



Manual de Estándares

Unidades de Gestión Sanitaria

ME 5 1_08

Manual de Estándares
Unidades de Gestión Sanitaria - ME 5 1_08

Septiembre 2022

Edita:
Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía

Estándares certificados por la International Society for Quality in Health Care External Evaluation Association (Isqua-IEEA)



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 las **unidades de gestión sanitaria** 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 2022, casi veinte años después, publicamos la **octava 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 primaria y hospitalaria, referentes de calidad de los centros sanitarios andaluces y evaluadores de los procesos de certificación. Además, hemos tenido la oportunidad de colaborar con otras organizaciones con un papel de primer orden en el sistema sanitario: asociación de pacientes, sociedad científica de calidad, referentes del Plan de Humanización y de la Estrategia de Seguridad del Paciente, y el servicio de Calidad de la Consejería de Salud y Consumo.

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 101 de la versión anterior a los 76 de la actual. Asimismo, el manual se presenta con un nuevo diseño y elementos gráficos. Los estándares se agrupan de forma novedosa en 3 bloques y 6 criterios, que ponen el foco en aspectos tan cruciales de la prestación de servicios sanitarios como son: **la gestión de la unidad**, 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 la unidad.

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

Contenido

Introducción	5
Ámbito del manual	7
Estructura de un estándar	8
Estructura del manual	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 de la unidad	17
Criterio 1: Liderazgo y organización de la unidad	18
Criterio 2: Gestión por procesos asistenciales	28
Bloque 2: Atención centrada en el paciente	32
Criterio 3: Derechos del paciente y continuidad asistencial	33
Criterio 4: Calidad científico-técnica	44
Bloque 3: Seguridad	50
Criterio 5: Seguridad del paciente	51
Criterio 6: Soporte	61
ANEXO I. Unidades con Laboratorios clínicos	70
ANEXO II. Unidades de Diagnóstico por la imagen	79
Control de modificaciones	88
Glosario	89
Comité Técnico Asesor	97
Validación de los estándares del manual	99
Revisión por grupos de interés	99

➤ 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. Las unidades sanitarias, 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.

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 aquellas unidades sanitarias que las **cumplen y demuestran**

¿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 aquellas unidades sanitarias que las cumplen y demuestran. También, pone en valor el compromiso de las unidades 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 las unidades sobre sus fortalezas y debilidades, favoreciendo e impulsando procesos de evaluación y mejora continua.



8 beneficios de la certificación



Los estándares son una **herramienta de ayuda a la gestión** eficiente y efectiva de la unidad y a la planificación de la calidad del servicio ofrecido



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

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



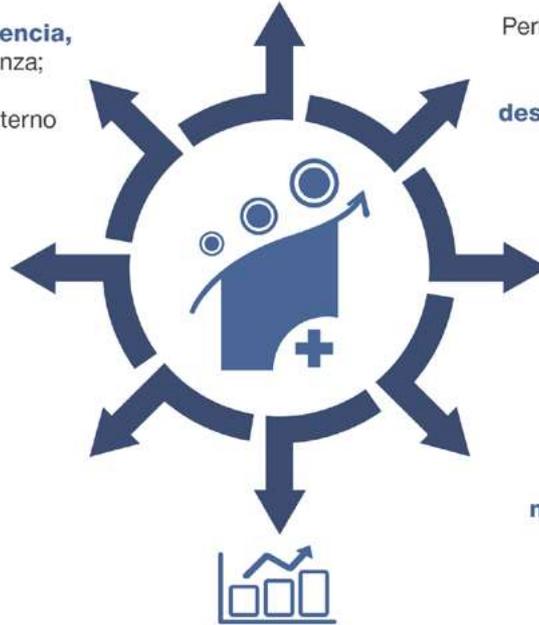
Entorno seguro para profesionales y pacientes

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**

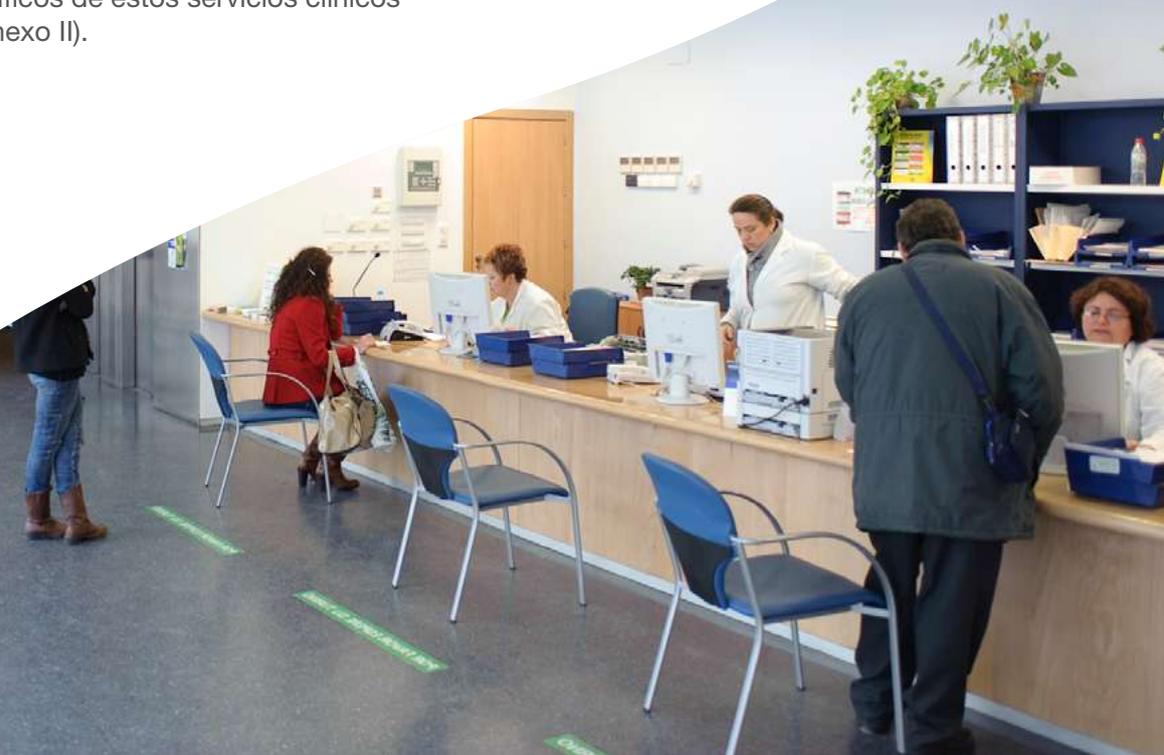
El ámbito de aplicación del presente manual lo constituyen las estructuras organizativas (unidades) que prestan los servicios clínico-asistenciales definidos en su cartera de servicios.

En el Servicio Andaluz de Salud (SAS), estas estructuras organizativas se denominan unidades de gestión sanitaria, pero este manual también tiene aplicación en estructuras organizativas similares que reciben diferentes nombres: unidades funcionales, servicios clínicos, unidades de salud, etc. Estas unidades dependen de una estructura superior (centro hospitalario, distrito sanitario, área de gestión sanitaria, etc.) que pone a su disposición unos servicios de soporte no asistenciales (mantenimiento de equipos electromédicos e instalaciones, limpieza, hostelería, lavandería, sistemas de información, etc.).

Con este manual se pueden certificar unidades de atención primaria, unidades médicas, unidades médico-quirúrgicas, unidades quirúrgicas, unidades de urgencias, unidades de farmacia hospitalaria, unidades de medicina preventiva, unidades de radiofísica y unidades de diagnóstico por la imagen. Quedan fuera de este ámbito las unidades de laboratorios clínicos, para las que existe un manual de estándares específico.

En algunos casos, la cartera de servicios de una unidad incluye, además de servicios asistenciales, servicios clínicos de apoyo al diagnóstico y tratamiento como laboratorio clínico y diagnóstico por la imagen. Para complementar los estándares del manual de unidades, se han desarrollado 2 anexos con estándares específicos de estos servicios clínicos de apoyo (anexo I y anexo II).

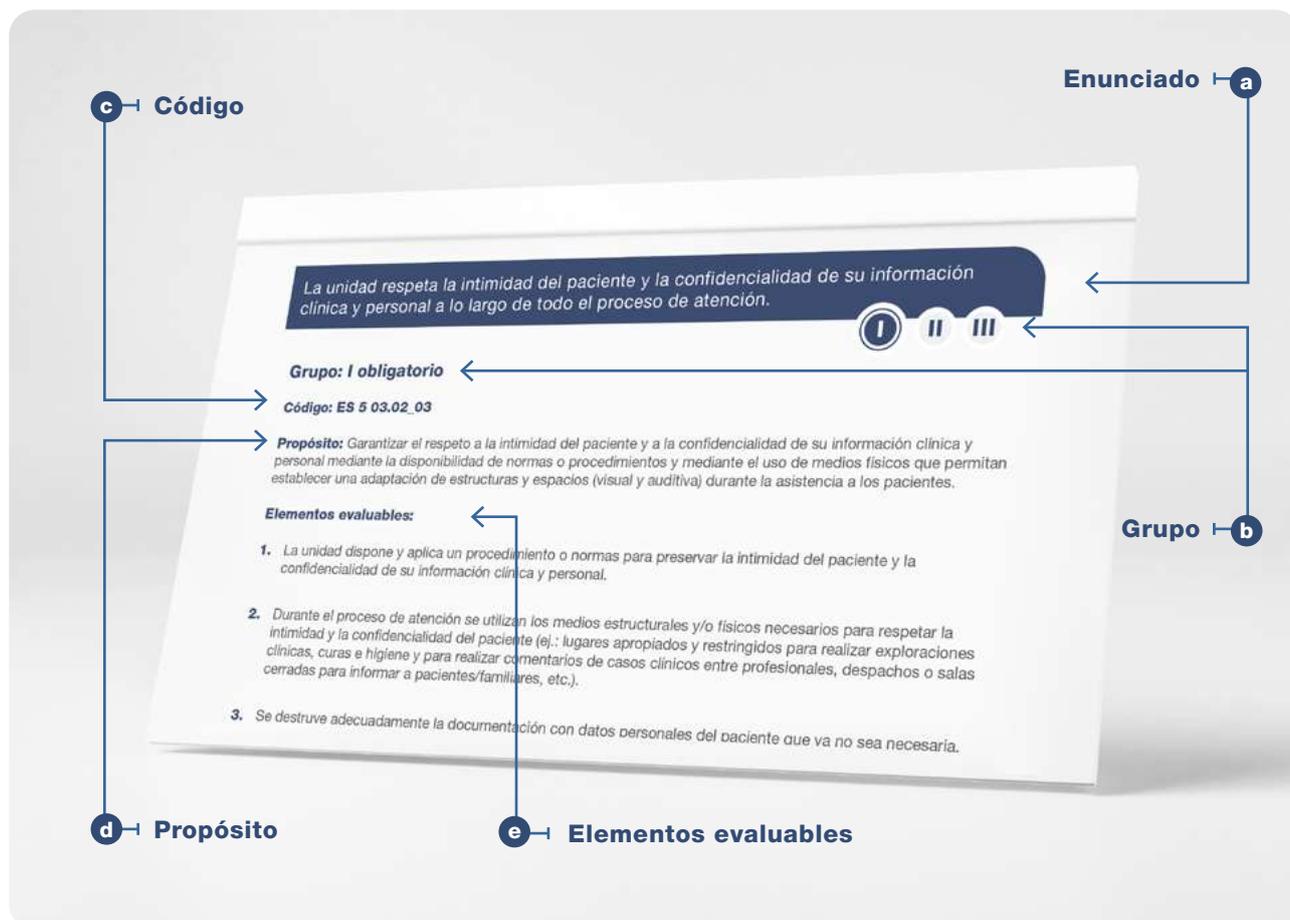
Con este manual se pueden certificar unidades de atención primaria, médicas, médico-quirúrgicas, quirúrgicas, de urgencias, de farmacia hospitalaria, de medicina preventiva, de radiofísica y unidades de diagnóstico por la imagen



➤ Estructura de un estándar

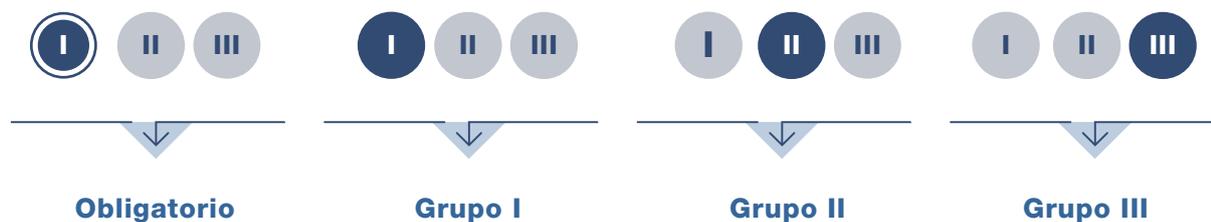
Un estándar es un elemento de medida con el que se evalúa la calidad de la unidad. Los estándares de ACSA son dicotómicos (se cumplen o no se cumplen) debiéndose cumplir todos los elementos evaluables que lo conforman para que el estándar se cumpla.

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 la unidad 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 la unidad 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 unidades de gestión sanitaria (manual número 5), que está ubicado en el criterio 3 (“Derechos del paciente y continuidad asistencial”), que es el segundo estándar de dicho criterio y que se ha revisado tres veces.

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 a la unidad 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, etc.



➤ Estructura del manual de estándares

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



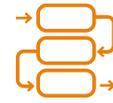
Bloque 1: Gestión de la unidad



Criterio 1

Liderazgo y organización de la unidad

Asegurar una organización eficiente de la unidad 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 asistenciales

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



Bloque 2: Atención centrada en el paciente



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.



Bloque 3: Seguridad



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 de la unidad** para reducir y controlar los riesgos, asegurando circuitos de **comunicación y coordinación** efectivos con los **servicios de soporte** de la institución 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 unidades de gestión sanitaria 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 las unidades sanitarias. A continuación, se describen las 4 fases del proceso:



Fase 1 Solicitud de certificación

El responsable de la unidad o centro puede solicitar el inicio o la renovación 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 la unidad. El responsable de ACSA contacta con el responsable de la unidad 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 de la unidad, lleva a cabo un ejercicio de análisis y reflexión interna sobre los estándares, identificando lo que la unidad hace (evidencias positivas) y lo que puede hacer para mejorar (áreas de mejora). Para facilitar el trabajo, ACSA pone a disposición de las unidades 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 la unidad, 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 a la unidad. 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 de la unidad cuente con el apoyo del responsable de ACSA y del referente de calidad de la institución, además de:

- Conocer el modelo de certificación y sus estándares.
- Asignar y coordinar responsabilidades y tareas al equipo de autoevaluadores.
- Establecer flujos de comunicación con diferentes estructuras de la institución.

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 todos los profesionales de la unidad. En primer lugar, el responsable de la unidad 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 la unidad muestre debilidades y seguir avanzando con el resto de estándares, según el objetivo marcado. El responsable de la unidad 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 la unidad (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 evaluadores cualificados por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía visita la unidad 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, acuerdos, planes, objetivos, resultados, entrevista a responsables de la unidad, etc.), estudio de la prestación real del servicio (historia de salud, registros, indicadores de procesos, entrevistas a profesionales de la unidad, 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 de la unidad 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 la unidad cuando el equipo evaluador toma la decisión de que uno o más estándares de carácter obligatorio no se cumplen. En un periodo máximo de 6 meses, la unidad 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 la unidad 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 la unidad se encuentra en fase de seguimiento. Se mantiene abierta la autoevaluación de seguimiento, permitiendo a la unidad poner en marcha su plan de mejora continua: 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 a la unidad 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 la unidad vuelva a comenzar el ciclo realizando una nueva solicitud.

Si durante el proceso de certificación de la unidad, ACSA tuviera conocimiento de la ocurrencia de un incidente de seguridad en dicha unidad, 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 a la unidad 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 de la
unidad**



Criterio 1

**Liderazgo y organización
de la unidad**



Criterio 2

**Gestión por procesos
asistenciales**

➤ **Criterio 1: Liderazgo y organización de la unidad**

Intención del criterio

El liderazgo efectivo de la unidad es fundamental para que su organización resulte eficiente y que la atención que se ofrezca a los pacientes sea excelente. La unidad debe estar alineada con la misión, visión, valores y objetivos de su institución, así como establecer canales de comunicación eficaces con las direcciones de la misma y con sus propios profesionales.

Los responsables de la unidad deben desarrollar iniciativas encaminadas a determinar la política y marco de referencia de calidad y facilitar y potenciar el trabajo de los profesionales con objeto de cumplir los objetivos planteados, mejorar los resultados alcanzados y mejorar la calidad de sus servicios.

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, procesos, actividad, accesibilidad, presupuesto, seguridad, etc. Además, conocer el grado de satisfacción de los pacientes, de los profesionales y de los clientes internos permitirá la identificación de áreas de mejora y el establecimiento de planes de acción para mejorar la calidad de la unidad.

El abordaje de los siguientes estándares ayudará a las unidades a:

- Potenciar la figura del director/a de la unidad, apoyando su papel de liderazgo participativo, dotándole de mayor capacidad ejecutiva para distribuir las actividades y mayor autonomía en la toma de decisiones.
- Impulsar un estilo de liderazgo democrático, estableciendo fórmulas que permitan la participación de los profesionales en la Dirección de la unidad, promoviendo la autonomía y la responsabilidad de los mismos en la gestión de los servicios.
- 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 de la unidad y realizar un control eficiente y sistemático de toda su documentación.
- Seleccionar aquellos indicadores que deben formar parte del cuadro de mando de la unidad, 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 en la unidad, a partir del conocimiento de las necesidades y expectativas de pacientes y familiares, de profesionales y de clientes internos.
- Resolver las sugerencias y reclamaciones de los pacientes y sus familiares en relación a la atención recibida.



La unidad tiene definido su modelo de gobierno clínico.



Grupo: I

Código: ES 5 01.01_01

Propósito: Definir el modelo organizativo de la unidad para garantizar la toma de decisiones y su implementación, la relación y la comunicación interna eficiente, para así poder lograr sus objetivos y mantener la adecuada coordinación con las diferentes direcciones de su institución.

Elementos evaluables:

1. La unidad tiene descrito su modelo de gobierno clínico (director/a de la unidad, composición del Comité de Dirección, coordinador/a de cuidados, otros cargos intermedios, etc.), sus responsabilidades, el mecanismo de toma de decisiones, los canales formales establecidos para la comunicación interna y la coordinación con las direcciones de su institución (Gerencia, Dirección Médica, Dirección de Enfermería, etc.).
2. La Dirección de la unidad determina los canales por los que sus profesionales pueden comunicar los problemas de organización y funcionamiento que identifican, así como las propuestas de mejora a los mismos.
3. Las decisiones tomadas en el Comité de Dirección de la unidad se recogen en actas o similar y se difunden entre los profesionales a través de los canales formales establecidos (ej.: reuniones de equipo, boletines de comunicación interna, entrevistas con responsables, etc.).

La unidad evalúa periódicamente los objetivos pactados con su institución e implica a los profesionales en su consecución.



Grupo: I obligatorio

Código: ES 5 01.02_03

Propósito: Evaluar los objetivos pactados con la institución, alineados con su misión, visión y valores. Implicar a los profesionales en la consecución de los mismos estableciendo, de forma participativa, objetivos individuales.

Elementos evaluables:

1. La unidad evalúa, al menos semestralmente, el cumplimiento de los objetivos pactados con su institución (acuerdo de gestión clínica). En caso de que algunos objetivos no alcancen el nivel de cumplimiento mínimo definido, la unidad identifica áreas de mejora.
2. La unidad implica a los profesionales en la consecución de los objetivos pactados con su institución mediante el establecimiento de objetivos individuales. Los objetivos individuales están documentados, son conocidos por los profesionales y se monitorizan.



La unidad dispone de un cuadro de mando que le aporta la información necesaria para la toma de decisiones.



Grupo: I obligatorio

Código: ES 5 01.03_01

Propósito: Disponer de manera unificada y resumida de los indicadores relevantes que la unidad monitoriza para la toma de decisiones en base a resultados, además de los contemplados en su acuerdo de gestión clínica. 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. La unidad dispone de un cuadro de mando con, al menos, indicadores de actividad, procesos asistenciales, seguridad del paciente, uso racional del medicamento, tiempos de respuesta y resultados en salud (además de los contemplados en su acuerdo de gestión clínica). Para cada indicador se ha definido su nivel mínimo de cumplimiento u objetivo.
2. La unidad ha definido un plan de monitorización que contempla: la frecuencia de las mediciones de los indicadores de la unidad, los responsables y las fuentes de procedencia de datos (ej.: auditorías de historias de salud, evaluaciones internas, sistemas de información, etc.).
3. La unidad monitoriza los indicadores de acuerdo a la frecuencia definida y evalúa los resultados obtenidos, identificando mejoras en caso necesario e informando a los profesionales de las mismas.

La unidad cumple los objetivos presupuestarios pactados con la institución.



Grupo: I obligatorio

Código: ES 5 01.04_03

Propósito: Cumplir los objetivos presupuestarios pactados con la institución. Realizar un seguimiento y control periódico del grado de cumplimiento de los mismos para corregir a tiempo las posibles desviaciones e informar a la Dirección de la institución.

Elementos evaluables:

1. La unidad cumple los objetivos presupuestarios pactados con la institución (personal, fungibles y productos sanitarios, farmacia).
2. En caso de producirse una desviación del presupuesto asignado, la unidad comunica a la Dirección de la institución las causas que la han ocasionado, así como las acciones correctivas a realizar.



La unidad dispone de un sistema de gestión documental.



Grupo: I

Código: ES 5 01.05_00

Propósito: Planificar y controlar de un modo eficiente y sistemático la creación, el mantenimiento, la utilización y la disposición de los documentos de la unidad.

Elementos evaluables:

1. La unidad dispone de un responsable de la documentación necesaria para que su gestión sea eficaz y eficiente (ej.: procedimientos, protocolos, guías, planes de cuidados, de seguridad, registros y cualquier otra documentación necesaria) y tiene definidos los plazos de actualización de dicha documentación.
2. Los documentos de la unidad están indexados y se mantienen actualizados. Los documentos contienen, al menos, fecha de elaboración/revisión y profesional responsable de su elaboración.
3. Los documentos de la unidad están accesibles para los profesionales en cualquier momento y lugar.

La unidad ha elaborado un plan de calidad.



Grupo: I

Código: ES 5 01.06_02

Propósito: Definir los niveles de calidad que ha de alcanzar la unidad en consonancia con las principales líneas del plan de calidad de la institución y con las necesidades y expectativas de sus pacientes, familiares, profesionales y otras unidades. Hacer partícipes a los profesionales de la unidad en la elaboración e implantación de dicho plan, contribuyendo a promover y mejorar la cultura de la calidad.

Elementos evaluables:

1. La unidad define e implanta un plan de calidad, que contempla su vigencia, responsabilidades, objetivos, líneas de trabajo e indicadores para su evaluación.
2. Los profesionales de la unidad conocen el plan de calidad y han participado en su elaboración e implantación.



La unidad lleva a cabo auditorías internas para comprobar el grado de cumplimiento de su plan de calidad.



Grupo: II

Código: ES 5 01.07_00

Propósito: Realizar una planificación y ejecución de auditorías internas que permitan a la unidad conocer el nivel de calidad de sus servicios, identificando incidencias en la implantación del plan de calidad.

Elementos evaluables:

1. La Dirección de la unidad 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 y los listados de chequeo a utilizar.
2. La unidad 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 de la unidad 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.

La unidad elabora y difunde una memoria anual de actividades.



Grupo: II

Código: ES 5 01.08_02

Propósito: Elaborar un documento anual que refleje los resultados de las principales líneas de actividad y resultados de la unidad y difundirlo, como ejercicio de transparencia.

Elementos evaluables:

1. La unidad elabora una memoria anual de las actividades realizadas en el último ejercicio que incluya, al menos, aspectos de actividad, formación, investigación y resultados (ej.: clínicos, satisfacción, tiempos de respuesta, etc.).
2. La memoria anual de actividades se difunde a los profesionales, a los usuarios de la unidad y a la ciudadanía.



La unidad compara sus resultados con los de otras unidades y/o con los que se consideran mejores del sector.



Grupo: III

Código: ES 5 01.09_03

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

Elementos evaluables:

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

La unidad ha definido las funciones y responsabilidades de los puestos de trabajo.



Grupo: I obligatorio

Código: ES 5 01.10_02

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

Elementos evaluables:

1. La unidad tiene identificados los puestos de trabajo que la integran (ej.: director/a, coordinador/a de cuidados, enfermera de hospitalización, enfermera de quirófano, auxiliar de enfermería, etc.) y las funciones y responsabilidades de los mismos.
2. Los profesionales de la unidad conocen sus funciones y responsabilidades.
3. La unidad dispone de un plan de acogida para los nuevos profesionales que se incorporan a la misma, que incluye entre otros las funciones y responsabilidades para facilitar su incorporación al puesto de trabajo.



La Dirección de la unidad gestiona sus recursos humanos de la forma más eficaz posible.



Grupo: II

Código: ES 5 01.11_00

Propósito: Analizar y organizar los recursos humanos de la unidad en base a su actividad, a la inclusión de nuevos servicios, tecnologías, etc., asignando los profesionales más apropiados teniendo en cuenta las funciones y responsabilidades de los puestos de trabajo.

Elementos evaluables:

1. Los responsables de la unidad analizan periódicamente los recursos humanos que tienen disponibles en cuanto al número y a la categoría profesional.
2. Los responsables de la unidad evalúan anualmente el desempeño de las funciones y responsabilidades por parte de los profesionales, identificando mejoras para fortalecer sus competencias (ej.: entrevistas de desarrollo profesional).
3. Los responsables de la unidad asignan los profesionales más adecuados para desarrollar las funciones y responsabilidades necesarias para dar respuesta a la actividad que se presta, a la aplicación de nuevas tecnologías, servicios o equipos especializados y en cualquier momento, incluyendo periodos vacacionales, picos asistenciales, etc.

La unidad elabora un plan de formación en función de las necesidades formativas de los profesionales y de sus objetivos estratégicos.



Grupo: I

Código: ES 5 01.12_04

Propósito: Detectar las necesidades formativas de los profesionales para definir un plan de formación que ayude a adquirir, actualizar o desarrollar sus competencias y a alcanzar los objetivos estratégicos de la unidad.

Elementos evaluables:

1. La unidad utiliza una herramienta para detectar periódicamente las necesidades formativas de sus profesionales (ej.: entrevista, cuestionario, etc.) y analiza dichas necesidades para desarrollar un plan de formación teniendo en cuenta, además, sus objetivos estratégicos.
2. La unidad dispone de un plan anual o plurianual de formación que permite el desarrollo de habilidades científico-técnicas, habilidades de humanización, habilidades en comunicación, conocimiento en problemas de salud emergentes, etc.



La unidad explora y analiza la satisfacción percibida por sus pacientes, familiares y/o cuidadores.



Grupo: I obligatorio

Código: ES 5 01.13_03

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

Elementos evaluables:

1. La unidad utiliza encuestas de satisfacción para conocer la opinión y percepción de sus pacientes, familiares y/o cuidadores sobre la calidad de la atención recibida incluyendo, al menos, aspectos de accesibilidad, intimidad, confort, trato, información, confidencialidad y limpieza.
2. La unidad dispone anualmente de datos de satisfacción de sus pacientes, familiares y/o cuidadores, los analiza e implanta las mejoras necesarias para aumentar su satisfacción.

La unidad utiliza las reclamaciones como fuente de información para la mejora de su organización y funcionamiento.



Grupo: I obligatorio

Código: ES 5 01.14_02

Propósito: Gestionar las reclamaciones de acuerdo a la normativa vigente y utilizar la información derivada del análisis de las mismas para identificar e incorporar mejoras en el funcionamiento de la unidad, así como para resolver las actuaciones que de estas se puedan derivar.

Elementos evaluables:

1. Las reclamaciones recibidas en la unidad se contestan en tiempo y forma según la normativa vigente.
2. Al menos anualmente se analizan el número, motivos y plazos de respuesta de las reclamaciones recibidas y se implantan las mejoras oportunas en caso necesario.



La unidad adopta un papel de captación activa de las sugerencias realizadas por los pacientes, familiares y/o cuidadores para la mejora continua de su organización.



Grupo: II

Código: ES 5 01.15_02

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

Elementos evaluables:

1. La unidad utiliza canales de expresión de sugerencias de pacientes, familiares y/o cuidadores (ej.: redes sociales, buzones de sugerencias, correo electrónico, comentarios libres en las encuestas de satisfacción, grupos focales, reuniones con asociaciones de pacientes, etc.) y fomenta su uso.
2. La unidad analiza anualmente las sugerencias recogidas e implanta las mejoras que dependen de su ámbito de responsabilidad.

La unidad utiliza el clima laboral como un elemento de desarrollo organizativo.



Grupo: II

Código: ES 5 01.16_02

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

Elementos evaluables:

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



La unidad analiza la satisfacción percibida por sus clientes internos e implanta mejoras.



Grupo: III

Código: ES 5 01.17_00

Propósito: Conocer y analizar la satisfacción de los profesionales de otras unidades como elemento imprescindible en la mejora de los servicios que les presta la unidad.

Elementos evaluables:

1. La unidad utiliza encuestas de satisfacción para sus principales clientes internos (ej.: atención primaria, especialidades médicas, especialidades quirúrgicas, laboratorio, farmacia, centros sociosanitarios, etc.).
2. La unidad dispone anualmente de datos de satisfacción de sus principales clientes internos y los analiza, identificando aquellos aspectos que proporcionan menor satisfacción (ej.: comunicación, accesibilidad, resolución de interconsultas, recepción de resultados e informes, etc.).
3. La unidad planifica e implanta las mejoras necesarias para aumentar la satisfacción de sus clientes internos.



Bloque 1: Gestión de la unidad
Criterio 1: Liderazgo y organización de la unidad

➤ **Criterio 2: Gestión por procesos asistenciales**

Intención del criterio

La intención del siguiente grupo de estándares es garantizar un modelo de atención sanitaria basada en la gestión por procesos asistenciales, aportando a la unidad 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, con la finalidad de incrementar el nivel de salud y el grado de satisfacción de la población que recibe los servicios de la unidad y mejorar la calidad de sus servicios.

El abordaje de los siguientes estándares ayudará a las unidades a:

- Identificar sus principales procesos asistenciales, organizar equipos responsables de los mismos y definir la secuencia de actividades que componen cada proceso, teniendo en cuenta las necesidades de los pacientes en la medida de lo posible, el entorno y los recursos disponibles.
- Realizar una gestión horizontal, centrando la atención en el paciente y en garantizar la continuidad asistencial.
- Disminuir la variabilidad, eliminar ineficiencias asociadas a la repetitividad de actividades y optimizar la utilización de recursos.
- Analizar y medir los resultados de la capacidad y eficacia de cada proceso asistencial, 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.





Grupo: I obligatorio

Código: ES 5 02.01_04

Propósito: Identificar los procesos asistenciales a implantar para reducir la variabilidad, mejorar la coordinación entre diferentes ámbitos y eliminar las ineficiencias que puedan generarse; asignar responsables, describir las actividades que componen cada proceso y seleccionar los indicadores para su evaluación.

Elementos evaluables:

1. La unidad identifica los procesos asistenciales que debe implantar atendiendo a criterios como: casuística más frecuente, alta prevalencia, morbi-mortalidad importante, etc. Las unidades de atención primaria implantarán, al menos, tres procesos asistenciales.
2. Para la implantación de cada proceso asistencial, la unidad:
 - 2.1 Asigna un responsable.
 - 2.2 Describe la secuencia de actividades que lo componen contemplando quién, cómo, cuándo y dónde se realizan éstas.
 - 2.3 Selecciona los indicadores a medir, incorporándolos a su cuadro de mando para su monitorización.
3. Unidades que incluyen un laboratorio clínico en su cartera de servicios: se implanta el proceso de laboratorios clínicos (responsable, secuencia de actividades e indicadores).
4. Unidades de diagnóstico por la imagen: se implanta el proceso de técnicas de imagen (responsable, secuencia de actividades e indicadores).
5. La unidad que no es propietaria de procesos asistenciales (ej.: farmacia hospitalaria, medicina preventiva, etc.) tiene definidas las actuaciones que realiza en cada uno de los procesos asistenciales en los que participa y los indicadores a medir, incorporándolos a su cuadro de mando para su monitorización.



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



Grupo: I

Código: ES 5 02.02_03

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. La unidad cumple los objetivos propuestos en los indicadores de los procesos asistenciales que tiene implantados o en los que participa.
2. La unidad define nuevos objetivos mínimos a alcanzar para sus indicadores de procesos asistenciales o selecciona nuevos indicadores de procesos asistenciales.

La unidad selecciona el tratamiento farmacológico y/o quirúrgico de los procesos asistenciales que tiene implantados y evalúa el grado de adhesión de los profesionales a los mismos.



Grupo: II

Código: ES 5 02.03_03

Propósito: Seleccionar el tratamiento farmacológico y/o quirúrgico de los procesos asistenciales en base a la mejor evidencia científica e incorporarlo a la práctica clínica, asegurando que los pacientes reciben el tratamiento más adecuado a sus necesidades clínicas. Evaluar la adherencia de los profesionales a dichos tratamientos.

Elementos evaluables:

1. La unidad selecciona el tratamiento farmacológico (fármaco de primera elección, posología y vía de administración) y/o quirúrgico de los procesos asistenciales que tiene implantados y los profesionales los conocen.
2. La unidad realiza auditorías periódicas, al menos anuales, para conocer el grado de adhesión de los profesionales al tratamiento farmacológico y/o quirúrgico de los procesos asistenciales y analiza los resultados, identificando áreas de mejora en caso necesario.
3. La unidad comunica a los profesionales los resultados obtenidos y las áreas de mejora identificadas.



La unidad mejora la eficiencia de sus procesos asistenciales.



Grupo: II

Código: ES 5 02.04_00

Propósito: Optimizar el funcionamiento de los procesos asistenciales implantados en la unidad o en los que participa, mejorando la calidad de la atención prestada.

Elementos evaluables:

1. La unidad 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. La unidad utiliza herramientas de calidad (ej.: Diagrama de Ishikawa, los 5 porqués, etc.) para identificar las causas de las ineficiencias encontradas.
3. La unidad realiza los cambios necesarios para mejorar el funcionamiento de los procesos asistenciales implantados o propone los cambios que considera oportunos en los procesos asistenciales en los que participa.

La unidad tiene en cuenta la experiencia del paciente en la mejora de los procesos asistenciales.



Grupo: III

Código: ES 5 02.05_00

Propósito: Conocer cómo están funcionando los procesos asistenciales de la unidad desde el punto de vista del paciente, identificando todo aquello que no le aporta valor.

Elementos evaluables:

1. La unidad analiza, junto al paciente, el flujo de actividades de un proceso asistencial identificando todo aquello que dificulta su normal desarrollo y que no le aporta valor (ej.: burocracia y esperas excesivas, pruebas diagnósticas innecesarias, dificultades de acceso, etc.).
2. La unidad planifica e implanta las mejoras necesarias para optimizar el funcionamiento del proceso asistencial.
3. La unidad evalúa los resultados en salud basados en la percepción del propio paciente (medidas de resultados informadas por los pacientes (PROM)), identifica áreas de mejora y las planifica.



Bloque 1: Gestión de la unidad
Criterio 2: Gestión por procesos asistenciales



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 humanización de la salud permite avanzar en la excelencia y la calidad de la atención sanitaria ofrecida a la ciudadanía, salvaguardando la dignidad de las personas, así como sus derechos.

La coordinación y comunicación entre las unidades 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 las unidades a:

- Determinar las iniciativas a implementar para mejorar la humanización de la asistencia sanitaria.
- 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 la unidad.
- 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.
- Racionalizar las pruebas diagnósticas y las medidas terapéuticas.
- 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.



La unidad planifica e implementa acciones que promueven la mejora de la humanización de la asistencia sanitaria.



Grupo: I

Código: ES 5 03.01_00

Propósito: Incorporar acciones de humanización en la unidad que permitan ofrecer una respuesta asistencial adecuada y de excelencia.

Elementos evaluables:

1. La unidad realiza un análisis periódico de las necesidades en relación con la humanización de la asistencia sanitaria que presta.
2. La unidad identifica acciones concretas para promover la mejora de la humanización de la asistencia sanitaria que presta (ej.: habilitación de espacios de descanso adecuados para profesionales, espacios físicos y actividades de ocio para menores ingresados, etc.).
3. La unidad planifica e implementa las acciones concretas identificadas.

La unidad 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 5 03.02_03

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. La unidad 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.



La unidad informa a los pacientes de todos los aspectos relacionados con su problema de salud.



Grupo: I obligatorio

Código: ES 5 03.03_03

Propósito: Garantizar que el paciente disponga, de modo adecuado a sus posibilidades de comprensión, de la información necesaria para poder entender su problema de salud. 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 salud (ej.: finalidad de cada procedimiento diagnóstico/terapéutico, riesgos, resultados del tratamiento, preparación previa ante toma de muestras especiales, medidas de control definidas por salud pública en caso de sospecha o caso confirmado de enfermedad de declaración obligatoria, 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. Unidades de atención hospitalaria: la unidad tiene organizada la transmisión de la información clínica a pacientes y familiares (ej.: lugares y horarios establecidos para informar, profesionales que informan, etc.).
4. Unidades de atención hospitalaria: en consultas y al alta hospitalaria, 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.



La unidad utiliza el formulario de consentimiento informado ante intervenciones con criterios intrínsecos de riesgo.



Grupo: I obligatorio

Código: ES 5 03.04_03

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. La unidad dispone de una relación actualizada de los procedimientos de su cartera de servicios que requieren consentimiento informado por escrito y es conocida por sus profesionales.
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 al paciente. En pacientes menores de edad o en condiciones de incapacitación, se deja constancia en su historia de la persona que decide (tutor o representante legal) tras haberse aplicado el procedimiento que requiere el consentimiento informado.
4. La unidad 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, constancia registral de entrega al paciente, etc.). En caso de encontrarse desviaciones, se determinan las mejoras pertinentes y se difunden a los profesionales.



La unidad garantiza el cumplimiento de la voluntad vital anticipada del paciente.



Grupo: I obligatorio

Código: ES 5 03.05_03

Propósito: Asegurar el derecho de las personas a tomar y revocar decisiones sobre su propio proceso asistencial relacionadas con la continuación o interrupción del mantenimiento vital y la asistencia al final de su vida, o sobre el destino de su cuerpo o de los órganos del mismo una vez ocurrido el fallecimiento. Se dispone, para ello, de procedimientos que permiten a los profesionales conocer y aplicar los cuidados y el tratamiento según el contenido de la voluntad vital anticipada del paciente, así como identificar, llegado el caso, al representante que ha de servir como interlocutor suyo con el médico o el equipo sanitario para procurar el cumplimiento de la misma.

Elementos evaluables:

1. Los profesionales médicos y de enfermería de la unidad conocen cómo consultar el registro de voluntad vital anticipada del paciente.
2. Se dispone de canales de comunicación (ej.: web, cartelería, folletos, trípticos, etc.) para informar y dar a conocer a las personas cómo realizar su voluntad vital anticipada.

La unidad 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 5 03.06_03

Propósito: Conocer las preferencias, necesidades y vivencias del paciente y capacitarlo 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. La unidad dispone de herramientas de ayuda a la toma de decisiones elaboradas por organismos nacionales o internacionales o por la propia unidad, en base a la mejor evidencia científica disponible.
2. Los profesionales conocen y utilizan las herramientas de ayuda a la toma de decisiones disponibles en la unidad y registran su uso en la historia de salud, como parte de la información generada durante la asistencia del paciente.



La unidad garantiza la resolución de los conflictos éticos surgidos en el proceso de atención sanitaria.



Grupo: I obligatorio

Código: ES 5 03.07_03

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. La unidad dispone y aplica un procedimiento en el que se describe cómo realizar consultas y dudas de índole ético al Comité de Ética Asistencial de referencia.
2. La unidad difunde las recomendaciones del Comité de Ética Asistencial de referencia a sus profesionales.

La unidad lleva a cabo acciones que mejoran la accesibilidad de los pacientes, familiares y/o cuidadores a sus servicios.



Grupo: I obligatorio

Código: ES 5 03.08_02

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

Elementos evaluables:

1. La unidad desarrolla mecanismos para facilitar la accesibilidad de los pacientes, familiares y/o cuidadores a sus servicios (ej.: atención telefónica, circulación de pacientes, adaptación de horarios, citación *online*, recordatorios de citas, atención en el domicilio, consultas de acto único, etc.).
2. La unidad proporciona información actualizada sobre su estructura y funcionamiento a través de canales de comunicación (ej.: web, redes sociales, guía de usuarios, etc.). La información difundida, al menos, comprende: cartera de servicios, derechos y deberes, localización de la unidad, horarios de atención, correo electrónico y teléfonos de contacto.



La unidad 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 5 03.09_03

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

Elementos evaluables:

1. Unidades de atención hospitalaria: la unidad 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. Unidades de atención primaria: la unidad cumple los tiempos de respuesta que ha definido (ej.: tiempos medios de respuesta de consulta médica y de consulta telefónica, etc.).
3. La unidad define nuevos objetivos mínimos a alcanzar para los tiempos de respuesta o nuevos indicadores relacionados con los tiempos de respuesta.

La unidad garantiza la existencia de una historia de salud única por paciente.



Grupo: I obligatorio

Código: ES 5 03.10_03

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. La unidad ha seleccionado los identificadores unívocos a utilizar para identificar la información clínica de la persona y son utilizados correctamente por los profesionales.
2. Los profesionales conocen las normas de registro de la historia de salud establecidas por la institución y las aplican para evitar duplicidades o pérdidas de información. En caso de detectar duplicidades u otros errores de identificación, los profesionales las comunican a los responsables para su fusión o corrección.
3. La información generada en cada episodio queda registrada en la historia de salud del paciente. En el caso de que exista alguna documentación clínica que no se incorpore a la historia en el momento de generarla (ej.: actividad asistencial desarrollada fuera de la unidad como atención domiciliaria, urgencias u otras), esta se identifica con los identificadores seleccionados y se integra posteriormente a la historia.



La unidad evalúa periódicamente el nivel de calidad y cumplimentación de las historias de salud.



Grupo: I obligatorio

Código: ES 5 03.11_02

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

Elementos evaluables:

1. La unidad ha definido 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 a la persona.
2. La unidad realiza auditorías, al menos anuales, de las historias de salud en base a los criterios de calidad definidos, analizando los resultados e identificando áreas de mejora en caso necesario.
3. La unidad difunde a los profesionales los resultados obtenidos y las áreas de mejora identificadas.

La unidad establece un plan asistencial adecuado a las necesidades del paciente.



Grupo: I obligatorio

Código: ES 5 03.12_02

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. La unidad informa de manera sistemática a los pacientes, familiares y/o cuidadores sobre quiénes son sus profesionales de referencia. Los profesionales están debidamente identificados de acuerdo a la política corporativa de la institución, 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, valores, creencias, situación social, etc.) y, en caso necesario, de su cuidador.
3. Se establece un plan asistencial del paciente que se documenta en su historia de salud, estableciendo los cuidados y el plan terapéutico necesarios. El plan asistencial se actualiza en función de la evolución y nuevas necesidades del paciente.
4. Los profesionales responsables del paciente informan al paciente, familiares y/o cuidadores del plan asistencial y de sus actualizaciones.



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



Grupo: I

Código: ES 5 03.13_02

Propósito: Facilitar que el paciente y/o su cuidador accedan a los recursos de apoyo que necesitan e informarles sobre su uso adecuado.

Elementos evaluables:

1. La unidad 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 (ej.: nutrición, material ortoprotésico, ayuda a domicilio, servicio residencial, cuidados paliativos, atención al duelo, talleres de apoyo emocional, asociaciones, etc.).
2. La unidad registra en la historia de salud la información facilitada y/o los recursos proporcionados.

La unidad identifica a los pacientes que tienen un mayor riesgo de incumplimiento de su plan asistencial.



Grupo: I

Código: ES 5 03.14_02

Propósito: Identificar a los pacientes con mayor riesgo de incumplimiento de su plan asistencial para intervenir, adoptando medidas que eviten o disminuyan dicho riesgo.

Elementos evaluables:

1. La unidad identifica a los pacientes con mayor riesgo de incumplimiento de su plan asistencial previsto (ej.: no colaboradores, dependientes, vulnerables, mayores, con restricción de movilidad, etc.).
2. La unidad registra en la historia de salud del paciente los riesgos que pueden interrumpir su plan asistencial y las medidas adoptadas para minimizarlo.



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



Grupo: I

Código: ES 5 03.15_03

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 a la unidad.

Elementos evaluables:

1. La unidad registra las desprogramaciones y suspensiones de actividad programada (consultas, pruebas diagnósticas o intervenciones quirúrgicas) que se producen y las causas que las han originado.
2. La unidad analiza periódicamente las desprogramaciones y suspensiones ocurridas (número y causas) para identificar áreas de mejora encaminadas a disminuirlas.
3. Las mejoras identificadas e implementadas son difundidas a los profesionales.

La unidad ha definido y consensado con otras unidades los criterios de derivación de los pacientes.



Grupo: II

Código: ES 5 03.16_00

Propósito: Garantizar la continuidad del proceso asistencial del paciente mediante la definición y consenso de los criterios de derivación entre la unidad y otros dispositivos o unidades asistenciales. Evaluar el cumplimiento de dichos criterios para implantar mejoras que redunden en una mayor eficiencia de la asistencia y en el uso de recursos.

Elementos evaluables:

1. La unidad ha definido y consensado los criterios de derivación con aquellas unidades a las que deriva y de las que recibe un mayor número de pacientes.
2. Unidades de atención hospitalaria: la unidad realiza evaluaciones, al menos, anuales de las derivaciones que recibe de atención primaria y del ámbito hospitalario, para identificar mejoras en el cumplimiento de los criterios de derivación consensuados e informa de los resultados obtenidos a las unidades correspondientes.
3. La unidad conoce el número de derivaciones que realiza y el cumplimiento de los criterios de derivación; utiliza dicha información para identificar e implantar mejoras (ej.: formación, planificación de recursos, accesibilidad a pruebas diagnósticas, etc.) que difunde a los profesionales.



La unidad realiza interconsultas a otras unidades para garantizar la continuidad del proceso asistencial del paciente.



Grupo: II

Código: ES 5 03.17_00

Propósito: Resolver los problemas de salud del paciente de la forma más rápida, segura y eficiente posible en caso de que se exceda la capacidad de resolución asistencial de la unidad, necesitando del apoyo y conocimiento de otros profesionales del sistema sanitario.

Elementos evaluables:

1. Los profesionales de la unidad realizan interconsultas (hojas de interconsultas, interconsultas virtuales, electrónicas, telefónicas, etc.) a otras unidades para resolver los problemas de salud de los pacientes cuando se requiera, proporcionando la información necesaria para ello.
2. La unidad dispone de indicadores para conocer cuantitativa y cualitativamente las interconsultas realizadas y/o recibidas (ej.: número total de interconsultas, primeras interconsultas, revisiones, distribución según unidad solicitante, motivos de las interconsultas, tiempo medio de respuesta, etc.).
3. Unidades de atención hospitalaria: la unidad destina profesionales y espacios de tiempo a la resolución de las interconsultas recibidas y analiza la calidad de las mismas, en función a unos criterios definidos (ej.: información necesaria para realizar la interconsulta como anamnesis, exploración, pruebas complementarias, pruebas diagnósticas, etc.). En caso necesario, se contacta con las unidades solicitantes para proporcionarles la información/formación necesaria para mejorar la calidad de las interconsultas que realizan.



➤ **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 la unidad 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.

La unidad debe disponer y 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 de la institución.

El abordaje de los siguientes estándares ayudará a las unidades 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 de la unidad, 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 de la institución para la correcta aplicación de la evidencia científica.
- Impulsar programas de promoción y educación para la salud.
- 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.



La unidad garantiza una atención sanitaria de calidad mediante prácticas basadas en la evidencia.



Grupo: I

Código: ES 5 04.01_03

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

Elementos evaluables:

1. La unidad identifica anualmente aquellos procesos de atención sanitaria en los que existe mayor variabilidad de la práctica clínica.
2. La unidad 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).
3. Los protocolos, guías de práctica clínica, etc. incorporan la mejor evidencia disponible según corresponda (grado de recomendación o nivel de evidencia, normativa, bibliografía), son aprobados formalmente, se implementan en la unidad y se actualizan periódicamente en función de la nueva evidencia disponible.

La unidad evalúa el nivel de adherencia de los profesionales a las recomendaciones sobre la práctica clínica implantadas en la unidad.



Grupo: II

Código: ES 5 04.02_02

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

Elementos evaluables:

1. La Dirección de la unidad 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. La unidad difunde a los profesionales los resultados obtenidos y las áreas de mejora identificadas en caso necesario.



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

Los profesionales de la unidad colaboran en los Comités y Comisiones de la institución según su ámbito de conocimiento y aplican sus recomendaciones, decisiones y protocolos.



Grupo: I

Código: ES 5 04.03_00

Propósito: Participar en los Comités y Comisiones de la institución 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 de la unidad participan en algún/os Comités y Comisiones de su institución (ej.: Calidad, Trasplantes, Nutrición, Ética, Infecciones, Farmacia y Terapéutica, Seguridad, Humanización, etc.) y en la elaboración y/o difusión de las recomendaciones, decisiones y protocolos adoptados.
2. Los profesionales de la unidad aplican las recomendaciones, decisiones y protocolos adoptados por los Comités/Comisiones de su institución.

La unidad realiza actividades de prevención primaria y secundaria basadas en la mejor evidencia disponible.



Grupo: II

Código: ES 5 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. La unidad 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. La unidad realiza actividades de prevención primaria y/o secundaria (ej.: campañas de vacunación, quimioprofilaxis, consejos sobre hábitos de vida saludable, programas de cribado o detección, etc.).



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

La unidad realiza actividades de prevención terciaria basadas en la mejor evidencia disponible.



Grupo: I

Código: ES 5 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 valoran las necesidades de salud del paciente y le proporcionan la información en materia de promoción de la salud que requiere para mejorar su calidad de vida (ej.: educación diabetológica, hábitos alimentarios, deshabituación tabáquica, ejercicios físicos de rehabilitación, cuidados de heridas quirúrgicas, etc.).
2. La unidad, para las patologías más frecuentemente atendidas, dispone de información escrita para entregar al paciente (ej.: dípticos, informes de alta, informes de consulta, etc.).

La unidad realiza un abordaje específico del dolor.



Grupo: I obligatorio

Código: ES 5 04.06_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 de la unidad utilizan escalas validadas para medir el dolor del paciente (ej.: Escala Visual Analógica (EVA), Escala Verbal Numérica (EVN), etc.) quedando registro en su historia de salud.
2. La unidad dispone y aplica un protocolo o guía para el abordaje del dolor, que contiene información sobre los tratamientos farmacológicos disponibles y su evidencia científica y sobre las medidas no farmacológicas.
3. Los profesionales informan verbalmente al paciente sobre su tratamiento farmacológico, reforzando dicha información con la entrega de un soporte escrito en el que se recoja, al menos, el nombre del medicamento, la dosis, la posología, la vía de administración y la duración del mismo.
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.).



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

La unidad desarrolla líneas propias de investigación o en colaboración con otros servicios.



Grupo: II

Código: ES 5 04.07_03

Propósito: Definir una estrategia de investigación en la unidad como elemento de innovación y desarrollo. Fomentar la investigación propia de la unidad o en colaboración con otras unidades y servicios en función de la línea de investigación y los recursos disponibles.

Elementos evaluables:

1. La unidad tiene definida una estructura de investigación (ej.: responsables, líneas de investigación, recursos, etc.).
2. La unidad tiene en marcha proyectos de investigación propios o en colaboración con otras unidades y servicios.
3. Los proyectos de investigación están aprobados por el Comité de Ética de referencia.
4. Las personas que participan en proyectos de investigación han dado su consentimiento informado por escrito.

La unidad dispone de proyectos de investigación o innovación financiados y avalados por agencias externas.



Grupo: III

Código: ES 5 04.08_02

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



La unidad forma parte de grupos de investigación con proyectos integrados en redes temáticas, proyectos internacionales y/o grupos coordinados.



Grupo: III

Código: ES 5 04.09_02

Propósito: Participar en proyectos de investigación comunes para aunar esfuerzos, usar eficientemente los recursos, no repetir proyectos y, en definitiva, conseguir una transferencia de los resultados a la práctica clínica.

Elementos evaluables:

1. La unidad participa en proyectos de investigación integrados en redes temáticas de investigación, proyectos internacionales y/o grupos coordinados reconocidos por organismos nacionales o internacionales.
2. La unidad tiene asignadas las responsabilidades en dichos proyectos de investigación.
3. La unidad aplica los resultados de la investigación incorporando mejoras en la práctica clínica habitual.

La unidad publica los resultados de su actividad investigadora en revistas científicas con factor de impacto.



Grupo: II

Código: ES 5 04.10_02

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

Elementos evaluables:

1. Los profesionales de la unidad 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, las unidades no pueden ser ajenas 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 las unidades 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.



La unidad realiza una gestión proactiva de los riesgos para la seguridad del paciente.



Grupo: I obligatorio

Código: ES 5 05.01_03

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 de la unidad.

Elementos evaluables:

1. La unidad 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 toda la unidad o para un proceso concreto de atención al paciente (ej.: atención urgente, atención en consultas, atención domiciliaria, atención e información a pacientes, etc.).
2. La unidad identifica las medidas preventivas a implantar.
3. La unidad difunde a los profesionales los riesgos y las medidas preventivas identificados.

La unidad realiza una gestión reactiva de los riesgos para la seguridad del paciente.



Grupo: I obligatorio

Código: ES 5 05.02_03

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 de la unidad utilizan un sistema de notificación (ej.: corporativo, de la institución, etc.) 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.



La unidad 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 5 05.03_03

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. La unidad ha designado un responsable de seguridad del paciente para la gestión de los riesgos e incidentes comunicados.
2. Se analizan los riesgos e incidentes comunicados. Los eventos adversos graves se analizan de forma inmediata utilizando alguna herramienta validada (ej.: análisis de causa raíz, protocolo de Londres, análisis de eventos significativos, etc.).
3. Se identifican las medidas preventivas a implantar, se implantan y se difunden a los profesionales.

La unidad desarrolla estrategias de actuación dirigidas a pacientes, profesionales y a la institución ante la ocurrencia de eventos adversos graves.



Grupo: II

Código: ES 5 05.04_01

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

Elementos evaluables:

1. La unidad 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 que ha 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.).
3. La unidad conoce y aplica el plan de comunicación interno y externo de la institución ante la ocurrencia de un evento adverso grave.



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



Grupo: I obligatorio

Código: ES 5 05.05_03

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. La unidad dispone y aplica un procedimiento de identificación y verificación correcta y segura del paciente, de las muestras biológicas, imágenes y documentos clínicos relacionados, que incluye al menos: dos identificadores válidos a utilizar, mecanismos de identificación (pulsera identificativa o fotografía en historia clínica cuando sea necesario) 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 de la unidad 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. Las muestras para pruebas diagnósticas se identifican de forma correcta e inequívoca según el procedimiento establecido.
5. Unidades que incluyen un laboratorio clínico en su cartera de servicios: se dispone y aplica un procedimiento para la identificación correcta y trazabilidad de las muestras durante las fases preanalítica, analítica y postanalítica, difundiéndolo a los profesionales usuarios de atención primaria y atención hospitalaria.



La unidad tiene incorporadas buenas prácticas para prevenir y controlar las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria.



Grupo: I obligatorio

Código: ES 5 05.06_01

Propósito: Implantar prácticas seguras recomendadas por la Estrategia para la Seguridad del Paciente del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA), organismos nacionales e internacionales de reconocido prestigio, para la prevención y control de las infecciones relacionadas con la atención sanitaria que sean aplicables en el ámbito de actuación de la unidad.

Elementos evaluables:

1. La unidad 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. La unidad, según su ámbito de actuación, implanta al menos otra buena práctica para la prevención de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (ej.: prevención de bacteriemia relacionada con catéter, prevención de neumonía asociada a ventilación mecánica, limpieza, desinfección y esterilización del material, etc.).
3. Los profesionales conocen y aplican las recomendaciones relacionadas con las buenas prácticas implantadas.
4. La unidad establece indicadores para evaluar el logro de las buenas prácticas implantadas, incorporándolos a su cuadro de mando para su monitorización.

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



Grupo: I obligatorio

Código: ES 5 05.07_03

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. La unidad 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.: termolábiles, fotosensibles, 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 que se abren. Si el medicamento multidosis es de uso individual (ej.: colirios, bolígrafos de insulina, etc.) queda identificada de manera inequívoca a qué paciente pertenece.



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



Grupo: I obligatorio

Código: ES 5 05.08_03

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

Elementos evaluables:

1. 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.
2. La unidad dispone de un listado actualizado de medicamentos de alto riesgo, que es conocido por los profesionales. Estos medicamentos se encuentran debidamente identificados y están limitados en cuanto al número de presentaciones con dosis diferentes, concentraciones y/o volumen.
3. Los viales de electrolitos concentrados han sido retirados de la unidad o, si son necesarios, se almacenan separados de las presentaciones diluidas y claramente identificados con "Diluir antes de administrar".
4. 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.
5. 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.



La unidad garantiza la adecuación de los tratamientos farmacológicos, especialmente en pacientes de riesgo.



Grupo: I

Código: ES 5 05.09_03

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. La unidad cumple los indicadores pactados con la institución en relación al uso adecuado del medicamento. Estos indicadores se incorporan a su cuadro de mando para su monitorización.
2. Unidades de atención hospitalaria: se 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.
3. Unidades de atención hospitalaria: se informa verbalmente al paciente, familiar y/o cuidador 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, la unidad realiza el control de dichos fármacos.
4. Unidades de atención primaria: se dispone y aplica un procedimiento para la revisión de los tratamientos farmacológicos en pacientes crónicos y polimedicados, quedando registro en la historia de salud de los cambios realizados. Se informa verbalmente al paciente, familiar y/o cuidador de los cambios realizados y se proporciona información escrita sobre el nuevo tratamiento (medicamentos, dosis, vía de administración y pauta).





Grupo: I obligatorio

Código: ES 5 05.10_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. Unidades de atención hospitalaria: 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 de medicamentos se transcribe a otro formato (ej.: hoja de administración de enfermería) este debe coincidir con el primero.
2. La unidad dispone y aplica un protocolo para la correcta preparación de medicamentos que contempla, entre otros, lugar de preparación, limpieza de la superficie, preparación del medicamento, supervisión por pares, condiciones de asepsia, etc.
3. 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.
4. Se utilizan jeringas orales para preparar y administrar medicamentos líquidos orales por vía oral o por sonda nasogástrica para impedir la posibilidad de conexión con catéteres intravenosos y evitar el riesgo de administración por vía errónea.
5. 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.



La unidad incorpora otras buenas prácticas para prevenir incidentes de seguridad.



Grupo: I

Código: ES 5 05.11_02

Propósito: Garantizar la implantación de otras prácticas seguras recomendadas por la Estrategia para la Seguridad del Paciente del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA), organismos nacionales e internacionales de reconocido prestigio y aplicables al ámbito de actuación de la unidad.

Elementos evaluables:

1. La Dirección de la unidad, según su ámbito de actuación, selecciona anualmente al menos otra buena práctica a implantar para prevenir incidentes de seguridad del paciente (ej.: prácticas seguras relacionadas con cirugía, con mejoras en la comunicación entre profesionales durante las transiciones de pacientes, uso seguro de radiaciones ionizantes, seguridad en el proceso transfusional, prácticas seguras relacionadas con un aporte nutricional adecuado, prevención de caídas, de úlceras por presión, etc.).
2. Los profesionales conocen y aplican las recomendaciones relacionadas con las buenas prácticas implantadas.
3. La unidad establece indicadores para evaluar el logro de las buenas prácticas implantadas, incorporándolos a su cuadro de mando para su monitorización.

La unidad cumple los indicadores de seguridad del paciente.



Grupo: II

Código: ES 5 05.12_01

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

Elementos evaluables:

1. La unidad cumple los objetivos propuestos en los indicadores de seguridad del paciente pactados con la institución (acuerdo de gestión clínica) y otros monitorizados por la unidad para verificar la implantación de buenas prácticas (ej.: prácticas seguras relacionadas con cirugía, uso seguro de radiaciones ionizantes, prevención de caídas, infecciones asociadas a la asistencia sanitaria, etc.).



La unidad 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 5 05.13_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. La unidad dispone y facilita materiales informativos a pacientes, familiares y/o cuidadores sobre cómo pueden ayudar a prevenir riesgos asociados a su proceso de atención (ej.: cartelería, folletos, dípticos, plan de acogida, etc.).
2. La unidad 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. La unidad desarrolla actuaciones formativas y de sensibilización para pacientes, familiares y cuidadores, así como actividades dirigidas a la ciudadanía en aspectos claves relacionados con la seguridad del paciente (ej.: talleres, campañas divulgativas, etc.).



Bloque 3: Seguridad
Criterio 5: Seguridad del paciente

➤ **Criterio 6: Soporte**

Intención del criterio

La intención del siguiente grupo de estándares es garantizar la gestión del entorno de la unidad para reducir y controlar los riesgos, prevenir accidentes laborales y mantener unas condiciones seguras.

Los profesionales de la unidad 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 de la institución.

Otros aspectos que la unidad debe abordar para contribuir a una prestación de servicios de calidad en un espacio físico seguro son: el control de materiales y residuos peligrosos, la evacuación de la unidad en caso de emergencia y la identificación de riesgos laborales.

El abordaje de los siguientes estándares ayudará a las unidades a:

- Establecer canales de comunicación efectivos con los servicios de mantenimiento de la institución para conocer el estado de las condiciones de mantenimiento y seguridad de las instalaciones que utiliza y, si es necesario, poder adoptar medidas para lograr un entorno físico seguro.
- Gestionar de forma efectiva y segura los equipos médicos que utiliza estableciendo vías de comunicación y colaboración con el servicio de electromedicina de la institución.
- 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 en colaboración con el servicio de medicina preventiva de la institución.
- Conocer su grado de responsabilidad en relación a los 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 de sus datos.



La unidad conoce el estado de las condiciones de mantenimiento y seguridad de las instalaciones que utiliza para realizar su actividad asistencial.



Grupo: I obligatorio

Código: ES 5 06.01_02

Propósito: Conocer el estado de las condiciones de mantenimiento y seguridad de las instalaciones que dan soporte al desarrollo de la actividad asistencial de la unidad. En caso de incidencias que alteren su funcionalidad o seguridad, se ponen en marcha medidas encaminadas a disminuir su impacto.

Elementos evaluables:

1. La unidad dispone de información actualizada sobre el estado de las condiciones de mantenimiento y seguridad de las instalaciones necesarias para el normal desarrollo de su actividad asistencial. Para ello necesita:
 - 1.1 Definir y utilizar un sistema de comunicación regular con los servicios de soporte de su institución.
 - 1.2 Acordar con los servicios de soporte qué información se le va a facilitar, cómo se le va a facilitar dicha información (ej.: reuniones informativas, informes detallados, etc.) y con qué periodicidad.
 - 1.3 Acordar y adoptar las medidas oportunas en caso de que los servicios de soporte le comuniquen la existencia de incidencias que alteran la funcionalidad o seguridad de sus instalaciones, para minimizar el impacto de las mismas.
2. Los profesionales de la unidad conocen y utilizan un sistema de comunicación de incidencias relacionadas con el funcionamiento, mantenimiento o seguridad de las instalaciones. Se realiza un seguimiento de las incidencias comunicadas (ej.: pendientes, en proceso, terminadas, etc.).
3. Unidades de urgencias: los vehículos de transporte utilizados para la atención sanitaria cumplen con la normativa legal vigente para su circulación, características técnicas y de equipamiento y se garantiza su correcto estado con revisiones periódicas. También, se dispone y aplica un procedimiento de limpieza de dichos vehículos y de su contenido, archivando los registros de la aplicación del mismo.



Bloque 3: Seguridad
Criterio 6: Soporte

La unidad garantiza la utilización segura del equipamiento electromédico que utilizan sus profesionales.



Grupo: I obligatorio

Código: ES 5 06.02_03

Propósito: Gestionar el equipamiento electromédico que se utiliza en la unidad para que los equipos se encuentren en condiciones adecuadas a las características iniciales de fabricación y su uso sea seguro. Para ello, es importante establecer responsabilidades para el seguimiento y control del estado de mantenimiento preventivo y correctivo, conocer las características de los equipos y formar a los profesionales en su uso y riesgos.

Elementos evaluables:

1. En la unidad existe un responsable del control del equipamiento médico, que tiene definidas sus funciones en cuanto al control de su mantenimiento, uso y operatividad. Dicho responsable conoce el estado de mantenimiento preventivo de los equipos de su unidad.
2. Los equipos médicos de la unidad están controlados por el servicio de Electromedicina de la institución, incluidos los equipos cedidos.
3. Los profesionales que utilizan los equipos médicos 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.).
4. Antes de utilizar los equipos médicos, los profesionales comprueban de manera rutinaria su estado de mantenimiento utilizando los mecanismos habilitados para ello (ej.: etiquetas, códigos de barras, etc.).
5. En caso de utilizar equipos médicos que pertenezcan al ámbito de responsabilidad de otra unidad (ej.: unidad de cirugía que utiliza equipos de la unidad de bloque quirúrgico) o sean de uso compartido (ej.: bombas de infusión), existe una coordinación entre los responsables del control del equipamiento de ambas unidades para conocer el estado de mantenimiento de estos equipos.
6. Los profesionales comunican las incidencias relacionadas con el funcionamiento, mantenimiento o seguridad de los equipos médicos a través del mecanismo establecido en su institución, y se realiza un seguimiento de las mismas (ej.: pendientes, en proceso, terminadas, etc.).



Bloque 3: Seguridad
Criterio 6: Soporte

La unidad garantiza la accesibilidad física de los pacientes y familiares.



Grupo: I

Código: ES 5 06.03_01

Propósito: Disponer de una señalización clara e inequívoca sobre la ubicación de la unidad que permita a los pacientes y familiares poder acceder fácilmente a sus servicios. Eliminar las barreras arquitectónicas y físicas que puedan suponer que determinadas personas no puedan hacer un uso adecuado de los servicios.

Elementos evaluables:

1. La señalización utilizada para la identificación y acceso a la unidad es inequívoca, está actualizada y en buen estado.
2. La unidad ha analizado, junto a los servicios de soporte de la institución, las condiciones de accesibilidad a la misma (barreras arquitectónicas o sensoriales) y se han adoptado o planificado medidas para mejorar las limitaciones identificadas.
3. Las instalaciones de riesgo o de tránsito interno de profesionales de la unidad tienen un acceso restringido.

La unidad garantiza el correcto estado y seguridad de su almacén y de su contenido.



Grupo: I

Código: ES 5 06.04_01

Propósito: Establecer los mecanismos necesarios para que las condiciones de seguridad del almacén de la unidad sean adecuadas. Garantizar la disponibilidad de medicamentos, productos sanitarios, fungibles y/o reactivos para que la unidad pueda dar respuesta a su actividad.

Elementos evaluables:

1. Se han definido las responsabilidades necesarias para el control del estado y estocaje del almacén.
2. Se controla el estocaje y estado del almacén para evitar roturas de stock, garantizando que se dispone del material necesario y en las condiciones adecuadas para prestar la asistencia.
3. El almacén de la unidad se encuentra 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

La unidad conoce los criterios de calidad de los servicios que le prestan apoyo para el desarrollo de su actividad y comunica las desviaciones detectadas.



Grupo: II

Código: ES 5 06.05_02

Propósito: Conocer (o definir en su caso) los criterios de calidad exigidos a los servicios de soporte que dan apoyo a la actividad de la unidad. Disponer de herramientas que permitan la comunicación y registro de las desviaciones detectadas respecto a los criterios de calidad, con el fin de promover la implantación de mejoras que optimicen el desempeño de estos servicios.

Elementos evaluables:

1. La unidad tiene identificados los servicios que dan apoyo o soporte al desarrollo de su actividad (ej.: hostelería, limpieza, mantenimiento, lencería, etc.) y conoce las condiciones mínimas en las que deben prestarse estos servicios (criterios de calidad o niveles de servicio). Los criterios de calidad o niveles de servicio son definidos por la institución o, en caso necesario, por la unidad.
2. Los profesionales de la unidad, según su grado de responsabilidad, tienen disponibles para su consulta los criterios de calidad de los servicios de soporte y conocen y utilizan los mecanismos de comunicación establecidos con los servicios de soporte, para comunicar o registrar las desviaciones que detectan.
3. La unidad analiza, junto a la institución, las desviaciones comunicadas/registradas para abordar la implantación de mejoras.

La unidad conoce los riesgos que pueden afectar a los profesionales en cada puesto de trabajo.



Grupo: I obligatorio

Código: ES 5 06.06_02

Propósito: Conocer los riesgos que puedan afectar a los profesionales de la unidad, incluyendo los motivados por las condiciones de seguridad, las condiciones ambientales, ergonómicas y psicosociales.

Elementos evaluables:

1. Se establece un sistema de comunicación entre los responsables de la unidad y el servicio de prevención de riesgos laborales de la institución, para conocer las situaciones de riesgo que se han puesto de manifiesto en la evaluación de riesgos, las medidas necesarias para eliminar o disminuir dichos riesgos y la planificación de la implantación de dichas medidas.
2. Los profesionales de la unidad conocen los riesgos identificados en la evaluación de riesgos y las medidas preventivas a adoptar.
3. Los responsables de la unidad se ocupan de que los profesionales reciban la formación necesaria en relación con los riesgos inherentes a su actividad y puesto de trabajo o en relación a los accidentes más comunes.



Bloque 3: Seguridad
Criterio 6: Soporte

La unidad participa en el mantenimiento de la salud y seguridad de sus profesionales.



Grupo: I obligatorio

Código: ES 5 06.07_01

Propósito: Facilitar la vigilancia de la salud de los profesionales y conocer la accidentabilidad en el entorno laboral de la unidad, participando en la identificación de nuevas medidas preventivas.

Elementos evaluables:

1. Se habilitan los mecanismos necesarios para el ofrecimiento de la vigilancia de la salud de los profesionales de la unidad.
2. La unidad conoce los mecanismos establecidos para comunicar los accidentes de trabajo ocurridos (ej.: pinchazos accidentales, contacto con sustancias tóxicas, agresiones, etc.).
3. Existen canales de comunicación entre los responsables de la unidad y los responsables de prevención de riesgos de la institución para que la unidad conozca y esté informada de los accidentes, agresiones y bajas por enfermedad laboral ocurridas y sus causas, consensuando nuevas medidas preventivas si fuese necesario.

La unidad tiene establecidas las medidas de seguridad ante emergencias y son conocidas por los profesionales.



Grupo: I obligatorio

Código: ES 5 06.08_03

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

Elementos evaluables:

1. La unidad tiene definidas las actuaciones a poner en marcha para la evacuación segura y eficaz de pacientes, familiares y profesionales en casos de emergencia (ej.: incendio, explosión de depósitos de gases, inundaciones, terremotos, etc.).
2. Los responsables de la unidad se ocupan de que los profesionales reciban la formación necesaria en relación con las medidas de seguridad ante emergencias y realicen simulacros.
3. Los equipos de protección, la señalización y los elementos de evacuación se encuentran operativos y cumplen con la función de facilitar y hacer segura la evacuación de la unidad.
4. Unidades de urgencias: la unidad ha definido un plan de emergencias ante catástrofes externas o ha participado y conoce su elaboración. Los profesionales de la unidad han recibido formación sobre el plan de emergencias externo.



Bloque 3: Seguridad
Criterio 6: Soporte

La unidad tiene establecidos los procedimientos necesarios para la correcta gestión de los residuos generados y para la actuación ante derrames o vertidos de productos tóxicos.



Grupo: I obligatorio

Código: ES 5 06.09_01

Propósito: Establecer las medidas y procedimientos necesarios para que la segregación de los residuos generados en la unidad se realice de acuerdo a la normativa vigente y para una correcta actuación ante situaciones de derrames o vertidos de productos tóxicos.

Elementos evaluables:

1. La unidad dispone y aplica correctamente un procedimiento de gestión de residuos en el que se definen las responsabilidades y las actuaciones necesarias para la gestión segura de los residuos que genera.
2. En la unidad existe cartelería en relación con la adecuada gestión de los residuos generados.
3. La unidad dispone y aplica correctamente un procedimiento que define las actuaciones a seguir ante posibles derrames o vertidos de productos tóxicos (ej.: citostáticos, líquidos inflamables, ácidos, etc.).

La unidad contribuye al compromiso de minimización de la generación de residuos de su institución.



Grupo: II

Código: ES 5 06.10_00

Propósito: Conocer y controlar la gestión que la propia unidad hace de los residuos que genera, proponiendo a su institución medidas encaminadas a reducir la generación y el impacto asociado a su peligrosidad.

Elementos evaluables:

1. La unidad recibe periódicamente información sobre los residuos generados por tipo de residuo.
2. La unidad analiza periódicamente la evolución en la generación de residuos y, en caso necesario, propone medidas encaminadas a minimizarlos (ej.: reubicación de contenedores, posibilidades de alternativas de productos o técnicas que generen menos residuos, etc.).
3. La unidad realiza auditorías periódicas de la segregación de los residuos, proponiendo medidas que reduzcan las malas prácticas observadas.



Bloque 3: Seguridad
Criterio 6: Soporte

La unidad implanta los procedimientos para el control de los principales impactos ambientales de acuerdo a la política ambiental de su institución.



Grupo: III

Código: ES 5 06.11_02

Propósito: Implicar a la unidad en el sistema de gestión ambiental por el que se establecen los procedimientos, los recursos, los objetivos y las responsabilidades necesarias para desarrollar la política ambiental definida por la institución, para evitar un impacto ambiental indeseado y que pacientes, familiares, profesionales o el resto de la población puedan verse afectados por incidencias provocadas por falta de rigor en el control de emisiones atmosféricas, ruidos, vertidos, consumo de agua, energía, etc.

Elementos evaluables:

1. La unidad conoce y participa en los procedimientos, políticas y normativas que le son de aplicación dentro del sistema de gestión ambiental de la institución, gestionando los registros y documentos que le competen.
2. La unidad participa en mejorar su comportamiento ambiental, en base a procedimientos, políticas y normativas que le son de aplicación y a las actuaciones planteadas como necesarias por el sistema de gestión ambiental de su institución.
3. La unidad facilita la participación y formación de sus profesionales y usuarios en materia ambiental.

Se define y mantiene una estrategia dirigida al mantenimiento y mejora de la estructura, funcionalidad, instalaciones y equipamiento de la unidad, colaborando en la gestión de las inversiones de la institución.



Grupo: II

Código: ES 5 06.12_02

Propósito: Implicarse en la gestión de las posibles inversiones y adquisiciones de la institución, participando activamente en la detección de necesidades, en las planificaciones y en su posterior implantación. Los responsables de la unidad conocerán y analizarán los nuevos requisitos normativos y avances tecnológicos que permitan plantear una adaptación progresiva de sus espacios, instalaciones, equipos y medios técnicos mejorando la seguridad y eficiencia, siendo esta planificación determinante para las decisiones de adquisiciones e inversión de la institución.

Elementos evaluables:

1. La unidad analiza el estado de sus espacios, instalaciones y equipos e identifica sus necesidades de adecuación a nuevos escenarios tecnológicos y normativos.
2. Se habilitan herramientas para la comunicación de las necesidades detectadas a la institución, aportando estudios de la mejora que supondría para la unidad la inversión, innovación o adquisición solicitada.



Bloque 3: Seguridad
Criterio 6: Soporte

La unidad tiene definida la forma de actuar en caso de caída de sus sistemas de información.



Grupo: I

Código: ES 5 06.13_02

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

Elementos evaluables:

1. La unidad dispone y aplica un plan de contingencias en el que se define la forma de actuar ante la caída de sus sistemas de información y las responsabilidades.
2. La unidad dispone y utiliza formularios en papel en caso de caída de sus sistemas de información (ej.: órdenes médicas, peticiones de laboratorio, radiología, etc.).

La unidad 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 5 06.14_03

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 de la unidad han recibido formación sobre buenas prácticas en el manejo de la información y medidas de seguridad relacionadas con la protección de datos de carácter personal.
2. Los profesionales de la unidad 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, imposibilidad de acceder a ciertos servicios, extravío/robo de dispositivos de almacenamiento o equipos con información, etc.).
3. Unidades de atención primaria: se dispone de mecanismos para informar sobre 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

➔ **Anexo I: Unidades con Laboratorios clínicos**



➤ Anexo I: Unidades con Laboratorios clínicos

En este Anexo I se han incluido una serie de estándares relacionados con los laboratorios clínicos que complementan a los estándares del manual de unidades de gestión sanitaria.

Ámbito de aplicación

Este anexo es de aplicación en aquellas unidades que incluyan en su cartera de servicios un área de laboratorio clínico para dar apoyo al diagnóstico. Algunos ejemplos son:

- Unidad de Hematología + Laboratorio de Inmunología y Genética.
- Unidad de Enfermedades Infecciosas + Laboratorio de Microbiología.
- Unidad de Alergología + Laboratorio de Inmunología.
- Unidad de Ginecología y Obstetricia + Laboratorio de Reproducción Asistida.

Quedan fuera del ámbito de aplicación del manual y anexo I los laboratorios clínicos, al disponer de un manual de estándares específico.

Distribución de estándares

Para las unidades que incluyan un laboratorio clínico dentro de su cartera de servicios, la distribución de estándares será la del manual de estándares de unidades más los estándares incluidos en este anexo.

A efectos prácticos, la unidad (incluido su laboratorio) deberá realizar la fase de autoevaluación reflexionando sobre los 76 estándares del manual. Además, el laboratorio clínico deberá reflexionar sobre los 12 estándares incluidos en este anexo.

Una vez realizada la evaluación sobre la totalidad de estándares y en función del cumplimiento de estos, se mantienen los mismos resultados que los incluidos en este manual de estándares de unidades (avanzada, óptima, excelente) aplicando los mismos porcentajes de cumplimiento de estándares.



Distribución de estándares por **criterios y grupos**



El laboratorio facilita a profesionales peticionarios y pacientes información actualizada sobre tiempos de espera en relación con las pruebas que realiza.



Grupo: I

Código: ES 5 03.18_02

Propósito: Proporcionar a los profesionales peticionarios y a los pacientes información sobre los tiempos de respuesta de las pruebas que el laboratorio realiza.

Elementos evaluables:

1. El laboratorio dispone de una cartera de servicios que incluye información sobre sus tiempos de respuesta.
2. El laboratorio tiene establecidos los canales de comunicación para la publicación de los tiempos de respuesta a profesionales peticionarios y pacientes.

El laboratorio dispone de un formulario de solicitud de pruebas consensuado entre los profesionales peticionarios.



Grupo: I

Código: ES 5 03.19_02

Propósito: Disponer de un formulario de solicitud consensuado que contenga información clara y precisa del episodio, de los especímenes y de los estudios y pruebas solicitadas.

Elementos evaluables:

1. El laboratorio ha consensuado con los profesionales peticionarios el formulario de solicitud.
2. Se han definido perfiles de pruebas consensuados para los profesionales peticionarios que los solicitan.
3. El laboratorio atiende a las demandas de los profesionales peticionarios para facilitar el proceso de solicitud de pruebas.



El laboratorio evalúa el grado de cumplimentación de la solicitud y emprende acciones de mejora tras su análisis.



Grupo: II

Código: ES 5 03.20_02

Propósito: Garantizar, a través del formulario de solicitud de pruebas, la comunicación directa entre los profesionales peticionarios y el laboratorio, interviniendo en las situaciones deficientes.

Elementos evaluables:

1. El laboratorio realiza evaluaciones periódicas sobre la cumplimentación del formulario de solicitud, identificando áreas de mejora en caso necesario.
2. Se implantan mejoras ante desviaciones en los resultados obtenidos en dichas evaluaciones.
3. El laboratorio comunica periódicamente a los profesionales peticionarios los resultados obtenidos y las áreas de mejora identificadas.

El laboratorio garantiza la correspondencia biunívoca entre el formulario de solicitud y los especímenes recibidos.



Grupo: I obligatorio

Código: ES 5 05.14_02

Propósito: Garantizar la correspondencia entre el formulario de solicitud y los especímenes recibidos en el laboratorio.

Elementos evaluables:

1. El laboratorio dispone y aplica un procedimiento para garantizar la correspondencia entre el formulario de solicitud y los especímenes recibidos.
2. El laboratorio dispone de un registro de las incidencias encontradas entre el formulario de solicitud y los especímenes recibidos.



El laboratorio ha definido los criterios de validación de los resultados de las pruebas realizadas, así como los criterios de acceso/distribución de los mismos.



Grupo: I obligatorio

Código: ES 5 05.15_02

Propósito: Garantizar la calidad y fiabilidad de los informes del laboratorio.

Elementos evaluables:

1. El laboratorio ha definido los criterios de validación técnica y facultativa de los resultados, incluidos los criterios de validación automática de resultados y validación de pruebas de urgencia.
2. El laboratorio ha definido la sistemática para el acceso/distribución de los resultados a los profesionales peticionarios.
3. El laboratorio ha definido los criterios para incorporar comentarios adicionales a los informes.

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



Grupo: I obligatorio

Código: ES 5 05.16_02

Propósito: Orientar los sistemas de información a los profesionales y a sus necesidades, garantizando un mecanismo rápido de comunicación en los casos de alteraciones graves en los estudios que conlleven una actuación inmediata, por parte del personal del laboratorio, para su confirmación y comunicación al facultativo solicitante.

Elementos evaluables:

1. El laboratorio ha definido los parámetros considerados como de alarma (críticos) según su cartera de servicios.
2. Se han establecido los procedimientos necesarios para comunicar al profesional peticionario los resultados de una prueba cuando se encuentran dentro de los intervalos alarmantes establecidos.
3. Se conserva registro de la comunicación realizada y del interlocutor.



El laboratorio ha definido criterios de revisión para el control de calidad interno y externo y analiza los resultados obtenidos.



Grupo: I

Código: ES 5 05.17_02

Propósito: Garantizar la fiabilidad de los estudios realizados en el laboratorio.

Elementos evaluables:

1. El laboratorio ha definido los criterios de revisión de los resultados de control de calidad interno y externo.
2. El laboratorio registra las incidencias relacionadas con el control de calidad interno y externo y las acciones correctoras llevadas a cabo.
3. El laboratorio analiza los resultados de control de calidad que no se ajustan a los valores esperados.

El laboratorio evalúa periódicamente el nivel de calidad y cumplimentación de los informes de resultados emitidos.



Grupo: III

Código: ES 5 05.18_00

Propósito: Garantizar que el informe de laboratorio contenga los resultados de los estudios realizados a un paciente, los datos identificativos de la solicitud y del laboratorio, además de cualquier otro tipo de información que complemente o facilite la interpretación de los resultados.

Elementos evaluables:

1. El laboratorio ha definido indicadores de calidad y cumplimentación a evaluar en los informes de resultados.
2. El laboratorio realiza auditorías, al menos anuales, de los informes de resultados en base a los indicadores de calidad definidos y establece áreas de mejora.
3. El laboratorio difunde a sus profesionales los resultados obtenidos en las auditorías realizadas.



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



Grupo: I obligatorio

Código: ES 5 06.15_02

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 dispone y aplica un procedimiento, conforme a la normativa vigente, para el proceso logístico de las muestras tanto intrahospitalario como con los centros externos, que contempla: el transporte, registros en hoja de ruta, control de tiempos, control de temperaturas, manipulación y conservación.
2. El laboratorio revisa los registros asociados al transporte de muestras (hojas de ruta, temperaturas, tiempos) y, si constata alguna incidencia, verifica las acciones llevadas a cabo.

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



Grupo: II

Código: ES 5 06.16_02

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 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 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 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.



El laboratorio dispone de criterios para el registro, archivo, utilización y eliminación de muestras biológicas, incluidas aquellas destinadas a proyectos de investigación.



Grupo: I

Código: ES 5 06.17_02

Propósito: Garantizar la custodia, conservación y utilización de las muestras biológicas aplicando la normativa vigente.

Elementos evaluables:

1. El laboratorio dispone y aplica un procedimiento que establece las normas para el almacenamiento y utilización de las muestras biológicas (ej.: repetición de pruebas, investigación, etc.).
2. El laboratorio controla las condiciones de conservación de los archivos de muestras biológicas.
3. El laboratorio cumple con la Ley de Investigación Biomédica y normativa derivada cuando proceda.

El laboratorio dispone de un sistema de control de mensajería con la historia clínica digital.



Grupo: I obligatorio

Código: ES 5 06.18_00

Propósito: En un escenario de progresiva integración de los sistemas de información con la historia clínica digital, permitir a los laboratorios controlar el proceso analítico desde la recepción de la petición electrónica hasta el envío de los resultados, mediante una herramienta de control de la mensajería entre su sistema de información y la historia clínica digital.

Elementos evaluables:

1. El laboratorio tiene establecido un procedimiento de control para garantizar que todas las pruebas solicitadas en las peticiones electrónicas son respondidas y que todas las peticiones reciben el mensaje final de cierre, para evitar que se queden peticiones abiertas o sin algún resultado en la historia clínica digital.
2. El laboratorio controla periódicamente y soluciona los errores detectados por los usuarios en el envío de la petición electrónica (aunque no llegue a recibirse en el laboratorio), para no dejar peticiones en estados intermedios del proceso de petición electrónica.
3. Los profesionales del laboratorio conocen y tienen acceso a la trazabilidad de la petición analítica en la historia clínica digital, con el objetivo de poder consultar las fases pre y postanalítica de la petición electrónica.



➤ **Anexo II: Unidades de Diagnóstico por la imagen**



➔ Anexo II: Unidades de Diagnóstico por la imagen

En este Anexo II se han incluido una serie de estándares relacionados con las unidades de diagnóstico por la imagen que complementan a los estándares del manual de unidades de gestión sanitaria.

Ámbito de aplicación

Este anexo es de aplicación para unidades de diagnóstico por la imagen: Radiodiagnóstico y Medicina Nuclear.

Distribución de estándares

Para las unidades de diagnóstico por la imagen, la distribución de estándares será la del manual de estándares de unidades más los estándares incluidos en este anexo.

A efectos prácticos, la unidad de diagnóstico por la imagen deberá realizar la fase de autoevaluación reflexionando sobre los 76 estándares del manual, y también sobre los 12 estándares de este anexo.

Una vez realizada la evaluación sobre la totalidad de estándares y en función del cumplimiento de estos, se mantienen los mismos resultados que los incluidos en este manual de estándares de unidades (avanzada, óptima, excelente), aplicando los mismos porcentajes de cumplimiento de estándares.



Distribución de estándares por **criterios y grupos**



La unidad de diagnóstico por la imagen facilita a profesionales y pacientes información actualizada sobre los tiempos de espera en relación con las técnicas que realiza.



Grupo: I

Código: ES 5 03.21_02

Propósito: Proporcionar a los profesionales peticionarios y a los pacientes información sobre los tiempos de respuesta que les permita conocer el tiempo de acceso a la técnica a realizar y el tiempo necesario para la obtención de los resultados.

Elementos evaluables:

1. La unidad ha definido los tiempos de respuesta para la realización de pruebas y para la elaboración de los informes radiológicos.
2. La unidad ha establecido los canales de comunicación para la publicación de los tiempos de respuesta (tiempo para acceder y tiempo para obtener los resultados) a profesionales peticionarios y pacientes.

La unidad de diagnóstico por la imagen incorpora en su cartera de servicios las características particulares y las limitaciones de las técnicas disponibles y las da a conocer.



Grupo: I

Código: ES 5 03.22_02

Propósito: Incorporar, en la información disponible para las unidades peticionarias en relación a los servicios ofertados por la unidad de diagnóstico por la imagen, las características particulares y las limitaciones de las técnicas disponibles, de forma que se incremente la eficiencia en los procedimientos de solicitud.

Elementos evaluables:

1. La unidad dispone de una cartera de servicios de las técnicas de imagen para cada nivel asistencial, que incluye información para los profesionales peticionarios en relación con las características y limitaciones de la prueba, la preparación del paciente, etc.
2. La unidad difunde a los profesionales peticionarios las características y limitaciones de las técnicas incluidas en su cartera de servicios.



La unidad de diagnóstico por la imagen dispone de una cartera de servicios adaptada a las necesidades de su entorno asistencial y es capaz de dar respuesta a los avances tecnológicos.



Grupo: II

Código: ES 5 03.23_02

Propósito: Ofertar servicios de acuerdo a las necesidades de la población y del entorno asistencial de la unidad y adaptarlos a los avances tecnológicos.

Elementos evaluables:

1. La unidad analiza periódicamente las necesidades epidemiológicas de la población a la que presta asistencia y las necesidades de su entorno asistencial (ej.: centro hospitalario, área sanitaria, etc.) y las prioriza.
2. La unidad incorpora nuevas técnicas, tecnologías o procedimientos en su cartera de servicios para responder a las necesidades priorizadas.

La unidad de diagnóstico por la imagen dispone de un formulario de solicitud de técnicas y evalúa el grado de cumplimentación del mismo.



Grupo: I

Código: ES 5 03.24_02

Propósito: Disponer de un formulario de solicitud que contenga datos de orientación diagnóstica e información clara y precisa a efectos de lograr una adecuada identificación del profesional solicitante, del paciente y de la técnica solicitada. Evaluar la cumplimentación de dichos formularios para implantar mejoras en caso necesario.

Elementos evaluables:

1. El formulario de solicitud de técnicas debe contener información suficiente para identificar al paciente y al profesional peticionario, así como la técnica solicitada y los datos clínicos pertinentes.
2. La unidad realiza evaluaciones, al menos anuales, sobre la cumplimentación del formulario de solicitud y comunica los resultados a los profesionales peticionarios.
3. Se identifican e implantan mejoras ante desviaciones en los resultados obtenidos en dichas evaluaciones.



El informe aporta los datos e información relevantes para la toma de decisiones clínicas.



Grupo: I obligatorio

Código: ES 5 03.25_02

Propósito: Definir la estructura del informe sobre las técnicas realizadas, incluyendo una conclusión y/o recomendación final para el petionario.

Elementos evaluables:

1. El informe aporta información clara y concisa sobre los resultados de los estudios realizados a un paciente, incluyendo una conclusión y/o recomendación final.

La unidad de diagnóstico por la imagen ha habilitado los mecanismos necesarios para la comunicación y actuación ante hallazgos inesperados que requieren acción inmediata.



Grupo: I obligatorio

Código: ES 5 05.19_02

Propósito: Garantizar un mecanismo de comunicación rápido en casos de estudios con alteraciones graves que requieran de una actuación inmediata por parte del personal de la unidad, para su confirmación y comunicación al facultativo responsable.

Elementos evaluables:

1. La unidad ha definido los parámetros considerados como de alarma (críticos) según su cartera de servicios.
2. La unidad ha seleccionado los mecanismos necesarios para comunicar al profesional petionario los resultados de una prueba cuando se encuentran dentro de los intervalos alarmantes establecidos, y los profesionales de la unidad los conocen.
3. La unidad conserva registro de la comunicación realizada.



La unidad de diagnóstico por la imagen incluye la dosis de radiación en los informes y dispone de los registros individualizados de dosis por paciente en el centro.



Grupo: I obligatorio

Código: ES 5 05.20_00

Propósito: Dar a conocer las dosis de radiación impartida al paciente a través del informe y su registro en la historia clínica.

Elementos evaluables:

1. Los datos dosimétricos se registran en la historia clínica de cada paciente y se incorporan al informe.
2. Los radiofármacos administrados al paciente se registran en su historia clínica, incluyendo: el tipo y las actividades de los radionucleidos en el momento de la administración del radiofármaco, los datos dosimétricos en los casos en los que se considere necesario, las administraciones inadecuadas y los efectos y reacciones adversas de los radiofármacos, si se produjeran.

La unidad de diagnóstico por la imagen realiza una monitorización continua de las dosis de radiación recibidas por los pacientes y analiza las desviaciones respecto a las dosis establecidas por los Comités Locales de Dosis.



Grupo: II

Código: ES 5 05.21_00

Propósito: Analizar y optimizar los índices de radiación de los pacientes derivados de pruebas diagnósticas, con el fin de minimizar su impacto en los pacientes.

Elementos evaluables:

1. La unidad monitoriza de forma continua las dosis de radiaciones recibidas por los pacientes.
2. La unidad evalúa las discrepancias entre las dosis impartidas y las dosis establecidas por los Comités Locales de Dosis, justificando las mismas al Centro Avanzado de Diagnóstico por Imagen.



La unidad de diagnóstico por la imagen incorpora y evalúa indicadores que permiten medir la calidad de los resultados diagnósticos y terapéuticos.



Grupo: III

Código: ES 5 05.22_02

Propósito: Monitorizar y evaluar indicadores de resultados finales del proceso que permitan identificar desviaciones y adoptar medidas correctoras.

Elementos evaluables:

1. La unidad evalúa y analiza indicadores de resultados finales del proceso (ej.: correlación radiopatológica, radioclínica, dobles lecturas *-peer review-*, porcentajes de éxito-fracaso en tratamientos, etc.).
2. La unidad implanta mejoras en función de los resultados alcanzados.

La unidad de diagnóstico por la imagen dispone de un Programa de Protección Radiológica.



Grupo: I obligatorio

Código: ES 5 06.19_02

Propósito: Garantizar un nivel apropiado de protección a las personas y al medioambiente sin limitar las prácticas beneficiosas de la exposición a radiaciones ionizantes, estableciendo normas para la situación y el funcionamiento de los equipos, la adecuación de las áreas de riesgo, la formación de los profesionales, el control dosimétrico permanente y la protección de las personas usuarias.

Elementos evaluables:

1. El Programa de Protección Radiológica de la unidad se estructura de forma que abarque todos los puntos necesarios para su cumplimiento, con un reparto claro de responsabilidades y funciones de los distintos estamentos implicados.



La unidad de diagnóstico por la imagen ha definido un Programa de Garantía de Calidad en las técnicas de imagen y lo ha remitido a la Administración Sanitaria correspondiente.



Grupo: I obligatorio

Código: ES 5 06.20_02

Propósito: Establecer los criterios de calidad para asegurar la optimización en la obtención de las imágenes y la protección radiológica del paciente y profesionales expuestos. Asegurar que el Programa de Garantía de Calidad es conocido por todos los profesionales de la unidad.

Elementos evaluables:

1. La unidad tiene implantado un Programa de Garantía de la Calidad y los profesionales lo conocen.

La unidad de diagnóstico por la imagen realiza auditorías del Programa de Garantía de Calidad en las técnicas de imagen de forma periódica y los resultados son incorporados en la mejora de los procedimientos de trabajo.



Grupo: I

Código: ES 5 06.21_02

Propósito: Realizar auditorías para impulsar la mejora de los procedimientos de trabajo, ayudar a corregir errores y contribuir a mejorar la calidad de las técnicas de imágenes.

Elementos evaluables:

1. La unidad realiza auditorías periódicas del Programa de Garantía de la Calidad, analiza los resultados e implanta las mejoras oportunas.



Control de modificaciones

A continuación, se describen las principales modificaciones realizadas en esta nueva versión del manual de unidades de gestión sanitaria, ME 5 1_08, en comparación con la anterior versión, ME 5 1_07.

Con carácter general:

- El manual de estándares pasa a tener 76 estándares en lugar de 101 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 7 del manual han dado lugar al mantenimiento del estándar en la versión 8, a su modificación, a su fragmentación en dos estándares o a su eliminación.
- La versión actual incluye 2 anexos de estándares (Anexo I. Unidades con Laboratorios clínicos y Anexo II. Unidades de Diagnóstico por la imagen) en lugar de 3 (Anexo I. Laboratorios clínicos, Anexo II. Unidades de Hemodiálisis y Anexo III. Unidades de Diagnóstico por la imagen).
- El anexo de Unidades con Laboratorios clínicos pasa a tener 12 estándares en lugar de 28.
- El anexo de Unidades de Diagnóstico por la imagen pasa a tener 12 estándares en lugar de 24.

Con carácter específico:

Los estándares de la versión 7 que se han eliminado en la versión 8 del manual y que, por tanto, no tienen equivalencia en el mismo son: ES 5 01.01_02, ES 5 01.07_02, ES 5 01.09_02, ES 5 01.10_01, ES 5 02.01_02, ES 5 02.02_02, ES 5 02.08_01, ES 5 02.09_02, ES 5 02.10_00, ES 5 02.11_01, ES 5 03.02_02, ES 5 03.03_00, ES 5 03.05_01, ES 5 03.07_01, ES 5 03.08_01, ES 5 03.12_01, ES 5 04.02_01, ES 5 04.04_01, ES 5 04.05_01, ES 5 04.06_01, ES 5 04.07_01, ES 5 04.08_01, ES 5 04.09_01, ES 5 04.10_01, ES 5 04.11_01, ES 5 05.01_02, ES 5 05.02_02, ES 5 05.03_01, ES 5 05.04_02, ES 5 05.05_02, ES 5 05.07_01, ES 5 05.09_01, ES 5 05.10_01, ES 5 05.11_01, ES 5 06.02_00, ES 5 06.03_00, ES 5 06.05_01, ES 5 06.06_00, ES 5 06.08_01, ES 5 06.09_00, ES 5 07.02_02, ES 5 07.03_02, ES 5 07.04_02, ES 5 07.05_01, ES 5 08.03_03, ES 5 08.13_01, ES 5 08.14_01, ES 5 08.15_01, ES 5 08.17_01, ES 5 08.18_01, ES 5 08.20_01, ES 5 08.21_01, ES 5 09.01_01, ES 5 09.02_00, ES 5 09.04_00, ES 5 09.06_01, ES 5 09.07_01, ES 5 09.08_01, ES 5 09.09_01, ES 5 09.10_01, ES 5 10.08_02, ES 5 10.12_01, ES 5 10.16_01, ES 5 10.19_01, ES 5 10.20_01, ES 5 10.25_01, ES 5 10.27_01, ES 5 11.01_00, ES 5 11.02_00, ES 5 11.04_00, ES 5 11.09_00, ES 5 11.10_02, ES 5 11.13_01, ES 5 11.15_01.

Los estándares nuevos en la versión 8 del manual son: ES 5 01.05_00, ES 5 01.07_00, ES 5 01.11_00, ES 5 01.17_00, ES 5 02.04_00, ES 5 02.05_00, ES 5 03.01_00, ES 5 03.16_00, ES 5 03.17_00, ES 5 04.03_00, ES 5 04.04_00, ES 5 04.05_00, ES 5 05.10_00, ES 5 05.13_00, ES 5 05.18_00, ES 5 05.20_00, ES 5 05.21_00, ES 5 06.10_00, ES 5 06.18_00.



Glosario

- 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.

COMPETENCIA PROFESIONAL

Aptitud del profesional sanitario para integrar y aplicar los conocimientos, habilidades y actitudes asociados a las buenas prácticas de su profesión para resolver los problemas que se le plantean.

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 -

EFFECTIVIDAD

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.

EPISODIO

Conjunto de actuaciones que se realizan desde que se produce una solicitud de pruebas de laboratorio a un paciente, en uno o varios especímenes identificados con el mismo código, hasta que se recibe un informe definitivo.

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.

ERRORES 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.

ESPÉCIMEN (SIMILAR A MUESTRA PRIMARIA)

Conjunto de una o más partes inicialmente tomadas de un sistema.

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.

FORMULARIO DE SOLICITUD

Impreso utilizado para requerir algún procedimiento diagnóstico/analítico, el cual debe contener al menos los datos identificativos del solicitante, del paciente, del procedimiento solicitado y de orientación diagnóstica.



- G -

GESTIÓN CLÍNICA

Capacidad que tienen los profesionales de la salud de gestionar de forma eficiente y efectiva los recursos que utilizan en su práctica clínica habitual. Determina una implicación efectiva de los profesionales en la consecución de los objetivos de la organización sanitaria y está relacionada con una mayor capacidad de tomar decisiones y de autonomía.

- 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, es decir, 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.

HUMANIZAR LA ATENCIÓN SANITARIA

Significa apostar por un trato amable, por una asistencia centrada en la persona y en sus derechos, que escucha y acompaña, que prioriza la participación, que avanza en su compromiso y responsabilidad social en el seno de un diálogo permanente con la ciudadanía. Implica humanizar las relaciones, la gestión de los servicios, las instituciones en su conjunto, los espacios, los tiempos, etc. Y es una acción, una tarea, una habilidad que implica a todos: a instituciones, a gestores, a profesionales del ámbito sanitario, a pacientes y a sus familias.

- 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.

INFORME DIAGNÓSTICO POR LA IMAGEN

Documento destinado a comunicar los resultados de un estudio de imagen que, según las recomendaciones del Colegio Americano de Radiólogos, debe incluir datos demográficos (nombre del paciente, médico solicitante, tipo de estudio, fecha de realización, etc.), datos clínicos relevantes, cuerpo del informe (técnica realizada con su descripción y material utilizado, hallazgos, etc.) y finalmente una conclusión o diagnóstico con una identificación clara del radiólogo responsable de dicho estudio.

INFORME DE LABORATORIO

Documento que contiene los resultados de las pruebas realizadas a una o varias muestras de un paciente con los datos identificativos de la solicitud y los del laboratorio, además de cualquier otro tipo de información que complementa o pueda facilitar la interpretación de los resultados. El informe puede ser preliminar (información clínica sobre un procedimiento que todavía no ha finalizado) o definitivo (información de los resultados de los procedimientos analíticos efectuados).

INTERCONSULTA

Comunicación entre dos profesionales, con diferentes áreas de experiencia, para la evaluación de un paciente por un profesional especialista no tratante, que pertenece o no al mismo centro/unidad asistencial, con el objetivo de efectuar un diagnóstico y/o formular o adecuar un tratamiento. Una vez resuelta la materia específica que requirió la interconsulta, el profesional médico tratante será el responsable de adecuar el tratamiento o prescribir las indicaciones que correspondan.

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.

- L -

LABORATORIOS CLÍNICOS

Todos aquellos centros o establecimientos sanitarios, cualquiera que sea su denominación, que realicen determinaciones químicas, bioquímicas, hematológicas, inmunológicas, microbiológicas, parasitológicas, anatomopatológicas u otras aplicadas a especímenes de origen humano, destinadas al diagnóstico, evolución y tratamiento.

- 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.



PROGRAMA DE GARANTÍA DE CALIDAD

Programa donde se establecen los criterios de calidad (en radiodiagnóstico y en medicina nuclear), con un contenido mínimo acerca de, entre otros: aspectos de justificación y optimización de las exploraciones, procedimientos empleados según exploraciones o tratamientos, control de los radiofármacos, recursos disponibles, plan de actuación ante acontecimientos adversos en la administración, registro de dosimetría en la historia de salud, información sobre medidas de protección, mantenimiento del equipo, etc.

PROGRAMA DE PROTECCIÓN RADIOLÓGICA

Programa desarrollado con el fin de minimizar los efectos nocivos de las radiaciones (estructurado basándose en elementos clave como su uso, dosis, destinatarios, reparto de las responsabilidades y funciones de los estamentos implicados, incorporando además mecanismos que faciliten su difusión).

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 cumple 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.

- U -

USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS

Término que engloba los conceptos de efectividad, seguridad y adecuación. Los pacientes reciben la medicación adecuada a sus necesidades clínicas, en las dosis correspondientes a sus requisitos individuales, durante el tiempo adecuado y al menor coste posible para ellos y para la sociedad. La selección del medicamento adecuado en cada caso ha de realizarse en base a criterios de efectividad y seguridad.

- 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 Ángela Palop del Río.

- Ana María Mora Banderas. Supervisora de Calidad del Hospital Costa del Sol. Málaga.
- Andrés Tornero Castillo. Responsable de Servicios Generales del Hospital Alto Guadalquivir. Andújar, Jaén.
- Ángel Salvatierra Velázquez. Director de la Unidad de Gestión Clínica Cirugía Torácica y Trasplante Pulmonar. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.
- Áurea Bordons Ruiz. Referente de Calidad del Hospital Universitario Clínico San Cecilio. Granada.
- Bárbara Torres Verdú. Subdirectora médica del Hospital Regional de Málaga. Málaga.
- Daniel Jorge Costa Pinto. Departamento de Qualidade. Programa Nacional de Acreditação em Saúde. Ministério da Saúde de Portugal.
- Felipe Manuel Ortiz Jiménez. Referente de Calidad, Seguridad del Paciente e Investigación del Distrito Sanitario Almería. Almería.
- Francisco Javier Martín Fernández. Director de la Unidad de Gestión Clínica Olivar de Quinto. Área de Gestión Sanitaria Sur de Sevilla. Sevilla.
- Germán Ortega Núñez. Coordinador de Cuidados de la Unidad de Gestión Clínica Tiro de Pichón. Distrito de Atención Primaria Málaga. Málaga.
- Ilidio Claudio dos Santos Correia. Departamento de Qualidade. Programa Nacional de Acreditação em Saúde. Ministério da Saúde de Portugal.
- Isabel Rodríguez Bravo. Directora de la Unidad de Gestión Clínica Almanjáyay. Distrito Sanitario Granada-Metropolitano. Granada.
- José Luis de la Fuente Madero. Médico inspector en la Delegación Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social. Málaga.
- José María Domínguez Roldán. Jefe de Sección de la Unidad de Gestión Clínica Cuidados Intensivos. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.
- Laura Córdoba Garrido. Coordinadora de Calidad del Área de Gestión Sanitaria Norte de Málaga. Málaga.
- Mercedes Román Fuentes. Técnica de la Unidad de Calidad. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.
- Miguel Ángel Castellano Ortega. Director médico. Área de Gestión Sanitaria Norte de Jaén. Jaén.



- Pastora Pérez Pérez. Técnica Asistencial de la Unidad Territorial II. Orden Hospitalaria San Juan de Dios. Provincia de España.
- Pedro Juan García Fernández. Director de la Unidad de Gestión Clínica Nueva Málaga. Distrito de Atención Primaria Málaga. Málaga.
- Pilar Lara Domínguez. Subdirectora de Enfermería del Área Quirúrgica y de Críticos. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.
- Sebastián Manzanares Galán. Jefe de Sección de Obstetricia. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.
- Sebastián Soto Villarrubia. Director Económico-administrativo y de Servicios Generales del Hospital Universitario de Jaén. Jaén.
- Triana González-Carrascosa Vega. Subdirectora médica del Área. Área de Gestión Sanitaria Jerez, Costa Noroeste y Sierra de Cádiz. Cádiz.

Anexo I. Unidades con Laboratorios Clínicos

- Natalia Casasola Luna. Especialista en Análisis Clínico. Técnica de la Unidad de Calidad. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.
- José Antonio Castilla Alcalá. Coordinador de Laboratorios de Andrología y Embriología de la Unidad de Reproducción del Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

Anexo II. Unidades de Diagnóstico por la imagen

- Ana María Cáceres Valverde. Facultativa especialista en Radiodiagnóstico. Hospital Universitario de Valme. Sevilla.
- Antonia Vázquez González. Enfermera asistencial de la Unidad de Gestión Clínica Radiodiagnóstico. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

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 cuatro unidades de gestión clínica del Sistema Sanitario Público de Andalucía antes de su publicación. Nuestro especial agradecimiento a:

- Francisco de Asís Rodríguez Peña. Director de la Unidad de Gestión Clínica Neurocirugía. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.
- José Asterio Ortega Blanco. Director de la Unidad de Gestión Clínica Molino de la Vega. Distrito de Atención Primaria Huelva-Costa. Huelva.
- María Leticia Millán Miralles. Pediatra de la Unidad de Gestión Clínica Pediatría y Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario de Jaén. Jaén.
- Rafael Jesús Polonio Enríquez. Director de la Unidad de Gestión Clínica Montoro. Distrito de Atención Primaria Guadalquivir. Córdoba.

➤ Revisión por grupos de interés

- Antonio Hermoso Quintana. Portavoz de la Plataforma de Asociaciones de Pacientes de Granada y formador de la Escuela de Pacientes de Andalucía.
- Consuelo Artero López. Directora del Plan de Humanización del Sistema Sanitario Público Andaluz (SSPA).
- Elvira Eva Moreno Campoy. Directora de la Estrategia para la Seguridad del Paciente de Andalucía. Secretaría General de Salud Pública e I+D+i en Salud. Consejería de Salud y Consumo. Junta de Andalucía.
- Mercedes Forcada Falcón. Jefa de Servicio de Calidad y Procesos. Secretaría General de Salud Pública e I+D+i en Salud. Consejería de Salud y Consumo. Junta de Andalucía.
- Sociedad Andaluza de Calidad Asistencial (SADECA).

Nuestro especial agradecimiento a cada uno de los grupos de interés por su colaboración con la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía en la revisión del manual de estándares de unidades de gestión sanitaria.





Manual de Estándares
Unidades de Gestión Sanitaria