

Artículo 3**Razones de interés público que concurren en la concesión y dificultad de la convocatoria pública**

1. Esta subvención se concede de manera directa de acuerdo con lo que establece el artículo 7.1.c del Decreto Legislativo 2/2005, modificado por la disposición final séptima de la Ley 9/2011, de 23 de diciembre, de Presupuestos Generales de la Comunidad Autónoma de las Illes Balears para el año 2012, que establece como excepción a los principios de publicidad y concurrencia, con carácter excepcional, las subvenciones en que se acrediten razones de interés público, social, económico o humanitario, o cualquier otra razón debidamente justificada en el expediente, que dificulten la concurrencia pública.

2. En concreto, las razones de interés público que justifican el otorgamiento directo de la subvención son las siguientes:

a) Se trata de una subvención del Gobierno de las Illes Balears con una finalidad claramente definida: apoyar y contribuir a la financiación de la Escuela Universitaria de Turismo del Consejo Insular de Ibiza durante el año 2010 para facilitar que los alumnos de las islas Pitiusas puedan cursar los estudios del grado universitario de turismo sin tener que desplazarse fuera de las Pitiusas.

b) La Escuela Universitaria de Turismo del Consejo Insular de Ibiza es el único centro de formación universitaria en materia turística en las islas Pitiusas.

Artículo 4**Entidad beneficiaria y cuantía de la subvención**

El beneficiario de la subvención es el Consejo Insular de Ibiza y el importe máximo de esta subvención es de 223.661,00 euros.

Artículo 5**Procedimiento de concesión de la subvención directa**

1. En aplicación de los artículos 7.1.c y 14 bis del Decreto Legislativo 2/2005, la subvención se concede de manera directa porque tiene un carácter singular y concurren razones de interés público que dificultan la convocatoria pública.

2. La subvención se tiene que conceder mediante un convenio instrumental entre la Consejería de Educación, Cultura y Universidades y el Consejo Insular de Ibiza que tiene que contener los términos y las condiciones generales de la subvención.

3. La subvención es compatible con cualesquier otras ayudas, ingresos o recursos del beneficiario para la misma finalidad, procedentes de cualquier administración pública o ente público o privado, siempre que la suma de las aportaciones recibidas, incluida la que se regula en este Decreto, no supere el coste total de la actividad incentivada.

Artículo 6**Obligaciones del beneficiario**

Las obligaciones del beneficiario, además de las previstas en el convenio instrumental y en el resto de la normativa aplicable, son las siguientes:

- Comunicar a la Consejería de Educación, Cultura y Universidades la aceptación de la propuesta de resolución.

- Haber llevado a cabo la actividad que fundamenta la concesión de la subvención.

- Justificar la realización de la actividad, así como el cumplimiento de los requisitos y las condiciones que determinan la concesión de la subvención.

- Someterse a las actuaciones de comprobación y de control financiero que lleven a cabo los órganos competentes, y aportar toda la información que le sea requerida en el ejercicio de estas actuaciones.

- Comunicar a la Consejería de Educación, Cultura y Universidades la solicitud o la obtención de otras subvenciones para la misma finalidad, en los términos establecidos en la normativa aplicable.

- Acreditar, antes de dictar la propuesta de concesión de la subvención, que está al corriente de las obligaciones tributarias y de la Seguridad Social ante la Administración del Estado y de las obligaciones tributarias ante la Hacienda autonómica.

- Conservar los documentos justificativos de la aplicación de los fondos percibidos, incluidos los documentos electrónicos, mientras puedan ser objeto de actuaciones de comprobación y control.

- Reintegrar los fondos percibidos en los supuestos previstos en el artículo

44 del Decreto legislativo 2/2005.

Artículo 7**Régimen de justificación**

1. El Consejo Insular de Ibiza tiene que justificar el cumplimiento de las condiciones impuestas, la realización de la actividad y la consecución de los objetivos previstos mediante la aportación de la documentación justificativa de la actividad subvencionada que se indica a continuación:

a) Memoria de las actividades realizadas en la Escuela durante el año 2010, incluyendo el desglose de los capítulos del presupuesto liquidado.

b) Informe de la Intervención del Consejo Insular de Ibiza con la siguiente información:

- Datos identificativos de la entidad beneficiaria del proyecto subvencionado, así como de la persona firmante del informe de justificación.

- Manifestación expresa acreditativa de la veracidad y la regularidad de la documentación justificativa.

- Relación detallada identificativa de los documentos justificantes, así como de la fecha de pago.

Se considera gasto efectuado el que se haya pagado efectivamente dentro del plazo de justificación establecido.

2. El plazo para haber llevado a cabo la actividad es del 1 de enero de 2010 al 31 de diciembre de 2010.

3. El plazo para justificar que se ha cumplido la finalidad de la subvención y que se ha llevado a cabo la actividad subvencionada es hasta el 31 de octubre de 2012.

Artículo 8**Reintegro de la subvención**

Corresponde reintegrar total o parcialmente las cantidades percibidas y exigir el interés de demora desde el momento del pago de la subvención hasta la fecha de la resolución por la que se acuerde el reintegro en los casos establecidos en el artículo 44 del Decreto legislativo 2/2005.

Disposición final

Este Decreto entrará en vigor el mismo día que se publique en el Boletín Oficial de las Illes Balears.

Palma, 1 de junio de 2012

El presidente

José Ramón Bauzá Díaz

El consejero de Educación, Cultura y Universidades

Rafael Àngel Bosch i Sans

— o —

CONSEJERÍA DE SALUD, FAMILIA Y BIENESTAR SOCIAL

Num. 11054

Decreto 46/2012, de 1 de junio, por el que se regula el marco de calidad de los centros, servicios y establecimientos sanitarios, se crea la Comisión Autónoma de Acreditación de los Centros Sanitarios de las Illes Balears y se aprueba el programa de acreditación de hospitales

La Constitución española, en su artículo 43, reconoce a todos los ciudadanos el derecho a la protección de la salud y responsabiliza a los poderes públicos de la organización y tutela de la salud pública.

La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, establece en su artículo 29 que los centros y establecimientos sanitarios, cualesquiera que sea su nivel y categoría o titular, precisarán de autorización administrativa previa para su instalación y funcionamiento, así como para las modificaciones que respecto de su estructura y régimen inicial puedan establecerse.

Por otra parte, la citada Ley, en su artículo 90, establece que las Administraciones Públicas Sanitarias, en el ámbito de sus respectivas competencias, podrán establecer conciertos para la prestación de servicios sanitarios con medidas ajenas a ellas. A estos efectos, la Ley determina que serán las Administraciones Públicas las que fijarán los requisitos y las condiciones mínimas, básicas y comunes, aplicables a los mencionados conciertos, así como que los centros sanitarios susceptibles de ser concertados deberán ser previamente homologados por las Administraciones Públicas, de acuerdo con un protocolo definido por la Administración competente, que podrá ser revisado periódicamente.

Por otro lado, la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, en su artículo 2, recoge como uno de sus principios informadores la prestación de una atención integral a la salud, comprensiva tanto de su promoción como de la prevención de enfermedades, de la asistencia y de la rehabilitación, procurando un alto nivel de calidad. Asimismo, el artículo 59 consagra el principio de que la mejora de la calidad del sistema sanitario en su conjunto debe presidir las actuaciones de las instituciones sanitarias públicas y privadas. Así, en sus artículos 28.1 y 29 dispone que las comunidades autónomas garantizarán la calidad de las prestaciones, y que estas garantías de calidad son aplicables a todos los centros, públicos y privados, siendo responsabilidad de las Administraciones Públicas Sanitarias velar por su cumplimiento.

En el ámbito autonómico, el Estatuto de Autonomía de 2007, en su artículo 30.48, reconoce la competencia exclusiva para la organización, funcionamiento y control de los centros sanitarios públicos y de los servicios de salud, así como la coordinación de la sanidad privada con el sistema sanitario público.

Asimismo, la Ley 5/2003, de 4 abril, de Salud de las Illes Balears, establece en su artículo 26 que el sistema sanitario público de las Illes Balears tiene como fines primordiales, entre otros, la prestación de una atención integral de la salud, para procurar altos niveles de calidad debidamente controlados y evaluados, así como el establecimiento de programas de mejora continua de la calidad en la prestación de los servicios sanitarios, a lo que el artículo 34 añade que la Administración Sanitaria velará por el cumplimiento de dichos programas por los servicios y centros asistenciales.

El establecimiento de los planes de calidad sanitaria, la definición de estándares y criterios de calidad y de los sistemas de evaluación y acreditación de los centros sanitarios corresponde a la Dirección General de Salud Pública y Consumo, según dispone el Decreto 12/2011, de 18 de junio, del presidente de las Illes Balears, por el que se establecen las competencias y la estructura orgánica básica de las consejerías de la Administración de la Comunidad Autónoma de las Illes Balears, y la Orden de 11 de abril de 2002, que establece las funciones de la Consejería de Salud y Consumo.

La finalidad de este Decreto es regular el procedimiento formal de acreditación sanitaria, en la comunidad autónoma de las Illes Balears, de los centros sanitarios, con objeto de certificar y garantizar a los ciudadanos unos niveles adecuados de calidad y seguridad en las prestaciones que, en ellos, se realicen y además disponer de una herramienta para el desarrollo de los objetivos establecidos en el II Plan Estratégico de Calidad del Gobierno de las Illes Balears 2007-2014, así como otros planes que, en un futuro, estén relacionados con la materia. Asimismo, constituye el objeto de este Decreto, como un primer paso dentro del proceso de acreditación de centros sanitarios, la aprobación del correspondiente programa de acreditación de los hospitales.

Por otro lado, y con el fin de asegurar el conocimiento generalizado por todos los ciudadanos de los centros y establecimientos acreditados por la Consejería de Salud, Familia y Bienestar Social, así como su grado de acreditación sanitaria, se modifica el Registro de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios, donde se practicará el asiento de las correspondientes resoluciones.

Finalmente, se crea la Comisión Autonómica de Acreditación de Centros y Servicios Sanitarios de las Illes Balears, como órgano colegiado con funciones de asesoramiento y propuesta en relación con los estándares e indicadores de referencia que han de regir la acreditación sanitaria y que serán homologables con los establecidos a nivel estatal y europeo, a fin de lograr el reconocimiento nacional e internacional de nuestros centros sanitarios.

Por todo ello, a propuesta de la consejera de Salud, Familia y Bienestar Social, de acuerdo con el Consejo Consultivo de las Illes Balears, previo dictamen del Consejo Económico y Social, y habiéndolo considerado el Consejo de Gobierno en la sesión de día 1 de junio 2012,

DECRETO

Capítulo I

Disposiciones Generales

Artículo 1

Objeto y ámbito de aplicación

1. El presente Decreto tiene por objeto:

a) Regular el procedimiento de acreditación sanitaria basado en la autoevaluación interna, que promueva la participación de los profesionales, la mejora continua y la evaluación final externa de acuerdo con estándares e indicadores previamente establecidos aplicables a los centros y establecimientos sanitarios, públicos y privados, del sistema sanitario de la comunidad autónoma de las Illes Balears

Todo ello a fin de canalizar las estrategias de calidad en materia sanitaria mediante la aprobación de los correspondientes programas de acreditación sanitaria.

b) Crear la Comisión Autonómica de Acreditación de Centros Sanitarios de las Illes Balears, como órgano colegiado adscrito a la Dirección General de Salud Pública y Consumo de la Consejería de Salud, Familia y Bienestar Social.

2. El ámbito de aplicación del Decreto lo constituyen los centros y establecimientos sanitarios, públicos y privados, del sistema sanitario de la comunidad autónoma de las Illes Balears, de acuerdo con la clasificación y definiciones establecidas en los anexos I y II del Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, que establece las bases generales sobre autorización de centros y establecimientos sanitarios.

Artículo 2

Exclusiones

Quedan excluidos del ámbito de aplicación del presente Decreto los centros y establecimientos que se indican a continuación, los cuales se regirán por su normativa específica:

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

b) Los servicios y unidades técnicas de protección radiológica, así como la certificación de programas de garantía de calidad en instalaciones de radiodiagnóstico, radioterapia y medicina nuclear.

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

d) Los servicios de prevención de riesgos laborales.

e) Los centros sanitarios dedicados a la práctica de actividades de extracción y trasplante de órganos o tejidos.

f) Los centros de interrupción voluntaria del embarazo.

g) Los centros de reconocimiento destinados a verificar las aptitudes psicofísicas de los conductores.

h) Todos aquellos centros, servicios y establecimientos sanitarios para los cuales su normativa específica de aplicación establezca un procedimiento concreto.

Artículo 3

Definiciones

A efectos del presente Decreto se establecen las siguientes definiciones de las herramientas de medición de la calidad:

a) Autoevaluación de la calidad sanitaria: proceso por el cual un centro, servicio o establecimiento sanitario realiza, por sus propios profesionales, una valoración global, sistemática y periódica de sus actividades y resultados, de acuerdo con unos requisitos previamente establecidos, y que culmina con la formalización del correspondiente informe de autoevaluación.

b) Acreditación: reconocimiento administrativo del nivel de calidad de un centro sanitario, tras la evaluación externa e independiente del mismo, realizada conforme a estándares e indicadores de referencia establecidos previamente en el correspondiente programa de acreditación sanitaria.

c) Evaluación: comprobación de que las actividades desarrolladas han proporcionado los efectos deseados.

d) Manual de autoevaluación: guía que recoge, según sea el caso, los aspectos, acciones, responsabilidades, indicadores y fórmulas, etc. exigibles a cada uno de los estándares que conforman los programas de acreditación, siendo éstos los criterios empleados para su evaluación.

e) Marco de calidad: conjunto de requisitos, métodos, indicadores, extra-

ídos de directrices legales, planes estratégicos, buenas prácticas, etc. que engloban la gestión de la calidad en unos márgenes que permitan la comparación de resultados y procedimientos.

Artículo 4 **Grados de acreditación sanitaria**

1. La acreditación sanitaria de centros, servicios y establecimientos sanitarios incluidos en el ámbito de aplicación de este Decreto se realiza de acuerdo con los estándares e indicadores que se determinen en los correspondientes programas de acreditación sanitaria que se aprueben. En cada programa sólo son de aplicación los estándares relativos a la cartera de servicios que tenga autorizada cada centro, o los relativos a la actividad desarrollada, en el caso de establecimientos.

2. La acreditación sanitaria podrá concederse, por el órgano competente, en alguno de los siguientes grados:

- a) Acreditación sanitaria de nivel I.
- b) Acreditación sanitaria de nivel II.
- c) Acreditación sanitaria de nivel III.

3. Para la obtención de los distintos grados de acreditación sanitaria, será necesario el cumplimiento de los siguientes estándares:

a) Grado de acreditación sanitaria de nivel I: es necesario el cumplimiento del 100 % de los estándares obligatorios y hasta el 50 % de los estándares recomendables.

b) Grado de acreditación sanitaria de nivel II: es necesario el cumplimiento del 100 % de los estándares obligatorios y un porcentaje superior al 50 % y hasta el 75 %, de los estándares recomendables.

c) Grado de acreditación sanitaria de nivel III: es necesario el cumplimiento del 100 % de los estándares obligatorios y, como mínimo, más del 75 % de los estándares recomendables.

4. Los estándares se entenderán cumplidos cuando, a su vez, el centro, servicio o establecimiento sanitario cumpla los distintos criterios de evaluación o los indicadores vinculados a los estándares de resultado que se detallan en los correspondientes manuales de evaluación.

Artículo 5 **Programas, estándares e indicadores de acreditación sanitaria**

1. La Consejera de Salud, Familia y Bienestar Social, a propuesta de la Comisión Autonómica de Acreditación Sanitaria, y de acuerdo con el Marco de Calidad de la Consejería, aprobará y publicará, mediante orden, los diferentes programas de acreditación sanitaria.

2. Los programas de acreditación sanitaria comprenden los estándares e indicadores que, definidos para un determinado conjunto de centros o establecimientos sanitarios, sirven de base al proceso de acreditación sanitaria y las recomendaciones técnicas que son de aplicación para llevar a cabo el citado procedimiento de acreditación.

3. Los estándares e indicadores están agrupados en varias categorías inspiradas en el modelo de excelencia.

4. Los estándares, que serán tanto de carácter obligatorio como recomendable, son el conjunto de expectativas predeterminadas por la autoridad competente que describe el nivel aceptable de actuación de una organización.

5. Los indicadores se definen como la medida objetiva de un parámetro que, a lo largo del tiempo, proporciona información necesaria sobre un proceso o un producto relacionado con la calidad, rendimiento, sostenibilidad, seguridad, etc.

Capítulo II **Autoevaluación y procedimiento de acreditación sanitaria**

Artículo 6 **Obligaciones**

1. Los centros, servicios y establecimientos sanitarios incluidos en el ámbito de aplicación de este Decreto que sean dependientes del Servicio de Salud de las Illes Balears deberán someterse, atendiendo a los respectivos programas de acreditación, al correspondiente procedimiento de acreditación para

la obtención, como mínimo, del grado de acreditación sanitaria de nivel I.

2. Los centros, servicios y establecimientos sanitarios, de carácter privado, incluidos en el ámbito de aplicación de este Decreto deberán poseer, como mínimo, la acreditación sanitaria de nivel I para poder establecer conciertos con el Servicio de Salud de las Illes Balears para la prestación de servicios sanitarios.

Artículo 7 **Autoevaluación de la calidad sanitaria**

1. Como paso previo y preceptivo al procedimiento de acreditación sanitaria, el centro, servicio o establecimiento sanitario se someterá a un proceso de autoevaluación por parte de sus propios profesionales, con objeto de obtener un diagnóstico sobre su situación y emprender las acciones de mejora necesarias para garantizar el cumplimiento del nivel adecuado de los estándares de acreditación sanitaria.

El informe resultante de la autoevaluación tendrá una validez de seis meses desde la fecha en que se formalice.

2. La Dirección General de Salud Pública y Consumo pondrá a disposición de los interesados las herramientas informáticas necesarias para realizar la autoevaluación, así como el manual de autoevaluación con las instrucciones necesarias para su ejecución, en el mismo momento en que se aprueben los distintos programas de acreditación que sirvan de base para la acreditación de centros, servicios y establecimientos incluidos en el ámbito de este Decreto.

3. Los resultados del proceso de autoevaluación tienen efectos internos para el ente sanitario de que se trate, salvo que se inicie el procedimiento de acreditación de la calidad sanitaria.

4. El proceso de autoevaluación no supondrá en ningún caso el inicio de procedimiento administrativo alguno para el centro, servicio o establecimiento sanitario.

Artículo 8 **Requisitos para la acreditación sanitaria**

1. Los centros, servicios y establecimientos sanitarios deberán reunir necesariamente las siguientes condiciones y requisitos para poder obtener la correspondiente acreditación sanitaria:

a) Contar con la autorización sanitaria de funcionamiento y, en su caso, la de las modificaciones que se hubieran producido, lo cual se comprobará de oficio.

b) Estar debidamente inscritos en el Registro de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios de las Illes Balears, lo cual se comprobará de oficio.

c) Haber realizado el proceso de autoevaluación, haber planificado las acciones de mejora necesarias y disponer del informe de autoevaluación que comprenderá el resultado de la autoevaluación y las acciones de mejora a implantar.

2. No podrán obtener la acreditación sanitaria los centros o establecimientos sanitarios que hayan sido sancionados con carácter firme por la comisión de infracción grave o muy grave, de acuerdo con lo previsto en la Ley 5/2003, de 4 de abril, de Salud de las Illes Balears, o mientras estén sujetos a alguna de las medidas cautelares previstas en dicha Ley.

La Dirección General de Salud Pública y Consumo comprobará de oficio que el interesado no se halle en alguna de las situaciones indicadas en el párrafo anterior.

3. La restricción prevista en el apartado 2 de este artículo operará:

a) Mientras subsistan las circunstancias que en cada caso la determine.

b) En los supuestos de sanción por comisión de infracciones graves, durante el plazo de 6 meses.

c) En los supuestos de sanción por comisión de infracciones muy graves, durante el plazo de un año, salvo que se haya acordado el cierre temporal o la suspensión temporal por un plazo superior, en cuyo caso se atenderá al período fijado en la resolución que ponga fin al procedimiento sancionador.

En los supuestos señalados en los puntos b) y c) se exigirá, además, que se haya dado cumplimiento a las sanciones que se hubieren impuesto.

Artículo 9**Procedimiento para la obtención de la acreditación de la calidad sanitaria**

1. Una vez realizada la autoevaluación, el titular o representante legal del centro, servicio o establecimiento sanitario interesado puede solicitar la acreditación sanitaria, especificando el grado de acreditación sanitaria cuyo reconocimiento se insta.

La solicitud, dirigida al Director General de Salud Pública y Consumo, se presentará en el Registro General de la Consejería de Salud, Familia y Bienestar Social, o en cualquiera de las otras formas establecidas en el artículo 38.4 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.

2. La solicitud de acreditación sanitaria se acompañará de la siguiente documentación:

- a) Informe de autoevaluación.
- b) El documento acreditativo del abono de las tasas correspondientes.
- c) Otra documentación exigida reglamentariamente, en función del tipo de actividad a desarrollar y del programa que le sea de aplicación.

3. Una vez revisada la documentación presentada, podrá requerirse al interesado para que, en un plazo no superior a 10 días hábiles, subsane las deficiencias u omisiones apreciadas o acompañe los documentos preceptivos, con indicación de que, si así no lo hiciera, se le tendrá por desistido de su petición, previa notificación de la correspondiente resolución.

Artículo 10**Evaluación**

1. Una vez recibida la solicitud, se procederá a la comprobación del cumplimiento de los estándares e indicadores de acreditación sanitaria incluidos en los correspondientes programas de acreditación y demás requisitos que sean de aplicación. A la vista de dichas comprobaciones, se emitirá informe técnico de evaluación, en el que quedará reflejada la situación del centro, servicio o establecimiento sanitario, el nivel de cumplimiento de los criterios y la propuesta, en su caso, de acreditación sanitaria. La Administración tiene que hacer las comprobaciones y emitir el informe técnico de evaluación en el plazo de tres meses.

2. Las comprobaciones señaladas en el apartado 1 de este artículo y el informe técnico de evaluación se realizarán por personal de la Consejería de Salud, Familia y Bienestar Social, que podrán ser asistidos por expertos designados por la Dirección General de Salud Pública y Consumo, que actuarán con independencia del ente auditado.

3. La Dirección General de Salud Pública y Consumo podrá realizar convocatorias para la selección de expertos, que serán designados por la misma, previa valoración de su idoneidad por la Comisión Autónoma de Acreditación de Centros Sanitarios de las Illes Balears.

4. En caso de ser apreciadas anomalías o deficiencias subsanables en los centros, servicios o establecimientos sanitarios sometidos a acreditación sanitaria, se concederá motivadamente un plazo para su subsanación, que se establecerá en relación con la naturaleza de las mismas y que no podrá ser superior a tres meses.

5. Finalizado el informe técnico de evaluación, se concederá trámite de audiencia, dando a los interesados un plazo de 15 días para que efectúen las alegaciones que estimen pertinentes de conformidad con lo previsto en el artículo 84 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico y Procedimiento Administrativo Común.

Artículo 11**Propuesta de resolución**

A la vista del informe técnico de evaluación emitido y de la documentación obrante en el expediente, la Comisión Autónoma de Acreditación de Centros Sanitarios de las Illes Balears, una vez cumplido el trámite de audiencia de los interesados según lo previsto en el artículo 10, elevará propuesta de resolución al director general de Salud Pública y Consumo para que dicte la resolución correspondiente.

Artículo 12**Resolución**

1. El director general de Salud Pública y Consumo resolverá otorgando o denegando la acreditación sanitaria mediante resolución que será notificada al interesado. En la resolución se especificará el plazo de vigencia y el grado o nivel concedido.

2. El director general de Salud Pública y Consumo puede otorgar una acreditación condicionada de manera que, en la resolución, se fije un plazo no superior a seis meses para la subsanación de determinados aspectos o a la ejecución de un plan de mejora. En el supuesto de que la subsanación no se produzca o no se ejecute el plan de mejora en el plazo concedido, se dictará resolución de revocación de la acreditación.

3. La acreditación se entiende otorgada sin perjuicio de cualquier otra autorización que, en cada caso, sea exigible por la normativa vigente.

4. El plazo máximo para dictar y notificar la resolución será como máximo de seis meses desde la entrada de la solicitud en el Registro de la Consejería de Salud, Familia y Bienestar Social. Dicho plazo se interrumpirá por las causas establecidas en la legislación vigente.

5. Una vez transcurrido este plazo máximo para dictar y notificar la resolución sin que ésta se haya producido, los interesados podrán entender estimadas por silencio administrativo sus solicitudes, a tenor de lo dispuesto en el artículo 43.2 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.

Artículo 13**Inscripción e identificación**

1. Las resoluciones favorables se inscribirán de oficio en el Registro de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios de la Comunidad Autónoma de las Illes Balears.

2. Realizada la correspondiente inscripción, el órgano competente emitirá un documento justificativo de la acreditación sanitaria obtenida para su exposición en lugar visible al público, de manera que los ciudadanos puedan tener conocimiento de que el centro, servicio o establecimiento sanitario ha obtenido la acreditación sanitaria en el grado que corresponda.

Artículo 14**Vigencia y renovación de la acreditación sanitaria**

1. La acreditación sanitaria se otorgará por cuatro años, sujeta a las verificaciones que se consideren oportunas. Vencido dicho plazo, habrá de ser objeto de renovación, de acuerdo con el procedimiento establecido para su otorgamiento inicial. La solicitud de renovación deberá formularse con una antelación mínima de seis meses respecto a la fecha límite de la vigencia.

2. La solicitud de renovación se acompañará de la documentación exigida para la solicitud de acreditación sanitaria señalada en el artículo 9.2. No obstante lo anterior, no será preciso adjuntar a la solicitud de renovación aquellos documentos que ya obren en poder de la Administración y cuyo contenido no haya sido objeto de modificación.

3. De no solicitarse oportunamente la renovación, la Administración Sanitaria requerirá al centro o establecimiento sanitario para que presente la solicitud de renovación y la documentación pertinente, y en el caso de no presentarla, se entenderá que renuncia a la renovación. En este caso, el órgano competente, previa audiencia del interesado, dictará resolución declarando la caducidad de la acreditación sanitaria. Esta resolución se inscribirá de oficio en el Registro de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios de la Comunidad Autónoma de las Illes Balears.

4. La resolución que acuerda la caducidad de la acreditación tiene que ser notificada por el órgano competente al Servicio de Salud de las Illes Balears.

5. Los conciertos que formaliza el Servicio de Salud de las Illes Balears con los centros, los servicios y los establecimientos sanitarios acreditados tienen que prever los efectos que, en su caso, se derivan de la caducidad de la acreditación sanitaria.

6. Antes del día 30 de marzo de cada año, los centros, servicios y establecimientos acreditados deberán remitir a la Dirección General de Salud Pública y Consumo un informe de las acciones de mejora que se han desarrollado en el

último año, además de los indicadores de los resultados. El informe se elaborará por los interesados con las herramientas informáticas indicadas en el artículo 7. Posteriormente, el informe será revisado por los técnicos de la Dirección General, y en función de la información facilitada, se podrán realizar las comprobaciones pertinentes.

Artículo 15

Revocación de la acreditación sanitaria

1. Los centros, servicios y establecimientos sanitarios deben mantener las condiciones de acuerdo con las cuales les haya sido otorgada la acreditación sanitaria.

2. La acreditación sanitaria podrá ser revocada durante el período de vigencia del certificado por el director general de Salud Pública y Consumo, previa propuesta motivada por parte de la Comisión Autónoma de Acreditación Sanitaria y previa audiencia del interesado, cuando se compruebe el incumplimiento de los requisitos y obligaciones que motivaron su otorgamiento. La revocación acordada se notificará al interesado y se inscribirá de oficio en el Registro de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios de la Comunidad Autónoma de las Illes Balears.

3. La pérdida de la autorización de funcionamiento del centro, servicio o establecimiento sanitario será causa de revocación de la acreditación sanitaria obtenida.

4. La resolución que acuerde la revocación de la acreditación deberá ser notificada por el órgano competente al Servicio de Salud de las Illes Balears.

5. Los conciertos que formalice el Servicio de Salud de las Illes Balears con los centros, servicios y establecimientos sanitarios acreditados deberán prevenir los efectos que, en su caso, se deriven de la revocación de la acreditación sanitaria.

Capítulo III

Comisión Autónoma de Acreditación de Centros Sanitarios de las Illes Balears

Artículo 16

Naturaleza

1. Se crea la Comisión Autónoma de Acreditación de Centros Sanitarios de las Illes Balears, que se configura como el órgano colegiado con funciones de propuesta, de asesoramiento y de emisión de informes preceptivos en materia de acreditación sanitaria, adscrita a la Dirección General de Salud Pública y Consumo de la Consejería de Salud, Familia y Bienestar Social.

2. Este órgano, en el ejercicio de sus funciones, dispone de autonomía funcional y actuará con plena independencia y objetividad y con sometimiento a los principios establecidos en el artículo 3 de la Ley 3/2003, de 26 de marzo, de Régimen Jurídico de la Administración de la Comunidad Autónoma de las Illes Balears, y en el artículo 3 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.

Artículo 17

Funciones

Corresponden a la Comisión Autónoma de Acreditación de Centros Sanitarios las siguientes funciones:

1. Proponer los estándares e indicadores de los programas de acreditación sanitaria y las condiciones generales necesarias para la acreditación sanitaria de los centros, servicios y establecimientos sanitarios.

2. Proponer la mejora, la revisión o la modificación de los estándares y programas aprobados.

3. Emitir informes sobre propuestas de disposiciones relacionadas con la acreditación sanitaria de centros, servicios y establecimientos sanitarios.

4. Elevar al director general de Salud Pública y Consumo la propuesta de resolución en relación con la concesión, renovación o revocación de la acreditación sanitaria del centro, servicio o establecimiento sanitario que opta a la misma.

5. Realizar aquellas otras funciones que le sean encomendadas por la

Consejería de Salud, Familia y Bienestar Social.

Artículo 18

Composición

1. La Comisión Autónoma de Acreditación Sanitaria estará compuesta por los siguientes miembros:

a) Presidente: una persona nombrada por la consejera de Salud, Familia y Bienestar Social a propuesta del director general de Salud Pública y Consumo.

b) Vicepresidente: el jefe del Servicio de Evaluación, Acreditación e Inspección de la Dirección General de de Salud Pública y Consumo.

c) Vocales: dos miembros de la Dirección General de Salud Pública y Consumo, designados por su titular; un miembro de la Dirección General de Gestión Económica y Farmacia, designado por su titular; dos miembros del Servicio de Salud de las Illes Balears con competencias relacionadas con la acreditación sanitaria, designados por el titular del Servicio de Salud de las Illes Balears; un miembro del área competente en materia de calidad en el Gobierno de las Illes Balears y un representante de las asociaciones de entidades sanitarias, designado por la consejera de Salud, Familia y Bienestar Social entre los propuestos por éstas.

d) Secretario: un funcionario del grupo A1, licenciado en Derecho, designado por la Dirección General de Salud Pública y Consumo, que actuará con voz pero sin voto.

2. Los miembros de la Comisión conservarán su condición mientras ostenten el cargo que motivó su designación.

3. La Comisión podrá estar asistida, con voz pero sin voto y previa invitación del presidente de la misma, por representantes de Colegios Profesionales del ámbito sanitario y por científicos y expertos de probada cualificación en materia sanitaria, vinculados o no a la Administración autonómica, al objeto de informar sobre aquellos extremos que se estimen de interés en cada caso.

4. Asimismo, podrán participar en la Comisión, con voz pero sin voto, previa invitación del presidente de la misma, los expertos que, en su caso, hayan sido designados para asistir al personal de la Consejería de Salud, Familia y Bienestar Social en la elaboración del informe técnico de evaluación en los términos establecidos en el artículo 10.

5. Los miembros de la Comisión, aun después de cesar en su cargo, así como los asistentes a sus reuniones, deberán guardar secreto de las informaciones de carácter confidencial, estando obligados a guardar reserva de las informaciones, datos, informes o antecedentes que conozcan como consecuencia del ejercicio del cargo o de la asistencia a las reuniones, sin que las mismas puedan ser comunicadas a terceros o ser objeto de divulgación. Se exceptúan del cumplimiento de este deber los supuestos en que las leyes permitan su comunicación o divulgación a terceros, cuando ésta sea debidamente autorizada por la propia Comisión.

6. Los miembros de la Comisión se tienen que abstener de intervenir en el procedimiento en los casos previstos en la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, y en la Ley 3/2003, de 26 de marzo, de Régimen Jurídico de la Administración de la Comunidad Autónoma de las Illes Balears. Asimismo, todas las personas interesadas pueden promover la recusación de los miembros de la Comisión en cualquier momento de la tramitación, de acuerdo con lo que disponen las leyes mencionadas.

Artículo 19

Régimen de funcionamiento

El régimen de funcionamiento, convocatoria y adopción de acuerdos se regirá por lo dispuesto en el presente Decreto y, en su defecto, por lo establecido en el capítulo II del título II de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, y por la Ley 3/2003, de 26 de marzo, de Régimen Jurídico de la Administración de la Comunidad Autónoma de las Illes Balears.

Artículo 20

Subcomisiones

1. La Comisión Autónoma de Acreditación Sanitaria actuará en pleno o en las subcomisiones que se constituyan.

2. En el seno de la Comisión se podrán crear las subcomisiones que se estimen necesarias para el estudio de aspectos concretos en la materia y, en

general, para la realización de informes o propuestas sobre aquellos asuntos que específicamente le encomiende la Comisión Autónoma de Acreditación Sanitaria, de acuerdo con las directrices y, en su caso, en el plazo que aquella establezca.

Los informes elaborados por las subcomisiones que se creen tendrán efectos meramente internos y, en ningún caso, sustituirán a los informes que deba emitir la Comisión.

3. Las subcomisiones tendrán la composición y funciones que se establezcan por decisión de la Comisión Autónoma de Acreditación Sanitaria de las Illes Balears.

Disposición adicional primera Constitución de la Comisión

La Comisión Autónoma de Acreditación Sanitaria de las Illes Balears se constituirá dentro de los tres meses siguientes a la entrada en vigor del presente Decreto.

Disposición adicional segunda Acreditación de hospitales

La acreditación de los hospitales se realizará atendiendo a los estándares e indicadores contenidos en el programa de acreditación sanitaria de hospitales incluido en el anexo de este Decreto.

Disposición transitoria única

1. Los hospitales públicos, así como los privados que pretendan formalizar conciertos con el Servicio de Salud de las Illes Balears, dispondrán de un plazo de 18 meses, desde la entrada en vigor del presente Decreto, para obtener la acreditación sanitaria de nivel I.

Hasta dicha fecha, podrán mantenerse los conciertos existentes o formalizarse nuevos sin la exigencia de este requisito.

2. Transcurrido el plazo establecido en el apartado 1 de esta disposición, los hospitales deberán adaptarse a las exigencias de la presente norma. Los conciertos que formalice el Servicio de Salud de las Illes Balears a partir de esta fecha deberán prever las consecuencias de la falta o pérdida de la acreditación sanitaria.

3. Los conciertos suscritos con anterioridad a la entrada en vigor de este Decreto continuarán vigentes sin que, en ningún caso, puedan ser prorrogados, si el centro no ha obtenido la acreditación.

4. Para el resto de centros y establecimientos sanitarios la exigencia de acreditación para poder formalizar conciertos con el Servicio de Salud de las Illes Balears, sólo será efectiva cuando se apruebe el correspondiente programa, cuya orden de aprobación debe establecer los plazos dentro de los que esta exigencia tiene que ser efectiva, así como, en su caso, el régimen transitorio.

Disposición final primera

Se modifica el apartado 5 del artículo 20 del Decreto 100/2010, de 27 de agosto, por el que se regula el procedimiento de autorización sanitaria de los centros, servicios y establecimientos sanitarios y el funcionamiento del Registro de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios de las Illes Balears, que queda redactado como sigue:

Artículo 20

[...]

5. Las inscripciones registrales contendrán como mínimo los siguientes datos:

- a) Denominación y tipo de centro.
- b) Datos identificativos de la persona titular del centro.
- c) Oferta asistencial.
- d) Fecha y grado de acreditación sanitaria.
- e) Renovación de la acreditación sanitaria.
- f) Revocación de la acreditación sanitaria.
- g) Caducidad de la acreditación sanitaria.

Disposición final segunda

1. Se autoriza a la consejera de Salud, Familia y Bienestar Social a dictar las disposiciones de desarrollo de esta norma que resulten necesarias.

2. Expresamente queda autorizada a sustituir o modificar por orden el programa de acreditación sanitaria de hospitales que figura en el anexo del presente Decreto.

Disposición final tercera

Este Decreto entrará en vigor el día siguiente al de su publicación en el *Boletín Oficial de las Illes Balears*.

Palma, 1 de junio de 2012

El presidente
José Ramón Bauzá Díaz

La consejera de Salud, Familia y Bienestar Social
Carmen Castro Gandasegui

ANEXO PROGRAMA DE ACREDITACIÓN DE HOSPITALES

Categoría I: Liderazgo y Estrategia

1.1 Se dispone de una misión, visión y valores de la organización. (Obligatorio)

1.2 Se ha elaborado y comunicado una política de calidad y seguridad desde un enfoque no punitivo y de mejora continua. (Obligatorio)

1.3 Fomentan los directivos, jefes de servicio/unidad, responsables de enfermería u otros responsables de gestión de áreas iniciativas en materia de calidad y seguridad de pacientes. (Obligatorio)

1.4 Se comprometen los directivos, jefes de servicio/unidad, responsables de enfermería u otros responsables de gestión de áreas en la promoción en materia de seguridad de las personas que trabajan en la organización. (Obligatorio)

1.5 Se implica el equipo directivo en actividades encaminadas a la Responsabilidad Social Corporativa. (Recomendable)

1.6 Existe una estructura organizativa que define, revisa y actualiza de forma sistemática la Política de Calidad y Seguridad. (Obligatorio)

1.7 Es el gerente o director médico/asistencial el máximo responsable de la estructura organizativa. (Obligatorio)

1.8 Se han definido las responsabilidades en los diferentes procesos que tienen lugar en la organización. (Recomendable)

1.9 Participan los directivos, jefes de servicio/unidad, responsables de enfermería u otros responsables de gestión de áreas de la organización en el reconocimiento de los profesionales que se implican en la mejora de la calidad y seguridad de los pacientes. (Recomendable)

1.10 Los directivos, jefes de servicio/unidad, responsables de enfermería u otros responsables de gestión de áreas deben promover una cultura para la innovación, formación, comparación y mejora, etc. (Recomendable)

1.11 Participan los directivos en el desarrollo de un plan de emergencias y evacuación. (Obligatorio)

1.12 Se implican y evalúan los directivos, jefes de servicio/unidad, responsables de enfermería u otros responsables de gestión de áreas en el cumplimiento de la normativa sobre Ley de Autonomía del Paciente y Ley Orgánica de Protección de Datos. (Obligatorio)

1.13 Fomentan los directivos, jefes de servicio/unidad, responsables de enfermería u otros responsables de gestión de áreas el uso de metodología basada en la evidencia científica. (Obligatorio)

1.14 Fomenta la organización la escucha de la 'voz de los pacientes' y la opinión de los profesionales. (Obligatorio)

1.15 Se comunican por parte de los jefes de servicio/unidad, responsables de enfermería u otros responsables de gestión de áreas los servicios y compromisos de calidad (ej.: cartas de compromisos). (Obligatorio)

1.16 Impulsan los directivos, los jefes de servicio/unidad, responsables de enfermería u otros responsables de gestión de áreas la aportación de acciones de mejora surgidas desde las personas a su cargo. (Recomendable)

1.17 Dispone la organización de un Plan Estratégico alineado, en donde se tengan en cuenta la necesidad de salud de la población, satisfacción de los pacientes, satisfacción de los trabajadores, indicadores asistenciales, etc. (Obligatorio)

1.18 Participan los directivos, jefes de servicio/unidad, responsables de enfermería u otros responsables de gestión de áreas en la identificación de las expectativas y necesidades de todos los grupos de interés. (Obligatorio)

1.19 Existe un Plan de Calidad y Seguridad. (Obligatorio)

1.20 Se pactan objetivos relativos a la calidad y seguridad de los pacientes con los profesionales de los servicios mediante pactos de gestión. (Recomendable)

1.21 Los pactos de gestión tienen coherencia con el contrato de gestión o

documento similar y disponen de indicadores que permitan demostrar su avance. (Recomendable)

1.22 Participan los directivos de la organización en la elaboración y evaluación de un plan que garantice la continuidad asistencial intra e interniveles. (Recomendable)

1.23 Se disponen de indicadores para monitorizar las estructuras, los procesos y los resultados clínicos y de gestión de la organización. (Obligatorio)

1.24 Se utilizan los resultados de los indicadores de calidad como elementos de mejora continua. (Obligatorio)

1.25 Se incluyen los indicadores clave en el cuadro de mando del hospital para su evaluación y propuestas de mejora. (Obligatorio)

1.26 La información sobre las características socio-demográficas y las necesidades de salud de la población de su área de influencia y las oportunidades actuales y futuras es incorporada en los procesos de revisión internos. (Recomendable)

1.27 Se manifiesta la implicación del equipo directivo en el seguimiento y evaluación del Plan Estratégico. (Recomendable)

1.28 Se dispone y remite a la Consejería de Salud, Familia y Bienestar Social un informe/memoria anual de actividades ligadas al Marco de Calidad/Acreditación. (Obligatorio)

1.29 Se han identificado conforme a la estrategia los procesos clave de la organización. (Recomendable)

Categoría II: Personas

2.1 Se dispone y comunica a la organización una política de recursos humanos adecuada para la prestación de una asistencia de calidad. (Obligatorio)

2.2 Se dispone de un Plan de Recursos Humanos donde se analicen las necesidades actuales y futuras de recursos humanos, teniendo en cuenta las necesidades y expectativas de los grupos de interés. (Recomendable)

2.3 Se definen los perfiles profesionales y las competencias necesarias para dispensar la mejor asistencia. (Obligatorio)

2.4 Se dispone de un sistema de evaluación del desempeño. (Recomendable)

2.5 Se dispone de un sistema de retribución-incentivación ligado al rendimiento. (Recomendable)

2.6 Se realizan encuestas de satisfacción autorizadas, comparables y representativas comunicándose los resultados. (Obligatorio)

2.7 Se supera el porcentaje de trabajadores discapacitados exigido por la normativa. (Recomendable)

2.8 Disponen los empleados de mecanismos que les permitan opinar sobre sus jefes/directivos. (Recomendable)

2.9 Existe un Reglamento de Régimen Interior aprobado y conocido. (Obligatorio)

2.10 Existe un Plan actualizado de prevención de riesgo laboral y de estrés profesional. (Obligatorio)

2.11 Se dispone de un Plan de lucha contra las agresiones a los profesionales. (Obligatorio)

2.12 Se tienen identificadas las titulaciones y especialidades de los profesionales sanitarios de la organización. (Obligatorio)

2.13 Existe un Plan de formación. (Obligatorio)

2.14 Se garantiza y fomenta el acceso de los profesionales a los programas de formación continuada sobre calidad. (Obligatorio)

2.15 Se dispone de un Plan de formación e integración de los profesionales de nueva incorporación. (Obligatorio)

2.16 Se evalúa el impacto de los programas de formación y desarrollo de las personas en relación con el coste de actividades. (Recomendable)

2.17 Se realiza una certificación de las competencias profesionales. (Recomendable)

2.18 Se disponen de mecanismos de comunicación interna ascendente y descendente. (Obligatorio)

2.19 Se fomentan estructuras y mecanismos de participación de los profesionales en la definición de los objetivos. (Obligatorio)

2.20 Se dispone de comisiones que permitan tratar aspectos como calidad, seguridad, bioética, etc. (Obligatorio)

2.21 Se dispone de un sistema de reconocimiento y recompensa para los profesionales que participen en la mejora de la calidad y en el cumplimiento de los objetivos. (Recomendable)

2.22 Dispone la organización de mecanismos de sanción. (Recomendable)

2.23 Está establecido, y se aplica, un sistema de beneficios sociales y otro tipo de beneficios para los trabajadores. (Recomendable)

2.24 Se garantiza la disponibilidad de recursos humanos necesarios de presencia física durante las horas y el horario de asistencia. (Obligatorio)

Categoría III: Alianzas y recursos

3.1 Se dispone de una política para el establecimiento de alianzas con

otras organizaciones. (Obligatorio)

3.2 La organización ha planificado las actividades de comparación de la actividad asistencial (*benchmarking*) a fin de permitir la comparabilidad externa. (Recomendable)

3.3 Existe un procedimiento para la adquisición de material, basado en la evidencia científico-técnica y en la seguridad. (Obligatorio)

3.4 Se dispone de una sistemática para asegurar la certificación de calidad de los productos sanitarios. (Obligatorio)

3.5 Se dispone de un Plan para la mejora de las relaciones con los proveedores. (Recomendable)

3.6 Se incluye como elementos indispensables en las compras de mobiliario los sistemas de seguridad y de contención para prevenir las lesiones de los pacientes. (Obligatorio)

3.7 Se dispone de un Plan de Seguridad actualizado para el edificio ante catástrofes (incendio, explosión, etc.) en donde se definen la señalización, la evacuación de los trabajadores y pacientes... (Obligatorio)

3.8 Se dispone de un Programa de Control de los aparatos y equipos de electromedicina. (Recomendable)

3.9 El centro está diseñado teniendo en cuenta los criterios de accesibilidad, adaptabilidad y seguridad de los usuarios, familiares y personal. (Obligatorio)

3.10 Se diseñan los nuevos espacios de tal forma que facilitan la intimidad, confidencialidad y confort (temperatura, humedad, calidad del aire, luminosidad...). (Obligatorio)

3.11 Se dispone de un Plan de Mantenimiento del edificio y las instalaciones. (Obligatorio)

3.12 Se controlan las caducidades del material fungible y fármacos que se almacenan en las unidades. (Obligatorio)

3.13 Se dispone de un sistema de gestión de los recursos económicos que controle la gestión de riesgo, la reducción de costes, etc., a la vez que esté alineado con los objetivos estratégicos. (Recomendable)

3.14 Se asegura la transparencia de la organización incluyendo la de sus decisiones y su desarrollo (ej.: informes anuales, conferencias). (Recomendable)

3.15 Se han identificado las condiciones de accesibilidad al centro -transporte público, plazas de aparcamiento de pago y gratuito, etc. (Recomendable)

3.16 Dispone el centro de un Plan de Inversiones a corto, medio y largo plazo (Recomendable)

3.17 Se dispone de un sistema para la identificación y valoración de tecnologías emergentes. (Recomendable)

3.18 Se dispone de una póliza vigente de seguro o auto-seguro que cubra los riesgos de indemnizaciones en caso de siniestros y lesiones a usuarios por praxis profesional, negligencia o fallos en la organización. (Obligatorio)

3.19 Existen circuitos diferenciados para el transporte interno de material sucio y limpio. (Obligatorio)

3.20 Se disponen de medios que aseguren una continuidad del suministro de agua, energías y comunicaciones. (Obligatorio)

3.21 Se dispone de un Plan para atender a las necesidades de información propias y ajenas. (Obligatorio)

3.22 Se cumple la normativa vigente para la protección de datos de carácter personal. (Obligatorio)

3.23 Se dispone de un Plan de minimización del impacto ambiental. (Obligatorio)

Categoría IV: Métodos

4.1 Está identificada, aprobada, comunicada y autorizada por la autoridad competente la Cartera de Servicios. (Obligatorio)

4.2 Se han identificado los procesos, los procesos clave y los subprocesos de la organización. (Recomendable)

4.3 Para los procesos clave, se han identificado los elementos de entrada del mismo, incluyendo la competencia profesional, documentación asociada, equipamiento a utilizar y requerimientos asociados al ambiente de trabajo. (Recomendable)

4.4 Existe un protocolo único para la identificación inequívoca de pacientes. (Obligatorio)

4.5 Se asegura el cumplimiento de la Ley de Autonomía del paciente en lo relativo al contenido y gestión de la historia clínica. (Obligatorio)

4.6 Está implantado un protocolo de cuidados a pacientes paliativos. (Obligatorio)

4.7 Está implantado un protocolo para el manejo del paciente con dolor. (Obligatorio)

4.8 Está implantado un protocolo de prevención de caídas de pacientes. (Obligatorio)

4.9 Está implantado un protocolo/guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de las lesiones por presión. (Obligatorio)

4.10 Está implantado un protocolo para la identificación y conciliación de

tratamientos previos de los pacientes. (Obligatorio)

4.11 Se dispone de procedimientos documentados para el control y aislamiento de pacientes. (Obligatorio)

4.12 Se dispone de un procedimiento para la indicación de contención mecánica. (Obligatorio)

4.13 Se dispone de un Plan de Reducción de las Infecciones. (Obligatorio)

4.14 Se aplican las guías de práctica clínica del Sistema Nacional de Salud o autonómicas. (Recomendable)

4.15 Se dispone de un procedimiento del proceso quirúrgico. (Obligatorio)

4.16 Se han documentado y desarrollado vías clínicas. (Recomendable)

4.17 Se aplican los estándares y recomendaciones del Sistema Nacional de Salud. (Recomendable)

4.18 Está implantado un sistema de gestión de la sangre y derivados. (Obligatorio)

4.19 Se dispone y está implantado un protocolo de traslado a otros hospitales de media o larga estancia u hospitales concertados. (Obligatorio)

4.20 Se minimiza el tiempo de respuesta en los procesos asistenciales prioritarios según la normativa aplicable. (Obligatorio)

4.21 Se dispone de un Plan de Gestión que asegure el cumplimiento de aquellos registros sanitarios oficiales. (Obligatorio)

4.22 Se disponen de mecanismos de evaluación de la práctica asistencial. (Obligatorio)

4.23 Se dispone de un protocolo que asegure un correcto almacenamiento, dispensación y administración de medicamentos. (Obligatorio)

4.24 Está implantado un sistema de notificación y análisis de eventos adversos/incidentes, anónimo, no punitivo y ágil. (Obligatorio)

4.25 Están implantados mecanismos de identificación y seguimiento de alergias e intolerancias de los pacientes. (Obligatorio)

4.26 Codificar mediante la versión oficial establecida por el Comité Técnico del CMBD del Sistema Nacional de Salud todos los diagnósticos y procedimientos, de acuerdo con la normativa vigente aplicable. (Obligatorio)

4.27 Están identificados los procesos no asistenciales y los flujos de actividad y documentación/información asociados. (Recomendable)

4.28 Se introducen mejoras en los procesos basándose en las necesidades y expectativas de los pacientes o grupos de interés. (Obligatorio)

4.29 Se realizan auditorías periódicas para analizar los procesos definidos. (Recomendable)

4.30 Existe una sistemática implantada para la elaboración, revisión y actualización de todos los protocolos asistenciales, guías de práctica clínica y procesos asistenciales. (Obligatorio)

4.31 Se tiene un sistema de información y comunicación a pacientes y usuarios. (Obligatorio)

4.32 Está implantado un protocolo de información a pacientes y familiares. (Obligatorio)

4.33 La organización debe disponer de mecanismos de educación para pacientes y familiares. (Recomendable)

4.34 Se dispone de un protocolo de actuación para la información y comunicación de los pacientes con minusvalías sensoriales. (Obligatorio)

4.35 Se dispone de un Plan de atención telefónica. (Obligatorio)

4.36 Se facilita el acceso a la historia clínica al ciudadano. (Obligatorio)

4.37 Se realizan encuestas de satisfacción y experiencia de pacientes y ciudadanos mediante un sistema autorizado, validado y representativo. (Obligatorio)

4.38 Se disponen de otros medios distintos para obtener información relativa a la satisfacción de pacientes. (Recomendable)

4.39 Está establecido un sistema que permita a los clientes realizar sugerencias y reclamaciones. (Obligatorio)

4.40 Se dispone de un Plan de desarrollo de la I+D+i. (Recomendable)

4.41 Se han desarrollado métodos de control de la actividad desarrollada en los laboratorios. (Obligatorio)

4.42 Se dispone de medios que aseguren una alimentación adecuada y segura para la atención al paciente y que tenga en cuenta aspectos dietéticos, culturales, religiosos, etc., y tenga en cuenta el estado de salud y el riesgo de malnutrición del paciente. (Obligatorio)

Categoría V: Resultados

Resultados en personas

5.1-1 Se cuantifican y evalúan los recursos humanos de la organización. (Obligatorio)

5.1-2 Se cuantifica y evalúa la participación y la satisfacción de los trabajadores. (Recomendable)

5.1-3 Se cuantifica y evalúa el absentismo y las bajas laborales. (Obligatorio)

5.1-4 Se cuantifican y evalúan los accidentes laborales. (Obligatorio)

5.1-5 Se cuantifican las agresiones sufridas por los profesionales.

(Obligatorio)

5.1-6 Se cuantifica y evalúa la distribución de personal. (Recomendable)

5.1-7 Se cuantifica y evalúa la oferta y el uso de los beneficios sociales. (Recomendable)

5.1-8 Se cuantifica y evalúa la oferta y la participación de los profesionales en formación. (Recomendable)

5.1-9 Se cuantifica y evalúa la participación de los trabajadores de la organización en equipos de mejora. (Recomendable)

5.1-10 Se cuantifica y evalúa la política de igualdad. (Obligatorio)

Resultados en clientes

5.2-1 Se cuantifica y evalúa la satisfacción de los pacientes y familiares que acuden a los centros hospitalarios. (Obligatorio)

5.2-2 Se cuantifica y evalúa la accesibilidad de los usuarios a las intervenciones quirúrgicas. (Obligatorio)

5.2-3 Se cuantifica y evalúa la accesibilidad de los usuarios a las consultas con los médicos especialistas. (Obligatorio)

5.2-4 Se cuantifica y evalúa la accesibilidad de los usuarios a las pruebas diagnósticas. (Obligatorio)

5.2-5 Se cuantifica y evalúa el tiempo de espera de aquellos procesos oncológicos más prioritarios. (Obligatorio)

5.2-6 Se cuantifica y evalúa la accesibilidad en urgencias. (Obligatorio)

5.2-7 Se cuantifica y evalúa el uso de los servicios sanitarios. (Obligatorio)

5.2-8 Se cuantifican y evalúan los reingresos. (Obligatorio)

5.2-9 Se cuantifica y evalúa la mortalidad. (Obligatorio)

5.2-10 Se cuantifica y evalúa la supervivencia tras cáncer. (Recomendable)

5.2-11 Se cuantifica y evalúa la supervivencia del trasplante de órgano a 1 y 3 años. (Recomendable)

5.2-12 Se cuantifican y evalúan las actividades y los resultados en cuanto a la seguridad del paciente. (Obligatorio)

5.2-13 Se realiza un seguimiento y evalúa la variabilidad de la práctica clínica. (Recomendable)

Resultados ambientales y sociales

5.3-1 Se cuantifica y evalúa el ruido emitido por el centro. (Recomendable)

5.3-2 Se cuantifican y evalúan las emisiones atmosféricas provocadas por la actividad del centro. (Recomendable)

5.3-3 Se cuantifican y evalúan los residuos generados por el centro. (Recomendable)

5.3-4 Se cuantifica y evalúa el consumo de recursos naturales. (Recomendable)

5.3-5 Se cuantifica y evalúa la satisfacción de la sociedad. (Recomendable)

5.3-6 Se cuantifica y evalúa el apoyo (económico, profesional, logístico, etc.) dado a organizaciones humanitarias. (Recomendable)

5.3-7 Se cuantifica y evalúa el apoyo (económico, profesional, logístico, etc.) dado a asociaciones de enfermos. (Recomendable)

5.3-8 Se cuantifican y evalúan los premios recibidos, los reconocimientos, las certificaciones relacionados con la buena práctica asistencial. (Recomendable)

5.3-9 Se cuantifican y evalúan las quejas, reclamaciones judiciales, demandas patrimoniales presentadas por pacientes/familias, proveedores, asociaciones, etc. (Recomendable)

5.3-10 Se cuantifican y evalúan las apariciones/menciones en medios de comunicación nacional o local a consecuencia de las actividades relevantes. (Recomendable)

5.3-11 Se cuantifica y evalúa la labor de la organización en cuanto a la investigación. (Recomendable)

Resultados clave

5.4-1 Se valora y evalúa la accesibilidad general a la asistencia prestada en los centros hospitalarios. (Obligatorio)

5.4-2 Se valora y evalúa la estancia media. (Obligatorio)

5.4-3 Se cuantifica y evalúa la complejidad atendida en el centro hospitalario. (Obligatorio)

5.4-4 Se cuantifica y evalúa la mortalidad global. (Obligatorio)

5.4-5 Se cuantifican y evalúan las complicaciones globales. (Obligatorio)

5.4-6 Se cuantifica y evalúa la prescripción de medicamentos genéricos. (Obligatorio)

5.4-7 Se cuantifican y evalúan los reingresos globales. (Obligatorio)

5.4-8 Se cuantifica y evalúa la satisfacción global de los pacientes, familiares y usuarios. (Obligatorio)

5.4-9 Se cuantifica y evalúa la satisfacción global de los trabajadores.

(Obligatorio)

5.4-10 Se cuantifica y evalúa la gestión económica realizada por el centro. (Obligatorio)

5.4-11 Se cuantifica y evalúa la gestión del centro. (Recomendable)

— o —

3.- Otras disposiciones

VICEPRESIDENCIA ECONÓMICA, DE PROMOCIÓN EMPRESARIAL Y DE EMPLEO

Num. 11108

Resolución del vicepresidente económico, de Promoción Empresarial y de Empleo de 25 de mayo de 2012 por la que se fijan las condiciones en la que se liberan los componentes de software Gest-OLI y SECOVIB

Hechos

Mediante el Acuerdo del Consejo de Gobierno de 28 de marzo de 2008, sobre disponibilidad pública de los programas informáticos de la Administración de la Comunidad Autónoma de las Illes Balears, se liberó el software de los programas y aplicaciones informáticas propiedad de la Administración autonómica para ponerlo a disposición de la ciudadanía de las Illes Balears, y se facultó al consejero de Economía, Hacienda e Innovación, entonces competente en materia de tecnología y comunicaciones, para que, mediante una resolución, fijara las condiciones en las que se tiene que liberar este software.

Fundamentos de derecho

1. El artículo 29 del Estatuto de Autonomía de las Illes Balears, según la redacción dada por la Ley Orgánica 1/2007, de 28 de febrero.

2. El Decreto 12/2011, de 18 de junio, del presidente de las Illes Balears, por el que se establecen las competencias y la estructura orgánica básica de las consejerías de la Administración de la Comunidad Autónoma de las Illes Balears.

Por todo ello, dicto la siguiente

Resolución

1. Fijar, en los términos que se establecen en el anexo de la presente resolución, las condiciones en las que se liberan los componentes de software siguientes:

a) Gest-OLI: herramienta para la gestión y administración electrónica de la trazabilidad del aceite. Con licencia 'modified BSD'.

b) SECOVIB: herramienta para la gestión y administración electrónica de la trazabilidad del vino. Con licencia 'modified BSD'.

2. Establecer que el software a que se refiere el apartado anterior y su código fuente tienen que estar disponibles para su descarga desde la página web de la Dirección General de Innovación y Desarrollo Tecnológico con la URL de acceso (<http://programarillure.caib.es>), y accesible a través la sede electrónica de la Administración de la Comunidad Autónoma de las Illes Balears.

3. Ordenar la publicación de la presente resolución en el Boletín Oficial de las Illes Balears.

Interposición de recursos

Contra la presente resolución -que agota la vía administrativa- se puede interponer un recurso potestativo de reposición ante el vicepresidente económico, de Promoción Empresarial y de Empleo en el plazo de un mes contador desde el día siguiente de su publicación, de acuerdo con el artículo 117 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, y el artículo 57 de la Ley 3/2003, de 26 de marzo, de Régimen Jurídico de la Administración de la Comunidad Autónoma de las Illes Balears.

También se puede interponer directamente un recurso contencioso-administrativo ante la Sala Contenciosa del Tribunal Superior de Justicia de las Illes Balears en el plazo de dos meses contadores desde el día siguiente de su publicación, de acuerdo con el artículo 46 de la Ley 29/1998, de 13 de julio, Reguladora de la Jurisdicción Contencioso-Administrativa.

Palma, 25 de mayo de 2012

El vicepresidente económico, de Promoción Empresarial y de Empleo

José Ignacio Aguiló Fuster

ANEXO

Condiciones en las que se liberan los componentes de software Gest-OLI y SECOVIB

BSD modificada (julio de 1990)

Copyright © 2012. Gobierno de las Illes Balears

Todos los derechos reservados.

La redistribución y uso en formato fuente y binario, con o sin modificaciones, se permiten siempre que se cumplan los siguientes requisitos:

1. La redistribución del código fuente conservará el aviso de copyright anterior, la presente lista de condiciones y la renuncia.

2. Las redistribuciones en forma binaria reproducirán el aviso de copyright anterior, la presente lista de condiciones y la renuncia de responsabilidad en la documentación o en los otros materiales proporcionados con la distribución.

3. Sin permiso previo y por escrito, el nombre del autor no podrá ser utilizado para dar apoyo a productos derivados de este software o a su promoción.

Este software es proporcionado por el autor talmente, y renuncia a cualquier garantía expresa o implícita, lo cual incluye, sin limitarse a éstas, las garantías de comercialización y aptitud para propósitos determinados. En ningún caso el autor se hace responsable por daños directos, indirectos, incidentales, especiales, ejemplares o derivados (ello incluye, sin limitarse a éstas, la adquisición de bienes o servicios, la pérdida de uso, datos o beneficios, o interrupción de negocio) sea cual sea la causa y la teoría de responsabilidad, ya sea por contrato, responsabilidad estricta o agravio (lo que incluye negligencia u otros motivos) derivados en cualquier forma del uso de este software, aunque se ha advertido de la posibilidad de estos daños.

— o —

Num. 11111

Resolución del vicepresidente económico, de Promoción Empresarial y de Empleo de 10 de mayo de 2012 por la que se ordena la publicación de la Circular del director general de Industria y Energía de 30 de abril de 2012 por la que se deja sin efecto la Circular del director general de Industria de 13 de noviembre de 2007, por la que se establecen los criterios interpretativos sobre los requisitos técnicos que deben cumplir los proyectos de voladura tipo para consumos habituales de explosivos en explotaciones a cielo abierto

Mediante la Resolución de la consejera de Comercio, Industria y Energía de 16 de noviembre de 2007, se ordenó la publicación de la Circular del director general de Industria de 13 de noviembre de 2007, que establecía los criterios básicos interpretativos de la normativa que regula la materia y preveía los contenidos mínimos de los proyectos de voladura tipo para consumos habituales de explosivos en explotaciones a cielo abierto. La Resolución y la Circular se publicaron en el BOIB núm. 175, de 24 de noviembre de 2007.

La Circular del director general de Industria y Energía de 30 de abril de 2012, por razones de eficacia y simplificación de trámites, deja sin efecto la Circular del director general de Industria de 13 de noviembre de 2007, dictada al amparo de lo establecido en los apartados 1 y 2 del artículo 21 de la Ley 3/2003, de 26 de marzo, de régimen jurídico de la Administración de la Comunidad Autónoma de las Illes Balears. Es conveniente que los ciudadanos tengan conocimiento del contenido de esta Circular.

De acuerdo con lo establecido en artículo 21.5 de la Ley 3/2003, cuando una disposición lo determine así, o en los casos en que se considere conveniente su conocimiento por los ciudadanos o el resto de órganos de la Administración de la Comunidad Autónoma, el titular de la consejería podrá ordenar la publicación de las instrucciones y circulares en el Boletín Oficial de las Illes Balears.

Por todo ello, a propuesta del director general de Industria y Energía, dicto la siguiente

Resolución

Ordenar la publicación en el Boletín Oficial de las Illes Balears de la Circular del director general de Industria y Energía de 30 de abril de 2012 por la cual se deja sin efecto la Circular del director general de Industria de 13 de noviembre de 2007, por la que se establecen los criterios interpretativos sobre los requisitos técnicos que deben cumplir los proyectos de voladura tipo para