



MODELO DE RECONOCIMIENTO Y GESTIÓN PARA UNIDADES ASISTENCIALES

Versión 1.1 / 20-02-2026

ANEXO IV Estándares de calidad y seguridad

*Por un liderazgo clínico comprometido
con la calidad y la seguridad del paciente*

Edita:

© Gerencia Regional de Salud de Castilla y León.

Textos:

© Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. Dirección General de Calidad e Infraestructuras Sanitarias. Servicio de Calidad y Seguridad del Paciente.



Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0)

ANEXO IV

Estándares de calidad y seguridad

ESTÁNDARES DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

Por un liderazgo clínico competente y comprometido con la calidad y la seguridad del paciente

CATEGORÍA I. DERECHOS DE LOS PACIENTES

Objetivo: **Garantizar la protección de los derechos de los pacientes en el ámbito de la atención sanitaria.**

Nº	ESTÁNDAR	Grupo
ES.DP.01	Información general Se facilita información a pacientes y familiares sobre las características y el funcionamiento general del servicio /EAP.	G1

Aclaraciones:

Se debe facilitar a los pacientes y familiares información verbal y escrita (cartelería, folletos, trípticos, web...) sobre las características y el funcionamiento general del servicio /EAP para favorecer el acceso a los servicios y su uso.

Requisitos de cumplimiento:

El servicio/EAP realiza lo establecido en la definición de este estándar de forma planificada y sistemática:

- Dispone de un protocolo que define qué información se debe facilitar, la forma (escrita y/o verbal, presencial/ telefónica...) y los profesionales responsables de suministrarla (persona o categoría profesional) en relación a los diferentes procesos de su cartera de servicios (consultas, hospitalización, hospital de día...). Por ejemplo, en hospitalización, al ingreso se informará por escrito sobre aspectos relacionados con la estancia hospitalaria y también sobre la unidad (por ejemplo, visitas, horario de información médica, descripción de la unidad, espacios asistenciales...) y se completará con información verbal. En consultas externas/consultas AP se informará sobre los horarios de atención sanitaria y telefónica, procedimiento para la atención urgente y programada, sistema de cita, condiciones para la elección de profesional cuando proceda, disponibilidad de guía de información al usuario...
- Comunica a los profesionales implicados la sistemática de trabajo y sus actualizaciones, para su aplicación efectiva.
- La información escrita está disponible y actualizada para su entrega o para darla a conocer (web, redes sociales, guía de información al usuario, folleto para el paciente, cartel en habitaciones o sala de espera en consultas...). Al menos se pone a disposición de los pacientes información sobre la cartera de servicios, derechos y deberes, localización de los diferentes dispositivos asistenciales, horarios de atención y teléfono de contacto/correo electrónico.

Evidencias:

Para verificar el cumplimiento del estándar, los evaluadores podrán:

- Solicitar evidencias documentales: protocolo o normas sobre información general, información disponible ya sea en la web, trípticos, carteles...
- Visitar las instalaciones para comprobar la información disponible.
- Realizar entrevistas a los profesionales implicados para verificar que conocen y aplican el protocolo y a pacientes sobre la información general.

ES.DP.02	Información clínica El servicio/EAP favorece la adecuada información a los pacientes sobre el proceso de atención.	G1
Aclaraciones: Los pacientes tienen derecho a recibir información adecuada sobre su proceso de atención, tanto de su médico como de su enfermera (en consulta, hospitalización, en una intervención quirúrgica...). Si el paciente lo desea y autoriza se informará también a los familiares que él designe. El servicio adopta distintas medidas para que la información facilitada sea comprensible y se adapte a la situación de cada persona, e incluso, si el paciente así lo desea, se respeta su derecho a no recibir información. Requisitos de cumplimiento: El servicio/EAP realiza lo establecido en la definición de este estándar de forma planificada y sistemática: - Dispone de un protocolo/guía que incluye indicaciones para favorecer que la información clínica a pacientes y familiares a lo largo del proceso de atención sea adecuada, teniendo en cuenta especificidades por procesos de atención, por tipo de pacientes, la identificación proactiva de las necesidades de información y medidas para atenderlas, la utilización de herramientas para mejorar la comunicación con pacientes con necesidades especiales (pictogramas, servicio de interpretación telefónica, herramientas de interpretación de la lengua de signos, etc.)... - Desarrolla medidas concretas de difusión a los profesionales, por ejemplo, sesiones clínicas, formación, infografías, para favorecer la adecuada información clínica a pacientes y familiares. - AH: además, adopta otras medidas para garantizar la información: en las unidades de hospitalización: se asignan profesionales responsables (médico y enfermera) y se establecen los lugares y horarios de información y la periodicidad (al menos: información clínica diaria -después del pase de visita médica- en hospitalización convencional, dos veces al día en unidades de críticos, al terminar la intervención en el bloque quirúrgico y en los servicios de urgencias una vez que el paciente ha sido valorado se informará a los familiares del plan de acción para establecer el diagnóstico en el caso de requerir la realización de pruebas diagnósticas). Se comunican a los pacientes/familiares estos aspectos. Evidencias: Para verificar el cumplimiento del estándar, los evaluadores podrán: - Solicitar evidencias documentales: protocolo/guía relativa a la información clínica, reclamaciones recibidas... - Visitar las instalaciones para verificar medidas adoptadas (lugares y horarios de información, etc.). - Realizar entrevistas a profesionales para comprobar que conocen y aplican el protocolo y a los pacientes sobre la información clínica recibida (horarios, médico y enfermera responsables...).		

ES.DP.03	Confidencialidad de la información clínica El servicio/EAP promueve la confidencialidad en la transmisión de información clínica.	G1
Aclaraciones: El servicio/EAP adopta medidas para que durante la transmisión de información clínica a los pacientes y a terceras personas se garantice la confidencialidad. Requisitos de cumplimiento: El servicio/EAP realiza lo establecido en la definición de este estándar de forma planificada y sistemática: - Dispone de un protocolo que contempla pautas para garantizar la confidencialidad en la información en las distintas áreas de atención y zonas de acceso a ellas (consultas, hospitalización, bloque quirúrgico, urgencias, paritorio, salas de espera) y en los usos secundarios (ensayos clínicos, investigación, empresas...). Contempla aspectos como no suministrar información sensible en el pasillo, no comentar casos clínicos en lugares públicos, utilizar habitaciones/boxes individuales para determinados pacientes, gestión de llamadas en salas de espera, identificación de pacientes vulnerables, con patologías concretas o personas con gran repercusión social... - Desarrolla medidas concretas para garantizar la confidencialidad (por ejemplo, habilitar despachos o salas para dar información sensible, preguntar al paciente si autoriza o no la información a terceras personas, dejando constancia en la HC, los profesionales/estudiantes firman un compromiso de confidencialidad, sistema de llamada anónima en salas de espera...). - Comunica a los profesionales las medidas establecidas y se asegura de que las conocen. Evidencias: Para verificar el cumplimiento del estándar, los evaluadores podrán: - Solicitar evidencias documentales: protocolo relativo a la confidencialidad de la información, reclamaciones recibidas, informe del delegado de protección de datos... - Visitar las instalaciones para verificar medidas adoptadas (lugar/es habilitado/s para la información sensible, gestión de llamadas/avisos en las salas de espera...). - Realizar entrevistas a profesionales para comprobar que conocen y aplican el protocolo y a los pacientes sobre la confidencialidad de la información.		

ES.DP.04	Profesionales responsables del paciente El servicio/EAP asigna y comunica al paciente y sus familiares, los profesionales de referencia.	G1
Aclaraciones: Para favorecer una atención personalizada y como garantía del derecho a la información sobre el proceso asistencial: <u>AH:</u> se asignará a los pacientes un médico, que será su interlocutor principal con el equipo asistencial y, en su caso, un enfermero responsable del seguimiento del plan de cuidados. Esta asignación se dará a conocer a los pacientes y familiares. <u>AP:</u> los pacientes tendrán asignada una Unidad Básica Funcional (médico y enfermera) (UBF), de la que serán informados en el momento del alta en tarjeta sanitaria por el área administrativa del centro de salud. Requisitos de cumplimiento: El servicio/EAP realiza lo establecido en la definición de este estándar de forma planificada y sistemática: - Dispone de un procedimiento para asignar y dar a conocer a los pacientes atendidos quiénes son los profesionales responsables de su atención y contempla también el sistema de suplencia en caso de ausencia del médico o enfermero responsable. En atención primaria además, contemplará la sistemática para asignar y dar a conocer a los pacientes con tarjeta sanitaria asignada a un CIAS sin facultativo o enfermero disponibles, quiénes son los responsables de su atención. - Asigna a los pacientes un médico, que actúa como interlocutor principal con el equipo asistencial y, en su caso, un enfermero responsable del seguimiento del plan de cuidados y se da a conocer a los pacientes. - Comunica a los profesionales implicados la sistemática establecida y sus actualizaciones, para su aplicación efectiva. Evidencias: Para verificar el cumplimiento del estándar, los evaluadores podrán: - Solicitar evidencias documentales: procedimiento establecido para la asignación de los profesionales responsables, sistema de suplencia y comunicación de los profesionales responsables a los pacientes; sistema de difusión a profesionales. - Realizar entrevistas a pacientes y/o profesionales en relación con la asignación de los profesionales responsables y sistema para dar a conocer a los pacientes dichos profesionales responsables.		
ES.DP.05	Identificación de los profesionales Los profesionales se identifican adecuadamente ante el paciente y sus familiares.	G1
Aclaraciones: Cualquier profesional en su contacto inicial con el paciente y sus familiares debe presentarse adecuadamente dando a conocer su nombre y categoría profesional; además, debe utilizar el sistema identificativo que se haya establecido en Sacyl/Gerencia (etiqueta identificativa, código diferenciado de colores en uniformes...). Requisitos de cumplimiento: El servicio/EAP realiza lo establecido en la definición de este estándar de forma planificada y sistemática: - Dispone de normas de identificación de los profesionales y personas que están en formación o en periodo de prácticas (por ejemplo, en el contacto inicial con el paciente dando a conocer su nombre y categoría, portar tarjeta identificativa, identificación serigrafiada en el uniforme, código de colores...). - Comunica a los profesionales esas normas para su aplicación efectiva. - Los profesionales están debidamente identificados (portan tarjetas identificativas visibles o identificación serigrafiada en el uniforme) y se presentan ante los pacientes y familiares. Evidencias: Para verificar el cumplimiento del estándar, los evaluadores podrán: - Solicitar evidencias documentales: normas de identificación, sistema de difusión a los profesionales... - Visitar las instalaciones para verificar sistema identificativo utilizado. - Realizar entrevistas a profesionales para comprobar que conocen y aplican el sistema de identificación y a pacientes en relación con la identificación de los profesionales.		

ES.DP.06	Consentimiento informado (CI) Se recaba correctamente el consentimiento por escrito en intervenciones quirúrgicas y procedimientos diagnósticos y terapéuticos de riesgo.	G1
Aclaraciones: El consentimiento se hará por escrito en caso de intervenciones quirúrgicas y procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasivos o que supongan riesgos, después de que el paciente reciba una información adecuada. El servicio/EAP identifica las intervenciones y/o procedimientos de su cartera de servicios que requieren consentimiento informado escrito, cumple los criterios normativamente establecidos en su diseño y utiliza documentos con información específica para cada intervención/procedimiento. Requisitos de cumplimiento: El servicio/EAP realiza lo establecido en la definición de este estándar de forma planificada y sistemática: - Dispone de la relación de intervenciones quirúrgicas y procedimientos diagnósticos y terapéuticos de la unidad que requieren CI escrito. - Los documentos de CI son específicos de cada procedimiento, están disponibles e incluyen el contenido establecido legalmente (finalidad, alternativas, consecuencias tanto si se realiza como si no se realiza, riesgos, contraindicaciones, etc.). - Define el protocolo de actuación que garantice que se informa verbalmente sobre el procedimiento clínico y que se recaba por escrito el CI con antelación suficiente (quién debe entregarlo, en qué momento, a quién en menores y supuestos de incapacidad, etc.). - Comunica a los profesionales el protocolo establecido para su aplicación efectiva. - Recaba el CI escrito utilizando el modelo específico para cada procedimiento diagnóstico o terapéutico de riesgo y se guarda una copia en la HC. Evidencias: Para verificar el cumplimiento del estándar, los evaluadores podrán: - Solicitar evidencias documentales: catálogo de procedimientos de la unidad que requieren CI escrito, documentos de CI específicos para los procedimientos del catálogo y procedimiento definido para recabar el consentimiento, reclamaciones... - Realizar visita a las instalaciones para comprobar que los documentos de CI están disponibles (en papel o formato electrónico). - Revisar HC u otro sistema de archivo de los documentos firmados. - Realizar entrevista a profesionales para verificar que conocen y aplican el protocolo y a pacientes sobre el proceso seguido.		

ES.DP.07	Planificación compartida de la atención El servicio/EAP promueve la toma de decisiones compartidas entre el profesional sanitario y el paciente, facilitando asesoramiento personalizado para la deliberación sobre las opciones diagnósticas y terapéuticas que pueden contemplarse a lo largo del proceso asistencial y consensuando un plan de atención ajustado a las preferencias del paciente.	G4
Aclaraciones: En el contexto de enfermedades crónicas y avanzadas, es importante planificar las decisiones teniendo en cuenta las indicaciones médicas, el balance beneficio/riesgo de los procedimientos, así como los valores y preferencias de las personas con respecto a los cuidados y tratamientos sanitarios que desean recibir a lo largo de la evolución de su enfermedad. También es importante esa planificación en contextos en los que se prevé que la persona vaya a tener una pérdida de la capacidad de decisión transitoria (enfermedad mental) o definitiva (deterioro cognitivo). La planificación compartida de la atención (PCA) es un proceso en el que el equipo asistencial acompaña al paciente y su familia a lo largo del proceso deliberativo, analizando las ventajas e inconvenientes de las alternativas terapéuticas y diagnósticas que puedan contemplarse a lo largo del proceso asistencial y acordando un plan ajustado a la evolución de la enfermedad y las preferencias del paciente, en previsión de situaciones futuras en las que éste no pueda tomar decisiones. Incluye cuatro elementos esenciales: intercambio de información (personal y médica), deliberación sobre las distintas opciones, toma de decisiones consensuadas y reajuste del plan según la evolución de la enfermedad. Hay unidades que realizan la PCA con frecuencia: EAP y servicios hospitalarios que trabajan con pacientes crónicos (Cuidados Paliativos, Geriátrica, Medicina Interna, Neumología, Cardiología, Oncología, Neurología, Nefrología, Digestivo) y en psiquiatría (ante enfermedades que cursen con pérdida transitoria de la capacidad). Este estándar puede no aplicar en determinados servicios. Requisitos de cumplimiento: El servicio/EAP realiza lo establecido en la definición de este estándar de forma planificada y sistemática: - Dispone de un protocolo de uso de las herramientas de ayuda a la toma de decisiones compartida (de la GRS u otras) que contempla supuestos de aplicación (crónicos, enfermedad mental...) y aspectos relevantes que se deben recabar sobre el contexto del paciente para adoptar un enfoque individual en la toma de decisión en base a los valores y preferencias del paciente. - Realiza actividades de difusión del protocolo y formación a los profesionales en habilidades para la planificación compartida de la atención. - Los profesionales conocen las herramientas y realizan el proceso de planificación registrándolo en la historia clínica. Evidencias: Para verificar el cumplimiento del estándar, los evaluadores podrán: - Solicitar evidencias documentales: protocolo, sesiones de difusión/formación realizadas, registros... - Realizar auditorías de HC. - Realizar entrevista a profesionales para verificar que conocen y aplican el protocolo de PCA.		

ES.DP.08	Instrucciones previas El servicio/EAP promueve que se cumplan las instrucciones previas de los pacientes.	G1
Aclaraciones: El respeto a las decisiones sobre la propia salud es igualmente exigible cuando éstas se han adoptado anticipadamente mediante instrucciones previas (sobre los cuidados y tratamientos de salud y las situaciones a las que se refieren) para que se cumplan cuando el paciente se encuentre en una situación en la que no sea capaz de expresarlas personalmente. Los profesionales médicos y de enfermería que atienden a estos pacientes que no pueden decidir deben consultar la existencia de instrucciones previas, para, en su caso, cumplirlas. Además, en determinadas circunstancias es importante informar/asesorar a pacientes y familiares sobre la conveniencia de redactar instrucciones previas y en su caso como proceder para otorgarlas de acuerdo con la normativa vigente. Requisitos de cumplimiento: El servicio/EAP realiza lo establecido en la definición de este estándar de forma planificada y sistemática: - Dispone de un procedimiento para que los profesionales sanitarios con motivo de la atención a un paciente conozcan cuando es obligatorio consultar si tiene instrucciones previas y cómo hacerlo (acceso al Registro de Instrucciones Previas (REIP), así como accesos indebidos, etc.) e incluirá también aspectos relativos a la formulación de las instrucciones previas y a que los profesionales conozcan el procedimiento para realizar el documento de las instrucciones previas, para, en su caso, informar/asesorar al paciente. - Desarrolla medidas concretas con los profesionales (sesiones clínicas, formativas...) sobre el procedimiento de consulta de las instrucciones previas y actuaciones que deben seguir. Evidencias: Para verificar el cumplimiento del estándar, los evaluadores podrán: - Solicitar evidencias documentales: protocolo de actuación, acta de sesiones formativas o del equipo... - Realizar entrevista a profesionales para verificar que conocen el protocolo y lo aplican (saben acceder al registro de instrucciones previas...).		
ES.DP.09	Protección de la intimidad corporal El servicio/EAP respeta la intimidad corporal del paciente durante el proceso de atención.	G1
Aclaraciones: El servicio/EAP adapta los espacios asistenciales y utiliza elementos para preservar la intimidad corporal de los pacientes a lo largo de todo el proceso de atención (exploraciones, cuidados o actividades de higiene) y cuando se utilizan espacios compartidos por varios pacientes, usa medios de separación. Requisitos de cumplimiento: El servicio/EAP realiza lo establecido en la definición de este estándar de forma planificada y sistemática: - Dispone de un protocolo que contempla pautas para garantizar la intimidad corporal del paciente en las distintas áreas de atención, con referencia a los medios utilizados (habilitar lugares apropiados o restringidos para atender a los pacientes y si no es posible, se usan biombos/cortinas de separación, se establecen circuitos diferenciados para los pacientes, sistemas de bloqueo de puertas, disponibilidad de lencería adecuada para usar durante la exploración o en los traslados, restringir nº de profesionales presentes...). - Desarrolla medidas concretas con los profesionales para la difusión del protocolo (sesiones clínicas, formativas...) para que lo apliquen en las distintas áreas de atención: consultas, hospitalización, etc. Evidencias: Para verificar el cumplimiento del estándar, los evaluadores podrán: - Solicitar evidencias documentales: protocolo de intimidad corporal, reclamaciones... - Visitar las instalaciones para comprobar los medios utilizados. - Realizar entrevista a profesionales para verificar que conocen el protocolo y lo aplican y a los pacientes en relación con la protección de su intimidad corporal.		

ES.DP.10	Seguridad en el acceso a la documentación El servicio/EAP adopta medidas para proteger los datos de carácter personal.	G1
Aclaraciones: Para garantizar la confidencialidad y la seguridad en el acceso y manejo de la documentación clínica se establecen medidas a adoptar por los profesionales para proteger los datos de los pacientes y que limiten la posibilidad de accesos no autorizados a los mismos. Requisitos de cumplimiento: El servicio/EAP realiza lo establecido en la definición de este estándar de forma planificada y sistemática: - Dispone de un procedimiento que incluye instrucciones para evitar accesos no autorizados a los datos de los pacientes, estableciendo buenas prácticas para el manejo de la información y medidas de protección de datos (por ejemplo, disociar los datos personales y los clínico-asistenciales cuando se usa la HC con fines distintos del asistencial; las claves individuales de acceso a la HC digital no se ceden a otros profesionales; uso de sistemas de protección como bloqueo de pantallas; si se usa documentación clínica en papel, medidas de seguridad/custodia adecuadas para evitar su pérdida, alteración o accesos no autorizados; precauciones en el uso de las TIC aplicadas a la asistencia sanitaria y para el intercambio de información...). - También se establecen normas sobre la cesión de datos a terceros y posibles restricciones en la emisión de justificantes de asistencia o informes (por ejemplo, para una empresa...) para garantizar la confidencialidad de la información. - Comunica a los profesionales las medidas/procedimientos para su aplicación efectiva. - Los profesionales disponen de un canal/mecanismo para comunicar posibles vulneraciones o brechas de seguridad de los datos (recepción de correos sospechosos, extravío de equipos con información, abuso de contraseña, etc.). Evidencias: Para verificar el cumplimiento del estándar, los evaluadores podrán: - Solicitar evidencias documentales: protocolo elaborado, informe del delegado de protección de datos del centro... - Visitar las instalaciones y comprobar los medios utilizados. - Realizar entrevista a profesionales para verificar que conocen y aplican el protocolo.		

ES.DP.11	Informe de alta Se proporciona a los pacientes los informes del alta médica y de cuidados.	G1
Aclaraciones: Cuando finaliza el proceso asistencial se entrega a los pacientes el informe de alta médica con los elementos esenciales sobre su proceso y, en su caso, informe de continuidad de cuidados de enfermería; asimismo dichos informes están disponibles para los profesionales responsables de la continuidad asistencial. Requisitos de cumplimiento: El servicio/EAP realiza lo establecido en la definición de este estándar de forma planificada y sistemática: - AH: en hospitalización, urgencias, consultas externas... cuando finaliza el proceso asistencial, el servicio entrega/envía a los pacientes los informes de alta médica y, si procede, de continuidad de cuidados de enfermería, con los contenidos establecidos según la normativa vigente que aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud. - Dichos informes están disponibles para los profesionales responsables de la continuidad de la asistencia en atención primaria y se ponen a disposición de los pacientes (entrega en mano, envío por correo postal y/o mediante su inclusión en la carpeta del paciente). - AP: En atención urgente, los EAP que realizan atención continuada emiten un informe de urgencias de AP que se entrega al paciente. Los EAP que realizan cirugía menor entregarán al paciente la “hoja de cuidados postoperatorios” tras la intervención, cuando proceda. Evidencias: Para verificar el cumplimiento del estándar, los evaluadores podrán: - Solicitar evidencias documentales: modelo de informe de alta y de cuidados, registro que evidencie la entrega/envío/acceso a los informes de alta. - Realizar auditoría de HC. - Realizar entrevista a los profesionales para verificar que conocen y aplican las normas para la elaboración y entrega de los informes.		
ES.DP.12	Documentación clínica La información del proceso asistencial se registra en la historia clínica integrada del paciente.	G1
Aclaraciones: Los profesionales sanitarios dejan constancia documental de la información relevante del proceso asistencial (alergias, tratamientos, evolución, pruebas diagnósticas, interconsultas, cuidados, necesidades, vacunas, etc.) en la historia clínica integrada del paciente para el conocimiento veraz y actualizado de su estado de salud, evitando la utilización de símbolos y abreviaturas. Requisitos de cumplimiento: El servicio/EAP realiza lo establecido en la definición de este estándar de forma planificada y sistemática: - Dispone de normas de cumplimentación y registro en la HC (propias y/o de la institución) y, en su caso, sistema utilizado para integrar en la HC la documentación generada en atención domiciliaria, consultorio, determinadas pruebas... - Comunica a los profesionales dichas normas para su aplicación efectiva. - Si existe documentación generada que no se integra en la HC en el momento (por ejemplo, atención domiciliaria, consultorio, pruebas complementarias que luego se digitalizan...) se identifica correctamente e integra posteriormente en la HC. Evidencias: Para verificar el cumplimiento del estándar, los evaluadores podrán: - Solicitar evidencias documentales: normas de cumplimentación/registro de la HC y evidencias documentales de su difusión a los profesionales. - Visitar las instalaciones para verificar si existe documentación no integrada. - Realizar entrevista a los profesionales para comprobar que conocen la normas y las aplican.		

ES.DP.13	Gestión de las quejas, reclamaciones y sugerencias Se garantiza el cumplimiento de los plazos de respuesta a las reclamaciones de los pacientes y se analizan para la mejora de la organización y funcionamiento.	G1
Aclaraciones: Los Servicios de Atención al Paciente/Usuario (SAP/U) son los responsables de tramitar las Reclamaciones y Sugerencias (RyS), pero para contestarlas es necesario contrastar la información e incorporar al expediente de tramitación cuantos informes y actuaciones sean precisos. Para ello, solicitan información a las unidades implicadas que deben elaborar un informe y remitírselo al SAP/U para que conteste al reclamante en plazo. La unidad, además, debe utilizar las reclamaciones y sugerencias como fuente de información para identificar oportunidades de mejora e implementar las acciones de mejora correspondientes. Requisitos de cumplimiento: El servicio/EAP realiza lo establecido en la definición de este estándar de forma planificada y sistemática: - Las reclamaciones recibidas se informan al SAP/U dentro del plazo indicado (máximo 20 días). - Se analizan los motivos de las RyS periódicamente (mínimo cada seis meses) para identificar oportunidades de mejora. - Se implantan acciones de mejora, incorporando las medidas de mejora oportunas. Evidencias: Para verificar el cumplimiento del estándar, los evaluadores podrán: - Solicitar evidencias documentales: informes remitidos y análisis de las RyS recibidas. - Realizar entrevistas a profesionales del SAP/U sobre la gestión que realiza el servicio/EAP.		
ES.DP.14	Humanización de la asistencia Se desarrollan iniciativas orientadas a avanzar en la humanización de la atención sanitaria.	G2
Aclaraciones: El servicio /EAP desarrolla actuaciones orientadas a promover la comodidad, el bienestar físico y psíquico, la comprensión y el trato adecuado del paciente y de sus familiares durante la prestación de la asistencia sanitaria. Requisitos de cumplimiento: El servicio/EAP realiza lo establecido en la definición de este estándar de forma planificada y sistemática: - Identifica y planifica qué acciones de mejora relacionadas con la humanización puede desarrollar (analiza necesidades, identifica proyectos del Plan Persona que deben implantar y otras medidas de humanización propias de la unidad no incluidas en dicho plan como puertas abiertas 24 horas en unidades de críticos, medidas para el bienestar físico y psíquico, cuidando al cuidador, infraestructuras mejoradas para humanizar...). - Realiza actividades de difusión de las medidas planificadas y mejora las competencias de los profesionales en humanización. - Pone en marcha/implanta acciones de mejora concretas. Evidencias: Para verificar el cumplimiento del estándar, los evaluadores podrán: - Solicitar evidencias documentales: análisis de necesidades, plan de humanización del servicio/EAP, difusión... - Visitar las instalaciones para verificar medidas implantadas, cuando proceda. - Realizar entrevistas a profesionales de la unidad sobre las iniciativas de humanización del servicio/EAP.		

ES.DP.15	Participación en el Sistema de Salud El servicio/EAP promueve la colaboración con las asociaciones de pacientes y familiares y otras organizaciones de voluntariado.	G4
Aclaraciones: El servicio/EAP mantiene una colaboración activa con asociaciones de pacientes y familiares y otras organizaciones de voluntariado de su ámbito, planifica y realiza actividades coordinadas y proporciona información de las mismas a los pacientes atendidos. Requisitos de cumplimiento: El servicio/EAP realiza lo establecido en la definición de este estándar de forma planificada y sistemática: - Existe una sistemática de colaboración con las asociaciones de pacientes y/o ONG (documento de colaboración, canales de comunicación físicos o virtuales, grupos de trabajo constituidos...). - Dispone de espacios físicos para el desarrollo de las actividades que se realizan en colaboración con las asociaciones (propios o del centro). - Las actividades realizadas se reflejan en la memoria del servicio (sesiones o talleres realizados, materiales informativos elaborados...). - Comunica a los profesionales las actividades que se desarrollan conjuntamente con la colaboración de las asociaciones y voluntarios para que se las ofrezcan a los pacientes. Evidencias: Para verificar el cumplimiento del estándar, los evaluadores podrán: - Solicitar evidencias documentales: documento de colaboración, actas de reuniones/sesiones, relación de grupo de trabajo y miembros, memoria de actividades conjuntas realizadas... - Visitar las instalaciones: espacios donde se desarrollan las actividades, canales de comunicación, folletos, carteles, etc. - Realizar entrevistas tanto a profesionales para verificar que conocen las actividades y cómo las trasladan a los pacientes, como a estos sobre la información recibida y, en su caso, la participación en dichas actividades.		

TOTAL: 15 ESTÁNDARES

CATEGORIA II. ATENCIÓN SEGURA		
Objetivo: Garantizar la adopción de medidas para prevenir y afrontar los riesgos para la seguridad del paciente.		
Nº	ESTÁNDAR	Grupo
ES.AS.01	Mapa de riesgos El servicio/EAP realiza una gestión proactiva de los riesgos para la seguridad del paciente.	G4
Aclaraciones: Para evitar que se produzcan incidentes, se realiza una evaluación proactiva de los riesgos para la seguridad del paciente que permita elaborar el mapa de riesgos del servicio/EAP, que se revisa y actualiza periódicamente, para establecer las medidas preventivas que resulten necesarias. Requisitos de cumplimiento: El servicio/EAP realiza lo establecido en la definición de este estándar de forma planificada y sistemática: - Identifica y prioriza los riesgos para la seguridad del paciente ya sea de forma global para el Servicio/EAP o, al menos, para algunos de los procesos más importantes de la cartera de servicios de dicho Servicio/EAP (atención urgente, en hospitalización, en quirófano, en domicilio, etc.). - Elabora el/los Mapa/s de Riesgos correspondientes. - Establece las practicas seguras que se deben implantar para evitar que se materialicen los riesgos identificados (plan de prevención y control de riesgos). - Se comunica a los profesionales implicados, que conocen los riesgos identificados y las buenas prácticas a implantar para evitar que se produzcan incidentes y eventos adversos en sus procesos. Evidencias: Para verificar el cumplimiento del estándar, los evaluadores podrán: - Solicitar evidencias documentales: mapa/s de riesgos, difusión a profesionales, plan de prevención y control de riesgos, etc. - Visitar las instalaciones para comprobar la implementación de las practicas seguras pertinentes. - Realizar entrevista a los profesionales para verificar que conocen los riesgos identificados y aplican las medidas preventivas.		

ES.AS.02	Notificación de incidentes El servicio/EAP notifica los incidentes relacionados con la seguridad del paciente para su análisis e implantación de mejoras.	G2
	Aclaraciones: El propósito de los sistemas de notificación es aprender de la experiencia. Permiten recopilar información sobre los incidentes relacionados con la seguridad del paciente para su análisis e identificación de los factores que han contribuido a su aparición, con objeto de implantar mejoras que eviten su repetición. En Sacyl el sistema utilizado para notificar incidentes sin daño es SISNOT. Requisitos de cumplimiento: El servicio/EAP realiza lo establecido en la definición de este estándar de forma planificada y sistemática: - Los profesionales del servicio conocen y utilizan SISNOT para la gestión de los riesgos para la seguridad del paciente. - Se fomenta el uso de SISNOT y se facilita formación (qué notificar, cómo, etc.). - Existe una sistemática para el análisis de incidentes notificados y la implantación de mejoras (responsables, periodicidad, herramientas para el análisis...). - Se facilita a los profesionales información sobre incidentes notificados, factores contribuyentes y mejoras a implantar. Evidencias: Para verificar el cumplimiento del estándar, los evaluadores podrán: - Solicitar evidencias documentales: protocolo de gestión de incidentes, recopilación de incidentes notificados y analizados, mejoras instauradas, sesiones formativas e informativas realizadas... - Realizar entrevista a los profesionales para verificar que conocen y aplican lo definido anteriormente.	
ES.AS.03	Referente de seguridad El servicio/EAP designa profesional/es responsable/s de impulsar la seguridad del paciente.	G2
	Aclaraciones: Aunque la calidad y la seguridad son responsabilidad de todos y cada uno de los profesionales del servicio/EAP, se recomienda designar, al menos, un profesional que se responsabilice de impulsar el desarrollo de líneas de acción que mejoren la seguridad del paciente (análisis de riesgos, buenas prácticas a implantar, sesiones de formación e información sobre seguridad del paciente, etc.). Requisitos de cumplimiento: - Se definen las responsabilidades en seguridad del paciente dentro del Servicio/EAP y se designa qué profesional/es las asume/n (puede ser uno o varios, en función de si la asunción es global o para proyectos concretos). - El/los profesional/es responsable/s desempeña/n las funciones/responsabilidades definidas para impulsar la seguridad del paciente. Evidencias: Para verificar el cumplimiento del estándar, los evaluadores podrán: - Solicitar evidencias documentales: documento donde se refleja el nombre del/de los responsable/s, documento que define sus funciones, informe o memoria de las actuaciones realizadas/implantadas... - Realizar entrevista/s al/a los responsable/s de seguridad y verificar las acciones que desarrolla/n.	

ES.AS.04	Identificación de pacientes El Servicio/EAP utiliza un sistema para la identificación inequívoca de pacientes y de muestras. Objetivo Internacional de Seguridad del Paciente de la Joint Commission.	G1
Aclaraciones: Antes de realizar cualquier actuación/procedimiento se comprueba la identidad de los pacientes mediante un sistema de identificación inequívoca que asegure que se trata del paciente correcto y la muestra correcta y evite errores de identificación en la prestación de la asistencia. Requisitos de cumplimiento: El servicio/EAP realiza lo establecido en la definición de este estándar de forma planificada y sistemática: - Dispone de un protocolo de identificación de pacientes (incluyendo muestras y cualquier documentación clínica asociada) que define: como realizar la identificación, momentos clave de aplicación, identificadores a utilizar: al menos dos y que sean adecuados (son válidos tarjeta sanitaria y DNI, pulsera..., no lo son el número de habitación ni la ubicación del paciente) y las especificaciones sobre el etiquetado de las muestras (debe realizarse en el momento de la extracción). Cuando proceda, incluirá las especificaciones necesarias para identificar pacientes vulnerables (pacientes en coma, con sedación farmacológica, deterioro cognitivo, dificultades de comunicación verbal, déficits sensoriales, pacientes extranjeros, o con cualquier otra situación clínica que aumente el riesgo de error en la identificación) o para la identificación inequívoca madre-hijo. Cuando proceda, se definirán las especificaciones en función del tipo de actuación (teleconsulta/atención no presencial, visita domiciliaria...). - Se comunica a los profesionales implicados el protocolo establecido para su aplicación efectiva. - Están disponibles los recursos necesarios para la correcta identificación (pulsera, lectores, etiquetas...). Evidencias: Para verificar el cumplimiento del estándar, los evaluadores podrán: - Solicitar evidencias documentales: procedimiento de identificación general y/o específico (muestras, madre-hijo, teleconsulta, etc.). - Visitar las instalaciones para comprobar los recursos de identificación necesarios y que se realiza la correcta identificación de pacientes y muestras. - Realizar entrevista a los profesionales para verificar si conocen y aplican el protocolo.		

ES.AS.05	Priorización de la atención El acceso a los servicios y prestaciones se realiza en función de los criterios de priorización previamente definidos.	G2
Aclaraciones: Se definen y consensuan los criterios de acceso a los servicios prestados en el Servicio/EAP (consultas e interconsultas, pruebas, intervenciones quirúrgicas, urgencias, visitas a domicilio, ingreso en unidades de críticos...) y los criterios de priorización teniendo en cuenta la situación del paciente, los tiempos de acceso que establece la legislación vigente y la evidencia científica disponible en cada momento. Se pactan tiempos de demora cortos para patologías graves. Requisitos de cumplimiento: El servicio/EAP realiza lo establecido en la definición de este estándar de forma planificada y sistemática: <u>AH:</u> - Dispone de criterios de acceso a los servicios que presta la unidad (consultas e interconsultas, pruebas, intervenciones quirúrgicas, urgencias, ingreso en unidades de críticos...) y criterios de priorización. - Se comunica a los profesionales del servicio y a los de otros dispositivos los criterios de acceso a los servicios y los criterios de priorización establecidos/pactados para su aplicación efectiva. <u>AP:</u> - Dispone de criterios de acceso a los servicios que presta el Centro/unidad (consultas, visitas a domicilio, paliativos...) y criterios de priorización. Además, la derivación de los pacientes a los servicios hospitalarios se realiza teniendo en cuenta los criterios de acceso y priorización establecidos/consensuados entre ambos niveles. - Se comunica a los profesionales implicados los criterios establecidos/consensuados para su aplicación efectiva. Evidencias: Para verificar el cumplimiento del estándar, los evaluadores podrán: - Solicitar evidencias documentales: criterios de acceso, criterios de priorización, criterios para la derivación de los pacientes entre niveles asistenciales, difusión del protocolo a los profesionales... - Visitar las instalaciones para comprobar registros y sistemática de trabajo. - Realizar entrevista a los profesionales para ver si conocen y aplican los protocolos y, cuando proceda, entrevistas en el Servicio de Admisión y/o Unidades Administrativas AP.		
ES.AS.06	Evaluación inicial del paciente El servicio/EAP realiza la evaluación inicial del paciente para establecer el plan de intervención.	G2
Aclaraciones: Para identificar las necesidades del paciente y establecer el plan de intervención de atención médica y de cuidados de enfermería (cuidados, tratamiento farmacológico, etc.) se ha implementado un proceso de evaluación inicial de las necesidades del paciente. Requisitos de cumplimiento: El servicio/EAP realiza lo establecido en la definición de este estándar de forma planificada y sistemática: - <u>AH:</u> el proceso de evaluación al ingreso del paciente en planta contempla al menos la evaluación inicial por un enfermero y por un facultativo del equipo médico de la unidad y los tiempos máximos para hacerla. En el caso de la evaluación médica oscilará entre 48-24 horas como máximo, en función de si el ingreso lo ha realizado o no el personal de guardia de la propia unidad. - <u>AP:</u> a los pacientes identificados como pluripatológicos se les realiza, en los seis primeros meses tras la entrada en el proceso de atención al Paciente Crónico Pluripatológico (PCPP), una evaluación global por médico y enfermero. - En los dos ámbitos, se comunica a los profesionales implicados el protocolo de actuación establecido para la evaluación inicial del paciente, para su aplicación efectiva. Evidencias: Para verificar el cumplimiento del estándar, los evaluadores podrán: - Solicitar evidencias documentales: protocolo de evaluación inicial del paciente, documentos que verifiquen la difusión del protocolo a los profesionales... - Revisar las evaluaciones iniciales en HC. - Realizar entrevistas a profesionales para ver si conocen y aplican el protocolo.		

ES.AS.07	Valoración y prevención de riesgos El servicio/EAP realiza la valoración del paciente para identificar los pacientes con riesgo.	G2
Aclaraciones: Los pacientes son valorados en distintos momentos del proceso asistencial (al ingreso, durante la estancia, en domicilio) para identificar riesgos: si existe riesgo de incumplimiento del plan asistencial, de caídas, de úlceras por presión, de desnutrición, sufrimiento por dolor, tromboembolismo, etc. y, en su caso, adoptar medidas de prevención para reducir el riesgo de daño asociado. Requisitos de cumplimiento: El servicio/EAP realiza lo establecido en la definición de este estándar de forma planificada y sistemática: - Dispone de protocolos para la correcta valoración y prevención de riesgos (riesgos a evaluar, escalas de valoración, momentos de valoración, periodicidad, profesionales responsables y medidas a adoptar en función del resultado de la valoración). - Comunica a los profesionales implicados los protocolos establecidos para su aplicación efectiva. - Identifica a los pacientes de riesgo. - Establece medidas para reducir/minimizar el riesgo de daño asociado. Evidencias: Para verificar el cumplimiento del estándar, los evaluadores podrán: - Solicitar evidencias documentales: protocolos de valoración y prevención de riesgos, difusión del protocolo a los profesionales... - Revisar HC para verificar las valoraciones realizadas, planes de cuidados establecidos y medidas de prevención adoptadas. - Realizar entrevista a los profesionales para ver si conocen y aplican los protocolos.		
ES.AS.08	Sistemas de alerta y respuesta rápida El servicio/EAP utiliza algún sistema de alerta y respuesta rápida ante un posible deterioro del paciente.	G3
Aclaraciones: Para detectar y actuar precozmente ante un posible deterioro del paciente se pueden implementar sistemas de alerta. Estos sistemas se basan en el seguimiento de determinadas constantes en pacientes potencialmente críticos (riesgo de sepsis, ictus, infarto...) para, en el caso de detectar cambios (valores de alerta) en las condiciones del paciente por un posible deterioro clínico o empeoramiento, activar una respuesta adecuada y rápida. Podrán incluir monitorización remota, ya sea efectuada por profesionales de otras unidades o por el propio paciente en el domicilio. Requisitos de cumplimiento: El servicio/EAP realiza lo establecido en la definición de este estándar de forma planificada y sistemática: - AH: dispone de un sistema de seguimiento de pacientes ingresados/ambulantes y de activación de la respuesta ante un empeoramiento o deterioro. Unidades de pacientes críticos: han consensuado su participación en el sistema junto con las unidades que activan el sistema de alerta, dando respuesta adecuada y rápida. - AP: dispone de un sistema de seguimiento de pacientes crónicos/PCPP y de activación de la respuesta ante un empeoramiento/deterioro. - En los dos ámbitos, se comunica a los profesionales implicados los protocolos establecidos para su aplicación efectiva. Evidencias: Para verificar el cumplimiento del estándar, los evaluadores podrán: - Solicitar evidencias documentales: sistema de alerta y respuesta rápida, difusión del protocolo a los profesionales... - Revisar HC: monitorización con la periodicidad determinada y, en su caso, registros de la respuesta correspondiente. - Visitar las instalaciones: recursos disponibles para el sistema de alerta y uso que se realiza del mismo. - Realizar entrevista a profesionales para ver si conocen y aplican dicho sistema.		

ES.AS.09	Gestión del carro de paradas/maletín de urgencias El sistema de gestión del carro de paradas/maletín de urgencias asegura que está/n en condiciones adecuadas de uso cuando sea/n necesario/s.	G1
Aclaraciones: Para garantizar que el carro de paradas/maletín de urgencias está/n en disposición de ser utilizado/s con absolutas garantías de calidad, eficacia y seguridad, el centro/servicio tiene implementado un protocolo para su gestión. Requisitos de cumplimiento: El servicio/EAP realiza lo establecido en la definición de este estándar de forma planificada y sistemática: - Define la dotación que debe tener el carro de paradas/maletín (medicamentos, laringoscopio, etc.), en qué cantidad y su ubicación dentro del carro/maletín. También define la ubicación física del carro/maletín dentro de la unidad/centro. - Dispone de un procedimiento de gestión del carro de paradas/maletín que contempla el sistema de reposición y controles que garanticen el contenido y su estado en condiciones de uso (caducidades, verificar funcionamiento, etc.), la periodicidad de los controles, responsabilidades y sistemas de registro. - Los profesionales de la unidad conocen el contenido y la ubicación del carro de paradas/maletín y el procedimiento de gestión. - Existen registros de los controles efectuados. Evidencias: Para verificar el cumplimiento del estándar, los evaluadores podrán: - Solicitar evidencias documentales: protocolo de gestión del carro de paradas/maletín de urgencias, difusión del protocolo a los profesionales... - Visitar las instalaciones para verificar dotación y ubicación del carro de paradas/maletín, registros efectuados, caducidades, etc. - Realizar entrevista a los profesionales para verificar si conocen y aplican dicho protocolo.		
ES.AS.10	Almacenamiento y conservación de medicamentos El sistema de gestión de los medicamentos garantiza su disponibilidad en condiciones adecuadas de uso.	G2
Aclaraciones: Para garantizar la disponibilidad de los medicamentos (incluidas vacunas), productos sanitarios y/o reactivos en condiciones de calidad, eficacia y seguridad, el centro/servicio tiene implementado un procedimiento para su almacenamiento y conservación. Requisitos de cumplimiento: El servicio/EAP realiza lo establecido en la definición de este estándar de forma planificada y sistemática: - Define la relación de medicamentos y productos sanitarios que deben estar disponibles en el botiquín del centro/unidad y sistema de provisión. - Dispone de un protocolo de gestión de los medicamentos y productos sanitarios que incluye: si requieren condiciones especiales de almacenamiento/custodia o de conservación (por ejemplo, si son termolábiles, fotosensibles...), el sistema de control de las condiciones de conservación y de caducidades (incluido el plazo de validez de los medicamentos multidosis), la periodicidad de los controles y la asignación de responsabilidades. - Las personas con responsabilidades en la gestión de los medicamentos y productos sanitarios conocen la relación de los que deben estar disponibles y el procedimiento establecido para su gestión. - Existen registros de los controles de conservación y caducidad efectuados. Evidencias: Para verificar el cumplimiento del estándar, los evaluadores podrán: - Solicitar evidencias documentales: listado de medicamentos y productos sanitarios disponibles, protocolo de gestión, difusión del protocolo a los profesionales... - Visitar las instalaciones para verificar la disponibilidad de los medicamentos definidos, las condiciones de conservación y almacenamiento establecidas, los controles y registros efectuados (temperaturas, expedición, estupefacientes...). - Realizar entrevista a los profesionales para ver si conocen y aplican el protocolo.		

ES.AS.11	Gestión de medicamentos de alto riesgo El sistema de gestión de los medicamentos de alto riesgo garantiza su manejo y uso seguro. Objetivo Internacional de Seguridad del Paciente de la Joint Commission. Tercer reto mundial para la Seguridad del Paciente de la OMS.	G1
Aclaraciones: Los “medicamentos de alto riesgo” (MAR) son aquellos que cuando no se utilizan correctamente presentan una mayor probabilidad de causar daños graves o incluso mortales a los pacientes. Los errores asociados a estos medicamentos no son más frecuentes, sino que suelen ser más graves para los pacientes, por lo que cuando se trabaja con ellos hay que adoptar precauciones especiales. Para evitar riesgos en la seguridad del paciente el servicio tiene implementado un procedimiento para el manejo y uso de estos medicamentos. En determinadas unidades es importante adaptar las listas de medicamentos de alto riesgo a sus características incorporando otros medicamentos considerados de alto riesgo en su ámbito (por ej. en las unidades de atención a pacientes pediátricos). Requisitos de cumplimiento: El servicio/EAP realiza lo establecido en la definición de este estándar de forma planificada y sistemática: - Identifica los medicamentos de alto riesgo que se usan en la unidad. - Dispone de un procedimiento estandarizado de gestión de medicamentos de alto riesgo que incluye medidas para evitar riesgos para la seguridad del paciente: aspectos referidos a su almacenamiento seguro cuando tienen nombres parecidos o si el etiquetado o envase son similares (se almacenan separados, usar sistema de alerta...), posibles restricciones en el acceso, vigilancia en la prescripción, preparación y/o administración (por ejemplo, doble chequeo, indicaciones de diluir antes de administrar si disponen de viales de electrolitos concentrados...), controles de entrada y salida, etc. - Los profesionales conocen las medidas/procedimiento de gestión de medicamentos de alto riesgo. - Existen registros de los controles establecidos (de acceso, entradas y salidas, etc.). - Proporcionan información a los pacientes y personas cuidadoras sobre el manejo de los medicamentos de alto riesgo. Evidencias: Para verificar el cumplimiento del estándar, los evaluadores podrán: - Solicitar evidencias documentales: listado actualizado de MAR, protocolo para su manejo, información específica para pacientes y familiares, documentos que verifiquen la difusión del protocolo a los profesionales implicados... - Visitar las instalaciones para verificar el manejo seguro de los MAR, verificar registros de los controles (entradas y salidas), caducidades... - Realizar entrevista a los profesionales para verificar que conocen y aplican dicho protocolo y a pacientes/familiares sobre la información que reciben en relación con los MAR.		

ES.AS.12	Prescripción y administración de medicamentos El servicio/EAP fomenta el uso correcto de los medicamentos. Tercer reto mundial para la Seguridad del Paciente de la OMS.	G2
Aclaraciones: Para realizar un uso adecuado de los medicamentos y disminuir los factores asociados a los errores de medicación, durante el proceso de atención sanitaria se establecen medidas que fomentan el uso responsable y seguro de los medicamentos, desde la prescripción hasta la administración. Requisitos de cumplimiento: El servicio/EAP realiza lo establecido en la definición de este estándar de forma planificada y sistemática: - Establece normas/medidas para evitar errores en la prescripción (utilizar las herramientas de prescripción electrónica disponibles, minimizar las prescripciones verbales y protocolizar actuaciones para cuando éstas se producen, protocolizar el seguimiento terapéutico con una periodicidad determinada para valoración de resultados y retirada en su caso) y para el correcto manejo de la medicación, desde la preparación hasta la administración y registro posterior (uso de chalecos durante la preparación de medicamentos, preparación y administración de inyectables y de la nutrición parenteral, manejo de bombas de infusión; comprobaciones previas a la administración: medicamento correcto, vía de administración, identificación del paciente, precauciones con medicamentos de nombre y/o apariencia similar, etc.). - Comunica las normas/medidas establecidas a los profesionales implicados para su aplicación efectiva. - Informa a pacientes y familiares sobre el tratamiento prescrito (medicamento, dosis, vía de administración, etc.) y cambios efectuados. En AP se entregará la hoja de medicación en papel, o estará disponible "on line", cada vez que se actualice el plan terapéutico y se promoverá la adherencia al tratamiento. - Se registra la prescripción y administración de los medicamentos en la HC. Evidencias: Para verificar el cumplimiento del estándar, los evaluadores podrán: - Solicitar evidencias documentales: protocolo establecido, hoja de medicación..., así como las de difusión del protocolo. - Visitar las instalaciones para verificar la sistemática de trabajo (preparación, administración y registro de la medicación). - Realizar auditoría de HC para revisar los registros de prescripción y administración. - Realizar entrevista a los profesionales para verificar que conocen y aplican el protocolo y a los pacientes/familiares para comprobar la información recibida.		

ES.AS.13	Conciliación de la medicación El servicio/EAP promueve la conciliación de la medicación en las transiciones asistenciales.	G3
Aclaraciones: La conciliación de la medicación es una práctica segura rigurosa y estandarizada que permite garantizar una continuidad asistencial sin fisuras y cuyo objetivo final es reducir los eventos adversos prevenibles por medicamentos. Es un proceso formal que requiere obtener una lista completa y exacta de todos los medicamentos que está tomando realmente el paciente (incluyendo los medicamentos que toma sin receta, plantas medicinales y otros productos), compararla con los nuevos medicamentos que se prescriben en cada transición asistencial, para resolver cualquier discrepancia y, de esta forma, evitar duplicidades, omisiones y posibles interacciones, asegurando que este proceso se realiza en cada transición a lo largo de la continuidad asistencial y que en todo momento está disponible una lista completa, exacta y actualizada con la medicación para el paciente/familiares y para todos los profesionales que le atienden. Requisitos de cumplimiento: El servicio/EAP realiza lo establecido en la definición de este estándar de forma planificada y sistemática: AP: - Dispone de un procedimiento para que los profesionales del equipo revisen periódicamente la medicación de sus pacientes -al menos de los pacientes crónicos y polimedicados-, para adecuarla a su situación clínica en cada momento y para elaborar el plan terapéutico actualizado con los medicamentos que realmente toma el paciente. - Comunica a los profesionales el procedimiento para su aplicación. - El plan terapéutico está actualizado (de acuerdo a la periodicidad establecida) y disponible para cualquier profesional implicado en la asistencia. AH: - Dispone de un procedimiento para realizar la conciliación de la medicación (al ingreso/al alta/al traslado de unidad) y elaborar una lista completa y conciliada de la medicación. - Comunica a los profesionales el procedimiento para su aplicación. - El listado de medicación actualizado está disponible para los profesionales, indicando para cada fármaco, al menos: dosis, frecuencia, vía de administración y duración del tratamiento. Al alta hospitalaria, dicha lista completa de medicación se comunica al paciente y al médico responsable del paciente tras el alta, detallando de forma explícita qué medicación se añade y cuál (de la que tomaba antes del ingreso) se mantiene, se retira o se modifica. - El listado completo y conciliado de medicación al alta está disponible para cualquier profesional implicado en la asistencia. Evidencias: Para verificar el cumplimiento del estándar, los evaluadores podrán: - Solicitar evidencias documentales: protocolo de conciliación de la medicación, así como las de difusión del protocolo a los profesionales. - Realizar auditoría de HC: plan terapéutico actualizado y conciliado, listados de medicación al ingreso, informes de alta con medicación conciliada... - Realizar entrevista a los profesionales para verificar que conocen y aplican el protocolo.		

ES.AS.14	Higiene de manos El servicio/EAP promueve la adherencia de sus profesionales a la higiene de manos para la prevención y control de las infecciones asociadas a la atención sanitaria. Objetivo Internacional de Seguridad del Paciente de la Joint Commission. Primer reto mundial para la Seguridad del Paciente de la OMS.	G2
Aclaraciones: Realizar una adecuada higiene de manos constituye la forma más sencilla y eficaz para evitar la propagación de las infecciones relacionadas con la atención sanitaria (IRAS) y la transmisión de Microorganismos Multirresistentes (MMR). Desde el año 2019 la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León ha puesto en marcha un sistema de reconocimiento a los servicios/unidades que están comprometidos con la mejora de la higiene de manos y se han establecido tres niveles de compromiso: inicial, avanzado y excelente. Requisitos de cumplimiento: - Los establecidos para cada uno de los niveles de compromiso con la higiene de manos para unidades de hospitalización convencional y de críticos, para EAP... Estos requisitos son progresivos y están correlacionados con cada uno de los niveles de Sacyl Excelente. - AH: en aquellos ámbitos asistenciales de los servicios hospitalarios, distintos de las unidades de hospitalización, para los que no existe reconocimiento específico (por ejemplo, CCEE, diálisis, electrofisiología...) también se aplican los criterios establecidos en la Estrategia de Reconocimiento al Compromiso con la Higiene de Manos. En las unidades de hospitalización de psiquiatría, donde no es factible la existencia de puntos fijos con dispositivos de solución hidroalcohólica, se utilizan sistemáticamente dispensadores de bolsillo. Evidencias: Para verificar el cumplimiento del estándar en los ámbitos en los que no exista reconocimiento específico, los evaluadores podrán: - Solicitar evidencias documentales: procedimientos relacionados con la higiene de manos, planes de mejora (global, infraestructuras...), plan de formación, actas de sesiones formativas, informes y registros... - Visitar las instalaciones para comprobar la disponibilidad de dispositivos de PBA, jabón y papel secamanos en lavabos y recordatorios. - Entrevistar a los profesionales para verificar que conocen y aplican las recomendaciones relacionadas con la buena práctica de la higiene de manos.		
ES.AS.15	Precauciones basadas en la transmisión El servicio/EAP promueve la adecuada indicación y cumplimiento de las precauciones basadas en la transmisión.	G2
Aclaraciones: Además de las precauciones estándar (higiene de manos, uso correcto de guantes cuando están indicados...), en ocasiones es necesario implementar precauciones adicionales en los pacientes infectados y/o colonizados por microorganismos multirresistentes o de especial relevancia clínico-epidemiológica. Estas medidas dependen del microorganismo identificado y de su forma de transmisión (aérea, por gotas, por contacto) y se conocen como precauciones basadas en la transmisión o medidas de aislamiento. Requisitos de cumplimiento: El servicio/EAP realiza lo establecido en la definición de este estándar de forma planificada y sistemática: - AH: dispone de un protocolo de aislamientos que incluye la identificación de los pacientes que precisan precauciones basadas en la transmisión, las actuaciones y material necesarios, infografías disponibles (carteles para las habitaciones...), información que hay que proporcionar a los pacientes y familiares, etc. - AP: dispone de un protocolo de actuación que incluye los diferentes tipos de precauciones que deben aplicarse, referencia al material necesario, información a los familiares sobre las precauciones a seguir, etc. - Comunica y sensibiliza a los profesionales implicados en relación con el protocolo establecido, para su aplicación efectiva. - Están disponibles los recursos necesarios (batas, guantes, mascarillas). Evidencias: Para verificar el cumplimiento del estándar, los evaluadores podrán: - Solicitar evidencias documentales: protocolo de actuación definido, así como las de difusión a los profesionales. - Visitar las instalaciones para comprobar que están disponibles los recursos necesarios (carteles, batas, guantes, mascarillas).		

ES.AS.16	Prevención y control de infecciones asociadas al uso de dispositivos invasivos El servicio/EAP incorpora buenas prácticas para la prevención de las infecciones asociadas al uso de dispositivos invasivos.	G3
Aclaraciones: En el ámbito sanitario es frecuente el uso de diferentes dispositivos invasivos (catéteres venosos periféricos, sondas vesicales, dispositivos para ventilación mecánica, etc.) que constituyen un factor contribuyente para las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (flebitis, infecciones del tracto urinario -ITU-, neumonías...) por lo que se recomienda implantar buenas prácticas para su prevención. Requisitos de cumplimiento: El servicio/EAP realiza lo establecido en la definición de este estándar de forma planificada y sistemática: - AH: si el servicio cuenta con camas de hospitalización convencional/cuidados intermedios, dispone de protocolos de prevención de la ITU asociada al uso de sonda vesical y de prevención de flebitis asociada al uso de catéter vascular y, en su caso, bacteriemia asociada al uso de catéter vascular central (indicaciones de uso, inserción y mantenimiento, retirada precoz...). - AH: si el servicio cuenta con camas de pacientes críticos, además debe disponer de un protocolo de prevención de neumonía asociada al uso de ventilación mecánica. - AP: los centros de salud deben disponer de un protocolo de prevención de la ITU asociada al uso de sonda vesical, de prevención de flebitis asociada a catéter central de inserción periférica -PICC- y de prevención de infección asociada a gastrostomía endoscópica percutánea -PEG-. - Los protocolos incorporan las especificaciones de los proyectos institucionales implantados o en su defecto de las guías publicadas. - Los profesionales conocen y aplican el/los protocolo/s establecido/s (protocolo comunicado a los profesionales, accesible...). Evidencias: Para verificar el cumplimiento del estándar, los evaluadores podrán: - Solicitar evidencias documentales: protocolo/s de prevención, las relativas a su difusión a los profesionales, registros... - Realizar entrevista a profesionales para verificar que conocen y aplican el/los protocolo/s.		
ES.AS.17	Prevención de la infección del lugar quirúrgico en cirugía y en otros procedimientos invasivos El Servicio/EAP promueve la disminución de la infección del lugar quirúrgico cuando se realizan intervenciones quirúrgicas (mayores o menores) y otros procedimientos invasivos Segundo reto mundial para la Seguridad del Paciente de la OMS.	G2
Aclaraciones: Para disminuir la infección del lugar quirúrgico en cirugía (incluye cirugía mayor y cirugía menor) y en otros procedimientos invasivos (procedimientos endovasculares, procedimientos endoscópicos, implantación de marcapasos, nefrostomía, toracocentesis, etc.), el servicio/EAP implanta medidas para prevenir la infección conforme a la evidencia científica disponible (higiene de manos, profilaxis antibiótica, adecuada antisepsia de la piel, tratamiento adecuado del vello...), en base a protocolos como Infección Quirúrgica Zero (IQZ), Guía de Profilaxis en Cirugía y Procedimientos Invasivos (PROACyL), etc. Requisitos de cumplimiento: El servicio/EAP realiza lo establecido en la definición de este estándar de forma planificada y sistemática: - Dispone de protocolos de trabajo actualizados que incluyen las medidas adecuadas. - Comunica/informa a los profesionales los protocolos de trabajo para su aplicación efectiva. Evidencias: Para verificar el cumplimiento del estándar, los evaluadores podrán: - Solicitar evidencias documentales: protocolo, difusión a los profesionales, informes de resultados... - Visitar las instalaciones: recursos disponibles (existen cortadoras de vello eléctricas, disponibilidad de clorhexidina...). - Realizar auditoría de HC para comprobar profilaxis antibiótica, etc. - Realizar entrevista a profesionales para verificar que conocen y aplican el protocolo.		

ES.AS.18	Limpieza, desinfección y esterilización del material y equipos La limpieza, desinfección y esterilización del material y los equipos se ha normalizado.	G2
Aclaraciones: Para prevenir las infecciones es necesario realizar una adecuada limpieza, desinfección y/o esterilización del material y equipos utilizados en el servicio de acuerdo a un procedimiento normalizado. Requisitos de cumplimiento: El servicio/EAP realiza lo establecido en la definición de este estándar de forma planificada y sistemática: - Dispone de un procedimiento normalizado para la limpieza, desinfección y esterilización del material y equipos con indicaciones para el material sanitario de uso compartido (electrocardiógrafo, bombas de perfusión, carro de medicación, grúas, camillas, pantallas y teclados, material de contención...) y para el material no sanitario (teclados de ordenador, ratones, teléfonos fijos y móviles, tablets, llaves, etc.), así como las indicaciones específicas necesarias (técnicas, frecuencia, productos a emplear...) y define responsabilidades. - Comunica el procedimiento a los profesionales implicados para su aplicación efectiva. Evidencias: Para verificar el cumplimiento del estándar, los evaluadores podrán: - Solicitar evidencias documentales: procedimiento normalizado, sistema de difusión a los profesionales... - Realizar entrevista a los profesionales implicados para verificar que conocen y aplican el protocolo.		
ES.AS.19	Optimización del uso de antimicrobianos El servicio/EAP promueve el uso adecuado y prudente de los antibióticos.	G2
Aclaraciones: El incremento de las bacterias multirresistentes está asociado en buena medida al uso inapropiado de antibióticos tanto en atención primaria como en el hospital, por lo que es muy importante implementar diferentes actuaciones para promover un uso adecuado de los antibióticos en base a guías científicas (Guía de Tratamiento Antibiótico Empírico PROACyL, Guía de Profilaxis en Cirugía y Procedimientos Invasivos PROACyL...). Requisitos de cumplimiento: El servicio/EAP realiza lo establecido en la definición de este estándar de forma planificada y sistemática: - Dispone de protocolos o guías de tratamiento antimicrobiano actualizados y adaptados a la epidemiología local (tratamiento empírico, profilaxis antibiótica...). - Comunica dichos protocolos a los profesionales para su aplicación efectiva e implementa prácticas destinadas a disminuir la aparición de resistencias antimicrobianas (duración y dosificación adecuadas, ajuste terapéutico-desescalamiento, paso a vía oral...). - Informa/educa a pacientes y familiares sobre la importancia de limitar el uso de antibióticos a las situaciones en las que están indicados. - Colabora con los equipos PROA. Evidencias: Para verificar el cumplimiento del estándar, los evaluadores podrán: - Solicitar evidencias documentales: protocolos/guías disponibles, difusión a los profesionales de guías y buenas prácticas, material divulgativo para pacientes... - Realizar entrevista a los profesionales para verificar que conocen y aplican los protocolos/guías, colaboran con los equipos PROA e informan/educan a los pacientes.		

ES.AS.20	Listados de verificación El servicio/EAP promueve el uso de sistemas de verificación para prevenir incidentes en cirugía y otros procedimientos. LVSQ: objetivo Internacional de Seguridad del Paciente de la Joint Commission y segundo reto mundial para la Seguridad del Paciente de la OMS.	G2
Aclaraciones: Para garantizar la seguridad del paciente durante las intervenciones quirúrgicas y otros procedimientos, el equipo de profesionales implicado realiza una verificación previa de que se han empleado en todos los pacientes las prácticas seguras para prevenir eventos adversos (comprobar identidad paciente, material necesario preparado, profilaxis adecuada, sitio quirúrgico...). Requisitos de cumplimiento: El servicio/EAP realiza lo establecido en la definición de este estándar de forma planificada y sistemática: - El servicio/EAP identifica aquellos procedimientos en los que utilizar listados de verificación puede prevenir eventos adversos y define los listados de verificación correspondientes, así como el profesional o profesionales responsables de utilizarlos. - En los servicios quirúrgicos se define además el listado de verificación de seguridad quirúrgica (el de la OMS o uno adaptado) para la verificación por parte del equipo quirúrgico (cirujano, anestesista, enfermera) y el protocolo de utilización. - Comunica a los profesionales los listados de verificación definidos y, en su caso, el protocolo de uso para su aplicación efectiva. - Utiliza los listados de Verificación en las intervenciones quirúrgicas y en los procedimientos definidos Evidencias: Para verificar el cumplimiento del estándar, los evaluadores podrán: - Solicitar evidencias documentales: listado de verificación de la seguridad quirúrgica -LVSQ-, otros listados de verificación, protocolos de uso, sistema de difusión a profesionales... - Visitar las instalaciones: listados disponibles. - Auditoría de HC u otros repositorios documentales para verificar su cumplimentación. - Realizar entrevista a los profesionales para verificar que conocen y utilizan los listados de verificación.		

ES.AS.21	Comunicación efectiva Existe comunicación efectiva de los profesionales que participan en el proceso de atención. <u>Objetivo Internacional de Seguridad del Paciente de la Joint Commission.</u>	G2
Aclaraciones: La comunicación efectiva de los profesionales es un factor esencial para garantizar la seguridad del paciente, tanto dentro de la unidad como en las transiciones asistenciales. El servicio/EAP utiliza una sistemática para que la información relevante sobre el paciente se comunique entre los profesionales que participan en el proceso de atención, ya sean de la propia unidad o de otras unidades implicadas, para garantizar la continuidad de la atención y, en su caso, la comunicación de resultados críticos. Requisitos de cumplimiento: El servicio/EAP realiza lo establecido en la definición de este estándar de forma planificada y sistemática: - Dispone de un protocolo de intercambio de información y comunicación entre los profesionales que participan en el proceso de atención, con especificaciones sobre la información relevante relacionada con el paciente que se debe comunicar y cómo. - Sensibiliza a los profesionales sobre la importancia de una buena comunicación para garantizar la calidad de la atención y la seguridad del paciente y difunde el protocolo de comunicación establecido, para su aplicación efectiva. - Utiliza técnicas estandarizadas de comunicación efectiva en la transferencia del paciente entre distintas unidades de atención (técnica SBAR, informe de alta, informe de cuidados, etc.). - Se ha consensuado una sistemática para la comunicación de resultados críticos desde las unidades de apoyo al diagnóstico (laboratorios, radiología, endoscopias, etc.). AH: existe un sistema formalizado de intercambio de información y comunicación entre los profesionales de la unidad que atienden al paciente: en los cambios de turno, en los pases de guardia... (médico-médico, enfermero-enfermero); en el caso de pacientes hospitalizados debe tener una periodicidad mínima diaria entre médico-enfermero (pase de visita multidisciplinar, asignación de tiempo para comunicación/punto de encuentro/pizarras en zonas comunes, etc.). Evidencias: Para verificar el cumplimiento del estándar, los evaluadores podrán: - Solicitar evidencias documentales: protocolo de comunicación, sistema de difusión a profesionales (actas de sesiones, informe actividades formativas...). - Visitar las instalaciones: comprobar recursos disponibles cuando proceda (pizarras, etc.), comprobar pase de visita conjunto... - Realizar auditoría de HC/otros documentos para verificar que se han efectuado los registros correspondientes de la comunicación y de su contenido. - Entrevistar a profesionales para verificar que conocen y aplican el protocolo.		

ES.AS.22	Traslado seguro de pacientes El servicio/EAP utiliza un procedimiento para garantizar el traslado seguro de pacientes.	G2
	Aclaraciones: Cuando es necesario trasladar al paciente a otra unidad o a otro centro sanitario por precisar atención que no se puede facilitar en la unidad, tanto en situaciones de urgencia (riesgo vital, pero puede demorarse cierto tiempo) como en pacientes críticos (riesgo vital inmediato, debe realizarse sin demora) debe asegurarse el traslado seguro. Requisitos de cumplimiento: El servicio/EAP realiza lo establecido en la definición de este estándar de forma planificada y sistemática: - Dispone de un procedimiento (propio o de la gerencia) para el traslado seguro de pacientes que contempla recomendaciones generales para los traslados y, en función del estado del paciente, aspectos como la elección del medio de traslado adecuado, la dotación con el material necesario (monitorización, O2, material de curas, EPI...), la valoración de peligros potenciales y previsión de las necesidades individuales de monitorización e intervención durante el traslado, etc. - Difunde el procedimiento a los profesionales para su aplicación efectiva. Evidencias: Para verificar el cumplimiento del estándar, los evaluadores podrán: - Solicitar evidencias documentales: procedimiento utilizado, sistema de difusión a los profesionales... - Realizar auditoría de HC o de otros registros para comprobar la valoración realizada. - Entrevistar a profesionales para verificar que conocen y aplican el protocolo.	
ES.AS.23	Capacitación y asunción progresiva de responsabilidades El servicio/EAP dispone de un programa de capacitación y asunción progresiva de responsabilidades para profesionales.	G3
	Aclaraciones: Cuando se incorporan nuevos profesionales a la unidad se valora si tienen la capacidad necesaria para hacer bien su trabajo y dar respuesta a la cartera de servicios, especialmente las tareas críticas de la unidad (ya sea por las habilidades o conocimientos que requieren o por las consecuencias que podría tener cometer un error al afrontar estas tareas), para establecer si resulta necesario un programa de capacitación y asunción progresiva de responsabilidades. Requisitos de cumplimiento: El servicio/EAP realiza lo establecido en la definición de este estándar de forma planificada y sistemática: - Identifica las tareas críticas del servicio/EAP y define cómo valorar la experiencia inicial de los profesionales, al menos, en el desarrollo de esas tareas identificadas como críticas (criterios, responsables, etc.). - Determina las prácticas para la prevenir los eventos adversos más relevantes/prevalentes y desarrolla una estrategia para la capacitación-formación de los profesionales de nueva incorporación y, cuando proceda, establece un sistema de asunción progresiva de responsabilidades, asignando tareas no críticas durante los primeros días hasta que adquieran los conocimientos y competencias necesarias para afrontarlas. - Establece un sistema de supervisión tutorizado. Evidencias: Para verificar el cumplimiento del estándar, los evaluadores podrán: - Solicitar evidencias documentales: programa de capacitación y supervisión de nuevos profesionales, registros de la valoración de la capacitación, actas de sesiones formativas... - Realizar entrevista a los profesionales de reciente incorporación sobre el programa aplicado.	

ES.AS.24	Rondas de seguridad El servicio/EAP realiza rondas de seguridad del paciente.	G4
Aclaraciones: Una ronda de seguridad consiste en una visita programada del equipo de seguridad del paciente a una unidad, liderada por el responsable de la misma o de la institución (jefe de servicio/coordinador médico, supervisor o responsable de enfermería, dirección médica/enfermería, referente de seguridad del paciente, etc.), siempre con actitud orientada a la mejora y no punitiva, realizada para valorar la adherencia a prácticas seguras e identificar prácticas inseguras. Realizar rondas de seguridad permite verificar el cumplimiento de las prácticas seguras implementadas en el servicio/EAP e identificar prácticas potencialmente inseguras para establecer barreras de seguridad. Requisitos de cumplimiento: El servicio/EAP realiza lo establecido en la definición de este estándar de forma planificada y sistemática: - Define la realización de rondas de seguridad del paciente (periodicidad, metodología, herramientas, seguimiento, responsable de su gestión...). - Realiza las visitas planificadas en las que se realiza observación, revisión documental, entrevistas a pacientes/familiares y a profesionales... Evidencias: Para verificar el cumplimiento del estándar, los evaluadores podrán: - Solicitar evidencias documentales: plan/programa de rondas de seguridad definido, cronograma, informe o acta de las rondas realizadas, seguimiento de las acciones de mejora establecidas...		
ES.AS.25	Implicación de pacientes y familiares en su seguridad El servicio/EAP promueve la implicación de pacientes y familiares en su propia seguridad.	G4
Aclaraciones: Para disminuir los riesgos asociados a la atención sanitaria debe buscarse el compromiso de los pacientes/familiares con su propia seguridad mediante actividades de formación e información. Requisitos de cumplimiento: El servicio/EAP realiza lo establecido en la definición de este estándar de forma planificada y sistemática: - Pone a disposición de los pacientes/familiares materiales informativos sobre riesgos y cómo prevenirlos. - Desarrolla actividades de formación y sensibilización a pacientes y familiares sobre su propia seguridad (en consulta, al ingreso, previamente al alta...). - Dispone de un canal para recoger posibles notificaciones de riesgos o incidentes de seguridad detectados por los pacientes y familiares durante el proceso asistencial (por ejemplo, un buzón, dispositivos informáticos, etc.). Evidencias: Para verificar el cumplimiento del estándar, los evaluadores podrán: - Solicitar evidencias documentales: plan de sensibilización y/o información para pacientes/familiares, registro/actas/informes de sesiones o actividades formativas... - Visitar las instalaciones: información disponible (folletos, carteles, etc.), existencia de canal/es de notificación...		

TOTAL: 25 ESTÁNDARES

CATEGORIA III. GESTIÓN DE PROCESOS		
Objetivo: Garantizar la promoción de un enfoque a procesos centrado en las necesidades de los pacientes y la normalización del proceso de atención para disminuir su variabilidad.		
Nº	ESTÁNDAR	Grupo
ES.GP.01	Mapa de procesos Se ha definido el mapa de procesos del servicio/EAP.	G2
Aclaraciones: En el mapa de procesos se representan los procesos clave que deben configurar el sistema de gestión del servicio/EAP, en función de la misión y objetivos del servicio, y sus interacciones. Al menos debe incluir los procesos operativos (se centran en los servicios que se prestan al paciente). Estos procesos pueden ser <u>organizativos</u> (comparten criterios organizativos comunes con independencia de la patología, por ejemplo, hospitalización, consulta externa, urgencias, quirófano con ingreso, salud bucodental, actividades comunitarias en AP, atención domiciliaria, etc.) o <u>asistenciales</u> (asociados a patologías, complejas, de gran prevalencia...). Incluirá también los procesos definidos a nivel corporativo que debe implantar el servicio (por ejemplo, proceso de atención al paciente crónico pluripatológico -PCPP-, al enfermo renal crónico...). Además, el mapa incluirá los procesos estratégicos (necesarios para el desarrollo de la estrategia de la unidad como, por ejemplo, seguimiento de la estrategia, control de calidad, voz del cliente, voz de los profesionales, recursos humanos, etc.) y los procesos de soporte (apoyan a los procesos operativos de la unidad como por ejemplo, gestión/mantenimiento de equipos e instalaciones, gestión de almacén/botiquín, etc.). Requisitos de cumplimiento: El servicio/EAP realiza lo establecido en la definición de este estándar de forma planificada y sistemática: - Los procesos clave se identifican en base a casuística, morbimortalidad, complejidad, etc. - Representa gráficamente los procesos operativos clave identificados y, deseablemente, sus interacciones con otros procesos (al menos con los procesos de apoyo al diagnóstico y tratamiento). Además, el mapa debe incluir los procesos estratégicos y de apoyo. - Difunde el mapa de procesos a los profesionales para su conocimiento. Evidencias: Para verificar el cumplimiento del estándar, los evaluadores podrán: - Solicitar evidencias documentales: mapa de procesos de la unidad, criterios para identificar los procesos clave... - Realizar entrevistas a los profesionales para verificar que conocen el mapa de procesos.		

ES.GP.02	Procesos organizativos implantados El servicio/EAP implanta sus procesos organizativos clave.	G3
Aclaraciones: Para disminuir la variabilidad y evitar ineficiencias asociadas a la duplicidad de actividades o a las interrupciones/retrasos en la atención se definen e implantan los procesos organizativos clave relacionados con la misión del servicio/EAP (hospitalización, consultas, urgencias, quirófano con ingreso, salud bucodental, actividades comunitarias en AP, atención domiciliaria, etc.), con el fin de asegurar que se llevan a cabo las actividades necesarias, con la secuencia y los criterios de calidad definidos. Requisitos de cumplimiento: El servicio/EAP realiza lo establecido en la definición de este estándar de forma planificada y sistemática: - Para cada uno de los procesos organizativos identificados como clave en su mapa de procesos define la secuencia de actividades que comprende cada proceso y, para cada actividad, cómo y quién debe realizarla, así como los registros/documentación necesaria, los objetivos a conseguir y los indicadores para su evaluación, asignando responsable/s para su implantación y seguimiento. - Comunica a los profesionales implicados los procesos definidos. Evidencias: Para verificar el cumplimiento del estándar, los evaluadores podrán: - Solicitar evidencias documentales: ficha o documento que describe cada proceso, sistema de comunicación a los profesionales, registros disponibles. - Realizar entrevistas a los profesionales para verificar que conocen y aplican lo establecido en cada proceso.		
ES.GP.03	Mejora de los procesos organizativos El servicio/EAP pone en marcha mejoras de los procesos organizativos.	G4
Aclaraciones: Para poder implementar mejoras es necesario analizar periódicamente el funcionamiento de los procesos organizativos clave de la unidad (actividades, circuitos, demoras...) para identificar ineficiencias y revisar si se están alcanzando o no los resultados previstos. Cuando se identifican ineficiencias o no se consiguen los resultados previstos, se analizan las causas y se realizan los ajustes necesarios para mejorar. Si ya se alcanzan esos objetivos, se establecen/consolidan actuaciones para mantener los resultados y/o para mejorarlos (en función de si es factible establecer objetivos más ambiciosos). Requisitos de cumplimiento: El servicio/EAP realiza lo establecido en la definición de este estándar de forma planificada y sistemática: - Revisa los procesos organizativos monitorizando los indicadores de cada proceso organizativo clave y analizando sus resultados, al menos anualmente. - Si detecta ineficiencias o no alcanza los objetivos establecidos, analiza las causas y define actuaciones de mejora. Evidencias: Para verificar el cumplimiento del estándar, los evaluadores podrán: - Solicitar evidencias documentales: cuadro de mandos, informes de análisis de causas, actuaciones de mejora desarrolladas, etc.		

ES.GP.04	Procesos asistenciales implantados El servicio/EAP define e implanta sus procesos asistenciales clave.	G3
Aclaraciones: Para disminuir la variabilidad y evitar ineficiencias asociadas a la duplicidad de actividades o a las interrupciones/retrasos en la atención se definen e implantan los procesos asistenciales clave identificados (son procesos referidos a la atención sanitaria de situaciones clínicas o patologías concretas, por ejemplo, ictus, paciente renal crónico, PCPP, cáncer de mama, embarazo normal, etc.), con el fin de asegurar que se llevan a cabo las actividades necesarias, con la secuencia y los criterios de calidad definidos. Requisitos de cumplimiento: El servicio/EAP realiza lo establecido en la definición de este estándar de forma planificada y sistemática: - Para cada uno de los procesos asistenciales identificados como clave en su mapa de procesos define la secuencia de actividades que comprende cada proceso y, para cada actividad, cómo y quién debe realizarla, así como los registros/documentación necesaria, los objetivos a conseguir y los indicadores para su evaluación, asignando responsable/s para su implantación y seguimiento. - Comunica a los profesionales implicados los procesos definidos. Evidencias: Para verificar el cumplimiento del estándar, los evaluadores podrán: - Solicitar evidencias documentales: ficha o documento que describe cada proceso, sistema comunicación a los profesionales, registros disponibles - Realizar auditoría de HC. - Realizar entrevistas a los profesionales para verificar que conocen y aplican lo establecido en cada proceso.		
ES.GP.05	Mejora de los procesos asistenciales El servicio/EAP pone en marcha mejoras de los procesos asistenciales.	G4
Aclaraciones: Para poder implementar mejoras es necesario analizar periódicamente el funcionamiento de los procesos asistenciales clave de la unidad (actividades, circuitos...) para identificar ineficiencias y revisar si se están alcanzando o no los resultados previstos. Cuando se identifican ineficiencias o no se consiguen los resultados previstos, se analizan las causas y se realizan los ajustes necesarios para mejorar. Si ya se alcanzan esos objetivos, se establecen/consolidan actuaciones para mantener los resultados y/o para mejorarlos (en función de si es factible establecer objetivos más ambiciosos). Requisitos de cumplimiento: El servicio/EAP realiza lo establecido en la definición de este estándar de forma planificada y sistemática: - Revisa los procesos asistenciales monitorizando los indicadores de cada proceso asistencial clave y analizando sus resultados, al menos anualmente. - Si detecta ineficiencias o no alcanza los objetivos establecidos, analiza las causas y define actuaciones de mejora. Evidencias: Para verificar el cumplimiento del estándar, los evaluadores podrán: - Solicitar evidencias documentales: cuadro de mandos, informes de análisis de causas, actuaciones de mejora desarrolladas, etc.		

ES.GP.06	Participación de los pacientes El servicio/EAP cuenta con los pacientes para definir los procesos.	G4
Aclaraciones: En el diseño de los procesos se tiene en cuenta la perspectiva de los pacientes, sus necesidades, expectativas (confort físico, apoyo emocional, continuidad de cuidados, etc.), dándoles participación por distintos medios (grupos focales, consulta a asociaciones de pacientes, incorporando pacientes en el grupo de diseño/mejora...). Requisitos de cumplimiento: El servicio/EAP realiza lo establecido en la definición de este estándar de forma planificada y sistemática: - Establece cauces de participación de los pacientes para que puedan implicarse en la definición de los procesos. - Incorpora la perspectiva del paciente a la gestión de sus procesos (actividades necesarias, cómo realizarlas para que le aporten valor y la secuencia en que han de organizarse...). Evidencias: Para verificar el cumplimiento del estándar, los evaluadores podrán: - Solicitar evidencias documentales: procesos y cauces de participación (actas...), informes de necesidades y expectativas de los pacientes, aspectos incorporados a los procesos... - Realizar entrevistas a los profesionales responsables de la unidad/responsable de calidad en relación con los cauces establecidos (reuniones, colaboración con asociaciones de pacientes...) y la metodología utilizada para la participación de los pacientes en la definición del proceso.		
ES.GP.07	Percepción de los "clientes" (pacientes/familiares y clientes internos) Se mide y analiza la percepción de los pacientes y de los clientes internos en relación con el servicio prestado para mejorar los procesos.	G3
Aclaraciones: Pueden usarse distintas fuentes para medir la percepción de los "clientes" (pacientes/clientes internos) en relación con el servicio prestado que orienten en qué sentido se debe mejorar el servicio para aumentar su satisfacción. Los datos de percepción de los pacientes y clientes internos se suelen obtener mediante la realización de encuestas (propias de la unidad o encuestas realizadas a nivel de la gerencia) aunque también pueden obtenerse de otras fuentes (grupos focales, entrevistas, reuniones de procesos, buzón de sugerencias...). Requisitos de cumplimiento: El servicio/EAP realiza lo establecido en la definición de este estándar de forma planificada y sistemática: - Se recogen periódicamente (al menos cada 2-3 años) las percepciones de los pacientes (encuesta propia, de la gerencia, grupo focal, etc.). - Se analizan los resultados de percepción en relación con el servicio prestado para identificar oportunidades de mejora en aspectos de su interés. - Se ponen en marcha medidas de mejora desde la perspectiva de los pacientes. - En algunos servicios (sobre todo centrales: farmacia, laboratorios, radiología, anatomía patológica, etc.) es necesario recoger además las percepciones de los clientes internos (facultativos solicitantes). También se deben recoger las percepciones de los servicios que remiten pacientes mediante derivación (atención primaria, hospitales comarcales, centros sociosanitarios, etc.). Evidencias: Para verificar el cumplimiento del estándar, los evaluadores podrán: - Solicitar evidencias documentales: informes de encuestas u otras fuentes, informes de oportunidades de mejora, documentación relacionada con las mejoras derivadas implantadas... - Visitar las instalaciones: cuando proceda comprobar buzón de sugerencias, para verificar mejoras implantadas... - Realizar entrevistas a los profesionales responsables del servicio/EAP en relación con la sistemática para valorar la percepción del servicio prestado, la periodicidad de realización y análisis y si lleva aparejado la implementación de mejoras.		

ES.GP.08	Medición de la experiencia del paciente El servicio/EAP evalúa la experiencia de los pacientes mediante PROM y PREM e integra los resultados en la mejora de los procesos.	G4
Aclaraciones: El servicio/EAP va más allá de los resultados de satisfacción de las encuestas y utiliza instrumentos para medir de una forma más amplia la perspectiva de los pacientes incluyendo la medición de los resultados en salud reportados por el paciente (PROM) y/o respecto a la experiencia del propio paciente -cómo de bien o mal percibe la atención sanitaria y cómo repercute en su vida- (PREM) y tiene en cuenta sus resultados en la toma de decisiones y mejora de los procesos. Requisitos de cumplimiento: El servicio/EAP realiza lo establecido en la definición de este estándar de forma planificada y sistemática: - Identifica procesos en los que medir la experiencia del paciente mediante PROM y PREM puede resultar especialmente relevante. - Monitoriza indicadores PREM y/o PROM para alguno de los procesos identificados. - Integra los resultados obtenidos incorporando mejoras concretas. Evidencias: Para verificar el cumplimiento del estándar los evaluadores podrán: - Solicitar evidencias documentales: procesos en los que se miden PREM y/o PROM, resultados disponibles, mejoras incorporadas. - Visitar las instalaciones, cuando proceda, para verificar las mejoras implantadas.		
ES.GP.09	Atención no presencial El servicio/EAP oferta servicios de atención no presencial con garantías de calidad y seguridad.	G3
Aclaraciones: Aprovechando las nuevas tecnologías de la información y comunicación (TIC), el servicio/EAP incorpora nuevos modelos de atención no presencial que complementan la actividad presencial y/o utiliza aplicaciones de apoyo al proceso asistencial, de forma que puede mejorar la capacidad de resolución asistencial y el acceso a ciertos servicios sanitarios, evitando desplazamientos innecesarios a los pacientes. Además, adopta las medidas técnicas y organizativas necesarias para garantizar la calidad de la atención y la seguridad del paciente. Requisitos de cumplimiento: El servicio/EAP realiza lo establecido en la definición de este estándar de forma planificada y sistemática: - Utiliza alguna modalidad de atención basada en la interacción de los profesionales sanitarios y el paciente mediante las TIC (consultas/interconsultas telemáticas, telemonitorización...) y facilita información a los usuarios sobre las modalidades de atención no presencial ofertadas. - Revisa los procesos/circuitos asistenciales para identificar riesgos relacionados con la atención no presencial. - Adopta las medidas técnicas y organizativas que resulten necesarias (formación de profesionales, criterios de uso de las diferentes TIC, cauces para compartir información, etc.) para garantizar la calidad y la seguridad del paciente en el proceso asistencial que se lleva a cabo de manera no presencial. Evidencias: Para verificar el cumplimiento del estándar, los evaluadores podrán: - Solicitar evidencias documentales: protocolos/modelos de atención no presencial incorporados, procesos revisados... - Visitar las instalaciones, cuando proceda, para comprobar las medidas técnicas y organizativas adoptadas. - Realizar entrevistas a los profesionales para conocer si usan esta modalidad de atención, así como a usuarios que la hayan utilizado.		

ES.GP.10	Coordinación con otras unidades El servicio/EAP identifica a los pacientes con asistencia compartida y coordina actuaciones con las unidades implicadas.	G3
Aclaraciones: La organización actual en servicios y niveles asistenciales no siempre da respuesta adecuada a las necesidades de los pacientes (críticos, crónicos o con pluripatología). Es necesaria una mayor integración entre los diferentes servicios y EAP implicados, centrada en los procesos, para dar una mejor respuesta a las necesidades de los pacientes y garantizar la continuidad asistencial, así como una transición segura del paciente. Requisitos de cumplimiento: El servicio/EAP realiza lo establecido en la definición de este estándar de forma planificada y sistemática: - Identifica a los pacientes con asistencia compartida/secuencial y coordina actuaciones con otras unidades sanitarias (dentro de la misma gerencia o entre niveles asistenciales) con las que se relaciona habitualmente. - Dispone de un modelo de atención conjunta (que según el tipo de pacientes y unidad puede incluir: sistemas de comunicación estables, presenciales o no, que posibiliten una atención integrada -por ejemplo, interconsultas no presenciales-, procedimientos/protocolos conjuntos de actuación, criterios de derivación, circuitos idóneos y modalidades de seguimiento compartido de pacientes, programa de gestión de casos, seguimiento compartido de pacientes crónicos o pluripatológicos, etc.). Evidencias: Para verificar el cumplimiento del estándar, los evaluadores podrán: - Solicitar evidencias documentales: documentos de atención conjunta y coordinada, procesos definidos, registros de actividad compartida... - Realizar auditoría de HC: comprobar en la HC o en otros registros de actividad que se han implementado los sistemas de coordinación establecidos. - Entrevistar a profesionales del servicio/EAP para verificar que conocen y aplican el modelo de atención compartida.		

ES.GP.11	Colaboración con otros centros El servicio/EAP coordina actuaciones con otros dispositivos sanitarios y sociosanitarios o sociales.	G3
Aclaraciones: En ocasiones los pacientes deben ser trasladados a otros centros sanitarios (por requerir atención de mayor o menor complejidad) o a centros sociosanitarios/residencias (si tienen necesidades sociales o de apoyo). Por eso resulta necesario establecer mecanismos de colaboración y coordinación entre los diferentes dispositivos asistenciales para facilitar una transición segura del paciente y garantizar la continuidad de la asistencia. Requisitos de cumplimiento: El servicio/EAP realiza lo establecido en la definición de este estándar de forma planificada y sistemática: <u>AH:</u> en función del tipo de servicio hospitalario se implementan mecanismos de colaboración y coordinación para facilitar el tránsito entre los diferentes dispositivos asistenciales sanitarios y/o sociales de forma ágil y segura: - Si con frecuencia envía o recibe pacientes de centros sanitarios con mayor o menor nivel de especialización (para garantizar su atención en el recurso más adecuado a sus necesidades) se implementan mecanismos para coordinar actuaciones con dichos centros sanitarios que mejoren la continuidad del proceso de atención y garanticen una transición segura. - Si atiende a pacientes crónicos y pluripatológicos que tienen con frecuencia, además de las necesidades sanitarias, necesidades sociales o de apoyo, puede ser necesaria la derivación a diferentes dispositivos sociosanitarios/sociales, por lo que se implementan mecanismos de colaboración y coordinación con estos dispositivos para facilitar su tránsito de forma ágil y segura. <u>AP:</u> es necesario establecer mecanismos de colaboración con las residencias sociosanitarias o los dispositivos sociales existentes en el área de salud, de manera que se favorezca la atención sanitaria a los pacientes internados en dichos dispositivos para que esta sea coordinada, adecuada, segura y eficiente. Evidencias: Para verificar el cumplimiento del estándar los evaluadores podrán: - Solicitar evidencias documentales: mecanismos de colaboración establecidos (propios o de la gerencia). - Realizar auditoría de HC: comprobar en la HC o en otros registros de actividad los sistemas de coordinación establecidos. - Entrevistar a los profesionales para verificar que conocen y aplican los mecanismos de colaboración establecidos (con qué centros, aspectos que contempla...).		

ES.GP.12	Disminuir la variabilidad El servicio/EAP dispone de herramientas para normalizar los procesos asistenciales.	G2
Aclaraciones: Para disminuir la variabilidad de la práctica clínica y en los cuidados enfermeros que se prestan (pacientes con una situación clínica semejante reciben una asistencia diferente y se observan diferencias infundadas en lo referente a procedimientos diagnósticos y terapéuticos utilizados, cuidados...), el servicio/EAP dispone de herramientas que permitan unificar criterios de actuación. Requisitos de cumplimiento: El servicio/EAP realiza lo establecido en la definición de este estándar de forma planificada y sistemática: - Identifica aquellos procesos asistenciales y cuidados enfermeros en los que, por ser más prevalentes o críticos, deben unificarse los criterios de actuación. En atención hospitalaria podrán utilizarse los 10 GRD más frecuentes del servicio reflejados en BISION. - Los profesionales de la unidad han consensuado los criterios de actuación a seguir para los procesos/cuidados enfermeros identificados (protocolos, guías asistenciales, vías clínicas, planes de cuidados...), estableciendo la secuencia de intervenciones de los diferentes profesionales y departamentos implicados, utilizando herramientas propias o adhiriéndose a otras existentes. - Se comunican a los profesionales los protocolos, guías... del servicio/EAP (cuando son aprobados/actualizados) para su aplicación efectiva. Evidencias: Para verificar el cumplimiento del estándar, los evaluadores podrán: - Solicitar evidencias documentales: protocolos, guías... del servicio/EAP, sistema de difusión a los profesionales... - Realizar auditoría de HC: comprobar en HC o en otros repositorios documentales la aplicación efectiva de los protocolos. - Realizar entrevistas a profesionales para verificar que conocen y aplican los protocolos, guías...		

ES.GP.13	Incorporar la evidencia científica y disminuir prácticas de bajo valor ("no hacer") El servicio/EAP actualiza los procesos asistenciales con la evidencia científica más reciente.	G3
Aclaraciones: El servicio tiene establecido un sistema para localizar la mejor evidencia disponible que le permita actualizar los procesos asistenciales con las recomendaciones diagnóstico-terapéuticas (farmacológicas, procedimientos diagnósticos, nuevas tecnologías, cuidados, prácticas seguras...) basadas en la evidencia científica más reciente. Además, para minimizar aquellas prácticas que, en su ámbito, la evidencia científica ha demostrado que no aportan valor al paciente e incluso pueden causarle daño, dicho sistema incluye la identificación y priorización de las recomendaciones no hacer, para dejar de hacer dichas prácticas y, si fuera preciso, sustituirlas por otras. Requisitos de cumplimiento: El servicio/EAP realiza lo establecido en la definición de este estándar de forma planificada y sistemática: - Revisa los recursos disponibles con información relevante sobre efectividad clínica (estudios originales o revisiones sistemáticas e informes de evaluación de tecnologías sanitarias, Guías de Práctica Clínica, etc.) y los filtra de acuerdo a su relevancia clínica y su validez. - Selecciona/consensúa las recomendaciones diagnóstico-terapéuticas de buen hacer a incorporar a sus procesos, actualizando los protocolos de actuación y dándolas a conocer a todos los profesionales para su aplicación. - Identifica prácticas que según la evidencia no aportan valor al paciente e incluso pueden causarle daño y prioriza su implantación, difundiéndolas a todos los profesionales implicados del servicio/EAP para que dejen de hacerlas. Evidencias: Para verificar el cumplimiento del estándar, los evaluadores podrán: - Solicitar evidencias documentales: sistema de revisión de la evidencia (responsables, periodicidad...), profesionales implicados (médicos, enfermeros, farmacéuticos...); recomendaciones de buen hacer incorporadas; listado de recomendaciones no hacer aplicables y matriz de priorización, plan de acción para dejar de hacer; sistema de comunicación a los profesionales (reunión, sesión, mail...); informes de adherencia a recomendaciones (no hacer-hacer). - Realizar auditoría de HC para comprobar (HC u otros repositorios documentales) la aplicación efectiva de las recomendaciones. - Realizar entrevistas a los profesionales implicados (médicos, enfermeros...) para verificar que conocen y aplican las recomendaciones.		
ES.GP.14	Sesiones clínicas multidisciplinares El servicio/EAP realiza sesiones clínicas multidisciplinares con carácter periódico.	G3
Aclaraciones: Disponer de un sistema estructurado de sesiones clínicas multidisciplinares (en las que participen distintos servicios, ámbitos asistenciales y/o categorías profesionales) que se realicen con carácter periódico favorece la toma de decisiones conjunta y la coordinación dentro de la propia unidad y con otras unidades implicadas en la atención de los pacientes. Requisitos de cumplimiento: El servicio/EAP realiza lo establecido en la definición de este estándar de forma planificada y sistemática: - Dispone de un programa de sesiones clínicas multidisciplinares que contempla frecuencia, ámbito, profesionales implicados, contenido... - Difunde a los profesionales el programa de sesiones. - Desarrolla las sesiones planificadas (mínimo: 10 sesiones anuales). Evidencias: Para verificar el cumplimiento del estándar, los evaluadores podrán: - Solicitar evidencias documentales: programa de sesiones planificadas, sistema de difusión utilizado y sesiones ejecutadas (acreditación de las sesiones, hojas de recogida de firmas, actas...). - Realizar entrevistas a profesionales de distintas categorías para verificar que conocen el programa de sesiones planificadas.		

ES.GP.15	Formación a pacientes y familiares El servicio/EAP desarrolla un programa de formación para pacientes, familiares y cuidadores.	G4
Aclaraciones: Para aumentar el compromiso de pacientes, familiares y personas cuidadoras en la optimización de los procesos de atención y en la prevención, control y minimización de los riesgos inherentes a la atención sanitaria, se desarrollan iniciativas de formación e información/comunicación en distintos momentos del proceso asistencial. Requisitos de cumplimiento: El servicio/EAP realiza lo establecido en la definición de este estándar de forma planificada y sistemática: - Identifica las necesidades de formación e información de la población atendida. - Realiza actividades formativas grupales o individuales y/o establece canales de información/comunicación con la población atendida. Evidencias: Para verificar el cumplimiento del estándar, los evaluadores podrán: - Solicitar evidencias documentales: necesidades de formación para pacientes, familiares y cuidadores detectadas, actividades/acciones de formación/información dirigidas a pacientes, familiares y cuidadores que se han desarrollado (informes, actas, documentación utilizada...). - Realizar entrevistas a profesionales y usuarios para verificar que conocen las iniciativas de formación/información y a estos últimos, en su caso, sobre su participación.		

TOTAL: 15 ESTÁNDARES

CATEGORÍA IV: DIRECCIÓN DE LA UNIDAD		
Objetivo: Garantizar la existencia de un marco claro de actuación y el desarrollo de iniciativas para mejorar los resultados, contando con la implicación de los profesionales.		
Nº	ESTÁNDAR	Grupo
ES.DU.01	Propósito, misión, visión y valores Se ha definido y difundido el propósito/misión, visión y valores del servicio/EAP.	G2
Aclaraciones: La misión es una declaración escrita sobre qué hace la unidad y para quién (servicios y clientes) y la manera en que lo hace en términos de calidad, eficiencia, seguridad... El propósito explica por qué su actividad es importante y la visión plantea una aspiración en relación a cómo desea ser la unidad en el futuro. Los valores definen los principios y normas de actuación ética que guían el comportamiento de los profesionales del servicio/EAP. Requisitos de cumplimiento: - El servicio/EAP ha reflexionado y definido la misión/propósito de la unidad, su visión y valores. - Misión/propósito, visión y valores se han incorporado en algún soporte documental y difundido a los profesionales del equipo. Evidencias: Para verificar el cumplimiento del estándar, los evaluadores podrán: - Solicitar evidencias documentales: soporte documental con propósito/misión, visión y valores y sistema de difusión a los profesionales del equipo. - Realizar entrevistas a los profesionales para verificar que conocen la misión/propósito, la visión y los valores de la unidad.		
ES.DU.02	Estrategia El servicio/EAP ha establecido objetivos estratégicos propios y un plan de acción asociado.	G3
Aclaraciones: La estrategia establece objetivos a medio plazo (2-4 años), más allá de los establecidos en el Plan Anual de Gestión, que se orientan a dar respuesta a las necesidades de los pacientes (demanda) y a obtener resultados en salud y ser eficientes, incorporando un plan de acción para alcanzar los objetivos marcados (calidad, seguridad, experiencia del paciente, sostenibilidad...). Requisitos de cumplimiento: El servicio/EAP realiza lo establecido en la definición de este estándar de forma planificada y sistemática: - Dispone de un plan estratégico que establece objetivos (propios y pactados con la organización) y líneas de acción asociadas, define responsabilidades para su ejecución y un cronograma de implantación. - Los objetivos y las líneas de acción del servicio/EAP están alineados con los de su gerencia y con las diferentes estrategias de la Gerencia Regional de Salud (plan de calidad y seguridad del paciente, plan de humanización, etc.). - Ha difundido a los profesionales del servicio/EAP el plan estratégico definido y estos conocen sus responsabilidades. Evidencias: Para verificar el cumplimiento del estándar, los evaluadores podrán: - Solicitar evidencias documentales: plan estratégico, objetivos, responsabilidades, sistema de difusión a los profesionales de la unidad. - Realizar entrevistas a los profesionales para verificar que conocen el plan estratégico, sus objetivos y realizan actuaciones para conseguirlos.		

ES.DU.03	Seguimiento de resultados El servicio/EAP dispone de un cuadro de mando con indicadores relevantes para tomar decisiones en base a resultados.	G2
Aclaraciones: El cuadro de mandos (CM) es imprescindible para realizar un seguimiento periódico de los objetivos establecidos y saber si se están consiguiendo los resultados esperados. Deben identificarse los resultados clave y definir los indicadores relevantes que nos permitan medirlos sistemáticamente, para obtener la información necesaria para la gestión. Requisitos de cumplimiento: El servicio/EAP realiza lo establecido en la definición de este estándar de forma planificada y sistemática: - Dispone de un CM que incluye indicadores de actividad y de resultados a conseguir, tanto asistenciales relacionados con su misión (efectividad, adecuación, seguridad) y con la experiencia del paciente (continuidad, accesibilidad, demoras, trato, información...), como económicos (farmacia, consumo de recursos...). En función del ámbito, incluirá al menos: tiempos de respuesta en función de la prioridad, indicadores de mortalidad, de reingresos y estancia media ajustados por riesgo, estancia media prequirúrgica, incidentes y uso racional del medicamento, además de indicadores de eficiencia. Puede utilizarse un CM propio, identificando las fuentes de datos, o hacer uso de los sistemas de información corporativos (Bision, Concilya...). - Define un plan de seguimiento que establece la frecuencia de la monitorización/análisis y sus responsables. - Realiza el seguimiento y análisis con la periodicidad establecida. - Difunde a los profesionales del equipo los resultados conseguidos. Evidencias: Para verificar el cumplimiento del estándar, los evaluadores podrán: - Solicitar evidencias documentales: CM, plan de seguimiento, revisiones efectuadas, informes, actas de reuniones, difusión a los profesionales... - Realizar entrevistas a los profesionales para verificar que conocen el CM, que se monitorizan y analizan los resultados y se difunden entre todos los profesionales del equipo.		
ES.DU.04	Mejora de resultados Cuando los resultados no alcanzan los objetivos planteados, se planifican e introducen los cambios necesarios.	G4
Aclaraciones: La revisión periódica del despliegue de la estrategia y de los resultados alcanzados permite establecer relaciones causa-efecto entre lo que hacemos y lo que conseguimos; cuando los resultados no son los esperados, se analizan los motivos con objeto de proponer mejoras. Requisitos de cumplimiento: El servicio/EAP realiza lo establecido en la definición de este estándar de forma planificada y sistemática: - Identifica oportunidades de mejora para aquellos objetivos que no alcanzan los niveles de cumplimiento establecidos y planifica qué se va a hacer para conseguirlos, estableciendo propuestas de mejora. - Prioriza las propuestas de mejora. - Desarrolla las propuestas de mejora priorizadas (se incorporan como objetivos para la unidad, se comunican los cambios y se facilitan los recursos para su implantación). Evidencias: Para verificar el cumplimiento del estándar, los evaluadores podrán: - Solicitar evidencias documentales: análisis/informes sobre objetivos que no alcanzan niveles de cumplimiento, matriz de priorización, planes de acción/mejora, actas de reuniones, difusión a los profesionales... - Realizar entrevistas a los profesionales para verificar que conocen los resultados y los planes de acción/mejora.		

ES.DU.05	Participación en la estrategia El servicio/EAP implica a los profesionales en la definición de objetivos y en su consecución.	G3
Aclaraciones: Aunque los líderes del servicio/EAP son los responsables de establecer la orientación estratégica y de impulsar la mejora, el despliegue de la estrategia y la mejora continua requieren de la colaboración de todos los profesionales del servicio/EAP en las distintas fases de desarrollo de la estrategia. Requisitos de cumplimiento: El servicio/EAP realiza lo establecido en la definición de este estándar de forma planificada y sistemática: - Establece canales de participación para la elaboración e implantación de la estrategia que están abiertos a todos los profesionales de la unidad (grupos de trabajo/sesiones de participación multidisciplinarios, formularios...). - Los responsables de la unidad prestan apoyo explícito a los grupos de trabajo/grupos mejora de la unidad (liberan tiempo para las reuniones, facilitan la formación necesaria...). - Establece objetivos individuales para los profesionales del equipo, que son conocidos por estos y se monitorizan. Evidencias: Para verificar el cumplimiento del estándar, los evaluadores podrán: - Solicitar evidencias documentales: actas de grupos de trabajo y/o de reuniones, sesiones del servicio/EAP... - Realizar entrevistas a los profesionales para verificar que conocen los canales de comunicación y la posibilidad de participar, los objetivos asignados y cuentan con el apoyo explícito de los responsables del equipo; así como a estos sobre dicho apoyo.		
ES.DU.06	Implicación de los profesionales fuera de la unidad Los profesionales del equipo se implican y participan fuera de la unidad.	G3
Aclaraciones: Los responsables de la unidad facilitan que los profesionales participen en comisiones, comités, grupos de trabajo/grupos de mejora de ámbito superior al propio servicio/EAP (ya sea a nivel del hospital, la gerencia de AP, la gerencia de asistencia sanitaria, o a nivel de la Gerencia Regional de Salud), con el fin de facilitar el desarrollo de la estrategia corporativa e impulsar la mejora continua en toda la organización. Requisitos de cumplimiento: El servicio/EAP realiza lo establecido en la definición de este estándar de forma planificada y sistemática: - Define las directrices para la participación de los profesionales del equipo fuera de la unidad y las difunde entre ellos. - Los responsables de la unidad prestan apoyo explícito a esta participación (liberan tiempo para asistencia a reuniones, facilitan la realización de la formación necesaria...). - Hay una significativa representación de profesionales del equipo que participan o han participado recientemente (últimos 2-3 años) en distintos grupos/comisiones/comités fuera de la unidad. Evidencias: Para verificar el cumplimiento del estándar, los evaluadores podrán: - Solicitar evidencias documentales sobre la política/procedimiento de la unidad en relación con este estándar (manual de organización, procedimiento específico...), su difusión entre los profesionales del equipo (actas de sesiones, correos electrónicos...), la participación de estos (actas de grupos de trabajo y/o de reuniones, memoria anual...) y el apoyo de los responsables de la unidad (planning semanal, formación específica...). - Realizar entrevistas a los profesionales para averiguar si conocen las directrices, qué profesionales participan, el apoyo de los responsables; así como a estos sobre dicho apoyo.		

ES.DU.07	Organización y funcionamiento El servicio/EAP dispone de un manual de organización y funcionamiento y elabora una memoria anual.	G2
Aclaraciones: El servicio/EAP dispone de un documento de uso interno donde se recogen aspectos relativos a su organización y funcionamiento (unidades en las que se estructura, profesionales que las integran, responsabilidades, mecanismos de coordinación...) y elabora anualmente una memoria (en el primer trimestre del ejercicio siguiente) que recoge las actividades realizadas y los resultados conseguidos. Requisitos de cumplimiento: El servicio/EAP realiza lo establecido en la definición de este estándar de forma planificada y sistemática: - Dispone de un documento que define cuál es su organización y aspectos relativos a su funcionamiento. - Elabora una memoria anual de actividades y resultados. - Tanto el manual de organización y funcionamiento como la memoria están accesibles para su consulta por los profesionales. - Comunica a los profesionales la existencia de ambos documentos y cómo pueden consultarlos. Evidencias: Para verificar el cumplimiento del estándar, los evaluadores podrán: - Solicitar evidencias documentales: manual de organización y funcionamiento, memoria anual, difusión de ambos (correo electrónico, intranet, sesiones de equipo...). - Realizar entrevistas a los profesionales para verificar que conocen la existencia de ambos documentos y dónde se encuentran para poder consultarlos.		
ES.DU.08	Gestión de los recursos humanos Los recursos humanos del servicio/EAP se gestionan de forma eficaz.	G3
Aclaraciones: Los responsables del servicio/EAP organizan internamente los recursos humanos (RRHH) disponibles asignando los más adecuados a cada puesto de trabajo, en función de las funciones y responsabilidades que debe asumir y de su cartera de servicios. Realiza la distribución de actividades y tareas en función de la demanda existente y, en la medida de lo posible, tiene en cuenta las preferencias/necesidades de los profesionales para su fidelización. Requisitos de cumplimiento: El servicio/EAP realiza lo establecido en la definición de este estándar de forma planificada y sistemática: - Dispone de criterios de gestión de los RRHH (asignación de puestos de trabajo, gestión de turnos y atención continuada, de vacaciones y permisos, de sustituciones por ausencias...). - Los responsables médico y de enfermería realizan una gestión adecuada de la plantilla en base a los criterios definidos (planning semanal/mensual, cobertura de atención continuada, vacaciones, ausencias, conciliación...), teniendo en cuenta las necesidades del servicio/EAP y, en la medida de lo posible, las expectativas de desarrollo profesional de los trabajadores. - Los profesionales pueden acceder a las planillas de distribución de actividades. Evidencias: Para verificar el cumplimiento del estándar, los evaluadores podrán: - Solicitar evidencias documentales: criterios de gestión de los RRHH, criterios de asignación, planning semanal/mensual... - Realizar entrevistas a los responsables médico y de enfermería sobre el sistema de gestión de los RRHH y a los profesionales en relación con su conocimiento sobre los criterios de gestión de los RRHH.		

ES.DU.09	Comunicación interna Existe una sistemática de comunicación dentro del servicio/EAP.	G3
Aclaraciones: Una buena comunicación (ascendente y descendente) dentro del Servicio/EAP es clave para obtener el compromiso del equipo, para unir a las personas en torno a un objetivo común y para reforzar las conductas deseadas. Requisitos de cumplimiento: El servicio/EAP realiza lo establecido en la definición de este estándar de forma planificada y sistemática: - Dispone de un protocolo que define qué se comunica (incluirá como mínimo objetivos estratégicos y logros), a quién (como mínimo a los profesionales implicados), cuándo/periodicidad (como mínimo semestralmente) y cómo (reuniones multidisciplinarias, carpetas compartidas, correo electrónico, intranet, aplicaciones telefónicas, boletines, informes, tablón...). - Establece canales para que los profesionales puedan comunicar problemas y propuestas de mejora que identifican en relación con la organización y funcionamiento del servicio/EAP (buzón de sugerencias, correo electrónico, etc.). - Los profesionales conocen la sistemática de comunicación y son informados con la periodicidad establecida. Evidencias: Para verificar el cumplimiento del estándar, los evaluadores podrán: - Solicitar evidencias documentales: protocolo de comunicación interna, boletines, informes, actas de reuniones... - Visitar las instalaciones para comprobar determinados canales de comunicación (buzón de sugerencias, intranet, tablón...) - Realizar entrevistas a los profesionales sobre la sistemática de comunicación.		
ES.DU.10	Reconocimiento El servicio/EAP reconoce los esfuerzos/logros de los profesionales y la participación en la mejora.	G4
Aclaraciones: Existe en el servicio/EAP un sistema de reconocimiento interno para reconocer los esfuerzos/logros de los profesionales y la participación en la mejora, como elemento motivador para lograr su implicación en la mejora e innovación. Requisitos de cumplimiento: El servicio/EAP realiza lo establecido en la definición de este estándar de forma planificada y sistemática: - Define el procedimiento y los requisitos para el reconocimiento. - Reconoce a los profesionales: en un acto público en el servicio/EAP, felicitación personal escrita/oral, entrega de premio, facilitando asistencia a cursos/congresos, etc. Evidencias: Para verificar el cumplimiento del estándar, los evaluadores podrán: - Solicitar evidencias documentales: protocolo de reconocimiento, criterios/requisitos para el reconocimiento, reconocimientos realizados... - Realizar entrevistas a profesionales para verificar que conocen la política de reconocimiento y que se aplica correctamente.		

ES.DU.11	Percepción de los profesionales La percepción de los profesionales del servicio/EAP se utiliza para introducir mejoras.	G3
Aclaraciones: La percepción de los profesionales en relación con distintos aspectos de gestión de la unidad es útil para la mejora continua y para orientar en qué sentido se debe mejorar la gestión de las personas para incrementar su satisfacción y el clima laboral. Los datos de percepción de los profesionales de la unidad se suelen obtener a partir de encuestas, propias o a nivel de la gerencia, aunque pueden usarse otras fuentes distintas (reuniones, entrevistas...). Requisitos de cumplimiento: El servicio/EAP realiza lo establecido en la definición de este estándar de forma planificada y sistemática: - Recoge periódicamente las percepciones de los profesionales (reuniones, entrevistas, buzón, encuestas...). - Analiza los resultados de percepción de los profesionales en relación con la gestión de la unidad para identificar oportunidades de mejora en aspectos de su interés. - Establece acciones de mejora que den respuesta a las oportunidades de mejora identificadas desde la perspectiva de los profesionales. Evidencias: Para verificar el cumplimiento del estándar, los evaluadores podrán: - Solicitar evidencias documentales: de las percepciones recogidas y analizadas (informes de encuestas, actas de reuniones...) y de las mejoras implantadas (planes de acción/planes de mejora, objetivos del servicio...) - Realizar entrevistas a los responsables del servicio/EAP sobre el sistema de evaluación de la percepción y su periodicidad, así como a los profesionales para verificar que se ponen en marcha las acciones de mejora correspondientes.		
ES.DU.12	Plan de formación continuada específico El servicio/EAP promueve el desarrollo de las competencias de sus profesionales, mediante un plan de formación específico.	G2
Aclaraciones: Se realiza formación continuada para mantener actualizados los conocimientos y habilidades de los profesionales relacionados con su especialidad y/o actividad sanitaria y para mejorar las competencias transversales (competencias digitales, comunicación, humanización...) y los aspectos relacionados con actitudes, motivación y aptitud profesional. Requisitos de cumplimiento: El servicio/EAP realiza lo establecido en la definición de este estándar de forma planificada y sistemática: - Identifica las necesidades formativas de los profesionales del equipo. - Establece un plan de formación anual/plurianual específico de la unidad que dé respuesta a las necesidades identificadas (relativas a aspectos científico-técnicos, motivación y trabajo colaborativo, gestión por procesos/calidad, humanización...). - Facilita la asistencia a cursos/jornadas (concesión de días, acceso a financiación...) de forma equitativa a todos los profesionales del equipo. Evidencias: Para verificar el cumplimiento del estándar, los evaluadores podrán: - Solicitar evidencias documentales: sistema de identificación de necesidades formativas (actas de reuniones...), plan de formación específico de la unidad, memoria de actividades formativas... - Realizar entrevistas a los profesionales sobre la política de formación y el acceso a la misma.		

ES.DU.13	Mapa de competencias Se define el mapa de competencias de los profesionales del servicio/EAP acorde a su cartera de servicios.	G4
Aclaraciones: Cada puesto de trabajo del servicio/EAP debe estar definido, incluyendo tanto las funciones y tareas/responsabilidades que conlleva como los requerimientos de competencia profesional (conocimientos, habilidades, experiencia y actitud) que necesita la persona que lo ocupa para que su labor sea efectiva. Requisitos de cumplimiento: El servicio/EAP realiza lo establecido en la definición de este estándar de forma planificada y sistemática: - Identifica los diferentes puestos de trabajo del servicio y las funciones y responsabilidades que corresponden a cada uno. - Dispone de un mapa de competencias que recoge las competencias básicas de los profesionales y las competencias específicas que resultan necesarias para los puestos que desarrollan funciones de mayor complejidad o especialización, acorde a su cartera de servicios. - Difunde la definición de puestos y competencias entre los profesionales para su aplicación efectiva. Evidencias: Para verificar el cumplimiento del estándar, los evaluadores podrán: - Solicitar evidencias documentales: definición de puestos de trabajo, mapa de competencias (básicas y, en su caso, específicas) y sistema de difusión a los profesionales del equipo. - Realizar entrevistas a los profesionales sobre su puesto de trabajo y las competencias necesarias.		
ES.DU.14	Mejora del liderazgo Los responsables del servicio/EAP mejoran sus competencias como líderes.	G4
Aclaraciones: Los responsables del EAP/servicio y de las unidades que lo integran se forman para mejorar sus competencias como líderes, teniendo en cuenta no solo las de coordinación, gestión y toma de decisiones, sino también las de inteligencia emocional, la habilidad comunicativa, la capacidad de motivar e inspirar, para desarrollar un nuevo estilo de liderazgo transformacional, basado más en la colaboración que en el control. Requisitos de cumplimiento: El servicio/EAP realiza lo establecido en la definición de este estándar de forma planificada y sistemática: - Identifica las necesidades formativas de los líderes. - El plan de formación continuada (propio o de la gerencia) incluye actividades formativas específicas para mejorar las competencias de los líderes y dar respuesta a las necesidades identificadas. - Los líderes asisten a las actividades formativas planificadas. Evidencias: Para verificar el cumplimiento del estándar, los evaluadores podrán: - Solicitar evidencias documentales: sistema de identificación de necesidades formativas (actas de reuniones...), plan de formación para líderes, documentos acreditativos de la realización de los cursos planificados. - Entrevistar a los líderes sobre las actividades formativas relacionadas con el liderazgo.		

ES.DU.15	Formación pregrado y formación sanitaria especializada Dispone de programas de acogida y formación específicos para alumnos pregrado y profesionales de formación sanitaria especializada.	G2
Aclaraciones: Si la unidad participa en la formación de alumnos de pregrado (en el marco del practicum de la titulación de grado o FP) y/o en el programa de formación sanitaria especializada, dispone de procesos de acogida y formación para ellos, específicos del servicio/EAP y complementarios, en su caso, a los de la gerencia. Requisitos de cumplimiento: El servicio/EAP realiza lo establecido en la definición de este estándar de forma planificada y sistemática: - El proceso de acogida y formación de alumnos de pregrado cuando realizan prácticas obligatorias (no cuando son solo voluntarias) es acorde a los objetivos de aprendizaje e incluye los requisitos de supervisión requeridos antes de que el alumno pueda realizar las tareas con autonomía. Además, incluye qué información de utilidad sobre el servicio/EAP se debe facilitar en la acogida y la firma del compromiso de confidencialidad. - El proceso de acogida y formación de residentes es acorde a el/los programa/s formativo/s de la/s especialidad/es que se acoge/n y forma/n e incluye los requisitos de supervisión necesarios para la asunción progresiva de responsabilidades por parte del residente, a medida que vaya demostrando la adquisición de competencias para realizar las actividades con autonomía. Además, incluye qué información de utilidad sobre el servicio/EAP se debe facilitar en la acogida y la firma del compromiso de confidencialidad (este trámite puede ser realizado en la gerencia). Evidencias: Para verificar el cumplimiento del estándar, los evaluadores podrán: - Solicitar evidencias documentales: proceso de acogida y formación de estudiantes/residentes, guía/s de acogida, guía o itinerario de la especialidad, programa formativo individualizado del residente... - Entrevistar a alumnos y residentes sobre su proceso de acogida y formativo, incluyendo los aspectos relativos a la supervisión.		
ES.DU.16	Acogida a los profesionales El servicio/EAP dispone de un plan de acogida para los profesionales de nueva incorporación.	G2
Aclaraciones: Para facilitar la incorporación al puesto de trabajo de nuevos profesionales, el servicio/EAP tiene establecida una sistemática de acogida (específica de la unidad y complementaria, en su caso, a la de la gerencia), con entrega de información útil para que los profesionales de nueva incorporación realicen su trabajo correctamente, contribuyendo al logro de los objetivos de la unidad. Incluirá entre otras cuestiones información sobre sus funciones y responsabilidades, así como sobre la unidad (sistema de gestión de calidad, organización interna, protocolos de trabajo...). Requisitos de cumplimiento: El servicio/EAP realiza lo establecido en la definición de este estándar de forma planificada y sistemática: - Define el contenido de la información específica sobre el servicio/EAP que se proporcionará en la acogida (por ejemplo, organización interna, procedimientos y protocolos, aplicaciones informáticas, objetivos/plan estratégico, riesgos para la seguridad del paciente, recomendaciones para prevenir los eventos adversos más relevantes/prevalentes, etc.), la forma (escrita o verbal) y quiénes son los responsables de realizar la acogida en el servicio (en función de la categoría profesional). - La información escrita está disponible (documento en papel, intranet...). - Facilita a los nuevos profesionales cuando se incorporan la información establecida. Evidencias: Para verificar el cumplimiento del estándar, los evaluadores podrán: - Solicitar evidencias documentales: protocolo/guía de acogida a los profesionales - Visitar las instalaciones para comprobar que la información está disponible (documento en papel, intranet...). - Realizar entrevistas a los profesionales responsables de realizar la acogida para comprobar que conocen y aplican el protocolo y a los de nueva incorporación para verificar información facilitada y constatar que la acogida se realizó conforme a la sistemática establecida.		

ES.DU.17	Compartir el conocimiento El conocimiento se comparte dentro del servicio/EAP y con otros servicios/EAP de la organización.	G3
Aclaraciones: Más allá de las sesiones multidisciplinarias contempladas en el estándar ES.GP.14, existe una sistemática para facilitar que las personas del equipo compartan eficazmente sus experiencias y aprendizajes (procedimientos o protocolos de trabajo desarrollados, buenas prácticas que ayudan a conseguir mejores resultados...) con otros integrantes de la unidad y con otras unidades de la gerencia y/o del otro nivel asistencial. Requisitos de cumplimiento: El servicio/EAP realiza lo establecido en la definición de este estándar de forma planificada y sistemática: - Define lo que debe compartirse y los criterios/requisitos que deben cumplirse para hacerlo (por ejemplo, visto bueno -responsables de la unidad, comisión correspondiente, unidad de calidad-, consenso en grupo de trabajo, grado de evidencia, resultados disponibles...). - Establece espacios/canales para compartir el conocimiento (sesiones del equipo y con otros equipos y/o interniveles, espacio en la intranet, carpetas compartidas...) en función del ámbito (unidad, otras unidades de la gerencia o del otro nivel asistencial)y, en su caso, categoría profesional. Evidencias: Para verificar el cumplimiento del estándar, los evaluadores podrán: - Solicitar evidencias documentales: protocolo que define contenido, canales y ámbito, relación de conocimiento compartido... - Visitar las instalaciones para comprobar canales utilizados, contenido que se comparte y ámbito (unidad, gerencia, categorías profesionales que acceden...). - Realizar entrevistas a los profesionales para verificar que conocen la sistemática establecida y tienen acceso al conocimiento que se comparte.		
ES.DU.18	Proyección exterior del conocimiento El servicio/EAP difunde al exterior el conocimiento generado.	G4
Aclaraciones: La proyección exterior del conocimiento, además de generar prestigio para el servicio/EAP, es una palanca para la motivación de sus integrantes, por lo que deben establecerse medidas para facilitar que los profesionales del servicio/EAP puedan difundir al exterior el conocimiento generado en la unidad, compartiendo con otras organizaciones sus experiencias y aprendizajes. Requisitos de cumplimiento: El servicio/EAP realiza lo establecido en la definición de este estándar de forma planificada y sistemática: - Define la política para compartir conocimiento con el exterior (criterios de asistencia a jornadas/congresos, envío y defensa de comunicaciones científicas, participación en ponencias, publicaciones en revistas científicas...). - Establece los mecanismos para que los profesionales pueden acceder de forma equitativa a las actividades para proyectar al exterior el conocimiento generado en la unidad (presentación de experiencias/resultados en jornadas/congresos...) y participen de forma regular en dichas actividades. - Organiza actividades para la difusión exterior del conocimiento (jornadas, actividades formativas específicas, rotaciones...). Evidencias: Para verificar el cumplimiento del estándar, los evaluadores podrán: - Solicitar evidencias documentales: política establecida, memoria de las actividades realizadas (publicaciones, ponencias/comunicaciones científicas en congresos, actividades organizadas...) y profesionales implicados. - Realizar entrevistas a profesionales para verificar que conocen la política establecida y la equidad en el acceso.		

ES.DU.19	Aprender de los mejores El servicio/EAP identifica e introduce mejoras de interés para la unidad.	G4
Aclaraciones: El servicio fomenta la adquisición de conocimientos a nivel externo aprendiendo de los mejores mediante la participación en redes de aprendizaje y colaboración o buscando oportunidades de benchmarking externo para identificar e implantar las mejores prácticas. Requisitos de cumplimiento: El servicio/EAP realiza lo establecido en la definición de este estándar de forma planificada y sistemática: - Identifica las mejores prácticas mediante la comparación de sus resultados con los de otros servicios considerados como mejores y/o participa en redes de aprendizaje y colaboración. - Incorpora las mejores prácticas identificadas que resulten de interés para la unidad, facilitando la formación necesaria o, en su caso, las rotaciones/estancias formativas de los profesionales del equipo en otras unidades pioneras. Evidencias: Para verificar el cumplimiento del estándar, los evaluadores podrán: - Solicitar evidencias documentales: CM o informes donde constan las comparaciones y servicios con los que se compara, documentación relativa a redes de aprendizaje/colaboración en las que participa, documentación relacionada con la formación o las rotaciones/estancias formativas y centros colaboradores en dichos aprendizajes... - Realizar entrevistas a los profesionales para verificar la incorporación de mejores prácticas en la unidad, su participación en redes de aprendizaje y colaboración y sobre la posibilidad de realizar rotaciones o estancias en otras unidades de referencia.		
ES.DU.20	Investigación El servicio/EAP desarrolla líneas de investigación propias o participa en proyectos de otras unidades.	G3
Aclaraciones: La investigación biomédica y en ciencias de la salud es un instrumento clave para mejorar la calidad de la atención sanitaria y la seguridad de los pacientes. El servicio/EAP debe fomentar, respetando a la legislación vigente, la participación activa de todos los profesionales en la investigación, liderando proyectos propios o participando en proyectos multicéntricos con otras unidades, así como la concurrencia a convocatorias de investigación (a nivel autonómico, nacional, europeo o en convocatorias privadas). Requisitos de cumplimiento: El servicio/EAP realiza lo establecido en la definición de este estándar de forma planificada y sistemática: - Dispone de un programa de investigación: áreas/líneas de investigación del servicio/EAP, estimación de recursos necesarios y la posible participación en convocatorias de investigación para su financiación, la asignación de equipos y medios... - Ha desarrollado o tienen en marcha proyectos de investigación (propios o en colaboración con otros). - Los proyectos en marcha han sido previamente evaluados y aprobados por el Comité de Ética de la Investigación del centro. - Los pacientes que participan son informados y se recaba el consentimiento informado por escrito. Evidencias: Para verificar el cumplimiento del estándar los evaluadores podrán: - Solicitar evidencias documentales: programa de investigación, memorias de investigación... - Realizar auditoría de HC o repositorio documental para verificar la existencia de los consentimientos informados firmados y los registros en la HC de los pacientes derivados de su participación en el proyecto. - Realizar entrevistas a los profesionales para verificar que conocen el programa de investigación y su participación en los proyectos de investigación.		

ES.DU.21	Innovación y creatividad El servicio/EAP desarrolla proyectos de innovación financiados/avalados por agencias externas.	G3
Aclaraciones: En el momento actual resulta clave promover la creatividad y la innovación mediante el desarrollo de iniciativas para identificar oportunidades de innovación entendida esta en todos los aspectos (servicios, procesos, estructuras y modelos organizativos...). A partir de ahí se puede definir el programa de innovación y buscar financiación I+D+I para desarrollar proyectos de innovación que favorezcan la incorporación de mejoras en los procesos, nuevos servicios, cambios organizativos, etc. Requisitos de cumplimiento: El servicio/EAP realiza lo establecido en la definición de este estándar de forma planificada y sistemática: - Promueve la creatividad y la innovación (desarrolla iniciativas formativas, talleres, ha constituido un grupo de innovación propio o participa en otros grupos externos...) para identificar oportunidades de innovación. - Define el correspondiente programa de innovación que contempla proyectos a desarrollar y posibles líneas de financiación. - Desarrolla proyectos de innovación financiados/avalados por agencias externas. - Aplica los resultados de los proyectos de innovación para incorporar mejoras en la práctica clínica. Evidencias: Para verificar el cumplimiento del estándar, los evaluadores podrán: - Solicitar evidencias documentales: iniciativas para impulsar la innovación (actas de sesiones formativas, talleres, grupo de innovación constituido...), programa de innovación, acuerdos con socios de innovación, proyectos de innovación de la unidad, mejoras implantadas... - Realizar entrevistas a los profesionales para verificar que conocen el programa de innovación y su participación en las diferentes iniciativas, proyectos y mejoras.		
ES.DU.22	Liderazgo en innovación El servicio/EAP es líder en innovación.	G4
Aclaraciones: Un indicador de prestigio de las unidades es ser líderes en innovación y constituirse en modelo de referencia para otros. Cuando el servicio/EAP es líder en innovación tecnológica y/o nuevas formas de trabajar se convierte en referente para formar a profesionales procedentes de otros centros, incluyendo profesionales en formación, y puede posicionarse como generador de retornos económicos derivados de la explotación del conocimiento. Requisitos de cumplimiento: - Las innovaciones incorporadas han sido reconocidas/valoradas por otros: premios, visitas de otros centros para conocerlas, rotaciones de profesionales y/o profesionales en formación, innovaciones susceptibles de protegerse y transferirse (propiedad industrial e intelectual), proyectos transferidos a la industria y retornos económicos, etc. Evidencias: Para verificar el cumplimiento del estándar, los evaluadores podrán: - Solicitar evidencias documentales del reconocimiento (premios de innovación, rotaciones de profesionales, patentes obtenidas, retornos económicos...). - Realizar entrevistas a los responsables del servicio/EAP sobre la política de innovación y los logros obtenidos.		

ES.DU.23	Reconocimientos externos El servicio/EAP ha obtenido alguna certificación/acreditación en calidad.	G4
Aclaraciones: El servicio dispone de algún reconocimiento externo vigente por el cumplimiento de criterios/estándares de calidad establecidos en modelos de calidad reconocidos (normas ISO, modelos de las sociedades científicas...) y/o ha sido acreditado por el Ministerio de Sanidad como centro de referencia del SNS (CSUR). Requisitos de cumplimiento: - El servicio/EAP utiliza como referente un sistema de gestión de la calidad y lo implanta (norma ISO 9001:2015, criterios y estándares del Ministerio de Sanidad...). - El sistema de gestión de la calidad del servicio/EAP es certificado por una entidad autorizada (AENOR, sociedad científica, Agencia de Calidad Sanitaria...). Evidencias: Para verificar el cumplimiento del estándar, los evaluadores podrán: - Solicitar evidencias documentales: certificado vigente (certificado ISO 9001:2015, acreditación CSUR...).		

TOTAL: 23 Estándares

AUTORES

Redacción y coordinación

Josefa González Pastrana. Técnico del Servicio de Calidad y Seguridad del Paciente.
Alberto Vegas Miguel. Técnico del Servicio de Calidad y Seguridad del Paciente.
Tomás Maté Enríquez. Jefe del Servicio de Calidad y Seguridad del Paciente.
Mónica Robles García. Directora Técnico de Calidad y Atención al Usuario.

Grupo de trabajo (por orden alfabético)

Montserrat Alcalde Martín. Técnico del Servicio de Calidad y Seguridad del Paciente.
Esther Arrieta Cerdán. Técnico del Servicio de Calidad y Seguridad del Paciente.
Julia Gil Cañas. Aux. Administrativo. Servicio de Calidad y Seguridad del Paciente.

Revisión

Dirección Técnica de Asistencia Sanitaria.
Dirección Técnica de Cuidados, Humanización y Atención Sociosanitaria.
Dirección Técnica de Farmacia.
Servicio de Atención al Usuario y Participación.
Servicio de Inspección y Evaluación de Centros.
Unidades de Calidad de las Gerencias de Atención Primaria, Hospitalaria y de Asistencia Sanitaria.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos su colaboración, en diferentes fases del proceso de elaboración, a:

- Todos los profesionales que han realizado aportaciones.
- Ernesto Mitre Escribano, por el diseño gráfico de la portada y el logotipo de Sacyl Excelente.

Sacyl
Excelente

