

I. DISPOSICIONES GENERALES**CONSELLERÍA DE SANIDAD**

DECRETO 18/2024, de 11 de enero, por el que se establece el procedimiento para la acreditación de centros sanitarios y se crea y se regula el funcionamiento del Consejo Autonómico de Acreditación de Centros Sanitarios de la Comunidad Autónoma de Galicia.

La Constitución española de 1978 establece, en los apartados 1 y 2 del artículo 43, el derecho de los españoles a la protección de la salud y la obligación de los poderes públicos de organizar y tutelar la salud pública. Asimismo, en el artículo 148.1.21ª, establece que las comunidades autónomas podrán asumir competencias en materia de sanidad y higiene.

A la Comunidad Autónoma de Galicia corresponde, según lo establecido en el artículo 33.1 de la Ley orgánica 1/1981, de 6 de abril, del Estatuto de autonomía para Galicia, el desarrollo legislativo y la ejecución de la legislación básica del Estado en materia de sanidad interior.

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

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

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

CVE-DOG: qv6cefm9-vid7-ovj8-9tw4-dlif20cjwfc7



La Comunidad Autónoma de Galicia reguló la acreditación de los centros hospitalarios en el Decreto 52/2001, de 22 de febrero, por el que se regula la acreditación de los centros hospitalarios de la Comunidad Autónoma de Galicia, pero los cambios organizativos y los avances existentes en la consideración y calificación de la calidad de las prestaciones sanitarias hacen necesaria la aprobación de una nueva norma reglamentaria.

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

El procedimiento para la acreditación de centros sanitarios contempla las siguientes áreas a evaluar, que se desarrollan en el anexo II de este decreto:

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

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



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

El decreto, asimismo, regula el Consejo Autonómico de Acreditación de Centros Sanitarios como un órgano colegiado al que se le atribuyen funciones de asesoramiento y de emisión de informes sobre los procedimientos de acreditación.

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

Este decreto consta de veinticuatro artículos, distribuidos en tres títulos. En el título preliminar, relativo a las Disposiciones generales, que consta de tres (3) artículos, se regulan su objeto, su ámbito de aplicación y los centros excluidos de su aplicación.

El título I, relativo al Procedimiento de acreditación de los centros sanitarios (artículos 4 a 19), regula los requisitos previos para la acreditación, la propia acreditación, los grados de acreditación, el procedimiento de acreditación y la revocación de la acreditación.

Por su parte, el título II, relativo al Consejo Autonómico de Acreditación de Centros Sanitarios (artículos 20 a 24), regula el Consejo y su composición, sus funciones, su organización y funcionamiento, el empleo de medios electrónicos por parte del Consejo y el deber de confidencialidad de las personas que lo componen o que puedan, por cualquier otro concepto, asistir a sus reuniones.

Cierran el texto una disposición adicional única, en la que se hace referencia a la actualización del modelo normalizado de solicitud de acreditación; tres disposiciones transitorias, relativas al régimen transitorio general, al mantenimiento de las acreditaciones en vigor y a la previsión de aplicación de la regulación anterior para los procedimientos de acreditación o renovación ya iniciados; una disposición derogatoria única que contiene una cláusula general de salvaguarda; dos disposiciones finales relativas a la habilitación normativa al conselleiro de Sanidad para el desarrollo del decreto y a su entrada en vigor, y dos anexos en los que, respectivamente, se recogen el formulario de solicitud de la acreditación y el protocolo de acreditación de centros sanitarios.



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

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

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

En su virtud, de conformidad con lo establecido en el artículo 34.5 de la Ley 1/1983, de 22 de febrero, de normas reguladoras de la Xunta y de su Presidencia, a propuesta del conselleiro de Sanidad, de acuerdo con el Consejo Consultivo y previa deliberación del Consello de la Xunta de Galicia en su reunión de once de enero de dos mil veinticuatro,

DISPONGO:

TÍTULO PRELIMINAR

Disposiciones generales

Artículo 1. *Objeto*

Este decreto tiene por objeto establecer el procedimiento para la acreditación de centros sanitarios (código de procedimiento SA102A) y crear y regular el funcionamiento del Consejo Autonómico de Acreditación de Centros Sanitarios como órgano colegiado adscrito al

CVE-DOG: qv6cefm9-vid7-ovj8-9tw4-dlif20cjwfc7



órgano directivo con competencias en materia de inspección de servicios sanitarios de la consellería competente en materia de sanidad.

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

Artículo 2. *Ámbito de aplicación*

1. Deberán ser acreditados, por el procedimiento establecido en este decreto, los centros sanitarios pertenecientes al Sistema público de salud de Galicia.

2. Los centros sanitarios privados que opten a realizar un contrato de servicios sanitarios con el Servicio Gallego de Salud deberán estar en posesión de la acreditación correspondiente.

3. De acuerdo con lo previsto en el artículo 74.5 de la Ley 8/2008, de 10 de julio, mediante resolución de la persona titular de la consellería competente en materia de sanidad se podrán establecer excepciones al requisito de la previa acreditación sanitaria, motivadamente, por razones de interés público, urgencia vital o por necesidades urgentes de asistencia sanitaria.

Artículo 3. *Centros excluidos*

1. Quedan excluidos del ámbito de aplicación de este decreto:

a) Las oficinas de farmacia, botiquines y los establecimientos dedicados a la distribución, elaboración, importación o fabricación, en su caso, de medicamentos y productos sanitarios.

b) Los servicios o unidades técnicas de protección radiológica.

c) Las consultas médicas y consultas de otros profesionales sanitarios.

d) Los servicios de prevención de riesgos laborales.

e) Centros especializados: clínicas dentales, centros de interrupción voluntaria del embarazo, centros de diagnóstico, centros móviles de asistencia sanitaria y centros de reconocimiento.

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



TÍTULO I

Procedimiento de acreditación de los centros sanitarios

Artículo 4. *Requisitos previos*

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

Artículo 5. *Acreditación*

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

2. La tramitación de la acreditación de centros sanitarios se priorizará en función del interés público sanitario de los centros sanitarios a acreditar, así como con base en su complejidad tecnológica y asistencial.

Artículo 6. *Grados de acreditación sanitaria*

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

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

2. Para obtener los grados de acreditación sanitaria señalados en el apartado 1, será necesario el cumplimiento de los siguientes estándares e indicadores en el porcentaje que se indica:

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

Artículo 7. *Inicio del procedimiento*

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



En caso de tratarse de una solicitud de renovación, esta deberá presentarse con una antelación mínima de cinco meses a la fecha de final de la vigencia de la acreditación.

2. La solicitud se presentará obligatoriamente por medios electrónicos y se ajustará al formulario normalizado que se establece en el anexo I, que estará disponible en la sede electrónica de la Xunta de Galicia <https://sede.xunta.gal>

De conformidad con el artículo 68.4 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del procedimiento administrativo común de las administraciones públicas, si alguna de las personas interesadas presenta su solicitud presencialmente, se le requerirá para que la enmiende a través de su presentación electrónica. A estos efectos, se considerará fecha de presentación de la solicitud aquella en la que haya sido realizada la enmienda.

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

Artículo 8. *Documentación complementaria*

1. Las personas interesadas deberán aportar con la solicitud de acreditación la siguiente documentación:

a) Justificante de pago de la tasa (código de la tasa: 31.16.00), excepto que el pago se realice a través de la sede electrónica de la Xunta de Galicia, en cuyo caso no será necesario aportarlo.

b) Una memoria actualizada en la que se justifique el grado de cumplimiento de los estándares establecidos en el anexo II.

c) Documento acreditativo de la representación de la entidad.

2. En el caso de la solicitud de renovación, deberá adjuntarse:

a) Justificante de pago de la tasa (código de la tasa: 31.16.00), excepto que el pago se realice a través de la sede electrónica de la Xunta de Galicia, en cuyo caso no será necesario adjuntarlo.

b) Una declaración responsable en la que la persona interesada manifieste que se mantienen los mismos requisitos que dieron lugar a la resolución de la acreditación.



c) Documento acreditativo de la representación de la entidad.

3. De conformidad con el artículo 28.3 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, no se les requerirán a las personas interesadas datos o documentos que hubiesen sido presentados anteriormente por la persona interesada a cualquier Administración. A estos efectos, la persona interesada deberá indicar en qué momento y ante qué órgano administrativo presentó los citados documentos, y las administraciones públicas los deberán obtener electrónicamente a través de sus redes corporativas o de una consulta a las plataformas de intermediación de datos u otros sistemas electrónicos habilitados al efecto. Se presumirá que esta consulta es autorizada por las personas interesadas, salvo que conste en el procedimiento su oposición expresa, y deberán ser informadas previamente de sus derechos en materia de protección de datos de carácter personal. Excepcionalmente, si las administraciones públicas no pudieran obtener los citados documentos, podrán solicitar nuevamente a la persona interesada que los presente.

La documentación complementaria deberá presentarse electrónicamente.

Si alguna de las personas interesadas presenta la documentación complementaria presencialmente, se le requerirá para que la enmiende a través de su presentación electrónica. A estos efectos, se considerará fecha de presentación aquella en la que haya sido realizada la enmienda.

Las personas interesadas se responsabilizarán de la veracidad de los documentos que presenten. Excepcionalmente, cuando la relevancia del documento en el procedimiento lo exija o existan dudas derivadas de la calidad de la copia, la Administración podrá solicitar de manera motivada el cotejo de las copias aportadas por la persona interesada, para lo cual podrá requerir la exhibición del documento o de la información original.

4. Siempre que se realice la presentación de documentos separadamente de la solicitud, se deberán indicar el código y el órgano responsable del procedimiento, el número de registro de entrada de la solicitud y el número de expediente, si se dispone de él.

5. En caso de que alguno de los documentos que se vaya a presentar de forma electrónica supere los tamaños máximos establecidos o tenga un formato no admitido por la sede electrónica de la Xunta de Galicia, se permitirá la presentación de este de forma presencial dentro de los plazos previstos y en la forma indicada en el apartado anterior. La información actualizada sobre el tamaño máximo y los formatos admitidos puede consultarse en la sede electrónica de la Xunta de Galicia.

CVE-DOG: qv6cefm9-vid7-ovj8-9tw4-diif20cjwfc7



Artículo 9. Documentación con deficiencias o incompleta

Si la documentación presentara omisiones o deficiencias, se requerirá a la entidad o persona interesada para que enmiende la misma en el plazo de diez días hábiles con la indicación de que, si así no lo hiciere, se le tendrá por desistida de la solicitud.

En caso de que no sea enmendada correctamente y en plazo la solicitud, la Administración dictará la correspondiente resolución declarando el desistimiento de la solicitud por parte de la entidad o persona interesada.

Artículo 10. Comprobación de datos

Para la tramitación de este procedimiento se consultarán automáticamente los datos incluidos en los siguientes documentos en poder de la Administración actuante o elaborados por las administraciones públicas, excepto que la persona interesada se oponga a su consulta:

a) Documento nacional de identidad (DNI)/número de identidad de extranjero (NIE) de la persona solicitante.

b) Documento nacional de identidad (DNI)/número de identidad de extranjero (NIE) de la persona representante.

c) Número de identificación fiscal (NIF) de la entidad solicitante.

2. En caso de que las personas interesadas se opongan a la consulta, deberán indicarlo en la casilla correspondiente habilitada en el formulario y aportar los documentos.

Cuando así lo exija la normativa aplicable, se solicitará el consentimiento expreso de la persona interesada para realizar la consulta.

3. Excepcionalmente, en caso de que alguna circunstancia imposibilitara la obtención de los citados datos, se podrá solicitar a las personas que presenten de documentos correspondientes.

Artículo 11. Trámites administrativos posteriores

Todos los trámites administrativos que las personas interesadas deban realizar tras la presentación de la solicitud deberán ser efectuados electrónicamente accediendo a la Carpeta ciudadana de la persona interesada, disponible en la sede electrónica de la Xunta de Galicia.



Artículo 12. *Informe técnico*

1. Recibida la solicitud de acreditación o de renovación de la acreditación, se procederá a la comprobación de la documentación. Completada la documentación realizará la visita de auditoría un equipo auditor nombrado a tal efecto por el órgano directivo con competencias en materia de inspección de servicios sanitarios, para verificar el cumplimiento. El equipo auditor deberá emitir un informe técnico de la auditoría realizada conforme a la solicitud de acreditación presentada por el centro sanitario.

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

Artículo 13. *Valoración y propuesta*

1. El Consejo Autonómico de Acreditación de Centros Sanitarios, regulado en el artículo 20, será el encargado de valorar los informes técnicos y demás documentación que conste en el expediente de acreditación o, en su caso, de renovación de la acreditación.

2. Para realizar la correspondiente valoración, el Consejo podrá solicitar los informes y los datos adicionales que considere necesarios al órgano o unidad que tramite el procedimiento, así como requerir la enmienda de las deficiencias en la documentación que estime oportuna.

3. La propuesta de acreditación o de renovación de la acreditación se adoptará en el plazo máximo de un mes y será trasladada a la persona titular del órgano directivo con competencias en materia de inspección de servicios sanitarios, a efectos de su formalización.

Artículo 14. *Resolución del procedimiento*

1. La resolución del expediente de acreditación o de su renovación corresponderá a la persona titular de la Secretaría General Técnica de la consellería competente en materia de sanidad.

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



3. La resolución podrá otorgar la acreditación, o la renovación, condicionada a que en el plazo que se determine, no superior a tres meses, sean enmendadas las deficiencias detectadas, con respecto a los estándares establecidos. La persona o entidad interesada tiene la obligación de comunicar la enmienda de las deficiencias detectadas al órgano con competencia para resolver las solicitudes de acreditación o de renovación de aquella.

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

5. El plazo máximo para dictar y notificar la resolución será de cinco meses, contados desde el día siguiente al de la presentación de la solicitud en el Registro Electrónico de la Xunta de Galicia. A efectos del artículo 24 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, el transcurso del plazo máximo para resolver sin que se haya adoptado y notificado la resolución tendrá efectos desestimatorios.

Artículo 15. *Notificaciones*

1. La notificación de las resoluciones y actos administrativos se practicará solo por medios electrónicos, en los términos previstos en la normativa reguladora del procedimiento administrativo común.

2. De conformidad con el artículo 45.2 de la Ley 4/2019, de 17 de julio, de administración digital de Galicia, las notificaciones electrónicas se practicarán mediante la comparecencia en la sede electrónica de la Xunta de Galicia y a través del Sistema de notificación electrónica de Galicia-Notifica.gal. Este sistema remitirá a las personas interesadas avisos de la puesta a disposición de las notificaciones a la cuenta de correo y/o teléfono móvil que consten en la solicitud. Estos avisos no tendrán, en ningún caso, efectos de notificación practicada y su falta no impedirá que la notificación sea considerada plenamente válida.

3. De conformidad con el artículo 47 de la Ley 4/2019, de 17 de julio, las personas interesadas deberán crear y mantener su dirección electrónica habilitada única a través del Sistema de notificación electrónica de Galicia-Notifica.gal, para todos los procedimientos administrativos tramitados por la Administración general y las entidades instrumentales del sector público autonómico. En todo caso, la Administración general y las entidades del sector público autonómico de Galicia podrán, de oficio, crear la indicada dirección, a efectos de asegurar que las personas interesadas cumplan su obligación de relacionarse por medios electrónicos.



Artículo 16. Vigencia de la acreditación

El período de vigencia de la acreditación o, en su caso, de su renovación será de cuatro años a contar desde la fecha de notificación de la resolución, excepto en el caso de la acreditación condicionada a la que se hace referencia en el artículo 14.3.

Artículo 17. Recursos

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

Artículo 18. Revocación de la acreditación

1. La acreditación podrá ser revocada por el órgano concedente durante el período de vigencia, cuando se compruebe el incumplimiento de las condiciones existentes en el centro sanitario que dieron lugar a la acreditación, previo expediente contradictorio, en el que se dará trámite de audiencia a la entidad o persona interesada.

2. La acreditación condicionada o la renovación condicionada de la acreditación, previstas en el artículo 14.3, será revocada por el órgano concedente, en caso de que no se enmienden en plazo las deficiencias detectadas.

3. El Consejo Autonómico de Acreditación de Centros Sanitarios emitirá una propuesta de revocación con carácter previo a la resolución de revocación por parte de la persona titular de la Secretaría General Técnica de la consellería competente en materia de sanidad. El plazo máximo para dictar y notificar la resolución de revocación será de cinco meses, contados desde el día siguiente al del inicio del expediente.

4. Contra la resolución de revocación de la acreditación o de su renovación podrá interponerse recurso de alzada ante la persona titular de la consellería competente en materia de sanidad.

5. La Administración podrá verificar, en cualquier momento, el cumplimiento por parte del centro sanitario de los requisitos que dieron lugar a la concesión de la acreditación o de su renovación.



6. El incumplimiento de las normas relativas a la acreditación de centros sanitarios se tipifica como infracción grave en el artículo 42.b) de la Ley 8/2008, de 10 de julio.

Artículo 19. Información a las personas usuarias

1. Los centros sanitarios acreditados deberán colocar en un lugar visible al público el certificado de acreditación que les será facilitado por la consellería con competencias en materia de sanidad.

2. El certificado deberá retirarse cuando la acreditación se revoque o pierda su vigencia.

TÍTULO II

Consejo Autonómico de Acreditación de Centros Sanitarios

Artículo 20. El Consejo Autonómico de Acreditación de Centros Sanitarios

1. Se crea el Consejo Autonómico de Acreditación de Centros Sanitarios. El Consejo está adscrito a la Secretaría General Técnica de la consellería con competencias en materia de sanidad.

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

2. El Consejo estará integrado por:

a) Presidencia: la persona titular del órgano directivo con competencias en materia de inspección de servicios sanitarios.

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

b) Vocalías:

b.1) Tres vocales inspectores/as o subinspectores/as sanitarios/as, adscritos al órgano de la Administración con competencias en inspección de servicios sanitarios, designados/as por la persona titular de la Secretaría General Técnica de la consellería con competencias en materia de sanidad, a propuesta de la persona titular de dicho órgano.



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

c) Secretaría: asumirá la Secretaría del Consejo, con voz pero sin voto, una persona empleada pública al servicio del órgano directivo con competencias en materia de inspección de servicios sanitarios, nombrada por el Consejo a propuesta de su Presidencia.

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

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

3. La duración del mandato será de cuatro años, excepto en el caso de la Presidencia, la cual se ostentará solo durante el tiempo en el que se mantenga la titularidad del órgano que la tiene atribuida.

Artículo 21. *Funciones*

Corresponden al Consejo Autonómico de Acreditación de Centros Sanitarios las siguientes funciones:

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

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

c) Aquellas otras funciones que le sean encomendadas por la persona titular de la Secretaría General Técnica de la consellería competente en materia de sanidad.

Artículo 22. *Organización y funcionamiento del Consejo*

1. El Consejo adecuará su funcionamiento a lo previsto en este decreto y a lo establecido, respecto de los órganos colegiados, en el título preliminar, capítulo II, sección 3ª, subsección 1ª de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de régimen jurídico del sector público, y



en el título I, capítulo I, sección 3ª, de la Ley 16/2010, de 17 de diciembre, de organización y funcionamiento de la Administración general y del sector público autonómico de Galicia.

2. La constitución válida del Consejo Autonómico, a efectos de celebración de sesiones, deliberaciones y toma de acuerdos, exigirá la asistencia, como mínimo, de las personas titulares de la Presidencia y de la Secretaría, o quien las sustituya, y de la mitad de sus miembros.

3. El Consejo se reunirá con carácter ordinario cuando lo decida la Presidencia o, de forma extraordinaria, cuando lo solicite, por lo menos, la mitad de sus miembros.

4. Podrán participar en las reuniones, a petición de la Presidencia, con voz pero sin voto, los miembros del equipo auditor que hayan participado en la elaboración del informe técnico indicado en el artículo 12, u otras personas expertas a las que se considere oportuno invitar por razón de la materia.

Artículo 23. *Uso de medios electrónicos*

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

a) La constitución del Consejo Autonómico de Acreditación de Centros Sanitarios de la Comunidad Autónoma de Galicia, sus comunicaciones y la adopción de sus acuerdos se realizarán preferentemente utilizando medios electrónicos, respetando los trámites esenciales establecidos en los artículos 17 y 18 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de régimen jurídico del sector público, y en la Ley 16/2010, de 17 de diciembre.

b) Las convocatorias serán remitidas a través de medios electrónicos, salvo que no fuera posible, siempre que se cumplan los requisitos establecidos en el artículo 21.2 de la Ley 16/2010, de 17 de diciembre.

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



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

Asimismo, las actas de las sesiones del Consejo podrán ser aprobadas por vía telemática.

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

Artículo 24. *Deber de confidencialidad*

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

Disposición adicional única. *Actualización del modelo normalizado*

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

Disposición transitoria primera. *Régimen general transitorio*

Los centros sanitarios de titularidad privada que en el momento de la entrada en vigor de este decreto tengan un contrato de servicios sanitarios vigente con el Sistema público de salud de Galicia, y estén obligados a disponer de acreditación conforme a la nueva regulación, deberán obtener aquella en el plazo máximo de un año desde su entrada en vigor.

En el supuesto de los centros sanitarios sin internamiento actualmente existentes, pertenecientes al Sistema público de salud de Galicia, que con la entrada en vigor de este decreto deban ser acreditados, el procedimiento se iniciará de oficio por la Administración.



Disposición transitoria segunda. *Acreditación actual*

Los centros hospitalarios que en el momento de la entrada en vigor de este decreto dispongan de acreditación podrán mantener la misma hasta que finalice su plazo de vigencia.

No obstante, los centros que lo consideren oportuno pueden solicitar una nueva acreditación.

Disposición transitoria tercera. *Procedimientos de acreditación o renovación en tramitación*

Los procedimientos de acreditación o renovación de acreditación de centros hospitalarios, iniciados con anterioridad a la entrada en vigor de la presente regulación, conforme al Decreto 52/2001, de 22 de febrero, por el que se regula la acreditación de centros hospitalarios de la Comunidad Autónoma de Galicia, se regirán por la normativa anterior.

Disposición derogatoria única. *Derogación normativa*

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

Disposición final primera. *Desarrollo normativo*

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

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

Disposición final segunda. *Entrada en vigor*

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

Santiago de Compostela, once de enero de dos mil veinticuatro

Alfonso Rueda Valenzuela
Presidente

Julio García Comesaña
Conselleiro de Sanidad

CVE-DOG: qv6cefm9-vid7-ovj8-9tw4-diif20cjwfc7



PROCEDIMIENTO ACREDITACIÓN/RENOVACIÓN DE CENTROS SANITARIOS DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE GALICIA	CÓDIGO DE PROCEDIMIENTO SA102A	DOCUMENTO SOLICITUD
--	--	------------------------

DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE			
NOMBRE/RAZÓN SOCIAL 	PRIMER APELLIDO 	SEGUNDO APELLIDO 	NIF
TIPO 	NOMBRE DE LA VÍA 	NÚM. 	BLOQ.
PARROQUIA 		PISO 	
LUGAR 		PUERTA 	
CÓDIGO POSTAL 	PROVINCIA 	AYUNTAMIENTO 	LOCALIDAD
TELÉFONO 1 	TELÉFONO 2 	CORREO ELECTRÓNICO 	

Y EN SU REPRESENTACIÓN (deberá acreditarse la representación fehaciente por cualquier medio válido en derecho)			
NOMBRE/RAZÓN SOCIAL 	PRIMER APELLIDO 	SEGUNDO APELLIDO 	NIF

DATOS A EFECTOS DE NOTIFICACIÓN	
Todas las notificaciones a las personas interesadas se realizarán sólo por medios electrónicos a través del Sistema de notificación electrónica de Galicia - Notifica.gal (https://notifica.xunta.gal)	
Solo se podrá acceder a la notificación con el certificado electrónico o Chave365.	
Se enviarán avisos de puesta a disposición de la notificación en el correo electrónico y/o teléfono móvil facilitados a continuación y que se podrán cambiar en cualquier momento a través de Notifica.gal:	
TELÉFONO MÓVIL 	CORREO ELECTRÓNICO

OBJETO DE LA SOLICITUD
☐ ACREDITACIÓN
☐ RENOVACIÓN

LA PERSONA SOLICITANTE O REPRESENTANTE DECLARA:
1. Que la entidad titular se compromete a comunicar cualquier variación de las condiciones declaradas, así como cualquier incidencia que pudiese afectar a la calidad de las funciones que se van a desarrollar.
2. Que todos los datos contenidos en esta solicitud y en los documentos que se adjuntan son ciertos.



DOCUMENTACIÓN QUE SE PRESENTA O YA PRESENTADA CON ANTERIORIDAD

☐ Justificante del pago de la tasa correspondiente (código da tasa: 31.16.00), excepto que el pago se realice a través de la sede electrónica de la Xunta de Galicia, en cuyo caso no será necesario aportarlo.			
☐ Memoria actualizada en la que se indique y acredite el cumplimiento de los estándares establecidos en el Anexo II.			
☐ En caso de renovación, además de la documentación anterior, se adjuntará una declaración responsable en la que la persona interesada manifieste que se mantienen los mismos requisitos que dieron lugar a la resolución de la acreditación. Deberá ser solicitada con una antelación mínima de tres meses a la fecha límite de su vigencia.			
	ÓRGANO	CÓD. PROC.	AÑO
☐ Documentación acreditativa del/a representante legal.			

COMPROBACIÓN DE DATOS

Los documentos relacionados serán objeto de consulta a las administraciones públicas. En caso de que las personas interesadas se opongan a esta consulta, deberán indicarlo en la casilla correspondiente y aportar una copia de los documentos.	ME OPONGO A LA CONSULTA
DNI/NIE de la persona solicitante.	☐
DNI/NIE de la persona representante.	☐
CONSENTIMIENTO PARA LA COMPROBACIÓN DE DATOS La persona interesada autoriza la consulta a otras administraciones públicas de los siguientes datos. De no autorizar la consulta, deberá aportar el documento correspondiente.	AUTORIZO LA CONSULTA
NIF de la entidad solicitante.	☐ Sí ☐ No

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE LA PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

Responsable del tratamiento	Xunta de Galicia. Consellería de Sanidade.
Finalidades del tratamiento	Tramitar este procedimiento, verificar los datos y documentos que la persona interesada adjunte en su solicitud para comprobar la exactitud de éstos, llevar a cabo las actuaciones administrativas que se deriven e informar sobre el estado de tramitación. Así mismo, los datos personales se incluirán en la "Carpeta cidadá" de cada persona interesada para facilitar el acceso a la información, tanto personal como de carácter administrativo.
Legitimación para el tratamiento	El cumplimiento de una tarea en interés público o el ejercicio de poderes públicos según la normativa recogida en el formulario, en la página (https://www.xunta.gal/informacion-xeral-proteccion-datos) y en la ficha del procedimiento en la Guía de procedimientos y servicios. Consentimiento de las personas interesadas, cuando corresponda.
Destinatarios de los datos	Las administraciones públicas estatales, autonómicas y europeas en el ejercicio de sus competencias en materia de acreditación de centros sanitarios.
Ejercicio de derechos	Las personas interesadas podrán solicitar el acceso, rectificación, oposición, limitación, portabilidad y supresión de sus datos o retirar, en su caso, el consentimiento otorgado a través de la sede electrónica de la Xunta de Galicia o en los lugares y registros establecidos en la normativa reguladora del procedimiento administrativo común, según se recoge en (https://www.xunta.gal/exercicio-de-dereitos)
Contacto con la persona delegada de protección de datos y más información	(https://www.xunta.gal/informacion-xeral-proteccion-datos)

LEGISLACIÓN APLICABLE

- Ley 8/2008, de 10 de julio, de salud de Galicia.
- Decreto 52/2001, de 22 de febreiro, por el que se regula la acreditación de los centros hospitalarios de la Comunidad Autónoma de Galicia.
- Decreto 18/2024, de 11 de enero, por el que se establece el procedimiento para la acreditación de centros sanitarios y se crea y se regula el funcionamiento del Consejo Autonómico de Acreditación de Centros Sanitarios de la Comunidad Autónoma de Galicia.



**ANEXO I**
(continuación)**FIRMA DE LA PERSONA SOLICITANTE O REPRESENTANTE**

Lugar y fecha

 , de de

Secretaría General Técnica

 **SEDE ELECTRÓNICA** Este formulario solo podrá presentarse en las formas previstas en su norma reguladora
<https://sede.xunta.gal>

CVE-DOG: qv6cefm9-vid7-ovj8-9tw4-dlif20cjw7c7



ANEXO II**Estándares e indicadores para la acreditación de centros sanitarios**

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

1. DIRECCIÓN Y ORGANIZACIÓN (DO).

DO 1 - Liderazgo, estrategia y planificación.

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

2. GESTIÓN Y FORMACIÓN DEL PERSONAL (GFP).

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

GFP 2 - Formación continua.

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

CGMC 1 - Planificación de la calidad y mejora continua.

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

CGMC 3 - Seguimiento y control de procesos.

4. DERECHOS DE LOS PACIENTES (DP).

DP 1 - Derechos y deberes del paciente.

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

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

DP 4 - Grupos especiales.

5. ASISTENCIA AL PACIENTE (AP).

AP 1 - Valoración de los pacientes.



AP 2 - Cuidados de los pacientes.

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

AP 4 - Indicadores de asistencia.

AP 5 - Anestesia.

AP 6 - Cirugía.

AP 7 - Urgencias.

AP 8 - Consultas externas.

6. CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN (CA).

CA 1 - Proceso de admisión.

CA 2 - Continuidad asistencial.

CA 3 - Continuidad asistencial al alta.

CA 4 - Derivación y traslado de pacientes.

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

SPGR 1 - Gestión de riesgos.

SPGR 2 - Seguridad del paciente.

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

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

GIDC 1 - Planificación y adecuación de la información.

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

GIDC 3 - Gestión de la historia clínica.



9. PROCESOS DE SOPORTE A LA ASISTENCIA (PSA).

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

PSA 2 - Laboratorios.

PSA 3 - Uso del medicamento

PSA 4 - Hemoterapia.

PSA 5 - Nutrición y Dietética.

PSA 6 - Esterilización.

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

PALSI 1 - Hostelería.

PALSI 2 - Instalaciones, equipamiento y mantenimiento del edificio.

PALSI 3 - Accesibilidad del edificio y de su entorno.

PALSI 4 - Intimidad y confort en el edificio.

PALSI 5 - Seguridad del edificio y de su entorno.

PALSI 6 - Gestión de residuos y otros riesgos.

PALSI 7 - Gestión de la tecnología asistencial.

PALSI 8 - Proveedores, suministros, almacén y distribución.

1. DIRECCIÓN Y ORGANIZACIÓN (DO).**DO 1 - Liderazgo, estrategia y planificación.**

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

CVE-DOG: qv6cefm9-vid7-ovj8-9tw4-dlif20cjwfc7



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

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

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

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

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

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

1.8. El centro posee un plan estratégico a medio y largo plazo, actualizado y vigente, en el que se establecen la misión, visión, objetivos y líneas de actuación.

1.9. El centro dispone de un plan anual de gestión, correctamente difundido, en el que se incluyen, entre otras cuestiones, objetivos, programa de actividades, procedimientos para la evaluación y análisis de resultados. La dirección del centro promueve y facilita la participación activa de los profesionales en el plan de gestión, así como en la definición de los objetivos.

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

2. GESTIÓN Y FORMACIÓN DEL PERSONAL (GFP).

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

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

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

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

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

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

CVE-DOG: qv6cefm9-vid7-ovj8-9tw4-dlif20cjwfc7



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

1.7. El centro promueve la salud de sus trabajadores/as y cuenta con un plan de salud laboral, elaborado con la participación de los/las profesionales del centro y revisado periódicamente, que cumple la normativa vigente y promueve la salud laboral y la prevención de riesgos laborales de los/las trabajadores/as.

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

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

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

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

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

GFP 2 - Formación continua.

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

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

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

CVE-DOG: qv6cefm9-vid7-ovj8-9tw4-dlif20cjwfc7



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

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

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

CGMC 1 - Planificación de la calidad y mejora continua.

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

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

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

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

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

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

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



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

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

1.10. La dirección evalúa las respuestas a las quejas y reclamaciones de los pacientes y difunde la información a los/las trabajadores/as de la organización, para la mejora continua.

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

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

1.13. El centro realiza *benchmarking* para identificar las mejores prácticas y aprende de los mejores.

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

CGMC 3 - Seguimiento y control de procesos.

3.1. El centro determina los criterios y métodos necesarios para asegurarse de que tanto la operación como el control de los procesos sean eficaces.

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

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

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

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

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

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

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

CVE-DOG: qv6cefm9-vid7-ovj8-9tw4-dlif20cjwfc7



4. DERECHOS DE LOS PACIENTES (DP).**DP 1 - Derechos y deberes del paciente.**

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

1.2. El centro dispone de la Carta de Derechos y Deberes del Paciente, que se ajusta al contenido de la Ley general de sanidad y de la Ley de salud de Galicia.

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

1.4. Los derechos y deberes del paciente están expuestos en la distintas unidades asistenciales y administrativas del centro.

1.5. La dirección del centro fomenta y propicia el conocimiento y la difusión, por parte del personal, de los derechos y deberes, creando una cultura organizativa y de respeto de los mismos.

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

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

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

1.9. El centro tiene un mecanismo para comprobar rutinariamente si el paciente tiene inscritas sus últimas voluntades y, en caso negativo lo/la informa y facilita al/a la paciente su registro.

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

2.11. Existe un mecanismo de atención a las necesidades de atención social de los pacientes, ya sea dependiente o independiente de la unidad pero coordinada con esta.

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

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

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

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



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

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

3.6. El centro tiene establecido un procedimiento para la información verbal y/o escrita a pacientes o personas de edad avanzada o con déficits sensoriales, de conciencia, intelectivos o con trastorno del comportamiento, en relación con el proceso asistencial. Asimismo, garantiza el derecho del paciente a la no información.

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

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

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

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

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

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

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

3.14. En caso de que un paciente rechace el tratamiento ofrecido, deberán ofrecérsele tratamientos u otras medidas alternativas. Este rechazo no será equivalente a un alta voluntaria.



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

3.16. El paciente es informado de la existencia de un Comité de Ética Asistencial y de la posibilidad de pedir su intervención en caso de conflicto con su médico/a.

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

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

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

DP 4 - Grupos especiales.

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

4.2. Existe un procedimiento específico de atención al menor.

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

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

4.5. El centro tiene protocolos sobre inmovilización de pacientes encamados, aprobados por el Comité de Ética.

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

4.7. El centro dispone de un procedimiento actualizado, definido, conocido y difundido por el personal de la organización, para asegurar que los/las enfermos/as terminales pue-



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

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

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

5. ASISTENCIA AL PACIENTE (AP).

AP 1 - Valoración de los pacientes.

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

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

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

AP 2 - Cuidados de los pacientes.

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

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

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

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

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

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



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

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

AP 4 - Indicadores de asistencia.

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

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

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

AP 5 - Anestesia.

5.1. Existe un responsable cualificado de los servicios de Anestesia y Sedación.

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

5.3. El Servicio de Anestesia tiene una cartera de servicios definida, conocida y actualizada.

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

5.5. Los profesionales responsables de la sedación y monitorización, así como de la valoración preanestésica y la preinducción, están cualificados y suficientemente adiestrados.

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

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



AP 6 - Cirugía.

6.1. Existe un responsable cualificado al frente de los servicios quirúrgicos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

AP 7 - Urgencias.

7.1. Existe un responsable cualificado al frente del Servicio de Urgencias (SU).

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



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

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

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

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

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

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

AP 8 - Consultas externas.

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

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

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

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

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

8.6. La asistencia en consultas externas está coordinada.

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



6. CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN (CA).**CA 1 - Proceso de admisión.**

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

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

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

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

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

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

CA 2 - Continuidad asistencial.

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

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

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

2.4. Existe un/a facultativo/a responsable del/de la paciente, claramente identificado/a, que será el/la interlocutor/a principal con el/la paciente y su familia durante todo el proceso asistencial, así como con los demás prestadores de la atención sanitaria, y que garantizará



la adecuada coordinación de los cuidados prestados tanto en el propio servicio como en aquellos otros a los que el/la paciente sea transferido/a.

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

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

2.7. La organización garantiza la coordinación efectiva entre los diferentes prestadores de atención sanitaria en atención primaria y atención hospitalaria especializada (integración asistencial).

CA 3 - Continuidad asistencial al alta.

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

3.2. El informe de alta queda registrado en la historia clínica e incluye como mínimo:

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

3.3. El paciente y su familia reciben del/de la médico/a responsable instrucciones claras y comprensibles en relación con los cuidados precisos tras el alta, que incluirán indicacio-



nes sobre el centro sanitario donde deben continuar la atención y cómo obtener asistencia urgente en caso necesario.

3.4. De acuerdo a los estándares establecidos, se entrega al/a la paciente el informe de alta de cuidados de enfermería.

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

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

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

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

CA 4 - Derivación y traslado de pacientes.

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

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

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

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

SPGR 1 - Gestión de riesgos.

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

CVE-DOG: qv6cefm9-vid7-ovj8-9tw4-dlif20cjwfc7



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

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

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

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

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

1.7. La organización establece indicadores para el seguimiento del Sistema de gestión de riesgos para la seguridad del paciente en el cuadro de mando.

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

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

SPGR 2 - Seguridad del paciente.

I. SEGURIDAD EN LA ASISTENCIA:

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

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



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

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

2.5. Se garantiza que el uso de ropa, lencería y calzado de quirófano se restringe a las áreas quirúrgicas, y se incide en que el incumplimiento de esta norma atenta contra la seguridad del paciente.

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

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

II. SEGURIDAD EN LOS CUIDADOS: CC.

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

- Prevención de caídas y lesiones asociadas.
- Prevención de úlceras por presión.
- Seguridad en las contenciones mecánicas.
- Prevención de la malnutrición.
- Prevención de la broncoaspiración.
- Detección y asistencia al paciente frágil.
- Prevención del deterioro cognitivo.
- Abordaje integral del dolor.
- Prevención del suicidio.
- Prevención de fugas.



- Prevención de raptos y abandonos en el ámbito hospitalario.
- Prevención de reacciones alérgicas al látex.
- Prevención de trombosis venosa profunda y tromboembolismo pulmonar.
- Prevención de las hemorragias en pacientes de riesgo, como anticoagulados, posquirúrgicos y sometidos a procedimientos invasivos.
- Actuación ante situaciones emergentes graves de pacientes, con dispositivos de atención inmediata a la parada cardiorrespiratoria.
- Prevención de quemaduras por dispositivos asistenciales.
- Detección y prevención de la violencia de género.

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

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

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

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

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

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

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

CVE-DOG: qv6cefm9-vid7-ovj8-9tw4-dlif20cjwfc7



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

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

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

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

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

3.1. La organización cuenta con un sistema integrado para la vigilancia, prevención y control de las infecciones relacionadas con la atención sanitaria (IRAS).

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

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

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

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

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

CVE-DOG: qv6cefm9-vid7-ovj8-9tw4-dlif20cjwfc7



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

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

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

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

GIDC 1 - Planificación y adecuación de la información.

1.1. El centro cuenta con un responsable de los sistemas de información.

1.2. El centro dispone de un sistema de información diseñado acorde con sus necesidades, reflejado en un plan para la gestión de la información actualizado, difundido y evaluado.

1.3. El sistema de información facilita el desarrollo de los procesos de captura, procesamiento, transmisión, uso y recuperación de datos de forma ágil, y permite un acceso fácil y en tiempo real a la información definida como relevante para cada servicio o unidad del centro.

1.4. La totalidad de los servicios y unidades del centro sanitario está funcionalmente integrada en el sistema de información del hospital.

1.5. El personal conoce las normas y mecanismos de uso según el puesto de trabajo.

1.6. El centro dispone de mecanismos efectivos para garantizar que solo el personal autorizado puede acceder a la información que corresponda.

1.7. El personal que trabaja o utiliza los sistemas de información, independientemente del tipo de relación contractual, debe tener documentado formalmente su compromiso de confidencialidad con el uso de la información.

1.8. El personal encargado de la gestión de la información recibe la formación específica para garantizar el uso adecuado del sistema.

CVE-DOG: qv6cefm9-vid7-ovj8-9tw4-dlif20cjwfc7



1.9. El centro dispone de procedimientos para revisar, proteger y garantizar la seguridad e integridad del sistema de información.

1.10. El centro debe garantizar la seguridad y confidencialidad de los datos cuando colabora con bases de datos externas.

1.11. El centro facilita la información al/a la usuario/a de acuerdo con formatos normalizados y en tiempo adecuado.

1.12. El centro emplea códigos estandarizados de diagnóstico y procedimientos, símbolos, abreviaturas y definiciones recogidos en un manual escrito. Dicha estandarización cumple con los estándares aprobados por la organización.

1.13. El centro tiene establecidos indicadores con criterios de homologación y clasificación nacional e internacional. El sistema de indicadores le permite la evaluación y análisis de los procesos asistenciales.

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

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

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

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

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

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

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



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

2.5. La organización incentiva el desarrollo del conocimiento colectivo.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

3.12. El centro cuenta con una Comisión o Comité de Historias Clínicas formalmente constituido, con dependencia de la dirección del centro. Esta comisión propone y difunde las normas, procedimientos y acciones de mejora en la calidad de la HC.

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

9. PROCESOS DE SOPORTE A LA ASISTENCIA (PSA).

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

1.1. Existe un responsable de esta área.

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

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

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

1.5. Se disponen y se utilizan procedimientos para la correcta identificación de los pacientes y de los estudios realizados.

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

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



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

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

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

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

1.12. Se garantiza una adecuada gestión de residuos.

PSA 2 - Laboratorios.

2.1. Se cuenta con un responsable de esta área.

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

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

2.4. El personal asignado a los laboratorios cuenta con la cualificación y experiencia adecuadas.

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

2.6. El centro contará con procedimientos actualizados sobre la indicación y realización de todas las determinaciones y pruebas diagnósticas propias de la especialidad para la óptima asistencia de los pacientes. Los protocolos son conocidos y utilizados por el personal. Se garantiza la calidad de los estudios realizados.



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

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

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

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

PSA 3 - Uso del medicamento.

3.1. El centro cuenta con un responsable especialista en Farmacia Hospitalaria al frente del Servicio de Farmacia.

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

3.3. El centro dispone de una Guía farmacoterapéutica, en la que se incluyen los medicamentos disponibles elaborada de acuerdo con criterios profesionales.

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

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

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



3.7. El centro tiene implantado un sistema de distribución de medicación individualizado por pacientes y la prescripción de medicamentos está normalizada y protocolizada.

PSA 4 - Hemoterapia.

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

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

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

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

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

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

PSA 5 - Nutrición y Dietética.

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

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

5.3. Dispone de listado de dietas con un sistema de identificación, distribuido por todas las áreas de hospitalización, incluida Urgencias.



PSA 6 - Esterilización.

6.1. Esta unidad cuenta con personal técnico responsable de la misma.

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

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

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

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

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

10. PROCESOS DE APOYO LOGÍSTICO. SEGURIDAD DE LAS INSTALACIONES (PALSI).**PALSI 1 - Hostelería.**

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

1.2. La organización tiene una estructura física y organizativa adecuada para cubrir las necesidades hosteleras de las personas usuarias y del personal.

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

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



1.5. Existe un adecuado sistema de recogida de quejas de las personas usuarias, específico para esta área.

Alimentación:

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

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

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

Limpieza:

1.9. El centro dispone de una Guía de limpieza que adapta sus características a las recomendaciones de la Dirección General de Salud Pública de la consellería con competencias en materia de sanidad.

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

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

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

Lavandería/lencería:

1.13. El centro dispone de una Guía de ropa limpia y sucia que adapta sus características a las recomendaciones de la Dirección General de Salud Pública de la consellería con competencias en materia de sanidad.



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

PALSI 2 - Instalaciones, equipamiento y mantenimiento del edificio.

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

2.2. De acuerdo con su política y estrategia, el centro dispone de un plan de mantenimiento del edificio (exterior e interior), las instalaciones y el entorno, y de un reglamento de régimen interno aprobado por la dirección del centro, correctamente difundido y actualizado.

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

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

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

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

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

PALSI 3 - Accesibilidad del edificio y de su entorno.

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

3.2. El centro dispone de un plan de señalización general en el centro que facilita el acceso a las diferentes áreas; este plan incluye una identificación adecuada de las áreas de circulación públicas y restringidas.



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

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

3.5. El centro está libre de barreras y/o dispone de protocolos, mecanismos y recursos que permiten superar los posibles déficits de accesibilidad de la estructura de forma que garantizan que las personas usuarias con déficits sensoriales que circulan por el centro no tienen barreras de accesibilidad.

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

PALSI 4 - Intimidad y confort en el edificio.

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

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

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

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

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

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

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

CVE-DOG: qv6cefm9-vid7-ovj8-9tw4-dlif20cjwfc7



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

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

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

4.11. El centro dispone de instalaciones para el personal, equipadas y adaptadas al número de trabajadores/as y en las mejores condiciones higiénicas y de mantenimiento.

4.12. El centro facilita a sus trabajadores/as ropa de trabajo adecuada y hay vestuarios fácilmente accesibles.

PALSI 5 - Seguridad del edificio y de su entorno.

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

5.2. El centro dispone de un procedimiento para garantizar la seguridad de los bienes personales de los pacientes, al menos en las áreas de hospitalización, Urgencias, centro de día y CMA (cirugía mayor ambulatoria).

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

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

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

5.6. El centro dispone de un plan de eficiencia energética que se adapta a sus propias características.



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

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

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

PALSI 6 - Gestión de residuos y otros riesgos.

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

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

6.3. El centro está sometido a algún sistema de gestión de la calidad medioambiental tipo ISO 14000.

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

PALSI 7 - Gestión de la tecnología asistencial.

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

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

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

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

7.5. El centro garantiza que el personal encargado de la calibración y del mantenimiento preventivo está debidamente formado, es competente y actúa de acuerdo con los protocolos.



7.6. Todos los equipos que lo requieran deben calibrarse o verificarse, o ambas cosas, a intervalos especificados o antes de su utilización, comparando con patrones de medición trazables a patrones de medición internacionales o nacionales; cuando no existan tales patrones, debe registrarse la base utilizada para la calibración o la verificación.

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

PALSI 8 - Proveedores, suministros, almacén y distribución.

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

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

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

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

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

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

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

