

## I. Disposiciones generales

### Consejería de Sanidad

**3146** *DECRETO 157/2015, de 18 de junio, que aprueba el Reglamento por el que se regula la utilización de desfibriladores semiautomáticos y automáticos externos por los primeros intervinientes en la Comunidad Autónoma de Canarias.*

La Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias, atribuye al Servicio Canario de la Salud la asistencia sanitaria de atención primaria, especializada y de urgencia.

Entre las situaciones que demandan una urgente atención sanitaria con riesgo vital, en las que es posible disminuir la mortalidad con un tratamiento rápido y eficiente, por su elevada incidencia cabe destacar la parada cardíaca, que está generalmente relacionada con la cardiopatía isquémica. Durante un evento isquémico cardíaco agudo se pueden producir arritmias mortales, como la fibrilación ventricular o la taquicardia ventricular sin pulso, en las que está científicamente reconocido que su tratamiento más efectivo es la desfibrilación eléctrica temprana.

Conscientes de dicha realidad en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Canarias mediante el Decreto 225/2005, de 13 de diciembre, se aprobó el Reglamento por el que se reguló la utilización de desfibriladores semiautomáticos externos por los primeros intervinientes con el fin de fomentar la seguridad en la desfibrilación precoz.

Posteriormente, y dentro del Plan Nacional de Calidad del Sistema Nacional de Salud fue aprobada el 28 de junio de 2006 por el Consejo Interterritorial de Sanidad una Estrategia de Cardiopatía Isquémica que incluye la recomendación de establecer un marco legal para la implantación y desarrollo de un programa para favorecer la utilización de los desfibriladores semiautomáticos y automáticos externos (en adelante unificados con las siglas “DESA”) en lugares públicos. Dicho marco legal lo constituye hoy el Real Decreto 365/2009, de 20 de marzo, por el que se establecen las condiciones y requisitos mínimos de seguridad y calidad en la utilización de los DESA fuera del ámbito sanitario, dictado al amparo de lo dispuesto en el artículo 149.1.16 de la Constitución Española.

De acuerdo con la normativa básica estatal y considerando la experiencia acumulada con la utilización de los DESA en la Comunidad Autónoma de Canarias tras la entrada en vigor del citado Decreto 225/2005, de 13 de diciembre, el consenso entre profesionales y el alto grado de concienciación de la sociedad ante el problema de la muerte súbita, se ha considerado necesario modificar determinados aspectos de su regulación en un intento de suprimir barreras innecesarias y facilitar el acceso público a la desfibrilación como medio para aumentar la supervivencia de la parada cardíaca.

Además, es necesario que las diferentes entidades públicas y privadas asuman la necesidad de instalación de los DESA en aquellos lugares donde se optimice la relación coste-beneficio para conseguir aumentar la supervivencia de las personas que pueden sufrir una parada cardíaca, dando cumplimiento a lo ya dispuesto en el Real Decreto 365/2009, de 20

de marzo, respecto a la promoción de la instalación de los DESA y a las recomendaciones del Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR).

El ILCOR es un comité internacional que reúne a las instituciones mundiales con competencias en la atención a la Parada Cardíaca, el abordaje terapéutico de la misma y los cuidados críticos. Está compuesto, entre otros, por la American Heart Association (AHA), European Resuscitation Council (ERC), Resuscitation Council of Southern Africa (RCSA), Australian Resuscitation Council, Heart and Stroke Foundation of Canada (HSFC) y el Consejo Latinoamericano de Resuscitación (CLAR). Elabora, con una periodicidad cuatrienal, protocolos y guías de tratamiento basadas en el consenso sobre la evidencia científica internacional más relevante en materia de reanimación cardíaca de urgencias.

En este sentido, el artículo 5 del referido Real Decreto 365/2009, de 20 de marzo, relativo a la promoción de los DESA, determina que las Administraciones sanitarias de las Comunidades Autónomas promoverán y recomendarán la instalación de los DESA de acuerdo con las indicaciones o recomendaciones de los organismos internacionales, en aquellos lugares en que se concentre o transite un gran número de personas. Asimismo, las autoridades sanitarias de las Comunidades Autónomas promoverán los mecanismos de coordinación oportunos con dispositivos tales como protección civil, bomberos, policía local y otros que fuesen necesarios, para extender la instalación y uso de los DESA.

Por ello, y a la vista que de la regulación contenida en el Real Decreto 365/2009, de 20 de marzo, citado, junto a la experiencia acumulada con la utilización de los DESA en la Comunidad Autónoma de Canarias tras la entrada en vigor del citado Decreto 225/2005, de 13 de diciembre, se considera necesario modificar determinados aspectos de su regulación en un intento por suprimir barreras innecesarias y facilitar el acceso público a la desfibrilación como medio para aumentar la supervivencia de la parada cardíaca.

Este nuevo marco legal dispone que las autoridades sanitarias de las Comunidades Autónomas deben autorizar su instalación conforme al procedimiento que estas establezcan, considerando como requisitos mínimos la notificación y el registro de instalación de los DESA, la necesidad de señalizarlos, el establecimiento de unas normas para su utilización que incluyan la previsión de dispositivos para la conexión inmediata y activación de los servicios de emergencias disponibles en la Comunidad Autónoma, y el establecimiento de una sistemática para la notificación posterior del evento a las autoridades sanitarias.

En su virtud, oídos los sectores afectados, a propuesta de la Consejera de Sanidad en funciones, de acuerdo con el dictamen del Consejo Consultivo de Canarias y previa deliberación del Gobierno en funciones en su reunión celebrada el día 18 de junio de 2015,

## **DISPONGO:**

### **Artículo único.- Aprobación del Reglamento.**

Se aprueba el Reglamento por el que se regula la utilización de desfibriladores semiautomáticos y automáticos externos (en adelante DESA), ubicados fuera de centros sanitarios, por

los primeros intervinientes, en la Comunidad Autónoma de Canarias, en los términos del anexo.

#### **Disposición adicional primera.- Registros.**

Se crean en relación con la actividad regulada por este Decreto los siguientes registros:

1. Registro de Instalación de DESA ubicados fuera de centros sanitarios, adscrito a la Dirección del Servicio Canario de la Salud.

2. Registro de Formación para Utilización de los DESA, adscrito a la Escuela de Servicios Sanitarios y Sociales de Canarias (en adelante ESSSCAN) que se estructurará en dos secciones:

Sección I.- Entidades formadoras acreditadas para impartir los cursos de formación. Esta Sección recogerá como mínimo los datos de identificación de la entidad (nombre y domicilio) y de su titular, identificación y titulación del o de los docentes, fecha de la concesión de la acreditación y, en su caso, fecha de renovación de la misma.

Sección II.- Personas acreditadas para hacer uso de los aparatos DESA. Contendrá los datos de identificación personal, fechas de emisión de acreditaciones formativas individuales y fechas de renovación de las mismas.

#### **Disposición adicional segunda.- Ficheros de datos.**

La Dirección del Servicio Canario de la Salud se encargará de la gestión y actualización de los ficheros de datos que sean necesarios para la aplicación del presente Reglamento y que puedan ser creados en virtud de orden de la Consejería competente en materia de sanidad.

Así mismo se adoptarán las medidas técnicas organizativas y de gestión necesarias para garantizar la confidencialidad, seguridad e integridad de los datos, de conformidad con lo establecido en la normativa vigente en materia de protección de datos de carácter personal.

#### **Disposición adicional tercera.- Titulaciones exentas de acreditar la formación.**

1. Los Licenciados o Graduados en Medicina, los Diplomados o Graduados en Enfermería y los Técnicos en Emergencias Sanitarias podrán utilizar los DESA sin que les sea exigible acreditar la formación prevista en este Decreto.

Asimismo se consideran acreditadas para el uso del DESA las personas provenientes de otras Comunidades Autónomas o de otros estados miembros de la Unión Europea que tengan la formación necesaria reconocida para ejercer funciones análogas en su lugar de procedencia, previa la declaración de equivalencia prevista en la Disposición transitoria primera.

2. Mediante Orden de la Consejería con competencias en materia de sanidad, podrán acordarse otras titulaciones o certificaciones profesionales que, por las enseñanzas incluidas

en su currículo, capaciten para el uso del DESA sin que se precise la formación prevista en este Decreto.

#### **Disposición adicional cuarta.- Geolocalización.**

Con objeto de posibilitar la más rápida localización del DESA más próximo al lugar del incidente, se promoverá la geolocalización de todos los dispositivos en correctas condiciones de uso, creando una capa o mapa con su exacto geoposicionamiento, accesible para los servicios de emergencia.

#### **Disposición transitoria primera.- Cursos de formación.**

A los efectos previstos en los artículos 5, 6 y 7 del Reglamento, se admitirán las certificaciones o acreditaciones de haber realizado los cursos de formación en otras Comunidades Autónomas o de otros estados miembros de la UE de acuerdo con su normativa o regulación específica, siempre que la duración y contenido comprendan los mínimos establecidos en el Reglamento y pueda demostrarse su equivalencia. Dicha valoración de la equivalencia en la formación será realizada por la ESSSCAN.

#### **Disposición transitoria segunda.- Renovación de los cursos.**

En todo caso, deberán renovarse los cursos previstos en la Disposición transitoria anterior cuando su fecha de expedición sea anterior en más de tres años a la entrada en vigor de este Decreto.

#### **Disposición transitoria tercera.- Vigencia de acreditaciones.**

Las acreditaciones ya otorgadas o expedidas de conformidad con lo dispuesto en el Decreto 225/2005, de 13 de diciembre, mantendrán su vigencia por el periodo fijado hasta su renovación, en que resultarán de aplicación los nuevos periodos de validez que se aprueban por el presente Decreto.

#### **Disposición derogatoria única.- Derogación normativa.**

A la entrada en vigor del presente Decreto queda derogado el Decreto 225/2005, de 13 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento por el que se regula la utilización de desfibriladores semiautomáticos externos por los primeros intervinientes, y cuantas disposiciones de igual o inferior rango se opongan al presente Decreto Territorial.

#### **Disposición final primera.- Desarrollo normativo.**

Se autoriza a la persona titular de la Consejería competente en materia de sanidad para dictar cuantas disposiciones sean necesarias para el desarrollo y ejecución del presente Decreto. Específicamente se regularán por Orden departamental la actualización y modificación de los cursos previstos en el Anexo 1, y la modificación de los restantes anexos.

**Disposición final segunda.- Entrada en vigor.**

El presente Decreto entrará en vigor a los tres meses de su publicación en el Boletín Oficial de Canarias.

Dado en Santa Cruz de Tenerife, a 18 de junio de 2015.

EL PRESIDENTE  
DEL GOBIERNO,  
(en funciones),  
Paulino Rivero Baute.

LA CONSEJERA  
DE SANIDAD  
(en funciones),  
Brígida Mendoza Betancor.

## **A N E X O**

### **REGLAMENTO POR EL QUE SE REGULA LA UTILIZACIÓN DE DESFIBRILADORES SEMIAUTOMÁTICOS Y AUTOMÁTICOS EXTERNOS POR LOS PRIMEROS INTERVINIENTES EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CANARIAS.**

#### **Artículo 1.- Objeto y ámbito de aplicación.**

El objeto de este Reglamento es la regulación de la utilización, fuera de los centros sanitarios, de los desfibriladores semiautomáticos y automáticos externos (en adelante DESA) por los primeros intervinientes, ante una situación de parada cardíaca en la Comunidad Autónoma de Canarias.

#### **Artículo 2.- Definiciones.**

A los efectos del presente Reglamento se entiende por:

Desfibrilador semiautomático externo (abreviado como “DESA”): el producto sanitario que cumple la normativa aplicable, capaz de analizar el ritmo cardíaco, identificar las arritmias mortales y aconsejar al operador la administración de una descarga eléctrica, con el fin de intentar restablecer un ritmo cardíaco viable con altos niveles de seguridad.

Desfibrilador automático externo: el producto sanitario que cumple la normativa aplicable y difiere del anterior en que, tras analizar el ritmo cardíaco e identificar las arritmias mortales, es el propio aparato el que toma la decisión de administración de una descarga eléctrica. A efectos de este Reglamento se incluirán también bajo la abreviatura genérica de “DESA” siéndoles de aplicación lo dispuesto en el presente Reglamento.

Primer interviniente: la persona que, durante el ejercicio de una actividad profesional, de una ocupación voluntaria, o de forma accidental, tiene contacto inicial con el paciente, identifica la situación de emergencia, alerta a los servicios de emergencia extrahospitalarios e inicia las maniobras de reanimación en el lugar del suceso incluyendo la resucitación cardiopulmonar y la desfibrilación eléctrica.

Aforo: ocupación máxima de público permitida por la normativa vigente en establecimientos destinados a la celebración o práctica de espectáculos públicos o actividades recreativas.

Afluencia media diaria: número medio de personas que diariamente acuden a un determinado espacio o lugar, obtenido de dividir la afluencia total anual de personas en ese determinado espacio por el número de días que en ese año ese determinado espacio ha estado disponible al público.

#### **Artículo 3.- Requisitos de funcionamiento.**

1. Los DESA que sean instalados de conformidad con lo establecido en el presente Reglamento deberán cumplir los requisitos establecidos en cada momento por la legislación vigente en materia de productos sanitarios.

2. Los DESA deberán ser instalados y mantenidos en las condiciones especificadas por su fabricante, de forma que conserven la seguridad y prestaciones previstas en la totalidad de su periodo de utilización.

#### **Artículo 4.- Utilización de desfibriladores semiautomáticos y automáticos externos.**

1. Los DESA, en el marco de este Decreto, serán utilizados por todas aquellas personas que se encuentren en posesión de la correspondiente acreditación recogida en el presente Reglamento.

2. La utilización de los DESA comporta, en cualquier caso, la obligación de contactar de modo inmediato con el servicio de emergencias médicas extrahospitalario (Servicio de Urgencias Canario-SUC) a través del teléfono único de emergencias 1-1-2, con el fin de garantizar la continuidad asistencial y el control médico sobre la persona afectada.

3. En aquellos casos en los que no se encuentre presente ninguna persona acreditada para el uso del DESA, y de forma excepcional, podrá usarlo con finalidades terapéuticas y al objeto de aumentar las posibilidades de supervivencia cualquier persona que se encuentre presente, siempre que previamente haya sido autorizado por el servicio de emergencias médicas extrahospitalario (Servicio de Urgencias Canario-SUC) a través del teléfono único de emergencias 1-1-2.

#### **Artículo 5.- Comunicación, mediante declaración responsable, de la instalación de desfibriladores semiautomáticos y automáticos externos.**

1. Las personas físicas o jurídicas que, en lugares de pública concurrencia o en su propia residencia, deseen instalar un DESA deberán comunicarlo a la Dirección del Servicio Canario de la Salud, mediante declaración responsable (que compromete al firmante con la veracidad de los datos contenidos en el documento) que incluya:

\* IDENTIFICACIÓN DEL TITULAR.

\* UBICACIÓN EXACTA DEL DESA.

\* DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL DESA incluyendo marca, modelo, número de serie, Declaración de Conformidad del fabricante y Certificado de Organismo Notificado (expresados mediante sus correspondientes nº de registro, informe y certificado) acreditativos del cumplimiento de toda la normativa aplicable.

\* IDENTIFICACIÓN DEL PERSONAL ACREDITADO PARA SU USO [N.I.F. y referencia fehaciente de la acreditación formativa emitida o visada por la ESSSCAN (o entidad con funciones análogas en otras Comunidades Autónomas)].

\* En el caso de domicilios particulares, respecto del INFORME FACULTATIVO, la fecha de su emisión y el nº del colegiado que lo firma.

\* La disponibilidad de dispositivo de conexión inmediata y activación de los Servicios de emergencias de la Comunidad Autónoma de Canarias así como del sistema de notificación posterior del episodio acontecido a las autoridades sanitarias.

\* Compromiso de cumplimiento de los requisitos exigidos para el correcto mantenimiento del DESA según recomendación del fabricante así como de los exigidos en cuanto a las acreditaciones de los usuarios de aquel.

2. El modelo de “Declaración responsable” se recoge como Anexo 2, y se encuentra disponible en la Sede Electrónica del Gobierno de Canarias.

3. Cualquier modificación en los datos contenidos en la anterior documentación deberá comunicarse a la Dirección del Servicio Canario de la Salud en el plazo de un mes desde que aquella se produzca y, especialmente, la voluntad de suspender la utilización un determinado DESA, así mismo la caducidad de las acreditaciones formativas del personal responsable de su uso en los plazos recomendados por el fabricante. La omisión de la comunicación de estas circunstancias conllevará al titular las responsabilidades pertinentes.

4. En el caso de titulares de más de un DESA, sus intervinientes podrán adscribirse de forma conjunta o indistinta a todos ellos.

#### **Artículo 6.- Instalación, utilización y mantenimiento de los desfibriladores semiautomáticos y automáticos externos.**

La instalación, y mantenimiento de los DESA deberá cumplir, además, las siguientes normas:

1. Quedarán obligados a disponer de un DESA en condiciones aptas de funcionamiento y listo para su uso inmediato las personas físicas o jurídicas responsables de la gestión o explotación de los siguientes espacios o lugares:

\* Estaciones e intercambiadores de transporte terrestre en poblaciones de más de 50.000 habitantes.

\* Todos los aeropuertos.

\* Todos los puertos comerciales.

\* Los hoteles con más de 1.000 plazas.

\* Instalaciones, centros, complejos deportivos públicos de poblaciones de más de 50.000 habitantes y con una afluencia media diaria superior a 1.000 usuarios, teniendo en cuenta todos sus espacios disponibles y aquellas con menor ocupación que realicen terapias rehabilitadoras. Quedan excluidas aquellas instalaciones de uso privado.

\* Establecimientos dependientes de las administraciones públicas de poblaciones de más de 50.000 habitantes y con una afluencia media diaria superior a 1.000 usuarios, teniendo en cuenta todos sus espacios disponibles.



\* Teatros municipales, auditorios y salas de congresos con un aforo superior a 1.000 personas.

\* Grandes establecimientos comerciales y centros comerciales.

2. Se establece la recomendación de disponer de un DESA en los siguientes lugares:

\* Estaciones e intercambiadores de transporte terrestre en poblaciones de más de 20.000 habitantes.

\* Instalaciones, centros, complejos deportivos públicos o privados con una afluencia media diaria superior a 500 personas.

\* Los hoteles con entre 700 y 1.000 plazas.

\* Barcos y aviones de pasajeros que operan líneas interinsulares.

\* Servicios de emergencia no sanitarias que puedan ser primeros intervinientes tales como bomberos, policía local y protección civil en poblaciones con más de 20.000 habitantes.

\* Centros educativos con una afluencia media diaria superior a 2.000 personas.

3. En los organismos, instituciones, empresas públicas o privadas y comunidades de propietarios se colocará, en lugar visible y de cara al público, un cartel indicativo de la existencia y ubicación de un DESA y se dispondrá de la señalización suficiente para indicar su localización precisa y dirigir hacia ella a un posible usuario. A tal fin deberán emplearse los modelos de señalización especificados en el Anexo 3 de este Reglamento.

En el lugar en el que se encuentre ubicado el DESA deberán instalarse de modo visible sus normas de utilización.

4. Tras cada utilización del DESA, el responsable de la instalación deberá facilitar en las siguientes 24 horas la hoja de datos (modelo Anexo 4) y el registro eléctrico generado por el DESA en formato pdf. Para ello deberá remitirlos al Servicio de Urgencias Canario (SUC), a la siguiente dirección de correo electrónico: SUC\_DESA@gscanarias.com.

5. Las personas, los organismos, instituciones, empresas públicas o privadas que instalen en su domicilio o centro un DESA, serán los encargados de garantizar el mantenimiento y conservación del equipo (de acuerdo con las instrucciones del fabricante) y de la señalización acompañante para garantizar su localización y su utilización; así como de mantener en vigor las certificaciones de acreditación de los usuarios registrados y el software del equipo, actualizado según las recomendaciones en vigor en el momento de su utilización.

6. La responsabilidad del cumplimiento de lo previsto en los apartados anteriores corresponde al titular de la entidad, empresa, establecimiento o servicio que disponga de un DESA o bien a la persona en cuyo domicilio se haya instalado.

### **Artículo 7.- Acreditación para la utilización de desfibriladores semiautomáticos y automáticos externos.**

1. La Consejería competente en materia de sanidad, a través de la ESSSCAN, acreditará para la utilización del DESA a las personas que hayan superado los cursos de formación inicial en soporte vital básico y desfibrilación semiautomática externa previstos en el presente Reglamento. Para ello se cumplimentará el Anexo 5.

2. La acreditación tendrá un plazo de vigencia de tres años, debiendo ser renovada antes de su vencimiento mediante la superación de la formación continuada prevista en el Anexo 1 de este Reglamento.

3. La no superación o no participación en este curso de formación continuada, en cada periodo trienal correspondiente, dará lugar a la pérdida de la acreditación.

### **Artículo 8.- Centros de formación.**

1. Solo las entidades públicas o privadas acreditadas por la ESSSCAN podrán impartir los cursos de formación, que tendrán la duración y contenidos previstos en el Anexo 1 de este Reglamento.

Las entidades que impartan formación en desfibrilación, tendrán que recoger en sus Estatutos su dedicación a la formación preferentemente sanitaria.

Cualquier Centro o Institución interesados en impartir los cursos de formación inicial y continuada podrá solicitar su acreditación a la ESSSCAN, acreditando el cumplimiento de los siguientes requisitos:

a) Contar con una dotación mínima en material pedagógico en cada centro, por cada grupo de ocho alumnos que deberá estar compuesta al menos por:

- Un docente.

- Dos maniqués de simulación que permitan la práctica de maniobras de soporte vital básico, incluyendo apertura de la vía aérea, la ventilación artificial (boca a boca, boca a nariz o boca a mascarilla) y la compresión torácica intermitente (denominada “masaje cardíaco externo”), así como la utilización del desfibrilador externo semiautomático.

- Un maniquí pediátrico de simulación.

- Dos mascarillas para ventilación artificial.

- Un desfibrilador externo semiautomático de formación, debidamente homologado.

b) Disponer de docentes acreditados ante la ESSSCAN.

c) Solicitar a la ESSSCAN con dos meses de antelación respecto a su inicio, el Reconocimiento de Oficialidad de los cursos que pretende impartir en esta materia, de acuerdo con su normativa de regulación.

2. La ESSSCAN podrá suscribir convenios de colaboración con las entidades y sociedades científicas dedicadas a esta materia que sean integrantes del Consejo Español de Resucitación, o con sus representantes autonómicos en el Archipiélago Canario a fin de formar docentes.

3. La acreditación de los Centros de Formación tendrá una vigencia trienal, debiendo ser renovada en dicho plazo mediante el cumplimiento de los requisitos exigidos en los apartados anteriores. La falta de renovación en plazo determinará la pérdida de la acreditación para la impartición de los cursos de formación y reciclaje a que se refiere el presente Reglamento.

Para solicitar la acreditación de centros se deberá cumplimentar el Anexo 6.

#### **Artículo 9.- Comisión de seguimiento de la utilización de desfibriladores.**

El seguimiento de la utilización de desfibriladores semiautomáticos y automáticos externos por primeros intervinientes no sanitarios será realizado a través de un grupo de trabajo específico, cuya designación y composición corresponderá a la Dirección del Servicio Canario de la Salud, debiendo incluir las siguientes funciones:

a) Seguimiento y evaluación de la utilización de desfibriladores externos semiautomáticos por los primeros intervinientes para lo cual podrá solicitar información sobre los registros de las actuaciones realizadas para su posterior análisis, comunicando cualquier indicio o desviación que pueda hacer sospechar la existencia de irregularidades o incorrecto funcionamiento de uno o más dispositivos, incluso su desaparición o pérdida de requisitos.

b) Elaboración de las líneas estratégicas y prioridades del uso de los desfibriladores externos semiautomáticos según los avances científicos sobre la materia.

c) Cualesquiera otras funciones que les sean encomendadas en relación con el objeto de este Reglamento.

#### **Artículo 10.- Inspección y control.**

La Consejería competente en materia de sanidad inspeccionará los DESA instalados para asegurarse de la correcta comunicación a la autoridad sanitaria y el mantenimiento de las condiciones que dieron lugar a su inscripción registral, así como a las entidades de formación acreditadas, al objeto de comprobar la adecuación de las mismas a las disposiciones contenidas en este Decreto.

#### **Artículo 11.- Infracciones y sanciones.**

Los incumplimientos de lo dispuesto en el presente Reglamento darán lugar a la correspondiente responsabilidad administrativa en los términos contemplados en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, y la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias, dando lugar a la incoación del correspondiente procedimiento sancionador, que se tramitará conforme a los principios generales establecidos en la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, y demás normas aplicables al régimen sancionador.

## **ANEXO 1**

### **PROGRAMA DE FORMACIÓN INICIAL Y CONTINUADA PARA LA CAPACITACIÓN DE LA UTILIZACIÓN DE LOS DISPOSITIVOS DE DESFIBRILACIÓN SEMIAUTOMÁTICA EXTERNA.**

#### **FORMACIÓN INICIAL**

El curso de formación inicial en Soporte Vital Básico y Desfibrilación Externa Semiautomática (SVB y DESA) estará basado en las recomendaciones vigentes elaboradas por la comunidad científica internacional encabezada por el European Resuscitation Council (ERC) y por la American Heart Association (AHA) y adaptadas a nuestro entorno por el Consejo Español de Resucitación (CERCP). Dichas recomendaciones también se incorporarán a las metodologías, manuales y material audiovisual.

##### **A.1) SOPORTE VITAL BÁSICO**

Objetivo: capacitar al alumno para la identificación y actuación inicial con medios básicos en caso de parada cardíaca.

Duración: 4 horas (presenciales).

Módulo teórico:

- Introducción (10 minutos).
- Acceso al sistema de emergencias (10 minutos).
- Concepto de cadena de supervivencia (10 minutos).
- Soporte vital básico (30 minutos).

Módulo práctico:

- Prácticas de maniobras de soporte vital básico: ventilación boca-boca, masaje cardíaco con 1 y 2 reanimadores (120 minutos).
- Desobstrucción de la vía aérea (30 minutos).
- Evaluación del soporte vital básico (30 minutos).

##### **A.2) DESFIBRILACIÓN SEMIAUTOMÁTICA EXTERNA**

Objetivo: capacitar al alumno para la utilización de DESA en casos de parada cardíaca.

Duración: 4 horas (presenciales).

Módulo teórico:

- DESA: funcionamiento y mantenimiento (20 minutos).
- Secuencia de actuación de Soporte Vital Básico y DESA (30 minutos).
- Recogida de datos tras parada cardíaca – uso del anexo 4 (10 minutos)

Módulo práctico:

Prácticas de desfibrilación cardíaca. Normas de seguridad y mantenimiento (15 minutos).

Simulación de práctica integrada de Soporte Vital Básico y DESA con diferentes escenarios posibles (120 minutos).

Evaluación de la desfibrilación semiautomática externa (15 minutos).

Evaluación del curso (30 minutos).

El curso tendrá una duración presencial mínima de 8 horas. Podrá tener una duración mayor tanto con contenido presencial como a distancia.

## **B. FORMACIÓN CONTINUADA: RECICLAJE**

Los cursos de formación continuada estarán igualmente basados en las recomendaciones vigentes elaboradas por la comunidad científica internacional encabezada por el European Resuscitation Council (ERC) y por la American Heart Association (AHA) y adaptadas a nuestro entorno por el Consejo Español de Resucitación (CERCP). Dichas recomendaciones también se incorporarán a las metodologías, manuales y material audiovisual.

Este curso está destinado a todas aquellas personas que acrediten autorización y formación previa en Soporte Vital Básico y Desfibrilación Externa Semiautomática o títulos de diferente denominación pero de duración y contenidos equivalentes.

Objetivo: realizar un reciclaje y afianzamiento de los conocimientos obtenidos en el curso inicial para el uso de los DESA.

Duración: 4 horas (presencial).

Módulo teórico:

- Recordatorio teórico del soporte vital básico (30 minutos).

Módulo práctico:

Prácticas de soporte vital básico (60 minutos).

Prácticas del DESA (60 minutos).

Simulación de práctica integrada de Soporte Vital Básico y DESA con diferentes escenarios posibles (60 minutos).

Evaluación del curso (30 minutos).

**ANEXO 2****DECLARACIÓN RESPONSABLE DE LA INSTALACIÓN DE DESFIBRILADORES SEMIAUTOMÁTICOS  
Y AUTOMÁTICOS EXTERNOS POR LOS PRIMEROS INTERVINIENTES****TITULAR**

D.  ,  
con D.N.I nº  , en calidad de    
en el cargo de  , CIF  ;  
con domicilio en la calle  , nº  ,  
del término municipal de  , C.P.  ; nº móvil  ,  
correo electrónico  (lo designa como medio prioritario de notificación ☐ )

**DECLARA** que son ciertos todos los datos contenidos en este documento, acordes con la normativa y se compromete a mantenerlos, especialmente la operatividad de los DESA (exacta ubicación, señalización, mantenimiento y formación actualizada de los intervinientes; y a comunicar si se alterasen para que pueda modificarse o darse de baja su inscripción en el Registro.

**DESFIBRILADOR 1.**

Ubicación detallada:

Isla  ; Municipio  ; Barrio o núcleo residencial  ;  
Calle  ; nº  ; Edf.  ;  
piso y puerta  Datos del emplazamiento exacto

**Marca**  ; **Modelo**  ; **Nº de serie**

Declaración de Conformidad CE del fabricante (nº de registro  , nº informe  ) y

Certificado de Organismo Notificado que lo otorgó (Nº certificado  ) Cuenta con conexión  
inmediata y activación de los Servicios de emergencias de la Comunidad Autónoma de Canarias así como del  
sistema de notificación posterior del episodio acontecido a la autoridad sanitaria ☐ .

**PRIMEROS INTERVINIENTES AUTORIZADOS**

|   | Nombre y 2 apellidos | NIF | Nº Certificado formación | Fin vigencia | Organismo emisor (ESSSCAN o ...) |
|---|----------------------|-----|--------------------------|--------------|----------------------------------|
| 1 |                      |     |                          |              |                                  |
| 2 |                      |     |                          |              |                                  |
| 3 |                      |     |                          |              |                                  |
| 4 |                      |     |                          |              |                                  |
| 5 |                      |     |                          |              |                                  |

**En caso de ubicación en domicilio particular, respecto del INFORME DEL MÉDICO ESPECIALISTA (conservar el original)**

Fecha de emisión

Nº colegiado

☐ Adjunta Certificados de Formación escaneados (conserva originales) o, solo cuando el emisor sea la ESSSCAN por la presente Autoriza al Servicio de Acreditación a recabarlos.

Observaciones

En

, a

de

de 20

(Firma)

A LA DIRECCIÓN DEL SERVICIO CANARIO DE LA SALUD.



## HOJA ADICIONAL DE COMUNICACIÓN DESA

**DESFIBRILADOR n°** 

Ubicación detallada:

Isla  ; Municipio  ; Barrio o núcleo residencial  ;Calle  ; n°  ; Edf.  ;piso y puerta  Datos del emplazamiento exacto **Marca**  ; **Modelo**  ; **N° de serie** Declaración de Conformidad CE del fabricante (n° de registro  , n° informe  ) yCertificado de Organismo Notificado que lo otorgó (N° certificado  ) Cuenta con conexióninmediata y activación de los Servicios de emergencias de la Comunidad Autónoma de Canarias así como del sistema de notificación posterior del episodio acontecido a la autoridad sanitaria  .**DESFIBRILADOR n°** 

Ubicación detallada:

Isla  ; Municipio  ; Barrio o núcleo residencial  ;Calle  ; n°  ; Edf.  ;piso y puerta  Datos del emplazamiento exacto **Marca**  ; **Modelo**  ; **N° de serie** Declaración de Conformidad CE del fabricante (n° de registro  , n° informe  ) yCertificado de Organismo Notificado que lo otorgó (N° certificado  ) Cuenta con conexióninmediata y activación de los Servicios de emergencias de la Comunidad Autónoma de Canarias así como del sistema de notificación posterior del episodio acontecido a la autoridad sanitaria  .



**DESFIBRILADOR n°** 

Ubicación detallada:

Isla  ; Municipio  ; Barrio o núcleo residencial  ;Calle  ; n°  ; Edf.  ;piso y puerta  Datos del emplazamiento exacto Marca  ; Modelo  ; N° de serie Declaración de Conformidad CE del fabricante (n° de registro  , n° informe  ) yCertificado de Organismo Notificado que lo otorgó (N° certificado  ) Cuenta con conexión

inmediata y activación de los Servicios de emergencias de la Comunidad Autónoma de Canarias así como del

sistema de notificación posterior del episodio acontecido a la autoridad sanitaria  .**PRIMEROS INTERVINIENTES AUTORIZADOS**

|    | Nombre y 2 apellidos | NIF | N° Certificado formación | Fin vigencia | Organismo emisor (ESSSCAN o ...) |
|----|----------------------|-----|--------------------------|--------------|----------------------------------|
| 6  |                      |     |                          |              |                                  |
| 7  |                      |     |                          |              |                                  |
| 8  |                      |     |                          |              |                                  |
| 9  |                      |     |                          |              |                                  |
| 10 |                      |     |                          |              |                                  |

En  , a  de  de 20 

(Firma)

**ANEXO 3**

**MODELO DE SEÑALIZACIÓN UNIVERSAL DE LOS DESFIBRILADORES SEMIAUTOMÁTICOS Y AUTOMÁTICOS EXTERNOS RECOMENDADO POR EL INTERNATIONAL LIAISON COMMITTEE ON RESUSCITATION (ILCOR) Y EJEMPLOS DE COMBINACIÓN CON LETRAS Y CON FLECHAS DE DIRECCIÓN, EL FONDO Y EL RAYO SON DE COLOR VERDE MIENTRAS QUE CRUCES, CORAZÓN, FLECHAS Y LETRAS SON DE COLOR BLANCO.**



## ANEXO 4

## HOJA DE REGISTRO DE UTILIZACIÓN DE DESA

**MODELO DE HOJA DE REGISTRO DE DATOS EN CASO DE UTILIZACIÓN DE UN DESFIBRILADOR SEMIAUTOMÁTICO/AUTOMÁTICO EXTERNO**

|                                                                                                                                     |  |                                                                  |      |                                                                                            |                                                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------|------|--------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| FECHA ____/____/____                                                                                                                |  | HORA PCR ____:____                                               |      | Aprox <input type="checkbox"/> Exacta <input type="checkbox"/> ¿? <input type="checkbox"/> |                                                                  |
| NOMBRE _____                                                                                                                        |  |                                                                  | SEXO |                                                                                            | Varón <input type="checkbox"/><br>Mujer <input type="checkbox"/> |
| EDAD _____                                                                                                                          |  | Aprox <input type="checkbox"/> Exacta <input type="checkbox"/>   |      | FECHA NACIMIENTO ____/____/____                                                            |                                                                  |
| <b>LOCALIZACIÓN DE LA PARADA</b>                                                                                                    |  |                                                                  |      |                                                                                            |                                                                  |
| <input type="checkbox"/> Domicilio                                                                                                  |  | <input type="checkbox"/> Edificio público                        |      | <input type="checkbox"/> Transporte público                                                |                                                                  |
| <input type="checkbox"/> Residencia soc.-san.                                                                                       |  | <input type="checkbox"/> Vía pública                             |      | <input type="checkbox"/> Coche                                                             |                                                                  |
| <input type="checkbox"/> Lugar de trabajo                                                                                           |  | <input type="checkbox"/> Ambulancia                              |      | <input type="checkbox"/> Otros:                                                            |                                                                  |
| MUNICIPIO _____ Se dirija a un centro sanitario: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ? <input type="checkbox"/> |  |                                                                  |      |                                                                                            |                                                                  |
| <b>PCR PRESENCIADA</b>                                                                                                              |  |                                                                  |      |                                                                                            |                                                                  |
| <input type="checkbox"/> No                                                                                                         |  | <input type="checkbox"/> Si por:                                 |      | 1º interviniente <input type="checkbox"/> no sanitario                                     |                                                                  |
|                                                                                                                                     |  | <input type="checkbox"/> Público                                 |      | <input type="checkbox"/> sanitario                                                         |                                                                  |
|                                                                                                                                     |  | <input type="checkbox"/> Equipo emergencia                       |      |                                                                                            |                                                                  |
| <b>RCP INICIAL</b>                                                                                                                  |  |                                                                  |      |                                                                                            |                                                                  |
| <input type="checkbox"/> No                                                                                                         |  | <input type="checkbox"/> Si por:                                 |      | 1º interviniente <input type="checkbox"/> no sanitario                                     |                                                                  |
|                                                                                                                                     |  | <input type="checkbox"/> Público                                 |      | <input type="checkbox"/> sanitario                                                         |                                                                  |
|                                                                                                                                     |  | Tipos de maniobra                                                |      | <input type="checkbox"/> Desobstrucción vía aérea                                          |                                                                  |
|                                                                                                                                     |  |                                                                  |      | <input type="checkbox"/> Ventilación <input type="checkbox"/> Compresiones                 |                                                                  |
| <b>TIPO DESA UTILIZADO</b>                                                                                                          |  |                                                                  |      |                                                                                            |                                                                  |
| <input type="checkbox"/> Semiautomático                                                                                             |  | <input type="checkbox"/> Automático                              |      | <input type="checkbox"/> Otros                                                             |                                                                  |
| <input type="checkbox"/> Acceso público                                                                                             |  | <input type="checkbox"/> Equipo emergencia                       |      |                                                                                            |                                                                  |
| Hora del primer análisis: ____:____ Primera indicación del DESA:                                                                    |  |                                                                  |      |                                                                                            |                                                                  |
| Nº total de descargas: _____                                                                                                        |  | <input type="checkbox"/> Desfibrilar                             |      | <input type="checkbox"/> Inicio RCP                                                        |                                                                  |
| <b>PCTE TRANSFERIDO A:</b>                                                                                                          |  |                                                                  |      |                                                                                            |                                                                  |
| <input type="checkbox"/> Equipo emergencia                                                                                          |  | <input type="checkbox"/> Centro Extrahosp.                       |      |                                                                                            |                                                                  |
| <input type="checkbox"/> Hospital                                                                                                   |  | <input type="checkbox"/> Otros:                                  |      |                                                                                            |                                                                  |
| HORA: ____:____                                                                                                                     |  |                                                                  |      |                                                                                            |                                                                  |
| Resultado del último análisis realizado: <input type="checkbox"/> Desfibrilar <input type="checkbox"/> Continuar RCP                |  |                                                                  |      |                                                                                            |                                                                  |
| <b>SITUACIÓN DURANTE TRANSFERENCIA:</b>                                                                                             |  |                                                                  |      |                                                                                            |                                                                  |
| Consciente: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No                                                                 |  | Respira: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |      | Signos de pulso: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No                   |                                                                  |
| <b>SOBREVIVIÓ A LA PCR</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se desconoce            |  |                                                                  |      |                                                                                            |                                                                  |
| NOMBRE Y APELLIDOS DE LOS INTERVINIENTES<br>_____<br>_____                                                                          |  |                                                                  |      | CIF/NIF DEL PROPIETARIO                                                                    |                                                                  |
|                                                                                                                                     |  |                                                                  |      | LOCALIZACIÓN DEL DESA:<br>_____<br>_____                                                   |                                                                  |
| OBSERVACIONES:                                                                                                                      |  |                                                                  |      |                                                                                            |                                                                  |

**ANEXO 5****MODELO DE SOLICITUD DE ACREDITACIÓN PARA LA UTILIZACIÓN DE DESFIBRILADORES SEMIAUTOMÁTICOS EXTERNOS.****DATOS DEL SOLICITANTE**

|                                           |                   |                    |
|-------------------------------------------|-------------------|--------------------|
| <b>*Nombre:</b>                           |                   | <b>*NIF:</b>       |
| <b>Apellidos:</b>                         |                   |                    |
| <b>*Domicilio fiscal:</b><br>Calle/Plaza: |                   | <b>Nº:</b>         |
| <b>*Localidad:</b>                        | <b>Municipio:</b> | <b>*Provincia:</b> |
| <b>Cód. postal:</b>                       | <b>Teléfonos:</b> | <b>*Móvil:</b>     |
| <b>Fax:</b>                               | <b>*E-mail:</b>   |                    |

**EXPONE:**

Que estando en posesión del certificado o acreditación de haber superado el curso de:  
(*título del curso*)

Expedido por: *\*(nombre de la institución y provincia)*

**SOLICITA:**

La acreditación para la utilización de desfibriladores semiautomáticos externos

**DOCUMENTOS QUE SE ACOMPAÑAN:**

|  |                                                                                                                       |
|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | Fotocopia compulsada del certificado/acreditación de haber superado el curso de ( <i>título del curso</i> )           |
|  | Fotocopia del documento nacional de identidad                                                                         |
|  | Comprobante transferencia/ingreso en la cuenta bancaria de la Escuela de Servicios Sanitarios y Sociales de Canarias* |
|  | 2 Fotografías tamaño carnet                                                                                           |
|  | Otros:                                                                                                                |

*\*Datos de obligatoria cumplimentación.*

NOTA.- El pago de la tasa vigente se efectuará mediante transferencia/ingreso a la cuenta corriente abierta a nombre de la Escuela de Servicios Sanitarios y Sociales de Canarias, especificando **nombre, apellidos y NIF**.

**Aquellas personas que soliciten la acreditación por correo ordinario deberán efectuar el pago y enviar el comprobante de la transferencia bancaria junto con el resto de la documentación requerida.**

En \_\_\_\_\_, a de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

**Fdo.:**  
*Nombre y Apellidos*

**ESCUELA DE SERVICIOS SANITARIOS Y SOCIALES DE CANARIAS (ESSSCAN)**

De acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, la **ESCUELA DE SERVICIOS SANITARIOS Y SOCIALES DE CANARIAS (ESSSCAN)** informa que los datos de carácter personal recogidos en el presente documento/solicitud/inscripción serán objeto de tratamiento automatizado en nuestros ficheros con la finalidad de prestación de los servicios solicitados. El titular de los datos garantiza la veracidad de los datos aportados y se compromete a comunicar cualquier modificación que sufran los datos facilitados.

Asimismo, le informamos que sus datos serán cedidos a terceras entidades cuando sea necesario para la prestación de los servicios solicitados. Finalmente le informamos que podrá en cualquier momento ejercer el derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición, en los términos establecidos legalmente ante el responsable del fichero, **ESCUELA DE SERVICIOS SANITARIOS Y SOCIALES DE CANARIAS (ESSSCAN)** dirigiendo un escrito a la siguiente dirección: C/ José de Zárate y Penichet, Edf. Arco Iris oficina 4º F – Residencial Anaga, 38001 – Santa Cruz de Tenerife, adjunto copia del D.N.I. por ambas caras y dirección a efectos de notificación.

**ANEXO 6****SOLICITUD DE ACREDITACIÓN DE CENTRO PARA IMPARTIR CURSOS DE FORMACIÓN INICIAL Y CONTINUADA PARA LA UTILIZACIÓN DE DESFIBRILADORES SEMIAUTOMÁTICOS EXTERNOS.****DATOS DEL SOLICITANTE**

|                          |                |                   |
|--------------------------|----------------|-------------------|
| <b>Centro:</b>           |                | <b>CIF:</b>       |
| <b>Representante:</b>    |                | <b>Cargo:</b>     |
| <b>Domicilio fiscal:</b> |                |                   |
| <b>Municipio:</b>        |                | <b>Provincia:</b> |
| <b>Cód. postal:</b>      | <b>Tfnos.:</b> | <b>Móvil:</b>     |
| <b>Fax:</b>              | <b>E-mail:</b> |                   |
| <b>Web:</b>              |                |                   |

**EXPONE:**

|          |
|----------|
| <br><br> |
|----------|

**SOLICITA:**

|                                                                                                                                      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| La acreditación del Centro para impartir formación inicial y continua en la utilización de desfibriladores semiautomáticos externos. |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**DOCUMENTOS QUE SE ACOMPAÑAN (márquese lo que proceda):**

|                          |                                                                                                                                              |
|--------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Fotocopia del D.N.I. ( <i>sólo persona física</i> ).                                                                                         |
| <input type="checkbox"/> | Fotocopia compulsada de los Estatutos/Escritura de Constitución.                                                                             |
| <input type="checkbox"/> | Fotocopia del C.I.F. de la entidad                                                                                                           |
| <input type="checkbox"/> | Documento que acredite la representación con que actúa.                                                                                      |
| <input type="checkbox"/> | Relación de Material Pedagógico                                                                                                              |
| <input type="checkbox"/> | Programa de los cursos de formación inicial y continuada para la utilización de desfibriladores                                              |
| <input type="checkbox"/> | Currículum de monitores e instructores, aportando las certificaciones de capacitación.                                                       |
| <input type="checkbox"/> | Comprobante original de la transferencia/ingreso bancario en la cuenta bancaria de la Escuela de Servicios Sanitarios y Sociales de Canarias |
| <input type="checkbox"/> | En caso de renovación, declaración responsable de que los datos y documentos que constan en la ESSSCAN, no han variado                       |
| <input type="checkbox"/> | Otros:                                                                                                                                       |

Declaro bajo mi responsabilidad que todos los datos aportados son ciertos.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_  
Fdo.::

Nombre y Apellidos

**ESCUELA DE SERVICIOS SANITARIOS Y SOCIALES DE CANARIAS (ESSSCAN)**

De acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, la **ESCUELA DE SERVICIOS SANITARIOS Y SOCIALES DE CANARIAS (ESSSCAN)** informa que los datos de carácter personal recogidos en el presente documento/solicitud/inscripción serán objeto de tratamiento automatizado en nuestros ficheros con la finalidad de prestación de los servicios solicitados.

El titular de los datos garantiza la veracidad de los datos aportados y se compromete a comunicar cualquier modificación que sufran los datos facilitados.

Asimismo, le informamos que sus datos serán cedidos a terceras entidades cuando sea necesario para la prestación de los servicios solicitados.

Finalmente le informamos que podrá en cualquier momento ejercer el derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición, en los términos establecidos legalmente ante el responsable del fichero, **ESCUELA DE SERVICIOS SANITARIOS Y SOCIALES DE CANARIAS (ESSSCAN)** dirigiendo un escrito a la siguiente dirección: C/ José de Zárate y Penichet, Edif. Arco Iris oficina 4º F – Residencial Anaga, 38001 – Santa Cruz de Tenerife, adjunto copia del D.N.I. por ambas caras y dirección a efectos de notificación.

**DATOS A CUMPLIMENTAR POR LA ESSSCAN:**

|                       |                         |                          |                          |
|-----------------------|-------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <b>Fecha Reg.:</b>    | <b>Nº Registro</b>      |                          | <b>Fecha Certificado</b> |
| <b>Fecha Informe:</b> | <b>Fecha Propuesta:</b> | <b>Fecha Resolución:</b> |                          |