grupo: I obligatorio

Código: ES 02 06.06_01

Propósito: Gestionar todo el equipamiento electromédico que se utiliza en el centro para que se encuentre en condiciones adecuadas a las características iniciales de fabricación y su uso sea seguro. Establecer responsabilidades para el seguimiento y control del estado de mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos, conocer las características de los mismos y formar a los profesionales en su uso y riesgos.

Elementos evaluables:

1. En el centro están asignadas y descritas las funciones de control del equipamiento electromédico.
2. Todos los equipos utilizados en el centro, incluidos los cedidos, se encuentran inventariados (ej.: tipo, marca, modelo, número de serie, vida útil, ubicación, etc.). El centro debe contemplar los equipos de las áreas asistenciales y de las áreas de soporte (ej.: laboratorio, diagnóstico por la imagen, farmacia, área de esterilización, etc.).
3. Se realiza el mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos que utiliza el centro, incluidos los cedidos, siguiendo las recomendaciones del fabricante o del servicio técnico correspondiente. Los instrumentos utilizados son fiables en cuanto a su calibración.
4. Los profesionales que utilizan los equipos del centro están formados en su uso y riesgos y tienen acceso a la información necesaria para hacer un uso seguro de los mismos (ej.: manuales, guías rápidas, etc.).
5. El centro ha definido un método operativo para verificar el estado de mantenimiento de sus equipos (ej.: etiquetas, códigos QR, etc.) y los profesionales lo conocen y aplican antes de su uso.
6. El centro dispone de un sistema de comunicación de incidencias relacionadas con el funcionamiento, mantenimiento y seguridad del equipamiento y los profesionales de las unidades o servicios asistenciales lo conocen y utilizan en caso necesario.
7. El centro realiza un seguimiento de las incidencias comunicadas para conocer el estado de las mismas (ej.: pendientes, en proceso, terminadas, etc.) y las analiza periódicamente para identificar posibles mejoras en su equipamiento.
8. El centro dispone de información actualizada de las notificaciones de seguridad y/o alertas sanitarias de los equipos electromédicos emitidas por la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios, el fabricante o el distribuidor y las gestiona de manera adecuada.



El centro dispone de un plan de contingencias para asegurar los suministros, equipos, instalaciones y comunicaciones esenciales o críticos para el desarrollo de su actividad.



Grupo: I obligatorio

Código: ES 02 06.07_02

Propósito: Asegurar la continuidad de la actividad asistencial y de soporte del centro mediante la disponibilidad de los suministros, equipos, instalaciones y comunicaciones esenciales.

Elementos evaluables:

1. El centro tiene identificados cuáles son los suministros, equipos, instalaciones y comunicaciones esenciales o críticos, cuya parada puede comprometer a su actividad asistencial y de soporte (ej.: respiradores, EPI, electricidad, agua, combustibles, gases medicinales, centralita de teléfonos, telefonía móvil, etc.).
2. El centro dispone y aplica un plan de contingencias (ej.: disponer de un estocaje mínimo en el centro, contratos con empresas externas para el suministro, pactos para el préstamo por parte de otros centros, etc.) en el que se describen las responsabilidades y las actuaciones a realizar en caso de falta de continuidad de los suministros, equipos, instalaciones y comunicaciones esenciales para el desarrollo de su actividad.

El centro garantiza la operatividad de los equipos e instalaciones no críticos.



Grupo: II

Código: ES 02 06.08_01

Propósito: Responder de manera adecuada en la sustitución o reposición de los equipos e instalaciones no críticos para que no se interrumpa la actividad del centro en ningún momento.

Elementos evaluables:

1. El centro analiza el impacto que pueden ocasionar en su actividad (ej.: desprogramaciones y suspensiones de quirófano, de consultas, etc.) las reparaciones o sustituciones de los equipos e instalaciones no críticos y adopta las medidas oportunas para no comprometer dicha actividad.
2. El centro dispone de un inventario de repuestos para sus equipos e instalaciones no críticos, y de acuerdos para el suministro rápido de material o de préstamo/alquiler de equipos e instalaciones (ej.: ecógrafos, sondas, motores, ópticas, etc.).
3. El centro dispone y aplica un procedimiento de solicitud y almacenamiento de los repuestos para equipos e instalaciones no críticos.



Bloque 3: Seguridad
Criterio 6: Soporte

El centro gestiona de forma eficiente las compras y los proveedores.



Grupo: II

Código: ES 02 06.09_02

Propósito: Garantizar la disponibilidad de todos los servicios, bienes y equipos necesarios para el normal funcionamiento del centro, controlando de forma eficiente a los proveedores y las condiciones en las que deben desarrollarse las compras.

Elementos evaluables:

1. El centro realiza sus adquisiciones de bienes y servicios basándose en un catálogo de proveedores establecido.
2. El centro incluye en las prescripciones técnicas de las adquisiciones de equipos: criterios de seguridad, mantenimiento y durabilidad, formación e información a usuarios, condiciones de conservación y aportación de manuales de usuario.
3. El centro dispone y aplica un procedimiento para la evaluación de los proveedores.

El centro dispone de un plan de inversiones actualizado para adecuar la estructura, instalaciones y equipamiento a sus necesidades y progreso tecnológico.



Grupo: II

Código: ES 02 06.10_00

Propósito: Garantizar la adaptación de la infraestructura del centro a sus necesidades y al desarrollo tecnológico, identificando las inversiones a realizar, los recursos necesarios, los plazos y las prioridades.

Elementos evaluables:

1. El centro analiza periódicamente sus necesidades de inversión para dar respuesta a nuevas prestaciones, adaptar sus espacios y/o tecnología a las mismas. Este análisis incorpora necesidades de diferente naturaleza como infraestructura, instalaciones o equipamiento, entre otras.
2. El centro planifica las inversiones a realizar, los recursos necesarios y los plazos.
3. El centro realiza periódicamente un seguimiento de dicha planificación, incorporando nuevas necesidades que pudieran surgir.



Bloque 3: Seguridad
Criterio 6: Soporte

El centro garantiza la accesibilidad física de los pacientes y familiares.



Grupo: I

Código: ES 02 06.11_02

Propósito: Garantizar las mejores condiciones de acceso al centro y a sus servicios, dotando y gestionando los medios técnicos y estructurales necesarios para ello.

Elementos evaluables:

1. El centro analiza periódicamente las condiciones de accesibilidad al mismo (barreras arquitectónicas o sensoriales) y las condiciones de desplazamiento en su interior (ej.: habitaciones, baños, consultas, etc.).
2. El centro adopta o planifica, en base al análisis realizado, las medidas necesarias para mejorar las limitaciones de accesibilidad identificadas.
3. La señalización utilizada para la identificación y acceso al centro y dentro del mismo es inequívoca, está actualizada y en buen estado.

El centro analiza periódicamente las condiciones de confort que afectan a pacientes y familiares emprendiendo actuaciones y corrigiendo, si es necesario, los resultados obtenidos.



Grupo: I

Código: ES 02 06.12_01

Propósito: Elevar el grado de satisfacción de pacientes y familiares con el confort, adecuando la organización y las instalaciones del centro a los tipos de pacientes y a las necesidades detectadas mediante el análisis periódico de las reclamaciones, cuestionarios de satisfacción y otras fuentes de información acerca de la experiencia de los pacientes.

Elementos evaluables:

1. El centro analiza periódicamente la información disponible sobre la satisfacción de pacientes y familiares respecto al confort (reclamaciones, cuestionarios de satisfacción u otras fuentes de información acerca de la experiencia de los pacientes).
2. El centro analiza periódicamente sus condiciones de confort (ej.: contacto telefónico con el centro, variables térmicas, comodidad, descanso, estado y adecuación de las instalaciones y mobiliario, iluminación, limpieza, lencería, esperas en consultas, en pruebas diagnósticas, en traslados, etc.).
3. Con la información recogida a través de los mecanismos anteriores, el centro planifica e implanta las mejoras necesarias para aumentar la satisfacción de pacientes y familiares con el confort.
4. Los espacios asistenciales del centro están adaptados a las características de los pacientes atendidos (ej.: decoración adecuada a pacientes pediátricos y mobiliario seguro, salas de lactancia, sala de juegos, lectura, habitaciones individuales para pacientes en situación terminal, etc.).



Bloque 3: Seguridad
Criterio 6: Soporte

El centro adopta medidas de limpieza y desinfección encaminadas a preservar las condiciones higiénicas de su actividad.



Grupo: I obligatorio

Código: ES 02 06.13_00

Propósito: Garantizar que la actividad del centro se desarrolla en un entorno seguro para pacientes y profesionales, desde el punto de vista de las condiciones de limpieza y desinfección.

Elementos evaluables:

1. El centro dispone y aplica procedimientos y productos de limpieza y desinfección específicos para dar respuesta a:
 - 1.1. Las diferentes áreas del centro según el tipo de actividad que se desarrolle en ellas y según el riesgo de contagio o contaminación que presenten.
 - 1.2. Los equipos, material esterilizado y otros materiales de uso médico (ej.: endoscopios, laparoscopios, respiradores, incubadoras, máquinas de diálisis, etc.).
2. Los procedimientos y productos de limpieza y desinfección son supervisados/aprobados por el servicio de Medicina Preventiva o por la Comisión de Infecciones del centro.
3. El centro mantiene registros de la limpieza y la desinfección de las zonas críticas (ej.: quirófanos, salas blancas, urgencias, habitaciones de aislamiento, etc.), incluyendo los procedimientos utilizados y el personal implicado.

El centro garantiza la seguridad alimentaria y una alimentación adecuada a las necesidades de salud y orden cultural de los pacientes.



Grupo: I obligatorio

Código: ES 02 06.14_02

Propósito: Garantizar la seguridad alimentaria y una alimentación adecuada a las necesidades de salud y a los hábitos alimenticios de los pacientes. Ofrecer variedad y rotación de menús, horarios habituales de las comidas y temperaturas óptimas de los platos (caliente-frío) cuando estos son servidos.

Elementos evaluables:

1. El centro o la empresa contratada para la prestación del servicio de alimentación dispone de Análisis de Peligros y Puntos Críticos de Control (APPCC) y pone en marcha acciones para corregir las no conformidades señaladas.
2. El centro dispone de un plan de dietas adaptado a las necesidades de salud de los pacientes y al orden cultural de los mismos.
3. El centro dispone y aplica procedimientos de prestación del servicio de alimentación que incluye: distribución de las dietas hospitalarias, horarios, variedad y rotación de menús, adaptación según el orden cultural del paciente, conservación de temperatura de los platos, etc.



Bloque 3: Seguridad
Criterio 6: Soporte

El laboratorio del centro tiene implantado un procedimiento para el control, transporte, manipulación, conservación, almacenamiento y eliminación de las muestras y/o especímenes.



Grupo: I obligatorio

Código: ES 02 06.15_01

Propósito: Conocer y controlar todas las variables que pueden afectar a la logística de las muestras desde su extracción, asegurando que en todos los puntos del proceso se dan las mejores condiciones para su conservación, seguimiento, transporte, almacenamientos temporales y manipulación, controlando tanto los aspectos humanos como técnicos en dicha gestión.

Elementos evaluables:

1. El laboratorio del centro dispone y aplica un procedimiento para el proceso logístico intrahospitalario y extrahospitalario de las muestras, que contempla: transporte, registros en hoja de ruta, control de tiempos, control de temperaturas, manipulación y conservación.
2. El laboratorio analiza periódicamente los registros asociados al transporte de las muestras (hoja de ruta, temperaturas y tiempos) y, si consta alguna incidencia, verifica las acciones llevadas a cabo.
3. El laboratorio dispone y aplica un procedimiento que establece las normas para el almacenamiento y eliminación de las muestras biológicas (ej.: repetición de pruebas, investigación, etc.).

El laboratorio del centro tiene establecidas las normas de utilización y envío de muestras a laboratorios externos.



Grupo: II

Código: ES 02 06.16_00

Propósito: Definir y documentar las directivas y procedimientos para seleccionar y utilizar servicios externos que puedan afectar a la calidad de su prestación.

Elementos evaluables:

1. El laboratorio del centro dispone de una cartera de servicios de pruebas externalizadas junto a los laboratorios a los que se envían dichas pruebas y de los tiempos de respuesta.
2. El laboratorio del centro ha definido las normas para el envío de muestras y recepción de los resultados de los laboratorios externos, existiendo un responsable de esta actividad.
3. El laboratorio del centro realiza evaluaciones periódicas del servicio prestado por los laboratorios externos (ej.: transporte de muestras, envío de resultados, tiempos de respuesta, etc.) e identifica mejoras en caso necesario.



Bloque 3: Seguridad
Criterio 6: Soporte

El centro gestiona de forma adecuada el contenido de sus almacenes y garantiza su correcto estado y seguridad.



Grupo: I

Código: ES 02 06.17_01

Propósito: Controlar los almacenes del centro haciendo un seguimiento de las entradas y salidas de los productos necesarios para prestar la asistencia, garantizando su disponibilidad y perfecto estado en todo momento. Establecer los mecanismos necesarios para que las condiciones de seguridad y el estado de los almacenes sean adecuados.

Elementos evaluables:

1. El centro ha definido las responsabilidades necesarias para el control del estado y estocaje de sus almacenes.
2. El centro dispone y aplica un procedimiento de gestión de sus almacenes que le permite garantizar que se dispone en todo momento de los productos necesarios (ej.: medicamentos, productos sanitarios, fungibles, reactivos, etc.) para los servicios ofertados y estos se encuentran en condiciones óptimas. En caso de desviación en las existencias de algún producto, por causa interna o ajena al centro, se realiza un análisis de la misma y se implantan las medidas oportunas para garantizar la asistencia sanitaria.
3. Los almacenes del centro se encuentran en condiciones adecuadas de seguridad, temperatura, humedad, luz y limpieza (ej.: estanterías de almacenamiento fijas, productos inflamables controlados, disponibilidad de sistemas de protección contra incendios, control de plagas, identificación correcta de productos almacenados, fichas de seguridad, etc.).



Bloque 3: Seguridad
Criterio 6: Soporte

El centro se implica en la identificación de los riesgos que pueden afectar a los profesionales en cada puesto de trabajo y en el mantenimiento de su salud y seguridad.



Grupo: I obligatorio

Código: ES 02 06.18_02

Propósito: Velar por la salud y bienestar de los profesionales del centro realizando evaluaciones de su estado de salud y de las condiciones de los diferentes puestos de trabajo. Incorporar las medidas correctivas y preventivas necesarias de manera priorizada. Facilitar la formación e información de los profesionales en esta materia.

Elementos evaluables:

1. En el centro se realiza una evaluación de los riesgos de los lugares y puestos de trabajo (riesgos derivados de las condiciones de seguridad, condiciones ambientales, ergonómicas y psicosociales) y se identifican las medidas correctoras oportunas.
2. El centro planifica la implantación de las medidas correctoras identificadas.
3. El centro garantiza la entrega de equipos de protección individual a los profesionales y les facilita conocimiento sobre su uso.
4. Los profesionales del centro disponen de información suficiente y han recibido la formación mínima necesaria para conocer los riesgos de su puesto de trabajo, así como las medidas a implementar para su eliminación, mitigación o control.
5. En el centro se habilitan los mecanismos necesarios para el ofrecimiento de la vigilancia de la salud a los profesionales.
6. En el centro se establecen mecanismos para poder comunicar los accidentes de trabajo ocurridos (ej.: pinchazos accidentales, agresiones, contacto con sustancias tóxicas, etc.) y se hace un seguimiento de los accidentes comunicados (número, tipo, etc.) para poder identificar medidas preventivas en caso necesario.
7. Existe comunicación entre el servicio de prevención de riesgos laborales y las diferentes unidades y servicios del centro para dar a conocer: las situaciones de riesgo identificadas en la evaluación de riesgos, las medidas necesarias para eliminar o disminuir dichos riesgos, la planificación y el seguimiento de la implantación de dichas medidas, así como, los accidentes laborales ocurridos y las medidas preventivas si fuese necesario.



Bloque 3: Seguridad
Criterio 6: Soporte

El centro tiene establecidas las medidas de seguridad ante emergencias internas y externas.



Grupo: I obligatorio

Código: ES 02 06.19_02

Propósito: Establecer en el centro, según la normativa vigente, las actuaciones a seguir ante situaciones de emergencia internas y externas que puedan afectar a profesionales, usuarios y entorno.

Elementos evaluables:

1. El centro dispone de un plan actualizado de autoprotección o de emergencias interno (ej.: incendio, explosión de depósitos de gases, inundaciones, terremotos, etc.), elaborado en coordinación con las autoridades competentes (ej.: bomberos, protección civil, etc.).
2. El centro ha definido un plan de emergencias ante catástrofes externas o ha participado en su elaboración en colaboración con las autoridades competentes.
3. Los profesionales del centro reciben la formación necesaria en relación con las medidas de seguridad ante emergencias internas y externas.
4. En el centro se realizan simulacros para comprobar el nivel de conocimiento de los profesionales, quedando registro de los mismos y de las mejoras identificadas.
5. Los equipos de protección, la señalización y los elementos de evacuación del centro se encuentran operativos y cumplen con la función de facilitar y hacer segura la evacuación del mismo.



Bloque 3: Seguridad
Criterio 6: Soporte

El centro tiene establecidos los procedimientos necesarios para el control de la producción, almacenamiento y eliminación de los residuos generados, así como para el control de vertidos y emisiones contaminantes derivados de su actividad.



Grupo: I obligatorio

Código: ES 02 06.20_02

Propósito: Establecer las medidas y procedimientos necesarios para el control de los impactos ambientales producidos por el centro relativos a la producción de residuos, vertidos y emisiones a la atmósfera.

Elementos evaluables:

1. El centro establece las responsabilidades y funciones en materia ambiental (ej.: gestión de residuos peligrosos, control de incidentes provocados por derrames o emisiones contaminantes, etc.).
2. El centro dispone y aplica correctamente un procedimiento para el control de la producción, almacenamiento y eliminación de los residuos que genera.
3. En el centro existe cartelería en relación con la adecuada gestión de los residuos generados.
4. El centro realiza auditorías periódicas de la segregación de los residuos, proponiendo medidas que reduzcan las malas prácticas observadas.
5. El centro analiza periódicamente la evolución en la generación de residuos y, en caso necesario, propone medidas encaminadas a minimizarlos (ej.: reubicación de contenedores, alternativas de productos o técnicas que generen menos residuos, etc.).
6. El centro dispone y aplica un procedimiento o procedimientos que definen las actuaciones a seguir ante posibles derrames y vertidos de productos tóxicos (ej.: citostáticos, líquidos inflamables, ácidos, combustibles, etc.) y emisiones contaminantes a la atmósfera derivados de su actividad (gases procedentes de combustión, esterilización o refrigerantes).



Bloque 3: Seguridad
Criterio 6: Soporte

El centro tiene implantado un sistema de gestión ambiental.



Grupo: I

Código: ES 02 06.21_02

Propósito: Implantar un sistema de gestión ambiental por el que se establezcan los procedimientos, los recursos, los objetivos y las responsabilidades necesarias para desarrollar la política ambiental definida por el centro. Garantizar que se encuentran establecidas las medidas necesarias para dar respuesta a los principales impactos ambientales significativos con implicaciones técnico-legales relevantes, evitando que profesionales, usuarios y entorno puedan verse afectados por incidencias provocadas por falta de rigor en el control de aspectos que puedan generar un impacto ambiental indeseado.

Elementos evaluables:

1. El centro conoce los procedimientos, políticas y normativas que le son de aplicación en materia de gestión ambiental.
2. El centro establece y mantiene actualizados los procedimientos de control, gestión y seguimiento de los impactos producidos por sus actividades, para que se ajusten a los parámetros exigidos por la normativa vigente.
3. El centro participa en mejorar su comportamiento ambiental, marcando objetivos y realizando un seguimiento periódico de los mismos.
4. El centro facilita la participación y formación de sus profesionales en materia ambiental.



Bloque 3: Seguridad
Criterio 6: Soporte

El centro realiza actuaciones para aumentar la eficiencia energética y/o fomentar el consumo de energías renovables.



Grupo: II

Código: ES 02 06.22_01

Propósito: Evaluar el nivel de eficiencia energética de las instalaciones y equipos del centro. Realizar los estudios necesarios para controlar y optimizar los consumos energéticos y recursos naturales y planificar las inversiones necesarias para adaptar las instalaciones y equipos del centro al progreso tecnológico.

Elementos evaluables:

1. El centro evalúa la eficiencia energética de sus instalaciones y equipos y planifica mejoras para optimizar el rendimiento energético de los mismos.
2. El centro se basa en sistemas de gestión de la energía para mejorar su desempeño energético, incluyendo la eficiencia, uso y consumo.
3. El centro tiene en cuenta las características de eficiencia energética de las instalaciones y equipos que adquiere.
4. El centro ha mejorado su eficiencia energética (ej.: reducción del consumo de energía eléctrica, del consumo de gas, de emisiones de CO₂, etc.).



Bloque 3: Seguridad
Criterio 6: Soporte

El centro garantiza modalidades de consumo y producción bajo el marco de una gestión sostenible y un uso eficiente de los recursos naturales, incluido el agua, implantando estrategias que fomenten la economía circular y la reducción del desperdicio alimentario, entre otras.



Grupo: III

Código: ES 02 06.23_00

Propósito: Fomentar modelos de producción que reduzcan los residuos y extiendan el ciclo de vida de los productos.

Elementos evaluables:

1. El centro desarrolla proyectos de economía circular encaminados a un consumo responsable y sostenible de los recursos, reduciendo los residuos generados y extendiendo el ciclo de vida de los productos. La estrategia en economía circular abarca distintos campos de aplicación como: aparatos eléctricos y electrónicos, plásticos y envases, textil, desperdicio alimentario, etc.
2. El centro incorpora una gestión sostenible de los recursos hídricos.
3. El centro identifica indicadores que permiten conocer el grado de implantación de la economía circular.
4. El centro realiza una evaluación del impacto de sus proyectos de economía circular identificando mejoras en caso necesario.
5. El centro difunde entre sus partes interesadas las medidas de economía circular implantadas y su impacto.

El centro tiene definida la forma de actuar en caso de caída de sus sistemas y tecnologías de la información.



Grupo: I

Código: ES 02 06.24_02

Propósito: Disponer de un plan de contingencias para poder aplicarlo en aquellas situaciones en las que no funcionan los sistemas y tecnologías de la información del centro, con el fin de evitar la pérdida de datos y poder continuar con la actividad del mismo.

Elementos evaluables:

1. El centro dispone y aplica un plan de contingencias actualizado en el que se define la forma de actuar ante la caída de sus sistemas y tecnologías de la información, así como las responsabilidades.
2. El centro analiza periódicamente las incidencias ocurridas en relación con la caída de sus sistemas y tecnologías de la información para identificar las mejoras necesarias.



Bloque 3: Seguridad
Criterio 6: Soporte

El centro dispone de un plan de sistemas de información.



Grupo: III

Código: ES 02 06.25_01

Propósito: Dar respuesta a las necesidades de sistemas de información de la organización y sus profesionales a través del establecimiento de un plan estratégico estructurado.

Elementos evaluables:

- 1.** El centro conoce los sistemas de información de los que dispone y analiza su idoneidad y suficiencia para dar cumplimiento a su actividad y a sus objetivos y metas estratégicos.
- 2.** El centro analiza las necesidades de sus profesionales en cuanto a sistemas de información.
- 3.** El centro elabora un plan de sistemas de información que engloba proyectos de mejora de sus sistemas de información o la incorporación de nuevos para dar respuesta a las necesidades detectadas.



Bloque 3: Seguridad
Criterio 6: Soporte

El centro adopta medidas para garantizar la protección de los datos de carácter personal conforme a lo establecido en la normativa vigente.



Grupo: I obligatorio

Código: ES 02 06.26_02

Propósito: Establecer los mecanismos necesarios para adecuarse a los principios establecidos sobre la protección de datos de carácter personal, garantizando y protegiendo el honor e intimidad de las personas.

Elementos evaluables:

1. Los profesionales del centro reciben formación sobre buenas prácticas en el manejo de la información y medidas de seguridad relacionadas con la protección de datos de carácter personal.
2. Se habilitan mecanismos para guardar la confidencialidad de los datos accesibles a personas ajenas al centro y que presten servicios en el mismo.
3. Se realizan las revisiones periódicas establecidas por la normativa vigente identificando la relación de ficheros automatizados y no automatizados del centro, se aplican las medidas correctoras a las posibles incidencias detectadas y se informa a las personas responsables del manejo de los ficheros auditados de las medidas implantadas. El centro adopta medidas encaminadas a eliminar o minimizar las brechas de seguridad detectadas y evitar su recurrencia.
4. Los ficheros con información de carácter personal son tratados conforme a la normativa vigente en cuanto a su gestión, inscripción, tratamiento y conservación.
5. Los profesionales del centro disponen de un mecanismo conocido para comunicar posibles vulneraciones de la normativa de protección de datos o brechas de seguridad que afecten a los tratamientos de datos personales (ej.: abuso de contraseña, presencia de archivos con caracteres inusuales, recepción de correos electrónicos con archivos adjuntos sospechosos, comportamiento extraño de dispositivos, extravío/robo de dispositivos de almacenamiento o equipos con información, etc.).
6. El centro dispone de mecanismos para informar y garantizar el derecho de la persona usuaria al acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación del tratamiento y portabilidad de sus datos.



Bloque 3: Seguridad
Criterio 6: Soporte

El centro dispone de un plan de seguridad de los sistemas de información, contando con sistemas de respaldo para aquellos sistemas que gestionen información clínica.



Grupo: I

Código: ES 02 06.27_02

Propósito: Disponer de la estructura organizativa, procedimientos y recursos necesarios para implantar y desarrollar las medidas de seguridad que salvaguardan la información clínica y los sistemas que la procesan, asegurando la disponibilidad de la información crítica.

Elementos evaluables:

1. El centro ha identificado la información crítica sobre la que debe actuar para conservar su integridad.
2. El centro o la organización a la que pertenece dispone de un plan de seguridad de sistemas de información, donde se establecen los principios organizativos y funcionales de la actividad de seguridad informática, los riesgos para los sistemas y su clasificación según criticidad, el plan de mantenimiento (preventivo y correctivo) y de recuperación de desastres, procedimientos de seguridad informática, etc.
3. El centro cuenta con equipos y sistemas seguros o una planificación para la renovación de los mismos.



Bloque 3: Seguridad
Criterio 6: Soporte

➤ Control de modificaciones

A continuación, se describen las principales modificaciones realizadas en esta nueva versión del manual de centros hospitalarios, ME 2 1_06, en comparación con la anterior versión, ME 2 1_05.

Con carácter general:

- El manual de estándares pasa a tener 100 estándares en lugar de 144 estándares que tenía la versión anterior.
- El manual de estándares se estructura en 3 bloques y 6 criterios, en los que se agrupan todos los estándares. Las versiones anteriores se estructuraban en 5 bloques y 11 criterios.
- Los resultados de la revisión de cada estándar de la versión 5 del manual han dado lugar al mantenimiento del estándar en la versión 6, a su modificación, a su fragmentación en dos estándares, a su transformación en elemento evaluable de otro estándar o a su eliminación.

Con carácter específico:

Los estándares de la versión 5 que se han eliminado en la versión 6 del manual y que, por tanto, no tienen equivalencia en el mismo son: ES 2 01.01_01, ES 2 01.03_00, ES 2 01.06_01, ES 2 01.07_01, ES 2 01.14_01, ES 2 01.15_00, ES 2 01.16_00, ES 2 01.17_00, ES 2 02.01_01, ES 2 02.03_01, ES 2 02.05_00, ES 2 02.06_00, ES 2 02.07_00, ES 2 02.08_01, ES 2 02.09_01, ES 2 02.10_00, ES 2 03.01_01, ES 2 03.05_00, ES 2 03.06_00, ES 2 03.07_00, ES 2 04.02_00, ES 2 04.03_00, ES 2 04.04_01, ES 2 04.05_01, ES 2 04.06_00, ES 2 05.01_01, ES 2 05.02_00, ES 2 05.03_00, ES 2 05.04_00, ES 2 05.05_01, ES 2 05.06_00, ES 2 05.09_00, ES 2 05.10_00, ES 2 06.03_00, ES 2 06.04_00, ES 2 06.07_00, ES 2 06.08_00, ES 2 07.02_01, ES 2 07.03_01, ES 2 07.04_00, ES 2 07.05_01, ES 2 07.06_00, ES 2 07.07_00, ES 2 07.08_00, ES 2 08.02_01, ES 2 08.07_01, ES 2 08.14_01, ES 2 08.15_01, ES 2 08.18_01, ES 2 08.19_00, ES 2 08.20_00, ES 2 08.21_00, ES 2 08.22_00, ES 2 08.28_00, ES 2 08.29_00, ES 2 09.01_01, ES 2 09.04_01, ES 2 09.05_00, ES 2 09.08_01, ES 2 09.09_00, ES 2 09.10_00, ES 2 09.11_00, ES 2 09.12_00, ES 2 10.01_00, ES 2 10.02_00, ES 2 10.04_00, ES 2 10.05_00, ES 2 10.06_00, ES 2 10.07_00, ES 2 10.08_00, ES 2 10.19_00, ES 2 11.02_02, ES 2 11.03_01, ES 2 11.04_01, ES 2 11.05_00, ES 2 11.06_01, ES 2 11.07_00, ES 2 11.09_00.

Los estándares nuevos en la versión 6 del manual son: ES 2 01.01_00, ES 2 01.02_00, ES 2 01.08_00, ES 2 01.10_00, ES 2 01.11_00, ES 2 01.12_00, ES 2 01.13_00, ES 2 01.14_00, ES 2 02.01_00, ES 2 02.03_00, ES 2 02.04_00, ES 2 02.05_00, ES 2 02.08_00, ES 2 03.08_00, ES 2 03.09_00, ES 2 03.17_00, ES 2 04.02_00, ES 2 04.03_00, ES 2 04.04_00, ES 2 04.05_00, ES 2 04.10_00, ES 2 05.04_00, ES 2 05.06_00, ES 2 05.07_00, ES 2 05.08_00, ES 2 05.13_00, ES 2 05.14_00, ES 2 05.15_00, ES 2 05.17_00, ES 2 05.18_00, ES 2 05.19_00, ES 2 06.02_00, ES 2 06.10_00, ES 2 06.13_00, ES 2 06.16_00, ES 2 06.23_00.



- A -

ACCESIBILIDAD

Facilidad con la que los servicios sanitarios pueden ser obtenidos de forma equitativa por la población, con relación a las dificultades organizativas, económicas, culturales, etc.

AMFE (ANÁLISIS MODAL DE FALLOS Y EFECTOS)

Metodología que permite identificar y priorizar los posibles riesgos para un paciente en procesos concretos de la atención. Esta metodología incluye la identificación de fallos, causas y eventos adversos relacionados y la priorización de los fallos como base para identificar acciones que permitan prevenir los riesgos o minimizar su impacto.

ATENCIÓN SANITARIA

Servicios recibidos por personas o comunidades con el fin de promover, mantener, vigilar o restablecer la salud.

- B -

BUENAS PRÁCTICAS O PRÁCTICAS SEGURAS

Aquellas que poseen evidencia sobre su efectividad en relación a la seguridad del paciente y potencial de generalización.

- C -

CALIDAD CIENTÍFICO-TÉCNICA

Competencia del profesional para utilizar, de forma idónea, los más avanzados conocimientos y recursos a su alcance para producir salud y satisfacción en la población atendida.

CARTERA DE SERVICIOS

Conjunto de técnicas, tecnologías o procedimientos, entendiéndose por tales cada uno de los métodos, actividades y recursos basados en el conocimiento y experimentación científica, mediante los que se hacen efectivas las prestaciones sanitarias.

CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN

Proceso formal consistente en comparar la medicación habitual del paciente con la medicación prescrita después de una transición asistencial o de un traslado dentro del propio nivel asistencial, con el objetivo de analizar y resolver las discrepancias detectadas. Su objetivo es disminuir los errores de medicación a lo largo de toda la atención sanitaria, garantizando que los pacientes reciben los medicamentos necesarios que estaban tomando previamente en la dosis, vía y frecuencias correctas y que se adecúan a la situación del paciente y/o a la nueva prescripción realizada en otro punto del sistema sanitario (ej.: hospital, urgencias, consultas externas, atención primaria, etc.).



CONFIDENCIALIDAD

Derecho de la persona que recibe atención sanitaria a que se respete el carácter confidencial de los datos referentes a su salud y a que nadie pueda acceder a ellos sin previa autorización amparada por la ley.

CONFLICTO ÉTICO

Situación de toma de decisiones que conlleva una difícil elección entre dos alternativas igualmente no deseables y en la que no está claro qué elección es la correcta.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud. El consentimiento informado es un proceso de información dirigido al paciente o persona usuaria del sistema sanitario, expresado de manera verbal por regla general, salvo en los casos legalmente exigidos para que se preste de forma escrita, pero que en cualquier caso ha de tener un reflejo documental en la historia clínica y que responde a un desarrollo práctico fundamental del principio de autonomía, en relación a potenciar el desarrollo efectivo de los derechos de la ciudadanía.

CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO

Es el consentimiento expresado de forma escrita, quedando plasmado en un documento específico que recoge tanto la información clínica suministrada a la persona enferma o a su representante, como su conformidad con la intervención o actuación clínica a realizar. Este documento se conoce como formulario escrito de consentimiento informado.

- D -

DAÑO ASOCIADO A LA ATENCIÓN SANITARIA

Daño derivado de las actuaciones realizadas durante el proceso de atención sanitaria o que se asocia a ella. Comprende los conceptos de enfermedad, lesión, sufrimiento, discapacidad y muerte.

DECLARACIÓN DE VOLUNTAD VITAL ANTICIPADA

También denominado testamento vital o instrucción previa. Es la manifestación escrita realizada por una persona capaz que, consciente y libremente, expresa las opciones e instrucciones en materia sanitaria que deben respetarse en el caso de que concurran circunstancias clínicas en las cuales no pueda expresar personalmente su voluntad. Esta declaración se inscribe en el Registro de Voluntades Vitales Anticipadas.

DERIVACIÓN

Remitir a un paciente desde un centro asistencial a otro o de una unidad asistencial a otra, para continuar su estudio y/o tratamiento en el segundo centro/unidad.

DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

Soporte de cualquier tipo o clase que contiene un conjunto de datos e informaciones de carácter asistencial.



- E -

EFECTIVIDAD

Grado en que la atención sanitaria consigue producir una mejora del nivel de salud del paciente o de la población, en condiciones reales.

EFICIENCIA

Grado en que se alcanza el nivel más alto de calidad posible con unos determinados recursos. La eficiencia relaciona los resultados con los costes generados.

ERROR

Hecho de no llevar a cabo una acción prevista según se pretendía o de aplicar un plan incorrecto. Acto de equivocación en la práctica de los profesionales sanitarios que puede contribuir a que ocurra un evento adverso.

ERROR DE MEDICACIÓN

Son aquellos relacionados con las prácticas profesionales, los productos, los procedimientos o los sistemas, e incluyen los fallos en la prescripción, dispensación, distribución, administración, preparación, etiquetado, envasado, comunicación, educación, seguimiento y/o utilización de medicamentos.

EVENTO ADVERSO

Incidente que causa un daño innecesario a un paciente como consecuencia de la atención sanitaria.

EVENTO CENTINELA

Suceso imprevisto que causa la muerte o graves daños físicos o psicológicos al paciente. Un evento centinela es un evento adverso cuyas consecuencias reúnen unas características que obligan a una completa revisión de qué ha ocurrido para evitar que pueda volver a producirse.

- F -

FASE PREANALÍTICA

Procesos que comienzan cronológicamente a partir de la petición del médico clínico e incluyen la petición de los análisis, la preparación del paciente, la recogida de la muestra primaria y el transporte hasta el interior del laboratorio, y que terminan cuando comienza el procedimiento analítico.

FASE ANALÍTICA

Conjunto de procesos que incluyen todas las manipulaciones de la muestra destinadas a obtener directamente el resultado de la prueba.

FASE POSTANALÍTICA

Procesos que siguen al análisis incluyendo la revisión sistemática, preparación del informe de laboratorio e interpretación, autorización para entrega y transmisión de los resultados, y el almacenamiento de las muestras de los análisis.



- G -

GESTIÓN POR PROCESOS

Sistema de gestión enmarcado en los principios de calidad total, que pretende facilitar a los profesionales el conocimiento de aquellos aspectos que hay que mejorar y las herramientas para lograrlo. Procura asegurar de forma rápida, ágil y sencilla el abordaje de los problemas de salud desde una visión centrada en el paciente.

- H -

HERRAMIENTA DE AYUDA A LA TOMA DE DECISIONES (HATD)

Son materiales que proporcionan información precisa y útil para potenciar la autonomía de la persona en la toma de decisiones en materia de salud. Estos materiales informativos pueden presentarse en distintos formatos como folletos, vídeos, páginas web, programas interactivos, etc. La información que se proporciona está basada en la información científica disponible de mejor calidad, adaptada a un lenguaje sencillo que facilita su comprensión, con el objetivo de facilitar la participación conjunta con sus médicos u otros profesionales de la salud en las decisiones relacionadas con su enfermedad. Estas herramientas se deberían utilizar cuando hay más de una opción razonable desde el punto de vista clínico; cuando ninguna opción tiene una ventaja clara en cuanto a sus resultados sobre la salud y cada una posee beneficios y daños que las personas valoran de forma diferente.

- I -

IDENTIFICADORES VÁLIDOS O INEQUÍVOCOS PARA IDENTIFICAR A PACIENTES, MUESTRAS, MEDICAMENTOS Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE

Son aquellos que pertenecen a un solo paciente y que no pueden ser compartidos por otros (ej.: nombre y apellidos, fecha de nacimiento, número único de historia de salud de Andalucía (NUSHA) o número de historia de salud). También son válidos el número del documento nacional de identidad, pasaporte o seguridad social, pero no todos los pacientes disponen de ellos. No se consideran datos inequívocos: diagnóstico, número de cama, unidad de ingreso, fecha de ingreso o nacionalidad.

INCIDENTE RELACIONADO CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Evento o circunstancia que ha ocasionado o podría haber ocasionado un daño innecesario al paciente.

INCIDENTE SIN DAÑO

Incidente que alcanza al paciente, pero no le causa daño apreciable.

INDICADOR

Medida cuantitativa que puede usarse como guía para controlar y valorar la calidad de las actividades. Un indicador expresa la información como un suceso o una ratio (índice) de sucesos.

Esta medida cuantitativa nos sirve para monitorizar la calidad de los aspectos importantes de la asistencia sanitaria. Un indicador no es una medida directa de la calidad. El indicador nos alerta cuando se produce un fallo en el valor habitual de las actividades que afectan a los componentes de la calidad.



INFECCIÓN ASOCIADA A LA ASISTENCIA SANITARIA

Aquella infección que se deriva directamente de la asistencia sanitaria o de los cuidados recibidos, ya sea en el ámbito hospitalario, ambulatorio, domiciliario o sociosanitario.

INFORMACIÓN CLÍNICA

Todo dato, cualquiera que sea su forma, clase o tipo, que permite adquirir o ampliar conocimientos sobre el estado físico y la salud de una persona, o la forma de preservarla, cuidarla, mejorarla o recuperarla.

INFORME DE ALTA MÉDICA

Documento emitido por el médico responsable en un centro sanitario al finalizar cada proceso asistencial de un paciente, que especifica los datos de este, un resumen de su historial clínico, la actividad asistencial prestada, el diagnóstico y las recomendaciones terapéuticas.

INTERVENCIONES CON CRITERIOS INTRÍNSECOS DE RIESGO

Procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente como pueden ser: intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasivos.

INTIMIDAD

Derecho que tiene la persona a preservar una zona espiritual y reservada de su vida personal o familiar. La intimidad comprende su personalidad, sus valores morales y religiosos, sus orientaciones ideológicas, sexuales, etc.

- M -

MAPA DE RIESGOS

Herramienta para la gestión proactiva de los riesgos que muestra gráficamente los riesgos más relevantes de uno o más procesos de atención. Su propósito es recordar a los profesionales la necesidad de estar alerta en determinadas actividades, porque en ellas se ha identificado que existe un alto riesgo de fallar y producir daño al paciente. Esta alerta debe traducirse en medidas preventivas a implementar para evitar daños a los pacientes. Estas medidas preventivas también pueden visualizarse en el mapa.

MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO

Aquellos que tienen un riesgo muy elevado de causar daños graves o incluso mortales cuando se produce un error en el curso de su utilización (ej.: cloruro potásico intravenoso, sulfato de magnesio intravenoso, heparina, soluciones para diálisis, etc.). Esta definición no indica que los errores asociados a estos medicamentos sean más frecuentes, sino que, en caso de producirse un error, las consecuencias para los pacientes suelen ser más graves.

MISIÓN

Descripción de la razón de ser de una organización.

MUESTRA

Una o más partes tomadas de un sistema y previstas para proporcionar información sobre el mismo, a menudo como base de decisión sobre el sistema o sus productos.

- P -

PROCEDIMIENTO

Documentos, normalmente de gestión, que especifican con detalle la forma de hacer un proceso en su conjunto o partes concretas del mismo. Algunos ejemplos de procedimientos son: procedimiento de gestión de reclamaciones, procedimiento de gestión de residuos, procedimiento para realizar interconsultas, etc.

PROCESO

Conjunto de actividades secuenciales, desarrolladas por diferentes profesionales, para proveer servicios concretos a pacientes con el propósito final de mejorar, prevenir y promover la salud de las personas e incrementar su grado de satisfacción. Para gestionar y mejorar un proceso es necesario identificarlo, describirlo y representarlo.

PROCESOS ASISTENCIALES

Procesos que intervienen directamente en la generación de valor en el paciente. Son el conjunto de actividades de los proveedores de la atención sanitaria (estrategias preventivas, pruebas diagnósticas y actividades terapéuticas) que tienen como finalidad incrementar el nivel de salud y el grado de satisfacción de la población que recibe los servicios, entendidos estos en un amplio sentido (aspectos organizativos, asistenciales etc.).

PROCESOS ESTRATÉGICOS

Permiten definir y desplegar las estrategias y objetivos del centro (ej.: planificación y seguimiento de objetivos, medición, análisis y mejora, análisis de riesgos del centro, etc.).

PROCESOS DE SOPORTE

Generan los recursos que precisan los procesos asistenciales (ej.: gestión financiera, sistemas y tecnologías de la información, servicios generales, etc.).

PROM (PATIENT REPORTED OUTCOME MEASURE)

Es cualquier informe del estado de salud de un paciente que proviene directamente del paciente, sin interpretación de la respuesta del paciente por parte de un médico o cualquier otra persona.

PROMOCIÓN DE LA SALUD

Proceso de capacitación de las personas para aumentar el control sobre su propia salud y mejorarla.

PROTOCOLO

Documento con contenido y propósito del ámbito científico-técnico. Algunos ejemplos de protocolos son: protocolo de manejo del dolor torácico agudo, protocolo de prevención de úlceras por presión, protocolo de atención a trauma grave, etc.

- R -

RIESGO

Probabilidad de que ocurra un incidente. Cualquier peligro que pueda existir para el paciente en el curso de su atención.



- S -

SATISFACCIÓN

Grado en que la atención sanitaria prestada satisface las expectativas del paciente.

SEGURIDAD DEL PACIENTE

Reducción del riesgo de daño innecesario asociado a la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable, teniendo en cuenta los conocimientos del momento, los recursos disponibles y el contexto en el que se presta la atención.

SISTEMA DE NOTIFICACIÓN

Estrategia que permite la recolección de datos sobre incidentes y eventos adversos, a partir de los cuales se puede mejorar la seguridad del paciente. Su objetivo es recoger información que permita identificar áreas o elementos vulnerables del sistema, aprender de las experiencias e introducir cambios para evitar que los incidentes y eventos adversos vuelvan a ocurrir.

- T -

TOMA DE DECISIONES COMPARTIDA

Estilo de relación entre el profesional sanitario y el paciente (y su familia) que comprende un intercambio de información entre ellos, la reflexión entre las distintas opciones posibles y la adopción, de manera conjunta, de una decisión. Se trata de un proceso interactivo en el que el paciente aporta sus preferencias y necesidades y el profesional sanitario sus conocimientos e información sobre los riesgos y beneficios de una intervención diagnóstica o terapéutica, llegando ambos a adoptar una decisión consensuada.

- V -

VALORES

Elementos que configuran la conducta básica de las personas que forman parte de la institución y lo que se espera de ellas.

Comité técnico asesor

Coordinadoras: M^a del Mar Castellano Zurera, Sheila María Martín García y Sonia Nogueras Ruiz.

- Alfonso Murcia Laguna. Subdirector Económico-Administrativo y de Servicios Generales. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.
- Ana María Mora Banderas. Supervisora de Calidad del Hospital Universitario Costa del Sol. Málaga.
- Andrés Tornero Castillo. Responsable de Servicios Generales del Hospital Alto Guadalquivir. Andújar, Jaén.
- Antonio Luis Raya Serrano. Director de Enfermería. Hospital San Juan de Dios de Córdoba. Córdoba.
- Antonio Rodríguez Aguirre. Director Territorial de Calidad y Seguridad del Paciente. Quirónsalud (Andalucía).
- Daniel Jorge Costa Pinto. Modelo de Certificação do Ministério da Saúde Português. Departamento da Qualidade na Saúde da Direção-Geral da Saúde.
- Diego Núñez García. Subdirector Territorial Asistencial. Orden Hospitalaria de San Juan de Dios Provincia España.
- Isabel María de la Torre Gálvez. Coordinadora técnica de la Unidad de Calidad. Subdirección de Calidad. Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga.
- Jesús Sanz Mena. Ingeniero. Evaluador Externo. Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. Sevilla.
- Laura Córdoba Garrido. Responsable de Calidad. Área de Gestión Sanitaria Norte de Málaga. Málaga.
- Maria Gorete Freitas Lopes. Modelo de Certificação do Ministério da Saúde Português. Departamento da Qualidade na Saúde da Direção-Geral da Saúde.
- Mercedes Menchón Camacho. Directora de Calidad y Experiencia del Paciente. Hospital Victoria Eugenia de Cruz Roja Sevilla, Hospital Cruz Roja de Córdoba y Residencia de Mayores de Cruz Roja en San Fernando.
- Nieves Romero Rodríguez. Jefa de Sección de la Unidad de Gestión Clínica Cardiología. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.



- Pastora Pérez Pérez. Técnico Territorial Asistencial. Orden Hospitalaria de San Juan de Dios Provincia España.
- Víctor Fuentes Gómez. Responsable de la Unidad de Medicina Preventiva, Salud Pública y Calidad. Servicio de Medicina Preventiva, Salud Pública y Calidad. Hospital Universitario Costa del Sol. Málaga.

Nuestro especial agradecimiento a todos los miembros del comité por su colaboración con la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.



➤ **Validación de estándares del manual**

El manual de estándares ha sido validado por dos centros hospitalarios antes de su publicación. Nuestro especial agradecimiento a:

- Rosario Jiménez Caro. Referente de Calidad del Área de Gestión Sanitaria Osuna. Sevilla.
- Belén Cano Morales. Referente de Calidad del Hospital La Arruzafa. Córdoba.





Manual de Estándares
Centros Hospitalarios