



# Guía de Estándares de Calidad Asistencial (Versión 2)

Red Hospitalaria Pública del Principado de Asturias



SERVICIO DE SALUD  
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

UEC-SESPA



Promueve y edita: Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA).

© Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA).  
Depósito Legal AS 00263-2025  
ISBN: 978-84-09-68549-3

#### Control de Versiones

Versión	Fecha	Cambio relevante
1	13 de julio de 2018	Versión inicial
2	27 de enero de 2025	Se añaden nuevos agrupadores, circuitos y estándares de calidad. Se suprimen, añaden y modifican algunos estándares después de la experiencia evaluadora anterior.

ADVERTENCIA: este documento es propiedad del Servicio de Salud del Principado de Asturias, para utilizar alguna parte del mismo contactar antes con la Unidad de Evaluación en Calidad del SESPA.

Todo uso del masculino genérico en esta guía se refiere indistintamente a mujeres y hombres.

Unidad de Evaluación en Calidad del SESPA (UEC-SESPA)  
Plaza del Carbayón 1 y 2  
33001 Oviedo  
Teléfono: 985108590  
Correo electrónico: [ucsespa.sccc@sespa.es](mailto:ucsespa.sccc@sespa.es)  
Página web: <http://uc.sespa.es/>



## Equipo redactor:

### Unidad de Evaluación en Calidad del SESPA (UEC-SESPA):

- Paula Alonso González. Responsable de Calidad UEC-SESPA.
- Miguel Mancheño Antón. Técnico SSCC SESPA.
- María Josefa Campos Ruiz. Técnico Calidad UEC-SESPA.
- Valentín Javier Rodríguez Martínez. Jefe de la UEC-SESPA.

### Grupo de colaboradores (en orden alfabético):

- Tania Alonso Antuña.
- Rosa Ana Álvarez Fernández.
- Begoña Álvarez Muñoz.
- Leticia Ánsedes García.
- Carmen Barros García.
- Ana Belén Blanco Valle.
- Susana Calvo Toledo.
- José Luis Carretero Ares.
- M<sup>a</sup> Dolores Coballes Estévez.
- Mar Collar García.
- Rosalía de la Riva Bohigas.
- Jorge de la Vega García.
- Elena Díaz García.
- Rodrigo Escribano Balín.
- Susana Escribano Espinel.
- Bernabé Fernández González.
- Alberto Fernández León.
- Neus Fernández Mundet.
- María Fernández Prada.
- Diana María Fernández Zapico.
- Javier Fra Yáñez.
- Noelia García Argüelles.
- Vanesa María García Díaz.
- Gema García Fernández.
- José María García Gala.
- Jesús Vicente García González.
- Natalia García Santos.
- Jorge Gayol Samutlom.
- Leticia Gómez de Segura Iriarte
- José Antonio González Sánchez.
- María Antonia Herrero Jabonero.
- Carlos José Lamela Piteira.
- María Ángeles Laviana Fernández.
- Ruth M. Lobeto Martínez.
- Mónica López Ventoso.
- M<sup>a</sup> Eugenia Llana Velasco.
- Carmen Martínez Ortega.
- Eva Martínez Revuelta.
- Alfredo Menéndez Antolín.
- María Dolores Menéndez Fraga.
- Montserrat Miguel Carrizo.
- César Movilla Anta.
- Laura Muñoz Fernández.
- Elvira Muslera Canclini.
- Rosa María Núñez Rodríguez-Arango.
- María Osendi Cadenas.
- Paula Pérez Barbat.
- Ana Julia Pérez Carbajal.
- Sonia Reinoso López.
- Marta María Rodríguez Suárez.
- Gerardo Rubiera López.
- Andrea Suárez Banciella.
- M<sup>a</sup> Belén Suárez Mier.
- M<sup>a</sup> Aránzazu Urruchi Campo.
- Iria María Yáñez González.
- María José Zapico Baragaño.

### Sociedades científicas, Colegios profesionales y otras entidades (en orden alfabético)

- Asociación de Buenas Prácticas de Seguridad de Pacientes (ABPSP).
- Asociación de Ostomizados del Principado de Asturias (AOPA).
- Centro Coordinador Regional BPSO/España/Asturias.
- Confederación Española de Personas con Discapacidad Física y Orgánica (COCEMFE).
- Colegio Oficial de Enfermería del Principado de Asturias.
- Colegio Oficial de Farmacéuticos de Asturias.
- Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Asturias.
- Organización Nacional de Ciegos Españoles (ONCE).





## PRÓLOGO

La evaluación de la calidad asistencial se ha instaurado en el Servicio de Salud Asturiano como una actividad habitual en el día a día de los centros sanitarios. Varios años después de la primera edición de esta guía, se finalizó la evaluación de los hospitales que componen la Red Hospitalaria Pública del Principado de Asturias. Ese primer ciclo supuso una valiosa oportunidad para identificar áreas de mejora y consolidar buenas prácticas en la atención sanitaria.

Esta segunda versión se ha construido partiendo de las lecciones aprendidas a lo largo del primer ciclo evaluador. Una importante fuente de entrada ha sido la retroalimentación de los equipos directivos de los hospitales, así como de los profesionales auditados. Por otro lado, los equipos auditores del Servicio de Salud han aportado sus conocimientos y han demostrado una extraordinaria implicación. La Unidad de Evaluación en Calidad del SESPA (UEC-SESPA) ha liderado el proceso de construcción de la guía y su implementación apoyándose en su compromiso con la mejora continua, su experiencia evaluadora y la acreditación externa.

Tiene en sus manos un documento que persigue la excelencia en la atención sanitaria como una responsabilidad permanente con la sociedad. En él se han integrado enfoques innovadores basados en la evidencia científica, con el fin de promover una atención sanitaria centrada en el paciente y acorde con las necesidades actuales de la ciudadanía. Cada estándar de esta larga lista, ha sido minuciosamente seleccionado en aras de mejorar la atención sanitaria que se presta en los centros hospitalarios de nuestra Comunidad Autónoma.

La Guía de Estándares de Calidad Asistencial (GECA) no es sólo una relación de estándares, sino una herramienta dinámica con la que avanzar hacia una atención más segura y efectiva, promoviendo una cultura organizacional donde la calidad sea el eje central de nuestro sistema de salud.

Desde el Servicio de Salud Asturiano queremos expresar nuestro agradecimiento a todas aquellas personas que han participado en la elaboración de esta guía y aquellas que apostáis por la mejora de la calidad sanitaria, vuestro compromiso permite construir un sistema de salud más sólido y humano.

Aquilino Alonso Miranda.  
Director Gerente del SESPA



## INTRODUCCIÓN

### Gestión de la calidad en el SESPA

El Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA) es una organización sanitaria con un amplio recorrido en la gestión de la calidad asistencial, la cual ha evolucionado considerablemente a lo largo de estas dos últimas décadas.

A partir de la experiencia adquirida con los modelos con lo que ha trabajado, el SESPA ha construido herramientas propias para la gestión de la calidad y las ha implementado en los dispositivos asistenciales: con el fin de evaluar la calidad en el ámbito de la Gestión Clínica se crea el Sistema de Información Normalizado de Objetivos de Calidad (SINOC) y para evaluar la calidad en el ámbito de la Red Hospitalaria Pública (RPH), la Guía de estándares y circuitos de la calidad asistencial (GECCAs), con sus correspondientes esquemas de evaluación.

### Unificación de modelos

Tal y como explica el Documento de Posicionamiento de Gestión de la calidad en el SESPA y con independencia de los sistemas de gestión de la calidad externos, los modelos propios del SESPA convergen entre sí resultando de esta manera un modelo y una herramienta evaluadora únicos: Guía de Estándares en Calidad Asistencial (GECA) y Esquema de evaluación GECA, que son propiedad del Servicio de Salud y cuentan con las adaptaciones necesarias en función del ámbito de aplicación (Gestión Clínica o RPH).

El objetivo de dicha fusión es impulsar un desarrollo armonizado de la gestión de la calidad en los dispositivos sanitarios, proporcionando homogeneidad en ambos ámbitos de aplicación y facilitando la labor de los auditores.

### La Unidad de Evaluación en Calidad del SESPA (UEC-SESPA)

La UEC-SESPA (anteriormente llamada Unidad de Certificación en Calidad del SESPA) es el órgano del Servicio de Salud del Principado de Asturias con la competencia para evaluar la calidad asistencial de los dispositivos sanitarios, con la guía y el esquema de evaluación anteriormente citados.

### Acreditación ENAC

La UEC-SESPA está acreditada por la Entidad Nacional de Acreditación (ENAC) para los dos alcances que evalúa (desde el año 2016 en el caso de la Gestión Clínica y desde 2021 en el de la Red Hospitalaria Pública), manteniéndose dicha acreditación en la actualidad.

### Panel de auditores

Para realizar su cometido, la UEC-SESPA gestiona un panel de más de cien auditores procedentes de la propia Organización cuya relación se publica anualmente en el BOPA; estos profesionales, capacitados para uno o ambos modelos, tienen perfiles muy variados y experiencia contrastada en la realización de auditorías de calidad de la materia en la que son expertos.

La propia Unidad capacita inicialmente a estos auditores, diseña y desarrolla su formación continuada y realiza periódicamente la evaluación de su desempeño.

### GECA v2

Tras la experiencia adquirida entre los años 2018 y 2024 al haber evaluado con el modelo GECA los trece hospitales que conforman la Red Hospitalaria Pública, se detectó la necesidad de elaborar una segunda versión de la guía.

Esta nueva versión elimina algunos estándares de la primera y actualiza otros, pero su principal modificación es la inclusión de nuevos agrupadores (bloque quirúrgico, Salud Laboral y Prevención de Riesgos Laborales...) y la ampliación de otros (laboratorios, accesibilidad, gestión de residuos, seguridad vial...).

Además, se añade como novedad al final de cada dominio el agrupador “Evaluación de seguimiento”, que incluye un estándar que describe las acciones de mejora que incorpore el centro en relación con dicho dominio a partir tanto de los informes obtenidos tras la evaluación GECA como de cualquier otra fuente.

La valoración del nivel de cumplimiento de los estándares de calidad de la GECA RHP se detalla con mayor precisión en su correspondiente Esquema de Evaluación.



## Siglas y acrónimos utilizados:

- ACR: Análisis Cusa Raíz.  
ACS: Agua Caliente Sanitaria.  
ACS: *American College of Surgeons* (Colegio americano de cirujanos)  
ACSA: Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.  
AEPD: Agencia Española de Protección de Datos.  
AFS: Agua Fría Sanitaria.  
AHRQ: *Agency for Healthcare Research and Quality* (Agencia para la investigación y la calidad en los cuidados de salud).  
AORN: *Association of periOperative Registered Nurses* (Asociación estadounidense de enfermeras del ámbito quirúrgico)  
APEAS: Estudio nacional de Efectos Adversos en Atención Primaria.  
API: *Active Pharmaceutical Ingredient* (Principio activo)  
ARSOLP: Derechos del ciudadano en relación con el acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación y portabilidad de sus datos personales.  
BIE: Boca de Incendio Equipada.  
BMJ: *British Medical Journal*.  
BPSO®: *Best Practices Spotlight Organizations*.  
CAR: Consultas de Alta Resolución.  
CAR-T: *Chimeric Antigen Receptor T-cell*. Receptor de antígeno quimérico de células T.  
CCEC®: Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados.  
CSS: Comité de Seguridad y Salud.  
CCST: Centro Comunitario de Sangre y Tejidos.  
CDC: *Center for Disease Control*. Centro para el control y la prevención de enfermedades infecciosas de EEUU.  
CEAS: Comité de Ética para la Atención Sanitaria.  
CERCP: Consejo Español de Resucitación Cardio-Pulmonar.  
CFT: Comisión de Farmacia y Terapéutica.  
CH: Concentrado de Hematíes.  
CI: Consentimiento Informado.  
CPRE: Colangiopancreatografía Retrógrada Endoscópica.  
CSN: Consejo de Seguridad Nuclear.  
CURMP: Comisión de Uso Racional del Medicamento y Productos sanitarios.  
DALCO: requisitos de accesibilidad (Deambulación, Aprehensión, Localización y Comunicación).  
DB-SUA: Documento Básico de Seguridad de Utilización y Accesibilidad.  
DCI: Denominación Común Internacional de la OMS para los medicamentos.  
DEA: Desfibrilador Externo Automático.  
DIN: *Deutsches Institut für Normung* (Instituto alemán de normalización).  
DIP: Documento de Instrucciones Previas.  
DOE: Denominación Oficial Española para los medicamentos.  
DOUE: Diario Oficial de la Unión Europea.  
DPD: Delegado de Protección de Datos.  
EA: Evento Adverso.  
EAP: Escala de Alerta Precoz.  
EAT: *Eating-Assessment Tool-10* (Escala para la valoración de la disfagia).  
EC: Evento Centinela.  
EFQM: *European Foundation for Quality Management* (Fundación europea para la gestión de la calidad).  
ENAC: Entidad Nacional de Acreditación.  
ENEAS: Estudio Nacional de Eventos Adversos en centros hospitalarios.  
ENRESA: Empresa Nacional de Residuos Radioactivos Sociedad Anónima.  
ENSERio: Estudio de Necesidades Sociosanitarias de Enfermedades Raras.  
ENVIN-HELICS: Estudio Nacional de Vigilancia de la Infección Nosocomial en las unidades de cuidados intensivos - *Hospital in Europe Link for Infection Control through Surveillance*.  
ENWHP: *European Network for Health Promotion* (Red europea de promoción de la salud en el trabajo)  
EPI: Equipo de Protección Individual.  
EPINE: Estudio de Prevalencia de Infección Nosocomial en España.  
EPOC: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.  
ERC: *European Resuscitation Council* (Consejo europeo de resucitación).  
EVA: Escala Visual Analógica (evaluación del dolor).  
EVN: Escala Verbal Numérica (evaluación del dolor).  
EVS: Escala Verbal Simple (evaluación del dolor).  
FAPOE: Federación de Asociaciones de Personas Ostomizadas de España.  
GECA: Guía de Estándares de Calidad Asistencial.  
GECCAs: Guía de Estándares y Circuitos de Calidad Asistencial (nombre de la versión 1 de la guía).  
GFT: Guía farmacoterapéutica.  
GHAS: Grupo de Hemovigilancia del Principado de Asturias.  
GISPASA: Gestión de Infraestructuras Sanitarias del Principado de Asturias.  
GMAO/CMMS: Gestión de Mantenimiento Asistido por Ordenador. *Computerized Maintenance Management System*.  
GPC: Guías de Práctica Clínica.  
HATDC: Herramientas de Ayuda para la Toma de Decisiones Compartidas.  
HC: Hemocomponente.  
HEPA: *High Efficiency Particulate Air* (Filtro de aire de alta eficiencia).  
HM: Higiene de Manos.  
HNF: Heparinas No Fraccionadas.  
HBPM: Heparinas de Bajo Peso Molecular.  
IASP: *International Association for the Study of Pain* (Asociación internacional para el estudio del dolor).  
IDEA: Identificación de Efectos Adversos. Estudio de la incidencia de efectos adversos en la asistencia hospitalaria.  
IHI: *Institute for Healthcare Improvement* (Instituto para la mejora de los cuidados de salud).  
IHQ: Infección de Herida Quirúrgica.  
IMC: Índice de Masa Corporal.

IMV: Incidente de Múltiples Víctimas.  
 IAPRL: Instituto Asturiano de Prevención de Riesgos Laborales.  
 IMPROVE: Escala de sangrado IMPROVE:  
*International Medical Prevention Registry on Venous Tromboembolism*.  
 INCLIMECC: Indicadores Clínicos de Mejora Continua de la Calidad.  
 INSALUD: Instituto Nacional de la Salud.  
 INSHT: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.  
 IQ: Intervención Quirúrgica.  
 IRAS: Infecciones Relacionadas con la Atención Sanitaria.  
 ISMP: *Institute for Safe Medication Practices*.  
 ISMP-España: Instituto para el uso seguro de los medicamentos.  
 ISO: *International Organization for Standardization*.  
 IV: Intravenoso.  
 JCI: *Joint Commission International*.  
 LAP: Ley de Autonomía del Paciente. (Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica).  
 LASA: *Look-Alike, Sound-Alike*. Se utiliza esta expresión para medicamentos fonética o visualmente semejantes que pueden inducir errores.  
 LER: Listado Europeo de Residuos. Códigos LER.  
 LOPD: Ley Orgánica de Protección de Datos.  
 LVQ: Listado de Verificación Quirúrgica.  
 MAR: Medicación de Alto Riesgo.  
 MISP: Meta Internacional de Seguridad del Paciente.  
 MMR: Microorganismo Multi-Resistente.  
 NHS: *National Health Service* (Sistema nacional de salud británico).  
 NICE: *National Institute for health and Care Excellence*.  
 NIMA: Número de identificación medioambiental.  
 NPSA: *National Patient Safety Agency*.  
 NQF: *National Quality Forum* (EEUU).  
 NRD: Niveles de Referencia de Dosis.  
 OCA: Organismo de Control Autorizado.  
 OEC: Organismo de Evaluación de la Conformidad.  
 OETSPA: Oficina de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del Principado de Asturias.  
 OMS: Organización Mundial de la Salud.  
 ONT: Organización Nacional de Trasplantes.  
 PAE: Proceso de Atención de Enfermería.  
 PBA: Preparado de Base de Alcohólica.  
 PCAI: Programa Clave de Atención Interdisciplinar.  
 PCE: Plan de Catástrofes Externas.  
 PCR: Parada Cardio-Respiratoria.  
 PEHV: Programa Estatal de Hemovigilancia.  
 PERPA: Plan Estratégico de Residuos del Principado de Asturias 2014-2024.  
 PICC: *Peripherally Inserted Central Cateter* (catéter central insertado periféricamente).  
 PIT: Programa de Intercambio Terapéutico.  
 PLATERPA: Plan territorial de protección civil del Principado de Asturias.  
 PNT: Procedimientos Normalizados de Trabajo.  
 PRAN: Plan nacional frente a la Resistencia a los Antibióticos.  
 PROA: Programa de Optimización de uso de Antibióticos.  
 PST: Promoción de la Salud en el centro de Trabajo.  
 PTI: Plan Terapéutico Individualizado.  
 QR code: *Quick Response code* (código de respuesta rápida).  
 RAE: Real Academia Española de la lengua.  
 RAEE: Residuos de aparatos eléctricos y electrónicos.  
 RAIP: Registro Autonómico de Instrucciones Previas.  
 RAM: Reacciones Adversas a la Medicación.  
 REBT: Reglamento Electrotécnico para Baja Tensión.  
 RedETS: Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del SNS.  
 REPD: Reglamento Europeo Protección de Datos.  
 RCP: Resucitación Cardio-Pulmonar.  
 RCS: *Royal College of Surgeons* (UK) (Colegio de cirujanos del Reino Unido).  
 RGPD: Reglamento General de Protección de Datos.  
 RITE: Reglamento de Instalaciones Térmicas en los Edificios.  
 RMN: Resonancia Magnética Nuclear.  
 RNAO: *Registered Nurses Association of Ontario* (Asociación profesional de enfermeras de Ontario).  
 RRSS: Redes sociales.  
 SAC: Servicio de Atención al Ciudadano.  
 SAC: *Severity Assessment Classification*.  
 SADME o SAD: Sistemas Automatizados de Dispensación de Medicamentos.  
 SAI: Sistema de Alimentación Ininterrumpida.  
 SAMU: Servicio de Atención Médica Urgente de Asturias.  
 SAMR: *Staphylococcus Aureus* Resistente a la Meticilina.  
 SCTM: Sistemas Cerrados de Transferencia de Medicamentos.  
 SEDAR: Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor.  
 SEFV-H: Sistema Español de Farmacovigilancia de medicamentos de uso Humano.  
 SEMPSPH: Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene.  
 SENIC: *Study of the Efficacy of Nosocomial Infection Control* (EEUU).  
 SENSAR: Sistema Español de Notificación en Seguridad en Anestesia y Reanimación.  
 SEPA: Servicio de Emergencias del Principado de Asturias.  
 SERAM: Sociedad Española de Radiología Médica.  
 SESCAM: Servicio de Salud de Castilla y la Mancha.  
 SESPA: Servicio de Salud del Principado de Asturias.  
 SGC: Sistemas de Gestión de la Calidad.  
 SIA: Símbolo Internacional de Accesibilidad.  
 SIGRE (Punto): Sistema Integrado de Gestión y Recogida de Envases.  
 SiNASP: Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente.  
 SNS: Sistema Nacional de Salud.  
 SoHO: *Substance of Human Origin* (sustancias de origen humano destinadas a su aplicación).  
 SP: Seguridad de Paciente.

SPRL: Servicio de Prevención de Riesgos Laborales.  
ST: Servicio de Transfusión.  
SV: Soporte Vital.  
SVA: Soporte Vital Avanzado.  
SVB: Soporte Vital Básico.  
TAC: Tomografía Axial Computerizada.  
TCAE: Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería.  
TDC: Toma de Decisiones Compartidas.  
TIC: Tecnologías de la Información y Comunicaciones.  
UADTI: Unidades Asistenciales de Diagnóstico y

Tratamiento por la Imagen.  
UE: Unión Europea.  
UEC-SESPA: Unidad de Evaluación en Calidad del SESPA.  
UCOSAM: Unidad de Coordinación del Programa Marco de Salud Mental.  
UNISDR: Oficina de las Naciones Unidas para la reducción del riesgo de desastres.  
UPP: Úlceras por Presión.  
URPA: Unidad de Recuperación Post Anestesia.  
WHO: *World Health Organization*.



# ÍNDICE

## ÍNDICE

PRÓLOGO .....	7
INTRODUCCIÓN.....	9
ÍNDICE .....	15
<b>DOMINIO 1: LIDERAZGO.....</b>	<b>19</b>
GOBERNANZA CORPORATIVA (go) .....	21
LI_go_2 Cartera y Carta de Servicios.....	22
LI_go_3 Estructura organizativa y participación profesional.....	23
LI_go_4 Plan de comunicación y transparencia .....	24
LI_go_5 Cuadro de mando.....	26
LI_go_6 Auditorías .....	27
LI_go_7 Evaluación de los servicios subcontratados.....	27
LI_go_9 Prestación y rendición de cuentas .....	27
LI_go_10 Definición de puestos de trabajo y gestión de competencias profesionales .....	28
LI_go_11 Plan de acogida a nuevos profesionales .....	29
LI_go_12 Opinión de los profesionales .....	29
GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO (gc) .....	30
LI_gc_1 Formación pregrado y sanitaria especializada .....	30
LI_gc_2 Formación continuada .....	31
LI_gc_3 Socialización del conocimiento .....	32
LI_gc_4 Exteriorización del conocimiento.....	32
LI_gc_5 Integración del conocimiento .....	32
LI_gc_7 Estudios de investigación clínica .....	33
MEJORA CONTINUA (mc).....	34
LI_mc_4 Análisis estratégico.....	34
LI_mc_5 Políticas de calidad .....	34
LI_mc_6 Plan estratégico.....	35
LI_mc_2 Creatividad e innovación.....	35
GESTIÓN DEL RIESGO PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE (gr) .....	37
LI_gr_1 Gestión de la cultura de seguridad hospitalaria.....	37
LI_gr_3 Detección y notificación de incidentes y eventos adversos relacionados con la atención sanitaria	39
LI_gr_4 Implicación del paciente en la seguridad.....	43
EVALUACIÓN DE SEGUIMIENTO (es) .....	45
<b>DOMINIO 2: DERECHOS Y PARTICIPACIÓN .....</b>	<b>47</b>
DERECHOS Y DEBERES (dd) .....	49
DP_dd_1 Difusión de los derechos y deberes .....	49
DP_dd_2 Valores y creencias .....	50
DP_dd_3 Confidencialidad .....	50
DP_dd_4 Intimidad .....	54
DP_dd_5 Gestión de los conflictos éticos .....	54
PARTICIPACIÓN (pa) .....	56
DP_pa_1 Consentimiento informado .....	56
DP_pa_2 Sustitución en la toma de decisiones.....	57
DP_pa_3 Quejas, sugerencias y agradecimientos .....	58
DP_pa_4 Instrucciones previas .....	59
DP_pa_5 Participación de pacientes y familiares.....	60
DP_pa_6 Educación de pacientes y familias .....	62
EVALUACIÓN DE SEGUIMIENTO (es) .....	64
<b>DOMINIO 3: ACCESIBILIDAD .....</b>	<b>65</b>
ACCESIBILIDAD ESTRUCTURAL (ae) .....	67
AC_ae_1 Movilidad exterior.....	68
AC_ae_5 Movilidad interior horizontal.....	73
AC_ae_6 Movilidad interior vertical .....	79
ACCESIBILIDAD TRAMITACIÓN (at) .....	81
AC_at_1 Información al usuario .....	81
ACCESIBILIDAD PRIORIZADA (ap) .....	83
AC_ap_1 Priorización de la asistencia en base a criterios clínicos .....	83

# ÍNDICE

EVALUACIÓN DE SEGUIMIENTO (es) .....	84
<b>DOMINIO 4: ASISTENCIA SANITARIA .....</b>	<b>85</b>
PROCESO ASISTENCIAL (pa) .....	87
AS_pa_1 Acogida .....	87
AS_pa_2 Identificación inequívoca .....	88
AS_pa_3 Responsable de la asistencia .....	89
AS_pa_4 Historia clínica .....	89
AS_pa_5 Evaluación del paciente .....	90
AS_pa_6 Plan terapéutico individualizado (PTI).....	95
AS_pa_7 Información clínica a paciente y familiares .....	95
AS_pa_8 Comunicación efectiva y sin errores .....	96
MUESTRAS BIOLÓGICAS (mb).....	97
AS_mb_1 Muestras biológicas.....	97
Laboratorio de Bioquímica/Análisis clínicos .....	98
Laboratorio de Microbiología .....	100
Laboratorio de Anatomía patológica .....	102
Laboratorio de Hematología .....	104
PRUEBAS DE IMAGEN (pi) .....	106
AS_pi_1 Estructura del Servicio de Radiodiagnóstico .....	106
AS_pi_2 Procedimientos Normalizados de Trabajo .....	107
AS_pi_3 Solicitudes radiológicas .....	107
AS_pi_4 Citaciones .....	107
AS_pi_5 Información .....	108
AS_pi_6 Interpretación de los resultados.....	108
AS_pi_7 Informe radiológico .....	109
AS_pi_8 Radiología con contraste.....	109
AS_pi_9 Radiología vascular e intervencionista .....	110
AS_pi_10 Gestión de la calidad y del riesgo radiológico .....	110
BLOQUE QUIRÚRGICO (bq) .....	111
AS_bq_1 Proceso preoperatorio .....	111
AS_bq_2 Estructura del bloque quirúrgico .....	112
AS_bq_3 Cirugía segura .....	114
AS_bq_3_3, 3_4 y 3_5 <i>Check list</i> quirúrgico .....	115
AS_bq_4 Gestión del medicamento y la fluidoterapia .....	119
AS_bq_5 Clima y cultura de seguridad en el bloque quirúrgico .....	121
DONACIÓN, TRANSFUSIÓN Y TRASPLANTE (dt) .....	122
AS_dt_1 Gestión de transfusiones .....	122
AS_dt_2 Gestión de órganos y tejidos.....	125
ATENCIÓNES ESPECIALES (ae).....	127
AS_ae_1 Contención mecánica .....	127
AS_ae_2 Pacientes vulnerables.....	128
AS_ae_3 Situación crítica de maltrato .....	128
AS_ae_4 Evaluación del riesgo y gestión de la violencia .....	129
CONTINUIDAD ASISTENCIAL (ca).....	132
AS_ca_1 Continuidad de la información .....	132
AS_ca_3 Continuidad de la gestión .....	135
EVALUACIÓN DE SEGUIMIENTO (es) .....	136
<b>DOMINIO 5: GESTIÓN DE LAS EMERGENCIAS .....</b>	<b>137</b>
EMERGENCIAS INTERNAS (ei).....	139
GE_ei_1 Atención a la parada cardiorrespiratoria .....	139
GE_ei_2 Plan de contingencia para los suministros esenciales .....	140
EMERGENCIAS EXTERNAS (ee) .....	142
GE_ee_1 Plan de catástrofes externas e incidencias.....	142
EVALUACIÓN DE SEGUIMIENTO (es) .....	143
<b>DOMINIO 6: GESTIÓN DE LA MEDICACIÓN .....</b>	<b>145</b>
PROCESO DE MEDICACIÓN (pm) .....	147
GM_pm_1 Selección y adquisición de la medicación .....	147
GM_pm_2 Guía farmacoterapéutica.....	148
GM_pm_3 Almacenamiento .....	149

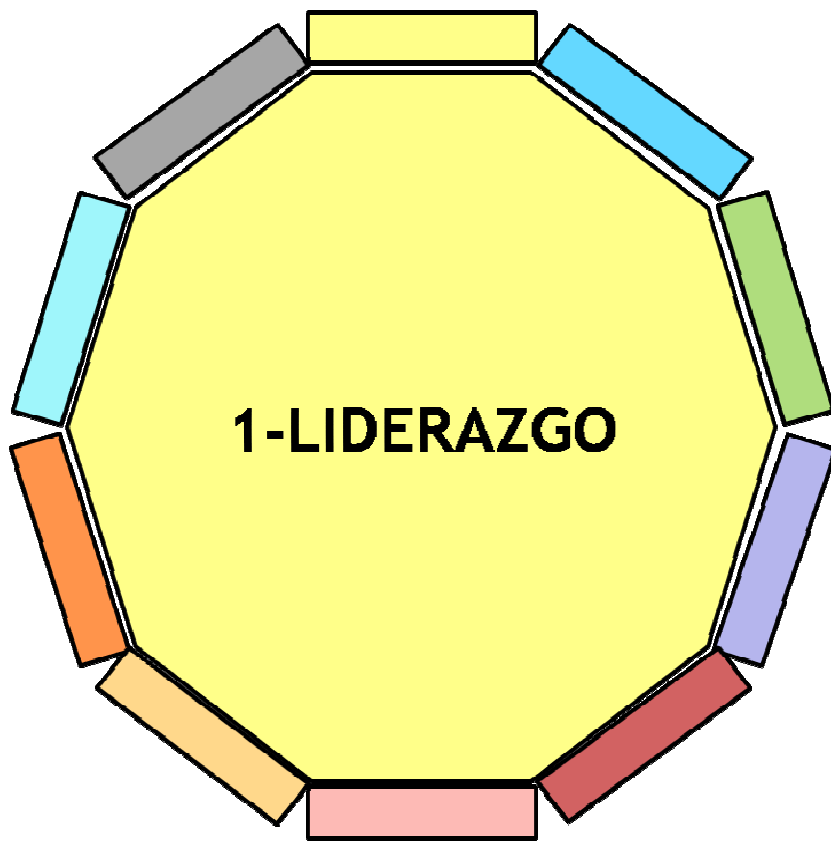
# ÍNDICE

GM_pm_4 Conciliación de la medicación .....	152
GM_pm_5 Prescripción del medicamento .....	153
GM_pm_6 Validación de las prescripciones medicamentosas.....	154
GM_pm_7 Preparación del medicamento.....	154
GM_pm_8 Dispensación del medicamento.....	156
GM_pm_9 Administración del medicamento .....	156
GM_pm_10 Registro del medicamento .....	158
GM_pm_11 Gestión de las incidencias .....	159
GM_pm_12 Autoevaluación de la seguridad medicamentosa .....	159
MEDICACIONES ESPECIALES (me) .....	161
GM_me_1 Medicación de alto riesgo (MAR) .....	161
GM_me_2 Estupefacientes .....	163
GM_me_3 Medicamentos citotóxicos y citostáticos .....	164
GM_me_5 Medicamentos peligrosos .....	165
GM_me_6 Gases medicinales .....	165
GM_me_7 Fórmulas magistrales.....	166
GM_me_8 Terapias avanzadas.....	167
EVALUACIÓN DE SEGUIMIENTO (es) .....	169
<b>DOMINIO 7: CONTROL DE LA INFECCIÓN .....</b>	<b>171</b>
ESTRATEGIAS (es).....	173
IN_es_1 Sistema de vigilancia, prevención y control de las IRAS .....	173
IN_es_2 Higiene de manos .....	173
IN_es_3 Proyectos institucionales de reducción de la infección (PROA, Zeros...) .....	175
IN_es_4 Bioseguridad ambiental .....	177
ESTRUCTURAS Y PROCESOS (ep) .....	180
IN_ep_1 Medios barrera y aislamiento .....	180
IN_ep_2 Limpieza .....	182
IN_ep_3 Desinfección .....	184
IN_ep_4 Esterilización .....	185
TRAZABILIDAD (tr) .....	187
EVALUACIÓN DE SEGUIMIENTO (es) .....	188
<b>DOMINIO 8: HUMANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA .....</b>	<b>189</b>
ESTRATEGIAS Y POLÍTICAS (ep).....	191
HA_ep_1 Sanidad amable .....	191
CONFORTABILIDAD ESTRUCTURAL (ce).....	195
HA_ce_1 Entorno amable.....	195
EVALUACIÓN DE SEGUIMIENTO (es) .....	198
<b>DOMINIO 9: SOSTENIBILIDAD, PRL Y SALUD LABORAL .....</b>	<b>199</b>
SOSTENIBILIDAD MEDIOAMBIENTAL. PLAN ESTRATÉGICO DE SALUD Y MEDIOAMBIENTE (sm) .....	201
SO_sm_4 Procedimientos y políticas de gestión de residuos.....	202
SO_sm_5 Formación, sensibilización y difusión. ....	203
SO_sm_6 Recursos materiales accesibles.....	204
SO_sm_7 Segregación .....	204
SO_sm_8 Manipulación.....	205
SO_sm_9 Envasado.....	206
SO_sm_10 Etiquetado .....	207
SO_sm_11 Transporte interno .....	207
SO_sm_12 Almacenamiento intermedio .....	208
SO_sm_13 Almacenamiento final .....	208
SO_sm_14 Uso sostenible de los recursos .....	209
SOSTENIBILIDAD FINANCIERA (sf).....	210
SO_sf_1 Análisis de ineficiencias.....	210
SO_sf_2 Optimización según resultados .....	211
SOSTENIBILIDAD SOCIAL (ss) .....	212
SO_ss_1 Participación de las partes interesadas en la toma de decisiones .....	212
SO_ss_3 Contribución al desarrollo sostenible de la comunidad .....	213
SO_ss_4 Contribución al principio de igualdad entre mujeres y hombres .....	213
PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES Y SALUD LABORAL (pr).....	215
SO_pr_1 Declaración de Luxemburgo .....	215

# ÍNDICE

SO_sl_2 Evaluación y planificación de las actividades preventivas .....	216
SO_pr_3 Vigilancia de la salud individual y colectiva .....	219
SO_pr_4 Inmunización de los profesionales .....	222
SO_pr_5 Prevención y control de las agresiones a los profesionales .....	223
SO_pr_6 Prevención y control de la violencia en el ámbito laboral .....	224
SO_pr_7 Gestión de la movilidad y seguridad vial .....	226
SO_pr_8 Información y formación en seguridad y salud laboral.....	228
SO_pr_9 Consulta y participación de los trabajadores.....	229
EVALUACIÓN DE SEGUIMIENTO (es) .....	231
<b>DOMINIO 10: GESTIÓN DE EQUIPAMIENTO E INFRAESTRUCTURAS .....</b>	<b>233</b>
MATERIALES Y PRODUCTOS (mp) .....	235
EQ_mp_1 Selección y adquisición.....	235
EQ_mp_2 Recepción y almacenamiento .....	236
EQ_mp_3 Distribución.....	237
EQ_mp_4 Gestión de incidencias .....	237
EQUIPOS DE ELECTROMEDICINA DE BAJA, MEDIA Y ALTA TECNOLOGÍA (ee).....	238
EQ_ee_1 Inventario de los equipos .....	238
EQ_ee_2 Mantenimiento y calibraciones .....	239
ESTRUCTURAS, INSTALACIONES Y MOBILIARIO (ei).....	241
EQ_ei_1 Requisitos técnico-legales de las estructuras.....	241
EQ_ei_2 Seguridad de las infraestructuras .....	242
EQ_ei_3 Mobiliario y enseres hospitalarios.....	244
EVALUACIÓN DE SEGUIMIENTO (es) .....	245
<b>BIBLIOGRAFÍA UTILIZADA PARA LA REDACCIÓN DE LA GUÍA .....</b>	<b>247</b>
DOMINIO 1: LIDERAZGO .....	247
DOMINIO 2: DERECHOS Y DEBERES .....	249
DOMINIO 3: ACCESIBILIDAD .....	251
DOMINIO 4: ASISTENCIA SANITARIA .....	252
DOMINIO 5: GESTIÓN DE LAS EMERGENCIAS.....	257
DOMINIO 6: GESTIÓN DE LA MEDICACIÓN .....	258
DOMINIO 7: CONTROL DE LA INFECCIÓN .....	261
DOMINIO 8: HUMANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA .....	263
DOMINIO 9: SOSTENIBILIDAD, PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES Y SALUD LABORAL.....	264
DOMINIO 10: GESTIÓN DE EQUIPAMIENTOS Y ESTRUCTURAS .....	267
Bibliografía General .....	270

**ADVERTENCIA:** alguno de los estándares de la versión inicial han sido suprimidos o cambiados de ubicación en esta nueva versión. Los códigos de estos estándares no se han utilizado nuevamente sino que se han suprimido, por lo que habrá estándares que no seguirán la ordenación alfanumérica.





## DOMINIO 1: LIDERAZGO

Desde la dirección se establecen valores y principios éticos, se toman e implementan decisiones para lograr objetivos, se desarrolla una cultura y un sistema de gestión de la calidad de los servicios prestados y se adquieren responsabilidades con la sociedad. Estos valores han de estar en consonancia con las políticas institucionales que se desarrollan desde la Organización Sanitaria.

En el contexto organizacional actual de continuo cambio e innovación sanitaria se requiere la adquisición constante de nuevas competencias profesionales, por lo que la gestión del conocimiento constituye un medio esencial para el desarrollo de nuevas formas de enfocar y entender el aprendizaje.

De igual forma, la introducción de nuevas tecnologías en el sector sanitario requiere procedimientos regulados para valorar su pertinencia antes de su incorporación en la cartera de servicios y la actualización de las competencias de los profesionales involucrados.

Es fundamental que los equipos directivos lideren la promoción de una cultura de seguridad que alcance a todos los profesionales del centro e implique al paciente en la misma.

Teniendo en cuenta todos estos aspectos, los circuitos aquí definidos se han redactado en torno a cuatro grandes agrupadores: gobernanza corporativa, gestión del conocimiento, gestión de la mejora continua y cultura de seguridad. El último agrupador es la evaluación de seguimiento, incluida de manera transversal en los 10 dominios de la guía.

	Dominio		Agrupador
<b>LI</b>	<b>LIDERAZGO</b>	go	Gobernanza corporativa
		gc	Gestión del conocimiento
		mc	Gestión de la mejora continua
		cs	Cultura de seguridad
		es	Evaluación de seguimiento

### GOBERNANZA CORPORATIVA (go)

“La gobernanza es el sistema por el cual una organización toma e implementa decisiones para lograr sus objetivos.” (UNE-ISO 26000:2021).

En este grupo se encuentran los circuitos y los estándares de calidad que definen las estructuras y estrategias para la gestión de la calidad y que aparecen enumeradas en la siguiente tabla:

	Dominio		Agrupador	nº	Circuito
<b>LI</b>	<b>LIDERAZGO</b>	go	Gobernanza corporativa	2	Cartera y carta de servicios
				3	Estructura organizativa y participación profesional
				4	Plan de comunicación y transparencia
				5	Cuadro de mando
				6	Auditorías
				7	Evaluación de los servicios subcontratados
				9	Prestación y rendición de cuentas
				10	Definición de puestos de trabajo y gestión de competencias profesionales
				11	Plan de acogida a nuevos profesionales
				12	Opinión de los profesionales

## DOMINIO 1: LIDERAZGO

### LI\_go\_2 Cartera y Carta de Servicios

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

Las carteras de servicios de los centros hospitalarios se han de ajustar a las políticas establecidas a nivel nacional en el Consejo Interterritorial y a nivel autonómico en la Consejería de Salud y han de cumplir con los criterios de eficacia, efectividad, eficiencia y equidad para todos los usuarios.

Por otro lado, las cartas de servicios proporcionan a la ciudadanía información sobre los compromisos de calidad y sobre las actividades que desarrolla la organización y sirven de instrumento de mejora de la calidad de los servicios públicos. También hacen efectivo, por un lado, el principio de transparencia y, por otro, el principio de participación, según el cual la ciudadanía puede canalizar su conocimiento y su opinión hacia la eficiencia de la actividad administrativa.

#### Estándar LI\_go\_2\_1 CARTERA DE SERVICIOS

LI\_go\_2\_1

La organización dispone de una **cartera de servicios actualizada** que difunde a usuarios y profesionales.

La Ley de Salud 7/2019 establece en su artículo 55 que los ciudadanos tienen derecho a conocer la cartera de servicios de cada centro y servicio sanitario. El centro hospitalario cuenta con una cartera de servicios aprobada por el SESPA en función de sus características con el grado de detalle suficiente que permita conocer la actividad de cada servicio.

Por otro lado, los avances tecnológicos y las necesidades cambiantes de la población, exigen una actualización continua de la cartera de servicios, especialmente importante para garantizar la efectividad y la seguridad de las técnicas, tecnologías y procedimientos. La actualización de la cartera de servicios debe contemplar aspectos relacionados con la sostenibilidad del sistema.

#### Elementos del estándar:

- Existe una cartera de servicios (documento) que incluye todos los servicios del centro hospitalario y las prestaciones desglosadas que cada uno de ellos realizan.
- La cartera de servicios está actualizada y es homogénea entre todos los servicios hospitalarios.
- Se realiza una difusión de la cartera de servicios a pacientes y profesionales de forma proactiva (intranet, Astursalud, cartelería, web, folletos...) asegurando un acceso fácil a la misma.
- El centro hospitalario tiene una sistemática para la revisión periódica de su cartera de servicios y documenta las revisiones realizadas.

#### Estándar LI\_go\_2\_2 CARTA DE SERVICIOS

LI\_go\_2\_2

La organización dispone de una **Carta de Servicios** publicada, difunde los resultados de los indicadores establecidos e insta acciones correctivas si es necesario.

En octubre de 2009 el Ministerio de la Presidencia y la Agencia de Evaluación y Calidad publican el documento "Carta de compromisos con la Calidad de las Administraciones Públicas Españolas". En este documento se relatan la cultura y estrategias de calidad, así como los valores inspiradores en la actuación de estas administraciones: el compromiso con el servicio a la ciudadanía, la orientación a objetivos y resultados, la transparencia y ética pública, la coordinación y cooperación y la responsabilidad y uso racional de los recursos públicos.

Se establecen también en el documento objetivos generales de calidad: administración accesible, abierta y cercana a la ciudadanía, económicamente eficiente y sostenible, flexible y capaz de reasignar recursos. Es necesaria la promoción entre los diferentes sectores público y privado, la dotación con personal capacitado y una Administración integrada.

En este documento marco se citan las estrategias de calidad para poder desarrollarlos: adopción de modelos de excelencia como referencia para la gestión, establecimiento de objetivos y estándares de calidad en los servicios, simplificación administrativa, acceso electrónico de la ciudadanía a los servicios públicos, evaluación de las actividades y resultados, sistemas de sugerencias y reclamaciones, participación ciudadana, desarrollo de las capacidades de los profesionales y reconocimiento de su implicación en la mejora continua.

## DOMINIO 1: LIDERAZGO

El 25 de noviembre de 2014 se aprueba por la Red Interadministrativa de Calidad en los Servicios Públicos, dependiente del Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas, el “Marco común sobre las cartas de servicios en las administraciones públicas españolas”. Es un documento general en el cual se establecen las líneas directrices de lo que han de ser las Cartas de Servicio de las Administraciones Públicas.

En el ámbito autonómico se publica el Decreto 61/2014, de 25 de junio, por el que se regulan las cartas de servicios en el ámbito de la Administración del Principado de Asturias. En este decreto se define, entre otras cosas, el contenido que ha de tener una Carta de Servicios: las normas de referencia, los derechos de la ciudadanía, la información a los mismos, el derecho a formular quejas y sugerencias, etc. También se determinan los compromisos de calidad que asume el organismo que redacta la carta, así como los indicadores que permiten valorar el grado de cumplimiento y las medidas de subsanación en caso de incumplimiento. El decreto también describe la forma de aprobación y actualización de las Cartas de Servicios, la publicación y las formas de difusión.

### Elementos del estándar:

- La Carta de Servicios del centro hospitalario está vigente, aprobada y publicada en el BOPA.
- Se realiza una difusión de la Carta de Servicios a las partes interesadas por los canales adecuados.
- Se produce una valoración anual de los compromisos de calidad adquiridos a través de los indicadores establecidos para ese fin y se establece un registro de la valoración realizada.
- Se establecen acciones reparadoras en caso de no cumplimiento de alguno de los compromisos y se documentan.

### LI\_go\_3 Estructura organizativa y participación profesional

#### Estándar LI\_go\_3\_1 ORGANIGRAMA

LI\_go\_3\_1

La organización dispone de un **organigrama** con las responsabilidades definidas y conocido por los profesionales.

Un organigrama permite analizar la estructura de la organización representada y cumple con un rol informativo, al ofrecer datos sobre las características generales de la misma. El organigrama debe representar de forma gráfica los distintos niveles de jerarquía con sus responsabilidades definidas y la relación existente entre ellos.

### Elementos del estándar:

- El organigrama del centro está actualizado, con funciones y responsabilidades asignadas nominalmente.
- Se difunde el organigrama a través de canales efectivos.

#### Estándar LI\_go\_3\_2 COMISIONES

LI\_go\_3\_2

La organización gestiona la existencia y el funcionamiento de las **comisiones clínicas, comités y grupos de trabajo** necesarios para el adecuado funcionamiento del centro.

La participación de los profesionales es un aspecto necesario en la organización de la actividad sanitaria. De su implicación depende el avance en materia de calidad de la atención sanitaria, la seguridad del paciente y el uso eficiente de los recursos.

La participación profesional requiere un marco bien definido sobre las cuestiones a tratar en los órganos de participación. Asimismo, es preciso dotar a estos órganos de una configuración estable, con presencia de las personas responsables de las unidades asistenciales de mayor impacto en el funcionamiento y actividad del área sanitaria. Esta participación es una actividad reglada y se documenta.

### Elementos del estándar:

- Comisión de Calidad y Seguridad del Paciente.
- Comisión de Continuidad Asistencial.
- Comisión de Historia Clínica y Documentación.
- Comisión de Farmacia y Terapéutica del área.
- Comisión de Infecciones y Política Antibiótica.
- Comisión de Tumores.
- Comisión de Mortalidad Clínica.
- Comisión de Medioambiente.
- Etc.

#### Estándar LI\_go\_3\_3 COMITÉ SEGURIDAD Y SALUD

LI\_go\_3\_3

La Dirección del centro hospitalario tiene constituido el **Comité de Seguridad y Salud**.

## DOMINIO 1: LIDERAZGO

El Comité de Seguridad y Salud es el órgano paritario y colegiado de participación destinado a la consulta regular y periódica de las actuaciones de la empresa en materia de prevención de riesgos laborales. La existencia y su funcionamiento regular vienen establecidos como una obligación empresarial en los artículos 38 y 39 de la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales.

### Elementos del estándar:

- El Comité de Seguridad y Salud está constituido de forma paritaria por los Delegados de Prevención y por la Dirección del centro.
- El comité se reúne trimestralmente y siempre que lo solicite alguna de las partes.
- El comité participa en la elaboración, puesta en práctica y evaluación de los planes y programas de prevención de riesgos de la empresa.
- En el seno del comité se valora la memoria anual del SPRL y su programación anual.

### Estándar LI\_go\_3\_4 PROFESIONALES QUE PARTICIPAN EN PROCESOS DE LA ORGANIZACIÓN

LI_go_3_4	Los profesionales del centro participan en los procesos comunes de la Organización Sanitaria Asturiana o nacional aportando sus criterios técnicos y su experiencia.
-----------	--

La participación de los profesionales del hospital en proyectos de la Organización Sanitaria Autónoma, ya sea a través de grupos de trabajo, comisiones, auditorías internas o responsabilidades en formación y docencia, es esencial para fortalecer el sistema de salud. Su compromiso y experiencia contribuyen a impulsar la calidad asistencial, la seguridad del paciente y la excelencia profesional. Valorar y reconocer su participación activa en estos proyectos es fundamental para fomentar un entorno de colaboración, aprendizaje y mejora continua en beneficio de todos los usuarios del sistema de salud.

### Elementos del estándar:

- Está establecida la sistemática para la solicitud y aprobación de la participación en grupos de mejora.
- Está publicada y a disposición de la organización la información sobre las personas que participan en grupos de mejora.
- Existe participación de profesionales del centro en órganos suprahospitalarios que contribuyan a la mejora del conocimiento común.
- Existe participación de profesionales del centro en órganos nacionales que contribuyan a la mejora del conocimiento común.
- Existe participación de profesionales del centro en actividades de auditoría interna que contribuyan a la mejora de la calidad asistencial.
- Existe participación de profesionales del centro en actividades de formación que impliquen una mejora del conocimiento de los profesionales.
- Existe participación de profesionales del centro en comisiones de ámbito autonómico o nacional, en comités o como consultores por su reconocido prestigio en su ámbito profesional.

### Estándar LI\_go\_3\_5 PROFESIONALES REFERENTES

LI_go_3_5	El centro cuenta con profesionales referentes para procesos estratégicos de la organización.
-----------	--

En el complejo y dinámico entorno de atención de un hospital, existen profesionales cuyo papel es fundamental para garantizar la calidad y seguridad de la atención sanitaria. Estos profesionales se postulan como referentes en ámbitos tan cruciales como la seguridad del paciente, la gestión de residuos, la gestión de notificaciones de eventos adversos o la higiene de manos, entre otros.

Su compromiso y conocimientos especializados se traducen en prácticas más seguras, reducción de infecciones nosocomiales, prevención de complicaciones evitables y mejora de la calidad de la atención en general. También son referentes para la dirección del centro en su espacio profesional y rinden cuentas periódicamente a la misma que sirven para la toma de decisiones.

### Elementos del estándar:

- El centro hospitalario cuenta con un responsable de higiene de manos, seguridad del paciente, gestión de residuos, SiNASP, guías de práctica clínica, proyectos zero, etc.
- El profesional realiza una rendición de cuentas periódica en forma de memoria sobre la actividad del ámbito del que es responsable.

LI_go_4 Plan de comunicación y transparencia
--

## DOMINIO 1: LIDERAZGO

“Transparencia: apertura respecto a las decisiones y actividades que afectan a la sociedad, la economía y el medioambiente y voluntad de comunicarlas de manera clara, exacta, oportuna, honesta y completa”. (UNE-ISO 26000:2021).

Las organizaciones deberían revelar de forma clara, precisa y completa la información sobre las políticas, decisiones y actividades de las que son responsables, incluyendo sus impactos conocidos y probables sobre la sociedad y el medioambiente.

### Estándar LI\_go\_4\_1 CANALES DE COMUNICACIÓN INTERNA

LI\_go\_4\_1

La organización establece **canales de comunicación interna** para gestionar la información entre los profesionales.

La organización debe establecer un plan de comunicación en el que se recojan los distintos canales de transmisión de la información, las actualizaciones periódicas de los documentos, la garantía de la recepción o la posibilidad de acceso a todos los profesionales implicados.

#### Elementos del estándar:

- Existe un plan de comunicación interna documentado y actualizado.
- El plan abarca a todos los servicios hospitalarios y es conocido por los profesionales.
- Los canales formales de comunicación están definidos y difundidos.
- La información a difundir está definida para cada canal.
- Se evalúa el uso de los canales de comunicación.
- Existen responsables de aprobación, difusión, etc. de los documentos.

### Estándar LI\_go\_4\_2 CANALES DE COMUNICACIÓN EXTERNA

LI\_go\_4\_2

La organización establece **canales de comunicación externa** para gestionar la información entre las partes interesadas.

La organización debe contar con un plan de comunicación externo para transmitir la información necesaria a otros ámbitos que no pertenezcan al centro hospitalario: SESPA, Consejería de Salud, servicios subcontratados o entidades con las que tenga establecido cualquier tipo de convenio de colaboración docente o de cualquier otra actividad.

#### Elementos del estándar:

- Existe un plan de comunicación externa documentado y actualizado.
- Los canales formales de comunicación están definidos y difundidos.
- La información a difundir está definida para cada canal.
- Se evalúa el uso de los canales de comunicación.
- Existen responsables de aprobación, difusión, etc. de los documentos.
- Están definidos los canales para transmitir al paciente información en relación con sus procesos.

### Estándar LI\_go\_4\_3 TRANSPARENCIA

LI\_go\_4\_3

La organización establece mecanismos orientados a mejorar la **transparencia** ante la ciudadanía.

La transparencia se ha convertido en un valor fundamental en nuestra sociedad y es especialmente relevante en el ámbito de los centros sanitarios. La necesidad de que aquellos procesos que no involucren datos de carácter confidencial sean transparentes es fundamental para generar confianza y promover un sistema de atención sanitaria justo.

Cuando un centro hospitalario es transparente, se muestra ante la sociedad como una institución comprometida con la excelencia y la rendición de cuentas. La transparencia no sólo implica cumplir con los requisitos legales y normativos, sino ir más allá, proporcionando información de manera proactiva y comprensible para la ciudadanía.

#### Elementos del estándar:

- El centro hospitalario establece los distintos canales de acceso a la ciudadanía para poder consultar los procesos en los que está implicado.
- Los canales de contacto están adaptados a las necesidades de usuarios de avanzada edad o con limitaciones sensoriales.
- La dirección del centro realiza una rendición de cuentas periódica en un formato accesible y de fácil lectura y comprensión para la ciudadanía.

## DOMINIO 1: LIDERAZGO

### Estándar LI\_go\_4\_4 GESTIÓN DOCUMENTAL **ESTÁNDAR BÁSICO**

LI\_go\_4\_4

La organización cuenta con una sistemática que le permite tener una adecuada **gestión documental**.

#### Elementos del estándar:

- El hospital cuenta con un procedimiento que describe el proceso de redacción, revisión, aprobación y difusión de sus documentos y registros.
- Los documentos especifican el equipo redactor, quién realiza la revisión del mismo y son aprobados por el organismo competente (Gerencia, Comité de Dirección, Patronato, etc.).
- La documentación del centro sigue un patrón común con uniformidad de los campos utilizados y codificaciones que permiten identificar el servicio al que pertenecen.
- Los documentos cuentan con un número de versión vigente y una fecha de aprobación, así como una fecha prevista de revisión.
- El centro tiene una gestión centralizada de los documentos vigentes y toda la documentación del hospital está bajo control.
- El hospital tiene calendarizadas las revisiones de sus documentos y guarda registros de las mismas.
- Los documentos cuentan con un control de cambios que permite identificar la versión vigente y los cambios realizados sobre las anteriores versiones.
- Los documentos no vigentes cuentan con una sistemática que los identifica como obsoletos de forma que no se puedan producir confusiones.
- Existe un procedimiento para gestionar los documentos que se originaron fuera del centro.
- Los profesionales del centro tienen un acceso organizado a la documentación que necesiten conocer.
- El centro tiene organizada la información de manera fácil e intuitiva mediante un gestor documental, de modo que los profesionales puedan acceder adecuadamente (Intranet, carpetas compartidas en el escritorio...).

### LI\_go\_5 Cuadro de mando

El cuadro de mando es una herramienta estratégica que facilita la toma de decisiones e identifica rápidamente puntos de mejora. Actúa como herramienta de supervisión y evaluación, pero también tiene un efecto motivador hacia la consecución de los objetivos.

### Estándar LI\_go\_5\_1 CUADRO DE MANDO **ESTÁNDAR BÁSICO**

LI\_go\_5\_1

La dirección dispone de un **cuadro de mando** que le aporta la información necesaria en relación con los elementos de **seguridad del paciente y de calidad**.

La dirección dispone de un documento estructurado que aporta información sintética, actualizada y periódica sobre el desarrollo de la organización. Este cuadro de mando debe estar ceñido al ámbito de la calidad asistencial, con independencia de que existan otros cuadros de mando que reflejen elementos de actividad, económicos, etc.

#### Elementos del estándar:

- Existe un cuadro de mando que incluye los elementos claves para su gestión en los diferentes ámbitos:
  - Calidad.
  - Seguridad.
  - Accesibilidad.
  - Confortabilidad.
  - Confidencialidad.
  - Satisfacción del usuario.
  - Eficiencia.
  - Formación, etc.
- Las fuentes de procedencia de los datos están identificadas de manera explícita (sistemas de información, auditoría de historias, evaluaciones internas, etc.).
- Los profesionales conocen la forma correcta de realizar sus registros para mejorar la fiabilidad de los datos a analizar.

### Estándar LI\_go\_5\_2 MONITORIZACIONES

LI\_go\_5\_2

La dirección planifica **monitorizaciones periódicas de sus indicadores clave** para introducir correcciones cuando sea necesario.

La organización tiene establecida una sistemática de supervisiones periódicas de los resultados de los indicadores del cuadro de mando relacionado con la calidad asistencial que permite evaluar el cumplimiento de los objetivos y establecer planes de mejora si fuera necesario.

## DOMINIO 1: LIDERAZGO

### Elementos del estándar:

- Se realizan monitorizaciones periódicas de los indicadores clave del centro.
- Se incorporan las modificaciones pertinentes en base a los hallazgos.
- Se documentan las acciones de mejora realizadas en base a los resultados de las monitorizaciones.

### LI\_go\_6 Auditorías

La mejora en cualquier campo requiere medir los resultados. Establecer medidas rigurosas de valoración es uno de los pasos más importantes de mejora en la sanidad.

### Estándar LI\_go\_6\_1 AUDITORÍAS

#### LI\_go\_6\_1

La organización realiza **auditorías** de su actividad con carácter periódico e integra los resultados en acciones de mejora.

### Elementos del estándar:

- Existe un plan de auditorías internas calendarizadas: auditoría periódica de HCE, consentimiento informado, *check list* quirúrgico, marcaje quirúrgico, contención mecánica, higiene de manos, gestión de medicamentos y productos sanitarios, identificación de paciente, control de estructuras, etc.
- Se realizan informes de auditoría con los hallazgos.
- Se realiza memoria de auditorías y difusión a las partes implicadas.
- Las auditorías de los servicios certificados/acreditados (ISO, JCI, Gestión Clínica, etc.) están calendarizadas y se difunden los resultados a las partes interesadas.
- Las auditorías vinculadas a normativa legal (acreditación de centros, RGPD, botiquines y estupefacientes, normativa técnico legal del ámbito de mantenimiento, etc.) están calendarizadas y se difunden los resultados a las partes interesadas.
- Se valora la eficacia de la difusión y de los canales de comunicación utilizados.

### LI\_go\_7 Evaluación de los servicios subcontratados

Las organizaciones sanitarias, en ocasiones, acuden a la subcontratación de servicios de apoyo o de soporte a empresas externas que los ejecutan. Independientemente de quién sea el proveedor del mismo, la dirección del centro es responsable de ese servicio prestado de forma externa, por lo que deberá evaluarlo periódicamente y emitir un informe de conformidad, así como corregir aquellas situaciones en las que el servicio no se ejecute de la forma adecuada.

Los servicios subcontratados en las organizaciones sanitarias pueden ser los de limpieza, cocina, mantenimiento, calibraciones, seguridad, esterilización, archivos, pruebas de laboratorio, etc.

### Estándar LI\_go\_7\_1 EVALUACIÓN DE SERVICIOS SUBCONTRATADOS

#### LI\_go\_7\_1

La organización **evalúa periódicamente los servicios subcontratados** a empresas externas para garantizar su calidad.

### Elementos del estándar:

- Cada servicio subcontratado tiene a una persona responsable designada para su seguimiento.
- Existe un circuito para la gestión de incidencias en los servicios subcontratados.
- Se establecen acciones correctivas cuando hay deficiencias en los servicios prestados.
- Se realiza una evaluación periódica de los servicios subcontratados a empresas externas.
- Se emite un informe detallado de la evaluación.
- La dirección del centro establece correcciones sobre las anomalías detectadas.

### LI\_go\_9 Prestación y rendición de cuentas

La rendición de cuentas es un proceso de comunicación. Según la UNE-ISO 26000:2021 es la “condición de responder por decisiones y actividades ante los órganos de gobierno de la organización, autoridades competentes y más ampliamente, ante sus partes interesadas”.

Es, por lo tanto, la capacidad de una organización de acostumbrarse a dar información sobre los impactos sociales, económicos y ambientales de su actividad.

### Estándar LI\_go\_9\_1 MEMORIA ANUAL

## DOMINIO 1: LIDERAZGO

LI\_go\_9\_1

La dirección realiza una **memoria anual** de las actividades del centro.

### Elementos del estándar:

- La organización promueve la realización de informes parciales y memorias de los ámbitos en los que los resultados puedan ser objeto de análisis o discusión y los presenta a las partes interesadas:
  - Memoria anual del hospital o área sanitaria.
  - Memoria de la Unidad de Calidad.
  - Memoria de la Unidad de Formación.
  - Memoria de la Unidad de Investigación.
  - Memoria del Servicio de Atención al Usuario.
  - Memoria de Prevención de Riesgos Laborales.
  - Memoria de Trabajo Social.
  - Memoria de Gestión de Residuos.
  - Memoria de las comisiones clínicas...
- Se utilizan formatos normalizados para que las memorias parciales sean homogéneas.

LI\_go\_10 Definición de puestos de trabajo y gestión de competencias profesionales

Las organizaciones son una estructura viva en constante cambio y adaptación. Las de carácter sanitario, además, son complejas por sus dimensiones, por los procesos que realizan, por moverse en entornos cambiantes y por sus numerosas relaciones entre profesionales, profesionales-usuarios... Así, no es suficiente con adaptarse, sino que es necesario aprender e innovar.

### Estándar LI\_go\_10\_1 EVALUACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES

LI\_go\_10\_1

La organización tiene definido su catálogo de puestos de trabajo y realiza la gestión de los profesionales en base a la **evaluación de sus competencias**.

Gestionar personas significa situar a cada profesional allí donde pueda ser más útil para obtener el máximo rendimiento con la máxima satisfacción, tanto para la organización como para el profesional, desarrollando contextos organizativos: distribución del trabajo, sistemas de evaluación del desempeño, etc. que lo reconozcan. La Ley 7/2019, de 29 de marzo, de Salud, del Principado de Asturias, en el punto 20 resalta que “el sistema sanitario es una organización de gestión del conocimiento, siendo sus profesionales su mayor capital. La gestión por competencias es el sistema adecuado para la gestión estratégica de la dirección de las personas”.

### Elementos del estándar:

- El centro hospitalario identifica las capacidades requeridas a los profesionales en cada puesto de trabajo y detecta sus necesidades.
- La Dirección del centro incentiva el desarrollo formativo, docente e investigador, detectando las necesidades de cada grupo profesional y elaborando un plan de desarrollo.
- Los mapas de competencias están actualizados y definidos por puesto de trabajo.
- Se realiza una evaluación de la competencia y del desempeño con periodicidad establecida.
- Se diseña el Plan de Formación a partir de las necesidades detectadas en la evaluación competencial.
- Se gestionan los profesionales en base a la evaluación de competencias.
- Se definen perfiles profesionales en las categorías y los puestos de trabajo que sean precisos.
- Las descripciones de los puestos de trabajo de los profesionales sanitarios y las evaluaciones del rendimiento incluyen estándares específicos sobre seguridad del paciente y de la medicación (p. ej. cambiar prácticas para mejorar la seguridad, mejorar el trabajo en equipo, estar al día en publicaciones sobre seguridad, etc.) (Punto 219 del cuestionario de autoevaluación del ISMP).

### Estándar LI\_go\_10\_2 GESTIÓN INFORMACIÓN LABORAL Y ACADÉMICA

LI\_go\_10\_2

El centro hospitalario gestiona la **información laboral y académica de los profesionales**.

### Elementos del estándar:

- Los archivos de personal contienen las titulaciones académicas necesarias para el ejercicio profesional.
- Los archivos de personal contienen el historial laboral de los profesionales.
- Los archivos de personal contienen la información legal requerida (certificado de delitos sexuales o certificado de colegiación si proceden, etc.).
- Los archivos de personal contienen la formación continuada del trabajador.
- Los archivos de personal contienen las evaluaciones de la competencia realizadas anteriormente.

## DOMINIO 1: LIDERAZGO

- Los registros de personal están estandarizados, actualizados y son de carácter confidencial.

### LI\_go\_11 Plan de acogida a nuevos profesionales

Los planes de acogida al personal de nueva incorporación son una herramienta útil en la gestión de recursos humanos. En el momento del inicio de la relación laboral, facilitan la integración del personal, contribuyendo a la satisfacción y a la integración en el equipo, a la par que sirven como elemento motivador y de adhesión a los objetivos de la organización.

#### Estándar LI\_go\_11\_1 PLAN ACOGIDA NUEVOS PROFESIONALES **ESTÁNDAR BÁSICO**

LI\_go\_11\_1

La organización aplica a los profesionales de nueva incorporación un **plan de acogida** actualizado y personalizado.

##### Elementos del estándar:

- Existe un plan de acogida general para todo profesional de nueva incorporación en el centro hospitalario donde se explicitan los contenidos que han de conocer las nuevas incorporaciones y un acceso a una ubicación electrónica en la que poder consultarlo.
- Está definido quién realiza la acogida, cuándo y a quién.
- La documentación general del plan de acogida se actualiza periódicamente.
- El plan de acogida es personalizado para todas las categorías profesionales y los puestos de trabajo, con contenidos definidos y adaptados a las necesidades del desempeño de esos profesionales.
- Los profesionales reciben formación sobre aquellos documentos relevantes para sus responsabilidades.
- Los planes de acogida incluyen la documentación común del hospital y la de los procesos clave: confidencialidad, activación ante una PCR, ante una emergencia, PRL, etc.
- Los planes de acogida realizados están documentados.
- Se realiza evaluación de la acogida por el nuevo profesional.

### LI\_go\_12 Opinión de los profesionales

Es necesario que la organización, en su búsqueda de una mejor calidad de vida laboral, persiga compatibilizar sus propios intereses con las demandas y expectativas de sus profesionales.

Aspectos como el desarrollo profesional, la formación continuada, así como la satisfacción y la motivación de los profesionales, van a tener una relación directa con la atención que se preste en el centro sanitario.

#### Estándar LI\_go\_12\_1 EXPLORAR LA OPINIÓN DE LOS PROFESIONALES

LI\_go\_12\_1

La organización establece los mecanismos necesarios para conocer la **opinión de los profesionales**.

Los mecanismos habituales para recabar la opinión de los profesionales son las encuestas de satisfacción, aunque no se debe descartar el uso de otras fórmulas, incluso de carácter informal, aprovechando todas las herramientas que nos permitan obtener un mayor conocimiento de las necesidades de los profesionales.

##### Elementos del estándar:

- La Dirección conoce la opinión de los profesionales en relación con necesidades formativas, calidad de vida profesional, necesidades asistenciales, cambios organizativos, etc., para lo que establece los mecanismos que considera más adecuados: encuestas de satisfacción, entrevistas a equipos directivos y a profesionales...
- La Dirección utiliza el análisis de los resultados obtenidos para establecer acciones de mejora.

## DOMINIO 1: LIDERAZGO

### GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO (gc)

La gestión del conocimiento se puede definir como el proceso sistemático de identificar, capturar y transferir información y conocimiento, que las personas pueden utilizar para crear, competir y mejorar; es decir, el conjunto de procesos y sistemas que están orientados a aumentar el capital intelectual.

Nuestras organizaciones, en continuo proceso de aprendizaje, generan constantemente conocimientos nuevos que exigen ser gestionados adecuadamente. Esos conocimientos deben ser compartidos e integrados en el grupo en el que se trabaja, con otros grupos e incluso fuera de la propia organización.

Por lo tanto, el desarrollar contextos organizativos que permitan la conversión del conocimiento individual en colectivo es clave. La creación, adquisición y transmisión del conocimiento permitirá reducir la brecha entre los conocimientos existentes en la organización y los que son necesarios para responder eficientemente a las exigencias percibidas del entorno.

	Dominio		Agrupador	nº	Circuito
LI	LIDERAZGO	gc	Gestión del conocimiento	1	Formación pregrado y sanitaria especializada
				2	Formación continuada
				3	Socialización del conocimiento
				4	Exteriorización del conocimiento
				5	Integración del conocimiento
				7	Estudios de investigación clínica

#### LI\_gc\_1 Formación pregrado y sanitaria especializada

“La formación pregrado está orientada a la capacitación profesional inicial y compete a universidades y otras instituciones educativas, así como a las organizaciones sanitarias implicadas. La formación sanitaria especializada tiene como finalidad la obtención de un título de especialización y compete a universidades, escuelas de salud pública y organizaciones sanitarias”. (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad).

#### Estándar LI\_gc\_1\_1 FORMACIÓN PREGRADO

LI\_gc\_1\_1

El centro dispone de un plan para la **formación pregrado** con responsables asignados, programa docente y sistemática de evaluación.

##### Elementos del estándar:

- La organización tiene definido un plan de formación en el que se recogen los objetivos que dirigen sus actuaciones y los procedimientos de las diferentes acciones formativas, así como la gestión de los profesionales implicados (formación, selección, expectativas, intereses, etc.).
- La organización dispone de los elementos que permitan desarrollar la formación que oferta, tales como infraestructura, recursos didácticos, humanos, competencia de tutores, nuevas tecnologías, etc.
- La organización dispone de sistemas de evaluación y difusión, tanto de su actividad organizativa y de gestión, como de la derivada de los procesos de aprendizaje, que le permita la toma de decisiones y la mejora continua de su actuación (evaluación del plan de formación, memoria de formación, etc.).

#### Estándar LI\_gc\_1\_2 FORMACIÓN SANITARIA ESPECIALIZADA

LI\_gc\_1\_2

El centro dispone de un plan para la **formación sanitaria especializada** con responsables asignados, programa docente y sistemática de evaluación.

##### Elementos del estándar:

- La organización tiene definido un plan de formación en el que se recojan los objetivos que dirigen sus actuaciones y los procedimientos de las diferentes acciones formativas, así como la gestión de los profesionales implicados (formación, selección, expectativas, intereses, etc.).
- La organización dispone de los elementos que permitan desarrollar la formación que oferta, tales como infraestructura, recursos didácticos, humanos, competencia de tutores, nuevas tecnologías, etc.

## DOMINIO 1: LIDERAZGO

- La organización dispone de sistemas de evaluación y difusión, tanto de su actividad organizativa y de gestión, como de la derivada de los procesos de aprendizaje, que le permitan la toma de decisiones y la mejora continua de su actuación (evaluación del plan de formación, memoria de formación, etc.).

### LI\_gc\_2 Formación continuada

La organización ha de velar para que su personal esté actualizado desde el punto de vista de los conocimientos científico-técnicos y de las habilidades, para lo que ha de planificar y llevar a cabo la formación colectiva e individual de las personas que la integran.

#### Estándar LI\_gc\_2\_2 DETECCIÓN DE NECESIDADES FORMATIVAS

LI\_gc\_2\_2

La organización realiza periódicamente una **detección de las necesidades formativas** de los profesionales.

##### Elementos del estándar:

- La detección de las necesidades formativas se realiza en base a diversos elementos: resultados de encuestas a profesionales, de indicadores del cuadro de mando, eventos centinela, incorporación de nuevas técnicas, equipos, *software* o normativas e informes del SPRL, MPSP, Unidad de Calidad, equipo directivo, etc.
- La detección de estas necesidades es un proceso permanente que utiliza canales tanto formales como informales.
- El proceso se documenta adecuadamente.

#### Estándar LI\_gc\_2\_3 PLAN DE FORMACIÓN **ESTÁNDAR BÁSICO**

LI\_gc\_2\_3

La organización diseña un **plan de formación** que da respuesta a las necesidades formativas detectadas.

##### Elementos del estándar:

- Se diseña un plan de formación tomando como base las necesidades formativas del personal del centro.
- El plan de formación prioriza las líneas de formación, poniendo especial atención a las líneas estratégicas de la Organización Sanitaria.
- Se realiza un plan de formación cuyo desarrollo resulte factible en función de los recursos necesarios y del alcance previsto.
- El desarrollo del plan de formación permite una adecuada ejecución de sus principales líneas formativas y alcanza a todos los profesionales a los que está dirigido.
- El plan de formación tiene carácter dinámico y se adapta a la aparición de nuevas necesidades formativas.
- Cada línea formativa cuenta con objetivos que tienen asignados indicadores para poder medir su eficacia y el impacto sobre los profesionales.

#### Estándar LI\_gc\_2\_4 RECURSOS PARA ACCIONES FORMATIVAS

LI\_gc\_2\_4

La Dirección del centro facilita los **recursos** necesarios para el desarrollo de las acciones formativas.

##### Elementos del estándar:

- Las actividades formativas cuentan con una calendarización adecuada y unos horarios que permitan la participación del mayor número de profesionales a los que va dirigido.
- Se asignan los ponentes más adecuados para conseguir los objetivos de las acciones de formación.
- Se asignan los recursos que permitan el adecuado desarrollo de cursos, ponencias, talleres, etc.
- La selección de los discentes se ajusta a criterios objetivos, diseñando previamente los perfiles profesionales destinatarios de la actividad y programando cuantas ediciones sean necesarias para alcanzar el objetivo propuesto.
- Las actividades formativas tienen un registro de asistencia y el centro hospitalario conserva en la carpeta curricular de cada profesional las actividades en las que ha participado y aquellos ámbitos en los que se encuentra capacitado.
- Se valora el grado de satisfacción de los discentes con las actividades desarrolladas tomando sus *feedback* como elementos de mejora para sucesivas.
- Cada una de las actividades formativas tiene una valoración en relación con el cumplimiento de

## DOMINIO 1: LIDERAZGO

objetivos planteados.

- Se realiza una memoria anual de la actividad formativa que aglutina todos los ámbitos.

### Estándar LI\_gc\_2\_5 EVALUACIÓN DE LAS ACCIONES FORMATIVAS

LI\_gc\_2\_5

La Dirección del centro evalúa el desarrollo de las acciones formativas.

#### Elementos del estándar:

- Una vez finalizado el ciclo del plan formativo se valora su desarrollo, el desarrollo de las actividades, la consecución de objetivos, la evaluación del impacto de la formación desarrollada (al menos la planificada como estratégica), etc.
- Las actividades que no hayan podido ser desarrolladas o que no hayan logrado cumplir los objetivos previstos se toman como elementos de entrada para el siguiente plan.

### LI\_gc\_3, 4 y 5 Socialización, exteriorización e integración del conocimiento

Se puede definir el conocimiento tácito como “conocimiento informal”, difícil de expresar de forma sistematizada (difícil de codificar y compartir), que se apoya en las habilidades y capacidades adquiridas con la experiencia de los individuos y que incluye los modelos mentales, creencias, valores y percepciones que influyen en la forma de pensar y actuar de los trabajadores.

El conocimiento explícito es el “conocimiento formal”, identificable, sistematizable, codificable, transferible... necesario para realizar los procesos organizativos y de gestión (bases de datos, procedimientos y guías clínicas, informes, etc.).

La formalización y sistematización del conocimiento explícito es su fortaleza, pues facilita su acceso y transferencia, pero al mismo tiempo su debilidad, pues hace creer que éste es el único tipo de conocimiento válido e ignora la importancia del conocimiento tácito.

### LI\_gc\_3 Socialización del conocimiento

La socialización es el proceso de adquirir conocimiento tácito por medio de exposiciones orales, comunicación de experiencias, reuniones, etc. Añade conocimiento novedoso a la base colectiva que posee la organización.

### Estándar LI\_gc\_3\_1 COMPARTIR EL CONOCIMIENTO

LI\_gc\_3\_1

La dirección organiza actividades para **compartir el conocimiento**, tales como sesiones clínicas, jornadas o talleres de trabajo.

#### Elementos del estándar:

- Se organizan actividades para compartir el conocimiento: exposiciones orales, comunicación de experiencias, reuniones, sesiones clínicas...

### LI\_gc\_4 Exteriorización del conocimiento

La exteriorización es el proceso de convertir conocimiento tácito en conceptos explícitos y tangibles, integrándolos en la cultura de la organización. El conocimiento adquirido en este proceso puede presentarse en algún tipo de formato, por ejemplo: bases de datos, documentos, etc.

### Estándar LI\_gc\_4\_1 ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS

LI\_gc\_4\_1

La dirección promueve la **elaboración de documentos** que permitan la explicitación de los conocimientos.

#### Elementos del estándar:

- Se organizan actividades que promueven la transformación del conocimiento tácito en explícito: procedimientos, documentos, instrucciones técnicas, manuales, bases de datos...

### LI\_gc\_5 Integración del conocimiento

La integración se puede definir como el proceso de incorporación del conocimiento explícito en conocimiento tácito (por ejemplo, en forma de prácticas de trabajo), iniciándose otra vez el ciclo del aprendizaje continuo.

## DOMINIO 1: LIDERAZGO

### Estándar LI\_gc\_5\_2 GPC Y CUIDADOS BASADOS EN LA EVIDENCIA

LI\_gc\_5\_2

Los profesionales del centro integran en la atención sanitaria las **guías de práctica clínica** que cuenten con evidencia científica y recomendaciones de **cuidados basados en la evidencia**.

#### Elementos del estándar:

- Se utilizan las guías de práctica clínica que cuenten con evidencia científica suficiente.
- Los profesionales integran estos conocimientos en su quehacer profesional.
- Se utilizan las recomendaciones que se establecen para las distintas especialidades en los PCAI que estén vigentes.
- Se implantan recomendaciones basadas en la evidencia de Guías de Buenas Prácticas (BPSO, Sumamos Excelencia, INVESTÉN, etc.).
- El centro y/o alguna de sus unidades cumplen los requisitos establecidos de acreditación del programa elegido (Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados u otros programas).

### LI\_gc\_7 Estudios de investigación clínica

Fomentar la investigación como elemento de innovación y desarrollo es clave dentro de la organización. Para ello, la dirección ha de tener en cuenta tanto la perspectiva de los profesionales (herramienta de aprendizaje y perfeccionamiento), como la del paciente (compromiso de protección e información).

### Estándar LI\_gc\_7\_1 IMPULSO DE LA INVESTIGACIÓN

LI\_gc\_7\_1

La organización favorece la **investigación clínica**.

La dirección promueve la investigación facilitando recursos, impulsando intercambios profesionales y dando apoyo metodológico, al mismo tiempo que garantiza la adecuación ética y la seguridad.

#### Elementos del estándar:

- La organización tiene definidas sus líneas de investigación prioritarias.
- Existen proyectos de investigación propios activos que se revisan periódicamente.
- La organización difunde su actividad y los resultados de sus líneas de investigación.
- Se elabora una memoria de investigación.

### Estándar LI\_gc\_7\_2 REGULACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

LI\_gc\_7\_2

Los **estudios de investigación** del centro se realizan **conforme a la normativa**.

#### Elementos del estándar:

- Existe una Comisión de Investigación que supervisa todas las investigaciones que se realizan.
- La Dirección del centro establece los mecanismos de cumplimiento de todos los requisitos profesionales y legales relacionados con la investigación.
- El centro hospitalario establece los criterios de entrada y salida de un estudio de investigación.
- El centro hospitalario analiza y gestiona los posibles conflictos de intereses en relación con la investigación.
- Los pacientes que participan en un estudio de investigación son informados de los posibles beneficios esperados, de los riesgos potenciales y de las alternativas.

## DOMINIO 1: LIDERAZGO

### MEJORA CONTINUA (mc)

La mejora continua debe ser el objetivo permanente de las organizaciones sanitarias. El concepto mejora continua se puede explicar desde muchos puntos de vista; así, la norma ISO 9000:2015 (Fundamentos y vocabulario) la define como la “actividad recurrente para aumentar la capacidad para cumplir los requisitos”. Todo ello posicionará a la organización en una situación privilegiada para afrontar los retos futuros.

	Dominio		Agrupador	nº	Circuito
LI	LIDERAZGO	Mc	Gestión de la mejora continua	4	Análisis estratégico
				5	Políticas de calidad
				6	Plan estratégico
				2	Creatividad e innovación

### LI\_mc\_4 Análisis estratégico

El análisis estratégico es el proceso de evaluación de la situación actual de una organización. Constituye el punto de partida antes de redactar el Plan estratégico, realizando una evaluación de la situación que permita identificar las fortalezas y las debilidades, las amenazas y las oportunidades de mejora. Ese análisis establece un punto de corte en la gestión de la mejora para analizar la situación del centro hospitalario en relación con la sociedad y con la Organización Sanitaria y permite la planificación de la mejora continua.

#### Estándar LI\_mc\_4\_1 ANÁLISIS ESTRATÉGICO

LI_mc_4_1	La organización realiza periódicamente un <b>análisis estratégico</b> que le permite definir las políticas de calidad y la redacción del correspondiente plan.
-----------	--

El análisis estratégico puede tomar diferentes elementos de entrada que sirvan para definir con precisión la situación del centro y sus perspectivas a futuro.

#### Elementos del estándar:

- Se analizan los resultados existentes de auditorías internas, externas, cuadros de mando, monitorizaciones de indicadores, cumplimiento de objetivos, etc.
- Se realiza un análisis externo del entorno con la evaluación de los factores que pueden afectar al centro así como los referentes a la Organización Sanitaria.
- Se realiza un análisis interno valorando los recursos, los procesos internos y las capacidades para llevarlos a cabo.
- Se identifica a los grupos de interés relevantes para el centro como pacientes, profesionales, proveedores, otros centros sanitarios, la Universidad, etc.
- Se define un mapa en que se identifiquen los principales procesos del área sanitaria y la forma en que interactúan entre sí.
- Se realiza un análisis DAFO, plantilla Canvas u otras herramientas similares que permitan valorar la situación del centro sanitario en relación con sus características internas y externas.
- Se utilizan todas las herramientas que puedan aportar un diagnóstico organizacional para tomar un punto de partida desde el que diseñar las políticas de calidad.

### LI\_mc\_5 Políticas de calidad

La misión del centro hospitalario es una declaración en la que se establece su identidad y su compromiso con la salud de la población a la que atiende. La visión se proyecta hacia el futuro aportando un sentido de dirección único y consistente. Los valores y el código ético formulan los principios que guían el comportamiento de los integrantes de la organización, estableciendo normas claras de conducta profesional, fomentando la transparencia y persiguiendo el respeto a la confidencialidad y a los derechos de los pacientes.

## DOMINIO 1: LIDERAZGO

Estos elementos han de guardar una coherencia interna entre sí y también tienen que ser consistentes con los de la propia Organización Sanitaria en la que se enmarca.

### Estándar LI\_mc\_5\_1 MISIÓN, VISIÓN Y VALORES

LI\_mc\_5\_1

La organización tiene definida de forma explícita su **misión, visión y valores** y la difunde entre las partes interesadas.

La dirección debe definir de forma explícita su misión (razón última de su actividad), su proyección hacia el futuro (visión), y los valores en los que se fundamenta para conseguirlo.

#### Elementos del estándar:

- La misión, visión y valores de la organización están aprobados por la Comisión de Dirección del centro.
- La misión, visión y valores se actualizan periódicamente en base a los cambios organizativos y funciones del centro.
- Se establecen mecanismos de difusión entre los profesionales y usuarios de forma que sean conocidos por las partes implicadas.

### Estándar LI\_mc\_5\_2 CÓDIGO ÉTICO

LI\_mc\_5\_2

El centro dispone de un **código ético** en el que se establecen compromisos con los usuarios, profesionales y con la sociedad.

El código ético de una organización documenta los principios y valores que deben guiar el comportamiento de los profesionales, a la vez que demuestra su compromiso con la ética profesional y sirve como guía para resolver dilemas éticos y tomar decisiones difíciles en situaciones complejas, asegurando que se priorice siempre el interés superior del paciente.

#### Elementos del estándar:

- La dirección del centro manifiesta a través de su código ético aquellos compromisos que adquiere en relación con la actividad que desarrolla.
- El código ético está aprobado por la Comisión de Dirección del centro y revisado por el Comité de Ética para la Atención Sanitaria (CEAS).
- El centro hospitalario difunde, a través de los canales que considere más eficaces, su código ético entre usuarios, profesionales y la sociedad en general.

## LI\_mc\_6 Plan estratégico

La definición de un plan estratégico de mejora continua es esencial para poder garantizar la eficiencia, la calidad y la seguridad en la prestación de los servicios de salud. Este plan establece objetivos estratégicos, define metas y el diseño de las intervenciones para conseguirlos, así como una sistemática de seguimiento que permita medir la evolución a lo largo del tiempo.

### Estándar LI\_mc\_6\_1 PLAN ESTRATÉGICO

LI\_mc\_6\_1

La Dirección del centro formula su **Plan estratégico** de mejora continua.

#### Elementos del estándar:

- La Dirección del centro constituye grupos de mejora para la redacción e implementación de su Plan estratégico.
- Se formulan los objetivos estratégicos a conseguir.
- Se priorizan las intervenciones a abordar.
- Se establece un cronograma realista para cada uno de los objetivos.
- Se definen las responsabilidades y los recursos asignados en cada uno de los procesos del Plan.
- Se establecen las metas y se diseñan las intervenciones a implementar.
- Se diseña una sistemática de monitorización de los principales procesos que facilite la toma de decisiones.
- Se formulan indicadores adecuados que nos proporcionen información relevante.
- Se define una sistemática de seguimiento del Plan.
- Se difunde dicho Plan entre los profesionales.

## LI\_mc\_2 Creatividad e innovación

## DOMINIO 1: LIDERAZGO

Conceptualmente la creatividad y la innovación podrían definirse como las actividades dirigidas a la generación e implementación de nuevos conocimientos, un proceso creativo y de explotación de nuevas ideas sobre la base del conocimiento individual y colectivo de la organización.

Nuestra sociedad ha experimentado grandes cambios, producidos por la explosión de las Tecnologías de la Información y de las Comunicaciones (TIC), pasando de una situación en la que el acceso a la información era limitado a otra en la que existe acceso directo a millones de fuentes a través de la red.

### Estándar LI\_mc\_2\_1 ESTRATEGIAS INNOVADORAS

LI\_mc\_2\_1

La dirección fomenta la puesta en marcha de **estrategias innovadoras** que creen valor añadido a la atención sanitaria.

La creatividad, para ser implementada, precisará una estructura organizativa, recursos e infraestructuras y personas. El liderazgo proactivo es indispensable y debe impulsar el descubrimiento y la gestión de lo nuevo, lo inédito, lo imprevisto... todo aquello que trata de buscar soluciones a problemas relevantes a través de formatos no preestablecidos ni convencionales.

El proceso de innovación precisa integrar y alinear intereses comunes, con participación de todos los agentes implicados.

Todos los procesos de innovación en los servicios sanitarios deben centrarse en el objetivo primordial de satisfacer las necesidades reales del usuario y en garantizar la calidad, como máxima prioridad de la prestación asistencial.

#### Elementos del estándar:

- La dirección impulsa estrategias innovadoras que aporten valor en ámbitos nuevos, oportunidades de generar crecimiento rentable a futuro en zonas inexploradas a través de la innovación.

### Estándar LI\_mc\_2\_2 NUEVAS TECNOLOGÍAS

LI\_mc\_2\_2

La organización integra las aportaciones de las **nuevas tecnologías** que contribuyen a dar una asistencia sanitaria segura y de calidad.

La incorporación de nuevas tecnologías sanitarias es un proceso complejo de toma de decisiones en las que se ha de establecer una valoración basada en criterios objetivos. En nuestra Comunidad Autónoma se regula a través del Decreto 41/2018, de 1 de agosto, por el que se establece la Comisión de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del Principado de Asturias, contando esta comisión con el apoyo técnico de la Oficina de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del Principado de Asturias (OETSPA). A nivel nacional las distintas agencias de las Comunidades Autónomas constituyen la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud (RedETS).

#### Elementos del estándar:

- El centro consulta a la Comisión de Evaluación de Tecnologías Sanitarias cuando se plantee la introducción, modificación o exclusión de técnicas, tecnologías o procedimientos de carácter sanitario.
- El centro pone a disposición de los profesionales herramientas tecnológicas, por ejemplo: telemedicina, intranet, redes digitales de aprendizaje corporativo, bibliotecas virtuales, recursos de inteligencia artificial, robótica, *big data*, carruseles de dispensación automática de medicamentos (Pyxis®, Kardex®), etc.
- La dirección favorece la formación de los profesionales en las nuevas tecnologías.

## DOMINIO 1: LIDERAZGO

### GESTIÓN DEL RIESGO PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE (gr)

La seguridad de la atención sanitaria prestada a los usuarios del sistema de salud depende directamente de la cultura de seguridad que exista en la organización. Es el resultado de la suma de los comportamientos de los equipos directivos y de los profesionales del centro hospitalario.

Una estructura muy vertical puede desanimar a los profesionales a hablar sobre los problemas que pueden provocar incidentes de seguridad o a notificarlos por los canales adecuados. Por otro lado, cuando los profesionales cuentan con el respaldo institucional ante un problema de seguridad y la dirección del centro los apoya de forma incuestionable, el resultado es un lugar más seguro para el paciente.

El equipo directivo de los centros hospitalarios debe hacer de la seguridad un imperativo y el sistema de gestión ha de apoyar la mejora en las prácticas de seguridad del paciente, introduciendo cambios en los procesos y reforzando la cultura de la seguridad del hospital.

	Dominio		Agrupador	nº	Circuito
LI	LIDERAZGO	gr	Gestión del riesgo para la seguridad del paciente	1	Gestión de la cultura de seguridad hospitalaria
				2	Responsable de seguridad de paciente
				3	Detección y notificación de incidentes y eventos adversos
				4	Implicación del paciente en la seguridad

#### LI\_gr\_1 Gestión de la cultura de seguridad hospitalaria

La existencia de una cultura sobre seguridad del paciente en los centros hospitalarios se formula como uno de los ingredientes esenciales para evitar en lo posible la aparición de efectos adversos, así como para poder aprender de los errores.

La evaluación de la cultura de seguridad es un planteamiento que permite al equipo directivo de los hospitales obtener, a través de la opinión y de la experiencia de sus profesionales, elementos que sirven para diseñar estrategias de mejora de la seguridad.

Existen numerosos modelos para evaluar la cultura de seguridad de las organizaciones. Desde el Ministerio de Sanidad y Consumo se realizó una adaptación validada y fiable de *Hospital Survey on Patient Safety*, que puede ser utilizada para esta finalidad y que se puede consultar en la bibliografía de esta guía.

Es necesario que el centro hospitalario cuente con una estrategia de seguridad definida que permita la prevención de incidentes de seguridad y defina grupos orientados al análisis de riesgos y de los incidentes que se registren.

#### Estándar LI\_gr\_1\_1 POLÍTICA DE GESTIÓN DE RIESGOS

LI\_gr\_1\_1

El centro define la política a implementar para la **gestión de riesgos en seguridad del paciente**.

Se entiende por un sistema de gestión de riesgos aquel conjunto de procesos de los que se dota una organización para planificar el desarrollo de las políticas a desarrollar tendentes a disminuir la posibilidad de que ocurran eventos adversos o aminorar las consecuencias de los mismos cuando éstos se produzcan.

La implementación de un sistema de gestión de riesgos (igual que la acreditación a través de la Norma 179003:2013) se puede realizar, bien de forma global o bien en áreas o servicios específicos de la organización.

#### Elementos del estándar:

- La dirección del centro define, documenta y aprueba su política de gestión de riesgos, incluyendo los procesos a los que va a afectar, los objetivos que se pretenden conseguir y su revisión periódica.
- Se describe el alcance del sistema de gestión de riesgos y se procedimentan los principales procesos implicados: los métodos utilizados para la identificación, el análisis, la evaluación, la priorización o el tratamiento.

## DOMINIO 1: LIDERAZGO

- Se documentan todas las fases de la gestión de riesgos y todos los registros que se generen en base a su aplicación.
- Se utilizan las herramientas más adecuadas para la identificación de riesgos, tanto proactivas como reactivas.
- Los riesgos identificados se registran y comunican a la persona con capacidad para decidir sobre la necesidad de análisis, evaluación y tratamiento.
- Los riesgos detectados se analizan y priorizan y se establecen medidas consensuadas para disminuir o erradicar el riesgo o para minimizar sus consecuencias.
- La dirección del centro se compromete a fomentar la cultura de seguridad y mejorar el conocimiento del personal sobre la gestión de riesgos, para lo que se desarrollan actividades formativas o de sensibilización con los profesionales más directamente implicados en los procesos.
- Se establecen objetivos tendentes a disminuir el riesgo y a mejorar la seguridad del paciente en los procesos escogidos. Estos objetivos tienen asignados indicadores que permiten su monitorización y hay responsables asignados a su seguimiento.

### Estándar LI\_gr\_1\_2 EVALUAR LA CULTURA DE SEGURIDAD

LI\_gr\_1\_2

La dirección evalúa periódicamente la cultura de seguridad de la organización y en base a sus resultados diseña estrategias de mejora.

#### Elementos del estándar:

- Existe una planificación estructurada de las evaluaciones de la cultura de seguridad en la organización a través de herramientas homogéneas que permitan la intercomparación.
- Las evaluaciones se documentan y se diseñan estrategias que permitan la mejora.
- Los resultados se difunden entre los profesionales.

### Estándar LI\_gr\_1\_3 ACREDITACIÓN UNE 179003

LI\_gr\_1\_3

La dirección impulsa la acreditación de sus servicios a través de la Norma UNE 179003 Servicios sanitarios. Gestión de riesgos para la seguridad del paciente.

La acreditación de algunos servicios hospitalarios a través de la Norma UNE 179003 ha aportado ventajas incuestionables en donde ha sido implantada. La ventaja viene dada por cómo los equipos aprenden a identificar y valorar los riesgos a los que están sometidos sus pacientes y a gestionarlos de forma proactiva. Experiencias de ámbito nacional en servicios como la UCI, Urgencias o el bloque quirúrgico aportan elementos para considerar cómo una acreditación de una norma de gestión de riesgos para la seguridad del paciente puede aportar un gran beneficio a la organización sanitaria.

#### Elementos del estándar:

- La dirección del centro implementa, bien de forma global, bien en áreas o servicios específicos, o bien en una unidad específica, una sistemática de certificación a través de la Norma UNE 179003.

### Estándar LI\_gr\_2\_1 UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD

LI\_gr\_2\_1

El centro hospitalario cuenta con una Unidad de Calidad y Seguridad.

Es importante que los centros hospitalarios tengan una Unidad de Calidad y Seguridad que sirva de referente para este ámbito y que preste apoyo a las unidades y servicios hospitalarios. Los profesionales que desempeñen su cometido en la Unidad han de contar con el respaldo institucional y han de ser accesibles para los profesionales que desean consultar o notificar un incidente.

#### Elementos del estándar:

- La Unidad de Calidad y Seguridad cuenta con una persona responsable que ejerce la Vicepresidencia de la Comisión de Calidad y Seguridad del área sanitaria.
- Desde la Unidad de Calidad y Seguridad se coordinan las comisiones clínicas del área sanitaria.
- Esta Unidad monitoriza periódicamente los principales procesos en materia de calidad alineados con las líneas básicas establecidas desde la Consejería de Salud.
- La Unidad de Calidad y Seguridad brinda apoyo a las unidades y servicios con acreditaciones y/o certificaciones de calidad.
- Los profesionales que trabajan en la Unidad tienen la responsabilidad y la autoridad para asegurar que se establecen, implementan y mantienen los procesos necesarios del sistema de gestión de riesgos.
- Desde la Unidad se valoran las necesidades de formación de los profesionales asociadas con los riesgos de seguridad del paciente y el sistema de gestión de riesgos vigente en el hospital.

## DOMINIO 1: LIDERAZGO

- Las líneas estratégicas de calidad y seguridad del paciente están dotadas de objetivos definidos para evaluar la evolución.
- Los objetivos cuentan con indicadores medibles que periódicamente se evalúan y reportan resultados.
- El responsable de calidad y seguridad del paciente realiza anualmente una memoria en la que se reflejan las actividades realizadas en este ámbito y los resultados conseguidos.

### LI\_gr\_3 Detección y notificación de incidentes y eventos adversos relacionados con la atención sanitaria

Los sistemas de notificación de incidentes relacionados con la seguridad del paciente son sistemas que permiten la comunicación y el registro de incidentes relacionados con la atención sanitaria. Su objetivo es mejorar la calidad y seguridad de la atención sanitaria aprendiendo de los errores, para que no se vuelvan a producir, o, una vez producidos, se minimice su impacto.

Es una estrategia que permite la recolección de datos sobre eventos adversos, a partir de los cuales se puede mejorar la seguridad de los pacientes. Son una parte de la “cultura de seguridad” donde se entienden los eventos adversos como una oportunidad para aprender y mejorar.

El alcance de los incidentes es muy diverso, pudiendo estar relacionados con la medicación o con reacciones adversas a su administración, con el ámbito de la anestesia o reanimación, con el proceso quirúrgico o con la administración de hemocomponentes, por citar algunos ejemplos.

El centro ha de tener integrada en su actividad sanitaria la notificación de eventos adversos, el adecuado abordaje de los eventos centinela y un plan de atención a segundas y terceras víctimas, tanto fruto de eventos centinela como de eventos adversos.

#### Definiciones:

**Incidente:** acción u omisión que podría haber dañado al paciente, pero no lo dañó como consecuencia del azar, la prevención o la mitigación de la misma. Se podría decir que un incidente es indistinguible de un evento adverso en todo excepto en el resultado, es decir, en la presencia de lesiones en el paciente producto de la atención sanitaria.

**Evento adverso (EA):** lesión relacionada con la asistencia sanitaria, más que con las complicaciones de la enfermedad del paciente. Incluye todos los aspectos de la atención tales como diagnóstico y tratamiento, así como los sistemas y equipamientos utilizados. En ocasiones el evento adverso adquiere tal magnitud que se transforma en un evento centinela.

**Evento centinela (EC):** suceso imprevisto que causa la muerte o graves daños físicos o psicológicos al paciente. Todo evento centinela es un EA pero por sus consecuencias reúne unas características que obligan a una completa revisión de qué ha sucedido para evitar que vuelva a producirse.

#### Estándar LI\_gr\_3\_1 NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES

LI\_gr\_3\_1

El centro gestiona adecuadamente la notificación de incidentes en el proceso asistencial.

Los centros hospitalarios han de contar con una metodología que permita la detección de errores, incidentes de seguridad, eventos adversos o cualquier otro tipo de incidente que, aunque no hayan llegado a causar daño, merece un abordaje y un análisis que permita disminuir o eliminar las causas que han permitido que éste llegase a ocurrir.

Una organización madura aprende de sus incidentes notificados, identifica los riesgos, los factores contribuyentes y propone mejoras en los circuitos para dificultar su repetición, dando *feedback* a sus trabajadores de los resultados.

En los sistemas de notificación es importante la estandarización de la comunicación de eventos adversos, incidentes u otros riesgos. Los elementos a estandarizar serán: los formularios de comunicación, las formas de comunicación, la retroalimentación posterior de los resultados, el análisis, las recomendaciones y la difusión de las lecciones aprendidas. El centro ha de tener una actitud proactiva en lo que a notificación de incidentes y eventos adversos se refiere y los profesionales han de utilizar las herramientas de notificación como una sistemática para la mejora.

Existen varios sistemas de notificación con distinto nivel de implantación. Asturias es de las Comunidades Autónomas que está adscrita al sistema nacional SiNASP (Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente) del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. En el ámbito de los medicamentos destaca el Sistema de Notificación y Aprendizaje de Errores de Medicación del Instituto

## DOMINIO 1: LIDERAZGO

para el Uso Seguro del Medicamento (ISMP), que está adherido al Programa Internacional de Notificación de Errores de Medicación. En el bloque quirúrgico, en relación con la seguridad en la anestesia y reanimación contamos con el SENSAR (Sistema Español de Notificación en Seguridad en Anestesia y Reanimación).

Además de los sistemas de notificación institucionales, cada centro hospitalario puede tener sus propios circuitos internos que permitan una notificación adecuada y un posterior análisis y abordaje de estos incidentes.

La notificación de errores en el proceso asistencial sanitario ha de ser un proceso:

- Voluntario.
- No punible.
- Confidencial.
- Anónimo.
- Con orientación sistémica.
- Con un análisis para la mejora.

### Elementos a notificar:

- Cuasi-incidentes (incidentes relacionados con la seguridad que no llegaron a los pacientes).
- Incidentes sin daño (llegaron al paciente pero no supusieron daño).
- Eventos adversos (llegaron al paciente y produjeron daño).

### Elementos del estándar:

- El centro tiene implantada una sistemática para la notificación de errores en el proceso asistencial y los profesionales la utilizan (SiNASP, ISMP, SENSAR, etc.).
- Hay un responsable (o varios, según el ámbito) designado en el centro y es la persona que lidera el proceso de notificación y análisis.
- Existe una Comisión de Seguridad en el centro y se reúne periódicamente.
- Se realiza análisis de las notificaciones.
- Se realiza análisis causa-raíz (ACR) si procede (obligado en eventos centinela).
- El centro realiza informes periódicos que agrupan los datos de las notificaciones y los difunde entre los profesionales.
- Se realizan actividades de formación para los profesionales en relación con la seguridad de paciente.
- Existe una relación de profesionales formados en sistemas de notificación (SiNASP, ISMP, SENSAR...).
- Se realizan campañas de sensibilización para favorecer la notificación de incidentes.
- Se desarrolla un plan de actuación ante eventos adversos que incluya aprender de la experiencia implementando barreras apropiadas para evitar que se repitan por causa similar.
- Se evalúa periódicamente la efectividad de los procedimientos aprobados en caso de eventos adversos.

### Estándar LI\_gr\_3\_2 HEMOVIGILANCIA

LI\_gr\_3\_2

El centro participa con el **Grupo de Hemovigilancia** del Principado de Asturias en la notificación de eventos adversos relacionados con la cadena transfusional de derivados sanguíneos.

“La hemovigilancia es un sistema simple y relativamente económico de instituir, que debe ser implementado en todos los países para informar a los Servicios de Salud sobre los riesgos reales de la transfusión y para mejorar la práctica de seguridad de la transfusión y de la Medicina Transfusional, en general.” (Dra. Marcela Contreras. *Director of Diagnostics Research, National Blood Service. Profesor of Transfusion Medicine, Royal Free. London, UK*).

En Asturias la hemovigilancia se rige por normas de funcionamiento en relación con el Decreto 4/2006, 12 de enero, por el que se establece el Sistema de Hemovigilancia del Principado de Asturias.

Todos los centros sanitarios que manejen componentes sanguíneos o derivados procedentes de la donación o destinados a la transfusión deberán contar con un responsable hospitalario de hemovigilancia y colaborar en las notificaciones de eventos adversos (de este ámbito) con el Grupo de Hemovigilancia del Principado de Asturias (GHAS).

El sistema debe asegurar además la trazabilidad de los componentes sanguíneos. Se entiende por trazabilidad la capacidad para identificar al receptor de cada componente sanguíneo y, a la inversa, a todos los donantes que han intervenido en la transfusión de un determinado paciente.

### Elementos del estándar:

- Existe un responsable hospitalario de hemovigilancia que participa en el Grupo de Hemovigilancia del Principado de Asturias.
- Existe un procedimiento para la gestión de Eventos Adversos, Incidentes y Casi Incidentes relacionados con la transfusión.

## DOMINIO 1: LIDERAZGO

- Existe un procedimiento de notificación de los mismos al sistema de hemovigilancia.

### Estándar LI\_gr\_3\_3 COMUNICAR RAM

LI\_gr\_3\_3

El centro promueve mecanismos encaminados a que los profesionales comuniquen las reacciones adversas que se produzcan con la medicación (RAM).

En España existe un sistema de farmacovigilancia para facilitar la recogida de información sobre los efectos adversos que pueden ocasionar los medicamentos, los productos sanitarios y cosméticos.

Un efecto adverso es una reacción a un medicamento que no se esperaba o deseaba y se denomina "reacción adversa a medicamentos" (RAM). Cualquier medicamento puede producir reacciones adversas. En los prospectos y fichas técnicas de cada medicamento se describen las ya conocidas, pero pueden acontecer otras inesperadas.

El sistema español de farmacovigilancia de medicamentos de uso humano (SEFV-H) tiene como objetivo principal reunir los casos de sospecha de RAM que identifican los profesionales sanitarios o la ciudadanía.

La Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, en su artículo 53, farmacovigilancia y obligación de declarar, define la farmacovigilancia como "la actividad de salud pública que tiene por objetivo la identificación, cuantificación, evaluación y prevención de los riesgos del uso de los medicamentos una vez comercializados, permitiendo así el seguimiento de los posibles efectos adversos de los medicamentos".

En el punto 2 de este mismo artículo, establece el deber de comunicar las reacciones adversas a la medicación (RAM): "los profesionales sanitarios tienen el deber de comunicar con celeridad a los órganos competentes en materia de farmacovigilancia de cada Comunidad Autónoma las sospechas de reacciones adversas de las que tengan conocimiento y que pudieran haber sido causadas por medicamentos".

El centro sanitario debe propiciar la declaración de las reacciones adversas a la medicación por parte de los profesionales (médicos, farmacéuticos, enfermeras...).

#### Elementos del estándar:

- El centro realiza acciones de información y concienciación de los profesionales en relación con las RAM.
- El centro presenta a los profesionales resultados de las notificaciones.

### Estándar LI\_gr\_3\_4 ANÁLISIS EVENTOS CENTINELA

LI\_gr\_3\_4

El centro cuenta con un procedimiento para el análisis de los eventos centinela y lo aplica cuando es necesario.

El evento centinela es un evento adverso grave, que causa lesiones importantes al paciente, incluso la muerte. También produce repercusiones importantes en el equipo profesional implicado en el evento y en la institución sanitaria.

El *National Quality Forum* (NQF) de los Estados Unidos publicó en 2011 la segunda edición de un listado que recoge un total de 29 eventos adversos graves que cumplen con los criterios de evento centinela.

Los eventos recogidos en el listado han sido clasificados en siete categorías:

- Relacionados con procedimientos quirúrgicos o invasivos (p. ej.: cirugía en paciente o lugar equivocado).
- Relacionados con productos sanitarios o dispositivos médicos (p. ej.: producto biológico contaminado).
- Relacionados con la protección de los pacientes (p. ej.: suicidio, entrega de bebé equivocado).
- Relacionados con la asistencia o tratamiento al paciente (p. ej.: error de medicación, caída con consecuencia de muerte, úlcera grave...)
- Ambientales (p. ej.: muerte en situación de contención mecánica).
- Radiológicos.
- Criminales.

El centro sanitario ha de contar con un procedimiento escrito para la actuación en caso de un evento centinela, de tal manera que las intervenciones no se improvisen, sino que respondan a un plan estructurado con las responsabilidades definidas.

#### Elementos del estándar:

- Se garantiza la continuidad asistencial al paciente.
- Se valora si existe un riesgo inmediato para éste u otros pacientes permitiendo actuar de forma rápida y adecuada en la prevención de un nuevo evento adverso.

## DOMINIO 1: LIDERAZGO

- Se contacta con los profesionales responsables del paciente para informar de forma inmediata y requerir su intervención.
- Se informa, tan pronto como sea posible, a todos los miembros del equipo sanitario implicado en el cuidado del paciente.
- Se gestiona la posible sustitución del personal que pueda haberse visto afectado por el evento, y por tanto, incapacitado para prestar asistencia.
- Se registra lo antes posible la información sobre lo ocurrido para favorecer los recuerdos del personal implicado.
- Se anotan las personas presentes durante lo sucedido para que posteriormente puedan aportar información y propuestas durante el análisis causa raíz (ACR) de cara a gestionar barreras que impidan que el EA vuelva a ocurrir.
- Se ofrece apoyo psicológico al paciente y/o sus familiares.
- Se comunica lo sucedido a la asesoría jurídica, al equipo directivo y al gabinete de comunicación.
- Se ofrece información al paciente y/o familia en las primeras 24 horas tras el incidente.
- Un responsable clínico (no se aconseja que sea el profesional directamente implicado en el incidente), en compañía de otro profesional conocido por el paciente, ofrece una información franca al paciente, incluyendo una disculpa.
- No se establece causalidad o responsabilidad, ciñéndose a los datos clínicos objetivos.
- Se informa no sólo del incidente sino también de los pasos que se van a seguir para determinar por qué ha sucedido y cómo evitar que se repita.
- Se deja abierto un canal para la comunicación permanente con el paciente o sus familiares indicando la persona de referencia y se actualiza la información sobre el incidente.
- Se realiza una anotación en la historia clínica especificando la información que se le ha dado al paciente y el nivel de comprensión de dicha información.
- Se selecciona al equipo adecuado para llevar a cabo un análisis causa raíz (ACR).
- El grupo recopila toda la información en relación con el EC (anotaciones en HCE, protocolos relacionados con el incidente, observaciones inmediatas, entrevistas a profesionales...).
- Las entrevistas a profesionales no tienen un sesgo culpabilizador, su motivación es analizar los factores que han contribuido a que ese EC haya sucedido y evitar que se pueda repetir.
- Con la documentación obtenida, el grupo determina todas las acciones inseguras en que incurrieron los profesionales implicados.
- Se determinan los factores contribuyentes individualmente de cada una de las acciones inseguras (el contexto institucional general, las circunstancias en que se cometieron los errores...).
- El grupo realiza finalmente un informe sobre las conclusiones del análisis causa raíz (ACR) con recomendaciones (acciones de mejora y/o acciones correctivas) y un plan de acción en el que se propongan barreras para incrementar la seguridad del paciente.
- Todo el proceso del ACR se documenta adecuadamente.
- Se realiza un informe de resultados al paciente/familia en un plazo de 45 días, salvo excepciones justificadas.
- Se realiza un seguimiento de las acciones correctivas propuestas por el grupo de trabajo a lo largo del tiempo para reducir la posibilidad de que un EC similar pueda volver a ocurrir.

### Estándar LI\_gr\_3\_5 SEGUNDAS VÍCTIMAS

LI\_gr\_3\_5

El centro cuenta con un procedimiento para la atención a las segundas víctimas y lo aplica cuando es necesario.

Tras la consecución de un evento adverso, el paciente y su círculo cercano es lo que se considera como primera víctima del EA. En el año 2000 Albert Wu acuña el término **segunda víctima** para hacer referencia al profesional que participa en un evento adverso inevitable y que queda traumatizado por esa experiencia o que no es capaz de afrontar emocionalmente la situación.

En el año 2009 Susan Scott amplía el concepto a todo profesional sanitario que participa en un evento adverso, a todo el equipo, y que se convierte en víctima en el sentido de que queda traumatizado por el suceso.

Estos dos autores (Albert Wu del Hospital Johns Hopkins en Baltimore y del MITTS de Boston y Susan Scott del Hospital de la Universidad de Missouri) son, en la actualidad, las dos referencias internacionales más citadas en el estudio de las segundas víctimas.

El centro sanitario, dentro de sus procedimientos para la actuación ante un evento adverso, debe contemplar la intervención sobre los profesionales implicados en el evento y asegurar su adecuada atención y asesoramiento institucional.

## DOMINIO 1: LIDERAZGO

### Elementos del estándar:

- Se desarrolla una política institucional que aborde la atención a las segundas víctimas tras la ocurrencia de un evento adverso.
- Se determina el número de segundas víctimas relacionadas con el EA.
- Se mantiene una actitud positiva, no culpabilizadora.
- Se reorganiza el personal para atender las obligaciones asistenciales de las segundas víctimas y aliviar así su presión en las horas siguientes.
- Se brinda la posibilidad de que no siga atendiendo a ningún otro paciente ese mismo día.
- Se difunden entre los profesionales los planes de actuación previstos y la forma en que pueden beneficiarse de ellos.
- Se establecen recomendaciones que ofrezcan información, aseguren la transparencia y preserven la seguridad jurídica de los profesionales.
- Se dispone de un equipo de profesionales que puedan manejar la situación de crisis de forma inmediata y efectiva, que se activaría cuando los profesionales se vieran sobrepasados.
- Se invita al/los profesional/es implicado/s a participar en el análisis causa raíz (ACR) del incidente, si se encuentran en condiciones emocionales para ello.
- Se informa al Servicio de Prevención de Riesgos Laborales en caso de que se vea afectada la salud física o psíquica del profesional y, en caso de ser necesaria la baja laboral, ayudar al profesional en la tramitación desde dicho Servicio.
- Se valora la necesidad de asistencia jurídica que puedan precisar el/los profesional/es y se les ofrece orientación sobre cómo actuar y dónde encontrar ayuda.
- Se informa sobre la cobertura del seguro de responsabilidad civil de la institución.
- Se define un procedimiento para la evaluación de la efectividad de las medidas y los procedimientos implantados para atender a las segundas víctimas.

### Estándar LI\_gr\_3\_6 TERCERAS VÍCTIMAS

LI\_gr\_3\_6

El centro cuenta con un procedimiento para la atención a las terceras víctimas.

Los eventos adversos y particularmente los eventos centinela no sólo provocan una repercusión importante en los pacientes y profesionales implicados, sino que provocan una importante pérdida de prestigio a las instituciones sanitarias (terceras víctimas).

Es un concepto acuñado en 2007 por Charles Denham, para hacer referencia a la pérdida de prestigio de las instituciones en relación con los eventos centinela. Es preciso que los centros sanitarios cuenten con un procedimiento diseñado para ofrecer información clara y fiable que refuerce su credibilidad ante la ciudadanía.

### Elementos del estándar:

- El centro cuenta con un procedimiento para la atención a las terceras víctimas.
- Se desarrolla un plan de comunicación de crisis para preservar la imagen de la institución y los profesionales ante la opinión pública.
- Se actualiza periódicamente la información sobre nuevas actuaciones en materia de seguridad clínica que se están llevando a cabo en el centro.
- Se realizan y difunden actividades de formación realizadas para contribuir a afianzar la confianza en los profesionales y en la institución, de ciudadanos y pacientes.

### LI\_gr\_4 Implicación del paciente en la seguridad

Nuestras organizaciones sanitarias han de avanzar hacia pacientes y familiares que participen de forma activa en la toma de decisiones de su proceso asistencial. Para ello, han de tener una información adecuada a su nivel cultural y a partir de ella participar en las decisiones sobre su salud. En el caso de la seguridad ocurre lo mismo, el paciente y su familia han de involucrarse en todos los aspectos que puedan suponer la disminución de la posibilidad de que se produzcan incidentes.

Para ello, desde la Dirección Hospitalaria se ha de promover esta implicación del paciente en la reducción de riesgos para su seguridad. Aspectos como la medicación, la cirugía, la identificación inequívoca o las pruebas complementarias son ejemplos de esa figura de paciente activo que debe promoverse en los dispositivos sanitarios.

Existen numerosas publicaciones sobre recomendaciones para quien va a tener una cirugía, para preparar las citas médicas o para cuando se acude a realizar una prueba complementaria.

## DOMINIO 1: LIDERAZGO

### Estándar LI\_gr\_4\_1 IMPLICACIÓN DE LA FAMILIA EN LA SEGURIDAD

LI\_gr\_4\_1

El centro implica a pacientes y familiares en la mejora de la seguridad asistencial.

#### Elementos del estándar:

- El centro hospitalario difunde entre pacientes y familiares información escrita sobre los elementos de seguridad en los que deben involucrarse para evitar la aparición de incidentes de seguridad.
- Los profesionales del centro recuerdan periódicamente a pacientes y familiares la importancia de su implicación en aspectos como la identificación, la medicación, las alergias o las pruebas complementarias, entre otros.
- Existe una difusión adecuada en forma de folletos, cartelería, pictogramas, etc. que favorece la implicación de pacientes y familiares.

## DOMINIO 1: LIDERAZGO

### EVALUACIÓN DE SEGUIMIENTO (es)

	Dominio		Agrupador	nº	Circuito
LI	LIDERAZGO	es	Evaluación de seguimiento	1	Acciones de mejora

#### Estándar LI\_es\_1\_1 ACCIONES DE MEJORA

LI_es_1_1	El centro incorpora <b>acciones de mejora</b> y, una vez finalizadas, las envía para su valoración a la UEC-SESPA en el formato establecido.
-----------	--

#### Elementos del estándar:

- El centro hospitalario desarrolla acciones de mejora relacionadas con este dominio a partir de los informes obtenidos tras la evaluación GECA.
- El centro hospitalario desarrolla acciones de mejora relacionadas con este dominio a partir de otras fuentes (iniciativas propias, auditorías internas y/o externas, etc.).
- Las acciones de mejora se envían anualmente a la UEC-SESPA en el formato establecido para tal fin y cumplen con los criterios de valoración establecidos en las cuatro fases que figuran en el Anexo III de la "Evaluación de Seguimiento GECCAs. Monitorización de continuidad".

## DOMINIO 1: LIDERAZGO





## DOMINIO 2: DERECHOS Y PARTICIPACIÓN

La Constitución Española, en su artículo 43, recoge el derecho de todo ciudadano a la protección de la salud fomentando la educación sanitaria. La Ley General de Sanidad del año 1986 establece los derechos y deberes fundamentales del paciente.

Legislaciones posteriores han ido ampliando y modificando estos derechos (Ley 41/2002 básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, Ley 16/2003 de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, etc.).

La protección de los derechos de los pacientes, reconocidos en el marco legal vigente español, es una de las mejores garantías de una asistencia sanitaria de calidad. En nuestra Comunidad Autónoma se determinan a través de la Ley 7/2019, de 29 de marzo, de Salud, en la que se recogen los derechos y deberes de usuarios y pacientes en el ámbito de la salud.

La figura del usuario de la sanidad, así como su forma de relacionarse con los profesionales y de participar en el proceso de toma de decisiones sobre su enfermedad, ha cambiado a lo largo de las últimas décadas y la Organización Sanitaria Asturiana ha ido adaptando sus políticas y actuaciones para dar respuesta a estas necesidades. Las áreas sanitarias y los centros hospitalarios deben dar continuidad a las políticas implementadas.

La atención sanitaria del siglo XXI plantea nuevos retos, entre los que se incluye el papel que desempeñarán los pacientes, al convertirse en los agentes “mejor” (más) informados, en mayor medida que los gestores y los profesionales sanitarios, ya que podrán dedicarse plenamente al problema de salud que les preocupa (Gigerenzer G, Muir Gray JA: *Launching the Century of the Patient*).

	Dominio		Agrupador
DP	DERECHOS Y PARTICIPACIÓN	dd	Derechos y deberes
		pa	Participación
		es	Evaluación de seguimiento

### DERECHOS Y DEBERES (dd)

La atención sanitaria es un derecho fundamental de todos los españoles, regulado por varias leyes al mismo tiempo. En ellas se garantiza, entre otras cosas, el derecho a la información asistencial, el derecho a decidir sobre la salud, el derecho a la intimidad, la confidencialidad del tratamiento médico, la privacidad del historial clínico, la posibilidad de presentar una reclamación si no se está satisfecho con la atención recibida, etc.

Este marco legal recoge de igual manera los deberes que todo paciente tiene en relación con la atención sanitaria y que es importante que conozca.

La finalidad es que la relación con los profesionales y con las instituciones sanitarias resulte eficaz para lograr el fin último de prevenir, proteger y promocionar la salud y la calidad de vida del paciente.

	Dominio		Agrupador	nº	Circuito
DP	DERECHOS Y PARTICIPACIÓN	dd	Derechos y deberes	1	Difusión derechos y deberes
				2	Valores y creencias
				3	Confidencialidad
				4	Intimidad
				5	Gestión de los conflictos éticos

### DP\_dd\_1 Difusión de los derechos y deberes

Los derechos y deberes de las personas en materia de salud aparecen ya recogidos en la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948.

## DOMINIO 3: ACCESIBILIDAD

Los derechos a la vida, a la integridad personal, a la igualdad, a la libertad, a la vida privada, a la información, a la asistencia sanitaria... fundamentan las relaciones clínico asistenciales, tal como establece la Ley 14/1986, de 25 de abril, Ley General de Sanidad, artículo 10 “de los derechos de los pacientes” y artículo 11 “de sus obligaciones”.

La definición y difusión de los derechos y obligaciones ayuda a ejercerlos, favorece la justicia social y las relaciones respetuosas entre usuarios y profesionales sanitarios.

Establecer una declaración o carta de los derechos y deberes de los usuarios, sirve para que todas las partes implicadas conozcan el conjunto de valores que sustentan las relaciones sanitarias, adopten un papel activo en la supervisión del respeto a sus derechos, adquieran responsabilidades en la toma de decisiones que afectan a su salud y en el cumplimiento de las obligaciones o deberes que deben regir su comportamiento.

La Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, especifica en su artículo 12 que “los servicios de salud dispondrán en los centros y servicios sanitarios de una guía o carta de los servicios en la que se especifiquen los derechos y obligaciones de los usuarios”.

La “Carta de derechos y deberes de los usuarios de la sanidad en el Principado de Asturias” es un documento sencillo que expresa, en lenguaje comprensible, cuáles son los principales derechos y deberes de los usuarios de la sanidad.

### Estándar DP\_dd\_1\_1 CARTA DE DERECHOS Y DEBERES

DP_dd_1_1	La dirección difunde la <b>carta de derechos y deberes</b> de los pacientes entre usuarios y profesionales.
-----------	---

#### Elementos del estándar:

- El centro promueve y difunde la carta de derechos y deberes en todos los ámbitos de la atención sanitaria (cartelería, sesiones informativas a pacientes, familiares y profesionales, página web u otros medios).

### DP\_dd\_2 Valores y creencias

La defensa del principio de autonomía del paciente es fundamental en la relación clínica. Si bien la “beneficencia” a favor del enfermo representa la actitud básica del profesional sanitario, ésta no puede pasar por alto el derecho del paciente a participar en las decisiones que afectan a su salud y en la definición del “mayor bien” para él, de modo que no siempre todo lo “médicamente” posible es lo deseable desde el punto de vista individual de cada paciente.

La cada vez mayor variabilidad étnica, religiosa y cultural de nuestra sociedad, no es un fenómeno ajeno a la atención sanitaria prestada, afecta directamente a la concepción de la salud, la enfermedad, la asistencia, etc. Cuando los profesionales conocen los valores culturales, creencias y modo de vida de los individuos, el cuidado que se brinda es mucho más provechoso e integral.

No tener presente el enfoque cultural en la asistencia prestada, traerá como consecuencia insatisfacción y preocupaciones éticas o morales en aquellos pacientes en los que la atención no concuerde razonablemente con sus creencias y valores, así como resultados desfavorables en los procedimientos diagnósticos o terapéuticos aplicados.

### Estándar DP\_dd\_2\_1 VALORES Y CREENCIAS

DP_dd_2_1	El centro tiene en cuenta los <b>valores personales y creencias</b> de los pacientes a la hora de prestar la atención sanitaria.
-----------	--

Los profesionales sanitarios deben ofrecer una actitud abierta, tolerante y receptiva hacia los diferentes posicionamientos éticos y morales que profese cada uno de los usuarios a los que atiende.

#### Elementos del estándar:

- Se respetan las limitaciones (dietéticas, de costumbres, indumentaria, intimidad) que por motivos religiosos/culturales el paciente solicite.
- Se facilita el acceso a asistencia espiritual a pacientes, familiares y acompañantes cuando lo demanden.

### DP\_dd\_3 Confidencialidad

## DOMINIO 2: DERECHOS Y PARTICIPACIÓN

El artículo 18.1 de la Constitución Española dispone: “Se garantiza el derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen”.

La Ley General de Sanidad, en relación con los derechos de los pacientes, en el apartado 3 del artículo 10, establece el derecho “a la confidencialidad de toda la información relacionada con el proceso y con su estancia en instituciones sanitarias públicas y privadas”.

La Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones, en materia de información y documentación clínica, en el artículo 7, establece: “Toda persona tiene derecho a que se respete el carácter confidencial de los datos referentes a su salud y a que nadie pueda acceder a ellos sin previa autorización amparada por la Ley. Los centros sanitarios adoptarán las medidas oportunas para garantizar los derechos a que se refiere el apartado anterior y elaborarán, cuando proceda, las normas y los procedimientos protocolizados que garanticen el acceso legal a los datos de los pacientes”.

En el “Decálogo de Confidencialidad” del Servicio de Salud del Principado de Asturias se define: “La Confidencialidad es el derecho del paciente o usuario a que todos aquéllos que lleguen a conocer datos relacionados con su persona, por su participación directa o indirecta en las funciones propias de las instituciones sanitarias, respeten su intimidad y cumplan con el deber de secreto”.

En dicho decálogo se establece que la confidencialidad es un valor de la sociedad, que el secreto perdura en el tiempo (“debiendo guardar la reserva debida sobre la información a la que tuvieran acceso por razón de su actividad, prolongándose esta reserva incluso después de finalizar su actividad profesional”), que el acceso a la información es restringido y que los documentos que contengan información clínica, también son confidenciales, no debiendo permanecer ni depositarse en lugares donde puedan ser leídos por personas no autorizadas garantizando su custodia segura, cualquiera que sea el soporte (papel, audiovisual, informático o de otro tipo).

### Estándar DP\_dd\_3\_2 ACCESO A LOS DATOS Y ATENDER SOLICITUDES ARSOLP

DP\_dd\_3\_2

El centro facilita al paciente el acceso a los datos de su historia y canaliza las solicitudes de ARSOLP en relación con los mismos.

#### Elementos del estándar:

- El centro hospitalario proporciona al paciente que así lo solicite el acceso a los datos de su historia clínica, excluyendo de estos accesos los datos de terceras personas que consten en la HC en interés terapéutico del paciente y las anotaciones subjetivas de los profesionales sanitarios que se hayan opuesto a ello.
- Al paciente no le supone ningún coste la entrega de esta documentación, independientemente del formato utilizado.
- Se realiza un seguimiento del procedimiento establecido al efecto por las gerencias.
- El centro hospitalario canaliza las solicitudes que los pacientes realizan en relación con el acceso a sus datos personales, la rectificación de los mismos, la supresión, oposición, limitación o portabilidad para que pueda ser valorada su pertinencia (derechos ARSOLP).

### Estándar DP\_dd\_3\_3 CONCIENCIACIÓN CONFIDENCIALIDAD

DP\_dd\_3\_3

El centro realiza actividades encaminadas a la concienciación de los profesionales en aspectos relacionados con la confidencialidad y la protección de los datos personales.

#### Elementos del estándar:

- El centro hospitalario establece actividades informativas en relación con la confidencialidad de los datos para todos los nuevos estudiantes, residentes o rotaciones que realicen su actividad formativa en el centro.
- El centro hospitalario realiza periódicamente actividades de formación y/o sensibilización en relación con la confidencialidad y la protección de datos personales dirigidas a los profesionales.
- Todos los profesionales del centro, incluidos aquéllos de empresas subcontratadas, tienen firmado un compromiso de confidencialidad en relación con el acceso a datos sensibles.

### Estándar DP\_dd\_3\_4 INFORMACIÓN SOBRE EL TRATAMIENTO DE DATOS

DP\_dd\_3\_4

El centro proporciona información sobre el tratamiento de datos de carácter personal en las zonas comunes y en los puntos donde se realiza su recogida.

#### Elementos del estándar:

## DOMINIO 3: ACCESIBILIDAD

- La cartelería utilizada para facilitar la información será la diseñada desde el Servicio de Salud del Principado de Asturias, homogénea para todas las áreas y adaptada a cada ubicación y a la tipología de datos que se recojan.
- Se ofrece información al usuario por capas, en primera instancia una información más accesible que se puede completar, a solicitud de la persona interesada, en el mismo punto de atención con información más detallada de una segunda capa.
- En la recogida de datos de carácter personal debe informarse al menos de los campos establecidos en el Reglamento General de Protección de Datos (RGPD) en su artículo 13:
  - La identidad y los datos de contacto del responsable y, en su caso, de su representante.
  - Los datos de contacto del Delegado de Protección de Datos (DPD), en su caso.
  - Los fines del tratamiento a los que se destinan los datos y la base jurídica del tratamiento.
  - El plazo durante el cual se conservarán los datos personales o, cuando no sea posible, los criterios utilizados para determinar este plazo.
  - Los destinatarios o las categorías de destinatarios de los datos personales.
  - La posible intención de transferir datos personales a un tercer país u organización internacional.
  - La existencia del derecho a solicitar al responsable del tratamiento el acceso, rectificación, supresión, limitación u oposición al tratamiento.
  - Del derecho a presentar una reclamación ante una autoridad de control.
- En el caso de que los datos no se obtengan del propio interesado, además, de acuerdo con el artículo 14 RGPD, se ha de informar de:
  - El origen de los datos.
  - Las categorías o tipología de los datos.

### Estándar DP\_dd\_3\_5 GESTIÓN INFORMACIÓN EN SOPORTE PAPEL **ESTÁNDAR BÁSICO**

DP\_dd\_3\_5

El centro realiza una gestión segura de la información clínica en soporte papel<sup>1</sup>.

#### Elementos del estándar:

- El centro realiza un control de los accesos a la documentación en formato papel.
- El centro garantiza la trazabilidad de la documentación clínica en formato papel.
- El transporte de la documentación clínica en formato papel salvaguarda la confidencialidad (sin datos clínicos en el exterior de la documentación, protegiendo los carros que transportan las historias clínicas o utilizando carros cerrados, evitando que en los traslados de los pacientes sean los familiares los responsables de la documentación...).
- El centro implementa un procedimiento para la gestión de la historia en formato papel en el que a través de un formulario se identifica al solicitante, la fecha de recogida, fecha de devolución y motivo o justificación del acceso. También se podría desarrollar una aplicación informática para el registro de estos eventos (recomendación de la AEPD).
- La documentación clínica no está expuesta en zonas de tránsito y no se encuentra accesible para personas ajenas a la atención sanitaria.
- Las pruebas complementarias y documentación clínica en papel permanecen el menor tiempo posible fuera del archivo, conservándose en un lugar seguro evitando que pueda ser leída por personas ajenas.
- Los desplazamientos o trabajos con documentación confidencial son siempre realizados por una persona autorizada. No se abandonan o depositan en un lugar incontrolado. Todos sus movimientos están justificados y se hacen siguiendo los procedimientos establecidos.
- En aquellas ubicaciones hospitalarias en las que se manejen listados de pacientes en formato papel (programación de quirófanos, consultas externas, extracciones, hospital de día, plantas de hospitalización...), éstos no se encuentran visibles para personas ajenas.
- No se utilizan pegatinas con datos de pacientes adheridas a las pantallas de los ordenadores, a la ropa de los profesionales, a los corchos de las unidades que estén en lugares accesibles...
- La entrega de informes o resultados de pruebas complementarias se realiza en sobre cerrado dirigido al usuario y si la recogida se realiza por un familiar autorizado se registra.
- Los justificantes que se emiten para familiares de pacientes contienen sólo la información mínima necesaria para la finalidad que tiene que cumplir (identificación del paciente, día y hora del ingreso, duración del ingreso) sin que puedan incluirse datos sobre diagnóstico, servicio hospitalario, etc.
- La documentación de los expedientes de los profesionales del centro se encuentra adecuadamente custodiada y el acceso está restringido únicamente a las personas autorizadas.

<sup>1</sup> La gestión del residuo generado que contiene datos sensibles (papel u otros soportes) se aborda en el dominio 9 en el agrupador Sostenibilidad medioambiental y gestión de residuos.

## DOMINIO 2: DERECHOS Y PARTICIPACIÓN

- La documentación de las historias de salud de los profesionales del centro, así como todos los procedimientos derivados de la prevención de riesgos laborales y los registros en formato papel que de ellos se generan, tienen consideración de datos personales especiales y como tal han de ser tratados. Esta documentación permanece cerrada en armarios bajo llave y su acceso es restringido.
- El acceso a la historia de salud de los profesionales del centro está restringido a los profesionales del SPRL que por motivo de su actividad precisen su consulta.
- Los exámenes de salud realizados a los trabajadores y sus resultados nunca se comunican al empresario ni a nadie que no sea el trabajador, únicamente se comunica a la empresa el criterio de aptitud/no aptitud para el puesto o, en su caso, las limitaciones temporales o funcionales para el mismo.

### Estándar DP\_dd\_3\_6 GESTIÓN INFORMACIÓN EN SOPORTE ELECTRÓNICO **ESTÁNDAR BÁSICO**

DP\_dd\_3\_6

El centro realiza una gestión segura de la información clínica en soportes electrónicos.

#### Elementos del estándar:

- Se utilizan claves personales e intransferibles para el acceso a los programas de gestión de la historia clínica electrónica (Selene, Millennium, Modulab, Omega, EOS...).
- Nunca se comparte una misma sesión por varios profesionales.
- Se establecen módulos de especial custodia para aquellas situaciones que lo precisen, como el acceso a la historia de salud de los profesionales en el ámbito de la prevención de riesgos laborales.
- No se utilizan usuarios genéricos para el tratamiento de datos personales.
- Los profesionales utilizan contraseñas robustas que cambian periódicamente, las almacenan de forma confidencial y evitan utilizar la misma para varias aplicaciones.
- Los ordenadores están bloqueados cuando no se estén utilizando, no se dejan sesiones abiertas. En caso de ausencia momentánea, se activa el salvapantallas protegido con clave o se apaga el monitor.
- Se evita el uso de dispositivos portables (USB, discos duros...) para almacenar en ellos información con datos confidenciales; cuando sea necesario, se realiza con los datos cifrados.
- En el ámbito profesional se utilizan los correos institucionales.
- Todas las comunicaciones de datos de salud que se realicen a través de redes públicas de telecomunicaciones, se efectúan cifrando dichos datos o utilizando otro mecanismo que garantice que la información no sea inteligible ni manipulada por terceros. La contraseña nunca acompaña al correo o al medio de comunicación escogido.
- No se crean ficheros propios con datos personales de pacientes.
- Cuando se utilicen redes sociales (RRSS) como medio de comunicación entre profesionales, nunca se comparte a través de ellas información confidencial.

### Estándar DP\_dd\_3\_7 GESTIÓN INFORMACIÓN EN LA COMUNICACIÓN VERBAL

DP\_dd\_3\_7

El centro hospitalario realiza una gestión segura de la información clínica en la comunicación verbal.

#### Elementos del estándar:

- Desde la admisión del paciente, en el centro hospitalario se registra en su historia clínica a las personas que autoriza para recibir información sobre su estado de salud en un campo definido para ese fin.
- Cada servicio tiene definida la forma en que facilita la información clínica a los pacientes y a los familiares autorizados. La familia del paciente cuenta con esta información desde su ingreso.
- Para la información clínica se utilizan salas específicas que garantizan la intimidad y que están dotadas de mesa, sillas y equipos informáticos con acceso a la historia clínica.
- Se utiliza un sistema de llamada de familiares anonimizada a través de códigos.
- No se facilita información clínica en zonas comunes (pasillos, salitas, habitaciones con más pacientes o en boxes abiertos: hemodiálisis, UCI, hospital de día...).
- Cuando la información clínica se facilita por vía telefónica a los familiares, la llamada se efectúa desde el propio centro y se registra en la historia clínica la información facilitada y el familiar receptor.
- No se proporciona información clínica por vía telefónica “a demanda”.
- No se facilita información telefónica en relación con el ingreso o la habitación en la que se encuentra si no se ha obtenido el consentimiento del paciente para facilitar dicha información.
- Una excepción al punto anterior son los pacientes que ingresan en urgencias (cuyo consentimiento se recabará cuando sean trasladados a planta), pacientes inconscientes o personas desaparecidas. En estos casos se podrá facilitar dicha información sin necesidad de consentimiento, pues la presencia de familiares o allegados puede ser esencial para la debida atención del paciente.

## DOMINIO 3: ACCESIBILIDAD

- En estas situaciones, únicamente se proporciona información acerca de si la persona se encuentra en urgencias o ingresada y el número de habitación, sin indicar datos de salud o la atención prestada.
- En los servicios en los que se forme cola para acceder a un mostrador se utilizan sistemas que favorecen la confidencialidad del usuario (postes móviles, cordones, pegatinas en el suelo...).
- Los servicios de personal o de prevención de riesgos laborales cuentan con sistemas que permitan la comunicación discreta de datos sensibles de los trabajadores.
- Se presta especial atención a las conversaciones telefónicas con datos de pacientes o de profesionales si no se está en un entorno que pueda garantizar la confidencialidad de la conversación.
- Se evita la identificación de los pacientes en las sesiones clínicas de formación tanto de forma presencial como en formato videollamada.
- No se realizan comentarios entre profesionales sobre datos clínicos en zonas de tránsito.

### DP\_dd\_4 Intimidad

El derecho a la intimidad está recogido en la Declaración Universal de los Derechos Humanos (Asamblea General de las Naciones Unidas 1948), en el artículo 18.1 de la Constitución Española (“se garantiza el derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen”) y en todas las normas sanitarias desde la Ley General de Sanidad 14/1986 de 25 de abril (artículo 10.1 “respeto a la personalidad, dignidad humana e intimidad”), hasta la Ley de Autonomía del Paciente 41/2002 de 14 de noviembre.

El “Decálogo de Confidencialidad” del SESPA hace referencia a la intimidad, tanto a la que se ve afectada en los procesos de comunicación (“la comunicación es reservada. La información clínica a los pacientes o usuarios y entre profesionales, en el Servicio de Salud del Principado de Asturias, se debe realizar en lugares reservados, evitándose aquellas zonas en las que su conversación pueda ser oída por terceras personas no implicadas en el proceso asistencial”), como a la que se debe guardar durante las exploraciones (“la exploración física exige intimidad, debiendo incrementar las medidas, siendo recomendable disponer de medios de separación entre la zona de exploración y el resto de la habitación, sala o consulta”).

No obstante, en el ámbito sanitario, en ocasiones este derecho es ignorado por falta de una estructura adecuada, por descuido o por excesiva familiaridad en el trato por parte de profesionales, lo cual es especialmente importante en situaciones en las que las personas se encuentran frágiles y vulnerables.

Pero además de ser un derecho reconocido e innegable, es una demanda de la sociedad actual, que cada vez exige más garantías en este sentido.

#### Estándar DP\_dd\_4\_1 SALVAGUARDA DE LA INTIMIDAD

DP\_dd\_4\_1

El centro emplea los recursos que estén a su alcance para salvaguardar la **intimidad del paciente** en todos los momentos de la asistencia sanitaria.

El centro debe evaluar sus recursos y estructuras para detectar áreas susceptibles de vulnerar el derecho a la intimidad de los pacientes, establecer planes de mejora para corregir las deficiencias detectadas y sensibilizar a los profesionales para que realicen sus procedimientos salvaguardando este derecho.

#### Elementos del estándar:

- Existen espacios que respetan la intimidad de los pacientes (habitaciones dotadas de medios de separación entre camas, espacio reservado destinado a los pacientes en espera para ingresar, realizar pruebas, etc.).
- Las entrevistas y las exploraciones clínicas se realizan en lugares apropiados y restringidos.
- Se mantienen cerradas las puertas de las habitaciones y consultas, especialmente mientras se realizan técnicas como curas, higiene, exploraciones, etc.
- Se llama a la puerta en habitaciones y consultas antes de entrar.
- Se evita la circulación de otras personas mientras se atiende a los pacientes.
- El traslado de pacientes se hace garantizando su intimidad.

### DP\_dd\_5 Gestión de los conflictos éticos

La Declaración de la Comisión Central de Deontología y Derecho Médico sobre objeción de conciencia, de octubre 2009, señala que “el médico puede y debe negarse a realizar prácticas médicas que vayan contra los dictados de su conciencia. Es un deber moral y una práctica lícita desde el punto de vista social”.

Por su parte, el Código Deontológico de la Enfermería Española dispone, en su artículo 22, que “la/el enfermera/o tiene, en el ejercicio de su profesión, el derecho a la objeción de conciencia, que deberá ser

## DOMINIO 2: DERECHOS Y PARTICIPACIÓN

debidamente explicitado ante cada caso concreto. Los Colegios velarán para que ninguna/o enfermera/o pueda sufrir discriminación o perjuicio a causa del uso de ese derecho”.

Varias sentencias del Tribunal Constitucional (53/85) y del Tribunal Supremo (16 y 23 de enero de 1998) avalan la objeción de conciencia del médico en España. La objeción de conciencia forma parte del derecho fundamental a la libertad ideológica y religiosa reconocida en el art. 16.1 de la Constitución”.

Por otro lado, la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa aprobó en 2010 la Resolución nº 1763, denominada “Derecho a la objeción de conciencia en la atención médica”, en la que enfatiza la necesidad de afirmar el derecho a la objeción de conciencia junto a la responsabilidad del Estado de asegurar que los pacientes tienen un acceso adecuado a la atención sanitaria prevista por la ley.

### Estándar DP\_dd\_5\_1 CONTINUIDAD EN CONFLICTOS ÉTICOS

DP_dd_5_1	El centro garantiza la <b>continuidad asistencial en los conflictos éticos</b> que surjan durante la atención sanitaria.
-----------	--

#### Elementos del estándar:

- El centro tiene un mecanismo formal para solucionar los conflictos éticos que puedan surgir durante la atención sanitaria, garantizando la continuidad de la asistencia.
- Existe un Comité de Ética para la Atención Sanitaria (CEAS) de referencia para la consulta y sus recomendaciones se difunden a los profesionales.

## DOMINIO 3: ACCESIBILIDAD

### PARTICIPACIÓN (pa)

El paciente, tradicionalmente considerado receptor de las decisiones que el médico tomaba unilateralmente para el tratamiento de su enfermedad, ha ido adquiriendo capacidad de decisión sobre las pruebas diagnósticas y los tratamientos que recibe. De mero espectador ha pasado, en muchos casos, a ser corresponsable de las decisiones que se tomen a lo largo de su enfermedad.

Para la organización es muy importante conocer las opiniones de los enfermos y sus familiares sobre el funcionamiento de los servicios sanitarios, para delimitar todos los factores y elementos a tener en cuenta antes de tomar una decisión informada (y compartida), de manera transparente.

	Dominio		Agrupador	nº	Circuito
<b>DP</b>	<b>DERECHOS Y PARTICIPACIÓN</b>	pa	Participación	1	Consentimiento informado
				2	Sustitución en la toma de decisiones
				3	Quejas, sugerencias y agradecimientos
				4	Instrucciones previas
				5	Participación de pacientes y familiares
				6	Educación de pacientes y familias

### DP\_pa\_1 Consentimiento informado

El consentimiento informado (CI) es un proceso de comunicación e información entre el profesional sanitario y el paciente, que permite respetar la libertad de las personas para decidir sobre su salud, asumiendo sus propias responsabilidades en la toma de decisiones.

El paciente será siempre el receptor de la información, excepto en los casos de incompetencia o negativa a recibirla, en cuyo caso dicha información irá dirigida a la familia o representante legal.

Debe informar el médico responsable del paciente, aunque diversas partes del proceso informativo puedan ser asumidas por profesionales diferentes, dependiendo de su complejidad.

El artículo 8 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica dice que “el consentimiento será verbal por regla general”, pero que “se prestará por escrito en los casos siguientes: intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente”.

Una persona puede aceptar un procedimiento y no desear información o rechazar el procedimiento, en cuyo caso quedará reflejado en la historia clínica del paciente.

Son excepciones a la necesidad de obtener el CI cuando la no intervención suponga un riesgo para la salud pública, cuando la urgencia no permita demoras por poder ocasionarse lesiones irreversibles o existir peligro de fallecimiento y por imperativo legal.

Estas circunstancias deben estar siempre justificadas y recogidas en la historia clínica.

#### Estándar DP\_pa\_1\_1 CI NORMALIZADOS **ESTÁNDAR BÁSICO**

DP_pa_1_1	El centro recaba el <b>consentimiento informado</b> del paciente a través de un <b>documento normalizado</b> en el que constan todos los campos legalmente establecidos.
-----------	--

#### Elementos del estándar:

- Existe una relación de los procedimientos que precisan consentimiento informado escrito.

## DOMINIO 2: DERECHOS Y PARTICIPACIÓN

- Todos los modelos de CI utilizados en el centro tienen una estructura común aprobada por la Dirección.
- En el formulario de CI constan los campos establecidos por la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente.
- Existen CI para procesos que puedan surgir durante la realización de una intervención quirúrgica: aporte sanguíneo, sondaje, ventilación mecánica...
- Existen documentos de CI específicos para cada procedimiento.

### Estándar DP\_pa\_1\_2 CUMPLIMENTACIÓN ADECUADA CI

DP\_pa\_1\_2

La cumplimentación de los formularios de consentimiento informado es adecuada.

#### Elementos del estándar:

- En el formulario de CI se cumplimentan los campos establecidos por la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente.
- Se utiliza letra legible y no se utilizan abreviaturas.

### Estándar DP\_pa\_1\_3 AUDITORÍAS DE CI

DP\_pa\_1\_3

El centro realiza auditorías periódicas del grado de cumplimentación del consentimiento informado.

#### Elementos del estándar:

- El centro realiza auditorías periódicas con el fin de controlar la cumplimentación del CI.
- Se realiza un informe con las conclusiones de estas auditorías y se difunde a los profesionales.
- El centro diseña acciones formativas en relación con el CI dirigidas a los profesionales.

### DP\_pa\_2 Sustitución en la toma de decisiones

La promulgación de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, regula en su artículo 9.3 el consentimiento informado por representación. Posteriormente se han producido modificaciones en el sistema de protección a la infancia y la adolescencia tras la aprobación de la LO 8/2015, de 22 de julio, y de la Ley 26/2015, de 28 de julio.

Las situaciones que contempla la ley para la prestación del consentimiento por representación son:

- Paciente incapaz de tomar decisiones según apreciación del facultativo.
- Paciente incapaz en virtud de declaración judicial.
- Paciente menor de edad emancipado o con dieciséis años cumplidos en situación de grave riesgo para la vida o salud del menor.
- Paciente menor de 16 años o menor de edad sin capacidad de comprender la intervención según apreciación del facultativo.

El consentimiento, en el primer caso, puede ser otorgado por su representante legal, un familiar o su pareja de hecho; en el caso de menores por su padre, madre o tutor y en el caso de personas incapacitadas legalmente, por su representante legal.

El artículo 9.3 de la Ley 41/2002 establecía que, cuando se trataba de menores no incapaces, emancipados o con dieciséis años cumplidos, no cabía prestar el consentimiento por representación. Sin embargo, tras la aprobación de la LO 8/2015, de 22 de julio, se establece que, cuando se trate de grave riesgo para la vida o salud del menor, el consentimiento lo prestará el representante legal del menor, una vez oída y tenida en cuenta la opinión del mismo.

Si el paciente tiene doce años cumplidos, debe escucharse la opinión del menor antes de que su representante autorice la intervención. La opinión del mismo será tomada en consideración como un factor que será tanto más determinante en función de su edad y su grado de madurez.

Si se produce una negativa al consentimiento por parte del representante y esta decisión estuviera en contradicción con las recomendaciones de los facultativos, se hará constar en la historia clínica y se dará cuenta mediante informe escrito a la dirección del centro, quién remitirá a la autoridad judicial para que decida. En el caso de que, por razones de urgencia, no fuera posible recabar la autorización judicial, los profesionales sanitarios adoptarán las medidas necesarias en salvaguarda de la vida o salud del paciente.

### Estándar DP\_pa\_2\_1 PROCEDIMIENTO PARA LA REPRESENTACIÓN

## DOMINIO 3: ACCESIBILIDAD

DP\_pa\_2\_1

El centro dispone de un procedimiento para la **toma de decisiones por representación.**

El facultativo informará al paciente (con independencia de su edad y su capacidad) y/o a las personas legitimadas para recibir la información. En ese momento el médico valorará si el paciente es capaz física y psíquicamente de otorgar el consentimiento. Si el facultativo considera que el paciente no reúne las capacidades necesarias, deberá hacerlo constar en la historia clínica, expresando el motivo y las circunstancias que originan la sustitución en el consentimiento de la persona interesada.

El otorgamiento del consentimiento informado sólo tendrá validez para la intervención o procedimiento objeto de prestación, ya que el hecho de que el paciente no sea capaz de prestar en ese momento tal consentimiento, no supone que no lo sea para otorgamientos posteriores.

En todas las situaciones que contempla la Ley para el consentimiento por representación, el paciente será oído, debiendo intervenir éste en la toma de decisiones en la medida de lo posible; el facultativo incorporará si lo considera conveniente, dichas manifestaciones.

El documento del consentimiento informado debe especificar que es otorgado por representación y debe recoger el nombre, apellidos y DNI del representante, el vínculo familiar o de hecho con el paciente y las firmas originales del médico, del representante y de la persona interesada.

### Elementos del estándar:

- Existe un procedimiento para la sustitución en el otorgamiento del consentimiento informado en los casos descritos por la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
- El procedimiento es conocido por los profesionales.
- Se tienen en cuenta las excepciones de procesos no incluidos en la sustitución de la toma de decisiones.
- Existe un registro de los consentimientos sustituidos y se verifica su cumplimiento a través de auditoría y revisión de historia clínica.
- Existe un registro de tutores o representantes legales en la historia clínica del paciente.
- Ante conflicto ético sobre la toma de decisiones, se consulta al Comité de Ética para la Atención Sanitaria (CEAS).
- Se realiza difusión de los resultados a los profesionales y se formulan propuestas de mejora.

### DP\_pa\_3 Quejas, sugerencias y agradecimientos

Las quejas, sugerencias y agradecimientos constituyen la expresión de la participación de cada ciudadano en el sistema sanitario. Son, además, un instrumento fundamental empleado habitualmente por las organizaciones para conocer la percepción que tienen los destinatarios de sus servicios.

El derecho a presentar reclamaciones y sugerencias en el ámbito sanitario se encuentra reconocido en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, que recoge en su artículo 12 que “se facilitará a todos los usuarios información sobre las vías de participación y sobre sugerencias y reclamaciones”.

Además, en el Real Decreto 208/1996, de 9 de febrero, por el que se regulan los servicios de información administrativa y atención al ciudadano, entre sus funciones, recogidas en el artículo 4, se encuentra la de “recepción de las iniciativas o sugerencias formuladas por los ciudadanos o por los propios empleados públicos para mejorar la calidad de los servicios, incrementar el rendimiento o el ahorro del gasto público, simplificar trámites o suprimir los que sean innecesarios, o cualquier otra medida que suponga un mayor grado de satisfacción de la sociedad en sus relaciones con la Administración General del Estado y con las entidades de derecho público vinculadas o dependientes de la misma”, y la de “recepción de las quejas y reclamaciones de los ciudadanos por las tardanzas, desatenciones o por cualquier otro tipo de actuación irregular que observen en el funcionamiento de las dependencias administrativas”.

En el capítulo III de este Real Decreto, se configura, con carácter común a toda la Administración General del Estado, el Libro de Quejas y Sugerencias, como “el instrumento más adecuado para recoger y tramitar las que los ciudadanos deseen formular sobre el funcionamiento, forma de prestación o calidad de los servicios públicos gestionados por aquélla, cuando consideren que han sido objeto de cualquier tipo de desatención o de irregularidad o cuando piensen que se pueden mejorar cualesquiera de dichos aspectos”.

Con la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, se estableció un nuevo concepto de las relaciones entre las Administraciones Públicas y los

## DOMINIO 2: DERECHOS Y PARTICIPACIÓN

ciudadanos por lo que se hizo necesario actualizar la normativa en materia de atención ciudadana y de oficinas de registros, garantizando que todas las personas puedan ejercer el derecho de acceso a la información en el sector público en condiciones de igualdad.

Se elabora entonces el Decreto 89/2017, de 20 de diciembre, por el que se regula la atención ciudadana y las oficinas de asistencia en materia de registros en la Administración del Principado de Asturias, sus organismos y entes públicos, que deroga la normativa vigente hasta aquel momento, en esta materia, en nuestra comunidad.

Entre las funciones del servicio competente en la materia, el Servicio de Atención a la Ciudadanía (SAC), descritas en el capítulo II sección 1ª apartado b), se encuentra la “Recepción y gestión de sugerencias y quejas”.

Por último, el SAC deberá valorar la satisfacción de los usuarios con las respuestas emitidas a raíz de las quejas o reclamaciones formuladas y utilizar estos resultados para adoptar las medidas de mejora que procedan.

### Estándar DP\_pa\_3\_1 CANALES ADECUADOS QUEJAS, SUGERENCIAS Y AGRADECIMIENTOS **ESTÁNDAR BÁSICO**

DP_pa_3_1	El centro establece los canales adecuados para formular quejas, sugerencias o agradecimientos.
-----------	--

#### Elementos del estándar:

- Existe una sistemática conocida por los profesionales que permite a los usuarios formular quejas, sugerencias o agradecimientos.

### Estándar DP\_pa\_3\_2 CONTESTACIÓN QUEJAS EN TIEMPO Y FORMA

DP_pa_3_2	El centro contesta las quejas planteadas en tiempo y forma.
-----------	---

#### Elementos del estándar:

- Las quejas son contestadas en el tiempo y la forma establecidos por la normativa vigente.

### Estándar DP\_pa\_3\_3 ANÁLISIS AGRUPADO DE QUEJAS, SUGERENCIAS Y AGRADECIMIENTOS

DP_pa_3_3	La dirección del centro hace un análisis agrupado de las quejas, sugerencias y agradecimientos e incorpora los resultados en acciones de mejora.
-----------	--

#### Elementos del estándar:

- Se realiza análisis agrupado de las quejas, sugerencias y agradecimientos recibidos.
- El centro elabora un informe anual de quejas, sugerencias y agradecimientos que se difunde a los profesionales.
- La dirección incorpora los resultados del informe en acciones de mejora.

### Estándar DP\_pa\_3\_4 SATISFACCIÓN CON LAS RESPUESTAS

DP_pa_3_4	La dirección del centro valora la satisfacción de los usuarios con las respuestas emitidas desde la Gerencia a las quejas formuladas.
-----------	---

#### Elementos del estándar:

- El centro realiza una valoración de la satisfacción de los usuarios con las respuestas emitidas a raíz de las quejas formuladas.

### DP\_pa\_4 Instrucciones previas

La Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, establece en su artículo 11, la regulación sobre instrucciones previas que contempla, de acuerdo con el criterio establecido en el Convenio de Oviedo, los deseos del paciente expresados con anterioridad, dentro del ámbito del consentimiento informado.

Por el documento de instrucciones previas, una persona mayor de edad, capaz y libre, manifiesta anticipadamente su voluntad, con objeto de que ésta se cumpla en el momento en que llegue a

## DOMINIO 3: ACCESIBILIDAD

situaciones en cuyas circunstancias no sea capaz de expresarlos personalmente, sobre los cuidados y el tratamiento de su salud o, una vez llegado el fallecimiento, sobre el destino de su cuerpo o de los órganos del mismo.

El otorgante del documento puede designar, además, un representante para que, llegado el caso, sirva como interlocutor suyo con el médico o el equipo sanitario para procurar el cumplimiento de las instrucciones previas. Las instrucciones previas podrán revocarse libremente en cualquier momento dejando constancia por escrito.

Con el fin de asegurar la eficacia en todo el territorio nacional de las instrucciones previas manifestadas por los pacientes, se creó en el Ministerio de Sanidad y Consumo el Registro nacional de instrucciones previas, regulado por el Real Decreto 124/2008 y la Orden SCO/2823/2007.

De igual forma, el paciente ingresado en un centro hospitalario tiene la capacidad para mantener el nivel de reserva que considere respecto a sus datos clínicos y puede manifestar quiénes son las personas a las que autoriza para recibir información sobre su estado y también oponerse a que se facilite cualquier otro dato a personas que previamente y expresamente no haya autorizado. Los centros sanitarios han de anticiparse a situaciones sobrevenidas que el paciente no prevea y preguntar de forma proactiva quién o quiénes son las personas a las que autoriza a recibir información y las circunstancias en las que se puede realizar.

### Estándar DP\_pa\_4\_1 INSTRUCCIONES PREVIAS

DP\_pa\_4\_1

El centro vela por el cumplimiento de las **instrucciones previas** sobre los cuidados y tratamientos médicos del paciente cuando éste no pueda hacerlo personalmente.

Tal como expresa la ley antes mencionada, “cada servicio de salud regulará el procedimiento adecuado para que, llegado el caso, se garantice el cumplimiento de las instrucciones previas de cada persona, que deberán constar siempre por escrito”.

En Asturias disponemos de dos normativas, el Decreto 4/2008 de 23 de enero y la Resolución de 29 de abril de 2008 de la Consejería de Sanidad en relación con el Registro Autonómico de Instrucciones Previas (RAIP).

La organización sanitaria ha de velar para que la voluntad manifestada por el paciente sea respetada.

#### Elementos del estándar:

- El personal conoce la forma de acceso al registro general de instrucciones previas de los pacientes en historia clínica.
- Se difunde a los usuarios la posibilidad de realizar el registro de instrucciones previas.
- Se organizan actividades de formación/divulgación entre los profesionales.
- Se evalúan las acciones realizadas y se formulan propuestas de mejora.

### Estándar DP\_pa\_4\_2 REGISTRO DE PERSONAS AUTORIZADAS EN HCE

DP\_pa\_4\_2

El centro hospitalario **registra en la historia clínica a las personas de referencia** que el paciente autoriza para recibir la información clínica sobre su proceso.

#### Elementos del estándar:

- La historia clínica del paciente refleja qué personas ha escogido para que se les pueda facilitar información sobre su proceso.
- Se recoge en la historia clínica la negativa a facilitar información clínica a determinadas personas que manifieste previamente.
- No se facilita información de ningún tipo a requerimiento telefónico o presencial sobre el ingreso de un paciente o su estado clínico.
- Cuando se utilice la vía telefónica para facilitar información a la familia del paciente se realiza con las personas autorizadas por el mismo, con llamada desde el propio hospital y con identificación de la persona que recibe la información.

### DP\_pa\_5 Participación de pacientes y familiares

El cambio social que se ha producido en las últimas décadas, con el ciudadano como centro del sistema sanitario y el mayor nivel de información a través del desarrollo tecnológico, supone la aparición de un paciente más consciente de la importancia que tiene su salud y la de sus familiares, menos resignado ante

## DOMINIO 2: DERECHOS Y PARTICIPACIÓN

las consecuencias adversas de la enfermedad y más informado de las alternativas terapéuticas y los servicios sanitarios puestos a su disposición.

Responder a esas nuevas expectativas justifica la necesidad de promover estrategias que mejoren la calidad de la información que reciben los pacientes, que formen a pacientes y familiares en competencias específicas sobre su autocuidado y su participación en la toma de decisiones sobre su salud.

Poner en evidencia las necesidades de los pacientes y de sus familiares, evaluar los servicios sanitarios, indicar prioridades, proponer estrategias de mejora, aumentar la conciencia y la responsabilidad en relación a la propia salud, etc., son ámbitos en los que la participación de los pacientes y sus familias es imprescindible.

### Estándar DP\_pa\_5\_1 EXPLORAR LA SATISFACCIÓN DE USUARIOS

DP\_pa\_5\_1

El centro **explora sistemáticamente la satisfacción** percibida por los usuarios y **analiza los resultados integrándolos** en acciones de mejora.

La satisfacción de las necesidades y expectativas del paciente se considera un indicador fundamental de la calidad de la asistencia proporcionada y está asociada a mejores resultados en salud.

Se entiende por satisfacción del paciente la evaluación positiva que éste hace sobre las diferentes dimensiones de la atención médica recibida; su medida permite conocer las percepciones del paciente e identificar áreas de mejora.

#### Elementos del estándar:

- Se realizan encuestas de satisfacción en relación con la atención sanitaria, la confortabilidad, los derechos y deberes, etc.
- Se analizan los resultados y se formulan propuestas de mejora.

### Estándar DP\_pa\_5\_2 EVALUAR EXPERIENCIA DE PACIENTE

DP\_pa\_5\_2

El centro **evalúa la experiencia de paciente.**

“La experiencia del paciente consiste en el proceso por el que reciben cuidados los pacientes, las familias y los cuidadores. Es un elemento central de calidad junto a la excelencia clínica y la seguridad en los cuidados” (Sistema Nacional de Salud Británico -NHS 2013).

Como subraya el informe del King’s Fund sobre medidas de experiencia de pacientes para el Sistema Nacional de Salud Británico (NHS): “en lugar de preguntar a los pacientes que evalúen en función de categorías genéricas (ej.: excelente, buena, regular, mala y muy mala), debemos pedirles que informen en detalle sobre experiencias concretas con un servicio específico, episodio, empleado o médico”.

Una revisión sistemática realizada por Doyle y col. en 2013 y publicada en el *British Medical Journal* (BMJ) demuestra que la experiencia del paciente se asocia positivamente con la seguridad del paciente y con la efectividad clínica en un amplio rango de enfermedades (Doyle C, Lennox L, Bell D. *A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness. BMJ* (Open2013;3:e001570.doi:10.1136/bmjopen-2012-001570).

#### Elementos del estándar:

- El centro promueve la formación y sensibilización de los profesionales en la experiencia de paciente.
- El centro explora la experiencia de paciente, por ejemplo utilizando guías clínicas (p. ej. guía NICE “Experiencia del paciente en servicios del NHS: mejorar la experiencia del cuidado de personas que usan los servicios del NHS para adultos”), herramientas validadas (p. ej. IEXPAC), u otras técnicas cualitativas de recogida de información: entrevistas semiestructuradas, grupos focales...
- Los datos de la experiencia de paciente se agregan, analizan y transforman en información para identificar estrategias que mejoren la vivencia del paciente en relación con la atención sanitaria.
- La organización incorpora la experiencia y vivencia de los pacientes para transformar el modelo de atención y obtener mejores resultados para los pacientes y para la organización.

### Estándar DP\_pa\_5\_3 PARTICIPACIÓN CIUDADANA

DP\_pa\_5\_3

El centro **impulsa la participación ciudadana** mediante la colaboración con asociaciones, comités u otras fórmulas que permitan la implicación en sus cuidados de salud.

## DOMINIO 3: ACCESIBILIDAD

La Constitución Española, en el artículo 9.2, establece que corresponde a los poderes públicos facilitar la participación de los ciudadanos y el artículo 129 dice que la Ley establecerá las formas de participación en la actividad de los organismos públicos cuya función afecte directamente a la calidad de vida o al bienestar general.

La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, tras reconocer de manera expresa en su artículo 10.10 el derecho de los ciudadanos a participar en las actividades sanitarias a través de las instituciones comunitarias, estableció en el artículo 58 una serie de disposiciones por las que se deben regir la composición y funciones de los Consejos de Salud de las áreas.

Por su parte, la Ley del Servicio de Salud del Principado de Asturias, Ley 1/1992, de 2 de julio, además de recoger en su artículo 3 el derecho a la participación comunitaria como uno de sus principios informadores, desarrolla lo establecido por la Ley General de Sanidad y dispone en su artículo 24 la creación del Consejo de Salud del área como órgano de participación comunitaria en el área de salud.

En base a lo anterior se publica el Decreto 3/2006, de 12 de enero, por el que se regula la constitución y el funcionamiento de los Consejos de Salud de área, entendidos como los órganos de participación comunitaria con el objetivo de colaborar, conocer, orientar, proponer e informar los programas de salud y las actividades sanitarias que se realizan en la demarcación territorial de su correspondiente área de salud.

Los pacientes, como movimiento asociativo, son potenciadores del conocimiento a través de múltiples proyectos: promoviendo estudios (como ejemplo el estudio ENSERio (estudio de necesidades sociosanitarias de enfermedades raras), impulsando guías para el abordaje de distintas patologías, participando en congresos y foros médicos, captando fondos para la investigación...

La organización ha de construir un espacio abierto a la generación y al intercambio de conocimientos entre pacientes, familiares y profesionales, escuchándolos, respondiendo a sus necesidades de información, formación y conocimiento y compartiendo experiencias, emociones e inquietudes.

### Elementos del estándar:

- El Consejo de Salud del área está constituido y se reúne regularmente.
- Se facilita información sobre los recursos sanitarios y sociales de que dispone la comunidad para mejorar los problemas de salud y fomentar el autocuidado (asociaciones, webs...).
- Se crean grupos de trabajo con asociaciones de pacientes, reuniones periódicas con representantes de la comunidad, cooperaciones sinérgicas con otros elementos comunitarios...
- Se facilita la participación de los pacientes en investigación, comités de ética, etc.
- Se integran en la práctica habitual las propuestas obtenidas de la participación ciudadana.

### Estándar DP\_pa\_5\_4 HERRAMIENTAS DE AYUDA A LA TOMA DE DECISIONES COMPARTIDAS

DP_pa_5_4	El centro implementa en sus servicios herramientas de ayuda a la toma de decisiones compartidas (HATDC).
-----------	--

Los valores y creencias de los usuarios han de ser explorados y tenidos en cuenta antes de la toma de decisiones en la práctica clínica, especialmente cuando coexistan alternativas diagnósticas o terapéuticas equiparables desde el punto de vista clínico pero con una valoración distinta desde el punto de vista personal.

En la Toma de Decisiones Compartidas (TDC) el profesional sanitario acompaña al paciente en el proceso deliberativo explicando con claridad las alternativas terapéuticas y teniendo en cuenta sus preferencias. Este proceso lleva al paciente a una toma de decisión con información y conforme a sus valores y creencias.

Para llevar a cabo este proceso se diseñan las Herramientas de Ayuda para la Toma de Decisiones Compartidas (HATDC). Estas herramientas se basan en la evidencia científica a partir de las Guías de Práctica Clínica (GPC) e incorporan las preferencias del paciente, apoyándolo en el proceso deliberativo.

### Elementos del estándar:

- Los profesionales sanitarios reciben formación en la TDC.
- Los profesionales sanitarios conocen las HATDC.
- En los servicios sanitarios se adaptan las Guías de Práctica Clínica para incorporar las HATDC.
- Los materiales para los pacientes están redactados en un lenguaje claro y de fácil comprensión.

DP_pa_6 Educación de pacientes y familias
---

## DOMINIO 2: DERECHOS Y PARTICIPACIÓN

La creciente prevalencia de las enfermedades crónicas, consecuencia del envejecimiento de la población, hace que la adquisición de competencias y habilidades en salud para el autocuidado sea fundamental.

La formación en competencias en salud se reconoce como un determinante de la salud, estrechamente relacionada con otros determinantes como son la alfabetización, la educación, los ingresos y la cultura.

Un paciente “especialista” disminuye la frecuentación innecesaria, obtiene un mayor rendimiento de la visita médica siendo ésta más efectiva, colabora más con los profesionales de la salud, aumenta la seguridad del acto médico, mejora la eficiencia de la atención recibida, promueve estrategias de autocuidado y un mayor cumplimiento terapéutico, mejora la autoestima y constituye un modelo positivo a imitar por otros pacientes.

### Estándar DP\_pa\_6\_1 EDUCACIÓN PARA LA SALUD **ESTÁNDAR BÁSICO**

DP_pa_6_1	El centro proporciona al <b>paciente y a su familia educación</b> en relación con su enfermedad, el tratamiento y con la continuidad de sus cuidados.
-----------	---

La organización contribuye a la mejora del bienestar y de la calidad de vida de los pacientes y sus familiares proporcionando educación de calidad que permita la toma de decisiones informada, mejore el autocuidado del paciente y facilite la adquisición de habilidades y competencias específicas en relación con la enfermedad que le afecta.

Para ello, la organización deberá potenciar las habilidades comunicativas de los profesionales sanitarios, explorando nuevas formas de interacción con el paciente, por ejemplo: programas de aprendizaje entre iguales, paciente experto, paciente activo, escuelas de pacientes, actividades formativas en relación con patologías crónicas (diabetes, hipertensión, insuficiencia renal, infarto de miocardio, EPOC), con el uso seguro de la medicación, con la alimentación equilibrada...

#### Elementos del estándar:

- El centro detecta cuáles son las necesidades de formación de los pacientes.
- El centro diseña una estrategia de formación de calidad para los pacientes sobre las diferentes condiciones clínicas y el manejo de la enfermedad y sus consecuencias.
- El centro facilita el acceso de los pacientes y sus familias a información de calidad en lenguaje comprensible (páginas web, foros de internet...).
- Existe un proceso para verificar qué pacientes y familias reciben y comprenden la educación para la salud.
- Existen grupos de formación para pacientes y familiares con patologías específicas, patologías crónicas, grupos de asociaciones locales, colegios, colectivos, etc.
- Se imparten actividades formativas adecuadas al nivel cultural del paciente y la familia en relación con: patologías crónicas (colostomías, diabetes, hipertensión, insuficiencia renal, infarto de miocardio, EPOC, etc.), uso seguro de la medicación, alimentación equilibrada, etc.

## DOMINIO 3: ACCESIBILIDAD

### EVALUACIÓN DE SEGUIMIENTO (es)

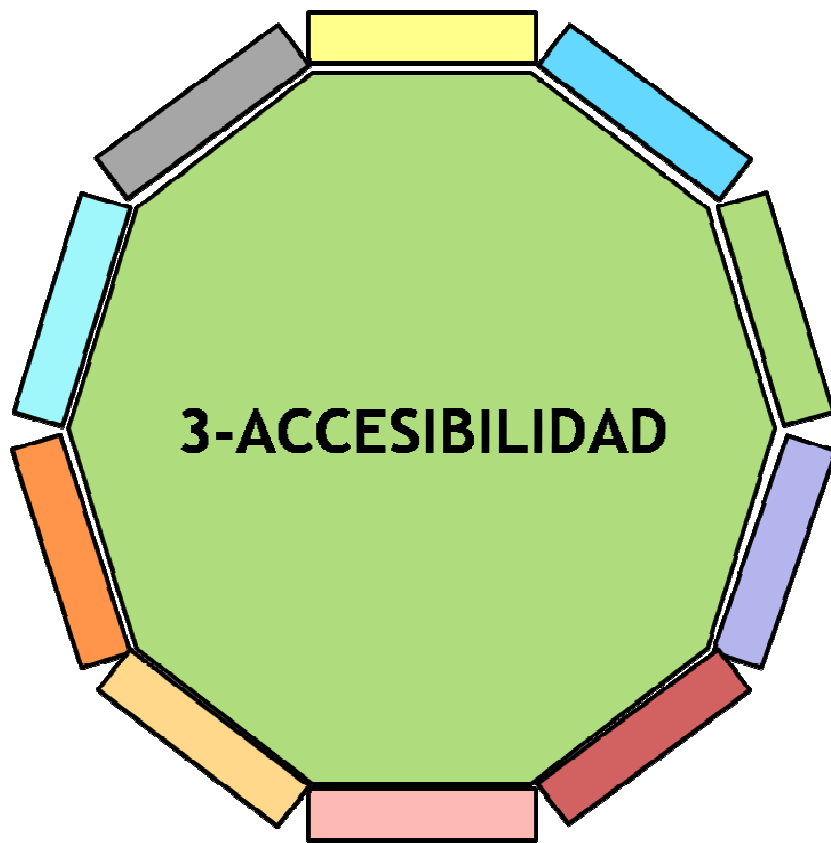
	Dominio		Agrupador	nº	Circuito
DP	DERECHOS Y PARTICIPACIÓN	es	Evaluación de seguimiento	1	Acciones de mejora

#### Estándar DP\_es\_1\_1 ACCIONES DE MEJORA

DP_es_1_1	El centro incorpora <b>acciones de mejora</b> y, una vez finalizadas, las envía para su valoración a la UEC-SESPA en el formato establecido.
-----------	--

#### Elementos del estándar:

- El centro hospitalario desarrolla acciones de mejora relacionadas con este dominio a partir de los informes obtenidos tras la evaluación GECA.
- El centro hospitalario desarrolla acciones de mejora relacionadas con este dominio a partir de otras fuentes (iniciativas propias, auditorías internas y/o externas, etc.).
- Las acciones de mejora se envían anualmente a la UEC-SESPA en el formato establecido para tal fin y cumplen con los criterios de valoración establecidos en las cuatro fases que figuran en el Anexo III de la "Evaluación de Seguimiento GECCAs. Monitorización de continuidad".





## DOMINIO 3: ACCESIBILIDAD

Los artículos 9.2, 47 y 49 de la Constitución Española encomiendan a los poderes públicos el deber de facilitar la accesibilidad al medio de todos los ciudadanos y les impone la obligación de acometer las políticas de prevención, tratamiento, rehabilitación e integración de las personas con discapacidad, prestándoles la atención especializada que requieran y amparando especialmente el disfrute de los derechos que dicha norma fundamental reconoce a la ciudadanía.

La accesibilidad de los centros hospitalarios refleja un enfoque inclusivo y humanitario hacia la atención sanitaria. Fomentando que los entornos y servicios sean accesibles, se promueve la igualdad de oportunidades para las personas, se mejora su calidad de vida y se favorece una sociedad más equitativa.

Las organizaciones sanitarias han de promover que todas las personas, independientemente de sus capacidades físicas o sensoriales, puedan acceder y recibir los servicios de salud de forma equitativa. Deben contar con espacios inclusivos y accesibles, utilizables en condiciones de seguridad y comodidad y de la forma más autónoma posible, ya que la falta de accesibilidad genera barreras insalvables para personas con movilidad reducida, discapacidad visual, auditiva u otras limitaciones funcionales.

Impulsar entornos físicos accesibles y proporcionar servicios adaptados para una fácil tramitación son pasos fundamentales para construir una sociedad inclusiva en el ámbito de la salud. Es importante que los procedimientos administrativos de los centros hospitalarios sean igualmente accesibles para todas las personas, sin generar excesiva burocracia o circuitos complejos que dificulten su uso. Esto implica ofrecer opciones de comunicación alternativas, como formularios en formatos accesibles, asistencia personalizada y dotar a los procesos de un flujo natural que mejore la experiencia de los usuarios.

La Guía de Estándares de la Calidad Asistencial divide el dominio accesibilidad (AC), en tres agrupadores:

	Dominio		Agrupador
AC	ACCESIBILIDAD	ae	Accesibilidad estructural
		at	Accesibilidad tramitación
		ap	Accesibilidad priorizada
		es	Evaluación de seguimiento

### ACCESIBILIDAD ESTRUCTURAL (ae)

Es aquélla que viene condicionada por el diseño inicial del edificio y el entorno en el que se enmarca. Esta planificación influye de forma importante en el uso que luego va a tener el centro sanitario, aunque también es importante realizar las adaptaciones necesarias para permitir que se adecúe a las necesidades evolutivas de la sociedad.

En este agrupador se engloban tanto la movilidad externa del centro hospitalario y sus comunicaciones con el entorno en el que se encuentra ubicado, como la movilidad interior de carácter horizontal y vertical.

Actualmente coexiste simultáneamente normativa de carácter nacional y de carácter autonómico, cuyas citas en relación con dimensiones de los elementos, siendo muy semejantes, no son siempre exactamente coincidentes, por lo que las adecuaciones de los espacios han de cumplir la premisa de aplicar aquélla que produzca un mayor beneficio a la accesibilidad, aunque nos encontraremos con edificaciones que han sido realizadas con una u otra normativa.

Hay que tener en cuenta si el espacio evaluado es espacio público urbanizado o edificación, para lo que se tendrá en cuenta la siguiente normativa:

#### A nivel estatal:

- Orden del Ministerio de Transportes Movilidad y Agenda Urbana (TMA) /851/2021, de 23 de julio, por la que se desarrolla el documento técnico de condiciones básicas de accesibilidad y no discriminación para el acceso y la utilización de los espacios públicos urbanizados, anteriormente Orden VIV/561/2010, de 1 de febrero, por la que se desarrolla el documento técnico de condiciones básicas de accesibilidad y no discriminación para el acceso y utilización de los espacios públicos.
- Real Decreto 173/2010, de 19 de febrero, por el que se modifica el Código Técnico de la Edificación, aprobado por el Real Decreto 314/2006, de 17 de marzo, en materia de accesibilidad y no

## DOMINIO 3: ACCESIBILIDAD

discriminación de las personas con discapacidad. Modificación del Real Decreto 450/2022, de 14 de junio (BOE 15/06/2022)

- Real Decreto 505/2007, de 20 de abril Condiciones básicas de accesibilidad de los espacios públicos urbanizados y edificaciones.

### A nivel autonómico:

- Ley 5/1995, de 6 de abril, de promoción de la accesibilidad y supresión de barreras.
- Decreto 37/2003, de 22 de mayo, por el que se aprueba el Reglamento de la Ley de Principado de Asturias 5/1995, de 6 de abril, de promoción de la accesibilidad y supresión de barreras, en los ámbitos urbanístico y arquitectónico.

Cualquier novedad normativa, que en este aspecto se produzca, de la regulación vigente a fecha de la publicación de la guía, será de aplicación desde la fecha de su entrada en vigor.

En la estructura y los elementos del centro hospitalario se tendrá en cuenta la normativa vigente en el año de construcción del mismo; sin embargo, para las futuras modificaciones y propuestas de mejora será de aplicación la normativa vigente en ese momento.

	Dominio		Agrupador	nº	Circuito
AC	ACCESIBILIDAD	ae	Accesibilidad estructural	1	Movilidad exterior
				5	Movilidad interior horizontal
				6	Movilidad interior vertical

#### AC\_ae\_1 Movilidad exterior

Para garantizar la movilidad exterior, la Organización Sanitaria facilitará a los usuarios las mejores condiciones de acceso a sus servicios, dotando y gestionando los medios técnicos y estructurales necesarios.

Se evalúan las barreras arquitectónicas o sensoriales que puedan suponer una limitación de accesibilidad y se adoptan o planifican las medidas para reducirlas o eliminarlas.

El centro debe disponer de una señalización exterior, inequívoca, actualizada y en buen estado, que permita una correcta identificación del mismo y la orientación de los usuarios.

Se analiza la cadena de accesibilidad desde el punto de vista del usuario, es decir, el recorrido que realiza desde su domicilio hasta llegar al punto donde recibe la atención. Aunque alguno de los estándares de calidad definidos no sean de competencia de la Organización Sanitaria, no pueden dejar de señalarse, ya que de no cumplirse, la cadena de accesibilidad quedaría interrumpida. En este caso se persigue la coordinación institucional con corporaciones locales y cuantas instituciones tengan competencias para mejorar el acceso a los centros sanitarios.

#### Estándar AC\_ae\_1\_2 PARADAS Y MARQUESINAS ACCESIBLES

AC_ae_1_2	El transporte público que da acceso al centro sanitario dispone de paradas y marquesinas accesibles para todo tipo de usuarios.
-----------	---

Para valorar los elementos de este estándar se tomará como referencia lo establecido en el Real Decreto 1544/2007, de 23 de noviembre, por el que se regulan las condiciones básicas de accesibilidad y no discriminación para el acceso y utilización de los modos de transporte para personas con discapacidad, así como buenas prácticas de colectivos que representen a personas vulnerables.

#### Elementos del estándar:

- El centro hospitalario cuenta con puntos estratégicos de información en relación con el transporte público donde se señalan la ubicación de las paradas, horarios e itinerarios en tiempo real para todos los colectivos.
- Los itinerarios accesibles del transporte urbano o interurbano están señalizados con el símbolo internacional de accesibilidad.
- Las marquesinas del transporte público están ubicadas en un lugar seguro y cercano al centro hospitalario y comunicadas a través de un itinerario peatonal accesible para todas las personas independientemente de su condición (movilidad reducida, discapacidad visual, auditiva, etc.).
- La presencia de las paradas se señala en el pavimento mediante la colocación de una franja de detección tacto-visual de acanaladura, de 120 cm de ancho con contraste cromático elevado en

## DOMINIO 3: ACCESIBILIDAD

relación con las áreas de pavimento adyacentes. Dicha franja transcurre en sentido transversal al de la línea de marcha a través de todo el ancho de la acera, desde la fachada, zona ajardinada o parte más exterior del itinerario peatonal, hasta la zona del bordillo.

- Los postes correspondientes a las paradas cuentan con información sobre identificación y denominación de la línea en sistema braille.
- Los caracteres de identificación de la línea tienen una altura mínima de 14 cm y contrastan con la superficie en la que se inscriben.
- Junto al bordillo de la parada, se instala una franja tacto visual de tono y color amarillo vivo y ancho mínimo de 40 cm.
- El ámbito de la calzada anterior, posterior y de la misma parada se protege con elementos rígidos y estables que impiden la invasión de vehículos que indebidamente obstaculicen la aproximación que debe realizar el autobús para que la rampa motorizada alcance el punto correcto de embarque.
- La configuración de la marquesina permite el acceso bien lateralmente, bien por su parte central, con un ancho libre mínimo de paso de 90 cm.
- Si la marquesina tiene alguno de los cerramientos verticales transparente o traslúcido, éste dispone de dos bandas horizontales de entre 5-10 cm de ancho de colores contrastados a lo largo de toda su extensión.
- Cuenta con información sobre los horarios adaptada a personas con limitaciones sensoriales (lenguaje braille, códigos QR, aplicaciones móviles, etc.) y facilita los horarios o las llegadas de los autobuses con locuciones audibles para personas con discapacidad visual.
- Cuando se informe a los usuarios con una pantalla de la situación de los autobuses de las líneas que pasan en esa parada se procura completar el dispositivo con la información sonora simultánea, a la demanda de un invidente, con un mando de los utilizados para el accionamiento de la sonorización de las señales semafóricas, o sistema alternativo.
- Los asientos de las marquesinas están situados a una altura de 45 cm+/- 2 cm y cuentan con reposabrazos.
- Las marquesinas cuentan con apoyos isquiáticos para facilitar la transferencia de personas con dificultad de movilidad.
- Las marquesinas cuentan con filtro de protección solar para evitar la exposición a la radiación ultravioleta de las personas con fotosensibilidad (p.ej., lupus eritematoso sistémico). La presencia de este filtro está señalizada.

### Estándar AC\_ae\_1\_3 ITINERARIOS PEATONALES ACCESIBLES

AC_ae_1_3	El centro hospitalario cuenta con <b>itinerarios peatonales accesibles</b> que permiten una deambulación autónoma, segura y cómoda desde el transporte público.
-----------	---

#### Elementos del estándar:

- Existen itinerarios accesibles desde la vía pública, desde las paradas del transporte público y desde las plazas de aparcamiento reservadas a personas con movilidad reducida que comunican estos emplazamientos con los principales accesos del hospital: entrada principal, urgencias, consultas externas, rehabilitación, etc.
- Los itinerarios accesibles están señalados y cumplen con las condiciones necesarias para ser considerados como tales.
- El itinerario peatonal accesible discurre de manera colindante a la línea de fachada o referencia edificada a nivel del suelo. No obstante, cuando las características y el uso del espacio recomienden otra disposición o cuando carezca de dicha línea de fachada, se facilita la orientación y el encaminamiento mediante una guía longitudinal.
- Las líneas de pared están libre de obstáculos (papeleras, maceteros, etc.) que supongan un peligro para personas con discapacidad visual.
- El mobiliario urbano no invade el itinerario peatonal accesible. Se dispone preferentemente alineado junto a la banda exterior de la acera y a una distancia mínima de 40 cm del límite entre el bordillo y la calzada.
- Los itinerarios cumplen con la normativa vigente en cuanto a su accesibilidad en relación con los siguientes elementos:
  - La anchura libre de paso.
  - La altura libre de paso.
  - Longitud, pendiente longitudinal y transversal de las posibles rampas.
  - Anchura y profundidad de rellanos entre rampas.
- Para los usuarios con discapacidad visual está señalizada una línea de encaminamiento táctil para uso con bastones de movilidad de marcado contraste cromático que guíe a la persona desde las paradas y marquesinas de autobuses hacia la localización de las diferentes puertas de acceso al complejo.

## DOMINIO 3: ACCESIBILIDAD

- El pavimento táctil indicador permite una fácil detección y recepción de información mediante el pie o bastones a personas con discapacidad visual, sin que constituya una molestia para el tránsito peatonal en su conjunto. Contrasta, tanto cromáticamente como en textura, de modo suficiente con el suelo circundante.
- Se utiliza pavimento táctil indicador direccional para señalar encaminamiento o guía, así como proximidad a elementos para el cambio de nivel. Está constituido por piezas o materiales con un acabado superficial de acanaladuras rectas y paralelas, cuya altura es de 4 mm.
- Se usa pavimento táctil indicador de advertencia para señalar proximidad a puntos de peligro o puntos de decisión. Está constituido por piezas o materiales con botones sin aristas vivas, de forma troncocónica, cúpula truncada o funcionalmente equivalente cuya altura es de 4 mm. El pavimento se dispone de modo que los botones forman una retícula ortogonal orientada en el sentido de la marcha.
- El exterior del hospital cuenta con pasos de peatones ubicados en aquellos puntos que permitan minimizar las distancias necesarias para efectuar el cruce, facilitando en todo caso el tránsito peatonal y su seguridad.
- El ancho de paso de peatones no es inferior al de los dos vados peatonales que los limitan y su trazado es, siempre que sea posible, perpendicular a la acera, salvo cuando el recorrido natural de los peatones aconseje adoptar otra solución.
- Los pasos de peatones están señalizados mediante marcas viales en el plano del suelo.
- Las características de los puntos de cruce entre el itinerario peatonal y vehicular, los vados peatonales, las pendientes longitudinales y transversales, así como la contrapendiente de la zona de encuentro de la calzada con el vado cumplen con la normativa vigente.
- Las aceras tienen un adecuado estado de conservación, sin piezas deterioradas ni irregularidades que puedan constituir un peligro. Todas las aceras presentan rebajes adecuados en los vados peatonales.
- Las características de las aceras son adecuadas en cuanto a la posible presencia de barandillas.
- En los desniveles cuya diferencia de cota sea mayor de 55 cm, o que presenten riesgo de caídas, se utilizan barandillas que tienen una altura mínima de 90 cm, cuando la diferencia de cota que protejan sea menor de 6 m y de 110 cm en los demás casos.
- Estas barandillas no son escalables, no disponen de puntos de apoyo entre los 20 y los 70 cm de altura.
- Las aberturas y los espacios libres entre elementos verticales no superan los 10 cm.
- Cuando se utilicen bolardos para limitar zonas de circulación peatonal, éstos se ubican de forma alineada, tienen una altura situada entre 75 y 100 cm, un ancho o diámetro mínimo de 10 cm y un diseño redondeado y sin aristas. Su color contrasta con el pavimento en toda la pieza o, como mínimo, en su tramo superior, asegurando su visibilidad en horas nocturnas.
- Los elementos de señalización e iluminación en las zonas de uso peatonal se agrupan en el menor número de soportes y se ubican junto a la banda exterior de la acera.
- Los árboles, arbustos, plantas ornamentales o elementos vegetales no obstaculizan el ámbito de paso peatonal del itinerario peatonal accesible, ni el campo visual de las personas en relación con las señales de tránsito, indicadores, rótulos, semáforos y otros elementos, permitiendo a su vez el correcto alumbrado público.

### Estándar AC\_ae\_1\_4 CIRCULACIÓN RODADA

AC_ae_1_4	La circulación rodada del hospital facilita un flujo adecuado de vehículos en los accesos al mismo, garantizando también la seguridad de los peatones.
-----------	--

#### Elementos del estándar:

- Las vías de circulación de vehículos en el interior del recinto están señalizadas con indicaciones de dirección y de limitación de velocidad (20 km/hora) tanto horizontales como verticales.
- El centro dispone de pasos de peatones en las ubicaciones adecuadas para facilitar un adecuado tránsito de los usuarios.
- Los accesos para vehículos de uso sanitario están claramente delimitados y señalizadas las prohibiciones de aparcamiento y circulación de forma que no se pueda obstaculizar el transporte sanitario.
- Las plazas de aparcamiento de vehículos cuentan con topes que impiden que éstos puedan mermar el uso de los accesos invadiendo los itinerarios peatonales.

### Estándar AC\_ae\_1\_5 APARCAMIENTOS ADAPTADOS

AC_ae_1_5	El hospital cuenta con el número adecuado de plazas de aparcamiento adaptadas para personas con movilidad reducida en los principales accesos.
-----------	--

#### Elementos del estándar:

- Existe una indicación gráfica a la entrada del centro de las ubicaciones de las plazas de aparcamiento adaptadas para personas con movilidad reducida.

## DOMINIO 3: ACCESIBILIDAD

- El centro cuenta con una suficiente dotación de plazas adaptadas que es proporcional al tamaño del hospital y al resto de las plazas de aparcamiento (una de cada cuarenta plazas o fracción como mínimo).
- Las plazas adaptadas se encuentran cerca de los principales accesos: entrada principal, urgencias hospitalarias, consultas externas, rehabilitación, etc.
- Se ubican lo más próximas posible a los puntos de cruce entre los itinerarios peatonales accesibles y los itinerarios vehiculares, preferentemente en superficies horizontales o de escasa pendiente, garantizando el acceso desde la zona de transferencia hasta el itinerario peatonal accesible de forma autónoma.
- Las plazas adaptadas para personas con movilidad reducida cuentan con señalización vertical y horizontal utilizando el símbolo internacional de accesibilidad (SIA). Las plazas de estacionamiento adaptadas se señalan con unas dimensiones de 30 por 30 cm en vertical y de 90 por 90 cm en horizontal.
- El diseño, estilo, forma y proporción del Símbolo de accesibilidad para la movilidad se corresponde con lo indicado por la Norma UNE 41501 «Símbolo de accesibilidad para la movilidad. Reglas y grados de uso».
- Si la plaza está en espacio público urbanizado, está señalizada la prohibición de aparcar a personas sin autorización.
- Para facilitar su identificación y si no hay condicionantes de tipo histórico-artístico, medioambiental o de otra índole que lo desaconsejen, es recomendable que su superficie esté pintada de azul (color estandarizado) y con acabado antideslizante.
- Las dimensiones de estas plazas son las adecuadas y los espacios de transferencia en función de su tipología: en batería las dimensiones son de 500 x 360 cm o 500 x 220 cm más el espacio de transferencia (150 cm), que puede ser compartido por dos plazas y en línea tienen unas dimensiones de 500 x 220 cm (con espacio de transferencia posterior de 300 cm o 150 cm según antigua Orden VIV). La normativa del Principado indica un ancho de 360 cm, pero ya viene en ese espacio contemplado parte del espacio de transferencia, mientras que en los 220 cm de la normativa estatal habría que añadirles los 150 cm.
- Las plazas están vinculadas a un itinerario peatonal accesible y lo más próximas posible a los elementos de comunicación vertical adaptados.
- La terminología empleada en la cartelería de las plazas de aparcamiento reservado no es nunca la de “minusválido”, término peyorativo que fue modificado en España en 2007 a raíz de la Ley 39/2006 estableciendo que “las referencias que en los textos normativos se efectúen a minusválidos y a personas con minusvalía, se entenderán realizadas a personas con discapacidad”. La mejor opción en estos casos es utilizar el símbolo internacional de accesibilidad, que se entiende en todas las culturas; si se desea añadir un texto lo adecuado sería “plaza reservada para personas con movilidad reducida”.

### Estándar AC\_ae\_1\_6 SEÑALÉTICA EXTERNA

AC\_ae\_1\_6

El centro hospitalario cuenta con una **señalización externa** que permite la orientación de los usuarios y el acceso a los principales servicios del mismo.

#### Elementos del estándar:

- Las señales son visibles en el entorno en que se sitúan, colocándose en lugares bien iluminados a cualquier hora, evitando sombras, reflejos y deslumbramientos. Se evitan obstáculos, cristales u otros elementos que dificulten la aproximación o impidan visualizar la información contenida en los mismos.
- El rótulo contrasta con el paramento sobre el que está ubicado. Los caracteres o pictogramas utilizados contrastan con el fondo. El color de base es liso.
- Los caracteres o pictogramas utilizados están estandarizados.
- La señalética tiene una adecuada visualización nocturna.
- El tamaño de las fuentes está determinado por la distancia a la que pueda situarse el observador, de acuerdo con lo establecido en la Orden TMA/851/2021, de 23 de julio, en su artículo 41: “Señalización visual y acústica”.
- Siempre que un rótulo, panel o cartel esté ubicado en la zona ergonómica de interacción del brazo (en paramentos verticales, entre 120 y 160 cm, y en planos horizontales, entre 90 y 125 cm), se utiliza el braille y la señalización en alto relieve u otro sistema para garantizar su comprensión por parte de las personas con discapacidad visual.
- Aquellas instalaciones que puedan suponer un peligro para los usuarios (instalaciones de gases medicinales, zonas técnicas de calderas, equipos de alta tensión, aljibes de agua, helipuerto, etc.) cuentan con una advertencia de seguridad utilizando pictogramas y señales claras, además de estar limitado el acceso accidental de cualquier persona.

## DOMINIO 3: ACCESIBILIDAD

### Estándar AC\_ae\_1\_7 PUERTAS DE ENTRADA

AC\_ae\_1\_7

El centro hospitalario cuenta en sus accesos principales con **puertas de entrada** que permiten la circulación fluida de todo tipo de usuarios.

#### Elementos del estándar:

- Las puertas de acceso a las entradas del centro están señalizadas de forma visible y sus marcos tienen un contraste alto que permite su diferenciación y el reconocimiento inequívoco del acceso.
- El espacio adyacente a la zona de acceso es horizontal o con una pendiente máxima del 2%.
- Si hay rampas de acceso se ajustan a las pendientes máximas, longitudes y demás características establecidas en la normativa.
- Si se cuenta con escaleras a la entrada están dotadas de pasamanos doble a ambos lados con diseño ergonómico con un diámetro comprendido entre 30-50 mm y con una distancia mínima del paramento de 40 mm que permite un fácil y seguro asimiento a personas con movilidad reducida.
- Las zonas de acceso cuentan con iluminación en los espacios adyacentes a la puerta.
- La diferencia de intensidad lumínica del interior y exterior del centro no produce deslumbramientos a los usuarios.
- Si la puerta cuenta con control de accesos no automatizado, los pulsadores están colocados a una altura respecto del pavimento comprendida entre 80 y 120 cm e identificados por contraste de color o tono y por alto relieve o sistema braille.
- La información para personas invidentes está situada en la pared derecha de la puerta.
- Si las puertas de acceso al edificio disponen de tiradores para ayudar a la apertura y cierre o de mecanismos de retorno eléctrico o mecánico, éstos están regulados en cuanto al esfuerzo y el tiempo de apertura o cierre.
- En el espacio adyacente a la puerta se puede inscribir un círculo de 150 cm de diámetro que no puede solaparse con el barrido de la puerta.
- El mismo círculo de giro es necesario cuando se cuente con doble puerta cortavientos.
- Si la estructura del edificio lo permite es aconsejable disponer de dos circuitos diferenciados, uno de entrada y otro de salida adecuadamente señalizados.
- Si las puertas del edificio son de vidrio, éste es de seguridad y con una doble banda señalizadora horizontal de entre 5 y 10 cm de ancho, colores contrastados y a unas alturas comprendidas entre 85 y 110 cm y entre 150 y 170 cm.
- Si la puerta cuenta con detección de presencia tiene un mecanismo de ralentización de la velocidad y de seguridad en caso de aprisionamiento.
- Si existen puertas giratorias, existe una alternativa en forma de puerta corredera o abatible que comunique los mismos espacios.
- Los felpudos están enrasados con el pavimento o bien adheridos y son de un material que evite el hundimiento de las sillas de ruedas.
- En la zona de la entrada hay una señalización de suelo húmedo los días lluviosos y se dispone de un dispensador de fundas para recoger los paraguas.

### Estándar AC\_ae\_1\_8 PERROS DE ASISTENCIA

AC\_ae\_1\_8

El centro facilita el acceso a las personas con discapacidad que precisan el **acompañamiento de perros de asistencia**.

#### Elementos del estándar:

- Se facilita la entrada al centro hospitalario a aquellas personas que junto con su perro de asistencia constituyan una unidad de vinculación legalmente reconocida y como tal estén registradas, tal y como se establece en la Ley 2/2020, de 23 de diciembre, reguladora del derecho de acceso al entorno de las personas usuarias de perros de asistencia.
- Los límites o prohibiciones de acceso de los perros de asistencia son, en el ámbito sanitario, los que marca la citada Ley 2/2020: quirófanos, espacios donde se llevan a cabo los cuidados y tratamientos de los servicios de urgencias, zonas de cuidados intensivos o cualquier otra zona de un centro sanitario que, por su función, deba estar en condiciones higiénicas especiales.
- Los perros de asistencia más frecuentes son los utilizados por personas con discapacidad visual, pero también se utilizan y se definen en la ley otras situaciones como su uso en las personas con discapacidad física, intelectual o sensorial de otro tipo.
- El perro tiene colocado en un lugar visible del arnés o del collar su distintivo que lo identifica como tal.
- Las personas acompañadas por estos perros de asistencia los mantienen a su lado, con la sujeción que en su caso necesite.
- Los perros de asistencia cumplen con las condiciones higiénico sanitarias establecidas en la legislación vigente en materia de sanidad animal y tenencia de animales.

## DOMINIO 3: ACCESIBILIDAD

### AC\_ae\_5 Movilidad interior horizontal

El diseño de los circuitos de movilidad en los centros hospitalarios es de especial importancia, ya que debe tener en cuenta el flujo de usuarios y profesionales, la mayor afluencia de éstos en horas punta, así como facilitar la orientación. Un enfoque estratégico en estos aspectos favorece una transición fluida de las personas y optimiza la eficiencia de la atención sanitaria.

La planificación inteligente de los espacios y la presencia de áreas de espera bien organizadas contribuyen a una experiencia más eficiente y más funcional para todas las personas involucradas.

La movilidad interior en el centro ha de contar con todos los elementos de accesibilidad necesarios para que los colectivos con limitaciones sensoriales, de movilidad o con diferencias culturales, discapacidad intelectual y/o problemas cognitivos puedan transitar por el hospital con un nivel de autonomía suficiente.

Los espacios amplios y bien iluminados, junto con una señalética clara y concisa, permiten a los usuarios orientarse con facilidad. Carteles indicativos, señales direccionales y códigos de colores estratégicamente ubicados se convierten en aliados valiosos para guiar a las personas hacia las áreas de atención.

El aspecto humano, con personal de apoyo, es en muchas ocasiones el recurso más directo para facilitar las principales gestiones sanitarias a pacientes y familiares.

#### Estándar AC\_ae\_5\_1 PUNTOS DE INFORMACIÓN

AC\_ae\_5\_1

El centro hospitalario cuenta con un punto de información en sus principales accesos en el que existe personal de apoyo.

##### Elementos del estándar:

- Los principales accesos del centro hospitalario cuentan con un punto de información que facilita las gestiones de los usuarios que acceden al centro.
- Estas zonas de información cuentan con sistemas de traducción automática para poder atender a usuarios en diferentes lenguas.
- Las ubicaciones de entrada de pacientes y de mayor afluencia (consultas externas, urgencias, vestíbulo de entrada...) cuentan con instalaciones de bucle magnético señalizado que facilita la comunicación con personas con discapacidad auditiva.
- El centro hospitalario cuenta con una centralita telefónica que canaliza las comunicaciones de este tipo de forma adecuada.
- El centro cuenta con personal de apoyo, particularmente en los horarios de mayor afluencia, que facilita y asesora a los usuarios en los trámites administrativos y coordina la afluencia de las visitas hospitalarias.
- La información facilitada en estos puntos o a través de la centralita telefónica respeta la confidencialidad de los datos de los pacientes.
- Los mostradores de información cuentan con elementos separadores e indicaciones en el suelo de “espere su turno” para favorecer la confidencialidad.
- Los principales puntos de atención (información al usuario, admisiones, consultas externas, urgencias, radiología, etc.) cuentan con un espacio del mostrador que permite el acceso a usuarios con sillas de ruedas o personas de talla baja y son accesibles para la firma de documentos o la realización de gestiones administrativas.
- Estos puntos tienen un plano de trabajo con una anchura de 80 cm, como mínimo, están situados a una altura de 85 cm, como máximo, y tienen espacio libre inferior a 70 x 80 x 50 cm (altura x anchura x profundidad) como mínimo.
- Estos puntos de acceso están comunicados a través de itinerarios accesibles.

#### Estándar AC\_ae\_5\_2 VESTÍBULO

AC\_ae\_5\_2

La organización del vestíbulo del hospital facilita la orientación de los usuarios y están señalizados los principales circuitos hospitalarios proponiendo flujos coherentes.

##### Elementos del estándar:

- La entrada principal del hospital ofrece información clara e inequívoca sobre los principales circuitos que los usuarios del hospital han de utilizar.
- El vestíbulo del hospital ofrece un mapa de las principales ubicaciones hospitalarias con una tipografía contrastada y de tamaño adecuado para facilitar la orientación de personas con discapacidad visual.

## DOMINIO 3: ACCESIBILIDAD

- El vestíbulo de entrada del hospital ofrece líneas de encaminamiento de diferentes colores y texturas que permiten la orientación de los pacientes hacia los circuitos más frecuentes y que son accesibles para personas con discapacidad visual.
- El vestíbulo del hospital cuenta con bancadas de asientos con reposabrazos para su uso por pacientes y familiares.

### Estándar AC\_ae\_5\_3 GESTIÓN DE TURNOS

AC\_ae\_5\_3

El centro hospitalario cuenta con una sistemática de **gestión de turnos (Quenda)** que es accesible a personas con discapacidad visual.

#### Elementos del estándar:

- Existe un itinerario accesible que dirige a las personas con discapacidad visual hacia el sistema gestor de turnos o hay personal de apoyo que facilita la gestión del turno.
- Las máquinas y elementos manipulables que dispongan de medios informáticos de interacción con el público cuentan con braille, macro-caracteres, conversión de texto a voz, subtítulos, audiodescripción, ampliación de caracteres, video-comunicación, lengua de signos, video-interpretación, lectura fácil u otras adaptaciones que permiten acceder a la información a todas las personas.
- En caso de que el elemento manipulable disponga de pantalla, ésta se instala ligeramente inclinada entre 15° y 30° con la vertical, a una altura entre 80 y 120 cm, asegurando la visibilidad de una persona sentada.
- El dispensador de turnos facilita, en base a la demanda de una persona con discapacidad visual, una tarjeta en lenguaje braille, código QR o información especialmente contrastada de forma que pueda ser accesible para personas con discapacidad visual.
- El gestor de turnos ofrece la referencia si el destino está incluido en las líneas de encaminamiento establecidas por el centro hospitalario.
- Los profesionales que atienden la consulta que ha sido realizada con requisitos de accesibilidad son conocedoras de esta situación, bien a través de las marcas en la historia clínica electrónica o bien a través del sistema de gestión de turnos.
- El sistema de gestión de turnos ofrece una locución en el punto de atención de forma que la persona con discapacidad visual pueda ser consciente de la llamada a consulta.

### Estándar AC\_ae\_5\_4 SEÑALÉTICA INTERNA

AC\_ae\_5\_4

La **señalización interna es homogénea** en todo el centro, tiene colores contrastados y su tamaño permite una clara visualización a personas con discapacidad visual.

#### Elementos del estándar:

- La señalización es la corporativa de la Organización Sanitaria, con un patrón uniforme en todo el centro.
- La información sigue pautas de lectura fácil, siendo concisa y sencilla y acompañando, cuando sea necesario, los textos con pictogramas u otros recursos gráficos para facilitar su interpretación por usuarios de distintas culturas o con limitaciones sensoriales.
- Las señales son visibles en el entorno en que se sitúan, colocándose en lugares bien iluminados a cualquier hora y evitando sombras, reflejos y deslumbramientos.
- Cuando se ubiquen sobre planos con pendiente próxima a la horizontal, tienen una inclinación entre 30° y 45°, se sitúan a una altura entre 90 y 120 cm y disponen de un espacio en su parte inferior de 70 x 80 x 50 cm (altura x anchura x fondo), que permite el acercamiento frontal de usuarios de silla de ruedas.
- El rótulo contrasta con el paramento sobre el que está ubicado. Los caracteres o pictogramas utilizados contrastan con el fondo. El color de base es liso.
- Se utilizan fuentes tipo "palo seco" (*Sans Serif*) u otras que hayan sido testadas comprobándose su legibilidad.
- La cartelería ofrece la alternativa de lectura en braille, macrocaracteres en alto relieve, de interpretación de códigos QR o de cualquier otra tiflotecnología que facilite su uso por invidentes o personas con escaso resto visual.
- Se utilizan sistemas de señalización visual, acústica, táctil o la combinación de ellas.
- La señalización táctil es de fácil ubicación.
- Siempre que un rótulo, panel o cartel esté ubicado en la zona ergonómica de interacción del brazo (en paramentos verticales, entre 1,20 y 1,60 m, y en planos horizontales, entre 0,90 y 1,25 m), se utiliza el braille y la señalización en alto relieve u otro sistema que garantice su comprensión por parte de las personas con discapacidad visual.
- Se ubican los caracteres en braille en la parte inferior izquierda, a una distancia mínima de 1 cm y máxima de 3 cm del margen izquierdo e inferior del rótulo.

## DOMINIO 3: ACCESIBILIDAD

- Los pictogramas en alto relieve son de fácil comprensión y están estandarizados.
- Los mapas, planos o maquetas táctiles que se incorporen con la finalidad de ofrecer a las personas con discapacidad visual la información espacial precisa para poder orientarse en el entorno, se hacen mediante relieve y contraste de texturas y colores.
- Se representan los espacios accesibles e itinerarios más utilizados o de mayor interés.
- Están libres de obstáculos o protecciones de cristales u otros elementos que impidan su localización y uso.
- Los avisadores de emergencia son sonoros y también visuales para favorecer su reconocimiento por personas con discapacidad auditiva.
- El uso de patrones de colores distintos permite diferenciar zonas en el centro hospitalario (plantas de hospitalización, zonas de consulta, etc.). También se pueden utilizar para este fin números, letras o símbolos.
- Están señalizadas de forma inequívoca aquellas instalaciones que puedan suponer un riesgo para los usuarios (riesgo biológico, radiaciones, instalaciones eléctricas, etc.). Estas instalaciones de acceso restringido permanecen cerradas bajo llave.

### Estándar AC\_ae\_5\_5 CIRCUITOS CON TRÁNSITO FLUIDO

AC\_ae\_5\_5

El centro hospitalario dispone de **zonas de circulación** que permiten la deambulaci3n fluida de los usuarios.

#### Elementos del est3ndar:

- Los pavimentos de los pasillos y zonas de circulaci3n son firmes, continuos o con juntas enrasadas, no deslizantes y con acabado mate para que no produzcan deslumbramientos por reflexi3n.
- Desde el vestíbulo del centro existen línneas de encaminamiento que utilizan distintos colores y texturas y permiten la orientaci3n de los usuarios hacia los principales destinos.
- La iluminaci3n del centro es homogénea y de una intensidad adecuada.
- Se evitan los deslumbramientos de zonas acristaladas con gran exposici3n lumínica con cortinas, estores, persianas u otros sistemas tales como cristales tintados o con tratamiento antirreflejante para regular la entrada de luz natural.
- Los pasillos no afectados por puertas tienen un ancho libre de 120 cm con estrechamientos puntuales de 1 m.
- Las dimensiones de los vestíbulo y pasillos afectados por puertas permiten inscribir una circunferencia de 150 cm libre del barrido de cualquier puerta, permitiéndose estrechamientos puntuales de 120 cm.
- No existen recorridos superiores a 12 m de distancia sin que exista un espacio en el que se pueda describir un círculo libre de obstáculos de 150 cm de diámetro.
- Están señalizados los obstáculos que reduzcan la anchura del pasillo más de 15 cm.
- La altura de circulaci3n mínima es de 250 cm, permitiéndose reducciones puntuales de 220 cm.
- Las máquinas expendedoras de tarjetas de televisi3n o de bebidas, los cajeros automáticos, etc. están ubicados de forma que su diseño permite la aproximaci3n de un usuario de silla de ruedas. Los dispositivos manipulables están a una altura comprendida entre 80 y 120 cm.
- Todos los felpudos están enrasados o adheridos al pavimento. Se evita el uso de elementos que sobresalgan de la pared (extintores, BIE, etc.). Cuando éstos no puedan estar encastrados cuentan con una proyecci3n hacia el suelo o están instalados en puntos que minimicen el riesgo de impacto: ensanchamientos, rincones, etc.
- Las columnas y demás obstáculos que se encuentren en los recorridos de deambulaci3n habitual cuentan con una sealizaci3n a doble altura (entre 85-110 y 150-170 cm) para un correcto reconocimiento por usuarios con poco resto visual.
- Se protege el intrad3s de escaleras y rampas de forma que se evite la colisi3n accidental de los usuarios.
- Se protege cualquier elemento situado en una zona de circulaci3n que pueda originar un eventual choque de los usuarios.
- La anchura mínima de los huecos de paso en puertas es de 80 cm (permiéndose hasta 78 cm en abierto) y aportados por sólo una hoja. A ambos lados de las puertas existe un espacio libre horizontal donde se puede inscribir un círculo de 150 cm de diámetro no barrido por las hojas de las puertas.
- En espacios higiéunicos sanitarios la apertura de las puertas es hacia el exterior y el espacio de barrido de la puerta se considera como espacio ocupado y se puede inscribir en su interior una circunferencia de 150 cm.
- Las zonas de atenci3n al usuario (consultas, radiología, rehabilitaci3n, etc.) cuentan al menos con una alternativa accesible para los usuarios de sillas de ruedas.

## DOMINIO 3: ACCESIBILIDAD

### Estándar AC\_ae\_5\_6 SALAS DE ESPERA ADAPTADAS

AC\_ae\_5\_6

El centro hospitalario cuenta con salas de espera de pacientes y consultas adaptadas a usuarios con limitaciones de cualquier índole.

#### Elementos del estándar:

- Las principales zonas de atención a los usuarios del centro (consultas externas, extracciones, urgencias, hospital de día, etc.) cuentan con salas de espera de un tamaño proporcional a los usuarios que atienden.
- Las bancadas de estas salas, al igual que las de las zonas comunes del hospital, cuentan con reposabrazos que facilitan la incorporación de personas con movilidad reducida.
- La señalética de estas zonas de atención es de tamaño y contraste adecuados para que pueda ser bien interpretada por los usuarios.
- Las manillas contrastan con el color de la puerta y su marco y con los colores de sus paramentos próximos.
- Las salas de espera cuentan con una zona destinada a los usuarios de sillas de ruedas de 80 x 120 cm que está señalizada. La ubicación de esta zona permite la visualización de las pantallas de gestión de turnos.
- La gestión de turnos es accesible para personas con discapacidad visual ofreciendo alternativas de activación de la audición, lectura de código QR, lenguaje braille, etc.
- Las salas de consulta cuentan en su interior con un radio de giro de 150 cm.
- Las camillas de las salas de consulta son preferentemente regulables en altura.
- En la historia clínica del paciente se recoge si existe discapacidad auditiva (o de sus progenitores en el caso de que sean menores), de qué tipo, qué sistema de comunicación utiliza la persona y qué apoyos y recursos requiere.
- Se potencia el uso de las marcas en la historia clínica electrónica de los pacientes que señalan el tipo de discapacidad que tiene el paciente y los profesionales puedan anticipar sus necesidades especiales.

### Estándar AC\_ae\_5\_7 ASEOS ADAPTADOS

AC\_ae\_5\_7

El centro hospitalario cuenta con aseos adaptados para personas con movilidad reducida.

#### Elementos del estándar:

- El centro hospitalario cuenta con una distribución adecuada de aseos adaptados favoreciendo que los usuarios no necesiten realizar transiciones verticales.
- Los aseos adaptados cuentan con la señalización internacional de accesibilidad (SIA).
- Los rótulos de información y de identificación se sitúan preferentemente al lado derecho de la puerta o acceso, dentro del área del barrido ergonómico.
- Los rótulos no están colocados en la propia puerta.
- Los aseos están comunicados con un itinerario accesible.
- Las puertas de los aseos adaptados tienen la apertura hacia el exterior o correderas para facilitar el rescate de personas en caso de emergencia.
- El sistema de cierre indica si se encuentra libre u ocupado.
- La apertura de las puertas y la de los pestillos interiores se realiza mediante mecanismos de presión o palanca (no mediante el giro de las mismas) y están situadas a una altura de entre 90 y 120 cm.
- Los mecanismos instalados (tiradores, pestillos, señalización) contrastan con el color de la puerta y su marco y con los colores de sus paramentos próximos.
- En el interior de la cabina se puede inscribir un círculo libre de obstáculos de 150 cm de diámetro.
- Los aseos adaptados cuentan con un lavabo en su interior y están equipados con secamanos y solución jabonosa a una altura adecuada.
- El material de los suelos es antideslizante y de fácil limpieza.
- La altura del asiento del inodoro está regulada por las normativas estatal (45-50 cm) y autonómica (43-47 cm), lo recomendable sería situarlos entre 45 y 47 cm (cumple ambas).
- Algo parecido ocurre con los espacios de transferencia en los aseos accesibles de planta u otras ubicaciones; en la normativa autonómica se acepta uno, pero según la normativa estatal son de obligado cumplimiento dos espacios laterales de transferencia. Habrá que tener en este caso el año de construcción o reforma para valorar su adecuación.
- Puede ser aceptable que un edificio cuya referencia haya sido la normativa estatal cuente con dos aseos, uno con el espacio de transferencia hacia la izquierda y otro hacia la derecha.

## DOMINIO 3: ACCESIBILIDAD

- Existen barras de sección circular de apoyo a ambos lados del inodoro, siendo abatible la del lateral donde se efectúa la transferencia y fija la de la pared (o abatibles si se puede hacer la transferencia desde los dos lados). La longitud y la altura están de acuerdo con la normativa aplicable.
- El mecanismo de descarga de las cisternas es mediante pulsador o palanca, con pulsadores de gran superficie accionables con el puño o el codo.
- El lavabo no cuenta con pedestal, permitiendo la aproximación de las sillas de ruedas.
- La altura máxima de la parte superior del lavabo y el hueco mínimo de la parte inferior están de acuerdo a la normativa vigente.
- La grifería es de tipo monomando, palanca o célula fotoeléctrica. El alcance máximo de la grifería desde el borde del lavabo es de 45 cm.
- Existe una advertencia sobre el riesgo de quemaduras por agua caliente en lugar visible.
- El borde inferior de los espejos y de los mecanismos eléctricos están como máximo a 90 cm o si es orientable hasta al menos 10° sobre la vertical. Los demás accesorios de aseo están a una altura entre 70 y 120 cm.
- En el interior de las cabinas accesibles no existen temporizadores para la iluminación.
- El sistema garantiza la renovación de aire de ventilación del aseo.
- Existe un sistema de alarma y comunicación fácilmente accesible mediante el cual se transmite una llamada de asistencia perceptible desde un punto de control y que permite al usuario verificar que su llamada ha sido recibida, o perceptible desde un paso frecuente de personas.
- La terminología empleada en la cartelería de los aseos adaptados no es la de “minusválido”.

### Estándar AC\_ae\_5\_8 ASEOS OSTOMIZADOS

AC\_ae\_5\_8

El centro hospitalario cuenta con **aseos adaptados para personas ostomizadas.**

Los elementos que se incorporen en el caso de adaptar un aseo para personas ostomizadas no mermarán en ningún caso las características técnicas del aseo adaptado.

Los elementos de este estándar están extraídos de las recomendaciones de la Federación de asociaciones de personas ostomizadas en España (FAPOE); sin embargo, a fecha actual no están incluidos en el Código Técnico de Edificación (CTE), por lo que en el futuro pueden ser modificados o ampliados en la próxima publicación del CTE que incluirá las características de este tipo de aseos y será la referencia normativa para su construcción.

#### Elementos del estándar:

- El aseo tiene un pictograma bien visible y en relieve.
- El inodoro/vaciador está a 75 cm del suelo y dotado de sifón para evitar el retorno de olores tras tirar de la cisterna.
- El inodoro es grande y profundo para evitar salpicaduras y está conectado a la salida de aguas residuales.
- El inodoro está encastrado en una encimera con un ancho mínimo de 60 cm en la que poder posar los productos de aseo y recambio de la ostomía y está situado al menos a 20 cm del borde de la misma.
- Cuenta con un enjuagador de bolsa con cable extensor situado en el lado derecho y que se puede accionar con una sola mano, con el pulgar (no vale un grifo extensible).
- El enjuagador está conectado sólo al agua fría (el agua caliente daña el estoma).
- El diámetro del enjuagador no supera los 2,5 cm (ancho de la boca de la bolsa de ileostomía).
- El aseo cuenta con un espejo situado frente al usuario a ras del inodoro para poder ver el estoma situado a la altura del abdomen.
- El dispensador de papel está situado en un lateral a una altura máxima de 130 cm.
- El aseo cuenta con un peldaño/escalón portátil para que personas más bajas de lo habitual o niños, puedan usarlo. Medidas mínimas: 50x30x20 cm.
- El aseo cuenta con 2 perchas: una cercana al inodoro o zona de cambio y otra como colgador de bolsos/prendas.
- Hay en el interior un contenedor de pañales para tirar las bolsas tras el cambio.
- La luz no se apaga mediante un temporizador.

### Estándar AC\_ae\_5\_9 BAÑOS ADAPTADOS EN PLANTAS

AC\_ae\_5\_9

Las plantas hospitalarias cuentan con **baños adaptados** para que las personas con movilidad reducida puedan utilizarlos de forma autónoma.

## DOMINIO 3: ACCESIBILIDAD

El centro hospitalario cuenta con baños accesibles para personas con movilidad reducida que cuentan con las mismas características que las descritas para los aseos y además de ello las que se citan a continuación:

### Elementos del estándar:

- Los pavimentos son no deslizantes tanto en seco como en mojado, de fácil limpieza y resistentes a productos de limpieza agresivos.
- Las rejillas y sumideros están enrasados con el pavimento.
- El suelo está enrasado y su pendiente de evacuación es inferior al 2%.
- No existe peldaño entre el pavimento y el plato de ducha.
- El material es no oxidable y con buena adherencia con manos mojadas.
- Cuenta con un asiento de ducha con respaldo situado a 45-50 cm de altura, con un ancho de 40-45 cm y 40 cm de fondo con espacio de transferencia lateral  $\geq 80$  cm.
- Cuenta con barras de apoyo horizontal de forma perimetral en al menos dos paredes que formen esquina y una barra vertical en la pared a 60 cm de la esquina o del respaldo del asiento.
- Las barras de apoyo están colocadas a 70-75 cm de altura y están separadas al menos 4 cm de la pared.
- El sistema de fijación del banco soporta 150 kg.
- La grifería se sitúa en un lateral del banco (nunca en la espalda) a una altura adecuada para su uso.
- El baño adaptado cuenta con un sistema de alarma que se activa desde la ducha y que se diferencia del timbre ordinario de las habitaciones.
- Las plantas de hospitalización cuentan con sillas de ruedas de materiales plásticos que se pueden ubicar sobre los inodoros o ser utilizadas en la ducha.
- Las plantas de hospitalización cuentan con grúas de bipedestación que permiten la transferencia segura de los pacientes.
- Las plantas de hospitalización cuentan con grúas de movilidad que incorporan un sistema que permite el peso de los pacientes.

### Estándar AC\_ae\_5\_10 HABITACIONES ADAPTADAS EN PLANTAS

AC_ae_5_10	Las plantas hospitalarias cuentan con <b>habitaciones adaptadas</b> para que las personas con movilidad reducida tengan el mayor grado de autonomía posible.
------------	--

### Elementos del estándar:

- La puerta de acceso a la habitación tiene las dimensiones de anchura antes citadas y permite la entrada de sillas de ruedas con la apertura de una única hoja.
- Los espacios de la habitación a los que el usuario tenga que acceder cuentan con un radio de giro de al menos 150 cm.
- Los elementos a los que el usuario necesite tener acceso tienen una altura adecuada para poder ser utilizados desde la silla de ruedas.
- La cama cuenta con una fácil regulación en altura que permite las transferencias del usuario.
- El baño de la habitación cuenta con las características antes descritas para este tipo de instalaciones.

### Estándar AC\_ae\_5\_11 VESTUARIOS ACCESIBLES

AC_ae_5_11	El hospital cuenta con <b>vestuarios accesibles</b> en aquellos servicios en los que los pacientes necesitan cambiarse la indumentaria.
------------	---

Los servicios en los que los pacientes deban utilizar un vestuario para cambiarse de ropa (rehabilitación, hemodiálisis, radiología, hospital de día, consultas externas, etc.) contarán con las condiciones de accesibilidad descritas para aseos y baños adaptados y además con las siguientes características:

### Elementos del estándar:

- Disponen de un banco con respaldo y con el plano de asiento de 40 cm de anchura mínima, de entre 40 y 45 cm de profundidad y una altura comprendida entre 45 y 50 cm.
- Existe al menos un espacio lateral de transferencia de 80 cm de anchura y 120 de fondo y se incorporan reposabrazos abatibles en, al menos, el lado contiguo a dicho espacio.
- Los vestuarios cuentan con una sistemática de identificación de las taquillas que permita su localización por personas con discapacidad visual.
- La altura máxima de las perchas es de 140 cm.
- Los servicios que acogen a este tipo de pacientes cuentan con personal de apoyo que puede prestar ayuda en las transiciones si es necesario.

## DOMINIO 3: ACCESIBILIDAD

### Estándar AC\_ae\_5\_12 SERVICIOS DE OCIO ACCESIBLES

#### Elementos del estándar:

AC\_ae\_5\_12

Los servicios religiosos, de hostelería, restauración y ocio con los que cuenta el hospital son accesibles para todos los usuarios.

- El acceso a la cafetería y a los distintos servicios públicos del hospital se puede realizar a través de un itinerario accesible.
- El mostrador de la cafetería dispone de una zona adaptada para usuarios de silla de ruedas.
- Si la cafetería es de tipo “autoservicio” existe una alternativa para el servicio en mesa de personas con discapacidad o se puede garantizar el uso de forma autónoma.
- El mobiliario de la cafetería es compatible con su utilización por usuarios en silla de ruedas.
- Existe un aseo adaptado en los alrededores de la cafetería.
- Las máquinas dispensadoras de bebidas y alimentos de las distintas ubicaciones hospitalarias tienen sus mecanismos a una altura comprendida entre 80 y 120 cm.
- Los dispensadores de tarjetas para el uso de la TV, así como los ubicados en las habitaciones, pueden ser utilizados por usuarios en silla de ruedas y están a esa misma altura.
- Las capillas dedicadas al culto, el salón de actos del hospital o la biblioteca son accesibles para todos los usuarios y tienen un lugar destinado a la ubicación de usuarios en sillas de ruedas.

### AC\_ae\_6 Movilidad interior vertical

La movilidad vertical en los centros sanitarios a través de escaleras, ascensores y otros medios garantiza la accesibilidad de los usuarios permitiendo un desplazamiento fluido y seguro entre los diferentes pisos y áreas de atención. Estos dispositivos eliminan las barreras arquitectónicas, brindando una mayor autonomía y facilitando el traslado de los pacientes.

### Estándar AC\_ae\_6\_1 ASCENSORES ADAPTADOS

AC\_ae\_6\_1

El centro hospitalario cuenta con ascensores adaptados para su uso por personas con movilidad reducida o con discapacidad sensorial.

Las características de los ascensores, particularmente en el caso de que éstos sean adaptados, están reguladas por la Norma Española UNE-EN 81-70, específicamente en su parte 70: Accesibilidad a los ascensores de personas, incluyendo personas con discapacidad.

#### Elementos del estándar:

- Se puede garantizar la comunicación vertical entre las diferentes estancias del hospital y con el exterior a través de un itinerario accesible.
- Las zonas de comunicación vertical están diferenciadas de su entorno (color, iluminación...) para su fácil localización por los usuarios.
- En los espacios de acceso y en las mesetas de las escaleras donde existen ascensores, existe un espacio libre de obstáculos donde se puede inscribir una circunferencia de 150 cm.
- En el exterior de la cabina se disponen franjas de pavimento táctil indicador direccional colocadas en sentido transversal a la marcha frente a la puerta del ascensor, en todos los niveles.
- La cabina de los ascensores tiene un fondo mínimo de 140 cm y un ancho mínimo de 110 cm, dependiendo del tamaño del edificio.
- Las puertas del ascensor son telescópicas y automáticas y disponen de un paso libre de 80 cm.
- El ascensor cuenta con un dispositivo que impide el cierre de las puertas mientras exista un obstáculo en el umbral de acceso a la cabina.
- La cabina del ascensor tiene pasamanos anatómicos a 70 cm del suelo con una sección de 3-5 cm.
- El fondo de la cabina del ascensor cuenta con un espejo o dispositivo funcionalmente equivalente que facilita la maniobra de salida de los usuarios con sillas de ruedas.
- El pavimento de la cabina es duro, compacto, liso, antideslizante y fijo.
- El desnivel máximo entre el suelo de la cabina y el rellano de cada planta es de 1 cm.
- Los botones tanto exteriores como interiores están a una altura de entre 70 y 120 cm respecto del nivel del pavimento.
- En el exterior, se coloca en las jambas el número de la planta en braille.
- La botonera de mandos de la cabina está colocada en una de las paredes laterales (preferentemente en la jamba derecha exterior en el sentido de salida de la cabina) a una distancia mínima de 50 cm medida horizontalmente y perpendicular al umbral de la cabina.
- Las botoneras de los ascensores tienen buen contraste, números arábigos en alto relieve con el “0” o “B” destacado respecto a los demás y en lenguaje braille.

## DOMINIO 3: ACCESIBILIDAD

- La cabina cuenta con un indicador sonoro y visual de parada y de información de número de planta. También dispone de bucle de inducción magnética señalizado.
- Dispone de un sistema de alarma que puede ser utilizado por todas las personas. Los botones de alarma se identifican visual y táctilmente.

### Estándar AC\_ae\_6\_2 ESCALERAS SEGURAS

AC\_ae\_6\_2

Las escaleras del centro cuentan con los elementos necesarios para su uso seguro.

#### Elementos del estándar:

- Las escaleras, rellanos y demás elementos del centro hospitalario cumplen con las dimensiones y características que permiten su uso por personas con dificultades de movilidad.
- Simultáneamente, en algunos casos, han de cumplir también con la normativa contra incendios.
- Previo al inicio de la escalera y para advertir de su comienzo, se coloca en ambos extremos una franja de pavimento táctil indicador direccional, en sentido transversal a la marcha.
- Las escaleras están señalizadas en su inicio y fin con pavimentos de distinto color.
- Cada escalón se señala en toda su longitud con una banda antideslizante de 5 cm de ancho enrasada en la huella y situada a 3 cm del borde, que contrasta en textura y color con el pavimento del escalón.
- Los tramos de las escaleras son rectos y tienen 3 escalones como mínimo y 12 como máximo.
- Las escaleras están dotadas de un doble pasamanos en alturas de 70 y 90 cm a ambos lados de los escalones en todas las plantas y descansillos.
- Cuando una rampa o escalera tenga un ancho superior a 4 m, dispone de pasamanos doble central.
- El diseño del pasamanos es ergonómico, con un diámetro comprendido entre 30-50 mm y con una distancia mínima del paramento de 40 mm que permita un fácil y seguro asimiento a personas con movilidad reducida.
- El pasamanos no concluye antes que los últimos escalones, se prolonga 30 cm más allá de su final.
- En caso de existir desniveles laterales a uno o ambos lados de la escalera, se colocan barandillas de protección.
- Las barreras de protección de escaleras o rampas no tienen aberturas que puedan ser atravesadas por una esfera de 15 cm de diámetro, exceptuándose las aberturas triangulares que forman la huella y la contrahuella de los peldaños con el límite inferior de la barandilla.
- Los escalones tienen unas dimensiones de huella y contrahuella acordes con la normativa.
- Las contrahuellas de cada tramo tienen la misma altura y las huellas tienen la misma dimensión. Entre dos tramos consecutivos la contrahuella no varía más de 1 cm.
- Los escalones no tienen bocel para evitar tropiezos.
- Si el centro dispone de escaleras mecánicas o tapices rodantes tienen un ralentizador de velocidad a la entrada y a la salida y su velocidad no es superior a 50 cm/segundo.
- La anchura mínima libre es de 1 m.
- La superficie móvil discurre en horizontal durante un mínimo de 80 cm antes de generar los peldaños y antes de suprimirlos o antes de adquirir inclinación si es un tapiz rodante inclinado.
- Los espacios abiertos bajo cualquier escalera o estructura (intradós) cuya altura sea inferior a 2,20 m se protegen disponiendo de elementos fijos que restrinjan el acceso hasta ellos y que permitan su detección por los bastones de personas con discapacidad visual.

## DOMINIO 3: ACCESIBILIDAD

### ACCESIBILIDAD TRAMITACIÓN (at)

La accesibilidad en la tramitación intenta facilitar al usuario del centro la realización de todas las gestiones relacionadas con el mismo. Para ello es importante que el usuario pueda tener acceso a la información del centro y que se desarrollen circuitos de atención al usuario que eviten los elementos de burocratización de la atención sanitaria.

	Dominio		Agrupador	nº	Circuito
AC	ACCESIBILIDAD	At	Accesibilidad tramitación	1	Información al usuario

#### AC\_at\_1 Información al usuario

El propósito es proporcionar información actualizada sobre el centro para facilitar la accesibilidad a sus servicios y prestaciones (cartera de servicios, localización, áreas que componen el centro, horarios de atención, teléfonos...), así como cualquier otra información que se considere de interés.

La información está accesible para los usuarios a través de varios canales de difusión.

#### Estándar AC\_at\_1\_1 CANALES DE INFORMACIÓN ADAPTADOS

AC\_at\_1\_1

Los canales utilizados para proporcionar la información básica necesaria son adecuados para todo tipo de usuarios.

#### Elementos del estándar:

- El centro hospitalario tiene definidas en su plan de comunicación las vías que utiliza para facilitar la información a sus usuarios.
- Las formas de comunicación empleada son accesibles para todos los usuarios, de forma que se utilizan alternativas de comunicación para los usuarios con limitaciones sensoriales.
- El centro hospitalario cuenta con una guía hospitalaria de información con sus principales características: información general, ubicación del centro, transporte público, cartera de servicios, derechos y deberes de los usuarios, normas de la organización sobre el ingreso y el acompañamiento, horarios de información a pacientes y familiares, horarios de las comidas, normas para las visitas, etc. Esta guía ofrece alternativas para personas con discapacidad visual (códigos QR, braille...).
- Existen trípticos, paneles, folletos, planos, etc. para facilitar información a los usuarios.
- Las formas de interacción que el centro hospitalario utiliza para que los usuarios puedan gestionar sus citas, consultas o modificaciones ofrecen alternativas adaptadas para su uso por personas con limitaciones sensoriales.
- El centro habilita sistemas alternativos a la comunicación telefónica para citar a pacientes con discapacidad auditiva: correo electrónico, postal, WhatsApp o sms.
- Se adoptan las medidas necesarias para que las campañas informativas y preventivas o de educación para la salud sean accesibles a las personas con discapacidad auditiva y sordociegas en lenguas de signos españolas, subtítulos y otros recursos de apoyo a la comunicación oral.
- La información ofrecida a través de megafonía está disponible también de forma escrita por medio de paneles u otros sistemas visuales, que se colocan de forma visible y detectable en cualquier momento.
- Los sistemas de alarma ante una emergencia son visuales, además de sonoros.
- El centro hospitalario cuenta con un procedimiento para el correcto uso del Servicio de Interpretación de Lengua de Signos/Mediación Comunicativa en caso de necesitarse y los profesionales lo conocen.
- Los servicios hospitalarios que citan a pacientes con discapacidad auditiva valoran con antelación la necesidad del uso del Servicio de Interpretación de Lengua de Signos/Mediación Comunicativa.
- Con antelación a que se produzca el alta o cualquier otra situación que implique la toma de decisiones o la transmisión de información a un paciente con discapacidad auditiva, el centro hospitalario garantiza la gestión de la solicitud del Servicio de Interpretación de Lengua de Signos.
- Los profesionales involucrados en la información de los usuarios reciben periódicamente formación en estos ámbitos.

## DOMINIO 3: ACCESIBILIDAD

### Estándar AC\_at\_1\_2 CIRCUITOS ÁGILES

AC\_at\_1\_2

El centro facilita las gestiones sanitarias a través de **circuitos ágiles**, que eviten esperas excesivas y aglomeraciones.

#### Elementos del estándar:

- La Dirección del centro hospitalario evalúa aquellos procesos que son susceptibles de generar mayor afluencia de usuarios en momentos puntuales de la actividad y planifica la atención sanitaria evitando las aglomeraciones.
- El centro hospitalario analiza los tiempos de espera de los usuarios en sus principales ubicaciones y propone soluciones que favorezcan la agilidad de los procesos.
- Se facilita información clara y concisa (preferiblemente por escrito) de los trámites administrativos necesarios o de las instrucciones para la realización de pruebas diagnósticas.
- Se favorecen los circuitos inteligentes donde los que se muevan sean los papeles y no las personas.
- El centro unifica y coordina las diferentes citas de los usuarios, para que los pacientes acudan un solo día para la realización de varias pruebas diagnósticas.
- Se coordinan los horarios de consultas, pruebas diagnósticas, etc., con el fin de disminuir en lo posible los tiempos de espera.

## DOMINIO 3: ACCESIBILIDAD

### ACCESIBILIDAD PRIORIZADA (ap)

El establecimiento de prioridades es una tarea ineludible en el ámbito sanitario, donde se manifiesta como en pocos otros, el conflicto entre recursos escasos y necesidades ilimitadas.

Aunque no existe ningún método de priorización infalible, es recomendable la utilización, aislada o combinada, de procedimientos y técnicas específicas que contribuyan a mejorar el grado de objetividad de la misma.

Los diferentes métodos de priorización utilizan criterios basados en la importancia del problema (extensión, gravedad, repercusión social...) y la capacidad real de intervención sobre el mismo.

	Dominio		Agrupador	nº	Circuito
AC	ACCESIBILIDAD	ap	Accesibilidad priorizada	1	Priorización de la asistencia en base a criterios clínicos

### AC\_ap\_1 Priorización de la asistencia en base a criterios clínicos

Los centros sanitarios han de establecer sistemas para priorizar la atención a sus pacientes tomando como base criterios clínicos, con la finalidad de organizar la asistencia de forma adecuada a las características de la demanda.

El juicio clínico es el principal elemento priorizador, pero éste no debe ser arbitrario, sino que está respaldado por criterios predefinidos y apoyado, cuando pueda ser, en sistemas de priorización de la atención o triaje contrastados.

#### Estándar AC\_ap\_1\_1 PRIORIZACIÓN DE LA ATENCIÓN

AC\_ap\_1\_1

El centro cuenta con criterios objetivos para establecer la **priorización de la atención sanitaria**.

#### Elementos del estándar:

- El centro cuenta con sistemas de priorización para la atención de las urgencias.
- El centro cuenta con sistemas de priorización para el uso de los quirófanos.
- El centro cuenta con sistemas de priorización para la utilización de las pruebas diagnósticas.
- El centro cuenta con sistemas de priorización para las consultas externas.

## DOMINIO 4: ASISTENCIA SANITARIA

### EVALUACIÓN DE SEGUIMIENTO (es)

	Dominio		Agrupador	nº	Circuito
AC	ACCESIBILIDAD	es	Evaluación de seguimiento	1	Acciones de mejora

#### Estándar AC\_es\_1\_1 ACCIONES DE MEJORA

AC_es_1_1	El centro <b>incorpora acciones de mejora</b> y, una vez finalizadas, las envía para su valoración a la UEC-SESPA en el formato establecido.
-----------	--

##### Elementos del estándar:

- El centro hospitalario desarrolla acciones de mejora relacionadas con este dominio a partir de los informes obtenidos tras la evaluación GECA.
- El centro hospitalario desarrolla acciones de mejora relacionadas con este dominio a partir de otras fuentes (iniciativas propias, auditorías internas y/o externas, etc.).
- Las acciones de mejora se envían anualmente a la UEC-SESPA y cumplen con los criterios de valoración establecidos en las cuatro fases que figuran en el Anexo III de la "Evaluación de Seguimiento GECCAs. Monitorización de continuidad".

#### Estándar AC\_es\_1\_2 MODIFICACIONES ESTRUCTURALES

AC_es_1_2	Siempre que se realice una <b>modificación de carácter interno o externo</b> , el centro hospitalario tiene en cuenta la normativa vigente de accesibilidad.
-----------	--

##### Elementos del estándar:

- El centro hospitalario tiene en cuenta la normativa vigente de accesibilidad antes de acometer cualquier obra o modificación estructural que se lleve a cabo en el hospital.
- Las modificaciones que se realicen priorizan la mejora de la cadena de accesibilidad de los usuarios.
- Cuando la reforma se subcontrate a una empresa externa, en el pliego de condiciones técnicas se establece el cumplimiento de la normativa en materia de accesibilidad.
- La dirección del centro hospitalario tiene en cuenta la opinión de las asociaciones de pacientes que representan a colectivos con dificultades de accesibilidad y busca asesoramiento especializado a la hora de llevar a cabo las obras que proyecte.





## DOMINIO 4: ASISTENCIA SANITARIA

La calidad en la atención sanitaria es un pilar fundamental para garantizar el bienestar y la seguridad de los pacientes. Esta parte de la guía se enfoca en evaluar esa asistencia sanitaria en aras de garantizar un servicio integral y efectivo.

Este dominio lo componen agrupadores como el de “proceso asistencial”, donde se persigue que la atención esté coordinada y centrada en el paciente a través de evaluaciones regladas y periódicas. Las “pruebas diagnósticas” son otra de las agrupaciones realizadas, e incluyen tanto las pruebas de imagen como las de los distintos laboratorios. Tanto el “bloque quirúrgico” como la “donación, transfusión y trasplante” se incorporan en esta segunda versión como dos nuevos agrupadores. Se incluyen circuitos contenidos en el agrupador “atenciones especiales” para tener en consideración los aspectos que, dependiendo del paciente, puedan necesitar una especial vigilancia. Por último, en el agrupador “continuidad asistencial”, se describen todos aquellos circuitos que intervienen en los traslados de los pacientes y que hacen posible que la atención sanitaria fluya de forma continua entre niveles asistenciales.

	Dominio		Agrupador
AS	ASISTENCIA SANITARIA	pa	Proceso asistencial
		pd	Pruebas diagnósticas
		bq	Bloque quirúrgico
		dt	Donación, transfusión y trasplante
		ae	Atenciones especiales
		ca	Continuidad asistencial
		es	Evaluación de seguimiento

PROCESO ASISTENCIAL (pa)

	Dominio		Agrupador		Circuito
AS	ASISTENCIA SANITARIA	pa	Proceso asistencial	1	Acogida
				2	Identificación inequívoca
				3	Responsable de la asistencia
				4	Historia clínica
				5	Evaluación del paciente
				6	Plan terapéutico individualizado
				7	Información clínica a pacientes y familiares
				8	Comunicación efectiva y sin errores

AS\_pa\_1 Acogida

El momento inicial en el que un paciente y su familia entran en contacto con un centro sanitario, para proceder a la hospitalización o a la realización de una prueba diagnóstica o terapéutica, es una situación en la que pueden conjugarse sentimientos de ansiedad, temor o preocupación, acompañados en muchas ocasiones por dolor. Es por tanto una situación de gran vulnerabilidad, por lo que nuestras actuaciones, en

## DOMINIO 4: ASISTENCIA SANITARIA

esta fase inicial, además de proporcionar seguridad al paciente y a su familia, han de perseguir la adaptación del paciente al medio hospitalario a través de un trato cálido y cercano que le proporcione confianza.

Es en este primer contacto cuando el paciente ha de recibir las principales informaciones sobre su estancia. Será el momento en el que hay que facilitarle los documentos sobre los que deba tener conocimiento.

El paciente y su familia han de conocer en todo momento a los responsables de su proceso, los canales a través de los que le será transmitida la información y el plan terapéutico personalizado que se va a desarrollar.

Todas estas informaciones se desarrollan a través del acto de “acogida”. Ésta no ha de improvisarse, sino que tiene que estar estructurada con carácter general en todo el centro y personalizada para el ámbito en el que se desarrolle.

### Estándar AS\_pa\_1\_1 ACOGIDA USUARIOS **ESTÁNDAR BÁSICO**

AS_pa_1_1	El centro organiza la <b>acogida de los usuarios</b> garantizando la transmisión de la información necesaria.
-----------	---

#### Elementos del estándar:

- Existe un procedimiento que describe en qué consiste la acogida al paciente, qué elementos tiene y qué profesionales participan.
- Se realiza una recepción del paciente y comprobación de la identidad.
- El personal y los responsables de la asistencia se presentan.
- Se entrega la documentación básica: guía básica hospitalaria, tríptico del servicio hospitalario u otra documentación de interés.
- Se facilita información funcional sobre la unidad en la que está asignado: horarios de visita, información a pacientes y familiares, horarios de comidas, información sobre el servicio, etc.
- Se recogen las pertenencias (posibilidad de custodia), se asigna una habitación con ayuda a la instalación en la misma, se entregan útiles de aseo, se explica el funcionamiento del timbre, persianas, biombo...
- Se recoge en historia clínica el acto de la acogida.

### AS\_pa\_2 Identificación inequívoca

Los errores en la identificación de los pacientes son una de las causas más frecuentes de eventos adversos y en ocasiones con consecuencias de gran envergadura. De ellos derivan administraciones incorrectas de fármacos, aplicación de procedimientos diagnósticos o terapéuticos equivocados, desestimación de pruebas biológicas o repetición de las mismas y en ocasiones anotaciones en historia electrónica que no corresponde con el paciente atendido.

La identificación inequívoca de los pacientes es la primera de las metas internacionales de seguridad del paciente (MISP) y el primero de los eslabones para garantizar una asistencia sin riesgos.

Las tradicionales formas de identificación de los pacientes a través de su número de habitación/cama o por el diagnóstico han de ser totalmente descartadas como formas válidas de identificación y se ha de acudir a procedimientos de identificación inequívoca que reduzcan la posibilidad de errores.

Los centros sanitarios han de desarrollar procedimientos o acogerse a los procedimientos institucionales ya contrastados, en relación con la identificación de los pacientes a los que atienden. Esta circunstancia toma una mayor relevancia cuando se va a realizar un procedimiento de riesgo.

### Estándar AS\_pa\_2\_1 IDENTIFICACIÓN INEQUÍVOCA **ESTÁNDAR BÁSICO**

AS_pa_2_1	El centro aplica un procedimiento que asegura la <b>identificación inequívoca de los pacientes</b> .
-----------	--

El método que ofrece más seguridad es el uso de pulseras identificativas en las que constan los datos básicos del paciente y que deben permanecer en la muñeca de los mismos, desde el momento del ingreso hasta que abandona el centro hospitalario. Estas pulseras identificativas han de reemplazarse siempre que se rompan o deterioren y se monitorizará periódicamente su presencia.

## DOMINIO 4: ASISTENCIA SANITARIA

El procedimiento de identificación se realizará a través de la triple comprobación: preguntando el nombre al propio paciente (deberá ser él quien responda), realizando la comprobación posterior en la pulsera y verificando los datos en la historia.

En aquellos procedimientos que comportan un riesgo especial, deberá adoptarse un listado de verificación para procedimientos de riesgo (ver estándar AS\_pa\_9\_1).

### Elementos del estándar:

- En la admisión del paciente se comprueba que la tarjeta sanitaria se corresponde con la identidad de un documento acreditativo (DNI, carnet de conducir, pasaporte...).
- Existe un procedimiento que conocen los profesionales para la identificación inequívoca del paciente.
- La identificación se realiza por al menos dos identificadores que no son la habitación ni la ubicación.
- Se identifica al paciente antes de administrar tratamientos, extracciones, procedimientos diagnósticos o terapéuticos.
- Se le explica al paciente la finalidad del uso de las pulseras de identificación.
- Se identifican las cunas e incubadoras de recién nacidos con la pulsera de la madre.
- Se identifican las camas de los pacientes para evitar errores en traslados, pruebas diagnósticas o intervenciones quirúrgicas.
- Se diferencia el mobiliario de la habitación de forma que no pueda generar errores en la administración de medicación o las dietas prescritas (mesitas y vasos).
- Se notifican los errores de identificación.
- Se realizan campañas de sensibilización entre los profesionales.

### AS\_pa\_3 Responsable de la asistencia

La Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica define como médico responsable al “profesional que tiene a su cargo coordinar la información y la asistencia sanitaria del paciente o del usuario, con el carácter de interlocutor principal del mismo en todo lo referente a su atención e información durante el proceso asistencial, sin perjuicio de las obligaciones de otros profesionales que participan en las actuaciones asistenciales”.

Será éste el profesional de primera referencia en la interlocución con el paciente y su familia en todo momento del proceso asistencial. La dirección ha de garantizar que, en ausencia del mismo, esta responsabilidad ha sido trasladada a otro profesional del equipo con la competencia necesaria.

De igual forma ocurre con el equipo de enfermería, donde la responsable directa en una planta de hospitalización será la supervisora, en lo que a los cuidados de enfermería y a la interlocución con el equipo médico se refiere. En ausencia de ésta habrá designada una enfermera referente para el paciente.

### Estándar AS\_pa\_3\_1 RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN

AS\_pa\_3\_1

Existe un **responsable asignado** a cada paciente durante todo su ingreso.

### Elementos del estándar:

- En la historia clínica del paciente está documentado el profesional responsable de la atención.
- Existe un procedimiento establecido para la transferencia de la responsabilidad de la atención del paciente de un profesional a otro en caso de necesidad (guardias, fines de semana, vacaciones...).
- El paciente y la familia conocen al responsable.

### AS\_pa\_4 Historia clínica

La Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica” define la historia clínica como “el conjunto de documentos que contienen los datos, valoraciones e informaciones de cualquier índole sobre la situación y la evolución clínica de un paciente a lo largo del proceso asistencial”.

En su artículo 14, se refiere a la historia clínica como “el conjunto de los documentos relativos a los procesos asistenciales de cada paciente, con la identificación de los médicos y de los demás profesionales que han intervenido en ellos, con objeto de obtener la máxima integración posible de la documentación clínica de cada paciente, al menos, en el ámbito de cada centro”. En este mismo artículo establece las condiciones de archivo, conservación, acceso y recuperación de la información.

## DOMINIO 4: ASISTENCIA SANITARIA

Los siguientes artículos (15 al 19), abordan el contenido de la historia clínica, los usos de la misma, la conservación de la documentación clínica, los derechos de acceso y los relacionados con la custodia.

### Estándar AS\_pa\_4\_1 HISTORIA CLÍNICA NORMALIZADA **ESTÁNDAR BÁSICO**

AS\_pa\_4\_1

La historia clínica de cada paciente agrupa su información sanitaria esencial en un documento normalizado, uniforme, custodiado y con acceso restringido.

El centro sanitario debe poner a disposición de los profesionales y pacientes las herramientas necesarias para la agrupación de la información clínica en un documento normalizado, único para cada paciente con independencia del formato utilizado, integrando en la historia toda la documentación generada en el propio centro o en otros centros asistenciales, tanto del proceso vigente como de los anteriores. La historia de cada paciente contendrá la información de otros ámbitos asistenciales que permitan la continuidad de los cuidados.

#### Elementos del estándar:

- La historia clínica de cada paciente integra los datos en un solo documento en el que se incorporan todos los registros generados.
- El contenido mínimo de la historia clínica es el establecido por la Ley 41/2002 de autonomía del paciente.
- El acceso a los datos de los pacientes está disponible para todos los profesionales que, por motivo de su actividad en el proceso asistencial, necesiten acceder a la misma.
- La historia clínica del paciente tiene un acceso restringido, sólo para personal autorizado, que se audita periódicamente.

### Estándar AS\_pa\_4\_2 EVALUACIÓN PERIÓDICA DE LA HC

AS\_pa\_4\_2

La dirección del centro evalúa periódicamente la uniformidad y la calidad de la información contenida en las historias clínicas.

El artículo 17 de la citada Ley 41/2002 establece que “los profesionales sanitarios tienen el deber de cooperar en la creación y el mantenimiento de una documentación clínica ordenada y secuencial del proceso asistencial de los pacientes”.

También establece en su apartado 4 que “la custodia de dichas historias clínicas estará bajo la responsabilidad de la dirección del centro sanitario”.

La historia del paciente, como documento esencial agrupador de la información clínica, ha de estar en proceso de continua revisión y evaluación del nivel de cumplimentación para tratar de eliminar desviaciones en el registro, uniformizar los criterios y adaptar la historia clínica a las necesidades vigentes.

#### Elementos del estándar:

- Se realizan revisiones para evitar la duplicidad de historias clínicas para un mismo paciente y la duplicidad de procesos asistenciales.
- Se realizan auditorías de historias clínicas para evaluar el nivel de calidad y uniformidad de la cumplimentación de las historias clínicas.
- Existe una comisión de historia clínica que se reúne periódicamente, evalúa los resultados de las auditorías y propone acciones de mejora.

AS\_pa\_5 Evaluación del paciente

La evaluación del paciente es uno de los principales procesos que tienen lugar al inicio del ingreso hospitalario y en el que intervienen varios profesionales. A partir de esta evaluación inicial se diseñará el plan terapéutico individualizado. No es un proceso estático, sino que conforme avanzan las evidencias encontradas en las pruebas diagnósticas o el progreso de la sintomatología puede reorientarse la evaluación.

Por otro lado, se ha de realizar una reevaluación siempre que cambien las condiciones clínicas de los pacientes, es decir, la evaluación inicial de un paciente que ingresa para una intervención quirúrgica, ha de reformularse cuando ésta ya ha tenido lugar.

## DOMINIO 4: ASISTENCIA SANITARIA

La evaluación del paciente ha de considerar todos los aspectos que puedan incidir o que tengan repercusión en su tratamiento. Será una evaluación holística, que contemple los aspectos biopsicosociales del paciente, entendiéndolo como un todo.

Para la evaluación será necesario, en algunas ocasiones, el uso de pruebas diagnósticas, funcionales, medidas antropométricas o el uso de escalas específicas.

Cada uno de los estándares que se relacionan a continuación hace referencia a un aspecto concreto de la evaluación del paciente.

### Estándar AS\_pa\_5\_1 EVALUACIÓN CLÍNICA

AS\_pa\_5\_1

Los pacientes son **evaluados y reevaluados** siempre que la situación lo precise y se refleja en su historia clínica.

#### Elementos del estándar:

- Se realiza una evaluación con anamnesis completa del paciente, examen físico, pruebas complementarias, etc. y se refleja en la historia clínica.
- La evaluación del paciente se repite periódicamente en función de la evolución.

### Estándar AS\_pa\_5\_2 EVALUACIÓN DE LA NECESIDAD DE CUIDADOS

AS\_pa\_5\_2

El centro cuenta con un procedimiento para la **evaluación de la necesidad de cuidados y para la reevaluación periódica** de todos los pacientes.

El proceso de atención de enfermería (PAE) es un método sistemático para brindar cuidados centrados en el logro de los resultados esperados, apoyándose en un modelo científico realizado por un profesional de enfermería.

El uso del proceso enfermero permite crear un plan de cuidados centrado en las respuestas humanas. El proceso enfermero trata a la persona como un todo; el paciente es un individuo único, que necesita atenciones de enfermería enfocadas específicamente en él y no solo en su enfermedad.

El proceso enfermero es la aplicación del método científico en la práctica asistencial de la disciplina, de modo que se puedan ofrecer unos cuidados sistematizados, lógicos y racionales.

La primera de las etapas del PAE es la “valoración”. En ella se evalúan las necesidades del paciente con la recogida de datos, su valoración, organización y registro.

#### Elementos del estándar:

- Todo paciente ingresado en el centro tiene una valoración enfermera en las primeras 24 horas.
- El paciente es reevaluado de forma estandarizada y siempre que su situación clínica lo requiera.

### Estándar AS\_pa\_5\_3 EVALUACIÓN SOCIAL

AS\_pa\_5\_3

Se realiza una **evaluación social** de los pacientes y se establecen las medidas necesarias.

La evaluación social ha de integrarse como un elemento más de la evaluación del paciente, especialmente en los pacientes considerados de riesgo social. Los objetivos que persigue esta valoración son los de asegurar sus necesidades sociosanitarias tras el ingreso y los cuidados después de la hospitalización.

Se trata de elaborar un procedimiento en el cual el equipo de salud detecta y evalúa precozmente las necesidades de soporte social de pacientes vulnerables y sus familias, desarrollando un plan individualizado que asegure la continuidad de cuidados y optimice las posibilidades de funcionamiento personal e integración en el entorno sociofamiliar.

#### Elementos del estándar:

- Los colectivos de riesgo o pacientes vulnerables están definidos.
- Se realiza una evaluación del riesgo social.
- Se realiza una solicitud de interconsulta a Trabajo social en pacientes en riesgo social.
- Se elabora un diagnóstico social sanitario y formula una propuesta de intervención.
- Se inicia la planificación del alta de estos pacientes.
- Desde Trabajo social se emite un informe sociosanitario al alta o se integran las conclusiones en el informe médico, con la propuesta de intervención, a la unidad de Trabajo social del centro de salud del paciente.

## DOMINIO 4: ASISTENCIA SANITARIA

### Estándar AS\_pa\_5\_4 EVALUACIÓN NUTRICIONAL

AS\_pa\_5\_4

Los pacientes tienen una **evaluación nutricional** con asignación de una dieta adecuada a su estado de salud y se reevalúa siempre que la situación lo requiere.

La valoración nutricional debe formar parte de la evaluación clínica de los pacientes. Permite reconocer si existe o no un trastorno nutricional y en su caso clasificarlo, cuantificarlo e instaurar un plan de tratamiento nutricional.

La valoración nutricional permite asignar una dieta adecuada a cada paciente en base a sus necesidades calóricas, su situación clínica, sus posibilidades de masticación y otras variables personalizadas.

#### Elementos del estándar:

- El centro hospitalario cuenta con criterios de cribado nutricional para identificar a pacientes que requieren una evaluación nutricional más exhaustiva.
- Se realiza una evaluación de las necesidades nutricionales de cada paciente y una dieta asignada en base a esas necesidades, a su estado físico y a sus posibilidades de masticación.
- La valoración incluye historia clínica y dietética, examen físico, antropometría y analítica.
- Se valora el peso del paciente y el índice de masa corporal (IMC).
- La valoración nutricional se reevalúa cada vez que se modifiquen las condiciones del paciente.

### Estándar AS\_pa\_5\_8 EVALUACIÓN DISFAGIA

AS\_pa\_5\_8

Se realiza una **evaluación de la disfagia** a los pacientes que lo precisen.

Los trastornos en la deglución se han extendido a lo largo del tiempo debido al incremento en la esperanza de vida mundial y a la reducción de la mortalidad de algunas patologías. La disfagia no es una enfermedad, sino una sintomatología frecuentemente infradiagnosticada e infratratada que puede encontrarse en multitud de situaciones y que tiene una importante morbimortalidad y una repercusión muy negativa sobre la calidad de vida.

El profesional de la salud debe tenerla presente para realizar una correcta evaluación y un tratamiento apropiado, que deberá ir encaminado a asegurar una adecuada hidratación y nutrición y minimizar las complicaciones, sobre todo las neumonías por aspiración, la primera causa de muerte en pacientes con enfermedades neurodegenerativas y en el primer año de seguimiento después de un ACV.

#### Elementos del estándar:

- Se realiza un cribado del tipo de pacientes que pueden requerir una valoración de la disfagia (ancianos, alteraciones anatómicas, causas iatrogénicas -quimioterapia, radioterapia-, tumores, pacientes en cuidados paliativos, enfermedades neurológicas, infecciosas, musculares o respiratorias...).
- Se realiza una valoración de la disfagia mediante una anamnesis y exploración física, añadiendo si es preciso estudios complementarios (pruebas de laboratorio, videofluoroscopia, videoendoscopia, endoscopia, TAC, RMN...).
- La severidad de la disfagia se cuantifica mediante una escala (por ejemplo, *Eating-Assessment Tool-10* o EAT-10) que aporte objetividad y oriente el tratamiento: cirugía, rehabilitación deglutoria, adaptación de la dieta...
- La textura de la alimentación de los pacientes susceptibles es homogénea, evitando alimentos pegajosos (miel, chocolate), con doble textura (caldo y fideos), fibrosos (espárragos, piña), frutas o verduras con pepitas (uvas, fresas, etc.), que produzcan sialorrea (caramelos), que se fragmenten con facilidad o que desprendan agua o zumo al morderse.
- Se realiza una adaptación de las texturas de los sólidos y la viscosidad de los líquidos, utilizando espesantes comerciales si es preciso.
- El centro hospitalario cuenta con una guía de formas farmacéuticas para pacientes con disfagia que incluye las recomendaciones para su administración.
- Se realiza una adaptación de la presentación de los medicamentos: evitar cápsulas, triturar comprimidos, uso de fármacos de absorción sublingual o administración con espesantes/aguas gelificadas.
- Se revisan los fármacos que puedan favorecer o agravar la disfagia: antieméticos, sedantes y anticolinérgicos.
- Se realiza una evaluación periódica de la necesidad de seguir precisando este tipo de dieta, retirándola cuando el paciente no reúna los criterios que la indicaron en su momento.

## DOMINIO 4: ASISTENCIA SANITARIA

### Estándar AS\_pa\_5\_5 EVALUACIÓN DEL DOLOR **ESTÁNDAR BÁSICO**

AS\_pa\_5\_5

Se realiza **evaluación y reevaluación del dolor** y se registra en historia clínica, así como las medidas adoptadas.

Según la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (*International Association for the Study of Pain*, IASP) el dolor es “una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con un daño tisular real o potencial, o descrita en términos de dicho daño”.

En el año 2001, *Joint Commission International* empezó a requerir el cumplimiento obligado de la valoración y registro del dolor como quinta constante clínica, que será determinada durante todo el ingreso del paciente.

En la práctica clínica, la valoración del dolor a través del uso de escalas analógicas, así como complementar la medición con otros instrumentos que tengan en cuenta los criterios que influyen en la aparición del dolor (edad, factores conductuales, cognitivos, sociales, clínicos, etc.), parece constituir un método válido, simple y fiable para determinar el grado e intensidad de dolor.

Es por ello que en los últimos años, numerosas y prestigiosas organizaciones sanitarias, sociedades científicas y grupos de expertos han venido publicando declaraciones, directrices o recomendaciones sobre el manejo integral y profesional del dolor clínico, promulgando su valoración obligatoria como la quinta constante vital (junto con la temperatura, la presión arterial, el pulso y la respiración).

Alguna de las características que deben cumplir este tipo de escalas sería la de estar validadas, ser específicas, sensibles, económicas y con una mínima variabilidad interpersonal. Una de las escalas que goza de mayor fiabilidad es la escala visual analógica (EVA), de fácil aplicación y con la que los profesionales están bastante familiarizados.

Además del uso de escalas, habrá que registrar las evaluaciones en la historia clínica del paciente, las recomendaciones, el seguimiento de las medidas adoptadas y las reevaluaciones.

#### Elementos del estándar:

- Se realiza una evaluación del dolor con una escala específica.
- Se registra en la historia clínica esta evaluación.
- Se incluye como quinta constante.
- Se realizan recomendaciones farmacológicas/ no farmacológicas en base a la evaluación.
- Se produce un seguimiento de la efectividad de las medidas.
- Se realizan reevaluaciones posteriores.

### Estándar AS\_pa\_5\_6 EVALUACIÓN RIESGO UPP **ESTÁNDAR BÁSICO**

AS\_pa\_5\_6

El centro evalúa el riesgo de los pacientes de desarrollar **úlceras por presión** y establece los planes de cuidados adecuados.

Las úlceras por presión (UPP) suponen un importante problema de salud con repercusiones sanitarias de gran envergadura. El desarrollo de estas lesiones retrasa la recuperación de los pacientes, prolonga su estancia en el hospital y disminuye la calidad de vida de pacientes y familiares.

Su presencia es un signo de mal pronóstico y está descrito un aumento de mortalidad en los pacientes que las sufren. Además, tienen un gran impacto sanitario por la repercusión económica derivada.

Son uno de los indicadores de la calidad de la asistencia sanitaria y su medición y seguimiento nos ofrecen datos sobre la calidad de la atención.

Los dos elementos esenciales en la prevención de las UPP son: la identificación de los pacientes de riesgo y la implantación de medidas y estrategias de prevención de los pacientes incluidos en dichos grupos.

#### Elementos del estándar:

- Se realiza una evaluación inicial del riesgo de UPP del paciente, con los siguientes elementos: edad, grado de movilidad, incontinencia, estado nutricional, déficit sensorial, comorbilidad, problemas circulatorios y estado de hidratación.
- Se utilizan escalas específicas (Braden).
- Se realiza una valoración inicial del estado de la piel del paciente.
- Se reevalúa periódicamente el riesgo (con la periodicidad que aconseje la puntuación obtenida en la escala Braden) y siempre que cambie su situación basal.
- Se realiza un control de la humedad: mantener al paciente seco y la piel hidratada.

## DOMINIO 4: ASISTENCIA SANITARIA

- Se realiza un control diario del estado de la piel del paciente.
- Se realiza una optimización de la nutrición e hidratación.
- Se reduce la presión, especialmente sobre los relieves óseos.
- Se desarrolla un plan de cuidados específico para este tipo de pacientes: cambios posturales, colchón antiescaras...

### Estándar AS\_pa\_5\_7 EVALUACIÓN RIESGO DE CAÍDA **ESTÁNDAR BÁSICO**

AS\_pa\_5\_7

El centro evalúa el riesgo de caída de los pacientes y establece las medidas adecuadas para minimizarlo.

Según la Organización Mundial de la Salud, se define caída como “la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipite al individuo al suelo en contra de su voluntad”.

La prevención de caídas es uno de los indicadores de calidad de los cuidados de enfermería y constituye una de las metas internacionales de seguridad de paciente (MISP6).

Las caídas son efectos adversos que se presentan con gran frecuencia en el ámbito hospitalario. Sus consecuencias tienen gran repercusión en el bienestar del paciente y su familia, y en los costes y la sostenibilidad del sistema.

Hay múltiples factores asociados al aumento del riesgo de caída, que habría que detectar a través de escalas de evaluación, que identifiquen al paciente de riesgo y así poder reducir su incidencia.

#### Elementos del estándar:

- Se utiliza la escala de evaluación de riesgo de caídas (escala St. Thomas modificada *Stratify*) en pacientes con: historial de caídas antiguas, uso de fármacos que puedan comprometer la deambulación (ansiolíticos, hipnóticos, sedantes) o aumentar la necesidad de ir al servicio (diurético, laxantes), problemas de movilidad y equilibrio, problemas de visión, edad avanzada...
- Existe una identificación específica para pacientes con puntuación en la escala St. Thomas mayor o igual a dos.
- Se utiliza la marca de riesgo de caída en HCE.
- Se utiliza la marca de riesgo de caída en la cabecera del paciente recabando previamente su autorización.
- Los elementos estructurales del hospital son adecuados: señalizaciones nocturnas, bloqueo de ruedas de las camas, adecuación de ropa o calzado, asideros en los baños, timbre de llamada a mano, pasamanos en la habitación, elementos deslizantes (carros, mesitas...).
- Se establecen rondas de comprobación periódicas de los elementos: cama baja, camas y mesillas frenadas, ausencia de obstáculos, luz de orientación nocturna funcionando, barandillas...
- Los procedimientos de transferencia son adecuados: silla de ruedas, camillas, fisioterapia, pruebas complementarias, etc.
- Existen indicadores de caídas: número de caídas, porcentaje de caídas en pacientes con evaluación del riesgo realizado...

### Estándar AS\_pa\_5\_9 ESCALAS DE ALERTA PRECOZ

AS\_pa\_5\_9

El centro tiene implantados sistemas de escala de alerta precoz (EAP) con el fin de identificar signos que puedan sugerir un riesgo potencial de empeoramiento.

Los pacientes se enfrentan a diversos riesgos durante su estancia dentro de un hospital; la posibilidad de adquirir una infección nosocomial, tener complicaciones tras un procedimiento o sufrir alguna reacción adversa a algún fármaco condiciona un deterioro clínico que puede conllevar ingreso urgente a la UCI, paro cardiorrespiratorio y muerte del paciente.

La estandarización del proceso de registro de monitorización permite obtener una detección precoz del paciente agudo o en proceso de deterioro y conocer la capacidad predictiva en términos de ingresos hospitalarios.

La implementación de escalas de gravedad para la detección de dichos datos, permite que el paciente reciba atención en el momento oportuno y detectar precozmente un potencial deterioro. Existen a nivel internacional alrededor de 33 escalas, de las cuales NEWS (*National Early Warning Score*) ha demostrado el mejor valor predictivo de eventos adversos; además, es fácil de usar y tiene la sensibilidad suficiente para activar un seguimiento más adecuado de pacientes con potencial deterioro.

En el año 2012, el Sistema Nacional de Salud del Reino Unido (*National Health Systems*, NHS) publica la escala NEWS desarrollada por el Real Colegio de Médicos (*Royal College of Physicians*, RCP), con el

## DOMINIO 4: ASISTENCIA SANITARIA

objetivo de estandarizar la detección y brindar tratamiento temprano a pacientes críticos y en 2017 se publicó una actualización denominada NEWS2. La escala NEWS2 permite clasificar el riesgo del paciente de tener un desenlace adverso en el medio intrahospitalario mediante la obtención de información periódica de los siguientes parámetros fisiológicos:

Frecuencia respiratoria  
Saturación de oxígeno  
Temperatura

Presión arterial sistólica  
Pulso cardiaco  
Nivel de conciencia

Cada uno de ellos tiene determinados unos valores a los que se adjudica una puntuación del 0 al 3 y se realiza una suma de este agregado para calcular el NEWS, que se clasifica en diferentes grados de riesgo:

- Riesgo bajo (puntuación de 0-4).
- Riesgo medio-bajo (puntuación de 3 en algún parámetro).
- Riesgo medio (puntuación de 5-6).
- Riesgo alto (puntuación de 7 o más).

Según el resultado de la puntuación, el informe proporciona recomendaciones sobre la frecuencia de la monitorización y permite definir la urgencia clínica de forma precisa y apropiada, con una escala de respuesta asociada al nivel de la severidad de la enfermedad y los requisitos de competencia del equipo médico necesarios para llevar a cabo una respuesta inmediata y con intervenciones específicas.

### Elementos del estándar:

- El centro tiene implantados sistemas de escala de alerta precoz (EAP) con el fin de identificar signos que puedan sugerir un riesgo potencial de empeoramiento del paciente.
- El centro determina el tipo de pacientes a los que se aplica y las ubicaciones (triaje de los servicios de urgencias hospitalarios, unidades de críticos...)
- En función de la calificación de dicha escala, se asigna un grado de riesgo que determina la frecuencia de monitorización y define la urgencia clínica de forma precisa y apropiada, con una escala de respuesta asociada al nivel de la severidad de la enfermedad.
- El centro tiene implantada escala de alerta precoz (EAP) para pacientes pediátricos críticos.

### AS\_pa\_6 Plan terapéutico individualizado (PTI)

Es el diseño estratégico de intervención para cada paciente, en base a sus problemas de salud y a la valoración multidisciplinar realizada.

### Estándar AS\_pa\_6\_1 PLAN TERAPÉUTICO INDIVIDUALIZADO

AS\_pa\_6\_1

Se diseña un **plan terapéutico individualizado** y un plan de cuidados de enfermería como resultado de la evaluación realizada al paciente.

### Elementos del estándar:

- Se realiza un plan terapéutico individualizado en las primeras 24 horas del ingreso.
- Se organizan las intervenciones en base al plan terapéutico.
- El plan terapéutico se registra en la historia clínica de cada paciente.
- El plan se actualiza en función de los resultados y de la evolución del paciente.

### AS\_pa\_7 Información clínica a paciente y familiares

La Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, define como información clínica: “todo dato, cualquiera que sea su forma, clase o tipo, que permite adquirir o ampliar conocimientos sobre el estado físico y la salud de una persona, o la forma de preservarla, cuidarla, mejorarla o recuperarla”.

En su artículo 4 “Derecho a la información asistencial” se establece que: “los pacientes tienen derecho a conocer, con motivo de cualquier actuación en el ámbito de su salud, toda la información disponible sobre la misma, salvando los supuestos exceptuados por la Ley”.

En relación con la forma y el contenido de la información clínica dice: “la información, que como regla general se proporcionará verbalmente dejando constancia en la historia clínica, comprende, como mínimo, la finalidad y la naturaleza de cada intervención, sus riesgos y sus consecuencias”. “La información clínica forma parte de todas las actuaciones asistenciales, será verdadera, se comunicará al

## DOMINIO 4: ASISTENCIA SANITARIA

paciente de forma comprensible y adecuada a sus necesidades y le ayudará a tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad”.

### Estándar AS\_pa\_7\_1 INFORMACIÓN CLÍNICA ESTÁNDAR BÁSICO

AS\_pa\_7\_1

La información clínica a pacientes y familiares se transmite de manera adecuada.

#### Elementos del estándar:

- Se han establecido los horarios y los lugares en los que se facilita información clínica a pacientes y familiares.
- Esta información está disponible en las plantas de hospitalización y es conocida por los pacientes.
- Se evita dar información sensible en pasillos o lugares que no garanticen la suficiente confidencialidad.
- Se informa acerca de diagnósticos, tratamientos, pruebas complementarias y sus resultados.
- Los pacientes y sus familiares son informados acerca de su derecho a la participación en la toma de decisiones con respecto a su atención (consentimiento informado, instrucciones previas, opciones terapéuticas...).

### AS\_pa\_8 Comunicación efectiva y sin errores

Durante la atención sanitaria se debe asegurar que la información transmitida entre profesionales sobre la situación clínica del paciente sea precisa, adecuada y dirigida a la persona correcta. Esto constituye una meta internacional de seguridad del paciente (MISP2).

La transmisión de la información clínica sobre los pacientes, especialmente durante la transición asistencial, es un proceso de alto riesgo en el que interviene como elemento clave la comunicación. Los fallos en la comunicación entre profesionales constituyen el factor más frecuentemente involucrado en la producción de eventos adversos.

La estandarización del procedimiento de comunicación durante la transición asistencial minimiza la variabilidad de los mensajes y favorece la eficacia de la comunicación, contribuyendo a que todos los profesionales implicados en la transferencia tomen conciencia del conjunto de la situación del paciente.

### Estándar AS\_pa\_8\_1 COMUNICACIÓN EFECTIVA

AS\_pa\_8\_1

El centro desarrolla e implementa procedimientos para asegurar la **comunicación efectiva y sin errores** entre los profesionales.

El centro debe desarrollar acciones para la implementación de técnicas de comunicación estructurada y establecer acciones para la comunicación efectiva y a tiempo de valores de alerta y críticos de pruebas diagnósticas que pueden poner en peligro la vida del paciente.

#### Elementos del estándar:

- Las prescripciones verbales sólo se utilizan en situaciones urgentes o en procedimientos estériles (intervención quirúrgica, procedimiento aséptico) en los que quitarse los guantes sería poco factible.
- Cuando sea necesaria la orden verbal o la transmisión de resultados críticos, se utiliza la triple comprobación: 1) el emisor y receptor se identifican con nombre, apellidos y cargo, 2) el receptor registra por escrito la información recibida, firmando e indicando hora y nombre del emisor y 3) el receptor lee en voz alta la prescripción y el emisor confirma que lo leído y registrado es correcto.
- Tan pronto como sea posible la orden verbal se registra en la historia del paciente.

### Estándar AS\_pa\_8\_2 RESULTADOS CRÍTICOS

AS\_pa\_8\_2

El centro cuenta con un procedimiento para **informar de los resultados críticos de pruebas diagnósticas**.

Un resultado crítico es un valor que indica que el paciente tiene un elevado riesgo de morbilidad y consecuencias adversas, de no instaurarse una intervención médica inmediata. Es diferente de un resultado anormal, que está fuera del rango esperado, pero que no constituye una amenaza vital.

#### Elementos del estándar:

- El centro hospitalario tiene definidos los resultados críticos que pueden resultar potencialmente mortales o urgentes para los valores de las pruebas diagnósticas.
- El centro tiene definida la forma en la que se comunican dichos resultados a los profesionales.
- La comunicación de resultados críticos se documenta en la historia clínica.

## DOMINIO 4: ASISTENCIA SANITARIA

### MUESTRAS BIOLÓGICAS (mb)

Tanto los exámenes de laboratorio como las pruebas de imagen son una fuente fundamental de información para la toma de decisiones médicas relacionadas con el tratamiento y el seguimiento de los pacientes. Por ello, el control de todos los aspectos involucrados en estos procesos debe ser una prioridad en estos servicios: el fortalecimiento del sistema de gestión de la calidad impactará positivamente en la utilidad clínica de los resultados emitidos y mejorará la confianza del personal médico ante ellos.

	Dominio		Agrupador	n°	Circuito
AS	ASISTENCIA SANITARIA	mb	Muestras biológicas	1	Laboratorio de Bioquímica/Análisis clínicos
				2	Laboratorio de Microbiología
				3	Laboratorio de Anatomía Patológica
				4	Laboratorio de Hematología

### AS\_mb\_1 Muestras biológicas

El proceso global que se realiza en el laboratorio clínico es un procedimiento complejo que se divide tradicionalmente en tres etapas: pre-analítica, analítica y post-analítica. Algunos autores han introducido las etapas pre-pre-analítica y post-post-analítica para identificar las actividades asociadas a los procedimientos pre laboratorio y la interpretación de los resultados del informe, respectivamente.

La etapa pre-analítica puede dividirse entonces en pre-pre-analítica, la cual se refiere a los procesos extra-laboratorio y la pre-analítica, que involucra a los procesos intra-laboratorio. La etapa pre-pre-analítica va desde la solicitud que realiza el clínico hasta la llegada de las muestras al laboratorio y se podría dividir en tres subetapas:

1. Solicitud clínica de análisis (petición pertinente, identificación de la petición, tipo de petición-ordinaria o urgente-, y contenido de la misma -datos clínicos y demográficos, médico, procedencia, destino y pruebas solicitadas-).
2. Extracción de la muestra (preparación del paciente, identificación positiva del paciente y de la muestra, utilización de los contenedores y anticoagulantes adecuados, orden de llenado correcto, horario correcto).
3. Transporte -circuitos de envío externo e interno-(condiciones de conservación de muestras hasta y durante el mismo, control de dichas condiciones)

La fase post-post-analítica se refiere a la interpretación de los resultados y el intercambio de opiniones con el médico petionario, lo que repercute en la seguridad del paciente y su manejo clínico.

## DOMINIO 4: ASISTENCIA SANITARIA

Laboratorio de Bioquímica/Análisis clínicos

### Estándar AS\_mb\_1\_1 FASE PRE-PREANALÍTICA

AS\_mb\_1\_1

En el laboratorio de **Bioquímica/Análisis clínicos**, las muestras biológicas se gestionan a través de un procedimiento que garantiza el cumplimiento de los requisitos establecidos en la **fase pre-preanalítica**.

#### Elementos del estándar:

- El Centro aplica estrategias consensuadas entre laboratorio y médicos solicitantes, con el fin de mejorar la solicitud de pruebas de laboratorio e intentando dirigir los esfuerzos a conseguir la máxima información con el menor número de pruebas.
- Existe una cartera de Servicios del laboratorio conocida por el clínico petionario donde se describen los requerimientos del paciente y de la muestra.
- Existe un procedimiento que describe cómo se gestiona la obtención de los diferentes especímenes tanto en pacientes hospitalizados como ambulatorios (circuitos de priorización de pacientes).
- Las muestras biológicas se gestionan a través de un procedimiento que garantiza la identificación inequívoca del paciente, utilizando dos elementos identificativos adecuados, en ningún caso la ubicación del paciente.
- Se extrae un volumen suficiente y en las condiciones adecuadas, incluyendo el orden adecuado de los tubos cuando haya que realizar varias determinaciones.
- La muestra biológica cuenta con una identificación que permite vincularla inequívocamente con el paciente al que pertenece y en todo momento puede ser trazada correctamente.
- El transporte, manipulación y conservación durante el mismo se ajustan a lo establecido en los procedimientos, diferenciando el transporte interno del externo.

### Estándar AS\_mb\_1\_2 FASE PREANALÍTICA BIOQUÍMICA **ESTÁNDAR BÁSICO**

AS\_mb\_1\_2

En el laboratorio de **Bioquímica/Análisis clínicos**, las muestras biológicas se gestionan a través de un procedimiento que garantiza el cumplimiento de los requisitos establecidos en la **fase preanalítica**.

#### Elementos del estándar:

- Las muestras biológicas se gestionan internamente según lo establecido en un procedimiento actualizado que describe las mejores prácticas en la fase preanalítica: centrifugación, alicotado, etc.
- El laboratorio tiene definido los criterios de aceptación/rechazo de las muestras.
- El laboratorio tiene definidas las condiciones de centrifugación, tratamiento preanalítico y estabilidad de las muestras.

### Estándar AS\_mb\_1\_3 FASE ANALÍTICA BIOQUÍMICA **ESTÁNDAR BÁSICO**

AS\_mb\_1\_3

En el laboratorio de **Bioquímica/Análisis clínicos**, las muestras biológicas se gestionan a través de un procedimiento que garantiza el cumplimiento de los requisitos establecidos en la **fase analítica**.

#### Elementos del estándar:

- El laboratorio dispone de unos PNTs (procedimientos normalizados de trabajo) con las instrucciones para la correcta realización de los distintos ensayos, permitiendo que el personal encargado pueda realizarlo con la mínima variabilidad posible.

### Estándar AS\_mb\_1\_4 FASE POSTANALÍTICA BIOQUÍMICA **ESTÁNDAR BÁSICO**

AS\_mb\_1\_4

En el laboratorio de **Bioquímica/Análisis clínicos**, las muestras biológicas se gestionan a través de un procedimiento que garantiza el cumplimiento de los requisitos establecidos en la **fase postanalítica**.

#### Elementos del estándar:

- El laboratorio cuenta con un procedimiento que describe la gestión de la información clínica de esta fase que los profesionales implicados conocen.
- Los profesionales realizan una adecuada gestión de la información telefónica urgente y/o de valores críticos.

## DOMINIO 4: ASISTENCIA SANITARIA

- Se realiza una adecuada gestión de los informes en formato papel.
- Se garantiza la adecuada comunicación de aquellos informes que han sido modificados, disminuyendo la posibilidad de errores.
- El laboratorio tiene definidas las condiciones de conservación de las muestras una vez procesadas, según la estabilidad de cada analito, y la utiliza de forma correcta para ampliación/añadido de pruebas.
- La eliminación de las muestras biológicas se ajusta a lo establecido en la legislación vigente.

### Estándar AS\_mb\_1\_5 FASE POST-POSTANALÍTICA BIOQUÍMICA

AS_mb_1_5	En el laboratorio de <b>Bioquímica/Análisis clínicos</b> , las muestras biológicas se gestionan a través de un procedimiento que garantiza el cumplimiento de los requisitos establecidos en la <b>fase post-postanalítica</b> .
-----------	--

#### Elementos del estándar:

- El Centro aplica estrategias consensuadas entre los facultativos de laboratorio y los médicos solicitantes con el fin de mejorar la interpretación del informe por parte de éstos, lo que repercute en la seguridad del paciente y su manejo clínico.

## DOMINIO 4: ASISTENCIA SANITARIA

Laboratorio de Microbiología

### Estándar AS\_mb\_1\_6 FASE PRE-PREANALÍTICA MICROBIOLOGÍA

AS\_mb\_1\_6

En el laboratorio de **Microbiología**, las muestras biológicas se gestionan a través de un procedimiento que garantiza el cumplimiento de los requisitos establecidos en la **fase pre-preanalítica**.

#### Elementos del estándar:

- El Centro aplica estrategias consensuadas entre laboratorio y médicos solicitantes, con el fin de mejorar la solicitud de pruebas de laboratorio e intentando dirigir los esfuerzos a conseguir la máxima información con el menor número de pruebas.
- Existe una cartera de Servicios del laboratorio conocida por el clínico peticionario donde se describen los requerimientos del paciente y de la muestra.
- Existe un procedimiento que describe cómo se gestiona la obtención de las diferentes muestras tanto en pacientes hospitalizados como ambulatorios (circuitos de priorización de pacientes).
- Las muestras biológicas se gestionan a través de un procedimiento que garantiza la identificación inequívoca del paciente, utilizando dos elementos identificativos adecuados, en ningún caso la ubicación del paciente.
- Se extrae un volumen suficiente y en las condiciones adecuadas.
- La muestra biológica cuenta con una identificación que permite vincularla inequívocamente con el paciente al que pertenece y en todo momento puede ser trazada correctamente.
- El transporte, manipulación y conservación durante el mismo se ajustan a lo establecido en los procedimientos, diferenciando el transporte interno del externo.

### Estándar AS\_mb\_1\_7 FASE PREANALÍTICA MICROBIOLOGÍA **ESTÁNDAR BÁSICO**

AS\_mb\_1\_7

En el laboratorio de **Microbiología**, las muestras biológicas se gestionan a través de un procedimiento que garantiza el cumplimiento de los requisitos establecidos en la **fase preanalítica**.

#### Elementos del estándar:

- Las muestras biológicas se gestionan internamente según lo establecido en un procedimiento actualizado que describe las mejores prácticas en la fase preanalítica.
- El laboratorio tiene definido los criterios de aceptación/rechazo de las muestras.
- El laboratorio tiene definidas las condiciones de centrifugación, tratamiento preanalítico y estabilidad de las muestras.

### Estándar AS\_mb\_1\_8 FASE ANALÍTICA MICROBIOLOGÍA **ESTÁNDAR BÁSICO**

AS\_mb\_1\_8

En el laboratorio de **Microbiología**, las muestras biológicas se gestionan a través de un procedimiento que garantiza el cumplimiento de los requisitos establecidos en la **fase analítica**.

#### Elementos del estándar:

- El laboratorio dispone de unos PNTs (procedimientos normalizados de trabajo) con las instrucciones para la correcta realización de los distintos ensayos, permitiendo que el personal encargado pueda realizarlo con la mínima variabilidad posible.

### Estándar AS\_mb\_1\_9 FASE POSTANALÍTICA MICROBIOLOGÍA **ESTÁNDAR BÁSICO**

AS\_mb\_1\_9

En el laboratorio de **Microbiología**, las muestras biológicas se gestionan a través de un procedimiento que garantiza el cumplimiento de los requisitos establecidos en la **fase postanalítica**.

#### Elementos del estándar:

- El laboratorio cuenta con un procedimiento que describe la gestión de la información clínica de esta fase que los profesionales implicados conocen.
- Los profesionales realizan una adecuada gestión de la información telefónica urgente.
- Se realiza una adecuada gestión de los informes en formato papel.

## DOMINIO 4: ASISTENCIA SANITARIA

- Se garantiza la adecuada comunicación de aquellos informes que han sido modificados, disminuyendo la posibilidad de errores.
- El laboratorio tiene definidas las condiciones de conservación de las muestras una vez procesadas y la utiliza de forma correcta para ampliación/añadido de pruebas.
- La eliminación de las muestras biológicas se ajusta a lo establecido en la legislación vigente.

### Estándar AS\_mb\_1\_10 FASE POST-POSTANALÍTICA MICROBIOLOGÍA

AS_mb_1_10	En el laboratorio de <b>Microbiología</b> , las muestras biológicas se gestionan a través de un procedimiento que garantiza el cumplimiento de los requisitos establecidos en la <b>fase post-postanalítica</b> .
------------	---

#### Elementos del estándar:

- El Centro aplica estrategias consensuadas entre los facultativos de laboratorio y los médicos solicitantes con el fin de mejorar la interpretación del informe por parte de éstos, lo que repercute en la seguridad del paciente y su manejo clínico.

## DOMINIO 4: ASISTENCIA SANITARIA

Laboratorio de Anatomía patológica

### Estándar AS\_mb\_1\_11 FASE PRE-PREANALÍTICA ANATOMÍA PATOLÓGICA

AS\_mb\_1\_11

En el laboratorio de **Anatomía patológica**, las muestras biológicas se gestionan a través de un procedimiento que garantiza el cumplimiento de los requisitos establecidos en la **fase pre-preanalítica**.

#### Elementos del estándar:

- El Centro aplica estrategias consensuadas entre laboratorio y médicos solicitantes, con el fin de mejorar la solicitud de pruebas de laboratorio e intentando dirigir los esfuerzos a conseguir la máxima información con el menor número de pruebas.
- Existe una cartera de Servicios del laboratorio conocida por el clínico petionario donde se describen los requerimientos del paciente y de la muestra.
- Existe un procedimiento que describe cómo se gestiona la obtención de los diferentes especímenes tanto en pacientes hospitalizados como ambulatorios (circuitos de priorización de pacientes).
- Las muestras biológicas se gestionan a través de un procedimiento que garantiza la identificación inequívoca del paciente, utilizando dos elementos identificativos adecuados, en ningún caso la ubicación del paciente.
- Se extrae un volumen suficiente y en las condiciones adecuadas.
- La muestra biológica cuenta con una identificación que permite vincularla inequívocamente con el paciente al que pertenece y en todo momento puede ser trazada correctamente.
- El transporte, manipulación y conservación durante el mismo se ajustan a lo establecido en los procedimientos, diferenciando el transporte interno del externo.

### Estándar AS\_mb\_1\_12 FASE PREANALÍTICA ANATOMÍA PATOLÓGICA **ESTÁNDAR BÁSICO**

AS\_mb\_1\_12

En el laboratorio de **Anatomía patológica**, las muestras biológicas se gestionan a través de un procedimiento que garantiza el cumplimiento de los requisitos establecidos en la **fase preanalítica**.

#### Elementos del estándar:

- Las muestras biológicas se gestionan internamente según lo establecido en un procedimiento actualizado que describe las mejores prácticas en la fase preanalítica.
- El laboratorio tiene definido los criterios de aceptación/rechazo de las muestras.

### Estándar AS\_mb\_1\_13 FASE ANALÍTICA ANATOMÍA PATOLÓGICA **ESTÁNDAR BÁSICO**

AS\_mb\_1\_13

En el laboratorio de **Anatomía patológica**, las muestras biológicas se gestionan a través de un procedimiento que garantiza el cumplimiento de los requisitos establecidos en la **fase analítica**.

#### Elementos del estándar:

- El laboratorio dispone de unos PNTs (procedimientos normalizados de trabajo) con las instrucciones para la correcta realización de los distintos ensayos, permitiendo que el personal encargado pueda realizarlo con la mínima variabilidad posible.

### Estándar AS\_mb\_1\_14 FASE POSTANALÍTICA ANATOMÍA PATOLÓGICA **ESTÁNDAR BÁSICO**

AS\_mb\_1\_14

En el laboratorio de **Anatomía patológica**, las muestras biológicas se gestionan a través de un procedimiento que garantiza el cumplimiento de los requisitos establecidos en la **fase postanalítica**.

#### Elementos del estándar:

- El laboratorio cuenta con un procedimiento que describe la gestión de la información clínica de esta fase que los profesionales implicados conocen.

## DOMINIO 4: ASISTENCIA SANITARIA

- Los profesionales realizan una adecuada gestión de la información telefónica urgente.
- Se realiza una adecuada gestión de los informes en formato papel.
- Se garantiza la adecuada comunicación de aquellos informes que han sido modificados, disminuyendo la posibilidad de errores.
- El laboratorio tiene definidas las condiciones de conservación de las muestras una vez procesadas y la utiliza de forma correcta para ampliación/añadido de pruebas.
- La eliminación de las muestras biológicas se ajusta a lo establecido en la legislación vigente.

### Estándar AS\_mb\_1\_15 FASE POST-POSTANALÍTICA ANATOMÍA PATOLÓGICA

AS_mb_1_15	En el laboratorio de <b>Anatomía patológica</b> , las muestras biológicas se gestionan a través de un procedimiento que garantiza el cumplimiento de los requisitos establecidos en la <b>fase post-postanalítica</b> .
------------	---

#### Elementos del estándar:

- El Centro aplica estrategias consensuadas entre los facultativos de laboratorio y los médicos solicitantes con el fin de mejorar la interpretación del informe por parte de éstos, lo que repercute en la seguridad del paciente y su manejo clínico.

## DOMINIO 4: ASISTENCIA SANITARIA

Laboratorio de Hematología

### Estándar AS\_mb\_1\_16 FASE PRE-PREANALÍTICA HEMATOLOGÍA

AS\_mb\_1\_16

En el laboratorio de **Hematología**, las muestras biológicas se gestionan a través de un procedimiento que garantiza el cumplimiento de los requisitos establecidos en la **fase pre-preanalítica**.

#### Elementos del estándar:

- El Centro aplica estrategias consensuadas entre laboratorio y médicos solicitantes, con el fin de mejorar la solicitud de pruebas de laboratorio e intentando dirigir los esfuerzos a conseguir la máxima información con el menor número de pruebas.
- Existe una cartera de Servicios del laboratorio conocida por el clínico petionario donde se describen los requerimientos del paciente y de la muestra.
- Existe un procedimiento que describe cómo se gestiona la obtención de los diferentes especímenes tanto en pacientes hospitalizados como ambulatorios (circuitos de priorización de pacientes).
- Las muestras biológicas se gestionan a través de un procedimiento que garantiza la identificación inequívoca del paciente, utilizando dos elementos identificativos adecuados, en ningún caso la ubicación del paciente.
- Se extrae un volumen suficiente y en las condiciones adecuadas, incluyendo el orden adecuado de los tubos cuando haya que realizar varias determinaciones.
- La muestra biológica cuenta con una identificación que permite vincularla inequívocamente con el paciente al que pertenece y en todo momento puede ser trazada correctamente.
- El transporte, manipulación y conservación durante el mismo se ajustan a lo establecido en los procedimientos, diferenciando el transporte interno del externo.

### Estándar AS\_mb\_1\_17 FASE PREANALÍTICA HEMATOLOGÍA **ESTÁNDAR BÁSICO**

AS\_mb\_1\_17

En el laboratorio de **Hematología**, las muestras biológicas se gestionan a través de un procedimiento que garantiza el cumplimiento de los requisitos establecidos en la **fase preanalítica**.

#### Elementos del estándar:

- Las muestras biológicas se gestionan internamente según lo establecido en un procedimiento actualizado que describe las mejores prácticas en la fase preanalítica: centrifugación, alicotado, etc.
- El laboratorio tiene definido los criterios de aceptación/rechazo de las muestras.
- El laboratorio tiene definidas las condiciones de centrifugación, tratamiento preanalítico y estabilidad de las muestras.

### Estándar AS\_mb\_1\_18 FASE ANALÍTICA HEMATOLOGÍA **ESTÁNDAR BÁSICO**

AS\_mb\_1\_18

En el laboratorio de **Hematología**, las muestras biológicas se gestionan a través de un procedimiento que garantiza el cumplimiento de los requisitos establecidos en la **fase analítica**.

#### Elementos del estándar:

- El laboratorio dispone de unos PNTs (procedimientos normalizados de trabajo) con las instrucciones para la correcta realización de los distintos ensayos, permitiendo que el personal encargado pueda realizarlo con la mínima variabilidad posible.

### Estándar AS\_mb\_1\_19 FASE POSTANALÍTICA HEMATOLOGÍA **ESTÁNDAR BÁSICO**

AS\_mb\_1\_19

En el laboratorio de **Hematología**, las muestras biológicas se gestionan a través de un procedimiento que garantiza el cumplimiento de los requisitos establecidos en la **fase postanalítica**.

#### Elementos del estándar:

## DOMINIO 4: ASISTENCIA SANITARIA

- El laboratorio cuenta con un procedimiento que describe la gestión de la información clínica de esta fase que los profesionales implicados conocen.
- Los profesionales realizan una adecuada gestión de la información telefónica urgente y/o de valores críticos.
- Se realiza una adecuada gestión de los informes en formato papel.
- Se garantiza la adecuada comunicación de aquellos informes que han sido modificados, disminuyendo la posibilidad de errores.
- El laboratorio tiene definidas las condiciones de conservación de las muestras una vez procesadas, según la estabilidad de cada analito, y la utiliza de forma correcta para ampliación/añadido de pruebas.
- La eliminación de las muestras biológicas se ajusta a lo establecido en la legislación vigente.

### Estándar AS\_mb\_1\_20 FASE POST-POSTANALÍTICA HEMATOLOGÍA

AS_mb_1_20	En el laboratorio de <b>Hematología</b> , las muestras biológicas se gestionan a través de un procedimiento que garantiza el cumplimiento de los requisitos establecidos en la <b>fase post-postanalítica</b> .
------------	---

#### Elementos del estándar:

- El Centro aplica estrategias consensuadas entre los facultativos de laboratorio y los médicos solicitantes con el fin de mejorar la interpretación del informe por parte de éstos, lo que repercute en la seguridad del paciente y su manejo clínico.

## DOMINIO 4: ASISTENCIA SANITARIA

### PRUEBAS DE IMAGEN (pi)

El rápido crecimiento de la utilización del diagnóstico por la imagen ha puesto de manifiesto la necesidad de establecer procedimientos para garantizar la seguridad del paciente y reducir su exposición a las radiaciones, evitando la repetición innecesaria de estudios, así como de establecer en la práctica médica criterios de indicación de los diferentes tipos de estudios disponibles con el fin de racionalizar su demanda y favorecer la utilización adecuada de los mismos.

Por otro lado, el importante incremento de actividad de los procedimientos tanto diagnósticos como terapéuticos, realizados con apoyo de técnicas de imagen (Radiología Vasculare e Intervencionista) requiere el establecimiento de protocolos que permitan el control adecuado de los pacientes expuestos.

La inteligencia artificial y nuevas tecnologías empleadas para la adquisición, procesado, almacenamiento, distribución y análisis e informe de la imagen, requieren nuevos procedimientos de control de calidad que tengan en cuenta las características específicas de la imagen digital y de las modalidades que la producen.

Desde que se decide captar una estructura anatómica hasta que se realiza el diagnóstico sobre la imagen obtenida, se realiza una compleja actividad en la que están implicados diferentes procesos físicos, equipos y especialistas. A cada posible fallo en alguno de estos elementos cabe asociar un detrimento en la calidad de la imagen final o un aumento en la dosis de radiación que recibe el paciente, o ambos efectos.

El Programa de Garantía de Calidad es un documento legal, obligatorio, que recoge el conjunto de actuaciones de garantía de calidad en materia de radioprotección jurídicamente protegidas, ordenadas en el Real Decreto 1976/1999, por el que se establecen los criterios de calidad en radiodiagnóstico.

El objetivo del protocolo español sobre aspectos técnicos del control de calidad en radiodiagnóstico es establecer criterios para los controles de calidad en equipos de radiodiagnóstico que contribuyan a alcanzar un uso eficiente de las radiaciones y que permitan la obtención de imágenes de alta calidad diagnóstica con el menor riesgo posible al paciente y al personal de operación.

	Dominio		Agrupador	nº	Circuito
AS	ASISTENCIA SANITARIA	pi	Pruebas de imagen	1	Estructura del Servicio de Radiodiagnóstico
				2	Procedimientos Normalizados de Trabajo
				3	Solicitudes radiológicas
				4	Citaciones
				5	Información
				6	Interpretación de los resultados
				7	El informe radiológico
				8	Radiología con contraste
				9	Radiología vascular e intervencionista
				10	Gestión de la calidad y del riesgo radiológico

#### AS\_pi\_1 Estructura del Servicio de Radiodiagnóstico

#### Estándar AS\_pi\_1\_1 ESTRUCTURA RADIODIAGNÓSTICO

AS_pi_1_1	El Servicio de Radiodiagnóstico cuenta con una estructura que le permite prestar adecuadamente los servicios incluidos en su cartera.
-----------	---

#### Elementos del estándar:

- Las instalaciones asistenciales básicas están situadas en el hospital permitiendo un fácil acceso de pacientes ambulatorios y encamados, especialmente desde las áreas de urgencias y hospitalización, y diferenciando espacios funcionales para la espera, salas de exploraciones y la información.

## DOMINIO 4: ASISTENCIA SANITARIA

- El Servicio de Radiodiagnóstico cuenta con zonas de circulación bien diferenciadas, para pacientes ambulantes, ingresados, urgentes y para el personal.
- El Servicio de Radiodiagnóstico se organiza preferentemente por órganos-sistemas.
- La organización garantiza el Servicio de Radiodiagnóstico las 24 horas del día todos los días del año y determina las prestaciones que cumplen esta premisa, incluidas las urgencias.
- El Servicio de Radiodiagnóstico ofrece una cartera de servicios actualizada, con un listado de pruebas diagnósticas y terapéuticas acorde con las necesidades de la demanda clínica.
- El Servicio está adecuadamente equipado y dispone del personal suficiente y con la formación necesaria para llevar a cabo los procesos de diagnóstico por imagen más frecuentes y graves.

### AS\_pi\_2 Procedimientos Normalizados de Trabajo

#### Estándar AS\_pi\_2\_1 PNT EN RADIODIAGNÓSTICO

AS\_pi\_2\_1

El Servicio de Radiodiagnóstico cuenta con Procedimientos Normalizados de Trabajo que permiten el desarrollo de su actividad.

Los Procedimientos Normalizados de Trabajo (PNT) son normas escritas que describen, de forma específica, las actividades que se llevan a cabo para la realización de las funciones del servicio.

##### Elementos del estándar:

- El Servicio de Radiodiagnóstico dispone de un manual de organización y funcionamiento en el que se refleja el organigrama de la unidad, su disposición física y sus recursos estructurales y de equipamiento, los procesos, los criterios de inclusión de pacientes y los mecanismos de coordinación asistencial con otros servicios.
- El Servicio aplica procedimientos específicos para las técnicas y tratamientos que realiza, que son actualizados con una periodicidad prevista o antes, si los avances científicos y tecnológicos lo exigen.

### AS\_pi\_3 Solicitudes radiológicas

#### Estándar AS\_pi\_3\_1 SOLICITUDES AJUSTADAS A PROTOCOLOS

AS\_pi\_3\_1

Los formularios de solicitudes del Servicio de Radiodiagnóstico se ajustan a los protocolos establecidos en el centro sanitario.

##### Elementos del estándar:

- Se realiza una valoración sobre la pertinencia/justificación de la prueba, con el fin de evitar repeticiones o pruebas no indicadas según los protocolos previamente establecidos.
- El formulario de solicitud de la prueba es simple, fácil de cumplimentar, único y consensuado con los servicios peticionarios.
- La petición está bien cumplimentada, es clara, con información clínica relevante, diagnóstico de presunción y correcta identificación del paciente y de la prueba solicitada.
- En la solicitud se incluye, como información complementaria, las características del paciente que condicionen una atención especial (niño, paciente con poca movilidad, no colaborador, enfermedades infecciosas...).
- Se proporciona la información que deba conocer el clínico referente a las características y limitaciones de la prueba, la preparación del paciente, la necesidad de consentimiento informado, etc.
- Existen normas de adecuación de la petición (criterios clínicos o tiempos de respuesta) y programas de evaluación y mejora.
- Se evalúa periódicamente la pertinencia de las solicitudes facilitando retroalimentación a los servicios interesados.

### AS\_pi\_4 Citaciones

#### Estándar AS\_pi\_4\_1 CITACIONES DE ACUERDO A LA DEMANDA

AS\_pi\_4\_1

El sistema de citaciones del Servicio de Radiodiagnóstico permite una adecuada gestión de la demanda.

##### Elementos del estándar:

- El Servicio de Radiodiagnóstico dispone de un sistema de priorización que contribuye a adecuar el tiempo de respuesta en función de criterios clínicos.

## DOMINIO 4: ASISTENCIA SANITARIA

- El sistema de citaciones gestiona las citas de forma que retrasos en la asignación no condicionen estancias hospitalarias innecesarias.
- Para la citación se utilizan las tecnologías de la información, adaptadas a la población con limitaciones sensoriales, tanto para facilitar la cita, como para facilitar información sobre la espera prevista y horarios que permitan una elección con criterio.
- Se contacta previamente con los pacientes que van a ser sometidos a una prueba radiológica en los próximos días, por si sus condiciones han cambiado y no va a acudir a la misma, a fin de poder optimizar la gestión de la agenda radiológica.
- Se mantiene un histórico de exploraciones que se consulta antes de la asignación para evitar duplicidad de pruebas y radiación innecesarias.

### AS\_pi\_5 Información

#### Estándar AS\_pi\_5\_1 EL SERVICIO FACILITA INFORMACIÓN AL PACIENTE Y FAMILIA

AS\_pi\_5\_1

El Servicio de Radiodiagnóstico proporciona la información necesaria al paciente y a su familia.

##### Elementos del estándar:

- Se facilitan indicaciones por escrito en lenguaje comprensible a los usuarios respecto a la preparación previa (si es necesaria), indicaciones y la documentación que debe llevar previamente a la realización de los estudios diagnósticos y/o tratamientos.
- Se facilita un teléfono de consulta para posibles dudas en relación con la prueba o con sus resultados.
- Al familiar o acompañante se le facilita durante el desarrollo de la prueba información sobre el horario y tiempo probable de espera, así como la evolución del proceso.
- Al paciente, siempre que su estado lo permita, se le explica el entorno y su flujo en la unidad durante el episodio.
- Se dispone de un área específica de información al paciente y a su familia que garantiza la intimidad y la confidencialidad.
- Se informa al paciente en lenguaje claro y comprensible sobre las características de la exploración.
- Cuando la prueba diagnóstica así lo requiera se solicita el consentimiento informado del paciente. El médico prescriptor de una prueba informa sobre las circunstancias que hacen necesaria su petición y el especialista en diagnóstico por imagen informa sobre los aspectos directamente relacionados con la exploración que él realiza, sus complicaciones y riesgos.
- Se aclaran al paciente las dudas acerca del consentimiento informado que le puedan surgir y se comprueba la firma del mismo.
- Se dispone de un servicio de traducción, si es necesario.
- Se valora la posibilidad de embarazo en la mujer en edad fértil.
- Se descartan posibles contraindicaciones antes de realizar la prueba.
- Se explican las normas a seguir después de la exploración y se le facilita la información por escrito.

### AS\_pi\_6 Interpretación de los resultados

Es una fase importante del proceso radiológico ya que a ella va a estar vinculado el informe radiológico y en base al mismo se tomarán decisiones clínicas para el paciente.

#### Estándar AS\_pi\_6\_1 BUENAS PRÁCTICAS DE VISUALIZACIÓN DE PRUEBAS

AS\_pi\_6\_1

El Servicio de Radiodiagnóstico instaure buenas prácticas en relación con la visualización de las pruebas diagnósticas.

##### Elementos del estándar:

- Las condiciones ambientales de la sala de lectura son adecuadas para este cometido.
- Se evitan las interrupciones del personal que está leyendo pruebas de imagen.
- El personal que interpreta las imágenes realiza descansos periódicos para prevenir la fatiga visual.
- Se realiza la revisión de radiografías e informes previos que puedan aportar información complementaria.
- Se planifican segundas lecturas de aquellas pruebas que no son concluyentes en una primera interpretación.
- Los procesos críticos se debaten en sesiones clínicas o en comités multidisciplinares.

## DOMINIO 4: ASISTENCIA SANITARIA

- En caso de duda se solicita una segunda opinión.

### AS\_pi\_7 Informe radiológico

El informe final se considera el medio definitivo de comunicar los resultados de una prueba diagnóstica al médico de referencia. En algunas circunstancias, se recomienda el uso de alternativas y una comunicación directa con el médico, sin que esto excluya la realización del informe.

#### Estándar AS\_pi\_7\_1 INFORME RADIOLÓGICO CON CONCLUSIONES

AS\_pi\_7\_1

El informe radiológico refleja las conclusiones de la prueba de imagen aportando información clínica al peticionario para la toma de decisiones.

##### Elementos del estándar:

- El informe radiológico tiene una estructura predefinida común a todo el servicio y de acuerdo con las recomendaciones de las sociedades científicas, con los sistemas de nomenclatura de uso corriente.
- En el informe se identifica al radiólogo responsable del estudio, que será (salvo excepciones) quien firme el informe.
- El tiempo de respuesta para la realización del informe se adecúa al proceso asistencial correspondiente y se elabora en un tiempo clínicamente aceptable.
- El informe es preciso, explícito y comprensible, registra los hallazgos relevantes de la prueba realizada y proporciona al clínico una orientación clara acerca del diagnóstico más probable y los estudios complementarios recomendados.
- Los hallazgos se describen de forma precisa con terminología anatómica, patológica y radiológica.
- En caso de que existan dudas, éstas quedan reflejadas con claridad en el texto del informe.
- El informe responde a aquellas cuestiones clínicas planteadas al solicitar el estudio.
- Siempre que estén disponibles, se comparan los hallazgos con los estudios previos del paciente.
- En el informe se especifican las posibles limitaciones que haya podido tener el estudio, indicando, si existen, los factores que pueden limitar el rendimiento de la prueba.
- En el informe se incluye una conclusión final, siempre que sea posible, se sugiere un diagnóstico específico y si es necesario, se propone un diagnóstico diferencial.
- Si se estima conveniente, se hacen recomendaciones de seguimiento o de realización de otras pruebas de imagen.
- Se especifica si se han utilizado contrastes (indicando el volumen cuando sea posible) y radiofármacos, medicación o catéteres.
- Se describe en el informe cualquier tipo de reacción durante la prueba a los contrastes o medicaciones que haya registrado el equipo de enfermería.
- También incluye los acontecimientos adversos que se hayan producido durante la prueba y se notifican.
- Cuando el radiólogo considere que los hallazgos sugieren gravedad y la necesidad de una actuación inmediata (por ejemplo, código ictus), se utilizan métodos rápidos de comunicación como complemento al informe escrito, tales como llamadas telefónicas al médico prescriptor.
- En estas circunstancias, el especialista en diagnóstico por imagen se asegura de que la información ha sido recibida con precisión, sin ambigüedades, y ha sido entendida completamente.
- Este tipo de comunicaciones se registran en el informe.
- El informe final se lee detenidamente y se comprueba para evitar fallos taquigráficos, de transcripción o de ortografía.
- El informe se envía con las imágenes correspondientes y se guarda una copia según normativa vigente.
- El informe cerrado no puede ser modificado por ninguna persona, en caso necesario el radiólogo crea un informe adjunto o ampliación del previo.
- Se definen unos criterios de actuación ante la solicitud de una segunda opinión radiológica.

### AS\_pi\_8 Radiología con contraste

#### Estándar AS\_pi\_8\_1 BUENAS PRÁCTICAS CON MEDIOS DE CONTRASTE

AS\_pi\_8\_1

El Servicio de Radiodiagnóstico insta buenas prácticas en relación con la radiología con medios de contraste.

##### Elementos del estándar:

## DOMINIO 4: ASISTENCIA SANITARIA

- El Servicio de Radiodiagnóstico cuenta con un protocolo escrito para las pruebas que precisen contraste y en él se establecen las condiciones necesarias para llevarlas a cabo.
- El Servicio dispone de un área específica para la preparación del paciente.
- Antes de la introducción del medio de contraste se chequean los antecedentes alérgicos, los posibles problemas renales y los factores de riesgo del paciente.
- La enfermera es la encargada de administrar el contraste, radiofármaco y/o medicamentos y de la vigilancia de posibles reacciones anafilácticas.
- Se realiza un seguimiento visual del bolo de contraste.
- Cuando se utilicen medios de contraste se cuenta con un protocolo de actuación ante una posible reacción al mismo.
- Existe material de soporte vital que se monitoriza periódicamente.

### AS\_pi\_9 Radiología vascular e intervencionista

#### Estándar AS\_pi\_9\_1 BUENAS PRÁCTICAS EN RADIOLOGÍA VASCULAR E INTERVENCIONISTA

AS\_pi\_9\_1

El Servicio de Radiodiagnóstico instaure buenas prácticas en relación con los procesos de radiología vascular e intervencionista.

##### Elementos del estándar:

- Existen protocolos de actuación previos al proceso orientados a garantizar la seguridad del mismo (por ejemplo, manejo del paciente anticoagulado).
- Existen protocolos adecuados de manejo de pacientes sometidos a cualquier tipo de procedimiento de radiología vascular e intervencionista (biopsias, drenajes, nefrostomías, infiltraciones articulares, gastrostomía percutánea, ablación con radiofrecuencia, trombectomías...).
- Existen protocolos adecuados de seguimiento de pacientes sometidos a los procedimientos mencionados, requieran o no ingreso hospitalario.

### AS\_pi\_10 Gestión de la calidad y del riesgo radiológico

#### Estándar AS\_pi\_10\_1 GESTION DE LA CALIDAD Y EL RIESGO CLINICO EN EL SERVICIO

AS\_pi\_10\_1

El Servicio cuenta con un sistema de gestión de la calidad y del riesgo clínico que aporta resultados de indicadores que permiten la toma de decisiones.

##### Elementos del estándar:

- El Servicio implementa sistemas de gestión de la calidad en forma de indicadores, que cuantifican y permiten apreciar la evolución del impacto de la gestión de la calidad y del riesgo clínico.
- Se identifican y definen los criterios de calidad correspondientes a los diferentes aspectos de la prestación, se formulan los indicadores de calidad correspondientes a dichos criterios y se monitorizan después de haber establecido su forma de elaboración y cálculo.
- Se establecen mecanismos para conocer la satisfacción tanto de pacientes como de peticionarios.
- Se establece una sistemática para registrar y gestionar las incidencias: preparación inadecuada de los pacientes, errores en la programación o en la entrega de los informes, duplicidad de pruebas....
- El Servicio de Radiodiagnóstico establece estrategias para limitar la exposición radiológica a los pacientes evitando exploraciones innecesarias y que las pruebas que usan radiaciones se realicen con las menores dosis posibles manteniendo su capacidad diagnóstica.
- El Servicio dispone de un sistema (por ejemplo, Radimetrics®) que registra y gestiona la dosis de radiación de cada paciente, con indicadores de niveles de referencia de dosis (NRD).
- Se fomenta la interconexión de la historia clínica del paciente con otros niveles de atención y/o con otros centros hospitalarios, lo que reduce la necesidad de repetición de exámenes.

## DOMINIO 4: ASISTENCIA SANITARIA

### BLOQUE QUIRÚRGICO (bq)

La gestión de la seguridad en el bloque quirúrgico de un hospital abarca múltiples aspectos interrelacionados. La estructura física, los procedimientos o protocolos de trabajo, la gestión de los medicamentos o la seguridad de la cirugía, contribuyen a garantizar un entorno propicio para brindar una atención quirúrgica segura, efectiva y de calidad. Promover un clima y una cultura de seguridad en el bloque quirúrgico puede minimizar los riesgos asociados a la cirugía.

	Dominio		Agrupador	nº	Circuito
AS	ASISTENCIA SANITARIA	bq	Bloque quirúrgico	1	Proceso preoperatorio
				2	Estructura del bloque quirúrgico
				3	Cirugía segura
				4	Gestión del medicamento y de la fluidoterapia
				5	Clima y cultura de seguridad en el bloque quirúrgico

#### AS\_bq\_1 Proceso preoperatorio

El proceso preoperatorio desempeña un papel fundamental en la preparación y seguridad del paciente antes de una intervención quirúrgica. Esta fase previa a la cirugía busca evaluar y optimizar el estado de salud del individuo, así como minimizar los riesgos y garantizar el éxito de la operación. Asimismo, brinda la oportunidad de establecer una comunicación efectiva entre el paciente y el equipo médico, generando confianza y tranquilidad.

Es el momento para ofrecer información detallada al paciente sobre el procedimiento quirúrgico y anestésico en el que se incluyen los riesgos, los beneficios y las posibles complicaciones. Esta comunicación permite que el paciente cuente con información veraz y tenga expectativas realistas sobre la intervención, lo que contribuye a su tranquilidad y bienestar emocional.

También es el momento para indicaciones específicas como la toma de medicamentos antes de la cirugía, la posible indicación de ayunas para evitar complicaciones durante la anestesia, la adopción de medidas para reducir el riesgo de infecciones, también se pueden requerir cambios en la alimentación o la realización de ejercicios de fortalecimiento. Estas medidas ayudan a mejorar la condición general del paciente y a reducir el riesgo de complicaciones durante la cirugía.

#### Estándar AS\_bq\_1\_1 VALORACIÓN PREOPERATORIA

AS\_bq\_1\_1

En los **procesos preoperatorios** se realiza la valoración general de los pacientes, las pruebas complementarias y se proporciona la información necesaria para programar la intervención.

#### Elementos del estándar:

- El centro coordina los procesos preoperatorios de los pacientes candidatos a cirugía de forma que se recabe la información necesaria, se realicen las pruebas diagnósticas complementarias y que la intervención se lleve a cabo mientras éstas conservan su vigencia.
- Se utiliza el formato de consultas de alta resolución para que el paciente y su familia puedan realizar el proceso preoperatorio con una gestión fácil y adaptada a todas las edades y condiciones.
- La citación del paciente se realiza atendiendo a las condiciones del mismo y a la proximidad al centro, se permite que el paciente haga la extracción en el centro de salud en función de sus condiciones o se utilizan analíticas previas actuales del paciente si existen y se potencian las consultas telefónicas en pacientes sanos (por ejemplo en CMA).
- Se proporciona información detallada del proceso que se va a llevar a cabo utilizando formatos escritos preferentemente complementados con información oral. Se facilita un teléfono en el que se podrán resolver dudas que surjan en el futuro. Se pueden utilizar otros formatos más fácilmente comprensibles

## DOMINIO 4: ASISTENCIA SANITARIA

como la realización de infografías, vídeos cortos o pequeñas guías visuales que expliquen al paciente el proceso que se llevará a cabo.

- Se facilitan por escrito las indicaciones de las suspensiones de medicamentos necesarias para poder llevar a cabo la intervención con seguridad, así como las que fuese necesario iniciar antes de la misma.
- Se le facilita información al paciente y a su familia en relación con el postoperatorio, instrucciones escritas claras y precisas para el día del ingreso hospitalario y el de la intervención, aspectos relacionados con la preparación previa, medicaciones, prótesis, etc.
- Se facilita información escrita sobre los tiempos estimados de recuperación, la medicación y cuantos aspectos sean de interés para el paciente.
- Se facilitan las prescripciones si tuviesen que ser iniciados los tratamientos antes de la intervención.
- Las incidencias en el proceso preoperatorio se gestionan de manera adecuada: hay un control de los pacientes con algún hallazgo patológico detectado en la consulta de preoperatorios, se notifica administrativamente, se añade aplazamiento y éste se revisa periódicamente en función de la fecha indicada por el personal de la consulta preoperatoria.
- El circuito preoperatorio es sencillo y está bien señalizado.

### AS\_bq\_2 Estructura del bloque quirúrgico

La estructura del bloque quirúrgico debe estar diseñada de manera que permita proporcionar un entorno seguro y eficiente. Esto implica contar con quirófanos con las condiciones higiénicas adecuadas, sistemas de ventilación eficaces y que las transferencias de los pacientes sean coherentes. Una infraestructura bien planificada y equipada con tecnología de vanguardia facilita la realización de cirugías complejas, proporciona un entorno confortable a los profesionales y minimiza los riesgos asociados a la cirugía.

#### Estándar AS\_bq\_2\_1 TRANSFERENCIA ADECUADA AL BQ

AS\_bq\_2\_1

La **transferencia del paciente** desde la planta de hospitalización, el Servicio de urgencias o el domicilio hasta el bloque quirúrgico y su traslado a la mesa quirúrgica se realiza adecuadamente.

##### Elementos del estándar:

- El acceso del paciente al bloque quirúrgico se realiza desde un pasillo de circulación interna del centro bien comunicado con las unidades de hospitalización, urgencias, UCI, etc.
- La dimensión del vestíbulo de acceso es proporcional a los flujos quirúrgicos previstos, la dimensión del bloque quirúrgico, el sistema de transporte y la manera de realizar la transferencia del paciente desde su cama al interior del bloque.
- Existe espacio suficiente para alojar de una manera adecuada las camas de los pacientes que queden tras la transferencia del paciente hacia la zona quirúrgica.
- El puesto de recepción dispone de un buen control visual del acceso y circulaciones de la zona.
- El espacio en el que los pacientes esperan antes de entrar en el quirófano preserva su intimidad y la confidencialidad de los datos.
- El traslado se realiza de manera segura, comprobando la identificación del paciente.
- Existe posibilidad de realizar la trazabilidad del paciente en el sistema informático.

#### Estándar AS\_bq\_2\_2 SALAS DE ESPERA BQ ADECUADAS E INFORMACIÓN PERIÓDICA

AS\_bq\_2\_2

Las **salas de espera de los familiares** de los pacientes que ingresan en el bloque quirúrgico son confortables y se asegura la **información de la evolución del proceso**.

##### Elementos del estándar:

- La sala de espera general de los familiares y acompañantes del paciente se localiza fuera del bloque quirúrgico, en una zona próxima al acceso y al despacho de información, así como de la Unidad de Recuperación Postanestesia (URPA).
- En la sala se ofrece información a los familiares en tiempo real de la ubicación del paciente.
- La sala dispone de máquinas de expedición de bebidas y comida, aseos cercanos y suficientes asientos confortables.
- Existen profesionales del bloque quirúrgico que facilitan información complementaria sobre la situación del paciente a sus familiares y sobre los tiempos de espera y están disponibles para la familia.
- Se ofrece información a los familiares de la situación del paciente a través de herramientas tecnológicas (sms, WhatsApp, pantallas de información, llamadas telefónicas, etc.).
- La sala de información a familiares de pacientes intervenidos cuenta con un espacio confortable, adecuado para este fin y que tiene acceso a la historia clínica electrónica.

## DOMINIO 4: ASISTENCIA SANITARIA

### Estándar AS\_bq\_2\_3 CARACTERÍSTICAS ADECUADAS DE LOS QUIRÓFANOS

AS\_bq\_2\_3

Los quirófanos cuentan con las características necesarias para el desarrollo seguro de su actividad.

#### Elementos del estándar:

- La superficie útil mínima de cada quirófano es de unos 40 m<sup>2</sup>, con una altura libre (suelo -falso techo) mínima de 3 m y con unas dimensiones que permiten trazar un círculo de 6 m de diámetro alrededor de la mesa del quirófano.
- Las paredes y techos son de materiales duros, no porosos, impermeables, lavables e ignífugos, sin grietas, continuos y sin brillos.
- No hay rieles ni elementos susceptibles de acumular suciedad y los elementos de pared están empotrados.
- El suelo es antielectrostático, conductivo y está conectado a una toma a tierra.
- El quirófano dispone de un acceso (puertas automáticas estancas de corredera) desde la zona de preparación del personal comunicada con la circulación de personal (vestuarios), pacientes (URPA), y otro, en su caso, para la salida de sucio de la sala.
- Asociado al quirófano hay una zona para la higiene de manos, la desinfección y la colocación de gorros y mascarillas. Está contiguo al quirófano, separado de la circulación de pacientes de la unidad del BQ.
- Esta ubicación cuenta, como mínimo, con dos puntos de agua por quirófano con grifo quirúrgico de accionamiento no manual, dispensadores de antisépticos y secador de manos automático. En el caso de hospitales universitarios este espacio debe ser mayor.
- Es un espacio con posibilidad de compartirse por cada dos quirófanos. Tiene visibilidad del quirófano desde esta zona de lavado de manos quirúrgico para permitir el control por parte del personal de la actividad en el quirófano.
- Dispone de estanterías con material (gorros, máscaras) y dispensadores, así como recogida de envoltorios de papel.
- Los quirófanos del centro hospitalario mantienen una temperatura entre 22 y 26°C. (UNE 100713:2005. Instalaciones de acondicionamiento de aire en hospitales).
- Los quirófanos del centro hospitalario mantienen una humedad relativa entre el 45-55%. (UNE 100713:2005. Instalaciones de acondicionamiento de aire en hospitales).
- Ambos parámetros están monitorizados para poder garantizar que no hay desviaciones en los mismos.
- En quirófanos de altas prestaciones (quirófano tipo A) hay determinadas intervenciones cardíacas donde la temperatura debe poder descender hasta 17°.
- La ventilación del quirófano se mantiene con presión positiva con respecto a los pasillos y áreas adyacentes. Todo el aire es filtrado, se introduce al quirófano por el techo y se extrae por una salida cerca del suelo. Las puertas del quirófano permanecen cerradas durante la cirugía.
- Se limita al menor número de personas posibles las que estén en el interior del quirófano.
- El bloque quirúrgico cuenta con un procedimiento para la medición de microorganismos en el aire y superficies periódicamente. Este procedimiento está coordinado por el Servicio de Medicina Preventiva del hospital o quien realice esta función.
- El bloque quirúrgico cuenta con un protocolo de actuación ante resultados que presenten desviaciones.
- El bloque quirúrgico dispone de normas de trabajo por las que se minimiza la entrada y salida de personas y los movimientos dentro del quirófano.
- La disposición arquitectónica asegura que todas las puertas y ventanas se mantienen usualmente cerradas y estancas. (Recomendación del programa de cirugía segura del Sistema Nacional de Salud).
- Se dispone de quirófanos libres de látex.
- Los aseos y vestuarios de pacientes con intervención quirúrgica programada que acuden al bloque quirúrgico desde el exterior del hospital y por tanto sin ingreso previo cuentan con espacio suficiente para taquillas que permitan la custodia de ropa y objetos personales y tienen lavabos, inodoro (1 cada 10 pacientes) y duchas.

#### Estándar AS\_bq\_2\_4 URPA

AS\_bq\_2\_4

El bloque quirúrgico cuenta con una Unidad de recuperación postanestésica (URPA).

Desde el quirófano los pacientes inician su proceso de recuperación de la anestesia en una unidad de recuperación postanestésica (URPA). Ésta debe estar conectada a los quirófanos y está destinada a proporcionar cuidados postoperatorios a los pacientes sometidos a anestesia general, loco-regional o sedación durante periodos cortos (1-3 h) o medios (6-14 h).

En la URPA no se ingresarán pacientes susceptibles de ingreso en una unidad de cuidados intensivos (UCI).

## DOMINIO 4: ASISTENCIA SANITARIA

La URPA requiere estar dotada con un equipo interdisciplinar, con al menos un anestesiólogo consultor y dotación adecuada de enfermería y TCAE que van a ser los responsables de proporcionar los cuidados después de la cirugía, precisando un nivel avanzado de conocimientos clínicos y de experiencia.

La mayoría de los problemas anestésicos y complicaciones suceden en el postoperatorio inmediato, por lo que se debe monitorizar al paciente y ser capaces de identificar las respuestas del enfermo y de anticiparse a las posibles complicaciones.

### Elementos del estándar:

- El traslado a la URPA se realiza con el paciente acompañado por anestesiología y la enfermera de anestesia.
- El anestesiólogo encargado del paciente en el quirófano planifica previamente a su salida tanto el destino postoperatorio como el protocolo y cuidados de recuperación postanestésica, indicando en la historia clínica los criterios de monitorización, oxígeno y fluidoterapia, la medicación inicial y el tiempo previsto inicialmente de estancia en la unidad.
- El anestesiólogo indica y registra en HC los criterios de monitorización, oxígeno y fluidoterapia.
- Se garantiza la continuidad de toda la información clínica del paciente que se ha generado en el BQ.
- El control de enfermería está ubicado en una zona central que permita la observación directa de todos los pacientes.
- El control de enfermería dispone de un sistema de comunicación acústico y luminoso.
- Los pacientes están monitorizados permanentemente: saturación de oxígeno, frecuencia y ritmo cardíaco, presión arterial incruenta automática...
- El protocolo de cuidados y la toma de constantes vienen derivados de las prescripciones realizadas. Es habitual utilizar herramientas como el test de Aldrete o el de Romberg para valorar elementos como: actividad, respiración, circulación, nivel de consciencia, saturación de oxígeno, estado del apósito, dolor, capacidad de deambulación, ingesta oral o eliminación urinaria. Los resultados periódicos de estos parámetros permiten la toma de decisiones.

### AS\_bq\_3 Cirugía segura

La cirugía segura es el principal objetivo del equipo que compone el bloque quirúrgico. La implementación de protocolos y procedimientos estandarizados, el marcaje correcto del sitio quirúrgico y la verificación del procedimiento a realizar o de los materiales que se van a emplear, contribuye a prevenir errores y asegurar que se realice la cirugía correcta al paciente correcto y en el sitio correcto. Cobra especial importancia la comunicación efectiva y colaborativa entre todo el equipo quirúrgico, asegurando que todos estén informados y comprometidos con la seguridad del paciente.

### Estándar AS\_bq\_3\_1 MARCADO DEL AREA QUIRÚRGICA

AS\_bq\_3\_1

El centro tiene implantado un procedimiento de marcado del área quirúrgica.

La Estrategia de Seguridad del Paciente del periodo 2015-2020, desarrollada con el acuerdo de todas las Comunidades Autónomas, 60 Sociedades Científicas (incluidas las relacionadas con la Cirugía) y la Escuela de pacientes, incluye entre sus recomendaciones para promover la implantación de prácticas seguras en cirugía: "promover el marcado del sitio quirúrgico como práctica rutinaria, así como recomendaciones a los pacientes en este sentido".

La *National Patient Safety Agency* (NPSA) y el *Royal College of Surgeons of England* (RCS) recomiendan el marcado preoperatorio para indicar inequívocamente el área prevista para la cirugía programada.

El documento "Bloque quirúrgico. Estándares y recomendaciones", perteneciente al Plan de Calidad para el SNS. Ministerio de Sanidad y Política Social (2010), incluye en su Anexo 4 las recomendaciones de la NPSA para el marcado del área quirúrgica que se describen a continuación:

### Elementos del estándar:

- Se utiliza para el marcado un bolígrafo de tinta indeleble.
- Se realiza la marca con una flecha que se extienda desde, o cerca de, la incisión y permanece en un lugar visible después de la aplicación de la preparación de la piel.
- La marca permanece visible después de la aplicación de las compresas quirúrgicas.
- Las intervenciones quirúrgicas que afecten a un lado se marcan en, o cerca de, la incisión prevista.
- Para los dedos de la mano o los pies la marca se extiende hasta el dedo específico.
- Se realiza el aseguramiento del lugar correcto mediante imágenes y documentación fiable.
- El marcado se lleva a cabo por el cirujano o su ayudante, que va a estar presente en el quirófano en el momento de la intervención.

## DOMINIO 4: ASISTENCIA SANITARIA

- El proceso de marcado involucra al paciente y/o miembros de la familia o cuidador, si es posible.
- El marcado quirúrgico se realiza en la unidad de hospitalización o en el área prequirúrgica, previamente al traslado del paciente al bloque quirúrgico.
- El marcado tiene lugar antes de la premedicación.
- La marca del área quirúrgica se comprueba posteriormente contrastándola con documentación fiable, para confirmar si: (a) está correctamente localizada, y (b) es todavía legible.
- Esta comprobación se da en cada transferencia de asistencia del paciente y finaliza con una verificación previa al comienzo de la cirugía.
- Todos los miembros del equipo están implicados en el marcado.

### Estándar AS\_pa\_3\_2 PREPARACIÓN DE LA PIEL

AS\_b1\_3\_2

El centro tiene implantado un procedimiento para la **preparación de la piel** antes de la cirugía.

La preparación de la piel, cuando es necesario el rasurado del vello o la higiene del paciente antes de la intervención quirúrgica, son medidas tendentes a reducir la infección de la herida quirúrgica (IHQ). Por otro lado, el paciente ha de acudir al bloque quirúrgico con la ropa adecuada que permita las canalizaciones venosas o las movilizaciones necesarias durante la intervención.

#### Elementos del estándar:

- Se recomienda a los pacientes realizar una ducha o un baño con jabón, como mínimo, la noche antes de la intervención quirúrgica. (Grado de recomendación fuerte). La ducha preoperatoria con clorhexidina es tan efectiva como la ducha con jabón para la prevención de la IHQ.
- Se proporciona al paciente ropa específica para acudir al quirófano, apropiada para el procedimiento quirúrgico, que permita el acceso al lugar de la intervención y facilita la colocación de otros dispositivos, como vías endovenosas.
- Se prepara la piel en el quirófano antes de la incisión con clorhexidina. Si no se dispone de clorhexidina se puede considerar el uso de povidona yodada.
- Existe un procedimiento que indica los límites de rasurado para cada intervención.
- Cuando sea conveniente rasurar, se utiliza una rasuradora eléctrica con cabezal de un solo uso el mismo día de la cirugía. No se utilizan cuchillas para el rasurado, porque aumentan el riesgo de IHQ. (Grado de recomendación fuerte).

### AS\_bq\_3\_3, 3\_4 y 3\_5 Check list quirúrgico

Los listados de verificación quirúrgica (LVQ) son una herramienta muy útil para la reducción de los errores en los procesos quirúrgicos o en procedimientos invasivos de riesgo. Con su uso se puede asegurar que todas las tareas relevantes se realicen y revisen, fomenta una dinámica de equipos más transversal, favorece la comunicación entre los miembros del equipo y permite anticipar potenciales complicaciones.

El LVQ será realizado por la enfermera circulante, ella será la responsable de chequear las casillas del listado ayudada por los profesionales que participen en la intervención quirúrgica (facultativos, enfermeras y personal auxiliar).

El listado de verificación quirúrgica (LVQ) consta de tres fases:

- 1) el periodo previo a la inducción anestésica (**Entrada o verificación preoperatoria**),
- 2) el momento en el que el paciente ya está anestesiado y se va a proceder a la incisión (**Pausa quirúrgica**) y
- 3) el periodo durante o inmediatamente después de cerrar la herida, es decir, antes de retirar el campo estéril (**Salida quirúrgica**).

### Estándar AS\_bq\_3\_3 VERIFICACIÓN PREOPERATORIA **ESTÁNDAR BÁSICO**

AS\_bq\_3\_3

El centro tiene implantado un procedimiento para la **verificación quirúrgica**.

El centro hospitalario tiene que contar con un procedimiento de verificación preoperatorio en el que se comprueban los siguientes elementos.

#### Elementos del estándar:

- Se realiza identificación inequívoca del paciente, preguntándole su nombre y confirmándolo con la pulsera.

## DOMINIO 4: ASISTENCIA SANITARIA

- Cuando sea imposible la confirmación por parte del paciente, el familiar que lo acompañe hasta el área prequirúrgica es quien corrobora los datos, antes de que el paciente entre en la fase de preanestesia.
- Se verifica la localización quirúrgica y el procedimiento.
- El gestor del LVQ repasa verbalmente con el paciente (cuando es posible) la existencia del consentimiento informado (CI), confirmando que el paciente (o el representante) ha dado su consentimiento para la cirugía, la anestesia o los procedimientos sobrevenidos.
- El consentimiento, la localización quirúrgica y el procedimiento se contrasta con los datos de la historia clínica.
- El gestor del listado comprueba que el cirujano que realiza la intervención ha marcado el sitio de la cirugía en el caso de que implique lateralidad o de que sea necesario.
- Se garantiza que todos los documentos, imágenes y estudios relevantes están disponibles y debidamente etiquetados.
- Se comprueba la ausencia de prótesis dental o audífonos, anillos, lentillas y otros objetos personales.
- Se verifican las normas de ayuno y la retirada de esmaltes y maquillaje.
- Se confirma la disponibilidad de productos sanguíneos, equipos e instrumental médico y que los dispositivos médicos implantables se encuentran a mano, en correcto estado y funcionan.
- Se documenta en HCE la verificación prequirúrgica.

### Estándar AS\_bq\_3\_4 PAUSA QUIRÚRGICA **ESTÁNDAR BÁSICO**

AS\_bq\_3\_4

El centro tiene implantado un procedimiento para la **pausa quirúrgica**.

La pausa se produce inmediatamente antes del comienzo del procedimiento con todos los miembros del equipo presentes. A través de la pausa, el equipo aprueba que se va a realizar el procedimiento correcto, al paciente correcto y en el sitio correcto.

#### Elementos del estándar:

- Todos los miembros del equipo se conocen por su nombre y función y están presentes en ese momento.
- Si en el quirófano hay alguna persona desconocida, antes de comenzar con esta fase cada uno se identifica a sí mismo por el nombre y verbaliza su papel durante la intervención. Cuando los equipos son pequeños y muy estables, a criterio de lo que el responsable del LVQ considere como una práctica segura, este paso se podría plantear como opcional.
- Si fuese precisa la colaboración de otros especialistas (urólogos, ginecólogos, cirujano vascular, digestivo, endoscopista, etc.) se confirma que éstos están presentes o localizados para su incorporación cuando sea preciso.
- Justo antes de que el cirujano realice la incisión en la piel, la persona que coordina la lista, pide a todo el personal presente en el quirófano que paren y confirmen verbalmente el nombre del paciente, la cirugía a realizar y la localización de la misma a fin de evitar intervenir a un paciente equivocado o en una localización errónea.
- Esta casilla no se marca hasta que el anesthesiólogo, el cirujano y la enfermera circulante, individual y explícitamente, confirman que están de acuerdo.
- El gestor del listado pregunta en voz alta durante la “Pausa quirúrgica” si se ha administrado profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos. Si no se ha administrado, debería administrarse antes de la incisión. Si se ha administrado hace más de 60 minutos, el equipo debe decidir si repite o no la dosis.
- Hay procedimientos quirúrgicos específicos que requieren comprobaciones adicionales como puede ser en la cirugía cardíaca el chequeo de la bomba de circulación extracorpórea o medidas de profilaxis de trombosis venosa y sería en la pausa quirúrgica cuando deberían llevarse a cabo.
- Se documenta adecuadamente en HCE la pausa quirúrgica.

### Estándar AS\_bq\_3\_5 SALIDA QUIRÚRGICA **ESTÁNDAR BÁSICO**

AS\_bq\_3\_5

El centro tiene implantado un procedimiento para la **salida quirúrgica**.

El proceso de salida quirúrgica se realiza en el área donde se realizó la cirugía antes de que el paciente abandone esa zona.

#### Elementos del estándar:

- La persona que coordina el listado verifica el nombre del procedimiento quirúrgico que se ha realizado (pudo haberse cambiado o ampliado).
- Se comprueba el etiquetado de muestras (cuando hay muestras presentes durante el proceso de salida, se leen las etiquetas en voz alta, incluyendo el nombre del paciente).

## DOMINIO 4: ASISTENCIA SANITARIA

- La enfermera instrumentista o la circulante confirman verbalmente que han culminado el recuento final de gasas, compresas, agujas e instrumental.
- Se documenta cualquier problema que haya surgido relacionado con los equipos o cualquier evento intraoperatorio importante que haya tenido lugar.
- A fin de asegurar una planificación efectiva para la recuperación del paciente, la persona que coordina la lista pregunta al cirujano "¿Cuál es el plan postoperatorio?" Particularmente las indicaciones relativas al cuidado de la herida, drenajes (localización y señalización de los mismos), especificaciones sobre la medicación y otros aspectos del tratamiento y cuidados del paciente.
- El anestesiólogo revisa si se añade cualquier recomendación adicional al plan de recuperación postoperatoria.
- Se confirma que el paciente ha iniciado la profilaxis de la enfermedad tromboembólica antes de la intervención (si ésta estuviese indicada), si no se prescribe la próxima dosis de heparina según indicación médica en las siguientes seis horas.
- El último ítem del listado propuesto es un campo de texto libre con el nombre de "OBSERVACIONES": su finalidad es describir aquellos hechos, incidentes o dudas de relevancia que puedan servir para mejorar el LVSQ en posteriores valoraciones. Aquí se consignan también incidentes que han sido evitados con la utilización del LVSQ y aquellos incidentes de seguridad que no hayan sido recogidos en otro registro o sistema de notificación como SiNASP, SENSAR...

### Estándar AS\_bq\_3\_6 EVITAR LA HIPOTERMIA

AS\_bq\_3\_6

El centro tiene implantado un procedimiento para **evitar la hipotermia** de los pacientes quirúrgicos.

Se debe evitar la hipotermia de los pacientes durante la cirugía. La hipotermia es una complicación frecuente y relevante, sobre todo tras cirugías de más de 90 minutos. Se ha demostrado que la hipotermia incrementa el riesgo de infecciones, el riesgo de eventos de isquemia miocárdica, las pérdidas sanguíneas y las necesidades transfusionales. Un criterio de control de calidad de la anestesia y de la cirugía frecuentemente utilizado es el mantenimiento de la normotermia.

Una causa de hipotermia perioperatoria inadvertida, definida como la caída de la temperatura corporal central por debajo de 36°C, es la exposición a grandes volúmenes de líquidos para tratamiento intravenoso o de irrigación, pudiendo producir pérdidas significativas del calor corporal.

La hipotermia perioperatoria puede provocar complicaciones como coagulopatía, aumento de los requerimientos de transfusión, infección de herida quirúrgica, retraso en el metabolismo farmacológico, temblores, retraso en el despertar y disconfort térmico.

#### Elementos del estándar:

- Se monitoriza la temperatura mediante sondas cutáneas y/o centrales con el fin de mantener la normotermia durante los procesos de anestesia general o neuroaxial.
- Los centros poseen material para evitar esta situación (mantas de aire, calentadores de fluidos, calentadores de gases inspirados, etc.) y evitar que la temperatura ambiente sea menor de la estrictamente necesaria.
- Los líquidos intravenosos utilizados en pacientes con riesgo de hipotermia se calientan entre 37°C y 41°C, lo que disminuye la pérdida de temperatura corporal central en 0,5°C y la incidencia del temblor postoperatorio.

### Estándar AS\_bq\_3\_7 PREVENCIÓN DE CUERPOS EXTRAÑOS

AS\_bq\_3\_7

El centro tiene implantado un protocolo de **prevención de retención de cuerpos extraños** en los procesos quirúrgicos.

El olvido de material quirúrgico (gasas, torundas...) o instrumental (agujas, pinzas, etc.) también llamado oblitio puede constituir un problema grave para el paciente. Hay situaciones en las que el riesgo puede estar incrementado por el propio proceso: cirugías urgentes, alteraciones no planificadas del procedimiento quirúrgico, cirugías abiertas de abdomen o cavidad torácica, pacientes con elevado índice de masa corporal o cirugías en las que se generan grandes sangrados.

Entre los factores humanos que se citan con frecuencia como favorecedores de estos eventos adversos se mencionan: protocolos poco arraigados de contaje quirúrgico, tareas que se intercalan en el proceso de recuento, cambios de turno, dotaciones no adecuadas de personal o una implantación deficiente de la cultura de seguridad en el bloque quirúrgico.

## DOMINIO 4: ASISTENCIA SANITARIA

Hay recomendaciones de asociaciones profesionales como la *Association of periOperative Registered Nurses (AORN)* o el *American College of Surgeons (ACS)* que facilitan indicaciones sobre cuándo y cómo hay que efectuar los recuentos o la información que tiene que ser documentada.

En nuestro ámbito será la enfermera instrumentista la que realice el recuento y la enfermera circulante la que registre los datos. El proceso se realizará inmediatamente antes de la salida quirúrgica.

### Elementos del estándar:

- El centro cuenta con un procedimiento que estandariza la forma en que se realiza el contaje del material quirúrgico y siempre se realiza de la misma forma.
- Se cuenta siempre el instrumental quirúrgico: como norma general pinzas, agujas, mosquitos, kochers, cries, bulldogs, etc. Pueden excluirse aquellas piezas que sea absolutamente improbable que queden en el interior de una cavidad.
- Cuando el centro hospitalario cuenta con la tecnología adecuada se traza todo el material que se abra en el campo quirúrgico con lectores de códigos de barras o QR.
- En el campo quirúrgico sólo se utilizan gasas, compresas y torundas con control radio opaco.
- No se abren simultáneamente gasas con marcado radiológico y sin él.
- Se cuentan todos los paquetes en los que venga más de una unidad; aunque inicialmente conocemos el número de gasas, su contaje inicial evitará alterar el contaje final.
- Si durante el recuento inicial o al incorporarlo al campo, el paquete contiene un número distinto al indicado, el paquete entero se devuelve y se retira. No se intentan hacer compensaciones.
- Las gasas con control radiológico no se utilizan como apósitos, las gasas sin control radiológico sólo se utilizan para la anestesia o para procedimientos fuera del campo quirúrgico (sujetar el tubo endotraqueal, realizar un taponamiento nasal o faríngeo, coger una vía, etc.).
- No se cortan las gasas con marcado radiológico. Si fuera imprescindible por requerimiento de la intervención, se asegura que las partes tengan control radiológico.
- El contaje es un proceso que no sufre interrupciones o distracciones que puedan afectar al responsable. Si hay alguna duda se repite.
- No se introducen paños estériles en grandes cavidades, si se hace se registra qué se introduce y cuándo se extrae.
- Se vigila el número de drenajes que se introducen en el campo.
- Los cubos de basura están cerca de la mesa y uno de ellos (a ser posible exclusivo) se utiliza para tirar allí las compresas utilizadas y luego realizar el contaje. Se revisan también el resto. Se apunta el número de instrumental utilizado, las gasas, compresas y torundas.
- Si alguna hoja de bisturí, aguja de sutura o cualquier otro instrumental se rompiera en el transcurso de la intervención, la enfermera instrumentista se asegura de encontrar todos los pedazos. En el caso de no encontrarlos, queda registrado.
- La enfermera circulante y la instrumentista realizan el contaje de forma complementaria y se comunican el resultado la una a la otra cuando lo hayan finalizado.
- Se realiza un nuevo contaje de gasas y compresas cada vez que se da un paquete de gasas a la enfermera instrumentista, antes de suturar una cavidad o si se produce un cambio de turno.
- Al finalizar el contaje se dice en voz alta y todos los miembros del equipo (enfermera instrumentista, enfermera circulante y cirujano) confirman lo escuchado.
- Se registra el contaje: número y tipo de gasas utilizadas, tipos de instrumental utilizado, número de recuentos realizados e incidencias sobre recuentos realizados.
- Cuando hay una discrepancia en el contaje, la enfermera circulante realiza un nuevo contaje en busca de la gasa, compresa o material quirúrgico que no aparece, por si el recuento fuese erróneo.
- La enfermera instrumentista insta al equipo quirúrgico a revisar la cavidad en busca del elemento que falta.
- La incisión no se cierra hasta que se clarifique de forma inequívoca el contaje.
- Todo el equipo (no estéril) revisa el quirófano: mesas, cajas y basuras, reabre los paquetes de contaje de gasas y compresas, y vuelca el contenido de los cubos de la basura.
- En última instancia se procede al control radiológico para localizar el cuerpo extraño en la cavidad del paciente y si es correcto se cierra la incisión.
- Siempre que se produzca una situación que haya generado un error de contaje o un olvido de un cuerpo extraño se utilizan los sistemas de notificación.

### Estándar AS\_bq\_3\_8 VERIFICACIÓN PROCEDIMIENTOS DE RIESGO

AS_bq_3_8	El centro tiene implantado un listado de verificación para los procedimientos de riesgo.
-----------	--

## DOMINIO 4: ASISTENCIA SANITARIA

Los procedimientos de riesgo se realizan cada vez con mayor frecuencia en los centros sanitarios y en gran número fuera del bloque quirúrgico. Cada centro deberá definir quién es la persona encargada de aplicar y rellenar la lista de verificación durante la realización de un procedimiento de riesgo, con independencia de que se desarrollen en el bloque quirúrgico o en cualquier otra ubicación. Los procedimientos de riesgo con listado de verificación son, al menos los siguientes:

- Biopsias: mama, pulmonar, hepática y próstata.
- Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE).
- Colonoscopias con sedación profunda.
- RMN y TAC en menores.
- Drenajes torácicos.
- Desfibrilaciones.
- Cateterismos.
- Fecundación *in vitro*.
- Etc.

La lista de verificación divide el procedimiento en dos fases: antes del inicio del procedimiento y una vez finalizado el mismo.

### Elementos del estándar:

#### Antes del inicio del procedimiento:

- Se comprueba con el paciente (si es posible) su identidad, el lugar anatómico de la intervención, el procedimiento, las alergias, así como su consentimiento para la realización del procedimiento.
- Cuando no sea posible la confirmación con el paciente (menores, discapacitados o situación clínica), se realiza con un familiar o tutor.
- Los datos del paciente se contrastan con la pulsera identificativa.
- Con el resto del equipo, se verifica la historia clínica, la posibilidad de reacciones alérgicas, la profilaxis o preparación previa, el material necesario para la realización del procedimiento y la resolución de posibles emergencias y/o complicaciones, y que el personal necesario esté presente.
- Se realiza la puesta en común de los posibles puntos críticos del procedimiento entre todos los integrantes del equipo.
- Se verifica que se ha delimitado el sitio del procedimiento (si procede, y procede siempre que la zona anatómica a intervenir sea bilateral).
- Algunos equipos de oftalmología, como ejemplo de buena práctica de sitio correcto, colocan la pulsera de identificación en el lado del ojo a intervenir. Adicionalmente también pegan un trozo grande de esparadrapo en el camisón del paciente que indica la lateralidad del ojo. Equipos con un gran número de intervenciones seguidas a lo largo de la jornada han de tomar precauciones adicionales para limitar la posibilidad de error.
- Se comprueba que el paciente tiene colocado un pulsioxímetro que funciona correctamente y está a la vista, y la monitorización, en el caso de que sea necesario.
- Se comprueba si se dispone de las pruebas de imagen necesarias para su revisión durante el procedimiento.

#### Al finalizar el procedimiento:

- Todos los miembros del equipo revisan el procedimiento llevado a cabo, los eventos más importantes, el control del material utilizado y verifican el correcto etiquetado de toda muestra biológica obtenida.
- Se examinan los problemas que puedan haberse producido en relación con el funcionamiento del instrumental o los equipos y otros problemas que deban resolverse. En su caso, estos problemas se notifican a la persona responsable, según el procedimiento habitual en el centro.
- Se repasan los planes y aspectos principales de los cuidados posteriores (cuidado de la herida, control de drenajes y especificaciones del tratamiento). Este último paso se registra en la historia clínica del paciente para su conocimiento por todos los implicados en el plan de cuidados del paciente.
- La hoja de verificación se firma por el facultativo y la enfermera como un compromiso de todo el equipo con la seguridad del paciente.

### AS\_bq\_4 Gestión del medicamento y la fluidoterapia

La gestión segura de los medicamentos y la fluidoterapia que se administran en el bloque quirúrgico desempeña un papel crucial en la seguridad del proceso. Los anestesiólogos y el personal de enfermería han de seguir los protocolos de administración y dosificación de medicamentos vigentes en el hospital, así como garantizar la correcta identificación de los fármacos y de las vías de administración. La seguridad en el manejo de los medicamentos anestésicos es esencial para minimizar los riesgos asociados con la anestesia durante la cirugía. Para ello es vital contar con un equipo capacitado y consciente de los riesgos asociados con la anestesia.

## DOMINIO 4: ASISTENCIA SANITARIA

### Estándar AS\_bq\_4\_1 PROFILAXIS ANTIBIOTICA

AS\_bq\_4\_1

El centro tiene implantado un protocolo de **profilaxis antibiótica** para evitar la infección de la herida quirúrgica.

#### Elementos del estándar:

- El protocolo establecido en el hospital determina el antibiótico de elección y el tratamiento alternativo adecuado para cada procedimiento quirúrgico en caso de alergia.
- La profilaxis antibiótica para la cirugía se administra por vía intravenosa.
- La primera dosis se suministra antes de la incisión quirúrgica, pero no más de 30-60 minutos antes.
- El momento adecuado para suspender la profilaxis está contemplado en el protocolo.
- Se inicia un tratamiento erradicador en pacientes portadores de *Staphylococcus aureus* resistente a la meticilina (SAMR) antes de la cirugía de alto riesgo.
- En casos de cirugía sucia no se indica profilaxis, sino tratamiento antibiótico.

### Estándar AS\_bq\_4\_2 RIESGO TROMBOEMBOLISMO EN CIRUGÍA

AS\_bq\_4\_2

El centro tiene implantado un protocolo de **valoración del riesgo de tromboembolismo venoso** en los pacientes que se someten a una cirugía.

#### Elementos del estándar:

- Se valoran individualmente las dosis de heparinas según el riesgo quirúrgico de trombosis (Escala de Caprini) y hemorrágico (Escala de sangrado IMPROVE) y las características del paciente (edad, peso o alteración renal).
- En pacientes con riesgo trombotico alto se indica un abordaje farmacológico a base de 2 tipos de fármacos, las heparinas no fraccionadas (HNF) y las heparinas de bajo peso molecular (HBPM). Se contempla el uso de medidas no farmacológicas o mecánicas (medias de compresión a distinta altura, compresión neumática intermitente, estimulación eléctrica para contracción muscular...).
- El centro hospitalario cuenta con indicadores que reflejen la situación de la profilaxis tromboembólica realizada alrededor de la cirugía (p.ej., número de pacientes con tromboembolismo pulmonar o trombosis profunda frente al total de procedimientos quirúrgicos realizados o número de pacientes con indicación de tromboprofilaxis frente a las profilaxis realizadas de forma correcta).
- Se utilizan medias de compresión o medias de compresión neumáticas en aquellos pacientes con riesgo de tromboembolismo.

### Estándar AS\_bq\_4\_3 GESTIÓN SEGURA DE MEDICACIÓN Y FLUIDOS

AS\_bq\_4\_3

El centro realiza una **gestión segura de las medicaciones y fluidos** que administra al paciente durante el proceso perioperatorio.

#### Elementos del estándar:

- Se utiliza una bandeja de medicación por paciente.
- Todos los medicamentos, contenedores de medicamentos y soluciones están etiquetados dentro y fuera del campo estéril.
- Se evitan las distracciones al personal durante todo el proceso medicamentoso (prescripción, dispensación, preparación, administración y registro).
- Se realiza siempre una doble comprobación.
- Se realiza una transmisión adecuada de las órdenes verbales según procedimiento establecido.
- Los fármacos están organizados por grupos farmacológicos.
- Los medicamentos de alto riesgo (MAR) están identificados como tales.
- Se evita el uso de fármacos isoaparentes (*look-alike*) o se identifican de forma inequívoca. En estos casos es aconsejable utilizar formas distintas en el envasado y si no fuese posible separarlos significativamente en la ubicación.
- Se evita el uso de cloruro potásico en los carros de anestesia.
- Los carros de medicación anestésica están estandarizados.
- Las medicaciones se preparan de forma individualizada y se administran con la adecuada asepsia.
- Las jeringuillas, perfusiones IV y las líneas de infusión están etiquetadas de forma homogénea en el BQ.
- Se etiquetan de forma inmediata después de ser cargadas.
- Se utiliza el etiquetado estandarizado por la Norma ISO 26825:2008. *Anaesthetic and respiratory equipment. User-applied labels for syringes containing drugs used during anaesthesia. Colours, design and performance*, tal y como aconseja el Sistema Español de Notificación de Incidentes en Anestesia (SENSAR) y el Instituto para el Uso Seguro del Medicamento (ISMP-España).
- Las perfusiones se marcan a nivel proximal y distal.

## DOMINIO 4: ASISTENCIA SANITARIA

- El centro hospitalario dispone de protocolos para la oxigenoterapia intraoperatoria gestionados por Anestesiología.

### AS\_bq\_5 Clima y cultura de seguridad en el bloque quirúrgico

El clima y cultura de seguridad en el bloque quirúrgico juegan un papel fundamental en la seguridad del proceso. Se debe promover una cultura en la que la seguridad sea prioritaria, fomentando la participación activa de todos los miembros del equipo en la identificación y prevención de posibles riesgos. La creación de un entorno en el que todos los integrantes del equipo se sientan seguros para comunicar y reportar incidentes o errores fomenta el aprendizaje y la mejora continua. El contar con protocolos o procedimientos de consenso y adaptados al centro hospitalario proporciona un marco de seguridad para pacientes y profesionales.

#### Estándar AS\_bq\_5\_1 PROTOCOLOS BQ

AS\_bq\_5\_1

El bloque quirúrgico cuenta con **protocolos** que permiten que se desarrolle de forma homogénea y segura la **actividad quirúrgica**.

El trabajar con protocolos establecidos y con evaluación continuada de su cumplimiento es una garantía de seguridad. Esta monitorización continua, de forma ordenada y secuencial, asegura disponer de la trazabilidad de los procesos, permite identificar las incidencias y tener una capacidad de mejora continua.

Los protocolos que se utilizan en el bloque quirúrgico cuentan con el respaldo de la evidencia científica y de las principales sociedades profesionales, estando a su vez adaptados a las características del centro.

Entre las recomendaciones sobre protocolizar actuaciones destacan las derivadas de la declaración de Helsinki sobre seguridad de los pacientes en anestesiología (10 áreas temáticas):

#### Elementos del estándar:

- Procedimiento de chequeo de los elementos necesarios para la actuación anestésica (respirador, monitores, fármacos...).
- Procedimiento de valoración anestésica preoperatoria y preparación del paciente quirúrgico.
- Procedimiento para evitar los errores de medicación y etiquetado de las jeringas.
- Protocolo para el manejo de la vía aérea difícil.
- Protocolo para el diagnóstico diferencial de la hiperpirexia maligna.
- Protocolo para el diagnóstico precoz de las reacciones anafilácticas en anestesia.
- Prevención y tratamiento de la toxicidad por anestésicos locales.
- Protocolo para la hemorragia y transfusión masiva.
- Protocolo para el paciente politraumatizado.
- Procedimiento para la prevención de la transmisión de enfermedades infecciosas dentro del entorno quirúrgico.
- Procedimiento de cuidados postoperatorios incluyendo tratamiento del dolor.

También existirán otros procedimientos generales del bloque quirúrgico:

- Protocolo de manejo perioperatorio de los fármacos antiagregantes y anticoagulantes.
- Protocolo de profilaxis antibiótica.
- Protocolo de manejo de pacientes con alergia al yodo, al látex, etc.

#### Estándar AS\_bq\_5\_2 CLIMA DE SEGURIDAD EN BQ

AS\_bq\_5\_2

Los profesionales del bloque quirúrgico se implican para generar un **clima de seguridad** que favorezca el adecuado desarrollo del trabajo.

#### Elementos del estándar:

- En el bloque quirúrgico se evalúa periódicamente la cultura de seguridad de los profesionales en relación con su actividad.
- Existe un grupo de gestión del riesgo en el bloque quirúrgico que se reúne regularmente para analizar la seguridad del paciente.
- Existe un coordinador de cirugía segura.
- Se utiliza una sistemática para la notificación de errores en el bloque quirúrgico y para el análisis de eventos centinela.
- Existen iniciativas para implicar al paciente y la familia en la seguridad de la asistencia.
- Los profesionales del bloque quirúrgico reciben formación específica en seguridad del paciente.

## DOMINIO 4: ASISTENCIA SANITARIA

### DONACIÓN, TRANSFUSIÓN Y TRASPLANTE (dt)

El RD 1088/ 2005 define los Servicios de Transfusión (ST) como la “unidad asistencial de un centro hospitalario, vinculada a un centro de transfusión en la que, bajo la responsabilidad de un médico especialista en Hematología y Hemoterapia, se almacena sangre y componentes sanguíneos para su transfusión y en el que se pueden realizar pruebas de compatibilidad de sangre y componentes para su uso exclusivo en sus instalaciones, incluidas las actividades de transfusión hospitalaria”

Por otro lado, los trasplantes de órganos y tejidos se consideran una opción terapéutica habitual, cuya indicación ha ido creciendo de forma continua debido a los buenos resultados, tanto en supervivencia postrasplante como en mejora de calidad de vida.

Las relaciones entre la Organización Nacional de Trasplantes (ONT) y las comunidades autónomas se articulan a través de la Comisión Permanente de Trasplantes del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. En esta Comisión participan la coordinadora nacional (directora general de la ONT) y los coordinadores autonómicos de trasplantes. La red de donación y trasplantes de España está formada por varios niveles:

- Nacional: desde la ONT se coordinan los operativos de donación y trasplante.
- Autonómico: los coordinadores autonómicos son los responsables de unificar las decisiones de las coordinaciones hospitalarias.
- Hospitalario: los coordinadores hospitalarios gestionan el día a día de sus equipos de trasplantes.
- Equipos de trasplante: los conforman los cirujanos que trabajan con los diferentes órganos, así como los equipos de trasplante de células y de tejidos.

Es necesaria una adecuada gestión de la calidad del proceso de Donación, Extracción y Trasplante de Órganos y Tejidos, asegurando la mejora continua, minimizando los riesgos y mejorando su eficiencia.

El Real Decreto-ley 9/2014, de 4 de julio, establece las normas de calidad y seguridad para la donación, la obtención, la evaluación, el procesamiento, la preservación, el almacenamiento y la distribución de células y tejidos humanos.

	Dominio		Agrupador	nº	Circuito
AS	ASISTENCIA SANITARIA	dt	Donación, transfusión y trasplante	1	Gestión de transfusiones
				2	Gestión de órganos y tejidos

#### AS\_dt\_1 Gestión de transfusiones

#### Estándar AS\_dt\_1\_1 SOLICITUD ADECUADA DE HEMOCOMPONENTES

AS_dt_1_1	El Servicio de Transfusión realiza la <b>solicitud de hemocomponentes (HC)</b> al Centro Comunitario de sangre y tejidos (CCST) de manera adecuada.
-----------	---

##### Elementos del estándar:

- Existe un acuerdo con el Centro Comunitario de sangre y tejidos (CCST).
- Existe un responsable del Servicio de Transfusión, que es Especialista en Hematología y Hemoterapia.
- Existe un procedimiento para la solicitud de HC al CCST 24 horas/7 días.
- Existe un documento que define el número de HC precisos en *stock* (control de caducidades) y la gestión de posibles incidencias.

#### Estándar AS\_dt\_1\_2 RECEPCIÓN DEL HC

AS_dt_1_2	El Servicio de Transfusión realiza la <b>recepción del HC</b> de manera adecuada.
-----------	---

##### Elementos del estándar:

- Se dispone de un procedimiento de recepción de los HC que incluye registros de fecha y hora, de toma de temperatura y de recepción de los mismos en condiciones óptimas y firma en el albarán de la persona responsable.
- Están descritos los criterios de aceptación y rechazo de los HC.

## DOMINIO 4: ASISTENCIA SANITARIA

- Existen criterios de readmisión de HC enviados a transfundir y que se devuelven no transfundidos.

### Estándar AS\_dt\_1\_3 TRANSPORTE ADECUADO DEL HC

AS\_dt\_1\_3

El transporte del hemocomponente se realiza en las condiciones adecuadas.

Tanto el transporte entre el CCST y el ST como el transporte intrahospitalario debe realizarse en las condiciones adecuadas. El transporte no urgente es responsabilidad del CCST y el urgente es responsabilidad de los ST.

#### Elementos del estándar:

- El transporte entre el CCST y el ST se realiza en las condiciones adecuadas.
- El transporte intrahospitalario (desde los servicios de transfusión a las unidades donde se transfunde) se realiza en las condiciones adecuadas.

### Estándar AS\_dt\_1\_4 ALMACENAMIENTO DEL HC

AS\_dt\_1\_4

El Servicio de Transfusión realiza el almacenamiento del HC de manera adecuada.

#### Elementos del estándar:

- Existe un procedimiento que indica la temperatura y forma de almacenamiento de HC que garantice la correcta conservación y minimice la probabilidad de error de administración.
- Los medios isotermos cuentan con una monitorización continua de la temperatura y un sistema de alarma ante desviaciones del rango establecido.
- Existe un procedimiento de actuación ante desviación del rango de temperaturas óptimas y un plan de contingencia ante una avería de cualquier equipo de almacenamiento de HC.

### Estándar AS\_dt\_1\_5 SOLICITUDES DE TRANSFUSIÓN

AS\_dt\_1\_5

El Servicio de Transfusión comprueba que las solicitudes de transfusión sanguínea se realizan de manera adecuada.

#### Elementos del estándar:

- Se dispone de guías clínicas para la indicación de componentes sanguíneos.
- Existe un procedimiento para realizar la solicitud/prescripción de un HC.
- Los Servicios de Transfusión participan en la implantación del consentimiento informado.
- La solicitud es legible y está correctamente cumplimentada: justificación, identificación del receptor, fecha, datos analíticos, HC solicitado, número de HC a transfundir, prioridad o plan de uso, identificación del prescriptor, condiciones especiales del HC a transfundir, antecedentes transfusionales...
- Existen criterios de aceptación de solicitud de HC.

### Estándar AS\_dt\_1\_6 GESTIÓN ADECUADA DE MUESTRAS BIOLÓGICAS

AS\_dt\_1\_6

El Servicio de Transfusión realiza una gestión adecuada de las muestras biológicas de los pacientes.

#### Elementos del estándar:

- Existen criterios de aceptación y rechazo de las muestras recibidas.
- Existe un procedimiento que garantiza la identificación inequívoca de la muestra y del paciente, así como el transporte, conservación y manipulación adecuados.
- Existe una instrucción que describe el tipo de muestra que se debe extraer para cada determinación analítica (número de tubos, color, volumen...).
- La identificación de la muestra se realiza a la cabecera del paciente.
- Las muestras rechazadas no se devuelven y se registra el motivo de rechazo.

### Estándar AS\_dt\_1\_7 PRUEBAS PRETRANSFUSIONALES

AS\_dt\_1\_7

El Servicio de Transfusión garantiza la seguridad del paciente en relación a las pruebas pretransfusionales.

#### Elementos del estándar:

## DOMINIO 4: ASISTENCIA SANITARIA

- Existen instrucciones técnicas que definen la sistemática a seguir para la realización de las pruebas pretransfusionales pertinentes para cada paciente. Este procedimiento incluye, al menos:
  - Cada cuánto tiempo es preciso hacerlas.
  - La realización de grupo hemático y sérico en el receptor.
  - La realización de escrutinio de anticuerpos irregulares y, en el caso de ser positivos, la identificación.
  - En el caso de CH, la realización de pruebas de compatibilidad entre el suero/plasma del receptor y la unidad de CH a transfundir. Estas pruebas pueden sustituirse por pruebas de compatibilidad electrónicas, en cuyo caso se garantiza:
    - ✓ La determinación automatizada del grupo hemático (GH) del receptor en 2 muestras diferentes.
    - ✓ La ausencia de anticuerpos eritrocitarios en el receptor.
    - ✓ La recomprobación automatizada del GH del CH a transfundir.
    - ✓ La existencia de un sistema informático que impida el envío de CH con incompatibilidad de grupo.
- A todos los equipos empleados se les realizan mantenimientos programados ajustados a las recomendaciones de los fabricantes.
- Se realizan controles de calidad internos y externos de las células y reactivos empleados en las técnicas analíticas inmunohematológicas.
- Existe un registro de los mantenimientos y de los resultados de los controles.
- Se dispone de las fichas de seguridad de los reactivos.

### Estándar AS\_dt\_1\_8 GESTIÓN DE EQUIPOS Y REACTIVOS

AS\_dt\_1\_8

El Servicio de Transfusión realiza una gestión adecuada de los equipos y reactivos.

#### Elementos del estándar:

- Se realizan mantenimientos diarios/semanales de los autoanalizadores.
- Se realizan controles de calidad internos y externos de las células y reactivos de casas comerciales empleados en las técnicas analíticas inmunohematológicas.
- Se dispone de las fichas de seguridad de los reactivos.

### Estándar AS\_dt\_1\_9 SELECCIÓN Y ADMINISTRACIÓN DEL HC

AS\_dt\_1\_9

El Servicio de Transfusión garantiza la seguridad del paciente en relación con la selección y administración del hemocomponente.

#### Elementos del estándar:

- El procedimiento de selección y administración de HC impide la administración de HC ABO incompatibles.
- Se selecciona concentrado de hematíes (CH) isofenotipo Rh/Kell para toda mujer en edad fértil.
- Se dispone de HC irradiados. En el caso de las plaquetas pueden ser irradiadas o sometidas a un proceso de inactivación.
- Se garantiza la selección de HC con fenotipo eritrocitario correcto en caso de alosensibilizaciones.
- Se garantiza que un paciente con indicación de componentes irradiados, recibe dicho componente.
- Se realiza comprobación del grupo hemático del CH antes de darle salida.
- Se comprueba que el HC enviado es el solicitado.
- Se identifica el HC a administrar con los datos del receptor, del HC a transfundir, ABO del receptor y del HC y resultado de pruebas de compatibilidad (si precisa).
- Se realiza inspección del HC a administrar antes de la salida del ST (aspecto adecuado en el caso del plasma, ausencia de hemólisis en el caso de CH, remolinos y aspecto correcto en las plaquetas...).
- Existe un responsable y registro de controles de descongelación del plasma y crioprecipitado.
- Se realiza el transporte hasta el receptor en condiciones adecuadas.
- Se comprueba la identificación inequívoca a la cabecera del paciente (datos del HC, datos del receptor) y la concordancia de los datos del HC a transfundir. Se registra esta comprobación en el documento de seguridad transfusional.
- Se comprueba GH del receptor a la cabecera y su concordancia con el GH del HC a transfundir.
- Existe un procedimiento específico para la transfusión en caso de extrema urgencia.

## DOMINIO 4: ASISTENCIA SANITARIA

- La instrucción dispone de indicaciones para toma de constantes vitales al inicio de la transfusión.
- Se vigila al paciente durante los primeros 10-15 minutos de la transfusión.
- Se emplea equipo de perfusión con el filtro adecuado para la administración de HC.
- Se registran y conservan los registros de todos los pasos y personas que intervienen en el proceso de transfusión.
- Es posible trazar desde la donación hasta el destino final de la unidad.
- Existe una instrucción para comprobar el GH de los concentrados de hematíes y se registra.
- Existe un protocolo de transfusión en situaciones de extrema urgencia.

### Estándar AS\_dt\_1\_10 SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA TRANSFUSIÓN **ESTÁNDAR BÁSICO**

AS\_dt\_1\_10

El Servicio de Transfusión gestiona de manera adecuada la seguridad del paciente durante y tras la administración del HC.

#### Elementos del estándar:

- Existe una instrucción de conservación de muestras de los pacientes y de segmentos de los CH transfundidos.
- El tratamiento de las bolsas vacías tras administración del HC se realiza de acuerdo a lo establecido en la gestión de residuos.
- Los profesionales de las unidades de hospitalización responsables del paciente durante la perfusión del HC conocen el plan de actuación ante una reacción transfusional.
- Existe un Comité Hospitalario de Transfusión.
- Existe una instrucción técnica que contempla el tratamiento de los HC devueltos al ST (sin transfundir) y los criterios de aceptación y reingreso en el almacén del ST.
- Es posible la trazabilidad del HC desde su solicitud hasta la finalización del proceso.

### AS\_dt\_2 Gestión de órganos y tejidos

### Estándar AS\_dt\_2\_1 SISTEMA DE ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ONT

AS\_dt\_2\_1

El centro aplica el Sistema de Aseguramiento de la Calidad de la Organización Nacional de Transplantes (ONT).

#### Elementos del estándar:

- Se verifica la identidad del donante mediante un procedimiento operativo estandarizado.
- Se cumplen los requisitos de consentimiento para la donación conforme a la normativa vigente.
- Se realiza la caracterización del donante (evaluación de su idoneidad para realizar un adecuado análisis riesgo-beneficio, minimizar los riesgos para donante y receptor y optimizar la asignación de órganos y tejidos).
- Se realiza la caracterización de los órganos y tejidos (evaluación de su idoneidad para los mismos fines que se citan en el punto anterior).
- La obtención de los órganos y tejidos, incluyendo su preparación, se realiza conforme a procedimientos operativos estandarizados debidamente documentados y validados.
- El transporte de los órganos y tejidos se realiza conforme a procedimientos operativos estandarizados debidamente documentados y validados con el fin de minimizar los riesgos de contaminación y prevenir el deterioro de las propiedades biológicas necesarias para su uso clínico.
- Se garantiza la trazabilidad de todas las fases del proceso de origen a destino, estando la información guardada y custodiada de forma segura durante al menos 30 años a partir de su codificación.
- Existe un sistema de notificación y gestión de eventos/reacciones adversas graves (biovigilancia).

### Estándar AS\_dt\_2\_2 GESTIÓN DE SUSTANCIAS DE ORIGEN HUMANO

AS\_dt\_2\_2

El centro cumple con la normativa vigente en relación con la donación y uso de sustancias de origen humano (SoHO).

El Reglamento (UE) 2024/1938 del Parlamento Europeo y del Consejo sobre las normas de calidad y seguridad de las sustancias de origen humano (SoHO, por sus siglas en inglés de «*Substances of Human Origin*») establece una serie de medidas a adoptar para asegurar unos altos niveles de calidad y seguridad en estos procesos.

## DOMINIO 4: ASISTENCIA SANITARIA

El Reglamento será de aplicación obligatoria a partir de agosto de 2027 y afecta a sustancias de origen humano como tejidos, sangre, leche materna, células y tejidos reproductores, plaquetas, sangre de cordón umbilical, médula ósea, microbiota intestinal o cualquier otra SoHO que pueda utilizarse en el futuro.

### Elementos del estándar:

- El centro cumple con la normativa legal en relación con la donación y uso de sustancias de origen humano; se citan a continuación algunos ejemplos:
  - ✓ El registro de donantes.
  - ✓ El consentimiento informado tanto de los donantes como de los receptores.
  - ✓ La identificación inequívoca de la muestra.
  - ✓ La trazabilidad completa de todo el proceso.
  - ✓ La codificación de las muestras.
  - ✓ El adecuado procesamiento y almacenamiento de las muestras.
  - ✓ La vigilancia y la comunicación de reacciones adversas.
  - ✓ El sistema de gestión de la calidad.

## DOMINIO 4: ASISTENCIA SANITARIA

### ATENCIONES ESPECIALES (ae)

El centro debe prestar especial atención a aquellos pacientes, colectivos o situaciones clínicas que, por sus características, hacen que la atención sanitaria se preste en unas condiciones distintas a las habituales. La detección precoz de los problemas a través de una adecuada valoración permitirá a los equipos sanitarios adelantarse a la situación con un diagnóstico temprano y un abordaje adecuado. En estas situaciones tendrá más relevancia, si cabe, el respeto a la intimidad del paciente, la cercanía y la calidez de la atención.

	Dominio		Agrupador	nº	Círculo
AS	ASISTENCIA SANITARIA	ae	Atenciones especiales	1	Contención mecánica
				2	Pacientes vulnerables
				3	Situación crítica de maltrato
				4	Evaluación del riesgo de violencia

#### AS\_ae\_1 Contención mecánica

La OMS definió en 1989 la contención mecánica como un "método extraordinario con finalidad terapéutica que, según todas las declaraciones sobre los derechos humanos referentes a psiquiatría, sólo resultarán tolerables ante aquellas situaciones de emergencia que comporten una amenaza urgente o inmediata para la vida y/o integridad física del propio paciente o de terceros, y que no puedan conjurarse por otros medios terapéuticos".

Diez años después, el *Commonwealth National Restraint Minimization Project*, la definía como "la aplicación, control y extracción de dispositivos de sujeción mecánica usados para limitar la movilidad física como medida extrema para evitar daños al paciente, a otras personas y al entorno que le rodea".

Por su parte, la JCI la define como "medida terapéutica excepcional, destinada a la restricción de movimientos y concretada en el uso de procedimientos físicos o mecánicos dirigidos a limitar los movimientos de todo o parte del cuerpo de un paciente".

El Servicio Andaluz de Salud, lo entiende como "cualquier mecanismo, material o equipo atado al cuerpo o cerca del cuerpo de una persona que no puede ser controlado o retirado con facilidad por él mismo y que impide o está pensado para impedir el movimiento libre del cuerpo de una persona a una posición de su elección y/o el acceso normal de una persona a su cuerpo".

Otra definición actual sería "Limitación intencionada y en beneficio del paciente (es parte de un tratamiento) de la libertad de sus movimientos, que puede afectar a una parte del cuerpo, a su totalidad, o al normal acceso a cualquier parte del mismo, con cualquier método físico aplicado sobre su cuerpo o adyacente a él, del que no puede liberarse con facilidad".

Independientemente de la definición que utilicemos, la contención mecánica supone una vulneración de los derechos más fundamentales del paciente, por lo que su uso en los centros sanitarios debe ser absolutamente excepcional y garantizar la dignidad y seguridad de los pacientes.

#### Estándar AS\_ae\_1\_1 CONTENCIÓN MECÁNICA

AS\_ae\_1\_1

El centro garantiza un uso adecuado de las medidas de **contención mecánica** y se aplican de forma excepcional priorizando la seguridad y la dignidad del paciente.

La contención mecánica ha de cumplir con los siguientes criterios:

- Ser absolutamente necesaria, siendo la última opción para contener al paciente, después de haber explorado todas las opciones posibles.
- Tiene que tener un carácter absolutamente excepcional.
- Ser lo más breve posible.
- Ser proporcional a la situación del paciente.
- Contar con el consentimiento del paciente o de la familia, excepto en las situaciones donde el riesgo para el paciente, otros pacientes o profesionales justifiquen realizarlo sin el consentimiento previo.
- Ha de contar con un seguimiento adecuado de la necesidad de la contención y desplegar de forma automática un plan de cuidados específico para ese paciente.

## DOMINIO 4: ASISTENCIA SANITARIA

- Ha de realizarse siempre con prescripción médica, como una prescripción no farmacológica. Ésta debe incluir los motivos que justifican la contención, la duración prevista y las revisiones programadas.

### Elementos del estándar:

- Existe un consentimiento informado previo en pacientes de riesgo (o posterior de la familia).
- Se realiza la prescripción médica no farmacológica.
- El centro cuenta con material homologado en buen estado.
- El personal del centro está entrenado en la técnica.
- La intervención es proporcionada y segura.
- Nunca se realiza con carácter punitivo.
- Se informa a la familia de la contención.
- Se realiza una valoración periódica de la necesidad de la contención.
- Se despliega el plan de cuidados de enfermería específico para estos casos: control de líquidos y diuresis, constantes vitales, prevención de tromboembolismos, prevención de UPP, higiene adecuada, prevención de broncoaspiraciones...

### AS\_ae\_2 Pacientes vulnerables

Determinados pacientes, por su situación sociofamiliar, pueden precisar una atención adecuada a sus especiales características. En muchos casos el alta de estos pacientes se demora, no por motivos médicos, sino por falta de soporte familiar. Es importante en estos casos, definir aquellas situaciones que pueden hacernos sospechar la existencia de un paciente con una situación de vulnerabilidad, para solicitar una interconsulta con la trabajadora social y empezar a planificar el alta desde el inicio del ingreso.

Las posibles situaciones de vulnerabilidad serán, entre otras, las siguientes:

- Menores de edad.
- Personas con discapacidad.
- Personas en exclusión social o en riesgo de exclusión.
- Migrantes.
- Ancianos.
- Personas dependientes.
- Pacientes con enfermedad mental.

### Estándar AS\_ae\_2\_1 COLECTIVOS VULNERABLES

AS\_ae\_2\_1

El centro identifica a aquellos pacientes y/o **colectivos vulnerables** y les ofrece una atención sanitaria acorde a sus necesidades singulares.

La detección precoz de las situaciones de vulnerabilidad sociosanitaria es uno de los objetivos que debe perseguir la institución sanitaria, ya que esto permitirá la aplicación de los procedimientos institucionales establecidos y ofrecer una atención sanitaria personalizada a la situación del paciente.

Debemos considerar la posibilidad de una situación de vulnerabilidad sociosanitaria en un paciente que presente alguna de las siguientes características:

- Paciente mayor de 80 años, que vive solo o con otra persona dependiente.
- Paciente que padece enfermedad de evolución progresiva y discapacitante, con escaso apoyo familiar o en situación de desbordamiento del cuidador principal.
- Signos de maltrato, abandono, negligencia o desatención.
- Pacientes terminales o en cuidados paliativos con insuficiente apoyo socio-familiar.
- Ingresos hospitalarios previos por falta de cuidados.
- Mujer embarazada sin control del embarazo, con consumo de drogas, pérdida de tutela de alguno de sus hijos,...
- Menores con trastornos del desarrollo infantil o discapacidad y entorno familiar limitado.
- Mujeres con signos de violencia de género.

Ante la presencia de cualquiera de estas situaciones u otras que nos parezcan sospechosas, se ha de realizar una derivación a Trabajo social, para que se realice una valoración específica.

### Elementos del estándar:

- Los colectivos definidos como pacientes vulnerables reciben una evaluación sociosanitaria.
- Los profesionales conocen y aplican el protocolo.
- El centro realiza actividades de formación y sensibilización sobre estos temas.

### AS\_ae\_3 Situación crítica de maltrato

Entendemos por maltrato “la acción, omisión o trato negligente que vulnera los derechos fundamentales

## DOMINIO 4: ASISTENCIA SANITARIA

de la persona y comprometa la satisfacción de las necesidades básicas de ésta, e impida o interfiera en su desarrollo físico, psíquico y/o social”. Incluidos los malos tratos físicos, psicológicos y sexuales. Estas situaciones de maltrato pueden incidir de forma más acusada en determinados colectivos. Adquiere una gran relevancia tanto la violencia de género dirigida hacia las mujeres, como la violencia dirigida hacia la infancia (maltrato infantil). De todas formas, podrá presentarse una situación de maltrato en relación con cualquier colectivo vulnerable, como las personas ancianas, personas dependientes, incapacitados, enfermos mentales, etc. Es de gran importancia la identificación de los colectivos vulnerables, como ya se expuso en el anterior circuito, ya que nos va a permitir una detección precoz y una actuación temprana.

### Estándar AS\_ae\_3\_1 DETECCIÓN DEL MALTRATO

AS\_ae\_3\_1

El centro establece procedimientos para la **detección de situaciones de maltrato** y aplica los protocolos institucionales cuando se detectan.

La organización sanitaria es un factor muy importante en la detección precoz de una situación de maltrato, así como la asistencia y recuperación de la persona que es víctima del mismo. A través de la atención sanitaria, particularmente en las exploraciones o en las entrevistas, se pueden mostrar signos que nos invitarán a pensar en una situación de maltrato, por lo que los profesionales de la organización han de estar sensibilizados con los programas institucionales de actuación ante este tipo de situaciones.

#### Elementos del estándar:

- Los colectivos definidos como pacientes vulnerables reciben una evaluación sociosanitaria que permite descartar la situación de maltrato.
- Se utilizan los protocolos específicos.
- Los profesionales conocen y aplican el protocolo.
- Los profesionales están implicados en la detección precoz, notificación, asistencia y recuperación de la persona maltratada.
- El centro realiza actividades de formación y sensibilización sobre estos temas.

### AS\_ae\_4 Evaluación del riesgo y gestión de la violencia

La OMS define la violencia como “el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones”.

### Estándar AS\_ae\_4\_1 RIESGO SUICIDA

AS\_ae\_4\_1

El centro evalúa el **riesgo suicida** de los pacientes y adopta las medidas de seguridad necesarias en base a dichas evaluaciones.

El suicidio es un problema que, por su magnitud (más de un millón de suicidios en el mundo al año según la OMS), y por las tremendas repercusiones que tiene en la familia y en la sociedad, supone un importante reto para los gobiernos y organizaciones. En España la situación no es distinta; así, el suicidio se sitúa como la primera causa de muerte no natural por delante de los accidentes de tráfico, siendo el Principado de Asturias la comunidad autónoma dónde se alcanza la tasa de suicidio más alta de toda España.

Dada la multicausalidad de este fenómeno, se precisará de un abordaje multidisciplinar, con la coordinación de los distintos estamentos y profesionales del centro, los cuales tendrán un papel muy relevante en la intervención ante la conducta suicida y su seguimiento posterior.

#### Elementos del estándar:

- El centro define población, colectivos, ámbitos o situaciones de especial riesgo suicida (trastornos psiquiátricos, tentativas anteriores, antecedentes de autolesiones, situaciones de exclusión social, drogadicción, dolor crónico...).
- Se realiza una evaluación del riesgo de conducta suicida: la detección precoz de estos pacientes es fundamental para su abordaje. La evaluación se realiza con carácter general en todas las ocasiones, pero particularmente cuando el paciente se encuentre en alguna de las situaciones definidas como de riesgo suicida. Para ello se utilizan escalas específicas.
- La evaluación de la conducta autolítica precisa una reevaluación periódica.
- Existe una señalización clara en la historia clínica del paciente de riesgo.
- El centro cuenta con un procedimiento de actuación ante la detección de riesgo suicida.
- El centro sanitario es un entorno seguro para estos pacientes, sin sustancias tóxicas al alcance (medicamentos, productos tóxicos...), áreas susceptibles de precipitación (ventanas, escaleras...), etc.

## DOMINIO 4: ASISTENCIA SANITARIA

- Los profesionales sanitarios están sensibilizados con las conductas autolíticas y tienen formación específica en este ámbito. Servicios como urgencias o los servicios de salud mental tienen una especial implicación en este tema.
- El abordaje terapéutico del paciente con ideación o conducta autolítica es multidisciplinar.
- Los casos más graves se ingresan de forma urgente en una unidad de salud mental específica.
- Cuando el abordaje pueda ser ambulatorio se tramita una consulta preferente en los servicios de salud mental.
- Se realiza una valoración social por Trabajo social, tanto del paciente como de su entorno de apoyo.
- Se realiza un seguimiento ambulatorio y/o domiciliario de estos pacientes.
- Se siguen las recomendaciones del "Protocolo de detección y manejo de casos en personas con riesgo de suicidio" por la Unidad de Coordinación del Programa Marco de Salud Mental (UCOSAM).

### Estándar AS\_ae\_4\_2 RIESGO DE VIOLENCIA

AS\_ae\_4\_2

El centro evalúa el **riesgo de violencia** en todas las etapas de la atención sanitaria y adopta las medidas necesarias para poder garantizar un entorno seguro a los usuarios.

Las circunstancias en las que el ciudadano se acerca a los centros sanitarios, en muchas ocasiones con carácter urgente, pueden provocar situaciones de nerviosismo y tensión, tanto para los propios pacientes y familiares. La organización debe procurar que la atención sanitaria se proporcione en un entorno seguro y sin crispaciones y se ha de garantizar la seguridad física de todas las personas en sus instalaciones.

#### Elementos del estándar:

- El centro cuenta con un procedimiento para la prevención de situaciones conflictivas entre usuarios de los servicios y familiares.
- El centro identifica las situaciones o áreas de mayor riesgo potencial de violencia.
- El centro cuenta con un procedimiento establecido para la dotación extra de medidas de seguridad en situaciones de riesgo de violencia sobrevenidas.
- El centro está dotado de elementos estructurales que aporten mayor seguridad al entorno laboral: sistemas de alarma, circuitos de videograbación, etc.
- Los sistemas de videograbación, si existen, están señalados adecuadamente y se realiza una gestión de las imágenes obtenidas de acuerdo con la legislación vigente en esta materia.
- Existe un plan de adecuación del centro sanitario con el fin de reducir situaciones que potencialmente originan un aumento de la tensión:
  - Existencia de puntos de información.
  - Optimización de los sistemas de cita previa, evitando las colas y aglomeraciones.
  - Ajuste de las agendas a las citas, ya que la espera suele ser un generador importante de tensión.
  - Establecimiento de una periodicidad para facilitar la información a los familiares, especialmente en los servicios de urgencias.
  - Habilitación de salas de espera adecuadas, no masificadas y con la información necesaria disponible.
  - Existencia de un procedimiento establecido de notificación de situaciones de violencia (dentro del propio centro y a la autoridad competente).
- El centro incluye en su oferta formativa el conocimiento del protocolo de prevención y actuación ante violencia, así como entrenamiento en habilidades de atención al usuario, resolución de conflictos, asertividad y mediación.
- El centro dota de información a los trabajadores sobre dónde y cuándo se deben dirigir si presencian una situación de violencia (números de teléfono de cuerpos de seguridad, mediación, superior jerárquico...).
- El centro forma a los trabajadores para que sepan qué tipo de conducta no es aceptable, qué hacer si son testigos o víctimas de un acto de violencia en el lugar de trabajo y cómo protegerse a sí mismos en caso de violencia.
- El centro realiza propuestas de mejora basadas en el registro de incidentes, en el análisis de las quejas y reclamaciones presentadas por los usuarios, etc., para evitar situaciones similares en el futuro.

## DOMINIO 4: ASISTENCIA SANITARIA

### Estándar AS\_ae\_4\_3 CUSTODIA DE OBJETOS PERSONALES

AS\_ae\_4\_3

El centro hospitalario dispone de un procedimiento para la **custodia de los objetos personales** del paciente.

#### Elementos del estándar:

- En la acogida del paciente se valoran las pertenencias personales que puedan no ser adecuadas para el ingreso hospitalario y se ofrece a los familiares llevárselas a su domicilio.
- El centro hospitalario cuenta con un procedimiento para el depósito y custodia de los objetos personales de los pacientes ingresados.

### Estándar AS\_ae\_4\_4 CÓDIGO ROSA

AS\_ae\_4\_4

El centro tiene implementado un protocolo para evitar la **sustracción de bebés**.

#### Elementos del estándar:

- El centro hospitalario cuenta con un procedimiento en el que se detallan las actuaciones a seguir ante una sospecha o un incidente de seguridad con un menor de edad (sustracción de bebé, desaparición de un menor, etc.).
- En el procedimiento están establecidas las responsabilidades de los profesionales una vez que se activa el "Código rosa".
- El personal sanitario del área de pediatría y otros profesionales implicados (ordenanzas, celadores, guardias de seguridad...) están entrenados y formados para garantizar todas las medidas de seguridad ante un incidente de este tipo.
- Se involucra a los padres en las medidas a adoptar para prevenir estos incidentes de seguridad.
- Se realizan simulacros periódicos de situaciones de "Código rosa" y se documentan los resultados.

## DOMINIO 4: ASISTENCIA SANITARIA

### CONTINUIDAD ASISTENCIAL (ca)

La continuidad asistencial es el resultado de la combinación de un acceso adecuado a la atención para el paciente, buen flujo de información y una buena atención y coordinación entre profesionales para mantener la consistencia de la atención sanitaria.

La principal diferencia entre continuidad y coordinación, es que la coordinación se refiere a la interacción entre los profesionales, mientras que la continuidad se refiere a la interacción entre pacientes y profesionales sanitarios.

La continuidad de la asistencia es uno de los principales retos de las organizaciones sanitarias, siendo aún más relevante en la atención a pacientes pluripatológicos o con enfermedades crónicas. Todo esto hace que las organizaciones sanitarias integren elementos de continuidad asistencial en los planes de calidad o en las guías de atención a las enfermedades crónicas.

	Dominio		Agrupador	nº	Circuito
AS	ASISTENCIA SANITARIA	ca	Continuidad asistencial	1	Continuidad de la información
				3	Continuidad de la gestión

### AS\_ca\_1 Continuidad de la información

La continuidad de la información hace referencia a los sistemas de información comunes entre niveles, a la existencia de una historia clínica digital de uso compartido y a los mecanismos establecidos para que la información del paciente fluya entre niveles asistenciales, sin que esto sea un obstáculo para la atención sanitaria. Se refiere a la disponibilidad, utilización e interpretación de la información de acontecimientos anteriores para dar una atención apropiada a la circunstancia actual del paciente.

#### Estándar AS\_ca\_1\_1 SISTEMAS DE INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN CLÍNICA

AS_ca_1_1	El centro dispone de sistemas comunes que permiten el <b>intercambio de información clínica</b> entre los profesionales y entre distintos niveles asistenciales.
-----------	--

Los sistemas de información comunes conectan a los diferentes profesionales haciendo posible el acceso y el intercambio de información entre hospitales, atención primaria, pacientes, centros sanitarios, laboratorios y otras instituciones.

Estos sistemas mejoran la continuidad, ya que la información sobre un paciente está disponible para los distintos profesionales, en distintos lugares y a cualquier hora, de forma que el paciente recibe asistencia en todo momento.

La información es el nexo de unión entre profesionales y entre servicios o niveles. Asociada a la información, se encuentra la transferencia de la misma, de forma que cada profesional tiene acceso a la información sobre la atención prestada anteriormente a un paciente, el curso de la enfermedad, sus circunstancias...

La información es importante para planificar la atención y para tener en cuenta antecedentes personales o familiares, pero también es importante el conocimiento acumulado del paciente sobre sus preferencias, valores y contexto.

#### Elementos del estándar:

- Existe una historia única y unificada por paciente que integra la información entre niveles asistenciales.
- Existen accesos a la historia resumida de otros ámbitos: Atención Primaria, Servicio de Atención Médica Urgente (SAMU), otras áreas sanitarias, etc.
- Se dispone de alarmas en la historia electrónica que faciliten la visualización de elementos de especial importancia: alergias, riesgo de suicidio, riesgo de caídas, intolerancias alimentarias, anticoagulantes orales, paciente en ensayo clínico, etc.

## DOMINIO 4: ASISTENCIA SANITARIA

- Existen accesos a registros sobre opciones personales del paciente: instrucciones previas, personas autorizadas para recibir información, etc.
- Se realizan interconsultas entre profesionales de distintos ámbitos, con carácter bidireccional e interdisciplinar.

### Estándar AS\_ca\_1\_7 CAMBIOS DE TURNO/GUARDIAS

AS\_ca\_1\_7

El centro dispone de **sistemáticas para la transferencia de información entre profesionales.**

La transferencia de información de pacientes entre profesionales que alternan sus responsabilidades por cambios de turno o de guardia ha de estar estructurada.

#### Elementos del estándar:

- Los cambios de turno del personal de enfermería tienen unos contenidos definidos y estructurados y se realizan por escrito.
- Los cambios de guardia del personal médico tienen unos contenidos definidos y estructurados y se realizan por escrito.

### Estándar AS\_ca\_1\_8 ABREVIATURAS

AS\_ca\_1\_8

El centro cuenta con un **listado de abreviaturas** que pueden ser utilizadas en la historia clínica.

El uso de abreviaturas en la documentación clínica dificulta de forma importante la comprensión de los documentos incluso por los propios profesionales, más aún cuando se trata de proporcionar información al paciente sobre su proceso. Las abreviaturas han de limitarse o evitarse, excepto que sean de fácil interpretación para cualquier lector, con independencia de sus conocimientos sanitarios.

#### Elementos del estándar:

- El centro hospitalario cuenta con un listado de abreviaturas consensuadas que pueden ser utilizadas en la historia clínica del paciente.
- No se utilizan abreviaturas no autorizadas en ninguno de los documentos que conforman la HCE.
- No se utilizan abreviaturas en ninguno de los documentos que se entregan al alta al paciente (informe de alta, recomendaciones, etc.)
- No se utilizan abreviaturas en los documentos de consentimiento informado.
- No se utilizan abreviaturas en la cartelería de derechos y deberes de los pacientes.
- Se monitoriza periódicamente el uso de abreviaturas en HCE.

### Estándar AS\_ca\_1\_2 TRASLADOS INTERNOS

AS\_ca\_1\_2

El centro gestiona adecuadamente los **traslados internos** de los pacientes: entre servicios o plantas hospitalarias o con motivo de pruebas diagnósticas y/o terapéuticas.

La continuidad asistencial, en ocasiones puede verse interrumpida en el propio centro sanitario con motivo de un traslado de un paciente a otra planta distinta, de acudir a una prueba diagnóstica o por encontrarse en una planta diferente de donde se ubica el servicio al que pertenece (paciente ectópico).

#### Elementos del estándar:

- Se verifican los datos de identificación adecuada (pulsera).
- Se verifica la documentación necesaria para el traslado (volante, informe clínico, cuidados de enfermería...).
- Se comprueba el estado del paciente: sondas, sueros, medicaciones pendientes, etc.
- Se facilita información sobre el procedimiento diagnóstico o terapéutico (CI si precisa).
- Existe comunicación con la unidad receptora (otra planta) para valorar disponibilidad de cama.
- Al regreso de pruebas complementarias se comprueban incidencias, se valoran medicaciones o comidas no administradas...

## DOMINIO 4: ASISTENCIA SANITARIA

### Estándar AS\_ca\_1\_3 TRASLADOS EXTERNOS

AS_ca_1_3	El centro gestiona adecuadamente los <b>traslados externos</b> de los pacientes, tanto hacia otros centros sociosanitarios como hacia su domicilio.
-----------	---

Se trata del traslado del paciente que puede producirse por el alta hospitalaria, por realizar una prueba diagnóstica o terapéutica en otro centro sanitario o por un traslado a otra institución.

En estos casos, la continuidad de la información clínica es esencial para poder garantizar la continuidad asistencial en su nueva ubicación.

#### Elementos del estándar:

- Se comunica el traslado al paciente y familia.
- Se indica el medio de transporte para el traslado y la dotación humana y material necesaria.
- Se verifican los datos de identificación adecuada (pulsera).
- Se verifica la documentación necesaria para el traslado (informe de alta, informe clínico, cuidados de enfermería...).
- Se comprueba el estado del paciente: sondas, sueros, medicaciones pendientes, etc.
- Existe comunicación con la unidad receptora (otro hospital, una residencia, etc.) para valorar disponibilidad.
- Al regreso de pruebas complementarias en otros centros sanitarios, se comprueban incidencias.

### Estándar AS\_ca\_1\_4 INFORME CLÍNICO AL ALTA **ESTÁNDAR BÁSICO**

AS_ca_1_4	El centro emite al alta de todos los pacientes un <b>informe clínico</b> que contiene los elementos esenciales de su proceso.
-----------	---

#### Elementos del estándar:

- El informe al alta del paciente contiene los siguientes puntos:
  - Motivo del ingreso.
  - Diagnóstico.
  - Hallazgos.
  - Procedimientos terapéuticos realizados y resultados.
  - Medicación actualizada al alta.
  - Instrucciones de seguimiento y recomendaciones terapéuticas.
  - Firma del médico responsable del paciente.
- Cuando el paciente va derivado a otro centro se dispone de la siguiente información:
  - Documentación clínica.
  - Pruebas complementarias.
  - Tratamiento.
  - Necesidad de cuidados.
  - Gestión de la derivación.
  - Contacto con el centro receptor.
  - Valoración del medio de transporte y las necesidades de acompañamiento.

### Estándar AS\_ca\_1\_5 INFORME DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS DE ENFERMERIA **ESTÁNDAR BÁSICO**

AS_ca_1_5	El centro emite al alta de los pacientes un <b>informe de continuidad de cuidados de enfermería</b> que permite la planificación de cuidados en el ámbito extrahospitalario.
-----------	--

#### Elementos del estándar:

- El informe de alta de enfermería tiene la estructura y los contenidos establecidos en el Real Decreto 1093/2010.
- El informe está firmado por la enfermera responsable del paciente.
- Se entrega al paciente o a su familia al abandonar el hospital.
- Se incorpora a la historia clínica del paciente.

Este informe tiene especial importancia cuando al alta haya diagnósticos de enfermería no resueltos. Hay determinados pacientes en los que se identifican mayores problemas de cuidados tras el alta:

- Edad avanzada.
- Pacientes paliativos.
- Pacientes con pluripatología.
- Pacientes crónicos con reingresos frecuentes.
- Diagnósticos de enfermería no resueltos: déficit de autocuidado, manejo inefectivo del régimen terapéutico, incontinencia urinaria, deterioro de la integridad cutánea, deterioro de la movilidad física, aislamiento social, etc.

## DOMINIO 4: ASISTENCIA SANITARIA

### Estándar AS\_ca\_1\_6 FAMILIA INVOLUCRADA EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA

AS\_ca\_1\_6

El centro involucra en los cuidados de enfermería a los familiares de los pacientes.

En numerosas patologías los pacientes van a precisar cuidados de enfermería que en ocasiones no van a poder gestionar por sí mismos; es el caso de pacientes con poca capacidad para cuidar de su estoma, con dificultades visuales para administrarse la insulina o un tratamiento trombolítico, con disfagia, etc. En estos casos adquiere un gran protagonismo el cuidador principal, figura que se ha de potenciar desde las fases iniciales del ingreso cuando se prevea que el alta puede generar dificultades en este sentido.

#### Elementos del estándar:

- En todas las ubicaciones en las que se pueda precisar continuidad de cuidados de enfermería (unidades de hospitalización, hospitales de día, unidades de hemodiálisis, etc.) se dispone de un programa de educación para la salud que incluye el adiestramiento del cuidador principal del paciente.
- Se involucra al cuidador principal desde el primer momento de los cuidados, haciéndolo partícipe de las curas necesarias, cuidados del estoma, UPP, administración de insulina, etc.
- Se facilita información escrita y un teléfono de contacto para poder resolver las dudas que surjan.

### AS\_ca\_3 Continuidad de la gestión

La continuidad de la gestión hace referencia a la coherencia de la atención prestada al paciente y a la accesibilidad que tiene para acceder a los distintos niveles. Es la adecuación entre los diferentes tipos de atención sanitaria a lo largo del tiempo, de forma coordinada para que se complementen entre sí.

Se valora a través de las herramientas que el centro pone a disposición de los pacientes y profesionales, para ofrecer una atención sin discontinuidades. Son ejemplo de esto último, el uso de las Guías de Práctica Clínica (GPC), protocolos de actuación, gestores de casos, etc. También la forma en que se gestiona las citas, las reprogramaciones, la gestión de los huecos generados...

Un abordaje poco adecuado de estos aspectos produce distorsiones en la asistencia: disfuncionalidades, ineficiencia en la gestión de recursos, derivaciones inadecuadas, fragmentación del sistema sanitario, falta de seguimiento en los pacientes hospitalizados, falta de visión global del paciente, duplicidad de pruebas e inequidad.

### Estándar AS\_ca\_3\_1 CONTINUIDAD ASISTENCIAL

AS\_ca\_3\_1

El centro introduce en su práctica diaria elementos que contribuyen a la mejora de la gestión de la **continuidad asistencial**.

Los protocolos de actuación clínica (*integrated care pathways*) son planes de atención multidisciplinarios, que incluyen los pasos a seguir en la atención de los pacientes con una enfermedad concreta, y describen los progresos esperados en ellos. Describen una secuencia temporal, un listado de problemas, instrucciones de intervención y los resultados esperados. Mejoran la coordinación, ya que potencian el trabajo en equipo, conectan las intervenciones, facilitan el uso de las guías de práctica clínica y mejoran la comunicación multidisciplinaria y la planificación de la atención, además de normalizar los resultados.

#### Elementos del estándar:

- La planificación del alta comienza en una fase temprana del ingreso, particularmente cuando se trate de pacientes en riesgo social.
- Existe la figura de gestor de casos, especialmente para enfermedades crónicas (diabetes, EPOC, enfermedad coronaria, fibrosis quística, VIH, etc.). Se identifica a los pacientes con una enfermedad concreta y se gestiona la asistencia sanitaria a través de guías de práctica clínica sobre el tratamiento, la autoeducación de los pacientes y la gestión médica.
- Existencia de puestos de enlace, profesionales (generalmente enfermeras), con un conocimiento especializado que actúan como una fuente de información central y sirven para unir a los equipos médicos con la estructura administrativa del sistema.

## DOMINIO 4: ASISTENCIA SANITARIA

### EVALUACIÓN DE SEGUIMIENTO (es)

	Dominio		Agrupador	nº	Circuito
AS	ASISTENCIA SANITARIA	es	Evaluación de seguimiento	1	Acciones de mejora

#### Estándar AS\_es\_1\_1 ACCIONES DE MEJORA

AS_es_1_1	El centro incorpora <b>acciones de mejora</b> y, una vez finalizadas, las envía para su valoración a la UEC-SESPA en el formato establecido.
-----------	--

#### Elementos del estándar:

- El centro hospitalario desarrolla acciones de mejora relacionadas con este dominio a partir de los informes obtenidos tras la evaluación GECA.
- El centro hospitalario desarrolla acciones de mejora relacionadas con este dominio a partir de otras fuentes (iniciativas propias, auditorías internas y/o externas, etc.).
- Las acciones de mejora se envían anualmente a la UEC-SESPA en el formato establecido para tal fin y cumplen con los criterios de valoración establecidos en las cuatro fases que figuran en el Anexo III de la "Evaluación de Seguimiento GECCAs. Monitorización de continuidad".





## DOMINIO 5: GESTIÓN DE LAS EMERGENCIAS

Las situaciones de emergencia ponen a prueba a organizaciones e individuos. Los centros sanitarios y sus profesionales han de estar capacitados para dar una respuesta adecuada tanto a las emergencias que surgen en el propio centro, como a aquellas situaciones que afectan a la comunidad en la que está inmerso.

	Dominio		Agrupador	nº	Circuito
GE	GESTIÓN DE LAS EMERGENCIAS	ei	Emergencias internas	1	Atención a la parada cardiorrespiratoria
				2	Plan de contingencia para los suministros esenciales
				3	Plan de autoprotección
		ee	Emergencias externas	1	Plan de catástrofes externas e incidencias

### EMERGENCIAS INTERNAS (ei)

Son aquéllas que suceden en el interior del centro sanitario, pueden afectar tanto a las personas que están en el centro como a la infraestructura o los equipos.

	Dominio		Agrupador	nº	Circuito
GE	GESTIÓN DE LAS EMERGENCIAS	ei	Emergencias internas	1	Atención a la parada cardiorrespiratoria
				2	Plan de contingencia para los suministros esenciales
				3	Plan de autoprotección

### GE\_ei\_1 Atención a la parada cardiorrespiratoria

El Consejo Europeo de Resucitación (ERC) define la parada cardiorrespiratoria (PCR) como “el cese de la actividad mecánica cardíaca, confirmado por la ausencia de pulso detectable, inconsciencia y apnea (o respiración agónica, entrecortada)”.

Otros autores complementan la definición como “toda situación clínica que comprende un cese inesperado, brusco y potencialmente reversible de las funciones respiratorias y/o cardiocirculatorias espontáneas, no siendo resultado de la evolución natural de una enfermedad crónica avanzada o incurable o del envejecimiento biológico”.

Se trata de una situación de urgencia vital, donde la actuación temprana junto con la presencia de personal sanitario formado y los elementos necesarios para la resucitación, van a determinar el pronóstico del paciente.

#### Estándar GE\_ei\_1\_1 PROCEDIMIENTO PCR **ESTÁNDAR BÁSICO**

GE_ei_1_1	El centro dispone de un <b>procedimiento</b> para atender la <b>parada cardiorrespiratoria</b> donde se establecen las actuaciones y las responsabilidades.
-----------	---

#### Elementos del estándar:

- Existe un procedimiento documentado en el centro en el que se establecen:
  - El sistema para la activación de la alarma por PCR y la secuencia de acción para atenderla.
  - La cartelería o los sistemas de difusión pasiva.

## DOMINIO 5: GESTIÓN DE LAS EMERGENCIAS

- Las responsabilidades (personal que atiende la PCR y forma de localización).
- La capacitación exigida al personal y los planes de formación continuada para mantener la capacitación.
- Los materiales adecuados para atender la PCR, sus ubicaciones y responsabilidades (desfibrilador externo automático -DEA-, carro de paradas...).
- El mapa de riesgo sectorizando el hospital en función de las zonas de riesgo: riesgo elevado, intermedio o bajo.

### Estándar GE\_ei\_1\_2 MATERIALES PCR

GE\_ei\_1\_2

El centro cuenta con los **materiales** necesarios para prestar una atención adecuada en caso de **parada cardiorrespiratoria**.

#### Elementos del estándar:

- El centro cuenta con los materiales adecuados para atender la PCR: DEA, carro de paradas, sellos, pilas...
- Existe un responsable de los mismos.
- Existe un registro de las verificaciones periódicas: revisiones de contenidos, aperturas programadas...

### Estándar GE\_ei\_1\_3 FORMACION CONTINUADA PCR

GE\_ei\_1\_3

El centro proporciona la **formación continuada** necesaria a los profesionales para mantener actualizada su capacitación para atender la **parada cardiorrespiratoria**.

#### Elementos del estándar:

- Existe un plan de formación en PCR.
- El personal posee la capacitación suficiente para atender la PCR.
- El personal mantiene una formación actualizada en soporte vital.

### GE\_ei\_2 Plan de contingencia para los suministros esenciales

El centro sanitario para desarrollar su actividad, ha de contar con una estabilidad en sus suministros esenciales. Una interrupción, aun de carácter breve, podría tener consecuencias fatales sobre la población a la que atiende.

### Estándar GE\_ei\_2\_1 CONTINUIDAD SUMINISTROS ESENCIALES **ESTÁNDAR BÁSICO**

GE\_ei\_2\_1

La dirección del centro asegura la continuidad de los **suministros esenciales** y las comunicaciones en caso de emergencia.

#### Elementos del estándar:

- Existe un plan de contingencia general para la actuación ante la falta de los siguientes suministros:
  - Gas natural.
  - Gases medicinales.
  - Climatización.
  - Agua.
  - Electricidad.
  - *Software* asistencial y no asistencial.
  - Comunicaciones y telefonía.
- Cada plan establece la definición de los dispositivos/sistemas y la planimetría de los mismos.
- Cada plan desarrolla el flujo de responsabilidades, el modo de actuación y su cronología.
- Se registran las revisiones realizadas sobre su funcionamiento y validez.
- Se registran y se analizan las incidencias en relación con los suministros esenciales.
- Se actualizan las versiones de los planes de contingencia y se realiza difusión y formación a los profesionales.

La dirección debe definir un plan de actuación para el supuesto de una situación de emergencia que afecte al centro y pueda poner en riesgo la integridad física de pacientes o de profesionales. El plan de emergencias es el documento que agrupa las actuaciones a seguir en caso de una emergencia interna (incendio, inundación, etc.).

## DOMINIO 5: GESTIÓN DE LAS EMERGENCIAS

### Estándar GE\_ei\_3\_1 PLAN DE AUTOPROTECCIÓN **ESTÁNDAR BÁSICO**

GE\_ei\_3\_1

El centro dispone de un **plan de autoprotección** para hacer frente a las emergencias internas.

#### Elementos del estándar:

- Existe un plan de autoprotección disponible y difundido, en el que se establecen los mecanismos de activación de la alarma, responsables y cadena de actuaciones.
- Existe un protocolo de evacuación de personas con dificultades de movilización (visuales, auditivas, niños, sillas de ruedas...).
- Existen unas zonas de protección temporal previamente establecidas.

### Estándar GE\_ei\_3\_2 DETECCIÓN, ALARMA Y EXTINCIÓN

GE\_ei\_3\_2

El centro cuenta con los elementos necesarios de **detección, alarma y extinción de un incendio**.

Es necesario que el centro esté dotado con los materiales adecuados para abordar una emergencia interna, particularmente un posible incendio. Estos elementos deben ser objeto de revisión periódica y han de ser testados para garantizar su conservación y el cumplimiento de su función. Algunas de estas revisiones se realizan a través de empresas externas especializadas y otras comprobaciones corren a cargo de los responsables del centro.

#### Elementos del estándar:

- Los elementos de detección del fuego son adecuados.
- Existe una Central de alarmas.
- La señalización es adecuada y suficiente (salidas de emergencia, vías de evacuación, extintores, puntos de encuentro...).
- Los elementos de extinción del fuego son adecuados: extintores, bocas de incendio equipadas (BIEs), hidrantes, columna seca...
- Existen elementos de compartimentación (cortafuegos).
- Existen registros de revisiones periódicas (internas).
- Existen registros de mantenimientos periódicos (externos).
- Existen registros de incidencias.

### Estándar GE\_ei\_3\_3 FORMACIÓN EMERGENCIAS INTERNAS

GE\_ei\_3\_3

El centro proporciona la **formación** necesaria a los profesionales para actuar en **emergencias internas**.

#### Elementos del estándar:

- Existe un plan de formación en emergencias para los profesionales.
- El centro tiene un registro de profesionales con formación al respecto.

### Estándar GE\_ei\_3\_4 SIMULACROS EMERGENCIAS

GE\_ei\_3\_4

El centro realiza periódicamente **simulacros** de distintos tipos de emergencias alternando ubicaciones y contando con la participación de los profesionales.

La mejor forma de ensayar el plan de autoprotección y evaluar su efectividad es a través de la realización de simulacros, que ayudan a la organización a encontrar puntos débiles y son la mejor forma de involucrar a los profesionales.

#### Elementos del estándar:

- Se realizan simulacros periódicos alternando las ubicaciones.
- Existe participación de profesionales en emergencia externos (bomberos, policía...).
- La documentación de los simulacros contiene un análisis de puntos fuertes y puntos de mejora.

## DOMINIO 5: GESTIÓN DE LAS EMERGENCIAS

### EMERGENCIAS EXTERNAS (ee)

La Oficina de las Naciones Unidas para la reducción del riesgo de desastre (UNISDR), define los desastres como “interrupciones serias del funcionamiento de una comunidad o una sociedad, que causan extensas pérdidas de vidas humanas, bienes materiales, económicos o ambientales y que excede la capacidad de la comunidad o de la sociedad afectada, para hacerle frente con sus propios recursos”.

Los centros sanitarios deben estar preparados para poder dar una respuesta organizada a estas situaciones e integrar su actuación sanitaria dentro de los planes de respuesta organizativos de nivel superior que se planteen en la comunidad autónoma, así como ponerse a disposición de la autoridad competente para, en el ámbito de la atención sanitaria, colaborar con el plan director en la atención a la emergencia.

	Dominio		Agrupador	nº	Circuito
GE	GESTIÓN DE LAS EMERGENCIAS	ee	Emergencias externas	1	Plan de catástrofes externas e incidencias

### GE\_ee\_1 Plan de catástrofes externas e incidencias

El plan de catástrofes es un documento en el que se establecen los objetivos, las acciones, la organización del centro y sus servicios y las responsabilidades del personal frente a situaciones de emergencia o desastre, a fin de coordinar sus actuaciones y ofrecer una respuesta organizada dirigida a disminuir las consecuencias de los desastres.

El objetivo del mismo es brindar atención sanitaria de emergencia a las víctimas de la catástrofe de forma adecuada y oportuna y asegurar el funcionamiento de la instalación de salud en los momentos de crisis.

#### Estándar GE\_ee\_1\_1 EMERGENCIAS EXTERNAS

GE_ee_1_1	El centro dispone de un plan de actuación ante situaciones de emergencia que afecten a la comunidad, integrándose de forma coordinada en el plan territorial del Principado de Asturias (PLATERPA).
-----------	---

#### Elementos del estándar:

- Se han identificado las principales emergencias comunitarias y desastres naturales o de otra índole que puedan tener lugar, tomando en consideración la situación geográfica del hospital.
- Existe un documento en el que se define:
  - La forma de activación del plan.
  - Las responsabilidades.
  - La ampliación de la disponibilidad de camas.
  - La ampliación de la disponibilidad de profesionales.
  - La coordinación con otras instancias.
  - La ampliación de los recursos materiales.
  - El triaje de las víctimas.
  - El establecimiento de situaciones de aislamiento.
  - El plan de comunicaciones.
  - La circulación de vehículos
  - Etc.
- Se realizan simulacros periódicos en relación con las emergencias externas para evaluar el plan y para lograr un nivel de capacitación en el personal del centro que permita una respuesta adecuada.
- El simulacro se realiza a partir de un guión que describe la secuencia de acciones que determinan la participación de los simuladores y permite la actuación del personal del centro, de acuerdo con el plan previsto.
- El centro asegura que el simulacro no pone en peligro real a profesionales o pacientes.
- La realización del simulacro cuenta con la colaboración de instituciones y profesionales ajenos al centro sanitario y con experiencia en este ámbito.
- El simulacro se documenta y permite la evaluación del plan de emergencias.

## DOMINIO 5: GESTIÓN DE LAS EMERGENCIAS

### EVALUACIÓN DE SEGUIMIENTO (es)

	Dominio		Agrupador	nº	Circuito
GE	GESTIÓN DE LAS EMERGENCIAS	es	Evaluación de seguimiento	1	Acciones de mejora

### Estándar GE\_es\_1\_1 ACCIONES DE MEJORA

GE_es_1_1	El centro incorpora <b>acciones de mejora</b> y, una vez finalizadas, las envía para su valoración a la UEC-SESPA en el formato establecido.
-----------	--

#### Elementos del estándar:

- El centro hospitalario desarrolla acciones de mejora relacionadas con este dominio a partir de los informes obtenidos tras la evaluación GECA.
- El centro hospitalario desarrolla acciones de mejora relacionadas con este dominio a partir de otras fuentes (iniciativas propias, auditorías internas y/o externas, etc.).
- Las acciones de mejora se envían anualmente a la UEC-SESPA en el formato establecido para tal fin y cumplen con los criterios de valoración establecidos en las cuatro fases que figuran en el Anexo III de la "Evaluación de Seguimiento GECCAs. Monitorización de continuidad".

## DOMINIO 5: GESTIÓN DE LAS EMERGENCIAS





## DOMINIO 6: GESTIÓN DE LA MEDICACIÓN

Los medicamentos ejercen un papel fundamental en la asistencia sanitaria, particularmente en el ámbito hospitalario. Son los medios con los que los profesionales sanitarios intentan modificar el curso natural de una enfermedad, prevenirla o diagnosticarla.

Aunque los medicamentos han contribuido decisivamente a la mejora de la esperanza y al aumento de la calidad de vida, en ocasiones plantean problemas de efectividad y de seguridad que han de ser conocidos por los profesionales (Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios). Es por ello que se ha de establecer un marco riguroso en cuanto a las exigencias de seguridad de los medicamentos, en beneficio de la calidad asistencial.

“Los medicamentos salvan vidas, alivian el dolor y el sufrimiento físico y psíquico de los pacientes y de sus familias, y posibilitan el desarrollo humano y la integración social de las personas” (Farmaindustria).

	Dominio		Agrupador
GM	GESTIÓN DE LA MEDICACIÓN	pm	Proceso de medicación
		me	Medicaciones especiales

### PROCESO DE MEDICACIÓN (pm)

La gestión de la medicación es un proceso complejo en el que intervienen distintos profesionales y equipos, desde la propia adquisición del medicamento, hasta que éste se administra al paciente o se desechan sus residuos. El abordaje riguroso de cada uno de estos subprocesos permite garantizar un uso adecuado de los medicamentos y contribuye a incrementar la seguridad del paciente.

	Dominio		Agrupador	nº	Circuito
GM	GESTIÓN DE LA MEDICACIÓN	pm	Proceso de medicación	1	Selección y adquisición de la medicación
				2	Guía farmacoterapéutica
				3	Almacenamiento
				4	Conciliación de la medicación
				5	Prescripción del medicamento
				6	Validación de la prescripción medicamentosa
				7	Preparación del medicamento
				8	Dispensación del medicamento
				9	Administración del medicamento
				10	Registro del medicamento
				11	Gestión de las incidencias
				12	Autoevaluación de la seguridad medicamentosa

### GM\_pm\_1 Selección y adquisición de la medicación

El Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de

## DOMINIO 6: GESTIÓN DE LA MEDICACIÓN

garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, establece en su artículo 3, la garantía de abastecimiento y dispensación de los medicamentos para los servicios de Farmacia de los centros sanitarios. Estos deberán garantizar su correcto abastecimiento para poder atender a las solicitudes.

Por otro lado, los servicios de Farmacia tendrán un papel muy importante en la selección de los medicamentos. Según la OMS, la selección de medicamentos es un “proceso continuo, multidisciplinario y participativo que debe desarrollarse basado en la eficacia, seguridad, calidad y coste de los medicamentos a fin de asegurar el uso racional de los mismos”.

La selección de medicamentos ha de ser un proceso normalizado, promovido desde el Servicio de Farmacia y con participación multidisciplinar a través de la Comisión de Farmacia y Terapéutica del área sanitaria (CFT) o de la Comisión de Uso Racional de Medicamentos y Productos Sanitarios (CURMP).

La Comisión de Farmacia y Terapéutica (CFT) es un órgano de asesoramiento, consulta, coordinación e información relacionada con los medicamentos en el hospital. Tiene como principal función la selección de los medicamentos que deberán conformar la guía farmacoterapéutica del hospital.

### Estándar GM\_pm\_1\_1 SELECCIÓN Y ADQUISICIÓN MEDICACIÓN

GM_pm_1_1	El centro tiene definido un procedimiento para la <b>selección y adquisición</b> de la medicación.
-----------	--

El centro sanitario ha de contar con un procedimiento regulado para la adquisición de los medicamentos. Este procedimiento ha de ser transparente y han de participar todos los profesionales implicados en el proceso. Deben estar establecidos los procedimientos para la solicitud de una nueva medicación, para el estudio de la propuesta y la emisión de los informes técnicos correspondientes, así como para la propuesta de inclusión de un medicamento en la guía farmacoterapéutica del centro.

#### Elementos del estándar:

- El centro cuenta con un procedimiento documentado para la inclusión de medicamentos.
- Existe una CFT multidisciplinar en el centro.
- La comisión se reúne y evalúa las solicitudes.
- Se realiza evaluación de los proveedores farmacéuticos.
- Se documenta todo el proceso de selección y adquisición de la medicación.

### GM\_pm\_2 Guía farmacoterapéutica

La guía farmacoterapéutica (GFT) es el documento mediante el cual los profesionales de una organización sanitaria evalúan y seleccionan los medicamentos a utilizar en su área de influencia con el objeto de garantizar su utilización racional. La selección de los medicamentos se realiza a partir de criterios de eficacia y seguridad, como criterios principales y de coste y conveniencia, como criterios secundarios.

La selección de medicamentos se realiza valorando criterios de eficacia y seguridad de forma comparada frente a las alternativas terapéuticas existentes, estableciendo así un balance beneficio/riesgo. Si este balance es favorable, entonces se estudian criterios secundarios de coste y conveniencia para establecer el balance coste/beneficio. La GFT limita la selección a los medicamentos imprescindibles, reduciendo el número de medicamentos que los profesionales deben conocer y manejar, y permite disponer del tiempo suficiente para establecer prácticas seguras para el uso de los nuevos medicamentos que se añaden a ésta.

La GFT ha de contar con un documento complementario que facilite la conciliación de la medicación del paciente al ingreso con la existente en dicha guía. Se trata del programa de intercambio terapéutico (PIT) y permite seleccionar en la GFT aquellos medicamentos equivalentes a los que el paciente tomaba con anterioridad en su domicilio. El centro ha de actualizar el PIT de forma permanente, incorporando las equivalencias de los medicamentos a medida que se autorizan y difundiéndolo entre los profesionales implicados.

### Estándar GM\_pm\_2\_1 GFT Y PIT

GM_pm_2_1	El centro dispone de una <b>guía farmacoterapéutica</b> y de un <b>programa de intercambio terapéutico</b> que los profesionales conocen.
-----------	---

#### Elementos del estándar:

- El centro hospitalario dispone de una GFT adaptada a las necesidades del centro.
- La GFT se actualiza siempre que es necesario.
- Los profesionales sanitarios reciben formación sobre los nuevos medicamentos incorporados a la GFT y sobre los protocolos/guías y restricciones relacionadas con ellos, antes de ser utilizados en el hospital

## DOMINIO 6: GESTIÓN DE LA MEDICACIÓN

(punto 187 del cuestionario de autoevaluación del ISMP: Cuestionario de autoevaluación de la seguridad del sistema de utilización de los medicamentos en los hospitales. Versión española II 2018. Adaptación del ISMP-*Medication Safety Self-Assessment for Hospitals*, por el ISMP España).

- Están disponibles fuentes de consulta de fármacos para quienes están implicados en el uso de los medicamentos.
- Se realizan actividades de difusión sobre los cambios en la GFT.
- La GFT es un documento fácilmente accesible a los profesionales implicados a través de la interfaz de prescripción electrónica y/o intranet.
- La GFT no incluye para ningún principio activo más de un medicamento con la misma presentación y dosis, salvo situaciones justificadas (punto 48 del cuestionario de autoevaluación del ISMP. Versión II: 2018).
- La GFT limita al máximo la duplicidad de medicamentos equivalentes terapéuticos (punto 49 del cuestionario de autoevaluación del ISMP Versión II: 2018).
- Antes de incluir un medicamento en la GFT se analiza el riesgo potencial de error y se recoge en el informe de evaluación de la Comisión de Farmacia y Terapéutica (CFT) (punto 50 del cuestionario de autoevaluación del ISMP Versión II: 2018).
- Antes de incluir un nuevo medicamento en la GFT se evalúa el riesgo de confusión con los nombres de los medicamentos ya disponibles. También cuando se cambia de proveedor y ante adquisiciones temporales motivadas por situaciones de desabastecimiento. Se evita siempre que sea posible que coexistan medicamentos cuyos nombres puedan confundirse.
- Se revisa con regularidad la información de la web del ISMP-España y otras publicaciones para identificar los medicamentos con problemas de etiquetado, envasado o nombre y se adoptan medidas para prevenir errores con estos productos (punto 76 del cuestionario de autoevaluación del ISMP Versión II: 2018).
- El Servicio de Farmacia revisa los nuevos medicamentos que se reciben para detectar si tienen envases o nombres similares y se toman medidas para diferenciarlos, o se señalan con alertas apropiadas.
- Cuando existen medicamentos con etiquetado o envasado de apariencia similar se recurre, si es posible, a adquirirlos a distintos fabricantes para ayudar a diferenciarlos (punto 79 del cuestionario de autoevaluación del ISMP Versión II: 2018).
- Se limita el número de presentaciones y de concentraciones disponibles particularmente para heparina, morfina e insulina. Cuanto mayor sea el número de opciones disponibles de un medicamento (dosis, concentraciones y volúmenes), mayor es la posibilidad de que ocurra un error.
- Los medicamentos que no están incluidos en la GFT sólo se utilizan cuando es terapéuticamente necesario y apropiado (p. ej. si el paciente ha sufrido previamente reacciones adversas con el medicamento incluido en la GFT, como alternativa durante una situación de desabastecimiento, etc.) (punto 55 del cuestionario de autoevaluación del ISMP Versión II: 2018).
- El centro cuenta con un PIT que permite la conciliación medicamentosa de los medicamentos utilizados por los pacientes en su domicilio con los existentes en la GFT del hospital.
- El PIT se mantiene permanentemente actualizado incorporando las equivalencias terapéuticas para los medicamentos de reciente autorización.
- El PIT se difunde adecuadamente entre los profesionales implicados.

### GM\_pm\_3 Almacenamiento

El RDL 1/2015 (texto refundido de la ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios), atribuye la custodia, conservación y dispensación de medicamentos a los Servicios de Farmacia de los hospitales. Corresponderá a éstos asegurar que el almacenamiento de los medicamentos se realiza de la forma adecuada, tanto en el propio Servicio de Farmacia como en los distintos emplazamientos (botiquines) del centro sanitario.

#### Estándar GM\_pm\_3\_1 ALMACENAMIENTO MEDICAMENTOS **ESTÁNDAR BÁSICO**

GM\_pm\_3\_1

El centro garantiza un **almacenamiento** y una correcta **gestión de los medicamentos** en todas las ubicaciones a través de un procedimiento uniforme.

Los almacenes de medicamentos han de seguir un patrón uniforme en todo el centro que reduzca los errores de identificación de los medicamentos y que responda a las necesidades del servicio en el que está ubicado.

#### Elementos del estándar:

- El hospital cuenta con un procedimiento homogéneo para la gestión de todos los botiquines del centro.
- El procedimiento es conocido por el personal implicado.

## DOMINIO 6: GESTIÓN DE LA MEDICACIÓN

- Cada botiquín cuenta con un responsable.
- Los botiquines se encuentran en un lugar limpio, fresco, fuera de la luz y el calor y del alcance de personas ajenas al centro.
- Si el botiquín está en una zona expuesta a cambios de temperatura, ésta se monitoriza.
- El botiquín cuenta con un listado con la medicación incluida y con el *stock* pactado con el Servicio de Farmacia.
- El contenido de los depósitos de medicamentos de cada unidad asistencial (incluyendo los SAD) se establece considerando las necesidades de los pacientes tratados habitualmente en esa unidad y el riesgo de error con dichos medicamentos, y se revisa y actualiza al menos anualmente. (Punto 118 del cuestionario de autoevaluación del ISMP).
- Existe un código de colores en función de la vía de administración.
- Los medicamentos se almacenan en cajetines por principio activo, dosis y forma farmacéutica (preferentemente por orden alfabético), de forma que se eviten errores (medicamentos con nombre parecido, presentaciones semejantes).
- No se rotulan los cajetines de forma manuscrita.
- Se colocan siempre delante los medicamentos de caducidad más próxima y no se abre un envase nuevo antes de terminar el empezado.
- El botiquín no contiene muestras farmacéuticas, ni medicación gestionada a través de recetas, ni medicación de los pacientes ingresados.
- Los medicamentos aportados al centro por los propios pacientes no se administran al paciente hasta que un médico los prescribe, autorizando su uso, el farmacéutico los valida y una enfermera (u otro profesional cualificado) inspecciona visualmente el medicamento y el envase para verificar la identidad del medicamento (punto 114 del cuestionario de autoevaluación del ISMP).
- Los representantes de la industria farmacéutica tienen prohibido distribuir muestras de medicamentos en las áreas asistenciales, incluyendo urgencias, unidades de cirugía ambulatoria y radiología. Si se utilizan muestras en el hospital, tienen que ser distribuidas por el Servicio de Farmacia a través de los procedimientos habituales de dispensación (punto 125 del cuestionario de autoevaluación del ISMP).
- Existe un procedimiento para desechar la medicación.
- Los centros hospitalarios en los que el Servicio de Farmacia no está abierto de forma permanente cuentan con una sistemática para el suministro de medicación de forma urgente o no programada.

### Estándar GM\_pm\_3\_2 REVISIONES BOTIQUINES

GM_pm_3_2	Se realizan revisiones periódicas de los botiquines del centro.
-----------	---

#### Elementos del estándar:

- Un farmacéutico o un técnico de farmacia revisan regularmente los botiquines para asegurar que no tienen medicamentos no autorizados y que los medicamentos autorizados están disponibles en las cantidades definidas (punto 129 del cuestionario de autoevaluación del ISMP Versión II: 2018).
- Un farmacéutico o un técnico de farmacia revisan regularmente los botiquines de las distintas unidades para asegurar que las condiciones de conservación de los medicamentos almacenados son adecuadas (protección de la luz, refrigeración) y que los medicamentos no están caducados (punto 130 del cuestionario de autoevaluación del ISMP Versión II: 2018).
- El Servicio de Farmacia del centro realiza revisiones periódicas del estado de los botiquines del centro, documenta el proceso y comunica las incidencias a los responsables de los botiquines.

### Estándar GM\_pm\_3\_3 MEDICAMENTOS LASA

GM_pm_3_3	El centro dispone de un procedimiento para gestionar de forma segura medicamentos fonética y visualmente semejantes.
-----------	--

Los medicamentos que tienen una pronunciación fonética semejante o una apariencia similar (LASA= *look-alike*, *sound-alike*) pueden ocasionar errores cuando se trasmite la orden de forma verbal o telefónica. Los distintos acentos y pronunciaciones pueden dificultar la comprensión de la prescripción verbal. También un ambiente con ruido, realizar varias tareas simultáneamente o las interrupciones pueden originar este tipo de errores.

Por otro lado, la incorporación de nuevos medicamentos en la guía farmacoterapéutica es un proceso continuo, por lo que debe ir precedido de una valoración acerca de si ese medicamento puede originar confusiones con los ya existentes.

#### Elementos del estándar:

- Existe una sistemática de almacenamiento y/o rotulación para evitar errores con medicación con presentaciones o con nombres parecidos.

## DOMINIO 6: GESTIÓN DE LA MEDICACIÓN

- En casos de ambigüedad se utilizan “letras mayúsculas resaltadas” o también “*tall man letters*” destacando en mayúsculas las letras de los nombres que son distintas, con el fin de acentuar sus diferencias (p.ej. **DOBUT**amina, **DOP**amina). Estas letras pueden destacarse aún más utilizando letra negrita, color, color de fondo o mediante otros recursos tipográficos (recomendación ISMP).
- El Servicio de Farmacia revisa con regularidad la información de la web del ISMP-España y otras publicaciones para identificar los medicamentos con problemas de etiquetado, envasado o nombre y se adoptan medidas para prevenir errores (punto 76 del cuestionario de autoevaluación del ISMP).
- El centro hospitalario tiene identificada la lista de medicamentos visual o fonéticamente semejantes (LASA) y establece estrategias de almacenamiento para disminuir las posibilidades de error.
- El centro hospitalario dispone de un canal a través del que se documentan por los gestores de los botiquines las isoapariencias de las presentaciones medicamentosas.
- Las órdenes verbales se utilizan sólo en situaciones excepcionales en las que la prescripción no se puede realizar de otra forma (p.ej. entorno estéril) y se realiza la triple comprobación.

### Estándar GM\_pm\_3\_4 MEDICAMENTOS TERMOLÁBILES **ESTÁNDAR BÁSICO**

GM\_pm\_3\_4

El centro hospitalario cuenta con una sistemática de **monitorización de la temperatura** de la medicación u otros productos termolábiles.

#### Elementos del estándar:

- Existe un procedimiento de gestión de medicación y productos termolábiles escrito y conocido por los profesionales implicados.
- Los medicamentos termolábiles están señalados en la GFT del centro.
- Las neveras destinadas a la conservación o almacenamiento de fármacos termolábiles o muestras biológicas sólo pueden contener estos productos.
- Se dispone de sistemas electrónicos conectados a los frigoríficos que almacenan medicamentos termolábiles que registran los cambios de temperatura y proporcionan información inmediata a los profesionales sanitarios, y se dispone de procedimientos escritos sobre cómo actuar ante cualquier rotura en la cadena de frío (punto 131 del cuestionario de autoevaluación del ISMP).
- Los frigoríficos para medicamentos de las unidades asistenciales tienen la amplitud necesaria para permitir que las mezclas que requieren refrigeración se almacenen en ellos de forma organizada (punto 158 del cuestionario de autoevaluación del ISMP).
- Se colocan los medicamentos en las baldas superiores de las neveras, dejando las inferiores para muestras biológicas.
- Se realizan registros derivados del control de temperaturas y de las incidencias detectadas.
- Existe una sistemática de limpieza y registro de las neveras y congeladores.

### Estándar GM\_pm\_3\_5 MEDICAMENTOS FOTOSENSIBLES

GM\_pm\_3\_5

El centro realiza una adecuada gestión de la **medicación o productos fotosensibles**.

#### Elementos del estándar:

- Existe un procedimiento de gestión de medicación y productos fotosensibles conocido por los profesionales implicados.
- Los medicamentos fotosensibles están señalados como tales en la guía farmacoterapéutica del centro.
- Los medicamentos o productos fotosensibles están señalados en los botiquines o almacenes con un código que así los identifique.
- El almacenamiento de estos medicamentos o productos se realiza en cajetines o envases que los protejan de la luz natural o artificial.
- Los medicamentos fotosensibles están siempre en su envase original, extrayéndose inmediatamente antes de su utilización.
- Las presentaciones de medicamentos que utilizan el vidrio topacio para protegerlos de las radiaciones, a pesar de esta precaución, se mantienen también en su envase original.
- Cuando los medicamentos fotosensibles hayan sido sacados de su envase, se cubren con materiales opacos a la luz (papel de aluminio).
- La preparación de los medicamentos fotosensibles se realiza inmediatamente antes de su administración.

### Estándar GM\_pm\_3\_6 PRESENTACIONES MULTIDOSIS

GM\_pm\_3\_6

El centro cuenta con un procedimiento para la gestión de los medicamentos o productos con **presentaciones multidosis**.

#### Elementos del estándar:

## DOMINIO 6: GESTIÓN DE LA MEDICACIÓN

- Existe un procedimiento para la gestión de los medicamentos o productos multidosis (colirios, pomadas, jarabes, antisépticos...) en la que se especifica la duración del mismo una vez abierto, la forma de rotulación y la forma de conservación más adecuada.
- En el centro se realiza una gestión de estos productos según el procedimiento establecido.
- No se conservan envases abiertos sin tapón, ni ampollas empezadas, ni viales pinchados con una aguja.
- Las plumas multidosis (p.ej. plumas de insulina) se etiquetan individualmente para cada paciente y nunca se utilizan para más de un paciente, incluso si la aguja se cambia entre un paciente y otro (punto 264 del cuestionario de autoevaluación del ISMP).
- Los colirios y pomadas oftálmicas no se utilizan para más de un paciente (punto 265 del cuestionario de autoevaluación del ISMP).

### GM\_pm\_4 Conciliación de la medicación

La conciliación de la medicación es un procedimiento sistematizado que consiste en valorar el listado completo y exacto de la medicación previa del paciente, con la prescripción médica después de una transición asistencial (al ingreso en el hospital, en los traslados dentro del propio hospital y al alta hospitalaria). Si se encuentran discrepancias, duplicidades o interacciones deben valorarse y, si procede, modificar la prescripción médica.

"Una práctica internacionalmente recomendada y orientada a disminuir los errores de medicación en las transiciones asistenciales, particularmente útil en estos pacientes, es la conciliación de la medicación. Es un proceso formal y multidisciplinar que trata de lograr que la información que se transmite sobre la medicación en los puntos de traspaso asistencial sea única, precisa y completa. Este proceso debe realizarse con la participación de todos los profesionales responsables del paciente y con el propio paciente y/o cuidador, siempre que sea posible. Permitiría valorar la adherencia o la falta de comprensión de los tratamientos". Estrategia de seguridad del paciente del Sistema Nacional de Salud 2015-2020.

#### Estándar GM\_pm\_4\_1 CONCILIACIÓN MEDICACIÓN **ESTÁNDAR BÁSICO**

GM\_pm\_4\_1

El centro realiza la conciliación de la medicación tanto al ingreso como al alta del paciente.

Al ingreso hospitalario los pacientes pueden tener tratamientos vigentes cuya continuidad debe valorarse. Estos tratamientos pueden no estar disponibles en la guía farmacoterapéutica del centro, o presentar interacciones con los nuevos tratamientos, por lo que es necesario una valoración conjunta de su historia farmacoterapéutica para poder establecer el planteamiento farmacológico.

#### Elementos del estándar:

- Al ingreso de todos los pacientes se utiliza un procedimiento estandarizado para conciliar los medicamentos que éstos han estado tomando en su domicilio con los prescritos al ingreso, con el fin de identificar y resolver cualquier discrepancia (punto 24 del cuestionario de autoevaluación del ISMP).
- Se evalúa la continuidad de los tratamientos y las interacciones con el tratamiento hospitalario (punto 27 del cuestionario de autoevaluación del ISMP).
- Cuando se traslada un paciente dentro del centro a otra unidad asistencial, se utiliza un procedimiento estandarizado para conciliar los medicamentos que ha recibido antes y después de su traslado (punto 25 del cuestionario de autoevaluación del ISMP).
- Los sistemas de prescripción electrónica de los pacientes hospitalizados y ambulatorios están interconectados entre sí, de forma que está disponible una información completa de la medicación del paciente para los profesionales sanitarios, con independencia del lugar donde el paciente recibe la asistencia (punto 9 del cuestionario de autoevaluación del ISMP).
- Antes del alta hospitalaria, se utiliza un procedimiento estandarizado para conciliar los medicamentos que el paciente ha estado tomando en su domicilio y durante el ingreso con los medicamentos prescritos al alta, y se proporciona información oral y escrita a los pacientes que especifica los medicamentos que deben tomar después del alta y los medicamentos que han sido modificados o retirados (punto 26 del cuestionario de autoevaluación del ISMP Versión II: 2018).
- Se valora la necesidad de aportar fármacos externos que no estén en la GFT del centro.
- El proceso de conciliación terapéutica se documenta en la historia clínica del paciente y se explica detalladamente al paciente y a su familia.
- En los pacientes ambulatorios (p. ej. urgencias, CMA, consultas de atención farmacéutica, etc.) se utiliza un procedimiento estandarizado para conciliar los medicamentos que el paciente está tomando en su domicilio con los nuevos medicamentos que se prescriben, con el fin de identificar y resolver cualquier discrepancia (punto 28 del cuestionario de autoevaluación del ISMP Versión II: 2018).

## DOMINIO 6: GESTIÓN DE LA MEDICACIÓN

### GM\_pm\_5 Prescripción del medicamento

El Real Decreto 1718/2010 sobre receta médica y órdenes de dispensación establece que “la receta médica y las órdenes de dispensación como documentos normalizados, suponen un medio fundamental para la transmisión de información entre los profesionales sanitarios y una garantía para el paciente, que posibilita un correcto cumplimiento terapéutico y la obtención de la eficiencia máxima del tratamiento...”.

#### Estándar GM\_pm\_5\_1 PRESCRIPCIÓN MEDICAMENTOSA

GM\_pm\_5\_1

El centro tiene definido un procedimiento para la **prescripción** de medicamentos.

##### Elementos del estándar:

- El centro cuenta con un procedimiento homogéneo para la prescripción medicamentosa basado en la historia clínica electrónica y que identifica inequívocamente a prescriptor, paciente, medicamento, pauta y forma de administración.
- El módulo de prescripción permite establecer dosis máximas y alertas automatizadas.
- El *software* de prescripción electrónica incluye sistemas de soporte a la decisión clínica que alertan a los médicos sobre posibles errores (p. ej. alergias, dosis máximas, interacciones) y orientan hacia la utilización de los medicamentos incluidos en la GFT y de los protocolos/guías clínicas establecidos (punto 57a del cuestionario de autoevaluación del ISMP Versión II: 2018).
- El médico prescriptor cuenta con ayudas para realizarla: inclusión de plantillas, revisión de fichas de medicamentos, interacciones medicamentosas, etc.
- Las alergias a medicamentos se indican de forma claramente visible en todas las pantallas que muestran la medicación específica de cada paciente, como recordatorio para todos los profesionales sanitarios (punto 10 del cuestionario de autoevaluación del ISMP Versión II: 2018).
- Las prescripciones médicas no se introducen en el sistema de prescripción electrónica hasta que las alergias del paciente se han registrado y codificado adecuadamente en el perfil del paciente (punto 12 del cuestionario de autoevaluación del ISMP Versión II: 2018).
- Los medicamentos que se dosifican según el peso corporal no se prescriben mientras no se haya introducido el peso del paciente (punto 16 del cuestionario de autoevaluación del ISMP Versión II: 2018).
- Los sistemas de prescripción electrónica exigen que los profesionales sanitarios que ignoren una alerta relevante (p. ej. exceder una dosis máxima de un medicamento de alto riesgo, una interacción medicamentosa grave, una alergia) registren una justificación al respecto (punto 40 del cuestionario de autoevaluación del ISMP Versión II: 2018).
- Se dispone de un plan de contingencia para seguir en caso de que se produzcan fallos en el sistema de prescripción electrónica que contempla un procedimiento alternativo seguro de prescripción de medicamentos (punto 65 del cuestionario de autoevaluación del ISMP Versión II: 2018).
- Al ingresar el paciente en el hospital y al ser trasladado a una unidad asistencial diferente dentro del hospital (p. ej. traslado a unidad de cuidados intensivos), los médicos efectúan una prescripción completa con todo el tratamiento farmacológico. No se aceptan las prescripciones de “continuar con los mismos medicamentos” o “tomar la medicación de casa” (punto 70 del cuestionario de autoevaluación del ISMP Versión II: 2018).

#### Estándar GM\_pm\_5\_2 ÓRDENES VERBALES

GM\_pm\_5\_2

El centro tiene definido un procedimiento para la gestión de las **órdenes verbales**.

##### Elementos del estándar:

- Las prescripciones verbales están restringidas a casos de emergencias u otras situaciones (p. ej. durante una intervención estéril) en las que el prescriptor no puede realizar de forma inmediata una prescripción electrónica o manual (punto 66 del cuestionario de autoevaluación del ISMP Versión II: 2018).
- Se ha establecido una técnica de repetición para aceptar las prescripciones verbales, de forma que el profesional que recibe la orden la repite al prescriptor en voz alta, para que la verifique y confirme, y se exige que posteriormente se registre la prescripción verbal en las órdenes de tratamiento y que se registre la administración (punto 67 del cuestionario de autoevaluación del ISMP Versión II: 2018).
- En el caso de que se admitan prescripciones telefónicas (p. ej. porque las necesiten utilizar los médicos de guardia), el receptor de la orden la transcribe inmediatamente a la orden de tratamiento del paciente y después la lee al prescriptor, para asegurar que ha entendido la orden y también que la ha transcrito correctamente (punto 68 del cuestionario de autoevaluación del ISMP Versión II: 2018).

## DOMINIO 6: GESTIÓN DE LA MEDICACIÓN

### GM\_pm\_6 Validación de las prescripciones medicamentosas

Las prescripciones médicas, antes de su administración y dispensación a los pacientes, han de ser validadas por un farmacéutico. Esta validación añade un componente de seguridad en el proceso de medicación, ya que a través de ella el farmacéutico verifica las posibles contraindicaciones, interacciones y adecuación de las dosis en la prescripción.

La validación incluye la evaluación de la idoneidad del fármaco, la dosis, la frecuencia, la vía de administración, la posible duplicidad terapéutica, las alergias, las interacciones con otros medicamentos o con alimentos, el peso del paciente u otras variables fisiológicas y cualquier otra contraindicación.

#### Estándar GM\_pm\_6\_1 VALIDACIÓN MEDICAMENTOSA

GM\_pm\_6\_1

El centro tiene definido un procedimiento para la **validación** por un farmacéutico de las **prescripciones medicamentosas**.

##### Elementos del estándar:

- Excepto en situaciones de urgencia vital, antes de iniciar los tratamientos todas las prescripciones se registran y se validan electrónicamente por un farmacéutico, considerando la situación clínica del paciente, para comprobar contraindicaciones, interacciones y adecuación de las dosis (punto 44 del cuestionario de autoevaluación del ISMP Versión II: 2018).
- Si no se puede garantizar el punto anterior, el Servicio de Farmacia define unos criterios específicos para priorizar los criterios de validación.
- Las primeras dosis de los medicamentos de alto riesgo no se pueden retirar de los botiquines de la unidad o de los sistemas automatizados de dispensación (SAD) hasta que un farmacéutico valida la prescripción del paciente. Excepciones: situaciones de emergencia en que la situación clínica del paciente lo justifica y períodos en los que no hay presencia física del farmacéutico en el centro (punto 126 del cuestionario de autoevaluación del ISMP Versión II: 2018).
- Se utiliza un *software* específico de ayuda para la revisión automatizada de las prescripciones con capacidad para detectar dosis y duraciones de tratamiento superiores a las recomendaciones, interacciones farmacológicas, duplicidades terapéuticas, etc.
- Un farmacéutico u otro profesional sanitario designado específicamente revisa periódicamente en el sistema de prescripción electrónica los registros de las alertas relevantes que han sido ignoradas (p. ej. alertas de dosis máximas, interacciones graves, alertas de alergia) (punto 41 del cuestionario de autoevaluación del ISMP Versión II: 2018).
- Los farmacéuticos y el personal técnico de farmacia tienen fácil acceso (p. ej. en cada terminal de ordenador en la farmacia o en dispositivos móviles) a sistemas electrónicos de información sobre medicamentos, actualizados y de manejo sencillo (p. ej. MicroMedex®, BOT Plus®, Medimecum®).
- Las intervenciones farmacéuticas en respuesta a una prescripción médica potencialmente perjudicial para el paciente se comunican inmediatamente a las enfermeras que lo atienden, mientras se espera la aclaración de la prescripción (para reducir las reclamaciones por los retrasos y evitar la posible administración de medicamentos procedentes de las existencias en la unidad) (punto 45 del cuestionario de autoevaluación del ISMP Versión II: 2018).
- Los métodos de comunicación de las intervenciones farmacéuticas están claramente definidos, son accesibles, conocidos por los profesionales implicados y permiten la comunicación en tiempo real.

### GM\_pm\_7 Preparación del medicamento

La preparación, dispensación y administración de los medicamentos son tareas que deben realizarse en unas condiciones de trabajo idóneas, de forma que se reduzca la posibilidad de cometer errores. El personal debe estar adecuadamente capacitado para garantizar la seguridad del procedimiento.

La identificación inequívoca del paciente cobra aquí una gran importancia y la estandarización de los procedimientos en el hospital hace que sean más seguros y que se reduzca la posibilidad de errores.

#### Estándar GM\_pm\_7\_2 PREPARACIÓN MEDICACIÓN

GM\_pm\_7\_2

La sistemática de trabajo del centro favorece las condiciones adecuadas de **preparación de la medicación**.

##### Elementos del estándar:

## DOMINIO 6: GESTIÓN DE LA MEDICACIÓN

- Las enfermeras seleccionan la medicación a administrar en las salas de medicación, en los SAD o en otras áreas, en un entorno libre de distracciones, interrupciones y ruidos (punto 162 del cuestionario de autoevaluación del ISMP Versión II: 2018).
- Las enfermeras que preparan la medicación están identificadas (chaleco con rótulo identificativo u otro distintivo) de forma que puedan ser reconocidas por pacientes, familiares y otros profesionales y no ser interrumpidas durante esta actividad.
- Las enfermeras y los médicos (incluyendo los anestesiólogos) preparan o seleccionan toda la medicación que se vaya a administrar a un paciente de una sola vez, inmediatamente antes de su administración.
- Se prepara la medicación de cada paciente de forma individualizada; si en una habitación hay más de un paciente no se prepara simultáneamente la medicación de todos ellos.
- Los envases con medicamentos que se llevan hasta la cabecera del paciente (incluyendo jeringas preparadas para lavar las líneas de infusión y otros medicamentos preparados a partir de viales y ampollas en las unidades asistenciales fuera de la habitación del paciente), están etiquetados como mínimo con el nombre del medicamento y la composición cuantitativa, así como la vía de administración, si procede (punto 89 del cuestionario de autoevaluación del ISMP Versión II: 2018).
- Los medicamentos orales se mantienen en su envase unitario hasta el momento de su administración a pie de cama, para poder realizar un control final frente a la hoja de registro de administración de medicamentos de enfermería. Excepción: medicamentos que requieren preparación previa (punto 91 del cuestionario de autoevaluación del ISMP Versión II: 2018).
- El profesional que prepara la medicación es el mismo que la administra.
- El procedimiento para etiquetar la medicación antes de ser administrada es seguro.
- Las soluciones intravenosas, las dosis y los tiempos de administración de los medicamentos están estandarizados siempre que sea posible.

### Estándar GM\_pm\_7\_3 SALAS BLANCAS

GM_pm_7_3	El Servicio de Farmacia cuenta con <b>salas blancas</b> cuando la preparación de medicamentos así lo haga necesario.
-----------	--

Las salas blancas o limpias en un Servicio de Farmacia hospitalaria responden a la necesidad de obtener la esterilidad en el producto final, así como la protección del profesional por una exposición potencial a partículas o aerosoles procedentes de un producto peligroso.

La Norma UNE-EN ISO 14644-1 las define como “un local en el que se controla la concentración de partículas contenidas en el aire y que además su construcción y utilización se realiza de forma que el número de partículas introducidas o generadas y existentes en el interior del local sea lo menor posible y en la que además se puedan controlar otros parámetros importantes como: temperatura, humedad y presión”.

#### Elementos del estándar:

- El Servicio de Farmacia que elabore medicamentos y/o fórmulas magistrales peligrosas dispone de una zona específica para este cometido.
- Las salas blancas o limpias cuentan con las condiciones técnicas necesarias para las formulaciones que se realicen en el centro hospitalario.
- Existe un sistema de monitorización continua de presiones y diferenciales de presiones que garantiza el correcto funcionamiento de las instalaciones.
- Se dispone de un procedimiento para el control microbiológico ambiental de las cabinas de flujo laminar y salas blancas donde se preparan medicamentos estériles que contempla un plan de actuación en caso de que se excedan los límites de contaminación recomendados (punto 261 del cuestionario de autoevaluación del ISMP).
- Existe un procedimiento específico de preparación de medicamentos estériles y de manipulación de medicamentos peligrosos que los profesionales conocen.
- El acceso a estas áreas está señalizado y restringido únicamente al personal autorizado con el fin de proteger a las personas no implicadas en su manejo.
- Cuando se manipulen medicamentos peligrosos se utilizan sistemas cerrados de transferencia de medicamentos (SCTM) en los que el medicamento no entra en contacto con el medio externo, no permitiendo la transferencia de contaminantes ambientales ni el escape de fármacos de alto riesgo o sus vapores fuera del mismo.
- Los sistemas cerrados utilizados permiten tanto la disolución de sustancias liofilizadas, como la manipulación y el trasvase seguro de líquidos desde su envase inicial hasta el contenedor final.

## DOMINIO 6: GESTIÓN DE LA MEDICACIÓN

- Los trabajadores que desarrollen su cometido en estas salas disponen de los equipos de protección individual adecuados a los riesgos específicos a los que están expuestos.

### GM\_pm\_8 Dispensación del medicamento

#### Estándar GM\_pm\_8\_1 DISPENSACIÓN MEDICAMENTOS

GM\_pm\_8\_1

El centro cuenta con un procedimiento que garantiza la adecuada **dispensación** del medicamento al paciente.

##### Elementos del estándar:

- Los medicamentos que se dispensan por el Servicio de Farmacia para pacientes específicos, van etiquetados y acondicionados en dosis unitarias y están identificados con el nombre y localización del paciente, bien en contenedores (bandeja, cajetín) o con un envoltorio exterior (sobre, bolsa) (punto 85 del cuestionario de autoevaluación del ISMP Versión II: 2018).
- Las dosis que requieran menos de un comprimido (p. ej. 1/4 ó 1/2 comprimido) se reenvasan en dosis unitarias por el Servicio de Farmacia (punto 84 del cuestionario de autoevaluación del ISMP Versión II: 2018).
- Cuando el Servicio de Farmacia dispensa medicamentos a pacientes ambulatorios, siempre que se dispensa un medicamento nuevo, un farmacéutico proporciona información al paciente o cuidador sobre el nombre del medicamento, su indicación, la dosis prescrita, la forma de administración, los beneficios esperados y los posibles efectos adversos, así como los errores más importantes que pueden ocurrir (punto 209 del cuestionario de autoevaluación del ISMP Versión II: 2018).
- Siempre que el Servicio de Farmacia dispensa un medicamento a un paciente ambulatorio se verifica con el paciente o cuidador, que el medicamento dispensado se corresponde con el prescrito mostrándole el envase y etiquetado del medicamento (punto 210 del cuestionario de autoevaluación del ISMP Versión II: 2018).
- El centro promueve la implantación de tecnología de lector de código de barras para verificar los medicamentos cuando se dispensan.
- Los pacientes ambulatorios que no puedan acudir a la dispensación pueden autorizar a un familiar o allegado para su recogida.
- Se realiza una identificación inequívoca del paciente o familiar que no se basa en la receta electrónica.

### GM\_pm\_9 Administración del medicamento

#### Estándar GM\_pm\_9\_1 ADMINISTRACIÓN MEDICAMENTOS **ESTÁNDAR BÁSICO**

GM\_pm\_9\_1

Los procedimientos del centro garantizan la correcta **administración** de la medicación al paciente.

##### Elementos del estándar:

- Los horarios de administración de la medicación están estandarizados en todo el centro.
- El mobiliario del centro se adecúa para prevenir errores en la medicación, por ejemplo, se señalizan las mesitas de los pacientes.
- Se utilizan vasos de distintos colores para identificar la ubicación de los pacientes.
- Todos los envases con medicamentos que se llevan hasta la cabecera del paciente (incluyendo jeringas preparadas para lavar las líneas de infusión y otros medicamentos preparados a partir de viales y ampollas en las unidades asistenciales fuera de la habitación del paciente), están etiquetados como mínimo con el nombre del medicamento y la composición cuantitativa, así como la vía de administración, si procede (punto 89 del cuestionario de autoevaluación del ISMP Versión II: 2018).
- Los medicamentos orales se mantienen en su envase unitario hasta el momento de su administración a pie de cama, para poder realizar un control final frente a la hoja de registro de administración de medicamentos de enfermería. Excepción: medicamentos que requieren preparación previa (p. ej. triturado) (punto 91 del cuestionario de autoevaluación del ISMP Versión II: 2018).
- Se comprueba la fecha de caducidad del medicamento y el estado de conservación.
- Se realiza una identificación inequívoca del paciente antes de administrar cualquier medicamento.
- El centro instaura políticas para promover que el paciente tome un papel activo en su identificación.
- Se informa al paciente de la medicación que se le va a administrar, en ocasiones pueden ser equivalentes terapéuticos distintos a los que tomaba en su domicilio y se aclaran las posibles dudas.

## DOMINIO 6: GESTIÓN DE LA MEDICACIÓN

- Se comprueba el estado cognitivo del paciente y su capacidad de deglución antes de administrar la medicación.
- Las enfermeras que administran la medicación están identificadas (chaleco con rótulo identificativo u otro distintivo), de manera que puedan ser reconocidas por pacientes, familiares y otros profesionales y no ser interrumpidas durante esta actividad.
- Se emplea un lector de códigos que utiliza al menos dos identificadores (p. ej. nombre y fecha de nacimiento, nombre y número de historia clínica) para verificar la identidad del paciente antes de la administración de los medicamentos (punto 18a del cuestionario de autoevaluación del ISMP Versión II: 2018).
- Se utilizan dos identificadores del paciente (nunca el número de habitación o la localización) de la hoja de registro de enfermería o de la prescripción médica, para verificar su identidad en la pulsera identificativa o cuando sea posible directamente con el paciente, antes de administrar la medicación (punto 18b del cuestionario de autoevaluación del ISMP Versión II: 2018).

### Estándar GM\_pm\_9\_2 MEDICACIÓN IV Y ELECTROLITOS

GM\_pm\_9\_2

El centro cuenta con procedimientos que garantizan la administración segura de la medicación intravenosa y de concentrados de electrolitos.

#### Elementos del estándar:

- El centro hospitalario cuenta con materiales didácticos preferentemente con fotografías o vídeos para la consulta de los profesionales que administren medicación intravenosa.
- Se utilizan mezclas intravenosas preparadas comercialmente, siempre que se encuentren disponibles, para evitar la preparación en farmacia o la manipulación a pie de cama (punto 100 del cuestionario de autoevaluación del ISMP Versión II: 2018).
- Se utilizan jeringas precargadas, en lugar de viales o ampollas, para aquellos medicamentos inyectables destinados a la administración intravenosa directa que se encuentran disponibles en dicha presentación comercial (punto 101 del cuestionario de autoevaluación del ISMP Versión II: 2018).
- Siempre que sea posible la medicación intravenosa se prepara en el Servicio de Farmacia.
- El Servicio de Farmacia prepara las soluciones intravenosas estandarizadas de los medicamentos de alto riesgo que no se encuentran disponibles comercialmente, excepto si se necesitan en situaciones de emergencia (punto 98 del cuestionario de autoevaluación del ISMP Versión II: 2018).
- Las etiquetas de las mezclas inyectables preparadas en el Servicio de Farmacia indican la cantidad total o la concentración de cada medicamento adicionado, el volumen total de solución, la solución base, la vía de administración y la caducidad, y las destinadas a pacientes específicos incluyen además los datos identificativos y la localización del paciente (punto 86 del cuestionario de autoevaluación del ISMP Versión II: 2018).
- Las mezclas intravenosas preparadas en el Servicio de Farmacia que tienen sobrellenado (p. ej. de antineoplásicos, perfusiones pediátricas), se etiquetan de forma que el volumen final incluye el volumen de sobrellenado (punto 87 del cuestionario de autoevaluación del ISMP Versión II: 2018).
- Los viales o ampollas de concentrados de electrolitos (p. ej. cloruro potásico, fosfato potásico, sulfato de magnesio y cloruro sódico superior al 0,9%) que requieren dilución antes de su administración intravenosa no están disponibles en los depósitos de medicamentos o en los SAD de ninguna unidad asistencial (punto 120a del cuestionario de autoevaluación del ISMP Versión II: 2018).
- Existen procedimientos estandarizados para la terapia de sustitución de electrolitos en adultos y pacientes pediátricos para el tratamiento de la hipocalcemia, la hiponatremia y la hipofosfatemia.
- Se comprueba previamente la prescripción y la etiqueta del fármaco dispensado por el Servicio de Farmacia y que ambas estén claramente escritas, se comprueba también la fecha de caducidad.
- Se etiquetan claramente los extremos distales de todas las sondas, catéteres, PICC y líneas de infusión insertadas en los pacientes que están recibiendo diversas soluciones por diferentes vías de administración (tales como sondas para instilación vesical, vías venosas periféricas, vías venosas centrales o PICC, vías arteriales, catéteres epidurales, sondas para administración enteral, etc.) (punto 138 del cuestionario de autoevaluación del ISMP Versión II: 2018).
- Antes de administrar una medicación intravenosa se comprueba el fármaco prescrito, la dosis prescrita, el horario de administración, la vía correcta y la identidad del paciente.
- Se rotula el medicamento con el nombre del paciente, cama, hora, nombre del medicamento y vía de administración.
- Las etiquetas adheridas a los envases comerciales de infusiones intravenosas se colocan de forma que permitan leer el etiquetado del fabricante, el cual identifica la solución base, la cantidad total y la concentración de todos sus componentes (punto 90 del cuestionario de autoevaluación del ISMP Versión II: 2018).

## DOMINIO 6: GESTIÓN DE LA MEDICACIÓN

- Se utilizan agujas diferentes para cargar la medicación y para administrarla.
- No se mezclan dos medicamentos en una misma infusión.
- El centro sanitario tiene un procedimiento uniforme en todo el hospital para el uso los catéteres multilumen, asignando los puertos de forma inequívoca según el uso previsto.
- Antes de la administración de un medicamento por vía intravenosa se realiza higiene de manos con jabón antiséptico o con solución hidroalcohólica.
- Se comprueba el estado del catéter insertado y posibles signos inflamatorios en la piel del paciente.
- Se comprueba la permeabilidad de la vía antes de la administración del fármaco.
- Se accede al puerto sólo con dispositivos estériles, desinfectándolo con una solución antiséptica y tapándolo cuando no esté en uso.
- Se utilizan jeringas diseñadas específicamente para la administración oral o enteral, que no se pueden conectar a los sistemas de administración intravenosa, para dispensar y administrar los medicamentos líquidos orales que no están disponibles en dosis unitarias (punto 145 del cuestionario de autoevaluación del ISMP Versión II: 2018).
- Las sondas de alimentación enteral tienen puertos que sólo conectan con las jeringas orales y conectores para catéter (no tienen conectores Luer hembra) (punto 144 del cuestionario de autoevaluación del ISMP Versión II: 2018).

### Estándar GM\_pm\_9\_3 BOMBAS DE INFUSIÓN

GM\_pm\_9\_3

El centro cuenta con procedimientos que garantizan la seguridad de los sistemas de control de flujo de infusiones (**bombas de infusión**).

#### Elementos del estándar:

- El centro establece un equipo interdisciplinar que estandarice las concentraciones de los medicamentos IV utilizadas en las distintas unidades clínicas, y que elabore y actualice periódicamente la biblioteca de medicamentos de las bombas de infusión.
- Los tipos de bombas de infusión de uso general utilizados en el centro se limitan a uno o dos, para maximizar la competencia en su manejo (punto 140 del cuestionario de autoevaluación del ISMP Versión II: 2018).
- Todos los sistemas electrónicos de control de flujo de infusiones (incluyendo bombas para analgesia controlada por el paciente) pasan una inspección y test de funcionamiento al menos una vez al año (incluyendo una prueba volumétrica de exactitud del ritmo) (punto 147 del cuestionario de autoevaluación del ISMP Versión II: 2018).
- Se han establecido unos criterios que determinan cuándo se deben utilizar las bombas de infusión (en qué pacientes, para qué medicamentos y las velocidades de infusión para administrar los medicamentos mediante bomba) (punto 139 del cuestionario de autoevaluación del ISMP Versión II: 2018).
- Los profesionales sanitarios reciben formación sobre los sistemas de administración de los medicamentos (p. ej. bombas de infusión, equipos automáticos de preparación), así como sobre los protocolos/directrices asociados, y además se evalúa su competencia antes de permitirles manejar estos dispositivos (punto 137 del cuestionario de autoevaluación del ISMP Versión II: 2018).
- Se utilizan bombas de infusión inteligentes para administrar al menos los medicamentos intravenosos de alto riesgo, con todas las funcionalidades de seguridad activadas, que permitan interceptar y evitar los errores de dosis o de velocidad de infusión (punto 150 del cuestionario de autoevaluación del ISMP Versión II: 2018).
- En la preparación y administración de medicación a través de bombas de infusión se realizan actividades de doble chequeo por dos profesionales distintos, especialmente cuando se administren medicamentos de alto riesgo.

### GM\_pm\_10 Registro del medicamento

#### Estándar GM\_pm\_10\_1 REGISTRO DE MEDICACIÓN

GM\_pm\_10\_1

Los profesionales que administran o dispensan medicación a los pacientes lo **registran en la HCE de forma inmediata**.

#### Elementos del estándar:

- El profesional que administra o dispensa medicación firma inmediatamente después de la administración/dispensación, nunca con carácter previo.
- Si no se administra un medicamento que está programado, se registra la causa en la HCE.

## DOMINIO 6: GESTIÓN DE LA MEDICACIÓN

- Se registran las incidencias de medicación que nos comuniquen desde la cocina (medicación que llega a cocina en las bandejas) o desde la farmacia (medicación que vuelve en los cajones de unidosis).
- Se registra cualquier tipo de incidencia que ocurra en relación con el proceso de administración/dispensación del medicamento.
- Ningún profesional firma medicación que no haya administrado.

### GM\_pm\_11 Gestión de las incidencias

Muchos de los errores en el proceso asistencial notificados están relacionados con la medicación. El proceso de utilización de los medicamentos es muy complejo y los errores de medicación pueden ocurrir en cualquiera de las etapas de dicho proceso: prescripción, comunicación, etiquetado, envasado, denominación, preparación, dispensación, distribución, administración, educación, seguimiento y utilización.

Un procedimiento para gestionar estas incidencias facilita el trabajo y aporta seguridad al proceso.

#### Estándar GM\_pm\_11\_1 INCIDENCIAS MEDICACIÓN

GM\_pm\_11\_1

Las incidencias en relación a la medicación se gestionan de manera segura.

#### Elementos del estándar:

- Existe un procedimiento en el que se define la forma de gestionar las incidencias en relación con la medicación.
- La GFT no incluye para ningún principio activo más de un medicamento con la misma presentación y dosis, salvo situaciones justificadas (punto 48 del cuestionario de autoevaluación del ISMP Versión II: 2018).
- Antes de tomar la decisión de incluir un medicamento en la GFT, se analiza el riesgo potencial de error de dicho medicamento y se revisa la bibliografía publicada al respecto, se documenta en el informe enviado a la CFT y se evalúa (punto 50 del cuestionario de autoevaluación del ISMP Versión II: 2018).
- Cuando en el proceso de selección se identifican medicamentos que tienen un riesgo elevado de error, se establecen medidas para mejorar su seguridad antes de su utilización inicial, tales como prescripciones médicas estandarizadas, directrices de prescripción, sistemas de chequeo, señales de alerta y/o limitaciones en el uso, administración y almacenamiento de los medicamentos (punto 52 del cuestionario de autoevaluación del ISMP Versión II: 2018).
- El centro realiza actividades formativas en relación con la gestión de las incidencias de la medicación, con las medicaciones nuevas incluidas en la GFT, con las incidencias notificadas, etc.
- Se ha establecido un procedimiento en todas las unidades asistenciales para retirar y almacenar de forma segura la medicación suspendida (o la medicación retirada de los SAD que no se ha utilizado), hasta que el Servicio de Farmacia la recoja y no está permitido utilizarla para otros pacientes (punto 113 del cuestionario de autoevaluación del ISMP Versión II: 2018).

### GM\_pm\_12 Autoevaluación de la seguridad medicamentosa

Las instituciones sanitarias han de disponer de herramientas de evaluación para los principales procesos, para conocer sus riesgos e identificar oportunidades de mejora y así planificar las medidas para avanzar eficientemente en la seguridad del paciente, en este caso en el uso seguro de la medicación.

Con este objetivo, el Gobierno autorizó, en el Consejo de Ministros de 29 de septiembre de 2006, la suscripción de un convenio de colaboración entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y la Universidad de Salamanca, a través del Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos (ISMP-España) para promover y mejorar la seguridad del uso de los medicamentos en los hospitales.

El ISMP es una organización sin ánimo de lucro, cuya misión es promover la seguridad y mejorar la calidad del sistema de utilización de los medicamentos. Sus objetivos son el fomento de una cultura de seguridad responsable en el sistema sanitario, la detección y aprendizaje activo de los errores, la difusión de prácticas de seguridad efectivas y la formación de los profesionales. Ha sido pionera en sensibilizar a los profesionales sobre la trascendencia clínica de los errores de medicación y en estudiar el alcance de este problema en nuestro país.

Fruto de este convenio surge la adaptación a España del cuestionario del ISMP de autoevaluación de la seguridad del sistema de utilización de medicamentos en los hospitales, como una herramienta para la mejora de la seguridad en el entorno de la medicación.

## DOMINIO 6: GESTIÓN DE LA MEDICACIÓN

El cuestionario del ISMP es una herramienta de autoevaluación muy útil, que permite evaluar la situación de los centros sanitarios en relación con la seguridad del medicamento y compararse con otros centros de dimensiones o características semejantes, así como conocer la evolución a través del tiempo.

### Estándar GM\_pm\_12\_1 AUTOEVALUACIÓN SEGURIDAD MEDICAMENTOSA

GM\_pm\_12\_1

El Servicio de Farmacia **evalúa** periódicamente la **seguridad** en el uso del medicamento.

El centro sanitario ha de contar con un sistema de evaluación periódica en el uso del medicamento que comprenda todos los subprocesos y todos los profesionales y equipos involucrados en el mismo.

Un sistema de autoevaluación posible es el propuesto por el ISMP, pero cada centro puede adaptar su propio sistema a las características del mismo.

#### Elementos del estándar:

- Existe una sistemática de evaluación periódica de la gestión del medicamento que implica a profesionales, equipos y a los distintos subprocesos.
- Se realiza un informe de la evaluación con detección de áreas de mejora.

## DOMINIO 6: GESTIÓN DE LA MEDICACIÓN

### MEDICACIONES ESPECIALES (me)

Es el caso de la medicación de alto riesgo, estupefacientes, citostáticos, gases medicinales, formulaciones magistrales o aquellos medicamentos cuya preparación o administración pueda resultar peligrosa para profesionales o pacientes. Se han relacionado aquí bajo el agrupador "medicaciones especiales".

	Dominio		Agrupador	nº	Circuito
<b>GM</b>	<b>GESTIÓN DE LA MEDICACIÓN</b>	<b>me</b>	<b>Medicaciones especiales</b>	1	Medicación de alto riesgo (MAR)
				2	Estupefacientes
				3	Medicamentos citotóxicos y citostáticos
				5	Medicamentos peligrosos
				6	Gases medicinales
				7	Formulaciones magistrales
				8	Terapias avanzadas

### GM\_me\_1 Medicación de alto riesgo (MAR)

Se denominan medicamentos de alto riesgo (MAR) aquéllos que cuando se utilizan incorrectamente presentan una mayor probabilidad de causar daños graves o incluso mortales a los pacientes.

El Instituto para el uso seguro del medicamento (ISMP) y otras organizaciones dedicadas a la seguridad del paciente insisten en la necesidad de establecer procedimientos explícitos para reducir el riesgo de errores cuando se manejan estos medicamentos y de hecho constituye la tercera de las metas internacionales para la seguridad del paciente (MISP3).

Son medicamentos con mayor riesgo de causar lesiones por uso incorrecto, como los fármacos empleados en la quimioterapia, las soluciones concentradas de electrolitos (como el cloruro de potasio), la insulina por vía intravenosa, la digoxina IV, los agonistas adrenérgicos o los anticoagulantes (heparina y warfarina).

#### Estándar GM\_me\_1\_1 MAR

<b>GM_me_1_1</b>	<b>Se aplica un procedimiento para el uso seguro de la medicación de alto riesgo.</b>
------------------	---

"Los medicamentos de alto riesgo tienen una probabilidad mayor que otro tipo de medicamentos, de estar asociados a eventos adversos de consecuencias graves para los pacientes. Las instituciones sanitarias deben identificar estos medicamentos, establecer procedimientos para su manejo seguro en todos los procesos asistenciales, evaluar los procedimientos instaurados para grupos de medicamentos específicos y tomar medidas concretas de reducción de riesgos" (Estrategia de seguridad del paciente del Sistema Nacional de Salud período 2015-2020).

La OMS en su reto "Medicación sin daño" recomienda que cada país disponga de una lista de medicamentos de alto riesgo, para que se utilice por los centros sanitarios.

#### Elementos del estándar:

- El centro hospitalario elabora una lista de medicamentos de alto riesgo propia de la organización (de acuerdo a su GFT) en los que priorizar las intervenciones.
- En esta lista se incluyen como mínimo: anticoagulantes, insulinas, opiáceos, bloqueantes neuromusculares, potasio IV, metotrexato oral (uso no oncológico) y citostáticos (Recomendación para el uso de MAR del Ministerio de Sanidad). Se pueden incluir otros medicamentos adicionales, considerando las listas de referencia de medicamentos de alto riesgo y los errores registrados en el propio centro, pero se recomienda que incluya un número reducido de medicamentos, de forma que la implantación de las prácticas seguras necesarias sea factible. Asimismo, la lista se podrá adaptar a unidades específicas, como a las pediátricas (recomendación para el uso de MAR del Ministerio de Sanidad).
- La lista de MAR del centro se revisa periódicamente y se actualiza al menos cada dos años.
- Se implementan prácticas seguras generales y específicas de eficacia probada en todas las etapas del circuito de utilización de estos medicamentos.

## DOMINIO 6: GESTIÓN DE LA MEDICACIÓN

- Se difunde la lista de los medicamentos de alto riesgo y las prácticas establecidas y se forma a los profesionales sanitarios.
- Se proporciona información a los pacientes y personas cuidadoras y se fomenta su implicación en el manejo de los medicamentos de alto riesgo.
- Se realizan folletos informativos dirigidos a los pacientes sobre anticoagulantes, opiáceos, insulinas y metotrexato oral.
- Se lleva a cabo un seguimiento de la implantación de las prácticas y se evalúa su efectividad.
- El sistema informático de farmacia efectúa un control de los límites de dosis y avisa a los profesionales sanitarios acerca de las sobredosificaciones e infradosificaciones de todos los medicamentos de alto riesgo.
- Se han establecido las dosis máximas de los medicamentos de alto riesgo que se han incorporado en los protocolos y en el *software* de la tecnología utilizada en el hospital (p. ej. sistema de prescripción electrónica, registro electrónico de administración, bombas de infusión inteligentes...) y se revisan periódicamente (punto 38 del cuestionario de autoevaluación del ISMP Versión II: 2018).
- El almacenamiento, ubicación y etiquetado de medicamentos de alto riesgo es homogéneo en todo el centro y tienen una señalización clara en todas las ubicaciones.
- Los protocolos vigentes, directrices, escalas de dosificación y listas de control para la medicación de alto riesgo, son de fácil acceso para los médicos, farmacéuticos y enfermeras, y se utilizan cuando se prescriben, dispensan y administran estos medicamentos de alto riesgo.
- El centro hospitalario tiene implantadas prácticas de doble chequeo en la preparación y administración de estos medicamentos.
- Los viales con concentrados de electrolitos (cloruro potásico, fosfato potásico, sulfato de magnesio y cloruro sódico superior al 0,9%) y que requieren dilución antes de su administración intravenosa, no están disponibles en los depósitos de medicamentos o en los armarios de dispensación automatizada de ninguna unidad asistencial (incluidos los botiquines de quirófano/anestesia) (punto 120a del cuestionario de autoevaluación del ISMP Versión II: 2018).
- Se limita el número de presentaciones y de concentraciones disponibles, particularmente para heparina, morfina e insulina.
- La preparación de mezclas intravenosas de medicamentos de alto riesgo se realiza desde una unidad centralizada en el Servicio de Farmacia.
- Para aquellos medicamentos inyectables que se titulan según su efecto (p. ej. perfusiones de insulina, dopamina, dobutamina, etc.), se han establecido límites de dosis mínimas y máximas, de forma que cuando se alcanzan (p.ej. caen por debajo de las dosis mínimas o exceden las dosis máximas), se exige la notificación del médico prescriptor para posteriores instrucciones en relación a la dosis o a la posible interrupción del tratamiento (punto 39 del cuestionario de autoevaluación del ISMP Versión II: 2018).

### Relación del ISMP de medicamentos de alto riesgo en hospitales:

#### Grupos terapéuticos:

- |  |   |
|--|---|
| - Agentes inotrópicos IV (p.ej. digoxina, milrinona)   | fondaparinux)   |
| - Agonistas adrenérgicos IV (p.ej. DOPamina, EPINEFrina, FENILEFrina, NORadrenalina, adrenalina, DOBUtamina, isoprenalina) | - Inhibidores directos de la trombina (p.ej. argatrobán, bivalirudina)                                |
| - Anestésicos generales inhalados e IV (p.ej. ketamina, propofol)  | - Insulinas IV y subcutáneas  |
| - Antagonistas adrenérgicos IV (p.ej. esmolol, labetalol, metoprolol, urapidilo, propranolol)                              | - Medicamentos para sedación moderada IV (p.ej. midazolam, dexmedetomidina)                           |
| - Antiagregantes plaquetarios IV (p.ej. abciximab, eptifibatida, tirofiban, epoprostenol)                                  | - Medicamentos orales para sedación moderada en niños (p.ej. hidrato de cloral, midazolam)            |
| - Antiarrítmicos IV (p.ej. amiodarona, lidocaína)  | - Medicamentos que tienen presentación convencional y en liposomas (p.ej. anfotericina B)             |
| - Anticoagulantes orales (p.ej. acenocumarol, apixabán, edoxabán, dabigatrán, rivaroxabán, warfarina)                      | - Medicamentos que se administran por vía epidural o intratecal (p.ej. levobupivacaína, ropivacaína). |
| - Antidiabéticos orales sulfonilureas (p.ej. gliBENCLAMida)  | - Nutrición parenteral - Opioides IV, transdérmicos y orales (todas las presentaciones)               |
| - Bloqueantes neuromusculares (p.ej. suxametonio, rocuronio)   | - Soluciones cardioplégicas (celsior®)  |
| - Citostáticos, parenterales y orales  | - Soluciones de glucosa hipertónica ( $\geq 20\%$ )   |
| - Heparina y otros anticoagulantes parenterales (p.ej., antitrombina III, heparina sódica, enoxaparina,                    | - Soluciones para diálisis (peritoneal y hemodiálisis)  |
|  | - Trombolíticos (p.ej. alteplasa, tenecteplasa)   |

## DOMINIO 6: GESTIÓN DE LA MEDICACIÓN

### Medicamentos específicos:

- Agua estéril para inyección, inhalación e irrigación en envases de volumen  $\geq 100$  ml (excluyendo botellas)
- Cloruro potásico IV (solución concentrada)
- Cloruro sódico hipertónico ( $\geq 0,9\%$ )
- Epinefrina IM, SC
- Epoprostenol IV
- Fosfato potásico IV
- Metotrexato oral (uso no oncológico)
- Nitroprusiato sódico IV
- Oxitocina IV
- Sulfato de magnesio IV
- Tintura de opio
- Vasopresina IV

Ejemplos de medicamentos de alto riesgo (pueden cambiar según modificaciones de la GFT):

- |                             |                     |                    |                        |                   |
|-----------------------------|---------------------|--------------------|------------------------|-------------------|
| - Abciximab                 | - Clopidogrel       | - Fenitoína        | - Lidocaína            | - Remifentanilo   |
| - Acenocumarol (sintrom)    | - ClK               | - Fentanilo        | - Melfalan             | - Repaglinida     |
| - Adenosina                 | - ClNa              | - Flecaínida IV    | - Mercaptopurina       | - Rituximab       |
| - Adrenalina                | - Clorambucilo      | - Fondaparinux     | - Metformina           | - Rocuronio       |
| - Alteplasa                 | - Citostáticos      | - Fosf. Dipotásico | - Metotrexato          | - Salbutamol IV   |
| - Anfotericina B            | - Dabigatrán        | - Glibenclamida    | - Midazolam IV         | - Sevoflurano     |
| - Amidotrizoato (contraste) | - Dexmedetomidina   | - Gliclazida       | - Milrinona            | - Sitagliptina    |
| - Amiodarona IV(Trangorex)  | - Diazepam IV       | - Glimepirida      | - Morfina              | - Soluc. diálisis |
| - Atenolol                  | - Digoxina IV       | - Glucosa          | - Nitroprusiato        | - Sulfato Mg      |
| - Atropina                  | - Dobutamina        | - Haloperidol IV   | - Noradrenalina        | - Suxametonio     |
| - Biperideno                | - Dopamina          | - Heparina         | - Nutrición parenteral | - Tenecteplasa    |
| - Bortezomib                | - Efedrina          | - Hidrato de coral | - Óxido nítrico        | - Tiopental Na    |
| - Bupivacaína               | - Enoxaparina       | - Hidroxicarbamida | - Oxitocina            | - Tirofibán       |
| - Ciclofosfamida            | - Epinefrina IM, SC | - Insulina         | - Petidina             | - Tramadol        |
| - Cisatracurio              | - Eptifibatida      | - Ioversol (cte.)  | - Prilocaina           | - Uroquinasa      |
| - Clonazepam IV             | - Esmolol           | - Isoprenalina     | - Procainamida         | - Vecuronio       |
|                             | - Etomidato         | - Ketamina         | - Propafenona          | - Vasopresina     |
|                             | - Fenilefrina       | - Labetalol        | - Propofol             | - Warfarina       |
|                             |                     | - Lepirudina       |                        |                   |

### GM\_me\_2 Estupefacientes

La normativa en relación con la gestión de los estupefacientes se establece en el Decreto 90/2005, de 3 de agosto, por el que se establece el procedimiento de utilización y control de medicamentos estupefacientes en centros hospitalarios del Principado de Asturias.

El objetivo del decreto es que los centros sanitarios establezcan un sistema interno de distribución de estupefacientes a través de sus servicios de farmacia hospitalaria, que sea eficaz y seguro.

Los servicios de farmacia tendrán la responsabilidad de su adquisición a los proveedores autorizados, de garantizar su conservación y custodia y un sistema de distribución hospitalaria eficaz y seguro.

### Estándar GM\_me\_2\_1 ESTUPEFACIENTES

GM\_me\_2\_1

El centro realiza una gestión adecuada de los estupefacientes.

#### Elementos del estándar:

- Existe un procedimiento de gestión de los estupefacientes en base a los requisitos establecidos en el decreto 90/2005 y que es conocido por los profesionales implicados.
- Hay una autorización de la dirección del centro de los depósitos de estupefacientes en los servicios.
- Se ha designado a los profesionales responsables de los mismos.
- Se realiza el suministro de estupefacientes con solicitud a través de un vale específico para ese fin.
- Hay un justificante de la recepción de los estupefacientes firmado por el responsable.
- En las unidades existe un libro de movimiento de medicamentos estupefacientes.
- El Servicio de Farmacia cuenta con un libro de contabilidad de estupefacientes en farmacia (pueden ser sustituidos por registros informáticos que permitan listados mensuales).
- Se realiza la custodia bajo llave en una instalación de seguridad sólo utilizada para ese fin.
- Existen procedimientos establecidos para la devolución, pérdida, extravío o segregación (medias ampollas).

## DOMINIO 6: GESTIÓN DE LA MEDICACIÓN

- Se realiza una comprobación diaria con firma y registro de existencias en cada depósito hospitalario.
- Se realiza un control semestral por Farmacia de los depósitos del centro.

### GM\_me\_3 Medicamentos citotóxicos y citostáticos

Dentro de este grupo se engloban los medicamentos antineoplásicos. Son sustancias con una elevada toxicidad, principalmente hematopoyética, renal, hepática, digestiva y dérmica, ya que inhiben el crecimiento de las células tumorales malignas mediante la alteración del metabolismo, el bloqueo de la división y la reproducción celular.

Tendrá la misma consideración, en cuanto a la gestión de los residuos, todo aquel material sanitario de un solo uso que haya estado en contacto con el fármaco, ya sea en su preparación (viales, filtros, bolsas, etc.), en la protección del manipulador (mascarilla, guantes, batas, etc.) o en la administración a los pacientes (agujas, jeringas, gasas, etc.).

Los agentes citotóxicos o citostáticos, por sus implicaciones en relación con la seguridad de su manejo, exigen a las organizaciones sanitarias y a sus profesionales el desarrollo de una sistemática de trabajo que integre tanto la seguridad de los manipuladores como la del paciente, considerando todas las fases del proceso.

#### Estándar GM\_me\_3\_1 CITOSTÁTICOS

GM\_me\_3\_1

El centro realiza una gestión segura de los medicamentos citotóxicos y citostáticos.

#### Elementos del estándar:

- El almacenamiento se realiza en un área específica con kit de derrame accesible por si se detecta rotura de envases, etc.
- La preparación de medicamentos citotóxicos se realiza bajo presión negativa, protegiendo al trabajador y al entorno de la contaminación junto con las precauciones necesarias frente a la contaminación de los medicamentos (p. ej. calidad adecuada del aire que rodea a la sala, sistemas de esclusas con presión positiva). Se utilizan cabinas de seguridad biológica con un flujo de aire hacia abajo, canalizado verticalmente desde la cabina y nunca hacia la persona que está trabajando.
- Los profesionales cuentan con material de protección (guantes y si procede mascarilla, bata, gafas, gorro y calzas).
- Estos medicamentos tienen un etiquetado correcto.
- Existen contenedores adecuados para citostáticos.
- La zona de trabajo es de fácil limpieza.
- Las preparaciones que contienen estos medicamentos están correctamente etiquetadas: identificación del paciente, contenido, detalles de administración y conservación, fechas de preparación y de caducidad.
- Se realiza una protección ambiental en las zonas de preparación/administración: prevenir derrames desde las jeringas y los equipos de gotero, proteger con paños zonas con posibilidad de derrames...
- El manipulador cuenta con los equipos de protección frente a inhalación, ingestión, contacto con piel y mucosas. Está provisto al menos de bata y guantes.
- Se realizan los controles necesarios para garantizar la seguridad del paciente: asepsia, prevención de errores. (*Check-list*: paciente correcto, peso/talla, medicación correcta, etc.).
- Se implica al paciente en la participación del control de la medicación y de las dosis.
- Se realiza una adecuada técnica de administración y prevención de extravasación (selección de lugar de punción, integridad de la vena, zonas de flexión...).
- Se identifican las situaciones de riesgo (niños o incapacitados que no logren comunicar síntomas de extravasación: picor, dolor...).
- En las zonas con citostáticos existe un kit de derrame, contenedor específico etiquetado para restos de medicamentos y de material utilizado (agujas, frascos, jeringas...), así como material de protección de los manipuladores (batas, guantes...), controlando su transporte, almacenamiento intermedio y su eliminación final (recogida por empresa autorizada e incineración).
- Existe un protocolo de tratamiento: lavado inmediato, seguimiento médico, tratamiento específico si procede, equipo de derrame (guantes, bata, mascarilla, calzas, paños absorbentes, recogedores desechables, bolsas para residuos...) y formato de notificación.
- Por regla general las excretas de pacientes se consideran peligrosas durante al menos 48 horas; el personal se protege con guantes y bata y la lencería de estos pacientes es desechable o se lava de forma independiente.

## DOMINIO 6: GESTIÓN DE LA MEDICACIÓN

- Se realiza una formación adecuada del personal que gestiona estos medicamentos (adiestramiento, restricciones -no embarazadas ni mujeres en edad fértil o en período de lactancia-).

### GM\_me\_5 Medicamentos peligrosos

En el año 2016 el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el trabajo (INSHT) publica el documento técnico "Medicamentos peligrosos. Medidas de prevención para su preparación y administración", que incluye una relación de medicamentos peligrosos con una clasificación en base al tipo de peligro asociado, las medidas recomendadas para su manipulación, las medidas de prevención y los equipos de protección individual (EPI) a utilizar.

Se establecen tres grupos de medicamentos peligrosos:

- Grupo 1: Medicamentos antineoplásicos.
- Grupo 2: Medicamentos no antineoplásicos que presentan toxicidad en órganos a bajas dosis, carcinogenicidad, teratogenicidad, toxicidad reproductiva, genotoxicidad...
- Grupo 3: Medicamentos que presentan riesgo para el proceso reproductivo.

#### Estándar GM\_me\_5\_1 MEDICAMENTOS PELIGROSOS

GM\_me\_5\_1

Los profesionales del centro conocen los procedimientos para la preparación y administración de los **medicamentos peligrosos**.

#### Elementos del estándar:

- El centro hospitalario elabora una lista de medicamentos peligrosos (MP) incluidos en su GFT.
- La lista de MP del centro se revisa y actualiza periódicamente.
- Se implementan medidas de protección en todas las etapas del circuito de utilización de MP.
- Se difunde la lista de los MP y las medidas de protección establecidas y se forma a los profesionales.
- Se realiza difusión pasiva de las medidas de protección (cartelería, trípticos...).
- Se lleva a cabo un seguimiento de la implantación de las prácticas y se evalúa su efectividad.
- El sistema informático de prescripción/administración dispone de advertencias de manejo de MP.
- El etiquetado de MP es homogéneo en todo el centro y tienen una señalización clara.
- En la selección de presentaciones de MP incluidos en la GFT se tienen en cuenta aquellos criterios que minimicen su manipulación y/o riesgo (p. ej.: concentración más habitual, viales frente a ampollas, soluciones para uso inmediato frente a liofilizados, etc.).
- La preparación de MP, cuando precise, se realiza bajo presión negativa, protegiendo al trabajador y al entorno de la contaminación junto con las precauciones necesarias frente a la contaminación de los medicamentos (p. ej. calidad adecuada del aire que rodea a la sala, sistemas de esclusas con presión positiva). Se utilizan cabinas de seguridad biológica con un flujo de aire hacia abajo, canalizado verticalmente desde la cabina y nunca hacia la persona que está trabajando.

### GM\_me\_6 Gases medicinales

Los gases medicinales son elementos esenciales para la asistencia ininterrumpida de los pacientes, por lo que es necesario establecer un sistema de gestión y control que garantice la calidad y el mantenimiento de un suministro estable.

Desde 2006, los gases medicinales (aire, oxígeno, nitrógeno...) son considerados medicamentos, aunque con unas características muy singulares (producto que se entrega a granel y en botella, su envase es retornable, los equipos están regidos bajo normativa del Ministerio de Industria, se distribuye por el hospital mediante canalizaciones, etc.) y han de ser trazables desde su origen hasta su administración al paciente.

Los proveedores de los gases terapéuticos son los responsables de su legalización y seguridad, pero la organización ha de evaluar el servicio contratado.

Las infraestructuras necesarias para su recepción, almacenamiento, manipulación y administración requieren una rigurosa planificación y mantenimiento. Desde la propia normativa reguladora del medicamento hasta todas aquellas que rigen sus instalaciones (canalizaciones, elementos de seguridad, riesgos laborales, etc.), exigen estar al día para poder gestionar un equipamiento de estas características.

## DOMINIO 6: GESTIÓN DE LA MEDICACIÓN

### Estándar GM\_me\_6\_1 GASES MEDICINALES

GM\_me\_6\_1

El centro realiza una adecuada gestión de los **gases medicinales**.

El dispositivo sanitario ha de gestionar adecuadamente los gases medicinales desde su selección hasta su consumo por el paciente. Para ello será necesario una buena coordinación entre los diferentes servicios implicados: suministro, farmacia, ingeniería hospitalaria, plantas de hospitalización, quirófanos, UCI, etc.

#### Elementos del estándar:

- Se realiza la selección y adquisición del producto a través de la CFT siguiendo los mismos protocolos de inclusión que en otros medicamentos, control de *stock*, etc.
- Existe un control de la empresa externa proveedora: contrato (original o copia), documentación que garantice el cumplimiento de los requisitos legales, requisitos de producto, revisiones de sus equipos, capacitación de sus profesionales (p.ej. conductor que descarga los gases), trazabilidad del suministro...
- Se registra la recepción del producto: registro de entrada con albarán y certificado de farmacia de origen, así como envío al Servicio de Farmacia del centro para su comprobación, capacitación específica de los profesionales encargados de la recepción de los gases, registro de niveles de los tanques, comprobación de las botellas...
- El almacenamiento es adecuado: emplazamiento y señalización correcta (fácil acceso de cisternas, etc.), zonas de almacenamiento de botellas y envases limpias, secas, ventiladas, ordenadas, con control de caducidades, correctamente identificadas y separadas, fichas de seguridad de los gases disponibles, personal capacitado, libro de registro, registro de niveles, registro de incidencias, plan de contingencia.
- Existe el equipamiento necesario para su gestión: reguladores de presión, caudalímetros, valvulería, conectores, sistemas de monitorización y alarmas, cuadros eléctricos, tomas de gases...).
- Existe inventario, libro de registro, control de *stock*, plan de mantenimiento preventivo y correctivo y plan de contingencia de este equipamiento.
- Hay una supervisión de la distribución hasta el punto de consumo: planimetría, plan de mantenimiento preventivo de las instalaciones, plan de contingencia, registro de incidencias (fugas...)
- En el punto de consumo hay un procedimiento de administración correcta de medicación, con indicación médica en historia clínica, se realiza la administración correcta a paciente correcto, los equipos están inventariados con controles de mantenimiento efectuados y el procedimiento de gestión de incidencias es conocido por los profesionales.
- Los profesionales que manejan estos recursos poseen la capacitación y formación para su manejo y control de incidencias en los diferentes servicios implicados (suministro, farmacia, plantas de hospitalización, quirófanos...).
- Hay un plan de control de la calidad de los gases medicinales (el proveedor garantiza la calidad de la fuente del suministro, pero el dispositivo sanitario analiza la pureza de sus tomas murales y del medio ambiente en las áreas de riesgo de exposición ocupacional, quirófanos, etc.)
- Se gestionan las alertas farmacéuticas: procedimiento de actuación, comunicación y responsabilidades en caso de retirada de un gas medicinal (contaminación del gas, etiquetaje incorrecto, inestabilidad...)
- Se realiza una memoria de actividad, auditoría de resultados y análisis de ineficiencias (p.ej. fugas que aumenten el gasto económico).

GM\_me\_7 Fórmulas magistrales

### Estándar GM\_me\_7\_1 FÓRMULAS MAGISTRALES

GM\_me\_7\_1

El Servicio de Farmacia realiza una adecuada gestión de las **formulaciones magistrales**.

La fórmula magistral es el medicamento destinado a un paciente individualizado, preparado por un farmacéutico o bajo su dirección y que es dispensado tanto en las oficinas de farmacia como en los servicios farmacéuticos hospitalarios. Este tipo de medicamento debe estar prescrito por un profesional sanitario que debe detallar los principios activos que incluye.

## DOMINIO 6: GESTIÓN DE LA MEDICACIÓN

Deben cumplir con la legislación vigente acerca de las normas de correcta fabricación y control de calidad para permitir al farmacéutico garantizar la calidad, seguridad y eficacia de sus preparaciones.

### Elementos del estándar:

- Se realiza una adecuada selección y adquisición de los principios activos (APIs) (*Active Pharmaceutical Ingredient*) empleados para la formulación magistral a través de la CFT siguiendo los mismos protocolos de inclusión que en otros medicamentos, control de *stock*, etc.
- Los APIs destinados a formulación magistral disponen del certificado de análisis aportado por el proveedor, confirmando que cumplen las especificaciones correspondientes y están firmados por el responsable de la Unidad de Calidad.
- El destinatario del API comprueba que todas estas especificaciones han sido controladas por un fabricante de APIs dentro de la Unión Europea (UE) y que son las que corresponden a la monografía de farmacopea en vigor.
- Los fraccionadores de APIs son responsables de determinar la necesidad de análisis adicionales en cada etapa, considerando el tiempo transcurrido desde el análisis inicial, las manipulaciones a las que el API se haya visto sometido y la estabilidad del principio activo.
- Los APIs que se utilizan como material de partida para la elaboración de formulaciones magistrales y preparados oficiales, cumplen con la monografía de farmacopea europea vigente en el momento en que se realizó el análisis completo de calidad en la UE.
- Existen disposiciones sobre la aprobación definitiva de cada preparado, su almacenaje, distribución y manipulación posterior, de forma que su calidad se mantenga íntegra hasta la fecha de caducidad.
- La elaboración de cualquier preparado sólo la realiza un farmacéutico o, bajo su control directo, otra persona cualificada.
- El farmacéutico elaborador de fórmulas magistrales y preparados oficinales evalúa el grado de aplicación y conformidad de sus procedimientos a estas normas, mediante la realización y registro de autoinspecciones periódicas, y lleva a cabo las medidas correctoras necesarias.
- Las operaciones de elaboración, acondicionamiento, etiquetado y control de una formulación magistral se efectúan en un local o en una zona diferenciada, diseñado o concebido para estos fines y situado en el interior del Servicio de Farmacia, para permitir una eficaz supervisión.
- No se realizan en la misma otras actividades que puedan producir contaminación en las formulaciones.
- Las condiciones que reúnen estas zonas están en función de las preparaciones que se pretendan realizar y de la tecnología necesaria para ello.
- Los aparatos de medida son controlados y calibrados con la periodicidad necesaria para asegurar la exactitud de los datos leídos o registrados. Se conservan los resultados de estos controles.
- Antes de iniciar cualquier operación, se realiza una verificación de los aparatos de medida que lo precisen, especialmente las balanzas.
- Se cuenta con la documentación y registros del proceso relacionado con la identificación de las materias primas que se utilicen (proveedor, número de lote, fecha de recepción, etc.).
- Existe documentación que contiene toda la información necesaria para trazar cómo se ha realizado la preparación magistral (nombre, fecha de preparación, número de registro, cantidad preparada, fecha de caducidad, etc.).
- El Servicio de Farmacia cuenta con todos los materiales necesarios para la realización de las formulaciones magistrales (balanza de precisión, aparatos de medida de volumen, morteros, sistema de baño de agua, agitadores, espátulas, termómetros, lentes de aumento, sistemas de producción de calor, tamices para polvo, sistema para determinar el pH y el punto de fusión, etc.).
- El Servicio de Farmacia cuenta con instrucciones técnicas para la preparación de cada una de las formulaciones magistrales que realiza.

### GM\_me\_8 Terapias avanzadas

Los medicamentos de terapia avanzada son medicamentos de uso humano basados en genes (terapia génica), células (terapia celular) o tejidos (ingeniería tisular) que incluyen productos de origen autólogo, alogénico o xenogénico.

Entre los medicamentos de terapia celular existe una familia de medicamentos denominados de forma genérica medicamentos CAR (*Chimeric Antigen Receptor*). Cuando se emplean linfocitos T modificados de los pacientes, se conocen como medicamentos CAR-T (*Chimeric Antigen Receptor T-cell*).

## DOMINIO 6: GESTIÓN DE LA MEDICACIÓN

El SNS debe disponer de un modelo organizativo y de un modelo asistencial para la utilización óptima de estos medicamentos que garantice el acceso equitativo, seguro y eficiente a todas las personas en las que está indicado.

Dado que los medicamentos CAR son terapias innovadoras de alto impacto económico y sanitario, no exentas de elevado riesgo para el paciente, es relevante que los centros que pertenezcan a la Red de centros autorizados para la utilización de los medicamentos CAR organicen de forma planificada, equitativa, segura y eficiente la utilización de dichos medicamentos.

### Estándar GM\_me\_8\_1 TERAPIAS AVANZADAS

GM_me_8_1	El Centro realiza una adecuada gestión de las terapias avanzadas: <b>medicamentos CAR</b>
-----------	---

#### Elementos del estándar:

- El Centro cumple con los protocolos y normativa aprobados por la autoridad competente en materia de terapias avanzadas: medicamentos CAR.

## DOMINIO 6: GESTIÓN DE LA MEDICACIÓN

EVALUACIÓN DE SEGUIMIENTO (es)

	Dominio		Agrupador	nº	Círculo
GM	GESTIÓN DE LA MEDICACIÓN	es	Evaluación de seguimiento	1	Acciones de mejora

### Estándar GM\_es\_1\_1 ACCIONES DE MEJORA

GM_es_1_1	El centro incorpora <b>acciones de mejora</b> y, una vez finalizadas, las envía para su valoración a la UEC-SESPA en el formato establecido.
-----------	--

#### Elementos del estándar:

- El centro hospitalario desarrolla acciones de mejora relacionadas con este dominio a partir de los informes obtenidos tras la evaluación GECA.
- El centro hospitalario desarrolla acciones de mejora relacionadas con este dominio a partir de otras fuentes (iniciativas propias, auditorías internas y/o externas, etc.).
- Las acciones de mejora se envían anualmente a la UEC-SESPA en el formato establecido para tal fin y cumplen con los criterios de valoración establecidos en las cuatro fases que figuran en el Anexo III de la "Evaluación de Seguimiento GECCAs. Monitorización de continuidad".

## DOMINIO 6: GESTIÓN DE LA MEDICACIÓN





## DOMINIO 7: CONTROL DE LA INFECCIÓN

Las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS) representan un serio problema de salud pública por la elevada morbilidad y mortalidad añadida que ocasionan y por el gasto económico que implican, además del impacto social que originan.

El control de este tipo de infecciones es esencial para garantizar la seguridad de los pacientes y del personal sanitario. El abordaje multidisciplinar de las IRAS puede reducir significativamente su prevalencia, mediante la implementación de las medidas preventivas que se describen en este dominio y cuyo esquema aparece en la siguiente tabla.

Dominio		Agrupador	
IN	CONTROL DE LA INFECCIÓN	es	Estrategias
		ep	Estructuras y procesos
		tr	Trazabilidad
		es	Evaluación de seguimiento

ESTRATEGIAS (es)

Dominio	Agrupador	nº	Circuito		
IN	CONTROL DE LA INFECCIÓN	es	Estrategias	1	Sistema de vigilancia, prevención y control de las IRAS
				2	Higiene de manos
				3	Proyectos institucionales de reducción de la infección
				4	Bioseguridad ambiental

IN\_es\_1 Sistema de vigilancia, prevención y control de las IRAS

En España, las actividades de vigilancia, prevención y control de las IRAS han estado ligadas al desarrollo de los servicios de Medicina Preventiva y Salud Pública hospitalarios, pero su implantación adecuada ha de contar con el compromiso de la Gerencia de las Áreas Sanitarias y la colaboración de todos los profesionales del centro.

**Estándar IN\_es\_1\_1 CONTROL DE LAS IRAS ESTÁNDAR BÁSICO**

IN_es_1_1	El centro cuenta con un sistema de vigilancia, prevención y control de las infecciones relacionadas con la atención sanitaria.
-----------	--

**Elementos del estándar:**

- Existe una Comisión de Infección y Política Antibiótica del centro activa que se reúne, al menos, 3 veces al año.
- Existe un plan de vigilancia epidemiológica.
- Se realiza monitorización periódica de los indicadores de vigilancia epidemiológica.
- Se comparan los resultados del panel de indicadores con los estándares de otros centros.
- Existe un protocolo actualizado en los últimos 5 años de profilaxis antibiótica para cirugía e intervenciones de riesgo.

IN\_es\_2 Higiene de manos

## DOMINIO 7: CONTROL DE LA INFECCIÓN

En el año 2005 la OMS lanzó el primer reto mundial por la seguridad del paciente, *Clean Care is Safer Care* (Una atención limpia es una atención más segura), con el objetivo de lograr que se reconociera universalmente el papel fundamental que tiene la higiene de manos en la reducción de las IRAS y en la prevención de la diseminación de microorganismos multirresistentes.

En 2008 el Sistema Nacional de Salud impulsa el “Programa de Higiene de las Manos”, en el marco del programa de seguridad del paciente de la OMS. Mediante la implicación de los profesionales sanitarios y pacientes y el compromiso de los líderes, gestores sanitarios y responsables de las políticas sanitarias, la higiene de las manos (HM) se sitúa como medida preventiva prioritaria en los centros sanitarios.

### Estándar IN\_es\_2\_1 POLÍTICA H DE M

IN\_es\_2\_1

La dirección del centro promueve una **política proactiva de higiene de manos**.

#### Elementos del estándar:

- La organización potencia el desarrollo de planes de acción dirigidos a fomentar una adecuada HM de los profesionales, pacientes y familiares con el fin de reducir las IRAS.
- Se organizan actividades específicas en el día mundial de la HM.
- Se elabora un informe anual de la situación sobre HM.

### Estándar IN\_es\_2\_2 MATERIALES H DE M **ESTÁNDAR BÁSICO**

IN\_es\_2\_2

La organización cuenta con los **recursos materiales necesarios para la realización de una adecuada higiene de manos**.

#### Elementos del estándar:

- Se realiza revisión con regularidad de la infraestructura necesaria para garantizar acceso a un suministro seguro y continuo de agua, jabón y papel secamanos en todas las ubicaciones del hospital.
- Existe disponibilidad de preparado de base alcohólica (PBA) en el punto de atención al paciente y otras zonas de interés (salas/carros de curas y medicación, salas de espera de familiares...).
- Existe en el lugar adecuado cartelería recordatoria con los 5 momentos para la HM de la OMS y con las técnicas de lavado, salvapantallas en los PCs, etc.

### Estándar IN\_es\_2\_3 USO DE GUANTES

IN\_es\_2\_3

Todos los profesionales del centro realizan un **uso adecuado de los guantes sanitarios**.

Es fundamental que los profesionales que trabajen en un centro hospitalario conozcan y apliquen las indicaciones sobre el uso de guantes sanitarios, tanto para prevenir las IRAS en los pacientes como para protegerse a sí mismos. Es importante conocer qué tipo de guantes, cuándo y cómo utilizarlos, pero también se debe tener claro en qué situaciones no está indicado emplearlos.

#### Elementos del estándar:

- Los profesionales del centro siguen las recomendaciones establecidas en el mismo para el uso de guantes, desde el punto de vista del control de infección.
- Los profesionales conocen las recomendaciones existentes sobre el uso de guantes.

### Estándar IN\_es\_2\_4 CINCO MOMENTOS H DE M

IN\_es\_2\_4

La organización vela por el cumplimiento de los **cinco momentos de la higiene de manos** según la propuesta de la OMS.

#### Elementos del estándar:

- Se realizan monitorizaciones observacionales y retroalimentación a los profesionales observados del cumplimiento de los 5 momentos de la HM según la propuesta de la OMS (antes del contacto con el paciente, antes de un procedimiento limpio / aséptico, después del riesgo de exposición a fluidos corporales, después del contacto con el paciente y después del contacto con el entorno del paciente) y se proponen acciones de mejora según sus resultados.
- Se realizan monitorizaciones observacionales de otros elementos relacionados con la HM (no llevar anillos, pulseras o relojes ni uñas postizas, largas o con esmaltes) y se proponen acciones de mejora según sus resultados.

## DOMINIO 7: CONTROL DE LA INFECCIÓN

- Se realizan monitorizaciones de otros indicadores (porcentaje de camas con PBA en el punto de atención, consumo de jabón o preparados de base alcohólica) y se proponen acciones de mejora según sus resultados.

### Estándar IN\_es\_2\_5 FORMACIÓN H DE M

IN\_es\_2\_5

La organización diseña **acciones formativas** dirigidas a los trabajadores sanitarios en relación con la **higiene de manos**.

#### Elementos del estándar:

- El centro desarrolla acciones formativas sobre la importancia de la HM, el modelo de “Los 5 momentos para la higiene de manos” y los procedimientos para el lavado de manos y uso adecuado de guantes, incluyendo al personal de nueva incorporación.
- Se verifica la competencia del personal, a través de formación continuada, talleres de demostración práctica de la higiene de manos o encuestas sobre los conocimientos en esta materia.

### Estándar IN\_es\_2\_6 CUESTIONARIO AUTOEVALUACIÓN H DE M

IN\_es\_2\_6

El centro cumplimenta el **cuestionario de autoevaluación de higiene de manos de la OMS**.

#### Elementos del estándar:

- El centro cumplimenta el cuestionario de autoevaluación de higiene de manos de la OMS.
- Se realiza un informe de la evaluación con detección de áreas de mejora.

### IN\_es\_3 Proyectos institucionales de reducción de la infección (PROA, Zeros...)

Uno de los principales objetivos del PRAN (Plan Nacional frente a la Resistencia a los Antibióticos) desde el inicio, ha sido la implementación de los equipos PROA (Programas de Optimización del Uso de Antibióticos). Estos programas trabajan en la optimización de la prescripción de antibióticos para mejorar el pronóstico de los pacientes que los necesitan, minimizar los efectos adversos y controlar la aparición de resistencias antimicrobianas.

En diciembre de 2022, el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud aprueba las Normas de Certificación PROA cuyos estándares definen los requisitos que se han de cumplir para la implementación de estos programas. Según su grado de desarrollo se clasifican en tres niveles:

- **Básico:** medida que debería implementarse en todos los centros hospitalarios.
- **Avanzado:** medida recomendable en centros de mayor madurez en la implantación de los programas.
- **Excelente:** medida óptima que, generalmente, será aplicada en hospitales o áreas sanitarias de referencia.

El proceso consta de dos fases. Por un lado, la auto-certificación o declaración responsable realizada por el centro solicitante que avala el cumplimiento de los estándares en ausencia de una certificación. Por otro, la certificación de los equipos PROA, un proceso de auditoría coordinado por la Comisión de la Coordinación para la Inspección, dependiente de la Dirección General de Ordenación Profesional del Ministerio de Sanidad.

Por otro lado, el Ministerio de Sanidad, en el marco de la Estrategia de Seguridad del paciente, puso en marcha junto con las Comunidades Autónomas, programas para la prevención de las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria en las unidades de críticos.

En el año 2009 comienza el programa **Bacteriemia Zero**, cuyo objetivo es disminuir las bacteriemias relacionadas con los catéteres venosos centrales. Posteriormente, en el año 2011 se introdujo el programa **Neumonía Zero**, para disminuir las tasas de neumonías relacionadas con la ventilación mecánica. En el 2014, se iniciaron los programas **Resistencia Zero**, cuyo objetivo es disminuir la tasa de pacientes en los que se identifica una o más bacterias multirresistentes de origen nosocomial intra-UCI, e **Infección Quirúrgica Zero**; en 2015 comienza el programa **Flebitis Zero** y finalmente, en el 2018, se incluyó el programa **ITU Zero**, que trata de reducir la incidencia de la infección del tracto urinario asociada a sondaje uretral.

### Estándar IN\_es\_3\_2 PROA

IN\_es\_3\_2

La organización implanta proyectos de optimización de uso de antimicrobianos (**PROA**).

#### Elementos del estándar:

## DOMINIO 7: CONTROL DE LA INFECCIÓN

- El centro elabora/adopta un PROA que difunde entre sus profesionales.
- El centro promueve la formación del personal.
- El centro aplica las recomendaciones y evalúa su cumplimiento.
- Se analizan los resultados de la intervención y se difunden entre los profesionales.
- El equipo PROA del hospital cuenta con una certificación de nivel básico.
- El equipo PROA del hospital cuenta con una certificación de nivel avanzado.
- El equipo PROA del hospital cuenta con una certificación de nivel excelente.

### Estándar IN\_es\_3\_3 BACTERIEMIA ZERO

IN\_es\_3\_3

La Unidad de Cuidados Intensivos del centro participa en el proyecto **Bacteriemia Zero**.

#### Elementos del estándar:

- El centro elabora/adopta un programa de control de la infección relativo al proyecto Bacteriemia Zero que difunde entre sus profesionales.
- El centro promueve la formación del personal.
- El centro aplica las recomendaciones y evalúa su cumplimiento.
- Se analizan los resultados de la intervención y se difunden entre los profesionales.

### Estándar IN\_es\_3\_4 NEUMONÍA ZERO

IN\_es\_3\_4

La Unidad de Cuidados Intensivos del centro participa en el proyecto **Neumonía Zero**.

#### Elementos del estándar:

- El centro elabora/adopta un programa de control de la infección relativo al proyecto Neumonía Zero que difunde entre sus profesionales.
- El centro promueve la formación del personal.
- El centro aplica las recomendaciones y evalúa su cumplimiento.
- Se analizan los resultados de la intervención y se difunden entre los profesionales.

### Estándar IN\_es\_3\_5 ITU ZERO

IN\_es\_3\_5

La Unidad de Cuidados Intensivos del centro participa en el proyecto **ITU Zero**.

#### Elementos del estándar:

- El centro elabora/adopta un programa de control de la infección relativo al proyecto ITU Zero que difunde entre sus profesionales.
- El centro promueve la formación del personal.
- El centro aplica las recomendaciones y evalúa su cumplimiento.
- Se analizan los resultados de la intervención y se difunden entre los profesionales.

### Estándar IN\_es\_3\_6 RESISTENCIA ZERO

IN\_es\_3\_6

La Unidad de Cuidados Intensivos del centro participa en el proyecto **Resistencia Zero**.

#### Elementos del estándar:

- El centro elabora/adopta un programa de control de la infección relativo al proyecto Resistencia Zero que difunde entre sus profesionales.
- El centro promueve la formación del personal.
- El centro aplica las recomendaciones y evalúa su cumplimiento.
- Se analizan los resultados de la intervención y se difunden entre los profesionales.

### Estándar IN\_es\_3\_7 FLEBITIS ZERO

IN\_es\_3\_7

El centro participa en el proyecto **Flebitis Zero**.

#### Elementos del estándar:

- El centro elabora/adopta un programa de control de la infección relativo al proyecto Flebitis Zero que difunde entre sus profesionales.
- El centro promueve la formación del personal.
- El centro aplica las recomendaciones y evalúa su cumplimiento.
- Se analizan los resultados de la intervención y se difunden entre los profesionales.

## DOMINIO 7: CONTROL DE LA INFECCIÓN

### Estándar IN\_es\_3\_8 IQ ZERO

IN\_es\_3\_8

El centro participa en el proyecto **Infección Quirúrgica Zero**.

#### Elementos del estándar:

- El centro elabora/adopta un programa de control de la infección relativo al proyecto Infección Quirúrgica Zero que difunde entre sus profesionales.
- El centro promueve la formación del personal.
- El centro aplica las recomendaciones y evalúa su cumplimiento.
- Se analizan los resultados de la intervención y se difunden entre los profesionales.

### IN\_es\_4 Bioseguridad ambiental

El término “Bioseguridad ambiental” (BSA) hace referencia al conjunto de acciones (medidas, normas, procedimientos,...) implementadas por la organización, para minimizar los riesgos microbiológicos asociados a las infraestructuras sanitarias, proporcionando un entorno seguro a pacientes y profesionales.

El centro ha de controlar las condiciones relacionadas con el entorno inanimado que presentan riesgo de transmisión de **microorganismos**.

El enfoque de la vigilancia de la BSA debe contemplar: el cumplimiento de la normativa legal vigente, la perspectiva integrada de la seguridad clínica del paciente y la coordinación entre los profesionales implicados.

Todos los centros sanitarios deben establecer un programa adecuado de bioseguridad ambiental que mantenga las instalaciones sanitarias en condiciones óptimas. Debe estar organizado en función de las particularidades y posibilidades de cada centro y debe contar con la participación de todo el personal.

### Estándar IN\_es\_4\_1 SEGURIDAD DEL AIRE **ESTÁNDAR BÁSICO**

IN\_es\_4\_1

El centro evalúa periódicamente y garantiza la **seguridad del aire** en sus instalaciones.

El riesgo de infección ligada al aire interior de los centros sanitarios se asocia a varios factores entre los que se encuentran la tasa de concentración de partículas infecciosas, el tiempo de exposición a las mismas y el nivel de defensas del paciente. La seguridad del aire en las áreas de riesgo hospitalarias (quirófanos, habitaciones de inmunodeprimidos, etc.) es un objetivo primordial para el centro sanitario.

Para evitar las posibles consecuencias de la contaminación del aire en las zonas críticas se dispone de dos grupos de herramientas: aquéllas destinadas a impedir la entrada de los contaminantes en el área a proteger (acondicionamiento y limpieza del aire, flujos y presiones) y las destinadas a eliminar los contaminantes generados por la actividad desarrollada en el mismo (renovaciones de aire, limpieza/desinfección, disciplina del personal...).

#### Elementos del estándar:

- El centro cumple con la normativa vigente con respecto a las instalaciones térmicas fijas (Reglamento de Instalaciones Térmicas en los Edificios o RITE, que regula lo relativo al diseño, instalación y mantenimiento de las instalaciones de climatización y de producción de agua caliente sanitaria).
- El centro dispone de una planimetría actualizada (tráficos, puntos de aspiración con acceso restringido...)
- El centro diferencia las zonas del hospital en función de las exigencias con respecto a la presencia de gérmenes en el aire e implementa los procedimientos de ventilación/filtración específicos para cada una de ellas: áreas de muy alto riesgo, de alto riesgo y de riesgo intermedio.
- El centro define sus áreas de ambiente controlado y controla sus parámetros físicos según su nivel de riesgo: temperatura, humedad relativa del aire, tasa de renovaciones de aire por hora, toma de aire exterior, presión diferencial positiva entre sus áreas adyacentes...
- El dispositivo asistencial verifica la bioseguridad del aire mediante controles microbiológicos planificados, analiza sus resultados e implementa las medidas de mejora necesarias.
- El centro realiza la verificación y mantenimiento de sus sistemas de climatización (sistemas de registro diarios de temperatura y humedad, verificación mensual de la renovación del aire, cambio de filtros intermedios cada seis meses, cambio de filtros absolutos...).

## DOMINIO 7: CONTROL DE LA INFECCIÓN

- El centro dispone de un *stock* de filtros controlado, de un plan de mantenimiento preventivo y de cambios necesarios de los filtros, así como un registro de las actividades de mantenimiento realizadas (identificando quién, cuándo y cómo se colocó el filtro concreto).
- El dispositivo cuenta con un plan de actuación en el caso de anomalías en los controles de la calidad del aire, así como en el caso de alerta de bioseguridad ambiental en un área controlada (p. ej.: presencia de hongos filamentosos en un quirófano).
- El centro promueve la formación de sus profesionales en los procedimientos que garantizan la seguridad del aire (p. ej.: disciplina intraquirófano del personal sanitario).
- El dispositivo asistencial dispone de un procedimiento de bioseguridad ambiental para la prevención de infecciones en el caso de realizarse obras en el centro.

### Estándar IN\_es\_4\_2 SEGURIDAD DEL AGUA **ESTÁNDAR BÁSICO**

IN\_es\_4\_2

El centro evalúa periódicamente y garantiza la seguridad del agua en sus instalaciones.

Las enfermedades relacionadas con la contaminación del agua de consumo tienen una gran repercusión en la salud de las personas y especialmente en el entorno sanitario.

Además de la ingestión, existen otras vías de transmisión, como la inhalación, que puede producir infecciones del aparato respiratorio (p. ej., neumonías por *Legionella* spp).

#### Elementos del estándar:

- El centro cumple con la normativa vigente con respecto a las instalaciones térmicas fijas (climatización) y a la producción de agua caliente sanitaria (ACS) y agua fría sanitaria de consumo humano (AFS).
- El centro dispone de un esquema hidráulico de la instalación, con planos actualizados donde aparecen los diferentes elementos del circuito: torre de refrigeración, redes de agua caliente sanitaria y agua fría de consumo humano, equipos e instalaciones para climatización, balsas, intercambiadores, separadores de gotas, acumuladores, depósitos, válvulas de filtración, etc.
- El dispositivo identifica los puntos críticos del circuito con elevado riesgo de contaminación por microorganismos (agua estancada con acumulación de nutrientes y temperatura favorable, equipos en mal estado...) y establece controles para evitar el riesgo.
- El centro tiene establecido un plan de mantenimiento que incluye la revisión de funcionamiento, la limpieza y la sustitución o reparación de elementos defectuosos (torres de refrigeración, condensadores, acumuladores, depósitos, puntos terminales de red (grifos y duchas), purga de válvulas de drenaje de tuberías y de acumuladores, etc.) con una frecuencia determinada. Las labores de mantenimiento preventivo o correctivo se registran correctamente.
- El centro dispone de un plan de control de la calidad del agua (niveles de cloro, niveles de biocida o desinfectante residual, transparencia del agua, temperatura, pH, conductividad...).
- El centro realiza controles microbiológicos del agua periódicamente, analiza sus resultados e implementa las medidas de mejora necesarias.
- El centro dispone de un plan de contingencia cuando se detecten valores fuera de los rangos permitidos.
- El dispositivo cuenta con un plan de actuación en el caso de alerta de bioseguridad ambiental.
- El centro realiza una adecuada gestión de las aguas residuales.
- El dispositivo asistencial proporciona formación al personal sanitario acerca de los procedimientos de bioseguridad ambiental referidos al agua de consumo.

### Estándar IN\_es\_4\_3 SEGURIDAD DE LOS ALIMENTOS **ESTÁNDAR BÁSICO**

IN\_es\_4\_3

El centro evalúa periódicamente y garantiza la seguridad de los alimentos.

Las enfermedades transmitidas por alimentos son ocasionadas al ingerir comidas o bebidas contaminadas. Los pacientes hospitalizados son, por sus características propias, más susceptibles de sufrir este tipo de enfermedades.

Existen diversos factores de riesgo en los servicios de preparación de alimentos de un centro sanitario: selección inadecuada de insumos, almacenamiento inadecuado de alimentos (incluye refrigeración o congelación), deficiente higiene de manos (del personal de preparación y transporte), cruce de procesos (contaminación cruzada), deficiencias en el lavado del menaje de cocina,... todo lo cual puede convertir al personal sanitario en propagador de enfermedades entéricas infecciosas, si no cuentan con condiciones de trabajo adecuadas y no cumplen con las medidas de seguridad.

#### Elementos del estándar:

## DOMINIO 7: CONTROL DE LA INFECCIÓN

- El centro asistencial dispone, en estos emplazamientos, de una infraestructura y ambiente adecuados: paredes y techos lavables, ventilación adecuada, extractores operativos, sistemas de agua y desagüe protegidos...
- La limpieza de las instalaciones es adecuada de acuerdo al procedimiento del centro.
- El centro selecciona sus proveedores para una provisión segura de materias primas.
- El centro realiza correctamente la recepción de alimentos: verifica y controla el estado de conservación, realiza el registro de los ingresos...
- El dispositivo realiza el almacenamiento de los alimentos adecuadamente: lugar exclusivo para alimentos con almacenamiento separado según productos, *stock* mínimo para consumir según ingreso, adecuada temperatura y ventilación, envases correctamente etiquetados con fecha de caducidad visible, estantes colocados a alturas correctas, productos refrigerados y congelados separados y etiquetados correctamente con control de temperaturas...
- El personal de cocina trabaja correctamente protegido: gorro, mascarilla, mandil, sobre mandil, calzado cerrado, guantes...
- El centro realiza correctamente la manipulación de los alimentos: minimiza el contacto con las manos, desinfecta las zonas de trabajo, diferencia la preparación de los alimentos que se consumen crudos de la de los crudos que se cocinan y de los alimentos ya cocidos o listos para consumir evitando contacto entre ellos, descongelaciones correctas, lavado prolijo de frutas y verduras, temperatura de cocción adecuada a cada tipo de alimento...
- El transporte y distribución de los alimentos hasta su punto de consumo es adecuado (cuenta con carros exclusivos para su transporte que se desinfectan periódicamente, etc.).
- Manejo de residuos correcto (desechos de la preparación de los alimentos, desechos de los alimentos que vienen en las bandejas de los pacientes...).
- El dispositivo realiza las labores de mantenimiento preventivo de los equipos de manera planificada.
- El centro sanitario realiza controles del agua de consumo humano periódicamente (características organolépticas, pH, cloro, etc. y análisis bacteriológico), analiza sus resultados e implementa las medidas de mejora necesarias.
- El centro sanitario realiza análisis bacteriológico de superficies y manos de los manipuladores periódicamente, analiza sus resultados e implementa las medidas de mejora necesarias (análisis de puntos críticos-APPCC).
- El centro promueve la formación de sus profesionales en los procedimientos que garantizan la seguridad de los alimentos.

## DOMINIO 7: CONTROL DE LA INFECCIÓN

### ESTRUCTURAS Y PROCESOS (ep)

Los dispositivos asistenciales son un entorno donde se congregan las personas infectadas y pacientes con un mayor nivel de vulnerabilidad a los agentes infecciosos.

Los pacientes hospitalizados que tienen infección o son portadores de microorganismos patógenos son focos potenciales de infección para los demás pacientes y para los profesionales sanitarios.

La concentración de pacientes y su traslado de una unidad a otra contribuyen a la diseminación de infecciones. La flora microbiana puede contaminar objetos, dispositivos y materiales que posteriormente entran en contacto con otros pacientes y profesionales.

La organización sanitaria ha de implementar prácticas efectivas en el control de la infección, por lo que ha de estar dotada de los recursos materiales y humanos necesarios.

	Dominio		Agrupador	nº	Circuito
<b>IN</b>	<b>CONTROL DE LA INFECCIÓN</b>	<b>ep</b>	<b>Estructuras y procesos</b>	1	Medios barrera y aislamiento
				2	Limpieza
				3	Desinfección
				4	Esterilización

#### IN\_ep\_1 Medios barrera y aislamiento

Las precauciones estándar, entre las que se encuentran los medios de barrera o EPI (equipos de protección individual) como los guantes, mascarillas, batas, gafas de protección ocular... son herramientas fundamentales para prevenir y controlar adecuadamente las infecciones, por lo que deben estar disponibles en los puntos de atención en los que puedan ser necesarios.

El aislamiento consiste en la separación de personas infectadas o colonizadas por algún agente infeccioso de los huéspedes susceptibles durante el periodo de transmisibilidad de la enfermedad, en lugares y bajo condiciones tales que eviten o limiten la transmisión de ese agente. Por ello, la adopción de medidas de aislamiento hospitalario es fundamental para prevenir la diseminación de agentes infecciosos dentro del mismo. Las precauciones de aislamiento y mediante colocación de barreras comprenden:

-Medidas de aislamiento estándar: son aquéllas destinadas a todos los pacientes, sin considerar su diagnóstico o presunto estado de infección. Es la principal estrategia para el control adecuado de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria.

-Medidas de aislamiento basadas en la transmisión: son aquéllas dirigidas a pacientes en los que se ha probado o se sospecha que están infectados o colonizados por patógenos transmisibles o epidemiológicamente importantes. El tipo de aislamiento variará en función de si el mecanismo de transmisión es por contacto, por gotitas o por el aire. El aislamiento inverso protege a pacientes cuya inmunidad está severamente comprometida de un posible contacto con microorganismos patógenos.

Por último, el uniforme hospitalario juega un papel importante en el control de infecciones en el entorno de la atención sanitaria; es un deber del personal de los Servicios de Salud cumplir las normas adoptadas en el centro en relación con el uso del mismo.

El uniforme ayuda a prevenir la transmisión de microorganismos al actuar como una barrera física entre el personal sanitario y los pacientes, evitando el contacto directo de la piel de los primeros con los segundos y protegiendo de posibles salpicaduras.

#### Estándar IN\_ep\_1\_3 PRECAUCIONES OMS

IN_ep_1_3	El centro garantiza la aplicación de las <b>precauciones estándar</b> recomendadas por la OMS.
-----------	--

#### Elementos del estándar:

- El personal de salud utiliza de manera rutinaria precauciones destinadas a prevenir la exposición a sangre y a líquidos orgánicos (medios barrera o EPI).
- Durante la atención de los pacientes hospitalizados se aplican las precauciones estándar, independientemente de su diagnóstico o condición infecciosa.

## DOMINIO 7: CONTROL DE LA INFECCIÓN

### Estándar IN\_ep\_1\_4 AISLAMIENTO CONTACTO

IN\_ep\_1\_4

El centro implementa procedimientos para realizar el **aislamiento** de los pacientes portadores de microorganismos que originan enfermedades transmisibles por **contacto**.

#### Elementos del estándar:

- El centro sanitario dispone de un protocolo de actuación para evitar la transmisión por contacto directo o indirecto en pacientes en los que se ha probado o se sospecha que están infectados o colonizados por patógenos transmisibles por esta vía.
- El protocolo incluye la sistemática de limpieza de las habitaciones de aislamiento durante la hospitalización del paciente y después del alta.
- El médico responsable informa al paciente y a la familia de los motivos del aislamiento, así como de las precauciones que deben seguir cuando permanecen con él y de la duración estimada del aislamiento.
- Las habitaciones de los pacientes aislados están adecuadamente señalizadas con un cartel que incluye el tipo de aislamiento y las indicaciones para el acceso.
- Las habitaciones de aislamiento disponen de los materiales necesarios para acceder a la misma.
- Los elementos necesarios para la asistencia (tensiómetro, fonendoscopio, termómetros, etc.) son de uso exclusivo para el paciente aislado y permanecen dentro de la habitación hasta que tiene lugar el alta hospitalaria del paciente.
- El centro sanitario realiza formación a los profesionales acerca de las medidas de protección a adoptar en la atención a este tipo de pacientes.

### Estándar IN\_ep\_1\_5 AISLAMIENTO GOTITAS

IN\_ep\_1\_5

El centro implementa procedimientos para realizar el **aislamiento** de los pacientes portadores de microorganismos que originan enfermedades transmisibles **por gotitas**.

#### Elementos del estándar:

- El centro sanitario dispone de un protocolo de actuación para evitar la transmisión por gotitas en pacientes en los que se ha probado o se sospecha que están infectados por patógenos transmisibles por esta vía.
- El protocolo incluye la sistemática de limpieza de las habitaciones de aislamiento durante la hospitalización del paciente y después del alta.
- El médico responsable informa al paciente y a la familia de los motivos del aislamiento, así como de las precauciones que deben seguir cuando permanecen con él y de la duración estimada del aislamiento.
- Las habitaciones de los pacientes aislados están adecuadamente señalizadas con un cartel que incluye el tipo de aislamiento y las indicaciones para el acceso.
- Las habitaciones de aislamiento disponen de los materiales necesarios para acceder a la misma.
- Los elementos necesarios para la asistencia (tensiómetro, fonendoscopio, termómetros, etc.) son de uso exclusivo para el paciente aislado y permanecen dentro de la habitación hasta que tiene lugar el alta hospitalaria del paciente.
- El centro sanitario realiza formación a los profesionales acerca de las medidas de protección a adoptar en la atención a este tipo de pacientes.

### Estándar IN\_ep\_1\_6 AISLAMIENTO AÉREO

IN\_ep\_1\_6

El centro implementa procedimientos para realizar el **aislamiento** de los pacientes portadores de microorganismos que originan enfermedades transmisibles por el **aire**.

#### Elementos del estándar:

- El centro sanitario dispone de un protocolo de actuación para evitar la transmisión por el aire en pacientes en los que se ha probado o se sospecha que están infectados por patógenos transmisibles por esta vía.
- El dispositivo asistencial cuenta con habitaciones con presión negativa o con filtro de aire de alta eficiencia (HEPA) para el aislamiento de los pacientes que sufran infecciones transmitidas por el aire. Si no hay disponible habitación con presión negativa, dispone de un procedimiento de manejo de estos pacientes.
- El protocolo incluye la sistemática de limpieza de las habitaciones de aislamiento durante la hospitalización del paciente y después del alta.
- El médico responsable informa al paciente y a la familia de los motivos del aislamiento, así como de las precauciones que deben seguir cuando permanecen con él y de la duración estimada del aislamiento.

## DOMINIO 7: CONTROL DE LA INFECCIÓN

- Las habitaciones de los pacientes aislados están adecuadamente señalizadas con un cartel que incluye el tipo de aislamiento y las indicaciones para el acceso.
- Las habitaciones de aislamiento disponen de los materiales necesarios para acceder a la misma.
- El centro sanitario realiza formación a los profesionales acerca de las medidas de protección a adoptar en la atención a este tipo de pacientes.

### Estándar IN\_ep\_1\_7 AISLAMIENTO INVERSO

IN\_ep\_1\_7

El centro implementa procedimientos para realizar el **aislamiento inverso** de los pacientes, cuando sea preciso.

#### Elementos del estándar:

- El centro sanitario dispone de un protocolo de actuación para evitar la transmisión de patógenos a pacientes cuya inmunidad está severamente comprometida (pacientes con rotura extensa de la piel como grandes quemados, con terapia inmunosupresora y con neutropenia severa).
- El protocolo incluye la sistemática de limpieza de las habitaciones de aislamiento durante la hospitalización del paciente.
- Si no se dispone de habitaciones con presión positiva, existe un procedimiento de manejo de estos pacientes.
- El médico responsable informa al paciente y a la familia de los motivos del aislamiento, así como de las precauciones que deben seguir cuando permanecen con él y de la duración estimada del aislamiento.
- Las habitaciones de los pacientes aislados están adecuadamente señalizadas con un cartel que incluye el tipo de aislamiento y las indicaciones para el acceso.
- Las habitaciones de aislamiento disponen de los materiales necesarios para acceder a la misma.
- Los elementos necesarios para la asistencia (tensiómetro, fonendoscopio, termómetros, etc.) son de uso exclusivo para el paciente aislado y permanecen dentro de la habitación.
- El centro sanitario realiza formación a los profesionales acerca de las medidas de protección a adoptar en la atención a este tipo de pacientes.

### Estándar IN\_ep\_1\_8 UNIFORMIDAD **ESTÁNDAR BÁSICO**

IN\_ep\_1\_8

Los profesionales del centro mantienen una **uniformidad** adecuada para su desempeño profesional.

#### Elementos del estándar:

- Existe un código de vestimenta o procedimiento que describe las normas relacionadas con la uniformidad de los profesionales en el centro.
- Existe una normativa que aconseja que los pijamas de quirófano y el calzado sean de distinto color que los del resto del hospital.
- Los uniformes de ámbito quirúrgico no se utilizan fuera del mismo.
- El personal está adecuadamente uniformado según su área de trabajo y categoría profesional.
- Los uniformes de los profesionales están en buen estado y en pediatría tienen diseños atractivos adaptados a los niños.
- El personal no entra ni sale con uniforme del recinto hospitalario.
- Se realizan monitorizaciones periódicas para comprobar la adecuada uniformidad del personal sanitario, tanto en las plantas de hospitalización y consultas externas como en el ámbito quirúrgico, cafetería, etc.

### IN\_ep\_2 Limpieza

El control de la infección en los centros sanitarios pasa por una correcta limpieza de las instalaciones donde se desarrolla la actividad asistencial. Los microorganismos patógenos pueden resistir durante un tiempo en el lugar donde se encontraba el paciente infectado. La posibilidad de contagio disminuye con una limpieza, desinfección y esterilización adecuadas.

El centro tiene la responsabilidad de mantener estrictas condiciones de higiene en sus dispositivos asistenciales, especialmente en las zonas de alto riesgo (quirófanos, habitaciones de aislamiento, habitaciones de inmunodeprimidos...) y debe desarrollar los procedimientos necesarios para su consecución.

Para la limpieza del centro sanitario se emplean sustancias químicas, en ocasiones especialmente peligrosas. Estas sustancias han de estar almacenadas de manera que no constituyan un riesgo ni para los profesionales que las utilizan, ni para los pacientes o las visitas que acuden al centro.

## DOMINIO 7: CONTROL DE LA INFECCIÓN

Por otro lado, el centro sanitario ha de disponer de procedimientos que establezcan la circulación, el manejo y el almacenaje diferenciado, física o temporalmente, de los materiales sucios y los limpios, reduciendo la posibilidad de transmisión cruzada.

### Estándar IN\_ep\_2\_1 PROCEDIMIENTOS LIMPIEZA ESTÁNDAR BÁSICO

IN\_ep\_2\_1

El centro cuenta con **procedimientos** para la **limpieza** de sus instalaciones y equipos, los clasifica según el riesgo y evalúa su cumplimiento.

#### Elementos del estándar:

- El centro sanitario cuenta con un protocolo que clasifica las necesidades de limpieza de las diferentes instalaciones según su riesgo de infección y utiliza un procedimiento específico para cada una de ellas (área quirúrgica, UCI, diálisis, paritorios, endoscopias...).
- El procedimiento establece instrucciones específicas para la limpieza de los materiales y equipos según su riesgo de infección.
- La organización evalúa la implementación de estos protocolos.
- Se facilita formación a los profesionales de manera continua sobre métodos de limpieza.
- La observación directa durante la auditoría o las entrevistas a profesionales permiten inferir el adecuado cumplimiento de los protocolos: evaluación de los aseos, pasillos, zonas comunes, habitaciones de aislamiento, habitaciones de inmunodeprimidos, quirófanos, existencia de hoja de firmas, estado de los recursos materiales (dispensadores de jabón líquido, desinfectantes, elementos para el secado de las manos...).

### Estándar IN\_ep\_2\_2 ALMACENES LIMPIEZA

IN\_ep\_2\_2

El centro gestiona adecuadamente los **almacenes de limpieza**.

#### Elementos del estándar:

- Los almacenes de limpieza están ubicados preferentemente fuera de las zonas de paso de pacientes y familiares, se encuentran señalizados y su acceso es restringido (especialmente en determinadas áreas como pediatría, psiquiatría...).
- Existe un responsable asignado del almacén.
- Las zonas de almacenamiento están limpias y ordenadas, sin temperaturas extremas ni humedad excesiva para evitar el deterioro de los productos.
- Los productos presentan un envase en buen estado y se encuentran correctamente cerrados e identificados (envase original o etiqueta visible que contenga el nombre del preparado, indicaciones de peligrosidad, consejos de manipulación segura, teléfono de emergencia...).
- El almacenamiento se realiza agrupando los productos por características de peligrosidad, separando los incompatibles y aislando los de características especiales (muy tóxicos, explosivos, etc.).
- Los envases están almacenados con seguridad para impedir caídas o derrames, situando en las baldas inferiores los envases más pesados así como los ácidos y bases fuertes. No hay envases en el suelo.
- La cantidad almacenada es la mínima necesaria y existe un registro de los productos almacenados.
- En el área de almacenamiento están disponibles y visibles para los usuarios las fichas de seguridad de los productos químicos.

### Estándar IN\_ep\_2\_3 SEPARACIÓN LIMPIO/SUCIO

IN\_ep\_2\_3

El centro **separa los materiales sanitarios ya utilizados** y tiene procedimientos definidos para su limpieza.

#### Elementos del estándar:

- El centro sanitario cuenta con procedimientos para la circulación diferenciada de materiales sucios y limpios, que impidan el contacto entre ellos. Los circuitos pueden diferenciarse física o temporalmente.
- Existen zonas separadas para el almacenamiento de ropa y materiales utilizados (sucios), de los que aún están por utilizar (limpios), minimizando el riesgo de contaminación.
- El depósito de materiales sucios y desechos está ubicado lo más cercano posible a la salida para evitar el cruce con elementos limpios.
- Si existe área de lavado y preparación de materiales a esterilizar, se ubica separado físicamente del control limpio de enfermería y cuenta con pileta profunda para evitar salpicaduras y con contenedores construidos en materiales resistentes a la acción química, para la introducción de los materiales que serán esterilizados posteriormente.

## DOMINIO 7: CONTROL DE LA INFECCIÓN

- Existe un procedimiento escrito para la limpieza de instrumental y otros dispositivos médicos reutilizables.
- El servicio cuenta con los recursos materiales y equipos de protección personal necesarios para ello.
- En el área de limpieza están disponibles y visibles para los usuarios las fichas de seguridad de los productos químicos.

### IN\_ep\_3 Desinfección

La “Guía técnica de limpieza, desinfección y esterilización” del Servicio de Salud del Principado de Asturias, define la desinfección como el proceso capaz de eliminar prácticamente todos los microorganismos patógenos conocidos, pero no todas las formas de vida (endosporas bacterianas, priones), sobre objetos inanimados.

Se distinguen tres niveles:

- 1- **Desinfección de bajo nivel:** empleo de un procedimiento químico con el que se pretende destruir la mayor parte de las formas bacterianas, algún virus y hongos, pero no el *Mycobacterium tuberculosis* ni las esporas bacterianas.
- 2- **Desinfección de nivel intermedio:** empleo de un procedimiento químico con el que se consigue inactivar todas las formas bacterianas, el *Mycobacterium tuberculosis* y la mayoría de los virus y hongos, pero que no asegura la destrucción de esporas bacterianas.
- 3- **Desinfección de alto nivel:** empleo de un procedimiento químico con el que se consigue la reducción o destrucción de todos los microorganismos vivos a excepción de un escaso número de esporas bacterianas.

Aunque la clasificación de Spaulding de material crítico, semicrítico y no crítico (y su consecuente reprocesamiento) sigue siendo conceptualmente válida, la inactivación de priones, virus, micobacterias y protozoos desafía las definiciones y expectativas empleadas hasta ahora para la desinfección de alto y bajo nivel.

Una endoscopia es una exploración clínica que se realiza para observar el interior del cuerpo mediante un endoscopio, que es un tubo que tiene la capacidad de dar una fuerte luz y una cámara incorporada; existen varios tipos que se diferencian por su extensión y flexibilidad: gastroscopio, cistoscopio, artroscopio, etc.

La clasificación de algunos endoscopios flexibles como instrumentos semi-críticos está sujeta a revisión crítica, ya que pueden usarse para procedimientos invasivos (ej. colangiopancreatografía retrógrada endoscópica), lo que los convierte en dispositivos críticos, que teóricamente requerirían de esterilización, con los medios técnicos y económicos que esto conlleva.

En los centros asistenciales existen muchos puntos de uso donde se realiza desinfección de alto nivel (equipos de resucitación, laringoscopios, etc). Es necesario verificar que los mismos cuenten con las mínimas garantías de seguridad desarrolladas en el estándar IN\_ep\_3\_1.

### Estándar IN\_ep\_3\_1 DESINFECCIÓN

IN\_ep\_3\_1

El centro cuenta con un **procedimiento** para la limpieza y **desinfección** de su material sanitario y no sanitario y con los recursos necesarios para llevarlo a cabo.

#### Elementos del estándar:

- El dispositivo asistencial cumple los requisitos normativos legales en relación con la desinfección de los materiales.
- La estructura del área de limpieza y desinfección es adecuada para poder garantizar el flujo diferenciado de entrada y salida de los materiales limpios y sucios y su diseño garantiza un ambiente seguro para los profesionales y para los pacientes.
- El centro dispone de procedimientos específicos para la limpieza y desinfección de su material sanitario y no sanitario.
- Existen responsables asignados de los equipos y de los procesos de desinfección.
- El dispositivo realiza las revisiones y mantenimientos periódicos de los equipos conforme a la normativa y a las instrucciones técnicas del fabricante y dispone de un procedimiento para la gestión de las incidencias.
- El centro dispone de las fichas técnicas de los desinfectantes utilizados.
- El servicio dispone de listado y normas de uso de equipos de protección individual (guantes, mascarillas, gafas...).

## DOMINIO 7: CONTROL DE LA INFECCIÓN

- El centro realiza formación a sus profesionales en los procedimientos técnicos para el uso de los equipos. Los profesionales conocen e implementan los procedimientos.
- El centro realiza una correcta gestión de alertas con un procedimiento de actuación, comunicación y responsabilidades en caso de retirada de algún equipo (contaminación, etiquetaje incorrecto...).

### Estándar IN\_ep\_3\_2 DESINFECCIÓN ENDOSCOPIOS

IN\_ep\_3\_2

La unidad/servicio responsable de las **endoscopias** cuenta con un procedimiento de desinfección del material y con los recursos necesarios para llevarlo a cabo.

#### Elementos del estándar:

- El centro dispone de procedimientos de desinfección específicos para endoscopios, que incluyen el correcto almacenaje de los mismos en un armario homologado.
- La estructura del área de limpieza y desinfección es adecuada para poder garantizar el flujo diferenciado de entrada y salida de los materiales limpios y sucios y su diseño garantiza un ambiente seguro para los profesionales y para los pacientes.
- El personal encargado de la ejecución del procedimiento está debidamente entrenado y conoce las medidas de protección personal necesarias para minimizar los riesgos de exposición tanto a los desinfectantes como al material biológico potencialmente infeccioso.
- El dispositivo realiza el control de la calidad del proceso con un plan de vigilancia y control microbiológico del material procesado y con un sistema de registro que garantice la trazabilidad.
- El centro realiza correctamente la gestión de incidencias ante un fallo detectado en el control de calidad del proceso (por ejemplo, un cultivo microbiológico positivo en un endoscopio flexible).
- Los equipos de desinfección automática están identificados e inventariados. Los procesamientos en las lavadoras-desinfectadoras son validados y se establece una rutina de control de calidad mediante pruebas microbiológicas.

### IN\_ep\_4 Esterilización

La esterilización de productos sanitarios es una actividad fundamental para prevenir los riesgos microbiológicos en los hospitales. La calidad de los servicios que éstos prestan está muy influenciada por la existencia de un proceso de esterilización eficaz, pues de ella depende el área quirúrgica y los servicios que utilizan materiales estériles. La esterilización se define como el uso de un procedimiento físico o químico para destruir todos los microorganismos viables presentes en un objeto o superficie, incluidas las esporas bacterianas.

Los materiales recibidos en la unidad central de esterilización han de seguir un circuito unidireccional de la zona más sucia a la más limpia. El nivel de excelencia alcanzado en este proceso depende de factores como la organización del trabajo, las instalaciones disponibles y la formación de los profesionales involucrados.

Dependiendo de las características del dispositivo asistencial, la esterilización puede estar centralizada en un departamento específico o realizarse en el mismo dispositivo. También existen centrales de esterilización que reprocesan material a terceros, en cuyo caso deben disponer de una Licencia de funcionamiento de instalaciones de la Agencia Española del Medicamento para esterilización a terceros. Los métodos de limpieza, desinfección y esterilización han de mantener los mismos estándares independientemente del lugar en el que se realicen.

### Estándar IN\_ep\_4\_1 ESTERILIZACIÓN

IN\_ep\_4\_1

El centro cuenta con un **procedimiento** para la limpieza, **esterilización**, almacenamiento y transporte del material sanitario.

#### Elementos del estándar:

- Se cumplen los requisitos normativos en relación con la esterilización de los materiales sanitarios.
- La central de esterilización dispone de un sistema de gestión de la calidad adecuado a las actividades realizadas y que garantice el cumplimiento de los requisitos legales.
- El centro dispone de procedimientos para la esterilización que se realizan conforme a las instrucciones del Servicio de Medicina Preventiva.
- El servicio dispone de las fichas técnicas y fichas de seguridad de los detergentes, desinfectantes y agentes esterilizantes utilizados.
- Existen responsables asignados de los equipos y de los procesos de esterilización.

## DOMINIO 7: CONTROL DE LA INFECCIÓN

- Existe un plan de vigilancia y control microbiológico del material procesado con un procedimiento de registro y control de la calidad de la esterilización.
- El proceso de esterilización se monitoriza desde el punto de vista de los controles de calidad físicos, químicos y biológicos.
- Existe un procedimiento específico para el registro, monitorización y análisis de incidencias relacionadas con el control de calidad del proceso (p.ej.: control biológico positivo) y de los equipos.
- El centro sanitario dispone de un sistema que garantiza la trazabilidad de los productos esterilizados.
- Los equipos de esterilización están identificados, inventariados y se realizan las labores de mantenimiento preventivo y correctivo conforme a la normativa e instrucciones técnicas del fabricante.
- Se establecen mecanismos de coordinación entre la actividad de la central de esterilización, la programación quirúrgica y la actividad del resto de las unidades que utilicen material estéril.
- El dispositivo gestiona adecuadamente los residuos producidos durante el proceso de esterilización.
- Si la esterilización está externalizada, el centro evalúa el cumplimiento de los requisitos en el departamento en el que se realice.

### Estándar IN\_ep\_4\_2 INSTALACIONES CENTRAL

IN\_ep\_4\_2

Las **instalaciones** de la central de esterilización permiten el adecuado tratamiento del material sanitario y se dispone de los **recursos** necesarios para ello.

#### Elementos del estándar:

- La estructura del área de esterilización es adecuada para poder garantizar el flujo adecuado de entrada y salida de los materiales limpios y sucios.
- Su ubicación es de fácil acceso para los servicios que atiende, así como para los clientes externos.
- Su acceso es restringido y está debidamente señalizado.
- El almacén que contiene material estéril se mantiene en condiciones óptimas de humedad relativa, temperatura y ventilación.
- Está establecido un circuito de rotación según la fecha de caducidad de los materiales.
- El transporte desde el área de esterilización a los diferentes servicios del hospital garantiza la integridad de los envoltorios de los materiales y se realiza en carros limpios cerrados herméticamente.
- La limpieza de esta área se realiza siguiendo el protocolo establecido en el hospital.
- La limpieza del aparataje se realiza siguiendo las recomendaciones facilitadas por los fabricantes.
- Las instalaciones cumplen con la normativa vigente en cuanto a climatología y bioseguridad ambiental.
- Las instalaciones de tratamiento del agua cumplen con los requisitos mínimos de calidad de agua tanto para el lavado como para la generación de vapor.

## DOMINIO 7: CONTROL DE LA INFECCIÓN

### TRAZABILIDAD (tr)

La trazabilidad de determinados procesos y/o productos es necesaria para poder reconstruir las acciones que se han realizado en ellos, no sólo para trabajar con seguridad sino también porque permite una defensa eficaz del profesional en caso de disputas legales.

La historia clínica del paciente intervenido quirúrgicamente debe incluir toda la información necesaria acerca del recorrido del material que se ha utilizado en su intervención (caja de instrumental quirúrgico, prótesis o implantes,...).

Asimismo, en el caso del paciente dializado, se podrá garantizar la trazabilidad de todas las fases que comprende el complejo proceso de diálisis.

Por último, todo paciente sometido a cualquier prueba endoscópica (endoscopia digestiva, cistoscopia, laringoscopia, etc.) debe tener en su historia clínica un registro que permita realizar la trazabilidad del proceso, también de manera inversa.

	Dominio		Agrupador	nº	Circuito
IN	CONTROL DE LA INFECCIÓN	tr	Trazabilidad	1	Trazadores

#### Estándar IN\_tr\_1\_1 TRAZABILIDAD DIÁLISIS

IN\_tr\_1\_1

El centro garantiza la adecuada trazabilidad del proceso de diálisis.

#### Elementos del estándar:

- Es posible realizar la trazabilidad de manera inequívoca entre el monitor de diálisis, el paciente dializado y la sesión recibida.
- El *software* empleado incorpora un sistema de trazabilidad de los productos y fungibles empleados en las sesiones de diálisis.

#### Estándar IN\_tr\_1\_2 TRAZABILIDAD ENDOSCOPIOS

IN\_tr\_1\_2

El centro garantiza la adecuada trazabilidad del procesamiento de los endoscopios.

#### Elementos del estándar:

- Es posible la identificación del endoscopio, del paciente, del equipo empleado y de la persona que ha realizado el proceso de desinfección.
- Se describe el procedimiento de desinfección empleado (manual o automático y qué tipo de procedimiento).
- Se registran los dos elementos anteriores en la historia clínica del paciente.

#### Estándar IN\_tr\_1\_3 TRAZABILIDAD MATERIAL SANITARIO

IN\_tr\_1\_3

El centro garantiza la adecuada trazabilidad del material sanitario que lo precise.

#### Elementos del estándar:

- El centro garantiza la trazabilidad de los productos esterilizados (cajas de instrumental quirúrgico con fecha de esterilización, prueba de control del estado de esterilización, tipo de ciclo efectuado, número de serie, resultado del ciclo, operador que ha efectuado el ciclo y fecha de vencimiento prevista por el protocolo interno de esterilización).
- El centro garantiza la trazabilidad de cualquier tipo de implante o prótesis que pueda ser colocado a un paciente (*stent*, marcapasos, lentes intraoculares...).

## DOMINIO 7: CONTROL DE LA INFECCIÓN

### EVALUACIÓN DE SEGUIMIENTO (es)

	Dominio		Agrupador	nº	Circuito
IN	CONTROL DE LA INFECCIÓN	es	Evaluación de seguimiento	1	Acciones de mejora

#### Estándar IN\_es\_1\_1 ACCIONES DE MEJORA

IN\_es\_1\_1

El centro incorpora **acciones de mejora** y, una vez finalizadas, las envía para su valoración a la UEC-SESPA en el formato establecido.

#### Elementos del estándar:

- El centro hospitalario desarrolla acciones de mejora relacionadas con este dominio a partir de los informes obtenidos tras la evaluación GECA.
- El centro hospitalario desarrolla acciones de mejora relacionadas con este dominio a partir de otras fuentes (iniciativas propias, auditorías internas y/o externas, etc.).
- Las acciones de mejora se envían anualmente a la UEC-SESPA en el formato establecido para tal fin y cumplen con los criterios de valoración establecidos en las cuatro fases que figuran en el Anexo III de la "Evaluación de Seguimiento GECCAs. Monitorización de continuidad".





## DOMINIO 8: HUMANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA

En 1984 el INSALUD elaboró el "Plan de Humanización de la Asistencia Hospitalaria" y posteriormente el "Programa de Mejora de Confort en los centros sanitarios" que justificaba diciendo: "La enfermedad genera, tanto en el paciente como en su entorno familiar y social, una situación de indefensión que le hace sentirse desvalido, por lo que necesita un sistema sanitario lo más humano posible. La propia tecnificación de la medicina y la masificación despersonalizada, añade suficientes componentes para que el paciente se sienta frecuentemente desvalido, frente a esa situación que no domina".

A partir de entonces se han desarrollado múltiples estrategias a nivel autonómico, como el "Plan de Confortabilidad del SESPA" elaborado en 2004 o la Estrategia de mejora de la confianza y seguridad de los profesionales del SESPA, presentada en el año 2018.

Posteriormente, en 2021 se publican las líneas estratégicas del futuro "Plan de Humanización del Sistema Sanitario Público del Principado de Asturias" desde la Dirección General de Cuidados, Humanización y Atención Sociosanitaria de la Consejería de Salud; este documento nace con el objetivo de orientar el Sistema Sanitario Público del Principado de Asturias a una asistencia sanitaria holística, integrando ciencia, tecnología y humanidad, centrada en las personas, sean profesionales, pacientes y/o ciudadanía.

"Curar a veces, aliviar a menudo, cuidar siempre" (C. Bernard y A. Gubler).

	Dominio		Agrupador
HA	HUMANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA	ep	Estrategias y políticas
		ce	Confortabilidad estructural

### ESTRATEGIAS Y POLÍTICAS (ep)

Es necesario entender la asistencia sanitaria de forma integral, contemplando no sólo el aspecto científico-técnico de la misma, sino también otros elementos como la comunicación, la empatía, la confianza o la intimidad, es decir, centrar la atención en la persona como un todo.

La formación recibida por los profesionales sanitarios habitualmente carece de preparación humanística, por lo que éstos con frecuencia se encuentran sin recursos para manejar las dificultades en la relación con pacientes y familiares.

Desde las comunidades autónomas se están desarrollando diferentes estrategias en las que se da importancia a elementos de la relación paciente-profesional sanitario a los que en demasiadas ocasiones no se presta atención: mirar al paciente a los ojos, presentarse y sonreír, llamarlo por su nombre, facilitar el acompañamiento por sus familiares, llamar a la puerta antes de entrar respetando su intimidad, realizar los traslados del paciente en condiciones adecuadas, organizar las actividades asistenciales teniendo en cuenta sus necesidades, facilitar su confort, ser empático...

	Dominio		Agrupador	nº	Circuito
HA	HUMANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA	ep	Estrategias y políticas	1	Sanidad amable

### HA\_ep\_1 Sanidad amable

El concepto de "sanidad amable" contempla una atención sanitaria centrada en el paciente, mejorando la calidad del trato y evitando reducir la asistencia prestada a los aspectos exclusivamente técnicos. La calidez y calidad en el trato constituyen la primera línea estratégica del "Plan de Humanización del Sistema Sanitario Público del Principado de Asturias". Los estándares que se citan a continuación describen las principales líneas a seguir en relación con los principales aspectos que influyen en la prestación de una atención sanitaria amable.

#### Estándar HA\_ep\_1\_1 DIGNIDAD DEL PACIENTE

HA_ep_1_1	El centro impulsa acciones encaminadas a preservar la dignidad del paciente, las analiza y adopta medidas correctoras.
-----------	--

## DOMINIO 8: HUMANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA

### Elementos del estándar:

- El centro impulsa acciones encaminadas a la detección de situaciones en la que se vulnera la dignidad de la persona, mediante análisis de las encuestas de satisfacción o de las reclamaciones de los pacientes al respecto, observación directa durante las actividades habituales, sugerencias recibidas a través de buzón, técnicas grupales de discusión, opiniones de las asociaciones de pacientes...
- El centro analiza las situaciones detectadas identificando las causas y las necesidades de mejora.
- El centro adopta las medidas correctoras oportunas y realiza un informe anual con los hallazgos detectados y las medidas adoptadas, que se difunde a los profesionales.
- Se realizan actividades formativas en humanización de la asistencia para el personal del centro.

### Estándar HA\_ep\_1\_2 MEJORA DEL TRATO

HA\_ep\_1\_2

El centro integra proyectos encaminados a **mejorar el trato** de pacientes y familiares.

### Elementos del estándar:

- El centro cuenta con una Comisión de Humanización dependiente de la Dirección/Gerencia.
- El centro realiza un análisis de la situación inicial de la humanización en el mismo, identificando las fortalezas y las áreas de mejora.
- El centro planifica las actividades necesarias para desplegar las líneas estratégicas del plan de humanización de la asistencia sanitaria.
- El centro difunde y comunica el plan a todos los profesionales.
- Se implementan las acciones propuestas.
- El plan se evalúa y se realiza una memoria cuyos resultados se difunden a los profesionales.
- Se desarrolla un plan formativo de sensibilización y aprendizaje de competencias para mejorar la humanización de la asistencia.

### Estándar HA\_ep\_1\_3 INFORMACIÓN EN SERVICIOS CRÍTICOS

HA\_ep\_1\_3

El centro dispone de una sistemática para mantener regularmente **informadas a las familias de pacientes** que estén en **servicios críticos**.

### Elementos del estándar:

- Los familiares de los pacientes que ingresan en urgencias, UCI o en el bloque quirúrgico disponen de un profesional de referencia que les informa periódicamente de su situación.
- Este profesional está adecuadamente identificado y es accesible.
- Se utilizan herramientas tecnológicas para que la familia que espera pueda conocer la situación en tiempo real del paciente y su ubicación.
- Se utilizan las tecnologías para la información y comunicación (TIC) para que puedan recibir información los familiares que no pueden estar en el hospital.
- Las salas de información clínica disponen de los elementos necesarios para realizar este cometido en condiciones de intimidad.
- Se dispone de una sistemática para la comunicación con familiares no hispanohablantes o con dificultades auditivas.

### Estándar HA\_ep\_1\_4 COMUNICACIÓN DE MALAS NOTICIAS

HA\_ep\_1\_4

El centro cuenta con un procedimiento que detalla las condiciones relativas a la **comunicación de malas noticias**.

### Elementos del estándar:

- El centro dispone de un procedimiento que detalla quién debe dar una mala noticia, en qué momento, cómo hacerlo, en qué lugar y qué información se ha de comunicar.
- Está establecida una actuación de soporte profesional para familiares y/o pacientes en estas situaciones.
- Existe un plan de formación dirigido a los profesionales sanitarios que incluye aspectos como las habilidades en la comunicación, el manejo de situaciones difíciles y la comunicación de malas noticias.

### Estándar HA\_ep\_1\_5 LOS PROFESIONALES SE PRESENTAN

HA\_ep\_1\_5

Todos los **profesionales** del centro se **presentan** ante los pacientes de cuya asistencia son responsables.

## DOMINIO 8: HUMANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA

### Elementos del estándar:

- Los profesionales se presentan de manera sistemática a los usuarios de cuya asistencia son responsables, especificando nombre y categoría profesional.
- Antes de entrar en una habitación los profesionales llaman a la puerta.
- Los profesionales hacen uso de la asertividad y empatía para dirigirse a los usuarios.
- Los profesionales portan una tarjeta identificativa con formato acorde a la política corporativa de la institución y que refleja el nombre y la categoría profesional.

### Estándar HA\_ep\_1\_6 PROMOCIÓN LACTANCIA MATERNA

HA\_ep\_1\_6

El centro desarrolla estrategias para promocionar la lactancia materna.

### Elementos del estándar:

- Se ofrece a la madre (o en su defecto, al padre) el contacto piel con piel tras el nacimiento, incluidos los casos de cesáreas.
- Se facilita el inicio de la lactancia materna tan pronto como sea posible y que madre e hijo permanezcan juntos las 24 horas del día tras el parto.
- Se proporciona información a las madres sobre medidas para mantener la lactancia materna (bancos de leche materna, grupos de apoyo, talleres de lactancia...)
- Se imparte formación de los profesionales en relación con la promoción de la lactancia materna.
- Existe una sala de lactancia adecuadamente acondicionada para tal fin.

### Estándar HA\_ep\_1\_7 DUELO PERINATAL

HA\_ep\_1\_7

El centro aplica un protocolo para abordar el duelo perinatal.

### Elementos del estándar:

- El centro aplica una guía o protocolo de buenas prácticas con respecto a la atención prestada en relación al duelo perinatal.
- Se proporciona a los profesionales sanitarios la formación necesaria sobre el abordaje de la muerte perinatal, incluyendo aspectos relacionados con la comunicación de malas noticias o la detección de factores de riesgo para duelo disfuncional.
- La habitación es individual y está señalizada con algún tipo de símbolo que facilite el reconocimiento de la situación por los profesionales (por ejemplo, imagen de una mariposa).
- Se posibilita un ambiente afectivo-empático y se facilita a los padres toda la información necesaria acerca de las dudas que puedan tener sobre las gestiones a realizar, de la posibilidad de solicitar atención espiritual o de las consultas sucesivas.
- Se constituye un grupo multidisciplinar que evalúe y actualice periódicamente la guía de actuación y se difunde a los profesionales implicados en el proceso.

### Estándar HA\_ep\_1\_8 ÚLTIMAS FASES DE LA VIDA

HA\_ep\_1\_8

El centro proporciona cuidados a los pacientes en las últimas fases de la vida velando por el respeto a la dignidad de la persona.

### Elementos del estándar:

- El centro hospitalario tiene constituida la Comisión de Mortalidad y se reúne periódicamente.
- El centro garantiza los derechos establecidos en la Ley del Principado de Asturias 5/2018, de 22 de junio, sobre derechos y garantías de la dignidad de las personas en el proceso del final de la vida (trato digno, alivio del sufrimiento, información asistencial, confidencialidad, recibir cuidados paliativos, tratamiento del dolor, etc.).
- Los profesionales cumplen con sus deberes según la citada ley (adecuación del esfuerzo terapéutico, instrucciones previas, información asistencial...).
- Los centros sanitarios cumplen con los requisitos establecidos en la misma (apoyo a la familia y personas cuidadoras, asesoramiento en cuidados paliativos, apoyo emocional, etc.).
- Se facilita un entorno que proporcione intimidad al paciente y su familia (habitación individual, cama de acompañante cuando sea posible, régimen de visitas libre...).
- Los profesionales sanitarios y no sanitarios están capacitados en la atención a las personas en el final de la vida. Existe coordinación con otros sectores (atención primaria, equipo de paliativos del área,...).

## DOMINIO 8: HUMANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA

- Las intervenciones se ocupan de las necesidades psicosociales (se asigna una trabajadora social), emocionales y espirituales del paciente y de su familia.
- El centro hospitalario asegura la adecuación del esfuerzo terapéutico adaptando los tratamientos a la situación clínica del paciente y evitando toda obstinación terapéutica.
- El plan de cuidados de enfermería incluye al menos los cuidados de la piel, la boca, la alimentación, la eliminación, el patrón respiratorio, el descanso y el manejo del dolor y de otros síntomas de la enfermedad terminal.
- El centro proporciona un trato digno a los pacientes respetando sus convicciones, principalmente las relacionadas con sus creencias ideológicas, religiosas, socioculturales, de género y de pudor.
- El centro promueve la participación del paciente y la familia en la toma de decisiones.
- Los profesionales valoran el documento de instrucciones previas (IP) del paciente.
- Cuando el paciente esté en situación de falta de capacidad para tomar decisiones, la recepción de la información asistencial se realiza conforme a lo establecido en la Ley del Principado de Asturias 5/2018, de 22 de junio.
- Tras la muerte del paciente se proporciona atención al duelo inmediato de los familiares.
- Se realiza una detección precoz de situaciones de duelo disfuncional y definición de pautas de actuación en los ámbitos de atención primaria y hospitalaria.
- El centro facilita a la familia y/o allegados el certificado médico de defunción, con el fin de agilizar los trámites correspondientes.

### Estándar HA\_ep\_1\_9 EUTANASIA

HA\_ep\_1\_9

El hospital aplica la normativa vigente sobre la **regulación de la eutanasia** en aquellos pacientes que lo soliciten y cumplan los requisitos que en ella se recogen.

En Asturias se desarrolla la “Estrategia de cuidados paliativos para Asturias”; en ella se define la visión de la siguiente forma “coordinando y aprovechando los recursos existentes y futuros, aportar calidad de vida a los pacientes con una expectativa de vida corta, atendiendo a los aspectos físicos, emocionales, espirituales y sociales, propios y de su entorno, en un contexto de continuidad asistencial centrada en el enfermo”.

A partir del 4 de octubre de 2018 entra en vigor la Ley del Principado de Asturias 5/2018, de 22 de junio, “sobre derechos y garantías de la dignidad de las personas en el proceso del final de la vida” cuya finalidad es promover el respeto a la autonomía, integridad física y personal en este proceso vital. La ley garantiza el acceso universal a los cuidados paliativos, no como un fin en sí mismo, sino como un medio para mejorar la calidad de la muerte.

Por otro lado, la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo de regulación de la eutanasia, recoge por primera vez los requisitos, procedimientos y garantías para acceder a la prestación de ayuda para morir en aquellos casos en los que exista un padecimiento grave, crónico e imposibilitante o enfermedad grave e incurable, causantes de un sufrimiento físico o psíquico intolerables, y la persona así lo solicite.

#### Elementos del estándar:

- El centro hospitalario aplica las medidas necesarias para garantizar el derecho a la prestación de ayuda para morir en los supuestos y con los requisitos que establece la normativa.
- Los profesionales que participen documentan el proceso de acuerdo con los requisitos establecidos en la Ley 3/2021 de regulación de la eutanasia.
- El médico responsable realiza con el paciente solicitante un proceso deliberativo sobre su diagnóstico, posibilidades terapéuticas y resultados esperables, así como sobre posibles cuidados paliativos, asegurándose de que comprende la información que se le facilita.
- Esta información se facilita igualmente por escrito y se documenta en la historia clínica del paciente.
- El centro hospitalario adopta las medidas necesarias para asegurar la intimidad de las personas solicitantes de la prestación y la confidencialidad en el tratamiento de sus datos de carácter personal.
- El centro consulta el registro de profesionales objetores de conciencia a realizar la ayuda para morir.
- El centro hospitalario brinda asesoramiento profesional al paciente y a la familia en todo el proceso.
- Se evalúan las percepciones de las familias acerca de la atención prestada.

## DOMINIO 8: HUMANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA

### CONFORTABILIDAD ESTRUCTURAL (ce)

	Dominio		Agrupador	nº	Circuito
HA	HUMANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA	ce	Confortabilidad estructural	1	Entorno amable

#### HA\_ce\_1 Entorno amable

Las características del entorno influyen en los resultados de salud de los pacientes; un ambiente agradable y estimulante tiene un impacto altamente positivo. La adecuación del entorno es una línea estratégica del mencionado “Plan de Humanización del Sistema Sanitario Público del Principado de Asturias”.

Muchos estudios han mostrado que un buen diseño del entorno puede reducir, por ejemplo, la ansiedad, la presión arterial y el dolor. Esto es especialmente importante en el caso de los niños, en cuyo caso los beneficios son más destacables, aumentando la tolerancia a la realización de exploraciones, pruebas complementarias y tratamientos.

A la inversa, la investigación ha vinculado el diseño de un entorno que no ayuda psicológicamente, con efectos negativos como mayor necesidad de medicación y aparición de síntomas ansioso-depresivos, que alargan la estancia en el hospital.

Desde los servicios de salud de las comunidades autónomas, se están promoviendo iniciativas encaminadas a mejorar el confort y el bienestar de los pacientes, como programas de mejora de la restauración, programas para favorecer el descanso nocturno de los pacientes, programas de ocio y entretenimiento...

#### Estándar HA\_ce\_1\_4 ESTADO DE CONSERVACIÓN INSTALACIONES

HA\_ce\_1\_4

Las instalaciones tienen un buen estado de conservación y el ambiente es adecuado y acogedor.

##### Elementos del estándar:

- Las paredes y suelos están bien conservados, sin grietas, humedades, desprendimientos, etc.
- La cartelería es exclusivamente institucional, no es excesiva ni está escrita a mano.
- El mobiliario de la habitación está en buen estado.
- La decoración de espacios comunes es adecuada, con colores relajantes y características específicas para las zonas de pediatría (con juegos adecuados a la edad, libros y medios audiovisuales).
- El ambiente es confortable en lo referente a temperatura, luz, ventilación, limpieza y control de ruidos (medición del ruido ambiental), particularmente en las horas de descanso nocturno.

#### Estándar HA\_ce\_1\_5 HABITACIONES AGRADABLES

HA\_ce\_1\_5

La habitación del paciente es un lugar agradable tanto para él como para su familia.

##### Elementos del estándar:

- Las habitaciones son individuales o disponen de cortinas/biombos entre las camas que pueden desplegarse cuando se esté atendiendo al paciente; además, cuentan con dispositivos externos en la puerta para indicar que no se puede acceder mientras se estén realizando actividades asistenciales.
- Las puertas de las habitaciones permanecen cerradas.
- Existe espacio suficiente para permitir la circulación de las camas, sillas de ruedas y equipamientos médicos y los colores de la pintura de las paredes son relajantes.
- El mobiliario es cómodo, está en buen estado y cumple la normativa específica para hospitales.
- La cama es articulada, preferentemente eléctrica, con sistema de frenado eficaz, fácil de movilizar, regulable en altura y cuenta con elementos de seguridad para el paciente.
- La mesilla es estable, fácil de limpiar, de bordes redondeados y con tiradores ergonómicos. Incorpora un sistema de frenado eficaz y está diferenciada si hay más de un paciente en cada habitación.
- El sillón del paciente y el de los familiares son regulables en altura y móviles para facilitar la limpieza.

## DOMINIO 8: HUMANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA

- Se permite la posibilidad de personalizar la habitación con objetos que aumenten el confort del enfermo, siempre que no constituyan un obstáculo para la atención sanitaria.
- Existe un intercomunicador con el control de enfermería en cada cama.
- La televisión en la habitación es orientable para que el paciente pueda verla desde la cama o el sillón. Sería deseable optar por pequeñas televisiones individuales y el uso de auriculares.
- Hay una conexión wi-fi para uso de pacientes y familiares.
- La temperatura es confortable (21-26°C según normativa), la habitación está bien ventilada y la tasa de humedad es adecuada (30-60% según normativa).
- La luz es natural en todas las habitaciones, para preservar el ciclo sueño/vigilia. Esta luz se complementa con luz artificial para asegurar el confort del paciente y proporcionar al personal sanitario un entorno adecuado para su trabajo: iluminación general, iluminación de la zona de cama para examinar al paciente, luces de emergencia, luz de lectura, luz de control (punto de luz no muy intenso para visitas/controles nocturnos) y luces de orientación nocturna.
- Las habitaciones y los espacios dedicados a la atención pediátrica están personalizados para proporcionar una experiencia menos traumática a estos pacientes.

### Estándar HA\_ce\_1\_6 LENCERÍA

HA\_ce\_1\_6

El centro garantiza el buen estado y la adecuada renovación de **ropa de cama, toallas y lencería** para pacientes.

#### Elementos del estándar:

- Existe una dotación suficiente de ropa de cama y toallas en los aseos, que además están en buen estado y se cambian regularmente.
- La ropa del paciente es cómoda, está en buen estado, el tacto es agradable y preserva su dignidad (el uso de camiones abiertos por detrás sólo se utiliza para quirófanos, UCI, reanimación y en enfermos graves o inmovilizados). El anagrama corporativo está visible en todas las prendas.

### Estándar HA\_ce\_1\_7 MENÚS ADAPTADOS

HA\_ce\_1\_7

El centro elabora **menús adaptados** a las necesidades clínicas y culturales del paciente.

#### Elementos del estándar:

- La alimentación es equilibrada en nutrientes y las dietas son adecuadas para cada paciente (basales, hipo/hipercalóricas, sin sal, sin gluten...).
- Se elaboran con productos de calidad, variados y de temporada, y teniendo en consideración costumbres y creencias del enfermo (vegetarianos, musulmanes...).
- La comida se sirve a buena temperatura y en el horario adecuado.
- Se ofrece al paciente la elección del menú entre varias propuestas con antelación.
- Se introducen menús “especiales” en momentos concretos de la estancia hospitalaria, tales como festivos señalados o día del cumpleaños.
- Se facilitan menús de acompañantes en determinadas situaciones: pacientes pediátricos, pacientes paliativos, padres de recién nacidos, largas estancias hospitalarias y situación social discriminatoria...

### Estándar HA\_ce\_1\_8 ACOMPAÑAMIENTO Y DESCANSO

HA\_ce\_1\_8

El centro aplica prácticas que facilitan el **acompañamiento y descanso** de los pacientes.

#### Elementos del estándar:

- El centro hospitalario fomenta que los acompañamientos sean de familiares o personas comprometidas con el cuidado del enfermo, procurando limitar las visitas “sociales” a los pacientes y evitando las aglomeraciones que impidan el descanso de los mismos.
- Se garantiza la presencia de acompañantes de pacientes en situaciones de especial vulnerabilidad, con independencia del horario.
- Los horarios de dispensación de medicación, toma de constantes, aseo y labores de limpieza se adecúan al horario de descanso de los pacientes.
- La televisión y los dispositivos electrónicos tienen unos horarios de uso restringidos.
- Se facilitan instalaciones y servicios de apoyo para aquellos cuidadores que han de permanecer en el hospital durante todo el ingreso del paciente o para los acompañantes de pacientes en edad pediátrica.

## DOMINIO 8: HUMANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA

### Estándar HA\_ce\_1\_9 SERVICIOS DE OCIO

HA\_ce\_1\_9

El centro ofrece servicios que persiguen el bienestar y el ocio de los usuarios.

#### Elementos del estándar:

- Existe un servicio de venta o préstamo de periódicos y revistas, peluquería, ludoteca, biblioteca a pie de cama, dispensadores de bebida/comida saludable, tomas eléctricas para recargar móviles o tablets, conexión wi-fi o salas de internet y televisión.
- Se ofertan actividades de ocio individuales o grupales con apoyo de voluntariado (cartas, puzzles, pinturas, juegos de mesa, cuentacuentos, lectura para pacientes con déficit visual, etc.).
- Se fomentan colaboraciones con ONG que realicen acompañamiento hospitalario a pacientes en situación de desarraigo social.

### Estándar HA\_ce\_1\_10 CONCILIACIÓN ACADÉMICA Y LABORAL

HA\_ce\_1\_10

El centro favorece la conciliación académica y laboral de los pacientes.

#### Elementos del estándar:

- Se establecen colaboraciones con colegios, universidades u otras entidades docentes que favorecen la continuidad de la vida académica para niños, jóvenes y adultos.
- El enfermo renal crónico dispone de alternativas terapéuticas compatibles con su vida académica o laboral (hemodiálisis domiciliaria).
- La oferta de turnos de hemodiálisis facilita la conciliación académica o laboral.
- El centro facilita la conciliación académica o laboral de los pacientes en servicios que requieran citas periódicas como rehabilitación, hospital de día...
- El centro dispone de programas de hospitalización domiciliaria para los pacientes cuya situación clínica les permita ir a sus domicilios pero tengan asignados tratamientos o cuidados que no puedan ser dispensados desde Atención Primaria.

### Estándar HA\_ce\_1\_11 CAFETERÍA

HA\_ce\_1\_11

La cafetería del centro es agradable, tiene un horario de atención amplio y ofrece productos saludables.

#### Elementos del estándar:

- La cafetería es espaciosa y con pocos ruidos, está en buenas condiciones higiénicas, tiene un mobiliario y colores adecuados, ventilación y luz natural.
- El servicio que presta es rápido, está dotada del personal necesario y oferta productos variados y de calidad, de precio razonable y en horarios de atención al público amplios para cubrir sus necesidades.

### Estándar HA\_ce\_1\_12 ANÁLISIS DE CONFORTABILIDAD

HA\_ce\_1\_12

El centro analiza periódicamente la confortabilidad de sus instalaciones e integra los resultados de sus evaluaciones en acciones correctivas.

#### Elementos del estándar:

- El centro evalúa de forma regular las estructuras y recursos existentes desde la perspectiva de la confortabilidad para pacientes y familiares.
- El centro recaba la opinión de los usuarios en relación con aspectos de confortabilidad (análisis de las quejas y reclamaciones, resultados de las encuestas de satisfacción...)
- El centro establece un plan de mejora en función de los resultados obtenidos, implementa las medidas adoptadas y las difunde si procede.

## DOMINIO 8: HUMANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA

EVALUACIÓN DE SEGUIMIENTO (es)

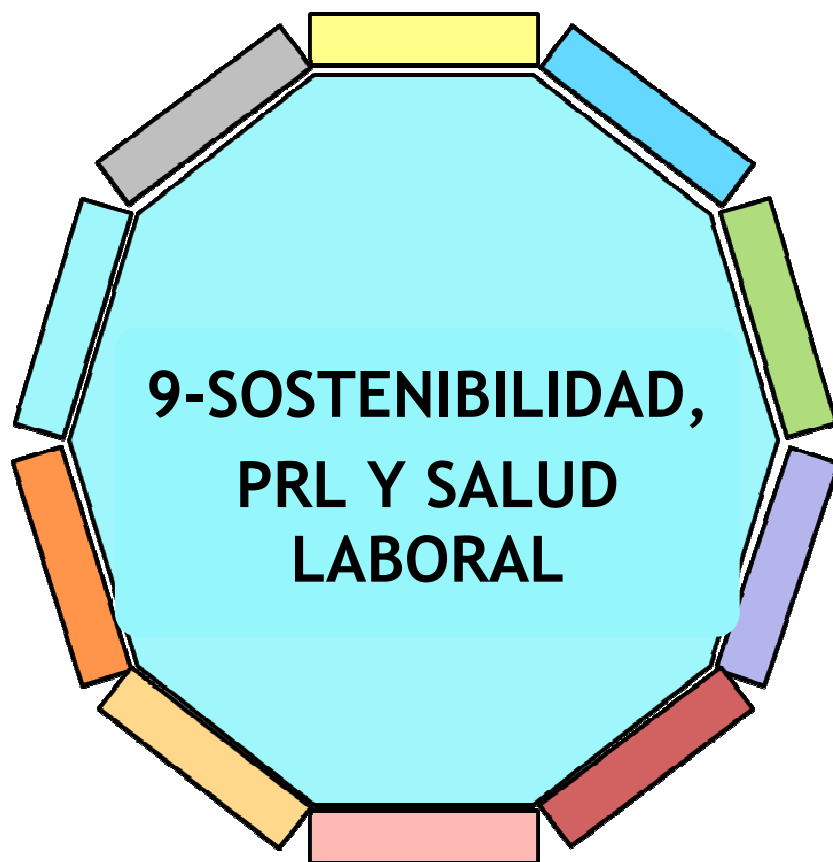
	Dominio		Agrupador	nº	Circuito
HA	HUMANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA	es	Evaluación de seguimiento	1	Acciones de mejora

Estándar HA\_es\_1\_1 ACCIONES DE MEJORA

HA_es_1_1	El centro incorpora <b>acciones de mejora</b> y, una vez finalizadas, las envía para su valoración a la UEC-SESPA en el formato establecido.
-----------	--

**Elementos del estándar:**

- El centro hospitalario desarrolla acciones de mejora relacionadas con este dominio a partir de los informes obtenidos tras la evaluación GECA.
- El centro hospitalario desarrolla acciones de mejora relacionadas con este dominio a partir de otras fuentes (iniciativas propias, auditorías internas y/o externas, etc.).
- Las acciones de mejora se envían anualmente a la UEC-SESPA en el formato establecido para tal fin y cumplen con los criterios de valoración establecidos en las cuatro fases que figuran en el Anexo III de la "Evaluación de Seguimiento GECCAs. Monitorización de continuidad".





## DOMINIO 9: SOSTENIBILIDAD, PRL Y SALUD LABORAL

Es el dominio nueve de la segunda versión de la guía de estándares el único que ha modificado (ampliado) su nombre. Aunque el propósito ha sido mantener la estructura anterior en toda la guía, vimos necesario incluir dentro de este dominio la prevención de riesgos laborales y la salud laboral, aspectos que, aunque se auditaban en los servicios hospitalarios, no figuraban de una forma tan explícita en la guía y consideramos prioritario dirigir la atención hacia la salud laboral de los profesionales y sus condiciones de trabajo.

La gestión de residuos se ha modificado considerando la referencia de la Ley 7/2022, de 8 de abril, de residuos y suelos contaminados para una economía circular. También hemos tenido en cuenta la revisión de la Guía para la gestión de los residuos sanitarios del Principado de Asturias realizada por el Equipo de trabajo de gestión de residuos y medioambiente de los Servicios Centrales del SESPA entre octubre de 2022 y marzo de 2023.

Se han incluido elementos para impulsar desde la evaluación de la calidad el fomento de la igualdad entre mujeres y hombres, de acuerdo con lo establecido en el Plan de Igualdad 2024-2027 promovido por el Gobierno del Principado de Asturias.

Se ha profundizado en la prevención de riesgos laborales con circuitos como la prevención y control de las agresiones a los profesionales o de la violencia en el ámbito laboral. Se ha abordado una de las causas principales de accidentes y lesiones de los trabajadores en el circuito gestión de la movilidad y seguridad vial.

	DOMINIO		Agrupador
SO	SOSTENIBILIDAD, PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES Y SALUD LABORAL	sm	Sostenibilidad medioambiental. Plan estratégico de Salud y Medio Ambiente.
		sf	Sostenibilidad financiera
		ss	Sostenibilidad social
		pr	Prevención de Riesgos Laborales y Salud Laboral

SOSTENIBILIDAD MEDIOAMBIENTAL. PLAN ESTRATÉGICO DE SALUD Y MEDIOAMBIENTE (sm)

Las “3R” de la ecología (reducir, reutilizar y reciclar), es una propuesta fomentada desde hace años por la organización no gubernamental *Greenpeace*, para cambiar nuestros hábitos de consumo haciéndolos responsables y sostenibles; en algunos círculos se ha expandido a “5R” (reducir, reparar, recuperar, reutilizar y reciclar). Estas acciones pretenden reducir el impacto de nuestra actividad sobre el medioambiente, centrándose en la reducción de residuos, con el fin de solventar uno de los grandes problemas ecológicos de la sociedad actual.

La norma UNE ISO 26000:2021 identifica una serie de principios que la organización debería incorporar para llevar a cabo una adecuada gestión en materia medioambiental: asumir las consecuencias de sus actos (responsabilidad), no desarrollar actividades si no se sabe con certeza qué impactos puede acarrear en el medioambiente o en la salud (enfoque precautorio), minimizar posibles impactos negativos (gestión de riesgos) y asumir el costo de la contaminación generada.

## DOMINIO 9: SOSTENIBILIDAD, PRL Y SALUD LABORAL

SO	Dominio	sm	Agrupador	n°	Circuito
	<b>SOSTENIBILIDAD, PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES Y SALUD LABORAL</b>		<b>Sostenibilidad medioambiental. Plan estratégico de Salud y Medioambiente.</b>	4	Procedimientos y políticas de gestión de residuos.
		5		Formación, sensibilización y difusión.	
		6		Recursos materiales accesibles.	
		7		Segregación.	
		8		Manipulación.	
		9		Envasado.	
		10		Etiquetado.	
		11		Transporte interno.	
		12		Almacenamiento intermedio.	
		13		Almacenamiento final.	
		14		Uso sostenible de los recursos.	

### SO\_sm\_4 Procedimientos y políticas de gestión de residuos

Los centros sanitarios son una importante fuente de generación de residuos, muchos de ellos peligrosos, tanto para las personas como para el medioambiente. El tratamiento de estos residuos ha de cumplir con la normativa y avanzar hacia una menor generación de los mismos.

El centro debe contar con un procedimiento adaptado a los residuos que produce, un responsable de su gestión y una adecuada difusión de dicho procedimiento, de forma que los trabajadores implicados tengan un marco de referencia y éste sea conforme a la Ley 7/2022, de 8 de abril, de residuos y suelos contaminados para una economía circular o cuantas normativas posteriores regulen este ámbito.

El centro hospitalario ha de poder documentar todas las etapas de los residuos de los que es responsable: clasificación, identificación, segregación y manipulación segura. Se tiene que garantizar un correcto envasado, etiquetado y transporte interno por las instalaciones del hospital, minimizando los riesgos hasta su almacenamiento final y transporte externo.

#### Estándar SO\_sm\_4\_1 PROCEDIMIENTO GESTIÓN DE RESIDUOS

SO\_sm\_4\_1

El centro cuenta con un **procedimiento para la gestión de residuos** acorde con la normativa.

Los centros hospitalarios han de contar con un procedimiento detallado que clasifique los tipos de residuos que se generan, las responsabilidades en su gestión y la descripción de los materiales necesarios para todas las etapas del proceso. En el procedimiento se describirá la forma de actuación ante un incidente de seguridad.

El procedimiento tendrá como fin orientar las acciones necesarias para reducir al mínimo los efectos negativos que la generación de los residuos sanitarios origina en la salud humana y el medioambiente.

#### Elementos del estándar:

- El procedimiento está elaborado para el centro hospitalario y/o el área sanitaria y contempla todos los residuos que se generan.
- El centro hospitalario está dado de alta para todos los residuos que genera.
- El procedimiento define todos los aspectos relacionados con la gestión de los residuos generados, los materiales utilizados y las responsabilidades en cada una de las fases del proceso.
- El procedimiento persigue reducir los riesgos contra la seguridad en el manejo de los diferentes tipos de residuos (manipulación, segregación y envasado si procede, etiquetado, transporte, almacenamiento intermedio, almacenamiento final y eliminación).
- El procedimiento contempla la actuación ante un posible incidente de seguridad.

## DOMINIO 9: SOSTENIBILIDAD, PRL Y SALUD LABORAL

### Estándar SO\_sm\_4\_2 RESPONSABLE GESTIÓN DE RESIDUOS

SO\_sm\_4\_2

El centro tiene un **responsable** que vela por el cumplimiento de las obligaciones que se derivan de la producción y **gestión de los residuos**.

Al frente de la gestión de los residuos ha de estar un profesional con la formación adecuada y el conocimiento de la normativa legal relacionada. Tendrá la responsabilidad de tomar decisiones sobre la gestión hospitalaria de los residuos que se generen. Su misión será intentar minimizar la producción de residuos y asegurar que se realiza una manipulación segura cumpliendo con los requisitos previstos.

El responsable se encargará de que existan los materiales adecuados en el lugar que se originan para una correcta gestión y colaborará en las tareas de formación y sensibilización de los profesionales.

Será función del responsable el inventario de los almacenes de residuos y la realización de una memoria anual que permita valorar la gestión de los residuos.

#### Elementos del estándar:

- El centro cuenta con un responsable en la gestión de residuos.
- El responsable puede documentar el tratamiento completo de todos los residuos que genera el centro hospitalario y/o el área sanitaria.
- El responsable colabora en las acciones de formación y sensibilización que programe la Dirección del centro en este ámbito.
- El responsable de gestión de residuos realiza monitorizaciones intermedias sobre la gestión de residuos.
- El responsable se encarga de que se realice una adecuada segregación de todos los residuos hospitalarios, se utilicen los materiales adecuados y se realice una adecuada manipulación y transporte de los mismos.
- El responsable establece la coordinación necesaria con las empresas que gestionen los residuos en las fases de transporte intermedio, almacenamiento y transporte final.
- El responsable de gestión de residuos cuenta con las fichas de seguridad de todos los residuos tipo III-C (Residuos químicos) y los pone a disposición de los usuarios para que puedan adoptar las medidas adecuadas.
- El responsable lleva un registro de las incidencias que se produzcan en la gestión de los residuos.
- El responsable de gestión de residuos hospitalarios puede ser consultor de las mesas de compras como asesor en relación con medidas de minimización de los residuos.
- El responsable realiza una memoria anual en relación con su actividad.

### Estándar SO\_sm\_4\_3 PLAN DE MINIMIZACIÓN RESIDUOS

SO\_sm\_4\_3

El centro hospitalario dispone de un **plan de minimización** que incluya las prácticas adoptadas para reducir la cantidad de residuos peligrosos generados e informar periódicamente a la autoridad competente de los resultados.

A partir del 1 de julio de 2022, los productores iniciales de residuos peligrosos están obligados a disponer de un plan de minimización que incluya las prácticas a adoptar para reducir la cantidad de residuos peligrosos generados y su peligrosidad. El plan estará a disposición de las autoridades competentes, y los productores deberán informar de los resultados cada cuatro años a la comunidad autónoma donde esté ubicado el centro productor.

Quedan exentos de esta obligación los productores iniciales de residuos peligrosos que generen menos de 10 toneladas al año en cada centro productor.

#### Elementos del estándar:

- El centro cuenta con un plan de minimización de los residuos peligrosos.
- Los responsables del centro informan periódicamente a la Comunidad Autónoma de los resultados.

SO\_sm\_5 Formación, sensibilización y difusión.

Los centros sanitarios, como grandes productores de residuos, alguno de ellos con gran impacto en el medioambiente, han de fomentar la reutilización y el reciclado potenciando la segregación de los productos.

## DOMINIO 9: SOSTENIBILIDAD, PRL Y SALUD LABORAL

Una de las herramientas a utilizar serán las acciones formativas y de sensibilización, tanto entre profesionales como usuarios de los servicios sanitarios; corresponde en este caso realizar una labor didáctica para ir avanzando hacia la concienciación social que conduzca a una gestión más sostenible.

### Estándar SO\_sm\_5\_1 FORMACIÓN Y SENSIBILIZACIÓN EN GESTIÓN DE RESIDUOS

SO\_sm\_5\_1

El centro hospitalario organiza periódicamente **actividades formativas y/o de sensibilización entre usuarios y profesionales** con el fin de concienciar en la importancia de avanzar hacia una economía circular y sostenible.

#### Elementos del estándar:

- El centro diseña actividades formativas entre los profesionales en las que se da a conocer el procedimiento para la gestión de residuos hospitalarios, las prácticas más adecuadas de segregación y las normas de correcta manipulación y envasado.
- El responsable de gestión de residuos difunde entre los profesionales los resultados de las memorias anuales y de las monitorizaciones intermedias que se realicen.
- El centro diseña actividades de sensibilización en este ámbito dirigidas a usuarios del centro aprovechando los recursos institucionales.
- El centro hospitalario cuenta con cartelería informativa para la correcta gestión de los residuos en el punto en el que se generan.

### SO\_sm\_6 Recursos materiales accesibles.

La Dirección del centro hospitalario ha de poner a disposición de profesionales y usuarios los contenedores adecuados y los medios necesarios para poder segregar el residuo en el mismo punto en el que se produce, facilitando una gestión adecuada del mismo.

### Estándar SO\_sm\_6\_1 MATERIALES NECESARIOS GESTIÓN DE RESIDUOS

SO\_sm\_6\_1

El centro hospitalario pone a disposición de usuarios y profesionales **los materiales necesarios** para poder realizar una adecuada gestión de los residuos.

#### Elementos del estándar:

- El centro cuenta con un mapa de producción de los principales residuos que genera y distribuye los contenedores suficientes para su correcta recogida, atendiendo al volumen de producción en cada una de las ubicaciones.
- Los contenedores y materiales están en el punto de producción del residuo.
- El tamaño de los contenedores es proporcional a la cantidad de residuos que se genera.
- Se evita el uso de contenedores o bolsas genéricos para diversas utilidades o fines que pueda confundir a los usuarios y/o profesionales.
- Se proporciona información visual con cartelería y/o pictogramas relativos a la forma de gestión de los diferentes residuos en los puntos en los que se generan.

### SO\_sm\_7 Segregación

Los centros sanitarios han de fomentar el aumento de la reutilización y el reciclado, potenciando la segregación de los productos. Fracciones como el papel o el cartón, los envases y plásticos, así como el vidrio o los aceites de cocina, han de ser objeto de una recogida selectiva para su posterior valorización.

### Estándar SO\_sm\_7\_1 SEGREGACIÓN FRACCIONADA DE RESIDUOS **ESTÁNDAR BÁSICO**

SO\_sm\_7\_1

El centro pone a disposición de usuarios y profesionales circuitos que permiten una **segregación fraccionada que permite una posterior valorización de los residuos.**

#### Elementos del estándar:

- El centro diseña circuitos que permiten la segregación fraccionada de elementos como el papel o cartón, el vidrio, los aceites de cocina o industriales, los envases y los plásticos.
- Los contenedores que permiten la segregación están a disposición de profesionales y usuarios allí donde se generan los residuos.
- Los residuos se introducen en contenedores lo antes posible para evitar accidentes o contaminación.

### Estándar SO\_sm\_7\_2 GESTIÓN DEL PAPEL CON DATOS SENSIBLES

SO\_sm\_7\_2

El centro fomenta los mecanismos necesarios para que se realice una **segregación segura del papel y todos los soportes con datos sensibles**, garantizando la confidencialidad.

## DOMINIO 9: SOSTENIBILIDAD, PRL Y SALUD LABORAL

### Elementos del estándar:

- El centro dispone de contenedores cerrados para papel u otros soportes que contengan datos sensibles.
- Los contenedores están ubicados en número suficiente en aquellos lugares donde se genere este tipo de residuos.
- En este tipo de contenedores no se desecha ningún papel u otro soporte que no tenga datos sensibles, de igual forma que el papel con datos confidenciales no se elimina en las papeleras convencionales.
- Se programan recogidas periódicas de los contenedores con papel confidencial o se realiza a demanda cuando falte poco para su llenado.
- El transporte hasta el almacén intermedio o final se realiza en los propios contenedores cerrados, evitando el uso de bolsas de plástico en el interior de los mismos o el trasvase del residuo.
- Cuando se trate de otros soportes como tubos de sangre, bolsas de hemocomponentes, etc. que contengan datos confidenciales se tratan como residuos de envase.
- La gestión del residuo con datos sensibles puede ser realizada por el propio centro o subcontratada a una empresa externa; en cualquier caso, se hace conforme a la normativa de destrucción de estos soportes y cumpliendo con los requisitos legales de protección de datos.
- En el caso de subcontratar la gestión del papel con datos sensibles, la empresa adjudicataria facilita registros de su adecuada destrucción al responsable de gestión de residuos hospitalario.
- En el caso de realizarse por el propio productor de los datos (el hospital), la destrucción se realiza conforme a los parámetros establecidos en la Norma DIN 66399.

### Estándar SO\_sm\_7\_3 RECICLAJE DE LOS MEDICAMENTOS

SO\_sm\_7\_3

El centro hospitalario fomenta que el **reciclaje de los medicamentos** se realice a través de los canales oficiales y no se conviertan en contaminantes emergentes<sup>2</sup>.

### Elementos del estándar:

- El centro cuenta con una política documentada en relación con la gestión de los residuos de los medicamentos de uso común no aptos para su uso (medicamentos caducados, medicamentos en mal estado, restos de medicamentos no administrados al paciente, medicamentos termolábiles que no hayan conservado la cadena de frío, medicamentos que no tengan una identificación adecuada -dosis, lote, fecha de caducidad-, medicamentos multidosis en los que no conste su fecha de apertura, etc.).
- Los medicamentos que el paciente o su familia aporten y de los que no se pueda garantizar una cadena adecuada de custodia se desechan a través del Servicio de Farmacia.
- La medicación que se reciba en la cocina hospitalaria en las bandejas de alimentación se notifica a la planta de hospitalización de la que provenga con la identificación del paciente y su reciclaje sigue las directrices del procedimiento para su segregación.
- El Servicio de Farmacia canaliza los reciclajes de medicamentos que se generen en el propio hospital.

### Estándar SO\_sm\_7\_4 GESTIÓN RESIDUOS QUÍMICOS

SO\_sm\_7\_4

El centro hospitalario realiza una adecuada **segregación de los residuos químicos** (Subgrupo III C) que garantiza la seguridad de profesionales y usuarios.

### Elementos del estándar:

- Se separan los agentes oxidantes de los agentes reductores.
- Se separan los residuos químicos líquidos de los sólidos.
- Los residuos se introducen en el contenedor adecuado en el menor tiempo posible.
- No se completa un llenado por encima de los 3/4 de la capacidad del contenedor.
- Los envases se retiran tan pronto como se llenan.
- El almacenamiento se realiza teniendo en cuenta las incompatibilidades entre productos.

## SO\_sm\_8 Manipulación

La manipulación de los residuos debe realizarse con las precauciones suficientes para garantizar la seguridad y evitar cualquier accidente que repercuta en la salud tanto de pacientes o trabajadores.

### Estándar SO\_sm\_8\_1 MANIPULACIÓN ADECUADA RESIDUOS

SO\_sm\_8\_1

El centro hospitalario dispone de procedimientos para la **manipulación adecuada de los residuos** minimizando los riesgos para usuarios y profesionales.

<sup>2</sup> Los medicamentos citotóxicos y citostáticos se abordan en el dominio 6 en el estándar GM\_me\_3 Citostáticos.

## DOMINIO 9: SOSTENIBILIDAD, PRL Y SALUD LABORAL

### Elementos del estándar:

- Se utilizan las bolsas o recipientes adecuados para cada tipo de residuo de forma que los profesionales que los gestionen puedan identificar inequívocamente el residuo que manejan y sus riesgos inherentes.
- Las bolsas están bien cerradas antes de sacarlas del recipiente que las contiene para evitar posibles derrames.
- No se realiza ningún tipo de trasvase de residuos entre recipientes o bolsas.
- Las bolsas o recipientes no se comprimen para evitar accidentes biológicos.
- No se arrastran las bolsas por el suelo.
- Los profesionales que gestionen estos residuos utilizan guantes.

### SO\_sm\_9 Envasado

El envasado de todos los residuos generados ha de ser homogéneo e inequívoco en todo el centro hospitalario, de forma que no se generen errores en su gestión.

### Estándar SO\_sm\_9\_1 ENVASADO RESIDUOS

#### SO\_sm\_9\_1

El centro hospitalario dispone de procedimientos para el envasado de los residuos minimizando los riesgos para usuarios y profesionales.

### Elementos del estándar:

- El envasado de los residuos tipo I (generales asimilables a domésticos) y los de tipo II (sanitarios asimilables a domésticos) se envasan en bolsas negras y verdes.
- Los residuos del subgrupo II A (residuos de medicamentos de uso común) se introducen en un contenedor de color amarillo que es rígido, impermeable, resistente a agentes químicos e imperforable. Una vez cumplido el límite de llenado, se cierran correctamente. También se puede proceder a la gestión del residuo a través de los circuitos establecidos en el centro hospitalario.
- El material punzante o cortante (agujas, lancetas, pipetas, hojas de bisturí, portaobjetos, tubos capilares, etc.) se desecha de la misma forma en contenedores rígidos de color amarillo, cumpliendo con los límites de llenado anteriormente citados.
- En los contenedores se anota la fecha en la que se desecha el primer residuo y si no se ha llenado antes (3/4) se retira a los 6 meses y se coloca otro nuevo.
- Los contenedores son de tamaño adecuado a la cantidad de residuos que se generen.
- Los residuos del subgrupo III A (biológicos) van en una bolsa de polietileno o contenedor de color amarillo debidamente cerrados. Se incluyen en este subgrupo los residuos con capacidad de transmitir infecciones (placas de Petri, hemocultivos, extractos líquidos, caldos, instrumental contaminado, filtros de campana de flujo laminar, vacunas de virus vivos o atenuados, jeringas o viales con restos de éstas, fluidos corporales, hemoderivados procedentes de pacientes con enfermedades altamente virulentas, etc.).
- Estos residuos (III A) van identificados con la señal de peligro biológico publicado en el Anexo III del Real Decreto 664/1997 de 12 de mayo, sobre la protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos durante el trabajo.
- Los residuos del subgrupo III B (medicamentos citotóxicos y citostáticos) se introducen en los contenedores rojos, adecuadamente señalados. En el caso de las agujas no se desencapsulan para evitar contaminaciones.
- La ubicación de los contenedores para citostáticos garantiza que no se generen aerosoles en las salas en las que se administran y/o desechan.
- Los residuos del subgrupo III C (químicos) se introducen en un contenedor de color azul.
- Si se manipulan residuos químicos líquidos, éstos se depositan en garrafas, mientras que si se trata de residuos sólidos se utilizan contenedores. Estas garrafas y/o contenedores están específicamente diseñadas y homologadas para el transporte de mercancías peligrosas por carretera.
- Los recipientes se ubican en una zona bien ventilada y aislada para evitar contaminación del entorno.
- Nunca se sitúan en zonas de tránsito de personal o pacientes.
- Para los residuos del grupo IV (peligrosos no sanitarios) se utiliza el contenedor que resulte más apropiado para cada uno de ellos:
  - Bidones: para la recogida de textiles impregnados de sustancias peligrosas, aceites minerales, envases con restos de productos tóxicos, etc.
  - Palés: residuos de aparatos eléctricos y electrónicos (RAEE), tubos fluorescentes, etc.
  - *Big bags* (embalajes flexibles para graneles tipo saco): residuos de construcción, aerosoles y otros envases con restos de productos tóxicos y peligrosos.
  - Garrafas: aceites, pinturas y barnices, etc.

## DOMINIO 9: SOSTENIBILIDAD, PRL Y SALUD LABORAL

- Cajas y cajones de plástico o cartón, señalizados con indicación del residuo: pilas, baterías y acumuladores, aerosoles y otros envases con restos de sustancias peligrosas, etc.

Las características de los envases son:

- Impermeables, opacos y de un solo uso.
  - Resistentes a la humedad y a la rotura.
  - No generan emisiones tóxicas por combustión.
  - Ausencia de elementos sólidos punzantes en su exterior.
  - Asepsia total en su exterior
- Los residuos del grupo V (radiactivos) cumplen con la normativa del Real Decreto 1836/1999, de 3 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento sobre instalaciones nucleares y radiactivas. La gestión de estos residuos se realiza según la legislación vigente y siguiendo las recomendaciones de las guías de seguridad del Consejo de Seguridad Nuclear (CSN).
  - Los isótopos que hayan estado en contacto con el paciente durante su tratamiento tienen consideración de residuo genérico una vez que haya pasado el suficiente tiempo para que pueda considerarse que ya no es un material radiactivo.
  - Los residuos con isótopos que presentan un periodo elevado de decaimiento y no pueden ser gestionados como residuo general se gestionan a través de un contrato con el servicio público que se encomienda a la Empresa Nacional de Residuos Radiactivos (ENRESA).

### SO\_sm\_10 Etiquetado

El etiquetado de todos los envases que contengan residuos ha de ser claro, visible, legible, indeleble y homogéneo en todo el centro hospitalario.

#### Estándar SO\_sm\_10\_1 ETIQUETADO RESIDUOS PELIGROSOS

SO\_sm\_10\_1

El centro hospitalario aplica un **etiquetado a los residuos peligrosos**, conforme a la normativa favoreciendo su identificación.

#### Elementos del estándar:

- En la etiqueta del envasado figura el nombre, el Número de Identificación Medioambiental (NIMA), dirección postal y electrónica y teléfono del productor o poseedor de los residuos, así como la descripción de la característica de peligrosidad.
- En la etiqueta figura el código LER (la identificación y clasificación de los residuos conforme con la lista establecida en la Decisión 2014/955/UE de la Comisión, de 18 de diciembre de 2014).
- Se incorpora un código QR o código de barras que pueda identificar el servicio donde se genera y se pueda trazar el residuo.
- La fecha de envasado se anota en el momento que se completa el llenado del recipiente, esto indica el comienzo del almacenamiento. El tiempo de depósito de los residuos peligrosos por parte de los productores no es superior a 6 meses.
- La naturaleza de los peligros que presentan los residuos es la indicada en los pictogramas descritos en el Reglamento (CE) nº 1272/2008 del Parlamento y del Consejo, de 16 de diciembre de 2008.
- La etiqueta se fija firmemente sobre el envase y se anulan anteriores etiquetas.
- El tamaño de la etiqueta es, como mínimo, de 10 x 10 cm.

### SO\_sm\_11 Transporte interno

El transporte interno de los residuos intrahospitalarios se ha de realizar con una periodicidad adecuada. Es recomendable la recogida diaria siempre que sea posible.

#### Estándar SO\_sm\_11\_1 TRANSPORTE INTERNO DE RESIDUOS

SO\_sm\_11\_1

El centro hospitalario aplica procedimientos para **el transporte interno de los residuos hospitalarios** de forma segura.

El centro hospitalario ha de definir circuitos seguros que garanticen el transporte de los residuos sanitarios entre el punto en que se generan y los posibles almacenes intermedios del centro.

#### Elementos del estándar:

- Los residuos se retiran con una periodicidad adecuada (la recogida es al menos diaria).
- Se utilizan carros para el transporte interno, no utilizados para otros menesteres, de fácil limpieza y desinfección, resistentes a la corrosión.

## DOMINIO 9: SOSTENIBILIDAD, PRL Y SALUD LABORAL

- Los carros no tienen elementos punzantes.
- Los circuitos para la recogida de residuos se realizan cuando haya menor afluencia de público.
- Se transportan en ascensores utilizados durante ese periodo y únicamente para este fin, anulándose para otro uso hasta que no finalice el transporte y la posterior limpieza.
- Al finalizar se limpia el ascensor y el carro según los procedimientos establecidos por el Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública del centro u organismo competente en la materia.
- El profesional que realice el transporte interno tiene la formación necesaria en materia de prevención de riesgos laborales (manipulación de residuos peligrosos).
- En la etiqueta del envasado figura el residuo peligroso: nombre, asignación de Número de Identificación Medioambiental (NIMA), dirección postal y electrónica, y teléfono del productor o poseedor de los residuos, el código y dirección y teléfono del titular del residuo.

### SO\_sm\_12 Almacenamiento intermedio

El uso de los almacenes intermedios no debe superar la capacidad ni el fin para el que están diseñados.

#### Estándar SO\_sm\_12\_1 ALMACENES INTERMEDIOS RESIDUOS

SO\_sm\_12\_1

El centro hospitalario cuenta con **almacenes intermedios** para la gestión de los residuos de forma segura.

Los hospitales pueden habilitar almacenes intermedios que sirvan para depositar temporalmente los residuos, correctamente segregados, hasta su transporte y depósito en el almacén final.

#### Elementos del estándar:

- Los almacenes intermedios, hasta su transporte y depósito en el almacén final, estarán separados de la actividad sanitaria y se usan exclusivamente para este fin.
- Son locales con accesos restringidos, debidamente señalizados y cerrados con llave, en lugares cercanos a los puntos de producción y con una adecuada ventilación e iluminación. Sus paredes y suelo son impermeables y de fácil limpieza y su ubicación no coincide con circuitos limpios o zonas de tránsito de personal y/o usuarios.
- Tanto los residuos peligrosos como los no peligrosos se depositan en su correspondiente envase. Durante su almacenamiento están ordenados y sin apilarse, para así evitar accidentes. El almacenamiento en esas zonas no excede las 24 horas.

### SO\_sm\_13 Almacenamiento final

El almacenamiento final de los residuos dentro del recinto hospitalario ha de cumplir con una serie de requisitos que se establecen en las normas técnicas para las que están diseñados.

#### Estándar SO\_sm\_13\_1 ALMACENES FINALES RESIDUOS

SO\_sm\_13\_1

El centro hospitalario cuenta con **almacenes finales** para la gestión de los residuos de forma segura.

Los hospitales han de habilitar almacenes finales que sirvan para depositar temporalmente los residuos, antes de su transporte por la empresa encargada.

#### Elementos del estándar:

- Los almacenes finales cuentan con acceso restringido, sólo para personal autorizado, están cerrados con llave y señalizados de forma inequívoca como un almacén de residuos peligrosos.
- Las vías de acceso no tienen escalones.
- Las paredes y suelos son de material no poroso (impermeable), de fácil limpieza, alicatados o con pintura tipo epoxi.
- Cada tipo de residuo se deposita siempre en el mismo lugar debidamente señalizado y dicho almacén cuenta con un sistema de retención de vertidos y derrames para residuos peligrosos.
- Los almacenes finales tienen un sumidero central.
- Están separados de la red de saneamiento.
- Son de uso exclusivo para este cometido.
- Están separados de la actividad sanitaria.
- No realizan un almacenamiento mayor de 6 meses.
- Están protegidos de la intemperie, de temperaturas elevadas y del posible acceso de animales.
- Se revisa periódicamente la presencia de posibles fugas o emanaciones de gases.
- Cuentan con acceso fácil y seguro para los vehículos.

## DOMINIO 9: SOSTENIBILIDAD, PRL Y SALUD LABORAL

- Tienen una adecuada ventilación e iluminación.
- Los residuos peligrosos no se apilan ni almacenan en estanterías altas.
- Cuentan con elementos de prevención y actuación en caso de incendios.
- Disponen de los elementos necesarios para neutralizar posibles derrames.
- Los residuos peligrosos nunca se almacenan en estanterías.
- Las bolsas se almacenan en los soportes y no en el suelo.
- El almacenamiento se realiza teniendo en cuenta las incompatibilidades entre sustancias peligrosas.
- Existe un inventario actualizado de las cantidades almacenadas.

### SO\_sm\_14 Uso sostenible de los recursos

La organización ha de contribuir a garantizar la disponibilidad de recursos en el futuro, mediante un uso responsable en el presente. La norma UNE ISO 26000:2021 recomienda promover patrones de consumo que sean acordes con el desarrollo sostenible, esto es, fomentar niveles de consumo que garanticen la satisfacción de las necesidades de las generaciones presentes sin comprometer la capacidad para satisfacer sus propias necesidades de las generaciones futuras.

#### Estándar SO\_sm\_14\_1 USO SOSTENIBLE RECURSOS

SO\_sm\_14\_1

El centro hace un uso sostenible de los recursos a través de una utilización responsable y comprometida con el medioambiente.

El centro analiza su entorno y sus actividades habituales planificando un consumo sostenible tanto de los recursos materiales como de los energéticos, evaluando los protocolos de actuación y las acciones de mejora implantadas para conseguirlo e informando a las partes interesadas de sus actuaciones.

#### Elementos del estándar:

- El centro cuenta con un plan de uso sostenible de los recursos: utilización de materiales biodegradables o reciclables, menor consumo de papel (maximizar el uso del correo y del archivo electrónico), de material sanitario, de consumibles, de material de un solo uso, de productos de limpieza...
- El centro cuenta con un plan de uso sostenible y eficiente de los recursos energéticos (utilización de energías renovables eficientes, gestión racional de la energía a través de sistemas de iluminación eficientes, sistemas de calefacción, climatización, refrigeración, etc. explotados correctamente).
- Se realizan actividades de concienciación a los profesionales sobre la correcta utilización de las instalaciones y los equipos difundiendo los planes y procedimientos a través de formación planificada.
- Se evalúan las acciones emprendidas periódicamente.
- Se emprenden acciones de mejora según los resultados obtenidos.
- Se realiza un informe anual que es difundido a las partes interesadas, proponiendo acciones de mejora.

## DOMINIO 9: SOSTENIBILIDAD, PRL Y SALUD LABORAL

### SOSTENIBILIDAD FINANCIERA (sf)

Para mantener el sistema sanitario actual, con sus principios fundamentales, son necesarias acciones que garanticen su sostenibilidad futura.

Los estándares de este agrupador se definen en los siguientes circuitos:

	Dominio		Agrupador	nº	Circuito
SO	SOSTENIBILIDAD	sf	Sostenibilidad financiera	1	Análisis de ineficiencias
				2	Optimización según resultados

#### SO\_sf\_1 Análisis de ineficiencias

Si se cuantificara el volumen de actos, procedimientos clínicos y quirúrgicos, o el número de medicamentos que manejan los profesionales, se obtendría una idea aproximada del enorme volumen de actividades diferentes que se desarrollan, día a día, en el sector. Esta complejidad del sistema sanitario hace que también sean muchas las posibilidades de que algunas de dichas actividades sean ineficientes.

Es necesario buscar los focos de ineficiencia con el fin de descubrir las oportunidades de mejora para asegurar la sostenibilidad del sistema sanitario.

#### Estándar SO\_sf\_1\_1 EVALUACIÓN DE ACTOS CLÍNICOS

SO\_sf\_1\_1

La organización **evalúa determinados actos clínicos** y procedimientos en relación a su eficiencia sobre los pacientes.

Uno de los postulados que definen la calidad asistencial, descritos en el informe del *Institute of Medicine* "Crossing the Quality Chasm" (2001), hace referencia a la toma de decisiones basada en la evidencia científica disponible; sin embargo, demasiados pacientes son sometidos actualmente a estudios y tratamientos innecesarios.

El centro debe evaluar la idoneidad de la realización de determinados actos clínicos, procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos desde la perspectiva de la evidencia disponible con el objetivo de disminuir la utilización de aquellas intervenciones sanitarias que no han demostrado eficacia, tienen efectividad escasa o dudosa, no son coste-efectivas o no son prioritarias.

##### Elementos del estándar:

- El centro evalúa sus intervenciones sanitarias desde la perspectiva de la evidencia científica y su eficiencia (coste/beneficio).
- El centro incorpora las recomendaciones del Ministerio de Sanidad y de las principales Sociedades Científicas enmarcadas en la Iniciativa No hacer.
- El centro difunde los resultados entre sus profesionales y evalúa las medidas adoptadas.

#### Estándar SO\_sf\_1\_4 ANÁLISIS DE INEFICIENCIAS

SO\_sf\_1\_4

El centro realiza periódicamente un **análisis de las ineficiencias** en la gestión de sus procesos e incorpora los resultados en acciones de mejora.

El centro desarrolla e implementa procedimientos que permitan gestionar las ineficiencias de sus principales procesos, incluyendo los aspectos logísticos, de consumo energético, etc. a través de su análisis e incorporando las acciones de mejora que permitan optimizarlos.

##### Elementos del estándar:

- La Dirección del centro promueve el análisis de ineficiencias en las diferentes unidades y servicios. Ejemplos: análisis del proceso de gestión de los huecos generados en una lista de espera por incomparecencia de los pacientes, análisis de fugas de gases medicinales en los puntos de consumo, análisis de pérdida de garantía del proveedor por manipulación de los profesionales, análisis de retrasos debidos a problemas logísticos en un determinado proceso...

## DOMINIO 9: SOSTENIBILIDAD, PRL Y SALUD LABORAL

- El centro dispone de protocolo de seguimiento en Procesos en Área de Gestión con registros de los análisis planteados a implementar en el ejercicio y las justificaciones sobre su decisión.
- Se realiza un registro de resultados y conclusiones con las actuaciones a implementar y las valoraciones económicas.
- Se realiza un seguimiento de los resultados tras las adecuaciones. Valoración de optimización en tiempos, costes, confort de usuarios, etc.
- El centro realiza un registro de los análisis de ineficiencias planteados y desarrolla planes de mejora justificando su decisión.

### SO\_sf\_2 Optimización según resultados

Puesto que el valor se define como resultados en relación con los costes, el concepto incluye y abarca la idea de eficiencia. La estrategia fundamental para la sostenibilidad del sistema, ha de ser la maximización del valor para los pacientes al menor coste y optimizando los recursos existentes.

La mejora en cualquier campo requiere medir los resultados. El establecer medidas rigurosas de valoración, de resultados y costes, es quizá el paso más importante de mejora en la sanidad. Sin embargo, la realidad es que la mayoría de las organizaciones sanitarias fallan en el seguimiento tanto de los resultados como de los costes.

### Estándar SO\_sf\_2\_3 INDICADORES PARA MEDIR RESULTADOS Y COSTES

SO\_sf\_2\_3

El centro desarrolla indicadores para medir resultados y costes.

#### Elementos del estándar:

- El centro desarrolla indicadores para medir resultados (asistenciales y no asistenciales) y costes que pueden ser generales (p. ej. “Coste por cada miembro de la población al mes”, “Tasa de utilización del hospital y del Servicio de Urgencias”, “Porcentaje de reingresos de pacientes crónicos en los 3 meses siguientes a un alta”), o referidos a un procedimiento específico (p. ej. “Tasa de cesáreas en embarazadas a término sin anomalía fetal”, “Tasa de ambulatorización en cirugía”, etc.).
- El centro se encarga de sensibilizar y concienciar a todos los profesionales sobre la necesidad de encontrar ineficiencias en el sistema.
- El centro analiza los resultados y propone acciones de mejora.

## DOMINIO 9: SOSTENIBILIDAD, PRL Y SALUD LABORAL

### SOSTENIBILIDAD SOCIAL (ss)

“El tema de responsabilidad social a nivel internacional y nacional cada día cobra mayor interés entre las organizaciones debido a la conciencia y necesidad de mantener un comportamiento socialmente responsable que permita contribuir al desarrollo sostenible” (Norma UNE ISO 26000:2021 Guía de Responsabilidad Social).

Esta norma define la responsabilidad social como la “responsabilidad de una organización ante los impactos que sus decisiones y actividades ocasionan en la sociedad mediante un comportamiento ético y transparente que contribuya al desarrollo sostenible, tome en consideración las expectativas de sus partes interesadas, cumpla con la legislación aplicable y sea coherente con la normativa internacional de comportamiento”.

Perseguir la equidad, satisfacer las necesidades básicas del individuo, impulsar acciones que permitan el cumplimiento de los derechos económicos, políticos, culturales... definen las actividades de una organización sostenible socialmente.

La norma ISO define 7 principios fundamentales que han de regir las actuaciones y 7 materias fundamentales. Los siete principios son: rendición de cuentas, transparencia, comportamiento ético, respeto a los intereses de las partes interesadas, respeto al principio de legalidad, respeto a la norma internacional de comportamiento y respeto a los derechos humanos. Las siete materias incluyen la gobernanza en la organización, los derechos humanos, las prácticas laborales, el medioambiente, las prácticas justas de operación, los asuntos de consumidores, la participación activa y desarrollo de la comunidad.

La guía de estándares define los siguientes circuitos para la evaluación:

	Dominio		Agrupador	nº	Circuito
SO	SOSTENIBILIDAD	ss	Sostenibilidad social	1	Participación de las partes interesadas en la toma de decisiones (diálogo social)
				3	Contribución al desarrollo sostenible de la comunidad
				4	Contribución al principio de igualdad entre mujeres y hombres

#### SO\_ss\_1 Participación de las partes interesadas en la toma de decisiones

Una de las materias fundamentales descritas en la norma UNE ISO 26000:2021 es la “Participación activa de las partes interesadas”.

En ella se define “partes interesadas” como aquel individuo o grupo que tiene interés en cualquier decisión o actividad de la organización. La participación activa, ya sea de manera individual o a través de asociaciones que busquen aumentar el bien público, ayuda a fortalecer la sociedad.

Se recomienda en esta norma que las organizaciones sanitarias faciliten el diálogo social propiciando acuerdos, negociaciones e intercambio de información; que busquen establecer consensos entre los representantes de la organización, los gerentes, los profesionales, los sindicatos, las asociaciones de pacientes, etc.

#### Estándar SO\_ss\_1\_1 PARTICIPACIÓN PARTES INTERESADAS

SO\_ss\_1\_1

La organización promueve la **participación de las partes interesadas** en la toma de decisiones.

Las relaciones con las partes interesadas suponen para la organización sanitaria un recurso socialmente complejo que debe reforzar. Se trata de dar el protagonismo necesario a las personas y sus intereses dado que son las que, en última instancia, marcan las pautas de las organizaciones.

## DOMINIO 9: SOSTENIBILIDAD, PRL Y SALUD LABORAL

Todo ello teniendo en cuenta, según la norma UNE ISO 26000:2021, las prácticas justas de operación, que hacen referencia a la necesidad de observar un comportamiento ético en las relaciones con otras organizaciones y con las partes interesadas.

### Elementos del estándar:

- El centro identifica quiénes constituyen “las partes interesadas” (miembros de la comunidad, representantes de las asociaciones...).
- El centro conoce las necesidades de las partes interesadas (creación de grupos de trabajo con asociaciones de pacientes, reuniones periódicas con representantes de la comunidad, cooperaciones con otros elementos comunitarios, realización de encuestas...).
- El centro fomenta la participación de las partes interesadas (por ejemplo a la hora de evaluar servicios, indicar prioridades, proponer estrategias de mejora...).
- El centro implementa acciones de mejora tras el análisis de las propuestas y evalúa sus resultados.

### SO\_ss\_3 Contribución al desarrollo sostenible de la comunidad

La “participación activa de las partes interesadas y desarrollo de la comunidad” es otra de las materias fundamentales que se describen en la norma UNE ISO 26000:2021.

La organización debe involucrarse, de manera respetuosa, en la comunidad y sus instituciones fortaleciendo los recursos económicos y las relaciones sociales que generen beneficios para la comunidad, prestando especial atención a los grupos vulnerables.

Asimismo, debe fomentar la participación comunitaria, definida en la Declaración de Alma Ata, como “el proceso mediante el cual los individuos y familias asumen la responsabilidad ante su salud y su bienestar, así como por la salud de su comunidad y desarrollan la capacidad de contribuir activamente a su propio desarrollo y al de su comunidad”.

### Estándar SO\_ss\_3\_1 DESARROLLO SOSTENIBLE COMUNITARIO

SO\_ss\_3\_1

El centro contribuye al desarrollo sostenible de la comunidad.

Cada organización sanitaria y su comunidad de referencia, según sus particulares características y necesidades, tienen que desarrollar su propia visión y plan de acción ya que no hay una sola definición del desarrollo sostenible de la comunidad.

Los ejes a partir de los cuales la organización debería desarrollar su propia estrategia para el desarrollo sostenible de la comunidad son: la justicia social (sus acciones deben dirigirse a paliar desigualdades en salud) y la visión compartida (los ciudadanos como parte activa y central en la detección de necesidades y el diseño de las soluciones).

### Elementos del estándar:

- El centro conoce las características y los recursos materiales y humanos de la comunidad con la que se relaciona: determinantes sociales y de salud, servicios sociales, asociaciones de pacientes, mapa de activos en salud...
- El centro fomenta la participación de la comunidad en la toma de decisiones con respecto al diseño de actividades y colabora en la ejecución de programas de intervención en la comunidad.
- El centro fomenta la divulgación e impulsa formación específica de profesionales y ciudadanos que ayude al desarrollo sostenible de la comunidad (ayudar a tomar conciencia de problemas insostenibles y estrechamente vinculados: desigualdades sociales, sostenibilidad financiera, consumismo, medioambiente...).
- El centro evalúa los resultados de sus intervenciones y propone acciones de mejora.

### SO\_ss\_4 Contribución al principio de igualdad entre mujeres y hombres

La Organización Sanitaria y los equipos directivos deben establecer estrategias que fomenten la igualdad entre mujeres y hombres y que permitan avanzar en la incorporación del principio de igualdad en la sociedad de forma transversal y sistemática. Las estrategias estarán alineadas con el Acuerdo de 8 de marzo de 2024, del Consejo de Gobierno, por el que se aprueba el I Plan de Igualdad de la Administración del Principado de Asturias, sus organismos y entes públicos para el período 2024-2027.

## DOMINIO 9: SOSTENIBILIDAD, PRL Y SALUD LABORAL

### Estándar SO\_ss\_4\_1 IGUALDAD

SO\_ss\_4\_1

El centro impulsa políticas que contribuyen a la **igualdad entre mujeres y hombres**.

#### Elementos del estándar:

- La Dirección del centro lleva a cabo una actividad permanente de vigilancia en relación con la gestión de los recursos humanos y su adecuación a las políticas vigentes de igualdad, con acciones como las siguientes:
  - Ofreciendo condiciones de igualdad efectiva entre mujeres y hombres en el acceso al empleo público y en el desarrollo de la carrera profesional.
  - Facilitando la conciliación de la vida personal, familiar y laboral, sin menoscabo de la promoción profesional.
  - Fomentando la formación en igualdad de su personal.
  - Promoviendo la presencia equilibrada de mujeres y hombres en los órganos de selección y valoración.
  - Estableciendo las medidas para eliminar cualquier discriminación retributiva, directa o indirecta, por razón de sexo.
  - Evaluando periódicamente la efectividad del principio de igualdad en los respectivos ámbitos de actuación.
  - Adecuando sus procesos y procedimientos a la normativa vigente al respecto.

## DOMINIO 9: SOSTENIBILIDAD, PRL Y SALUD LABORAL

### PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES Y SALUD LABORAL (pr)

La salud laboral de los profesionales y la prevención de riesgos laborales, además de ser un requisito legal, debería ser una línea de acción prioritaria para cualquier organización sanitaria. Los profesionales sanitarios desempeñan un papel crucial en las prestaciones de los servicios de salud y en el cuidado de los pacientes. Garantizar su bienestar físico y mental es fundamental tanto para ellos, como para el adecuado funcionamiento del sistema. Es necesario reconocer y abordar los desafíos y riesgos a los que se enfrentan y trabajar activamente para crear entornos laborales seguros y saludables.

El sistema de gestión de la prevención es una parte del sistema general de gestión de una organización. Define la política de prevención, incluye la estructura organizativa, las responsabilidades, las prácticas, los procedimientos, los procesos y los recursos para llevar a cabo dicha política.

Para que el sistema de prevención establecido sea eficaz, debe estar integrado en el sistema general de gestión de la organización sanitaria, en el conjunto de sus actividades y en todos los niveles jerárquicos.

La planificación de la actividad preventiva supone planificar el desarrollo, hacer el seguimiento y controlar la efectividad de las actividades de prevención necesarias para el cumplimiento de los objetivos marcados y para la implantación de las medidas de control derivadas de la evaluación de riesgos.

Los profesionales trabajan en condiciones estresantes, con un alto nivel de demanda, enfrentándose a largas jornadas laborales, sobrecarga emocional, presión por cumplir con los objetivos y decisiones difíciles en su día a día. Estos factores pueden tener un impacto negativo en su salud.

La salud laboral no sólo se refiere a la ausencia de enfermedad, lesión o trastorno, sino también a la promoción de un entorno de trabajo que fomente un bienestar integral. Esto implica proporcionar condiciones de trabajo seguras, equipos y tecnologías adecuadas y medidas de prevención de riesgos laborales. Además, es fundamental brindar apoyo emocional y psicológico, así como oportunidades para el desarrollo personal y profesional para conseguir una organización más sólida. Lo anteriormente expuesto se consigue con una cultura integradora de la diversidad (edad, género, discapacidad, etc.) en la seguridad y salud en el trabajo.

	Dominio		Agrupador	nº	Circuito
SO	SOSTENIBILIDAD, PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES Y SALUD LABORAL	pr	Prevención de riesgos laborales y salud laboral	1	Declaración de Luxemburgo
				2	Plan de prevención de riesgos laborales
				3	Evaluación de la salud laboral
				4	Inmunización de los trabajadores
				5	Prevención y control de las agresiones a los profesionales
				6	Prevención y control de la violencia en el ámbito laboral
				7	Gestión de la movilidad y seguridad vial
				8	Formación en salud laboral

#### SO\_pr\_1 Declaración de Luxemburgo

En el año 1997, la Red Europea de Promoción de la Salud en el Trabajo (ENWHP) elabora la Declaración de Luxemburgo, documento de consenso en el que se establecen los principios básicos de actuación y el Marco estratégico de la Unión Europea (UE) en materia de salud y seguridad en el trabajo 2021-2027.

A partir de la declaración numerosas organizaciones europeas, algunas de ellas españolas y dentro de ellas varios hospitales, incorporan los principios de la misma a las estrategias de su empresa.

Adherirse a la declaración de Luxemburgo significa comprometerse como organización a aceptar e integrar los objetivos básicos de la promoción de la salud en el trabajo y a orientar las estrategias de la organización hacia estos principios. El punto de partida es el cumplimiento de la normativa de prevención de riesgos laborales.

## DOMINIO 9: SOSTENIBILIDAD, PRL Y SALUD LABORAL

### Estándar SO\_pr\_1\_1 DECLARACIÓN DE LUXEMBURGO

SO\_pr\_1\_1

La dirección del centro hospitalario ha suscrito la **declaración de Luxemburgo**.

#### Elementos del estándar:

- El centro hospitalario aparece en el listado de las organizaciones adheridas a la declaración de Luxemburgo y tiene el diploma que lo reconoce como centro adherido.
- Se han formulado por escrito los principios en los que se basa la política de promoción de la salud en el trabajo, siendo visible el compromiso activo del equipo directivo.
- Se ha designado un grupo de personas responsables de la planificación, vigilancia y evaluación de las intervenciones de promoción de la salud en el lugar de trabajo en el que se hallan representadas todas las partes clave de la organización.
- El centro hospitalario promueve los conocimientos y las buenas prácticas en el ámbito de la promoción de la salud en el lugar de trabajo.
- El centro hospitalario impulsa la mejora de la organización y de las condiciones de trabajo de los profesionales.
- La promoción de la salud en el puesto de trabajo se integra en todas las decisiones importantes de la organización.
- La promoción de la salud en el puesto de trabajo es integral e incluye el control del riesgo y el desarrollo de factores de protección y de los potenciadores de la salud.

### SO\_sl\_2 Evaluación y planificación de las actividades preventivas

### Estándar SO\_pr\_2\_1 EVALUACIÓN RIESGOS PARA LA SALUD DE LOS TRABAJADORES

SO\_pr\_2\_1

El centro hospitalario realiza una **evaluación continuada de los riesgos para la seguridad y la salud de los trabajadores**.

#### Elementos del estándar:

- La evaluación tiene en cuenta la naturaleza de la actividad, las características de los puestos de trabajo existentes y las de los trabajadores que deban desempeñarlos.
- Se determinan los elementos peligrosos y se identifica a los trabajadores expuestos a los mismos, valorando a continuación el riesgo existente en función de criterios objetivos.
- Se utilizan mediciones, análisis o ensayos siempre que se consideren necesarios para valorar el riesgo.
- El procedimiento de evaluación se ajusta a la normativa específica de la materia si existe.
- La evaluación tiene en cuenta aquellas otras actuaciones que deban desarrollarse de conformidad con lo dispuesto en la normativa sobre protección de riesgos específicos y actividades de especial peligrosidad para los trabajadores.
- La evaluación se actualiza siempre que cambian las condiciones de trabajo o se introducen nuevas tecnologías.
- Se revisa la evaluación siempre que se detecten daños en la salud de los trabajadores o se aprecie, a través de controles periódicos, que las actividades de prevención pueden ser inadecuadas o insuficientes.
- Se valoran la siniestralidad, las enfermedades profesionales y las enfermedades relacionadas con el trabajo, teniendo en cuenta la edad y el sexo de las personas afectadas.
- Se dispone de un protocolo por escrito que clarifica los pasos a seguir desde que una trabajadora comunica su estado de embarazo o lactancia y quiénes son las personas responsables de poner en marcha las acciones establecidas (identificación y evaluación del riesgo y medidas preventivas).
- Se documenta, en aquellos casos en los que la evaluación ha puesto de manifiesto la necesidad de tomar medidas preventivas, la identificación del puesto de trabajo, el riesgo existente y los trabajadores afectados por el mismo.

### Estándar SO\_pr\_2\_2 SPRL ASESORA EN COMPRAS Y CONTRATOS

SO\_pr\_2\_2

El SPRL es un **órgano técnico asesor** de la Dirección Gerencia del centro hospitalario en materia de **compras y contratos** que puedan repercutir en la salud laboral de los trabajadores.

#### Elementos del estándar:

- La gestión de la prevención está integrada en el sistema general de gestión del centro y en el conjunto de sus actividades.

## DOMINIO 9: SOSTENIBILIDAD, PRL Y SALUD LABORAL

- El Servicio de Prevención de Riesgos Laborales (SPRL) participa en las mesas de compras aportando su criterio técnico en la contratación de servicios y adquisición de equipos, material sanitario y cualquier producto susceptible de afectar a la seguridad y salud laboral de quienes trabajan en el centro.
- Los equipos de trabajo, la ropa y calzado y equipos de protección individual se eligen bajo criterios de usabilidad por mujeres y hombres, y por personas situadas en percentiles extremos, fuera de la media.
- La Dirección del centro hospitalario consulta a los técnicos del SPRL antes de acometer una obra o acondicionar un local donde se desarrolle actividad laboral por si esta actuación pudiese repercutir negativamente en la seguridad y salud laboral.

### Estándar SO\_pr\_2\_3 PLANIFICACIÓN ACTIVIDAD PREVENTIVA

SO\_pr\_2\_3

La Dirección del centro hospitalario lleva a cabo una **planificación de la actividad preventiva** para eliminar o disminuir los riesgos detectados.

#### Elementos del estándar:

- Los servicios de prevención son dotados con las instalaciones y los medios humanos y materiales necesarios para la realización de las actividades preventivas que vayan a desarrollar en la empresa.
- Los servicios de prevención, en el caso de ser de la propia empresa, cuentan como mínimo, con profesionales de dos de las cuatro especialidades o disciplinas preventivas previstas en el artículo 34 del Real Decreto 39/1997 (Medicina del trabajo, Seguridad en el trabajo, Higiene industrial y Ergonomía y Psicología aplicada).
- Las actividades preventivas que no sean asumidas a través del servicio de prevención se conciertan con uno o más servicios de prevención ajenos.
- Los servicios de prevención, en el caso de ser ajenos a la empresa, cuentan con profesionales de las 4 especialidades o disciplinas preventivas previstas en el artículo 34 del Real Decreto 39/1997.
- La actividad preventiva está planificada y documentada por la Dirección del centro.
- Se realiza un seguimiento permanente de la actividad preventiva con el fin de identificar, evaluar y controlar los riesgos que no hayan podido ser evitados.
- La actividad preventiva se adapta a los cambios organizativos, procedimentales, etc. que tengan lugar en el centro sanitario.
- Se dispone de la programación y de la memoria anual de las actividades del servicio de prevención, documentado, a disposición de las autoridades laborales y sanitarias competentes y del Comité de Seguridad y Salud (CSS).
- Existen formularios documentados para la comunicación de riesgos o propuestas de mejora por parte de la población trabajadora.
- El plan general de formación del centro hospitalario o del área sanitaria incluye actividades formativas específicas de seguridad y salud.

### Estándar SO\_pr\_2\_4 EPI

SO\_pr\_2\_4

La Dirección del centro hospitalario facilita a sus profesionales los **equipos y medios de protección** necesarios para el desarrollo de su trabajo.

#### Elementos del estándar:

- Los profesionales que desempeñan su actividad profesional en el centro cuentan con los equipos adecuados para el trabajo a realizar y están convenientemente adaptados a las condiciones anatómicas y fisiológicas de las personas que los van a utilizar.
- El centro hospitalario vela por el uso efectivo de los equipos de protección individual.
- Los equipos de protección individual se utilizan cuando los riesgos no se puedan evitar o no puedan limitarse suficientemente por medios técnicos de protección colectiva o mediante medidas o procedimientos de organización del trabajo.

### Estándar SO\_pr\_2\_6 PROTOCOLOS ANTE ACCIDENTES LABORALES

SO\_pr\_2\_6

El centro cuenta con **protocolos de actuación ante accidentes laborales y daños a la salud** que contemplan las actuaciones necesarias.

#### Elementos del estándar:

- El Servicio de Prevención de Riesgos Laborales (SPRL) tiene procedimientos para definir sus principales procesos de trabajo.

## DOMINIO 9: SOSTENIBILIDAD, PRL Y SALUD LABORAL

- El SPRL cuenta con protocolos definidos de actuación ante los diversos tipos de accidentes laborales que se pueden producir en el ámbito hospitalario: accidentes biológicos, derrame de citostáticos, otros medicamentos y/o sustancias peligrosas (formaldehído), traumatismos, exposición a agentes químicos, radioisótopos, quemaduras, etc.
- Los protocolos son conocidos por las jefaturas de los servicios y secciones, por las supervisoras de unidades y servicios y por las personas coordinadoras del centro, de forma que se le pueda prestar atención al trabajador las 24 h del día y todos los días del año.
- Los protocolos contemplan la posible necesidad de iniciar una profilaxis temprana de un trabajador ante un accidente biológico.
- Los protocolos cuentan con flujogramas sencillos que muestran inequívocamente la forma de actuación.
- Se realiza un informe de investigación de todos los accidentes biológicos y exposiciones a elementos peligrosos definidos en los protocolos.

### Estándar SO\_pr\_2\_7 COORDINACIÓN ACTIVIDADES EMPRESARIALES

SO\_pr\_2\_7

El centro cuenta con un procedimiento de **coordinación de actividades empresariales** en materia de prevención de riesgos laborales.

Cuando en un centro hospitalario concurren trabajadores de dos o más empresas y/o personas que desarrollan trabajo autónomo, se debe realizar una actividad de coordinación empresarial intercambiándose información sobre los riesgos específicos de las actividades que desarrollan y cómo éstas pueden afectar a la seguridad o a la salud de los trabajadores.

Estarán excluidas de este procedimiento las obras de construcción que tendrán un procedimiento independiente, así como las relaciones con las empresas de trabajo temporal (ETT) que estarán reguladas por el RD 216/1999, de 5 de febrero.

#### Elementos del estándar:

- Están establecidos mecanismos documentados de coordinación de actividades empresariales y de la entrega de información e instrucciones a las empresas contratadas y a las personas que desarrollan trabajo autónomo, vigilando el cumplimiento de la normativa de PRL.
- El centro establece los medios de coordinación que sean necesarios en cuanto a la protección y prevención de riesgos laborales y la información sobre los mismos a todos aquellos trabajadores ajenos a la empresa que desarrollen algún trabajo subcontratado en el mismo.
- La dirección del centro adopta las medidas necesarias para que los empresarios y las personas que desarrollen trabajo autónomo reciban la información adecuada en relación con los riesgos existentes en el centro y con las medidas de protección y prevención correspondientes, así como sobre las medidas de emergencia a aplicar, para que puedan trasladarla a sus trabajadores y vigila el cumplimiento de la normativa de PRL.
- La información facilitada es adecuada y se proporciona antes del inicio de la actividad a desarrollar.
- Se facilita información adicional cuando tenga lugar un cambio en las actividades que sea relevante a efectos preventivos o cuando se haya producido una situación de emergencia.
- La dirección del centro, siendo promotora de una obra en donde intervenga más de una empresa, o una empresa y personas que desarrollan trabajo autónomo, antes del inicio de los trabajos ha designado un coordinador en materia de seguridad y salud durante la ejecución de la obra.
- En el caso de contratación de los servicios de otras empresas y personas que desarrollan trabajo autónomo (limpieza, catering, lavandería, mantenimiento, peluquería-barbería, etc.) se realizan las actividades de vigilancia e información.
- El centro hospitalario revisa y aprueba, si procede, el plan de seguridad y salud elaborado por el contratista y, en su caso, las modificaciones introducidas en el mismo.
- La dirección del centro hospitalario adopta las medidas necesarias para garantizar el cumplimiento por dichos contratistas de la normativa de prevención de riesgos laborales.
- Se comunican, entre las empresas que concurren, los accidentes de trabajo derivados de la actividad que se está coordinando.
- Se adoptan las medidas necesarias para que sólo las personas autorizadas puedan acceder a la obra.
- Los trabajadores de la empresa contratista o subcontratista y personas que desarrollan trabajo autónomo y que operan con maquinaria, equipos, productos, materias primas o útiles proporcionados por el centro hospitalario, cuentan con la información necesaria sobre los mismos.

## DOMINIO 9: SOSTENIBILIDAD, PRL Y SALUD LABORAL

- El plan de emergencias es conocido por todo el personal del centro, incluidos los que pertenecen a empresas contratadas.

### SO\_pr\_3 Vigilancia de la salud individual y colectiva

En las organizaciones sanitarias, los trabajadores se enfrentan a una gran variedad de desafíos físicos y emocionales. El estrés, las intensas jornadas de trabajo y la exposición a agentes de riesgo, pueden tener un impacto significativo en la salud y el rendimiento de los profesionales. Al implementar un sistema periódico de vigilancia de la salud laboral, las organizaciones sanitarias pueden identificar y abordar los factores de riesgo para la salud antes de que se conviertan en problemas graves.

La empresa tiene la obligación de ofrecer exámenes de salud a sus trabajadores. La aceptación de los exámenes de salud por parte de quienes trabajan en la empresa, como norma general, ha de ser voluntaria. La vigilancia de la salud únicamente podrá ser llevada a cabo cuando el trabajador preste su consentimiento.

No es necesario firmar la negativa a realizar el examen de salud, pero sí es aconsejable pedir la firma o acuse de recibo del ofrecimiento de la vigilancia de la salud por parte de la empresa.

El principio ético básico que debe guiar a los profesionales sanitarios de los servicios de prevención es el de velar por la salud y la seguridad de la población trabajadora.

La vigilancia de la salud debe estar basada en evidencias científicas contrastadas y ha de ser específica para los factores de riesgo derivados del trabajo. No se deben aceptar intervenciones sanitarias de eficacia dudosa con la finalidad de justificar medidas preventivas, ni pruebas no relacionadas con los riesgos específicos detectados como medio de selección de personal.

Todos los trabajadores han de estar convenientemente informados acerca del contenido y alcance de la vigilancia de la salud en relación con los factores de riesgo específicos del puesto de trabajo, así como de los exámenes de salud, pruebas y determinaciones médicas a realizar.

### Estándar SO\_pr\_3\_1 VIGILANCIA PERIÓDICA DE LA SALUD LABORAL

SO\_pr\_3\_1

La Dirección del centro garantiza la **vigilancia periódica de la salud** de los trabajadores orientada a los riesgos relacionados con su puesto de trabajo.

#### Elementos del estándar:

- Las medidas de vigilancia y control de la salud de los trabajadores se llevan a cabo por personal sanitario con competencia técnica, formación y capacidad acreditada.
- La vigilancia periódica de la salud del trabajador no tiene un carácter general sino que se centra en los riesgos específicos derivados de su actividad profesional y de su puesto de trabajo.
- Se registran en la historia clínico-laboral de quienes trabajan en la empresa los antecedentes de exposiciones a riesgos laborales anteriores en esa u otras empresas.
- Se realiza de forma voluntaria, excepto en los casos contemplados en la normativa vigente.
- La dirección del centro ha motivado la obligatoriedad de los exámenes de salud frente a los riesgos en que es necesaria y, en ese caso, existe el correspondiente informe de quienes representan a los trabajadores.
- Existe un listado de los riesgos que requieren vigilancia de la salud obligatoria.
- Existe un registro de firma o acuse de recibo del ofrecimiento de la vigilancia de la salud por parte de la empresa.
- La evaluación de la salud laboral se realiza integrando la perspectiva de género y de edad.
- Las medidas de vigilancia y control de la salud de los trabajadores se llevan a cabo respetando la intimidad y la dignidad del trabajador, la confidencialidad de la información relacionada con su estado de salud y garantizando una adecuada custodia de la documentación generada.
- Los resultados de la vigilancia a que se refiere el apartado anterior son sólo comunicados a los trabajadores afectados y no se usan con fines discriminatorios ni en su perjuicio.
- Existe un registro de la información solicitada y entregada a quienes han realizado el examen de salud.
- El acceso a la información sanitaria de carácter personal se limita al personal sanitario del Servicio de Prevención y a las autoridades sanitarias que lleven a cabo la vigilancia de la salud de los trabajadores, sin que pueda facilitarse a la empresa o a otras personas sin consentimiento expreso del trabajador.
- Se estudian y valoran los riesgos que puedan afectar a los trabajadores especialmente sensibles a determinados riesgos, y se proponen medidas preventivas.

## DOMINIO 9: SOSTENIBILIDAD, PRL Y SALUD LABORAL

- Se realiza una evaluación de la salud de las personas que reanuden su trabajo después de una ausencia prolongada por motivos de salud.
- Las evaluaciones de salud se realizan de forma específica en función del riesgo evaluado.

### Estándar SO\_pr\_3\_2 MAPA DE RIESGOS

SO\_pr\_3\_2

El SPRL tiene un **censo de los puestos de trabajo y de sus riesgos** que requieren realizar una **vigilancia continua de la salud y de los trabajadores** que los ocupan.

La Ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, en su artículo 17.1 sobre la conservación de la documentación dice que: “los centros sanitarios tienen la obligación de conservar la documentación clínica en condiciones que garanticen su correcto mantenimiento y seguridad, aunque no necesariamente en el soporte original, para la debida asistencia al paciente durante el tiempo adecuado a cada caso y como mínimo 5 años, contados desde la fecha del alta de cada proceso asistencial”, fecha que en salud laboral debe interpretarse como la de finalización de la relación laboral del trabajador con la empresa.

La legislación en materia de salud laboral regula los períodos mínimos que deben conservarse las historias clínicas, en función de la potencial gravedad y tiempo de latencia entre la exposición a determinados riesgos y la aparición de síntomas.

Están establecidos los tiempos de conservación para los siguientes riesgos: agentes biológicos (10 años, en algunos casos hasta 40), agentes cancerígenos (40 años), amianto (40 años), agentes mutágenos y teratógenos (40 años), radiaciones ionizantes (30 años), agentes anestésicos inhalatorios (10 años), agentes citostáticos (40 años), óxido de etileno (40 años).

#### Elementos del estándar:

- El SPRL del centro tiene censados aquellos puestos de trabajo que suponen un riesgo para los profesionales que los ocupan por su exposición a agentes que pueden originar alteraciones en su salud.
- El SPRL tiene una relación de todos aquellos trabajadores que, bien de manera habitual o de forma ocasional, ocupan alguno de estos puestos.
- El SPRL tiene registrado al personal sensible por causa fisiológica y/o patológica transitoria o crónica.
- Se conservan los listados del personal de la empresa y la documentación clínica en condiciones que garanticen su correcto mantenimiento y seguridad, aunque no necesariamente en el soporte original, como mínimo 5 años, contados desde la fecha de finalización de la relación laboral de quienes trabajan en la empresa.
- Se conservan los listados de la plantilla expuesta a riesgos con periodos legalmente establecidos y la documentación clínica, en condiciones que garanticen su correcto mantenimiento y seguridad, contados desde la fecha de finalización de la relación laboral.

### Estándar SO\_pr\_3\_3 VIGILANCIA CONTINUA ANTE EXPOSICIÓN A RIESGOS

SO\_pr\_3\_3

La Dirección del centro garantiza una **vigilancia continua de la salud de los profesionales** en los que la evaluación de riesgos haya detectado una **exposición específica a determinados riesgos**.

#### Elementos del estándar:

- Los trabajadores que con motivo de su puesto de trabajo están sometidos a alguno de los siguientes agentes son motivo de una vigilancia continuada de su estado de salud que está dirigida específicamente a las posibles repercusiones derivadas de una exposición continuada a los mismos:
  - Radiaciones ionizantes.
  - Radiaciones electromagnéticas.
  - Agentes cancerígenos, mutagénicos o tóxicos para la reproducción.
  - Agentes químicos de alto riesgo.
  - Gases anestésicos y humos quirúrgicos.
  - Agentes biológicos.
  - Óxido de etileno, amianto, cloruro de vinilo monómero, plaguicidas, riesgo de silicosis, plomo...
  - Posturas forzadas.
  - Movimientos repetitivos.
  - Fármacos peligrosos.
  - Riesgos psicosociales.

### Estándar SO\_pr\_3\_4 VIGILANCIA SALUD COLECTIVA

SO\_pr\_3\_4

El Servicio de Prevención de Riesgos Laborales realiza la **vigilancia de la salud colectiva**.

## DOMINIO 9: SOSTENIBILIDAD, PRL Y SALUD LABORAL

El artículo 37 del Real Decreto 39/1997 establece que el personal sanitario del Servicio de Prevención deberá analizar los resultados de la vigilancia de la salud del personal de la empresa y de la evaluación de los riesgos, con criterios epidemiológicos y colaborará con el resto de quienes componen el servicio, a fin de investigar y analizar las posibles relaciones entre la exposición a los riesgos profesionales y los perjuicios para la salud y proponer medidas encaminadas a mejorar las condiciones y medio ambiente de trabajo.

La vigilancia de la salud colectiva es imprescindible para poder valorar la importancia de los efectos de los riesgos laborales, su frecuencia, gravedad y tendencia, para establecer hipótesis causa-efecto entre los riesgos laborales y los problemas de salud derivados.

El uso de los datos desagregados permite obtener una mejor comprensión de las características particulares de una población en estudio, ayuda a detectar problemas a través de información clave, arrojan patrones y facilitan la comparación rutinaria y el análisis de tendencias; contribuyen a la mejora de los sistemas de información y a priorizar actividades de prevención y evaluar la efectividad de estas medidas.

### Elementos del estándar:

- Existen registros e indicadores de la vigilancia colectiva de la salud de la plantilla, en función de los riesgos a los que se exponen, realizada de forma sistemática y continua.
- Al realizar análisis de datos recogidos en la vigilancia de la salud individual, de los registros de daños para la salud, de encuestas de salud u otro tipo de cuestionarios, se ha planificado la participación de hombres y mujeres, y se garantiza una representación de ambos sexos en las mismas.
- Para obtener una mejor comprensión de las características particulares de la población trabajadora en vigilancia, los datos se analizan desagregados por profesión, puesto, sexo y grupo de edad.
- La vigilancia de la salud colectiva incluye un análisis anual de la siniestralidad en la empresa o en grupos de trabajadores, así como de las enfermedades profesionales y de su evolución.

### Estándar SO\_pr\_3\_5 EVALUACIÓN RIESGOS PSICOSOCIALES

SO\_pr\_3\_5

El centro realiza una evaluación de los riesgos psicosociales de los trabajadores.

### Elementos del estándar:

- El centro evalúa los factores de riesgo psicosocial con el objetivo de eliminarlos, reducirlos y/o controlarlos para evitar o minimizar su impacto negativo en la seguridad y salud de sus profesionales.
- El centro utiliza herramientas cualitativas o cuantitativas para obtener la información necesaria que permita obtener un diagnóstico de los riesgos psicosociales, de la magnitud de los mismos y del alcance de la exposición de los trabajadores en función de sus perfiles y/o puestos de trabajo.
- Se implica a los profesionales y a los mandos intermedios en la detección de los riesgos psicosociales de su puesto de trabajo.
- Se utilizan indicadores que aporten información adicional de la salud psicosocial de los profesionales: absentismo, solicitudes de rotaciones o cambios de puesto, bajas laborales, denuncias por acoso, informes de delegados de prevención, informes de siniestralidad, etc.
- Se establecen unos criterios de priorización en base a la magnitud de los riesgos y el número de profesionales expuestos a ellos.
- Se realiza una planificación de la actividad preventiva psicosocial en la que se definen los puestos afectados, las medidas seleccionadas para intervenir, el modo de desarrollarlas, los plazos previstos para su implementación y los recursos humanos y materiales a utilizar.
- La planificación preventiva en materia psicosocial sigue el mismo patrón que en cualquier otro ámbito preventivo: a nivel de prevención primaria (en el origen del riesgo), secundaria (mejorando la capacidad de respuesta al riesgo) y terciaria (con estrategias de recuperación/rehabilitación).
- Se establecen indicadores para evaluar los resultados obtenidos después de las medidas preventivas planificadas y desarrolladas.
- Se mantiene una monitorización permanente de la salud psicosocial de los trabajadores para comprobar la evolución del riesgo psicosocial.

### Estándar SO\_pr\_3\_6 PRÁCTICAS RESPONSABLES CON LA MATERNIDAD

SO\_pr\_3\_6

El centro impulsa prácticas responsables en relación con la maternidad.

### Elementos del estándar:

- El SPRL realiza una evaluación que determina la naturaleza, el grado y la duración de la exposición de las trabajadoras en situación de embarazo, parto reciente o lactancia a agentes, procedimientos o

## DOMINIO 9: SOSTENIBILIDAD, PRL Y SALUD LABORAL

condiciones de trabajo que puedan influir negativamente en la salud de las trabajadoras, del feto o del lactante, en cualquier actividad susceptible de presentar un riesgo específico.

- Si los resultados de la evaluación realizada muestran un riesgo o una posible repercusión sobre el embarazo o la lactancia de las citadas trabajadoras, la Dirección del centro hospitalario adopta las medidas necesarias para evitar la exposición a dicho riesgo, a través de una adaptación de las condiciones o del tiempo de trabajo de la trabajadora afectada.
- Si es necesario, esa adaptación incluye la no realización de trabajo nocturno o a turnos.
- Cuando la adaptación no resulta posible, la trabajadora desempeña un puesto de trabajo o función diferente y compatible con su estado.
- Si dicho cambio de puesto no es posible, se declara el paso de la trabajadora a la situación de suspensión del contrato por riesgo durante el embarazo o la lactancia.
- La Dirección del centro facilita a las trabajadoras embarazadas su asistencia a la realización de exámenes prenatales y técnicas de preparación al parto, siempre que esté justificada la necesidad de su realización dentro de la jornada de trabajo.

### Estándar SO\_pr\_3\_7 ESPACIO LACTANCIA MATERNA

SO\_pr\_3\_7

El centro habilita un espacio para las trabajadoras en situación de lactancia materna específicamente acondicionado para este fin.

La Organización Mundial de la Salud insiste en la importancia de la lactancia para el desarrollo del bebé, recomienda comenzar la lactancia materna en el plazo de una hora desde el nacimiento y continuar, como mínimo, durante 24 meses para garantizar el óptimo crecimiento de los neonatos. Es aquí donde las salas de lactancia en las empresas cobran un papel fundamental.

La Unión Europea, en sus Normas para la alimentación de los lactantes y de los niños pequeños, contempla la necesidad de salas de lactancia en los espacios públicos, haciendo hincapié en que deberían proporcionarse instalaciones para las mujeres que necesiten intimidad para amamantar, así como el derecho a pausas de amamantamiento cuando la madre se ha reincorporado al trabajo.

#### Elementos del estándar:

- La Dirección del centro facilita un espacio íntimo en el que las trabajadoras en situación de lactancia puedan extraer y conservar adecuadamente la leche durante su jornada laboral.
- La sala de lactancia cuenta con ventilación e iluminación.
- Los suelos y paredes son impermeables, resistentes y de fácil desinfección.
- El espacio cuenta con una mesa de apoyo, de fácil desinfección, para depositar el sacaleches.
- Se dispone de un lavamanos dentro de la sala o en un lugar cercano.
- Se dispone de una nevera para la conservación correcta de la leche materna.
- Se facilita la privacidad, seguridad, disponibilidad de uso, comodidad, higiene y fácil acceso a quienes la utilicen, así como las condiciones necesarias para la extracción y conservación de la leche materna.

### SO\_pr\_4 Inmunización de los profesionales

#### Estándar SO\_pr\_4\_1 INMUNIZACIÓN ANTIGRI PAL

SO\_pr\_4\_1

El SPRL promueve de manera proactiva la inmunización antigripal de los profesionales.

#### Elementos del estándar:

- El personal del SPRL realiza campañas proactivas de vacunación antigripal de la plantilla del centro.
- El personal del SPRL dispone de los registros de los trabajadores vacunados de la gripe en las campañas anuales.
- En los registros hay constancia del tipo de vacuna, profesión, puesto, edad y si presenta alguna circunstancia con recomendación de vacunación.
- Se registra la vacuna administrada de cada persona en el formulario específico de la historia clínica electrónica de las aplicaciones corporativas (*Millennium*, *Selene*).
- Se registran efectos secundarios y/o reacciones tras la vacunación (Reacciones Adversas a Medicamentos).
- El personal del SPRL declara las reacciones adversas de las vacunas a través de los formularios electrónicos de las aplicaciones corporativas (*Millennium*, *Selene*) o a través del formulario NotificaRam.

#### Estándar SO\_pr\_4\_2 INMUNIZACIÓN RIESGOS INDIVIDUALIZADOS

## DOMINIO 9: SOSTENIBILIDAD, PRL Y SALUD LABORAL

SO\_pr\_4\_2

El SPRL promueve la **inmunización** de los profesionales con **riesgos individualizados**.

### Elementos del estándar:

- El personal del SPRL promueve la inmunización de los profesionales que tengan riesgos individualizados y las recomendaciones sanitarias así lo aconsejen.
- El SPRL colabora en las campañas de inmunización para profesionales que la Autoridad Sanitaria proponga en cada momento.
- Existe un registro de las vacunas administradas por el personal del SPRL.
- El personal del SPRL registra las vacunas administradas a cada trabajador en el formulario específico de la historia clínica electrónica de las aplicaciones corporativas (*Millennium*, *Selene*).
- El personal del SPRL declara las reacciones adversas de las vacunas al Sistema Español de Farmacovigilancia, a través de los formularios electrónicos de las aplicaciones corporativas (*Millennium*, *Selene*) o a través del formulario NotificaRam.

### SO\_pr\_5 Prevención y control de las agresiones a los profesionales

La prevención y control de las agresiones a los profesionales no solo es una responsabilidad institucional, sino también una tarea colectiva que requiere conciencia y acción. Es fundamental establecer protocolos claros de seguridad, proporcionar capacitación en el manejo de conflictos y fomentar una cultura de respeto y empatía.

### Estándar SO\_pr\_5\_1 DISMINUIR CONDUCTAS VIOLENTAS HACIA LOS PROFESIONALES

SO\_pr\_5\_1

La Dirección del centro establece **políticas para disminuir** potenciales situaciones que puedan desembocar en **conductas violentas** hacia los profesionales.

### Elementos del estándar:

- El centro conoce y aplica el Plan de Prevención y Actuación frente a potenciales situaciones conflictivas en los centros sanitarios.
- El centro realiza un mapa de riesgos del hospital teniendo en cuenta los factores que pueden generar situaciones violentas y tomando elementos de situaciones violentas anteriores, quejas o reclamaciones de usuarios, lugares donde se forman aglomeraciones, etc.
- El centro realiza una adecuación de aquellos elementos que puedan suponer un estresor adicional para el usuario de la sanidad: señalización confusa, falta de puntos de información, salas de espera con aglomeraciones, tiempos de espera excesivos, situaciones de tensión, etc.
- El centro cuenta con una sistemática de citas previas que evita las aglomeraciones y los tiempos de espera para consultas y pruebas diagnósticas son razonables.
- Las salas de espera de los hospitales son confortables con información sobre horarios de cita previa, sistemas audiovisuales, etc.
- El centro hospitalario facilita información periódicamente a familiares de pacientes particularmente en servicios como Urgencias, UCI o bloque quirúrgico.
- El centro realiza una evaluación individualizada de los riesgos psicosociales de aquellos puestos de trabajo en los que se haya detectado un mayor riesgo de violencia.
- En base a los resultados de la evaluación anterior, el centro realiza un rediseño de puestos de trabajo, modifica las características de los mismos, gestiona la dotación de personal adecuada, propone cambios en circuitos de atención, etc.
- El centro propone una adecuación del puesto de trabajo donde se haya detectado los riesgos, dotando a esos puestos de elementos de seguridad que dificulten la agresión o favorezcan el apoyo por compañeros o la alarma: pulsadores de alarma, mesas orientadas hacia la salida, mesas y objetos pesados anclados al suelo, refuerzos de personal en horas punta, sistemas de videograbación, etc.
- El centro desarrolla actividades formativas en estrategias preventivas y de afrontamiento de la violencia física y del acoso laboral (actividades formativas que potencien la capacidad de afrontamiento de situaciones de acoso y en técnicas de desescalada para conductas violentas).
- El centro sanitario realiza campañas de difusión periódica entre los profesionales, con carácter general y particularmente en aquellos puestos de trabajo sometidos a más riesgo de conductas violentas.
- El centro sanitario realiza campañas de sensibilización periódicas con los usuarios: derechos y deberes, uso de la cita previa, anulación de citas, tiempos de espera, etc.

### Estándar SO\_pr\_5\_2 APOYO AL PROFESIONAL AGREDIDO

## DOMINIO 9: SOSTENIBILIDAD, PRL Y SALUD LABORAL

SO\_pr\_5\_2

La Dirección del centro utiliza sistemas de notificación y coordinación que proporcionen la asistencia sanitaria, psicológica y legal al profesional agredido.

### Elementos del estándar:

- En el centro sanitario se utiliza el sistema de notificación institucional en el que se registran los datos previamente definidos y todos los profesionales y mandos intermedios lo conocen.
- Desde el centro hospitalario se favorece la notificación de aquellas agresiones de “baja intensidad” con la finalidad de visibilizarlas y contar con un censo de potenciales agresores.
- El hospital utiliza una herramienta institucional para la comunicación que salvaguarda la confidencialidad de los datos.
- Siempre que se produzca una agresión, el centro sanitario se pone en contacto con el Coordinador del Plan, que será quien coordine las distintas actuaciones.
- El centro está habilitado para que el trabajador pueda realizar una denuncia policial desde el propio hospital.
- El centro cuenta con una comisión de trabajo hospitalaria o de área para abordar estas situaciones, recabar datos, investigar incidentes, realizar el seguimiento y realizar el asesoramiento y apoyo a la víctima desde que se produce la situación.
- El centro sanitario, una vez investigadas las causas de la agresión y cuando en ésta medien medidas organizativas, insta de forma inmediata las medidas correctoras que impidan que se repita.
- El centro facilita el cambio de profesional siempre que haya un enfrentamiento entre el agredido y el agresor.
- Se incluye una advertencia en la HCE del agresor que consiste en un sistema de alerta sanitaria visible para los profesionales que interactúen en el futuro.
- El centro procura asistencia sanitaria a la víctima desde que se produce la agresión.
- El centro planifica la atención psicológica a la víctima de la agresión.
- El centro gestiona la asesoría y el apoyo legal a la víctima de la agresión.

### SO\_pr\_6 Prevención y control de la violencia en el ámbito laboral

Este circuito agrupa las situaciones de violencia interna que se producen en el ámbito laboral, entre los propios profesionales, distinguiendo de la violencia externa detallada en el anterior circuito que proviene de pacientes o familiares con motivo de la atención sanitaria.

Esta violencia interna puede tener formas de presentación que se considerarán como distintos tipos de acoso interno sobre los profesionales que se detallan a continuación.

El acoso es toda situación que atenta contra la dignidad del profesional y crea un entorno intimidatorio, humillante u ofensivo mediante conductas no deseadas relacionadas con el origen, la religión o convicciones, la discapacidad, edad u orientación sexual de una persona y en la mayoría de las ocasiones las víctimas de algunas de las tipologías de acoso suelen ser mujeres.

El acoso puede darse entre personas de igual o distinto nivel jerárquico, igual o distinto sexo, tengan o no una relación de dependencia dentro de la estructura orgánica de la empresa y puede producirse en el lugar de trabajo, en los alojamientos proporcionados por la empresa, en los desplazamientos, viajes, comunicaciones, eventos, actividades sociales o formativas relacionadas con el trabajo.

Las principales formas de presentación de situaciones de acoso son las siguientes:

- **Acoso laboral o *mobbing***: es la exposición a conductas de violencia psicológica, dirigidas de forma reiterada y prolongada en el tiempo, hacia una o más personas por parte de otra/s que actúan frente aquella/s desde una posición de poder (no necesariamente jerárquica). Dicha exposición se da en el marco de una relación laboral y supone un riesgo importante para la salud. Se produce acoso cuando se maltrata a uno o más trabajadores o directivos varias veces y deliberadamente, se les amenaza o se les humilla en situaciones vinculadas con el trabajo. Aunque las conductas pueden ser las mismas que en el acoso por razón de género, en este tipo de acoso la motivación no es el género del profesional acosado.

- **Acoso por razón de sexo o género**: de acuerdo con el artículo 7.2 de la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, constituye acoso por razón de sexo cualquier comportamiento realizado en función del sexo de una persona con el propósito o el efecto de atentar contra su dignidad y de crear un entorno intimidatorio, degradante u ofensivo.

Para apreciar que efectivamente en una realidad concreta concurre una situación calificable de acoso por razón de sexo, se requiere la concurrencia de una serie de elementos conformadores de un común denominador, entre los que destacan:

## DOMINIO 9: SOSTENIBILIDAD, PRL Y SALUD LABORAL

- a) Hostigamiento, entendiéndose como tal toda conducta intimidatoria, degradante, humillante y ofensiva que se origina externamente y que es percibida como tal por quien la sufre.
- b) Atentado objetivo a la dignidad de la víctima y percibida subjetivamente por esta como tal.
- c) Resultado pluriofensivo. El ataque a la dignidad de quien sufre acoso por razón de sexo no impide la concurrencia de daño a otros derechos fundamentales de la víctima, tales como el derecho a no sufrir una discriminación, un atentado a la salud psíquica y física, etc.
- d) Que no se trate de un hecho aislado.
- e) El motivo de estos comportamientos debe tener que ver con el hecho de ser mujeres o por circunstancias que biológicamente solo les pueden afectar a ellas (embarazo, maternidad, lactancia natural); o que tienen que ver con las funciones reproductivas y de cuidados que a consecuencia de la discriminación social se les presumen inherentes a ellas. En este sentido, el acoso por razón de sexo también puede ser sufrido por los hombres cuando estos ejercen funciones, tareas o actividades relacionadas con el rol que históricamente se ha atribuido a las mujeres, por ejemplo, un trabajador hombre al que se acosa por dedicarse al cuidado de menores o dependientes.

Además, pueden llevarlo a cabo tanto superiores jerárquicos, como compañeros o compañeras o inferiores jerárquicos, tiene como causa los estereotipos de género y, habitualmente, tiene por objeto despreciar a las personas de un sexo por la mera pertenencia al mismo, minusvalorar sus capacidades, sus competencias técnicas y destrezas.

Pero conductas como las descritas, constitutivas de acoso por razón de sexo, aunque puedan estar relacionadas y tener algunos elementos en común, no deben confundirse con las situaciones de estrés, *burnout*, presión o conflicto laboral. Estas últimas situaciones, bien se producen de forma interna a consecuencia de la presión o condiciones de trabajo (estrés, *burnout*), o bien se trata de puntuales desacuerdos “ordinarios”, ya que en el trabajo pueden producirse choques, discusiones y eventuales conflictos (presión o conflicto laboral). El acoso por razón de sexo es otra cosa. Consiste en un ataque malintencionado, sistemático, y mantenido en el tiempo dirigido hacia una persona por los motivos expuestos.

- **Acoso sexual:** de acuerdo con el artículo 7.1 de la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres, y sin perjuicio de lo establecido en el Código Penal, a los efectos de un protocolo, constituye acoso sexual cualquier comportamiento, verbal o físico, de naturaleza sexual que tenga el propósito o produzca el efecto de atentar contra la dignidad de una persona, en particular cuando se crea un entorno intimidatorio, degradante u ofensivo. Las principales víctimas del acoso sexual son las mujeres y los acosadores mayoritariamente son hombres. A título de ejemplo, y sin ánimo excluyente ni limitativo, podrían ser constitutivas de acoso sexual las conductas que se describen a continuación:

Conductas verbales: ejemplos de conductas verbales constitutivas de acoso sexual son, entre otros, y analizados en cada caso en particular, insinuaciones sexuales, proposiciones o presión para la actividad sexual; flirteos ofensivos; comentarios insinuantes, indirectas o comentarios obscenos; llamadas telefónicas; contactos por redes sociales indeseados; bromas o comentarios de la apariencia sexual, etc.

Conductas no verbales: exhibición de fotos sexualmente sugestivas o pornográficas, de objetos o escritos, miradas impúdicas, gestos; cartas o mensajes de correo electrónico o en redes sociales de carácter ofensivo y con claro contenido sexual.

Comportamientos físicos: contacto físico deliberado y no solicitado, abrazos o besos no deseados, acercamiento físico excesivo e innecesario.

**Acoso sexual “quid pro quo” o chantaje sexual:** entre los comportamientos constitutivos de acoso sexual puede diferenciarse el acoso sexual “quid pro quo” o chantaje sexual que consiste en forzar a la víctima a elegir entre someterse a los requerimientos sexuales, o perder o ver perjudicados ciertos beneficios o condiciones de trabajo, que afecten al acceso a la formación profesional, al empleo continuado, a la promoción, a la retribución o a cualquier otra decisión en relación con esta materia. En la medida que supone un abuso de autoridad, su sujeto activo será aquel que tenga poder, sea directa o indirectamente, para proporcionar o retirar un beneficio o condición de trabajo.

- **Acoso discriminatorio:** Toda conducta no deseada relacionada con el origen racial o étnico, la religión o las convicciones, la discapacidad, la edad, la orientación sexual de una persona o cualquier otra característica diferenciadora, que tenga como objetivo o consecuencia atentar contra su dignidad y crear un ambiente intimidatorio, humillante u ofensivo.

## DOMINIO 9: SOSTENIBILIDAD, PRL Y SALUD LABORAL

Todas las empresas tienen la obligación de promover condiciones de trabajo que eviten cualquier tipo de acoso entre sus profesionales y arbitrar procedimientos específicos para su prevención, así como para dar cauce a las denuncias o reclamaciones.

### Estándar SO\_pr\_6\_1 PROTOCOLO PREVENCIÓN ACOSO

SO\_pr\_6\_1

La Dirección del centro cuenta con un **protocolo** para la prevención y actuación ante cualquier tipo de **acoso** hacia los profesionales.

#### Elementos del estándar:

- Si el centro no cuenta con un protocolo propio, suscribe aquél que esté vigente en el ámbito de su Organización Sanitaria o los acordados en el ámbito general de la Comunidad Autónoma.
- A través de este protocolo se realiza un manifiesto de que el centro hospitalario suscribe su tolerancia cero ante la concurrencia en su organización y dependencias de conductas constitutivas de hostigamiento o acoso de cualquiera de las tipologías antes descritas.
- El centro hospitalario subraya su compromiso con la prevención y actuación frente al acoso en el ámbito de la organización y en cualquiera de sus manifestaciones, al tiempo que da cumplimiento a cuanto exigen los artículos 46 y 48 de la Ley orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres, así como a lo dispuesto en los artículos 7 y 8 del RD 901/2020 de 13 de octubre, por el que se regulan los planes de igualdad y su registro y se modifica el Real Decreto 713/2010, de 28 de mayo, sobre registro y depósito de convenios y acuerdos colectivos de trabajo y el artículo 14 de la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de riesgos laborales.
- Para prevenir y evitar las situaciones de violencia y de acoso hasta ahora descritas, la empresa comunica la adopción del protocolo a todas las personas que prestan servicios en la organización, a través del correo electrónico, publicándolo además en la web, en la intranet, en el tablón de anuncios, por escrito o cualquier otro medio que sirva para dar a conocer tanto su existencia como su conocimiento.

### Estándar SO\_pr\_6\_1 APOYO AL PROFESIONAL ACOSADO

SO\_pr\_6\_2

La Dirección del centro utiliza los sistemas de notificación y coordinación necesarios para proporcionar la **asistencia sanitaria, psicológica y legal al profesional acosado**.

#### Elementos del estándar:

- La Dirección del centro actúa ante cualquier queja o denuncia presentada formalmente frente al acoso activando el protocolo de forma inmediata.
- La persona trabajadora que considere que ha sido acosada, o aquella que tenga conocimiento de una situación de acoso, puede activar el procedimiento interno que se diseña en el propio protocolo con el fin de prevenir y erradicar cualquier conducta de acoso sexual, por razón de sexo o cualquier otra tipología que pudiera producirse en la empresa. El objetivo principal que se persigue al implantar un protocolo es articular las medidas necesarias para prevenir y combatir el acoso sexual y/o por razón de sexo, estableciendo un canal confidencial, rápido y accesible para gestionar las quejas o denuncias en el ámbito interno de la empresa.
- La Dirección del centro facilita a la víctima el acceso al procedimiento para denunciar internamente en el ámbito de la empresa el acoso, activando así la investigación, persecución y, en su caso, erradicación mediante la sanción de dichas conductas en el ámbito de la empresa, así como evitar la revictimización de la persona acosada por una mala praxis durante el proceso de investigación y denuncia.
- La Dirección del centro se compromete a garantizar y mantener la máxima confidencialidad de todas las actuaciones que se produzcan conforme lo señalado en este procedimiento.

### SO\_pr\_7 Gestión de la movilidad y seguridad vial

Los accidentes de tráfico ocasionados con motivo de desplazamientos laborales constituyen un porcentaje importante dentro de la siniestrabilidad laboral en todas las empresas. El ámbito de salud no es una excepción, hay numerosos trabajadores que desempeñan su puesto de trabajo lejos de su domicilio y realizan diariamente varios desplazamientos.

Los accidentes de tráfico no son los más frecuentes de los accidentes laborales, pero sí son los que originan más víctimas mortales (el 32% de las mismas), períodos de incapacidad temporal más prolongados y secuelas más graves.

## DOMINIO 9: SOSTENIBILIDAD, PRL Y SALUD LABORAL

Los accidentes de tráfico no son casuales, son siempre evitables, por lo que su abordaje ha de estar integrada en la política de prevención de riesgos laborales, incorporando de forma proactiva la cultura de la seguridad vial en el ámbito de la Organización Sanitaria.

Una gestión racional de los desplazamientos no sólo disminuye el riesgo de accidentes de tráfico, sino que reduce el impacto ambiental derivado de aquéllos y el coste social y económico de los accidentes.

Los accidentes en el ámbito de la seguridad vial pueden clasificarse según sus características:

**Accidente *in itinere*:** según el artículo 156 de la Ley General de la Seguridad Social, es el que sufre el trabajador al ir o al volver del lugar de trabajo. Para ser considerado como tal se han de cumplir cuatro requisitos: 1) Teológico: el fin del desplazamiento debe ser ir o volver del trabajo; 2) Topográfico: el camino utilizado para el desplazamiento debe ser el habitual y normal; 3) Mecánico: el medio de transporte debe ser el habitual y adecuado para salvar la distancia a recorrer y 4) Cronológico: el tiempo utilizado debe ser el normal, sin interrupciones por motivos particulares que puedan romper la relación de causalidad y teniendo en cuenta la distancia a recorrer, el medio de transporte utilizado, etc.

**Accidente *in mision*:** es aquél que se produce durante el desplazamiento del trabajador a un lugar diferente del habitual para realizar una actividad encomendada por la empresa. Para ser considerado como tal se han de cumplir dos premisas: 1) el desplazamiento del trabajador es para cumplir la misión y 2) la actividad desarrollada por el trabajador está relacionada con la misión encomendada por el empresario.

### Estándar SO\_pr\_7\_1 DIAGNÓSTICO DE SEGURIDAD VIAL

SO\_pr\_7\_1

El Servicio de Prevención de Riesgos Laborales realiza un **diagnóstico de la seguridad vial** en el centro.

#### Elementos del estándar:

- Se realiza un análisis sobre el tamaño de la plantilla y la movilidad que por diferentes razones tiene que llevar a cabo, bien dentro de su jornada laboral (*in mision*) o bien como desplazamiento desde o hacia su domicilio (*in itinere*).
- Se analizan los medios de locomoción empleados en los desplazamientos (transporte público o propio), la tipología de éstos, los utilizados para los desplazamientos *in mision* que pertenecen al centro sanitario y las características técnicas de los mismos (se pueden utilizar para ello cuestionarios como el Anexo I de la Guía de movilidad segura en la empresa del IAPRL).
- La Dirección del centro cumplimenta el cuestionario de diagnóstico de situación ubicado en el anexo II del documento, lo que permite extraer datos importantes para su posterior análisis.
- El responsable del plan analiza los factores relacionados con la gestión de la empresa que influyan en el riesgo que puedan tener sus trabajadores por los desplazamientos realizados.
- El responsable del plan analiza los aspectos de la empresa que puedan influir sobre los desplazamientos de los profesionales, como los horarios, la priorización de las tareas que influyen en los desplazamientos, la gestión de los medios de transporte y las comunicaciones durante dichos desplazamientos.

### Estándar SO\_pr\_7\_2 PLAN DE MOVILIDAD Y SEGURIDAD VIAL

SO\_pr\_7\_2

La Dirección del centro implanta y promueve un **plan de movilidad y seguridad vial** y establece los mecanismos necesarios para realizar su seguimiento y evaluación.

#### Elementos del estándar:

- La seguridad vial está integrada dentro de la política preventiva de la empresa.
- Desde la Dirección se lidera la elaboración de un Plan de Seguridad Vial.
- Se asignan roles y responsabilidades para el desarrollo de la política de seguridad vial del centro.
- Se dota económicamente de los recursos necesarios para llevarlo a cabo.
- Desde la Dirección se establece un proceso de participación con los profesionales, agentes sociales, SPRL...
- Se planifican objetivos que supongan una mejora en las condiciones de la seguridad vial de los trabajadores.
- Tomando como base los resultados del diagnóstico de seguridad vial, se establecen las actuaciones dirigidas a disminuir el riesgo derivado de los accidentes *in itinere* e *in mision*.
- Se establece una comisión de seguimiento del plan de movilidad que establezca las modificaciones y actualizaciones necesarias en función de los resultados obtenidos.
- Se establecen indicadores que ofrezcan resultados del proceso.

## DOMINIO 9: SOSTENIBILIDAD, PRL Y SALUD LABORAL

- Se realiza la investigación de todo accidente laboral valorando las circunstancias en las que se produjo y las medidas que pudiesen incidir en la disminución de su frecuencia.
- Se promueven medidas para fomentar el uso del transporte público, de vehículos compartidos, de vehículos de dos ruedas o itinerarios peatonales y todas aquellas medidas tendentes a reducir la movilidad o aumentar la seguridad vial.

### Estándar SO\_pr\_7\_3 CULTURA DE SEGURIDAD VIAL

SO\_pr\_7\_3

Se organizan actividades de difusión, formación y sensibilización dirigidas a los profesionales de forma que la cultura de seguridad vial se integre en el día a día del centro.

#### Elementos del estándar:

- Se realizan actividades de difusión con toda la plantilla informando de la existencia del proyecto del plan de seguridad vial.
- Se realizan actividades formativas y de sensibilización con los profesionales resaltando los riesgos más evidentes y las medidas adecuadas para su minimización.
- Se organizan talleres participativos en colaboración con otras entidades que sensibilicen sobre los riesgos y las consecuencias de un accidente de tráfico.
- Se realizan actividades en coordinación con otros colectivos el día mundial de la seguridad vial.

### Estándar SO\_pr\_7\_4 SELLO ASTURIANO DE MOVILIDAD SEGURA

SO\_pr\_7\_4

La Dirección del centro impulsa la obtención y el mantenimiento del Sello Asturiano de Movilidad Segura en la Empresa del IAPRL.

#### Elementos del estándar:

- El centro sanitario se encuentra alineado con las estrategias nacionales de seguridad vial y seguridad y salud en el trabajo.
- La Dirección del centro impulsa la consecución del sello de movilidad segura en la empresa a través de la convocatoria del Instituto Asturiano de Prevención de Riesgos Laborales.
- La Dirección del centro promueve el mantenimiento y actualización del Plan de Seguridad Vial.

## SO\_pr\_8 Información y formación en seguridad y salud laboral

Los trabajadores de un centro sanitario han de conocer todos los riesgos para la salud que deriven del desempeño de su profesión, así como las medidas y actividades de protección y prevención de su salud en base a los riesgos anteriores.

### Estándar SO\_pr\_8\_1 INFORMACIÓN SEGURIDAD Y SALUD A LA PLANTILLA

SO\_pr\_8\_1

La Dirección del centro facilita a los trabajadores la información necesaria relacionada con su seguridad y salud.

#### Elementos del estándar:

- La Dirección del centro adopta medidas para que los trabajadores reciban toda la información necesaria en relación con los riesgos para la seguridad y la salud, tanto las que afecten al centro en su conjunto como a cada tipo de puesto de trabajo o función.
- La Dirección del centro adopta medidas para que los trabajadores reciban toda la información necesaria en relación a las medidas y actividades de protección y prevención aplicables a los riesgos señalados en el apartado anterior.
- La Dirección del centro adopta medidas para que los trabajadores reciban toda la información necesaria en relación a las medidas a adoptar en situaciones de emergencia.
- Los profesionales conocen los riesgos de seguridad específicos de su puesto de trabajo y las medidas de protección necesarias para mitigarlos.
- Los profesionales están informados sobre el uso de los equipos de protección individual necesarios para el desarrollo de sus actividades.
- Los profesionales conocen el protocolo de actuación en un incidente de seguridad en su trabajo.
- Existe un programa documentado de las actividades de información y formación a los trabajadores sobre los riesgos generales y específicos a los que están expuestos y sobre las medidas de prevención o protección establecidas.

## DOMINIO 9: SOSTENIBILIDAD, PRL Y SALUD LABORAL

- El centro cuenta con un listado de los agentes químicos que se utilizan en el hospital y con sus fichas de seguridad, a las que tienen acceso en aquellas áreas en las que se usan.
- Las actividades formativas de prevención y salud laboral se desarrollan en horario laboral y compatible con los distintos tipos de jornada de trabajo.
- Las personas que se incorporan por primera vez a la empresa reciben una formación de acogida donde se refleja la cultura de la empresa en prevención y salud laboral.

### Estándar SO\_pr\_8\_2 ACTIVIDADES FORMATIVAS PRL

SO\_pr\_8\_2

El centro planifica y desarrolla actividades formativas para los profesionales en el ámbito de la prevención de riesgos laborales.

Las actividades formativas desempeñan un papel fundamental en la seguridad y el desempeño efectivo de los profesionales del sector sanitario en el ámbito de la salud laboral. Proporcionan los conocimientos para prevenir accidentes biológicos, utilizar correctamente los EPI, minimizar la exposición a radiaciones ionizantes, realizar el manejo seguro de cargas, etc.

La formación continua en estos aspectos es esencial para mantener altos estándares de seguridad y garantizar la salud tanto de los profesionales como de los pacientes.

#### Elementos del estándar:

- El centro tiene un plan de formación continuada en materia de PRL dirigido a los profesionales.
- Las acciones formativas están dirigidas a todos los profesionales del centro cuando su contenido tenga carácter general y se programan actividades específicas para los profesionales en los que la evaluación de riesgos haya puesto de manifiesto necesidades específicas.
- Se desarrollan acciones formativas en los cinco ámbitos: riesgos físicos, químicos, ergonómicos, biológicos y psicológicos.
- Se desarrollan acciones formativas en los siguientes ámbitos:
  - Manejo de citostáticos.
  - Equipos de protección individual.
  - Medicamentos peligrosos.
  - Manejo de cargas.
  - Riesgos biológicos.
  - Exposición a agentes químicos peligrosos.
  - Manejo de los riesgos psicosociales.
  - Situaciones de emergencia.
  - Uso de pantallas de visualización de datos
  - Posturas forzadas
  - Movimientos repetitivos,
  - ...y cuantos agentes de riesgo hayan sido identificados en la evaluación realizada.
- La Dirección garantiza la formación de quienes trabajan en el centro y organiza sesiones de formación y entrenamiento sobre la exposición a riesgos específicos y para la utilización de EPI.
- La Dirección del centro conserva un registro de los profesionales formados y tiene una relación de quienes están capacitados para cada uno de los riesgos detectados.
- Ningún profesional sin la capacitación adecuada ocupa un puesto de trabajo evaluado con alguno de los riesgos específicos detectados.
- El personal temporal tiene acceso al manual de acogida de su categoría y puesto.
- Se realizan actividades de formación/sensibilización periódica para actualizar los conocimientos siempre que es necesario.
- Las actividades formativas tienen un carácter teórico-práctico cuando la materia así lo aconseje.
- Se realizan actividades formativas/sensibilización sobre la vigilancia de la salud de quienes ocupan puestos de trabajo con riesgos específicos.
- La Dirección ha establecido indicadores sobre el porcentaje de la plantilla con formación específica sobre el total de la plantilla expuesta a cada riesgo específico.

### SO\_pr\_9 Consulta y participación de los trabajadores

Según el Art. 18 de la Ley de PRL, “El empresario deberá consultar a los trabajadores, y permitir su participación, en el marco de todas las cuestiones que afecten a la seguridad y a la salud en el trabajo”. “Los trabajadores tendrán derecho a efectuar propuestas al empresario, así como a los órganos de participación y representación previstos en el capítulo V de esta Ley, dirigidas a la mejora de los niveles de protección de la seguridad y la salud en la empresa.”

En su artículo 14 establece la consulta y la participación de las personas trabajadoras en materia preventiva como parte de su derecho a una protección eficaz en materia de seguridad y salud en el trabajo.

## DOMINIO 9: SOSTENIBILIDAD, PRL Y SALUD LABORAL

Según el Art. 38 “El Comité de Seguridad y Salud es el órgano paritario y colegiado de participación destinado a la consulta regular y periódica de las actuaciones de la empresa en materia de prevención de riesgos”.

“Se constituirá un Comité de Seguridad y Salud en todas las empresas o centros de trabajo que cuenten con 50 o más trabajadores. El Comité estará formado por los Delegados de Prevención, de una parte, y por el empresario y/o sus representantes en número igual al de los Delegados de Prevención, de la otra”. “El Comité de Seguridad y Salud se reunirá trimestralmente y siempre que lo solicite alguna de las representaciones en el mismo. El Comité adoptará sus propias normas de funcionamiento”.

Los trabajadores son una importante fuente de información sobre aspectos mejorables en materia de prevención de riesgos laborales. Por ello, más allá de su consideración como un derecho/obligación, la consulta y participación ayuda a la mejora de las condiciones de seguridad y salud en el trabajo y favorece su implicación y, por tanto, la integración de la prevención de riesgos laborales en toda la organización.

### Estándar SO\_sl\_9\_1 CONSULTA Y PARTICIPACIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD

SO\_sl\_9\_1

La Dirección del centro **consulta en materia de seguridad y salud** a los representantes de los trabajadores y cuenta con su **participación** para la toma de decisiones en este ámbito.

#### Elementos del estándar:

- La Dirección del centro realiza las consultas en materia de seguridad y salud a las personas representantes de la población trabajadora.
- La Dirección del centro consulta a los representantes de los trabajadores sobre la planificación y la organización del trabajo y la introducción de nuevas tecnologías, en todo lo relacionado con las consecuencias que éstas pudieran tener para la seguridad y la salud de los trabajadores.
- Los delegados de prevención han sido designados por y entre los representantes del personal, en el ámbito de los órganos de representación.
- Existe constancia de la formación en seguridad y salud de los delegados de prevención.
- Se ha constituido el Comité de Seguridad y Salud (CSS) como órgano paritario y colegiado de participación destinado a la consulta regular y periódica de las actuaciones de la empresa en materia de prevención de riesgos laborales.
- El CSS ha adoptado y documentado sus normas de funcionamiento.
- El CSS se reúne, como mínimo, trimestralmente y siempre que lo solicite alguna de las representaciones en el mismo.
- Las reuniones del CSS y sus decisiones están documentadas.

## DOMINIO 9: SOSTENIBILIDAD, PRL Y SALUD LABORAL

### EVALUACIÓN DE SEGUIMIENTO (es)

	Dominio		Agrupador	nº	Circuito
SO	SOSTENIBILIDAD	es	Evaluación de seguimiento	1	Acciones de mejora

#### Estándar SO\_es\_1\_1 ACCIONES DE MEJORA

SO_es_1_1	El centro incorpora <b>acciones de mejora</b> y, una vez finalizadas, las envía para su valoración a la UEC-SESPA en el formato establecido.
-----------	--

#### Elementos del estándar:

- El centro hospitalario desarrolla acciones de mejora relacionadas con este dominio a partir de los informes obtenidos tras la evaluación GECA.
- El centro hospitalario desarrolla acciones de mejora relacionadas con este dominio a partir de otras fuentes (iniciativas propias, auditorías internas y/o externas, etc.).
- Las acciones de mejora se envían anualmente a la UEC-SESPA en el formato establecido para tal fin y cumplen con los criterios de valoración establecidos en las cuatro fases que figuran en el Anexo III de la "Evaluación de Seguimiento GECCAs. Monitorización de continuidad".

## DOMINIO 9: SOSTENIBILIDAD Y SALUD LABORAL





## DOMINIO 10: GESTIÓN DE EQUIPAMIENTO Y ESTRUCTURAS

Ofrecer la mejor asistencia posible a los pacientes no depende sólo de una buena atención médica. Los recursos materiales permiten el adecuado funcionamiento de la organización sanitaria en la práctica diaria.

La correcta gestión de los equipamientos y las estructuras garantiza la seguridad tanto para los pacientes como para el personal, permite a los profesionales desarrollar con fluidez su trabajo, mejora la calidad asistencial y optimiza los costes.

Para facilitar el abordaje de este dominio, los circuitos de calidad se agrupan en tres áreas:

- Materiales y productos: se refiere fundamentalmente a aquellos materiales clínicos de reposición constante: material de curas, de diagnóstico, de apoyo a la gestión, de apoyo a la hostelería, etc.
- Equipos electromédicos de baja, media y alta tecnología: aparatos de diversa índole destinados tanto al diagnóstico como al tratamiento o apoyo a la gestión.
- Estructuras, instalaciones y mobiliario donde se desarrolla la actividad.

	Dominio		Agrupador
EQ	GESTIÓN DE EQUIPAMIENTO Y ESTRUCTURAS	mp	Materiales y productos
		ee	Equipos electromédicos de baja, media y alta tecnología
		ei	Estructuras, instalaciones y mobiliario

### MATERIALES Y PRODUCTOS (mp)

Los materiales y productos sanitarios son cada día más importantes desde el punto de vista asistencial y económico. La innovación tecnológica constante, la aparición de nuevos materiales y técnicas cada vez más perfeccionadas, hacen necesaria una gestión que garantice una selección y adquisición que cubra las necesidades sin exceder los costes y una correcta conservación, custodia y dispensación.

En este apartado se hace referencia a materiales sanitarios de reposición, también llamado fungible o de uso corriente. Suele tener un periodo corto de uso (una sola vez o en pocas ocasiones) y su precio unitario suele ser bajo (p.ej. material estéril de un solo uso, vendas, reactivos, material de papelería...). Dada su fugacidad en el tiempo, este material no figura en el inventario del centro, el cual ha de tener establecido un mecanismo apropiado para la determinación de sus necesidades.

	Dominio		Agrupador	nº	Circuito
EQ	GESTIÓN DE EQUIPAMIENTO Y ESTRUCTURAS	mp	Materiales y productos	1	Selección y adquisición
				2	Recepción y almacenamiento
				3	Distribución
				4	Gestión de incidencias

### EQ\_mp\_1 Selección y adquisición

Es imprescindible que los materiales y productos sanitarios se seleccionen según una serie de requisitos que los haga más eficaces en la función que deben realizar. Entre estos requisitos se encuentra la validez, la fiabilidad, la facilidad de uso y el precio.

La validez se refiere a que el material sirva realmente para lo que se precisa, lo que significa que éste ha de ser contrastado y evaluado previamente con criterios científicos de racionalidad y aplicación práctica.

La fiabilidad asegura que el material en cuestión no sólo sirve adecuadamente para aquello que se pretende, sino que lo hace en condiciones de seguridad, de tal manera que su uso no comporte riesgos para el usuario o el trabajador.

## DOMINIO 10: GESTIÓN DE EQUIPAMIENTO Y ESTRUCTURAS

Por facilidad de uso se entiende que cualquier aparato o material que se emplee en la atención sanitaria debe presentar una condición de uso lo más fácil posible, respondiendo a criterios de ergonomía y adaptación a las personas que lo vayan a utilizar, de forma que permita su uso de forma segura y rápida.

En cuanto al precio, los servicios de salud deben adquirir el material sanitario en las condiciones más adecuadas a su presupuesto y actividades. En el precio debe tenerse en cuenta no sólo el coste de adquisición o producción, sino también los referidos a su conservación, almacenamiento o distribución.

### Estándar EQ\_mp\_1\_1 ADQUISICIÓN MATERIALES

EQ\_mp\_1\_1

El centro dispone de un procedimiento para la **selección y adquisición de materiales y productos**.

#### Elementos del estándar:

- Existe una comisión multidisciplinar (medicina, enfermería, gestión...) que evalúa la cantidad, la calidad y el precio asumible de acuerdo a las necesidades detectadas.
- Existe un procedimiento de selección y adquisición de materiales y productos que establece la sistemática para la solicitud de un nuevo material, el estudio de la propuesta y la emisión de los informes técnicos correspondientes.
- Se realiza evaluación de proveedores.
- Se realiza memoria de actividades.

### EQ\_mp\_2 Recepción y almacenamiento

La complejidad de los centros sanitarios da lugar a que se maneje un gran número de medios materiales y productos. La recepción y el almacenamiento son fundamentales para hacer óptimo el servicio al usuario. Se necesitan estructuras adecuadas para realizar el almacenamiento y un sistema de gestión que defina las existencias necesarias para el suministro habitual de un producto concreto, por debajo del cual debe reponerse de forma automática.

Para el control de *stock*, se necesitan realizar una serie de actividades programadas como la determinación de las cantidades y tipos de productos, el estudio de su rotación (tipo de movilidad y tiempo de reposición total), el análisis de caducidades, lotes y series de los productos, los excesos e insuficiencias, la calidad del *stock*...

Es habitual que cada una de las unidades de atención de los dispositivos asistenciales mantenga su propio almacén en correspondencia con las particularidades de su actividad, lo que obliga a establecer en cada unidad las medidas de utilización y de rotación de cada producto, así como los niveles adecuados de existencias de cada uno de ellos.

### Estándar EQ\_mp\_2\_1 GESTIÓN ALMACENES

EQ\_mp\_2\_1

El centro realiza una adecuada **gestión de sus almacenes**, garantizando la disponibilidad de los productos y materiales necesarios.

#### Elementos del estándar:

- Existe un procedimiento para la gestión de los almacenes común a todo el centro y conocido por el personal implicado.
- Los almacenes están en un lugar limpio y seco, fuera de luz y calor.
- Los accesos a los almacenes son restringidos.
- Cada almacén cuenta con un listado del material y con el *stock* pactado según las necesidades de los usuarios.
- Existe un responsable designado para cada almacén que se encarga de recibir el material, comprobar que lo recibido es lo que se pidió y está en buen estado, colocarlo, controlar las caducidades...
- Se realiza de manera correcta el almacenamiento: material identificado, fechas de caducidad más próximas delante, material pesado no colocado en las baldas más altas (nunca por encima de la altura de los ojos), ausencia de material en el suelo...
- Se evita el uso de cartón poroso para el almacenamiento de los productos, ya que no es posible limpiar este material correctamente.
- Existe un procedimiento para desechar el material caducado o en mal estado.
- Se realiza la monitorización del proceso de gestión de los almacenes de material sanitario, control de caducidades, revisiones periódicas...

## DOMINIO 10: GESTIÓN DE EQUIPAMIENTO Y ESTRUCTURAS

### EQ\_mp\_3 Distribución

La distribución de los materiales y productos sanitarios ha de garantizar su disponibilidad en el momento preciso. Para ello es necesario un sistema de gestión que permita la trazabilidad de los materiales sanitarios desde su pedido/solicitud hasta su entrega en el dispositivo asistencial. Todos los pasos se deben describir en un procedimiento que ha de conocer el personal implicado.

Especialmente importante es el caso de la distribución de material sensible (que necesite control de temperatura, por ejemplo).

#### Estándar EQ\_mp\_3\_1 DISTRIBUCIÓN MATERIALES

EQ\_mp\_3\_1

El centro realiza una adecuada **distribución de los materiales y productos** garantizando su disponibilidad en las unidades de atención.

##### Elementos del estándar:

- El centro cuenta con un procedimiento de reposición ordinaria que contempla las necesidades específicas de cada unidad o servicio (qué productos se necesitan, cuánta cantidad, cuántas veces a la semana se repondrán y cuál es el mejor momento para hacerlo -mañana, tarde o noche-, etc.).
- El centro pacta *stocks* con las unidades en base a su histórico de consumos y gestiona las existencias de productos con mayor incidencia estacional.
- Se dispone de un procedimiento de reposición urgente.
- La gestión de la distribución permite la trazabilidad de los productos sanitarios.
- Se realizan monitorizaciones del proceso (tiempos de entrega, calidad...).
- Se realiza memoria de la actividad que se difunde a las partes implicadas.

### EQ\_mp\_4 Gestión de incidencias

#### Estándar EQ\_mp\_4\_1 GESTIÓN INCIDENCIAS MATERIALES Y PRODUCTOS

EQ\_mp\_4\_1

El centro realiza una adecuada gestión de las **incidencias de los materiales y productos**.

##### Elementos del estándar:

- El centro dispone de un procedimiento para la gestión de incidencias de los materiales: devoluciones, materiales erróneos, retirada de materiales caducados o defectuosos... que es conocido por los profesionales implicados.
- Las incidencias se comunican al responsable correspondiente y se registran.
- Se realiza una memoria con las incidencias producidas (tanto a nivel de seguridad como del control del gasto) que se difunde a los profesionales implicados planteando acciones de mejora.

## DOMINIO 10: GESTIÓN DE EQUIPAMIENTO Y ESTRUCTURAS

### EQUIPOS DE ELECTROMEDICINA DE BAJA, MEDIA Y ALTA TECNOLOGÍA (ee)

Los equipos electromédicos de baja, media y alta tecnología son indispensables para la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades, así como para la rehabilitación de los pacientes.

Garantizar su correcto funcionamiento es vital para mantener la seguridad tanto del paciente como del profesional, por lo que se debe contar con un programa de mantenimiento de equipos médicos adecuado.

Un programa eficaz exige planificación, gestión y ejecución adecuadas, teniendo en cuenta los recursos financieros, materiales y humanos de que se dispone e incluyendo procedimientos de inspección de funcionamiento, calibraciones y actividades de mantenimiento preventivo y correctivo.

	Dominio		Agrupador	nº	Circuito
EQ	GESTIÓN DE EQUIPAMIENTOS Y ESTRUCTURAS	ee	Equipos de electromedicina de baja, media y alta tecnología	1	Inventario de los equipos
				2	Mantenimiento y calibraciones
				3	Gestión de incidencias

#### EQ\_ee\_1 Inventario de los equipos

El inventario es el registro, clasificado y ordenado, de los equipos que posee el centro sanitario. Facilita información sobre las cantidades de que se dispone, detecta materiales en desuso o consumidos, reduce costes y ayuda a la gestión del tiempo.

El centro sanitario ha de tener un formato estándar para el registro de los equipos (nombre y código, fecha, cantidad, estado, etc.), e identificar y seleccionar los dispositivos que es preciso registrar en el inventario (algunos centros registran todos los equipos y otros registran sólo los que tienen un coste superior a un mínimo establecido o demuestran una duración prolongada en el tiempo).

Todos los bienes de Inversión propiedad del Centro Hospitalario han de estar debidamente inventariados conforme a lo dispuesto en el artículo 7º de la Ley 1/1991 de 21 de febrero de Patrimonio del Principado de Asturias. Para ello, se incluirán tanto en el inventario físico como en el inventario contable registrado en Asturcón XXI y se les asignará la pegatina con el número de inventario.

#### Estándar EQ\_ee\_1\_1 INVENTARIO EQUIPOS **ESTÁNDAR BÁSICO**

EQ_ee_1_1	El centro tiene identificados sus equipos y realiza un inventario continuo de ellos.
-----------	--

El inventario del centro sanitario debe incluir datos identificativos de cada equipo como una breve descripción, el nombre del fabricante, el modelo, el número de serie y la ubicación; puede resultar útil incluir, además, datos concernientes al tiempo y al gasto relacionados con el servicio de mantenimiento programado y no programado del dispositivo.

Los manuales de uso y mantenimiento de cada equipo deben estar disponibles tanto para los usuarios de los equipos como para los técnicos que realizan la inspección, los mantenimientos y la calibración.

#### Elementos del estándar:

- Existe un responsable asignado del inventario que realiza la recepción de los equipos.
- El centro dispone de un inventario del equipamiento electromédico con sus datos (alta, baja, fecha de inicio de la garantía, plan de mantenimiento, etc.) y localización exacta actualizada (cesión a otros servicios...). En cada equipo se coloca una marca o etiqueta que permita su identificación inequívoca.
- El centro dispone de los manuales de instrucciones de los equipos.
- El centro dispone de un plan de ciclo de vida y amortización de los equipos.
- El centro realiza un análisis de obsolescencias (p.ej.: fabricante que garantiza un stock de repuestos sólo por 10 años).

## DOMINIO 10: GESTIÓN DE EQUIPAMIENTO Y ESTRUCTURAS

- Se realiza un informe o memoria de la actividad que se difunde a los profesionales implicados.

### EQ\_ee\_2 Mantenimiento y calibraciones

El mantenimiento y calibraciones de los equipos electromédicos puede ser relativamente simple o extremadamente complejo. Por ejemplo, los esfigmomanómetros tienen componentes que son fáciles de reparar si se dispone de las piezas, los instrumentos de calibración y las herramientas básicas; en el extremo opuesto, la reparación de un sistema de resonancia magnética involucra gran cantidad de recursos financieros, materiales y humanos.

El procedimiento ha de incluir la colocación de una etiqueta que indique en qué consistió y la fecha en que se realizó el trabajo para informar tanto a los técnicos de mantenimiento como a los profesionales sanitarios y a los usuarios. Algunos centros utilizan adhesivos de colores que indican cuándo fue la última vez que se inspeccionó un dispositivo para establecer, de manera ágil, qué equipos se deben inspeccionar próximamente.

El mantenimiento de los equipos médicos se puede dividir en dos categorías principales:

**Mantenimiento preventivo:** conjunto de actividades programadas que aseguran la funcionalidad de los equipos y previenen averías o fallos prolongando su vida útil.

**Mantenimiento correctivo:** proceso para restaurar la integridad, la seguridad o el funcionamiento de un dispositivo después de una avería. También se denomina mantenimiento no programado o reparación.

Por otro lado, la correcta **calibración** de los equipos proporciona la seguridad de que los productos o servicios que se ofrecen reúnen las especificaciones requeridas.

### Estándar EQ\_ee\_2\_3 MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS ESTÁNDAR BÁSICO

EQ\_ee\_2\_3

El centro realiza los **mantenimientos preventivos** de los equipos.

Los mantenimientos preventivos habitualmente se programan a intervalos definidos e incluyen tareas como lubricación, limpieza (p. ej., de filtros) o reemplazo de piezas que comúnmente se desgastan o que tienen una vida útil limitada.

#### Elementos del estándar:

- El centro determina qué equipos se incluyen en el programa de mantenimiento y los recoge en un inventario con su localización exacta actualizada (trasladados a otros servicios, eliminados...).
- El centro dispone de los manuales de mantenimiento de los equipos.
- Se realizan las labores de mantenimiento preventivo periódicas necesarias para cada equipo (según manual del fabricante, normativa, grado de desgaste...) y se registran adecuadamente (identificación del equipo, ubicación, fecha de los trabajos realizados y su contenido, resultados, incidencias...).
- Cada equipo dispone de una marca o etiqueta con las fechas del último mantenimiento y de la próxima revisión prevista.
- Si se contratan servicios de mantenimiento con proveedores externos (fabricantes de dispositivos u organizaciones de servicios independientes), se supervisa el desempeño de la actividad contratada, se registran sus actividades y se evalúan periódicamente.
- El centro cuenta con recursos humanos necesarios (personal técnico y de gestión) y realiza formación tanto a los usuarios de los equipos como al personal técnico (lectura de manuales, capacitación personalizada a cargo de una persona con más experiencia de la organización, cursos específicos proporcionados por el fabricante...).
- Se informa a los profesionales implicados de las actividades realizadas.
- Se realiza memoria de actividades con indicadores de resultados (p.ej. tiempo promedio entre una avería y otra de un equipo, tiempo de respuesta, tiempo de reparación) y se programan acciones de mejora.

### Estándar EQ\_ee\_2\_4 MANTENIMIENTOS CORRECTIVOS ESTÁNDAR BÁSICO

EQ\_ee\_2\_4

El centro realiza los **mantenimientos correctivos** de los equipos.

#### Elementos del estándar:

## DOMINIO 10: GESTIÓN DE EQUIPAMIENTO Y ESTRUCTURAS

- El centro dispone de un procedimiento para la gestión de las incidencias conocido por los profesionales que incluye los responsables de abrir la incidencia, la forma de comunicarla y registrarla, quién resuelve la incidencia y los plazos esperados para ello.
- Existe un registro de incidencias en el que se recogen los datos de identificación de los equipos, la fecha de comunicación de la incidencia y su contenido y el tiempo de resolución de la misma.
- Se realiza un análisis de las incidencias ocurridas, incluyendo análisis de causas (uso incorrecto del equipo, error de los usuarios, causas externas al equipo -suministro eléctrico p.ej.- o internas -fallos en un componente-), análisis de consecuencias (seguridad de los pacientes y profesionales, aumento de costes...) y análisis de la resolución de las mismas (tiempo de respuesta, tiempo de resolución...).
- Se realiza formación a los profesionales sobre el procedimiento de gestión de las incidencias.
- Para las tareas de mantenimiento correctivo, que no se programan y aumentan según la demanda, el centro cuenta con un esquema de prioridades. La prioridad más alta se puede dar a cubrir las necesidades de mantenimiento de los equipos con más posibilidades de causar lesiones (prioridad según riesgo) o se pueden utilizar otros métodos: según uso del equipo, según recursos...
- Las actividades realizadas se registran correctamente.
- Si se contratan servicios de mantenimiento con proveedores externos (fabricantes de dispositivos u organizaciones de servicios independientes), se supervisa el desempeño de la actividad contratada, se registran sus actividades y se evalúan periódicamente.
- Se informa a los profesionales implicados de las actividades realizadas.
- Se realiza memoria de actividades con indicadores de resultados (p.ej. tiempo promedio entre una avería y otra de un equipo, tiempo de respuesta, tiempo de reparación) y se programan acciones de mejora.

### Estándar EQ\_ee\_2\_2 CALIBRACIONES ESTÁNDAR BÁSICO

EQ_ee_2_2	El centro realiza las calibraciones periódicas de los equipos destinados a la atención sanitaria.
-----------	---

El envejecimiento de los componentes, los cambios de temperatura, el estrés mecánico que soportan los equipos, etc. deterioran poco a poco sus funciones; esto puede evitarse por medio del proceso de calibración.

La calibración es el conjunto de acciones con las que se establece, en unas condiciones específicas, la correspondencia entre los valores indicados en un equipo o los valores de una medida, y los valores de referencia o patrón conocido, procediendo a su ajuste si procede.

Tanto los equipos cuya salida de energía se usa con fines terapéuticos (desfibriladores, unidades electroquirúrgicas, estimuladores fisioterápicos, etc.), como los dispositivos con los que se realizan mediciones (electrocardiógrafos, básculas con estadímetro, espirómetros...), requieren calibraciones periódicas para asegurar su precisión según los parámetros establecidos.

#### Elementos del estándar:

- El centro determina qué equipos se incluyen en el programa de calibraciones y los recoge en un inventario con su localización exacta actualizada.
- Se realizan las labores de calibración periódicas necesarias para cada equipo (según manual del fabricante, normativa, grado de desgaste, etc.) y se registran adecuadamente (identificación del equipo, ubicación, fecha de los trabajos realizados y su contenido, resultados, incidencias...).
- Si se contratan servicios de calibración con proveedores externos (fabricantes de dispositivos u organizaciones de servicios independientes), se supervisa el desempeño de la actividad contratada, se registran sus actividades y se evalúan periódicamente.
- El centro organiza formación tanto a los usuarios de los equipos como al personal técnico capacitándolos para detectar un mal funcionamiento del equipo.

## DOMINIO 10: GESTIÓN DE EQUIPAMIENTO Y ESTRUCTURAS

### ESTRUCTURAS, INSTALACIONES Y MOBILIARIO (ei)

La Organización Sanitaria ha de poder garantizar que sus centros tienen una estructura que permite desarrollar la atención sanitaria con los adecuados niveles de seguridad para usuarios y profesionales y que sus instalaciones tienen las correspondientes revisiones establecidas por las normativas específicas del sector, a la vez que cuenta con un mobiliario moderno que facilita este cometido.

	Dominio		Agrupador	nº	Circuito
EQ	ESTRUCTURAS, INSTALACIONES Y MOBILIARIO	ei	Estructuras, instalaciones y mobiliario	1	Requisitos técnico-legales de las estructuras
				2	Seguridad de las infraestructuras
				3	Mobiliario y enseres

#### EQ\_ei\_1 Requisitos técnico-legales de las estructuras

La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, en su artículo 29.1 establecía que “los centros y establecimientos sanitarios de cualquier nivel, categoría o titularidad precisarán autorización administrativa para su instalación y funcionamiento, así como para las modificaciones que efectúen en su estructura y régimen inicial”.

Posteriormente, el Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, y tras él, el Decreto 53/2006, de 8 de junio, regularon la autorización de los centros y servicios sanitarios, públicos o privados y de cualquier clase y naturaleza, en el ámbito territorial del Principado de Asturias.

El Decreto 55/2014, de 28 de mayo, es la norma vigente en relación con la autorización de centros y servicios sanitarios, procedimientos y requisitos para su instalación, funcionamiento y modificación, así como para la comunicación y declaración de cierre de los centros y servicios sanitarios.

#### Estándar EQ\_ei\_1\_1 REQUISITOS TÉCNICO-LEGALES

EQ_ei_1_1	El centro cumple con los requisitos técnico-legales que le permiten prestar la atención sanitaria con seguridad.
-----------	--

La autorización de instalación será exigida para los centros de nueva creación que impliquen realización de obra nueva o alteraciones sustanciales en su estructura o instalaciones.

La autorización de modificación es la que solicitarán los centros que realicen cambios en su estructura, en su titularidad o en su oferta asistencial.

La autorización de funcionamiento es la que faculta a los centros para realizar su actividad; se exigirá con carácter preceptivo de modo previo al inicio de ésta y será concedida para cada centro sanitario, así como para cada uno de los servicios que constituyen su oferta asistencial. Deberá ser renovada cada ocho años.

Son requisitos de obligado cumplimiento para los titulares de los centros y servicios sanitarios incluidos en el ámbito de aplicación de este decreto:

- Obtener autorización de funcionamiento en todos los casos y mantener de forma permanente las condiciones y requisitos exigidos para la autorización.
- Disponer de autorización para su instalación o modificación, en los casos que proceda.
- Utilizar el número de registro sanitario en todas las comunicaciones externas del centro, independientemente del soporte de las mismas.

Son requisitos de obligado cumplimiento aquellas autorizaciones de todos los elementos que así estén establecidos en las distintas normativas sectoriales.

## DOMINIO 10: GESTIÓN DE EQUIPAMIENTO Y ESTRUCTURAS

### Elementos del estándar:

- Se dispone de autorización de instalación o de apertura como centro sanitario.
- Se dispone de autorización de funcionamiento vigente (renovación cada 8 años).
- Se dispone de autorización de modificación si procediera.
- Se dispone de número del registro de Centros y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias.
- Se dispone de autorización del Plan de Autoprotección por el Servicio de Emergencias del Principado de Asturias (SEPA) y por el Ayuntamiento.
- Se dispone de la revisión vigente por el Organismo de Control Autorizado (OCA) de la instalación eléctrica de baja tensión.
- Las instalaciones de agua están dadas de alta según RD 2003 para *Legionella* spp en Salud Pública.
- Se dispone del alta en industria de los depósitos de gases medicinales.
- Se dispone de los certificados de las revisiones periódicas de los depósitos de gases medicinales.
- Se dispone de inscripción en el registro de los aparatos elevadores.
- Se realizan y se registran las labores de mantenimiento de los aparatos elevadores, puertas automáticas, etc. según el reglamento vigente.
- Se realizan los contratos de mantenimiento con empresas autorizadas.
- Se dispone del alta en Industria de los equipos de radiodiagnóstico sujetos a reglamento (radiaciones ionizantes).

### EQ\_ei\_2 Seguridad de las infraestructuras

El Decreto 55/2014, de 28 de mayo, por el que se regula la autorización de centros y servicios sanitarios, con respecto a la seguridad de las instalaciones establece que “Todos los centros y servicios sanitarios deberán cumplir la normativa vigente en materia de instalaciones y seguridad, de prevención de riesgos laborales y, en su caso, de actividades clasificadas para la defensa del medioambiente”.

Son requisitos de obligado cumplimiento aquellas revisiones periódicas de todos los elementos que así estén establecidos en las distintas normativas sectoriales.

### Estándar EQ\_ei\_2\_1 SEGURIDAD INSTALACIONES

EQ\_ei\_2\_1

El centro establece los mecanismos necesarios para poder garantizar las condiciones de **seguridad de todas sus instalaciones.**

Las infraestructuras sanitarias son esenciales para garantizar la asistencia a la ciudadanía. Cualquier incidencia que pueda alterar su estructura y/o funcionamiento puede poner en riesgo tanto a profesionales como a pacientes.

El centro ha de analizar los riesgos potenciales de sus infraestructuras, tomar las medidas necesarias para aumentar la seguridad y establecer procedimientos que ayuden a prevenir, controlar y minimizar estos riesgos.

### Elementos del estándar:

#### Generales:

- El dispositivo dispone de un mapa de riesgos actualizado.
- Los profesionales conocen los procedimientos que ayuden a prevenir, controlar y minimizar los peligros y riesgos potenciales.

#### Movilidad/circulación:

- Las vías de circulación, tanto las situadas en el exterior de los edificios como en el interior de los mismos, incluidas las puertas, pasillos, escaleras, rampas... se pueden utilizar de forma fácil y con total seguridad.
- Los tabiques y puertas transparentes o translúcidas están claramente señalizadas. Las escaleras y rampas se ajustan a lo dispuesto en su normativa específica (anchura mínima, dimensiones de los peldaños, pendiente máxima de las rampas, etc.).
- El diseño y las características constructivas ofrecen seguridad frente a los riesgos de resbalones, caídas, choques o golpes contra objetos y derrumbamientos o caídas de materiales.
- Los suelos son estables, sin irregularidades y de materiales no resbaladizos o con elementos antideslizantes.

## DOMINIO 10: GESTIÓN DE EQUIPAMIENTO Y ESTRUCTURAS

- Las vías y salidas de evacuación, así como las vías de circulación y las puertas que den acceso a ellas, se ajustan a su normativa específica (Código técnico de edificación), están correctamente iluminadas y señalizadas, permanecen expeditas y desembocan lo más directamente posible en el exterior o en una zona de seguridad. Las puertas de emergencia se abren hacia el exterior y no están cerradas.
- Las zonas de riesgo, las vías de evacuación, los accesos restringidos, las áreas de radiología... están correctamente señalizadas para advertir, a usuarios y trabajadores, de la presencia de un riesgo, o para recordarles la existencia de una prohibición.

### Suministros estratégicos:

- Las zonas de suministros estratégicos están señalizadas y tienen acceso restringido (personal autorizado): instalaciones de alta, media y baja tensión, salas de sistemas de alimentación ininterrumpida (SAIs), centrales térmicas y frigoríficas, salas de bombeo, salas de climatización, centrales de gases medicinales, cuadros eléctricos, centrales de agua caliente sanitaria (ACS) y agua fría sanitaria (AFS), servidores informáticos...
- El centro dispone de la resolución y certificado de limpieza y desinfección de equipos y conductos resultantes de la anterior inspección.
- El centro dispone de las revisiones de gas establecidas en la normativa.
- El centro dispone de las revisiones de las calderas establecidas en la normativa.
- El centro dispone de las revisiones pertinentes de las puertas automáticas.
- El centro dispone de las revisiones pertinentes de los pararrayos.
- El centro dispone de las revisiones correspondientes de las instalaciones frigoríficas.
- El centro dispone de las revisiones correspondientes de las líneas de vida.
- El centro dispone de las validaciones de las salas de ambiente controlado (quirófanos, salas blancas de farmacia o similar, etc.).
- El centro dispone de las revisiones por Organismos de Control Autorizados (OCA) de los aparatos a presión (autoclaves).

### Instalación eléctrica:

- La instalación eléctrica dispone de la revisión por un organismo de control autorizado (OCA) en vigor y no entraña riesgos (cuadro eléctrico, protectores de enchufes, cableados, separación de zonas que tienen contacto con agua...).
- Contrato de mantenimiento del centro de Transformación (si dispone de él).

### Incendios:

- Certificado de revisiones anuales de Plan Contra Incendios (PCI) por parte de empresa autorizada.

### Iluminación:

- La iluminación cumple con la normativa aplicable y las recomendaciones del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT), permite una visibilidad adecuada para poder circular y se adapta a las características de la actividad que se efectúe en ella. Tiene una intensidad mínima establecida que se duplica en las zonas donde existan riesgos apreciables de caídas, choques u otros accidentes. Se evitan los deslumbramientos directos o indirectos producidos por superficies reflectantes y las zonas en penumbra.

### Seguridad radiológica:

- Se garantiza la seguridad radiológica: instalaciones plomadas, manejo de radiaciones portátiles con seguridad (radiología portátil), controles de calidad del equipamiento radiológico, verificación de los niveles de radiación, dosímetros si se precisa, procedimiento para el registro de incidentes...

### Señalética:

- Las señales se ajustan a lo dispuesto en la normativa vigente para cada caso particular (forma, colores, dimensiones, ubicación...) y se mantienen en buen estado.
- Las señalizaciones que necesitan una fuente de energía disponen de alimentación de emergencia que garantice su funcionamiento en caso de interrupción de aquella (señales luminosas y acústicas).
- La eficacia de la señalización no resulta disminuida por la concurrencia de señales o por otras circunstancias que dificulten su percepción o comprensión.
- La señalización permanece en tanto persista la situación que la motiva.

## DOMINIO 10: GESTIÓN DE EQUIPAMIENTO Y ESTRUCTURAS

### EQ\_ei\_3 Mobiliario y enseres hospitalarios

El centro hospitalario ha de dotarse de los mejores elementos mobiliarios que le permitan prestar una atención segura y eficiente tanto para los usuarios del centro como para los profesionales.

#### Estándar EQ\_ei\_3\_1 MOBILIARIO Y ENSERES

EQ\_ei\_3\_1

El centro cuenta con mobiliario y enseres adecuados para prestar la atención sanitaria.

##### Elementos del estándar:

- El centro hospitalario cuenta con mobiliario, sobre todo aquél que está en contacto con el paciente, cuyos materiales son fáciles de limpiar y desinfectar.
- El mobiliario está realizado con materiales de calidad y resistentes que eviten problemas de corrosión y deterioro.
- Las camas hospitalarias son preferentemente eléctricas, fácilmente regulables en altura y en distintos planos y cuentan con barandillas de seguridad laterales.
- En las unidades de hemodiálisis se cuenta con al menos una cama que permita el pesaje del paciente encamado.
- Las mesitas de los pacientes cuentan con sistemas de frenado eficaces y son estables.
- Las habitaciones y aquellas ubicaciones en las que los pacientes tengan que cambiarse de ropa (rehabilitación, hemodiálisis, hospitales de día, etc.) cuentan con taquillas adecuadas para guardar las pertenencias y están fijadas a la pared evitando vuelcos.
- Los carros de medicación de las unidades son de fácil movilidad por los profesionales y tienen el tamaño adecuado para llegar a la cama de los pacientes.
- Los carros de curas, lencería o comida son fácilmente manipulables por los profesionales.
- Los carros destinados al transporte de materiales almacenables, de documentación clínica o de residuos sanitarios son fácilmente manipulables por los profesionales.
- Los dispositivos utilizados para el transporte de pacientes (camillas, sillas de ruedas, incubadoras, cunas, etc.) se movilizan fácilmente por los profesionales y cuentan con elementos de seguridad.
- El centro hospitalario cuenta con grúas para la movilización de pacientes que garanticen su seguridad y la de los profesionales. Cuentan preferentemente con báscula para el pesaje de los pacientes.
- Las unidades que, por las características de los pacientes que tratan, lo precisen cuentan con grúas de bipedestación para facilitar las transferencias.
- Las unidades de hospitalización cuentan con sillas de baño de materiales plásticos que se puedan utilizar en el baño de los pacientes o en el inodoro.
- Los puestos de trabajo de los profesionales reúnen los materiales necesarios y las características ergonómicas adecuadas para su desempeño laboral.
- Los vestuarios de los profesionales cuentan con taquillas con llave para guardar sus pertenencias y con aseos dotados con ducha.

## DOMINIO 10: GESTIÓN DE EQUIPAMIENTO Y ESTRUCTURAS

EVALUACIÓN DE SEGUIMIENTO (es)

	Dominio		Agrupador	nº	Circuito
GE	GESTIÓN DE EQUIPAMIENTO Y ESTRUCTURAS	es	Evaluación de seguimiento	1	Acciones de mejora

### Estándar GE\_es\_1\_1 ACCIONES DE MEJORA

GE\_es\_1\_1

El centro incorpora **acciones de mejora** y, una vez finalizadas, las envía para su valoración a la UEC-SESPA en el formato establecido.

#### Elementos del estándar:

- El centro hospitalario desarrolla acciones de mejora relacionadas con este dominio a partir de los informes obtenidos tras la evaluación GECA.
- El centro hospitalario desarrolla acciones de mejora relacionadas con este dominio a partir de otras fuentes (iniciativas propias, auditorías internas y/o externas, etc.).
- Las acciones de mejora se envían anualmente a la UEC-SESPA en el formato establecido para tal fin y cumplen con los criterios de valoración establecidos en las cuatro fases que figuran en el Anexo III de la "Evaluación de Seguimiento GECCAs. Monitorización de continuidad".



## BIBLIOGRAFÍA UTILIZADA PARA LA REDACCIÓN DE LA GUÍA

### DOMINIO 1: LIDERAZGO

#### LI\_go\_2\_1 Cartera y carta de servicios

- Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.
- Decreto 61/2014, de 25 de junio, por el que se regulan las cartas de servicios en el ámbito de la Administración del Principado de Asturias.
- Carta de compromisos con la Calidad de las Administraciones Públicas Españolas. Ministerio de la Presidencia y la Agencia de Evaluación y Calidad. Octubre de 2009.
- Marco común sobre las cartas de servicios en las Administraciones Públicas Españolas. Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas. 2015.
- Resolución de 15 de febrero de 2018, de la Consejería de Presidencia y Participación Ciudadana, por la que se establece el modelo tipo de carta de servicios, el de resolución aprobatoria de aquella, y el de informe anual relativo al cumplimiento de los compromisos de calidad asumidos.

#### LI\_go\_3\_1 Estructura organizativa y participación profesional

- Decreto 31/2015, de 29 de abril, por el que se regulan la participación profesional y las comisiones clínicas en las áreas sanitarias del Servicio de Salud del Principado de Asturias.
- Ley 7/2019, de 29 de marzo, de Salud, del Principado de Asturias.

#### LI\_go\_4\_1 Plan de comunicación y transparencia

- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.
- Ley 7/2019, de 29 de marzo, de Salud, del Principado de Asturias.

#### LI\_go\_5\_1 Cuadro de mando

- Ley 7/2019, de 29 de marzo, de Salud, del Principado de Asturias.
- *Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals*. 2020.

#### LI\_go\_6\_1 Auditorías

- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Artículo 62.

#### LI\_go\_7\_1 Evaluación de los servicios subcontratados

- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.
- Ley 7/2019, de 29 de marzo, de Salud, del Principado de Asturias.

#### LI\_go\_9\_1 Prestación y rendición de cuentas (*accountability*)

- Ley 7/2019, de 29 de marzo, de Salud, del Principado de Asturias.
- UNE ISO 26000:2021, Una guía para la responsabilidad social de las organizaciones.
- IESE *Business School*. Universidad de Navarra. Cátedra de responsabilidad social de la empresa y gobierno corporativo.

#### LI\_go\_10\_1 Definición de puestos de trabajo y gestión de competencias profesionales

- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.
- Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias.

#### LI\_go\_11\_1 Plan de acogida a nuevos profesionales

- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.
- Servicio de Salud del Principado de Asturias. Plan de confortabilidad del Servicio de Salud del Principado de Asturias.

#### LI\_go\_12\_1 Opinión de los profesionales

- Consejería de Salud. Estrategia para la mejora de confianza y seguridad de las personas que trabajan en el Servicio de Salud del Principado de Asturias. 2018.

# BIBLIOGRAFÍA

## GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO (gc)

### LI\_gc\_1\_1 Formación pregrado y sanitaria especializada

- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Título VI “De la docencia e investigación”.

### LI\_gc\_2\_1 Formación continuada

- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Artículo 38.
- Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. Capítulo IV “Formación continuada”.

### LI\_gc\_3\_1 LI\_gc\_4\_1 y LI\_gc\_5\_2. Socialización, exteriorización e integración del conocimiento

- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
- *Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals*. 2020.
- Ikujiro Nonaka Hirotaka Takeuchi. La organización creadora de conocimiento. Cómo las compañías japonesas crean la dinámica de la innovación. *Oxford University Press*, Inc. ISBN 0-19-509269-4.
- La organización creadora de conocimiento. Ikujiro Nonaka, 1999. Editorial: Universidad Iberoamericana. ISBN: 9789706134547.
- López Espuela, Fidel; Jiménez Gracia, María Antonia. La gestión del conocimiento en las organizaciones sanitarias. *Evidentia*. 2009 jul-sep; 6(27).
- *Mannion R, Smith J. Hospital culture and clinical performance: where next? BMJ Qual Saf* 2017; 0:1-3. doi:10.1136/bmjqs-2017-007668.

### LI\_gc\_7\_1 Estudios de investigación clínica

- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Artículo 44 y 45.
- Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. Artículo 11.
- Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación biomédica.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud. Período 2015-2020.
- Convenio Europeo sobre los derechos humanos y la biomedicina. “Convenio de Oviedo”. Capítulo V art. 15, 16, 17 y 18. Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina, 4 de abril de 1997.

## MEJORA CONTINUA (mc)

### LI\_mc\_4\_1 Análisis estratégico, LI\_mc\_5\_1 Políticas de calidad, LI\_mc\_6\_1 Plan estratégico de mejora continua

- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.
- Ley 7/2019, de 19 de marzo, de Salud, del Principado de Asturias.

### LI\_mc\_2\_1 Creatividad e innovación

- Reglamento (UE) 2021/2282 del Parlamento Europeo y del Consejo de 15 de diciembre de 2021 sobre evaluación de las tecnologías sanitarias y por el que se modifica la Directiva 2011/24/UE.
- Orden SSI/1833/2013, de 2 de octubre, por la que se crea y regula el Consejo de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud.
- Luis Angel Oteo Ochoa, José Ramón Repullo Labrador. La innovación en los servicios sanitarios; consideraciones desde la perspectiva del Sistema Nacional de Salud español. *Rev Adm Sanit* 2003; 1(2):307-32.
- IESE *Business school*. El hospital del futuro (ST-388). Barcelona, enero 2016.

## CULTURA DE SEGURIDAD (cs)

### LI\_gr\_1\_1 Gestión de la cultura de seguridad hospitalaria

- Norma ISO UNE 179003-2013: Servicios sanitarios. Gestión de riesgos para la seguridad del paciente.
- Cuestionario sobre seguridad de los pacientes: versión española del Hospital Survey on Patient Safety. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005.
- Certificación en seguridad del paciente en un Servicio de Medicina Intensiva: nuestra experiencia con la norma UNE 179003:2013. P. Merino, E. Bustamante, C. Campillo-Arterob, E. Bartual, G. Tueroa y J. Maric. *Revista de Medicina Intensiva*. <http://dx.doi.org/10.1016/j.medin.2013.10.002> (última consulta 3 de julio de 2023).

## BIBLIOGRAFÍA

- Diseño y validación de un mapa de riesgos para la mejora de la seguridad del paciente en los servicios de urgencias hospitalarios. Tomás Vecina S, Bueno Domínguez MJ, Chanovas Borrás M, Roqueta Egea F, Grupo de Trabajo Mapa de Riesgos SEMES. Trauma Fundación MAPFRE (2014) Vol 25 nº 1:46-53.

### LI\_gr\_2\_1 Unidad de Calidad y Seguridad

- Decreto 31/2015, de 29 de abril, por el que se regulan la participación profesional y las comisiones clínicas en las áreas sanitarias del Servicio de Salud del Principado de Asturias.
- Norma ISO UNE 179003-2013: Servicios sanitarios. Gestión de riesgos para la seguridad del paciente.

### LI\_gr\_3\_1 Detección y notificación de incidentes y eventos adversos relacionados con la atención sanitaria

- Real Decreto 1468/2008, de 5 de septiembre, por el que se modifica el Real Decreto 393/2007, de 23 de marzo, por el que se aprueba la norma básica de autoprotección de los centros, establecimientos y dependencias dedicados a actividades que puedan dar origen a situaciones de emergencia.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Sistemas de Registro y Notificación de incidentes y eventos adversos.
- Servicio de Salud del Principado de Asturias. Gestión de Riesgos. 2015.
- Plan de autoprotección del SESPA. 2016.
- Plan de autoprotección del Hospital Universitario Central de Asturias. 2018.
- Consejería de Salud y Servicios Sanitarios. Estudios de los efectos adversos en la atención hospitalaria en el Principado de Asturias. (2008).

### LI\_gr\_4\_1 Implicación del paciente en la seguridad

- 20 recomendaciones para ayudar a prevenir los errores médicos. *Agency for Healthcare Research and Quality (2101 East Jefferson Street - Rockville, MD 20852) U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service AHRQ Pub. No. 00-P039 August 2000.*

### LI\_es\_1 Acciones de mejora

- Evaluación de seguimiento GECCAs. Monitorización de continuidad. Servicio de Salud del Principado de Asturias. 30 de julio de 2021. ISBN: 978-84-09-36994-2.

## DOMINIO 2: DERECHOS Y DEBERES

### DP\_dd\_1\_1 Difusión de los derechos y deberes

- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.
- Ley 7/2019, de 29 de marzo, de Salud, del Principado de Asturias.
- Consejería de Salud del Principado de Asturias. Derechos y Deberes de los usuarios del Sistema Sanitario Público Asturiano.

### DP\_dd\_2\_1 Valores y creencias

- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
- Ruiz Navascués, Rafael et al. Historia clínica de valores y creencias de salud: Opinión de los ciudadanos. Nure Investigación, nº 12, Febrero 2005.

### DP\_dd\_3\_1 Confidencialidad

- Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.
- Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (Reglamento general de protección de datos).
- Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.
- Ley 7/2019, de 29 de marzo, de Salud, del Principado de Asturias.
- Decreto 51/2019, de 21 de junio, del Principado de Asturias por el que se regulan la historia clínica y otra documentación clínica.
- Agencia Española de Protección de Datos. Informe de cumplimiento de la LOPD en Hospitales. 2010.
- Agencia Española de Protección de Datos. Protección de datos: Guía para pacientes y usuarios de la sanidad. 2019.

## BIBLIOGRAFÍA

- Agencia Española de Protección de Datos. Guía para profesionales del sector sanitario. 2022.
- Servicio de Salud del Principado de Asturias. Decálogo de confidencialidad en el Servicio de Salud del Principado de Asturias. 2006.

### DP\_dd\_4\_1 Intimidad

- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Artículo 7.
- Orden SSI/81/2017, de 19 de enero, pautas básicas destinadas a asegurar y proteger el derecho a la intimidad del paciente por los alumnos y residentes en Ciencias de la Salud.
- Gallego Riestra, S. Intimidad y documentación Clínica. 2006.

### DP\_dd\_5\_1 Gestión de los conflictos éticos

- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Artículo 10.
- Opinión del comité de Bioética de España sobre la objeción de conciencia en Sanidad.
- Mapa de conflictos éticos en hospitalización de pacientes crónicos. Asociación Española de Bioética. 2020.

## PARTICIPACIÓN (pa)

### DP\_pa\_1\_1 Consentimiento informado

- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Artículos 8, 9 y 10.
- Ley 3/2001, de 28 de mayo, reguladora del consentimiento informado y de la historia clínica de los pacientes. Última modificación: 21 de marzo de 2005.
- Convenio Europeo sobre los derechos humanos y la biomedicina. “Convenio de Oviedo”. Capítulo II art. 5 y 8. Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina. 1997.

### DP\_pa\_2\_1 Sustitución en la toma de decisiones

- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
- Ley 5/2003, de 9 de octubre, Ley de Declaración de Voluntad Vital.
- Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia.
- Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia.
- Convenio Europeo sobre los derechos humanos y la biomedicina. “Convenio de Oviedo”. Capítulo II art. 6 y 7. Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina. 1997.
- Boletín nº 19 del Observatorio de Salud del Principado de Asturias. Instrucciones Previas. 2016.

### DP\_pa\_3\_1 Reclamaciones, quejas y sugerencias

- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
- Real Decreto 208/1996, de 9 de febrero, por el que se regulan los servicios de información administrativa y atención al ciudadano.
- Decreto 88/1985, de 5 de septiembre, por el que se regula la Oficina de Información, Iniciativas y Reclamaciones de la Administración del Principado.
- Decreto 89/2017, de 20 de diciembre, por el que se regula la atención ciudadana y las oficinas de asistencia en materia de registros en la Administración del Principado de Asturias, sus organismos y entes públicos.
- Consejería de Salud del Principado de Asturias. Quejas sugerencias y agradecimientos: Documentación necesaria para que los profesionales faciliten a los usuarios la tramitación de quejas, sugerencias y agradecimientos. 2022.

### DP\_pa\_4\_1 Instrucciones previas

- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Artículo 11.
- Convenio Europeo sobre los derechos humanos y la biomedicina. “Convenio de Oviedo”. Capítulo II art. 9. Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina. 1997.

## BIBLIOGRAFÍA

- Real Decreto 415/2022, de 31 de mayo, modifica el Real Decreto 124/2007, de 2 de febrero, por el que se regula el Registro nacional de instrucciones previas y el correspondiente fichero automatizado de datos de carácter personal.
- Orden SCO/2823/2007, de 14 de septiembre, por la que se amplía la Orden de 21 de julio de 1994, por la que se regulan los ficheros con datos de carácter personal gestionados por el Ministerio de Sanidad y Consumo y se crea el fichero automatizado de datos de carácter personal denominado Registro nacional de instrucciones previas.
- Ley del Principado de Asturias 5/2018, de 22 de junio, sobre derechos y garantías de la dignidad de las personas en el proceso del final de la vida.
- Decreto 4/2008, de 23 de enero, de Organización y Funcionamiento del Registro del Principado de Asturias de Instrucciones Previas en el ámbito sanitario.
- Resolución de 29 de abril de 2008, de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios, de desarrollo y ejecución del Decreto 4/2008, de 23 de enero, de Organización y Funcionamiento del Registro del Principado de Asturias de Instrucciones Previas en el ámbito sanitario automatizado de datos de carácter personal.
- Consejería de Salud del Principado de Asturias. Instrucciones previas (Testamento Vital): Información y documentos para tramitar las instrucciones previas en el ámbito sanitario. 2023.

### **DP\_pa\_5\_1 Participación de pacientes y familiares**

- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
- Ley del Principado de Asturias 7/2019, de 29 de marzo, de Salud.
- Consejería de Salud. Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria del Principado de Asturias. Línea Estratégica: Ciudadanía.

### **DP\_pa\_6\_1 Educación de pacientes y familias**

- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
- Ley 7/2019, de 29 de marzo, de Salud, del Principado de Asturias.
- Consejería de Salud. Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria del Principado de Asturias. Línea Estratégica: Ciudadanía.
- Abad P, Díaz S, Prado J, Menéndez L. Dirección General de Calidad, Transformación y Gestión del Conocimiento, Consejería de Salud del Principado de Asturias. Información a Familiares en Selene, versión 0,04. 2022.

## **DOMINIO 3: ACCESIBILIDAD**

### **ACCESIBILIDAD ESTRUCTURAL:**

#### **AC\_ae\_1\_2 Movilidad exterior, AC\_ae\_5\_1 Movilidad interior horizontal y AC\_ae\_6\_1 Movilidad interior vertical**

- Ley 5/1995, de 6 de abril, de promoción de la accesibilidad y supresión de barreras.
- Ley 11/2007, de 22 de junio. Acceso electrónico de los ciudadanos a los Servicios Públicos.
- Ley 27/2007, de 23 de octubre, por la que se reconocen las lenguas de signos españolas y se regulan los medios de apoyo a la comunicación oral de las personas sordas, con discapacidad auditiva y sordociegas.
- Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social y su modificación por la Ley 6/2022, de 31 de marzo.
- Real Decreto 314/2006, de 17 de marzo, por el que se aprueba el Código Técnico de la Edificación y sus modificaciones a través del RD 173/2010 y el 732/2019.
- Real Decreto 366/2007, por el que se aprueban las condiciones de accesibilidad y no discriminación de las personas con discapacidad en sus relaciones con la Administración General del Estado.
- Real Decreto 505/2007, de 20 de abril, por el que se aprueban las condiciones básicas de accesibilidad y no discriminación de las personas con discapacidad para el acceso y utilización de los espacios públicos urbanizados y edificaciones.
- Real Decreto 1494/2007, de 12 de noviembre, por el que se aprueba el Reglamento sobre las condiciones básicas para el acceso de las personas con discapacidad a las tecnologías, productos y servicios relacionados con la sociedad de la información y medios de comunicación social.

## BIBLIOGRAFÍA

- Orden TMA/851/2021, de 23 de julio, por la que se desarrolla el documento técnico de condiciones básicas de accesibilidad y no discriminación para el acceso y la utilización de los espacios públicos urbanizados.
- Real Decreto 1544/2007, de 23 de noviembre, por el que se regulan las condiciones básicas de accesibilidad y no discriminación para el acceso y utilización de los modos de transporte para personas con discapacidad.
- CTE- DB SUA. Documento básico de seguridad de utilización y accesibilidad. Ministerio de Fomento. Real Decreto 314/2006, modificado: Real Decreto 450/2022, de 14 de junio (BOE 15/06/2022).
- Orden TMA/851/2021, de 23 de julio, por la que se desarrolla el documento técnico de condiciones básicas de accesibilidad y no discriminación para el acceso y la utilización de los espacios públicos urbanizados.
- Decreto 37/2003, de 22 de mayo, por el que se aprueba el Reglamento de la Ley del Principado de Asturias 5/1995, de 6 de abril, de promoción de la accesibilidad y supresión de barreras, en los ámbitos urbanístico y arquitectónico.
- Norma UNE-41500 IN: Accesibilidad en la edificación y urbanismo. Criterios generales de diseño. AENOR 2001.
- Norma UNE-41510: Accesibilidad en el urbanismo. AENOR 2001.
- Norma UNE 170001-1 Criterios para facilitar la accesibilidad al entorno. Requisitos DALCO (Deambulación, Aprehensión, Localización y Comunicación). AENOR 2001.
- Norma UNE 41501 Símbolo de accesibilidad para la movilidad. Reglas y grados de uso. AENOR 2002.
- Norma UNE 170001-2. Accesibilidad universal. Sistema de gestión de la accesibilidad. AENOR 2007.
- Norma UNE 170002:2009. Requisitos de accesibilidad para la rotulación.
- UNE 1-142-90 Elaboración y principios para la aplicación de los pictogramas destinados a la información del público.
- Norma UNE-EN 81-70 relativa a la “accesibilidad a los ascensores de personas, incluyendo personas con discapacidad”.
- UNE-EN 115-1:2018 Seguridad de escaleras mecánicas y andenes móviles.
- Características de la rotulación para personas con discapacidad visual. ONCE 2006
- Recomendaciones de las características de los baños adaptados para personas ostomizadas de la Federación de asociaciones de personas ostomizadas en España (FAPOE).  
<https://www.fapoe.com/ba%C3%B1os>

### ACCESIBILIDAD TRAMITACIÓN (at)

#### AC\_at\_1\_1 Información al usuario

- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Artículos 10 y 11.
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
- Ley 27/2007, de 23 de octubre, por la que se reconocen las lenguas de signos españolas y se regulan los medios de apoyo a la comunicación oral de las personas sordas, con discapacidad auditiva y sordociegas.
- Real Decreto 208/1996, de 9 de febrero, por el que se regulan los servicios de información administrativa y atención al ciudadano.

### PRIORIZACIÓN DE LA ASISTENCIA (pa)

#### AC\_ap\_1\_1 Priorización de la asistencia en base a criterios sanitarios

- Ley del Principado de Asturias 7/2019, de 29 de marzo, de Salud.
- Rodríguez Alcalá, F.J. y López de Castro, F. Planificación sanitaria (II): desde la priorización de problemas a la elaboración de un programa de salud. SEMERGEN 2004; 30 (4)180-9.
- Sánchez Martínez, Fernando I; Abellán Perpiñán, Jose M; Martínez Pérez, Jorge E. ¿Cómo se deben establecer y evaluar las prioridades en salud y servicios de salud? Métodos de priorización y disparidades regionales. Informe SESPAS 2008. GacSanit. 2008; 22 (Supl 1):126-36.

### DOMINIO 4: ASISTENCIA SANITARIA

#### AS\_pa\_1\_1 Acogida

- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Artículo 12.
- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

## BIBLIOGRAFÍA

- Servicio de Salud del Principado de Asturias. Plan de confortabilidad del Servicio de Salud del Principado de Asturias. 2004.
- AS\_pa\_2\_1 Identificación inequívoca**
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud. Período 2015-2020. Línea estratégica 2. Objetivo 2.5.
  - Consejería de Salud y Servicios Sanitarios. Política institucional de identificación en centros sanitarios del Principado de Asturias. 2006.
  - Consejería de Salud y Servicios Sanitarios. Prácticas seguras en el acto quirúrgico y los procedimientos de riesgo. Listado de verificación. 2010.
  - Consejería de Salud del Principado de Asturias. Estrategia de Seguridad del Paciente en Asturias 2015-2020.
  - Servicio de Salud del Principado de Asturias. Las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente en Atención Primaria. 2015.
- AS\_pa\_3\_1 Responsable de la asistencia**
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
  - Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. Artículo 5.
- AS\_pa\_4\_1 Historia clínica**
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Artículos 14, 15, 16, 17, 18 y 19.
- AS\_pa\_5\_1 Evaluación del paciente**
- Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.
  - Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud. Período 2015-2020. Línea estratégica 2. Objetivo 2.4.
  - Proyecto Séneca. Informe técnico diciembre 2008. Estándares de calidad de cuidados para la seguridad del paciente en los hospitales del SNS.
  - Consejería de Salud y Servicios Sanitarios. Proceso de cuidados: valoración enfermera. 2009.
  - Consejería de Salud y Servicios Sanitarios. Protocolo para la detección y prevención de las úlceras por presión. 2008.
  - Consejería de Salud y Servicios Sanitarios. Prácticas seguras relacionadas con cuidados de enfermería: Prevención de caídas de pacientes ingresados. 2010.
  - Servicio de Salud del Principado de Asturias. Plan de confortabilidad del Servicio de Salud del Principado de Asturias. 2004.
- AS\_pa\_6\_1 Plan terapéutico individualizado (PTI)**
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud. Período 2015-2020.
  - Consejería de Salud y Servicios Sanitarios. Proceso de cuidados: valoración enfermera. (2009).
  - Proyecto Séneca. Informe técnico. Estándares de calidad de cuidados para la seguridad del paciente en los hospitales del SNS. (2008).
- AS\_pa\_7\_1 Información clínica a pacientes y familiares**
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
  - Ley del Principado de Asturias 7/2019, de 29 de marzo, de Salud.
  - Consejería de Salud. Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria del Principado de Asturias. Línea Estratégica: Ciudadanía.
  - Abad P, Díaz S, Prado J, Menéndez L. Dirección General de Calidad, Transformación y Gestión del Conocimiento, Consejería de Salud del Principado de Asturias. Información a Familiares en SELENE, versión 0,04. 2022.
- AS\_pa\_8\_1 Comunicación efectiva y sin errores**
- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.
  - Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud. Período 2015-2020. Línea estratégica 2. Objetivo 2.6.

## BIBLIOGRAFÍA

- Servicio de Salud del Principado de Asturias. Las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente en Atención Primaria. 2015.
- Consejería de Salud del Principado de Asturias. Estrategia de Seguridad del Paciente en Asturias 2015-2020.

### AS\_mb\_1 Gestión de muestras biológicas

- Norma Europea: Laboratorios clínicos. Requisitos particulares para la calidad y la competencia. ISO 15189: 2022.

### AS\_mb\_1\_1 Laboratorio de Bioquímica

- Norma Europea: Laboratorios clínicos. Requisitos particulares para la calidad y la competencia. ISO 15189: 2022.

### AS\_mb\_1\_6 Laboratorio de Microbiología

- Norma Europea: Laboratorios clínicos. Requisitos particulares para la calidad y la competencia. ISO 15189: 2022.

### AS\_mb\_1\_11 Laboratorio de Anatomía Patológica

- Norma Europea: Laboratorios clínicos. Requisitos particulares para la calidad y la competencia. ISO 15189: 2022.

### AS\_mb\_1\_16 Laboratorio de Hematología

- Norma Europea: Laboratorios clínicos. Requisitos particulares para la calidad y la competencia. ISO 15189: 2022.

### AS\_dt\_1 Gestión de transfusiones

- Directiva 2002/98/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de enero de 2003, por la que se establecen normas de calidad y de seguridad para la extracción, verificación, tratamiento, almacenamiento y distribución de sangre humana y sus componentes y por la que se modifica la Directiva 2001/83/CE (DO L 33 de 8.2.2003, p. 30).

### AS\_dt\_2 Gestión de órganos y tejidos

- Reglamento (UE) 2024/1938 del Parlamento Europeo y del Consejo de 13 de junio de 2024 sobre las normas de calidad y seguridad de las sustancias de origen humano destinadas a su aplicación en el ser humano y por el que se derogan las Directivas 2002/98/CE y 2004/23/CE.
- Directiva 2004/23/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 31 de marzo de 2004, relativa al establecimiento de normas de calidad y de seguridad para la donación, la obtención, la evaluación, el procesamiento, la preservación, el almacenamiento y la distribución de células y tejidos humanos (DO L 102 de 7.4.2004, p. 48).

### AS\_pi\_1 Pruebas de imagen

- Directiva 2013/59/Euratom del Consejo, de 5 de diciembre de 2013, por la que se establecen normas de seguridad básicas para la protección contra los peligros derivados de la exposición a radiaciones ionizantes.
- Real Decreto 1976/1999, de 23 de diciembre, por el que se establecen los criterios de calidad en radiodiagnóstico.
- Real Decreto 815/2001, de 13 de julio, sobre justificación del uso de las radiaciones ionizantes para la protección radiológica de las personas con ocasión de exposiciones médicas.
- Real Decreto 1085/2009, 3 de julio, por el que se aprueba el Reglamento sobre instalación y utilización de aparatos de rayos X con fines de diagnóstico médico.
- Unidad asistencial de diagnóstico y tratamiento por la imagen. Estándares y recomendaciones de calidad. Informes, estudios e investigación 2013. Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad. <http://publicacionesoficiales.boe.es>

## BLOQUE QUIRÚRGICO

### AS\_bq\_1\_1 Proceso preoperatorio

- *Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals*. 2020.
- Bloque quirúrgico. Estándares y recomendaciones. Ministerio de Sanidad y Política social. 2009.
- Guía de Práctica Clínica para la Seguridad del Paciente Quirúrgico. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. (2010).

## BIBLIOGRAFÍA

- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud. Período 2015-2020. Línea estratégica 2. Objetivo 2.3.
- Consejería de Salud y Servicios Sanitarios. Prácticas seguras en el acto quirúrgico y los procedimientos de riesgo. Listado de verificación. 2010.
- Consejería de Salud del Principado de Asturias. Estrategia de Seguridad del Paciente en Asturias 2015-2020.

### AS\_bq\_2\_1 Estructura del Bloque quirúrgico

- Bloque quirúrgico. Estándares y recomendaciones. Ministerio de Sanidad y Política social. 2009.
- Guía de Práctica Clínica para la Seguridad del Paciente Quirúrgico. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. (2010).
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud. Período 2015-2020. Línea estratégica 2. Objetivo 2.3.
- Consejería de Salud y Servicios Sanitarios. Prácticas seguras en el acto quirúrgico y los procedimientos de riesgo. Listado de verificación. 2010.
- Consejería de Salud del Principado de Asturias. Estrategia de Seguridad del Paciente en Asturias 2015-2020.

### AS\_bq\_3\_1 Cirugía segura

- Organización Mundial de la Salud. La cirugía segura salva vidas. 2008.
- Manual de aplicación de la lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía. 2009.
- Organización Mundial de la Salud. Lista de verificación de la seguridad de la cirugía. Organización Mundial de la Salud. 2009.
- Programa de Cirugía Segura del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad.
- Bloque quirúrgico. Estándares y recomendaciones. Ministerio de Sanidad y Política social. 2009.
- Guía de Práctica Clínica para la Seguridad del Paciente Quirúrgico. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. (2010).
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud. Período 2015-2020. Línea estratégica 2. Objetivo 2.3.
- Consejería de Salud y Servicios Sanitarios. Prácticas seguras en el acto quirúrgico y los procedimientos de riesgo. Listado de verificación. 2010.

### AS\_bq\_4\_1 Gestión segura del medicamento y de la fluidoterapia

- Errores de Medicación (EM): Uso seguro de medicamentos en el perioperatorio. Infografía Sistema Español de Notificación en Seguridad en Anestesia y Reanimación (SENSAR).

### AS\_bq\_5\_1 Clima y cultura de seguridad en el bloque quirúrgico

- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud. Período 2015-2020. Línea estratégica 2. Objetivo 2.3.
- Consejería de Salud y Servicios Sanitarios. Prácticas seguras en el acto quirúrgico y los procedimientos de riesgo. Listado de verificación. 2010.
- Consejería de Salud del Principado de Asturias. Estrategia de Seguridad del Paciente en Asturias 2015-2020.

## DONACIÓN Y TRASPLANTE

- Ley 30/1979, de 27 de octubre, sobre extracción y trasplante de órganos.
- Real Decreto-ley 9/2014, de 4 de julio, por el que se establecen las normas de calidad y seguridad para la donación, la obtención, la evaluación, el procesamiento, la preservación, el almacenamiento y la distribución de células y tejidos humanos y se aprueban las normas de coordinación y funcionamiento para su uso en humanos.
- Plan estratégico en donación y trasplante de órganos 2018-2022. Organización Nacional de Trasplantes. Ministerio de sanidad, consumo y bienestar social.
- Estándares en hemoterapia 5ª edición. Rev. 2022. Fundación CAT.
- Programa de garantía de calidad en el proceso de donación y trasplante de la organización nacional de trasplantes. B. Miranda, M. Alonso, N. Cuende, J. Cañón, C. Martín Delagebasala, E. Sagredo. Vol. 21. Núm. 54. Agosto 2001.

## ATENCIÓNES ESPECIALES (ae)

### AS\_ae\_1\_1 Contención mecánica

## BIBLIOGRAFÍA

- Instrucción 1/2022, de 19 de enero, de la Fiscalía General del Estado, sobre el uso de medios de contención mecánicos o farmacológicos en unidades psiquiátricas o de salud mental y centros residenciales y/o sociosanitarios de personas mayores y/o con discapacidad.
- Unidad de Coordinación del Programa Marco de Salud Mental. Protocolo de Contención Mecánica. 2017.
- Gallego Riestra S, Gutiérrez Rodríguez J, Fernández. Guzmán M.F. Aspectos legales del uso de medios de contención mecánica en los diferentes ámbitos asistenciales y sanitarios. Especial referencia a los ingresos por patologías no psíquicas en instituciones sanitarias abiertas. Vol. 23, Núm. 1. 2013.
- Rubio Domínguez J. Contención mecánica de pacientes. Situación actual y ayuda para profesionales sanitarios. 2017.

### AS\_ae\_2\_1 Pacientes vulnerables

- Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.
- Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y a la adolescencia frente a la violencia.
- Ley del Principado de Asturias 5/2018, de 22 de junio, sobre derechos y garantías de la dignidad de las personas en el proceso del final de la vida.
- Ley 7/2019, de 29 de marzo, de Salud, del Principado de Asturias.
- Consejería de Salud. Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria del Principado de Asturias.

### AS\_ae\_3\_1 Situación crítica de maltrato

- Ley Orgánica 1/1996 de Protección Jurídica del Menor.
- Ley Orgánica 1/2004 de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género.
- Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y a la adolescencia frente a la violencia.
- Ley Orgánica 10/2022, de 6 de septiembre, de garantía integral de la libertad sexual.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género. 2012.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Boletín informativo periódico de la Fundación para la Acreditación y el Desarrollo Asistencial (FADA). Violencia en el trabajo. 2014.
- Consejería de vivienda y bienestar social. Maltrato infantil. Guía de actuación para los servicios sanitarios de Asturias. Instituto asturiano de atención social a la infancia, familia y adolescencia. 2006.

### AS\_ae\_4\_1 Evaluación del riesgo de violencia

- Ley 31/1995 de 8 de noviembre sobre Prevención de Riesgos Laborales.
- Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio. Un imperativo legal. 2014.
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Estrategia en Salud Mental Sistema Nacional de Salud 2009-2013. 2011.
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Guías de Práctica Clínica en el SNS. 2012.
- Consejería de Salud y Servicios Sanitarios. Plan de prevención y actuación frente a potenciales situaciones conflictivas en los centros sanitarios. 2007.
- Agresiones en Centros Sanitarios. Plan de actividades preventivas de la Seguridad Social 2020. Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones.

## CONTINUIDAD ASISTENCIAL (ca)

### AS\_ca\_1\_1 Continuidad de la información

- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Artículos 20 y 21.
- Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud.
- Consejería de Sanidad. Dirección General de Planificación Sanitaria. Sistema de información asistencial integrado (SIAI). Fichas de marcas de pacientes Selene. (2017).
- Reid R, Haggerty J, Mckendry MA. *Defusing the confusion: concepts and measures of continuity of health care*. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation; 2002.
- Terraza R. Coordinación y Continuidad: Un Marco para el análisis Universidad Pompeu Fabra; 2004.

### AS\_ca\_3\_1 Continuidad de la gestión

## BIBLIOGRAFÍA

- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
- Servicio de Salud del Principado de Asturias. Plan de confortabilidad del Servicio de Salud del Principado de Asturias. (2004).
- Reid R, Haggerty J, Mckendry MA. *Defusing the confusion: concepts and measures of continuity of health care*. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation; 2002.
- Terraza R. Coordinación y Continuidad: Un Marco para el análisis Universidad Pompeu Fabra. (2004).

### DOMINO 5: GESTIÓN DE LAS EMERGENCIAS.

#### EMERGENCIAS INTERNAS (ei)

##### GE\_ei\_1\_1 Atención a la parada cardiorrespiratoria

- Decreto 54/2016, de 28 de septiembre, por el que se regula la instalación y la utilización de desfibriladores externos fuera del ámbito sanitario, así como la formación y acreditación de las entidades formadoras para este uso.
- Recomendaciones para la Resucitación 2015 del Consejo Europeo de Resucitación (ERC).
- Declaración del Consejo Español de Resucitación Cardiopulmonar (CERC) sobre las nuevas recomendaciones 2015 del Consejo Europeo de Resucitación (ERC)
- Unidad de Coordinación de Atención a las Urgencias y Emergencias del SESPA. Notificación datos de las PCR atendidas. Método Utstein. Registro de Paradas.
- Servicio de Prevención de Riesgos Laborales (Área de Salud). Procedimiento para el control de desfibriladores semiautomáticos.
- Álvarez Fernández J.A. y López de Ochoa A. Pautas Recomendadas para la Comunicación Uniforme de Datos en el Paro Cardíaco Extrahospitalario (nueva versión abreviada) El “Estilo Utstein”. Medicina Intensiva, número 7, páginas 461-472. 1993.

##### GE\_ei\_2\_1 Plan de contingencia para los suministros esenciales

###### ELECTRICIDAD

- Real Decreto 842/2002, de 2 de agosto, por el que se aprueba el Reglamento electrotécnico para baja tensión
- Real Decreto 1890/2008, de 14 de noviembre, por el que se aprueba el Reglamento de eficiencia energética en instalaciones de alumbrado exterior y sus Instrucciones técnicas complementarias EA-01 a EA-07.
- AENOR. UNE 20460-7-710. Instalaciones eléctricas en edificios. Reglas para las instalaciones y emplazamientos especiales. Locales de uso médico. (1998).

###### AGUA

- Real Decreto 513/2017, de 22 de mayo, por el que se aprueba el Reglamento de instalaciones de protección contra incendios
- Real Decreto 487/2022, de 21 de junio, por el que se establecen los requisitos sanitarios para la prevención y el control de la legionelosis.
- Real Decreto 3/2023, de 10 de enero, por el que se establecen los criterios técnico-sanitarios de la calidad del agua de consumo, su control y suministro.

###### INSTALACIONES PETROLÍFERAS

- Real Decreto 1523/1999, de 1 de octubre, por el que se modifica el Reglamento de instalaciones petrolíferas, aprobado por Real Decreto 2085/1994, de 20 de octubre, y las instrucciones técnicas complementarias MI-IP03, aprobada por el Real Decreto 1427/1997, de 15 de septiembre, y MI-IP04, aprobada por el Real Decreto 2201/1995, de 28 de diciembre.
- Real Decreto 919/2006, de 28 de julio, por el que se aprueba el Reglamento técnico de distribución y utilización de combustibles gaseosos y sus instrucciones técnicas complementarias ICG 01 a 11.

###### GASES MEDICINALES

- Real Decreto 1800/2003, de 26 de diciembre, por el que se regulan los gases medicinales.

###### SISTEMAS DE VENTILACIÓN Y AIRE ACONDICIONADO

- Real Decreto 1027/2007, de 20 de julio, por el que se aprueba el Reglamento de Instalaciones Térmicas en los Edificios.
- UNE 100012 - Planificación y ejecución de la revisión y limpieza de la red de conductos.
- UNE 171330 - Revisión de la calidad del aire interior.

###### COMUNICACIONES Y TELEFONÍA

- Real Decreto 842/2002, de 2 de agosto, por el que se aprueba el Reglamento electrotécnico para baja tensión.

## BIBLIOGRAFÍA

- Reglamento UE 2016/679 - Reglamento sobre la protección de datos.
- ISO/IEC 11801 - Cableado estructurado de propósito general.
- IEEE 802 LAN/MAN - Normas de estandarización que incluyen Ethernet y red inalámbrica.

### GE\_ei\_3\_1 Plan de emergencias

- Ley 2/1985, de 21 de enero, sobre protección civil.
- Ley 31/1995, de 9 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales.
- Real Decreto 1942/1993, de 5 de noviembre, por el que se aprueba el Reglamento de Instalaciones de Protección contra Incendios.
- Real Decreto 485/1997, de 14 abril, sobre disposiciones mínimas en materia de señalización de seguridad y salud en el trabajo.
- Real Decreto 2267/2004, de 3 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de seguridad contra incendios en los establecimientos industriales.
- Real Decreto 393/2007, de 23 de marzo, por el que se aprueba la Norma Básica de Autoprotección de los centros, establecimientos y dependencias dedicados a actividades que puedan dar origen a situaciones de emergencia.
- Real Decreto 513/2017, de 22 de mayo, por el que se aprueba el Reglamento de instalaciones de protección contra incendios.
- Documento Básico SI, Seguridad en caso de Incendio. Ministerio de Fomento. Febrero 2010.
- AENOR. Norma UNE EN ISO 13943:2001. Seguridad contra incendios. Señalización de seguridad. Vías de evacuación.
- Orden de 24 octubre 1979. Protección Anti-incendios en Establecimientos Sanitarios.
- Plan de autoprotección del SESPA. (2016).

### GE\_ee\_1 Plan de catástrofes externas e incidencias

- Ley 17/2015, de 9 de julio, del Sistema Nacional de Protección Civil.
- Decreto 69/2014, de 16 de julio, por el que se aprueba el Plan Territorial de Protección Civil del Principado de Asturias (PLATERPA).

## DOMINIO 6: GESTIÓN DE LA MEDICACIÓN

### GM\_pm\_1\_1 Selección y adquisición de la medicación

- Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios.
- Ley 1/2007, de 16 de marzo, de atención y ordenación farmacéutica, del Principado de Asturias.
- Resolución de 20 de junio de 2014, de la Dirección Gerencia del Servicio de Salud del Principado de Asturias, por la que se regula la composición y régimen de funcionamiento de la Comisión de Uso Racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Cómo se regulan los Medicamentos y Productos Sanitarios en España. 2014.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Cuestionario de autoevaluación de la seguridad del sistema de utilización de los medicamentos en los hospitales. Adaptación del ISMP *Medication Safety Self Assessment for Hospitals*, por el Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos (ISMP-España). 2018.

### GM\_pm\_2\_1 Guía farmacoterapéutica

- Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios.
- Ley 1/2007, de 16 de marzo, de atención y ordenación farmacéutica, del Principado de Asturias.
- Resolución de 20 de junio de 2014, de la Dirección Gerencia del Servicio de Salud del Principado de Asturias, por la que se regula la composición y régimen de funcionamiento de la Comisión de Uso Racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Cómo se regulan los Medicamentos y Productos Sanitarios en España. 2014.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Cuestionario de autoevaluación de la seguridad del sistema de utilización de los medicamentos en los hospitales. Adaptación del ISMP *Medication Safety Self Assessment for Hospitals*, por el Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos (ISMP-España). 2018.
- Guía farmacoterapéutica unificada para hospitales del Servicio de Salud del Principado de Asturias 2019.

## BIBLIOGRAFÍA

### GM\_pm\_3\_1 Almacenamiento

- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Título V “De los productos farmacéuticos”.
- Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios.
- Ley 1/2007, de 16 de marzo, de atención y ordenación farmacéutica, del Principado de Asturias.
- Decreto 44/2005, de 19 de mayo, regula los Servicios de Farmacia y depósitos de medicamentos y productos sanitarios de las estructuras de Atención Primaria del Servicio de Salud del Principado de Asturias.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Cuestionario de autoevaluación de la seguridad del sistema de utilización de los medicamentos en los hospitales.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Cuestionario de autoevaluación de la seguridad del sistema de utilización de los medicamentos en los hospitales. Punto del cuestionario 139. Adaptación del ISMP *Medication Safety Self Assessment for Hospitals*, por el Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos (ISMP-España). 2016.

### GM\_pm\_4\_1 Conciliación de la medicación

- Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Cuestionario de autoevaluación de la seguridad del sistema de utilización de los medicamentos en los hospitales. Puntos del cuestionario 21 y 22. Adaptación del ISMP *Medication Safety Self Assessment for Hospitals*, por el Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos (ISMP-España). 2016.
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Recomendaciones de Prácticas Seguras en la Conciliación de la Medicación al Alta Hospitalaria en Pacientes Crónicos. 2019.
- Consejería de Sanidad. Servicio de Evaluación de la Salud, Calidad y Programas. Estrategia de Seguridad del Paciente en Asturias 2015-2020. Personas sanas, poblaciones sanas. 2015.
- Guía farmacoterapéutica unificada para hospitales del Servicio de Salud del Principado de Asturias 2019.

### GM\_pm\_5\_1 Prescripción del medicamento

- Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios.
- Real Decreto 618/2007, de 11 de mayo, por el que se regula el procedimiento para el establecimiento, mediante visado, de reservas singulares a las condiciones de prescripción y dispensación de los medicamentos.
- Real Decreto 1718/2010, de 17 de diciembre, sobre receta médica y órdenes de dispensación.
- Real Decreto 1675/2012, de 14 de diciembre, por el que se regulan las recetas oficiales y los requisitos especiales de prescripción y dispensación de estupefacientes para uso humano y veterinario.
- Ley 1/2007, de 16 de marzo, de atención y ordenación farmacéutica, del Principado de Asturias.

### GM\_pm\_6\_1 Validación de la prescripción medicamentosa

- Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios.
- Real Decreto 618/2007, de 11 de mayo, por el que se regula el procedimiento para el establecimiento, mediante visado, de reservas singulares a las condiciones de prescripción y dispensación de los medicamentos.
- Real Decreto 1718/2010, de 17 de diciembre, sobre receta médica y órdenes de dispensación.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Cuestionario de autoevaluación de la seguridad del sistema de utilización de los medicamentos en los hospitales. Adaptación del ISMP *Medication Safety Self Assessment for Hospitals*, por el Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos (ISMP-España). 2016.

### GM\_pm\_7\_2 Preparación del medicamento

- Ley 25/1990, de 20 diciembre, del Medicamento.
- Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios.
- Real Decreto 1718/2010, de 17 de diciembre, sobre receta médica y órdenes de dispensación.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Guía de buenas prácticas de preparación de medicamentos en servicios de farmacia hospitalaria. 2014.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud. 2015-2020.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Cuestionario de

## BIBLIOGRAFÍA

autoevaluación de la seguridad del sistema de utilización de los medicamentos en los hospitales. Adaptación del ISMP *Medication Safety Self Assessment for Hospitals*, por el Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos (ISMP-España). Versión II. 2018.

- Instituto para el uso seguro de los medicamentos. Recomendaciones para prevenir los errores causados por confusión entre los nombres de medicamentos. 2022.

### GM\_pm\_8\_1 Dispensación del medicamento

- Ley 25/1990, de 20 diciembre, del Medicamento.
- Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios.
- Real Decreto 1718/2010, de 17 de diciembre, sobre receta médica y órdenes de dispensación.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Cuestionario de autoevaluación de la seguridad del sistema de utilización de los medicamentos en los hospitales. Adaptación del ISMP *Medication Safety Self Assessment for Hospitals*, por el Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos (ISMP-España). 2016.

### GM\_pm\_9\_1 Administración del medicamento

- Ley 25/1990, de 20 diciembre, del Medicamento.
- Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Cuestionario de autoevaluación de la seguridad del sistema de utilización de los medicamentos en los hospitales. Adaptación del ISMP *Medication Safety Self Assessment for Hospitals*, por el Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos (ISMP-España). 2016.

### GM\_pm\_10\_1 Registro del medicamento

- Ley 25/1990, de 20 diciembre, del Medicamento.
- Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Cuestionario de autoevaluación de la seguridad del sistema de utilización de los medicamentos en los hospitales. Adaptación del ISMP *Medication Safety Self Assessment for Hospitals*, por el Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos (ISMP-España). 2016.

### GM\_pm\_11\_1 Gestión de las incidencias (devoluciones, altas, medicaciones erróneas)

- Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Cuestionario de autoevaluación de la seguridad del sistema de utilización de los medicamentos en los hospitales. Puntos del cuestionario 94 y 95. Adaptación del ISMP *Medication Safety Self Assessment for Hospitals*, por el Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos (ISMP-España). 2016.
- Consejería de Salud del Principado de Asturias. Estrategia de Seguridad del Paciente en Asturias 2015-2020.

### GM\_pm\_12\_1 Autoevaluación de la seguridad medicamentosa

- Real Decreto 577/2013, de 26 de julio, por el que se regula la farmacovigilancia de medicamentos de uso humano.
- Real Decreto 717/2019, de 5 de diciembre, por el que se modifica el Real Decreto 1345/2007, de 11 de octubre, por el que se regula el procedimiento de autorización, registro y condiciones de dispensación de los medicamentos de uso humano fabricados industrialmente.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Cuestionario de autoevaluación de la seguridad del sistema de utilización de los medicamentos en los hospitales. Adaptación del ISMP *Medication Safety Self Assessment for Hospitals*, por el Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos (ISMP-España). Versión II. 2018.
- Consejería de Salud. Estrategia de Seguridad del Paciente en Asturias 2015-2020.
- Guía farmacoterapéutica unificada para hospitales del Servicio de Salud del Principado de Asturias 2019.

### GM\_me\_1\_1 Gestión de la medicación de alto riesgo

- Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Cuestionario de autoevaluación de la seguridad del sistema de utilización de los medicamentos en los hospitales.

## BIBLIOGRAFÍA

Adaptación del ISMP *Medication Safety Self Assessment for Hospitals*, por el Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos (ISMP-España). Versión II. 2018.

- Ministerio de Sanidad. Recomendaciones para el uso seguro de los medicamentos de alto riesgo. 2023.
- Instituto para el uso seguro del medicamento (ISMP-España). Lista de Medicamentos de Alto Riesgo. 2012.

### GM\_me\_2\_1 Estupefacientes

- Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios.
- Real Decreto 1675/2012, de 14 de diciembre, por el que se regulan las recetas oficiales y los requisitos especiales de prescripción y dispensación de estupefacientes para uso humano y veterinario.
- Decreto 90/2005, de 3 de agosto, por el que se establece el procedimiento de utilización y control de medicamentos estupefacientes en centros hospitalarios del Principado de Asturias.

### GM\_me\_3\_1 Citostáticos

- Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios.
- Real Decreto 1718/2010, de 17 de diciembre, sobre receta médica y órdenes de dispensación.
- Ley 1/2007, de 16 de marzo, de atención y ordenación farmacéutica, del Principado de Asturias.
- Guía de buenas prácticas de preparación de medicamentos en servicios de farmacia hospitalaria. Junio 2014.

### GM\_me\_5\_1 Preparación y administración de medicamentos peligrosos

- Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Cuestionario de autoevaluación de la seguridad del sistema de utilización de los medicamentos en los hospitales. Adaptación del ISMP *Medication Safety Self Assessment for Hospitals*, por el Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos (ISMP-España). Versión II. 2018.
- Ministerio de Sanidad. Recomendaciones para el uso seguro de los medicamentos de alto riesgo. 2023. Instituto para el uso seguro del medicamento (ISMP-España). Lista de Medicamentos de Alto Riesgo. 2012.

### GM\_me\_6\_1 Gases medicinales

- Ley 29/2006 de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios
- Real Decreto 1800/2003, de 26 de diciembre, por el que se regulan los gases medicinales.
- Real Decreto 1345/2007, de 11 de octubre, por el que se regula el procedimiento de autorización, registro y condiciones de dispensación de los medicamentos de uso humano fabricados industrialmente.
- Procedimiento de gestión de gases medicinales. Estándares de calidad de gases medicinales en el ámbito hospitalario. GEGASME-AFGIM. Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. Asociación Española de Ingeniería Hospitalaria.

### GM\_me\_7\_1 Fórmulas magistrales

- Real Decreto 175/2001, de 23 de febrero, por el que se aprueban las normas de correcta elaboración y control de calidad de fórmulas magistrales y preparados oficiales.

### GM\_me\_8\_1 Terapias avanzadas

- Reglamento (CE) n.o 1394/2007 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 13 de noviembre de 2007, sobre medicamentos de terapia avanzada y por el que se modifican la Directiva 2001/83/CE y el Reglamento (CE) n.o 726/2004 (DO L 324 de 10.12.2007, p. 121).
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar social. Plan de Abordaje Terapias Avanzadas en el SNS: Medicamentos CAR. Aprobado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el 15 de Noviembre de 2018.
- Asociación Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS): Terapias avanzadas. 08 de noviembre de 2023.

## DOMINIO 7: CONTROL DE LA INFECCION

IN\_es\_1\_1 Sistema de vigilancia, prevención y control de las IRAS (infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria)

## BIBLIOGRAFÍA

- Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud. Período 2015-2020. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Línea estratégica 2
- Decreto 69/1997 de 30 de octubre, por el que se constituye el Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SIVE) del Principado de Asturias.
- Sistema de vigilancia, prevención y control de la infección relacionada con la asistencia sanitaria en el Principado de Asturias. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios. 2011.
- *Global Guidelines for the Prevention of Surgical Site Infection*. World Health Organization 2016. ISBN 978 92 4 154988 2.

### IN\_es\_2\_1 Higiene de manos

- Guía de aplicación de la estrategia multimodal de la OMS para la mejora de la higiene de las manos. Organización Mundial de la Salud. 2009.
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Curso de higiene de manos durante la atención sanitaria.
- Consejería de Salud y Servicios Sanitarios. Buenas Prácticas en seguridad del paciente. Plan autonómico de higiene de manos en el Principado de Asturias. Mayo 2011.
- Consejería de Salud del Principado de Asturias. Estrategia de Seguridad del Paciente en Asturias 2015-2020.

### IN\_es\_3\_2 Programas institucionales de reducción de la infección (Zeros y PROAs)

- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Plan estratégico y de acción para reducir el riesgo de selección y diseminación de resistencias a los antibióticos. 2015.
- Ministerio de Sanidad. Proyecto Bacteriemia Zero.
- Ministerio de Sanidad. Proyecto Neumonía Zero.
- Ministerio de Sanidad. Proyecto Resistencia Zero.
- Ministerio de Sanidad. Proyecto Infección Quirúrgica Zero.
- Norma para la certificación de los equipos PROA Hospitalarios. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). Ministerio de Sanidad. Febrero 2023.
- Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene. Proyecto Flebitis Zero.

### IN\_es\_4\_1 Bioseguridad ambiental

- Reglamento (CE) nº 852/2004 del Parlamento Europeo y del Consejo de 29 de abril de 2004 relativo a la higiene de los productos alimenticios
- Real Decreto 1027/2007, de 20 de julio, por el que se aprueba el Reglamento de Instalaciones Térmicas en los Edificios.
- Real Decreto 238/2013, de 5 de abril, por el que se modifican determinados artículos e instrucciones técnicas del Reglamento de Instalaciones Térmicas en los Edificios, aprobado por Real Decreto 1027/2007, de 20 de julio.
- Real Decreto 140/2003, de 7 de febrero, por la que se establecen los criterios sanitarios de la calidad del agua de consumo humano.
- Real Decreto 202/2000, de 11 de febrero, por el que se establecen las normas relativas a los manipuladores de alimentos.
- Real Decreto 3484/2000, de 29 de diciembre, por el que se establecen las normas de higiene para la elaboración, distribución y comercio de comidas preparadas.
- Recomendaciones para la Verificación de la Bioseguridad Ambiental (BSA) respecto a Hongos Oportunistas. Grupo de trabajo de la Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene y el INSALUD. Madrid, 20 de marzo del 2000.
- Recomendaciones para la monitorización de la calidad microbiológica del aire (Bioseguridad ambiental) en zonas hospitalarias de riesgo. Sociedad Andaluza de Medicina Preventiva y Salud Pública (SAMPSP) 2014.

### IN\_ep\_5\_3 Medios barrera y aislamientos

- Protocolo de lavado de manos y uso correcto de guantes en Atención Primaria de Asturias. Servicio de Salud del Principado de Asturias. 2009.
- Guía de aislamiento para pacientes con infecciones transmisibles. Servicio de Salud del Principado de Asturias. 2017.

### IN\_ep\_2\_1 Limpieza

- Guía Técnica de Limpieza, Desinfección y Esterilización en Atención Primaria. Servicio de Salud del Principado de Asturias. 2011.

## BIBLIOGRAFÍA

### IN\_ep\_3\_1 Desinfección

- Desinfección de Endoscopios: un enfoque sensible a los recursos. Organización Mundial de Gastroenterología/ Organización Mundial de Endoscopia. Directrices Mundiales. Febrero de 2011.
- Recomendaciones para la desinfección y esterilización de los materiales sanitarios. Plan Nacional Resistencia Antibióticos. Línea estratégica III: Prevención. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Guía de uso de desinfectantes en el ámbito sanitario de la Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene. 2014.
- Recomendaciones para la Verificación de la Bioseguridad Ambiental. Asociación Española Enfermería en Endoscopia Digestiva. 2003.
- Recomendaciones AEEED Limpieza y Desinfección en Endoscopia Gastrointestinal. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). 2017.
- Guía Técnica de Limpieza, Desinfección y Esterilización en Atención Primaria. Servicio de Salud del Principado de Asturias. 2011.

### N\_et\_4\_1 Esterilización

- Unidad central de esterilización. Estándares y recomendaciones. Informes, estudios e investigación. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. 2011.
- Palanca Sánchez I, Ortiz Valdepeñas J, Elola Somoza J, Bernal Sobrino JL, Paniagua Caparrós JL. Unidad central de esterilización: estándares y recomendaciones. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. 2011.
- Insalud. Manual de gestión de los procesos de esterilización y desinfección del material sanitario. 1999.
- Guía Técnica de Limpieza, Desinfección y Esterilización en Atención Primaria. Servicio de Salud del Principado de Asturias. 2011.
- Weber D.J, William Rutala A. Desinfección, esterilización y antisepsia: una visión general. (2015).
- López-Picazo J. Indicadores de calidad en endoscopia digestiva: Introducción a los indicadores comunes de estructura, proceso y resultado. Rev. esp. enferm. dig. vol.109 no.6. 2017.
- Reprocesamiento de instrumental médico: la limpieza y su monitorización a debate. *State of the Science Review* - 2 Michelle J. Alfa. 2017.
- *American Journal of Infection Control*. Vol 47. No. S. A 10-A16. 2019.
- Allué Gracia S. Limpieza y desinfección de endoscopios digestivos flexibles. Vol. XVII; nº 7; 255. 2022.
- García Borrego A.J. Importancia de la central de esterilización. Incluido en la revista Ocronos. Vol. IV. Nº 12. Pág. Inicial: Vol. IV; nº12: 75. 2021.

### IN\_tr\_5\_1 Trazadores

- Sistema de vigilancia, prevención y control de la infección relacionada con la asistencia sanitaria en el Principado de Asturias. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios. 2011.
- Consejería de Salud del Principado de Asturias. Estrategia de Seguridad del Paciente en Asturias 2015-2020.

## DOMINIO 8: HUMANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA

### HA\_ep\_1\_1 Sanidad amable

- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
- Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia.
- Ley del Principado de Asturias 5/2018, de 22 de junio, sobre derechos y garantías de la dignidad de las personas en el proceso del final de la vida.
- Decreto 4/2008, de Organización y Funcionamiento del Registro de Instrucciones Previas en el Ámbito Sanitario del Principado de Asturias.
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud. Actualización 2010-2014
- Plan de confortabilidad del Servicio de Salud del Principado de Asturias. Servicio de Salud del Principado de Asturias (2004).
- Guía de atención al duelo gestacional y perinatal. Depósito Legal: AS-01324-2022 ISBN: 978-84-09-41439-0 Imprime: Imprenta Goymar, S.L. Edita: Consejería de Salud del Principado de Asturias. Dirección General de Cuidados, Humanización y Atención Sociosanitaria.
- Plan de Humanización del Sistema Sanitario Público del Principado de Asturias. Dirección General de Cuidados, Humanización y Atención Sociosanitaria. Líneas generales. Consejería de Salud. 2021.
- Consejería de Salud. Estrategia de Cuidados Paliativos del Principado de Asturias 2023-2030.

# BIBLIOGRAFÍA

## HA\_ce\_1\_4 Entorno amable

- Plan de confortabilidad del Servicio de Salud del Principado de Asturias. Servicio de Salud del Principado de Asturias (2004).
- Plan de Humanización del Sistema Sanitario Público del Principado de Asturias. Dirección General de Cuidados, Humanización y Atención Sociosanitaria. Líneas generales. Consejería de Salud. 2021.

## DOMINIO 9: SOSTENIBILIDAD, PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES Y SALUD LABORAL

### SO\_sm\_SOSTENIBILIDAD MEDIOAMBIENTAL. PLAN ESTRATÉGICO DE SALUD Y MEDIO AMBIENTE.

- Ley 7/2022, de 8 de abril, de residuos y suelos contaminados para una economía circular.
- Reglamento (UE) N° 1271/2008 del Parlamento Europeo y del Consejo de 16 de diciembre de 2008 sobre clasificación, etiquetado y envasado de sustancias y mezclas, y por el que se modifican y derogan las Directivas 67/548/CEE y 1999/45/CE y se modifica el Reglamento (CE) no 1907/2006.
- Real Decreto 833/1988, de 20 de julio, por el que se aprueba el Reglamento para la ejecución de la Ley 20/1986, Básica de Residuos Tóxicos y Peligrosos.
- Real Decreto 833/1988, de 20 de julio, por el que se aprueba el Reglamento para la ejecución de la Ley 20/1986, Básica de Residuos Tóxicos y Peligrosos.
- Real decreto 665/1997 de 12 de mayo, sobre la protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes cancerígenos durante el trabajo.
- Real Decreto 952/1997, de 20 de junio, por el que se modifica el Reglamento para la ejecución de la Ley 20/1986, de 14 de mayo, Básica de Residuos Tóxicos y Peligrosos, aprobado mediante Real Decreto 833/1988, de 20 de julio.
- Real decreto 374/2001, de 6 de abril, sobre la protección de la salud y seguridad de los trabajadores contra los riesgos relacionados con los agentes químicos durante el trabajo.
- Gestión de desechos médicos. Organización Mundial de la Salud. Abril de 2004.
- Protocolo de vigilancia sanitaria específica para los trabajadores expuestos a Agentes Citostáticos. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. (2003).
- Plan estratégico de residuos del Principado de Asturias 2014-2024. Informe de sostenibilidad ambiental. Consejería de Fomento, ordenación del territorio y medio ambiente. Febrero de 2013.
- Guía para la Gestión de Residuos Sanitarios del Principado de Asturias. Consejería de Sanidad del Gobierno del Principado de Asturias. (2014).
- Manual básico para la gestión de residuos sanitarios del SESPA. Servicio de Salud del Principado de Asturias. Marzo de 2012.
- DIN 32757-1. Máquinas de Oficina. Destrucción de soportes de información. Parte I: Requisitos y condiciones de comprobación para equipos e instalaciones.

### SO\_sm\_4\_1 Procedimientos y políticas de gestión de residuos

- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Artículo 18.6.
- Ley 7/2022, de 8 de abril, de residuos y suelos contaminados para una economía circular. Disposición adicional decimosexta: Regulación de los residuos de medicamentos.
- Directiva Europea 2008/98/CE sobre residuos peligrosos.
- Guía para la Gestión de Residuos Sanitarios del Principado de Asturias. Consejería de Sanidad del Gobierno del Principado de Asturias. (2014).
- Guía de buenas prácticas NTP 372: Tratamiento de residuos sanitarios 1999.

### SO\_sm\_5\_1 Formación, sensibilización y difusión

- Ley 7/2022, de 8 de abril, de residuos y suelos contaminados para una economía circular. Artículo 16.3.
- Directiva Europea 2008/98/CE sobre residuos peligrosos.
- Guía para la Gestión de Residuos Sanitarios del Principado de Asturias. Consejería de Sanidad del Gobierno del Principado de Asturias. (2014).

### SO\_sm\_6\_1 Recursos materiales accesibles

- Ley 7/2022, de 8 de abril, de residuos y suelos contaminados para una economía circular.

### SO\_sm\_7\_1 Segregación

- Ley 7/2022, de 8 de abril, de residuos y suelos contaminados para una economía circular.
- Guía para la Gestión de Residuos Sanitarios del Principado de Asturias. Consejería de Sanidad del Gobierno del Principado de Asturias. (2014).
- Guía de buenas prácticas NTP 372: Tratamiento de residuos sanitarios 1999.

# BIBLIOGRAFÍA

## **SO\_sm\_8\_1 Manipulación**

- Real Decreto 664/1997, de 12 de mayo, sobre la protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos durante el trabajo.
- Orden ESS/1451/2013, de 29 de julio, por la que se establecen disposiciones para la prevención de lesiones causadas por instrumentos cortantes y punzantes en el sector sanitario.
- Guía para la Gestión de Residuos Sanitarios del Principado de Asturias. Consejería de Sanidad del Gobierno del Principado de Asturias. (2014).

## **SO\_sm\_9\_1 Envasado**

- Ley 7/2022, de 8 de abril, de residuos y suelos contaminados para una economía circular. Artículo 21.
- Reglamento (UE) N° 1271/2008 del Parlamento Europeo y del Consejo de 16 de diciembre de 2008 sobre clasificación, etiquetado y envasado de sustancias y mezclas.
- Directiva Europea 1994/62/CE sobre de envases y residuos de envases.
- Guía de buenas prácticas NTP 372: Tratamiento de residuos sanitarios 1999.
- Guía para la Gestión de Residuos Sanitarios del Principado de Asturias. Consejería de Sanidad del Gobierno del Principado de Asturias. (2014).

## **SO\_sm\_10\_1 Etiquetado**

- Ley 7/2022, de 8 de abril, de residuos y suelos contaminados para una economía circular.
- Reglamento (UE) N° 1271/2008 del Parlamento Europeo y del Consejo de 16 de diciembre de 2008 sobre clasificación, etiquetado y envasado de sustancias y mezclas.
- Guía para la Gestión de Residuos Sanitarios del Principado de Asturias. Consejería de Sanidad del Gobierno del Principado de Asturias. (2014).

## **SO\_sm\_11\_1 Transporte interno**

- Ley 7/2022, de 8 de abril, de residuos y suelos contaminados para una economía circular.
- Directiva Europea 2008/98/CE sobre residuos peligrosos.
- Guía para la Gestión de Residuos Sanitarios del Principado de Asturias. Consejería de Sanidad del Gobierno del Principado de Asturias. (2014).

## **SO\_sm\_12\_1 Almacenamiento intermedio**

- Ley 7/2022, de 8 de abril, de residuos y suelos contaminados para una economía circular.
- Directiva Europea 2008/98/CE sobre residuos peligrosos.
- Guía de buenas prácticas NTP 372: Tratamiento de residuos sanitarios 1999.

## **SO\_sm\_13\_1 Almacenamiento final**

- Ley 7/2022, de 8 de abril, de residuos y suelos contaminados para una economía circular.
- Directiva Europea 2008/98/CE sobre residuos peligrosos.
- Guía de buenas prácticas NTP 372: Tratamiento de residuos sanitarios 1999.

## **SO\_sm\_14\_1 Uso sostenible de los recursos**

- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Título VII “Transparencia y sostenibilidad del gasto sanitario”.
- Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. Artículo 5.
- Real Decreto 235/2013, de 5 de abril, por el que se aprueba el procedimiento básico para la certificación de la eficiencia energética de los edificios.
- Real Decreto 56/2016, de 12 de febrero, por el que se transpone la Directiva 2012/27/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 25 de octubre de 2012, relativa a la eficiencia energética, en lo referente a auditorías energéticas, acreditación de proveedores de servicios y auditores energéticos y promoción de la eficiencia del suministro de energía.

## **SO\_sf\_SOSTENIBILIDAD FINANCIERA**

- Ley Orgánica 2/2012, de 27 de abril, de Estabilidad Presupuestaria y Sostenibilidad Financiera.
- Reglamento (UE) 2019/2088 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de noviembre de 2019 sobre la divulgación de información relativa a la sostenibilidad en el sector de los servicios financieros.

## **SO\_sf\_1\_1 Análisis de ineficiencias**

- Ley Orgánica 2/2012, de 27 de abril, de Estabilidad Presupuestaria y Sostenibilidad Financiera.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y Sociedades Científicas. Proyecto Compromiso por la Calidad de las Sociedades Científicas. Recomendaciones “No Hacer”.

## BIBLIOGRAFÍA

- Michael E. Porter, Ph.D *What Is Value in Health Care?* N ENGL J MED 363; 26 nejm.org. December 23, 2010.
- SO\_sf\_2\_3 Optimización según resultados.**
- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.
  - Ley 7/2019, de 19 de marzo, de Salud, del Principado de Asturias.
- SO\_ss SOSTENIBILIDAD SOCIAL**
- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.
  - Ley 7/2019, de 19 de marzo, de Salud, del Principado de Asturias.
  - Norma UNE ISO 26000:2021. Guía de Responsabilidad Social.
- SO\_ss\_1 Participación de las partes interesadas en la toma de decisiones (diálogo social)**
- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.
  - Ley 7/2019, de 19 de marzo, de Salud, del Principado de Asturias.
- SO\_ss\_3\_1 Contribuir al desarrollo sostenible de la comunidad**
- Norma UNE ISO 26000:2021. Guía de Responsabilidad Social.
  - *European Regional Development Fund*. Responsabilidad Social Empresarial: Buenas Prácticas y Recomendaciones. DESUR: Desarrollando regiones sostenibles a través de PYMEs responsables.
  - Organización Internacional del Trabajo. Declaración tripartita de principios sobre las empresas multinacionales y la política social. 2017.
- SO\_ss\_4\_1 Contribución al principio de igualdad entre mujeres y hombres**
- Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres.
  - Ley 2/2011, de 11 de marzo, para la igualdad de mujeres y hombres y la erradicación de la violencia de género
  - Real Decreto-Ley 6/2019, de 1 de marzo, de medidas urgentes para garantía de la igualdad de trato y de oportunidades entre mujeres y hombres en el empleo y la ocupación.
  - Real Decreto 901/2020 por el que se regulan los planes de igualdad y su registro.
  - Real Decreto 902/2020 de igualdad retributiva entre mujeres y hombres.
  - Proyecto de plan para la igualdad entre mujeres y hombres de la administración del Principado de Asturias. Mayo de 2023.
  - Acuerdo de 8 de marzo de 2024, del Consejo de Gobierno, por el que se aprueba el I Plan de Igualdad de la Administración del Principado de Asturias, sus organismos y entes públicos para el período 2024-2027. Consejería de Presidencia, Reto Demográfico, Igualdad y Turismo.
- SO\_pr PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES Y SALUD LABORAL**
- Marco estratégico de la UE en materia de salud y seguridad en el trabajo 2021-2027. La seguridad y la salud en el trabajo en un mundo laboral en constante transformación.
- SO\_pr\_1\_1 Declaración de Luxemburgo**
- Red Europea de Promoción de la Salud en el Trabajo (ENWHP). Declaración de Luxemburgo. 1997.
- SO\_pr\_2\_1 Evaluación y planificación de las actividades preventivas**
- Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de Riesgos Laborales.
  - Real Decreto 1993/1995, de 7 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento sobre colaboración de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social.
  - Real Decreto 39/1997, de 17 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención.
  - Real Decreto 843/2011, de 17 de junio, por el que se establecen los criterios básicos sobre la organización de recursos para desarrollar la actividad sanitaria de los servicios de prevención.
  - Real Decreto 860/2018, de 13 de julio, por el que se regulan las actividades preventivas de la acción protectora de la Seguridad Social a realizar por las mutuas colaboradoras con la Seguridad Social.
  - Ley 7/2019, de 19 de marzo, de Salud, del Principado de Asturias
- SO\_pr\_3\_1 Vigilancia de la salud individual y colectiva**
- Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de Riesgos Laborales.
  - Real Decreto 1993/1995, de 7 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento sobre colaboración de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social.
  - Real Decreto 486/1997, de 14 de abril, por el que se establecen las disposiciones mínimas de seguridad

## BIBLIOGRAFÍA

y salud en los lugares de trabajo.

- Real Decreto 67/2010, de 29 de enero, de adaptación de la legislación de Prevención de Riesgos Laborales a la Administración General del Estado.
- Real Decreto 843/2011, de 17 de junio, por el que se establecen los criterios básicos sobre la organización de recursos para desarrollar la actividad sanitaria de los servicios de prevención.
- Ley 7/2019, de 19 de marzo, de Salud, del Principado de Asturias.

### SO\_pr\_4\_1 Inmunización de los profesionales

- Real Decreto 67/2010, de 29 de enero, de adaptación de la legislación de Prevención de Riesgos Laborales a la Administración General del Estado.
- Real Decreto 843/2011, de 17 de junio, por el que se establecen los criterios básicos sobre la organización de recursos para desarrollar la actividad sanitaria de los servicios de prevención.

### SO\_pr\_5\_1 Prevención y control de las agresiones a profesionales

- Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de Riesgos Laborales.
- Ley 7/2019, de 19 de marzo, de Salud, del Principado de Asturias.
- Servicio de Salud del Principado de Asturias: Plan de prevención y actuación frente a potenciales situaciones conflictivas en centros sanitarios. 2007.

### SO\_pr\_6\_1 Prevención y control de la violencia en el ámbito laboral

- Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de Riesgos Laborales.
- Ley 7/2019, de 19 de marzo, de Salud, del Principado de Asturias.

### SO\_pr\_7\_1 Gestión de la movilidad y seguridad vial

- Norma UNE-ISO 39001:2013. Sistemas de gestión de la seguridad vial. Requisitos y recomendaciones de buenas prácticas.
- Estrategia Española de Seguridad y Salud en el Trabajo, 2023-2027. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST), O.A., M.P. Febrero 2023.
- Plan de acción 2023-2024: Estrategia Española de Seguridad y Salud en el Trabajo, 2023-2027. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST), O.A., M.P. Julio 2023.
- Guía de movilidad segura en la empresa. Ministerio del Interior. Dirección General de Tráfico. Jefatura Provincial de Tráfico de Asturias. Gobierno del Principado de Asturias. Instituto Asturiano de Prevención de Riesgos Laborales. 2020.
- Norma UNE-ISO 39001:2013. Sistemas de gestión de la seguridad vial. Requisitos y recomendaciones de buenas prácticas.

### SO\_pr\_8\_1 Información y formación en seguridad y salud laboral

- Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de Riesgos Laborales.
- Ley 7/2019, de 19 de marzo, de Salud, del Principado de Asturias.

### SO\_pr\_9\_1 Consulta y participación de los trabajadores

- Ley 7/2019, de 19 de marzo, de Salud, del Principado de Asturias.
- Consejería de Salud del Principado de Asturias. Estrategia para la mejora de confianza y seguridad de las personas que trabajan en el Servicio de Salud del Principado de Asturias. 2018.

## DOMINIO 10: GESTIÓN DE EQUIPAMIENTOS Y ESTRUCTURAS

### EQ\_mp\_1\_1 Selección y adquisición.

- Ley 9/2017, de 8 de noviembre, de Contratos del Sector Público.
- Ley 17/2015, de 9 de julio, del Sistema Nacional de Protección Civil.
- Real Decreto 437/2002, de 10 de mayo, que establece los criterios para la concesión de licencias de funcionamiento a los fabricantes de productos sanitarios a medida.
- Real Decreto 393/2007, de 23 de marzo, por el que se aprueba la Norma Básica de Autoprotección de los centros, establecimientos y dependencias dedicados a actividades que puedan dar origen a situaciones de emergencia.
- Real Decreto 1468/2008, de 5 de septiembre, por el que se modifica el Real Decreto 393/2007, de 23 de marzo, por el que se aprueba la norma básica de autoprotección de los centros, establecimientos y dependencias dedicados a actividades que puedan dar origen a situaciones de emergencia.
- Real Decreto 836/2012, de 25 de mayo, por el que se establecen las características técnicas, el equipamiento sanitario y la dotación de personal de los vehículos de transporte sanitario por carretera.

## BIBLIOGRAFÍA

- Real Decreto 192/2023, de 21 de marzo, por el que se regulan los productos sanitarios.
- Orden CIN/1025/2022, de 27 de octubre, por la que se aprueban las bases reguladoras para la concesión de ayudas públicas correspondientes a varios programas y subprogramas del Plan Estatal de Investigación Científica y Técnica y de Innovación 2021-2023, cuya gestión corresponde a la Agencia Estatal de Investigación.
- Contrato-Programa para el período 1 de agosto de 2020 a 31 de diciembre de 2020 entre la Administración del Principado de Asturias, a través de la Consejería de Salud, el Servicio de Salud del Principado de Asturias y la empresa pública Gestión de Infraestructuras Sanitarias del Principado de Asturias, S. A. (Gispasa).

### **EQ\_mp\_2\_1 Recepción y almacenamiento.**

- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
- Directiva 93/42/CEE del Consejo, relativa a los productos sanitarios.
- Real Decreto 2259/1994, de 25 de noviembre, por el que se regula los almacenes farmacéuticos y la distribución al por mayor de medicamentos de uso humano y productos farmacéuticos.
- Real Decreto 1662/2000, De 29 de septiembre, sobre productos sanitarios para diagnóstico In vitro.
- Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios.
- Real Decreto 1616/2009, de 26 de octubre, por el que se regulan los productos sanitarios implantables activos.
- Real Decreto 192/2023, de 21 de marzo, por el que se regulan los productos sanitarios.

### **EQ\_mp\_3\_1 Distribución.**

- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Artículo 29.
- Reglamento (UE) 2017/745 del Parlamento Europeo y del Consejo de 5 de abril de 2017 sobre los productos sanitarios, por el que se modifican la Directiva 2001/83/CE, el Reglamento (CE) 178/2002 y el Reglamento (CE) nº 1223/2009 y por el que se derogan las Directivas 90/385/CEE y 93/42/CEE del Consejo.
- Real Decreto 2259/1994, de 25 de noviembre, por el que se regula los almacenes farmacéuticos y la distribución al por mayor de medicamentos de uso humano y productos farmacéuticos.
- Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios.
- Real Decreto 192/2023, de 21 de marzo, por el que se regulan los productos sanitarios.

### **EQ\_mp\_4\_1 Gestión de incidencias.**

- Real Decreto 1468/2008, de 5 de septiembre, por el que se modifica el Real Decreto 393/2007, de 23 de marzo, por el que se aprueba la norma básica de autoprotección de los centros, establecimientos y dependencias dedicados a actividades que puedan dar origen a situaciones de emergencia.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Sistemas de Registro y Notificación de incidentes y eventos adversos.
- Servicio de Salud del Principado de Asturias. Gestión de Riesgos. 2015.
- Plan de autoprotección del SESPA. 2016.

### **EQ\_ee\_1\_1 Inventario de los equipos**

- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
- Ley 1/1991, de 21 de febrero, de Patrimonio del Principado de Asturias.
- Ley 33/2003, de 3 de noviembre, del Patrimonio de las Administraciones Públicas. Artículo 32.
- Ley 7/2019, de 29 de marzo, de Salud, del Principado de Asturias.
- Decreto 55/2014, de 28 de mayo, por el que se regula la autorización de centros y servicios sanitarios, del Principado de Asturias.

### **EQ\_ee\_2\_1 Mantenimiento y calibraciones**

- Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de Riesgos Laborales.
- Real Decreto 486/1997, de 14 de abril, por el que se establecen las disposiciones mínimas de seguridad y salud en los lugares de trabajo. Anexo II apartado 4.
- Real Decreto 773/1997, de 30 de mayo, sobre disposiciones mínimas de seguridad y salud relativas a la utilización por los trabajadores de equipos de protección individual. Artículo 7
- Real Decreto 1215/1997, de 18 de julio, por el que se establecen las disposiciones mínimas de seguridad y salud para la utilización por los trabajadores de los equipos de trabajo.
- Real Decreto 374/2001, de 6 de abril, sobre la protección de la salud y seguridad de los trabajadores contra los riesgos relacionados con los agentes químicos durante el trabajo. Artículo 4.
- Real Decreto 614/2001, de 8 de junio, sobre disposiciones mínimas para la protección de la salud y

## BIBLIOGRAFÍA

seguridad de los trabajadores frente al riesgo eléctrico. Artículo 3.

### **EQ\_ei\_1\_1 Requisitos técnico-legales**

- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Artículos 29, 30 y 31.
- Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios.
- Decreto 55/2014, de 28 de mayo, por el que se regula la autorización de centros y servicios sanitarios.

### **EQ\_ei\_2\_1 Seguridad de las infraestructuras**

- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Artículos 29, 30 y 31.
- Real Decreto 485/1997, de 14 de abril señalización de seguridad y salud en el trabajo.
- Real Decreto 486/1997, de 14 abril, por el que se establecen las disposiciones mínimas de seguridad y salud en los lugares de trabajo.
- Real Decreto 1027/2007, de 20 de julio, por el que se aprueba el Reglamento de Instalaciones Térmicas en los Edificios.
- Real Decreto 238/2013, de 5 de abril, por el que se modifican determinados artículos e instrucciones técnicas del Reglamento de Instalaciones Térmicas en los Edificios, aprobado por Real Decreto 1027/2007, de 20 de julio.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud. Período 2015-2020.
- Código Técnico de Edificación. Ministerio de Fomento. Junio 2013.
- Documento Básico SUA (Seguridad de utilización y accesibilidad) del Código Técnico de Edificación. Ministerio de Fomento. Febrero 2010.
- Documento Básico HS (Salubridad) del Código Técnico de Edificación. Ministerio de Fomento. Junio 2017.
- Plan de salud, seguridad y medio ambiente laboral del Principado de Asturias (2016-2020).
- Instrucciones Internas de contratación de la empresa Gestión de Infraestructuras sanitarias del Principado de Asturias S.A.

### **EQ\_ei\_3\_1 Mobiliario y enseres hospitalarios**

- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
- Documento Básico HS (Salubridad) del Código Técnico de Edificación. Ministerio de Fomento. Junio 2017.
- Plan de salud, seguridad y medio ambiente laboral del Principado de Asturias (2016-2020).
- Instrucciones Internas de contratación de la empresa Gestión de Infraestructuras Sanitarias del Principado de Asturias S.A.

# BIBLIOGRAFÍA

## Bibliografía General

- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.
- Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.
- Ley 7/2019, de 29 de marzo, de Salud, del Principado de Asturias.
- Decreto 61/2014, de 25 de junio, por el que se regulan las cartas de servicios en el ámbito de la Administración del Principado de Asturias.
- *Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals. 2020.*
- Guía de Estándares y Circuitos de Calidad Asistencial (GECCAs) v1. Unidad de Certificación en Calidad del Servicio de Salud del Principado de Asturias. Julio 2018.
- Guía de Estándares de Calidad Asistencial para la Gestión Clínica (GECA GC) v1. Unidad de Evaluación en Calidad del Servicio de Salud del Principado de Asturias. Febrero 2024.