

**DECRET 46/2012, D'1 DE JUNY, PEL QUAL ES REGULA  
EL MARC DE QUALITAT DELS CENTRES, SERVEIS I ESTABLIMENTS  
SANITARIS, ES CREA LA COMISSIÓ AUTONÒMICA D'ACREDITACIÓ DE  
CENTRES SANITARIS DE LES ILLES BALEARS I S'APROVA EL PROGRAMA  
D'ACREDITACIÓ DELS HOSPITALS GENERALS<sup>1</sup>**

*(BOIB núm. 82, de 7 de juny de 2012)*

La Constitució espanyola, en l'article 43, reconeix a tots els ciutadans el dret a la protecció de la salut i responsabilitza els poders públics de l'organització i la tutela de la salut pública.

La Llei 14/1986, de 25 d'abril, general de sanitat, estableix en l'article 29 que els centres i els establiments sanitaris, sigui quin sigui el seu nivell i la seva categoria o titular, necessiten autorització administrativa prèvia per a la seva instal·lació i funcionament, com també per a les modificacions que respecte de la seva estructura i règim inicial es puguin establir.

Per una part, la Llei esmentada, en l'article 90, estableix que les administracions públiques sanitàries, en l'àmbit de les seves respectives competències, poden establir concerts per a la prestació de serveis sanitaris amb mesures que els són alienes. A aquests efectes, la Llei determina que són les administracions públiques les que han de fixar els requisits i les condicions mínimes, bàsiques i comunes, aplicables als concerts esmentats, com també que els centres sanitaris susceptibles de ser concertats han de ser prèviament homologats per les administracions públiques, d'acord amb un protocol definit per l'administració competent, que pot ser revisat periòdicament.

D'altra banda, la Llei 16/2003, de 28 de maig, de cohesió i qualitat del sistema nacional de salut, en l'article 2, recull com un dels seus principis informadors la prestació d'una atenció integral a la salut, comprensiva tant de la seva promoció com de la prevenció de malalties, de l'assistència i de la rehabilitació, procurant un alt nivell de qualitat. Així mateix, l'article 59 consagra el principi que la millora de la qualitat del sistema sanitari en conjunt ha de presidir les actuacions de les institucions sanitàries públiques i privades. Així, en els articles 28.1 i 29 disposa que les comunitats autònomes han de garantir la qualitat de les prestacions, i que aquestes garanties de qualitat són aplicables a tots els centres, públics i privats, i és responsabilitat de les administracions públiques sanitàries vetlar pel seu compliment.

En l'àmbit autonòmic, l'Estatut d'autonomia de 2007, en l'article 30.48, reconeix la competència exclusiva per a l'organització, el funcionament i el control dels centres

---

<sup>1</sup> Aquest Decret, així com el seu títol, s'han vist afectats pel Decret 47/2013, de 18 d'octubre ([BOIB núm. 147, de 26 d'octubre de 2013](#)), pel Decret 8/2015, de 6 de març ([BOIB núm. 33, de 7 de març de 2015](#)), i per l'Ordre 8/2023 de la consellera de Salut i Consum de 21 de març de 2023 per la qual es modifica el Programa d'Acreditació d'Hospitals Generals, inclòs en l'annex del Decret 46/2012, d'1 de juny ([BOIB núm. 38, de 25 de març de 2023](#)).

sanitaris públics i dels serveis de salut, com també la coordinació de la sanitat privada amb el sistema sanitari públic.

També la Llei 5/2003, de 4 d'abril, de salut de les Illes Balears, estableix en l'article 26 que el sistema sanitari públic de les Illes Balears té com a fins primordials, entre d'altres, la prestació d'una atenció integral de la salut per procurar alts nivells de qualitat degudament controlats i avaluats, com també l'establiment de programes de millora contínua de la qualitat en la prestació dels serveis sanitaris, a la qual cosa l'article 34 afegeix que l'Administració sanitària ha de vetlar pel compliment d'aquests programes pels serveis i els centres assistencials.

L'establiment dels plans de qualitat sanitària, la definició d'estàndards i dels criteris de qualitat i dels sistemes d'avaluació i acreditació dels centres sanitaris correspon a la Direcció General de Salut Pública i Consum, segons el Decret 12/2011, de 18 de juny, del president de les Illes Balears, pel qual s'estableixen les competències i l'estructura orgànica bàsica de les conselleries de l'Administració de la Comunitat Autònoma de les Illes Balears, i l'Ordre d'11 d'abril de 2002, que determina les funcions de la Conselleria de Salut, Família i Benestar Social.

La finalitat d'aquest Decret és regular el procediment formal d'acreditació sanitària, a la comunitat autònoma de les Illes Balears, dels centres sanitaris, amb l'objecte de certificar i garantir als ciutadans uns nivells adequats de qualitat i seguretat en les prestacions que s'hi realitzin i, a més, disposar d'una eina per al desenvolupament dels objectius establerts en el II Pla Estratègic de Qualitat del Govern de les Illes Balears 2007-2014, com també altres plans que, en el futur, estan relacionats amb la matèria. Així mateix, constitueix l'objecte d'aquest Decret, com un primer pas dins el procés d'acreditació de centres sanitaris, l'aprovació del corresponent programa d'acreditació dels hospitals.

D'altra banda, i amb la finalitat d'assegurar el coneixement generalitzat per tots els ciutadans dels centres i dels establiments acreditats per la Conselleria de Salut i Consum, com també el seu grau d'acreditació sanitària, es modifica el Registre de Centres, Serveis i Establiments Sanitaris, en què s'ha de practicar l'assentament de les resolucions corresponents.

Finalment, es crea la Comissió Autonòmica d'Acreditació de Centres i Serveis Sanitaris de les Illes Balears, com a òrgan col·legiat amb funcions d'assessorament i proposta en relació amb els estàndards i els indicadors de referència que han de regir l'acreditació sanitària i que han de ser homologats amb els establerts en l'àmbit estatal i europeu, a fi d'aconseguir el reconeixement nacional i internacional dels nostres centres sanitaris.

Per tot això, a proposta de la consellera de Salut, Família i Benestar Social, d'acord amb el Consell Consultiu de les Illes Balears, amb el dictamen previ del Consell Econòmic i Social, i havent-ho considerat el Consell de Govern en la sessió de dia 1 de juny 2012,

## **DECRET**

### **CAPÍTOL I DISPOSICIONS GENERALS**

#### **Article 1. Objecte i àmbit d'aplicació**

1. Aquest Decret té per objecte:

- a) Regular el procediment d'acreditació sanitària basat en l'autoavaluació interna, que promogui la participació dels professionals, la millora contínua i l'avaluació final externa d'acord amb estàndards i indicadors prèviament establerts aplicables als centres i als establiments sanitaris, públics i privats, del sistema sanitari de la comunitat autònoma de les Illes Balears.

Tot això a fi de canalitzar les estratègies de qualitat en matèria sanitària mitjançant l'aprovació dels corresponents programes d'acreditació sanitària.

- b) Crear la Comissió Autonòmica d'Acreditació de Centres Sanitaris de les Illes Balears, com a òrgan col·legiat adscrit a la Direcció General de Salut Pública i Consum de la Conselleria de Salut, Família i Benestar Social.

2. L'àmbit d'aplicació del Decret el constitueixen els centres i els establiments sanitaris, públics i privats, del sistema sanitari de la comunitat autònoma de les Illes Balears, d'acord amb la classificació i les definicions establertes en els annexos I i II del Reial decret 1277/2003, de 10 d'octubre, que estableix les bases generals sobre autorització de centres i establiments sanitaris.

#### **Article 2. Exclusions**

Queden exclosos de l'àmbit d'aplicació d'aquest Decret els centres i els establiments que s'indiquen a continuació, els quals s'han de regir per la seva normativa específica:

- a) Les oficines de farmàcia, les farmàcies i els establiments dedicats a la distribució, la importació, l'elaboració o la fabricació, si escau, de medicaments o productes sanitaris.
- b) Els serveis i les unitats tècniques de protecció radiològica, com també la certificació de programes de garantia de qualitat en instal·lacions de radiodiagnòstic, radioteràpia i medicina nuclear.
- c) Les consultes mèdiques i les consultes d'altres professionals sanitaris.
- d) Els serveis de prevenció de riscos laborals.
- e) Els centres sanitaris dedicats a la pràctica d'activitats d'extracció i trasplantaments d'òrgans o teixits.
- f) Els centres d'interrupció voluntària de l'embaràs.
- g) Els centres de reconeixement destinats a verificar les aptituds psicofísiques dels conductors.
- h) Tots els centres, serveis i establiments sanitaris per als quals la seva normativa específica d'aplicació estableixi un procediment concret.

### **Article 3. Definicions**

Als efectes d'aquest Decret s'estableixen les definicions de les eines de mesurament de la qualitat següents:

- a) Autoavaluació de la qualitat sanitària: procés pel qual un centre, servei o establiment sanitari fa, pels seus propis professionals, una valoració global, sistemàtica i periòdica de les seves activitats i resultats, d'acord amb uns requisits prèviament establerts, i que culmina amb la formalització del corresponent informe d'autoavaluació.
- b) Acreditació: reconeixement administratiu del nivell de qualitat d'un centre sanitari, després de l'avaluació externa i independent d'aquest, feta d'acord amb estàndards i indicadors de referència establerts prèviament en el corresponent programa d'acreditació sanitària.
- c) Avaluació: comprovació que les activitats desenvolupades han proporcionat els efectes desitjats.
- d) Manual d'autoavaluació: guia que recull, segons sigui el cas, els aspectes, les accions, les responsabilitats, els indicadors i les fórmules, etc., exigibles a cadascun dels estàndards que formen els programes d'acreditació, i són aquests els criteris emprats per a la seva avaluació.
- e) Marc de qualitat: conjunt de requisits, mètodes, indicadors, extrets de directrius legals, plans estratègics, bones pràctiques, etc., que englobin la gestió de la qualitat en uns marges que permetin la comparació de resultats i procediments.

### **Article 4. Graus d'acreditació sanitària**

1. L'acreditació sanitària de centres, serveis i establiments sanitaris inclosos en l'àmbit d'aplicació d'aquest Decret es fa d'acord amb els estàndards i els indicadors que es determinen en els corresponents programes d'acreditació sanitària que s'aproven. En cada programa només són d'aplicació els estàndards relatius a la cartera de serveis que tengui autoritzada cada centre, o els relatius a l'activitat desenvolupada, en el cas d'establiments.

2. L'òrgan competent pot concedir l'acreditació sanitària en algun dels graus següents:

- a) Acreditació sanitària de nivell I.
- b) Acreditació sanitària de nivell II.
- c) Acreditació sanitària de nivell III.

3. Per a l'obtenció dels diferents graus d'acreditació sanitària, és necessari el compliment dels estàndards següents:

- a) Grau d'acreditació sanitària de nivell I: és necessari el compliment del 100 % dels estàndards obligatoris.<sup>2</sup>
- b) Grau d'acreditació sanitària de nivell II: és necessari el compliment del 100 % dels estàndards obligatoris i un percentatge superior al 50 % i fins al 75 % dels estàndards recomanables.

---

<sup>2</sup> Aquest apartat ha estat modificat pel Decret 8/2015, de 6 de març, esmentat en la nota 1.

- c) Grau d'acreditació sanitària de nivell III: és necessari el compliment del 100 % dels estàndards obligatoris i, com a mínim, més del 75 % dels estàndards recomanables.
- 4. Els estàndards s'han d'entendre complerts quan, a la vegada, el centre, el servei o l'establiment sanitari compleixi els diferents criteris d'avaluació o els indicadors vinculats als estàndards de resultat que es detallen en els corresponents manuals d'avaluació.

#### **Article 5. Programes, estàndards i indicadors d'acreditació sanitària**

- 1. La consellera de Salut, Família i Benestar Social, a proposta de la Comissió Autònoma d'Acreditació Sanitària, i d'acord amb el marc de qualitat de la Conselleria, ha d'aprovar i publicar, mitjançant una ordre, els diferents programes d'acreditació sanitària.
- 2. Els programes d'acreditació sanitària comprenen els estàndards i els indicadors que, definits per a un determinat conjunt de centres o establiments sanitaris, serveixen de base al procés d'acreditació sanitària i les recomanacions tècniques que són d'aplicació per dur a terme el procediment d'acreditació esmentat.
- 3. Els estàndards i els indicadors estan agrupats en diverses categories inspirades en el model d'excel·lència.
- 4. Els estàndards, que han de ser tant de caràcter obligatori com recomanable, són el conjunt d'expectatives predeterminades per l'autoritat competent que descriu el nivell acceptable d'actuació d'una organització.
- 5. Els indicadors es defineixen com la mesura objectiva d'un paràmetre que, al llarg del temps, proporciona la informació necessària sobre un procés o un producte relacionat amb la qualitat, el rendiment, la sostenibilitat, la seguretat, etc.

### **CAPÍTOL II**

#### **AUTOAVALUACIÓ I PROCEDIMENT D'ACREDITACIÓ SANITÀRIA**

#### **Article 6. Obtenció de nivells de qualitat<sup>3</sup>**

- 1. Els centres, serveis i establiments sanitaris inclosos en l'àmbit d'aplicació d'aquest Decret dependents del Servei de Salut de les Illes Balears s'han de sotmetre, tenint en compte els programes d'acreditació respectius, al procediment d'acreditació corresponent per a l'obtenció, com a mínim, del grau d'acreditació sanitària de nivell I. Aquesta mateixa obligació és exigible als centres d'atenció especialitzada que es vinculin al Servei de Salut mitjançant la subscripció d'un conveni singular.
- 2. L'obtenció dels diferents nivells de qualitat que preveu aquest Decret per part dels centres, serveis o establiments sanitaris privats s'ha de tenir en compte com a mèrit en els procediments de contractació per a la formalització de concerts que tramiti el Servei de Salut de les Illes Balears. S'han d'establir diferents puntuacions, de manera que els nivells superiors de qualitat donin lloc a una puntuació major.
- 3. En el cas dels serveis sanitaris que no requereixin unes instal·lacions i/o infraestructures físiques, ha de servir com a mèrit l'obtenció de nivells de qualitat sanitària

---

<sup>3</sup> Aquest article ha estat modificat pel Decret 8/2015, de 6 de març, esmentat en la nota 1.

d'acord amb la normativa d'altres estats membres de la Unió Europea o de la resta del territori nacional.

4. L'obtenció dels nivells de qualitat es pot fer una vegada que s'aprovin els diferents programes d'acreditació que serveixin de base per a l'acreditació de centres, serveis o establiments sanitaris inclosos en l'àmbit d'aplicació d'aquest Decret. Les ordres d'aprovació han de fixar els terminis dins dels quals els centres, serveis i establiments que depenen del Servei de Salut de les Illes Balears han d'obtenir l'acreditació, terminis que no poden ser inferiors a sis mesos, i també han de fixar, si escau, el règim transitori.

#### **Article 7. Autoavaluació de la qualitat sanitària**

1. Com a pas previ i preceptiu al procediment d'acreditació sanitària, el centre, servei o establiment sanitari s'ha de sotmetre a un procés d'autoavaluació per part dels propis professionals, amb l'objecte d'obtenir un diagnòstic sobre la seva situació i emprendre les accions de millora necessàries per garantir el compliment del nivell adequat dels estàndards d'acreditació sanitària.

L'informe resultant de l'autoavaluació ha de tenir una validesa de sis mesos des de la data en què es formalitzi.

2. La Direcció General de Salut Pública i Consum ha de posar a disposició dels interessats les eines informàtiques necessàries per fer l'autoavaluació, com també el manual d'autoavaluació amb les instruccions necessàries per a la seva execució, en el mateix moment en el qual s'aproven els diferents programes d'acreditació que serveixen de base per a l'acreditació de centres, serveis i establiments inclosos en l'àmbit d'aquest Decret.

3. Els resultats del procés d'autoavaluació tenen efectes interns per a l'ens sanitari del qual es tracta, excepte que s'iniciï el procediment d'acreditació de la qualitat sanitària.

4. El procés d'autoavaluació no ha de suposar en cap cas l'inici de cap procediment administratiu per al centre, servei o establiment sanitari.

#### **Article 8. Requisits per a l'acreditació sanitària**

1. Els centres, serveis i establiments sanitaris han de complir necessàriament les condicions i els requisits següents per poder obtenir la corresponent acreditació sanitària:

- a) Tenir l'autorització sanitària de funcionament i, si escau, la de les modificacions que s'hagin produït, la qual cosa s'ha de comprovar d'ofici.
- b) Estar degudament inscrits en el Registre de Centres, Serveis i Establiments Sanitaris de les Illes Balears, la qual cosa s'ha de comprovar d'ofici.
- c) Haver fet el procés d'autoavaluació, haver planificat les accions de millora necessàries i disposar de l'informe d'autoavaluació que ha de comprendre el resultat de l'autoavaluació i les accions de millora que s'han d'implantar.

2. No poden obtenir l'acreditació sanitària els centres o els establiments sanitaris que hagin estat sancionats amb caràcter ferm per la comissió d'una infracció greu o molt greu, d'acord amb el que preveu la Llei 5/2003, de 4 d'abril, de salut de les Illes Balears, o mentre que estiguin subjectes a alguna de les mesures cautelars previstes en aquesta Llei.

La Direcció General de Salut Pública i Consum ha de comprovar d'ofici que l'interessat no es troba en cap de les situacions esmentades en el paràgraf anterior.

3. La restricció prevista en l'apartat 2 d'aquest article ha d'operar:

- a) Mentre subsisteixin les circumstàncies que en cada cas la determina.
- b) En els supòsits de sanció per comissió d'infraccions greus, durant el termini de 6 mesos.
- c) En els supòsits de sanció per comissió d'infraccions molt greus, durant el termini d'un any, excepte que s'hagi acordat el tancament temporal o la suspensió temporal per un termini superior en el cas del qual s'ha d'atendre en el període fixat en la resolució que posi fi al procediment sancionador.

En els supòsits esmentats en els punts b) i c), s'ha d'exigir, a més, que es doni compliment a les sancions que s'han imposat.

#### **Article 9. Procediment per a l'obtenció de l'acreditació de la qualitat sanitària**

1. Una vegada feta l'autoavaluació, el titular o el representant legal del centre, servei o establiment sanitari interessat pot sol·licitar l'acreditació sanitària, i ha d'especificar el grau d'acreditació sanitària el reconeixement del qual s'insta.

2. La sol·licitud, adreçada al director general de Salut Pública i Consum, s'ha de presentar en el Registre General de la Conselleria de Salut, Família i Benestar Social o en qualsevol de les altres formes establertes en l'article 38.4 de la Llei 30/1992, de 26 de novembre, de règim jurídic de les administracions públiques i del procediment administratiu comú.

La sol·licitud d'acreditació sanitària ha de dur adjunta la documentació següent:

- a) Informe d'autoavaluació.
- b) El document acreditatiu de l'abonament de les taxes corresponents.
- c) Una altra documentació exigida reglamentàriament, en funció del tipus d'activitat que s'ha de desenvolupar i del programa que li sigui d'aplicació.

3. Una vegada revisada la documentació presentada, es pot requerir l'interessat perquè, en un termini no superior a 10 dies hàbils, esmeni les deficiències o les omissions trobades o hi annexi els documents preceptius, amb indicació que, si no ho fa així, es considera que desisteix de la seva petició, amb la notificació prèvia de la resolució corresponent.

#### **Article 10. Avaluació**

1. Una vegada rebuda la sol·licitud, s'ha de procedir a la comprovació del compliment dels estàndards i dels indicadors d'acreditació sanitària inclosos en els corresponents programes d'acreditació i altres requisits que hi siguin d'aplicació. Ateses aquestes comprovacions, s'ha d'emetre un informe tècnic d'avaluació, en el qual ha de quedar reflectida la situació del centre, servei o establiment sanitari, el nivell de compliment dels criteris i la proposta, si escau, d'acreditació sanitària. L'Administració ha de fer les comprovacions i emetre l'informe tècnic d'avaluació en un termini de tres mesos.

2. Les comprovacions assenyalades en l'apartat 1 d'aquest article i l'informe tècnic d'avaluació els ha de fer el personal de la Conselleria de Salut, Família i Benestar Social,

que pot ser assistit per experts designats per la Direcció General de Salut Pública i Consum, que han d'actuar amb independència de l'ens auditat.

3. La Direcció General de Salut Pública i Consum pot fer convocatòries per a la selecció d'experts, que han de ser designats per aquesta mateixa Direcció, amb la valoració prèvia de la seva idoneïtat per la Comissió Autònoma d'Accreditació de Centres Sanitaris de les Illes Balears.

4. En cas de ser apreciades anomalies o deficiències esmenables en els centres, els serveis o els establiments sanitaris sotmesos a acreditació sanitària, s'ha de concedir motivadament un termini per esmenar-les, que s'ha d'establir en relació amb la naturalesa d'aquestes i que no ha de ser superior a tres mesos.

5. Una vegada finalitzat l'informe tècnic d'avaluació, s'ha de concedir un tràmit d'audiència i donar als interessats un termini de 15 dies hàbils perquè efectuïn les al·legacions que estimin pertinents, d'acord amb el que preveu l'article 84 de la Llei 30/1992, de 26 de novembre, de règim jurídic i procediment administratiu comú.

#### **Article 11. Proposta de resolució**

Atès l'informe tècnic d'avaluació emès i atesa la documentació que consta a l'expedient, la Comissió Autònoma d'Accreditació de Centres Sanitaris de les Illes Balears, una vegada complert el tràmit d'audiència dels interessats segons el que preveu l'article 10, ha d'eleva la proposta de resolució al director general de Salut Pública i Consum perquè dicti la resolució corresponent.

#### **Article 12. Resolució**

1. El director general de Salut Pública i Consum ha de resoldre atorgant o denegant l'acreditació sanitària mitjançant una resolució que ha de ser notificada a l'interessat. En la resolució s'ha d'especificar el termini de vigència i el grau o el nivell concedit.

2. El director general de Salut Pública i Consum pot atorgar una acreditació condicionada, de manera que en la resolució es fixi un termini no superior a sis mesos per a l'esmena de determinats aspectes o l'execució d'un pla de millora. En el supòsit que l'esmena no es produeixi o no s'executi el pla de millora en el termini concedit, s'ha de dictar una resolució de revocació de l'acreditació.

3. L'acreditació s'entén atorgada sens perjudici de qualsevol altra autorització que en cada cas exigeix la normativa vigent.

4. El termini màxim per dictar i notificar la resolució ha de ser com a màxim de sis mesos, des de l'entrada de la sol·licitud en el Registre de la Conselleria de Salut, Família i Benestar Social. Aquest termini s'ha d'interrompre per les causes establertes en la legislació vigent.

5. Un cop transcorregut aquest termini màxim per dictar i notificar la resolució sense que aquesta s'hagi produït, els interessats poden entendre estimades per silenci administratiu les seves sol·licituds, d'acord amb el que disposa l'article 43.2 de la Llei 30/1992, de 26 de novembre, de règim jurídic de les administracions públiques i del procediment administratiu comú.



### **Article 13. Inscripció i identificació**

1. Les resolucions favorables s'han d'inscriure d'ofici en el Registre de Centres, Serveis i Establiments Sanitaris de la Comunitat Autònoma de les Illes Balears.

2. Una vegada feta la inscripció corresponent, l'òrgan competent ha d'emetre un document justificatiu de l'acreditació sanitària obtinguda per a la seva exposició en un lloc visible per al públic, de manera que els ciutadans puguin tenir coneixement que el centre, servei o establiment sanitari ha obtingut l'acreditació sanitària en el grau que correspongui.

### **Article 14. Vigència i renovació de l'acreditació sanitària**

1. L'acreditació sanitària s'ha d'atorgar per quatre anys i ha d'estar subjecta a les verificacions que es considerin oportunes. Quan aquest termini hagi vençut ha de ser objecte de renovació, d'acord amb el procediment establert per al seu atorgament inicial. La sol·licitud de renovació s'ha de formular amb una antelació mínima de sis mesos respecte de la data límit de la vigència.

2. A la sol·licitud de renovació s'ha d'annexar la documentació exigida per a la sol·licitud d'acreditació sanitària esmentada en l'article 9.2. No obstant això, no és necessari adjuntar a la sol·licitud de renovació els documents que ja consten en poder de l'Administració el contingut dels quals no hagi estat objecte de modificació.

3. Si no se sol·licita oportunament la renovació, l'Administració sanitària ha de requerir al centre o a l'establiment sanitari la sol·licitud de renovació i la documentació pertinent, i en cas de no presentar-la s'ha d'entendre la renúncia a la renovació. En aquest cas, l'òrgan competent, amb audiència prèvia de l'interessat, ha de dictar una resolució en què es declari la caducitat de l'acreditació sanitària. Aquesta resolució s'ha d'inscriure d'ofici en el Registre de Centres, Serveis i Establiments Sanitaris de la Comunitat Autònoma de les Illes Balears.

4. La resolució que acorda la caducitat de l'acreditació ha de ser notificada per l'òrgan competent al Servei de Salut de les Illes Balears.

5. *Sense contingut*<sup>4</sup>

6. Abans de dia 30 de març de cada any, els centres, els serveis i els establiments acreditats han de remetre a la Direcció General de Salut Pública i Consum un informe de les accions de millora que s'han desenvolupat en el darrer any, a més dels indicadors dels resultats. Els interessats han d'elaborar l'informe amb les eines informàtiques esmentades en l'article 7. Posteriorment, l'informe ha de ser revisat pels tècnics de la Direcció General i, en funció de la informació facilitada, s'han de fer les comprovacions pertinents.

### **Article 15. Revocació de l'acreditació sanitària**

1. Els centres, serveis i establiments sanitaris han de mantenir les condicions que hagin determinat l'atorgament de l'acreditació sanitària.

2. L'acreditació sanitària pot ser revocada durant el període de vigència del certificat pel director general de Salut Pública i Consum, amb la proposta motivada prèvia per part

---

<sup>4</sup> Aquest apartat ha estat suprimit pel Decret 8/2015, de 6 de març, esmentat en la nota 1.

de la Comissió Autònoma d'Accreditació Sanitària i amb l'audiència prèvia de l'interessat, quan es comprovi l'incompliment dels requisits i de les obligacions que han motivat el seu atorgament. La revocació acordada s'ha de notificar a l'interessat i s'ha d'inscriure d'ofici en el Registre de Centres, Serveis i Establiments Sanitaris de la Comunitat Autònoma de les Illes Balears.

3. La pèrdua de l'autorització de funcionament del centre, servei o establiment sanitari ha de ser causa de revocació de l'acreditació sanitària obtinguda.

4. La resolució que acorda la revocació de l'acreditació ha de ser notificada per l'òrgan competent al Servei de Salut de les Illes Balears.

5. *Sense contingut*<sup>5</sup>

### **CAPÍTOL III**

#### **COMISSIÓ AUTONÒMICA D'ACREDITACIÓ DE CENTRES SANITARIS DE LES ILLES BALEARS**

#### **Article 16. Naturalesa**

1. Es crea la Comissió Autònoma d'Accreditació de Centres Sanitaris de les Illes Balears, que es configura com l'òrgan col·legiat amb funcions de proposta, d'assessorament i d'emissió d'informes preceptius en matèria d'acreditació sanitària, adscrita a la Direcció General de Salut Pública i Consum de la Conselleria de Salut, Família i Benestar Social.

2. Aquest òrgan, en l'exercici de les seves funcions, disposa d'autonomia funcional i ha d'actuar amb plena independència i objectivitat i amb submissió als principis establerts en l'article 3 de la Llei 3/2003, de 26 de març, de règim jurídic de l'Administració de la Comunitat Autònoma de les Illes Balears, i en l'article 3 de la Llei 30/1992, de 26 de novembre, de règim jurídic i del procediment administratiu comú.

#### **Article 17. Funcions**

Corresponen a la Comissió Autònoma d'Accreditació de Centres Sanitaris les funcions següents:

1. Proposar els estàndards i els indicadors dels programes d'acreditació sanitària i les condicions generals necessàries per a l'acreditació sanitària dels centres, serveis i establiments sanitaris.
2. Proposar la millora, la revisió o la modificació dels estàndards i dels programes aprovats.
3. Emetre informes sobre propostes de disposicions relacionades amb l'acreditació sanitària de centres, serveis i establiments sanitaris.
4. Elevar al director general de Salut Pública i Consum la proposta de resolució en relació amb la concessió, renovació o revocació de l'acreditació sanitària del centre, servei o establiment sanitari que hi opta.

---

<sup>5</sup> Aquest apartat ha estat suprimit pel Decret 8/2015, de 6 de març, esmentat en la nota 1.

5. Fer aquelles altres funcions que li siguin encomanades per la Conselleria de Salut, Família i Benestar Social.

#### **Article 18. Composició**

1. La Comissió Autònoma d'Acreditació Sanitària ha d'estar composta pels membres següents:

- a) President: una persona nomenada per la consellera de Salut, Família i Benestar Social a proposta del director general de Salut Pública i Consum.
- b) Vicepresident: el cap del Servei d'Avaluació, Acreditació i Inspecció de la Direcció General de Salut Pública i Consum.
- c) Vocals: dos membres de la Direcció General de Salut Pública i Consum, designats pel seu titular; un membre de la Direcció General de Gestió Econòmica i Farmàcia, designat pel seu titular; dos membres del Servei de Salut de les Illes Balears amb competències relacionades amb l'acreditació sanitària, designats pel titular del Servei de Salut de les Illes Balears; un membre de l'àrea competent en matèria de qualitat en el Govern de les Illes Balears i un representant de les associacions d'entitats sanitàries, designat per la consellera de Salut, Família i Benestar Social d'entre els proposats per aquestes.
- d) Secretari: un funcionari del grup A1, llicenciat en dret, designat per la Direcció General de Salut Pública i Consum, que ha d'actuar amb veu però sense vot.

2. Els membres de la Comissió han de conservar la seva condició mentre ocupin el càrrec que n'ha motivat la designació.

3. La Comissió pot estar assistida, amb veu però sense vot, i amb la invitació prèvia del president d'aquesta, per representants de col·legis professionals de l'àmbit sanitari i per científics i experts de provada qualificació en matèria sanitària, vinculats o no a l'Administració autònoma, amb l'objecte d'informar sobre els temes que s'estimin d'interès en cada cas.

4. Així mateix, poden participar en la Comissió, amb veu però sense vot, amb la invitació prèvia del president d'aquesta, els experts que, si escau, hagin estat designats per assistir el personal de la Conselleria de Salut, Família i Benestar Social en l'elaboració de l'informe tècnic d'avaluació, en els termes establerts en l'article 10.

5. Els membres de la Comissió, fins i tot després de cessar en el càrrec, com també els assistents a les reunions, han de guardar secret de les informacions de caràcter confidencial i estan obligats a guardar reserva de les informacions, les dades, els informes o els antecedents que coneguin com a conseqüència de l'exercici del càrrec o de l'assistència a les reunions, sense que aquestes puguin ser comunicades a tercers o ser objecte de divulgació. S'exceptuen del compliment d'aquest deure els supòsits en què les lleis en permetin la comunicació o divulgació a tercers, quan aquesta sigui degudament autoritzada per la mateixa Comissió.

6. Els membres de la Comissió s'han d'abstenir d'intervenir en el procediment en els casos prevists en la Llei 30/1992, de 26 de novembre, de règim jurídic de les administracions públiques i del procediment administratiu comú, i en la Llei 3/2003, de 26 de març, de règim jurídic de l'Administració de la Comunitat Autònoma de les Illes Balears.

Així mateix, totes les persones interessades poden promoure la recusació dels membres de la Comissió en qualsevol moment de la tramitació, d'acord amb el que disposen les lleis esmentades.

#### **Article 19. Règim de funcionament**

El règim de funcionament, convocatòria i adopció d'acords s'ha de regir pel que estableix aquest Decret i, si no és possible, pel que estableix el capítol II del títol II de la Llei 30/1992, de 26 de novembre, de règim jurídic de les administracions públiques i del procediment administratiu comú, i per la Llei 3/2003, de 26 de març, de règim jurídic de l'Administració de la Comunitat Autònoma de les Illes Balears.

#### **Article 20. Subcomissions**

1. La Comissió Autònoma d'Acreditació Sanitària ha d'actuar en ple o en les subcomissions que es constitueixin.

2. En el si de la Comissió es poden crear les subcomissions que s'estimin necessàries per a l'estudi d'aspectes concrets en la matèria i, en general, per a la realització d'informes o propostes sobre els assumptes que específicament li encomani la Comissió Autònoma d'Acreditació Sanitària, d'acord amb les directrius i, si escau, en el termini que aquesta estableixi.

Els informes elaborats per les subcomissions que es creïn han de tenir efectes merament interns i, en cap cas, no han de substituir els informes que ha d'emetre la Comissió.

3. Les subcomissions han de tenir la composició i les funcions que s'estableixin per decisió de la Comissió Autònoma d'Acreditació Sanitària de les Illes Balears.

### **DISPOSICIONS ADDICIONALS**

#### **Disposició adicional primera. Constitució de la Comissió**

La Comissió Autònoma d'Acreditació Sanitària de les Illes Balears s'ha de constituir dins els tres mesos següents a l'entrada en vigor d'aquest Decret.

#### **Disposició adicional segona. Acreditació d'hospitals generals<sup>6</sup>**

L'acreditació dels hospitals generals s'ha de fer d'acord amb els estàndards i els indicadors que conté el Programa d'Acreditació Sanitària d'Hospitals Generals, inclòs en l'annex d'aquest Decret.

#### **Disposició adicional tercera. Obtenció de nivells superiors d'acreditació<sup>7</sup>**

*Sense contingut*

---

<sup>6</sup> Aquesta disposició ha estat modificada pel Decret 47/2013, de 18 d'octubre, esmentat en la nota 1.

<sup>7</sup> Aquesta disposició ha estat suprimida pel Decret 8/2015, de 6 de març, esmentat en la nota 1.

## **DISPOSICIÓ TRANSITÒRIA**

### **Disposició transitòria única<sup>8</sup>**

1. Els hospitals generals públics disposen d'un termini que acaba el 31 de desembre de 2018 per obtenir l'acreditació sanitària de nivell I. Els hospitals generals privats que es vulguin vincular a la xarxa pública han d'obtenir l'acreditació sanitària de nivell I en els mateixos termes que els hospitals generals públics.

2. Per als centres privats d'atenció especialitzada que en el moment de l'entrada en vigor d'aquest Decret estiguin vinculats a la xarxa sanitària pública de les Illes Balears mitjançant un conveni singular de vinculació, d'acord amb el Decret llei 3/2013, de 14 de juny, de creació de la Xarxa Hospitalària Pública de les Illes Balears i el procediment de vinculació de centres privats d'atenció especialitzada, així com per als que s'hi vulguin vincular en el futur, l'exigència d'obtenir l'acreditació sanitària de nivell I només serà efectiva quan s'aprovi el programa corresponent. En tot cas, les ordres d'aprovació dels programes han d'establir els terminis dins dels quals aquesta exigència serà efectiva, que no pot ser inferior en cap cas a sis mesos, com també, si escau, el règim transitori.

## **DISPOSICIONS FINALS**

### **Disposició final primera**

Es modifica l'apartat 5 de l'article 20 del Decret 100/2010, de 27 d'agost, pel qual es regula el procediment d'autorització sanitària dels centres, serveis i establiments sanitaris i el funcionament del Registre de Centres, Serveis i Establiments Sanitaris de les Illes Balears, que queda redactat de la manera següent:

Article 20

[...]

5. Les inscripcions registrals han de contenir com a mínim les dades següents:

- a) Denominació i tipus de centre.
- b) Dades identificatives de la persona titular del centre.
- c) Oferta assistencial.
- d) Data i grau d'acreditació sanitària.
- e) Renovació de l'acreditació sanitària.
- f) Revocació de l'acreditació sanitària.
- g) Caducitat de l'acreditació sanitària.

### **Disposició final segona**

1. S'autoritza la consellera de Salut, Família i Benestar Social per dictar les disposicions de desenvolupament d'aquesta norma que siguin necessàries.

2. Queda autoritzada expressament a substituir o modificar per ordre el programa d'acreditació sanitària d'hospitals que figura en l'annex d'aquest Decret.

---

<sup>8</sup> Aquesta disposició ha estat modificada pel Decret 8/2015, de 6 de març, esmentat en la nota 1.

### **Disposició final tercera**

Aquest Decret entra en vigor l'endemà d'haver-se publicat en el *Butlletí Oficial de les Illes Balears*.

## **ANNEX PROGRAMA D'ACREDITACIÓ D'HOSPITALS GENERALS<sup>9</sup>**

### **Categoria I: lideratge i estratègia**

- 1.1. Es disposa i es comunica la missió, la visió i els valors de l'organització. (Obligatori)
- 1.2. S'elabora i es comunica una política de qualitat i seguretat des d'un enfocament no punitiu i de millora continuada. (Obligatori)
- 1.3. Els directius, els caps de servei o unitat, els responsables d'infermeria i altres responsables de gestió d'àrees fomenten iniciatives en matèria de qualitat i seguretat de pacients. (Obligatori)
- 1.4. Els directius, els caps de servei o unitat, els responsables d'infermeria i altres responsables de gestió d'àrees es comprometen en la promoció en matèria de seguretat de les persones que treballen en l'organització. (Obligatori)
- 1.5. L'equip directiu s'implica en activitats encaminades a la responsabilitat social corporativa. (Recomanable)
- 1.6. Hi ha una estructura organitzativa que defineix, revisa i actualitza de forma sistemàtica la política de qualitat i seguretat. (Obligatori)
- 1.7. El gerent o el director mèdic o assistencial és el màxim responsable de l'estructura organitzativa. (Obligatori)
- 1.8. Es defineixen les responsabilitats en els diferents processos que tenen lloc a l'organització. (Recomanable)
- 1.9. Els directius, els caps de servei o unitat, els responsables d'infermeria i altres responsables de gestió d'àrees de l'organització participen en el reconeixement dels professionals que s'impliquen en la millora de la qualitat i seguretat dels pacients. (Recomanable)
- 1.10. Els directius, els caps de servei o unitat, els responsables d'infermeria i altres responsables de gestió d'àrees promouen una cultura per a la innovació, la formació, la comparació i millora, etc. (Recomanable)
- 1.11. Els directius participen en el desenvolupament d'un pla d'emergències i d'evacuació. (Obligatori)
- 1.12. Els directius, els caps de servei o unitat, els responsables d'infermeria i altres responsables de gestió d'àrees s'impliquen i avaluen el compliment de la normativa

---

<sup>9</sup> Aquest títol ha estat modificat pel Decret 47/2013, de 18 d'octubre, esmentat en la nota 1. Posteriorment, aquest Annex ha estat modificat per l'Ordre 8/2023 de la consellera de Salut i Consum de 21 de març, també esmentada en la nota 1. La numeració i l'ordre dels estàndards que recull aquest Annex ([BOIB núm. 38, de 25 de març de 2023](#)), queden definides per l'esmentada Ordre 8/2023.

- sobre la Llei d'autonomia del pacient i la Llei orgànica de protecció de dades. (Obligatori)
- 1.13. Els directius, caps de servei o unitat, responsables d'infermeria i altres responsables de gestió d'àrees fomenten l'ús de metodologia basada en l'evidència científica i l'avaluació de la variabilitat de la pràctica clínica. (Obligatori)
  - 1.14. L'organització fomenta l'atenció a la «veu dels pacients» i l'opinió dels professionals. (Obligatori)
  - 1.15. Els caps de servei o unitat, els responsables d'infermeria i altres responsables de gestió d'àrees comuniquen els serveis i els compromisos de qualitat (ex.: cartes de compromisos). (Recomanable)
  - 1.16. Els directius, els caps de servei o unitat, els responsables d'infermeria i altres responsables de gestió d'àrees impulsen l'aportació d'accions de millora que sorgeixen de les persones al seu càrrec. (Recomanable)
  - 1.17. L'organització disposa i avalua un pla estratègic consensuat, en què es tenen en compte les necessitats de salut de la població, la satisfacció dels pacients, la satisfacció dels treballadors, els indicadors assistencials, etc. (Obligatori)
  - 1.18. Els directius, els caps de servei o unitat, els responsables d'infermeria i altres responsables de gestió d'àrees participen en la identificació de les expectatives i necessitats de tots els grups d'interès. (Obligatori)
  - 1.19. Es disposa d'un pla de qualitat i seguretat. (Obligatori)
  - 1.20. Es disposa de mecanismes per assegurar la participació activa de la ciutadania. (Obligatori)
  - 1.21. Es desenvolupen accions de promoció de la salut i d'hàbits saludables. (Obligatori)
  - 1.22. El centre hospitalari defineix i aplica una estratègia per a l'atenció integral dels pacients fràgils i vulnerables i dels seus cuidadors amb una mirada pal·liativa. (Obligatori)
  - 1.23. L'organització disposa d'un pla d'humanització. (Obligatori)
  - 1.24. Es defineixen objectius relatius a la qualitat i la seguretat dels pacients amb els professionals dels serveis mitjançant pactes de gestió i s'estableixen indicadors per al seguiment d'aquests. (Recomanable)
  - 1.25. Els directius de l'organització participen en l'elaboració i l'avaluació d'un pla que garanteix la continuïtat assistencial intranivells i internivells. (Obligatori)
  - 1.26. Es disposa d'indicadors per monitorar les estructures, els processos i els resultats clínics i de gestió de l'organització. (Obligatori)
  - 1.27. S'utilitzen els resultats dels indicadors de qualitat com a elements de millora continuada. (Obligatori)
  - 1.28. S'inclouen els indicadors clau en el quadre de comandament de l'hospital per a l'avaluació i les propostes de millora. (Obligatori)
  - 1.29. Es disposa i es remet a la Conselleria de Salut i Consum un informe o memòria anual d'activitats lligades al marc de qualitat o acreditació. (Obligatori)
  - 1.30. S'identifiquen, conforme a l'estratègia, els processos clau de l'organització. (Recomanable)

## **Categoria II: persones**

- 2.1 Es disposa i es comunica a l'organització una política de recursos humans adequada per a la prestació d'una assistència de qualitat. (Obligatori)
- 2.2 Es disposa d'un pla de recursos humans en què s'analitzen les necessitats actuals i futures de recursos humans, tenint en compte les necessitats i les expectatives dels grups d'interès. (Recomanable)
- 2.3 Es defineixen els perfils professionals i les competències necessàries per dispensar la millor assistència. (Obligatori)
- 2.4 Es disposa d'un sistema d'avaluació de l'acompliment. (Recomanable)
- 2.5 Es disposa d'un sistema de retribució i incentivació lligat al rendiment. (Recomanable)
- 2.6 Es duen a terme enquestes de satisfacció autoritzades, comparables i representatives, i se'n comuniquen els resultats. (Obligatori)
- 2.7 Se supera el percentatge de treballadors amb discapacitat exigida per la normativa. (Recomanable)
- 2.8 Es disposa de mecanismes per als treballadors que els permetin opinar sobre els seus caps i directius. (Recomanable)
- 2.9 Es disposa d'un reglament de règim interior aprovat i conegut. (Obligatori)
- 2.10 Es disposa d'un pla actualitzat de prevenció de riscos laborals i estrès professional i d'atenció a segones víctimes. (Obligatori).
- 2.11 Es disposa d'un pla de lluita contra les agressions als professionals. (Obligatori)
- 2.12 S'identifiquen les titulacions i especialitats dels professionals sanitaris de l'organització i es disposa d'un procediment per actualitzar-les. (Obligatori)
- 2.13 Es disposa d'un pla de formació continuada. (Obligatori)
- 2.14 Es disposa d'una estratègia de formació sanitària especialitzada i de pregrau. (Recomanable)
- 2.15 Es garanteix i es fomenta l'accés dels professionals als programes de formació continuada sobre qualitat. (Obligatori)
- 2.16 Es disposa d'un pla de formació i d'integració dels professionals de nova incorporació. (Obligatori)
- 2.17 S'avalua l'impacte dels programes de formació i desenvolupament de les persones. (Recomanable)
- 2.18 Es disposa de mecanismes de comunicació interna ascendent i descendent. (Obligatori)
- 2.19 Es fomenten estructures i mecanismes de participació dels professionals en la definició dels objectius. (Obligatori)
- 2.20 Es disposa de comissions i reglaments d'aquells òrgans participatius amb funció assessora que permeten tractar aspectes com la qualitat, la seguretat, la bioètica, etc. (Obligatori)
- 2.21 Es disposa d'un sistema de reconeixement i recompensa per als professionals que participen en la millora de la qualitat i en el compliment dels objectius. (Recomanable)



- 2.22 L'organització disposa de mecanismes de sanció. (Recomanable).
- 2.23 Hi ha establert i s'aplica un sistema de beneficis socials i altre tipus de beneficis per als treballadors. (Recomanable)
- 2.24 Es disposa de recursos humans necessaris per garantir la presència física durant l'horari d'assistència. (Obligatori)
- 2.25 Es disposa de sistemes d'informació que permeten controlar l'absentisme i el grau de cobertura de la plantilla teòrica. (Obligatori)

### **Categoria III: aliances i recursos**

- 3.1 Es disposa d'una política per a l'establiment d'aliances amb altres organitzacions. (Obligatori)
- 3.2 L'organització planifica les activitats de comparació de l'activitat assistencial (*benchmarking*) per tal de permetre la comparabilitat externa. (Recomanable)
- 3.3 Es disposa d'un procediment per a l'adquisició de material, basat en l'evidència científicotècnica i en la seguretat. (Obligatori)
- 3.4 Es disposa d'una sistemàtica per assegurar la certificació de qualitat dels productes sanitaris. (Obligatori)
- 3.5 Es disposa d'un pla per a la millora de les relacions amb els proveïdors. (Recomanable)
- 3.6 S'inclouen com a elements indispensables en les compres de mobiliari els sistemes de seguretat i de contenció per prevenir les lesions dels pacients. (Obligatori)
- 3.7 Es disposa d'un pla de seguretat actualitzat per a l'edifici en relació amb les catàstrofes (incendi, explosió, etc.) en què es defineix la senyalització i l'evacuació dels treballadors i dels pacients. (Obligatori)
- 3.8 Es disposa d'un programa de control dels aparells i dels equips d'electromedicina. (Obligatori)
- 3.9 Es dissenya el centre tenint en compte els criteris d'accessibilitat, adaptabilitat i seguretat dels usuaris, familiars i personal. (Obligatori)
- 3.10 Es dissenyen els nous espais de manera que faciliten la intimitat, la confidencialitat i el confort (temperatura, humitat, qualitat de l'aire, lluminositat, etc.). (Obligatori)
- 3.11 Es disposa d'àrees de dol per a familiars i acompanyants. (Obligatori)
- 3.12 Es disposa d'un pla de manteniment de l'edifici i les instal·lacions. (Obligatori)
- 3.13 Es controlen les caducitats i les condicions d'emmagatzematge del material fungible i fàrmacs que s'emmagatzemen a les unitats. (Obligatori)
- 3.14 Es disposa d'un sistema de control i gestió de medicaments, productes sanitaris i altres productes farmacèutics que assegura la disponibilitat d'existències per prestar l'assistència sanitària. (Obligatori)
- 3.15 L'organització disposa d'un pressupost anual d'ingressos i despeses alineat amb els objectius. (Obligatori)
- 3.16 S'assegura la transparència de l'organització quant a l'activitat i els resultats assistencials. (Recomanable)

- 3.17 S'identifiquen les condicions d'accessibilitat al centre (transport públic, places de pàrquing de pagament i gratuïtes, etc.). (Recomanable)
- 3.18 El centre disposa d'un pla d'inversions a curt, mitjà i llarg termini. (Recomanable)
- 3.19 Es disposa d'una pòlissa vigent d'assegurança o autoassegurança que cobreix els riscos d'indemnitzacions en cas de sinistres i lesions a usuaris per la praxi professional, negligència o errades en l'organització. (Obligatori)
- 3.20 Es disposa de circuits diferenciats per al transport intern de material brut i net. (Obligatori)
- 3.21 Es disposa de mitjans que assegurin una continuïtat del subministrament d'aigua, energies i comunicacions. (Obligatori)
- 3.22 Es disposa d'un pla per atendre les necessitats d'informació pròpies i alienes. (Obligatori)
- 3.23 Es compleix la normativa vigent per protegir les dades de caràcter personal. (Obligatori)
- 3.24 Es disposa d'un procediment per garantir la seguretat dels béns personals dels pacients. (Obligatori )
- 3.25 Es disposa d'un pla de minimització de l'impacte ambiental. (Obligatori)

#### **Categoria IV: metodologia**

- 4.1 Es disposa de la cartera de serveis identificada, comunicada i autoritzada per part de l'autoritat competent. (Obligatori)
- 4.2 S'identifiquen els processos, els processos clau i els subprocessos de l'organització, en què es detalla l'itinerari dels pacients de les activitats d'urgències, l'activitat ambulatoria, l'hospitalització, l'atenció quirúrgica i les proves complementàries. (Recomanable)
- 4.3 S'identifiquen, per als processos clau, els elements d'entrada d'aquests, incloent-hi la competència professional, la documentació associada, l'equipament que s'ha d'utilitzar i els requeriments associats a l'ambient de treball. (Recomanable)
- 4.4 S'identifiquen els processos assistencials susceptibles d'aplicar-hi una metodologia d'innovació de processos. (Recomanable)
- 4.5 Es disposa i s'implanta un protocol únic per a la identificació inequívoca de pacients. (Obligatori)
- 4.6 Durant el procés assistencial es té identificada la persona responsable de l'atenció. (Obligatori)
- 4.7 Es disposa de procediments d'acolliment dels pacients a les unitats d'hospitalització. (Obligatori)
- 4.8 S'assegura el compliment de la Llei d'autonomia del pacient pel que fa al contingut i a la gestió de la història clínica. (Obligatori)
- 4.9 S'obté el consentiment informat per escrit en els casos d'intervenció quirúrgica, procediments diagnòstics i terapèutics invasors i, en general, en els procediments

- que suposin riscos o inconvenients de notòria i previsible repercussió negativa sobre la salut del pacient. (Obligatori)
- 4.10 Es disposa de mecanismes que permetin identificar els pacients que han fet una declaració de voluntats anticipades. (Obligatori)
- 4.11 Es disposa i s'implanta un protocol d'atenció a persones amb necessitats pal·liatives. (Obligatori)
- 4.12 Es disposa i s'implanta un protocol per al maneig de pacients amb dolor. (Obligatori)
- 4.13 Es disposa i s'implanta un protocol de prevenció de caigudes de pacients. (Obligatori)
- 4.14 Es disposa i s'implanta un protocol o guia de pràctica clínica de prevenció i tractament de les lesions per pressió. (Obligatori)
- 4.15 Es disposa i s'implanta un protocol per a la identificació i conciliació de tractaments previs dels pacients. (Obligatori)
- 4.16 Es disposa i s'implanten procediments documentats per al control i l'aïllament de pacients. (Obligatori)
- 4.17 Es disposa i s'implanta un procediment per a la indicació de contenció mecànica. (Obligatori)
- 4.18 Es disposa d'un pla de reducció de les infeccions. (Obligatori)
- 4.19 Es disposa de procediments per a l'actuació davant possibles epidèmies. (Obligatori)
- 4.20 S'apliquen les guies de pràctica clínica del Sistema Nacional de Salut o autonòmiques. (Recomanable)
- 4.21 Es disposa i s'implanta un procediment del procés quirúrgic. (Obligatori)
- 4.22 Es documenten i es desenvolupen vies clíniques. (Recomanable)
- 4.23 S'apliquen els estàndards i les recomanacions del Sistema Nacional de Salut. (Recomanable)
- 4.24 S'implanta un sistema de gestió de la sang i dels derivats. (Obligatori)
- 4.25 Es disposa i s'implanta un protocol de trasllat a altres hospitals de mitjana o llarga estada o a hospitals concertats. (Obligatori)
- 4.26 Es minimitza el temps de resposta en els processos assistencials prioritaris segons la normativa aplicable. (Obligatori)
- 4.27 Es disposa d'un pla de gestió que asseguri el compliment dels registres sanitaris oficials. (Obligatori)
- 4.28 L'organització disposa de mecanismes per comunicar a l'autoritat sanitària corresponent la informació que sigui important per a estudis epidemiològics. (Obligatori)
- 4.29 Es disposa de mecanismes d'avaluació de la pràctica assistencial. (Obligatori)
- 4.30 Es disposa i s'implanta un protocol que assegura un correcte emmagatzematge i distribució de medicaments. (Obligatori)
- 4.31 Es disposa de procediments per prescriure, validar, dispensar i administrar medicaments. (Obligatori)
- 4.32 S'implanten sistemes automatitzats de prescripció i dispensació de medicaments. (Recomanable)
- 4.33 Es disposa d'una guia farmacoterapèutica. (Obligatori)

- 4.34 Es documenta la preparació de medicaments als serveis de farmàcia. (Obligatori)
- 4.35 S'implanten pràctiques per a l'ús segur de medicaments. (Obligatori)
- 4.36 S'implanta un sistema de notificació i anàlisi d'esdeveniments adversos o incidents, anònim, no punitiu i àgil, i es treballa amb metodologia de gestió de riscos. (Obligatori)
- 4.37 Es disposa i s'implanten mecanismes d'identificació i seguiment d'al·lèrgies i intoleràncies dels pacients. (Obligatori)
- 4.38 Es codifiquen tots els diagnòstics i procediments mitjançant la versió oficial que estableix el Comitè Tècnic del CMBD del Sistema Nacional de Salut, d'acord amb la normativa vigent aplicable. (Obligatori)
- 4.39 S'emet un informe d'alta amb tota la informació requerida. (Obligatori)
- 4.40 S'emet un informe de cures d'infermeria en el moment de l'alta. (Recomanable)
- 4.41 S'identifiquen els processos no assistencials i els fluxos d'activitat i documentació o informació associats dels processos que detallen la gestió de les cites, els ingressos, la programació quirúrgica i la llista d'espera i dels processos de suport assistencial. (Recomanable)
- 4.42 Es disposa d'un procediment per protegir pacients en casos de violència de gènere o altres. (Obligatori)
- 4.43 S'introdueixen millores en els processos d'acord amb les necessitats i expectatives dels pacients o grups d'interès. (Obligatori)
- 4.44 Es fan auditories periòdiques per analitzar els processos definits. (Recomanable)
- 4.45 Es disposa i s'implanta una sistemàtica per elaborar, revisar i actualitzar tots els protocols assistencials, guies de pràctica clínica i processos assistencials. (Obligatori)
- 4.46 Es disposa d'un sistema d'informació i de comunicació per a pacients i usuaris. (Obligatori)
- 4.47 Es disposa i s'implanta un protocol d'informació a pacients i a familiars. (Obligatori)
- 4.48 Es disposa de programes de formació específics per a pacients i cuidadors amb la finalitat d'aconseguir-ne la participació activa en les decisions i els processos d'atenció. (Recomanable)
- 4.49 Es disposa i s'implanta un protocol d'actuació per a la informació i comunicació dels pacients amb discapacitats sensorials. (Obligatori)
- 4.50 Es disposa i s'implanta un pla d'atenció telefònica. (Obligatori)
- 4.51 Es facilita l'accés a la història clínica a la ciutadania. (Obligatori)
- 4.52 Es fan enquestes de satisfacció i experiència de pacients i ciutadans mitjançant un sistema autoritzat, validat i representatiu. (Obligatori)
- 4.53 Es disposa d'altres mitjans per obtenir informació relativa a la satisfacció de pacients. (Recomanable)
- 4.54 Hi ha establert un sistema que permet a pacients i ciutadans fer suggeriments i reclamacions. (Obligatori)
- 4.55 El centre hospitalari promociona la donació voluntària de sang i les fraccions d'aquesta, així com la d'òrgans i teixits. (Obligatori)
- 4.56 Es disposa d'un pla de desenvolupament de l'R+D+I. (Obligatori)

- 4.57 Es desenvolupen mètodes de control de l'activitat desenvolupada als laboratoris. (Obligatori)
- 4.58 Es desenvolupen mètodes de control de l'activitat de les unitats de diàlisi. (Obligatori)
- 4.59 Es disposa de mitjans que assegurin una alimentació adequada i segura per a l'atenció al pacient i que reculli aspectes dietètics, culturals, religiosos, etc., i que té en compte l'estat de salut i el risc de malnutrició del pacient. (Obligatori)

### **Categoria V: resultats**

#### **Resultats: persones**

- 5.1-1. Es quantifiquen i s'avaluen els recursos humans de l'organització. (Obligatori)
- 5.1-2. Es quantifica i s'avalua la participació i la satisfacció dels treballadors. (Recomanable)
- 5.1-3. Es quantifica i s'avalua l'absentisme i les baixes laborals. (Obligatori)
- 5.1-4. Es quantifiquen i s'avaluen els accidents laborals. (Obligatori)
- 5.1-5. Es quantifiquen i s'avaluen les agressions patides pels professionals. (Obligatori)
- 5.1-6. Es quantifica i s'avalua la distribució del personal. (Recomanable)
- 5.1-7. Es quantifica i s'avalua l'oferta i l'ús dels beneficis socials. (Recomanable)
- 5.1-8. Es quantifica i s'avalua l'oferta i la participació dels professionals en formació. (Recomanable)
- 5.1-9. Es quantifica i s'avalua la participació dels treballadors de l'organització en equips de millora. (Recomanable)
- 5.1-10. Es quantifica i s'avalua la política d'igualtat. (Obligatori)

#### **Resultats: usuaris**

- 5.2-1 Es quantifica i s'avalua la satisfacció dels pacients i familiars que acudeixen als centres hospitalaris. (Obligatori)
- 5.2-2 Es quantifica i s'avalua l'accessibilitat dels usuaris a les intervencions quirúrgiques. (Obligatori)
- 5.2-3 Es quantifica i s'avalua l'accessibilitat dels usuaris a les consultes amb els metges especialistes. (Obligatori)
- 5.2-4 Es quantifica i s'avalua l'accessibilitat dels usuaris a les proves diagnòstiques. (Obligatori)
- 5.2-5 Es quantifica i s'avalua el temps d'espera dels processos oncològics més prioritaris. (Obligatori)
- 5.2-6 Es quantifica i s'avalua l'accessibilitat a urgències. (Obligatori)
- 5.2-7 Es quantifica i s'avalua l'ús dels serveis sanitaris. (Obligatori)
- 5.2-8 Es quantifiquen i s'avaluen els reingressos globals i els de determinats procediments. (Obligatori)
- 5.2-9 Es quantifica i s'avalua la mortalitat global i la de determinats procediments. (Obligatori)

- 5.2-10 Es quantifica i s'avalua la supervivència després del càncer. (Recomanable)
- 5.2-11 Es quantifica i s'avalua la supervivència del trasplantament d'òrgans al cap d'1 i 3 anys. (Recomanable)
- 5.2-12 Es quantifiquen i s'avaluen les complicacions i els resultats quant a la seguretat del pacient. (Obligatori)
- 5.2-13 Es quantifica i s'avalua la variabilitat de la pràctica clínica i la pertinència de determinats procediments. (Recomanable)
- 5.2-14 Es quantifiquen i s'avaluen les hospitalitzacions potencialment evitables. (Recomanable)

**Resultats: societat**

- 5.3-1 Es quantifica i s'avalua l'impacte ambiental. (Recomanable)
- 5.3-2 Es quantifica i s'avalua el suport (econòmic, professional, logístic, etc.) que es dona a organitzacions humanitàries. (Recomanable)
- 5.3-3 Es quantifica i s'avalua el suport (econòmic, professional, logístic, etc.) que es dona a associacions de malalts. (Recomanable)
- 5.3-4 Es quantifiquen i s'avaluen els premis rebuts, els reconeixements i les certificacions relacionades amb la bona pràctica assistencial. (Recomanable)
- 5.3-5 Es quantifiquen i s'avaluen les queixes, les reclamacions judicials i les demandes patrimonials, presentades per pacients i famílies, proveïdors, associacions, etc. (Recomanable)
- 5.3-6 Es quantifiquen i s'avaluen les aparicions i mencions en mitjans de comunicació nacional o local a conseqüència de les activitats rellevants. (Recomanable)
- 5.3-7 Es quantifica i s'avalua la tasca de l'organització pel que fa a la investigació. (Recomanable)

**Resultats: clau**

- 5.4-1 Es quantifica i s'avalua l'activitat que realitza el centre. (Obligatori)
- 5.4-2 Es quantifica i s'avalua l'accessibilitat general a l'assistència que es presta als centres hospitalaris. (Obligatori)
- 5.4-3 Es quantifica i s'avalua l'estada mitjana. (Obligatori)
- 5.4-4 Es quantifica i s'avalua la complexitat que atén el centre hospitalari. (Obligatori)
- 5.4-5 Es quantifica i s'avalua la gestió econòmica que fa el centre. (Obligatori)
- 5.4-6 Es quantifica i s'avalua la gestió del centre. (Recomanable)