

I. DISPOSICIÓN XERAIS**CONSELLERÍA DE SANIDADE**

DECRETO 18/2024, do 11 de xaneiro, polo que se establece o procedemento para a acreditación de centros sanitarios e se crea e se regula o funcionamento do Consello Autonómico de Acreditación de Centros Sanitarios da Comunidade Autónoma de Galicia.

A Constitución española de 1978 establece, nos números 1 e 2 do artigo 43, o dereito dos españois á protección da saúde e a obriga dos poderes públicos de organizar e tutelar a saúde pública. Así mesmo, no artigo 148.1.21ª, establece que as comunidades autónomas poderán asumir competencias en materia de sanidade e hixiene.

Á Comunidade Autónoma de Galicia correspóndelle, segundo o establecido no artigo 33.1 da Lei orgánica 1/1981, do 6 de abril, do Estatuto de autonomía para Galicia, o desenvolvemento lexislativo e a execución da lexislación básica do Estado en materia de sanidade interior.

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

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

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



A Comunidade Autónoma de Galicia regulou a acreditación dos centros hospitalarios no Decreto 52/2001, do 22 de febreiro, polo que se regula a acreditación dos centros hospitalarios da Comunidade Autónoma de Galicia, pero os cambios organizativos e os avances existentes na consideración e cualificación da calidade das prestacións sanitarias fan necesaria a aprobación dunha nova norma regulamentaria.

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

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

1. Dirección e organización (DO).
2. Xestión e formación do persoal (XFP).
3. Calidade, xestión e mellora continua (CXMC).
4. Dereitos e deberes do paciente (DP).
5. Asistencia ao paciente (AP).
6. Continuidade da atención (CA).
7. Seguridade do paciente, xestión de riscos para a seguridade do paciente (SPXR).
8. Xestión da información e documentación clínica (XIDC).
9. Procesos de soporte á asistencia (PSA).
10. Procesos de apoio loxístico, seguridade das instalacións (PALSI).

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



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

O decreto, así mesmo, regula o Consello Autonómico de Acreditación de Centros Sanitarios, como un órgano colexiado ao cal se lle atribúen funcións de asesoramento e de emisión de informes sobre os procedementos de acreditación.

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

Este decreto consta de vinte e catro artigos, distribuídos en tres títulos. No título preliminar, relativo ás Disposicións xerais, que consta de tres (3) artigos, regúlanse o seu obxecto, o seu ámbito de aplicación e os centros excluídos da súa aplicación.

O título I, relativo ao Procedemento de acreditación dos centros sanitarios (artigos 4 a 19), regula os requisitos previos para a acreditación, a propia acreditación, os graos de acreditación, o procedemento de acreditación e a revogación da acreditación.

Pola súa parte, o título II, relativo ao Consello Autonómico de Acreditación de Centros Sanitarios (artigos 20 a 24), regula o Consello e a súa composición, as súas funcións, a súa organización e funcionamento, o emprego de medios electrónicos por parte do Consello e o deber de confidencialidade das persoas que o compoñen ou que poidan, por calquera outro concepto, asistir ás súas reunións.

Pechan o texto unha disposición adicional única, na cal se fai referencia á actualización do modelo normalizado de solicitude de acreditación; tres disposicións transitorias, relativas ao réxime transitorio xeral, ao mantemento das acreditacións en vigor e á previsión de aplicación da regulación anterior para os procedementos de acreditación ou renovación xa iniciados; unha disposición derogatoria única que contén unha cláusula xeral de salvagarda; dúas disposicións derradeiras relativas á habilitación normativa ao conselleiro de Sanidade para o desenvolvemento do decreto e á súa entrada en vigor, e dous anexos nos cales, respectivamente, se recollen o formulario de solicitude da acreditación e o protocolo de acreditación de centros sanitarios.



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

Ademais, este decreto axústase aos principios de boa regulación contidos no artigo 129 da Lei 39/2015, do 1 de outubro, e no artigo 37.a) da Lei 14/2013, do 26 de decembro, de racionalización do sector público autonómico de Galicia; configúrase como unha iniciativa necesaria e eficaz, ao estar xustificada por unha razón de interese xeral, basearse nunha identificación clara dos fins perseguidos, ser o instrumento máis axeitado para garantir a seguridade xurídica e evitar cargas administrativas innecesarias á cidadanía. Ademais, é eficiente ao non supoñer custos significativos, tendo en conta que, ademais, as peticións de autorización de acreditación e a súa renovación están suxeitas ao aboamento das preceptivas taxas.

De igual forma, o decreto formula a regulación imprescindible para atender a necesidade que se pretende cubrir, cumprindo así co principio de proporcionalidade. Esta regulación mantén a coherencia co resto do ordenamento xurídico e garante a seguridade xurídica necesaria para xerar un marco normativo estable, previsible, integrado e claro que facilite tanto o seu coñecemento e comprensión coma a actuación e toma de decisións por parte da cidadanía, empresas e institucións.

Na súa virtude, de conformidade co establecido no artigo 34.5 da Lei 1/1983, do 22 de febreiro, de normas reguladoras da Xunta e da súa Presidencia, por proposta do conselleiro de Sanidade, de acordo co Consello Consultivo e logo da deliberación do Consello da Xunta de Galicia na súa reunión do once de xaneiro de dous mil viente e catro,

DISPOÑO:

TÍTULO PRELIMINAR
Disposicións xerais

Artigo 1. *Obxecto*

Este decreto ten por obxecto establecer o procedemento para a acreditación de centros sanitarios (código de procedemento SA102A) e crear e regular o funcionamento do Consello Autonómico de Acreditación de Centros Sanitarios como órgano colexiado adscrito



ao órgano directivo con competencias en materia de inspección de servizos sanitarios da consellería competente en materia de sanidade.

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

Artigo 2. *Ámbito de aplicación*

1. Deberán ser acreditados, polo procedemento establecido neste decreto, os centros sanitarios pertencentes ao Sistema público de saúde de Galicia.

2. Os centros sanitarios privados que opten a realizar un contrato de servizos sanitarios co Servizo Galego de Saúde deberán estar en posesión da acreditación correspondente.

3. De acordo co previsto no artigo 74.5 da Lei 8/2008, do 10 de xullo, mediante resolución da persoa titular da consellería competente en materia de sanidade poderanse establecer excepcións ao requisito da acreditación sanitaria previa, motivadamente, por razóns de interese público, urxencia vital ou por necesidades urxentes de asistencia sanitaria.

Artigo 3. *Centros excluídos*

1. Quedan excluídos do ámbito de aplicación deste decreto:

a) As oficinas de farmacia, boticas anexas e os establecementos dedicados á distribución, elaboración, importación ou fabricación, de ser o caso, de medicamentos e produtos sanitarios.

b) Os servizos ou unidades técnicas de protección radiolóxica.

c) As consultas médicas e consultas doutros profesionais sanitarios.

d) Os servizos de prevención de riscos laborais.

e) Centros especializados: clínicas dentais, centros de interrupción voluntaria do embarazo, centros de diagnóstico, centros móbiles de asistencia sanitaria e centros de recoñecemento.

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



TÍTULO I**Procedemento de acreditación dos centros sanitarios****Artigo 4. *Requisitos previos***

Para poder solicitar o inicio do procedemento de acreditación, os centros sanitarios deberán dispoñer da autorización de funcionamento e estar inscritos no Rexistro de Centros, Servizos e Establecementos Sanitarios da Comunidade Autónoma de Galicia.

Artigo 5. *Acreditación*

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

2. A tramitación da acreditación de centros sanitarios priorizarase en función do interese público sanitario dos centros sanitarios que se van acreditar, así como con base na súa complexidade tecnolóxica e asistencial.

Artigo 6. *Graos de acreditación sanitaria*

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

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

2. Para acadar os graos de acreditación sanitaria sinalados no número 1, será necesario o cumprimento dos seguintes estándares e indicadores na porcentaxe que se indica:

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

b) Grao de acreditación sanitaria de nivel superior: é necesario acreditar o cumprimento de máis do 75 % dos estándares e indicadores.

Artigo 7. *Inicio do procedemento*

1. O procedemento de acreditación dun centro sanitario ou, de ser o caso, da súa renovación iniciarase mediante a solicitude presentada pola persoa titular do centro ou por quen a represente legalmente.



No caso de tratarse dunha solicitude de renovación, esta deberá presentarse cunha antelación mínima de cinco meses á data de remate da vixencia da acreditación.

2. A solicitude presentarase obrigatoriamente por medios electrónicos e axustarase ao formulario normalizado que se establece no anexo I, que estará dispoñible na sede electrónica da Xunta de Galicia <https://sede.xunta.gal>

De conformidade co artigo 68.4 da Lei 39/2015, do 1 de outubro, do procedemento administrativo común das administracións públicas, se algunha das persoas interesadas presenta a súa solicitude presencialmente, será requirida para que a emende a través da súa presentación electrónica. Para estes efectos, considerarase data de presentación da solicitude aquela en que fose realizada a emenda.

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

Artigo 8. *Documentación complementaria*

1. As persoas interesadas deberán achegar coa solicitude de acreditación a seguinte documentación:

a) Xustificante de pagamento da taxa (código da taxa: 31.16.00), agás que o pagamento se realice a través da sede electrónica da Xunta de Galicia, caso en que non será necesario achegalo.

b) Unha memoria actualizada en que se xustifique o grao de cumprimento dos estándares establecidos no anexo II.

c) Documento acreditativo da representación da entidade.

2. No caso da solicitude de renovación, deberá achegarse:

a) Xustificante de pagamento da taxa (código da taxa: 31.16.00), agás que o pagamento se realice a través da sede electrónica da Xunta de Galicia, caso en que non será necesario achegalo.

b) Unha declaración responsable en que a persoa interesada manifieste que se manteñen os mesmos requisitos que deron lugar á resolución da acreditación.



c) Documento acreditativo da representación da entidade.

3. De conformidade co artigo 28.3 da Lei 39/2015, do 1 de outubro, non se lles requirirán ás persoas interesadas datos ou documentos que fosen presentados anteriormente pola persoa interesada a calquera Administración. Para estes efectos, a persoa interesada deberá indicar en que momento e ante que órgano administrativo presentou os citados documentos, e as administracións públicas deberanos obter electronicamente a través das súas redes corporativas ou dunha consulta ás plataformas de intermediación de datos ou outros sistemas electrónicos habilitados para o efecto. Presumirase que esta consulta é autorizada polas persoas interesadas, salvo que conste no procedemento a súa oposición expresa, e deberán ser informadas previamente dos seus dereitos en materia de protección de datos de carácter persoal. Excepcionalmente, se as administracións públicas non poden obter os citados documentos, poderán solicitarlle novamente á persoa interesada que os presente.

A documentación complementaria deberá presentarse electronicamente.

Se algunha das persoas interesadas presenta a documentación complementaria presencialmente, será requirida para que a emende a través da súa presentación electrónica. Para estes efectos, considerarase data de presentación aquela en que fose realizada a emenda.

As persoas interesadas responsabilizaranse da veracidade dos documentos que presenten. Excepcionalmente, cando a relevancia do documento no procedemento o exixa ou existan dúbidas derivadas da calidade da copia, a Administración poderá solicitar de maneira motivada o cotexo das copias achegadas pola persoa interesada, para o cal poderá requirir a exhibición do documento ou da información orixinal.

4. Sempre que se realice a presentación de documentos separadamente da solicitude, deberanse indicar o código e o órgano responsable do procedemento, o número de rexistro de entrada da solicitude e o número de expediente, se se dispón del.

5. No caso de que algún dos documentos que se vaia presentar de forma electrónica supere os tamaños máximos establecidos ou teña un formato non admitido pola sede electrónica da Xunta de Galicia, permitirase a presentación deste de forma presencial dentro dos prazos previstos e na forma indicada no número anterior. A información actualizada sobre o tamaño máximo e os formatos admitidos pode consultarse na sede electrónica da Xunta de Galicia.



Artigo 9. Documentación con deficiencias ou incompleta

Se a documentación presenta omisións ou deficiencias, requirirase a entidade ou persoa interesada para que a emende no prazo de dez días hábiles, coa indicación de que, se así non o fixer, se considerará desistida da solicitude.

No caso de que non sexa emendada correctamente e en prazo a solicitude, a Administración ditará a correspondente resolución en que declare a desistencia da solicitude por parte da entidade ou persoa interesada.

Artigo 10. Comprobación de datos

Para a tramitación deste procedemento consultarase automaticamente os datos incluídos nos seguintes documentos en poder da Administración actuante ou elaborados polas administracións públicas, agás que a persoa interesada se opoña á súa consulta:

a) Documento nacional de identidade (DNI)/número de identidade de estranxeiro (NIE) da persoa solicitante.

b) Documento nacional de identidade (DNI)/número de identidade de estranxeiro (NIE) da persoa representante.

c) Número de identificación fiscal (NIF) da entidade solicitante.

2. No caso de que as persoas interesadas se opoñan á consulta, deberán indicalo no recadro correspondente habilitado no formulario e chegar os documentos.

Cando así o exixa a normativa aplicable, solicitarase o consentimento expreso da persoa interesada para realizar a consulta.

3. Excepcionalmente, no caso de que algunha circunstancia imposibilite a obtención dos citados datos, poderáselles solicitar ás persoas que presenten os documentos correspondentes.

Artigo 11. Trámites administrativos posteriores

Todos os trámites administrativos que as persoas interesadas deban realizar tras a presentación da solicitude deberán ser efectuados electronicamente accedendo á Carpeta cidadá da persoa interesada, dispoñible na sede electrónica da Xunta de Galicia.



Artigo 12. Informe técnico

1. Recibida a solicitude de acreditación ou de renovación da acreditación, procederase á comprobación da documentación. Completada a documentación, realizará a visita de auditoría un equipo auditor nomeado para tal efecto polo órgano directivo con competencias en materia de inspección de servizos sanitarios, para verificar o cumprimento. O equipo auditor deberá emitir un informe técnico da auditoría realizada conforme a solicitude de acreditación presentada polo centro sanitario.

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

Artigo 13. Valoración e proposta

1. O Consello Autonómico de Acreditación de Centros Sanitarios, regulado no artigo 20, será o encargado de valorar os informes técnicos e demais documentación que conste no expediente de acreditación ou, de ser o caso, de renovación da acreditación.

2. Para realizar a correspondente valoración, o Consello poderá solicitarlle os informes e os datos adicionais que considere necesarios ao órgano ou unidade que tramite o procedemento, así como requirir a emenda das deficiencias na documentación que xulgue oportuna.

3. A proposta de acreditación ou de renovación da acreditación adoptarase no prazo máximo dun mes e será trasladada á persoa titular do órgano directivo con competencias en materia de inspección de servizos sanitarios, para efectos da súa formalización.

Artigo 14. Resolución do procedemento

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

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



3. A resolución poderá outorgar a acreditación, ou a renovación, condicionada a que no prazo que se determine, non superior a tres meses, sexan emendadas as deficiencias detectadas, con respecto aos estándares establecidos. A persoa ou entidade interesada ten a obriga de comunicarlle a emenda das deficiencias detectadas ao órgano con competencia para resolver as solicitudes de acreditación ou de renovación daquela.

4. A acreditación, ou a renovación, enténdese outorgada sen prexuízo de calquera outra autorización que, de ser o caso, sexa requirida pola normativa vixente.

5. O prazo máximo para ditar e notificar a resolución será de cinco meses, contados desde o día seguinte ao da presentación da solicitude no Rexistro Electrónico da Xunta de Galicia. Para os efectos do artigo 24 da Lei 39/2015, do 1 de outubro, o transcurso do prazo máximo para resolver sen que se adoptase e notificase a resolución terá efectos desestimatorios.

Artigo 15. *Notificacións*

1. A notificación das resolucións e actos administrativos efectuarase só por medios electrónicos, nos termos previstos na normativa reguladora do procedemento administrativo común.

2. De conformidade co artigo 45.2 da Lei 4/2019, do 17 de xullo, de administración dixital de Galicia, as notificacións electrónicas efectuaranse mediante a comparecencia na sede electrónica da Xunta de Galicia e a través do Sistema de notificación electrónica de Galicia-Notifica.gal. Este sistema remitiralles ás persoas interesadas avisos da posta á disposición das notificacións á conta de correo e/ou teléfono móbil que consten na solicitude. Estes avisos non terán, en ningún caso, efectos de notificación efectuada e a súa falta non impedirá que a notificación sexa considerada plenamente válida.

3. De conformidade co artigo 47 da Lei 4/2019, do 17 de xullo, as persoas interesadas deberán crear e manter o seu enderezo electrónico habilitado único a través do Sistema de notificación electrónica de Galicia-Notifica.gal, para todos os procedementos administrativos tramitados pola Administración xeral e as entidades instrumentais do sector público autonómico. En todo caso, a Administración xeral e as entidades do sector público autonómico de Galicia poderán, de oficio, crear o indicado enderezo, para os efectos de asegurar que as persoas interesadas cumpran a súa obriga de relacionarse por medios electrónicos.



Artigo 16. *Vixencia da acreditación*

O período de vixencia da acreditación ou, de ser o caso, da súa renovación será de catro anos contados desde a data de notificación da resolución, agás no caso da acreditación condicionada a que se fai referencia no artigo 14.3.

Artigo 17. *Recursos*

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

Artigo 18. *Revogación da acreditación*

1. A acreditación poderá ser revogada polo órgano concedente durante o período de vixencia, cando se comprobe o incumprimento das condicións existentes no centro sanitario que deron lugar á acreditación, logo de expediente contradictorio, no cal se dará trámite de audiencia á entidade ou persoa interesada.

2. A acreditación condicionada ou a renovación condicionada da acreditación, previstas no artigo 14.3, será revogada polo órgano concedente, no caso de que non se emenden en prazo as deficiencias detectadas.

3. O Consello Autonómico de Acreditación de Centros Sanitarios emitirá unha proposta de revogación con carácter previo á resolución de revogación por parte da persoa titular da Secretaría Xeral Técnica da consellería competente en materia de sanidade. O prazo máximo para ditar e notificar a resolución de revogación será de cinco meses, contados desde o día seguinte ao do inicio do expediente.

4. Contra a resolución de revogación da acreditación ou da súa renovación poderá interpoñerse recurso de alzada ante a persoa titular da consellería competente en materia de sanidade.

5. A Administración poderá verificar, en calquera momento, o cumprimento por parte do centro sanitario dos requisitos que deron lugar á concesión da acreditación ou da súa renovación.



6. O incumprimento das normas relativas á acreditación de centros sanitarios tipifícase como infracción grave no artigo 42.b) da Lei 8/2008, do 10 de xullo.

Artigo 19. *Información ás persoas usuarias*

1. Os centros sanitarios acreditados deberán colocar nun lugar visible ao público o certificado de acreditación que lles será facilitado pola consellería con competencias en materia de sanidade.

2. O certificado deberá retirarse cando a acreditación se revogue ou perda a súa vixencia.

TÍTULO II

Consello Autonómico de Acreditación de Centros Sanitarios

Artigo 20. *O Consello Autonómico de Acreditación de Centros Sanitarios*

1. Créase o Consello Autonómico de Acreditación de Centros Sanitarios. O Consello está adscrito á Secretaría Xeral Técnica da consellería con competencias en materia de sanidade.

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

2. O Consello estará integrado por:

a) Presidencia: a persoa titular do órgano directivo con competencias en materia de inspección de servizos sanitarios.

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

b) Vogalías:

b.1) Tres vogais inspectores/as ou subinspectores/as sanitarios/as, adscritos ao órgano da Administración con competencias en inspección de servizos sanitarios, designados/as pola persoa titular da Secretaría Xeral Técnica da consellería con competencias en materia de sanidade, por proposta da persoa titular do dito órgano.



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

c) Secretaría: asumirá a Secretaría do Consello, con voz pero sen voto, unha persoa empregada pública ao servizo do órgano directivo con competencias en materia de inspección de servizos sanitarios, nomeada polo Consello por proposta da súa Presidencia.

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

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

3. A duración do mandato será de catro anos, agás no caso da Presidencia, a cal se exercerá só durante o tempo en que se manteña a titularidade do órgano que a ten atribuída.

Artigo 21. *Funcións*

Correspóndenlle ao Consello Autonómico de Acreditación de Centros Sanitarios as seguintes funcións:

a) Propoñer a revisión e modificación dos estándares e indicadores de calidade dos centros sanitarios.

b) Elaborar as correspondentes propostas de acreditación e de renovación da acreditación de centros sanitarios que sexan sometidos á súa consideración.

c) Aqueloutras funcións que lle sexan encomendadas pola persoa titular da Secretaría Xeral Técnica da consellería competente en materia de sanidade.

Artigo 22. *Organización e funcionamento do Consello*

1. O Consello adecuará o seu funcionamento ao previsto neste decreto e ao establecido, respecto dos órganos colexiados, no título preliminar, capítulo II, sección 3ª, subsección 1ª da Lei 40/2015, do 1 de outubro, de réxime xurídico do sector público, e no título I, capítu-



lo I, sección 3ª, da Lei 16/2010, do 17 de decembro, de organización e funcionamento da Administración xeral e do sector público autonómico de Galicia.

2. A constitución válida do Consello Autonómico, para efectos de realización de sesións, deliberacións e toma de acordos, exixirá a asistencia, como mínimo, das persoas titulares da Presidencia e da Secretaría, ou quen as substitúa, e da metade dos seus membros.

3. O Consello reunirase con carácter ordinario cando o decida a Presidencia ou, de forma extraordinaria, cando o solicite, polo menos, a metade dos seus membros.

4. Poderán participar nas reunións, por petición da Presidencia, con voz pero sen voto, os membros do equipo auditor que participasen na elaboración do informe técnico indicado no artigo 12 ou outras persoas expertas que se considere oportuno invitar por razón da materia.

Artigo 23. *Uso de medios electrónicos*

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

a) A constitución do Consello Autonómico de Acreditación de Centros Sanitarios da Comunidade Autónoma de Galicia, as súas comunicacións e a adopción dos seus acordos realizaranse preferentemente utilizando medios electrónicos, respectando os trámites esenciais establecidos nos artigos 17 e 18 da Lei 40/2015, do 1 de outubro, de réxime xurídico do sector público, e na Lei 16/2010, do 17 de decembro.

b) As convocatorias serán remitidas a través de medios electrónicos, salvo que non for posible, sempre que se cumpran os requisitos establecidos no artigo 21.2 da Lei 16/2010, do 17 de decembro.

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



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

Así mesmo, as actas das sesións do Consello poderán ser aprobadas por vía telemática.

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

Artigo 24. *Deber de confidencialidade*

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

Disposición adicional única. *Actualización do modelo normalizado*

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

Disposición transitoria primeira. *Réxime xeral transitorio*

Os centros sanitarios de titularidade privada que no momento da entrada en vigor deste decreto teñan un contrato de servizos sanitarios vixente co Sistema público de saúde de Galicia, e estean obrigados a dispoñer de acreditación consonte a nova regulación, deberán obter aquela no prazo máximo dun ano desde a súa entrada en vigor.

No suposto dos centros sanitarios sen internamento actualmente existentes, pertencentes ao Sistema público de saúde de Galicia, que coa entrada en vigor deste decreto deban ser acreditados, o procedemento iniciarao de oficio a Administración.



Disposición transitoria segunda. *Acreditación actual*

Os centros hospitalarios que no momento da entrada en vigor deste decreto dispoñan de acreditación poderán mantela ata que finalice o seu prazo de vixencia.

No entanto, os centros que o consideren oportuno poden solicitar unha nova acreditación.

Disposición transitoria terceira. *Procedementos de acreditación ou renovación en tramitación*

Os procedementos de acreditación ou renovación de acreditación de centros hospitalarios, iniciados con anterioridade á entrada en vigor desta regulación, conforme o Decreto 52/2001, do 22 de febreiro, polo que se regula a acreditación de centros hospitalarios da Comunidade Autónoma de Galicia, rexeranse pola normativa anterior.

Disposición derogatoria única. *Derrogación normativa*

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

Disposición derradeira primeira. *Desenvolvemento normativo*

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

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

Disposición derradeira segunda. *Entrada en vigor*

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

Santiago de Compostela, once de xaneiro de dous mil vinte e catro

Alfonso Rueda Valenzuela
Presidente

Julio García Comesaña
Conselleiro de Sanidade



PROCEDIMENTO ACREDITACIÓN/RENOVACIÓN DE CENTROS SANITARIOS DA COMUNIDADE AUTÓNOMA DE GALICIA	CÓDIGO DE PROCEDIMENTO SA102A	DOCUMENTO SOLICITUDE
---	---	-------------------------


DATOS DA PERSOA SOLICITANTE							
NOME/RAZÓN SOCIAL		PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO	NIF			
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
TIPO	NOME DA VÍA		NÚM.	BLOQ.	ANDAR	PORTA	
<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
PARROQUIA			LUGAR				
<input type="text"/>			<input type="text"/>				
CÓDIGO POSTAL	PROVINCIA	CONCELLO		LOCALIDADE			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>			
TELÉFONO 1	TELÉFONO 2	CORREO ELECTRÓNICO					
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>					

E NA SÚA REPRESENTACIÓN (deberá acreditarse a representación fidedigna por calquera medio válido en dereito)				
NOME/RAZÓN SOCIAL		PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO	NIF
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

DATOS PARA OS EFECTOS DE NOTIFICACIÓN	
Todas as notificacións ás persoas interesadas realizaranse só por medios electrónicos a través do Sistema de notificación electrónica de Galicia - Notifica.gal (https://notifica.xunta.gal). Só se poderá acceder á notificación co certificado electrónico ou Chave365. Envíananse avisos da posta á disposición da notificación no correo electrónico e/ou teléfono móbil facilitados a seguir e que poderán cambiar en calquera momento a través de Notifica.gal .	
TELÉFONO MÓBIL	CORREO ELECTRÓNICO
<input type="text"/>	<input type="text"/>

OBXECTO DA SOLICITUDE
<input type="checkbox"/> ACREDITACIÓN <input type="checkbox"/> RENOVACIÓN

A PERSOA SOLICITANTE OU REPRESENTANTE DECLARA:
1. Que a entidade titular se compromete a comunicar calquera variación das condicións declaradas, así como calquera incidencia que poida afectar a calidade das funcións que se van desenvolver. 2. Que todos os datos contidos nesta solicitude e nos documentos que se achegan son certos.

 **SEDE ELECTRONICA** Este formulario só poderá presentarse nas <https://sede.xunta.gal> formaz previstas na súa norma reguladora

CVE-DOG: iem69cp3-s4j5-0be9-sud4-t8crjy878989



DOCUMENTACIÓN QUE SE PRESENTA OU XA PRESENTADA CON ANTERIORIDADE

<input type="checkbox"/>	Xustificante de pagamento da taxa correspondente (código da taxa: 31.16.00), agás que o pagamento se realice a través da sede electrónica da Xunta de Galicia, caso en que non será necesario achegalo.						
<input type="checkbox"/>	Memoria actualizada en que se indique e acredite o cumprimento dos estándares establecidos no Anexo II.						
<input type="checkbox"/>	En caso de renovación, a maiores da documentación anterior, achegarase unha declaración responsable na que a persoa interesada manifieste que se manteñen os mesmos requisitos que deron lugar á resolución da acreditación. Deberá ser solicitada cunha antelación mínima de tres meses á data límite da súa vixencia.						
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ÓRGANO</th> <th>CÓD. PROC.</th> <th>ANO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Documentación acreditativa do/da representante legal.</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	ÓRGANO	CÓD. PROC.	ANO	<input type="checkbox"/>	Documentación acreditativa do/da representante legal.	
ÓRGANO	CÓD. PROC.	ANO					
<input type="checkbox"/>	Documentación acreditativa do/da representante legal.						

COMPROBACIÓN DE DATOS


Os documentos relacionados serán obxecto de consulta ás administracións públicas. No caso de que as persoas interesadas se opoñan a esta consulta, deberán indicalo no recadro correspondente e achegar unha copia dos documentos.	OPÓÑOME Á CONSULTA
DNINIE da persoa solicitante.	<input type="checkbox"/>
DNINIE da persoa representante.	<input type="checkbox"/>
CONSENTIMENTO PARA A COMPROBACIÓN DE DATOS A persoa interesada autoriza a consulta a outras administracións públicas dos seguintes datos. De non autorizar a consulta, deberá achegar o documento correspondente.	AUTORIZO A CONSULTA
NIF da entidade solicitante.	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> Non

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE A PROTECCIÓN DE DATOS PERSOAIS

Responsable do tratamento	Xunta de Galicia. Consellería de Sanidade.
Finalidades do tratamento	Tramitar este procedemento, verificar os datos e documentos que a persoa interesada achegue na súa solicitude para comprobar a exactitude destes, levar a cabo as actuacións administrativas que deriven e informar sobre o estado de tramitación. Así mesmo, os datos persoais inclúiranse na Carpeta cidadá de cada persoa interesada para facilitar o acceso á información, tanto persoal como de carácter administrativo.
Lexitimación para o tratamento	O cumprimento dunha tarefa en interese público ou o exercicio de poderes públicos segundo a normativa recollida no formulario, na páxina (https://www.xunta.gal/informacion-xeral-proteccion-datos) e na ficha do procedemento na Guía de procedementos e servizos. Consentimento das persoas interesadas, cando corresponda.
Destinatarios dos datos	As administracións públicas estatais, autonómicas e europeas no exercicio das súas competencias en materia de acreditación de centros sanitarios.
Exercicio de dereitos	As persoas interesadas poderán solicitar o acceso, rectificación, oposición, limitación e supresión dos seus datos, a través da sede electrónica da Xunta de Galicia ou nos lugares e rexistros establecidos na normativa reguladora do procedemento administrativo común, segundo se recolle en (https://www.xunta.gal/exercicio-de-dereitos)
Contacto coa persoa delegada de protección de datos e máis información	(https://www.xunta.gal/informacion-xeral-proteccion-datos)

LEXISLACIÓN APLICABLE

- Lei 8/2008, do 10 de xullo, de saúde de Galicia.
- Decreto 52/2001, do 22 de febreiro, polo que se regula a acreditación dos centros hospitalarios da Comunidade Autónoma de Galicia.
- Decreto 18/2024, do 11 de xaneiro, polo que se establece o procedemento para a acreditación de centros sanitarios e se crea e se regula o funcionamento do Consello Autonómico de Acreditación de Centros Sanitarios da Comunidade Autónoma de Galicia.

 **SEDE ELECTRONICA** Este formulario só poderá presentarse nas <https://sede.xunta.gal> formas previstas na súa norma reguladora

CVE-DOG: iem69cp3-s4j5-0be9-sud4-t8crjy878989






ANEXO I
(continuación)

SINATURA DA PERSOA SOLICITANTE OU REPRESENTANTE

Lugar e data

, de de

Secretaría Xeral Técnica

 **SEDE ELECTRÓNICA** Este formulario só poderá presentarse nas formas previstas na súa norma reguladora
<https://sede.xunta.gal>

CVE-DOG: iem69cp3-s4j5-0be9-sud4-t8crjy878989



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

Os estándares e indicadores que cómpre ter en conta para a acreditación de centros sanitarios serán os seguintes:

1. DIRECCIÓN E ORGANIZACIÓN (DO).

DO 1 - Liderado, estratexia e planificación.

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

2. XESTIÓN E FORMACIÓN DO PERSOAL (XFP).

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

XFP 2 - Formación continua.

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

CXMC 1 - Planificación da calidade e mellora continua.

CXMC 2 - Deseño dos procesos clínicos e de xestión.

CXMC 3 - Seguimento e control de procesos.

4. DEREITOS DOS PACIENTES (DP).

DP 1 - Dereitos e deberes do paciente.

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

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

DP 4 - Grupos especiais.

5. ASISTENCIA AO PACIENTE (AP).

AP 1 - Valoración dos pacientes.



AP 2 - Coidados dos pacientes.

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

AP 4 - Indicadores de asistencia.

AP 5 - Anestesia.

AP 6 - Cirurxía.

AP 7 - Urgencias.

AP 8 - Consultas externas.

6. CONTINUIDADE DA ATENCIÓN (CA).

CA 1 - Proceso de admisión.

CA 2 - Continuidade asistencial.

CA 3 - Continuidade asistencial no momento da alta.

CA 4 - Derivación e traslado de pacientes.

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

SPXR 1 - Xestión de riscos.

SPXR 2 - Seguridade do paciente.

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

8. XESTIÓN DA INFORMACIÓN E DOCUMENTACIÓN CLÍNICA (XIDC).

XIDC 1 - Planificación e adecuación da información.

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

XIDC 3 - Xestión da historia clínica.



9. PROCESOS DE SOPORTE Á ASISTENCIA (PSA).

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

PSA 2 - Laboratorios.

PSA 3 - Uso do medicamento.

PSA 4 - Hemoterapia.

PSA 5 - Nutrición e Dietética.

PSA 6 - Esterilización.

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

PALSI 1 - Hostalaría.

PALSI 2 - Instalacións, equipamento e mantemento do edificio.

PALSI 3 - Accesibilidade do edificio e do seu contorno.

PALSI 4 - Intimidade e confort no edificio.

PALSI 5 - Seguridade do edificio e do seu contorno.

PALSI 6 - Xestión de residuos e outros riscos.

PALSI 7 - Xestión da tecnoloxía asistencial.

PALSI 8 - Provedores, subministracións, almacén e distribución.

1. DIRECCIÓN E ORGANIZACIÓN (DO)**DO 1 - Liderado, estratexia e planificación.**

1.1. O centro conta cun xerente ou director/a. Estará previsto quen é a persoa que o substitúe no caso de ausencia.



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

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

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

1.5. A dirección establece e supervisa os contratos de servizos clínicos e de xestión.

1.6. A dirección está comprometida coa calidade da asistencia e a seguridade do paciente.

1.7. A organización comprométese coa ética e establece un marco organizativo que asegura que a actividade do centro se leve a cabo dentro dos requisitos éticos e legais.

1.8. O centro posúe un plan estratéxico a medio e longo prazo, actualizado e vixente, no cal se establecen a misión, visión, obxectivos e liñas de actuación.

1.9. O centro dispón dun plan anual de xestión, correctamente difundido, no cal se inclúen, entre outras cuestións, obxectivos, programa de actividades, procedementos para a avaliación e análise de resultados. A dirección do centro promove e facilita a participación activa dos profesionais no plan de xestión, así como na definición dos obxectivos.

1.10. O centro conta cun plan de investimentos anual, no cal se documentan polo menos as necesidades detectadas, e mecanismos de avaliación e análise de resultados.

1.11. O centro dispón dun procedemento sistemático documentado para a xestión dos cambios.

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

2.1. O centro recolle información de forma sistemática para a análise e identificación de áreas de mellora na xestión asistencial. Esta información recóllese nun cadro de mandos.

2.2. O centro elabora anualmente unha memoria sobre a actividade asistencial desenvolvida. Difúndese a todo o persoal do centro.



2.3. Cada servizo/unidade do centro conta cun responsable á fronte, formalmente designado con base no procedemento regulamentariamente establecido.

2.4. O equipo directivo promove a comunicación e a coordinación entre os servizos e entre os profesionais.

2.5. Os responsables dos servizos/unidades promoven e facilitan a orientación e formación do persoal do seu servizo.

2.6. Cada servizo/unidade elabora anualmente un informe en que reflicte a actividade desenvolvida e, así mesmo, formula os obxectivos de mellora para o ano seguinte.

2.7. Os responsables dos servizos/unidades realizan propostas e/ou informes motivados en relación coas necesidades de recursos materiais e/ou humanos.

2.8. Os diferentes servizos promoven e participan en grupos interdisciplinarios para a mellora da xestión e da actividade profesional do centro (comisións clínicas/comité tumores).

2. XESTIÓN E FORMACIÓN DO PERSOAL (XFP).

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

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

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

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

1.4. O centro ten definido un procedemento para a xestión dos recursos humanos onde se recollen as definicións e identificación das responsabilidades na xestión, tanto no nivel de dirección como nos diferentes servizos e unidades.

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



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

1.7. O centro promove a saúde dos seus traballadores/as e conta cun plan de saúde laboral, elaborado coa participación dos/das profesionais do centro e revisado periodicamente, que cumpre a normativa vixente e promove a saúde laboral e a prevención de riscos laborais dos/das traballadores/as.

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

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

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

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

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

XFP 2 - Formación continua.

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

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

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



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

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

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

CXMC 1 - Planificación da calidade e mellora continua.

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

1.13. O centro realiza *benchmarking* para identificar as mellores prácticas e aprende dos mellores.

CXMC 2 - Deseño dos procesos clínicos e de xestión.

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

2.2. A dirección designa un responsable de cada proceso.

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

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

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

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



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

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

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

CXMC 3 - Seguimento e control de procesos.

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

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

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

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

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

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

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

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



4. DEREITOS DOS PACIENTES (DP).**DP 1 - Dereitos e deberes do paciente.**

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

1.2. O centro dispón da Carta de Dereitos e Deberes do Paciente, que se axusta ao contido da Lei xeral de sanidade e da Lei de saúde de Galicia.

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

1.4. Os dereitos e deberes do paciente están expostos na distintas unidades asistenciais e administrativas do centro.

1.5. A dirección do centro fomenta e propicia o coñecemento e a difusión, por parte do persoal, dos dereitos e deberes, creando unha cultura organizativa e de respecto destes.

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

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

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

1.9. O centro ten un mecanismo para comprobar rutineiramente se o/a paciente ten rexistradas as súas últimas vontades e, en caso negativo, infórmao/a e facilítalle ao/á paciente o seu rexistro.

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



3.4. Hai un procedemento sistemático polo que se lle pregunta ao paciente quen quere que se informe do seu proceso ademais del mesmo.

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

3.6. O centro ten establecido un procedemento para a información verbal e/ou escrita a pacientes ou persoas de idade avanzada ou con déficits sensoriais, de conciencia, intelectivos ou con trastorno do comportamento, en relación co proceso asistencial. Así mesmo, garante o dereito do paciente á non información.

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

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

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

3.10. O centro garante o acompañamento do paciente por unha persoa da súa elección, exceptuando os casos en que sexa desaconsellable ou incompatible coa prestación sanitaria, conforme criterios clínicos ben establecidos e baseados na evidencia.

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

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

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

3.14. No caso de que un paciente rexeite o tratamento ofrecido, deberán ofrecérselle tratamentos ou outras medidas alternativas. Este rexeitamento non será equivalente a unha alta voluntaria.



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

3.16. O paciente é informado da existencia dun Comité de Ética Asistencial e da posibilidade de pedir a súa intervención en caso de conflito co/coa seu médico/a.

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

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

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

DP 4 - Grupos especiais.

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

4.2. Existe un procedemento específico de atención ao menor.

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

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

4.5. O centro ten protocolos sobre inmovilización de pacientes encamados, aprobados polo Comité de Ética.

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

4.7. O centro dispón dun procedemento actualizado, definido, coñecido e difundido polo persoal da organización, para asegurar que os/as enfermos/as terminais poidan rexeitar



calquera tratamento e especialmente tratamentos (de soporte vital) que prolonguen sen necesidade o seu sufrimento.

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

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

5. ASISTENCIA AO PACIENTE (AP).

AP 1 - Valoración dos pacientes.

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

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

1.3. A todo paciente asígnaselle un equipo asistencial.

AP 2 - Coidados dos pacientes.

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

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

2.3. Todos os coidados e procedementos realizados aos pacientes, e especialmente a aqueles de alto risco, se adecúan ás guías de práctica clínica vixentes.

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

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

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



3.2. A información lévaa a cabo o/a profesional responsable da asistencia do paciente.

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

AP 4 - Indicadores de asistencia.

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

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

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

AP 5 - Anestesia.

5.1. Existe un responsable cualificado dos servizos de Anestesia e Sedación.

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

5.3. O Servizo de Anestesia ten unha carteira de servizos definida, coñecida e actualizada.

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

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

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

5.7. Existe unha cultura de seguridade na atención anestésica.



AP 6 - Cirurxía.

6.1. Existe un responsable cualificado á fronte dos servizos cirúrxicos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

AP 7 - Urgencias.

7.1. Existe un responsable cualificado á fronte do Servizo de Urgencias (SU).

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



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

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

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

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

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

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

AP 8 - Consultas externas.

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

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

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

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

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

8.6. A asistencia en consultas externas está coordinada.

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



6. CONTINUIDADE DA ATENCIÓN (CA).**CA 1 - Proceso de admisión.**

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

1.2. O centro dispón dunha carteira de servizos propios de admisión (xestor de prestacións) coñecida polo persoal do centro, á disposición das persoas usuarias e que se actualiza de forma periódica.

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

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

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

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

CA 2 - Continuidade asistencial.

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

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

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

2.4. Existe un/unha facultativo/a responsable do/da paciente, claramente identificado/a, que será o/a interlocutor/a principal co/coa paciente e coa súa familia durante todo o proceso asistencial, así como cos demais prestadores da atención sanitaria, e que garantizará a



axeitada coordinación dos coidados prestados tanto no propio servizo como naquel outros aos que o/a paciente sexa transferido/a.

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

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

2.7. A organización garante a coordinación efectiva entre os diferentes prestadores de atención sanitaria en atención primaria e atención hospitalaria especializada (integración asistencial).

CA 3 - Continuidade asistencial no momento da alta.

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

3.2. O informe de alta queda rexistrado na historia clínica e inclúe como mínimo:

- Datos do paciente e do/da médico/a responsable.
- Resumo do seu historial clínico.
- Actividade asistencial prestada.
- Diagnóstico.
- Estado do/da paciente no momento da alta.
- Recomendacións terapéuticas para garantir a continuidade da asistencia.

3.3. O paciente e a súa familia reciben do/da médico/a responsable instrucións claras e comprensibles en relación cos coidados precisos tras a alta, que incluírán indicacións



sobre o centro sanitario onde deben continuar a atención e como obter asistencia urgente en caso necesario.

3.4. De acordo cos estándares establecidos, entrégaselle ao/á paciente o informe de alta de coidados de enfermaría.

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

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

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

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

CA 4 - Derivación e traslado de pacientes.

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

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

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

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

SPXR 1 - Xestión de riscos.

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



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

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

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

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

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

1.7. A organización establece indicadores para o seguimento do Sistema de xestión de riscos para a seguridade do paciente no cadro de mando.

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

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

SPXR 2 - Seguridade do paciente.

I. SEGURIDADE NA ASISTENCIA:

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

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



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

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

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

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

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

II. SEGURIDADE NOS COIDADOS: CC.

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

- Prevención de caídas e lesións asociadas.
- Prevención de úlceras por presión.
- Seguridade nas contencións mecánicas.
- Prevención da malnutrición.
- Prevención da broncoaspiración.
- Detección e asistencia ao paciente fráxil.
- Prevención da deterioración cognitiva.
- Abordaxe integral da dor.
- Prevención do suicidio.
- Prevención de fugas.



- Prevención de raptos e abandonos no ámbito hospitalario.
- Prevención de reaccións alérxicas ao látex.
- Prevención de trombose venosa profunda e tromboembolismo pulmonar.
- Prevención das hemorragias en pacientes de risco, como anticoagulados, poscirúrxicos e sometidos a procedementos invasivos.
- Actuación ante situacións emerxentes graves de pacientes, con dispositivos de atención inmediata á parada cardiorrespiratoria.
- Prevención de queimaduras por dispositivos asistenciais.
- Detección e prevención da violencia de xénero.

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

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

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

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

2.12. A organización dispón dun procedemento para a conciliación da medicación no momento do ingreso e no da alta do paciente. Dispónse dun procedemento para a revisión dos tratamentos farmacolóxicos e dietéticos de pacientes pluripatolóxicos e polimedicados e utilízase.

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

2.14. A organización dispón dun procedemento documentado e implantado de revisión periódica da medicación dos carros de parada/maletíns de primeira intervención.



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

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

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

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

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

3.1. A organización conta cun sistema integrado para a vixilancia, prevención e control das infeccións relacionadas coa atención sanitaria (IRAS).

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

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

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

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

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



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

3.8. Implícanse os pacientes nos aspectos relacionados coa prevención das IRAS (infeccións relacionadas coa asistencia sanitaria).

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

8. XESTIÓN DA INFORMACIÓN E DOCUMENTACIÓN CLÍNICA (XIDC).

XIDC 1 - Planificación e adecuación da información.

1.1. O centro conta cun responsable dos sistemas de información.

1.2. O centro dispón dun sistema de información deseñado acorde coas súas necesidades, reflectido nun plan para a xestión da información actualizado, difundido e avaliado.

1.3. O sistema de información facilita o desenvolvemento dos procesos de captura, procesamento, transmisión, uso e recuperación de datos de forma áxil, e permite un acceso fácil e en tempo real á información definida como relevante para cada servizo ou unidade do centro.

1.4. A totalidade dos servizos e unidades do centro sanitario está funcionalmente integrada no sistema de información do hospital.

1.5. O persoal coñece as normas e os mecanismos de uso segundo o posto de traballo.

1.6. O centro dispón de mecanismos efectivos para garantir que só o persoal autorizado pode acceder á información que corresponda.

1.7. O persoal que traballa ou utiliza os sistemas de información, independentemente do tipo de relación contractual, debe ter documentado formalmente o seu compromiso de confidencialidade co uso da información.

1.8. O persoal encargado da xestión da información recibe a formación específica para garantir o uso adecuado do sistema.



1.9. O centro dispón de procedementos para revisar, protexer e garantir a seguridade e integridade do sistema de información.

1.10. O centro debe garantir a seguridade e confidencialidade dos datos cando colabora con bases de datos externas.

1.11. O centro facilita a información ao/á usuario/a de acordo con formatos normalizados e en tempo adecuado.

1.12. O centro emprega códigos estandarizados de diagnóstico e procedementos, símbolos, abreviaturas e definicións recollidos nun manual escrito. A dita estandarización cumpre cos estándares aprobados pola organización.

1.13. O centro ten establecidos indicadores con criterios de homologación e clasificación nacional e internacional. O sistema de indicadores permítelle a avaliación e a análise dos procesos asistenciais.

1.14. O centro está incluído en bases de datos externas (nacionais e/ou internacionais) de referencia que permiten a comparación con outros centros.

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

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

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

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

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

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



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

2.5. A organización incentiva o desenvolvemento do coñecemento colectivo.

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

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

XIDC 3 - Xestión da historia clínica (HC).

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

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

3.3. Todo paciente atendido no centro conta con historia clínica única na cal se integran todos os seus episodios asistenciais e que conta cun identificador exclusivo para el.

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

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

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

3.7. A historia clínica do paciente que recibe atención de urxencias inclúe, polo menos, hora de chegada, anamnese, exploracións realizadas, tratamento administrado, impresión diagnóstica, estado do paciente no momento da alta e as instrucións de seguimento.

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

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



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

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

3.12. O centro conta cunha Comisión ou Comité de Historias Clínicas formalmente constituído, con dependencia da dirección do centro. Esta comisión propón e difunde as normas, procedementos e accións de mellora na calidade da HC.

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

9. PROCESOS DE SOPORTE Á ASISTENCIA (PSA).

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

1.1. Existe un responsable desta área.

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

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

1.4. Dos estudos e das probas de diagnóstico por imaxe emítese informe sistematicamente e de conformidade coa indicación clinicamente razoada pola unidade peticionaria.

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

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

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



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

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

1.10. O centro constituíu e está dotado dun servizo de protección radiolóxica propio, ou conta coa contratación dunha unidade técnica de protección radiolóxica para as súas instalacións, debidamente autorizada. Conta cun responsable á fronte desta e con persoal técnico experto que garantan que teña o seu certificado de revisión ao día.

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

1.12. Garántese unha adecuada xestión de residuos.

PSA 2 - Laboratorios.

2.1. Cóntase cun responsable desta área.

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

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

2.4. O persoal asignado aos laboratorios conta coa cualificación e experiencia adecuadas.

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

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



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

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

2.9. Todo o equipamento utilizado para a análise de laboratorio será inspeccionado e se manterá e se calibrará con regularidade.

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

PSA 3 - Uso do medicamento.

3.1. O centro conta cun responsable especialista en Farmacia Hospitalaria á fronte do Servizo de Farmacia.

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

3.3. O centro dispón dunha Guía farmacoterapéutica, na cal se inclúen os medicamentos dispoñibles, elaborada de acordo con criterios profesionais.

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

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

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



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

PSA 4 - Hemoterapia.

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

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

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

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

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

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

PSA 5 - Nutrición e Dietética.

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

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

5.3. Dispón de listaxe de dietas cun sistema de identificación, distribuído por todas as áreas de hospitalización, incluída Urxencias.



PSA 6 - Esterilización.

6.1. Esta unidade conta con persoal técnico responsable dela.

6.2. A unidade dispón dun manual de organización e funcionamento no cal se reflicten o seu organigrama, a disposición física da unidade, localización, os recursos estruturais e de equipamento de que dispón, e de normas da unidade.

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

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

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

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

10. PROCESOS DE APOIO LOXÍSTICO. SEGURIDADE DAS INSTALACIÓNS (PALSÍ).**PALSÍ 1 - Hostalaría.**

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

1.2. A organización ten unha estrutura física e organizativa adecuada para cubrir as necesidades hostaleiras das persoas usuarias e do persoal.

1.3. O centro dispón de procedementos da área de hostalaría actualizados e consensados coas outras unidades funcionais implicadas nos distintos procesos.

1.4. Dispónse de procedementos para o control de *stocks* e a súa rotación nas tres áreas funcionais (alimentación, limpeza e lavandaría/lenzaría).



1.5. Existe un adecuado sistema de recollida de queixas das persoas usuarias, específico para esta área.

Alimentación:

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

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

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

Limpeza:

1.9. O centro dispón dunha Guía de limpeza que adapta as súas características ás recomendacións da Dirección Xeral de Saúde Pública da consellería con competencias en materia de sanidade.

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

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

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

Lavandaría/lenzaría:

1.13. O centro dispón dunha Guía de roupa limpa e sucia que adapta as súas características ás recomendacións da Dirección Xeral de Saúde Pública da consellería con competencias en materia de sanidade.



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

PALSI 2 - Instalacións, equipamento e mantemento do edificio.

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

2.2. De acordo coa súa política e estratexia, o centro dispón dun plan de mantemento do edificio (exterior e interior), das instalacións e do contorno, e dun regulamento de réxime interno aprobado pola dirección do centro, correctamente difundido e actualizado.

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

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

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

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

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

PALSI 3 - Accesibilidade do edificio e do seu contorno.

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

3.2. O centro dispón dun plan de sinalización xeral no centro que facilita o acceso ás diferentes áreas, este plan inclúe unha identificación adecuada das áreas de circulación públicas e restrinxidas.



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

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

3.5. O centro está libre de barreiras e/ou dispón de protocolos, mecanismos e recursos que permiten superar os posibles déficits de accesibilidade da estrutura de forma que garanten que as persoas usuarias con déficits sensoriais que circulan polo centro non teñen barreiras de accesibilidade.

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

PALSI 4 - Intimidade e confort no edificio.

4.1. A infraestrutura permite que a estada do paciente se desenvolva nun contorno físico relaxante e comfortable co fin de favorecer a súa recuperación.

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

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

4.4. Aos pacientes entrégaselles roupa para as exploracións e probas diagnósticas e terapéuticas nas situacións que o requiran.

4.5. Os cuartos contan con instalacións sanitarias adaptadas e accesibles que permiten a limpeza/aseo persoal con privacidade e comodidade.

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

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



4.8. Nos cuartos hai un espazo pechado, facilmente accesible, para gardar os obxectos persoais e a roupa dos pacientes.

4.9. No Servizo de Urgencias hai un procedemento que garante a garda e custodia da roupa e dos obxectos persoais dos pacientes.

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

4.11. O centro dispón de instalacións para o persoal, equipadas e adaptadas ao número de traballadores/as e nas mellores condicións hixiénicas e de mantemento.

4.12. O centro facilítalles aos/ás seus/súas traballadores/as roupa de traballo adecuada e hai vestiarios facilmente accesibles.

PALSI 5 - Seguridade do edificio e do seu contorno.

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

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

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

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

5.5. A subministración eléctrica e de auga potable de fontes habituais ou alternativas está asegurada durante todo o horario de funcionamento do centro e é suficiente para atender as necesidades dos pacientes.

5.6. O centro dispón dun plan de eficiencia enerxética que se adapta ás súas propias características.



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

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

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

PALSI 6 - Xestión de residuos e outros riscos.

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

6.2. O centro dispón dunha política de mellora do ambiente, aprobada pola dirección, e reduce ao mínimo o impacto ambiental das súas actividades, propiciando o desenvolvemento sustentable.

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

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

PALSI 7 - Xestión da tecnoloxía asistencial.

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

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

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

7.4. O centro dispón dun procedemento para a identificación de todo o novo equipamento que se incorpore, independentemente da súa orixe.

7.5. O centro garante que o persoal encargado da calibración e do mantemento preventivo está debidamente formado, é competente e actúa de acordo aos protocolos.



7.6. Todos os equipos que o requiran deben calibrarse ou verificarse, ou ambas as cousas, a intervalos especificados ou antes da súa utilización, comparando con padróns de medición rastrexables a padróns de medición internacionais ou nacionais; cando non existan tales padróns, debe rexistrarse a base utilizada para a calibración ou a verificación.

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

PALSI 8 - Provedores, subministracións, almacén e distribución.

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

8.2. O centro dispón dun catálogo de produtos actualizado.

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

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

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

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

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

