

Sección I. Disposiciones generales

ADMINISTRACIÓN DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA CONSEJERÍA DE SALUD Y CONSUMO

2633

Orden 8/2023 de la consejera de Salud y Consumo por la que se modifica el Programa de Acreditación de Hospitales Generales, incluido en el anexo del Decreto 46/2012, de 1 de junio

El Programa de Acreditación de Hospitales Generales, aprobado mediante el 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 Autonómica de Acreditación de Centros Sanitarios de las Illes Balears y se aprueba el Programa de Acreditación de los Hospitales Generales, fue fruto de un trabajo de consenso entre los distintos agentes involucrados en la asistencia sanitaria de nuestra comunidad autónoma.

La evolución de los modelos de calidad y seguridad existentes en el momento de su elaboración, la aparición de buenas prácticas en materia de calidad y seguridad y la necesidad de simplificación de determinados estándares requieren que se lleve a cabo una actualización de los estándares aprobados en el año 2012, a fin de que el marco de calidad siga ayudando a los centros hospitalarios en la mejora de los servicios que se prestan a la ciudadanía.

El artículo 5.1 de la referida norma establece que la consejera de Salud, Familia y Bienestar Social (actualmente, de Salud y Consumo), a propuesta de la Comisión Autonómica de Acreditación Sanitaria y de acuerdo con el marco de calidad de la Consejería, aprobará y publicará, mediante una orden, los diferentes programas de acreditación sanitaria. El apartado 2 de la disposición final segunda autoriza a la consejera a sustituir o modificar por orden el Programa de Acreditación Sanitaria de Hospitales que figura en el anexo del Decreto.

El Estatuto de Autonomía de las Illes Balears, en su artículo 30.48, reconoce la competencia exclusiva para la organización, el funcionamiento y el control de los centros sanitarios públicos y de los servicios de salud.

La Ley 5/2003, de 4 de 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, como también el establecimiento de programas de mejora continua de la calidad en la prestación de los servicios sanitarios; por lo cual, el artículo 34 añade que la Administración sanitaria velará por el cumplimiento de estos programas por parte de los servicios y centros asistenciales.

Esta facultad se concreta orgánicamente en el Decreto 25/2021, de 8 de marzo, de la presidenta de las Illes Balears, por el cual se modifica el Decreto 11/2021, de 15 de febrero, de la presidenta 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, que en su artículo 2.7.c) determina que la Consejería de Salud y Consumo, mediante la Dirección General de Investigación en Salud, Formación y Acreditación, ejerce, entre otras, las competencias relativas a la evaluación de la calidad asistencial y la acreditación de los centros, servicios y establecimientos sanitarios.

La presente Orden consta de un artículo único en el que se recogen, en cinco apartados, los diferentes tipos de modificaciones del mencionado anexo, dos disposiciones (adicional y final) y, finalmente, un anexo en el que se transcribe íntegramente el contenido del anexo del Decreto, con las modificaciones efectuadas.

La tramitación de esta Orden está en consonancia con los principios de buena regulación recogidos en el artículo 129 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, y en el artículo 49 de la Ley 1/2019, de 31 de enero, del Gobierno de las Illes Balears, tal y como se especifica a continuación.

Con los principios de necesidad y de eficacia, porque la modificación de la norma pretende mejorar los estándares de calidad existentes y la consiguiente derogación de los que han quedado obsoletos con el transcurso del tiempo; con el de proporcionalidad, por cuanto que las novedades que se introducen se consideran las imprescindibles para atender la finalidad establecida en el Decreto 46/2012 de regular el marco de calidad de los hospitales; con el de seguridad jurídica, porque la reforma del Programa mediante una Orden es el instrumento adecuado y que se prevé reglamentariamente en el Decreto 46/2012, y se adapta de manera coherente al resto del ordenamiento jurídico que regula la materia; con el de transparencia, ya que la iniciativa ha sido previamente consultada a la ciudadanía y el proyecto se ha sometido a los trámites de audiencia e información pública correspondientes, hecho que posibilita la participación ciudadana y el acceso al proceso de elaboración normativa; y finalmente, con los principios de eficiencia, calidad y simplificación, porque al actualizar el Programa de Acreditación a los estándares más recientes y ajustarlos de acuerdo con la experiencia obtenida en su implantación, la norma da respuesta a las necesidades de los centros hospitalarios, y con ello a las de la ciudadanía que atiende.



A pesar de comportar cierto aumento de costes y cargas administrativas derivados de la implantación de los nuevos estándares, la reforma está diseñada para obtener una regulación que cumpla con su función de manera más eficiente, lo cual al final implicará un ahorro de costes de funcionamiento y una mayor calidad asistencial.

Por todo ello, dicto la siguiente

ORDEN

Artículo único. Modificación del Programa de Acreditación de Hospitales Generales, recogido en el anexo del 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 Centros Sanitarios de las Illes Balears y se aprueba el Programa de Acreditación de los Hospitales Generales

1. Se modifican los estándares 1.13, 1.17, 1.20, 1.28, 2.10, 2.12, 2.13, 2.16, 2.20, 3.12, 3.14, 4.2, 4.6, 4.23, 4.24, 4.27, 4.39, 5.2-8, 5.2-9, 5.2-12, 5.2-13, 5.4-1 y 5.4-2, quedando redactados y numerados de la siguiente manera:

1.13 Los directivos, jefes de servicio o unidad, responsables de enfermería y otros responsables de gestión de áreas fomentan el uso de metodología basada en la evidencia científica y la evaluación de la variabilidad de la práctica clínica. (Obligatorio)

1.17 La organización dispone y evalúa un plan estratégico consensuado, en el que se tienen en cuenta las necesidades de salud de la población, satisfacción de los pacientes, satisfacción de los trabajadores, indicadores asistenciales, etc. (Obligatorio)

1.24 Se definen objetivos relativos a la calidad y seguridad de los pacientes con los profesionales de los servicios mediante pactos de gestión y se establecen indicadores para su seguimiento. (Recomendable)

1.29 Se dispone y remite a la Consejería de Salud y Consumo un informe o memoria anual de actividades ligadas al marco de calidad o acreditación. (Obligatorio)

2.10 Existe un plan actualizado de prevención de riesgos laborales y estrés profesional y de atención a segundas víctimas. (Obligatorio).

2.12 Se identifican las titulaciones y especialidades de los profesionales sanitarios de la organización, y se dispone de un procedimiento para su actualización. (Obligatorio)

2.13 Existe un plan de formación continuada. (Obligatorio)

2.17 Se evalúa el impacto de los programas de formación y desarrollo de las personas. (Recomendable)

2.20 Se dispone de comisiones y reglamentos de aquellos órganos participativos con función asesora que permiten tratar aspectos como la calidad, seguridad, bioética, etc. (Obligatorio)

3.13 Se controlan las caducidades y condiciones de almacenamiento del material fungible y fármacos que se almacenan en las unidades. (Obligatorio)

3.16 Se asegura la transparencia de la organización en cuanto a la actividad y resultados asistenciales. (Recomendable)

4.2 Se identifican los procesos, los procesos clave y los subprocesos de la organización, en el que se detalla el itinerario de los pacientes de las actividades de urgencias, actividad ambulatoria, hospitalización, atención quirúrgica y pruebas complementarias. (Recomendable)

4.11 Se dispone e implanta un protocolo de atención a personas con necesidades paliativas. (Obligatorio)

4.30 Se dispone e implanta un protocolo que asegura un correcto almacenamiento y distribución de medicamentos. (Obligatorio)

4.36 Se implanta un sistema de notificación y análisis de eventos adversos o incidentes, anónimo, no punitivo y ágil, y se trabaja con metodología de gestión de riesgos. (Obligatorio)

4.41 Se identifican los procesos no asistenciales y los flujos de actividad y documentación o información asociados de los procesos que detallan la gestión de las citas, ingresos, programación quirúrgica y lista de espera y de los procesos de apoyo asistencial. (Recomendable)

4.54 Está establecido un sistema que permite a los pacientes y ciudadanos realizar sugerencias y reclamaciones. (Obligatorio)

5.2-8 Se cuantifican y evalúan los reingresos globales y de determinados procedimientos. (Obligatorio)

5.2-9 Se cuantifica y evalúa la mortalidad global y la de determinados procedimientos. (Obligatorio)

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

5.2-13 Se cuantifica y evalúa la variabilidad de la práctica clínica y la pertinencia de determinados procedimientos. (Recomendable)

5.4-2 Se cuantifica y evalúa la accesibilidad general a la asistencia prestada en los centros hospitalarios. (Obligatorio)

5.4-3 Se cuantifica y evalúa la estancia media. (Obligatorio)

2. Se introducen los siguientes estándares, que quedan enumerados de la siguiente manera:

1.20 Se dispone de un mecanismo para asegurar la participación activa de la ciudadanía. (Obligatorio)

1.21 Se desarrollan acciones de promoción de la salud y de hábitos saludables. (Obligatorio)

- 1.22 El centro hospitalario tiene definida y aplica una estrategia para la atención integral de los pacientes frágiles y vulnerables y sus cuidadores con una mirada paliativa. (Obligatorio)
- 1.23 La organización dispone de un plan de humanización. (Obligatorio)
- 1.24 Se dispone de una estrategia de formación sanitaria especializada y de pregrado. (Recomendable)
- 1.25 Se dispone de sistemas de información que permiten controlar el absentismo y el grado de cobertura de la plantilla teórica. (Obligatorio)
- 3.11 Se dispone de áreas de duelo para familiares y acompañantes. (Obligatorio)
- 3.14 Se dispone de un sistema de control y gestión de medicamentos, productos sanitarios y demás productos farmacéuticos que asegura la disponibilidad de existencias para prestar la asistencia sanitaria. (Obligatorio)
- 3.15 La organización dispone de un presupuesto anual de ingresos y gastos alineado con los objetivos. (Obligatorio)
- 3.24 Se dispone de un procedimiento para garantizar la seguridad de los bienes personales de los pacientes. (Obligatorio)
- 4.4 Se identifican procesos asistenciales susceptibles de aplicar metodología de innovación de procesos. (Recomendable)
- 4.6 Durante el proceso asistencial se identifica a la persona responsable de la atención. (Obligatorio)
- 4.7 Se dispone de procedimientos de acogida de los pacientes en las unidades de hospitalización. (Obligatorio)
- 4.9 Se obtiene el consentimiento informado por escrito en los casos de intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, en los procedimientos que supongan riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente. (Obligatorio)
- 4.10 Se dispone de mecanismos que permiten identificar a los pacientes que han declarado voluntades anticipadas. (Obligatorio)
- 4.19 Se dispone de procedimientos para la actuación ante posibles epidemias. (Obligatorio)
- 4.28 La organización dispone de mecanismos para la comunicación a la autoridad sanitaria correspondiente de información importante para estudios epidemiológicos. (Obligatorio)
- 4.31 Se dispone de procedimientos para la prescripción, validación, dispensación y administración de medicamentos. (Obligatorio)
- 4.32 Se implantan sistemas automatizados de prescripción y dispensación de medicamentos. (Recomendable)
- 4.33 Se dispone de una guía farmacoterapéutica. (Obligatorio).
- 4.34 Se documenta la preparación de medicamentos en los servicios de farmacia. (Obligatorio)
- 4.35 Se implantan prácticas para el uso seguro de medicamentos. (Obligatorio)
- 4.39 Se emite un informe de alta con toda la información requerida. (Obligatorio)
- 4.40 Se emite un informe de cuidados de enfermería en el momento del alta. (Recomendable)
- 4.42 Se dispone de un procedimiento para proteger a pacientes en casos de violencia de género u otros. (Obligatorio)
- 4.48 Se dispone de programas de formación específicos para pacientes y cuidadores con el fin de conseguir su participación activa en las decisiones y los procesos de atención. (Recomendable)
- 4.55 El centro hospitalario promociona la donación voluntaria de sangre y sus fracciones, así como de órganos y tejidos. (Obligatorio)
- 4.58 Se desarrollan métodos de control de la actividad de las unidades de diálisis. (Obligatorio)
- 5.2-14 Se cuantifican y evalúan las hospitalizaciones potencialmente evitables. (Recomendable)
- 5.3-1 Se cuantifica y evalúa el impacto ambiental. (Recomendable)
- 5.4-1 Se cuantifica y evalúa la actividad realizada por el centro. (Obligatorio)

3. Se eliminan los estándares siguientes:

- 1.21 Los pactos de gestión tienen coherencia con el contrato de gestión o documento similar y disponen de indicadores que permiten demostrar su avance. (Recomendable)
- 1.26 Se incorpora a los procesos de revisión internos la información sobre las características sociodemográficas y las necesidades de salud de la población de su área de influencia y las oportunidades actuales y futuras. (Recomendable)
- 1.27 Se manifiesta la implicación del equipo directivo en el seguimiento y evaluación del plan estratégico. (Recomendable)
- 2.17 Se realiza una certificación de las competencias profesionales. (Recomendable)
- 3.13 Se dispone de un sistema de gestión de los recursos económicos que controla la gestión de riesgo, la reducción de costes, etc., a la vez que está alineado con los objetivos estratégicos. (Recomendable)
- 3.17 Se dispone de un sistema para la identificación y valoración de tecnologías emergentes. (Recomendable)
- 4.33 La organización dispone e implanta mecanismos de educación para pacientes y familiares. (Recomendable)
- 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)
- 5.4-4 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)

4. Se modifican de recomendable a obligatorio los estándares 1.22, 3.8 y 4.40, que quedan enumerados de la siguiente manera:

1.25 Los directivos de la organización participan en la elaboración y evaluación de un plan que garantice la continuidad asistencial intra e interniveles.

3.8 Se dispone de un programa de control de los aparatos y equipos de electromedicina.

4.56 Se dispone de un plan de desarrollo de la I+D+i.

5. Se modifica de obligatorio a recomendable:

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

Disposición adicional única

Numeración y orden de los estándares

La numeración y el orden de los estándares en el Programa de Acreditación de Hospitales Generales queda definido en el anexo de esta Orden.

Disposición final única

Entrada en vigor

La presente Orden entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el *Boletín Oficial de las Illes Balears*.

Palma, 23 de marzo de 2023

La consejera de Salud y Consumo

Patricia Gómez Picard

ANEXO

Programa de Acreditación de Hospitales Generales

Categoría I. Liderazgo y estrategia

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

1.2. Se elabora y comunica una política de calidad y seguridad desde un enfoque no punitivo y de mejora continuada. (Obligatorio)

1.3. Los directivos, jefes de servicio o unidad, responsables de enfermería y otros responsables de gestión de áreas fomentan iniciativas en materia de calidad y seguridad de pacientes. (Obligatorio)

1.4. Los directivos, jefes de servicio o unidad, responsables de enfermería y otros responsables de gestión de áreas se comprometen en la promoción en materia de seguridad de las personas que trabajan en la organización. (Obligatorio)

1.5. El equipo directivo se implica 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. El gerente o director médico o asistencial es el máximo responsable de la estructura organizativa. (Obligatorio)

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

1.9. Los directivos, jefes de servicio o unidad, responsables de enfermería y otros responsables de gestión de áreas de la organización participan 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 o unidad, responsables de enfermería y otros responsables de gestión de áreas promueven una cultura para la innovación, formación, comparación y mejora, etc. (Recomendable)

1.11. Los directivos participan en el desarrollo de un plan de emergencias y evacuación. (Obligatorio)

1.12. Los directivos, jefes de servicio o unidad, responsables de enfermería y otros responsables de gestión de áreas se implican y evalúan el cumplimiento de la normativa sobre Ley de Autonomía del Paciente y Ley Orgánica de Protección de Datos. (Obligatorio)

1.13. Los directivos, jefes de servicio o unidad, responsables de enfermería y otros responsables de gestión de áreas fomentan el uso de metodología basada en la evidencia científica y la evaluación de la variabilidad de la práctica clínica. (Obligatorio)



- 1.14. La organización fomenta la escucha de la «voz de los pacientes» y la opinión de los profesionales. (Obligatorio)
- 1.15. Los jefes de servicio o unidad, responsables de enfermería y otros responsables de gestión de áreas comunican los servicios y compromisos de calidad (ej.: cartas de compromisos). (Recomendable)
- 1.16. Los directivos, los jefes de servicio o unidad, responsables de enfermería y otros responsables de gestión de áreas impulsan la aportación de acciones de mejora surgidas desde las personas a su cargo. (Recomendable).
- 1.17. La organización dispone y evalúa un plan estratégico consensuado, en el que se tienen en cuenta las necesidades de salud de la población, satisfacción de los pacientes, satisfacción de los trabajadores, indicadores asistenciales, etc. (Obligatorio)
- 1.18. Los directivos, jefes de servicio o unidad, responsables de enfermería y otros responsables de gestión de áreas participan en la identificación de las expectativas y necesidades de todos los grupos de interés. (Obligatorio)
- 1.19. Se dispone de un plan de calidad y seguridad. (Obligatorio)
- 1.20. Se dispone de mecanismos para asegurar la participación activa de la ciudadanía. (Obligatorio)
- 1.21. Se desarrollan acciones de promoción de la salud y de hábitos saludables. (Obligatorio)
- 1.22. El centro hospitalario define y aplica una estrategia para la atención integral de los pacientes frágiles y vulnerables y de sus cuidadores con una mirada paliativa. (Obligatorio)
- 1.23. La organización dispone de un plan de humanización. (Obligatorio)
- 1.24. Se definen objetivos relativos a la calidad y seguridad de los pacientes con los profesionales de los servicios mediante pactos de gestión y se establecen indicadores para su seguimiento. (Recomendable)
- 1.25. Los directivos de la organización participan en la elaboración y evaluación de un plan que garantiza la continuidad asistencial intra e interniveles. (Obligatorio)
- 1.26. Se dispone de indicadores para monitorizar las estructuras, procesos y resultados clínicos y de gestión de la organización. (Obligatorio)
- 1.27. Se utilizan los resultados de los indicadores de calidad como elementos de mejora continuada. (Obligatorio)
- 1.28. Se incluyen los indicadores clave en el cuadro de mando del hospital para su evaluación y propuestas de mejora. (Obligatorio)
- 1.29. Se dispone y remite a la Consejería de Salud y Consumo un informe o memoria anual de actividades ligadas al marco de calidad o acreditación. (Obligatorio)
- 1.30. Se identifican, 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 en el que se analizan 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 e incentivación ligado al rendimiento. (Recomendable)
- 2.6 Se realizan encuestas de satisfacción autorizadas, comparables y representativas, y se comunican los resultados. (Obligatorio)
- 2.7 Se supera el porcentaje de trabajadores con discapacidad exigido por la normativa. (Recomendable)
- 2.8 Los empleados disponen de mecanismos que les permiten opinar sobre sus jefes o 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 estrés profesional y de atención a segundas víctimas. (Obligatorio).
- 2.11 Se dispone de un plan de lucha contra las agresiones a los profesionales. (Obligatorio)
- 2.12 Se identifican las titulaciones y especialidades de los profesionales sanitarios de la organización y se dispone de un procedimiento para su actualización. (Obligatorio)
- 2.13 Existe un plan de formación continuada. (Obligatorio)
- 2.14 Se dispone de una estrategia de formación sanitaria especializada y de pregrado. (Recomendable)
- 2.15 Se garantiza y fomenta el acceso de los profesionales a los programas de formación continuada sobre calidad. (Obligatorio)
- 2.16 Se dispone de un plan de formación e integración de los profesionales de nueva incorporación. (Obligatorio)
- 2.17 Se evalúa el impacto de los programas de formación y desarrollo de las personas. (Recomendable)
- 2.18 Se dispone 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 y reglamentos de aquellos órganos participativos con función asesora que permiten tratar aspectos como calidad, seguridad, bioética, etc. (Obligatorio)
- 2.21 Se dispone de un sistema de reconocimiento y recompensa para los profesionales que participan en la mejora de la calidad y en el cumplimiento de los objetivos. (Recomendable)
- 2.22 La organización dispone 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 dispone de recursos humanos necesarios para garantizar la presencia física durante el horario de asistencia. (Obligatorio)
- 2.25 Se dispone de sistemas de información que permiten controlar el absentismo y el grado de cobertura de la plantilla teórica.



(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 planifica 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 científicotécnica 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 incluyen 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 el que se define la señalización y la evacuación de los trabajadores y pacientes. (Obligatorio)
- 3.8 Se dispone de un programa de control de los aparatos y equipos de electromedicina. (Obligatorio)
- 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, etc.). (Obligatorio)
- 3.11 Se dispone de áreas de duelo para familiares y acompañantes. (Obligatorio)
- 3.12 Se dispone de un plan de mantenimiento del edificio y las instalaciones. (Obligatorio)
- 3.13 Se controlan las caducidades y condiciones de almacenamiento del material fungible y fármacos que se almacenan en las unidades. (Obligatorio)
- 3.14 Se dispone de un sistema de control y gestión de medicamentos, productos sanitarios y demás productos farmacéuticos que asegura la disponibilidad de existencias para prestar la asistencia sanitaria. (Obligatorio)
- 3.15 La organización dispone de un presupuesto anual de ingresos y gastos alineado con los objetivos. (Obligatorio)
- 3.16 Se asegura la transparencia de la organización en cuanto a la actividad y resultados asistenciales. (Recomendable).
- 3.17 Se identifican las condiciones de accesibilidad al centro (transporte público, plazas de aparcamiento de pago y gratuito, etc.). (Recomendable)
- 3.18 Dispone el centro de un plan de inversiones a corto, medio y largo plazo. (Recomendable)
- 3.19 Se dispone de una póliza vigente de seguro o autoseguro que cubre los riesgos de indemnizaciones en caso de siniestros y lesiones a usuarios por praxis profesional, negligencia o fallos en la organización. (Obligatorio)
- 3.20 Existen circuitos diferenciados para el transporte interno de material sucio y limpio. (Obligatorio)
- 3.21 Se dispone de medios que aseguran una continuidad del suministro de agua, energías y comunicaciones. (Obligatorio)
- 3.22 Se dispone de un plan para atender las necesidades de información propias y ajenas. (Obligatorio)
- 3.23 Se cumple la normativa vigente para la protección de datos de carácter personal. (Obligatorio)
- 3.24 Se dispone de un procedimiento para garantizar la seguridad de los bienes personales de los pacientes. (Obligatorio)
- 3.25 Se dispone de un plan de minimización del impacto ambiental. (Obligatorio)

Categoría IV. Metodología

- 4.1 Se dispone de una cartera de servicios identificada, comunicada y autorizada por la autoridad competente. (Obligatorio)
- 4.2 Se identifican los procesos, los procesos clave y los subprocesos de la organización, en los que se detalla el itinerario de los pacientes de las actividades de urgencias, actividad ambulatoria, hospitalización, atención quirúrgica y pruebas complementarias. (Recomendable)
- 4.3 Para los procesos clave, se identifican los elementos de entrada de los mismos, incluyendo la competencia profesional, documentación asociada, equipamiento a utilizar y requerimientos asociados al ambiente de trabajo. (Recomendable)
- 4.4 Se han identificado procesos asistenciales susceptibles de aplicar metodología de innovación de procesos. (Recomendable)
- 4.5 Se dispone e implanta un protocolo único para la identificación inequívoca de pacientes. (Obligatorio)
- 4.6 Durante el proceso asistencial se tiene identificada a la persona responsable de la atención. (Obligatorio)
- 4.7 Se dispone de procedimientos de acogida de los pacientes en las unidades de hospitalización. (Obligatorio)
- 4.8 Se asegura el cumplimiento de la Ley de Autonomía del Paciente en lo relativo al contenido y gestión de la historia clínica. (Obligatorio)
- 4.9 Se obtienen el consentimiento informado por escrito en los casos de intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, en los procedimientos que supongan riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente. (Obligatorio)
- 4.10 Se dispone de mecanismos que permiten identificar a los pacientes que han realizado una declaración de voluntades anticipadas. (Obligatorio)
- 4.11 Se dispone y está implantado un protocolo de atención a personas con necesidades paliativas. (Obligatorio)
- 4.12 Se dispone e implanta un protocolo para el manejo de pacientes con dolor. (Obligatorio)





- 4.13 Se dispone e implanta un protocolo de prevención de caídas de pacientes. (Obligatorio)
- 4.14 Se dispone e implanta un protocolo o guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de las lesiones por presión. (Obligatorio)
- 4.15 Se dispone e implanta un protocolo para la identificación y conciliación de tratamientos previos de los pacientes. (Obligatorio)
- 4.16 Se dispone e implantan procedimientos documentados para el control y aislamiento de pacientes. (Obligatorio)
- 4.17 Se dispone e implanta un procedimiento para la indicación de contención mecánica. (Obligatorio)
- 4.18 Se dispone de un plan de reducción de las infecciones. (Obligatorio)
- 4.19 Se dispone de procedimientos para la actuación ante posibles epidemias. (Obligatorio)
- 4.20 Se aplican las guías de práctica clínica del Sistema Nacional de Salud o autonómicas. (Recomendable)
- 4.21 Se dispone de un procedimiento del proceso quirúrgico. (Obligatorio)
- 4.22 Se documentan y desarrollan vías clínicas. (Recomendable)
- 4.23 Se aplican los estándares y recomendaciones del Sistema Nacional de Salud. (Recomendable)
- 4.24 Se implanta un sistema de gestión de la sangre y derivados. (Obligatorio)
- 4.25 Se dispone y está implantado un protocolo de traslado a otros hospitales de media o larga estancia u hospitales concertados. (Obligatorio)
- 4.26 Se minimiza el tiempo de respuesta en los procesos asistenciales prioritarios según la normativa aplicable. (Obligatorio)
- 4.27 Se dispone de un plan de gestión que asegura el cumplimiento de los registros sanitarios oficiales. (Obligatorio)
- 4.28 La organización dispone de mecanismos para la comunicación a la autoridad sanitaria correspondiente de información que sea importante para estudios epidemiológicos. (Obligatorio)
- 4.29 Se dispone de mecanismos de evaluación de la práctica asistencial. (Obligatorio)
- 4.30 Se dispone e implanta un protocolo que asegura un correcto almacenamiento y distribución de medicamentos. (Obligatorio)
- 4.31 Se dispone de procedimientos para la prescripción, validación, dispensación y administración de medicamentos. (Obligatorio)
- 4.32 Se implantan sistemas automatizados de prescripción y dispensación de medicamentos. (Recomendable)
- 4.33 Se dispone de una guía farmacoterapéutica. (Obligatorio)
- 4.34 Se documenta la preparación de medicamentos en los servicios de farmacia. (Obligatorio)
- 4.35 Se implantan prácticas para el uso seguro de medicamentos. (Obligatorio)
- 4.36 Se implanta un sistema de notificación y análisis de eventos adversos o incidentes, anónimo, no punitivo y ágil, y se trabaja con metodología de gestión de riesgos. (Obligatorio)
- 4.37 Se dispone y se implantan mecanismos de identificación y seguimiento de alergias e intolerancias de los pacientes. (Obligatorio)
- 4.38 Se codifican 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)
- 4.39 Se emite un informe de alta con toda la información requerida. (Obligatorio)
- 4.40 Se emite un informe de cuidados de enfermería en el momento del alta. (Recomendable)
- 4.41 Se identifican los procesos no asistenciales y los flujos de actividad y documentación o información asociados de los procesos que detallan la gestión de las citas, ingresos, programación quirúrgica y lista de espera, y de los procesos de apoyo asistencial. (Recomendable)
- 4.42 Se dispone de un procedimiento para proteger a pacientes en casos de violencia de género u otros. (Obligatorio)
- 4.43 Se introducen mejoras en los procesos basándose en las necesidades y expectativas de los pacientes o grupos de interés. (Obligatorio)
- 4.44 Se realizan auditorías periódicas para analizar los procesos definidos. (Recomendable)
- 4.45 Se dispone e implanta una sistemática para la elaboración, revisión y actualización de todos los protocolos asistenciales, guías de práctica clínica y procesos asistenciales. (Obligatorio)
- 4.46 Se dispone de un sistema de información y comunicación a pacientes y usuarios. (Obligatorio)
- 4.47 Se dispone e implanta un protocolo de información a pacientes y familiares. (Obligatorio)
- 4.48 Se dispone de programas de formación específicos para pacientes y cuidadores con el fin de conseguir su participación activa en las decisiones y los procesos de atención. (Recomendable)
- 4.49 Se dispone e implanta un protocolo de actuación para la información y comunicación de los pacientes con discapacidades sensoriales. (Obligatorio)
- 4.50 Se dispone e implanta un plan de atención telefónica. (Obligatorio)
- 4.51 Se facilita el acceso a la historia clínica a la ciudadanía. (Obligatorio)
- 4.52 Se realizan encuestas de satisfacción y experiencia de pacientes y ciudadanos mediante un sistema autorizado, validado y representativo. (Obligatorio)
- 4.53 Se dispone de otros medios distintos para obtener información relativa a la satisfacción de pacientes. (Recomendable)
- 4.54 Está establecido un sistema que permite a los pacientes y ciudadanos realizar sugerencias y reclamaciones. (Obligatorio)
- 4.55 El centro hospitalario promueve la donación voluntaria de sangre y sus fracciones, así como de órganos y tejidos. (Obligatorio)
- 4.56 Se dispone de un plan de desarrollo de la I+D+i. (Obligatorio)
- 4.57 Se han desarrollado métodos de control de la actividad desarrollada en los laboratorios. (Obligatorio)
- 4.58 Se han desarrollado métodos de control de la actividad de las unidades de diálisis. (Obligatorio)



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

Categoría V. Resultados

Resultados: 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 y evalúan 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: usuarios

- 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 globales y de determinados procedimientos. (Obligatorio)
- 5.2-9. Se cuantifica y evalúa la mortalidad global y la de determinados procedimientos. (Obligatorio)
- 5.2-10. Se cuantifica y evalúa la supervivencia después del cáncer. (Recomendable)
- 5.2-11. Se cuantifica y evalúa la supervivencia del trasplante de órganos a 1 y 3 años. (Recomendable)
- 5.2-12. Se cuantifican y evalúan las complicaciones y los resultados en cuanto a la seguridad del paciente. (Obligatorio)
- 5.2-13. Se cuantifica y evalúa la variabilidad de la práctica clínica y la pertinencia de determinados procedimientos. (Recomendable)
- 5.2-14. Se cuantifican y evalúan las hospitalizaciones potencialmente evitables. (Recomendable)

Resultados: sociedad

- 5.3-1 Se cuantifica y evalúa el impacto ambiental. (Recomendable)
- 5.3-2 Se cuantifica y evalúa el apoyo (económico, profesional, logístico, etc.) dado a organizaciones humanitarias. (Recomendable)
- 5.3-3 Se cuantifica y evalúa el apoyo (económico, profesional, logístico, etc.) dado a asociaciones de enfermos. (Recomendable)
- 5.3-4 Se cuantifican y evalúan los premios recibidos, los reconocimientos y las certificaciones relacionadas con la buena práctica asistencial. (Recomendable)
- 5.3-5 Se cuantifican y evalúan las quejas, las reclamaciones judiciales y las demandas patrimoniales presentadas por pacientes y familias, proveedores, asociaciones, etc. (Recomendable)
- 5.3-6 Se cuantifican y evalúan las apariciones y menciones en medios de comunicación nacional o local a consecuencia de las actividades relevantes. (Recomendable)
- 5.3-7 Se cuantifica y evalúa la labor de la organización en cuanto a la investigación. (Recomendable)

Resultados: clave

- 5.4-1 Se cuantifica y evalúa la actividad realizada por el centro. (Obligatorio)
- 5.4-2 Se cuantifica y evalúa la accesibilidad general a la asistencia prestada en los centros hospitalarios. (Obligatorio)
- 5.4-3 Se cuantifica y evalúa la estancia media. (Obligatorio)
- 5.4-4 Se cuantifica y evalúa la complejidad atendida en el centro hospitalario. (Obligatorio)
- 5.4-5 Se cuantifica y evalúa la gestión económica realizada por el centro. (Obligatorio)
- 5.4-6 Se cuantifica y evalúa la gestión del centro. (Recomendable)

