

Manual de evaluación del Programa de Acreditación de Hospitales Generales

BOIB (n.º 38, de 25 de marzo de 2023)

Junio 2023



G CONSELLERIA
O SALUT I CONSUM
I DIRECCIÓ GENERAL
B RECERCA SALUT,
/ FORMACIÓ
I ACREDITACIÓ

Coordinación

Alejandro Bosch Fitzner, técnico de acreditación del Servicio de Evaluación, Acreditación e Inspección

José M^a Vicens Gómez, jefe del Servicio de Evaluación, Acreditación e Inspección

Asunción Sánchez Ochoa, directora general de Investigación en Salud, Formación y Acreditación

Colaboradores

Atanasio García Pineda, Dirección General de Prestaciones y Farmacia; Eusebi Castaño Riera, Dirección General de Prestaciones y Farmacia; M^a Eugenia Carandell Jäger, Servicio de Salud de las Illes Balears; Joaquín María García Rodríguez, Servicio de Salud de las Illes Balears; Rosa E. Duro Robles, Servicio de Salud de las Illes Balears; María Amparo González Fernández, Servicio de Salud de las Illes Balears; Rosa M^a Valls, Servicio de Evaluación, Acreditación e Inspección; Isabel Martí Alomar, Servicio de Evaluación, Acreditación e Inspección; David Díez Barbas, Servicio de Evaluación, Acreditación e Inspección; Marta Torres Juan, Hospital Universitario Son Espases; Roberto Oyarbide Lasarte, Hospital Universitario Son Espases; Mónica Jaume Vega, Hospital Universitario Son Espases; Montserrat García Minguillán, Hospital Universitario Son Llàtzer; Juana María Martorell Jaume, Hospital Comarcal de Inca; María de la O Villagrasa Salas, Hospital de Manacor; Verónica San Nicolás Tirado, Hospital de Manacor; Alba Jiménez Mateo, Hospital General Mateu Orfila, y Maria Costa Marín, Hospital Can Misses.

Introducción

La Ley 5/2003, de 4 de abril, de Salud de las Illes Balears, recoge 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 y el establecimiento de programas de mejora continua de la calidad en la prestación de los servicios sanitarios. Además, la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, establece que las comunidades autónomas garantizarán la calidad de las prestaciones y que estas serán aplicables a todos los centros, públicos y privados, siendo responsabilidad de las administraciones públicas sanitarias velar por su cumplimiento.

El contexto normativo llevó, en el año 2012, a aprobar 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 los Centros Sanitarios de las Illes Balears y se aprueba el Programa de Acreditación de Hospitales Generales, y a la posterior acreditación de seis hospitales públicos y dos hospitales de titularidad privada. Tras diez años de aplicación, se consideró imprescindible una actualización en la que se tuviesen en cuenta la evolución de los propios modelos de calidad y seguridad de referencia, la aparición de nuevas buenas prácticas y la necesidad de simplificar determinados estándares.

El resultado ha sido la aprobación del nuevo Programa de Acreditación de Hospitales Generales (Orden 8/2023 de la consejera de Salud y Consumo de 21 de marzo de 2023 por la que se modifica el Programa de Acreditación de Hospitales Generales, incluido en el anexo del Decreto 46/2012, de 1 de junio) y del presente Manual de evaluación, el cual está constituido por 176 estándares (124 obligatorios y 52 recomendables) clasificados en cinco categorías. Los estándares y la descripción de los mismos reflejan el espíritu de lo que se pretende conseguir y, dada la diversidad de los centros hospitalarios en cuanto a cartera de servicios, tamaño, titularidad, organización y funcionamiento, deberán ser flexibles e interpretados de acuerdo con las evidencias aportadas, teniendo en cuenta, a su vez, que determinados estándares son requisitos normativos.

Esta nueva iniciativa ha sido consultada a la ciudadanía y se ha sometido a los trámites de audiencia e información pública correspondientes, lo cual ha posibilitado la participación ciudadana y el acceso al proceso de elaboración normativa.

Categoría I. Liderazgo y estrategia

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

La dirección debe establecer, firmar y comunicar la misión de la organización —su razón de ser—, su visión —aquello que pretende alcanzar— y sus valores —cómo debe actuar.

La misión, visión y valores de los centros públicos deben estar alineados con la estrategia de la Consejería de Salud y Consumo.

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

La dirección documenta, aprueba y comunica las intenciones globales y la orientación de la organización relativas a su calidad y seguridad.

La política deberá distribuirse mediante carteles, manuales de bienvenida, web e intranet a los trabajadores de la organización. La política deberá revisarse con una periodicidad anual y especialmente en aquellos momentos en que se produzcan cambios significativos en la organización.

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)

Los directivos, jefes de servicio o unidad, responsables de enfermería u otros responsables de gestión de áreas de la organización deben establecer y aprobar programas de mejora de la calidad. La dirección comunicará dichos programas al resto del personal, y establecerá y participará en los equipos de seguimiento.

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)

El equipo directivo debe aprobar los programas en materia de seguridad de las personas de la organización. Los jefes de servicio y responsables de enfermería se asegurarán que las medidas correspondientes a sus servicios son implantadas.

1.5. El equipo directivo se implica en actividades encaminadas a la responsabilidad social corporativa. (Recomendable)

El equipo directivo debe participar en la identificación de los grupos de interés de la organización y de sus expectativas, en el establecimiento de planes de acción y en el seguimiento de las acciones derivadas del plan.

En los centros públicos se incorporarán las directrices establecidas por el organismo competente en materia de responsabilidad social corporativa.

1.6. Existe una estructura organizativa que define, revisa y actualiza de forma sistemática la política de calidad y seguridad. (Obligatorio)

Se debe disponer de un comité en el más alto nivel de la organización que revise, con una periodicidad mínima anual, el cumplimiento de las acciones derivadas de la política de calidad y seguridad.

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

El director médico o asistencial es el máximo responsable de la calidad de la asistencia prestada y del cumplimiento de los requisitos de calidad y seguridad clínica.

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

Los procesos de la organización, recogidos en el mapa de procesos de la organización (criterio métodos), deben tener definido un responsable único cuyas funciones serán el diseño del proceso, la gestión, su interrelación con otros procesos y su evaluación y mejora. Deben disponerse de fichas de procesos en las que queden recogidas las responsabilidades de los macroprocesos de la organización.

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)

La dirección elaborará, documentará y aprobará un sistema en el que se recoja el mecanismo de reconocimiento público para los profesionales que se implican en la mejora de la calidad y la seguridad. El sistema de reconocimiento recogerá las acciones periódicas que lleva a cabo la dirección para su reconocimiento. Los reconocimientos y recompensas que se deriven de la aplicación del sistema no deberán ser lineales. El proceso de reconocimiento será evaluado periódicamente. Se valorará el número de trabajadores que hayan sido evaluados para el establecimiento de reconocimientos y recompensas. El sistema de recompensa y valoración deberá ser evaluado —p. ej.: encuestas de satisfacción de trabajadores.

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)

Los directivos, jefes de servicio o unidad, responsables de enfermería u otros responsables de gestión de áreas deben aprobar los programas de innovación y destinar los recursos necesarios para su desarrollo.

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

Los directivos de la organización deben establecer, aprobar y asegurar el mantenimiento de un plan de emergencias, contra incendios y evacuación. Dicho plan lo comunicará la dirección al resto de personal, y establecerá y participará en los equipos de seguimiento.

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)

Los directivos, jefes de servicio o unidad, responsables de enfermería u otros responsables de gestión de áreas deben implantar mecanismos (comités, grupos de trabajo, auditorías, etc.) para la evaluación de la normativa en materia de autonomía del paciente, protección de datos y riesgos laborales.

También, y en función de los resultados de evaluación, se establecerán planes de acción para la subsanación de las deficiencias identificadas, debiendo establecer la dirección revisiones periódicas del avance del plan de acción.

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)

El uso de metodología basada en la evidencia científica se recogerá en la estrategia de calidad y seguridad, política de calidad y seguridad. Las guías de práctica clínica, los procesos asistenciales, los protocolos y las vías clínicas deberán incorporarlas y desarrollarlas los jefes de servicio y responsables de enfermería correspondientes u otros responsables de área.

También deberán desarrollarse mecanismos para la difusión de guías de práctica clínica elaboradas por organismos autonómicos y nacionales.

Se deberá evaluar el uso de las guías de práctica clínica, procesos asistenciales, protocolos y vías clínicas.

1.14. La organización fomenta la escucha de «la voz de los pacientes» y la opinión de los profesionales. (Obligatorio)

Los directivos deben articular sistemas para conocer y analizar la opinión de los pacientes y de los profesionales, evaluando la información generada por parte de todos ellos.

Entre las acciones a desarrollar deben contemplarse las reuniones periódicas con asociaciones de enfermos y ciudadanos. También se deberán evaluar los métodos establecidos a partir de los resultados obtenidos.

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)

Se deben disponer y comunicar a los usuarios documentos en los que se recojan los servicios y los compromisos de calidad que la organización se compromete a cumplir.

Para la comunicación de los servicios y compromisos de calidad, la organización podrá desarrollar cartas de servicios o de compromisos. Estas cartas deberán estar firmadas por la dirección. Los servicios y compromisos pueden comunicarse a los usuarios mediante página web, trípticos, pósteres, etc. Los servicios y compromisos, así como el grado de cumplimiento, se revisarán con una periodicidad anual.

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).

Se deben establecer mecanismos que permitan canalizar aportaciones. Los directivos, jefes de servicio o unidad, responsables de enfermería u otros responsables de gestión de áreas deben analizar, valorar y estudiar la posible implantación de aquellas acciones de mejora surgidas de las personas a su cargo. Este proceso debe desarrollarse anualmente.

Deberá definirse documentalmente los procesos existentes para canalizar aportaciones. El proceso recogerá cómo los directivos, jefes de servicio o unidad y responsables de enfermería analizan, valoran e implantan aquellas acciones de mejora surgidas de las personas a su cargo. Se valorará el número de servicios en los que esté implantado el proceso, así como el número de acciones de mejora surgidas.

Anualmente, se deberá valorar el número de acciones de mejora surgidas, así como el funcionamiento del propio proceso.

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)

La organización debe disponer de una estrategia en la que, partiendo de la misión, visión y valores, se definan objetivos estratégicos. Se identificarán sus grupos de interés —clientes, familias, sociedad, medio ambiente, proveedores, administración pública, trabajadores, etc. Esta identificación podrá producirse en el conjunto de actividades que definen el plan estratégico.

Además, el planteamiento del Plan Estratégico deberá tener en cuenta la información sobre las características sociodemográficas y las necesidades de salud de la población de su área de influencia y sus oportunidades actuales y futuras.

La estrategia de los centros públicos estará alineada con los planes estratégicos corporativos.

El equipo directivo deberá llevar a cabo acciones de seguimiento, debiendo recogerse documentalmente el avance del mismo. En el caso de no cumplirse los objetivos establecidos, deberá recogerse una reflexión y la inclusión de nuevos elementos para la definición de un nuevo plan estratégico.

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)

El equipo directivo debe tener identificados sus grupos de interés —clientes, familias, sociedad, medio ambiente, proveedores, administración pública, trabajadores, etc. Esta identificación puede producirse en el conjunto de actividades que definen el plan estratégico. La organización establecerá, para cada uno de los grupos de interés, los mecanismos de que dispone para la identificación de expectativas —p. ej.: clientes (encuestas, grupos focales, quejas y sugerencias...), trabajadores (encuestas, quejas y sugerencias, comités de empresa...), etc.

Se llevarán a cabo las acciones contempladas para la identificación de las expectativas de los grupos de interés. La organización deberá disponer una periodicidad para la evaluación de los mecanismos establecidos para la identificación de las expectativas.

1.19. Se dispone de un plan de calidad y seguridad. (Obligatorio)

La organización debe disponer de un plan de calidad y seguridad documentado en donde se defina:

- Estructura y órganos gestores de la calidad y seguridad.
- Metodología implantada para la gestión de la calidad y seguridad.
- Sistemas de calidad y seguridad implantados.
- Objetivos de calidad y seguridad:
 - a) Planes de acción de los objetivos.
 - b) Cómo se desarrollan.
 - c) Quién los desarrolla.
 - d) Cuándo se desarrollan.
 - e) Indicadores de seguimiento de los objetivos.

El plan de calidad y seguridad será evaluado a final de año para comprobar el cumplimiento de cada uno de los objetivos. Se habrán constituido las estructuras y órganos gestores. Para evaluar el despliegue, deben comprobarse que los documentos, actas, políticas, planes, etc., son aprobados por los órganos gestores de la calidad definidos en el plan.

Además, se evaluará también el despliegue de los objetivos y de las acciones que se derivan. Para ello, se exigirán todos aquellos documentos, registros o evidencias físicas que lo prueben. Debe revisarse el avance del plan de calidad con una periodicidad anual, así como hacer una revisión global al finalizar el periodo de vigencias del mismo.

El plan de calidad y seguridad deberá contener las acciones desarrolladas por el hospital relacionadas con las estrategias de seguridad del paciente del Ministerio de Sanidad.

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

El centro hospitalario deberá disponer de un plan en donde se detallen los métodos organizados para intervención de los ciudadanos en asuntos de interés público. Entre los métodos definidos, puede haber:

- mecanismos de opinión
- espacios estables de participación
- acciones de voluntariado
- comisiones de participación ciudadana

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

El hospital deberá disponer de programas de promoción de la salud y hábitos saludables que contengan:

- Los responsables en materia de promoción de la salud.
- El presupuesto destinado a actividades de promoción de la salud.
- Los procedimientos para que los pacientes valoren sus propias necesidades espacialmente en aspectos como el tabaquismo, consumo de alcohol, estado nutricional y el estado psicológico.
- Información para pacientes.
- Los indicadores de evaluación de los programas de promoción de la salud.

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)

El hospital debe desplegar y evaluar aquellas acciones que le sean de aplicación y recogidas en la estrategia de atención a pacientes frágiles y vulnerables y sus cuidadores.

1.23. La organización dispone de un plan de humanización. (Obligatorio)

La dirección del hospital debe liderar y establecer mecanismos que permitan avances en la atención centrada en las personas. El plan especificará la existencia de un responsable de humanización del centro, la creación de una comisión de humanización y acciones relacionadas con la personalización de la atención, el acompañamiento de pacientes, la toma de decisión, la intimidad y el confort, etc.

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)

La dirección debe establecer con los distintos servicios pactos de gestión que, por un lado, garanticen que los servicios atienden la necesidad del paciente y, por otro, permitan el seguimiento de los indicadores que monitorizan las actividades de gestión y mejora de la calidad.

Los pactos de gestión deberán disponer aquellos indicadores definidos en el Marco de Calidad que, junto a otros, recojan estándares y objetivos predefinidos.

Deben establecerse reuniones de avance de los indicadores recogidos en los pactos de gestión. En el caso de que en el Marco de Calidad se definan nuevos indicadores, estos se recogerán en los nuevos pactos de gestión. Además, se incorporarán aquellos indicadores que se estimen oportunos para la mejora del servicio.

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)

La organización debe disponer de un plan de continuidad asistencial intra e interniveles y este habrá sido aprobado por los máximos responsables de la organización y servicio implicado. El plan contendrá:

- Comisiones de coordinación.
- Comisiones mixtas hospital-atención primaria.
- Integración de procesos.
- Información asistencial (p. ej.: acceso a sistemas de información y elaboración de informes de cuidados).
- Planes de cuidados.
- Guías clínicas conjuntas.

El alcance del plan de continuidad asistencial debe englobar atención primaria, hospitales de media y larga estancia y otros hospitales de agudos.

También deberán definirse mecanismos de evaluación del plan de continuidad asistencial.

1.26. Se dispone de indicadores para monitorizar las estructuras, procesos y resultados clínicos y de gestión de la organización. (Obligatorio)

La organización debe definir un cuadro de mando con aquellos indicadores que le permitan evaluar el cumplimiento de la misión, visión y estrategia de la organización. Para ello, para los distintos indicadores y para todos los niveles se definirán:

- El indicador.
- La definición.
- La fórmula de cálculo.
- La frecuencia de medición.
- La persona responsable de la medición.

Se deberán disponer de aquellos indicadores definidos como clave por el SNS, por el Marco de Calidad de la Consejería de Salud y por los estándares y recomendaciones del SNS.

1.27. Se utilizan los resultados de los indicadores de calidad como elementos de mejora continuada. (Obligatorio)

Los indicadores de calidad deben incorporarse en los procesos de revisión anuales de los pactos de gestión, de los contratos de gestión, de los planes de calidad y de los planes estratégicos, estableciéndose acciones de mejora vinculadas a los resultados obtenidos.

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

Los indicadores clave incluidos en este Programa de Acreditación deben monitorizarse en la organización de forma continua, incorporándose en los procesos de revisión anuales de los pactos de gestión, contratos de gestión, planes de calidad y planes estratégicos.

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)

Debe disponerse de una memoria anual de actividades que contenga información sobre:

- Avances en la política de calidad y seguridad.
- Objetivos estratégicos.
- Plan de Calidad y Seguridad.
- Recursos económicos.
- Recursos humanos.
- Indicadores de impacto en la sociedad.

Además, deberá contener información de los indicadores aplicables al centro y un resumen de las acciones de mejora derivadas de las evaluaciones internas y externas.

1.30. Se identifican, conforme a la estrategia, los procesos clave de la organización. (Recomendable)

La organización debe identificar los procesos clave a fin de que sean coherentes con la misión, visión y estrategia de la organización y que aseguren la satisfacción de las necesidades de los pacientes, familias, usuarios y profesionales.

En el plan estratégico se hará una referencia a aquellos procesos que la organización ha identificado como claves. Además, deberá existir un conjunto de iniciativas para la mejora de los procesos clave de la organización. Se deberá comprobar las acciones de desarrollo relacionadas con los procesos clave. Deberá haber un seguimiento —mediante indicadores— de los procesos claves de la organización.

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)

Se ha definido, aprobado y comunicado una política de recursos humanos alineada con la estrategia de la organización y los procedimientos derivados que permitan:

- La captación de personal para las vacantes disponibles.
- La evaluación de las acciones formativas, habilidades y conocimientos.

Deberá disponerse de una evaluación del conocimiento de la política por parte de los trabajadores.

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)

Se realiza una planificación periódica de los recursos humanos definiendo los recursos necesarios, la formación, las habilidades, los conocimientos y los procesos de contratación, además de otros requisitos para cubrir las necesidades y expectativas de los grupos de interés. Para ello, se tendrá en cuenta:

- La misión, visión y valores de la organización.
- Los usuarios destinatarios de los servicios.
- La tecnología existente en la organización.

Para la planificación de los recursos necesarios se deberá contar con las referencias establecidas en los estándares y recomendaciones del SNS.

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

Se debe definir para cada puesto de trabajo:

- formación
- habilidades
- conocimientos
- experiencia
- otros requisitos personales
- definición de sus funciones y responsabilidades

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

Se debe realizar una evaluación de las habilidades y conocimientos necesarios y del comportamiento laboral. La evaluación será realizada por el servicio o departamento al que pertenezca el trabajador. Se recomienda que la evaluación sea bienal para cada miembro de la organización. Esta evaluación será uno de los elementos de entrada para la definición de la formación.

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

El sistema de retribución debe ligar una retribución-incentivación en función del cumplimiento de objetivos. También se deberán disponer de datos de satisfacción con el sistema de retribución e incentivación.

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

Las encuestas de satisfacción deben realizarse con una periodicidad mínima de dos años y deben lanzarse al 100 % de la plantilla, independientemente de su condición. En las encuestas se recogerán preguntas referentes a la valoración del liderazgo, la comunicación con la estrategia, el proceso de incorporación, etc.

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

Según establece la normativa en vigor, las empresas públicas y privadas que empleen a un número de 50 o más trabajadores estarán obligadas a que, de entre ellos, al menos el 2 % de los mismos tengan alguna discapacidad.

2.8 Los empleados disponen de mecanismos que les permiten opinar sobre sus jefes o directivos. (Recomendable)

La organización establecerá diversos medios para opinar sobre los jefes directos, pudiendo ser estos encuestas de satisfacción, valoración 360, etc.

2.9 Existe un reglamento de régimen interior aprobado y conocido. (Obligatorio)

La organización debe disponer de un reglamento de funcionamiento interno, el cual incluirá información sobre líneas de responsabilidad —organigrama funcional—, disciplina, directrices éticas, métodos de identificación (nombre, apellidos y categoría) y diferenciación del personal de la organización, etc.

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

La organización debe disponer de un plan de prevención de riesgos laborales, que recogerá los instrumentos de los que dispone para detectar, prevenir y actuar ante los riesgos profesionales. Además, deberán disponerse de evaluaciones de riesgo y de los planes de mejora derivados.

Se incluirán, por su riesgo laboral y por la seguridad de los pacientes, las vacunaciones que deban recibir los trabajadores.

El plan deberá incluir las acciones existentes en la organización para la atención de segundas víctimas en aspectos relacionados con la seguridad de pacientes.

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

La organización debe disponer de un plan de lucha contra las agresiones, el cual recogerá de qué instrumentos dispone la organización para detectar, prevenir y actuar ante las agresiones que sufran sus profesionales.

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)

La organización debe garantizar que cuenta con unos profesionales capacitados para la prestación del servicio. Para ello se evaluarán las credenciales de los profesionales —titulación necesaria, formación y experiencias adicionales.

2.13 Existe un plan de formación continuada. (Obligatorio)

La organización debe disponer de un plan de formación que permita conseguir una actuación correcta del personal, el aprendizaje de nuevas técnicas, el uso de nuevos equipos y procedimientos, etc. Los elementos de entrada para el diseño del plan de formación pueden ser: la evaluación del cumplimiento, la introducción de tecnologías, las prácticas clínicas nuevas, etc. El plan de formación deberá contener los métodos existentes de detección de las necesidades de formación —encuestas, entrevistas, comunicados, solicitudes, etc.

Los servicios deberán disponer, además, de un calendario de sesiones propio o compartido.

El plan de formación y las sesiones deberán recoger acciones formativas acreditadas.

2.14 Se dispone de una estrategia de formación sanitaria especializada y de pregrado. (Recomendable)

La organización debe recoger la formación sanitaria especializada (propia o como centro asociado) dentro de la estrategia del centro, además de disponer de un análisis de su capacidad docente.

Además, deben haberse desarrollado las estructuras organizativas necesarias para la gestión de la docencia especializada como el desarrollo documental necesario para la correcta gestión de la actividad docente (procesos de acogida, supervisión, seguimiento, evaluación y satisfacción), la disponibilidad de una comisión de docencia, etc.

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

Para garantizar el acceso a la formación, la organización deberá:

- Establecer y comunicar los criterios que definen las prioridades en el uso de los recursos formativos.
- Definir mecanismos de acceso a los recursos formativos.
- Dictar normas internas de apoyo y control de formación externa con el objeto de alinear la formación institucional y la individual.
- Disponer de recursos para la formación externa de elevado coste o de larga duración.

2.16 Se dispone de un plan de formación e integración de los profesionales de nueva incorporación. (Obligatorio)

Se debe disponer de métodos (p. ej., manual de acogida) para que las personas de nueva incorporación dispongan de una orientación general del centro y sobre las funciones dentro de él. La orientación deberá incluir información sobre calidad y seguridad de pacientes y supervisión por parte del personal de mayor experiencia.

Para aquellos servicios más críticos (medicina intensiva, urgencias, neonatales, etc.), se deberá disponer de planes de acogida específicos.

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

La organización debe disponer de un método que permita evaluar si las acciones formativas englobadas en el plan de formación continuada cumplen con los objetivos establecidos y si se mejoran los resultados de la asistencia. Esta evaluación se realizará una vez finalizada la acción formativa, pudiendo ser mediante examen individual al asistente o por una valoración global por parte de un superior jerárquico.

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

La organización deberá disponer de un plan o mecanismos para la comunicación de normativa de funcionamiento, convocatorias, noticias de interés general, etc. — comunicación descendente—, además de disponer de buzones de sugerencias, cartas, pósteres, programas de puertas abiertas, encuestas de satisfacción, comités, equipos multidisciplinares, etc., como mecanismos de comunicación ascendente.

La dirección deberá disponer de mecanismos que permitan evaluar la eficacia de los mecanismos de comunicación.

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

Para que el establecimiento de los objetivos sea un proceso consensuado, se deberá planificar y acordar entre los jefes de servicio o unidad, los responsables de enfermería y las personas a su cargo, las ponderaciones de los objetivos, los criterios de medida y los niveles de cumplimiento de los objetivos.

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)

La organización deberá disponer de comisiones, las cuales tendrán la función de identificar y registrar las acciones de mejora de la calidad, la seguridad y la bioética, así como la de evaluar la eficacia de su implantación. Cada una de las comisiones creadas deberá disponer de su reglamento de funcionamiento.

Se considera que las comisiones o comités de las que se debe disponer son:

- cuidados de enfermería
- historia clínica
- infección y política antibiótica
- mortalidad
- seguridad del paciente

Además, aquellos servicios y unidades que por su especificidad así lo requieran, deberán disponer de grupos de trabajo para tratar aspectos de calidad, seguridad y bioética.

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

La organización debe establecer previamente los programas de reconocimiento en los que se defina claramente la recompensa que se obtendrá en el caso del cumplimiento de los objetivos. Los programas tendrán las siguientes consideraciones:

- Reflejar los valores y estrategia de la organización.
- Ser flexibles, a fin de tener en cuenta las individualidades.
- Resultar proporcionales a los logros conseguidos.
- Estar aprobados por la dirección.
- Disponer de un sistema de comunicación de los reconocimientos.

2.22 La organización dispone de mecanismos de sanción. (Recomendable)

Estos mecanismos de sanción los conocerán los miembros de la organización, y se recogerán en un reglamento. Deberá evaluarse la eficiencia de los mecanismos de penalización.

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

El sistema de beneficios sociales para los trabajadores debe ser público y conocido por los propios trabajadores. Estos beneficios sociales podrán contemplar:

- Seguro de vida.
- Seguro médico.
- Cobertura por incapacidad o invalidez.
- Mejora de la conciliación familiar.
- Fondo de pensiones.
- Clases de deporte.
- Guardería para los hijos e hijas.
- Servicio gratuito de comidas durante la jornada laboral.

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

La organización definirá documentalmente la forma en la que se asegura la disponibilidad de recursos humanos, con el fin de garantizar en todo momento la asistencia sanitaria.

Se deberá establecer como referente de los recursos humanos necesarios los estándares y las recomendaciones del Sistema Nacional de Salud.

2.25 Se dispone de sistemas de información que permiten controlar el absentismo y el grado de cobertura de la plantilla teórica. (Obligatorio)

El hospital dispondrá de sistemas de información que permitan disponer de la cobertura de las distintas unidades de enfermería en función de la plantilla teórica autorizada.

Categoría III. Alianzas y recursos

3.1 Se dispone de una política para el establecimiento de alianzas con otras organizaciones. (Obligatorio)

La organización ha de definir una política o estrategia de alianzas que permita a la organización:

- Identificar asociados estratégicos.
- Mejorar la relación con los proveedores, incluyendo entre los mismos otros proveedores asistenciales.
- Establecer objetivos conjuntos con asociados y proveedores.
- Establecer condiciones de intercambio de personal.
- Actuar ante asociaciones y voluntarios.

Las estrategias también podrán realizarse entre servicios y unidades. En ambos casos, las políticas y alianzas deberán evaluarse.

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

El centro ha de definir mecanismos que permitan comparar sus prácticas y resultados asistenciales con otras organizaciones del sector o de otros sectores, estándares internacionales u otros.

El centro debe presentar información en la que compare sus resultados con organizaciones de similares características en el sector. Además, dispondrá de mecanismos (comités, foros, grupos de trabajo, etc.) que permitan la comparación de prácticas.

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

La organización debe disponer de un documento aprobado por la dirección en el que se defina el método para adquirir material, además de definir los métodos de control que aseguren que las adquisiciones se realizan según la evidencia científico-técnica y de seguridad, y que no existen adquisiciones que no sigan dicho proceso. Además, el documento deberá describir que las compras de sangre, hemoderivados, tejidos y huesos deben realizarse al banco comunitario.

Este procedimiento también deberá incluir el conocimiento, por parte de la organización, de las autorizaciones de fabricación, distribución y venta de los proveedores de productos sanitarios.

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

Se debe disponer de un procedimiento que asegure que al adquirir productos sanitarios se incorpora de manera inequívoca la certificación de calidad. El alcance de dicho procedimiento incluirá cualquier instrumento, dispositivo, equipo, material u otro artículo, utilizado solo o en combinación (incluidos los programas informáticos), que intervengan en su buen funcionamiento, destinado por el fabricante a ser utilizado en seres humanos con fines de:

- Diagnóstico, prevención, control, tratamiento o alivio de una enfermedad.
- Diagnóstico, control, tratamiento, alivio o compensación de una lesión o de una deficiencia.
- Investigación, sustitución o modificación de la anatomía o de un proceso fisiológico.
- Regulación de la concepción.

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

El plan contendrá un procedimiento para la selección del proveedor, de tal forma que se asegure que en los productos y servicios comprados o contratados se incluyen:

- Las características cuantitativas y cualitativas del servicio.
- La exigencia de certificados de calidad.
- Aspectos de sostenibilidad ambiental.

El plan contendrá el método para la evaluación periódica de los servicios contratados. Este plan ha de contener también los servicios asistenciales contratados.

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)

En las nuevas adquisiciones de mobiliario, el centro recogerá los sistemas de seguridad, inmovilización y confort a fin de mejorar la hospitalización del paciente (p. ej.: barandillas en camas, elementos de inmovilización homologados, asideros en cuartos de baño, colchones antiescaras, etc.).

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)

La organización debe disponer de un plan de seguridad que recoja:

- La frecuencia de inspección, las pruebas y el mantenimiento de los sistemas de seguridad.
- La revisión del plan de evacuación de la instalación.

- La formación requerida al personal para proteger y evacuar a los pacientes y trabajadores de forma segura.
- La realización de simulacros periódicamente.

Existirá un responsable de implantación, control y evaluación del plan de seguridad.

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

La organización debe disponer de un programa de control documentado y que defina:

- Los métodos de selección y adquisición de los equipos.
- El inventario e identificación de los equipos.
- Los métodos de inspección, validación, calibración y mantenimiento de los equipos.
- Los protocolos de uso, manejo y protección.

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

El centro debe disponer de un método documentado para la identificación de barreras arquitectónicas y sensoriales. El método recogerá:

- Identificación y descripción de barreras arquitectónicas y sensoriales.
- Acciones de minimización o reducción.
- Acciones de seguimiento de las incidencias.
- Responsables.

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

La organización debe definir, para los distintos espacios del centro, criterios sobre los siguientes aspectos:

- iluminación
- ventilación
- privacidad visual y acústica
- separación entre camas en las habitaciones
- climatización

Periódicamente, la organización deberá verificar el cumplimiento de los criterios, además de valorar la percepción de los usuarios sobre estos aspectos.

3.11 Se dispone de áreas de duelo para familiares y acompañantes. (Obligatorio)

Los centros hospitalarios que traten a pacientes en situación paliativa deberán contar con habitación individual con nivel de confort e intimidad adecuados y que permitan estar acompañados por una persona familiar.

3.12 Se dispone de un plan de mantenimiento del edificio y las instalaciones. (Obligatorio)

La organización debe disponer de un plan de mantenimiento preventivo en el que se identifiquen las necesidades de reforma, ampliación y creación de nuevos espacios. Además, deberá disponer de una sistemática para la solución de las acciones de mantenimiento correctivo.

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

La organización dispondrá de un procedimiento global en el que exista:

- La identificación del lugar de almacenamiento del material fungible y fármacos.
- Las características de almacenamiento a fin de asegurar su buen estado.
- El método de control de las caducidades del material fungible.
- Los responsables de control del material fungible y de los fármacos.
- La gestión de los productos caducados.

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)

El hospital debe disponer de un sistema que permita un suministro regular de medicamentos y productos sanitarios con un volumen de almacenamiento bajo y que incluya la proyección de la evolución de consumo y las acciones de contingencias en casos de ausencia de medicamentos.

3.15 La organización dispone de un presupuesto anual de ingresos y gastos alineado con los objetivos. (Obligatorio)

Se dispondrá de un presupuesto que evidencie su correlación con las actividades previstas, la participación de los distintos responsables y las actividades de seguimiento.

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

La organización debe disponer de medios de transparencia en su gestión, con la comunicación pública de sus resultados, como por ejemplo indicadores de accesibilidad, estancia media, mortalidad, reingresos, complicaciones, cesáreas e infecciones (p. ej., publicación de memorias).

3.17 Se identifican las condiciones de accesibilidad al centro (transporte público, plazas de aparcamiento de pago y gratuito, etc.). (Recomendable)

La organización conocerá y comunicará a los usuarios:

- El número de plazas de parking gratuitas y de pago.
- Las líneas de trasportes urbanos próximos al centro.
- Las paradas de taxis próximas al centro.
- La forma de conexión con las zonas de influencia del centro.

3.18 Dispone el centro de un plan de inversiones a corto, medio y largo plazo. (Recomendable)

La organización debe planificar las inversiones (infraestructura, materiales, tecnológicas, etc.) teniendo en cuenta los costes, los períodos de amortización, la productividad teórica calculada de la inversión y la justificación de la necesidad de la inversión.

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

En los hospitales existirá una póliza de seguros que cubra, en caso de siniestro, el coste de reposición de su infraestructura, mobiliario, utillaje y de responsabilidad civil.

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

Las zonas limpias y sucias en los bloques de quirúrgicos, obstétricos, urgencias, hospitalización, UCI, etc., deberán estar claramente identificadas y deberán disponer de normas de funcionamiento que aseguren la diferenciación del transporte del material sucio y limpio.

3.21 Se dispone de medios que aseguran una continuidad del suministro de agua, energías y comunicaciones. (Obligatorio)

Estos sistemas asegurarán el suministro las 24 horas del día. Para ello, deberán:

- Identificar las necesidades de iluminación, refrigeración, mantenimiento vital, comunicación y agua limpia,
- Evaluar y minimizar los riesgos de averías.
- Planificar fuentes de suministros de emergencia para la energía, las comunicaciones y el agua potable.
- Revisar las fuentes de suministro de emergencia.
- Documentar los resultados de las inspecciones.

3.22 Se dispone de un plan para atender las necesidades de información propias y ajenas. (Obligatorio)

La organización debe disponer de documentos que definan los mecanismos para gestionar adecuadamente la información clínica.

Estos documentos contendrán, al menos, los siguientes aspectos:

- Los medios para garantizar la conservación, la custodia, la seguridad y la disponibilidad de la información.
- El responsable de los sistemas de información.
- Los medios de seguridad y confidencialidad.
- Los niveles de acceso según necesidades y responsabilidades.
- Los sistemas de información de organismos oficiales.
- El acceso de los clientes a su información clínica.

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

La organización debe establecer el nivel de seguridad y de confidencialidad para las distintas categorías de información. Para cada una de las categorías, se definirá:

- Personas que tienen acceso a la información.
- Personas que introducen las distintas categorías de información.
- Tipo de información a la que se tiene acceso.
- Proceso que se sigue cuando se viola la confidencialidad y la seguridad.
- Tiempo de conservación de la información.
- Auditorías periódicas del cumplimiento de la normativa.
- Desarrollo de planes de mejora de las auditorías.

3.24 Se dispone de un procedimiento para garantizar la seguridad de los bienes personales de los pacientes. (Obligatorio)

La organización dispondrá de un procedimiento documentado que garantice la custodia de las pertenencias personales de los pacientes de las áreas de urgencias, hospitalizados y CMA, de los que no puedan tener una solución alternativa para la protección de sus pertenencias y de aquellos incapaces de tomar decisiones con respecto a sus bienes o pertenencias.

3.25 Se dispone de un plan de minimización del impacto ambiental. (Obligatorio)

La organización debe identificar y controlar los impactos ambientales que provoca. Este plan debe recoger las actuaciones que lleva a cabo la organización en relación con:

- La manipulación, uso y almacenamiento de materiales peligrosos.
- El inventario de los materiales peligrosos.

- La información sobre los vertidos o la exposición a materiales peligrosos.
- Los medios de protección ante materiales peligrosos.
- El inventario de residuos peligrosos.
- La eliminación adecuada de residuos.
- La reducción del consumo de recursos naturales.
- Los requisitos legales ligados a los impactos ambientales.

Existirá un responsable de implantación y seguimiento del plan de minimización del impacto ambiental.

Categoría IV. Metodología

4.1 Se dispone de una cartera de servicios identificada, aprobada, comunicada y autorizada por la autoridad competente. (Obligatorio)

La organización debe definir, comunicar y tener aprobado el conjunto unidades, técnicas, tecnologías o procedimientos, entendiendo por tales cada uno de los métodos, actividades y recursos basados en el conocimiento y experimentación científica, mediante los que se hacen efectivas las prestaciones sanitarias.

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)

La organización debe identificar los procesos que tienen lugar en su organización y recoger sus interrelaciones mediante el desarrollo de un mapa de procesos.

Los procesos definidos deben detallar el itinerario de los pacientes de las actividades de urgencias, actividad ambulatoria, hospitalización, atención quirúrgica y pruebas complementarias.

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)

La organización debe tener identificados aquellos procesos que inciden de manera significativa en la estrategia de la organización. De los procesos clave identificados en la organización se deberá:

- Definir el objeto del proceso.
- Identificar a los responsables del proceso.
- Identificar el departamento implicado.
- Definir el inicio y el fin del proceso.
- Establecer los indicadores de seguimiento del proceso.
- Referenciar las guías de práctica clínica, vías clínicas y procesos asistenciales — aprobados— ligados al proceso.

4.4 Se han identificado procesos asistenciales susceptibles de aplicar metodología de innovación de procesos. (Recomendable)

La organización debe identificar procesos en los que desarrollar un sistema de mejora que incorpore cambios en la organización del trabajo con el objetivo de mejorar la calidad y seguridad y la mejora del rendimiento.

4.5 Se dispone e implanta un protocolo único para la identificación inequívoca de pacientes. (Obligatorio)

El centro debe disponer de un protocolo de identificación de pacientes en el que se describa con detalle el sistema de identificación existente en el centro, las acciones de concienciación que se establezcan, las acciones formativas que se impartan y la información que se debe impartir al paciente sobre este aspecto.

El sistema de identificación deberá ser mediante pulsera o sistema equivalente:

- Se dispondrá de dos identificaciones, apellidos y nombre, fecha de nacimiento, número de historia clínica y número de tarjeta sanitaria. Nunca se empleará como identificación el número de cama o habitación.

El protocolo deberá contener criterios claros para diferentes pacientes con el mismo nombre, la identificación de pacientes no identificables y la identificación de recién nacidos. También deberá disponer de los mecanismos de evaluación, como auditorías de identificación de pacientes.

4.6 Durante el proceso asistencial se tiene identificada a la persona responsable de la atención. (Obligatorio)

La organización debe disponer de sistemas para identificar al profesional que tiene a su cargo coordinar la información y la asistencia sanitaria del paciente o usuario, con el carácter de interlocutor principal del mismo en todo lo referente a su atención e información durante el proceso asistencial, sin perjuicio de las obligaciones de otros profesionales que participen en las actuaciones asistenciales.

4.7 Se dispone de procedimientos de acogida de los pacientes en las unidades de hospitalización. (Obligatorio)

La organización deberá disponer de un procedimiento que describa la evaluación de riesgo potencial que incluya la evaluación física y nutricional, psicológica, social y económica; el riesgo de sufrir úlceras por presión; el riesgo de caídas, alergias medicamentosas, alimentarias, de contacto; la hipersensibilidad a drogas, y la sospecha de maltrato.

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)

La organización debe disponer de un plan de control del cumplimiento y de la calidad de las historias clínicas. La historia clínica de cada paciente diagnosticado o tratado ambulatoriamente, en urgencias u hospitalizado, deberá cumplir los siguientes requisitos:

- Identificar al paciente.
- Apoyar el diagnóstico.

- Justificar el tratamiento.
- Documentar la evolución y los resultados del tratamiento.
- Identificar al profesional responsable de la atención al paciente.
- Incluir las necesidades de educación en salud.
- Disponer del consentimiento informado en los casos exigidos.

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)

Se debe garantizar que, según se establece en la normativa vigente, se cumplimenta un formulario normalizado de consentimiento informado.

El consentimiento informado deberá contener los siguientes aspectos:

- Objetivos de la intervención: para qué se hace.
- Beneficios de la intervención: qué mejoría espera obtenerse.
- Riesgos, molestias y efectos secundarios posibles, incluidos los derivados de no hacer la intervención.
- Alternativas posibles a la intervención propuesta.
- Explicación breve del motivo que lleva al sanitario a elegir una y no otras.
- Posibilidad de retirar el consentimiento de forma libre cuando lo desee.

La información sobre los riesgos en los formularios escritos de consentimiento informado será la siguiente:

- Consecuencias seguras de la intervención.
- Riesgos típicos de la intervención: aquellos cuya producción deba normalmente esperarse, según el estado y conocimiento actual de la ciencia, y aquellos que por su gravedad, no por su frecuencia, pudieran aparecer.
- Riesgos personalizados: aquellos que se derivan de las condiciones peculiares de la patología o estado físico del paciente, así como de las circunstancias personales o profesionales relevantes.
- Contraindicaciones.
- Disponibilidad explícita a ampliar toda la información si el paciente así lo desea.

A un paciente hay que proporcionarle toda la información que necesite para tomar una decisión.

4.10 Se dispone de mecanismos que permiten identificar a los pacientes que han realizado voluntades anticipadas. (Obligatorio)

El hospital debe disponer de mecanismos que permitan identificar a aquellos usuarios que han declarado voluntades anticipadas. Dicha información deberá indicarse en la historia

clínica del paciente para el conocimiento por parte de todos los profesionales sanitarios que lo atienden.

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

La organización debe disponer de un protocolo que recoja:

- Evaluación del paciente.
- Información y comunicación a los pacientes.
- Control de los síntomas.
- Tratamiento del dolor.
- Apoyo psicosocial y espiritual.
- Atención en los últimos días.
- Sedación paliativa.
- Duelo.

También pueden adoptarse las guías aprobadas por el SNS o por la comunidad autónoma.

4.12 Se dispone e implanta un protocolo para el manejo de pacientes con dolor. (Obligatorio)

La organización debe disponer de un protocolo para el manejo del paciente con dolor, el cual deberá:

- Establecer los métodos para la identificación de los pacientes con dolor durante la evaluación inicial.
- Pautas para el tratamiento del dolor.
- La educación para el manejo del dolor que debe darse al paciente y familiares.
- Necesidades de formación para los profesionales sanitarios en evaluación y tratamiento del dolor.

4.13 Se dispone e implanta un protocolo de prevención de caídas de pacientes. (Obligatorio)

La organización debe disponer de un protocolo de prevención de caídas de pacientes, el cual deberá recoger:

- La valoración del riesgo de caída:
 - anamnesis rigurosa
 - historial de caídas
 - revisión de la medicación
 - valoración geriátrica
 - exploración física
 - exploración de los órganos de los sentidos

- exploración del equilibrio y la marcha
- Las medidas de prevención.
- La valoración del riesgo de caída y su registro.
- La notificación y seguimiento de las caídas.

4.14 Se dispone e implanta un protocolo o guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de las lesiones por presión. (Obligatorio)

La organización debe disponer de un protocolo que contendrá:

- Evaluación del paciente.
- Cuidados de la piel.
- Manejo de la presión.
- Cuidados en la alimentación e hidratación.
- Tratamiento de la herida.
- Tratamiento del dolor.
- Úlceras en cuidados paliativos.
- Apoyo psicosocial y educación para la salud.
- Plan de cuidados.

También podrá emplearse la guía autonómica.

4.15 Se dispone e implanta un protocolo para la identificación y conciliación de tratamientos previos de los pacientes. (Obligatorio)

La organización debe disponer de un protocolo o de sistemas de información para garantizar la exactitud de las medicaciones de las transiciones asistenciales, el cual contendrá el método de obtención y registro del perfil fármaco-terapéutico, la detección y resolución de discrepancias con la medicación activa, la comunicación de los cambios de prescripción, los sistemas de comunicación en las transiciones asistenciales (situación, antecedentes, evaluación y recomendación) y la comunicación al paciente, familiares y al siguiente responsable sanitario de los cambios producidos.

4.16 Se dispone e implantan procedimientos documentados para el control y aislamiento de pacientes. (Obligatorio)

La organización debe disponer un protocolo que recoja:

- Mecanismos de identificación de los pacientes que deben ser aislados.
- Mecanismos de aislamiento de pacientes actualmente existentes en el centro.
- Sistemas de reducción del impacto para pacientes, familiares y profesionales.

4.17 Se dispone e implanta un procedimiento para la indicación de contención mecánica. (Obligatorio)

La organización debe disponer de un documento que recoja:

- Criterios de aplicación de la contención mecánica.
- Métodos de contención.
- Responsabilidades en la contención mecánica.
- Acciones de control y seguimiento de los pacientes.
- Indicadores de seguimiento.

4.18 Se dispone de un plan de reducción de las infecciones. (Obligatorio)

La organización debe disponer de un plan de reducción de infecciones, el cual será global y ajustado al tamaño de la organización y adaptado a los pacientes. Este plan recogerá:

- Procesos y procedimientos asociados al riesgo de las infecciones.
- Situaciones en las que se requieren medios de prevención (p. ej.: guantes, mascarillas, soluciones hidroalcohólicas).
- Acciones de control de las infecciones.
- Protocolos específicos para la prevención de infecciones (p. ej., prevención de la infección neonatal).
- Procesos, procedimientos y protocolos existentes de limpieza de instalaciones y esterilización.
- Responsables del plan, indicando la formación requerida, experiencia y titulación.
- Comisión de infecciones.
- Indicadores empleados (neumonía asociada a la ventilación mecánica, bacteriemia, higiene de manos, infección del trato urinario, etc.).

Para aquellos servicios que por sus características y actividad se requiera (p. ej.: UCI, maternidad), se dispondrá de un plan de prevención de infecciones adaptado.

4.19 Se dispone de procedimientos para la actuación ante posibles epidemias. (Obligatorio)

El hospital debe disponer de procedimientos para administrar las emergencias ante pandemias. Los procedimientos describirán:

- Las estrategias de comunicación.
- La administración de recursos.
- La administración de actividades clínicas durante un evento.
- La identificación y asignación de funciones y responsabilidades.

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

La organización debe fomentar el uso de guías de práctica clínica del SNS, para ello deberá:

- Comunicar dentro de la organización las guías de práctica clínica en vigor.
- Evaluar el uso de las guías.
- Adaptar el contenido de las guías.

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

La organización debe definir documentalmente el proceso quirúrgico, que contendrá:

- Consulta externa quirúrgica.
- Consulta de preanestesia de acuerdo con guías y recomendaciones.
- Protocolo de profilaxis antibiótica.
- Protocolo de prevención del tromboembolismo.
- Listado de verificación quirúrgico, que recoja (OMS).
 - Preinducción anestésica:
 - confirmación de la identidad del paciente
 - sitio quirúrgico
 - marcado de sitio quirúrgico
 - procedimiento
 - existencia de consentimiento informado
 - alergias
 - vía aérea difícil
 - riesgo de hemorragia
 - Antes de la incisión:
 - presentación del equipo
 - confirmación de la identidad del paciente, sitio quirúrgico y procedimiento
 - profilaxis antibiótica
 - previsión de eventos críticos
 - visualización de imágenes diagnósticas
 - Antes de que el paciente salga del quirófano:
 - nombre del procedimiento
 - recuento de instrumentos
 - etiquetado de muestras
 - aspectos críticos de la recuperación y tratamiento del paciente
- Instalaciones:
 - electricidad
 - climatización
 - instalaciones mecánicas
- Mantenimiento en quirófanos.

- Recursos humanos.
- Limpieza, desinfección y esterilización.
- Higiene del equipo quirúrgico.
- Seguimiento posoperatorio.

4.22 Se documentan y desarrollan vías clínicas. (Recomendable)

La organización debe fomentar la documentación de vías clínicas como instrumento dirigido a estructurar las actuaciones ante situaciones clínicas que presenten una evolución predecible. Estas describirán los pasos a seguir, establecerán las secuencias en el tiempo de cada una de ellas y definirán las responsabilidades de los diferentes profesionales que vayan a intervenir.

La organización debe definir un calendario de elaboración, revisión y actualización de vías clínicas.

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

La organización debe conocer e implantar aquellos elementos recogidos en los documentos de estándares y recomendaciones del SNS, especialmente aquellos relativos a derechos y garantías de los pacientes, seguridad de pacientes, recursos humanos y materiales, indicadores de seguimiento y organización.

4.24 Se implanta un sistema de gestión de la sangre y derivados. (Obligatorio)

La organización debe definir e implantar un sistema de gestión que incluya:

- Procedimientos para la solicitud y obtención de sangre y derivados.
- Procedimiento para garantizar la disponibilidad de sangre y derivados.
- Definición de criterios de almacenamiento de sangre.
- Reservas de sangre exigidas.
- Control de las caducidades.
- Procedimiento de donación y transfusión.
- Métodos de hemovigilancia (p. ej.: indicadores, etc.).
- Responsabilidades en cada una de las fases.
- Otros.

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

La organización ha de documentar y tener implantado un protocolo que contenga:

- El modo de trasladar al paciente.
- Definición de las responsabilidades del centro de origen y destino.

- Obligación de la documentación de un informe por escrito del estado clínico:
 - diagnóstico al alta
 - planes de tratamiento y de cuidado
 - medicamentos
 - resultados de las pruebas
- Obligación de documentar el proceso de traslado en la historia clínica.
- Otros.

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

Para aquellos procesos asistenciales ligados a la estrategia, la organización deberá desarrollar las acciones necesarias para la mejora en el tiempo de respuesta.

Los procesos asistenciales prioritarios en el presente Programa de Acreditación son los procesos de tratamiento de cáncer de mama, pulmón y colon, además de aquellos establecidos por la normativa.

4.27 Se dispone de un plan de gestión que asegura el cumplimiento de aquellos registros sanitarios oficiales. (Obligatorio)

Los centros sanitarios deben disponer planes y mecanismos de gestión para dar cumplimiento a aquellos registros responsabilidad de la Consejería de Salud y Consumo, como puedan ser Fármaco-vigilancia, Enfermedades de Declaración Obligatoria, Enfermos Renales, Enfermedades Raras, etc.

4.28 La organización dispone de mecanismos para la comunicación a la autoridad sanitaria correspondiente de información que sea importante para estudios epidemiológicos. (Obligatorio)

La organización debe garantizar que las notificaciones en relación con la vigilancia epidemiológica se realizan conforme a los programas de alerta sanitaria. Para ello, los profesionales deberán disponer de un listado o similar de las enfermedades de declaración obligatoria, conocer el procedimiento de notificación de las enfermedades de declaración obligatoria, disponer de una estrategia de abordaje en caso de aparición (o sospecha) de brotes epidémicos y conocer los procedimientos establecidos en caso de aparición (o sospecha) de brotes epidémicos.

4.29 Se dispone de mecanismos de evaluación de la práctica asistencial. (Obligatorio)

La organización debe desarrollar un sistema de evaluación que permita soportar la evaluación de los criterios metodológicos, además de disponer de un sistema de indicadores de los resultados en personas, pacientes, y globales y generales, de acuerdo con el Marco de Calidad. Además, se desarrollarán de manera progresiva programas de evaluación de resultados en salud (p. ej.: PROM).

Los centros sanitarios públicos deberán emplear los sistemas de evaluación de la práctica asistencial corporativos. Todos los centros sanitarios contendrán en sus métodos de evaluación indicadores (globales y por servicios) de práctica asistencial.

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

La organización debe disponer de un protocolo que contenga las condiciones de almacenamiento de medicamentos (temperatura, esterilidad, humedad, luz...).

4.31 Se dispone de procedimientos para la prescripción, validación, dispensación y administración de medicamentos. (Obligatorio)

La organización debe documentar la gestión de medicamentos referida a la prescripción, validación, dispensación y la administración de medicamentos y que debe contener:

- La responsabilidad y acciones de prescripción, dispensación y administración de medicamentos.
- Los métodos de validación de la medicación.
- Los métodos de etiquetado y registro que permitan la trazabilidad.
- El método de identificación de paciente previa a la administración del medicamento.
- El método de seguimiento y registro en la administración de medicamentos.
- El sistema de comunicación de los errores de medición y medidas correctoras.

4.32 Se implantan sistemas automatizados de prescripción y dispensación de medicamentos. (Recomendable)

El centro debe tener implantada la prescripción electrónica en todos los servicios con el objetivo de minimizar la posibilidad de error humano. El sistema deberá dar acceso a la guía fármaco-terapéutica para que alerte de las incompatibilidades, duplicidades, etc.

4.33 Se dispone de una guía fármaco-terapéutica. (Obligatorio).

La organización dispone de una guía fármaco-terapéutica en la que se recojan, para los medicamentos disponibles en el centro:

- grupo farmacológico
- presentaciones
- reconstitución
- administración
- soluciones compatibles
- compatibilidad
- protecciones para el personal
- observaciones
- referencias

4.34 Se documenta la preparación de medicamentos en los servicios de farmacia. (Obligatorio)

Se deberán disponer de documentos que aseguren la correcta preparación y seguridad tanto de las fórmulas magistrales como de las preparaciones de medicamentos.

4.35 Se implantan prácticas para el uso seguro de medicamentos. (Obligatorio)

La organización debe implantar prácticas definidas por organismos nacionales e internacionales sobre el manejo seguro de medicamentos en aspectos como el etiquetado, envasado, identificación de pacientes, alergias, dosificación, vías de administración, etc.

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)

La organización debe disponer de un sistema notificación de incidentes, eventos adversos y riesgos. Igualmente, implantará metodología de análisis de incidentes y riesgos.

Deberán desarrollarse acciones para la identificación de factores que favorezcan la aparición de errores.

Deben implantarse mecanismos para que aquellos eventos adversos o incidentes relacionados con errores de medicación sean comunicados al sistema de notificación de reacciones adversas a medicamentos.

La organización desarrollará metodología normalizada que permita identificar, evaluar, reducir o eliminar el riesgo de que se produzca un efecto adverso.

La metodología desarrollada debe aplicarse a todas las etapas de gestión de riesgo: identificación, análisis, desarrollo de planes de control y seguimiento.

Deberá disponerse también de indicadores de la gestión de los eventos adversos, como por ejemplo: número de notificaciones, porcentaje de respuesta a las notificaciones, porcentaje de planes de mejora ejecutados, etc.).

4.37 Se dispone y se implantan mecanismos de identificación y seguimiento de alergias e intolerancias de los pacientes. (Obligatorio)

La organización debe disponer de mecanismos para de identificación de las alergias e intolerancias, los sistemas de alertas existentes y su inclusión en el plan de cuidados.

4.38 Se codifica 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)

La organización deberá elaborar y comunicar a la Consejería de Salud y Consumo la información del conjunto mínimo básico de datos y su recogida en la normativa correspondiente.

4.39 Se emite un informe de alta con toda la información requerida. (Obligatorio)

Se debe entregar al paciente y a otros profesionales relacionados con la continuidad asistencial toda la información sobre el proceso asistencial del paciente en la que se detallen los datos del mismo, un resumen de su historial clínico, la actividad asistencial prestada, el diagnóstico y las recomendaciones terapéuticas.

4.40 Se emite un informe de cuidados de enfermería al alta. (Recomendable)

Se debe entregar al paciente o persona cuidadora un documento que recoja la información necesaria al alta hospitalaria para la planificación de cuidados en el ámbito extrahospitalario. El informe recogerá, como mínimo:

- Identificación de la unidad de enfermería que emite el informe.
- Identificación del paciente, domicilio y del centro que continuará los cuidados.
- Identificación de la persona cuidadora principal.
- Diagnósticos de enfermería no resueltos al alta.
- Cuidados de enfermería que necesitan seguimiento.
- Reacciones adversas relacionadas con los cuidados de enfermería.
- Recomendaciones para el paciente al alta.
- Identificación del personal de enfermería.

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)

La organización debe recoger en el mapa de procesos los procesos no asistenciales que describan citaciones, ingresos, programación quirúrgica y lista de espera, así como aquellos que prestan apoyo a los procesos asistenciales. De los procesos no asistenciales, deberá identificarse:

- Objeto del proceso.
- Inicio y fin del proceso.
- Entradas y salidas del proceso.
- Clientes y proveedores.
- Indicadores.

4.42 Se dispone de un procedimiento para proteger a pacientes en casos de violencia de género u otros. (Obligatorio)

Se debe disponer de un procedimiento documentado que recoja las actuaciones en cuanto a la detección, valoración e intervención en casos de violencia de género.

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

La organización debe disponer de mecanismos que permitan, sobre los procesos:

- Identificar mejoras o cambios.
- Innovar sobre los procesos existentes.
- Diseñar nuevos procesos.

Y, en función de los nuevos procesos:

- Desarrollo de procesos piloto.
- Comunicación y formación sobre los cambios en los procesos.

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

La organización debe definir y ejecutar un plan de auditorías. El plan de auditorías contendrá:

- Áreas a auditar.
- Fechas de auditoría.
- Criterio de auditoría (historias clínicas, ISO 9001, etc.).
- Auditores.

Se documentará y desarrollará un plan de auditorías anual.

4.45 Se dispone e implanta una sistemática para elaborar, revisar y actualizar todos los protocolos asistenciales, guías de práctica clínica y procesos asistenciales. (Obligatorio)

La organización debe definir una sistemática de control documental que contenga:

- Identificación de los responsables de elaboración, revisión y aprobación de los documentos.
- Método empleado para identificación de los cambios documentales.
- Lugar de acceso a los documentos elaborados.

4.46 Se dispone de un sistema de información y comunicación a pacientes y usuarios. (Obligatorio)

La organización debe disponer de un sistema de información que contenga:

- Identificación de las necesidades de información y comunicación de los pacientes —p. ej.: derechos de los pacientes, cartera de servicios, normas y procedimientos, servicios alternativos, etc.
- Planes de comunicación.
- Medio de comunicación.
- Mecanismos de evaluación de la comunicación.

4.47 Se dispone e implanta un protocolo de información a pacientes y familiares. (Obligatorio)

La organización debe disponer de un protocolo que permita recoger las necesidades de información sobre atención y que recoja:

- Información a los pacientes sobre la atención y los servicios ofrecidos.
- Servicios de la organización.
- Información a familiares de pacientes.
- Servicios alternativos en el caso de que la organización no pueda ofrecerlos.

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)

La organización debe disponer programas de educación para la salud dirigidos a pacientes y familiares y que recojan aspectos de hábitos saludables, prevención de enfermedades y conocimiento de enfermedades.

Los programas de educación para la salud recogerán la revisión de la eficacia de las acciones.

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

La organización debe definir un protocolo que contenga:

- Mecanismos de identificación de pacientes con minusvalías sensoriales.
- Mecanismos existentes en el centro para cada tipo de pacientes con minusvalías sensoriales.
- Sistemas de evaluación de los mecanismos existentes.

4.50 Se dispone e implanta un plan de atención telefónica. (Obligatorio)

El centro debe disponer de un plan de atención telefónica público que defina:

- horario de información general (24 horas)
- citaciones

- actividades asistenciales
- orientar y dar respuesta a problemas de salud
- Otros

El plan de atención telefónica será evaluado periódicamente.

4.51 Se facilita el acceso a la historia clínica a la ciudadanía. (Obligatorio)

El centro deberá disponer de un procedimiento para que el paciente pueda tramitar la solicitud de acceso a la historia clínica y que informe al paciente de las reservas recogidas en la normativa.

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

El sistema para la realización de encuestas recogerá:

- Método de selección aleatoria de clientes.
- Método de realización de la encuesta (telefónica, carta, entrevista, al alta...).
- Volumen mínimo de encuestas.
- Comparabilidad de las encuestas.

En las encuestas de satisfacción deberían poderse valorar aspectos como el trato, la continuidad asistencial, la información recibida, la participación del paciente en las decisiones clínicas, la organización, la intimidad, la confidencialidad, la limpieza y la alimentación.

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

La organización debe definir qué métodos alternativos dispone para obtener mayor información de los pacientes.

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

La organización debe disponer de un sistema de sugerencias, reclamaciones y quejas que esté al alcance de cualquier usuario de la organización. El proceso de tratamiento deberá:

- Analizar las quejas, sugerencias y reclamaciones que reciba la organización.
- Canalizar las quejas, sugerencias y reclamaciones a las unidades correspondientes en función de la materia.
- Hacer un seguimiento de las contestaciones de las unidades.
- Valorar el grado de satisfacción que permita a los usuarios expresar su grado de satisfacción con la respuesta recibida.

- Emitir informe anual que valore la respuesta global a las respuestas dadas.

4.55 El centro hospitalario promociona la donación voluntaria de sangre y sus fracciones, así como de órganos y tejidos. (Obligatorio)

El centro debe implantar acciones de promoción de la donación de sangre y fracciones, al igual que de la donación de órganos y tejidos. Deberá disponer de un coordinador hospitalario de trasplantes.

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

La organización debe disponer de un plan de desarrollo de la I+D+i, el cual contendrá:

- Líneas prioritarias de investigación.
- Presupuesto.
- Infraestructura y equipos destinados a investigación.
- Profesionales implicados.

4.57 Se desarrollan métodos de control de la actividad llevada a cabo en los laboratorios. (Obligatorio)

La organización debe definir métodos de control, los cuales tendrán el siguiente alcance:

- Procedimientos para la recogida, identificación, manejo, transporte y eliminación de muestras —teniendo en cuenta los aspectos ambientales.
- Normas de interpretación de los resultados.
- Validación de los métodos analíticos empleados.
- Control de los equipos (ajuste, validación y calibración).

4.58 Se desarrollan métodos de control de la actividad de las unidades de diálisis. (Obligatorio)

La unidad debe definir métodos de gestión y control de su actividad, que incluirán:

- Información del funcionamiento de la unidad para usuarios y familiares.
- Definición y análisis de riesgos del proceso asistencial del paciente.
- Definición y análisis de riesgos del proceso de diálisis.
- Procesos y procedimientos (guías y vías clínicas, procesos asistenciales integrados, etc.) que más frecuentemente atiende la unidad.
- Manual de organización y funcionamiento.
- Protocolos de limpieza, desinfección, desinsectación y desratización.
- Indicadores.

4.59 Se dispone de medios que aseguran una alimentación adecuada y segura para la atención al paciente y que recogen aspectos dietéticos, culturales, religiosos, etc., y

**tiene en cuenta el estado de salud y el riesgo de malnutrición del paciente.
(Obligatorio)**

La organización debe disponer de medios que puedan asegurar que:

- El paciente participa en la planificación y selección de alimentos.
- Se tienen en cuenta las prácticas y tradiciones culturales y religiosas.
- Se informa a los familiares de los alimentos que están contraindicados al paciente.

Se implantarán las medidas adecuadas para reducir el riesgo de contaminación y deterioro de los alimentos tanto en la preparación como en el almacenamiento.

Categoría V. Resultados

Resultados: personas

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

La organización debe disponer de indicadores sobre su número de trabajadores, estratificados por colectivos, trabajadores a tiempo parcial y trabajadores a tiempo completo. Además, se aportará información sobre la rotación media de los trabajadores.

Indicadores vinculados:

- Número de facultativos.
- Número de enfermeras.
- Número de TCAE.
- Número de técnicos sanitarios.
- Número de personal no sanitario.
- Número de personal de dirección.
- Número de trabajadores.

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

La organización debe disponer de índices de satisfacción de los trabajadores en aspectos como:

- Relaciones con el mando.
- Relaciones interpersonales.
- Participación.
- Formación.
- Promoción.
- Retribución.
- Organización del trabajo.
- Confort del lugar de trabajo.
- Seguridad laboral.
- Información recibida.
- Reconocimiento.

Además, la medida de la satisfacción de los trabajadores se puede complementar con el seguimiento del número de quejas y sugerencias realizadas por los mismos.

Indicadores vinculados:

- Índice de satisfacción.

- Número de quejas.
- Número de sugerencias.

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

La organización debe disponer de indicadores que faciliten información sobre:

- Enfermedades de contingencia común.
- Enfermedades profesionales.

Indicadores vinculados:

- Tasa de enfermedades profesionales.
- Tasa de días perdidos.
- Tasa de absentismo.

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

La organización debe disponer de indicadores sobre el número de accidentes laborales, y también de información sobre los accidentes laborales de tipo biológico.

Indicadores vinculados:

- Número de accidentes de trabajo mortales en jornada.
- Número de accidentes de trabajo graves en jornada.
- Número de accidentes de trabajo leves en jornada.
- Número de accidentes de trabajo mortales *in itinere*.
- Número de accidentes de trabajo graves *in itinere*.
- Número de accidentes de trabajo leves *in itinere*.
- Número de accidentes biológicos.

5.1-5. Se cuantifican y evalúan las agresiones sufridas por los profesionales. (Obligatorio)

La organización debe disponer de indicadores sobre las agresiones sufridas por los profesionales de la organización, clasificándolas además en:

- Agresiones físicas a profesionales.
- Agresiones materiales a profesionales.
- Agresiones simbólicas a profesionales.

Indicadores vinculados:

- Número de agresiones físicas a profesionales.
- Número de agresiones simbólicas a profesionales.

- Número de agresiones materiales a profesionales.

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

La organización debe disponer de indicadores sobre el porcentaje de personal fijo y temporal de la organización, y especialmente en las unidades de urgencias, medicina intensiva, neonatos, etc.

Indicadores vinculados:

- Porcentaje de personal fijo total.
- Porcentaje de personal temporal total.
- Porcentaje de personal fijo en Urgencias.
- Porcentaje de personal temporal en Urgencias.
- Porcentaje de personal fijo en Unidad de Medicina Intensiva.
- Porcentaje de personal temporal en Unidad de Medicina Intensiva.
- Porcentaje de personal fijo en Unidad de Medicina Intensiva Pediátrica.
- Porcentaje de personal temporal Unidad de Medicina Intensiva Pediátrica.
- Porcentaje de personal fijo en Neonatología.
- Porcentaje de personal temporal en Neonatología.

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

Los beneficios sociales que la organización puede ofrecer a sus trabajadores son variados, pero puede incluir:

- Reducción de jornada.
- Ayudas familiares.
- Complementos de pensión.
- Ayudas a estudios.
- Ayudas a enfermedades.

Los beneficios sociales estándar son aquellos que se ofrecen al menos a la mayoría de los empleados. Este indicador se refiere tanto a beneficios sociales directos en forma de contribución monetaria como a atenciones pagadas por la organización o reembolsos de gastos abonados por el trabajador. También se podrá incluir el derecho a indemnizaciones por despido superiores a los mínimos legales, pagos por finalización del contrato, prestaciones por accidentes no laborales, prestaciones a los supervivientes y vacaciones extraordinarias pagadas. Este indicador no incluirá los beneficios en especie, tales como clases de deporte o guardería para los hijos e hijas, servicio gratuito de comidas durante la jornada laboral o, en general, cualquier otro beneficio social para el trabajador.

Indicadores vinculados:

- Número de personas acogidas reducción de jornada.
- Número de personas acogidas a ayudas a hijos.
- Número de personas acogidas a complemento de pensión.
- Número de personas acogidas a ayudas a estudios.
- Número de personas acogidas a ayudas a enfermedades.

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

La información debe aportarse por colectivos, en número de horas, en cantidades económicas destinadas. Esta información deberá aportarse tanto en términos de oferta por parte de la organización como desde el punto de vista del aprovechamiento por parte de los profesionales.

Indicadores vinculados:

- Número de cursos impartidos al personal médico.
- Número de horas impartidas al personal médico.
- Número de personal médico con formación continuada.
- Número de cursos impartidos al personal de enfermería.
- Número de horas impartidas al personal de enfermería.
- Número de trabajadores de enfermería con formación continuada.
- Número de cursos impartidos a TCAE.
- Número de horas impartidas a TCAE.
- Número de TCAE con formación continuada.
- Número de cursos impartidos a personal no sanitario.
- Número de horas impartidas a personal no sanitario.
- Número de a personal no sanitario con formación continuada.
- Importe destinado a formación.
- Número de médicos residentes internos (MIR).
- Número de personal de enfermería residente interno (EIR).
- Número de otros internos residentes (FIR, QUIR, BIR, PIR...).

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

La participación en los grupos de trabajo se evaluará por la participación en las comisiones o comités de cuidados de enfermería, historia clínica, infección y política antibiótica, mortalidad, transfusiones, humanización y seguridad del paciente; en los grupos de trabajo de gestión de riesgos, y en los equipos definidos para la elaboración de protocolos.

Indicadores vinculados:

- Número de horas de compensación por participar en grupos de mejora.
- Número de comités o comisiones.

- Número de miembros de la comisión o comité.
- Número de asistentes a la comisión o comité.

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

La organización debe disponer de indicadores sobre la política de igualdad, tanto desde un punto de vista global como desde un punto de vista directivo.

Indicadores vinculados:

- Porcentaje de mujeres en plantilla.
- Porcentaje de mujeres en cargos directivos.

Resultados: clientes

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

La organización deberá disponer de datos de satisfacción sobre:

- Información general.
- Información dada por el personal (médico y enfermería).
- Tiempo dedicado por personal médico y de enfermería.
- Trato del personal (médico, enfermería y no sanitarios).
- Intimidad.
- Tranquilidad.
- Comodidad del hospital.
- Calidad de la comida.
- Global en la atención.

Esta información debe disponerse sobre los siguientes servicios y unidades:

- Hospitalización.
- Consultas Externas.
- Unidades de cirugía mayor.
- Urgencias.
- Servicios de pruebas complementarias.
- Hospital de día.

Además, deberán cuantificarse las quejas, reclamaciones y felicitaciones recibidas junto con el tiempo de respuesta de las contestaciones y las acciones puestas en marcha tras las quejas y reclamaciones recibidas.

Indicadores vinculados:

- Índice de satisfacción.
- Número de quejas.
- Número de reclamaciones.
- Demora media en la resolución de las reclamaciones.
- Número de felicitaciones.

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

La organización debe disponer indicadores que midan la accesibilidad de los usuarios y de los elementos que puedan influir, como puedan ser.

- La reprogramación de intervenciones quirúrgicas.

- Las suspensiones asistenciales.
- El rendimiento de los quirófanos.

En los centros públicos se dispondrá de esta información, indicando el número de enfermos en lista de espera:

- A 180 días.
- Entre 151 y 180 días.
- El número de enfermos en lista de espera de intervenciones quirúrgicas globales.

Indicadores vinculados:

- Número de pacientes en LEQ.
- Número de pacientes en espera quirúrgica por 1.000 habitantes.
- Número de pacientes en LEQ mayor a 180 días.
- Número de pacientes en LEQ entre 151 y 180 días.
- Número de pacientes en LEQ (cataratas).
- Número de pacientes en espera quirúrgica por 1.000 habitantes (cataratas).
- Número de pacientes en LEQ mayor a 180 días (cataratas).
- Número de pacientes en LEQ entre 151 y 180 días (cataratas).
- Demora media (cataratas).
- Espera media (cataratas).
- Número de pacientes en LEQ (cirugía cardiaca).
- Número de pacientes en espera quirúrgica por 1.000 habitantes (cirugía cardiaca).
- Número de pacientes en LEQ mayor a 180 días (cirugía cardiaca).
- Número de pacientes en LEQ entre 151 y 180 días (cirugía cardiaca).
- Demora media (cirugía cardiaca).
- Espera media (cirugía cardiaca).
- Número de pacientes en LEQ (cirugía valvular).
- Número de pacientes en espera quirúrgica por 1.000 habitantes (cirugía valvular).
- Número de pacientes en LEQ mayor a 180 días (cirugía valvular).
- Número de pacientes en LEQ entre 151 y 180 días (cirugía valvular).
- Demora media (cirugía valvular).
- Espera media (cirugía valvular).
- Número de pacientes en LEQ (prótesis de cadera).
- Número de pacientes en espera quirúrgica por 1.000 habitantes (prótesis de cadera).
- Número de pacientes en LEQ mayor a 180 días (prótesis de cadera).
- Número de pacientes en LEQ entre 151 y 180 días (prótesis de cadera).
- Demora media (prótesis de cadera).
- Espera media (prótesis de cadera).
- Número de pacientes en LEQ (prótesis de rodilla).
- Número de pacientes en espera quirúrgica por 1.000 habitantes (prótesis de rodilla).
- Número de pacientes en LEQ mayor a 180 días (prótesis de rodilla).
- Número de pacientes en LEQ entre 151 y 180 días (prótesis de rodilla).

- Demora media (prótesis de rodilla).
- Espera media (prótesis de rodilla).
- Porcentaje de suspensiones quirúrgicas debidas a la organización.
- Porcentaje de suspensiones asistenciales quirúrgicas.

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

La organización debe disponer indicadores que midan la accesibilidad y los elementos que puedan influir, como puedan ser:

- Número de primeras visitas.
- Relación entre primeras visitas y sucesivas.
- Suspensiones asistenciales.
- Pacientes derivados a otros centros.

En los centros públicos se deberá disponer de esta información, indicando el número de enfermos en lista de espera a:

- 60 días.
- El número de enfermos en lista de espera de consultas de especialistas.

Indicadores vinculados:

- Número de pacientes en LECC.
- Número de pacientes en espera de consultas externas por 1.000 habitantes.
- Número de pacientes en LECC mayor a 60 días.
- Número de primeras consultas.
- Porcentaje de pacientes derivados a otros centros para primeras visitas.
- Frecuentación de consultas de atención especializada.
- Índice de relación segunda y primera consultas (ratio 2/1).

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

La organización debe disponer de indicadores que midan la accesibilidad de los usuarios en general y de aquellas pruebas más sensibles (colonoscopias, RMN, TAC, etc.).

Además, deberá disponer indicadores de aquellos elementos que puedan influir en la lista de espera, como puedan ser:

- Suspensiones asistenciales.
- Pacientes derivados a otros centros.

Indicadores vinculados:

- Porcentaje de pacientes en LE con más de 60 días de demora para pruebas complementarias.
- Porcentaje de pacientes derivados a otros centros para pruebas complementarias.
- Número de pacientes en LE para una colonoscopia con más de 60 días de demora.
- Número de pacientes en LE TAC con más de 60 días de demora.
- Número de pacientes en LE RMN con más de 60 días de demora.
- Porcentaje de reprogramaciones de pruebas complementarias.
- Porcentaje de suspensiones asistenciales de pruebas complementarias.

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

Se deberá disponer de un indicador que suministre información del tiempo máximo transcurrido entre la sospecha diagnóstica y el inicio del tratamiento. Los procesos oncológicos más prioritarios son los de mama, colon y pulmón.

Indicadores vinculados:

- Demora en procesos oncológicos de mama (intervalo derivación-diagnóstico).
- Demora en procesos oncológicos de mama (intervalo diagnóstico-tratamiento).
- Demora en procesos oncológicos de colon (intervalo derivación-diagnóstico).
- Demora en procesos oncológicos de colon (intervalo diagnóstico-tratamiento).
- Demora en procesos oncológicos de pulmón (intervalo derivación-diagnóstico).
- Demora en procesos oncológicos de pulmón (intervalo diagnóstico-tratamiento).

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

La organización deberá disponer de indicadores que suministren información sobre la accesibilidad a urgencias. Para ello, se seguirán los estándares definidos por la Sociedad Española de la Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES).

Indicadores vinculados:

- Porcentaje de pacientes que están menos de 15 minutos entre dar datos en admisión y el triaje.
- Porcentaje de pacientes de nivel 1 que esperan menos de 7 minutos.
- Porcentaje de pacientes de nivel 2 que esperan menos de 15 minutos.
- Porcentaje de pacientes de nivel 3 que esperan menos de 45 minutos.
- Porcentaje de pacientes de nivel 4 que esperan menos de 120 minutos.
- Porcentaje de pacientes de nivel 5 que esperan menos de 240 minutos.

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

La organización deberá disponer de indicadores que suministren información sobre la frecuentación de las intervenciones quirúrgicas, hospitales de día, atención especializada y las tasas de uso de tecnología.

Para la cuantificación de los servicios sanitarios deberán aplicarse los criterios establecidos por el Sistema Nacional de Salud.

Indicadores vinculados:

- Frecuentación de ingresos hospitalarios.
- Tasas de intervenciones quirúrgicas.
- Tasas de uso de tecnología.
- Estancia media preoperatoria para cirugía programada con hospitalización convencional.
- Estancia media preoperatoria para cirugía urgente con hospitalización convencional.
- Tasa de ambulatorización de los procedimientos quirúrgicos.
- Utilización bruta de quirófanos.
- Frecuentación en hospitales de día.

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

La organización deberá disponer de indicadores sobre los ingresos inesperados tras una alta previa en el mismo hospital. Los reingresos deberán medirse de manera global y sobre los siguientes procesos, siempre y cuando sean realizados por el centro:

- Tras cirugía programada.
- Posinfarto.
- Urgentes por asma.
- Urgente psiquiátrico.

Se deberán medir los reingresos según los criterios definidos por el Sistema Nacional de Salud en la siguiente dirección electrónica: <https://icmbd.sanidad.gob.es/>, apartado «Documentación técnica», «Descripción del modelo de indicadores CIE10ES (2ª ed.)».

Indicadores vinculados:

- Tasa de reingresos.
- Tasa de reingresos a los 7 días.
- Tasa de reingresos a los 30 días.
- Tasa de ingresos tras CMA.
- Tasa de reingresos urgentes tras cirugía programada.
- Tasa de reingresos posinfarto.
- Tasa de reingresos urgentes por asma.
- Tasa de reingresos urgentes psiquiátricos.

- Retorno a Urgencias en 72 horas.
- Retorno a Urgencias en 72 horas con ingreso.

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

La organización deberá disponer de indicadores sobre la mortalidad. La mortalidad deberá medirse de manera global sobre los siguientes procesos, siempre y cuando sean realizados por el centro:

- Aneurisma aórtico abdominal.
- Revascularización coronaria.
- Endarterectomía carotídea.
- Craneotomía.
- Prótesis de cadera.
- Pancreatectomía.
- Angioplastia coronaria.
- Infarto agudo de miocardio.
- Insuficiencia cardiaca congestiva.
- Accidente cerebro vascular agudo.
- Hemorragia gastrointestinal.
- Fractura de cadera.
- Neumonía.
- Asma.

Se deberá medir la mortalidad según los criterios definidos por el Sistema Nacional de Salud en la siguiente dirección electrónica: <https://icmbd.salud.gob.es/>, apartado «Documentación técnica», «Descripción del modelo de indicadores CIE10ES (2ª ed.)».

Indicadores vinculados:

- Tasa de mortalidad.
- Tasa de mortalidad en resección esofágica.
- Tasa de mortalidad en cirugía reparadora de aneurisma aórtico abdominal.
- Tasa de mortalidad en revascularización coronaria.
- Tasa de mortalidad en endarterectomía carotídea.
- Tasa de mortalidad en craneotomía.
- Tasa de mortalidad en prótesis de cadera.
- Tasa de mortalidad en pancreatectomía.
- Tasa de mortalidad tras angioplastia coronaria.
- Tasa de mortalidad en infarto agudo de miocardio.
- Tasa de mortalidad en insuficiencia cardiaca congestiva.
- Tasa de mortalidad en accidente cerebro vascular agudo.
- Tasa de mortalidad en hemorragia gastrointestinal.
- Tasa de mortalidad tras fractura de cadera.

- Tasa de mortalidad en neumonía.
- Tasa de mortalidad en asma en pacientes en edad 5-39.
- Tasa de mortalidad en urgencias.
- Tasa de mortalidad perinatal.
- Tasa de necropsias.
- Tasa de mortalidad tras intervención quirúrgica.

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

La organización deberá disponer de indicadores que den información sobre el porcentaje de cáncer de mama, colon, pulmón y próstata que continúan vivos al cabo de un año y 5 años contados desde el diagnóstico.

Se deberá medir la supervivencia según los criterios definidos por el Sistema Nacional de Salud.

Indicadores vinculados:

- Tasa de supervivencia tras cáncer de mama al año.
- Tasa de supervivencia tras cáncer de colon al año.
- Tasa de supervivencia tras cáncer de pulmón al año.
- Tasa de supervivencia tras cáncer de próstata al año.
- Tasa de supervivencia tras cáncer de mama a los 5 años.
- Tasa de supervivencia tras cáncer de colon a los 5 años.
- Tasa de supervivencia tras cáncer de pulmón a los 5 años.
- Tasa de supervivencia tras cáncer de próstata a los 5 años.

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

La organización deberá disponer de indicadores sobre trasplantes, siempre y cuando se realicen en el centro.

Se deberán medir la supervivencia tras trasplante según los criterios definidos por el Sistema Nacional de Salud.

Indicadores vinculados:

- Tasa de supervivencia tras trasplante a 1 año.
- Tasa de supervivencia tras trasplante a los 3 años.

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

La organización deberá disponer de indicadores que informen de las actividades relacionadas con la seguridad de pacientes, así como de los resultados obtenidos en cuanto a seguridad del paciente, como puedan ser:

- Pacientes que desarrollan infección posquirúrgica.
- Reacciones adversas a medicamentos.
- Reacciones transfusionales.
- Úlceras por presión.
- Caídas.
- Roturas de cadera en pacientes ingresados.
- Otros.

Para los indicadores de reacciones adversas a medicamentos, reacciones transfusionales, úlceras por presión y fracturas de cadera, se seguirán los criterios definidos por el Sistema Nacional de Salud.

Indicadores vinculados:

- Tasa de complicaciones.
- Tasa de infección nosocomial.
- Úlceras de decúbito.
- Neumotórax iatrogénico.
- Infección relacionada con la utilización de catéter.
- Fractura posoperatoria de fémur.
- Trauma neonatal.
- Dehiscencia de herida quirúrgica abdominopélvica en adulto.
- Cuerpo extraño dejado accidentalmente durante un procedimiento en adultos.
- Porcentaje de sepsis posquirúrgica.
- Sepsis posquirúrgica en cirugía abdominal.
- Hemorragia o hematoma posoperatorio en adultos.
- Trombosis venosa profunda posquirúrgica.
- Trombosis venosa profunda posquirúrgica en cirugía de sustitución de cadera o rodilla.
- Tromboembolismo pulmonar posquirúrgico.
- Tromboembolismo pulmonar posquirúrgico en substitución de cadera y rodilla.
- Punción o desgarró accidental en adultos.
- Trauma obstétrico en parto vaginal instrumentado.
- Trauma obstétrico en parto vaginal no instrumentado.
- Litros de preparado de base alcohólica consumidos.
- Litros de preparado de base alcohólica consumidos en UCI.
- Número de reacciones adversas a medicamentos.
- Número de pacientes con errores de medicación.
- Tasa de reacciones transfusionales.
- Número de caídas.

- Número de pacientes sometidos a cirugía errónea.

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

La organización deberá disponer de indicadores sobre la pertinencia de determinados procedimientos, siempre y cuando sean realizados por el centro:

- Cirugía electiva para colecistectomía.
- Cirugía conservadora de cáncer de mama.
- Cesáreas.
- Histerectomías a mujeres menores de 35 años.

Además, podrá establecer indicadores de análisis de la práctica clínica, como pueda ser la cirugía laparoscópica, etc.

Indicadores vinculados:

- Porcentaje de cesáreas.
- Porcentaje de colecistectomías por laparoscopia.
- Porcentaje de histerectomías a mujeres menores de 35 años.
- Porcentaje de histerectomías por laparoscopia.
- Tasa de cirugía conservadora en cáncer de mama.
- Porcentaje de pacientes con fractura de cadera intervenidos en las primeras 48 horas.
- Número de altas de resección de aneurisma aórtico abdominal.
- Número de altas de resección esofágica.
- Número de altas de *bypass* coronario.
- Número de altas de endarterectomía carotídea.
- Número de altas de pancreatometomía.
- Número de altas de angioplastia coronaria.
- Número de altas de colecistectomía laparoscópica (%).
- Número de altas de histerectomía.
- Número de altas de prótesis total de rodilla.
- Número de altas de prótesis total de cadera.

5.2-14. Se cuantifican y evalúan las hospitalizaciones potencialmente evitables. (Recomendable)

La organización deberá disponer de indicadores sobre una serie de patologías, por lo general, de larga evolución que requieren de múltiples cuidados de salud, así como de acciones orientadas a promover el autocuidado y que, mayoritariamente, precisan de una vigilancia y tratamiento eminentemente ambulatorio, principalmente en el ámbito de la atención primaria.

En este indicador se incluirán las siguientes patologías:

- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica.
- Insuficiencia cardiaca congestiva.
- Hipertensión arterial.
- Neumonía.
- Infección del tracto urinario.

Indicadores vinculados:

- Tasa de hospitalización de enfermedad pulmonar obstructiva crónica.
- Tasa de hospitalización de insuficiencia cardiaca congestiva.
- Tasa de hospitalización de hipertensión arterial.
- Tasa de hospitalización de neumonía bacteriana.
- Tasa de hospitalización de infección del tracto urinario.
- Diabetes incontrolada sin complicación.
- Complicaciones agudas de la diabetes.
- Complicaciones crónicas de la diabetes.
- Diabetes con amputación de extremidad inferior.
- Deshidratación aguda.
- Asma en adultos jóvenes (15-39 años).

Resultados: sociedad

5.3-1 Se cuantifica y evalúa el impacto ambiental. (Recomendable)

El centro deberá realizar mediciones del impacto ambiental y evaluar el ruido emitido por sus instalaciones, las emisiones atmosféricas, los residuos generados (tipo I, II y III) y el consumo de recursos naturales (agua, combustibles fósiles y electricidad). Se deberá definir una periodicidad de medición que no deberá ser superior a los tres años.

Indicadores vinculados:

- dB(A)
- emisiones atmosféricas
- Kg tipo I
- Kg tipo II
- Kg tipo III
- litros de agua
- kW h
- m³ de gas

5.3-2 Se cuantifica y evalúa el apoyo (económico, profesional, logístico, etc.) dado a organizaciones humanitarias. (Recomendable)

Se deberá disponer de datos sobre los indicadores descritos y de información durante tres años.

Indicadores vinculados:

- Número de personas dedicadas a voluntariado.
- Número de horas de formación a colectivos de voluntariado.
- Importe de destinados a organizaciones humanitarias.

5.3-3 Se cuantifica y evalúa el apoyo (económico, profesional, logístico, etc.) dado a asociaciones de enfermos. (Recomendable)

La organización debe disponer de indicadores del apoyo económico dado a asociaciones de enfermos e información durante tres años.

Indicadores vinculados:

- Número de asociaciones de enfermos con las que se trabaja.

5.3-4 Se cuantifican y evalúan los premios recibidos, los reconocimientos y las certificaciones relacionados con la buena práctica asistencial. (Recomendable)

La organización debe disponer de indicadores de los premios recibidos, los reconocimientos y las certificaciones.

Indicadores vinculados:

- Número de premios oficiales recibidos.
- Número de premios recibidos.
- Número de certificados recibidos.

5.3-5 Se cuantifican y evalúan las quejas, reclamaciones judiciales, demandas patrimoniales presentadas por pacientes y familias, proveedores, asociaciones, etc. (Recomendable)

La organización debe disponer de indicadores de quejas, reclamaciones judiciales y demandas patrimoniales presentadas.

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)

La información debe presentarse por medios de comunicación (prensa, televisión, radio...).

Indicadores vinculados:

- Número de apariciones en prensa.
- Número de apariciones en radio.
- Número de apariciones en televisión.
- Número de visitas a la página web.

5.3-7 Se cuantifica y evalúa la labor de la organización en cuanto a la investigación. (Recomendable)

La organización debe disponer de indicadores del presupuesto destinado a investigación, de los proyectos en los que participa, así como de los resultados obtenidos en referencia a las patentes, publicaciones en revistas, etc.

Indicadores vinculados:

- Porcentaje de presupuesto destinado a investigación.
- Número de publicaciones en revistas indexadas.
- Número de comunicaciones en congresos de ámbito nacional.
- Número de comunicaciones en congresos de ámbito internacional.
- Número de ponencias en congresos de ámbito nacional.
- Número de ponencias en congresos de ámbito internacional.
- Número de proyectos de investigación.
- Número de patentes.

Resultados: clave

5.4-1 Se cuantifica y evalúa la actividad realizada por el centro. (Obligatorio)

La organización deberá disponer de indicadores de la actividad realizada por el centro.

Indicadores vinculados:

- Número de altas.
- Número de intervenciones quirúrgicas.
- Número de intervenciones en gabinetes.
- Número de urgencias.
- Número de consultas externas.
- Número de estancias.
- Número de estancias en UCI.
- Número de partos.

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

La organización deberá disponer de indicadores tal y como determina el Sistema Nacional de Salud para valorar la:

- Tiempos de espera para intervenciones quirúrgicas, siempre y cuando sean realizadas por el centro, no urgentes de:
 - Especialidades quirúrgicas CGD (cirugía general) y de digestivo, ACV (angiología y cirugía vascular), GIN (ginecología), CMF (cirugía maxilofacial), OFT (oftalmología), CPE (cirugía pediátrica), ORL (otorrinolaringología), CPL (cirugía plástica), TRA (traumatología), CTO (cirugía torácica), URO (urología), NRC (neurocirugía), CCA (cirugía cardíaca), DER (dermatología).
 - Procesos seleccionados: catarata, hernia inguinal o crural, prótesis de cadera, artroscopia, varices de los miembros inferiores, colecistectomía, quiste pilonidal, hallux valgus y otras deformaciones de los dedos del pie, síndrome del túnel carpiano, adeno-amigdalectomía e hipertrofia benigna de próstata.
- Tiempos de espera de especialidades: ginecología, oftalmología, urología, traumatología, dermatología, otorrinolaringología, neurología, cirugía general y de digestivo, cardiología, siempre y cuando el centro disponga de ellas.
- Tiempos de espera para pruebas diagnósticas de TAC, ecografía, resonancia nuclear, hemodinámica, ergometría y endoscopia digestiva, siempre y cuando sean realizadas por el centro.

Indicadores vinculados:

- Demora media quirúrgica.
- Demora media primeras visitas en Consultas Externas.

- Demora media en pruebas complementarias.

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

La organización debe disponer de un indicador que compare el funcionamiento a igualdad de casuística de una determinada unidad estudiada.

Para la cuantificación de la estancia media deberán aplicarse los criterios establecidos por el Sistema Nacional de Salud.

Indicadores vinculados:

- Estancia media.
- Estancia media preoperatoria.

5.4-4 Se cuantifica y evalúa la complejidad atendida en el centro hospitalario. (Obligatorio)

La organización debe disponer de un indicador que permita medir la carga de la complejidad atendida por la organización.

Indicadores vinculados:

- Índice de complejidad.

5.4-5 Se cuantifica y evalúa la gestión económica realizada por el centro. (Obligatorio)

La organización debe definir indicadores que permitan medir sus resultados económicos garantizando la sostenibilidad de la actividad y buscando la máxima eficiencia. Para ello, definirá indicadores que den información sobre:

- Compras y gastos.
- Ventas e ingresos.

Indicadores vinculados:

- Importe de compras.
- Importe de variación de existencias.
- Importe de servicios exteriores.
- Importe de tributos.
- Importe de gastos de personal.
- Importe de gastos financieros.
- Importe de dotaciones para amortizaciones.
- Importe de dotaciones a las provisiones.
- Importe de otros gastos de gestión.

- Importe de otros gastos excepcionales.
- Importe de ingresos por prestación de servicios.
- Importe de trabajos realizados para la empresa.
- Importe de subvenciones para la explotación.
- Importe de otros ingresos de gestión.
- Importe de ingresos financieros.
- Importe de otros ingresos.

5.4-6 Se cuantifica y evalúa la gestión del centro. (Recomendable)

La organización debe disponer de indicadores que faciliten información sobre la gestión realizada por el centro sobre aspectos generales, y sobre aspectos como las compras, los suministros, el almacenamiento, las averías, la cocina, etc. Esta evaluación puede realizarse mediante herramientas de evaluación de la gestión como:

- EFQM.
- Contratos de gestión.
- Auditoria ISO 9001.

Indicadores vinculados:

- Grado de cumplimiento del contrato de gestión.
- Número de no conformidades en auditorías de certificación o acreditación.