

Acreditación de centros de atención hospitalaria aguda en Cataluña

Documento de estándares

Coordinación:**Dirección General de Ordenación y Regulación Sanitarias**

Roser Vallès Navarro

Subdirección General de Servicios Sanitarios

Josep Davins Miralles

Coordinadora de proyecto

M. Lluïsa López Viñas

Jefa del Servicio de Calidad Asistencial y Acreditación

Dirección técnica de proyecto

Servicio de Calidad Asistencial y Acreditación

Ignasi Arbusà Gusí

M. Dolors Núñez Sánchez

Montserrat Oliveras Gil

Equipo de redactores:**Servicio de Calidad Asistencial y Acreditación:**

Núria Costa Vilar

Ramon Guzmán Sebastián

Carme Tirvió Gran

Ignacio Vidal Dorissa

También han intervenido

Comité de Acreditación de Centros de Atención Hospitalaria Aguda, especialmente Carme Galí Izard y Rosa Martínez Abella, y Daniel Mercé Daganzo del Departamento de Salud.

Agradecimientos

Este modelo de acreditación se ha podido realizar gracias a la contribución, la colaboración y la profesionalidad de las personas, instituciones, entidades y grupos de trabajo, que han intervenido en las diferentes fases del proyecto y, sobre todo, han creído en él. Valoramos particularmente las aportaciones y críticas constructivas que hemos recibido, las cuales han sido muy provechosas para acercar este modelo de acreditación a la realidad de nuestro entorno sanitario.

Nuestro agradecimiento especial a los directores generales de este ámbito que han ejercido su cargo en el periodo en el que se han actualizado los estándares contenidos en este documento: David Elvira Martínez, Joaquim Esperalba Iglesias y Carles Constante Beitia.

Queremos agradecer el tiempo y la dedicación de los profesionales que han formado parte de los grupos de trabajo para elaborar este manual de estándares y que, aportando su conocimiento y su experiencia, han contribuido a su publicación. A todos ellos, muchas gracias.

Hortensia Aguado	Servicio Catalán de la Salud
Victòria Amargós	Instituto Guttmann
Bartomeu Ayala	Altahia
Mònica Ballester	Hospital Universitario Germans Trias i Pujol
Fernando Barcenilla	Hospital Universitario Arnau de Vilanova
Nereida Barneda	Clínica Girona
Anna Berrueta	Hospital Universitario de Tarragona Joan XXIII
José Luis Campuzano	Hospital de Viladecans
Raquel Carrera	Consorcio Hospitalario de Vic
Senta Chicote	Instituto Catalán de la Salud
Roser Ferrer	Corporación Sanitaria del Maresme y la Selva
Mónica Gallardo	Centro Médico Teknon
Albert Gallart	Capio Hospital General de Catalunya
Xavier García	Servicios de Salud Integrados Baix Empordà
Àngels García	Corporación Sanitaria del Maresme y la Selva
Amparo Giménez	Hospital Universitario de Bellvitge
Priscila Giraldo	Parque de Salud Mar
Sergi Iglesia	Hospital Sant Jaume d'Olot
Carme Mompó	Consorcio Sanitario Integral
Albert Nogué	Instituto de Asistencia Sanitaria
Montserrat Olona	Hospital Universitario de Tarragona Joan XXIII
M. Àngels Pérez	Fundació Salut Empordà
Rosa Planesas	Instituto Catalán de la Salud
Glòria Pont	Hospital de Campdevàrol
Andreu Prat	Hospital Clínic de Barcelona
Antònia Roselló	Hospital Universitario Mútua de Terrassa
Rosa Ruiz	Consorcio Sanitario de Terrassa
Jordi Salvador	Hospital Universitario Vall d'Hebron
Elena Solà	Hospital Verge de la Cinta de Tortosa
Natàlia Suelves	Hospital Universitario de Girona Doctor Josep Trueta
Glòria Torras	Instituto Catalán de la Salud

En cuanto a instituciones y entidades del ámbito de la salud, queremos agradecer el apoyo y la colaboración del Servicio Catalán de la Salud, el Instituto Catalán de la Salud, La Unió. Associació d'Entitats Sanitàries i Socials, el Consorcio de Salud y Social de Cataluña y la Asociación Catalana de Entidades de Salud.

En cuanto a otras instituciones, queremos expresar el agradecimiento al Departamento de Empresa y Empleo de la Generalitat de Catalunya y a ACCIÓ, especialmente a Joan Martí Estévez, gerente de Dinamización de Clústeres de Desarrollo Empresarial, y a Glòria Prats, jefa de Política Sectorial de Dinamización de Clústeres.

También queremos mencionar en estos agradecimientos la Entidad Nacional de Acreditación (ENAC), de ámbito estatal, especialmente a Antonio Muñoz, presidente, a Beatriz Rivera, directora general, a Ignacio Pina, director técnico, y a Isabel de la Villa, jefa del Departamento de Sanidad.

Para acabar, queremos agradecer el apoyo de los profesionales de la Asesoría Jurídica, de la Unidad de Organización y de la Sección de Planificación Lingüística del Departamento de Salud y de la División de Recursos Físicos y de la Gerencia de Atención Ciudadana del Servicio Catalán de la Salud.

© 2013, Generalitat de Catalunya. Departamento de Salud.

Edita:

Dirección General de Ordenación y Regulación Sanitarias.

1.ª edición:

Barcelona, 23 de abril de 2013

Depósito legal:

B.12458-2013

Asesoramiento y corrección lingüística:

Sección de Planificación Lingüística del Departamento de Salud

URL:

<http://www.gencat.cat/salut>



Los contenidos de esta obra están sujetos a una licencia de Reconocimiento-No comercial-Sin obras derivadas 3.0 de Creative Commons. Se permite su reproducción, distribución y comunicación pública siempre que se cite al autor y no se haga un uso comercial.

La licencia completa se puede consultar en: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/es/legalcode.es>

Sumario

CRITERIO 1. LIDERAZGO	10
Subcriterio 1.a - Los líderes desarrollan la misión, la visión, los valores y los principios éticos y actúan como modelo de referencia.	11
Agrupador conceptual: misión, visión, valores y principios éticos de la organización – 01 .11	
Subcriterio 1.b - Implicación personal de los líderes para garantizar el desarrollo, la implantación, la mejora continua y el rendimiento del sistema de gestión de la organización.	13
Agrupador conceptual: modelo organizativo del liderazgo - órganos de gobierno – 01	13
Agrupador conceptual: modelo organizativo del liderazgo - dirección ejecutiva – 02	16
Agrupador conceptual: modelo organizativo del liderazgo - línea ejecutiva – 03	18
Agrupador conceptual: plan estratégico – 04.....	21
Agrupador conceptual: plan de calidad y de seguridad del paciente – 05.....	24
Subcriterio 1.c- Los líderes de las organizaciones conocen a sus grupos de interés externos y crean herramientas de planificación para comprender y anticipar las diferentes necesidades y expectativas de estos grupos y dar respuesta. Elaboran iniciativas para implicar a aliados (socios), clientes y sociedad en la generación de ideas e innovación. Utilizan la innovación para mejorar la reputación y la imagen de la organización y para atraer a nuevos clientes y socios. Asimismo, los líderes de las organizaciones identifican alianzas estratégicas y operativas para la organización, en función de sus necesidades organizativas y estratégicas, la complementariedad de las fortalezas de ambas partes y sus capacidades. Al mismo tiempo, aseguran la transparencia de la información a los grupos de interés clave, incluyendo a los órganos de gobierno y de acuerdo con sus expectativas.	30
Agrupador conceptual: implicación en relación con los clientes – 01	30
Agrupador conceptual: implicación en relación con los proveedores – 02	32
Agrupador conceptual: implicación en relación con la sociedad – 03	35
Subcriterio 1.d - El líderes de la organización motivan a las personas que trabajan en ella y les dan apoyo y reconocimiento.	38
Agrupador conceptual: estilo directivo – 01	38
Subcriterio 1.e - Flexibilidad y gestión del cambio. Los líderes refuerzan una cultura de excelencia entre las personas de la organización.	41
Agrupador conceptual: gestión del cambio – 01	41
CRITERIO 2. ESTRATEGIA	43
Subcriterio 2.a - La estrategia se basa en comprender las necesidades y las expectativas de los grupos de interés y del entorno.....	43

Agrupador conceptual: en relación con el entorno – 01	43
Agrupador conceptual: en relación con los grupos de interés – 02	47
Agrupador conceptual: proceso continuo de comparación (<i>benchmarking</i>) – 03.....	49
Subcriterio 2.b - La estrategia se basa en comprender el rendimiento de la organización y sus capacidades.	51
Agrupador conceptual: información y análisis para la estrategia – 01	51
Subcriterio 2.c - La estrategia y sus políticas de apoyo se desarrollan, se revisan y se actualizan.	53
Subcriterio 2.d - La estrategia y sus políticas de apoyo se comunican, se implantan y se supervisan.	54
Agrupador conceptual: procesos clave – 01	54
Agrupador conceptual: comunicación – 02	56
CRITERIO 3. PERSONAS	57
Subcriterio 3.a - Planificación, gestión y mejora de los recursos humanos.....	58
Agrupador conceptual: estrategia referida a las personas – 01.....	58
Agrupador conceptual: gestión de las personas – 02	65
Agrupador conceptual: selección – 03	68
Subcriterio 3.b - Identificación, desarrollo y mantenimiento del conocimiento y la capacidad de las personas de la organización.	71
Agrupador conceptual: capacidades y atribuciones – 01.....	71
Agrupador conceptual: plan de formación – 02.....	76
Agrupador conceptual: evaluación de aptitudes, actitudes y habilidades – 03.....	81
Subcriterio 3.c - Implicación y asunción de responsabilidades por parte de las personas de la organización.	83
Agrupador conceptual: grupos de trabajo – 01	83
Subcriterio 3.d - Existencia de un diálogo entre las personas y la organización.....	86
Agrupador conceptual: programa de acogida del personal – 01	86
Agrupador conceptual: garantizar la comunicación – 02	88
Subcriterio 3.e - Reconocimiento y atención a las personas de la organización.....	90
Agrupador conceptual: reconocimiento del esfuerzo de las personas – 01	90
Agrupador conceptual: atención a las personas – 02	91
CRITERIO 4. ALIANZAS Y RECURSOS.....	94

Subcriterio 4.a - Gestión de las alianzas externas.....	95
Agrupador conceptual: proveedores externos de servicios asistenciales – 01	95
Agrupador conceptual: continuidad entre ámbitos asistenciales – 02	99
Agrupador conceptual: subcontrataciones – 03.....	101
Agrupador conceptual: otros proveedores – 04	104
Subcriterio 4.b - Gestión de los recursos económicos y financieros.	107
Agrupador conceptual: gestión de recursos económicos y financieros – 01	107
Subcriterio 4.c - Gestión sostenible de los edificios, los equipamientos, los materiales y los recursos naturales.	111
Agrupador conceptual: instalaciones y mantenimiento del edificio – 01.....	111
Agrupador conceptual: adecuación del edificio – 02.....	113
Agrupador conceptual: accesibilidad del edificio y de su entorno – 03	120
Agrupador conceptual: derecho a la intimidad y al confort – 04	124
Agrupador conceptual: seguridad del edificio y de su entorno – 05	129
Agrupador conceptual: gestión de residuos y otros riesgos – 06	132
Subcriterio 4.d - Gestión de la tecnología.	134
Agrupador conceptual: gestión de la tecnología asistencial – 01	134
Subcriterio 4.e - Gestión de la información y del conocimiento.	138
Agrupador conceptual: sistemas de información – 01	138
Agrupador conceptual: gestión de la información asistencial – 02	142
Agrupador conceptual: gestión del conocimiento – 03	145
CRITERIO 5. PROCESOS.....	148
Subcriterio 5.a - Diseño, gestión y mejora de los procesos.....	150
Agrupador conceptual: diseño, planificación, gestión y mejora de los procesos – 01.....	150
Subcriterio 5.d - Los productos y servicios se producen, se distribuyen y se gestionan.....	155
Agrupador conceptual: atención ambulatoria – 01.....	155
Agrupador conceptual: atención urgente – 02	161
Agrupador conceptual: atención en la hospitalización – 03.....	168
Agrupador conceptual: atención quirúrgica – 04.....	175
Agrupador conceptual: laboratorios – 05	181

Agrupador conceptual: uso de la sangre y componentes sanguíneos – 06	186
Agrupador conceptual: uso del medicamento – 07	190
Agrupador conceptual: radiodiagnóstico, medicina nuclear y radioterapia – 08.....	195
Agrupador conceptual: rehabilitación – 09	199
Agrupador conceptual: nutrición – 10.....	201
Agrupador conceptual: archivo y documentación clínica – 11	204
Agrupador conceptual: gestión de los clientes – 12.....	208
Agrupador conceptual: prevención y control de la infección – 13.....	212
Agrupador conceptual: investigación clínica – 14	217
Agrupador conceptual: hostelería – 15	219
Agrupador conceptual: almacén – 16.....	224
Agrupador conceptual: atención social – 17	228
Agrupador conceptual: educación del cliente – 18	231
Agrupador conceptual: ética y derechos del cliente – 19.....	233
Subcriterio 5.e - Relaciones con los clientes.	238
Agrupador conceptual: atención al cliente – 01	238
CRITERIO 6. RESULTADOS EN LOS CLIENTES.....	242
Subcriterio 6.a - Medidas de percepción.....	243
Agrupador conceptual: percepción del cliente – 01	243
Subcriterio 6.b - Indicadores de rendimiento.	248
Agrupador conceptual: objetivación de la satisfacción del cliente – 01	248
CRITERIO 7. RESULTADOS EN LAS PERSONAS.....	251
Subcriterio 7.a - Percepción.	252
Agrupador conceptual: percepción del personal – 01	252
Subcriterio 7.b - Indicadores de rendimiento.	256
Agrupador conceptual: indicadores de aptitudes, actitudes y habilidades – 01	256
CRITERIO 8. RESULTADOS EN LA SOCIEDAD	261
Subcriterio 8.a/b - Percepción e indicadores de rendimiento.	262
Agrupador conceptual: difusión y promoción de la salud e impacto local – 01	262

Agrupador conceptual: impacto ecológico – 02	266
Agrupador conceptual: impacto en la sociedad – 03	269
CRITERIO 9. RESULTADOS CLAVE	272
Subcriterio 9.a - Resultados e indicadores organizacionales clave	273
Agrupador conceptual: resultados e indicadores organizacionales clave – 01	273
Subcriterio 9.b - Resultados e indicadores económicos clave.....	276
Agrupador conceptual: resultados e indicadores económicos clave – 01	276
Subcriterio 9.c - Resultados e indicadores operacionales clave.....	279
Agrupador conceptual: procesos clave – 01	279
Agrupador conceptual: procesos de apoyo – 02.....	289
Glosario terminológico.....	305

CRITERIO 1. LIDERAZGO

Definición

Las organizaciones excelentes tienen líderes que dan forma al futuro para hacerlo realidad, actúan como modelo de referencia de sus valores y principios éticos e inspiran confianza.

Los líderes son flexibles, se implican personalmente para asegurar que el sistema de gestión de la organización se desarrolle y se implante. Al mismo tiempo, permiten que la organización se anticipe y reaccione oportunamente, con el objetivo de alcanzar el éxito.

CRITERIO 1. LIDERAZGO

Subcriterio 1.a - Los líderes desarrollan la misión, la visión, los valores y los principios éticos y actúan como modelo de referencia.

Agrupador conceptual: misión, visión, valores y principios éticos de la organización – 01

Definición

La organización dispone, explícitamente, de una misión, la cual determina su razón de ser y su proyección hacia el futuro (visión), la determinación de sus valores y principios éticos y de las políticas de actuación que se deben seguir.

Objetivos

Los líderes de las organizaciones, en la práctica, establecen y comunican una orientación y dirección estratégica claras. Aseguran el futuro de la organización mediante la definición y la comunicación de su objetivo fundamental, que constituye el fundamento de su misión, visión, principios éticos y cultura.

Asimismo, promueven los valores de la organización y son modelos de referencia de integridad, responsabilidad social y comportamiento ético, interna y externamente. Al mismo tiempo, favorecen el desarrollo de la organización al promocionar los valores compartidos, además de un comportamiento responsable y ético dentro de una cultura de confianza y transparencia. Se aseguran de que las personas de la organización actúen con integridad y según un comportamiento ético riguroso.

La misión debe incluir el reconocimiento de lo que hace, para quién lo hace y cómo lo hace. Debe estar actualizada y disponer de mecanismos reconocidos de aprobación, proyección, comunicación y renovación.

1a-01-E-01-E La misión está identificada explícitamente y está completa y vigente.

Toda organización debe identificar cuál es su razón de ser y conocer su proyección hacia el futuro.

La razón de ser y la visión hacia el futuro son consecuencia de lo que son sus valores fundamentales, y el camino para conseguir esta visión se realiza a través de políticas.

Todos estos elementos constituyen la misión de la organización.

La misión consta de una serie de elementos relacionados con: valores, principios éticos, ámbito, clientes, productos y cultura.

1a-01-E-02-E La misión está aprobada por el órgano de máxima responsabilidad de la organización.

La misión se define, se describe y se asume en el máximo nivel de responsabilidad de la organización. Se entiende por máximo nivel de responsabilidad el órgano de gobierno.

1a-01-D-01-Q La formulación/reformulación de la misión se ha realizado fomentando la colaboración de la organización.

Por su relevancia, es importante que la misión de la organización se defina con un alto nivel de participación.

1a-01-D-02-Q La misión de la organización se comunica y difunde interna y externamente.

Los profesionales que han participado en la definición de la misión son los mejores agentes para su difusión.

1a-01-D-03-E La misión es conocida por las personas de la organización.

Es necesario disponer de canales que faciliten el conocimiento de la misión a las personas de la organización.

1a-01-R-01-E La misión de la organización se revisa, se actualiza y se renueva, si procede.

La misión no es inamovible. Manteniendo su razón de ser, una organización puede reorientarse en su ámbito, redefinir sus valores, cambiar sus políticas, etc.

Es deseable que la misión mantenga una estabilidad, pero que se defina su periodo de vigencia, el momento en el que se revisará y con qué mecanismo.

CRITERIO 1. LIDERAZGO

Subcriterio 1.b - Implicación personal de los líderes para garantizar el desarrollo, la implantación, la mejora continua y el rendimiento del sistema de gestión de la organización.

Agrupador conceptual: modelo organizativo del liderazgo - órganos de gobierno – 01

Definición

La organización dispone de una estructura organizativa clara, definida, aprobada y comunicada. Las funciones y responsabilidades del máximo órgano de gobierno están descritas y se han asumido.

Objetivos

La estructura organizativa está adaptada a la consecución de los objetivos de la organización y es coherente con su misión. Comporta la asignación de funciones, responsabilidades y procedimientos de actuación por el máximo órgano de gobierno.

1b-01-E-01-E La organización dispone de un organigrama explícito, completo, aprobado y vigente.

Toda organización requiere una estructura sobre la que sostenerse. Esta estructura, formada por el entramado de cargos con responsabilidad orgánica, debe estar claramente definida y tener fácil acceso a todos los miembros de la organización.

1b-01-E-02-Q Existe un procedimiento de elaboración y modificación del organigrama.

Este entramado organizativo debe tener capacidad de adaptación a las necesidades cambiantes. Además, debe ser coherente con la misión de la organización y, por lo tanto, conforme a su estrategia. El mecanismo de modificación debe estar claramente explicitado.

1b-01-E-03-E Las estructuras que componen su organigrama tienen un responsable reconocido.

El organigrama es una estructura de funciones desarrolladas por personas. Los cargos del organigrama deben estar claramente definidos y las personas que los ocupan deben ser claramente identificables.

1b-01-E-04-E Las responsabilidades del órgano de gobierno están explicitadas en textos legales, normas y procedimientos propios, y sus miembros son informados de ellas.

Las responsabilidades tiene que estar claramente descritas y todas las personas responsables las deben conocer.

1b-01-E-05-Q Existen canales formales establecidos de interacción entre el órgano de gobierno y la dirección ejecutiva.

La interacción/comunicación entre el vértice estratégico de la organización y el órgano de representación de la propiedad debe estar claramente definida.

1b-01-D-01-E El organigrama vigente ha sido comunicado a la organización.

Es necesario que todas las personas que trabajan en la organización puedan acceder fácilmente a la información sobre la estructura organizativa.

1b-01-D-02-E La organización conoce a sus directivos.

La información relativa a quiénes son los directivos de la organización debe ser fácilmente accesible a las personas del centro.

1b-01-D-03-E El órgano de gobierno aprueba el organigrama de la organización.

1b-01-D-04-E El órgano de gobierno nombra a la dirección ejecutiva de la organización.

1b-01-R-01-E El organigrama es revisado periódicamente.

Es necesario que las revisiones y modificaciones del organigrama consten por escrito, estén aprobadas y firmadas y que conste su fecha de modificación.

CRITERIO 1. LIDERAZGO

Subcriterio 1.b - Implicación personal de los líderes para garantizar el desarrollo, la implantación, la mejora continua y el rendimiento del sistema de gestión de la organización.

Agrupador conceptual: modelo organizativo del liderazgo - dirección ejecutiva – 02

Definición

La organización dispone de una estructura organizativa clara, definida, aprobada y comunicada. Las funciones y responsabilidades de la dirección ejecutiva están descritas y se han asumido.

Objetivos

La estructura organizativa está adaptada a la consecución de los objetivos de la organización y es coherente con su misión. Comporta la asignación de funciones y responsabilidades de la dirección ejecutiva.

1b-02-E-01-E Se describen las funciones, las competencias y las responsabilidades de la dirección ejecutiva.

Toda organización requiere una estructura, formada por el entramado de cargos con responsabilidad orgánica, que debe estar claramente definida y ser conocida por todos los miembros de la organización. Dentro de dicha estructura el vértice lo constituye la dirección ejecutiva. Sus funciones deben estar claramente explicitadas y ser conocidas por quien ocupe este cargo y por sus colaboradores.

1b-02-E-02-E La dirección ejecutiva se basa en un equipo de dirección compuesto, como mínimo, por las personas que dirigen las áreas principales de la organización.

1b-02-E-03-Q El funcionamiento del equipo de dirección se establece mediante procedimientos específicos.

Estos procedimientos deben prever la frecuencia de reuniones, la constitución del orden del día, el mecanismo de toma de decisiones, la estructura general de redacción de documentos

y la continuidad en el ejercicio de las funciones directivas. Se hará constar también las ausencias de los miembros del equipo y se identificará a quien asume las responsabilidades.

1b-02-E-04-E Las funciones, competencias y responsabilidades de los miembros de la dirección ejecutiva de la organización están descritas explícitamente.

1b-02-D-01-E El equipo de dirección se reúne periódicamente, según lo previsto.

1b-02-D-02-E Los documentos escritos de las reuniones del equipo de dirección reflejan los acuerdos adoptados y la distribución de responsabilidades de ejecución.

1b-02-R-01-Q Se revisa periódicamente la efectividad del equipo de dirección y la consecución de los objetivos previstos.

La efectividad del equipo de dirección se evaluará principalmente por objetivos previstos y alcanzados. En caso de objetivos no alcanzados se deberá hacer constar su causa.

CRITERIO 1. LIDERAZGO

Subcriterio 1.b – Implicación personal de los líderes para garantizar el desarrollo, la implantación, la mejora continua y el rendimiento del sistema de gestión de la organización.

Agrupador conceptual: modelo organizativo del liderazgo - línea ejecutiva – 03

Definición

La organización dispone de una estructura organizativa clara, definida, aprobada y comunicada. Las funciones y responsabilidades de la línea ejecutiva están descritas y se han asumido.

Objetivos

La estructura organizativa está adaptada a la consecución de los objetivos de la organización y es coherente con su misión. Comporta la asignación de funciones, responsabilidades y procedimientos de actuación de la línea ejecutiva. Los líderes participan en la formulación de los objetivos de la organización y gestionan coherentemente sus áreas de responsabilidad.

1b-03-E-01-E El organigrama identifica una dirección que asume las responsabilidades asistenciales de la organización.

1b-03-E-02-E Las funciones, competencias y responsabilidades de las personas responsables de la línea ejecutiva están descritas.

1b-03-E-03-Q Existe un procedimiento para la selección y el nombramiento de los líderes de la organización.

Cuando la selección es por normativa legal, esta se asimila al procedimiento interno.

1b-03-E-04-E Los líderes de la organización elaboran los objetivos de sus áreas de responsabilidad.

Los líderes elaboran los objetivos teniendo en cuenta los recursos humanos, técnicos, estructurales y/u organizativos necesarios.

1b-03-E-05-E Los objetivos de las áreas de responsabilidad de los líderes se establecen de acuerdo con los objetivos institucionales.

Los objetivos de las diferentes áreas de responsabilidad de la organización se establecen mediante consenso, que se ratifica formalmente entre los representantes de la dirección ejecutiva y de los líderes responsables de las unidades correspondientes. En algunos casos los objetivos pueden ser comunes a más de un área.

1b-03-E-06-Q La participación transversal de los líderes de la organización está definida en estructuras multidisciplinares de asesoramiento y apoyo.

El organigrama de la organización cuenta con elementos de asesoramiento y apoyo a la dirección. La estructura ejecutiva y la de asesoramiento se conectan a través de los líderes, que se incorporan de acuerdo con sus capacidades y sus funciones.

1b-03-E-07-E Las responsabilidades de los líderes incluyen la gestión de su personal.

La gestión del personal incluye también: planificación, tutela, formación, evaluación, reconocimiento, sanción y apoyo para llegar a cumplir los objetivos.

1b-03-E-08-E Los líderes participan en la definición de criterios para la selección de su personal y en la elección de este.

Los criterios incluyen los requisitos concretos que formarán parte de la selección.

1b-03-E-09-Q Las responsabilidades de los líderes incluyen la implicación en la preparación y el seguimiento del presupuesto de su área o unidad funcional.

1b-03-E-10-Q Las responsabilidades de los líderes incluyen la coordinación con otras áreas de responsabilidad.

1b-03-E-11-E Los líderes disponen de objetivos y presupuestos actualizados sobre actividad, rendimiento económico, productividad y calidad, en relación con su ámbito de competencia.

Esta información será determinada por la propia organización, mediante consenso entre la dirección ejecutiva y los líderes.

1b-03-E-12-Q Existen criterios homogéneos para la evaluación del rendimiento productivo del área de la responsabilidad de los líderes.

En relación con la gestión de los recursos aplicados, es imprescindible disponer de un sistema que permita la evaluación del rendimiento productivo (productividad de personas, espacios, equipamientos y procesos).

1b-03-D-01-E Los líderes desarrollan acciones para alcanzar sus objetivos y presupuesto.

1b-03-D-02-E Los líderes disponen de información periódica de su ámbito que permite el seguimiento del presupuesto y la detección de desviaciones.

1b-03-R-01-E Los líderes revisan los resultados de su área de responsabilidad de forma sistemática y continua.

1b-03-R-02-Q Los líderes adoptan medidas de corrección derivadas del análisis de desviaciones.

CRITERIO 1. LIDERAZGO

Subcriterio 1.b - Implicación personal de los líderes para garantizar el desarrollo, la implantación, la mejora continua y el rendimiento del sistema de gestión de la organización.

Agrupador conceptual: plan estratégico – 04

Definición

La organización actúa con un plan estratégico, que es coherente con la misión y que determina las líneas de actuación fundamentales para la organización; asimismo, define la temporización y la revisión.

Objetivos

La organización establece mecanismos de planificación a corto, medio y largo plazo que le permiten establecer las prioridades en su acción e identificar las amenazas y oportunidades del entorno y del mercado, y las propias características.

El plan debe permitir identificar las líneas estratégicas fundamentales y concretarlas en objetivos operativos y planes de acción, con plazos y responsabilidades asignadas. El plan debe ser una herramienta de formulación participativa, conocida por todo el personal de la organización. El plan se debe evaluar y revisar periódicamente, y se debe adaptar a las nuevas realidades del entorno.

1b-04-E-01-E La organización tiene establecido un plan estratégico actualizado, vigente y aprobado por el órgano de gobierno.

La organización debe contar con un mecanismo de planificación a corto y medio plazo que le permita establecer las prioridades de su actuación.

El plan estratégico se asimila a las líneas estratégicas de la organización y lo debe aprobar el máximo representante de esta.

1b-04-E-02-Q El plan ha sido diseñado teniendo en cuenta las características del entorno y las propias de la organización.

El plan estratégico debe identificar las características del entorno, las amenazas y las oportunidades.

1b-04-E-03-Q El plan se ha formulado fomentando y promoviendo la colaboración de la organización.

Para la máxima efectividad del plan, este debe desarrollarse contando con la colaboración y la implicación de los líderes, así como del máximo número de personas de la organización.

1b-04-E-04-E Existe un mecanismo establecido para la revisión del plan, así como para la evaluación de su efectividad.

El plan estratégico debe tener un periodo de vigencia y los mecanismos de evaluación para el cumplimiento de los objetivos.

1b-04-E-05-E El plan debe constar de objetivos estratégicos y de los planes de acción correspondientes, con las personas responsables, los recursos necesarios y los plazos de ejecución.

Los planes de acción deben contar con un responsable (propietario) del proyecto, con recursos humanos y materiales suficientes para su cumplimiento, y con un cronograma.

1b-04-E-06-E El plan prevé la mejora continua entre sus prioridades fundamentales.

1b-04-D-01-Q La organización ha diseñado su estrategia de forma que asegure su sostenibilidad económica, social y ambiental.

1b-04-D-02-Q Los participantes en la formulación del plan cuentan con conocimientos y habilidades para poder colaborar en este objetivo.

1b-04-D-03-E El plan se ha comunicado al personal de la organización y a los grupos de interés.

1b-04-D-04-Q El plan se concreta en objetivos operativos de las diferentes áreas de responsabilidad, que son coherentes con la misión y que se ejecutan.

1b-04-R-01-E El plan estratégico se revisa y se actualiza con la periodicidad prevista, de forma objetiva, y se modifica, si procede, en función de la evolución del entorno, de su efectividad o de nuevas prioridades.

CRITERIO 1. LIDERAZGO

Subcriterio 1.b - Implicación personal de los líderes para garantizar el desarrollo, la implantación, la mejora continua y el rendimiento del sistema de gestión de la organización.

Agrupador conceptual: plan de calidad y de seguridad del paciente – 05

Definición

La organización dispone de un plan de gestión y mejora de la calidad y de la seguridad del paciente. Este plan impregna a toda la organización e implica desde la dirección hasta el último nivel operativo. Se mide la calidad y se objetiva la mejora obtenida.

Objetivos

El proceso de mejora cualitativa hacia la excelencia se planifica y se ejecuta de forma estructurada. Las acciones de mejora se identifican y se priorizan. La efectividad del plan se evalúa y se modifica en función de la detección de nuevas necesidades u oportunidades identificadas. El impulso hacia la mejora continua es una exigencia ética, individual y colectiva, razón por la cual se forma a todo el personal para su implantación. Todo el mundo está comprometido con la calidad y la seguridad del paciente, especialmente los líderes de la organización.

1b-05-E-01-E Existe un plan de calidad y de seguridad del paciente, actualizado y vigente, aprobado por la dirección ejecutiva y por el órgano de gobierno, si se considera oportuno.

El proceso de mejora continua hacia la excelencia no puede evolucionar sin planificación. El plan de calidad y de seguridad del paciente planifica la ejecución del conjunto de actuaciones para la mejora cualitativa de forma estructurada y progresiva.

1b-05-E-02-E El plan de calidad y de seguridad del paciente define sus objetivos, la estructura organizativa, el modelo metodológico en el que se apoya, los procedimientos y los recursos asignados.

1b-05-E-03-E El plan de calidad y de seguridad del paciente se incorpora al plan estratégico de la organización y es coherente con su misión.

1b-05-E-04-E La organización define e identifica la línea estratégica “higiene de manos”, dentro del concepto de seguridad del paciente.

Es necesario que la línea estratégica se base en directrices que emanen de organismos y entidades internacionalmente reconocidos.

1b-05-E-05-E La organización define e identifica la línea estratégica “uso seguro de los medicamentos de alto riesgo”, dentro del concepto de seguridad del paciente.

Es necesario que la línea estratégica se base en directrices que emanen de organismos y entidades internacionalmente reconocidos.

1b-05-E-06-E La organización define e identifica la línea estratégica “verificación de la seguridad en cirugía”, dentro del concepto de seguridad del paciente.

Es necesario que la línea estratégica se base en directrices que emanen de organismos y entidades internacionalmente reconocidos.

1b-05-E-07-E La organización define e identifica la línea estratégica “identificación inequívoca de pacientes”, dentro del concepto de seguridad del paciente.

Es necesario que la línea estratégica se base en directrices que emanen de organismos y entidades internacionalmente reconocidos.

1b-05-E-08-E La organización define e identifica la línea estratégica “prevención de caídas”, dentro del concepto de seguridad del paciente.

Es necesario que la línea estratégica se base en directrices que emanen de organismos y entidades internacionalmente reconocidos.

1b-05-E-09-E La organización define e identifica la política de comunicación, tanto oral como telefónica e informatizada, relacionada directamente con la asistencia al enfermo y de acuerdo con el concepto de seguridad del paciente.

Es necesario que la línea estratégica se base en directrices que emanen de organismos y entidades internacionalmente reconocidos.

1b-05-E-10-E La dirección ejecutiva asume la dirección del plan y participa activamente en sus órganos de gestión, así como en la planificación y el desarrollo del programa de gestión y mejora de la calidad.

Una de las acciones imprescindibles para el buen desarrollo del plan de calidad y de seguridad del paciente es la implicación de los líderes de la organización.

1b-05-E-11-Q El plan de calidad y de seguridad del paciente identifica oportunidades de mejora y establece la priorización de las actuaciones.

1b-05-E-12-E El plan de calidad y de seguridad del paciente establece los planes de acción a realizar para mejorar de forma concreta, temporizada y con identificación de las personas responsables.

1b-05-E-13-Q El plan de calidad y de seguridad del paciente establece objetivamente los resultados esperados como consecuencia de las actuaciones.

Solo se mejora lo que se conoce, solo se conoce lo que se mide.

1b-05-E-14-E Existe un procedimiento para la definición de los indicadores que permite la homogeneidad y la comparabilidad.

El procedimiento describe cómo se construye el indicador para facilitar la homogeneidad y la comparabilidad interna y externa.

1b-05-E-15-E El plan establece los indicadores clave para monitorizar su seguimiento.

La organización determinará cuáles son los indicadores clave para llevar a cabo la monitorización de las diferentes áreas así como los resultados, tanto clínicos como de gestión de la organización.

1b-05-D-01-E Existe un órgano o persona responsable de la coordinación del plan.

1b-05-D-02-Q Los participantes en la formulación del plan de calidad y de seguridad del paciente y los líderes de la organización disponen de formación y/o experiencia en evaluación de la calidad o en gestión de las organizaciones.

1b-05-D-03-E La organización desarrolla actuaciones relativas a la línea estratégica de higiene de manos. Se registran los indicadores definidos para su seguimiento.

- Antes del contacto con el paciente.
- Antes de realizar una tarea aséptica.
- Después del riesgo de exposición a fluidos corporales.
- Después del contacto con el paciente.
- Después del contacto con el entorno del paciente.

1b-05-D-04-E La organización desarrolla actuaciones relativas al uso seguro de los medicamentos de alto riesgo. Se registran los indicadores definidos para su seguimiento.

- Identificación, clasificación y almacenaje de la medicación.
- Preparación de dosis para la administración de medicación.
- Identificación de los medicamentos de aspecto o nombre parecidos.
- Recomendaciones específicas para evitar el uso de abreviaturas, símbolos y expresiones de dosis que puedan dar lugar a confusión.
- Preparación, envasado, etiquetado y administración de soluciones concentradas de electrolitos.
- Estandarización de las dosis, de las unidades de medida y de la terminología utilizada, para el uso seguro de las soluciones concentradas de electrolitos.

1b-05-D-05-E La organización desarrolla actuaciones relativas a la verificación del listado de seguridad en cirugía. Se registran los indicadores definidos para su seguimiento.

- Políticas y/o procedimientos homologados. Se incluyen los realizados fuera de la unidad quirúrgica.
- Marca para la identificación del sitio quirúrgico.
- Participación del paciente en el proceso de marcaje.
- Documentación y utillaje disponibles y en buen uso.
- Verificación previa a la intervención, durante la intervención y posterior a esta.

1b-05-D-06-E La organización desarrolla actuaciones relativas a la identificación inequívoca de pacientes. Se registran los indicadores definidos para su seguimiento.

- Políticas y/o procedimientos para la correcta identificación del paciente.
- Indicadores de identificación del paciente: nombre y apellidos, fecha de nacimiento y número de historia clínica.
- Identificación activa de los pacientes previa a la administración de fármacos, de sangre, componentes sanguíneos, etc.
- Identificación activa de los pacientes previa a las extracciones de muestras para análisis clínicos.
- Identificación activa del paciente antes de someterse a procedimientos diagnósticos y de recibir tratamientos.

1b-05-D-07-E La organización desarrolla actuaciones relativas a la línea estratégica de prevención de caídas, dentro del concepto de seguridad del paciente. Se registran los indicadores definidos para su seguimiento.

- Estructura física: suelo no deslizante, disposición de barandillas, timbre de aviso, especial atención en las rampas, etc.
- Evaluación del riesgo de caídas de los pacientes.
- Nueva evaluación en caso de motivos diversos, como por ejemplo medicación, traslado a otra unidad, estancia del paciente superior a 7 días y otros.
- Actuaciones para la reducción del riesgo de caídas en los pacientes identificados.

1b-05-D-08-Q La organización desarrolla actuaciones relativas a la política de comunicación, relacionada directamente con la asistencia al enfermo, tanto por vía oral como por vía telefónica y vía informática. Se registran los indicadores definidos para su seguimiento.

- Políticas y/o procedimientos para la correcta comunicación oral, telefónica e informatizada.
- Anotación de las órdenes médicas prescritas por vía oral y de los resultados de los análisis transmitidos por vía oral y/o telefónica.
- Confirmación, por parte del emisor, de la transcripción de las órdenes médicas y de los resultados de los análisis, que incluye las órdenes médicas y los resultados de las analíticas transmitidos por vía informática.

1b-05-D-09-Q Los líderes utilizan los indicadores definidos para la fijación de objetivos y para su seguimiento.

La evaluación de los resultados de los indicadores permite definir los objetivos y la comparabilidad.

1b-05-D-10-Q El plan de calidad y de seguridad del paciente ha sido comunicado y es conocido por el personal de la organización y por los grupos de interés.

1b-05-R-01-E El plan de calidad y de seguridad del paciente proporciona resultados homogéneos y objetivos, de forma periódica.

1b-05-R-02-E El plan de calidad y de seguridad del paciente se revisa y se actualiza con la periodicidad prevista, de forma objetiva, y se modifica, si procede, en función de la evolución del entorno, de su efectividad o de nuevas prioridades.

1b-05-R-03-Q Las líneas estratégicas en relación con la seguridad del paciente se revisan y se actualizan con la periodicidad prevista, de forma objetiva, y se modifican, si procede, en función de la evolución del entorno, de su efectividad o de nuevas prioridades.

CRITERIO 1. LIDERAZGO

Subcriterio 1.c- Los líderes de las organizaciones conocen a sus grupos de interés externos y crean herramientas de planificación para comprender y anticipar las diferentes necesidades y expectativas de estos grupos y dar respuesta. Elaboran iniciativas para implicar a aliados (socios), clientes y sociedad en la generación de ideas e innovación. Utilizan la innovación para mejorar la reputación y la imagen de la organización y para atraer a nuevos clientes y socios. Asimismo, los líderes de las organizaciones identifican alianzas estratégicas y operativas para la organización, en función de sus necesidades organizativas y estratégicas, la complementariedad de las fortalezas de ambas partes y sus capacidades. Al mismo tiempo, aseguran la transparencia de la información a los grupos de interés clave, incluyendo a los órganos de gobierno y de acuerdo con sus expectativas.

Agrupador conceptual: implicación en relación con los clientes – 01

Definición

La organización crea iniciativas para implicar a los clientes en la generación de ideas, la mejora continua, la innovación y la creación de nuevos servicios.

Objetivos

La implicación personal de la organización se orienta a conocer y reconocer a los clientes, colaborando y comunicándose con ellos, a fin de satisfacer, entender y dar respuesta a sus necesidades y expectativas.

1c-01-E-01-E La organización ha diseñado una política de atención al cliente, aprobada por la dirección ejecutiva.

1c-01-E-02-Q Las opiniones de los líderes y la de los grupos de interés de la organización son escuchadas a la hora de diseñar la política de atención al cliente.

Esta deberá ser aprobada por la dirección ejecutiva.

1c-01-E-03-E La dirección ejecutiva designa a uno o varios directivos responsables de liderar la política de atención al cliente.

1c-01-E-04-E Existe un mecanismo de control de las respuestas dadas al cliente.

1c-01-E-05-E Existen unas normas en las que quedan reflejados los circuitos de respuesta y los casos en los que participa directamente la dirección.

1c-01-D-01-Q La dirección participa activamente en la difusión de la política de atención al cliente dentro y fuera de la organización.

1c-01-D-02-E Existe un sistema para evaluar las respuestas y el grado de satisfacción de los clientes.

1c-01-D-03-E La dirección comunica a la organización los resultados alcanzados.

1c-01-D-04-Q Se dispone de información escrita relativa a la actividad realizada por la unidad de atención al cliente.

1c-01-R-01-E Se evalúan las medidas de mejora implantadas para solucionar las deficiencias detectadas por los clientes.

La opinión de los clientes y el conocimiento de sus expectativas es una herramienta de mejora imprescindible en las organizaciones que buscan la excelencia.

1c-01-R-02-E La política de atención al cliente se revisa y se actualiza con la periodicidad prevista, de forma objetiva y se modifica, si procede, en función de la evolución del entorno, de su efectividad o de nuevas prioridades.

CRITERIO 1. LIDERAZGO

Subcriterio 1.c - Los líderes de las organizaciones saben cuáles son sus grupos de interés externos y crean herramientas de planificación para comprender y anticipar las diferentes necesidades y expectativas de dichos grupos y dar respuesta. Elaboran iniciativas para implicar a aliados (socios), clientes y la sociedad en la generación de ideas e innovación. Utilizan la innovación para mejorar la reputación y la imagen de la organización y para atraer a nuevos clientes y socios. Asimismo, los líderes de las organizaciones identifican alianzas estratégicas y operativas para la organización, en función de sus necesidades organizativas y estratégicas, la complementariedad de las fortalezas de ambas partes y sus capacidades. Al mismo tiempo, aseguran la transparencia de la información a los grupos de interés clave, incluyendo a los órganos de gobierno y de acuerdo con sus expectativas.

Agrupador conceptual: implicación en relación con los proveedores – 02

Definición

La organización crea iniciativas para implicar a los proveedores en la generación de ideas, la mejora continua, la innovación y la creación de nuevos servicios.

Objetivos

La implicación personal de la organización se orienta a conocer y reconocer a los proveedores, colaborando y comunicándose con ellos, para satisfacer, entender y dar respuesta a sus necesidades y expectativas.

1c-02-E-01-E La organización dispone de un registro o archivo de proveedores.

La organización, a través de sus líderes, se involucra con los proveedores en tareas de mejora conjunta, innovación, alianzas y creación de nuevos servicios.

La organización no considera a los proveedores simples suministradores de productos con una relación únicamente comercial, sino que se orienta hacia los objetivos estratégicos buscando las coincidencias y coordinándose con ellos en tareas de mejora.

1c-02-E-02-E La organización ha diseñado o dispone de unas normas generales para la selección de los proveedores, aprobadas por la dirección ejecutiva.

1c-02-E-03-Q La dirección ejecutiva y los líderes han participado activamente en la definición y aplicación de las normas.

1c-02-E-04-E La organización conoce y valora los sistemas de control de calidad de los que disponen sus proveedores.

Es importante que la organización conozca y valore los sistemas de evaluación de la calidad de sus proveedores externos, tanto en el momento de la contratación como a lo largo de la vigencia del contrato. La organización incorpora como criterio de selección de sus proveedores que estos dispongan de un sistema de calidad verificable.

1c-02-E-05-E La organización dispone de algún sistema de control de calidad sobre sus proveedores.

La organización define y aplica unos criterios para evaluar objetivamente los servicios o productos y, por extensión, a los proveedores.

1c-02-E-06-Q La organización ha diseñado una política de colaboración con los proveedores que designa como estratégicos.

1c-02-E-07-Q Existe un sistema de reconocimiento de la contribución de los proveedores a los resultados de la organización.

1c-02-D-01-Q La dirección participa en la difusión de las normas para la selección de los proveedores dentro y fuera de la organización.

1c-02-D-02-Q La organización aplica unas normas generales para la selección de los proveedores, aprobadas por la dirección ejecutiva.

1c-02-D-03-Q La organización aplica un sistema de control de calidad sobre sus proveedores.

1c-02-D-04-Q La organización aplica criterios de responsabilidad social a sus proveedores.

1c-02-D-05-Q La dirección realiza acciones de coordinación con los proveedores para elaborar nuevos planes y estrategias que quedan reflejados documentalmente y son aprobados.

1c-02-D-06-Q La dirección difunde los resultados de la contribución de los proveedores a los resultados de la organización.

1c-02-R-01-Q La dirección evalúa periódicamente el grado de satisfacción de la propia organización y de los proveedores en relación con los resultados obtenidos.

1c-02-R-02-Q La política de relación con los proveedores se revisa y se actualiza con la periodicidad prevista, de forma homogénea y objetiva, y se modifica, si procede, en función de la evolución del entorno, de su efectividad o de nuevas prioridades.

CRITERIO 1. LIDERAZGO

Subcriterio 1.c - Los líderes de las organizaciones saben cuáles son sus grupos de interés externos y crean herramientas de planificación para comprender y anticipar las diferentes necesidades y expectativas de dichos grupos y dar respuesta. Elaboran iniciativas para implicar a aliados (socios), clientes y la sociedad en la generación de ideas e innovación. Utilizan la innovación para mejorar la reputación y la imagen de la organización y para atraer a nuevos clientes y socios. Asimismo, los líderes de las organizaciones identifican alianzas estratégicas y operativas para la organización, en función de sus necesidades organizativas y estratégicas, la complementariedad de las fortalezas de ambas partes y sus capacidades. Al mismo tiempo, aseguran la transparencia de la información a los grupos de interés clave, incluyendo a los órganos de gobierno y de acuerdo con sus expectativas.

Agrupador conceptual: implicación en relación con la sociedad – 03

Definición

La organización crea iniciativas para implicar a la sociedad en la generación de ideas, la mejora continua, la innovación y la creación de nuevos servicios. La organización utiliza la innovación para mejorar su imagen y prestigio, y atraer a nuevos clientes, socios y talento.

Objetivos

La implicación personal de la organización se orienta a participar activamente en su entorno para satisfacer y entender las necesidades y expectativas de la sociedad que lo rodea y dar respuesta.

1c-03-E-01-E La organización ha diseñado un programa de difusión y formación para la salud y la promoción de hábitos saludables como contribución a la sociedad, aprobado por la dirección ejecutiva.

La organización se implica con la sociedad en la que se integra. Uno de los mecanismos a través de los cuales se implica es el desarrollo de una serie de actividades de formación para la salud y de fomento de hábitos saludables.

Conferencias en escuelas, publicaciones en revistas y prensa, cursos de formación para personas ajenas a la organización. Estas actividades no responden a iniciativas aisladas o coyunturales, sino que están enmarcadas en un programa estructurado, dotado de recursos y controlado desde la dirección.

1c-03-E-02-E La organización ha diseñado una política dirigida a la mejora del medio ambiente, aprobada por la dirección ejecutiva.

La organización se implica con la sociedad en la que se integra. Dicha implicación se extiende también a la promoción de programas de mejora del medio ambiente (más allá de la normativa vigente).

1c-03-E-03-Q La organización ha diseñado una política en la que reconoce las necesidades de mantener un comportamiento socialmente responsable.

Esta política incluye facilitar la incorporación de personal voluntario.

1c-03-E-04-Q Se ha diseñado una política de difusión entre la sociedad de temas relacionados con el conocimiento de la propia organización.

Esta política se concreta en un programa específico de actuación: jornadas de puertas abiertas, actos públicos para difundir la cultura de calidad de la organización, etc.

1c-03-E-05-Q La organización ha diseñado una política de marketing.

Esta política se concreta en un programa en el que se da a conocer su cartera de servicios, su propuesta de valor respecto al prestigio de marca, la excelencia en la producción de servicios, etc.

1c-03-D-01-Q La organización implanta los programas.

Se refiere a programas de promoción de la salud y de hábitos saludables, protección de la salud, sostenibilidad y responsabilidad social.

1c-03-D-02-Q La dirección impulsa la implantación y difusión de los programas, le da apoyo y participa activamente.

Se refiere a programas de promoción de la salud y de hábitos saludables, protección de la salud, sostenibilidad y responsabilidad social.

1c-03-D-03-Q La organización integra los principios de actuación de responsabilidad social dentro de la organización y comunica las actividades e iniciativas en este campo.

1c-03-R-01-Q La dirección evalúa periódicamente la efectividad de los programas.

La política de relación con la sociedad se evalúa con la periodicidad prevista, de forma homogénea y objetiva, y se modifica, si procede, en función de la evolución del entorno, de su efectividad o de nuevas prioridades.

CRITERIO 1. LIDERAZGO

Subcriterio 1.d - El líderes de la organización motivan a las personas que trabajan en ella y les dan apoyo y reconocimiento.

Agrupador conceptual: estilo directivo – 01

Definición

Cómo motivan los líderes de la organización a las personas que trabajan en ella y les dan apoyo y reconocimiento.

Objetivos

Los líderes:

- se comunican directamente con el personal para estimularlo y dar apoyo a sus iniciativas para establecer mejoras en todos los niveles de la organización;
- generan una cultura emprendedora, de mejora, implicación, pertenencia, delegación y responsabilidad;
- fomentan una cultura que presta apoyo al desarrollo de nuevas ideas y que impulsa la innovación y el desarrollo de la organización;
- velan por la capacidad de sus colaboradores en relación con la contribución al éxito propio y de la organización, dentro de un clima de alianzas;
- dan apoyo a las personas para que hagan realidad sus planes, objetivos e hitos, reconociendo sus esfuerzos, y
- fomentan la igualdad de oportunidades y la diversidad.

1d-01-E-01-E La organización ha diseñado un plan de comunicación interno, aprobado por la dirección ejecutiva.

Canales formales de comunicación, descendentes, ascendentes y transversales dentro de la organización.

1d-01-E-02-Q Existe un sistema que facilita la accesibilidad, la escucha activa y la capacidad de respuesta a las cuestiones e inquietudes del personal sobre la propia organización.

El plan establece sistemas de incorporación de la opinión del personal sobre la dirección (reuniones, entrevistas, etc.).

1d-01-E-03-Q Existe un sistema para incentivar la participación del personal en actividades o grupos de trabajo.

Uno de los mecanismos más potentes de incentivación de los trabajadores es la participación en grupos o actividades de mejora.

Hay que disponer de un mecanismo estructurado que permita la evaluación y corrección.

1d-01-E-04-Q Existe un sistema de reconocimiento para las personas y los grupos de trabajo que contribuyen a las mejoras alcanzadas por la organización.

1d-01-D-01-Q La organización utiliza la información aportada por los canales de comunicación establecidos así como la que proviene de los líderes y del personal para planificar y priorizar las áreas de mejora.

1d-01-D-02-E La dirección participa en la implantación y difusión del plan de comunicación.

1d-01-D-03-Q La dirección favorece la participación del personal en los grupos de trabajo e implica al personal, tanto asistencial como de las áreas de gestión y apoyo.

La dirección facilita los recursos necesarios para los grupos de trabajo (tiempo, espacios físicos, económicos, formativos, etc.).

1d-01-D-04-Q La dirección difunde las actividades de los grupos de trabajo y los resultados obtenidos.

Los resultados de los grupos de trabajo deben comunicarse a la organización y sus propuestas deben incorporarse para la mejora del funcionamiento.

1d-01-D-05-Q La dirección difunde su reconocimiento a las personas y a los grupos de trabajo.

1d-01-R-01-E El plan de comunicación se revisa y se actualiza con la periodicidad prevista, de forma objetiva, y se modifica, si procede, en función de la evolución del entorno, de su efectividad o de nuevas prioridades.

1d-01-R-02-Q La dirección evalúa periódicamente las mejoras implantadas como resultado de las actividades de estos grupos de trabajo.

1d-01-R-03-Q La dirección evalúa periódicamente la efectividad del sistema de reconocimiento de las personas y de los grupos de trabajo por sus contribuciones. Esta política se revisa y se actualiza con la periodicidad prevista, de forma objetiva, en función de la evolución del entorno, de su efectividad o de nuevas prioridades.

La dirección debe velar por las diferentes iniciativas de los grupos y debe tener capacidad para modificar su modelo de reconocimiento.

CRITERIO 1. LIDERAZGO

Subcriterio 1.e - Flexibilidad y gestión del cambio. Los líderes refuerzan una cultura de excelencia entre las personas de la organización.

Agrupador conceptual: gestión del cambio – 01

Definición

Los líderes velan por que la organización sea flexible y gestionan el cambio eficazmente.

Objetivos

Los líderes:

- comprenden los fenómenos externos e internos que impulsan el cambio de la organización;
- demuestran su capacidad para tomar decisiones fundamentadas, basándose en la información disponible, la propia experiencia previa y el análisis del impacto de sus decisiones;
- revisan, adaptan el trayecto de la organización cuando es necesario y transmiten confianza en todo momento;
- implican a todos los grupos de interés relevantes y se esfuerzan por obtener el compromiso, con el objetivo de que contribuyan al éxito de la organización y que se introduzcan los cambios necesarios para asegurarlo, y
- mantienen una ventaja sostenida y responden con rapidez y nuevos métodos de trabajo.

1e-01-E-01-Q El equipo directivo define actividades relacionadas con la gestión del cambio en la organización.

A partir del análisis de tendencias del entorno y de la propia estructura de la organización, esta actúa para adaptarse a los cambios previstos.

1e-01-D-01-Q La organización desarrolla actividades relacionadas con el cambio potencial de la organización.

El desarrollo de estas actividades en el centro se basa en un enfoque definido previamente.

1e-01-D-02-Q La organización desarrolla acciones dirigidas a minimizar las resistencias previsibles al cambio.

1e-01-D-03-Q La organización implica a los grupos de interés relevantes y obtiene su compromiso con la gestión del cambio.

1e-01-D-04-Q Los líderes responden con una adecuada celeridad, introduciendo nuevos sistemas de trabajo.

1e-01-R-01-Q El equipo directivo evalúa la eficacia de la gestión del cambio en la organización.

Las acciones encaminadas a gestionar el cambio en la organización se evalúan y se revisan como elemento clave de la mejora continua y el aprendizaje.

CRITERIO 2. ESTRATEGIA

Definición

Cómo la organización implanta su misión y visión y desarrolla una estrategia centrada en sus grupos de interés.

Las organizaciones elaboran y desarrollan políticas, planes, objetivos y procesos para hacer realidad su estrategia.

CRITERIO 2. ESTRATEGIA

Subcriterio 2.a - La estrategia se basa en comprender las necesidades y las expectativas de los grupos de interés y del entorno.

Agrupador conceptual: en relación con el entorno – 01

Definición

La organización conoce y reconoce su entorno actual, detecta sus características y actúa conforme a sus necesidades y expectativas. La organización observa su entorno; identifica, comprende y evalúa nuevas oportunidades, amenazas, tendencias y avances; y se adapta a ellos y actúa en consecuencia.

Objetivos

La organización:

- debe estudiar las características demográficas, epidemiológicas, socioeconómicas, culturales, etc., de sus clientes y de la comunidad a la que sirve;
- debe conocer las expectativas y necesidades de su entorno, y también sus tendencias;
- debe poder dimensionar su mercado potencial y su proyección de futuro;
- debe identificar las oportunidades y amenazas que se le presentan;
- debe conocer las características de la competencia y concurrencia en su ámbito de actuación, y
- debe diseñar sus estrategias de mercado conforme al aprendizaje aportado por el estudio del entorno y tiene que actuar de acuerdo con la estrategia.

2a-01-E-01-Q Existe una captación sistemática de información referida a la demanda actual y potencial que determine el perfil demográfico, socioeconómico, epidemiológico y cultural de los clientes atendidos.

Para cualquier proceso de toma de decisión es fundamental contar con la información necesaria, que queda recogida en el plan de gestión de la información. Así, para definir la política y estrategia de la organización es necesario que estas se adecuen a las necesidades y expectativas actuales y futuras de sus clientes actuales y potenciales.

Se entiende por demanda potencial la que es susceptible de utilizar la oferta del centro y que todavía no lo ha hecho.

2a-01-E-02-Q Existe un procedimiento que define la información básica necesaria, su estructura, a los destinatarios de la información, el ámbito de análisis y su revisión, en relación con la demanda natural.

La organización identifica cuál es la información útil y necesaria referida a la demanda actual y potencial. Igualmente se especifica el diseño para la recogida de datos, la metodología, el responsable, quién analiza y elabora la información, cómo llega la información a quien la necesita, el sistema de evaluación a seguir tanto en la evaluación del sistema de recogida y elaboración como en la revisión continua.

2a-01-E-03-Q Se planifica sobre hipótesis futuras de evolución de la demanda y modificación del entorno.

Es necesario saber dónde se encuentra la organización y a dónde quiere ir. Por ello, gracias al estudio de la demanda, podrá trabajar con varias hipótesis.

2a-01-E-04-Q Se identifica a los competidores/concurrentes, sus fortalezas y debilidades y su penetración en los diferentes segmentos de mercado en los que actúa la organización.

Dentro del estudio de la demanda, la organización debe identificar a sus competidores/concurrentes y valorar los resultados económicos, de calidad, su oferta de productos/servicios, la penetración en el mercado, la segmentación de sus clientes.

2a-01-E-05-E Se identifican déficits de oferta asistencial con respecto a la demanda existente que puedan suponer oportunidades para la organización.

Se entiende por demanda no atendida, por ejemplo, listas de espera, infradotación de determinadas tecnologías, etc.

2a-01-E-06-Q Se diseña la estrategia en vista de los resultados del estudio de la demanda.

2a-01-E-07-Q Se detectan las expectativas tanto de los clientes actuales como de los potenciales.

Para que la información de los clientes sea completa, debe incluir el análisis de sus necesidades y expectativas más allá de su opinión sobre los productos/servicios ofrecidos actualmente.

2a-01-E-08-E La estrategia referida a la demanda es coherente con la misión de la organización.

La misión deberá especificar el ámbito de actuación en cuanto a la tipología de su oferta y el ámbito territorial y demográfico al que se dirige dicha oferta.

2a-01-D-01-Q Se dimensionan el estado actual de la demanda y su evolución.

El estudio de la demanda incluye su análisis y también el análisis de la oferta y la frecuentación por línea de producto.

2a-01-D-02-Q Se dimensiona la penetración conseguida por la oferta asistencial.

En el estudio de la demanda se evalúa la cuota de mercado alcanzada por los diversos productos/servicios ofrecidos por la organización.

2a-01-D-03-Q Se realiza un análisis histórico, de acuerdo con la información obtenida.

Se ofrece la posibilidad de comparación con los resultados de los estudios de los años anteriores.

2a-01-D-04-Q Los líderes conocen las características de la oferta y la demanda en general y sus afectaciones específicas.

2a-01-D-05-Q Los líderes participan en la interpretación de las necesidades y expectativas de los clientes y del entorno.

2a-01-D-06-E Los líderes detectan y comunican las innovaciones que pueden ser efectivas en la cobertura de las necesidades de los clientes.

2a-01-D-07-E Se actúa en función de las necesidades y expectativas detectadas.

2a-01-R-01-Q El análisis de las características de la oferta y demanda se revisa periódicamente.

CRITERIO 2. ESTRATEGIA

Subcriterio 2.a - La estrategia se basa en comprender las necesidades y expectativas de los grupos de interés y del entorno.

Agrupador conceptual: en relación con los grupos de interés – 02

Definición

La organización conoce y reconoce a sus grupos de interés que la afectan e identifica sus expectativas respecto a la organización, los factores clave de éxito y el grado de respuesta de la organización.

Objetivos

La organización:

- prevé en su estrategia cómo dar respuesta a las necesidades y expectativas de sus grupos de interés;
- determina cuáles son los grupos de interés, las necesidades y expectativas de cada grupo y los criterios y conceptos que estos utilizan para evaluarla;
- diseña y desarrolla estrategias de cobertura y consenso de las expectativas y necesidades, e
- identifica los factores clave de éxito de cada grupo de interés y controla el grado de cumplimiento.

2a-02-E-01-E La organización identifica a sus grupos de interés e identifica las expectativas y necesidades.

Documento escrito en el que queda detallada la información necesaria sobre los diversos grupos de interés, que será diferente en función de la relación de los grupos con la organización. En cualquier caso, deberá conocer las expectativas que estos tienen respecto a la actividad de la organización.

2a-02-E-02-Q La organización incorpora a su estrategia la respuesta a las necesidades y expectativas de sus grupos de interés, así como sus actuaciones.

Sea para cubrir las expectativas o para minimizar el impacto de la no cobertura de estas.

2a-02-E-03-Q La organización explicita los factores clave de éxito de los grupos de interés.

2a-02-D-01-Q La organización interacciona directamente con los grupos de interés para conocer sus necesidades y expectativas y para ajustarlas a las posibilidades de la organización.

2a-02-D-02-E La organización actúa para dar respuesta a las necesidades y expectativas de sus grupos de interés.

En la medida que estas expectativas sean coherentes con la misión y la estrategia de la organización.

2a-02-R-01-Q La organización realiza un seguimiento del grado de cumplimiento de los factores clave de éxito de los grupos de interés.

2a-02-R-02-Q La organización revisa periódicamente las necesidades y expectativas de los grupos de interés.

CRITERIO 2. ESTRATEGIA

Subcriterio 2.a - La estrategia se basa en comprender las necesidades y expectativas de los grupos de interés y del entorno.

Agrupador conceptual: proceso continuo de comparación (*benchmarking*) – 03

Definición

La organización aprende de sí misma y de los mejores.

Objetivos

- La organización fomenta el aprendizaje de otras organizaciones, de cómo actúan, cómo se organizan, cómo abordan y desarrollan sus procesos clave.
- El aprendizaje es útil si es aplicado y evaluado por la propia organización.
- La organización colabora con otras organizaciones, del sector y ajenas, para compartir experiencias.
- La organización compara su rendimiento con indicadores de referencia relevantes para comprender sus fortalezas y puntos de mejora.

2a-03-E-01-Q Existe un procedimiento para facilitar al personal el aprendizaje de otras organizaciones.

La organización dispone de un procedimiento con criterios claros y objetivos para facilitar que las personas de la organización aprendan de otras organizaciones, así como para facilitar que otros aprendan de la organización.

Se hace referencia al aprendizaje de tipo organizativo, de gestión y de desarrollo de varios procesos.

2a-03-E-02-Q La organización tiene establecido el mecanismo de difusión interno del aprendizaje obtenido por el personal.

2a-03-E-03-E La organización dispone de información de forma que permita la comparabilidad externa.

Dentro del diseño del sistema de información, la organización prevé la posibilidad de comparar sus resultados con otras organizaciones del sector u otros sectores, estándares internacionales u otros.

2a-03-D-01-E La organización participa en actividades con otras entidades con las que comparte experiencias y conocimientos.

2a-03-D-02-Q La organización facilita a su personal el acceso al aprendizaje de otras organizaciones.

2a-03-D-03-Q La organización compara estructuras, procesos y resultados con otras organizaciones del mismo sector o de otros sectores.

2a-03-D-04-Q La organización favorece que otras organizaciones aprendan de ella.

2a-03-D-05-Q La organización respeta la propiedad intelectual de las organizaciones de las que adapta conceptos aplicables, obteniendo su autorización explícita y/o mencionando su fuente de procedencia.

En todo documento deben constar el o los propietarios y las fuentes de información utilizadas para su creación o actualización.

2a-03-D-06-Q La organización favorece la difusión y comunicación interna de los aprendizajes obtenidos.

2a-03-R-01-Q La organización evalúa la aplicabilidad del aprendizaje obtenido de otras organizaciones.

CRITERIO 2. ESTRATEGIA

Subcriterio 2.b - La estrategia se basa en comprender el rendimiento de la organización y sus capacidades.

Agrupador conceptual: información y análisis para la estrategia – 01

Definición

La organización diseña su sistema de información dirigido a la toma de decisiones.

Objetivos

- La organización obtiene información útil para determinar sus objetivos y definir las estrategias más apropiadas.
- La obtención de la información se planifica según las necesidades de la organización y se estructura para satisfacer, escalonadamente, las necesidades de los líderes.
- La información es útil para fijar los presupuestos y objetivos, para medir los resultados y para detectar las desviaciones.
- Se analizan datos e información disponibles relativos a las competencias y capacidades clave.

2b-01-E-01-E Existe un plan de gestión de la información que incluye la información relevante para cada nivel de la organización. Al mismo tiempo determina quién tiene acceso a varios tipos de información.

El plan de gestión de la información es un instrumento de planificación y gestión global de la organización en el que se hace referencia a la información procedente de los diferentes subsistemas con la finalidad de facilitar su manejo y utilización en el proceso de la toma de decisiones.

Esta herramienta facilita la información de varias actividades: análisis de actividad, de su coste; estudio de las cargas de trabajo y productividad por puesto, unidad, servicio; estudio del coste por proceso, estudio del coste de la calidad o de la no calidad, etc.

2b-01-D-01-E La información incluida en el plan aporta datos sobre la producción, los recursos utilizados, la productividad, las capacidades y el rendimiento.

2b-01-D-02-E La información incluida en el plan aporta datos sobre la calidad con la que se prestan los servicios.

2b-01-D-03-Q La información incluida en el plan aporta datos sobre las características del cliente y del entorno.

2b-01-D-04-E La información incluida en el plan aporta datos de carácter económico.

Esta información incluirá datos sobre los ingresos económicos y su procedencia, los costes y su naturaleza y los resultados económicos obtenidos en general por toda la organización, por línea de producto y por proceso.

2b-01-D-05-E La dirección ejecutiva y los miembros de la dirección disponen de un documento estructurado (cuadro de mandos) que les aporta la información necesaria para el análisis, con una determinada periodicidad.

El cuadro de mandos es el documento que ofrece a las personas dirigentes información sintética, precisa, estructurada y periódica sobre el desarrollo de la organización.

2b-01-D-06-E La información permite el análisis, el establecimiento de objetivos y estrategias generales en el ámbito de la organización y específicos en el ámbito de las estructuras productivas y de apoyo.

2b-01-D-07-Q La información obtenida permite la gestión clínica por procesos.

2b-01-D-08-Q La información permite el análisis, la comparabilidad evolutiva interna y la externa, y ambas se realizan.

2b-01-R-01-E El plan de gestión de la información se revisa y se actualiza con la periodicidad prevista, de forma objetiva, y se modifica, si procede, en función de la evolución del entorno, de su efectividad o de nuevas prioridades.

CRITERIO 2. ESTRATEGIA

Subcriterio 2.c - La estrategia y sus políticas de apoyo se desarrollan, se revisan y se actualizan.

Integra los siguientes conceptos:

- crear y mantener una estrategia y políticas de apoyo de forma coherente con su misión, visión y valores;
- identificar y comprender los resultados clave necesarios para cumplir la misión y evaluar el progreso hacia la visión y sus objetivos estratégicos;
- equilibrar las necesidades y expectativas de todos los grupos de interés;
- equilibrar las presiones y los requisitos a corto y medio plazo;
- preparar escenarios alternativos y planes de contingencia;
- gestionar riesgos estratégicos;
- identificar las ventajas competitivas actuales y futuras;
- alinear la estrategia de la organización con la estrategia de los socios;
- reflejar los conceptos fundamentales de excelencia en la estrategia y políticas de apoyo;
- evaluar la importancia y la efectividad de la estrategia y sus políticas de apoyo;
- identificar los factores clave de éxito;
- revisar y actualizar la estrategia y sus políticas de apoyo, y
- asegurar la sostenibilidad económica, social y ambiental.

Nota: el subcriterio 2.c, «Desarrollo y revisión de la estrategia», igual que en el modelo del 2006, no se desarrolla en este criterio, sino que se incluye en el desarrollo del plan estratégico del criterio 1, «Liderazgo», y en el desarrollo de los subcriterios 2.a, 2.b y 2.d.

CRITERIO 2. ESTRATEGIA

Subcriterio 2.d - La estrategia y sus políticas de apoyo se comunican, se implantan y se supervisan.

Agrupador conceptual: procesos clave – 01

Definición

La organización dispone de un esquema de procesos clave para llevar a cabo su estrategia.

Objetivos

- La organización despliega sistemáticamente su estrategia y las políticas de apoyo.
- La organización tiene unos procesos clave que normalmente son los que afectan más directamente a la satisfacción del cliente y sus resultados.
- Dichos procesos deben estar de acuerdo con su estrategia y se deben actualizar, comunicar y evaluar periódicamente.

2d-01-E-01-E Los líderes identifican y definen los procesos clave de la organización de acuerdo con la estrategia. Los procesos clave se explicitan.

2d-01-E-02-E Los líderes planifican y priorizan los objetivos, actividades y planes de mejora de los procesos, de acuerdo con la política y la estrategia con periodicidad mínima anual.

La dirección ejecutiva y los líderes aprueban formalmente la planificación.

2d-01-E-03-Q Existe un sistema establecido para la priorización de los objetivos, actividades y planes de mejora de los procesos clave.

2d-01-E-04-E Los objetivos, actividades y planes de mejora de los procesos clave se integran y son coherentes con el desarrollo del plan estratégico y del plan de calidad y de seguridad del paciente.

2d-01-D-01-E Se designa a un responsable propietario del proceso.

El/La responsable promoverá la colaboración de un equipo formado por personas conocedoras del proceso.

2d-01-D-02-Q La organización actúa de acuerdo con la priorización establecida.

2d-01-D-03-E Existe una sistemática de reuniones entre la dirección y los líderes, para revisar los objetivos, las actividades y los planes de mejora.

2d-01-D-04-Q Todos los objetivos y actividades tienen asignados los recursos necesarios.

2d-01-D-05-Q El responsable propietario del proceso y el equipo definirá quién debe implantar las mejoras del proceso y difundirá las correspondientes responsabilidades.

2d-01-R-01-Q El responsable propietario del proceso y el equipo revisarán y evaluarán la efectividad de las mejoras, para alcanzar y mantener la mejora de la calidad.

2d-01-R-02-E Los objetivos, actividades y planes de mejora de los procesos clave se revisan periódicamente, de acuerdo con la estrategia de la organización.

CRITERIO 2. ESTRATEGIA

Subcriterio 2.d - La estrategia y sus políticas de apoyo se comunican, se implantan y se supervisan.

Agrupador conceptual: comunicación – 02

Definición

La organización comunica su estrategia y las políticas de apoyo a todas las personas y grupos de interés.

Objetivos

- La organización dispone de un plan de comunicación para asegurar que todas las personas que la integran conozcan los objetivos establecidos.
- El programa se revisa, se evalúa y se actualiza periódicamente.

2d-02-E-01-E La organización ha diseñado, dentro de su plan de comunicación interno, un sistema para difundir periódicamente su estrategia a todas las personas.

La dirección establece un esquema de comunicación de su política y estrategia para hacerlas llegar a todas las personas de la organización.

2d-02-D-01-E La dirección ejecutiva impulsa y da apoyo a la implantación y difusión del plan de comunicación.

2d-02-R-01-Q La dirección evalúa la efectividad del plan de comunicación, para la difusión de las líneas estratégicas y de los objetivos, de forma periódica, y se llevan a cabo acciones de mejora.

CRITERIO 3. PERSONAS

Definición

La organización valora a las personas que la integran y crea una cultura que permite alcanzar los objetivos de manera beneficiosa para todas las partes.

La organización desarrolla las capacidades de las personas, favorece y aprovecha su conocimiento y potencial, individualmente y en equipo, y planifica estas actividades para apoyar su estrategia y el funcionamiento eficaz de los procesos.

CRITERIO 3. PERSONAS

Subcriterio 3.a - Planificación, gestión y mejora de los recursos humanos.

Agrupador conceptual: estrategia referida a las personas – 01

Definición

La organización elabora su estrategia referida a las personas que trabajan en ella de acuerdo con la misión y favorece que la organización disponga de un conjunto de personas capacitadas, con atribuciones reconocidas, permanentemente actualizadas en conocimientos y habilidades, motivadas y comprometidas con la organización y sus objetivos.

Objetivos

La organización establece y lleva adelante estrategias referidas a la selección y la realización de carrera, y la formación, evaluación, determinación de atribuciones, productividad, motivación, reconocimiento y comunicación del personal que trabaja en la organización.

Las estrategias de la organización, referidas a las personas, engloban a todos los colectivos profesionales que se relacionan en ella, incluyendo a los colectivos subcontratados, en formación u otros.

Utiliza la información procedente de las personas que trabajan en la organización para mejorar estrategias y planes de gestión de las personas.

3a-01-E-01-E La organización dispone de un plan de recursos humanos elaborado con la participación de los líderes, aprobado por la dirección ejecutiva y vigente.

Teniendo en cuenta el valor fundamental de los recursos humanos en la consecución de los objetivos institucionales, es necesario disponer de un plan de actuación, en lo que afecta a los recursos humanos y que, coherentemente con la misión y estrategias de la organización, sea el instrumento de planificación, operativización y revisión de las funciones principales relacionadas con el personal.

3a-01-E-02-Q El plan determina los recursos humanos necesarios para el desarrollo de la actividad de la organización, así como los criterios utilizados para su ajuste.

Para cada estamento, departamento o unidad funcional y en función de las tareas asignadas y del volumen de actividad, la organización prevé y determina la dotación de personal necesaria.

3a-01-E-03-E El plan de recursos humanos incluye la normativa de funcionamiento interno del personal de la organización.

La organización dispone de una normativa general de funcionamiento para el conjunto del personal o bien para grupos profesionales o unidades funcionales. En lo que afecta a los recursos humanos, esta normativa establece criterios de organización, funcionamiento, normas de identificación, acceso, seguridad, uniformidad, trato, responsabilidad, disciplina, etc.

3a-01-E-04-E Existe una normativa específica de funcionamiento y de delimitación de atribuciones y responsabilidades del personal en formación.

De la misma manera que existe una normativa de funcionamiento para el conjunto del personal, debe haber una aplicación específica de esta para los colectivos en formación, y de forma muy especial cuando estos tienen acceso a los clientes y personas usuarias del centro.

3a-01-E-05-Q La organización que tenga un programa de voluntariado dispondrá de una normativa específica de funcionamiento y de delimitación de atribuciones y responsabilidades del personal voluntario.

De la misma manera que existe una normativa de funcionamiento para el conjunto del personal, debe haber una aplicación específica de esta para personas voluntarias, y de forma muy especial cuando estas tienen acceso a los clientes y personas usuarias del centro.

3a-01-E-06-Q Existe una normativa específica de funcionamiento y de delimitación de atribuciones del personal subcontratado que realiza sus actividades en el centro sanitario.

De la misma manera que existe una normativa de funcionamiento para el conjunto del personal, debe haber una aplicación específica de esta para personal subcontratado y otros vinculados directamente con la organización, y de forma muy especial cuando estos tienen acceso a los clientes y personas usuarias del centro.

3a-01-E-07-E Existe una normativa específica para la identificación obligatoria de todo el personal que trabaja en la organización y colabora con ella.

Se entiende por personal que trabaja en la organización y colabora con ella: personal propio, subcontratado, en formación y personas voluntarias, entre otros.

3a-01-E-08-Q El plan de recursos humanos incorpora los procedimientos para la evaluación de necesidades de personal, solicitud, aprobación, selección, certificación e incorporación de nuevo personal, tanto estable como discontinuo.

3a-01-E-09-Q El plan establece garantías de igualdad de oportunidades para incorporarse a la organización o promocionarse en ella, de acuerdo con un criterio o perfil establecido.

3a-01-E-10-Q El plan de recursos humanos incorpora los procedimientos para la evaluación periódica del personal y la renovación contractual.

3a-01-E-11-E El plan de recursos humanos incorpora un plan de acogida del nuevo personal, sea este estable o temporal.

La organización debe disponer de un plan de acogida para el personal de nueva incorporación, tanto si es personal estable o temporal, si es una segunda o tercera incorporación u otras circunstancias especiales. El plan de acogida debe incluir los elementos fundamentales de orientación y conocimiento de la organización que faciliten la rápida integración del personal en la institución y en la unidad funcional a la que se incorpore.

3a-01-E-12-E El plan de recursos humanos incorpora los procedimientos de registro, apertura y cierre de expedientes individuales del personal, contenido, ordenación, conservación, acceso y confidencialidad.

El personal debe tener un expediente individual que registre la información referida a su cualificación profesional, titulación, *curriculum vitae* y su evolución posterior a la

incorporación, contrato(s) realizado(s) y sus modificaciones, evaluaciones realizadas, expedientes disciplinarios, formación recibida, etc.

Este expediente afecta estrictamente a la relación entre la persona y la organización y, por lo tanto, debe tener un tratamiento reservado y con garantías de confidencialidad. La organización debe disponer el archivo temporal o definitivo de las bajas producidas, así como las normas de utilización de los expedientes de personal.

3a-01-E-13-E El plan de recursos humanos incorpora los procedimientos para la información, gestión y resolución de los expedientes disciplinarios.

3a-01-E-14-Q El plan de recursos humanos desarrolla procedimientos para la protección y promoción de la salud del personal, identificando los factores de riesgo y actuando en la promoción de hábitos saludables.

La organización, más allá del cumplimiento estricto de la ley, adopta una posición proactiva hacia la protección y promoción de la salud del personal, en un entorno de riesgo potencial elevado, como son las instituciones sanitarias. Actúa para detectar los riesgos, para adoptar medidas de prevención de estos, para identificar y registrar los accidentes o repercusiones sanitarias del ejercicio profesional y para actuar en su minimización.

3a-01-E-15-Q Existen documentos en los que constan los puestos de trabajo, las funciones y responsabilidades en el ámbito de la salud laboral, que incluyen a las personas que colaboran con la organización.

La organización es globalmente responsable de los riesgos de todas las personas que trabajan en ella. Se incluye a personal de la organización, subcontratado, personas voluntarias, etc.

3a-01-E-16-Q El plan desarrolla acciones informativas y formativas sobre hábitos saludables en el trabajo.

3a-01-E-17-E El plan incorpora la descripción de los puestos de trabajo existentes.

La organización dispone para todos y cada uno de los puestos de trabajo de su correspondiente descripción, formulada con estructura homogénea y con la colaboración activa de los líderes implicados.

3a-01-E-18-Q Existe un procedimiento para la descripción del puesto de trabajo.

3a-01-D-01-Q La organización que tenga un programa de voluntariado deberá disponer de un documento en el que se expliciten los derechos y deberes del personal voluntario, así como sus criterios de actuación.

3a-01-D-02-E La organización que tenga un programa de voluntariado dispondrá de un referente de coordinación de este colectivo en el centro.

Se entiende como referente una persona de la propia organización a quien se dirigirán las personas voluntarias del centro (diferente del responsable de la entidad).

3a-01-D-03-Q La organización gestiona y coordina la demanda de voluntariado.

La organización identifica, gestiona y coordina la demanda de funciones propias del voluntariado y procura atenderla, a través del programa propio o por acciones externas.

3a-01-D-04-E La organización dispondrá de un registro de personas voluntarias y de la entidad de procedencia.

Incluirá los periodos de prestación comprometidos.

3a-01-D-05-Q Existe una ágil disponibilidad de los servicios de voluntariado en el centro.

Se entiende por agilidad que la respuesta sea adecuada a la necesidad en tiempo y forma.

3a-01-D-06-E Los líderes participan en el diseño de los puestos de trabajo de las áreas que los afectan.

3a-01-D-07-Q Los puestos de trabajo están de acuerdo con las funciones, requisitos y competencias descritas.

Estos elementos deben ser coherentes con el puesto de trabajo descrito, en la correspondiente descripción de puesto de trabajo (DPT) y suficientemente explícitos como para diferenciar claramente los puestos de trabajo de la organización.

3a-01-D-08-Q Al incorporarse, el personal recibe la información sobre su puesto de trabajo.

Específicamente tiene acceso a su DPT.

3a-01-D-09-Q Se cumple el programa de acogida establecido.

3a-01-R-01-E El plan de recursos humanos se revisa y se actualiza con la periodicidad prevista, de forma objetiva, y se modifica, si procede, en función de la evolución del entorno, de su efectividad o de nuevas prioridades.

3a-01-R-02-Q Se evalúa periódicamente el programa de voluntariado del centro.

3a-01-R-03-Q Los procedimientos y documentos de funcionamiento y las descripciones de los puestos de trabajo se revisan y se actualizan periódicamente, de acuerdo con lo que esté establecido en la organización.

CRITERIO 3. PERSONAS

Subcriterio 3.a - Planificación, gestión y mejora de los recursos humanos.

Agrupador conceptual: gestión de las personas – 02

Definición

La organización, al desarrollar sus estrategias referidas al personal, establece los mecanismos adecuados para garantizar el cumplimiento de las normas de funcionamiento interno y de los instrumentos necesarios para la gestión integral del personal.

Objetivos

La organización vela por el cumplimiento efectivo de la normativa establecida en lo que concierne al personal. Al mismo tiempo, dispone de instrumentos homogéneos y sistematizados que aportan, a la dirección y a los líderes, elementos de ayuda para tomar decisiones.

3a-02-E-01-Q Existe un procedimiento para mantener actualizado el currículo del personal.

3a-02-E-02-E La organización garantiza que el personal, las nuevas incorporaciones, el personal en formación, las personas voluntarias y el personal de otras entidades vinculadas a la organización conocen la normativa legal vigente referida a la reserva y confidencialidad de datos de clientes y personas usuarias.

El personal de una organización sanitaria debe respetar el derecho a la confidencialidad de los datos y de la información clínica que hace referencia a los clientes que atiende. Este compromiso se puede reflejar en los pactos contractuales individuales y en las normativas de funcionamiento internas.

3a-02-E-03-E Existen sistemas de información específicos sobre recursos humanos en los que se incluye control de absentismo y grado de cobertura sobre plantilla teórica, ordenados por colectivos y causas.

Se revisará la documentación de control de gestión del personal de la organización en la que se registra con periodicidad mensual la evolución del absentismo, discriminado por colectivos y causas, y el porcentaje de cobertura.

3a-02-E-04-Q La organización dispone de criterios y procedimientos específicos para cubrir el absentismo.

3a-02-E-05-Q La organización dispone de sistemas de objetivación de la cobertura de cada puesto de trabajo, por turno y con identificación de quien lo cubre, y de la cobertura de los puestos de trabajo de presencia física continuada y en localización.

La organización debe conocer, en tiempo real, quién cubre cada uno de los puestos de trabajo activos, así como quién está de guardia, tanto en presencia física o en régimen de localización.

3a-02-D-01-E La organización garantiza que todo el personal aporta copia autenticada de su correspondiente titulación, necesaria para su puesto de trabajo, y se incluye en su expediente.

La organización vela por el crecimiento del capital humano de que dispone y registra las actividades curriculares de sus profesionales desde su incorporación.

3a-02-D-02-Q La organización informa de los criterios de actuación y de los datos de absentismo a los líderes correspondientes.

3a-02-D-03-Q La organización actúa para minimizar el absentismo a partir del análisis de sus causas.

3a-02-D-04-Q La organización actúa para garantizar el mantenimiento de las dotaciones suficientes establecidas para cada área o departamento.

La organización debe garantizar una dotación capaz de asumir cuantitativa y cualitativamente las cargas de trabajo generadas en cada unidad funcional, así como establecer los mecanismos de actuación cuando este equilibrio no puede ser sostenido.

3a-02-D-05-Q Los líderes conocen y aplican los criterios referidos al mantenimiento de la capacidad productiva y saben cómo actuar en situaciones “bajo mínimos” del nivel establecido.

3a-02-R-01-E La organización revisa y actualiza periódicamente los procedimientos, de acuerdo con lo que esté establecido en la organización.

CRITERIO 3. PERSONAS

Subcriterio 3.a - Planificación, gestión y mejora de los recursos humanos.

Agrupador conceptual: selección – 03

Definición

La organización tiene la obligación de captar e incorporar a los mejores profesionales a los que pueda tener acceso, siempre que la necesidad de incorporarlos esté plenamente justificada. La definición de mejor profesional engloba aspectos no estrictamente técnico-científicos y curriculares, sino que también evalúa las características personales con respecto a habilidades y actitudes.

Objetivos

La organización detecta sus necesidades de personal con criterios de cobertura de las necesidades de los clientes (criterios cualitativos) y de productividad adecuada (criterios cuantitativos).

La organización establece los procedimientos y los requisitos que hay que satisfacer como parte del proceso de selección de nuevos profesionales.

En los procesos de selección participan los líderes.

3a-03-E-01-E La organización dispone de un procedimiento según el cual se regula la creación y provisión de nuevas plazas y el proceso de reclutamiento y selección para proveerlas. Toda nueva plaza e incorporación debe ser aprobada por la dirección ejecutiva.

El procedimiento deberá incluir el mecanismo de creación de nuevas plazas, de reclutamiento de las personas candidatas, del proceso de selección y la provisión de la plaza. Debe quedar definido en el procedimiento qué plazas aprobará la dirección ejecutiva. Como mínimo, esta aprobará las plazas de cobertura de larga duración.

3a-03-E-02-E El procedimiento establece la información requerida a la persona candidata, el proceso sistemático de comprobación de esta información y el proceso de evaluación de las personas candidatas.

3a-03-E-03-Q El procedimiento prevé la participación del líderes en la determinación de las necesidades de personal, en la definición del perfil deseado,

en el proceso de selección, en el proceso de verificación de titulaciones y referencias y en el proceso de toma de decisiones.

3a-03-E-04-Q El procedimiento incluye la selección para sustituciones y suplencias de corta duración.

La organización dispone de un mecanismo ágil y eficaz para la selección de personal con contratos de corta duración. La organización puede realizar procedimientos avanzados de selección para disponer de una incorporación rápida de personal cuando se presente la necesidad o bien puede establecer un procedimiento de selección abreviado para estos casos. El criterio es simplificar el proceso pero no obviarlo.

3a-03-E-05-Q El procedimiento prevé la posibilidad de participación de la representación del grupo profesional de que se trate en el proceso de selección, evaluación curricular y de capacidades y competencias.

La organización abre el proceso de evaluación de nuevas incorporaciones al criterio cualificado de los profesionales del estamento en el que se debe producir la incorporación (junta facultativa, comisión de credenciales, etc.). El objetivo es fomentar la autorregulación entre profesionales del mismo colectivo. Cada organización establece el grado de vinculación para la toma de decisiones que pueden tener estos órganos de asesoramiento y representación técnico-científica.

3a-03-E-06-Q El procedimiento especifica el proceso que se debe seguir en el caso de la selección de personas voluntarias y del personal en formación.

El procedimiento de selección debe cubrir a todo el personal que dependa funcionalmente del centro y, por lo tanto, ampliado a personas voluntarias y a personal en formación cuando la selección sea posible.

3a-03-D-01-Q La organización da respuesta a las candidaturas.

La organización vela por dar respuesta a las personas candidatas que no hayan sido seleccionadas en las diferentes fases del proceso y, en caso de que así se solicite, devolver la totalidad de la documentación aportada por las personas candidatas.

3a-03-D-02-Q Los líderes participan en la determinación de las necesidades de personal, en la definición del perfil deseado, en el proceso de selección, en el

proceso de verificación de titulaciones y referencias y en el proceso de toma de decisiones.

3a-03-D-03-E La persona seleccionada tiene acceso a su contrato, a la definición del puesto de trabajo y al programa de acogida, antes o como máximo en el momento de la incorporación.

3a-03-R-01-E La organización revisa y actualiza periódicamente los procedimientos, de acuerdo con lo que esté establecido en la organización.

CRITERIO 3. PERSONAS

Subcriterio 3.b - Identificación, desarrollo y mantenimiento del conocimiento y la capacidad de las personas de la organización.

Agrupador conceptual: capacidades y atribuciones – 01

Definición

La organización se dota y mantiene unos recursos humanos capacitados y competentes para satisfacer las necesidades de los clientes y usuarios. Reconoce las capacidades y las atribuciones individuales y vela por que las necesidades específicas de los clientes y usuarios sean atendidas por las personas que están capacitadas y autorizadas por la organización.

La organización conoce y comprende las habilidades y las competencias que son necesarias para alcanzar la misión, la visión y los objetivos estratégicos, y se asegura de que las personas dispongan de las herramientas, las competencias y la información necesarias para su contribución.

Objetivos

La organización autoriza específicamente a cada profesional a ejercer su función, únicamente cuando lo reconoce competente y capacitado.

La organización vela por que las necesidades de los clientes y usuarios sean satisfechas por personal competente y autorizado.

La organización vela para disponer, siempre que sea necesario, del personal capacitado y competente para asistir a los clientes y usuarios.

La organización promueve la formación permanente de su personal para mantener y aumentar la capacitación y atribuciones.

3b-01-E-01-E La organización dispone de un procedimiento que determina las atribuciones y capacidades necesarias de los profesionales de la organización que tienen funciones de asistencia o de apoyo a la asistencia, para satisfacer las necesidades de los clientes y personas usuarias.

La organización debe disponer del personal reconocidamente capacitado para realizar la actividad de su puesto de trabajo. Para el reconocimiento de capacidades, la organización establece un procedimiento de evaluación individual en el que los líderes directos y la dirección otorgan autorización para la realización de determinadas funciones, ya sean estas de orden organizativo (capacidad de realizar ingresos, de solicitar exploraciones externas, etc.) o de orden técnico (realización de técnicas invasivas o quirúrgicas, técnicas diagnósticas, etc.).

3b-01-E-02-E El procedimiento determina quién tiene competencias para:

- la autorización de las atribuciones de otros profesionales;
 - la evaluación de las atribuciones de otros profesionales;
 - modificar, ampliar, reducir o suspender autorizaciones de atribuciones.
-

3b-01-E-03-Q El procedimiento prevé la participación activa de los líderes en el establecimiento de las capacidades necesarias y las atribuciones para autorizar.

3b-01-E-04-Q El procedimiento prevé la determinación de las capacidades y las atribuciones del personal del área pediátrica.

La organización debe determinar las habilidades y capacidades específicas de las personas encargadas de la atención a los clientes en edad pediátrica. Por otra parte, debe poder garantizar que las personas que realizan dicha asistencia tienen otorgadas atribuciones con respecto al caso.

3b-01-E-05-Q El procedimiento prevé la determinación de las capacidades y las atribuciones para satisfacer las necesidades específicas de los clientes sujetos a técnicas o intervenciones de riesgo, incluida la anestesia.

La organización debe determinar las habilidades y capacidades específicas de las personas encargadas de la atención a los clientes sujetos a técnicas o intervenciones de riesgo, incluida la anestesia.

Por otra parte, debe poder garantizar que las personas que realizan dicha asistencia tienen otorgadas competencias con respecto al caso.

3b-01-E-06-Q El procedimiento prevé la determinación de las capacidades y las atribuciones para satisfacer las necesidades específicas de los clientes de edad avanzada o con déficits sensoriales, de conciencia, intelectivos o con alteraciones del comportamiento.

La organización debe determinar las habilidades y capacidades específicas de las personas encargadas de la atención a los clientes de edad avanzada o con déficits sensoriales, de conciencia, intelectivos o con alteraciones del comportamiento.

Por otra parte, debe poder garantizar que las personas que realizan dicha asistencia tienen otorgadas atribuciones con respecto al caso.

3b-01-E-07-Q El procedimiento prevé la revisión periódica de las atribuciones de cada colectivo profesional.

3b-01-E-08-Q El procedimiento garantiza que todo el personal participa en el proceso de concesión de sus atribuciones individuales, que las conoce y que firma su aceptación.

3b-01-E-09-Q El procedimiento prevé la revisión de atribuciones a instancias de la persona interesada y el mecanismo de conciliación.

Cuando un profesional manifieste su discrepancia respecto a las atribuciones otorgadas, la organización debe tener previsto un mecanismo de reevaluación y conciliación.

3b-01-E-10-Q El procedimiento especifica el ámbito de difusión de las atribuciones individuales.

El conocimiento de las atribuciones individuales concierne únicamente a la persona a quien se otorgan, a su responsable directo y, en último término, a la dirección.

3b-01-D-01-Q La organización desarrolla mecanismos de control de la adecuación entre las atribuciones otorgadas y las realmente efectuadas.

La organización debe establecer los mecanismos de control para prevenir o detectar transgresiones del ámbito de atribuciones de competencias otorgadas a sus profesionales, especialmente para aquellas actuaciones que supongan un mayor riesgo para el cliente.

3b-01-D-02-Q La organización desarrolla mecanismos de detección de oportunidades formativas a partir de la evaluación de atribuciones individuales.

El objetivo fundamental de la evaluación de atribuciones es detectar oportunidades de formación individual que permitan la actualización o aprendizaje de habilidades necesarias para satisfacer las necesidades asistenciales de los clientes.

3b-01-D-03-Q Todo el personal sanitario tiene asignadas sus atribuciones de forma individual y las conoce.

3b-01-D-04-Q Se limitan atribuciones en función de la existencia de factores de riesgo de contagio personal - cliente.

3b-01-D-05-Q Las capacidades necesarias forman parte de la descripción de cada puesto de trabajo.

3b-01-D-06-Q Cada puesto de trabajo está cubierto por personas con atribuciones suficientes.

3b-01-D-07-Q El personal que dispone de atribuciones individuales las tiene actualizadas y vigentes.

3b-01-D-08-Q La organización detecta y actúa ante el incumplimiento de las atribuciones individuales otorgadas y autorizadas.

3b-01-D-09-Q La organización elabora su plan de formación incorporando la información procedente de la evaluación de las atribuciones individuales.

3b-01-R-01-E El procedimiento se revisa y se actualiza periódicamente, de acuerdo con lo que esté establecido en la organización.

CRITERIO 3. PERSONAS

Subcriterio 3.b - Identificación, desarrollo y mantenimiento del conocimiento y la capacidad de las personas de la organización.

Agrupador conceptual: plan de formación – 02

Definición

La organización vela por que su personal esté actualizado desde el punto de vista de los conocimientos técnico-científicos y de las habilidades, para satisfacer las necesidades de los clientes y cumplir los objetivos de la organización. Por ello planifica y lleva a cabo la formación colectiva e individual de las personas que integran la organización.

Los planes de formación ayudan a las personas a conseguir las habilidades y capacidades que la organización necesita actualmente. La organización también realiza una proyección de las necesidades futuras.

Objetivos

La organización:

- detecta las necesidades formativas de los colectivos y las personas;
- planifica y gestiona la provisión de formación en función de las necesidades detectadas;
- facilita la formación obligatoria en aspectos clave;
- facilita los medios para formar a su personal y los cuantifica económicamente, y
- fomenta la eficiencia de la formación adquirida.

3b-02-E-01-E La organización dispone de un plan de formación que afecta al conjunto del personal. Este plan es aprobado por la dirección e incluye un presupuesto específico.

3b-02-E-02-Q El plan de formación incorpora los procedimientos para la detección de necesidades formativas del personal, incluidos los colectivos subcontratados, en formación o personas voluntarias.

Se entiende por necesidades formativas tanto las individuales como las colectivas.

3b-02-E-03-Q El plan prevé la participación activa de los líderes en la detección de las necesidades formativas del personal de su dependencia.

Se entiende por necesidades formativas tanto las individuales como las colectivas.

3b-02-E-04-Q El plan de formación prevé la formación de formadores entre los miembros de la organización.

Para temas considerados relevantes en el seno de la organización es importante disponer de un grupo interno de formadores específicos (por ejemplo: en metodología de calidad, gestión de grupos y proyectos, etc.) para poder contar permanentemente con elementos de apoyo al propio plan de formación. Estos formadores internos pueden ser factores clave de éxito para el desarrollo de los grupos de mejora continua u otros instrumentos considerados para la mejora de la calidad en la organización.

3b-02-E-05-Q La organización dispone de un inventario de recursos y equipamientos para la formación y un procedimiento explícita cómo usarlo.

3b-02-E-06-E El plan de formación incluye la formación para todo el personal sobre calidad, mejora continua y seguridad del paciente.

El centro establecerá las prioridades y contenidos de la formación según las necesidades detectadas en la organización.

3b-02-E-07-E El plan de formación incluye formación para el personal de la organización, personal subcontratado, personal en formación y personas voluntarias, en prevención y actuación ante las potenciales emergencias. La formación incluye la realización de prácticas y simulacros.

3b-02-E-08-E El plan de formación incluye la formación para todo el personal en prevención y control de la infección.

El centro establecerá las prioridades y contenidos de la formación según las necesidades detectadas en la organización.

3b-02-E-09-E El plan de formación incluye la formación teórico-práctica, para todo el personal sanitario como mínimo, de procedimientos de reanimación cardiopulmonar. El personal que asiste a niños la recibe específicamente en reanimación cardiopulmonar pediátrica.

3b-02-E-10-Q La organización establece los criterios de adjudicación de recursos para dar apoyo a la formación recibida externamente.

La organización debe disponer de criterios explícitos, difundidos y conocidos de cómo se establecen las prioridades en la utilización de los recursos disponibles para formación externa y de la forma de acceder a ella.

3b-02-E-11-Q La organización establece cómo se regula el acceso a formación externa financiada por terceros.

La organización debe disponer de instrumentos de apoyo y de determinación de limitaciones para evitar abusos de la formación externa financiada por terceros. El objetivo es alinear el interés de formación institucional e individual de cada profesional, buscando la progresión técnico-científica, cuyos beneficiarios deben ser el centro, el profesional que recibe la formación y los miembros de la unidad funcional a la que se aporten los conocimientos recibidos.

3b-02-E-12-Q La organización establece los criterios de financiación de formación externa y las condiciones de reversión en la organización.

La organización dispone de instrumentos para la concesión de recursos para la formación externa de alto coste o de larga duración. Este procedimiento debe establecer los criterios de concesión, en qué circunstancias se puede acceder a estos recursos y cuáles son los compromisos de difusión interna de los conocimientos adquiridos, así como el compromiso de

reversión de la inversión realizada por la organización en caso de abandono de la formación por parte del profesional.

3b-02-E-13-E El plan de formación prevé la evaluación, por parte del personal de la organización, del grado de satisfacción con cada curso formativo realizado.

Como en todo proceso de mejora, la evaluación de la satisfacción del cliente es fundamental para obtener una progresión efectiva. Todos los cursos impartidos deben recoger la opinión de los formados, tanto en lo que hace referencia a los contenidos como a las habilidades y capacidades de los docentes, a los materiales aportados, así como a la organización, a los recursos técnicos de apoyo y al confort.

3b-02-E-14-Q El plan de formación prevé la existencia de un programa de formación individual para cada miembro de la organización.

El alcance del plan llega al nivel individual, detectando el cumplimiento individual del plan de formación general obligatorio y habiendo incorporado las necesidades formativas resultantes del proceso de evaluación del rendimiento y de otorgamiento de atribuciones.

3b-02-D-01-E La organización designa a las personas responsables de la formación del personal.

3b-02-D-02-E La organización registra todas las actividades formativas impartidas por la propia organización o adquiridas externamente y quienes las han recibido.

3b-02-D-03-Q Las personas de la organización tienen acceso a su programa formativo.

3b-02-D-04-E Se realizan encuestas de satisfacción entre los receptores de la formación.

3b-02-R-01-Q Se evalúa el estado de ejecución y las desviaciones del plan de formación periódicamente, de forma que se permita la acción correctora durante el año en curso.

3b-02-R-02-Q Se evalúa el cumplimiento del programa formativo individual en cada proceso de evaluación de las aptitudes, actitudes y habilidades.

Durante el proceso de evaluación de las aptitudes, actitudes y habilidades, además de identificar oportunidades de formación, se debe revisar el cumplimiento del plan individual de formación planificado.

3b-02-R-03-E El plan de formación se revisa y se actualiza con la periodicidad prevista, de forma objetiva, y se modifica, si procede, en función de la evolución del entorno, de su efectividad o de nuevas prioridades.

3b-02-R-04-E Los procedimientos se revisan y se actualizan periódicamente, de acuerdo con lo que esté establecido en la organización.

CRITERIO 3. PERSONAS

Subcriterio 3.b - Identificación, desarrollo y mantenimiento del conocimiento y la capacidad de las personas de la organización.

Agrupador conceptual: evaluación de aptitudes, actitudes y habilidades – 03

Definición

La organización evalúa sus recursos humanos, de forma individualizada, sistemática y periódica.

La evaluación se orienta a favorecer la mejora profesional con respecto a las aptitudes, las actitudes y las habilidades de cada una de las personas que forman parte de la organización.

Objetivos

La evaluación permite la expresión de las expectativas de la organización respecto a las personas que trabajan en ella.

La evaluación permite identificar las acciones formativas necesarias y adaptadas a las necesidades del puesto de trabajo que cada persona desarrolla en la organización.

La evaluación permite la revisión y la actualización de los objetivos individuales y de los equipos.

3b-03-E-01-E La organización dispone, dentro del plan de recursos humanos, de un programa de evaluación de aptitudes, actitudes y habilidades de aplicación a todo el personal, que es de carácter individual, sistemático y de periodicidad predeterminada.

La evaluación de las aptitudes, actitudes y habilidades es un instrumento de evaluación periódica, realizada por el responsable directo de cada miembro de la organización. Los contenidos de la evaluación son compartidos con la persona evaluada, a la que se pide su aprobación. Durante la evaluación, se revisan los resultados de los objetivos personales, se establecen nuevos objetivos, se identifican puntos de mejora posibles, así como oportunidades formativas.

3b-03-E-02-Q El programa prevé la participación directa de los líderes en la evaluación de aptitudes, actitudes y habilidades de las personas que dependen de ellos.

3b-03-E-03-Q Existe un procedimiento sobre el contenido específico de evaluación, los criterios utilizados, el proceso de realización, comunicación y aceptación por parte de la persona evaluada, determinación de necesidades formativas, archivo, reserva y confidencialidad y resolución de conflictos.

3b-03-D-01-Q Los líderes aplican el análisis de la evaluación de aptitudes, actitudes y habilidades para formular objetivos del área de su dependencia, para detectar las necesidades de formación individuales y de conjunto.

3b-03-D-02-Q La persona evaluada conoce el contenido y el resultado de la evaluación de aptitudes, actitudes y habilidades y tiene la opción de aceptarla documentalmente.

3b-03-D-03-Q La organización registra el cumplimiento individual de la evaluación con la periodicidad prevista.

3b-03-R-01-E El programa y los procedimientos que lo desarrollan se revisan y se actualizan periódicamente, de acuerdo con lo que esté establecido en la organización.

3b-03-R-02-Q Los resultados del programa de evaluación son analizados por la dirección y los líderes para reformular las políticas referidas al personal.

CRITERIO 3. PERSONAS

Subcriterio 3.c - Implicación y asunción de responsabilidades por parte de las personas de la organización.

Agrupador conceptual: grupos de trabajo – 01

Definición

La organización dispone, de acuerdo con su estrategia, de un procedimiento para detectar los ámbitos o actividades susceptibles de ser evaluados o pendientes de mejora. Para dar respuesta, la estructura organizativa de la mejora es la necesaria para cada caso, adaptada a cada hospital y se crean grupos de trabajo más o menos estables (grupos de trabajo específicos, comisiones clínicas, equipos de mejora de la calidad, coordinadores y responsables), con diferentes grados de responsabilidad, abiertos a la participación de los profesionales implicados o interesados en estas actividades. La participación activa de los profesionales de la organización en estructuras transversales es una manera de reflejar la alineación de sus objetivos con los de la organización, sobre todo en los ámbitos especialmente relevantes.

La organización crea una cultura innovadora que posibilita la innovación alineada con su estrategia y que da respuesta a los retos.

Objetivos

La organización determina cuáles son los grupos necesarios y su composición, las competencias, etc., de acuerdo con la normativa interna.

Sin embargo, existen ámbitos en cuya evaluación es necesario que las organizaciones incidan especialmente. Estos son, como mínimo:

- terapéutica farmacológica,
- infecciones,
- transfusiones,
- registros clínicos y confidencialidad,
- tumores, tejidos y mortalidad,
- bioética y deontología,
- calidad y seguridad, y
- prevención de riesgos.

El personal conoce el procedimiento para crear los grupos, la metodología de trabajo, el grado de responsabilidad que implica su participación y las medidas que se adoptan en consecuencia dentro de la organización.

3c-01-E-01-E Existen unos criterios explícitos para la creación de los grupos de trabajo, de acuerdo con la estrategia de la organización.

La organización establece su estructura lateral, según su misión y estrategia, condicionada por su propia dimensión y por la relevancia relativa de las funciones y temas a tratar. Por lo tanto, su número, composición, objetivos y mecanismos de funcionamiento son definiciones de la estricta competencia de la propia organización (a excepción de las comisiones de acreditación necesaria por parte de la Administración Pública). Además, existen funciones que deben ser desarrolladas en una institución sanitaria, velando por la calidad asistencial, la seguridad del paciente y la eficiencia.

3c-01-E-02-Q Existe una guía metodológica que define la forma de trabajar de los grupos (definición de unos objetivos claros, necesidades de monitorización, tiempo asignado, calendario, etc.).

3c-01-E-03-E Existe un responsable aceptado por los líderes o por el propio grupo.

La organización debe garantizar que cada grupo se estructure bajo un liderazgo reconocido y aceptado por sus componentes y por la dirección del centro.

3c-01-E-04-Q Los líderes y los componentes de los grupos son formados por la organización para el desarrollo de sus funciones dentro del grupo.

La organización favorece la formación de los miembros de los grupos en constitución o constituidos, especialmente en lo que atañe a las metodologías de mejora continua, de gestión de reuniones y grupos de trabajo, de monitorización de resultados, de gestión de proyectos, etc.

3c-01-D-01-E Existen uno o varios grupos de trabajo orientados a evaluar las actividades de: terapéutica farmacológica, infecciones y transfusiones.

3c-01-D-02-E Existen uno o varios grupos de trabajo orientados a evaluar las actividades de: documentación clínica y confidencialidad.

3c-01-D-03-E Existen uno o varios grupos de trabajo orientados a evaluar las actividades de: tumores, tejidos y mortalidad.

3c-01-D-04-E Existen uno o varios grupos de trabajo orientados a evaluar las actividades de: bioética y deontología.

3c-01-D-05-E Existen uno o varios grupos de trabajo orientados a evaluar las actividades de: calidad y seguridad del paciente.

3c-01-D-06-E Se analizan las causas que pueden dar lugar a acontecimientos adversos, mediante metodología validada. Como ejemplo: análisis de causa raíz (ACR), análisis modal de fallos y efectos (AMFE), “5 porqués”, diagrama de Ishikawa.

Como mínimo se realizarán ACR de las muertes no esperadas.

3c-01-D-07-Q Existen uno o varios grupos de trabajo dedicados a la promoción de actividades susceptibles de mejoras detectadas por la organización.

La organización debe abrir canales de comunicación y de gestión de propuestas de mejora que surjan del núcleo operativo de la organización. Esta es la base de creación de grupos de mejora continua.

3c-01-R-01-Q Cada grupo analiza la efectividad de sus actuaciones y el impacto en su ámbito de actuación.

3c-01-R-02-E La organización revisa y actualiza periódicamente los criterios establecidos, de acuerdo con lo que esté establecido en la organización.

CRITERIO 3. PERSONAS

Subcriterio 3.d - Existencia de un diálogo entre las personas y la organización.

Agrupador conceptual: programa de acogida del personal – 01

Definición

La organización dispone, en su plan de recursos humanos y de acuerdo con el plan de comunicación, de un proceso específico destinado a informar y formar a las personas de nueva incorporación.

Objetivos

La organización dispone de un programa de acogida dirigido a todo el personal de nueva incorporación, independientemente de su tipo de contratación.

Las personas deben recibir información y formación sobre aspectos generales (normas generales de funcionamiento) y sobre aspectos organizativos y funcionales específicos del área o puesto de trabajo.

El programa se actualiza, se comunica y se evalúa periódicamente.

3d-01-E-01-E La organización tiene diseñado un programa de acogida general.

El programa incluye la misión, visión, valores, organigrama, aspectos de organización general, localización de espacios, uniformidad, identificación personal, acceso a unidades de especial interés (RR. HH., salud laboral, atención al usuario), etc. La organización determinará quién debe ser tributario del programa de acogida y el periodo límite de tiempo en el que se impartirá el programa.

3d-01-E-02-Q Existe un programa de acogida específico para el puesto de trabajo (normas de funcionamiento interno de departamento o servicio).

3d-01-D-01-Q Los líderes participan activamente en el diseño, la implantación y la difusión del programa de acogida específico para el puesto de trabajo.

3d-01-D-02-Q La organización facilita el plan de acogida general a las nuevas incorporaciones.

3d-01-D-03-Q La organización facilita el plan de acogida específico para el puesto de trabajo a las nuevas incorporaciones.

3d-01-R-01-E La organización revisa y actualiza el programa de acogida general.

3d-01-R-02-Q La organización revisa y actualiza el programa de acogida específico para el puesto de trabajo.

CRITERIO 3. PERSONAS

Subcriterio 3.d - Existencia de un diálogo entre las personas y la organización.

Agrupador conceptual: garantizar la comunicación – 02

Definición

La organización identifica las necesidades y expectativas de comunicación vertical (descendente y ascendente) y horizontal y habilita los medios para facilitarla en su plan de comunicación.

Objetivos

De acuerdo con su estrategia de comunicación, la organización:

- identifica y detecta sus necesidades y expectativas de comunicación;
- facilita la circulación de la información con la creación de varios canales;
- diseña varios procedimientos para compartir la información corporativa, los conocimientos y las mejores prácticas;
- evalúa y actualiza periódicamente los canales y los procedimientos, y
- comunica una dirección y orientación estratégica claras y se asegura de que las personas entiendan la misión, la visión, los valores y la estrategia.

3d-02-E-01-E La organización tiene unos procedimientos establecidos para garantizar:

- la comunicación descendente, por interlocutores tanto propios como ajenos
- la comunicación ascendente, garantizando la oportuna reserva
- la comunicación horizontal.

Comunicación descendente: normativas de funcionamiento, convocatorias, noticias de interés general, etc.

Comunicación ascendente: buzones de sugerencias, programas de puertas abiertas, encuestas de satisfacción al personal, etc.

Comunicación horizontal: organizativa, científica, etc.

3d-02-E-02-E La organización establece los mecanismos de gestión, seguridad y uso correcto de las nuevas tecnologías de comunicación.

3d-02-D-01-E Se facilita un sistema de canales orales (sesiones clínicas, charlas, etc.) y/o escritos, tanto en soporte papel (revista interna, pósteres, etc.) como informático (correo electrónico, intranet, etc.) para favorecer la comunicación entre el personal.

3d-02-D-02-Q Se facilitan los recursos necesarios para la comunicación (tiempo, espacios físicos, material, etc.).

3d-02-D-03-E La dirección ejecutiva y los líderes impulsan la difusión e implantación de los diversos procedimientos y se implican en ello.

3d-02-D-04-Q La organización establece la metodología y la periodicidad en que recoge la opinión de su personal.

3d-02-R-01-E La dirección revisa y actualiza los diversos procedimientos periódicamente, de acuerdo con lo que esté establecido en la organización.

CRITERIO 3. PERSONAS

Subcriterio 3.e - Reconocimiento y atención a las personas de la organización.

Agrupador conceptual: reconocimiento del esfuerzo de las personas – 01

Definición

La organización reconoce a las personas los esfuerzos realizados, sea en actividades de mejora o a la hora de alcanzar objetivos, de acuerdo con su política de recursos humanos.

Objetivos

Dentro de la estrategia de la organización existe un sistema definido para dar reconocimiento a las personas con el fin de mantener su nivel de participación e implicación en la organización.

El sistema se actualiza, se comunica y se evalúa periódicamente.

3e-01-E-01-E Existen unos criterios previamente definidos para otorgar, objetivamente, el reconocimiento al esfuerzo realizado por las personas.

La organización reconoce el valor añadido que las personas de la organización le aportan. Los criterios para otorgar el reconocimiento deben ser claros, cuanto más objetivos mejor, accesibles a todos los colectivos y garantizar la igualdad de oportunidades.

3e-01-D-01-E La dirección ejecutiva da apoyo y difunde los criterios.

La dirección ejecutiva de la organización participa activamente en el proceso del sistema de reconocimiento a las personas y grupos de trabajo.

3e-01-D-02-Q Los líderes analizan y difunden los resultados obtenidos.

3e-01-R-01-Q La organización revisa los resultados de los reconocimientos otorgados.

3e-01-R-02-E La organización revisa y actualiza periódicamente los criterios, de acuerdo con lo que esté establecido en la organización.

CRITERIO 3. PERSONAS

Subcriterio 3.e - Reconocimiento y atención a las personas de la organización.

Agrupador conceptual: atención a las personas – 02

Definición

La organización dispone de criterios para sensibilizar a las personas en relación con la defensa del medio ambiente, la seguridad, la promoción y protección de la salud y de los derechos individuales de la persona, la conciliación de la vida familiar y las actividades en beneficio de la sociedad en general. La organización asegura y protege la diversidad de las personas, además de un entorno de trabajo seguro y saludable.

Objetivos

En la estrategia de la organización se han definido criterios para garantizar las mejoras con respecto al medio ambiente (ahorro energético, eliminación de residuos, reducción del consumo de agua, papel, etc.), la seguridad laboral, la promoción y protección de la salud y de los derechos individuales de la persona.

La organización adopta medidas para conciliar adecuadamente la vida personal y laboral.

Los criterios se actualizan, se comunican y se evalúan periódicamente.

3e-02-E-01-E Existen unos criterios de sensibilización de las personas en temas de defensa del medio ambiente, de acuerdo con la estrategia de la organización.

La organización dispone de unos criterios de sensibilización para la reducción del impacto ecológico negativo, fomentando el reciclaje de productos, la utilización de energías limpias o renovables, la correcta discriminación de los residuos, y favoreciendo la formación del personal en temas relacionados con la protección del medio ambiente.

3e-02-E-02-Q La dirección y los líderes planifican acciones orientadas a la promoción y protección de la salud del personal en su ámbito laboral.

Más allá de la normativa vigente.

3e-02-E-03-Q La organización diseña un programa para propiciar una adecuada conciliación entre la vida familiar y laboral de sus profesionales.

3e-02-E-04-E Esiten criterios para garantizar la protección del personal contra el abuso de poder, el acoso, la discriminación por razón de sexo, raza, discapacidad, religión, etc.

La organización debe disponer de instrumentos normalizados para la prevención, detección y actuación ante conductas abusivas, discriminatorias, vejatorias o de otro tipo que atenten contra la dignidad personal y profesional del personal.

3e-02-D-01-Q La dirección y los líderes participan activamente en el diseño e implantación de los criterios.

Los criterios tienen traslación práctica en forma de programas concretos de protección del medio ambiente.

3e-02-D-02-Q La dirección y los líderes analizan y difunden los resultados obtenidos.

Con respecto a la protección del medio ambiente.

3e-02-D-03-E La dirección, los líderes y los representantes del personal analizan y difunden los resultados obtenidos en la aplicación de medidas para la promoción y protección de la salud del personal en su ámbito laboral.

Con respecto a la promoción y protección de la salud del personal.

3e-02-D-04-Q La organización participa activamente en el diseño y aplica un programa para propiciar una adecuada conciliación entre la vida familiar y laboral de sus profesionales.

3e-02-D-05-Q La dirección y los líderes participan activamente en el diseño e implantación de los criterios y los difunden.

Con respecto a la protección del personal contra abusos, acoso, etc.

3e-02-R-01-Q La dirección y los líderes evalúan la efectividad de los criterios periódicamente.

Con respecto a la protección del medio ambiente.

3e-02-R-02-E La dirección, los líderes y los representantes evalúan la efectividad de las acciones planificadas.

Con respecto a la promoción y protección de la salud del personal.

3e-02-R-03-Q La organización evalúa la efectividad del programa para propiciar una adecuada conciliación entre la vida familiar y laboral de sus profesionales.

Con respecto a la conciliación entre la vida familiar y laboral.

3e-02-R-04-Q La dirección y los líderes evalúan la efectividad de los criterios periódicamente.

Con respecto a la protección del personal contra abusos, acoso, etc.

CRITERIO 4. ALIANZAS Y RECURSOS

Definición

Las organizaciones planifican y gestionan las alianzas externas, los proveedores y los recursos para dar apoyo al desarrollo y la implantación de la estrategia general, políticas y planes y asegurar un funcionamiento eficaz de sus procesos, además de gestionar correctamente el impacto social y ambiental.

CRITERIO 4. ALIANZAS Y RECURSOS

Subcriterio 4.a - Gestión de las alianzas externas.

Agrupador conceptual: proveedores externos de servicios asistenciales – 01

Definición

La organización, para garantizar una provisión de servicios de excelencia, puede contar con otros proveedores externos que complementen o den continuidad a su provisión. Por ello debe determinar los grados de calidad, seguridad y eficiencia con los que quiere ser servida.

Objetivos

La organización:

- determina los límites de su capacidad asistencial para detectar las necesidades de provisión externa;
- establece los criterios de selección de los mejores proveedores externos, y
- interacciona activamente en la mejora del proceso de provisión externa.

4a-01-E-01-E La organización identifica y detalla las características y los requisitos de apoyo asistencial externo que requiere.

La organización detecta y explicita las necesidades de apoyo asistencial externo.

4a-01-E-02-Q La organización dispone de un procedimiento para la selección del mejor proveedor externo, contando con la participación de los líderes.

El procedimiento para la selección del proveedor externo puede incluir: información referida a las capacidades y atribuciones del personal; las características de los edificios, las instalaciones y equipos (antigüedad, estado de conservación, modelos); capacidad de trabajo; logística; características cualitativas del servicio a ofrecer; características y requisitos cualitativos de la entidad proveedora del servicio (acreditaciones, certificaciones etc.), y temporización de la prestación.

4a-01-E-03-Q Existe un procedimiento para garantizar el funcionamiento de cada proveedor externo.

El procedimiento que regula el uso de los servicios externos contratados puede incluir los siguientes requisitos:

- mecanismos de comunicación para el acceso
- requisitos para la solicitud del servicio
- evaluación de la adecuación de la necesidad
- programación de actividades
- traslados
- disponibilidad de informes
- facturación
- cuantía de la póliza de responsabilidad civil, etc.

4a-01-E-04-Q Las características cualitativas del servicio a ofrecer incluyen la adecuación de las necesidades de pruebas o tratamientos solicitados a proveedores externos.

4a-01-E-05-E Existe un procedimiento para la evaluación periódica de cada proveedor externo y para la revisión del contrato.

El procedimiento para la evaluación periódica del proveedor y la revisión del contrato debería incluir detalles referidos a los criterios utilizados en la evaluación, la metodología y el cronograma.

También son necesarias la existencia de registros y la comunicación de resultados.

4a-01-E-06-Q En organizaciones sin capacidad para la selección de proveedores externos, existe un mecanismo para la sustitución del proveedor por causas objetivas.

Estos mecanismos de sustitución deberían incluir los criterios para dar de baja a un proveedor y de alta al sustituto, así como las revisiones y el cronograma.

4a-01-D-01-E Se aplican los criterios para la selección del mejor proveedor.

Estos criterios pueden incluir:

- características y requisitos en cuanto a los contenidos de la prestación
- programación
- cobertura de urgencias
- agilidad en la respuesta
- emisión de resultados
- otros aspectos específicos

4a-01-D-02-E La formalización de la relación organización-proveedor externo se hace de acuerdo con un contrato o un convenio.

4a-01-D-03-Q La organización difunde internamente la relación de sus proveedores externos y el circuito operativo para obtener el servicio.

4a-01-D-04-Q Los líderes conocen los requisitos marcados para cada servicio y participan en su evaluación periódica.

4a-01-D-05-Q La organización realiza un control y seguimiento de:

- la adecuación de la solicitud con respecto al servicio externo prestado
- la prestación realizada por el servicio externo

Los criterios de indicación y prestación de servicio externo serán definidos por la propia organización.

4a-01-D-06-Q Se dispone de un registro y se notifican las no conformidades e incidencias del servicio.

4a-01-D-07-Q La organización interacciona directamente con los proveedores externos y promueve proyectos de mejora conjunta.

4a-01-D-08-Q Los proveedores externos de servicios asistenciales facilitan la interacción entre profesionales para establecer criterios comunes, facilitar información específica, validar técnicas o promover la mejora en el servicio.

4a-01-R-01-Q La adecuación de los proveedores externos a las necesidades de la organización se evalúa periódicamente.

4a-01-R-02-E Los procedimientos se revisan y se actualizan periódicamente, de acuerdo con lo que esté establecido por la organización.

CRITERIO 4. ALIANZAS Y RECURSOS

Subcriterio 4.a - Gestión de las alianzas externas.

Agrupador conceptual: continuidad entre ámbitos asistenciales – 02

Definición

La organización establece alianzas con sus referentes y contrarreferentes para asegurar la continuidad asistencial de sus clientes.

Objetivos

La organización:

- determina su grado de suficiencia para detectar las necesidades de provisión externa;
- identifica sus referentes y contrarreferentes;
- interacciona con sus referentes y contrarreferentes para garantizar la continuidad asistencial de sus clientes, según sus necesidades, y
- pacta con sus referentes y contrarreferentes las condiciones en las que se presta la asistencia.

4a-02-E-01-E La organización identifica específicamente su ámbito de actuación y sus necesidades de coordinación y de apoyo asistencial externo.

4a-02-E-02-Q La organización dispone de procedimientos de selección y sustitución de sus referentes/contrarreferentes.

4a-02-E-03-E La organización tiene establecidos protocolos conjuntos con sus referentes/contrarreferentes.

Los protocolos deberían contener aspectos como: recepción, programación, citación, admisión, comunicación, información clínica, registro, traslado y sus condiciones y otros protocolos específicos.

4a-02-D-01-Q La organización identifica las necesidades de los referentes y contrarreferentes, con respecto a la gestión y el manejo clínico de los clientes y personas usuarias de los servicios.

4a-02-D-02-E La organización sabe quiénes son sus referentes/contrarreferentes y cómo estos se relacionan con la organización.

4a-02-D-03-E La organización facilita información al referente y/o contrarreferente, de forma individualizada, sistemática y completa siempre que preste los servicios, según lo prescrito en los protocolos establecidos.

4a-02-D-04-E La información clínica transmitida entre organizaciones cumple el deber de confidencialidad.

4a-02-D-05-Q La organización establece las necesidades específicas de los clientes para derivarlos al correspondiente referente.

4a-02-D-06-E La organización actúa como referente y tiene criterios de aceptación de los clientes referenciados.

4a-02-D-07-Q La organización registra al referente y contrarreferente de cada cliente asistido.
La organización conoce la procedencia y destino de cada cliente asistido.

4a-02-D-08-Q La organización se coordina periódicamente con sus referentes/contrarreferentes para promover acciones conjuntas de mejora.

4a-02-R-01-E Los procedimientos y protocolos se revisan y se actualizan periódicamente, de acuerdo con lo que esté establecido por la organización.

CRITERIO 4. ALIANZAS Y RECURSOS

Subcriterio 4.a - Gestión de las alianzas externas.

Agrupador conceptual: subcontrataciones – 03

Definición

La organización puede contratar determinados servicios asistenciales y de apoyo a entidades externas. En este caso, la organización asegura el cumplimiento de las características del servicio contratado en términos de eficacia, seguridad y calidad, y vela por el mantenimiento de la coherencia con la misión, los valores y las políticas institucionales.

Objetivos

La organización:

- determina qué funciones, de las que le son propias, pueden ser realizadas por otras entidades. Para estas funciones, determina los contenidos, límites y características cuantitativas y cualitativas de la prestación del servicio;
- selecciona a los proveedores de los servicios subcontratados con criterios de calidad del servicio, seguridad, eficacia en la prestación y eficiencia, a partir de la determinación de sus necesidades;
- asume la responsabilidad de la prestación de los servicios subcontratados, ante los clientes;
- integra las entidades subcontratadas en las funciones generales que la afectan y las engloba e implica en el seguimiento de la misión institucional y de sus políticas;
- implica y vincula las entidades subcontratadas en su proceso de mejora continua, y
- establece mecanismos de revisión y control de calidad y eficacia de las entidades subcontratadas.

4a-03-E-01-E La organización dispone de un procedimiento para la selección de los servicios subcontratados con criterios objetivos de evaluación del servicio prestado.

Los servicios subcontratados deben reunir una serie de requisitos que respondan a las estrategias de la organización, por lo que es importante un procedimiento que especifique los criterios de selección y requisitos para acceder a ellos.

4a-03-E-02-E Un procedimiento incluye las responsabilidades, las competencias y las dependencias (orgánicas y funcionales) de las entidades subcontratadas, así como sus obligaciones con respecto a la organización.

4a-03-D-01-Q Los líderes participan en la definición de las características del servicio a prestar a partir de las necesidades detectadas.

4a-03-D-02-E Los requisitos del servicio prestado se hacen explícitos en un contrato, vigente y aprobado por la dirección ejecutiva.

El contrato puede incluir:

- normativa de funcionamiento
- duración
- periodicidad para la renovación
- criterios de suspensión
- posibles penalizaciones
- condiciones de rescisión
- criterios de sustitución de personal (en caso de incidencias, etc.)

4a-03-D-03-Q La organización fija objetivos para la prestación de los servicios subcontratados, de acuerdo con las personas responsables de la prestación.

4a-03-D-04-Q La organización conoce a las personas responsables directas de la prestación de servicios subcontratados.

4a-03-D-05-Q La organización dispone de información periódica de evaluación del cumplimiento de los requisitos de prestación del servicio subcontratado.

Esta evaluación puede incluir la opinión de los líderes, las personas usuarias y los clientes de los servicios prestados.

4a-03-D-06-Q La organización actúa ante las no conformidades en el cumplimiento de los objetivos y de los requisitos de servicio establecidos.

4a-03-D-07-Q La organización integra las entidades subcontratadas en su proceso de mejora continua.

4a-03-D-08-Q La organización participa en la selección del personal de las entidades subcontratadas.

En tanto que las organizaciones subcontratadas desarrollarán su actividad en el seno de la organización, esta se reserva el derecho de poder participar, directa o indirectamente en el proceso de selección o de aceptación del nuevo personal.

4a-03-R-01-Q La organización evalúa periódicamente el grado de cumplimiento de los objetivos y requisitos de prestación de los servicios subcontratados.

4a-03-R-02-E Los procedimientos y las normativas de funcionamiento de los servicios subcontratados se revisan y se actualizan periódicamente, de acuerdo con lo que esté establecido por la organización.

CRITERIO 4. ALIANZAS Y RECURSOS

Subcriterio 4.a - Gestión de las alianzas externas.

Agrupador conceptual: otros proveedores – 04

Definición

La organización, para cubrir sus necesidades de funcionamiento (servicios y productos), dispone de políticas específicas para optimizar las relaciones con los proveedores, buscar el compromiso mutuo y la corresponsabilidad en la consecución de los objetivos institucionales. Como proveedores de servicios se pueden incluir servicios de consultoría, auditoría, mantenimiento de *software*, telefonía, etc.

Objetivos

La organización:

- selecciona a sus proveedores con criterios fundamentados y compartidos entre los líderes y el personal;
- interacciona con los proveedores para determinar cómo, cuándo y dónde se hacen las provisiones y en qué cantidad;
- favorece políticas de compromiso mutuo con los proveedores principales y con otros que considera convenientes, y
- garantiza el suministro de los bienes y servicios necesarios para llevar a cabo su actuación y establece mecanismos de control y de actuación ante contingencias.

4a-04-E-01-E La organización dispone de un procedimiento para la selección de los proveedores.

El procedimiento puede incluir:

- criterios de selección
- requisitos para incorporarse a la lista
- características específicas del producto
- ritmo del entrega
- responsabilidad del almacenaje
- gestión de las no conformidades y de las condiciones financieras.

4a-04-E-02-Q Se prevé la participación de los líderes en la definición de las características de los productos y en la evaluación de alternativas.

4a-04-E-03-Q El procedimiento de selección incluye los requisitos de calidad que debe acreditar el proveedor.

Estos requisitos hacen referencia a homologaciones, certificaciones y acreditaciones específicas.

4a-04-E-04-E La organización dispone de un registro de productos de suministro, con las características y datos necesarios para la gestión de las compras.

4a-04-E-05-E La organización dispone de un sistema de información sobre *stocks* y consumos que le permite la gestión de la reposición de suministros.

4a-04-E-06-Q La organización dispone de criterios explícitos de los niveles óptimos, de alarma y mínimos de su *stock*.

4a-04-E-07-E La organización tiene establecidos criterios de actuación ante situaciones especiales.

Situaciones especiales referidas, por ejemplo, a:

- rotura de *stocks*
- agotamiento de productos esenciales
- sustitución de proveedores
- acceso a mayoristas

4a-04-D-01-Q La organización interacciona periódicamente con sus proveedores más importantes para la definición de objetivos conjuntos.

El mantenimiento de reuniones periódicas con los proveedores, así como la realización de auditorías compartidas, facilita el conocimiento y el ajuste de los requisitos de los productos y su cumplimiento.

4a-04-D-02-Q La organización difunde las normativas y los criterios de funcionamiento a sus proveedores en la parte que los afecte.

4a-04-D-03-E La organización dispone de mecanismos de evaluación de los productos servidos y de su adecuación a las características preestablecidas.

4a-04-D-04-Q La organización tiene en cuenta la opinión de los líderes y del personal con respecto a los productos utilizados.

4a-04-D-05-Q La organización promueve la implicación de los proveedores en su política de mejora continua.

4a-04-D-06-Q La organización difunde internamente las normativas y los criterios de actuación ante situaciones especiales que comprometan el suministro.

4a-04-R-01-Q La organización evalúa periódicamente el grado de cumplimiento de los objetivos y los requisitos del suministro.

4a-04-R-02-E Los procedimientos y las normativas de funcionamiento se revisan y se actualizan periódicamente, de acuerdo con lo que esté establecido en la organización.

CRITERIO 4. ALIANZAS Y RECURSOS

Subcriterio 4.b - Gestión de los recursos económicos y financieros.

Agrupador conceptual: gestión de recursos económicos y financieros – 01

Definición

La organización dispone de un sistema de gestión de recursos económicos y financieros para dar apoyo a la estrategia, con mecanismos que garantizan el uso eficiente de los recursos.

Objetivos

La organización:

- gestiona los recursos de un plan determinado;
- documenta las políticas y las decisiones en el área económica y financiera;
- determina las relaciones entre departamentos en términos de cliente y proveedor;
- controla la gestión financiera;
- dispone de información para tomar decisiones económicas;
- evalúa, selecciona y valida las inversiones y desinversiones en activos tangibles e intangibles, y
- se asegura de que la planificación y la gestión financieras a corto plazo son adecuadas a los objetivos a largo plazo.

4b-01-E-01-E La organización dispone de un presupuesto anual de ingresos y gastos, de acuerdo con los planes y las actividades para alcanzar los objetivos previstos, que será aprobado por el órgano de gobierno.

Se considera que el presupuesto anual debería evidenciar:

- correlación del presupuesto con las actividades previstas
- garantía de acceso a la información necesaria a las personas responsables de elaborarlo (indicadores de actividad, tarifas, costes, etc.)
- Participación de los líderes en la elaboración del presupuesto
- Disponibilidad de recursos
- Programación de actividades de seguimiento (como mínimo semestral)
- Informes de las actividades de seguimiento del presupuesto (como mínimo semestral)
- Registro de aprobación del presupuesto
- Aprobación por órganos de gobierno

4b-01-E-02-Q La organización tiene unos procedimientos para facilitar información suficiente y comprensible a las personas responsables de elaborar los presupuestos.

4b-01-E-03-E La organización dispone de un plan de inversiones.

La organización planifica las inversiones teniendo en cuenta los costes, los periodos de amortización, la productividad teórica calculada de la inversión y la justificación de la necesidad de la inversión.

4b-01-E-04-Q La organización dispone de un sistema de contabilidad analítica, complementario del sistema de contabilidad financiera, y los dos son utilizados para la toma de decisiones económicas.

La organización utiliza la contabilidad analítica como elemento coadyuvante para el control de costes y el cálculo de beneficios por área de producción y proceso, así como para proporcionar datos para la planificación de inversiones y la determinación de precios.

4b-01-E-05-Q En los casos de donaciones, existe un procedimiento para garantizar que los fondos sean correctamente identificados y asignados.

Hace referencia a donaciones patrimoniales, aportaciones sin coste de la industria y otros grupos de interés del sector, etc.

4b-01-E-06-Q Existe un sistema de evaluación de las sugerencias y de detección de oportunidades de mejora por parte del personal, referido a aspectos administrativos y económicos.

La organización se nutre de las sugerencias del personal con respecto a la disminución de despilfarros, mejora de la eficiencia, aprovechamiento de recursos, etc.

4b-01-D-01-Q El presupuesto lo realiza la dirección con la participación de los líderes.

4b-01-D-02-Q Los líderes participan en el seguimiento de los presupuestos.

4b-01-D-03-Q Se documentan y se justifican las desviaciones presupuestarias de los ingresos y los gastos, en caso de que se produzcan.

4b-01-D-04-Q El modelo de contabilidad analítica se basa en criterios claros y explícitos, utilizados para imputar los ingresos y los costes internos.

4b-01-D-05-E La facturación de los clientes es controlada por un sistema central.

4b-01-D-06-Q La organización dispone de un procedimiento para el cobro de deudas de los clientes.

4b-01-D-07-E La organización mantiene el inventario actualizado y aplica un programa de sustitución de activos.

4b-01-D-08-E La organización dispone de un sistema de evaluación de la gestión económica.

La organización analiza los datos procedentes de la contabilidad analítica, el plan de inversiones y el seguimiento de los presupuestos, así como las acciones correctivas implementadas.

4b-01-D-09-Q Existen canales de información para que los servicios, las unidades o los departamentos tengan conocimiento de acuerdos con aseguradoras y otros compradores de servicios.

4b-01-D-10-Q Existe al alcance de los clientes información sobre tarifas, coberturas de los seguros, presupuestos y otros aspectos económicos que los afectan.

4b-01-R-01-Q La organización evalúa las recomendaciones de los informes de auditoría económica y de la aplicación posterior de la mejora.

4b-01-R-02-E La dirección evalúa los resultados económicos.

4b-01-R-03-Q Los procedimientos se revisan y se actualizan periódicamente de acuerdo con lo que esté establecido en la organización.

CRITERIO 4. ALIANZAS Y RECURSOS

Subcriterio 4.c - Gestión sostenible de los edificios, los equipamientos, los materiales y los recursos naturales.

Agrupador conceptual: instalaciones y mantenimiento del edificio – 01

Definición

La organización se adapta, desde el punto de vista del edificio (incluyendo la obra civil y las instalaciones), a sus necesidades (asistenciales, tecnológicas, de seguridad, etc.). Asimismo, tiene el compromiso de garantizar su funcionamiento a pleno rendimiento y con seguridad.

Objetivos

La organización:

- conserva el edificio según los parámetros de diseño durante su vida útil;
- identifica las necesidades de mantenimiento, reposición y adecuación del edificio;
- identifica las necesidades de reformar, ampliar o crear nuevos espacios;
- se adapta a las nuevas necesidades del edificio, para dar apoyo a la mejora;
- prioriza los cambios y las inversiones, según las modificaciones de la legislación, las necesidades y los recursos económicos;
- optimiza el uso, y
- mide y gestiona el impacto en la comunidad y el medio ambiente.

4c-01-E-01-E La organización dispone de un plan de mantenimiento del edificio (exterior e interior) que está dotado presupuestariamente.

4c-01-E-02-Q Para realizar el plan de mantenimiento del edificio se valoran las sugerencias y las reclamaciones, tanto de los clientes como del personal.

4c-01-E-03-E Existen una o varias personas responsables del mantenimiento del edificio designadas por la dirección ejecutiva.

4c-01-E-04-E Existen planos de instalaciones actualizados y detallados, que son accesibles para las personas a las que se determine.

4c-01-D-01-E Se dispone de un registro detallado en el que se especifica el mantenimiento preventivo y correctivo, programado y urgente.

4c-01-D-02-E El servicio de mantenimiento está asegurado las 24 horas del día. La organización determina los servicios de cobertura permanente.

La organización debe garantizar la continuidad del servicio, especialmente durante la noche y en días festivos.

4c-01-D-03-E Se revisan, se mantienen y se mejoran el edificio y las instalaciones (sistemas eléctricos, de agua, ventilación, aire acondicionado, calefacción, residuos, gases medicinales, etc.).

4c-01-R-01-E La organización evalúa el grado de cumplimiento del plan de mantenimiento periódicamente.

4c-01-R-02-E El plan de mantenimiento se revisa y se actualiza con la periodicidad prevista, de forma objetiva y se modifica, si procede, en función de la evolución del entorno, de su efectividad o de nuevas prioridades.

CRITERIO 4. ALIANZAS Y RECURSOS

Subcriterio 4.c - Gestión sostenible de los edificios, los equipamientos, los materiales y los recursos naturales.

Agrupador conceptual: adecuación del edificio – 02

Definición

La organización adecua sus infraestructuras para garantizar su funcionamiento a pleno rendimiento y con eficiencia energética.

Objetivos:

La organización:

- adapta sus infraestructuras, de obra e instalaciones para dar apoyo a las nuevas necesidades funcionales;
- adecua el edificio y sus instalaciones para un consumo energético racional;
- adecua la red informática y el hardware según sus necesidades presentes y futuras, y
- prioriza la adaptación a los cambios según sus necesidades y los recursos económicos.

4c-02-E-01-E La organización detecta, planifica y prioriza las mejoras del edificio y las instalaciones según sus necesidades y los recursos económicos.

Hace referencia a los suministros eléctricos, de agua, etc., así como a las necesidades de equipamiento y red informática.

4c-02-E-02-Q La organización prevé la posibilidad de crecimiento del edificio y las instalaciones por causa de las necesidades cambiantes y de la implantación de nuevas tecnologías.

4c-02-E-03-Q La organización dispone de un plan para la gestión energética y de suministros.

Este plan puede estar integrado dentro del plan de mantenimiento del edificio.

4c-02-D-01-Q La estructura y la disposición de los espacios destinados al ingreso del cliente son adecuadas a las necesidades asistenciales, facilitan el trabajo de los profesionales implicados y permiten el uso racional de los recursos humanos:

- Unidades de hospitalización

Por ejemplo, se evaluarán como mejora:

- la flexibilidad para adaptarse a cambios de agrupación en la organización interna.
- la ubicación centralizada del control, que facilita la racionalización de recorridos del personal de enfermería y la visualización directa del acceso a la unidad y de las puertas de las habitaciones.
- espacios con aire acondicionado que, como mínimo, tiene aportación de aire primario y filtración de calidad EU7-EU9.

4c-02-D-02-Q La estructura y la disposición de los espacios destinados al ingreso del cliente son adecuadas a las necesidades asistenciales, facilitan el trabajo de los profesionales implicados y permiten el uso racional de los recursos humanos:

- UCI

Por ejemplo, se evaluarán como mejora:

- polivalencia de todos los espacios asistenciales (box).
- box en torno a los espacios de apoyo directo, en disposición única y centralizada.
- el box debe facilitar la utilización de equipamiento de alto nivel tecnológico.
- la filtración del aire acondicionado se hace con tres filtros (EU4-EU9-H13) y se dispone de boxes en sobrepresión o en depresión, según las necesidades.

4c-02-D-03-Q La estructura y la disposición de los espacios destinados a la atención urgente del cliente son adecuadas a las necesidades asistenciales, facilitan el trabajo de los profesionales implicados y permiten el uso racional de los recursos humanos:

- Urgencias

Por ejemplo, se evaluarán como mejora:

- acceso diferenciado para clientes ambulatorios y para los que acceden en transporte sanitario.
- polivalencia y flexibilidad de uso de todos los boxes con los que cuenta.
- box en torno a los espacios de apoyo directo, en disposición única y centralizada.
- conexión de esta área con la unidad funcional de gestión de clientes, a través del espacio de circulación de público.
- todos los espacios disponen de aire acondicionado que, como mínimo, tiene aportación de aire primario y filtración de calidad EU7-EU9.

4c-02-D-04-Q La estructura y la disposición de los espacios destinados a la atención ambulatoria del cliente son adecuadas a las necesidades asistenciales, facilitan el trabajo de los profesionales implicados y permiten el uso racional de los recursos humanos:

- **consulta externa**
- **gabinetes de exploración**
- **hospitales de día.**

Por ejemplo, se evaluarán como mejora:

- la diferenciación de circulaciones de las consultas externas y de los gabinetes de exploración, una pública que alimente las salas de espera y una restringida que alimente los espacios de apoyo y las consultas.
- la flexibilidad de usos y la polivalencia de todas las consultas y los gabinetes de exploración.
- las consultas con ámbito diferenciado para la consulta y para la exploración.
- en el hospital de día, la flexibilidad de usos y la polivalencia de todos los boxes, que estarán dispuestos en torno a los espacios de apoyo directo, en disposición única y centralizada.
- todos los espacios disponen de aire acondicionado que, como mínimo, tiene aportación de aire primario y filtración de calidad EU7-EU9.

4c-02-D-05-Q La estructura y la disposición de los espacios destinados a la atención quirúrgica del cliente son adecuadas a las necesidades asistenciales, facilitan el trabajo de los profesionales implicados y permiten el uso racional de los recursos humanos:

- **bloque quirúrgico**
- **cirugía ambulatoria.**

Por ejemplo, se evaluarán como mejora:

- la configuración en un único bloque centralizado y aislado de las circulaciones generales.
- la diferenciación de circuitos para cliente/personal/material.
- el acceso progresivo, de las zonas menos limpias a las más limpias.
- la estructura del bloque de acuerdo con la diferenciación de zonas: zona limpia, zona restringida, zona sucia interna y zona externa.
- la polivalencia de todos los quirófanos.
- las dimensiones aproximadas de las salas de 36 m².
- la existencia de un espacio diferenciado para la realización de estudios anatomopatológicos preoperatorios.

- en el bloque quirúrgico y en las áreas de cirugía mayor ambulatoria el aire acondicionado dispone, como mínimo, de filtración con tres filtros de calidad EU4-EU9-H13, y los espacios limpios están en sobrepresión con respecto a los sucios.
- la conexión de la unidad de cirugía sin ingreso con los quirófanos es inmediata.
- la sala de adaptación al medio dispone de control de enfermería vinculado a los espacios de apoyo directo correspondientes.
- en la unidad de cirugía sin ingreso se dispone de aire acondicionado que, como mínimo, tiene aportación de aire primario y filtración de calidad EU5-EU9 para los quirófanos de cirugía menor y de EU4-EU9-H13 para los quirófanos de cirugía mayor.

4c-02-D-06-Q La estructura y la disposición de los espacios destinados a partos son adecuadas a las necesidades asistenciales, facilitan el trabajo de los profesionales implicados y permiten el uso racional de los recursos humanos:

- bloque obstétrico

Por ejemplo, se evaluarán como mejora:

- la conexión fácil y rápida con el área quirúrgica.
- todos los espacios disponen de aire acondicionado, que, como mínimo, tiene aportación de aire primario y filtración de calidad EU7-EU9.
- en los espacios quirúrgicos de este bloque, la filtración dispone de tres filtros de calidad (EU4-EU9-H13), y los locales limpios están en sobrepresión con respecto a los sucios.

4c-02-D-07-Q La estructura y la disposición de los espacios destinados a los servicios centrales de diagnóstico y los servicios centrales terapéuticos son adecuadas a las necesidades asistenciales, facilitan el trabajo de los profesionales implicados y permiten el uso racional de los recursos humanos:

- diagnóstico por la imagen
- rehabilitación
- hemodiálisis
- laboratorio/banco de sangre
- anatomía patológica
- mortuorio
- farmacia
- esterilización

Por ejemplo, se evaluarán como mejora:

- la correcta definición de estas áreas que permita facilitar el apoyo necesario al personal.
- la flexibilidad en los espacios para poder adaptarse a los criterios de funcionamiento que se puedan ir implantando en la organización.

- la diferenciación de accesos (cliente interno o ambulatorio y personal).
- todos los espacios disponen de aire acondicionado que, como mínimo, tiene aportación de aire primario y filtración de calidad EU7-EU9; en esterilización y espacios de circuitos limpios, la filtración dispone de tres filtros de calidad (EU4-EU9-H13), y los locales limpios están en sobrepresión con respecto a los sucios.

4c-02-D-08-Q La estructura y la disposición de los espacios destinados a las áreas administrativas de apoyo son adecuadas a las necesidades asistenciales, facilitan el trabajo de los profesionales implicados y permiten el uso racional de los recursos humanos:

- archivo y documentación clínica
- gestión del cliente
- atención al cliente
- área polivalente para el personal (incluye personas voluntarias y asociaciones de clientes)
- gerencia
- administración
- unidades administrativas de los servicios clínicos
- informática
- docencia
- biblioteca
- sala de plegaria multiconfesional.

Por ejemplo, se evaluará como mejora que todos los espacios dispongan de aire acondicionado que, como mínimo, tenga aportación de aire primario y filtración de calidad EU7-EU9.

4c-02-D-09-Q La estructura y la disposición de los espacios destinados a las áreas de personal son adecuadas a las necesidades asistenciales, facilitan el trabajo de los profesionales implicados y permiten el uso racional de los recursos humanos:

- comedor de personal
- espacios sindicales
- riesgos laborales
- vestuarios de personal
- habitaciones de médicos de guardia.

Por ejemplo, se evaluarán como mejora:

- la correcta definición de estas áreas que permita facilitar el apoyo necesario al personal.

- la flexibilidad en los espacios para poder adaptarse a los criterios de funcionamiento que se puedan ir implantando en la organización.
- el acceso restringido a los vestuarios para el personal.
- todos los espacios disponen de aire acondicionado que, como mínimo, tiene aportación de aire primario y filtración de calidad EU7-EU9.

4c-02-D-10-Q La estructura y la disposición de los espacios destinados a los servicios generales son adecuadas a las necesidades asistenciales, facilitan el trabajo de los profesionales implicados y permiten el uso racional de los recursos humanos:

- **cocina**
- **limpieza**
- **lavandería/lencería**
- **mantenimiento**
- **almacenes**
- **seguridad**
- **locales de residuos**

Por ejemplo, se evaluarán como mejora:

- la correcta definición de estas áreas que permita facilitar a las personas usuarias servicios de alta calidad en alimentación, limpieza, lencería y suministros.
- la buena comunicación del área de almacenaje de residuos con el muelle de descarga.
- todos los espacios disponen de aire acondicionado que, como mínimo, tiene aportación de aire primario y filtración de calidad EU7-EU9.

4c-02-D-11-Q La estructuración del edificio prioriza las relaciones de adyacencia, proximidad o buena comunicación entre las áreas o los servicios.

Vinculación de:

- urgencias con diagnóstico por la imagen, bloque quirúrgico y UCI.
- consulta externa con gabinetes de exploración y diagnóstico por la imagen.
- hospital de día con gabinetes de exploración y consulta externa.
- bloques quirúrgico y obstétrico con esterilización.
- área de extracciones del laboratorio con área ambulatoria.

Buena comunicación entre:

- unidades de hospitalización y servicios centrales del hospital.
- consulta externa y archivo de historias clínicas.
- laboratorio y área de hospitalización, urgencias, bloques quirúrgico y obstétrico y hospital de día.

- farmacia y todos los servicios del hospital.
- cocina y unidades de hospitalización.

4c-02-D-12-Q El edificio cuenta con materiales de acabado resistentes al uso, fácilmente sustituibles y de fácil mantenimiento.

Por ejemplo:

- en las paredes, materiales de revestimiento sin juntas, vinílicos o materiales estratificados o laminados de alta resistencia.
- en los suelos, pavimentos de terrazo o materiales pétreos, etc.

4c-02-D-13-Q La organización dispone y aplica sistemas de evaluación y auditoría de gestión medioambiental, control de emisiones y eficiencia energética del edificio y de las instalaciones y control de emisiones.

4c-02-D-14-Q La organización prioriza la introducción de tecnologías y equipos avanzados con mejores rendimientos energéticos que permitan reducir sensiblemente los consumos específicos.

4c-02-D-15-Q La organización adecua las instalaciones a las necesidades energéticas reales.

Hace referencia al ajuste del consumo lumínico en áreas de poco tráfico, a la adaptación de los equipos de calefacción y aire acondicionado según las necesidades, etc.

4c-02-R-01-Q La organización evalúa las mejoras realizadas en el edificio y en las instalaciones.

4c-02-R-02-Q La organización evalúa periódicamente las medidas aplicadas para la reducción de consumo energético.

CRITERIO 4. ALIANZAS Y RECURSOS

Subcriterio 4.c - Gestión sostenible de los edificios, los equipamientos, los materiales y los recursos naturales.

Agrupador conceptual: accesibilidad del edificio y de su entorno – 03

Definición

La organización facilita la accesibilidad al conjunto de sus recursos, informa de cómo hacerlo y se organiza para satisfacer las necesidades de los clientes.

Objetivos

La organización garantiza la accesibilidad de los clientes y usuarios a sus recursos, les da información, los orienta, facilita las circulaciones y adecua los recursos a las necesidades específicas de los diferentes tipos.

4c-03-E-01-E Se dispone de un plan de señalización general en el centro que permite acceder a las diferentes áreas.

4c-03-E-02-E El plan de señalización incluye la identificación de las áreas de circulación públicas y restringidas.

4c-03-E-03-E La organización dispone de procedimientos que regulan el acceso a las áreas del centro y explicitan los horarios de funcionamiento, los horarios de visita y las restricciones previstas en cada área.

4c-03-E-04-Q La organización tiene en cuenta la diversidad lingüística en la relación con los clientes.

Facilita la información en varios idiomas, facilita intérpretes, etc., y dispone de contestadores automáticos con opciones de uso en diferentes lenguas.

4c-03-E-05-Q La organización dispone de normas de funcionamiento para los visitantes médicos y los representantes de productos y equipos.

4c-03-D-01-Q La organización dispone de un ordenamiento previsto del tráfico exterior, con áreas de aparcamiento para el público general y para el personal, para taxis, para ambulancias, con áreas de parada limitada, con áreas restringidas para la descarga de materiales y equipamientos, etc.

4c-03-D-02-Q El parquin está dimensionado con capacidad para dar servicio al flujo previsto de visitantes y personal.

4c-03-D-03-Q La infraestructura cuenta con la ordenación diferenciada de accesos: área pública y área restringida.

4c-03-D-04-E La organización dispone de recursos que facilitan la accesibilidad a personas con disminución sensorial a sus instalaciones y servicios.

Se hace referencia a medios auxiliares para personas ciegas y sordas.

4c-03-D-05-Q El edificio cuenta con una estructura ordenada de las vías de circulación, que diferencia las circulaciones de uso público (para cliente ambulatorio y acompañante) y las de uso restringido (clientes ingresados y personal).

- Diferenciación de las circulaciones de uso público (para clientes ambulatorios y acompañantes) y las circulaciones de uso restringido (clientes ingresados y personal)
- Cruces de las diferentes circulaciones.
- Ortogonalidad y dimensionado regular de los pasillos (libre acceso y giro de las camas).

4c-03-D-06-Q El edificio cuenta con núcleos de comunicación vertical especializados según el usuario o la función.

- Diferenciación de núcleos de comunicación vertical para el público, para clientes encamados, para material sucio y para material limpio.
- Dimensiones de las cabinas.

4c-03-D-07-Q El acceso al centro se encuentra convenientemente señalado en las vías que permiten llegar al centro.

4c-03-D-08-Q La organización dispone de sistemas de ayuda a la orientación del público general para identificar y localizar las áreas a las que tienen acceso.

4c-03-D-09-Q Las normas que regulan el acceso a las diferentes áreas del centro son accesibles al público general y se difunden entre las personas usuarias directas.

4c-03-D-10-Q La organización actúa para impedir el acceso de visitas a la habitación de los clientes que no lo deseen y así lo manifiesten.

4c-03-D-11-E Se señala convenientemente el uso de telefonía móvil en el centro.

4c-03-D-12-Q La organización facilita el acceso a la comunicación telefónica tanto en las áreas asistenciales como en las no asistenciales.

4c-03-D-13-E La organización tiene establecidos mecanismos de control de acceso a áreas específicas que determine.

Hace referencia a: vestuarios para el personal en general, vestuarios para el personal de quirófanos y control de circulaciones restringidas de UCI, de áreas de aislamiento y otras que se designen, etc.

4c-03-D-14-E La organización dispone de atención telefónica al cliente para información, citación y programación de actividades asistenciales y otros usos.

4c-03-D-15-Q La organización dispone de un número suficiente de líneas telefónicas para su dimensión y previsión de uso.

4c-03-D-16-Q La organización dispone de megafonía y tiene establecidas las condiciones de uso.

4c-03-D-17-E La organización dispone de sistemas de comunicación interna y personal para situaciones de urgencia o de necesidad de localización.

4c-03-D-18-E La organización dispone de mecanismos de localización interna de los miembros del personal.

4c-03-R-01-E El plan de señalización se revisa y se actualiza con la periodicidad prevista, de forma objetiva, y se modifica, si procede, en función de la evolución del entorno, de su efectividad o de nuevas prioridades.

CRITERIO 4. ALIANZAS Y RECURSOS

Subcriterio 4.c - Gestión sostenible de los edificios, los equipamientos, los materiales y los recursos naturales.

Agrupador conceptual: derecho a la intimidad y al confort – 04

Definición

La organización tiene en cuenta los aspectos que hacen referencia a la intimidad y al confort del cliente y del personal.

Objetivos

La organización:

- vela por el derecho a la intimidad y la dignidad de los clientes y del personal;
- tiene en cuenta las necesidades particulares de los clientes y de su entorno en momentos difíciles (dolor, comunicación de enfermedades terminales, etc.), y
- genera un ambiente de asistencia, cuidado y recuperación de la salud con las máximas condiciones de calidad y confort.

4c-04-E-01-E La infraestructura permite que la estancia del cliente se desarrolle en un entorno físico relajante y confortable para favorecer la recuperación.

Implica:

- edificio: iluminación, ventilación, privacidad visual y acústica con respecto al exterior y entre locales, separación entre camas en las habitaciones, colores de las paredes, cortinas (en caso de que haya), climatización, telefonía, hilo musical.
- equipamiento: camas cómodas y articuladas, sillas cómodas, mesas, armarios para guardar ropa y otros objetos personales.
- otras prestaciones: posibilidad de pasar la noche, restauración, etc.

4c-04-E-02-E La organización establece criterios para la utilización de las habitaciones individuales.

4c-04-D-01-Q La estructura del edificio favorece el aprovechamiento máximo de las condiciones naturales de iluminación y ventilación.

4c-04-D-02-Q La organización dispone de una distribución de espacios que permite a los clientes acceder fácilmente al lavabo y al teléfono en todas las áreas.

4c-04-D-03-E Existen áreas en todos los servicios en las que los clientes y sus familiares pueden esperar para ser atendidos.

4c-04-D-04-E Las salas de espera están provistas de asientos adecuados y en cantidad suficiente.

4c-04-D-05-E Existen zonas en las que el cliente puede cambiarse, tener privacidad para desvestirse y dejar sus objetos personales en un lugar seguro.

4c-04-D-06-E La organización dispone de áreas para la recuperación de los clientes que lo requieran en los servicios ambulatorios.

Ello hace referencia a los servicios ambulatorios que supongan la práctica de alguna técnica invasiva con sedación o generadora de estrés.

4c-04-D-07-E La organización aplica los criterios establecidos en relación con la utilización de las habitaciones individuales.

4c-04-D-08-E Los clientes son provistos de ropa para el examen en las situaciones que lo requieran.

4c-04-D-09-E Las habitaciones cuentan con instalaciones sanitarias adaptadas y accesibles desde la habitación que permiten la limpieza personal con privacidad y comodidad.

4c-04-D-10-E La organización dispone de instalaciones/equipamientos y aplica criterios para mantener la privacidad y la dignidad de los clientes encamados.

4c-04-D-11-E Existe un espacio cerrado fácilmente accesible para guardar los objetos personales y la ropa de los clientes.

4c-04-D-12-Q Las habitaciones disponen de niveles de iluminación ajustables, y las camas y los sitios de tratamiento disponen de luz individual de cabecera.

4c-04-D-13-Q La ambientación de las habitaciones es adecuada al uso.

4c-04-D-14-Q En todas las habitaciones de los clientes, el mobiliario y otros utensilios están en buenas condiciones.

4c-04-D-15-Q Existen áreas para el luto de los familiares y otros acompañantes.

4c-04-D-16-E Existen salas que permiten hacer reuniones para consultas y consejos, en condiciones de privacidad y confidencialidad.

4c-04-D-17-Q La organización facilita que un acompañante pueda pasar la noche en la habitación del cliente en condiciones de confort y habitabilidad.

4c-04-D-18-Q La organización dispone de salas para clientes, con acceso a teléfono y medios de entretenimiento.

4c-04-D-19-E Existen áreas de restauración a disposición de familiares, acompañantes y visitantes para la provisión de bebidas frías y calientes, y de comidas, accesibles las 24 horas del día.

4c-04-D-20-Q Existen una o varias áreas comunitarias dedicadas a la reflexión, a la meditación y a las prácticas religiosas.

4c-04-D-21-E Los niños son asistidos en un entorno separado de las personas adultas y adaptado a sus características especiales.

4c-04-D-22-Q En las áreas ambulatorias, la organización dispone de espacios para cambiar los pañales a los bebés y amamantarlos, con las correspondientes instalaciones sanitarias.

4c-04-D-23-E En las áreas asistenciales, la organización dispone de zonas destinadas al descanso del personal.

4c-04-D-24-Q La zona de cafetería para el personal dispone de medios para ofrecer sus servicios las 24 horas del día.

4c-04-D-25-Q En los servicios asistenciales, la organización dispone, para su gestión, de espacios de reunión y administrativos diferenciados de los destinados a los clientes.

4c-04-D-26-Q Existen tableros de anuncios bien situados y actualizados.

4c-04-R-01-Q La organización dispone de mecanismos de evaluación de la satisfacción del cliente y del personal, referida a la adecuación de espacios no asistenciales.

4c-04-R-02-Q La organización evalúa la adecuación de los espacios no asistenciales en función de las necesidades detectadas.

CRITERIO 4. ALIANZAS Y RECURSOS

Subcriterio 4.c - Gestión sostenible de los edificios, los equipamientos, los materiales y los recursos naturales.

Agrupador conceptual: seguridad del edificio y de su entorno – 05

Definición

La organización garantiza la seguridad de los clientes y de sus bienes en el recinto del centro.

Objetivos

La organización:

- garantiza la seguridad física de los clientes, los acompañantes y sus bienes, mientras estén en el recinto del centro, y
- prevé la respuesta que hay que dar en caso de emergencias internas y externas, y de catástrofes.

4c-05-E-01-E Existe un procedimiento para garantizar la seguridad de los bienes personales de los clientes, tanto en las áreas de hospitalización como en urgencias, hospital de día u otras. Existe un procedimiento para el depósito de bienes.

4c-05-E-02-E La organización elabora un plan para actuar frente a posibles emergencias de todo tipo, internas, externas y catástrofes.

4c-05-E-03-E El plan de emergencias prevé el acceso a equipos de comunicaciones, centros de atención alternativos, fuentes alternativas de suministros médicos y otros materiales.

4c-05-D-01-E Está asegurado el suministro eléctrico y de agua potable de fuentes habituales o alternativas las 24 horas del día para atender a las necesidades esenciales de los clientes.

4c-05-D-02-E La organización dispone de medios de control y seguridad que prevengan o detecten accidentes y agresiones físicas a las personas o a la estructura del centro, en todo su perímetro y los accesos.

Por ejemplo:

- iluminación del edificio y del entorno;
- instalación de seguridad (cámaras exteriores, etc.);
- personal de seguridad.

4c-05-D-03-Q La organización comprueba periódicamente los conocimientos del personal sobre el plan de emergencias, a través de demostraciones, simulacros y otras actividades.

4c-05-D-04-Q Los dispositivos de seguridad para clientes y personas usuarias están instalados en toda la estructura del edificio y en el mobiliario.

4c-05-D-05-E Los dispositivos de seguridad son específicos y están instalados en las áreas de atención a clientes con alteraciones conductuales o de conciencia.

Con relación a:

- imposibilidad de apertura de ventanas;
- ausencia de medios que puedan provocar asfixia o estrangulamiento;
- inexistencia de vidrios;
- cubertería de plástico.

4c-05-D-06-E Existen dispositivos de seguridad específicos para las áreas de atención a niños.

Como ejemplo:

- cunas antiestrangulamiento.
- conectores eléctricos convenientemente protegidos.

4c-05-D-07-E Existen medidas aplicadas para evitar la confusión y favorecer la custodia de los bebés.

4c-05-D-08-E Existen medidas de protección contra la precipitación interior o exterior de personas.

4c-05-R-01-Q La organización identifica las incidencias que afectan a la seguridad de los clientes y actúa de forma inmediata, comunicándolas y registrándolas individualmente.

4c-05-R-02-E Las normas y los procedimientos de seguridad se revisan y se actualizan periódicamente, de acuerdo con lo que esté establecido en la organización.

CRITERIO 4. ALIANZAS Y RECURSOS

Subcriterio 4.c - Gestión sostenible de los edificios, los equipamientos, los materiales y los recursos naturales.

Agrupador conceptual: gestión de residuos y otros riesgos – 06

Definición

La organización, en su ámbito de competencia, garantiza la gestión de los residuos en las etapas de manipulación, clasificación, almacenaje y tratamiento, y también colabora en la prevención de otros riesgos ambientales que puedan impactar negativamente en la comunidad.

Objetivos

La organización:

- de acuerdo con su estrategia de medio ambiente, tiene en cuenta la emisión y la eliminación de residuos sólidos, gaseosos y líquidos;
- protege a los clientes y al personal de posibles contaminaciones;
- gestiona de forma segura el traslado interno de residuos desde el lugar en el que se generan hasta el almacenaje adecuado, y
- tiene capacidad para responder a posibles accidentes que afecten al centro y al medio ambiente.

4c-06-E-01-E La organización dispone de procedimientos para la gestión de residuos y otros elementos potencialmente peligrosos.

4c-06-E-02-E La organización dispone de procedimientos para los circuitos internos de los residuos.

4c-06-E-03-E La organización dispone de procedimientos para la manipulación segura de material infeccioso, químico, tóxico y radiactivo.

4c-06-E-04-Q La organización dispone de procedimientos para la separación y clasificación de todo tipo de residuos.

4c-06-D-01-Q La organización dispone de iniciativas para facilitar el reciclaje, la reutilización y la valorización de todo tipo de residuos.

4c-06-D-02-Q La organización efectúa el control periódico de los efluentes (biológicos, químicos, radiactivos), dentro de su ámbito de actuación.

4c-06-D-03-E La organización aplica los procedimientos relacionados con el sistema de gestión de residuos.

Residuos clasificados por tipología (tóxicos, inflamables, etc.) y por fase (recogida, clasificación, contenedores, almacenaje temporal, almacenaje, recogida por el gestor de residuos).

4c-06-D-04-Q La organización aplica criterios de reducción en la generación de residuos.

4c-06-D-05-Q Existe un sistema que permite efectuar un seguimiento de la eficiencia de los procesos de manipulación, clasificación, traslado y evacuación de residuos.

4c-06-D-06-Q La organización responde a accidentes relacionados con la gestión de todo tipo de residuos de acuerdo con unos procedimientos.

4c-06-R-01-Q La organización evalúa el cumplimiento, por parte del personal, de los procedimientos de la gestión de todo tipo de residuos.

4c-06-R-02-E Los procedimientos se revisan y se actualizan periódicamente de acuerdo con lo que esté establecido en la organización.

CRITERIO 4. ALIANZAS Y RECURSOS

Subcriterio 4.d - Gestión de la tecnología.

Agrupador conceptual: gestión de la tecnología asistencial – 01

Definición

Los recursos técnicos de apoyo al diagnóstico y al tratamiento, de los que dispone la organización, deben ser efectivos, correctamente utilizados, operativos para el uso y seguros, tanto para los clientes como para los manipuladores.

Objetivos

La organización:

- vela por estar tecnológicamente actualizada;
- innova tecnológicamente en función de sus necesidades y posibilidades;
- conoce y valora la tecnología de la que dispone y la que utiliza, tanto si es propia como en cesión o en demostración;
- identifica y evalúa las tecnologías alternativas y emergentes;
- vela por el uso correcto de la tecnología de la que dispone y por la reposición adecuada;
- garantiza que el equipamiento tecnológico utilizado sea eficaz y seguro, y
- garantiza que las personas que manipulan el equipamiento tecnológico estén capacitadas para realizarlo.

4d-01-E-01-Q La organización dispone de sistemas para la detección y la evaluación de la utilidad, el rendimiento y la rentabilidad de las nuevas tecnologías emergentes.

4d-01-E-02-Q En la evaluación de las nuevas tecnologías participan los líderes.

4d-01-E-03-Q La organización dispone de un plan de inversiones en tecnología, fundamentado en las necesidades detectadas por los líderes y aprobado por la dirección ejecutiva. Este plan está vigente.

4d-01-E-04-E La organización dispone de un inventario del equipamiento técnico-asistencial en uso, tanto si es propio como alquilado, cedido, en demostración o con otras fórmulas posibles.

4d-01-E-05-E Existe un procedimiento para la identificación de todo nuevo equipamiento que se incorpora a la organización.

4d-01-E-06-E Cada equipo dispone de una ficha técnica en la que se explicitan los datos de adquisición, las características técnicas, las revisiones y las reparaciones efectuadas y planificadas.

4d-01-E-07-E La organización conserva y archiva los documentos técnicos y las garantías de todos los equipamientos en uso. Estos son accesibles para las personas responsables del mantenimiento de las tecnologías asistenciales.

4d-01-E-08-E La organización tiene asignadas las responsabilidades del mantenimiento de las tecnologías asistenciales. En el caso de ser un servicio subcontratado, una persona de la propia dirección asume la responsabilidad de la supervisión y el control del servicio.

4d-01-E-09-E Las personas responsables del mantenimiento de las tecnologías asistenciales reciben formación específica sobre las características técnicas de las nuevas incorporaciones de equipamiento.

4d-01-E-10-Q Las personas responsables del mantenimiento de las tecnologías asistenciales controlan y supervisan las actuaciones de técnicos externos al servicio de mantenimiento y las registran adecuadamente.

4d-01-E-11-E La organización dispone de un plan de mantenimiento preventivo y correctivo, que cubre la totalidad de los aparatos en uso, con identificación de la periodicidad de las revisiones y las características específicas de cada una.

4d-01-E-12-Q Existe un procedimiento para dar de baja temporal o definitivamente los equipamientos fuera de uso por avería, obsolescencia, venta, finalización del derecho de uso, etc.

4d-01-E-13-E La organización tiene detectados los aparatos que requieren calibración periódica y programa su ejecución.

4d-01-E-14-E La organización tiene detectados los aparatos que requieren control continuo del estado de funcionamiento.

4d-01-D-01-Q La organización gestiona su cartera tecnológica, incluyendo el uso óptimo de la tecnología existente y la sustitución de la obsoleta.

4d-01-D-02-Q El plan de mantenimiento preventivo y normativo se desarrolla según lo previsto.

4d-01-D-03-E La organización prevé la formación del personal ya existente sobre el uso de los equipos de nueva incorporación, y del nuevo personal sobre el equipamiento instalado.

4d-01-D-04-E Las personas responsables de llevar a cabo la calibración y la monitorización de los aparatos están formadas, son competentes y actúan de acuerdo con los protocolos.

4d-01-D-05-E La calibración para equipamientos de uso en pediatría se ajusta específicamente.

4d-01-D-06-Q Las incidencias de riesgo en la utilización del equipamiento son detectadas y comunicadas a la dirección y al Comité de Salud Laboral, de forma individual e inmediata.

4d-01-R-01-Q La organización dispone de mecanismos permanentes de evaluación del mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos técnicos, así como del estado de las calibraciones y las monitorizaciones a realizar.

4d-01-R-02-E Los planes, procedimientos y protocolos de funcionamiento se revisan y se actualizan periódicamente, de acuerdo con lo que esté establecido en la organización.

CRITERIO 4. ALIANZAS Y RECURSOS

Subcriterio 4.e - Gestión de la información y del conocimiento.

Agrupador conceptual: sistemas de información – 01

Definición

La organización dispone, de acuerdo con su estrategia, de unos mecanismos para garantizar la recogida, estructuración y gestión correctas de la información clínica.

Objetivos

La organización:

- detecta y planifica las necesidades de información propias y ajenas;
- diseña e implanta el sistema más adecuado, de acuerdo con la estrategia;
- garantiza la accesibilidad, la distribución y la seguridad de la información;
- destina los recursos necesarios;
- implementa y mantiene los aplicativos y *software*, y
- actualiza y adapta sus aplicaciones según los cambios del entorno.

4e-01-E-01-E La organización tiene un plan para atender a las necesidades de información propias y ajenas.

El plan deberá gestionar la información tendiendo a satisfacer las necesidades de información propias (asistencial y de apoyo) y externas (proveedores, clientes, otras entidades y personas voluntarias). Este plan debe tener en cuenta al menos los siguientes aspectos:

- Identificación de necesidades de información a cubrir (internas y externas).
- Recursos necesarios (estructurales, tecnológicos, humanos).
- Sistemas de acceso y disponibilidad de la información.
- Apoyo de la información procesada a la atención del cliente, a la gestión de la organización y a la gestión de la calidad.

4e-01-E-02-E El plan se ajusta a las dimensiones de la organización, al personal, a la cartera de servicios y a la complejidad de los servicios ofrecidos.

El plan debe contar con mecanismos de gestión específicos:

- gestión económico-financiera
- gestión de clientes
- gestión del personal
- gestión de la producción, etc.

4e-01-E-03-E La organización dispone de medios organizativos, estructurales y tecnológicos de acuerdo con sus necesidades, para garantizar la conservación, la custodia, la seguridad y la disponibilidad de la información a lo largo del tiempo.

4e-01-E-04-Q La organización dispone de las aplicaciones y *software* adecuados de acuerdo con el plan de gestión de la información.

4e-01-E-05-Q Existe un procedimiento para verificar y validar los datos introducidos en los sistemas de información.

4e-01-E-06-Q La gestión de la información está integrada en torno al cliente.

4e-01-E-07-E Existe un responsable de los sistemas de información.

4e-01-D-01-Q La organización actualiza y adapta las aplicaciones y *software* en función de los cambios de su entorno, de los avances tecnológicos y de las necesidades de sus clientes.

4e-01-D-02-Q La organización implanta el plan para atender las necesidades de información, aportando los recursos necesarios.

4e-01-D-03-Q La organización verifica y valida los datos introducidos en los sistemas de información.

4e-01-D-04-E Existe un sistema de seguridad y confidencialidad conocido por toda la organización.

4e-01-D-05-E El personal tiene acceso al nivel de información que requiere para sus necesidades y responsabilidades de trabajo.

Se aplican mecanismos que regulan el acceso a la información determinando el perfil de las personas usuarias de información, conforme a las necesidades y responsabilidades de trabajo y otras necesidades definidas.

4e-01-D-06-Q Las necesidades de datos y de información de las personas de la organización son atendidas en el momento oportuno, en el formato que cumple las expectativas de la persona usuaria y con la frecuencia asignada.

4e-01-D-07-Q Las necesidades de datos y de información de las personas y entidades ajenas a la organización son atendidas en el momento oportuno, en el formato que responde a la solicitud del usuario y con la frecuencia establecida.

Por ejemplo:

- EESRI;
- INE;
- CMBD;
- facturación, etc.

4e-01-D-08-E La organización determina la información que debe estar disponible permanentemente y actualizada.

4e-01-D-09-Q La gestión de la información facilita la posibilidad de combinar la información de varias fuentes para elaborar informes que dan apoyo a la toma de decisiones de los líderes.

4e-01-D-10-Q La organización diseña, actualiza y gestiona registros clínicos específicos (mortalidad, neoplasias, infecciones, etc.).

4e-01-D-11-Q El proceso de análisis de los datos incluye comparaciones internas, con otras organizaciones, con estándares científicos y con buenas prácticas.

4e-01-R-01-Q La organización evalúa periódicamente la accesibilidad y disponibilidad de la información.

Los mecanismos para el acceso a la información son evaluados periódicamente teniendo en cuenta la distribución y el grado de seguridad y confidencialidad.

4e-01-R-02-Q La organización evalúa periódicamente el sistema de distribución de la información.

4e-01-R-03-Q Se evalúan periódicamente los mecanismos de seguridad y confidencialidad utilizados por la organización.

4e-01-R-04-E El plan se revisa y se actualiza con la periodicidad prevista, de forma objetiva, y se modifica, si procede, en función de la evolución del entorno, de su efectividad o de nuevas prioridades.

4e-01-R-05-Q La organización evalúa periódicamente la utilidad y utilización de la información generada.

La organización revisa periódicamente la efectividad y la eficiencia de la información con la que se gestiona. La información debe ser útil para quien la necesita y eficiente para quien la genera.

CRITERIO 4. ALIANZAS Y RECURSOS

Subcriterio 4.e - Gestión de la información y del conocimiento.

Agrupador conceptual: gestión de la información asistencial – 02

Definición

La organización dispone, de acuerdo con la estrategia, de mecanismos para garantizar la recogida, la estructuración y la gestión correctas de la información generada en el proceso asistencial, mediante la historia clínica.

Objetivos

La organización:

- detecta y planifica las necesidades de información propias y ajenas;
- diseña y normaliza los documentos asistenciales;
- mantiene y gestiona los documentos asistenciales;
- mantiene y gestiona las bases de datos con información asistencial;
- garantiza la accesibilidad, la distribución y la seguridad de la información;
- destina los recursos necesarios, y
- evalúa la calidad de los datos y de los documentos.

4e-02-E-01-E La organización tiene procedimientos para garantizar el diseño, la ordenación, la mejora de la formalización, la mejora de los circuitos de distribución, inclusión, modificación o supresión de cualquier documento de la historia clínica, en soporte papel y/o informático.

4e-02-E-02-Q Se dispone de los recursos necesarios (estructurales, económicos, etc.) para garantizar la gestión adecuada de la información asistencial.

4e-02-E-03-E Existe un mecanismo de control de calidad de la historia clínica (soporte papel o informático), suficiente para detectar desviaciones objetivas.

Los mecanismos de control de calidad de historias clínicas (y otros documentos asistenciales) incluyen criterios de evaluación y cronograma de revisiones. Este sistema evaluativo puede incluir:

- datos de identificación del cliente;

- datos del proceso asistencial;
- formalización del consentimiento informado;
- calidad de la terminología sanitaria;
- comparación con los resultados anteriores;
- participación de los líderes;
- definición de medidas que tiendan a la mejora.

4e-02-D-01-E Los controles de calidad de la historia clínica se realizan con una periodicidad predeterminada.

4e-02-D-02-Q Se comparan los resultados con otras evaluaciones internas, con otras organizaciones, con estándares científicos y con buenas prácticas.

Las comparaciones que se realizan son las siguientes:

- con uno mismo a lo largo del tiempo, mensual o anualmente;
- con organizaciones similares, a través de bases de datos de referencia;
- con estándares establecidos por organismos de acreditación y organizaciones profesionales, o por legislación;
- con prácticas deseables, a través de bibliografías o guías de práctica clínica.

4e-02-D-03-E La organización evalúa los resultados y toma las medidas adecuadas para favorecer la mejora de la calidad de la historia clínica.

4e-02-D-04-Q Los líderes dan apoyo a los resultados obtenidos y los difunden.

4e-02-D-05-E La organización evalúa la formalización y la calidad de la historia clínica en los ítems que corresponden a:

- identificación del cliente
 - proceso asistencial
 - formalización y calidad del consentimiento informado
 - formalización y calidad de los datos de la actividad quirúrgica
 - formalización y calidad de otros datos
-

4e-02-D-06-Q Se evalúa la calidad de la terminología sanitaria y los acrónimos.

4e-02-R-01-Q Los líderes revisan periódicamente la efectividad de las medidas de mejora.

4e-02-R-02-E La organización revisa y actualiza periódicamente los procedimientos utilizados, de acuerdo con lo que esté establecido en la organización.

CRITERIO 4. ALIANZAS Y RECURSOS

Subcriterio 4.e - Gestión de la información y del conocimiento.

Agrupador conceptual: gestión del conocimiento – 03

Definición

La organización dispone de un proceso para gestionar el conocimiento, uno de los activos intangibles más importantes generados por su personal, ya que uno de los beneficios que aporta es la capacidad de innovación.

Objetivos

Las organizaciones sanitarias cubren la demanda del mercado con servicios y productos basados en el conocimiento.

La organización fomenta el enriquecimiento de las personas.

La organización debe garantizar nuevas formas de comunicación, colaboración, coordinación, compartición y utilización del conocimiento del que dispone.

Para gestionar el conocimiento, la organización:

- detecta el conocimiento del que dispone;
- valora a las personas que tienen un conocimiento específico;
- revierte estos conocimientos para que se utilicen eficientemente, y
- fomenta el desarrollo.

4e-03-E-01-E La organización tiene un plan para fomentar la detección, el afloramiento, el desarrollo, la organización y la difusión del conocimiento colectivo.

El plan de gestión del conocimiento se inclina a favorecer el desarrollo del conocimiento colectivo intraorganizacional.

Este plan debería incluir al menos los siguientes aspectos:

- identificación de necesidades y oportunidades
- sistemas de comunicación interna adecuados
- evaluación de resultados

4e-03-E-02-Q La organización tiene un procedimiento para evaluar las necesidades de intercambio de conocimientos con otras organizaciones, socios, proveedores, etc., para aprovechar las sinergias creadas.

4e-03-E-03-Q Existe un presupuesto asignado y aprobado para el desarrollo del plan.

4e-03-E-04-Q Existe un responsable del plan designado por la dirección.

4e-03-D-01-Q La organización aplica el plan y destina los recursos necesarios (tecnológicos, materiales, humanos, de tiempo).

A modo de ejemplo, se pueden mencionar como recursos:

- tiempo para la elaboración de la información
- utilización de bases de datos propias y externas
- intranet, correo electrónico, etc.
- revista interna, boletines internos, carpetas en puntos concretos

4e-03-D-02-Q La organización busca y facilita las fuentes adecuadas y actualizadas (bibliografías científicas, resultados de investigación propia y externa, protocolos de agencias que se basan en la evidencia, etc.).

4e-03-D-03-Q La organización establece y gestiona redes para identificar oportunidades de innovación que pueden surgir dentro y fuera de la organización.

Hace referencia a Internet, redes sociales, bloques, foros, etc.

4e-03-D-04-Q La dirección y los líderes participan activamente en la implantación y difusión del plan.

4e-03-D-05-Q El responsable y los líderes animan a las personas que tienen conocimientos específicos, les dan apoyo y les facilitan los medios (protocolos, guías, etc.).

La evidencia del desarrollo del conocimiento colectivo se manifiesta, por ejemplo, mediante:

- la producción y actualización de protocolos, guías clínicas y otros documentos que regulan el funcionamiento de la organización;
- los informes de los resultados de las investigaciones, y
- las experiencias profesionales específicas publicadas o dadas a conocer a la organización.

4e-03-D-06-Q El responsable y los colaboradores del plan organizan la información y facilitan la utilización y distribución en la organización.

4e-03-D-07-Q Se facilita la creación de áreas de debate, aportaciones, sugerencias, etc., para fomentar la participación de otros profesionales y alimentar el conocimiento colectivo de la organización.

4e-03-R-01-Q La organización evalúa y revisa periódicamente el grado de participación de los diferentes profesionales en el plan.

4e-03-R-02-E El plan se revisa y se actualiza con la periodicidad prevista, de forma objetiva, y se modifica, si procede, en función de la evolución del entorno, de su efectividad o de nuevas prioridades.

CRITERIO 5. PROCESOS

El criterio 5, «Procesos», desarrolla lo que constituye la verdadera razón de ser de la organización. En el ámbito sanitario, la producción de servicios asistenciales (servucción) a sus clientes. Por lo tanto, durante esta fase, la organización aplica su estructura, liderazgo, cultura y recursos (humanos, físicos y tecnológicos), los condicionantes y características que se han revisado y evaluado en los cuatro criterios anteriores (factores facilitadores), para proveer a sus clientes de una asistencia sanitaria cualitativamente satisfactoria desde el punto de vista técnico-científico y organizativo, y adecuada a sus necesidades.

Los subcriterios 5.b y 5.c del modelo europeo EFQM, versión 2010, no se desarrollan en este documento, ya que se considera que sus contenidos están incluidos en el desarrollo de otros subcriterios. A diferencia del modelo de acreditación de 2006, se ha respetado el orden de que consta en el modelo EFQM, versión 2010. Por lo tanto, la producción, la distribución y la gestión de los productos y servicios (antes 5.b) pasa a ser ahora el subcriterio 5.d, y la atención al cliente, que era el 5.c, pasa a ser el 5.e.

Para proveer los servicios sanitarios que le son solicitados, la organización se estructura en procesos, que se activan con el reconocimiento de la existencia de un determinado problema de salud, para cuya resolución la organización se considera competente y capaz.

En el presente documento, orientado básicamente a los ámbitos de actuación propios de los hospitales de agudos, se identifican y se proponen, como eje de estructuración de los agrupadores conceptuales, los diferentes procesos en los que se lleva a cabo la actividad hospitalaria.

Procesos de apoyo asistenciales:

- laboratorios,
- uso de la sangre y componentes sanguíneos,
- uso del medicamento,
- radiodiagnóstico, medicina nuclear y radioterapia,
- rehabilitación,
- nutrición,
- archivo y documentación clínica,
- gestión de los clientes,
- control y prevención de la infección, e
- investigación clínica.

Procesos de apoyo no asistenciales:

- cocina,
- lavandería,
- limpieza,
- almacén,
- administración, y
- sistemas de información.

Procesos de apoyo al cliente:

- trabajo social,
- educación del cliente y del entorno,
- ética y derechos del cliente, y
- atención al cliente.

Las organizaciones excelentes diseñan, gestionan y mejoran sus procesos, productos y servicios para generar cada vez un valor mejor para sus clientes y otros grupos de interés.

CRITERIO 5. PROCESOS

Subcriterio 5.a - Diseño, gestión y mejora de los procesos.

Agrupador conceptual: diseño, planificación, gestión y mejora de los procesos – 01

Definición

La organización, habiendo definido sus procesos estratégicos, clave y de apoyo, dispone de mecanismos para planificar, diseñar y gestionar sus procesos de forma coherente con la misión, la política y la estrategia fijadas, y establece los mecanismos de evaluación y mejora continua.

Objetivos

La organización:

- planifica, diseña, gestiona y evalúa sistemáticamente sus procesos;
- determina las interconexiones necesarias entre los procesos para que funcionen como un sistema, e
- introduce las mejoras necesarias para satisfacer las necesidades del cliente y otros grupos de interés.

5a-01-E-01-E La organización elabora su mapa de procesos.

5a-01-E-02-E Los líderes participan en la planificación, el diseño y la gestión de los procesos identificados.

La organización debe disponer de mecanismos para la planificación, el diseño y la gestión de sus procesos. Estos mecanismos deben promover los niveles máximos de participación.

5a-01-E-03-Q En todos los procesos existen actividades referidas a:

- la accesibilidad del cliente al área o unidad funcional
 - la atención propiamente dicha
 - la continuidad de la asistencia.
-

5a-01-E-04-Q La planificación de los procesos incluye sus previsiones de verificación, validación y revisión.

5a-01-E-05-E La organización dispone de un manual de procedimientos.

El manual de procedimientos es el documento o conjunto de documentos que, de forma ordenada, consistente y homogénea, agrupa la descripción y desarrollo de los procesos y procedimientos por los que se rige la organización.

5a-01-E-06-E Los procesos disponen de objetivos y estos son coherentes con la misión y estrategias de la organización.

5a-01-E-07-E Los procesos se planifican y diseñan teniendo en cuenta los conocimientos y los recursos disponibles (edificio, instalaciones, equipamientos, económicos, financieros y otros).

5a-01-E-08-E Los líderes determinan los criterios e indicadores para evaluar sus procesos y permitir la comparabilidad de resultados.

Los elementos de medida deberían permitir la comparabilidad:

- a través del tiempo dentro de la propia organización;
- con los procesos vigentes en otras organizaciones similares (si existe posibilidad de acceso);
- con estándares reconocidos y/o prácticas deseables documentadas en bibliografía reconocida;
- con el Plan de salud, planes directores, guías y protocolos que establezca el Departamento de Salud.

5a-01-D-01-Q El personal participa activamente en la planificación, ejecución y evaluación de los procesos.

5a-01-D-02-E El diseño de los procesos es completo.

Se entiende por diseño completo el que reúne, por ejemplo, los siguientes requisitos:

1. Finalidad (objetivos)
2. Fecha
3. Persona responsable (titular)
4. Secuencia de actividades ordenadas según las áreas responsables
5. Indicadores de cumplimiento referidos al producto y al cliente/receptor
6. Recursos necesarios
7. Mecanismos de evaluación
8. Consecución
9. Cronograma de revisiones
10. Documentación y registros, si procede
11. Determinación de las relaciones con otros procesos
12. Referencias a las fuentes de información actualizadas

5a-01-D-03-E El diseño de los procesos utiliza información contrastada de acuerdo con su naturaleza.

Por ejemplo: evidencia científica, comparativa en relación con las mejores prácticas, normativa relacionada, bibliografía científica, etc.

5a-01-D-04-Q En el diseño de los procesos se encuentran definidos los requisitos del producto y/o servicio referidos a aspectos funcionales, de ejecución, legales/reglamentarios aplicables, éticos y otros específicos, así como los criterios de aceptación del producto y/o servicio.

5a-01-D-05-E Existe coordinación e integración de procesos dentro de cada departamento o servicio o unidad funcional y entre sí.

Las unidades funcionales pueden actuar desarrollando varios procesos en paralelo. Estos deberían poder coordinarse e integrarse en el quehacer de la unidad funcional.

5a-01-D-06-E La organización garantiza que todo el personal tiene accesibilidad y conocimiento de todos los procedimientos que le corresponden de acuerdo con su función.

5a-01-D-07-Q Los líderes establecen las prioridades de evaluación y definen los parámetros a evaluar de forma consistente y comparable.

Cada elemento de medida irá definido por características concretas como pueden ser:

- finalidad de la medida
- proceso a medir
- método para realizar la medida
- tipo y manera de recolección de datos
- frecuencia de medida
- valores límite y otros

5a-01-D-08-Q La organización utiliza técnicas y herramientas de apoyo estadístico para el análisis de datos de las evaluaciones, para interpretar las variaciones y detectar zonas de mejora.

5a-01-D-09-E La organización planifica e implanta las acciones de mejora continua de los procesos.

5a-01-D-10-E La organización dispone de un sistema para registrar y notificar los acontecimientos adversos detectados en cada uno de los diferentes procesos de los que disponga la organización.

Estos procesos serán determinados por la organización.

5a-01-D-11-Q La organización:

- determina las no conformidades potenciales y reales de los servicios y/o productos
 - implanta los procedimientos para actuar en caso de no conformidades
 - determina las causas de aparición de no conformidades
-

- establece medidas correctivas en caso de aparición de no conformidades.

5a-01-D-12-Q La organización implanta y documenta las acciones necesarias para prevenir las no conformidades.

5a-01-R-01-Q La organización evalúa las características de la calidad final del producto y/o servicio.

Para cada proceso.

5a-01-R-02-Q La organización revisa y actualiza periódicamente los procedimientos del manual, de acuerdo con lo que esté establecido en la organización.

5a-01-R-03-Q La organización evalúa los resultados de las acciones preventivas tomadas.

5a-01-R-04-Q La organización evalúa los resultados de las acciones correctivas implementadas.

CRITERIO 5. PROCESOS

Subcriterio 5.d - Los productos y servicios se producen, se distribuyen y se gestionan.

Agrupador conceptual: atención ambulatoria – 01

Definición

La organización provee de asistencia sanitaria a sus clientes en régimen ambulatorio, con calidad y coordinación entre los diferentes proveedores de servicios, sean estos internos (de la propia organización) o externos (en relación con otras organizaciones).

Se entiende por prestación de servicios en régimen ambulatorio la que se realiza sin necesidad de mantener al cliente ingresado y, por lo tanto, sin pernoctar en el centro sanitario. Estos servicios también se conocen como servicios de provisión previsible o programable.

Básicamente, esta prestación corresponde a las consultas externas, la hospitalización de día y los gabinetes de exploración.

No se incluyen, porque están dentro de otros agrupadores conceptuales:

- la cirugía ambulatoria (tratada en «Atención quirúrgica»),
- el intervencionismo mínimamente invasivo (tratado en «Atención quirúrgica»),
- la atención urgente, y
- los servicios o unidades de apoyo a la asistencia como, por ejemplo, el radiodiagnóstico o los laboratorios (tratados específicamente como procesos de apoyo a la asistencia).

Objetivos

La organización:

- facilita el acceso a sus servicios ambulatorios con diligencia y equidad;
- favorece la participación del cliente en la elección del recurso asistencial;
- coordina sus recursos para ofrecer un servicio integrado;
- busca la adecuación en el uso de sus servicios y de la eficiencia en su provisión;
- garantiza la continuidad asistencial entre los diferentes ámbitos asistenciales de la propia organización, y
- garantiza la continuidad asistencial y se coordina eficientemente con otros dispositivos asistenciales externos, tanto con aquellos para los que actúa como referente (receptor) o como los para los que actúa como referidor (emisor).

5d-01-E-01-E La organización identifica y da a conocer a los clientes:

- la cartera de servicios ambulatorios;

- los profesionales que realizan actividades en régimen ambulatorio.

5d-01-E-02-Q La organización dispone de un procedimiento para incorporar o suprimir unidades de su cartera de servicios.

5d-01-E-03-E La organización dispone de un esquema de programación, vigente y actualizado, de su actividad ambulatoria, por servicio o unidad, con identificación del profesional que la realiza, de los horarios, días y ubicación física.

5d-01-E-04-E La organización dispone de un procedimiento para el acceso, citación, programación y tiempo asignado a cada actividad ambulatoria, según criterios establecidos entre la dirección y los líderes.

Este procedimiento prevé la posibilidad de cita telefónica, por Internet, cita gestionada desde diferentes puntos de la organización y cita gestionada desde los referidores.

5d-01-E-05-E El procedimiento incluye la posibilidad de programar multicitas.

Capacitado para citar al propio cliente en servicios o unidades diferentes para un mismo día, con el objetivo de incrementar la resolución y eficacia de cada visita.

5d-01-E-06-Q El procedimiento incluye la posibilidad de elección de profesional por parte del cliente.

5d-01-E-07-Q El procedimiento establece los criterios de prioridad en el acceso a los servicios ambulatorios, de forma explícita y comunicada a los clientes. Los criterios no discriminan en función de razones de cobertura económica.

5d-01-E-08-Q El procedimiento establece los límites máximos de demora entre la solicitud y la fecha de realización de la actividad programada y cómo se debe actuar ante demoras superiores a la establecida como máxima.

5d-01-E-09-E El procedimiento establece cómo actuar ante una solicitud urgente de asistencia.

5d-01-E-10-E El procedimiento establece cómo gestionar la lista de espera, así como sus límites de tolerancia.

5d-01-E-11-E Un procedimiento establece cómo se aportan y se facilita la disponibilidad de la historia clínica y los datos complementarios necesarios para llevar a cabo la actividad asistencial (informes de exploraciones complementarias, analíticas y otros).

Sean de la propia organización o de otras organizaciones.

5d-01-E-12-Q Un procedimiento establece los límites de tolerancia en la extraprogramación de visitas. Estos criterios son pactados con los líderes.

Un determinado porcentaje de visitas no acude, mientras que otras necesitan programación en un determinado momento clínico. La organización establece criterios para garantizar la eficiencia y productividad, sin afectar sensiblemente a otros clientes programados.

5d-01-E-13-Q Un procedimiento establece el circuito de acceso (con diferenciación de circuitos para clientes externos y para clientes ingresados, tanto en lo que se refiere al acceso como a la espera), identificación, recepción, información, facturación, cobro y nueva citación o nuevas citaciones de los clientes.

En especial con respecto a clientes programados para exploraciones complementarias.

5d-01-E-14-E Un procedimiento prevé la continuidad asistencial entre la atención ambulatoria, la atención urgente y la atención en hospitalización.

5d-01-E-15-Q Un procedimiento prevé la continuidad asistencial con los profesionales y entidades que derivan clientes y con aquellas a las que la organización los deriva.

5d-01-D-01-Q El cliente tiene opción de escoger al profesional que lo debe asistir.

5d-01-D-02-Q La organización adapta la oferta a la demanda real.

5d-01-D-03-E La organización adapta los horarios de atención en función de las necesidades colectivas de sus clientes.

Ofrece asistencia ambulatoria también por las tardes, especialmente en especialidades pediátricas.

5d-01-D-04-E La organización favorece la coordinación entre profesionales y servicios para el abordaje integral del cliente.

5d-01-D-05-E La organización da a conocer al cliente su responsable asistencial, para cada uno de los procesos diferenciados por los que es asistido.

5d-01-D-06-Q En caso de sustitución del profesional responsable, el cliente es informado con anterioridad a la visita.

5d-01-D-07-E El cliente es informado y consultado de forma comprensible y completa del plan asistencial propuesto por el profesional/equipo responsable.

5d-01-D-08-E El profesional/equipo responsable tiene acceso ágil a la información clínica relevante, referida a otras actuaciones asistenciales que esté recibiendo el cliente en el mismo centro.

En especial con respecto a tratamientos farmacológicos previos.

5d-01-D-09-E El cliente recibe información escrita sobre las actuaciones asistenciales realizadas y del plan diagnóstico y terapéutico propuesto, siempre que es solicitada en tiempo y forma oportunos.

La organización tiene previstos los recursos necesarios para facilitar la información escrita solicitada y establece los plazos en que esta debe ser entregada.

5d-01-D-10-Q El profesional/equipo responsable tiene acceso ágil a las exploraciones complementarias que requiera, así como a las interconsultas con otros profesionales de la organización.

5d-01-D-11-Q El profesional/equipo responsable puede realizar a petición del cliente un informe al cierre de los procesos ambulatorios, conservado en la historia clínica y que se entrega al cliente y al facultativo derivador.

5d-01-D-12-E La organización registra la actividad asistencial ambulatoria con criterios homogéneos y comparables.

5d-01-D-13-Q La organización dispone de un sistema de clasificación y evaluación de la tipología de la actividad realizada de forma ambulatoria.

Hace referencia a sistemas de agrupación, clasificación y codificación de los actos asistenciales realizados en régimen ambulatorio.

5d-01-D-14-Q La organización aplica un sistema objetivo para evaluar la calidad del área asistencial ambulatoria.

5d-01-R-01-E La organización evalúa periódicamente la actividad realizada en el área ambulatoria.

5d-01-R-02-Q La organización revisa la eficiencia y productividad de los servicios ambulatorios prestados.

5d-01-R-03-E La organización evalúa periódicamente la situación de demoras en programación y listas de espera y actúa para corregirlas.

5d-01-R-04-Q La organización revisa periódicamente los tiempos de espera de los clientes antes de ser atendidos.

5d-01-R-05-E Los procedimientos se revisan y se actualizan periódicamente de acuerdo con lo que esté establecido en la organización.

CRITERIO 5. PROCESOS

Subcriterio 5.d - Los productos y servicios se producen, se distribuyen y se gestionan.

Agrupador conceptual: atención urgente – 02

Definición

La organización, de acuerdo con su estrategia, dispone de un proceso para ofrecer atención urgente a los clientes, ya sean ingresados o de otras procedencias.

Objetivos

La organización garantiza:

- su funcionamiento 24 horas al día y todos los días del año,
- la clasificación de los clientes y la priorización de su asistencia,
- que no interfiera con la actividad no urgente,
- la disponibilidad permanente de pruebas radiológicas y analíticas,
- la disponibilidad de tratamiento quirúrgico urgente,
- la disponibilidad de atención especializada (dentro o fuera del centro),
- la disponibilidad de traslado (a otros centros o al domicilio),
- la comunicación interna y externa al servicio,
- la información en tiempo y forma oportunos.

5d-02-E-01-E La organización, de acuerdo con su estrategia, garantiza la atención asistencial inmediata al cliente ingresado o de otras procedencias las 24 horas del día.

5d-02-E-02-Q La organización establece unos criterios para la designación de la persona responsable de la atención urgente.

5d-02-E-03-E Existe una cartera de servicios del área de urgencias.

5d-02-E-04-Q La organización dispone de un procedimiento para incorporar o suprimir servicios de su cartera de servicios.

5d-02-E-05-E La organización tiene un procedimiento para ordenar los flujos y repartir la demanda.

5d-02-E-06-E Existe un procedimiento para comunicar e informar a las autoridades y servicios públicos competentes en cada caso.

Teléfonos, documentación médico-legal:

- policía
- bomberos
- juzgados (forense incluido).

5d-02-E-07-Q Existe un procedimiento para facilitar la información al cliente y/o a su familia o entorno para favorecer la toma de decisiones.

5d-02-E-08-E La organización establece unos criterios y forma al personal sanitario competente para identificar a los clientes con necesidades inmediatas y prioriza su tratamiento.

5d-02-E-09-Q Existe un procedimiento que facilita una correcta interrelación con otras áreas del centro y del exterior.

5d-02-E-10-E Existen unos criterios establecidos o protocolos:

- para ingresar a los clientes en la unidad;
- para los traslados externos de los clientes.

Incluye las áreas de observación y otras áreas creadas para facilitar la respuesta a la demanda del centro.

5d-02-E-11-E Existen unos criterios establecidos documentados para garantizar la continuidad asistencial hasta la aceptación explícita por parte del centro receptor.

5d-02-E-12-E Existe un procedimiento para la identificación de los clientes que acuden al área de urgencias sin posibilidad de identificarse.

5d-02-D-01-Q Se facilita un inicio ágil del proceso administrativo de registro.

5d-02-D-02-E La organización tiene un registro de la actividad realizada en urgencias.

Nombre y apellidos

Edad y sexo

CIP

Fecha y hora de entrada y salida

Procedencia del cliente

Destino del cliente

Identificación del personal médico y de enfermería

Diagnóstico o motivo de la consulta

Tratamiento

Otros.

5d-02-D-03-E Se garantiza el control de ubicación y seguimiento del proceso del cliente durante su estancia en el servicio de urgencias.

Incluye las áreas de observación y otras áreas creadas para facilitar la respuesta a la demanda del centro.

5d-02-D-04-E Los criterios de valoración o clasificación de los clientes son conocidos por todo el personal implicado.

5d-02-D-05-E Existe una primera valoración del cliente para priorizar su asistencia y dirigirlo al área concreta.

5d-02-D-06-Q Se asigna a personal médico y de enfermería que tutele el proceso durante su estancia en el servicio y el cliente lo conoce.

5d-02-D-07-E Se garantiza la utilización inmediata: radiología, laboratorio, uso de sangre y uso de medicamentos.

5d-02-D-08-E Se facilita la posibilidad de recibir atención especializada con medios propios o ajenos.

5d-02-D-09-E Durante el proceso asistencial urgente se genera la correspondiente documentación clínica y esta queda archivada.

5d-02-D-10-E Se facilita el acceso a la historia clínica en caso de que tenga visitas anteriores al centro.

5d-02-D-11-E Se aplica un protocolo de tratamiento inmediato de las emergencias cardiorrespiratorias.

Hace referencia a la existencia de protocolos y procedimientos específicos y a equipamientos adecuados (carro de paro cardiaco, monitores, desfibrilador, etc.).

5d-02-D-12-E Se entrega la información asistencial en los traslados internos o externos.

5d-02-D-13-E Se entrega un informe de alta.

El contenido del informe:

- nombre y apellidos
- edad y sexo
- hora de entrada y salida
- anamnesis
- exploración física y complementaria
- diagnóstico
- tratamiento
- derivación
- nombres del personal médico y de enfermería
- número de colegiado y firma.

5d-02-D-14-E Se intercambia la información entre el personal durante los cambios de turno y los traslados.

5d-02-D-15-E Existe una coordinación documentada con otros centros.

5d-02-D-16-E Se aplica un sistema objetivo para evaluar la actividad del área de urgencias y de su tipología.

5d-02-D-17-Q La organización aplica un sistema objetivo para evaluar la calidad del área asistencial de urgencias.

Posibles parámetros que se pueden evaluar son los siguientes:

- tiempo de espera en la visita
- tiempo de espera para resultado de pruebas complementarias
- tiempo de espera para el ingreso
- tiempo de espera para dar información
- trato recibido
- informes de alta
- retorno a urgencias antes de 24 horas

5d-02-R-01-E La organización evalúa periódicamente la situación de las demoras de atención urgente y actúa para corregirlas.

5d-02-R-02-E Los procedimientos se revisan y se actualizan periódicamente de acuerdo con lo que esté establecido en la organización.

5d-02-R-03-E La organización evalúa periódicamente la actividad realizada en el área de urgencias.

CRITERIO 5. PROCESOS

Subcriterio 5.d - Los productos y servicios se producen, se distribuyen y se gestionan.

Agrupador conceptual: atención en la hospitalización – 03

Definición

La organización dispone de un proceso de atención para el cliente hospitalizado que responde a las estrategias establecidas.

Se entiende por hospitalización el servicio que se presta al cliente cuando está internado en un hospital o centro sanitario. También incluye la unidad de cuidados intensivos y otras hospitalizaciones especiales.

Objetivos

La organización garantiza:

- la posibilidad de ingresar durante las 24 horas del día y todos los días del año,
- la asistencia durante el ingreso con procedimientos de eficiencia probada, y
- la continuidad del servicio ofrecido, mediante la conexión con el servicio o destino correspondiente, una vez producida el alta.

5d-03-E-01-E La organización garantiza el ingreso y asistencia de los clientes en las unidades de hospitalización durante las 24 horas del día y todos los días del año.

5d-03-E-02-E La organización dispone de procedimientos para la acogida del cliente en la unidad de hospitalización.

El procedimiento incluye un registro (hoja de ingreso) que debería contar, al menos, con los siguientes datos:

- motivo de ingreso (código)
- área de referencia
- nombre del médico que lo deriva
- identificación del sector y número de cama.
- confirmación de otros datos que ya figuraban en la historia clínica (domicilio, teléfonos: propio y de familiares de contacto, seguro sanitario, etc.)
- nombre del médico responsable del caso
- evaluación de riesgo potencial, que incluye una evaluación física y nutricional, psicológica, social y económica, riesgo de sufrir úlceras por presión, riesgo de caídas, alergias medicamentosas, alimentarias, de contacto y otras, hipersensibilidad a drogas y sospecha de maltrato.

5d-03-E-03-E La organización establece los procedimientos necesarios para el manejo de los clientes de especial protección.

Clientes inmovilizados, clientes psiquiátricos, niños, mujeres embarazadas, personas mayores, personas con discapacidad, clientes tributarios de cuidados paliativos, clientes aislados y clientes bajo vigilancia policial.

5d-03-E-04-E En los casos en que los clientes ingresan derivados de otros servicios, se requiere el acompañamiento de la información asistencial completa.

5d-03-E-05-E Existen procedimientos que determinan la evaluación y el tratamiento del dolor.

5d-03-E-06-E Existen procedimientos que determinan la evaluación y la atención especial en los casos de cuidados paliativos.

5d-03-E-07-E Existen procedimientos para propiciar la donación de órganos.

5d-03-E-08-Q La organización dispone de procedimientos para garantizar la conexión con las unidades a las que se derivará al cliente después del alta.

5d-03-E-09-E Los clientes son informados, previamente al ingreso, sobre las normas internas del hospital/centro.

Por ejemplo:

- orientación espacial (mapa de localización)
- normas generales (régimen de visitas, consentimiento informado, disposiciones sobre la protección en la participación de trabajos de investigación, etc.)
- acceso a la encuesta de satisfacción
- existencia de un libro de reclamaciones, la manera de acceder a este y cómo formalizarlo

- aspectos económicos de la prestación por la que se interna: cobertura, aspectos que debe abonar, etc.

5d-03-D-01-Q Se aplican los procedimientos para la acogida del cliente en el momento de su incorporación a las salas de hospitalización.

5d-03-D-02-E Las necesidades asistenciales del cliente se determinan en la evaluación inicial y se documentan en la historia clínica.

5d-03-D-03-Q Todo cliente que ingresa en la unidad de hospitalización es recibido por personal de enfermería.

5d-03-D-04-E La organización aplica un procedimiento por el que el médico documenta el ingreso del cliente. Historia clínica de ingreso (realizada, como máximo, dentro de las primeras 24 horas de ingreso).

La historia clínica de ingreso debe contener, al menos:

- motivo de consulta
- antecedentes, medicación previa, estudios complementarios anteriores (Rx, laboratorio)
- examen físico
- diagnóstico presuntivo
- solicitud de estudios complementarios (Rx, laboratorio, etc.)
- consultas con otros profesionales
- plan terapéutico inicial

5d-03-D-05-E El cliente y/o quien lo represente (según corresponda) son informados de las características de la enfermedad, de los métodos diagnósticos y tratamientos aconsejados, en lenguaje comprensible para facilitar la toma de decisiones.

5d-03-D-06-E La organización dispone y aplica procedimientos para los casos en los que el cliente y/o quien lo represente se opongán a determinados procesos diagnósticos y terapéuticos.

5d-03-D-07-E Los estudios complementarios (radiología, laboratorio, biopsias, etc.) se encuentran disponibles, en todo momento, para la consulta de los profesionales involucrados en la atención del cliente.

5d-03-D-08-E El equipo asistencial/profesional responsable considera la existencia, en la historia clínica, de datos sobre particularidades del cliente referidas a la evaluación de riesgo, e indica medidas para su prevención.

5d-03-D-09-E Las actuaciones que se realizan al cliente son registradas en la historia clínica.

5d-03-D-10-Q La organización garantiza la coordinación de los diferentes procedimientos realizados al cliente.

5d-03-D-11-E La organización utiliza mecanismos de control efectivos para impedir los errores en la administración de las prestaciones.

5d-03-D-12-Q La organización aplica procedimientos para garantizar las interconsultas entre los diferentes profesionales especialistas u otros en tiempos establecidos como aceptables según los requerimientos.

5d-03-D-13-Q La organización aplica procedimientos para reevaluar la evolución de los clientes y disponer de alternativas diagnósticas y terapéuticas.

5d-03-D-14-Q La organización aplica procedimientos escritos para la asistencia y tratamiento de los niños.

5d-03-D-15-Q La organización aplica procedimientos escritos para la asistencia y tratamiento de las mujeres embarazadas y de las interrupciones legales del embarazo.

5d-03-D-16-Q La organización aplica procedimientos escritos para la asistencia y tratamiento de las personas mayores.

5d-03-D-17-Q La organización aplica procedimientos escritos para la asistencia y tratamiento de las personas con discapacidad.

5d-03-D-18-E La organización aplica procedimientos escritos para la asistencia y tratamiento de los clientes tributarios de cuidados paliativos, diferenciando a personas adultas y niños.

5d-03-D-19-E La organización aplica procedimientos escritos para el manejo de los clientes inmovilizados.

5d-03-D-20-E La organización aplica procedimientos escritos para el manejo de los clientes aislados.

5d-03-D-21-E La organización aplica procedimientos escritos para el manejo de los clientes psiquiátricos.

5d-03-D-22-E La organización aplica procedimientos escritos para el manejo de los clientes bajo vigilancia policial.

5d-03-D-23-E La organización aplica procedimientos para garantizar que la información fluya adecuadamente entre el personal responsable de la atención al cliente.

5d-03-D-24-E La organización aplica procedimientos para garantizar la continuidad de la asistencia al cliente cuando es dado de alta.

5d-03-D-25-E El cliente es informado sobre los pasos que debe seguir cuando es dado de alta y se registran.

5d-03-D-26-E La organización dispone y aplica procedimientos para actuar en casos de exitus.

5d-03-D-27-E La organización dispone y aplica procedimientos para proteger a sus clientes en los casos de violencia doméstica, de género u otros.

5d-03-D-28-Q La organización aplica un sistema objetivo para evaluar la calidad del área asistencial de hospitalización.

5d-03-R-01-E La organización evalúa periódicamente la actividad realizada en el área de hospitalización.

5d-03-R-02-E Los procedimientos se revisan y se actualizan periódicamente de acuerdo con lo que esté establecido en la organización.

5d-03-R-03-Q Existe un sistema para evaluar la implantación de las correcciones que surgen de las revisiones.

CRITERIO 5. PROCESOS

Subcriterio 5.d - Los productos y servicios se producen, se distribuyen y se gestionan.

Agrupador conceptual: atención quirúrgica – 04

Definición

La organización, de acuerdo con su estrategia, garantiza la realización de los procedimientos terapéuticos y diagnósticos de carácter quirúrgico a sus clientes.

Este agrupador incluye la cirugía sin ingreso y la atención obstétrica.

Objetivos

La organización garantiza:

- el funcionamiento de las salas de operaciones las 24 horas del día (equipamiento y personal disponible para dotar la sala de operaciones y la sala de reanimación),
- la disponibilidad de los servicios de apoyo necesarios para garantizar una actividad quirúrgica de calidad,
- el seguimiento de la evolución posquirúrgica del cliente,
- la comunicación interna y externa en el área quirúrgica, y
- la información en tiempo y forma oportunos.

5d-04-E-01-E La organización garantiza la atención quirúrgica urgente (durante las 24 horas del día) y programada a sus clientes.

5d-04-E-02-E La organización facilita la posibilidad de cirugía sin ingreso y, en el caso de disponer de ella, ha definido unos espacios, recursos humanos y materiales, con unas normas de funcionamiento y organizacionales propias.

La organización favorece el desarrollo de un programa de cirugía sin ingreso como oferta electiva para determinado tipo de procesos. Este hecho implica la normalización de los criterios de inclusión y exclusión, la protocolización del proceso de admisión, de control y monitorización, de seguimiento inmediato y posterior, de comunicación cliente/hospital, de resolución de contingencias, etc.

5d-04-E-03-E La organización tiene definida la descripción de los circuitos de circulación dentro del área quirúrgica.

Circuito del cliente: ambulatorio, hospitalizado, urgente, de parto.

Circuito del personal: asistencial, administrativo, mantenimiento y limpieza.

Circuitos del material limpio y sucio.

Circuito de acompañantes.

5d-04-E-04-E Existen normas escritas para garantizar el funcionamiento y la asepsia en el área quirúrgica.

5d-04-E-05-E Existe un procedimiento que garantiza la preparación adecuada del cliente antes de desplazarse al bloque quirúrgico.

5d-04-E-06-E Existe un procedimiento para garantizar el estudio preoperatorio del cliente.

5d-04-E-07-E Existe un procedimiento para coordinar la programación quirúrgica programada y urgente.

5d-04-E-08-E Existe un procedimiento que determina quién tiene acceso al área quirúrgica y en qué condiciones.

Se dispone de mecanismos para regular el acceso al área quirúrgica a personas ajenas a la organización (padres, pareja, médicos ajenos a la organización u otros).

5d-04-E-09-Q Existe un procedimiento que facilita la comunicación entre el cliente y/o su familia o entorno y los profesionales.

La organización dispone de mecanismos de comunicación con el cliente que tienen en cuenta aspectos de:

- información sobre la enfermedad y alteraciones diagnósticas y terapéuticas;
- contención afectiva.

5d-04-D-01-E La organización garantiza la coordinación entre la programación quirúrgica programada y urgente.

5d-04-D-02-E La organización garantiza la incorporación a una lista de espera quirúrgica única y centralizada.

5d-04-D-03-E La organización garantiza una gestión objetiva de la lista de espera.

5d-04-D-04-E Existe una programación o agenda quirúrgica periódica, consensuada y conocida por todos los implicados.

5d-04-D-05-E En el momento de entrar en el área quirúrgica hay una identificación del cliente y la comprobación de toda la documentación previa a la intervención.

5d-04-D-06-E Existe un registro de quirófano.

El registro debe disponer de los siguientes datos:

- nombre y apellidos del cliente
- número de historia clínica
- edad
- sexo
- nombre del cirujano
- nombre del ayudante
- nombre del enfermero
- nombre del auxiliar de quirófano
- nombre del instrumentista
- nombre del anestesista
- nombre de la persona que realiza la limpieza del quirófano
- identificación del quirófano
- diagnóstico
- tipo de intervención
- tipo de anestesia
- hora de entrada y salida del quirófano
- hora de inicio y fin de la intervención
- prótesis implantada
- transfusión de sangre
- piezas enviadas a anatomía patológica
- registro de material estéril

5d-04-D-07-E Se utilizan las circulaciones establecidas por la organización correspondientes al área quirúrgica.

5d-04-D-08-Q El área quirúrgica tiene acceso al área de esterilización para facilitar la circulación del material y del personal.

5d-04-D-09-Q Existe comunicación y acceso próximo a la zona de reanimación/recuperación y la unidad de cuidados intensivos.

5d-04-D-10-E Existe una rápida disponibilidad de los servicios:

- uso de sangre
 - anatomía patológica
 - diagnóstico por imágenes
 - ingreso, si es necesario.
-

5d-04-D-11-E El área quirúrgica dispone de un sistema o sistemas de esterilización rápida.

5d-04-D-12-Q El cliente conoce a los profesionales responsables del proceso quirúrgico y anestésico.

Se considera que el cliente conoce a las personas responsables de la intervención (cirujano, anestesista) con la suficiente antelación.

5d-04-D-13-E Existen dentro de los quirófanos unas condiciones de asepsia controladas.

De acuerdo con la evidencia científica y las recomendaciones de los organismos nacionales e internacionales competentes.



Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

5d-04-D-14-Q Existe un mecanismo y una persona responsable del control de los stocks de los almacenes del área quirúrgica.

5d-04-D-15-Q La atención quirúrgica en sus diferentes fases anterior y posterior a la operación, así como durante la operación, se planifica, haciendo partícipe al cliente, con seguimiento de los procedimientos establecidos para cada proceso quirúrgico. Todo ello se documenta en la historia clínica.

El proceso quirúrgico en su totalidad se establece en forma multidisciplinaria con la participación del cirujano, anestesista, enfermeros y cualquier otro personal que corresponda y se planifica con la participación del paciente.

5d-04-D-16-E La organización aplica un sistema de verificación del proceso quirúrgico, con la participación del equipo responsable.

La lista de verificación quirúrgica incluye ítems correspondientes a antes de la inducción, antes de la incisión, antes de la salida del quirófano y de la recuperación posanestésica.

5d-04-D-17-Q Se garantiza el traslado con las condiciones e información adecuada según las necesidades.

Se refiere a las condiciones y criterios utilizados para la autorización del traslado hacia el área quirúrgica y hacia el destino después de la intervención.

5d-04-D-18-E El cliente y su entorno son informados de las actuaciones practicadas y la posible evolución.

5d-04-D-19-E En el caso de la cirugía ambulatoria, existe un seguimiento documentado después del alta.

Para las intervenciones que determine la organización.

5d-04-D-20-Q La organización aplica un sistema objetivo para evaluar la calidad del área asistencial quirúrgica.

5d-04-R-01-E La organización, y específicamente los líderes implicados, evalúan periódicamente la efectividad y la eficiencia de la actividad quirúrgica realizada.

- Registros de anulaciones, detallando motivos y responsables
- Rendimiento de quirófanos.
- Retraso en el inicio de la primera intervención
- Consumos
- *Stocks* almacenados

5d-04-R-02-E La organización evalúa la actividad realizada en el área quirúrgica.

5d-04-R-03-E La organización evalúa periódicamente la situación de las demoras en la programación y actúa para corregirlas.

5d-04-R-04-E La organización evalúa periódicamente la situación de las listas de espera en la programación y actúa para corregirlas.

5d-04-R-05-E Los procedimientos se revisan y se actualizan periódicamente de acuerdo con lo que esté establecido en la organización.

CRITERIO 5. PROCESOS

Subcriterio 5.d - Los productos y servicios se producen, se distribuyen y se gestionan.

Agrupador conceptual: laboratorios – 05

Definición

La organización cuenta, como instrumento de apoyo al diagnóstico, con los servicios de laboratorio adecuados y disponibles para atender a las necesidades de sus clientes.

Este ítem incluye los laboratorios de análisis clínicos en sus diferentes desarrollos y los laboratorios de anatomía patológica.

Objetivos

La organización:

- adecua sus laboratorios con procedimientos que le otorgan eficacia y eficiencia;
- innova permanentemente su tecnología y capacidades del personal como respuesta a su política de mejora continua;
- garantiza la accesibilidad a las prestaciones de laboratorio previamente establecidas y la continuidad para las técnicas que no se realicen en la propia institución;
- garantiza la fiabilidad de los resultados obtenidos por medio de sistemas de garantía de calidad de objetivos;
- crea espacios de integración clínica para optimizar el aprovechamiento de las potencialidades de los servicios;
- garantiza la disponibilidad de sus resultados en los lugares y tiempos adecuados, y
- cumple las normas de seguridad y reglamentaciones vigentes.

5d-05-E-01-E La organización dispone de una herramienta eficiente para el diagnóstico mediante laboratorios adecuadamente equipados y con personal competente.

Se identifican las unidades existentes, el equipamiento y el personal. Se comprueba la cartera de servicios.

5d-05-E-02-E La organización garantiza el servicio de laboratorio de análisis clínicos las 24 horas del día y todos los días del año, y determina las prestaciones que cumplen esta premisa, incluidas las urgencias.

5d-05-E-03-E La organización dispone de un sistema de derivación en los casos en que, por su nivel de complejidad, paradas técnicas (mantenimiento) o averías, no pueda ofrecer determinadas prestaciones.

5d-05-E-04-E Existe un procedimiento que establece los criterios de prioridad de acceso a las pruebas desde los servicios ambulatorios, de forma explícita y comunicada a los clientes.

5d-05-E-05-E La unidad funcional tiene un plan de calidad específico que es revisado y actualizado y que incluye estructura, organización funcional y seguridad.

5d-05-E-06-Q La organización dispone de procedimientos consensuados entre los líderes para la realización de perfiles analíticos correspondientes a determinadas patologías.

5d-05-E-07-Q La organización establece criterios para la realización de estudios necroscópicos y facilita que se puedan realizar.

5d-05-E-08-E La organización establece los criterios para la realización de los estudios anatomopatológicos de piezas quirúrgicas.

5d-05-E-09-E Dispone de procedimientos para la provisión, almacenaje y utilización de suministros específicos de la actividad.

Material fungible sanitario, reactivos, etc.

5d-05-D-01-E La unidad funcional dispone de su propia cartera de servicios y la comunica a los profesionales sanitarios, tanto internos como externos, y a los clientes de la organización.

5d-05-D-02-Q La unidad funcional aplica procedimientos específicos para cada una de las técnicas que realiza. Estos son actualizados con la periodicidad prevista, o antes si los avances científicos/tecnológicos así lo requieren.

Cada técnica debe disponer de un procedimiento normalizado de trabajo o una instrucción técnica que detalle cómo se prepara, realiza, controla, comprueba y valida su proceso de ejecución.

5d-05-D-03-Q La unidad funcional consensúa con los líderes la adecuación de la indicación del estudio solicitado.

5d-05-D-04-Q La unidad funcional facilita al facultativo prescriptor y a los clientes, de forma comprensible, las indicaciones previas a la realización de los estudios diagnósticos.

5d-05-D-05-E Las muestras van acompañadas de la petición debidamente formalizada.

En soporte papel y/o electrónico.

5d-05-D-06-E La unidad funcional aplica procedimientos para la recolección, identificación, manipulación, almacenaje y transporte seguro, y eliminación, si fuera necesario, del material de estudio.

5d-05-D-07-E El laboratorio mantiene registros de todas las muestras recibidas, procesadas y las que han sido derivadas a otros laboratorios.

5d-05-D-08-E El laboratorio aplica procedimientos para el almacenaje y conservación de muestras que requieren estudios diferidos en el tiempo o como resguardo legal.

5d-05-D-09-E Los resultados de los estudios son informados, según procedimientos documentados y utilizan nomenclatura de uso corriente. Ello incluye la validación por el correspondiente profesional.

5d-05-D-10-Q La unidad funcional aplica procedimientos para que los informes de las actividades realizadas se encuentren disponibles en el tiempo y lugar determinados consensuadamente.

5d-05-D-11-E La unidad mantiene registros de todos los estudios realizados, lo que permite el análisis por unidad prescriptora, entidad nosológica, etc.

5d-05-D-12-E La unidad mantiene registros de las entregas de los resultados de los estudios (sea al cliente, guardados en la historia clínica o derivados a un servicio o responsable asistencial).

5d-05-D-13-Q La unidad realiza actividades de integración clínica con el objetivo de optimizar la prestación.

Por ejemplo:

- sesión clínica
- sesiones de correlación clínico-analítica
- trabajos científicos conjuntos

5d-05-R-01-E La unidad funcional realiza evaluaciones periódicas de la calidad de sus procesos y aplica las modificaciones o mejoras que se requieran.

5d-05-R-02-Q La unidad funcional revisa la eficiencia y productividad de las prestaciones realizadas.

5d-05-R-03-E Los procedimientos se revisan y se actualizan periódicamente de acuerdo con lo que esté establecido en la organización.

CRITERIO 5. PROCESOS

Subcriterio 5.d - Los productos y servicios se producen, se distribuyen y se gestionan.

Agrupador conceptual: uso de la sangre y componentes sanguíneos – 06

Definición

La organización dispone, de acuerdo con su estrategia, de mecanismos para garantizar que el uso de la sangre y componentes sanguíneos cumpla los requisitos de accesibilidad, seguridad y eficiencia.

Objetivos

La organización:

- dispone de mecanismos para garantizar la disponibilidad de sangre y componentes sanguíneos para el tratamiento de los clientes;
- garantiza que los productos administrados cumplan las medidas de seguridad de las normas legales vigentes, y
- crea espacios de integración con otras especialidades, orientados al desarrollo y optimización de sus capacidades para el tratamiento con sangre y componentes sanguíneos.

5d-06-E-01-E La organización dispone de una unidad funcional, liderada por un facultativo especialista competente, que asume la política de uso de la sangre y los componentes sanguíneos.

5d-06-E-02-E La organización dispone de procedimientos para la solicitud y obtención de sangre y componentes sanguíneos al servicio de transfusión correspondiente.

5d-06-E-03-E La unidad funcional dispone de procedimientos normalizados para garantizar la administración correcta y segura de los componentes sanguíneos.

Es necesario que estos procedimientos estén al alcance de las unidades que los requieran: unidad de hospitalización, unidad quirúrgica, etc.

5d-06-E-04-E La organización dispone de procedimientos para la adecuación del lugar de almacenaje y criterios para la conservación de la sangre y componentes sanguíneos.

5d-06-D-01-E La unidad funcional dispone de procedimientos para la gestión de las reservas de sangre, tanto programadas como urgentes.

5d-06-D-02-E La unidad funcional aplica procedimientos para descartar los componentes sanguíneos por la caducidad del tiempo de almacenaje o por cualquier otra contingencia que los afecte.

5d-06-D-03-E La organización aplica guías para la indicación de la transfusión de los componentes sanguíneos, de acuerdo con protocolos consensuados.

Las guías de indicación de la transfusión de los componentes sanguíneos y/o protocolos consensuados se encontrarán en las unidades de la organización desde donde se soliciten.

5d-06-D-04-Q La unidad funcional promueve el uso racional de los componentes sanguíneos incluyendo medidas de ahorro de la transfusión.

Los protocolos de ahorro o guías de ahorro deben estar al alcance de los médicos prescriptores. Se llevarán a cabo sesiones de promoción de uso racional u otras acciones, que se deberán registrar.

5d-06-D-05-E Se realizan pruebas de compatibilidad adecuadas al tipo de receptor y se registran los resultados.

Las pruebas de compatibilidad de los receptores con anticuerpos irregulares positivos siempre incluyen una prueba cruzada entre el plasma del receptor y los hematíes a transfundir.

5d-06-D-06-E Se comprueba en la cabecera de la cama del cliente la concordancia de los datos: nombre, apellidos, grupo ABO del paciente, con los de la bolsa.

5d-06-D-07-E Se registran en la historia clínica los siguientes datos: concordancia de datos entre el receptor y la bolsa a transfundir, tipo de componente transfundido, que se identificará con un número, personal que interviene y aparición o no de reacciones adversas y/o complicaciones durante y después de la administración de la unidad transfusional.

Se consideran reacciones inmediatas las que se manifiestan dentro de las 24 horas a partir de la administración de la unidad transfusional.

5d-06-D-08-E La transfusión de la sangre y componentes sanguíneos es administrada por personal competente y adiestrado.

El personal que administra los componentes sanguíneos recibe la formación necesaria antes de realizar esta función. Hay que verificar las acciones formativas que lo califica para esta función, tanto en el caso del personal de nueva incorporación como en el del personal avezado.

5d-06-D-09-E La unidad funcional responsable de la administración de la sangre registra las incidencias detectadas a lo largo del proceso (desde la extracción hasta la administración, tanto de la sangre como de los componentes sanguíneos).

Se incluyen: petición, expedición, distribución, recepción, conservación, administración, postransfusión, etc.

5d-06-D-10-E Se notifican las reacciones y los errores transfusionales (incidentes y casi incidentes) al Registro de hemovigilancia de Cataluña.

5d-06-D-11-E Se archiva la documentación de acuerdo con un procedimiento. La documentación debe ser legible, de fácil identificación y recuperación y debe cumplir los requisitos de conservación, protección y disponibilidad.

5d-06-D-12-Q La unidad funcional realiza actividades de integración clínica y/o participa en estas, con el objetivo de optimizar la prestación del servicio.

Por ejemplo, Comité de Transfusión.

5d-06-R-01-Q La unidad funcional realiza evaluaciones periódicas de la calidad de sus procesos y aplica las modificaciones, si procede.

5d-06-R-02-E Los procedimientos se revisan y se actualizan periódicamente, de acuerdo con lo que esté establecido en la organización.

CRITERIO 5. PROCESOS

Subcriterio 5.d - Los productos y servicios se producen, se distribuyen y se gestionan.

Agrupador conceptual: uso del medicamento – 07

Definición

La organización, de acuerdo con su estrategia, vela por usar de modo eficaz, eficiente y seguro los medicamentos que prescribe, prepara, dispensa y administra.

Objetivos

La organización:

- establece su política de uso de fármacos, favoreciendo la homogeneidad de uso entre los profesionales prescriptores y garantizando la utilidad terapéutica y la seguridad para los clientes;
- controla el proceso de compra, almacenaje, conservación, custodia, prescripción, preparación, dispensación y administración de los productos farmacéuticos;
- promueve la detección e información de los errores en cualquiera de las fases;
- promueve la detección de efectos adversos e interacciones medicamentosas;
- promueve la formación permanente y la consulta entre profesionales, con respecto al uso de fármacos, y
- promueve la información y la educación de clientes y familiares, con respecto al uso de fármacos.

5d-07-E-01-E La organización dispone de una guía farmacoterapéutica (GFT), en la que se incluyen los medicamentos disponibles, las presentaciones posibles, así como las correspondientes especificaciones técnicas.

5d-07-E-02-E Existe un procedimiento para la formalización de la guía farmacoterapéutica, que incluye los mecanismos de:

- Inclusión de fármacos
 - Exclusión de fármacos
 - Obtención de fármacos no incluidos en la GFT
 - Identificación de fármacos de uso restringido
 - Fármacos de uso en situaciones especiales
 - Revisión y renovación de la GFT.
-

5d-07-E-03-E La organización dispone de un grupo multidisciplinario encargado de velar por el uso adecuado, eficiente y seguro de los fármacos.

5d-07-E-04-Q Existe un procedimiento para la gestión de compra de fármacos.

5d-07-E-05-E Existe un procedimiento para la recepción, ordenación, almacenaje y control de caducidad de los fármacos y para la conservación y custodia adecuada de los fármacos considerados de riesgo (psicótopos, neurolépticos, estupefacientes y radiofármacos).

5d-07-E-06-E Existe un procedimiento para la producción interna de fármacos, con garantías adecuadas de aislamiento, protección y control de calidad.

5d-07-E-07-E La organización establece un procedimiento de control de *stocks* de fármacos y prevé explícitamente cómo actuar en situaciones de rotura de *stock*, garantizando la cobertura permanente.

5d-07-E-08-E La organización establece la política de almacenaje periférico de fármacos, y detalla sus contenidos y la sistemática de reposición.

5d-07-E-09-E La organización garantiza la cobertura permanente de la provisión de fármacos, especificando cómo se accede a ellos en horarios en que la farmacia está cerrada.

d-07-E-10-Q Existen procedimientos para:

- la correcta prescripción de fármacos y su control
- la validación de la prescripción
- la preparación de fármacos y su control
- la dispensación segura de los medicamentos
- la correcta y segura administración de medicamentos.

Se hace referencia a la normativa específica para garantizar una correcta prescripción, validación, preparación, dispensación y administración de fármacos. Al mismo tiempo, la organización debe facilitar los medios de revisión y detección de errores.

5d-07-E-11-E Existen procedimientos para el control de fármacos cedidos en muestra o utilizados en investigación clínica.

5d-07-E-12-E Existen procedimientos para el control de caducidad de fármacos en toda la organización.

5d-07-E-13-Q Existen procedimientos para evitar la prescripción verbal de fármacos.

La organización debe establecer los criterios y normas de funcionamiento que, garantizando la seguridad para el cliente, se adapten a la realidad organizativa de los centros sanitarios. Por lo tanto, podrá determinar y establecer el procedimiento para qué fármacos, en qué condiciones y con qué garantías se puede aceptar una prescripción verbal.

5d-07-E-14-Q Existen procedimientos para garantizar la continuidad farmacoterapéutica de clientes que ingresan en el centro y que toman medicamentos con anterioridad a su ingreso.

5d-07-E-15-E Existen procedimientos para la detección y notificación de acontecimientos adversos.

5d-07-D-01-E El personal sanitario tiene acceso fácil a la guía farmacoterapéutica del centro.

5d-07-D-02-E El personal sanitario está informado y formado en la correcta prescripción y administración de fármacos y en la detección de errores y acontecimientos adversos.

5d-07-D-03-E La unidad funcional responsable de farmacia controla la adecuación de la prescripción, la preparación, la dispensación, la administración y los efectos adversos, manteniendo registros específicos de su control.

5d-07-D-04-Q La unidad funcional responsable de farmacia y el grupo multidisciplinario correspondiente evalúan la adecuación del uso de los medicamentos en la organización e informan de los resultados obtenidos a quien la organización decida.

5d-07-D-05-Q La unidad funcional responsable de farmacia da apoyo técnico y científico a los profesionales que lo requieren.

5d-07-D-06-E Los clientes reciben la información adecuada y comprensible de la medicación y de su utilización antes del alta.

5d-07-D-07-Q La unidad funcional responsable de farmacia evalúa los consumos de fármacos de las diferentes unidades funcionales en correlación con la patología atendida y el volumen de actividad.

Se refiere a consumo de fármacos y coste asociado por estancia, por ingreso, por urgencia, por GRD (grupo relacionado por el diagnóstico), por servicio asistencial.

5d-07-R-01-Q La organización revisa la guía farmacoterapéutica con la periodicidad prevista y la actualiza según las necesidades.

5d-07-R-02-Q La organización revisa los resultados del control de calidad de las diferentes fases del proceso de gestión y manipulación de los medicamentos con la periodicidad prevista.

5d-07-R-03-Q La organización evalúa los resultados del uso de los medicamentos, en términos de eficacia y seguridad.

5d-07-R-04-E Los procedimientos se revisan y se actualizan periódicamente de acuerdo con lo que esté establecido en la organización.

CRITERIO 5. PROCESOS

Subcriterio 5.d - Los productos y servicios se producen, se distribuyen y se gestionan.

Agrupador conceptual: radiodiagnóstico, medicina nuclear y radioterapia – 08

Definición

La organización cuenta con los servicios de radiodiagnóstico, medicina nuclear y radioterapia, adecuados y disponibles para atender a las necesidades de los clientes.

Este ítem incluye los servicios de diagnóstico y terapéutica con radiaciones ionizantes, radiología, ultrasonido e isótopos.

Objetivos

La organización:

- adecua sus servicios de diagnóstico por la imagen, y de diagnóstico y tratamiento con isótopos, con tecnología y procedimientos que le otorguen seguridad, eficacia y eficiencia;
- innova la tecnología y la capacidad del personal, en respuesta a su política de mejora continua;
- garantiza la accesibilidad a las prestaciones de diagnóstico radiológico, ecografía y medicina nuclear, previamente establecidas;
- garantiza la accesibilidad a los tratamientos que utilizan métodos de radiología intervencionista, medicina nuclear y radioterapia, previamente establecidos;
- crea espacios de integración clínica para optimizar el aprovechamiento de las potencialidades de los servicios;
- garantiza la disponibilidad de sus productos en el lugar y el momento adecuados, y
- garantiza la seguridad de los clientes, usuarios, personal y de la comunidad con procedimientos controlados.

5d-08-E-01-E La organización garantiza una herramienta eficiente para el diagnóstico o tratamiento, mediante servicios de diagnosis por la imagen y radioterapia, adecuadamente equipados y con personal competente.

5d-08-E-02-E La organización garantiza el servicio de radiodiagnóstico las 24 horas del día y todos los días del año, y determina las prestaciones que cumplen esta premisa, urgencias incluidas.

5d-08-E-03-E La organización dispone de un sistema de derivación en los casos de que, por su nivel de complejidad, paradas técnicas (mantenimiento) o averías, no pueda ofrecer determinadas prestaciones.

5d-08-E-04-Q El procedimiento establece los criterios de prioridad en el acceso a los servicios ambulatorios, de forma explícita y comunicada a los clientes.

5d-08-E-05-Q Las unidades funcionales disponen de procedimientos para la provisión, almacenaje y utilización de suministros específicos de la actividad.

5d-08-E-06-Q Las unidades funcionales tienen un plan de calidad específico que incluye la estructura, la organización funcional y la seguridad.

Incluye todos los aspectos por encima de la norma legal en vigor.

5d-08-D-01-E Las unidades funcionales aplican circuitos diferenciados para clientes ambulatorios y hospitalizados.

5d-08-D-02-E La organización facilita información de forma inteligible a los clientes, las indicaciones previas y la documentación necesaria que deben llevar previamente a la realización de los estudios diagnósticos y/o tratamientos.

5d-08-D-03-E Las unidades funcionales aplican procedimientos para la identificación del cliente en los estudios realizados.

5d-08-D-04-E Las unidades funcionales aplican procedimientos para el registro adecuado de los tratamientos realizados.

5d-08-D-05-E Las unidades funcionales aplican procedimientos específicos para las técnicas y tratamientos que realizan, que son actualizados con una periodicidad prevista o antes si los avances científicos y tecnológicos lo requieren.

5d-08-D-06-Q Las unidades funcionales aplican procedimientos para que los informes que realizan estén disponibles en el tiempo y en los lugares que se hayan determinado de común acuerdo.

5d-08-D-07-E Las unidades funcionales mantienen registros de las entregas de los resultados de los estudios (cliente, historia clínica, derivados a un servicio asistencial, etc.).

5d-08-D-08-Q Las unidades funcionales se coordinan con otras unidades con el objetivo de optimizar la prestación del servicio.

5d-08-D-09-Q Las unidades funcionales aplican criterios consensuados con los líderes para adecuar la indicación del estudio y los tratamientos solicitados.

5d-08-D-10-Q Las unidades funcionales disponen de un sistema para guardar las imágenes y otros tipos de documentos que consideren necesario, con independencia de los oportunamente entregados.

5d-08-R-01-Q En las evaluaciones periódicas realizadas se evalúan y se priorizan las acciones de mejora.

5d-08-R-02-Q Las unidades funcionales revisan la eficiencia de las prestaciones realizadas.

5d-08-R-03-E Los procedimientos se revisan y se actualizan periódicamente, de acuerdo con lo que esté establecido en la organización.

CRITERIO 5. PROCESOS

Subcriterio 5.d - Los productos y servicios se producen, se distribuyen y se gestionan.

Agrupador conceptual: rehabilitación – 09

Definición

La organización, de acuerdo con su estrategia, facilita el proceso rehabilitador de las funciones fundamentales de sus clientes, al procurar la recuperación funcional óptima y su reintegro social.

Objetivos

La organización:

- establece su oferta rehabilitadora a partir de la detección de las necesidades de sus clientes;
- facilita el acceso a recursos rehabilitadores de continuidad próximos al domicilio de los clientes;
- favorece la relación multidisciplinaria para diseñar los programas de rehabilitación, y
- evalúa la efectividad de los programas de rehabilitación.

5d-09-E-01-E La organización garantiza recursos destinados a la rehabilitación de sus clientes.

Los recursos pueden ser específicos en el caso de disponer de una unidad funcional de rehabilitación o pueden desarrollarse como programas asistenciales, sin vincularse directamente a una unidad funcional.

En caso de que no se disponga de una unidad funcional específica de rehabilitación, la organización tiene establecidos acuerdos o referencias con recursos externos, cualitativamente competentes, a los que pueden derivar los clientes que lo requieran y que estén lo más cercanos posible al domicilio del cliente.

5d-09-E-02-E La organización dispone de procedimientos específicos para facilitar el acceso a los recursos rehabilitadores.

5d-09-E-03-Q Los programas de rehabilitación son diseñados en coordinación con las especialidades que correspondan.

En la elaboración de los programas de rehabilitación participan varios especialistas, por ejemplo: médicos neurólogos, cardiólogos, etc.

5d-09-E-04-E La unidad funcional de rehabilitación cuenta con un responsable competente.

Debe tener un facultativo rehabilitador en la dirección técnica de la unidad, aunque la responsabilidad de gestión puede recaer en otro tipo de profesional.

5d-09-D-01-E Los clientes tributarios de tratamiento rehabilitador tienen un plan terapéutico que se incorpora a la historia clínica y se evalúa periódicamente.

El plan terapéutico incluye la definición explícita de los objetivos terapéuticos y evalúa los progresos conseguidos.

5d-09-D-02-Q La unidad funcional de rehabilitación garantiza la continuidad asistencial del proceso rehabilitador externo al centro.

5d-09-D-03-E La unidad funcional de rehabilitación informa y facilita formación a los clientes y a su entorno sobre:

- técnicas y ejercicios
 - equipos e instrumentos facilitadores
 - sistemas de apoyo a las actividades de la vida diaria
-

5d-09-R-01-Q La organización evalúa la efectividad y la eficiencia de la unidad de rehabilitación.

5d-09-R-02-E Los procedimientos se revisan y se actualizan periódicamente, de acuerdo con lo que esté establecido en la organización.

CRITERIO 5. PROCESOS

Subcriterio 5.d - Los productos y servicios se producen, se distribuyen y se gestionan.

Agrupador conceptual: nutrición – 10

Definición

La organización, de acuerdo con su estrategia, vela por que el estado nutricional de sus clientes sea el adecuado y les aporta una alimentación equilibrada y adaptada a sus necesidades y condiciones.

Objetivos

La organización garantiza:

- la identificación de las necesidades nutricionales de cada cliente y la detección de las condiciones que puedan comportarles riesgo de desnutrición;
- la nutrición adecuada de sus clientes, teniendo en cuenta su estado previo, la evolución de la enfermedad, las necesidades energéticas y las indicaciones médicas;
- la planificación, la facilitación y el control de una terapia nutricional en caso necesario, y
- la educación y la facilitación de información sobre hábitos alimentarios saludables a los clientes, los familiares y la comunidad.

5d-10-E-01-E La organización garantiza a sus clientes, de forma permanente, una nutrición en función del estado o de necesidades nutritivas previamente evaluadas.

5d-10-E-02-Q La organización planifica dietas ajustadas a la edad, cultura, preferencias dietéticas del cliente y a las necesidades evaluadas individualmente.

5d-10-E-03-Q Existe un procedimiento para considerar la posibilidad de que la familia o el entorno del cliente le faciliten algunos alimentos.

5d-10-E-04-E Existe una persona responsable de la unidad de dietética con formación específica.

5d-10-D-01-Q La organización garantiza la coordinación entre los diferentes profesionales implicados, así como con el cliente y su entorno.

5d-10-D-02-Q Constan en la historia clínica la evaluación inicial, la planificación, la administración, el seguimiento y la respuesta.

5d-10-D-03-E Existe un seguimiento en el caso de riesgo de desnutrición y/o terapia nutricional.

5d-10-D-04-E Existe un formulario (en soporte papel/informático) para solicitar dietas, con un sistema de identificación de dietas especiales, al alcance de todas las áreas de hospitalización, urgencias incluidas.

A título de ejemplo: básica normal, líquida normal e hiposódica, por sonda normal e hiposódica, para patología digestiva normal e hiposódica, para diabéticos normal e hiposódica, hipoproteica normal e hiposódica, hipocalórica normal e hiposódica. Variación de consistencia. Dieta infantil y lactantes s/p.

5d-10-D-05-E La elaboración de las dietas, incluida la nutrición enteral, se desarrolla en las condiciones de asepsia, higiene y limpieza necesarias.

5d-10-R-01-Q Periódicamente se evalúa la respuesta a las terapias nutricionales.

5d-10-R-02-Q Periódicamente se evalúa el grado de satisfacción de las personas usuarias de la unidad.

Se entiende por personas usuarias tanto los profesionales prescriptores como los clientes.

5d-10-R-03-E Los procedimientos se revisan y se actualizan periódicamente, de acuerdo con lo que esté establecido en la organización.

CRITERIO 5. PROCESOS

Subcriterio 5.d - Los productos y servicios se producen, se distribuyen y se gestionan.

Agrupador conceptual: archivo y documentación clínica – 11

Definición

La organización, de acuerdo con su estrategia, dispone de una unidad funcional destinada a:

- gestionar la documentación clínica: almacén, custodia, conservación, préstamo y distribución de la historia clínica en soporte papel. En caso de que se disponga de historia clínica electrónica, también es necesario que la unidad intervenga activamente en el diseño, la implantación, el control y la evaluación de esta;
- gestionar la información asistencial y codificación de los datos clínicos: codificación, explotación, creación de indicadores, etc., que faciliten el uso de la información desde la vertiente científica y desde la vertiente de la gestión.

Objetivos

La organización garantiza:

- la gestión de la historia clínica única, integrada y acumulativa,
- la gestión del archivo de historias clínicas (custodia, conservación y disponibilidad de la historia clínica),
- controles de calidad periódicos (duplicados, errores de transcripción, etc.),
- la seguridad del acceso,
- la extracción de la información relevante de los procesos atendidos y su codificación, y
- la difusión de la información clínica a petición de los diversos perfiles de usuarios (administración, gestores, profesionales asistenciales y otros).

5d-11-E-01-E Existen procedimientos que garantizan:

- la guarda y custodia de la documentación generada durante el proceso asistencial
- la seguridad específica del archivo.

En soporte papel y/o informático

5d-11-E-02-E Existen medidas de protección y custodia de la documentación clínica en el desarrollo de su gestión.

En soporte papel y/o informático

5d-11-E-03-E Existe un reglamento de uso de la documentación, ya sea esta en soporte papel y/o informático, consensuado y aprobado por la dirección.

El reglamento de uso incluye:

- instrucciones para la elaboración y utilización de la historia (catálogo de documentos clínicos)
- numeración de historias clínicas (criterios)
- especificación sobre la estructura y contenidos de los diferentes documentos
- responsabilidades de los diferentes profesionales (elaboración y utilización)
- firma de los profesionales
- modificaciones controladas, tanto en soporte papel como informático
- circuitos del documento
- funciones de las comisiones o grupos de trabajo
- criterios de evaluación de la documentación y periodicidad
- criterios y procedimientos para incorporar o dar de baja un documento
- manual de procedimientos del área de archivos

5d-11-E-04-E La organización tiene definido un procedimiento para la solicitud externa de la información clínica, aprobado por la dirección ejecutiva.

La organización garantiza que la información se entrega con garantías de preservación del interés del cliente. Al mismo tiempo se asegura la trazabilidad de la información entregada.

5d-11-D-01-E Existe un archivo centralizado.

Existe un archivo funcionalmente centralizado, aunque físicamente pueda estar descentralizado (en diferentes espacios).

5d-11-D-02-E Existe un registro de movimientos en la unidad funcional de archivo (en soporte papel o informático).

El registro puede incluir:

- nombre y apellidos del cliente
- número de historia
- fecha de salida
- destino (unidad o persona)
- motivo
- tiempo previsto de utilización

- fecha de entrada

5d-11-D-03-E Existe un sistema de identificación permanente, exclusivo y único de la historia clínica.

Que en el caso de la informatización de la HC permite conciliar la HC en papel y la HC electrónica.

5d-11-D-04-E Existe uniformidad en el diseño y mantenimiento actualizado de la carpeta o sobre de la historia clínica.

Tanto en soporte papel y/o informático

5d-11-D-05-Q Existe un control de calidad de la actividad de la unidad funcional de archivo, que se realiza con una periodicidad predeterminada.

5d-11-D-06-Q Existe un seguimiento y localización de la documentación clínica en préstamo.

5d-11-D-07-E Existe un fácil acceso y disponibilidad de la documentación localizada en el archivo pasivo.

5d-11-D-08-E Se realiza y se valida la codificación de los datos clínicos generados en el proceso asistencial.

5d-11-D-09-E El conjunto mínimo básico de datos de las altas hospitalarias (CMBD) es difundido a los diferentes niveles (internos y externos), de forma oportuna y dentro de los periodos establecidos.

5d-11-D-10-E Existe un mecanismo de control y mejora de la calidad de la codificación y del CMBD.

Por ejemplo:

- auditorías internas y/o externas
- participación en reuniones internas y externas de codificación
- episodios no codificados
- episodios codificados
- número de procedimientos y diagnóstico
- errores de codificación, transcripción, indexación diagnóstica principal

5d-11-R-01-Q La unidad funcional de archivo y documentación clínica evalúa y revisa periódicamente el grado de satisfacción de las personas usuarias.

5d-11-R-02-Q La organización evalúa periódicamente la efectividad de la actividad de la unidad funcional de archivo y documentación clínica.

5d-11-R-03-Q La organización evalúa periódicamente la calidad de la actividad de la unidad funcional de archivo y documentación clínica.

5d-11-R-04-E Los procedimientos se revisan y se actualizan periódicamente, de acuerdo con lo que esté establecido en la organización.

CRITERIO 5. PROCESOS

Subcriterio 5.d - Los productos y servicios se producen, se distribuyen y se gestionan.

Agrupador conceptual: gestión de los clientes – 12

Definición

La organización, de acuerdo con su estrategia, dispone de una unidad funcional dedicada a integrar los contactos y movimientos asistenciales de todos los clientes. Coordina y facilita el trabajo asistencial de las diversas áreas y unidades funcionales y profesionales.

Objetivos

La organización garantiza:

- la citación y la programación de los clientes en las diversas áreas del centro;
- la coordinación de las diferentes actividades entre todos los servicios y niveles asistenciales;
- la programación y la priorización adecuadas de la asistencia con criterios objetivos;
- la disposición de una cartera de servicios o productos del centro, y
- el conocimiento de la demanda existente y de la actividad realizada.

5d-12-E-01-E La organización define los procedimientos para gestionar los ingresos, la citación, la programación, la lista de espera, los traslados, las altas y registros de las diferentes áreas asistenciales.

5d-12-E-02-Q La organización tiene definidos unos criterios, previamente consensuados por los líderes, para la agrupación funcional de los clientes.

Cada organización tiene capacidad para agrupar a los pacientes según sus criterios. Por ejemplo: médicos, quirúrgicos, crónicos, agudos, personas adultas, pediátricos, infecciosos, psiquiátricos etc.

5d-12-E-03-E La unidad funcional de gestión de los clientes dispone de la cartera de servicios del centro.

5d-12-D-01-E La organización tiene definido el fichero índice de los clientes, que debe ser único, permanentemente actualizado, centralizado e independiente del tipo de asistencia recibida.

Contenidos mínimos:

- identificador o número de historia
- nombre y apellidos
- sexo
- fecha de nacimiento
- número de identificación personal (DNI o pasaporte y CIP)
- dirección
- teléfono
- entidad aseguradora y número de afiliación

5d-12-D-02-E La unidad funcional gestiona la citación y programación de la actividad en régimen ambulatorio: las consultas externas, las exploraciones y las unidades específicas (cirugía sin ingreso, hospital de día y otros).

5d-12-D-03-E La unidad funcional da apoyo a la gestión de la demanda y a la gestión del episodio.

Se entiende por dar apoyo a la gestión del episodio la gestión de pruebas en otros centros, gestión del transporte sanitario, etc.

5d-12-D-04-E La unidad funcional gestiona la demanda de hospitalización: solicitud de ingreso, programación de ingreso (programado y urgente), control de traslados y altas y registro del episodio de hospitalización.

5d-12-D-05-E La organización gestiona las camas: registro del estado de las camas, asignación de servicio y cama, autorización y gestión de los cambios de ubicación, previsiones de alta, ocupación.

5d-12-D-06-Q Se aplican criterios de ubicación de los clientes fuera de las unidades de hospitalización de referencia.

5d-12-D-07-E Se registran los episodios y contactos asistenciales: de hospitalización, urgencias, actividad quirúrgica, actividad ambulatoria.

5d-12-D-08-E La unidad funcional gestiona la lista de espera quirúrgica: registro centralizado, seguimiento de los clientes, programación, elaboración de informes de la demanda existente.

5d-12-D-09-E La unidad funcional coordina las solicitudes de asistencia urgente y programada entre los servicios y/o centros.

5d-12-D-10-Q El personal de la unidad funcional informa, acoge y acompaña al cliente hasta la unidad correspondiente.

5d-12-R-01-E La organización evalúa y revisa periódicamente el fichero índice de los clientes.

5d-12-R-02-Q La organización evalúa periódicamente la eficacia de la actividad realizada.

5d-12-R-03-Q La organización evalúa periódicamente la calidad de la actividad realizada.

5d-12-R-04-E Los procedimientos se revisan y se actualizan periódicamente de acuerdo con lo que esté establecido en la organización.

CRITERIO 5. PROCESOS

Subcriterio 5.d - Los productos y servicios se producen, se distribuyen y se gestionan.

Agrupador conceptual: prevención y control de la infección – 13

Definición

La organización dispone, de acuerdo con su estrategia, de mecanismos para garantizar que el conjunto de actividades destinadas a la prevención y el control de infecciones se presente coordinado, actualizado y accesible en todas las áreas.

Objetivos

La organización:

- identifica las áreas y las situaciones más susceptibles de transmitir infecciones;
- dispone de información interna suficiente para tomar decisiones relacionadas con la prevención y el control de infecciones nosocomiales;
- asegura un tratamiento interdisciplinario de todas las cuestiones que hacen referencia a la prevención y el control de infecciones;
- vela por la seguridad de los clientes y el personal, referente a la transmisión de enfermedades contagiosas, y
- dispone de medidas para que el personal esté adecuadamente capacitado y su actividad profesional se lleve a cabo con aptitud en la prevención de riesgo en la transmisión de enfermedades contagiosas.

5d-13-E-01-E La organización dispone de procedimientos para asegurar la identificación, evaluación y mejora de la infección nosocomial.

5d-13-E-02-E La organización dispone de mecanismos para la comunicación, a la autoridad sanitaria correspondiente, de cualquier cuestión que sea importante para la contribución a estudios epidemiológicos.

5d-13-E-03-E La organización dispone de procedimientos para actuar en casos de posibles epidemias internas y externas.

5d-13-E-04-E La organización dispone de procedimientos documentados para la protección y prevención del personal sobre el riesgo de transmisión de infecciones y para la comunicación de accidentes que puedan incluir la posibilidad de riesgo de transmisión de infección.

5d-13-E-05-E La organización dispone de procedimientos documentados para la protección y prevención de los clientes sobre el riesgo de transmisión de infecciones y para la comunicación de accidentes que puedan incluir la posibilidad de riesgo de transmisión de infección.

5d-13-E-06-E La organización dispone de sistemas para garantizar el aislamiento para el tratamiento de clientes con enfermedades infectocontagiosas.

5d-13-E-07-E La organización dispone de procedimientos para realizar controles de contaminación microbiológica en las áreas de especial relevancia.

Las áreas de mayor riesgo son definidas por la propia organización.

5d-13-E-08-E La organización define los requisitos particulares de cada área y/o servicio respecto a sus necesidades con referencia a la esterilización de material y productos sanitarios.

5d-13-D-01-E La organización aplica estrategias para reducir el riesgo de infección, tanto para los clientes como para el personal.

5d-13-D-02-Q La organización implanta un sistema de supervisión interna de los procesos involucrados en el control de infecciones.

La organización desarrolla mecanismos estructurados y de seguimiento continuo y/o periódico que garanticen la supervisión permanente de los procesos de prevención, detección de riesgos, detección de infecciones y de actuación efectiva y eficiente.

5d-13-D-03-Q La organización se ocupa de mantener los recursos necesarios para el correcto cumplimiento de los procedimientos de prevención y control de infecciones.

5d-13-D-04-E El proceso de control de infecciones involucra todas las áreas de la organización.

5d-13-D-05-E Existe un comité multidisciplinario que coordina las actividades del control de infecciones.

Incluye, como ejemplo, a médicos especialistas en: patología infecciosa, microbiología, epidemiología, personal de farmacia, de enfermería, de gestión y esterilización.

5d-13-D-06-E Se realizan actividades de información al personal sobre la infección nosocomial, relacionadas con la prevención y el control.

5d-13-D-07-E Existe un registro de infecciones nosocomiales con referencias de incidencia y prevalencia, así como de otra información que contribuya a la toma de decisiones en los asuntos relacionados con la prevención y control de infecciones.

5d-13-D-08-E La organización aplica los procedimientos y registra las incidencias relacionadas con los controles de contaminación microbiológica.

5d-13-D-09-E La organización define e identifica los procesos médicos y los procedimientos quirúrgicos que requieren profilaxis antibiótica y la aplica.

5d-13-D-10-Q Se efectúa un seguimiento documentado de los clientes quirúrgicos durante la estancia hospitalaria y después del alta para evaluar la incidencia de infección.

Se considera criterio de alta el periodo que se extiende hasta 30 días posteriores al día del acto quirúrgico.

5d-13-D-11-E La unidad de esterilización aplica procedimientos para la recepción y acondicionamiento del material para esterilizar, y su realización.

5d-13-D-12-E La unidad de esterilización aplica controles programados sobre el producto estéril de forma previa a la entrega del material.

5d-13-D-13-E La unidad de esterilización aplica un sistema de identificación que permite ubicar en cada momento del ciclo, y hasta su utilización, todo el material que ha sido procesado (trazabilidad).

5d-13-D-14-E Se dispone de un registro de no conformidad con el producto emitido.

5d-13-D-15-Q La organización tiene previsto cómo se debe actuar en casos de:

- identificación de contaminación en áreas asistenciales;**
- imposibilidad de realizar la esterilización del material (proveedor externo).**

5d-13-D-16-Q La unidad de esterilización aplica los procedimientos para el asesoramiento a las diferentes áreas con respecto al mantenimiento de las condiciones de esterilidad y efectúa inspecciones periódicas para garantizar el adecuado acondicionamiento de los materiales en los lugares de utilización.

5d-13-D-17-E La unidad de esterilización emite informes periódicos de las incidencias de su área y los difunde a la dirección, a la comisión de infecciones y a los diferentes profesionales implicados.

5d-13-R-01-Q La unidad de esterilización evalúa periódicamente las incidencias y no conformidades de su área de responsabilidad.

5d-13-R-02-E La organización evalúa periódicamente la vigilancia epidemiológica que realiza de las infecciones quirúrgicas.

5d-13-R-03-E Los procedimientos se revisan y se actualizan periódicamente, de acuerdo con lo que esté establecido en la organización.

En relación con la prevención, protección y control de la infección y esterilización.

CRITERIO 5. PROCESOS

Subcriterio 5.d - Los productos y servicios se producen, se distribuyen y se gestionan.

Agrupador conceptual: investigación clínica – 14

Definición

La organización, de acuerdo con su estrategia, facilita el avance científico al favorecer la investigación, a la vez que garantiza la adecuación ética y la seguridad para los clientes implicados.

Objetivos

La organización:

- promueve la investigación, al facilitar recursos, impulsar los intercambios profesionales y dar apoyo metodológico y documental;
- identifica las líneas prioritarias de investigación;
- delimita los recursos destinados a la asistencia y los diferencia de los propios de la investigación, y
- garantiza el respeto de los derechos de los clientes que participan en las investigaciones.

5d-14-E-01-E La organización dispone de procedimientos para normalizar la propuesta, evaluación, priorización, aprobación, desarrollo, revisión y cierre de los estudios de investigación. Estos procedimientos son vigentes y están aprobados por la dirección ejecutiva.

5d-14-E-02-E La organización dispone de procedimientos específicos para diferenciar efectivamente la investigación de la asistencia.

5d-14-E-03-Q La organización dispone de procedimientos específicos para la gestión económica de los estudios de investigación.

5d-14-E-04-Q La organización dispone de unos criterios escritos para valorar y evaluar el impacto y el coste-beneficio de su actividad de investigación.

La investigación debe poder dar resultados tangibles para la propia organización.

5d-14-E-05-E Existen procedimientos para el archivo de toda la información generada por los ensayos clínicos y para su conservación.

5d-14-D-01-E Las historias clínicas de todos los clientes incluidos en un estudio de investigación clínica registran de forma clara esta participación y su aceptación.

Se valoró la aceptación mediante la firma del consentimiento informado por parte del cliente y del investigador.

5d-14-D-02-Q La organización informa y difunde la investigación realizada.

5d-14-R-01-E Los procedimientos se revisan y se actualizan periódicamente, de acuerdo con lo que esté establecido en la organización.

CRITERIO 5. PROCESOS

Subcriterio 5.d - Los productos y servicios se producen, se distribuyen y se gestionan.

Agrupador conceptual: hostelería – 15

Definición

La organización, de acuerdo con su estrategia, dispone de unidades funcionales destinadas a garantizar un conjunto de prestaciones, como alimentación, limpieza, lavandería o lencería, que dan apoyo a las actividades asistenciales y favorecen una atención de calidad a sus clientes.

Este agrupador de hostelería engloba las unidades funcionales de cocina, limpieza y lavandería o lencería.

Objetivos

La organización garantiza:

- la estructura organizativa hostelera adecuada a sus dimensiones y recursos;
- la disponibilidad de los servicios de hostelería las 24 horas del día, si es necesario;
- la nutrición adecuada de sus clientes;
- la existencia de normas de buen funcionamiento y calidad, las cuales se revisan periódicamente, y
- el control de calidad de los servicios, sean propios o ajenos.

5d-15-E-01-E La organización tiene una estructura física y organizativa adecuada para cubrir las necesidades.

Los productos/servicios de hostelería se ajustan a las dimensiones (número de camas, personal, cartera de servicios (pediatría, lactantes, etc.) y a la complejidad de la atención que ofrece (tipos de dietas, diferentes consistencias, etc.).

5d-15-E-02-Q La organización define unos objetivos para las unidades funcionales.

5d-15-E-03-E Existe un conjunto de procedimientos de hostelería consensuados con otras unidades funcionales implicadas en los diversos procesos.

Alimentación: cocina

- Dietética
- Unidades médicas y quirúrgicas
- Responsables de área de hospitalización

Limpieza: unidad de limpieza

- Comité de Enfermedades Infecciosas
- Responsable de área quirúrgica
- Prevención de riesgos

Lavandería/Lencería

- Responsable de área de hospitalización y área quirúrgica

5d-15-E-04-E Existen unos procedimientos para el control de *stocks* y su rotación en las tres unidades funcionales (alimentación, limpieza y lavandería).

Con referencia a:

- criterios de conservación y control de caducidades de los productos alimentarios
- control de *stocks* de material de limpieza
- criterios para la determinación de la dotación óptima y mínima de la lencería “circulante” o en *stock*.

5d-15-E-05-E Las personas responsables de cada unidad funcional están claramente identificadas y un directivo del centro es su responsable final.

5d-15-D-01-E La prestación de los servicios está prevista y organizada para todos los días del año.

La organización prevé la cobertura del servicio en condiciones normales y de excepcionalidad (noches, festivos, emergencias, etc.).

5d-15-D-02-E Se aplican los procedimientos actualizados de la unidad funcional de alimentación.

Recepción de alimentos, almacenaje, rotación de *stocks*, preparación y manipulación, cocción, emplatado y distribución.

5d-15-D-03-E Se aplican los procedimientos actualizados de la unidad funcional de limpieza.

Limpieza en general, limpieza de zonas críticas o específicas, medidas preventivas, reciclaje de residuos (papel, alimentos y otros), eliminación y transporte de material sucio contaminado.

5d-15-D-04-E Se aplican los procedimientos actualizados de la unidad funcional de lavandería/lencería.

Tratamiento, almacenaje, identificación, manipulación y empaquetado de la ropa sucia y transporte de la ropa limpia y sucia.

5d-15-D-05-Q Se controlan los *stocks* y la rotación en los almacenes de las tres unidades funcionales.

5d-15-D-06-Q Existen unas dietas correctas, equilibradas, variadas, apetitosas, bien condimentadas; para cubrir las diversas tipologías de clientes.

Se incluye la cafetería y/o restaurante público y de personal.

5d-15-D-07-Q Existe un formulario para solicitar menús distribuido por todas las áreas de hospitalización y otras áreas.

5d-15-D-08-E La elaboración de la alimentación se desarrolla en las condiciones de asepsia, higiene y limpieza necesarias.

5d-15-D-09-Q La elaboración del menú tiene en cuenta el equilibrio nutricional y la adaptación al presupuesto, y los platos tienen buena presentación y aceptación por parte de los clientes.

5d-15-D-10-Q La organización facilita la posibilidad de los menús optativos adecuados al estado del cliente.

5d-15-D-11-Q La organización facilita la adecuación de los horarios de la comida al cliente.

La organización facilita dietas o complementos nutritivos en condiciones excepcionales (desayunar después de estar en ayunas por alguna exploración, etc.).

5d-15-D-12-E Existe un control de calidad de las materias primas alimentarias.

5d-15-D-13-E Existe un control de calidad de las diversas etapas de la elaboración y distribución de los alimentos.

5d-15-D-14-E Existe un control de calidad:

- De la limpieza en las diversas áreas del centro
- Del transporte y eliminación del material sucio.

5d-15-D-15-Q La organización facilita un servicio de limpieza que se adapta a los horarios del cliente.

Existen mecanismos para las necesidades puntuales de limpieza en torno al cliente. Los horarios de limpieza habitual se establecen de forma coherente con la programación de visitas, descanso de los clientes, etc.

5d-15-D-16-E Se cambia la ropa periódicamente, siempre que sea necesario y sin demora, tanto para los clientes como para el personal.

Control de *stocks* de los almacenes de las plantas, quirófanos, etc.
Periodicidad y circuitos de distribución y reposición de la ropa.

5d-15-D-17-E La ropa, tanto para los clientes como para el personal, está en buenas condiciones y unificada.

5d-15-D-18-E Se efectúa un control de calidad periódico del estado de la ropa y de los circuitos de distribución y recogida.

5d-15-R-01-Q Se efectúa una evaluación periódica de la actividad y calidad de la unidad funcional de alimentación y se toman las oportunas medidas de mejora.

5d-15-R-02-Q La organización evalúa periódicamente la actividad y calidad de la unidad funcional de limpieza.

5d-15-R-03-Q La organización evalúa periódicamente la actividad y calidad de la unidad funcional de lavandería/lencería.

5d-15-R-04-E Los procedimientos se revisan y se actualizan periódicamente, de acuerdo con lo que esté establecido en la organización.

CRITERIO 5. PROCESOS

Subcriterio 5.d - Los productos y servicios se producen, se distribuyen y se gestionan.

Agrupador conceptual: almacén – 16

Definición

La organización debe garantizar el suministro de productos y materiales necesarios para cumplir los niveles y la calidad que determinan su estrategia.

Objetivos

La organización:

- realiza las solicitudes de compra de suministros;
- verifica que los suministros comprados cumplan las características de los productos solicitados;
- gestiona eficientemente el *stock* de productos almacenados;
- adecua los espacios de almacenaje de suministros de acuerdo con los requerimientos establecidos;
- gestiona el uso de espacios para el almacenaje, teniendo en cuenta las particularidades de cada producto, y
- garantiza la provisión a las unidades funcionales de acuerdo con los flujos determinados previamente.

5d-16-E-01-E La organización dispone de una lista de suministros con sus características y proveedores.

5d-16-E-02-Q La organización dispone de criterios para incluir o excluir suministros consensuados con los líderes.

Especialmente con respecto a productos sanitarios de aplicación al paciente.

5d-16-E-03-Q La organización dispone de procedimientos para realizar los pedidos de suministros a los proveedores.

Con referencia a la determinación de cuándo se debe producir el pedido (estado de los *stocks*) y procedimiento de solicitud.

5d-16-E-04-E La organización dispone de procedimientos para el control del suministro, para documentar las no conformidades y para garantizar el almacenaje adecuado.

Responde a los requisitos de solicitud (cantidad y calidad), adecuación a las normas.

Condiciones de embalaje adecuadas.

Condiciones especiales mantenidas.

5d-16-E-05-E La organización dispone de procedimientos para la gestión y control del stock.

Tablas de consumo de artículos.

Determinación de límites de existencias máximas y mínimas, detalladas por producto.

Determinación del *stock* mínimo de seguridad.

5d-16-E-06-Q La organización dispone de procedimientos para la entrega de suministros a las unidades funcionales.

5d-16-D-01-Q El almacén recibe todos los materiales fungibles y no fungibles que ingresan en la organización. En casos especiales, que deben estar especificados por un protocolo, puede no almacenarlos.

Ejemplos de casos exentos: alimentos, materiales de laboratorio o radiología, farmacia, sangre.

5d-16-D-02-E Los pedidos de suministros se realizan de acuerdo con los requisitos consensuados y aprobados por los líderes.

5d-16-D-03-E Los suministros son almacenados en espacios determinados, según criterios establecidos.

Con referencia a:

- condiciones de temperatura, humedad, etc.
- áreas de material seco y áreas de material húmedo
- áreas de material estéril

- etc.

5d-16-D-04-E Se aplican los procedimientos para el tratamiento de las no conformidades con los suministros.

5d-16-D-05-Q El flujo de suministros recibidos y entregados responde a criterios preestablecidos. Los pedidos y entregas son registrados.

5d-16-D-06-E La organización conoce su *stock* mediante sistemas de control seguros.

Inventario continuo.

5d-16-D-07-E El almacén está coordinado e informa permanentemente al área de contabilidad/administración sobre los movimientos de los suministros:

- ingresos (compras)
 - salidas (entregas a la unidad funcional).
-

5d-16-R-01-Q Se evalúa el grado de satisfacción de las unidades funcionales con respecto a las actividades del almacén.

5d-16-R-02-Q La organización evalúa periódicamente el grado de cumplimiento de los criterios y procedimientos del almacén.

5d-16-R-03-Q El almacén evalúa periódicamente la eficacia de los procesos de recepción y entrega de suministros.

5d-16-R-04-E Los procedimientos se revisan y se actualizan periódicamente de acuerdo con lo que esté establecido en la organización.

CRITERIO 5. PROCESOS

Subcriterio 5.d - Los productos y servicios se producen, se distribuyen y se gestionan.

Agrupador conceptual: atención social – 17

Definición

La organización, de acuerdo con su estrategia, facilita la detección, la evaluación y el tratamiento de los problemas sociales derivados de la enfermedad de sus clientes.

Objetivos

La organización:

- identifica a los clientes con dificultades sociales que necesitan el apoyo de un profesional;
- garantiza la accesibilidad, la atención y la continuidad en el servicio;
- garantiza la confidencialidad, y
- destina los recursos necesarios.

5d-17-E-01-E La organización dispone de una unidad funcional de atención social, con una persona responsable identificable, para dar respuesta a los problemas sociales derivados de las necesidades asistenciales de sus clientes.

5d-17-E-02-E La organización determina el grado de disponibilidad y las dimensiones de la unidad funcional.

Con referencia a:

- dimensiones y ubicación del centro
- tipología de los clientes
- atención sanitaria que se presta
- etc.

5d-17-E-03-Q La organización dispone de procedimientos para asegurar la detección, identificación, evaluación y mejora de los problemas sociales derivados de las necesidades asistenciales de sus clientes.

5d-17-E-04-E La unidad de atención social garantiza la confidencialidad de la información recibida y generada posteriormente.

5d-17-E-05-E La organización determina los circuitos entre los diversos profesionales y la unidad funcional para facilitar la accesibilidad, atención y continuidad del servicio.

Con referencia a:

- cómo se activa la intervención de la unidad
- si existen mecanismos automáticos de activación a partir de la evaluación inicial de enfermería

5d-17-D-01-E Los procedimientos y los circuitos son difundidos y conocidos por el personal.

5d-17-D-02-E Se formaliza un registro de los casos atendidos (soporte papel y/o informático).

Con los datos de filiación, problemática detectada, fechas de actuación, solución, derivación, etc.

5d-17-D-03-E La organización facilita la continuidad del servicio y seguimiento una vez que el cliente es dado de alta del centro.

5d-17-R-01-Q Se evalúa periódicamente la actividad desarrollada por la unidad de atención social.

5d-17-R-02-E Los procedimientos se revisan y se actualizan periódicamente de acuerdo con lo que esté establecido en la organización.

5d-17-R-03-Q Se evalúa el grado de satisfacción de las personas usuarias (personal sanitario) con la actividad desarrollada por la unidad.

A través de encuestas de satisfacción (o instrumentos alternativos) a profesionales.

CRITERIO 5. PROCESOS

Subcriterio 5.d - Los productos y servicios se producen, se distribuyen y se gestionan.

Agrupador conceptual: educación del cliente – 18

Definición

La organización, de acuerdo con su estrategia, promueve la educación sanitaria de los clientes y familiares, según sus necesidades. Esta se enfoca desde el punto de vista preventivo en hábitos saludables y desde el punto de vista de su participación en el uso y administración correctos de las prescripciones y consejos facilitados por el personal sanitario.

Objetivos

La organización:

- promueve la formación de los clientes y de su entorno relacional para el fomento de hábitos saludables y la prevención de enfermedades, y también para el conocimiento de su enfermedad y cómo deben asumir su participación en el proceso asistencial;
- determina para qué grupos de enfermedades es necesaria la educación de los clientes y de su entorno relacional;
- diseña el proceso educativo para cada circunstancia y prepara la documentación de soporte a la que tiene acceso el cliente;
- facilita canales de comunicación al cliente y entorno relacional para aclarar o complementar la formación impartida;
- promueve la educación sanitaria de la comunidad a la que sirve, y
- revisa la efectividad de las acciones formativas emprendidas.

5d-18-E-01-E La organización determina qué grupos de clientes y/o entorno relacional, procesos o técnicas son tributarios de formación específica, y define el contenido y la forma de impartir la formación y cómo se accede.

Identificación de los procesos para los que se determina la necesidad de formación.

5d-18-E-02-Q El diseño y los contenidos de la educación a impartir son realizados con la participación directa de los líderes y del personal implicado.

5d-18-E-03-Q La organización dispone de instrumentos para identificar específicamente a los clientes tributarios de formación.

En la evaluación inicial de las necesidades, en los correspondientes ámbitos asistenciales.

5d-18-E-04-Q La organización dispone de recursos educativos adecuados a la función prevista y a las diferentes capacidades de comprensión, así como de mecanismos de apoyo para dar respuesta a dudas y solicitudes de aclaraciones que puedan surgir a lo largo del proceso.

La educación debe impartirse con medios y lenguaje comprensibles y teniendo en cuenta posibles déficits sensoriales o diferencias idiomáticas.

5d-18-D-01-E La organización registra las necesidades educativas de los clientes en la historia clínica.

5d-18-D-02-Q La organización registra la formación planificada y realizada.

5d-18-R-01-Q La organización evalúa periódicamente el cumplimiento del proceso formativo planificado y la efectividad de la educación impartida.

5d-18-R-02-Q Los contenidos de la formación se revisan periódicamente.

5d-18-R-03-E Los procedimientos se revisan y se actualizan periódicamente, de acuerdo con lo establecido en la organización.

CRITERIO 5. PROCESOS

Subcriterio 5.d - Los productos y servicios se producen, se distribuyen y se gestionan.

Agrupador conceptual: ética y derechos del cliente – 19

Definición

La organización, de acuerdo con su estrategia, vela por el respeto a los derechos de sus clientes y tiene en cuenta las diferencias culturales, filosóficas y confesionales y actúa con criterios institucionales éticos. Al mismo tiempo, comunica y promueve el uso eficiente de los servicios a los clientes y profesionales.

Objetivos

La organización:

- dispone de un código de ética institucional que guía la actuación colectiva e individual de su personal;
- respeta los derechos de los clientes y se encarga de que los conozcan;
- establece los mecanismos de discusión interna y de establecimiento de criterios de actuación ética, a los que pueden acceder el personal y los clientes;
- promueve el principio ético de autonomía, con la participación del cliente y su entorno relacional en la toma de decisiones relativas a su asistencia;
- elabora líneas de actuación en relación con las situaciones éticamente conflictivas y establece los mecanismos de conciliación, e
- informa a los clientes y profesionales sobre el uso responsable de los servicios.

5d-19-E-01-E La organización dispone de un código ético institucional, formulado participativamente y aprobado por el máximo órgano de gobierno.

5d-19-E-02-E El código ético es accesible a los clientes y difundido y conocido por todo el personal.

5d-19-E-03-E Las políticas establecidas por la organización garantizan la no discriminación de los clientes por razones étnicas, culturales, de género, por condiciones socioeconómicas o creencias.

Conceptos incluidos en el código ético.

5d-19-E-04-E Las políticas establecidas por la organización garantizan el derecho del cliente a participar en la toma de decisiones, a la intimidad y la confidencialidad.

Conceptos incluidos en el código ético.

5d-19-E-05-E Las políticas establecidas por la organización enmarcan la actuación profesional en el ámbito asistencial, con criterios de respeto a la persona, de forma integral en las diferentes condiciones evolutivas de su enfermedad.

Conceptos incluidos en el código ético.

5d-19-E-06-E Las políticas establecidas por la organización identifican la adecuación ética de la actuación institucional respecto a la publicidad, la comercialización, las prácticas competitivas y los procedimientos económico-financieros.

Conceptos incluidos en el código ético.

5d-19-E-07-E Las políticas establecidas por la organización identifican la adecuación ética de la actuación institucional respecto a las relaciones personales.

Conceptos incluidos en el código ético.

5d-19-E-08-Q La organización dispone de un órgano multidisciplinario que vela por la observación de los compromisos éticos institucionales, por la identificación de conflictos éticos y por dar apoyo a su resolución.

Ejemplo: Comité de Ética Asistencial.

5d-19-E-09-E Existen procedimientos para facilitar el acceso del personal y de los clientes a formular consultas de índole ética.

5d-19-E-10-Q Existen procedimientos que explicitan las normas de funcionamiento del órgano multidisciplinario de evaluación ética.

Con referencia a:

- disponibilidad (consulta urgente)
- composición del grupo (colaboradores externos incluidos)
- frecuencia de reunión
- sistemática de presentación de casos
- sistemática de discusión y resolución
- tiempo y formato de respuesta
- difusión y confidencialidad

5d-19-E-11-E Un procedimiento establece las funciones y competencias de los estudiantes y profesionales en formación durante la actividad asistencial. Se solicita la aceptación del cliente.

5d-19-E-12-E La organización dispone de procedimientos específicos para garantizar la participación en la toma de decisiones que prevean:

- la indicación, información y obtención del consentimiento informado en todos los procesos invasivos de riesgo
 - actos anestésicos que lo requieran
 - transfusiones
 - la actuación prevista en el caso de clientes sin capacidad para optar o bajo tutela
-

5d-19-E-13-E La organización dispone de procedimientos específicos para garantizar la participación en la toma de decisiones en las voluntades anticipadas.

5d-19-E-14-Q La organización tiene definidos los conceptos y canales que utilizará para informar a clientes y al personal interno sobre el uso responsable y eficiente de sus instalaciones y servicios.

5d-19-D-01-Q La organización aplica los conceptos y canales definidos para difundir el uso responsable de los servicios.

5d-19-D-02-E La organización informa de los derechos y deberes de sus clientes a los propios clientes y al personal.

5d-19-D-03-E La organización aplica procedimientos para la evaluación y tratamiento del cliente en fase terminal.

5d-19-D-04-E La organización aplica procedimientos y/o criterios para:

- la determinación de la orden de no practicar reanimación cardiorrespiratoria
- la determinación de la retirada de soporte vital.

5d-19-D-05-E La organización aplica procedimientos para determinar la actuación ante la necesidad de contención física de algún cliente.

Con referencia a:

- criterios de contención
- procedimiento de autorización y consentimiento familiar
- agotamiento de otras alternativas posibles
- seguimiento de la situación de contención
- reevaluación periódica
- evaluación de la aplicación del procedimiento
- demandas y necesidades del cliente

5d-19-D-06-Q La organización aplica criterios para la determinación de la prioridad de acceso a recursos limitados.

Con referencia a "la última cama en la UCI", programas de trasplante u otros (grado de accesibilidad a los servicios).

5d-19-D-07-E La organización aplica criterios para la resolución de conflictos entre las voluntades anticipadas manifestadas por el cliente y el código ético o la actuación del profesional responsable.

5d-19-D-08-E La organización aplica criterios para determinar la capacidad de los clientes para tomar libremente decisiones.

En especial en los trastornos de conciencia y conducta, y de la adolescencia.

5d-19-R-01-E La organización evalúa el cumplimiento del consentimiento informado, con la periodicidad establecida.

5d-19-R-02-Q La organización evalúa el grado de observación de las voluntades anticipadas, con la periodicidad establecida.

5d-19-R-03-Q La organización evalúa el grado de conocimiento de los clientes y del personal de los derechos y deberes de los primeros, así como su cumplimiento.

5d-19-R-04-Q La organización evalúa periódicamente las cuestiones éticas planteadas en el órgano consultor y los resultados de la resolución de conflictos.

5d-19-R-05-E La organización revisa y actualiza periódicamente su código ético institucional.

5d-19-R-06-E Los procedimientos se revisan y se actualizan periódicamente de acuerdo con lo que esté establecido en la organización.

CRITERIO 5. PROCESOS

Subcriterio 5.e - Relaciones con los clientes.

Agrupador conceptual: atención al cliente – 01

Definición

La organización, de acuerdo con su estrategia, dispone de instrumentos y recursos para hacer participar a los clientes en la mejora del servicio, detectar sus expectativas, recoger sus opiniones, reclamaciones y sugerencias y promover la actuación derivada de la detección de oportunidades de mejora que revierta en una mayor satisfacción de los clientes.

Objetivo

La organización:

- facilita, en posición de escucha activa, la posibilidad de que el cliente manifieste voluntaria y libremente su opinión sobre la organización y el funcionamiento del centro.
- impulsa los instrumentos necesarios para detectar las expectativas de los clientes e identificar y recoger sus opiniones;
- adopta una actitud proactiva en la relación con sus clientes, al buscar e identificar las oportunidades de mejora e impulsar su implantación;
- garantiza la respuesta ágil, competente y adecuada, ante los requerimientos realizados por los clientes con respecto al funcionamiento y la organización del centro, y
- asesora a los clientes sobre el uso responsable de los productos y servicios.

5e-01-E-01-E La organización dispone de una unidad funcional con una persona responsable identificada y dispone de mecanismos para prestar atención personalizada y permanente al cliente en su relación con el centro.

5e-01-E-02-E La organización dispone de procedimientos para la realización de encuestas de satisfacción y/o de instrumentos alternativos de recogida y valoración de la opinión del cliente, y para la gestión de reclamaciones y sugerencias.

Con referencia a:

- criterios para la realización de encuestas
- selección aleatoria de clientes, de diferentes ámbitos
- mecanismo de obtención de respuestas (teléfono, carta, en el alta, etc.)

- volumen mínimo de encuestas y criterios de significación estadística a obtener
- criterios de derivación de las reclamaciones
- determinación de las responsabilidades de respuesta
- periodos máximos de respuesta
- criterios de tratamiento de la información, distribución de resultados.

5e-01-E-03-E La organización dispone de sistemas para informar al cliente de la posibilidad de acceder a la unidad funcional.

5e-01-E-04-Q La organización dispone de cuestionarios validados para la realización de encuestas de satisfacción que permitan la discriminación por áreas asistenciales y unidades funcionales de apoyo.

5e-01-D-01-Q La organización aplica encuestas de satisfacción específicas y/o instrumentos alternativos de recogida y valoración de la opinión del cliente en áreas asistenciales y unidades funcionales de apoyo.

Como instrumento para la detección de problemas concretos, de evaluación de una nueva oferta o de un cambio organizativo o por las características especiales de un determinado servicio para el que los cuestionarios convencionales son insuficientes.

5e-01-D-02-Q La organización realiza encuestas de satisfacción activas y/o instrumentos alternativos de recogida y valoración de la opinión del cliente a lo largo del año y en las áreas asistenciales clave.

Las encuestas activas son aquellas en la que es la organización la que busca la respuesta de sus clientes de forma activa.

5e-01-D-03-Q La organización entrega los cuestionarios de satisfacción para que sean contestados a iniciativa del cliente (encuesta pasiva).

Se entiende por encuesta pasiva aquella que es contestada por iniciativa del propio cliente a quien se le facilita el cuestionario pasivamente.

5e-01-D-04-Q La organización trata diferenciadamente la información aportada por las encuestas de satisfacción activas y pasivas.

5e-01-D-05-E La dirección y los líderes asumen la responsabilidad de respuesta a las reclamaciones de su ámbito de competencia.

5e-01-D-06-Q Los agradecimientos y felicitaciones son tratados específicamente: se comunican a los profesionales implicados, a los correspondientes líderes y se responde al cliente.

5e-01-D-07-Q La organización facilita sistemas participativos de obtención de información de la opinión de los agentes sociales.

Grupos focales de representantes comunitarios u otros.

5e-01-D-08-Q La organización procesa periódicamente la información obtenida a través de encuestas y/o instrumentos alternativos de recogida y valoración de la opinión del cliente, reclamaciones, sugerencias y otras iniciativas, para detectar oportunidades de mejora e implantar las medidas correctoras de forma priorizada.

5e-01-D-09-Q La organización difunde los resultados de las encuestas de opinión interna y externamente.

Se verifica el proceso de distribución de los resultados de las encuestas de satisfacción de los clientes.

Se identifica a quien se informa y con qué periodicidad.

5e-01-D-10-E La organización registra la totalidad de las reclamaciones y sugerencias recibidas, las respuestas dadas, el tiempo de demora en la emisión de

respuesta, el seguimiento y las gestiones realizadas, el área afectada y el responsable de dar respuesta.

5e-01-R-01-E La organización evalúa periódicamente las medidas correctivas o de mejora implantadas.

5e-01-R-02-Q La dirección revisa periódicamente la información, agregada y ordenada, procedente de los instrumentos de captación de la opinión de los clientes.

5e-01-R-03-E La organización evalúa periódicamente los tiempos de respuesta de las reclamaciones recibidas.

5e-01-R-04-E Los procedimientos se revisan y se actualizan periódicamente de acuerdo con lo que esté establecido en la organización.

CRITERIO 6. RESULTADOS EN LOS CLIENTES

Definición

Las organizaciones excelentes producen un conjunto de indicadores de rendimiento y resultados finales basados en las necesidades y las expectativas de sus clientes, para determinar el éxito del desarrollo de su estrategia y políticas de apoyo.

Subcriterio 6.a - Medidas de percepción.

Agrupador conceptual: percepción del cliente – 01

Definición

Es la percepción que el cliente tiene de la organización con respecto a la calidad de los productos y servicios recibidos, en función de sus juicios de valor y en relación con sus expectativas.

Los indicadores se pueden obtener por medio de encuestas, grupos focales y otros que se puedan realizar con los clientes de la organización. En el caso de las encuestas, para comprender el grado de significación y representatividad de los resultados, se debe explicitar la metodología utilizada.

Estos instrumentos tienen en cuenta, además, aspectos sobre la detección de oportunidades de mejora.

Objetivos

La organización:

- evalúa la percepción de los clientes con respecto a la organización, en lo que concierne a la imagen general, la calidad de los productos y servicios y la fidelidad;
- utiliza diferentes métodos para medir la satisfacción, y
- determina las áreas que debe investigar con el objetivo de destacar los aspectos más significativos para sus clientes.

Para un análisis detallado, los resultados obtenidos se pueden discriminar por:

- unidad funcional,
- área asistencial, y
- práctica o técnica.

Como mínimo, la organización debe medir la opinión del cliente en dos de los procesos clave: atención ambulatoria, atención urgente, hospitalización y atención quirúrgica.

6a-01-01-01-E Se mide la percepción del cliente sobre la información recibida de los servicios ofrecidos por la organización.

6a-01-01-02-E Se mide la percepción del cliente con respecto al grado de accesibilidad a los servicios.

La accesibilidad hace referencia a la posibilidad de que un individuo o grupo pueda acceder a las prestaciones del sistema sanitario.

6a-01-01-03-E Se mide la percepción del cliente con respecto a cualquier discriminación en el momento de ser atendido.

Cuando se evalúa la percepción con respecto a discriminación, hay que tener en cuenta las diferentes variables: sexo, raza, religión y cualquier otro aspecto que impida cumplir el principio de equidad.

6a-01-01-04-Q Se mide la percepción del cliente sobre la eficacia de los sistemas de señalización dentro de la organización.

6a-01-01-05-E Se mide la percepción del cliente con respecto al tiempo de respuesta para recibir las diversas prestaciones.

Se valora la percepción del cliente con respecto al tiempo transcurrido entre la aparición de la necesidad de atención y el momento de recibirla.

6a-01-01-06-E Se mide la percepción del cliente con respecto a la continuidad asistencial de los servicios recibidos.

Se valora la percepción del cliente con respecto a la continuidad asistencial, la adecuada coordinación en los servicios recibidos y en los casos de derivación a otros servicios/instituciones.

6a-01-01-07-E Se mide el grado de confianza percibida por el cliente sobre los servicios recibidos.

6a-01-01-08-Q Se mide el grado de seguridad que percibe el cliente sobre el sistema y los servicios.

Se tendrán en cuenta las aportaciones del cliente con respecto a las medidas de seguridad instituidas en la organización, por ejemplo: barandillas en las escaleras, controles para evitar robos, equipos de energía eléctrica supletoria, sistemas de evacuación y control de incendios, control de infecciones, sistemas de identificación de clientes, sistemas para evitar errores en la administración de las prácticas, etc.

6a-01-01-09-Q Se mide la percepción del cliente con respecto a la capacidad de la organización para ajustarse de forma eficaz a sus demandas racionales.

Se tendrán en cuenta las posibilidades de atender condiciones particulares de demanda y necesidad de clientes (horarios, tiempo de espera, profesionales intervinientes, lugar de atención, etc., con causa justificada). Se medirá la percepción del cliente con respecto a la respuesta obtenida.

6a-01-01-10-E Se mide el grado de conformidad del cliente y de su entorno relacional con el trato recibido del personal en general y del relacionado directamente con su proceso asistencial.

6a-01-01-11-Q Se mide la percepción del cliente con respecto al mantenimiento de la confidencialidad de sus datos.

6a-01-01-12-E Se mide la percepción del cliente con respecto a la disponibilidad de información suficiente para la toma de decisiones sobre su enfermedad y el tratamiento.

Básicamente, la información responde:

- a sus derechos
- a su enfermedad
- a las opciones diagnósticas y/o terapéuticas propuestas
- a las condiciones administrativas y económicas

6a-01-01-13-E Se mide la percepción del cliente con respecto al mantenimiento de su privacidad y dignidad personal en todo momento.

6a-01-01-14-E Se mide la percepción del cliente en relación con el confort, la limpieza, la temperatura y la iluminación.

Incluye la comodidad de la sala de espera, la comodidad en el caso de haber estado en una habitación y el confort en cuanto a la limpieza.

6a-01-01-15-Q Se mide la percepción del cliente con respecto a la lencería/lavandería (características generales y estado de conservación).

6a-01-01-16-E Se mide la percepción del cliente en relación con la calidad de las comidas (presentación, temperatura, oportunidad, cantidad).

6a-01-01-17-E Se mide el grado de fidelización de los clientes.

La fidelidad de los clientes puede hacerse evidente mediante la investigación, entre otros, de los siguientes aspectos:

- voluntad de volver al mismo servicio en otras oportunidades
- voluntad de ir a otros servicios dentro de la organización
- voluntad de recomendar la organización

6a-01-01-18-E Se mide la percepción del cliente con respecto a la posibilidad de expresar y manifestar sus derechos y sus voluntades.

Se refiere a:

- conocimiento de la existencia del libro de reclamaciones y sugerencias, y mecanismo para acceder a él
- conocimiento de la posibilidad de expresión de voluntades anticipadas
- conocimiento de la posibilidad de participación en actividades de promoción de la salud

6a-01-01-19-Q Se mide la percepción del cliente con respecto al cumplimiento, por parte de la organización, de sus derechos y voluntades.

Se refiere a:

- atención a reclamaciones y sugerencias, y su comunicación
- atención a las voluntades anticipadas
- conocimiento de la carta de derechos y deberes de los ciudadanos en relación con la salud y la atención sanitaria

6a-01-01-20-E Se mide la percepción global del cliente con respecto al servicio recibido.

CRITERIO 6. RESULTADOS EN LOS CLIENTES

Subcriterio 6.b - Indicadores de rendimiento.

Agrupador conceptual: objetivación de la satisfacción del cliente – 01

Definición

Son las medidas relacionadas con el cliente que la organización aplica internamente y que están orientadas a evaluar, entender, prever y mejorar su satisfacción.

Objetivos

La organización:

- gestiona las reclamaciones, las sugerencias y los agradecimientos expresados por los clientes;
- mide su capacidad para satisfacer a los clientes, con respecto a la accesibilidad a los servicios;
- mide la fidelidad de sus clientes y valora el impacto en los resultados de la organización, y
- mide sus acciones con respecto al cumplimiento de los derechos del cliente.

Gestión de reclamaciones, sugerencias y agradecimientos

6b-01-01-01-E Se mide el número de reclamaciones orales y escritas, sugerencias y agradecimientos.

Se refiere a:

- número, relacionado con el tiempo y la cantidad de clientes que ha recibido el servicio
- discriminación y análisis de causas
- identificación de oportunidades de mejora

6b-01-01-02-E Se miden los tiempos de respuesta ante reclamaciones, sugerencias y agradecimientos.

6b-01-02-01-E Se cuantifican y califican las listas de espera para acceder a los servicios.

Se refiere a:

- número de clientes discriminados por servicios y por prácticas
- tiempo transcurrido en el proceso de lista de espera

Se solicitará información de las actividades quirúrgicas y exploratorias.

6b-01-02-02-Q Se cuantifican y califican las demoras para acceder a los servicios.

Se refiere a:

- tiempo de demora
- discriminación por servicio y práctica
- diferenciación entre primera cita o cita sucesiva (tiempo mínimo para programar una cita asistencial)

6b-01-02-03-E Se cuantifican y califican los tiempos de espera para ser atendido.

Los datos pueden ser discriminados por:

- servicio
- práctica
- profesional responsable que interviene

6b-01-02-04-Q Se cuantifican y califican las cancelaciones de citas o inasistencias (consultas externas, cirugías, etc.) y se analizan las causas.

Los datos pueden ser discriminados por:

- servicio
- práctica
- profesional responsable que interviene

Fidelidad

6b-01-03-01-Q Se mide el número de clientes nuevos y los mecanismos que orientaron su elección.

Se refiere a la medida de los motivos que orientaron a los nuevos clientes a elegir la organización:

- derivación directa
- proximidad del domicilio
- recomendaciones de otros clientes
- conocimiento a través de folleto, publicidad de televisión y radio, etc.
- otros

6b-01-03-02-Q Se miden los cambios que realizan los clientes, durante la atención, por voluntad propia y dentro de la misma especialidad.

Se refiere a la solicitud de cambio de profesional responsable, discriminado por:

- servicio
- práctica
- profesional responsable que interviene
- motivo

6b-01-03-03-E Se cuantifican y califican las altas voluntarias.

Derechos del cliente

6b-01-04-01-Q Se cuantifica a los clientes beneficiados con las actividades de formación/educación específica.

Se refiere al número de clientes que completaron los planes formativos en relación con el número de quienes los iniciaron (discriminado por servicio y patología abordada).

CRITERIO 7. RESULTADOS EN LAS PERSONAS

Definición

La organización dispone de un conjunto de indicadores de rendimiento y resultados finales para determinar el éxito del desarrollo de la estrategia y políticas de apoyo relacionadas con las personas.

La organización establece los objetivos claros y entiende los factores clave que impulsan los resultados y el impacto que estos tienen sobre otros indicadores.

Subcriterio 7.a - Percepción.

Agrupador conceptual: percepción del personal – 01

Definición

La organización mide la percepción que tienen las personas que trabajan en ella, en cuanto a la cobertura de sus expectativas, el grado de motivación y el grado de satisfacción generado. La organización debe determinar el mejor método para captar estas opiniones, y también el contexto, la oportunidad y la frecuencia con que se obtienen.

Objetivos

Hay que medir la percepción que tienen las personas de la organización a la que pertenecen, en cuanto a motivación, sentimiento de pertenencia, satisfacción, cobertura de expectativas y clima laboral.

Los siguientes estándares están diseñados para obtener estos datos con encuestas, grupos focales y otros, que se deben realizar entre el personal de la organización.

En el caso de las encuestas, para comprender el grado de significación y representatividad de los resultados se debe explicitar el método utilizado.

7a-01-01-01-E Se mide el grado de conocimiento de la misión de la organización.

7a-01-01-02-Q Se mide el grado de aceptación y adhesión a la misión de la organización.

7a-01-01-03-Q Se mide el grado de sentimiento de pertenencia a la organización.

7a-01-01-04-Q Se mide el grado de conocimiento y aceptación del plan estratégico y de la participación en él.

7a-01-01-05-E Se mide el grado de conocimiento y aceptación del plan de calidad y de seguridad del paciente y de la participación en él.

7a-01-01-06-Q Se mide el grado de cobertura de las expectativas del personal respecto a su puesto de trabajo.

7a-01-01-07-Q Se mide el grado de cobertura de las expectativas del personal respecto a las relaciones con la organización.

7a-01-01-08-Q Se mide el grado de cobertura de las expectativas del personal respecto a la organización del trabajo en general.

7a-01-01-09-Q Se mide el grado de cobertura de las expectativas económicas del personal.

Se contextualizarán las expectativas en un entorno de situación del mercado laboral y profesional próximo.

7a-01-01-10-Q Se mide el grado de cobertura de las expectativas del personal respecto a las relaciones interpersonales e interprofesionales.

7a-01-01-11-Q Se mide el grado de cobertura de las expectativas del personal respecto a las oportunidades de promoción profesional.

7a-01-01-12-Q Se mide el grado de cobertura de las expectativas del personal con respecto a las oportunidades formativas.

7a-01-01-13-Q Se mide el grado de motivación percibido por el personal.

7a-01-01-14-Q Se mide la percepción de participación en la consecución de los objetivos institucionales y de la unidad funcional a la que se pertenece.

7a-01-01-15-Q Se mide la percepción del grado de reconocimiento de la organización en relación con el trabajo del personal.

7a-01-01-16-Q Se mide la percepción del grado de reconocimiento del esfuerzo que los líderes directos realizan con respecto a las personas que dependen de ellos.

7a-01-01-17-Q Se mide la percepción del personal respecto a la capacidad de liderazgo de la dirección.

7a-01-01-18-Q Se mide la percepción del personal respecto a la capacidad de motivación de los líderes.

7a-01-01-19-Q Se mide la percepción del personal respecto a la capacidad de liderazgo de los líderes directos.

7a-01-01-20-Q Se mide la percepción del personal respecto al ambiente de trabajo.

Con referencia a sus condiciones estructurales, de seguridad, confort, etc.

7a-01-01-21-Q Se mide la percepción del personal respecto a la carga de trabajo.

7a-01-01-22-Q Se mide la percepción del personal respecto a la calidad del servicio prestado.

7a-01-01-23-E Se mide la percepción del personal respecto a la seguridad en el puesto de trabajo.

7a-01-01-24-Q Se mide la percepción del personal respecto a la seguridad y la protección personal ante agresiones físicas, acoso y otras situaciones de riesgo.

CRITERIO 7. RESULTADOS EN LAS PERSONAS

Subcriterio 7.b - Indicadores de rendimiento.

Agrupador conceptual: indicadores de aptitudes, actitudes y habilidades – 01

Definición

La organización mide de forma objetiva el desarrollo y la eficacia de sus funciones en relación con el personal que forma parte de ella.

Objetivos

Hay que medir objetivamente la mejora, la consecución de objetivos y el cumplimiento de las funciones de la organización, con relación a las personas, en los siguientes ámbitos:

- productividad,
- gestión de personal,
- evaluación de aptitudes, actitudes y habilidades,
- atribuciones,
- formación, y
- conflictividad laboral.

Gestión de personal

7b-01-01-01-E Se calculan los recursos humanos necesarios y se miden los existentes.

7b-01-01-02-E Se mide el absentismo, por causas, y se identifica el porcentaje de cobertura.

Por colectivos y áreas funcionales.

7b-01-01-03-Q Se mide la productividad del personal.

Por colectivos y áreas funcionales, por unidades homogéneas de trabajo (visitas por persona, altas por persona, estancias por persona, intervenciones quirúrgicas por persona, UME por persona, etc.).

7b-01-01-04-Q Se mide el grado de cumplimiento del plan de acogida para las nuevas incorporaciones.

Por colectivos y áreas funcionales. Se debe diferenciar el plan de acogida general y el específico del puesto de trabajo.

7b-01-01-05-Q Se mide la formalización de los expedientes de personal según los procedimientos.

Por colectivos.

7b-01-01-06-Q Se mide la correlación entre puesto de trabajo y definición del puesto.

Todos los puestos de trabajo deben correlacionarse con una descripción de puesto específica.

Evaluación de aptitudes, actitudes y habilidades

7b-01-02-01-Q Se mide la relación entre personas con evaluación de aptitudes, actitudes y habilidades vigentes y personas totales tributarias de ser evaluadas.

7b-01-02-02-Q Se mide la evaluación de aptitudes, actitudes y habilidades.

Por colectivos y áreas funcionales.

7b-01-02-03-Q Se mide la adaptación de condiciones del puesto de trabajo establecido en el mapa de riesgos laborales.

Personas con condiciones adaptadas sobre personas totales.

7b-01-02-04-Q Se miden las situaciones de cobertura insuficiente de la plantilla mínima establecida y sus causas.

Por áreas funcionales.

Evaluación de las atribuciones

7b-01-03-01-Q Se mide el desajuste entre atribuciones y puesto de trabajo.

Se identifican las veces que, por causas determinadas, se asigna una función a quien no tiene las atribuciones adecuadas (sustituciones, etc.).

7b-01-03-02-Q Se miden los incumplimientos de atribuciones.

Se identifican específicamente las transgresiones del marco competencial individual, concretamente en los procesos de más riesgo.

7b-01-03-03-Q Se mide la vigencia de las atribuciones otorgadas.

Número de personas con competencias vigentes sobre el total de personas con atribuciones otorgadas. Por colectivos y áreas funcionales.

Formación

7b-01-04-01-E Se mide el grado de cumplimiento de la formación anual en salud laboral.

Por colectivos y áreas funcionales.

7b-01-04-02-E Se mide el grado de cumplimiento de la formación anual en calidad, seguridad del paciente y mejora continua.

Por colectivos y áreas funcionales.

7b-01-04-03-E Se mide el grado de cumplimiento de la formación anual en prevención y actuación ante una emergencia.

Por colectivos y áreas funcionales.

7b-01-04-04-Q Se mide el número de simulacros ante potenciales emergencias.

7b-01-04-05-E Se mide el grado de cumplimiento de la formación anual en prevención y control de la infección.

Por colectivos y áreas funcionales.

7b-01-04-06-E Se mide el grado de cumplimiento de la formación anual en reanimación cardiopulmonar.

Por colectivos y áreas funcionales.

7b-01-04-07-E Se mide el cumplimiento del plan de formación.

Por colectivos y áreas funcionales.

7b-01-04-08-Q Se miden las horas de formación impartidas dentro de la organización, así como las horas de formación recibidas por el personal de la organización.

Por colectivos y áreas funcionales.

Derechos del personal

7b-01-05-01-E Se miden los incidentes y las denuncias contra la dignidad personal, el abuso de poder, el acoso, las agresiones y otras problemáticas.

Se registran como "acontecimiento centinela".

7b-01-05-02-E Se mide la conflictividad laboral.

En términos de denuncias a Magistratura del Trabajo, a Inspección de Trabajo, número de personas afectadas, número de jornadas perdidas a causa de huelgas, etc.

CRITERIO 8. RESULTADOS EN LA SOCIEDAD

Definición

Las organizaciones excelentes producen y acuerdan un conjunto de indicadores de rendimiento y resultados finales, basados en las necesidades y las expectativas de los grupos de interés externos relevantes, para determinar el éxito del desarrollo de su estrategia social y ambiental y sus políticas de apoyo.

CRITERIO 8. RESULTADOS EN LA SOCIEDAD

Subcriterio 8.a/b - Percepción e indicadores de rendimiento.

Agrupador conceptual: difusión y promoción de la salud e impacto local – 01

Definición

La organización mide la percepción que tiene la sociedad de su actuación como agente comunitario destacado.

Objetivo

La organización debe cuidar de:

- la difusión de la información relevante para la comunidad,
- la cobertura en medios de comunicación generales,
- la incidencia en la economía local y nacional,
- la relación con las autoridades relevantes,
- el comportamiento ético,
- la implicación en la educación y la formación en temas relacionados con la prevención de riesgos para la salud y accidentes, la seguridad, la contaminación, etc.
- el apoyo al deporte, el ocio y la cultura, y
- la facilitación del trabajo voluntario y sin ánimo de lucro.

Grado de difusión y conocimiento de la organización que tiene la sociedad

8a/b-01-01-01-Q **Se mide la participación de la organización en actos públicos, colaboraciones con asociaciones, Administración Pública, escuelas, centros sociales, etc.**

- Número de conferencias en escuelas, centros sociales, etc.
- Número de participaciones en actos públicos
- Número de jornadas de puertas abiertas
- Participación en asociaciones, ayuntamientos, Administración Pública

Cobertura en medios de comunicación general

8a/b-01-02-01-Q Se miden las apariciones por actividades relevantes en prensa escrita, radio, televisión y otros medios, tanto estatales como locales.

8a/b-01-02-02-E Se miden las visitas al sitio web de la organización.

8a/b-01-02-03-Q Se mide su presencia en los buscadores generales y científicos.

Incidencia en la economía local y estatal

8a/b-01-03-01-E Se miden las contrataciones de personas residentes en la localidad o en un lugar próximo.

Porcentaje de personas contratadas residentes en la localidad o en un lugar próximo sobre el total del personal.

8a/b-01-03-02-E Se mide la contratación de personas que forman parte de los colectivos desfavorecidos.

Se incluye en este colectivo a las personas contratadas:

- mayores de 45 años
- discapacitadas
- inmigrantes
- otros colectivos desfavorecidos

8a/b-01-03-03-Q Se mide la inversión en investigación.

8a/b-01-03-04-Q Se miden los proyectos en colaboración con la universidad u otras entidades.

Actividades de carácter humanitario de la organización

8a/b-01-04-01-Q Se mide el apoyo a organizaciones humanitarias.

- Se mide el porcentaje de personas que colaboran con asociaciones de carácter humanitario y actividades de cooperación sobre el total del personal y discriminado por tipo de actividad desarrollada.
- Se miden las organizaciones humanitarias a las que dan apoyo (económico, profesional, logístico, etc.)
- Se mide la cantidad económica en donativos por parte de la organización a asociaciones humanitarias, de carácter benéfico, social, etc.

8a/b-01-04-02-E Se mide el número de personas que realizan tareas de voluntariado en la organización.

Número de personas implicadas en el programa y su dedicación en jornadas completas, agrupadas por actividad desarrollada.

Implicación en la educación y la formación

8a/b-01-05-01-E Se miden el número de horas de formación a personas externas a la organización.

Número de cursos realizados anualmente a personas externas. Se incluye, entre otros cursos, la formación al colectivo de personas voluntarias.

8a/b-01-05-02-Q Se segmentan los cursos y horas de formación por temática y público diana al que van dirigidos.

Mediciones anuales.

8a/b-01-05-03-E Se mide el número de alumnos en prácticas en la organización, por horas y por colectivos.

Número de alumnos en prácticas por año. Se incluye como colectivos externos a la organización a los alumnos de formación profesional, pregrado, rotatorios y alumnos de máster.

Apoyo al deporte, ocio y cultura por parte de la organización

8a/b-01-06-01-Q Se miden el número de actividades deportivas, lúdicas y culturales patrocinadas por la organización.

Mediciones anuales.

CRITERIO 8. RESULTADOS EN LA SOCIEDAD

Subcriterio 8.a/b: - Percepción e indicadores de rendimiento.

Agrupador conceptual: impacto ecológico – 02

Definición

La organización mide la percepción que la sociedad tiene de su actuación como un miembro sensibilizado y colaborador en la mejora del medio ambiente. Además, la organización realiza medidas propias para mejorar su actuación en este ámbito.

Objetivos

- La organización promueve la mejora del medio ambiente e implanta medidas para disminuir el impacto ambiental, los residuos y embalajes, la contaminación, las emisiones de tóxicos y las aguas residuales.
- Además, la organización fomenta el uso seguro y eficiente de los suministros (gas, agua y electricidad) y de los materiales nuevos o reciclados.

Impacto ambiental de la organización

8a/b-02-01-01-E Se mide el número de reclamaciones recibidas, multas o avisos relacionados con la contaminación.

Discriminados por motivo.

8a/b-02-01-02-E Se mide el número de certificados medioambientales y de otros referentes de sostenibilidad.

Incluye las certificaciones y evaluaciones externas:

- EMAS
- ISO 14001 Global reporting initiative (GRI)
- SA 8000
- ISO 26000
- Agenda 21 y otras recomendaciones de la Cumbre de la Tierra y otros referentes de sostenibilidad.

8a/b-02-01-03-E Se mide la inversión realizada en equipamientos y tecnología más limpia.

Incluye los equipos de menor consumo energético y equipos de energía más limpia.

8a/b-02-01-04-E Se mide el porcentaje de todo tipo de residuos valorizados.

Se mide el porcentaje de residuos discriminados por tipología sobre el total de residuos generados.

8a/b-02-01-05-E Se mide el porcentaje de todo tipo de residuos minimizados.

Residuos minimizados; disminución de la producción de residuos con destino al vertedero. Porcentaje de residuos minimizados discriminados por tipología sobre el total de residuos generados.

8a/b-02-01-06-E Se mide el gasto realizado para el mantenimiento y la inversión en mejoras en la fachada y alrededor del edificio.

8a/b-02-01-07-E Se mide el consumo de electricidad en relación con la actividad global.

8a/b-02-01-08-E Se mide el consumo de combustible en relación con la actividad global.

8a/b-02-01-09-E Se mide el consumo de agua en relación con la actividad global.

8a/b-02-01-10-E Se mide la inversión realizada para la disminución de las emisiones atmosféricas en relación con la actividad global.

La inversión puede ser para aumentar la depuración del aire y para aumentar los controles externos.

8a/b-02-01-11-E Se mide la inversión realizada en la depuración de las aguas residuales para reducir las concentraciones de los parámetros por debajo de los límites de vertido legalmente establecidos.

8a/b-02-01-12-E Se mide el porcentaje de energía generada por sistemas alternativos.

En este estándar queda incluida la energía cogenerada.

8a/b-02-01-13-E Se mide el número de campañas de ahorro de recursos naturales y otras relacionadas con la mejora del medio ambiente realizadas por la organización.

CRITERIO 8. RESULTADOS EN LA SOCIEDAD

Subcriterio 8.a/b: - Percepción e indicadores de rendimiento.

Agrupador conceptual: impacto en la sociedad – 03

Definición

La organización mide la percepción que tiene la sociedad de su actuación en cuanto a los reconocimientos y premios otorgados por entidades sociales y especializadas. Además, la organización realiza medidas propias para fomentar el desarrollo y mejorar su rendimiento en este ámbito.

Estas percepciones de la sociedad deben dejar claro lo que opina de la eficacia del desarrollo y la ejecución de la estrategia social y ambiental, sus políticas de apoyo y sus procesos.

Igualmente, la organización mide su actuación frente a la sociedad en general.

Objetivos

La organización mide:

- los reconocimientos y premios otorgados por personas, entidades sociales y científicas,
- la cobertura en medios de comunicación especializados, y
- la actividad científica realizada.

Reconocimiento social

8a/b-03-01-01-E Se mide el número de premios/reconocimientos de entidades sociales a la organización y/o personas.

Se incluyen las personas externas a la organización, como es el caso del personal voluntario.

8a/b-03-01-02-E Se mide el número de reconocimientos de los clientes y proveedores en medios de comunicación.

Impacto en la comunidad científica

8a/b-03-02-01-E Se mide el número de premios/reconocimientos de entidades científicas a la organización y/o personas.

Se incluyen las personas externas a la organización, como es el caso del personal voluntario.

8a/b-03-02-02-E Se mide el número de publicaciones en revistas o prensa (no especializada) nacional y/o local.

8a/b-03-02-03-E Se mide el número de publicaciones en revistas especializadas internacionales y nacionales.

Se miden las publicaciones, tanto en formato papel como informático.

8a/b-03-02-04-E Se mide el número de ponencias en congresos y otros acontecimientos internacionales y nacionales.

8a/b-03-02-05-E Se mide el número de comunicaciones aceptadas en congresos y otros acontecimientos internacionales y nacionales.

8a/b-03-02-06-E Se mide el número de pósteres aceptados en congresos y otros acontecimientos internacionales y nacionales.

8a/b-03-02-07-E Se mide la media del factor de impacto de las publicaciones científicas y otros sistemas de medida.

CRITERIO 9. RESULTADOS CLAVE

Definición

Las organizaciones excelentes producen y acuerdan un conjunto de resultados clave, económico-financieros y no económicos, basados en las necesidades y las expectativas de los grupos de interés clave con la finalidad de determinar el éxito del desarrollo de su estrategia.

Estos estándares recogen qué objetivos está alcanzando la organización con relación al rendimiento planificado.

CRITERIO 9. RESULTADOS CLAVE

Subcriterio 9.a - Resultados e indicadores organizacionales clave.

Agrupador conceptual: resultados e indicadores organizacionales clave – 01

Definición

La organización mide y controla sus resultados en el ámbito de la estructura organizativa y en las funciones y procesos estratégicos.

Objetivos

La organización mide aspectos fundamentales de su actuación conjunta en relación con:

- el plan estratégico,
- el plan de calidad y de seguridad del paciente,
- las políticas y estrategias de mercado,
- los proveedores externos de servicios asistenciales, y
- las subcontrataciones y otros proveedores.

Plan estratégico

9a-01-01-01-E Se mide el grado de cumplimiento de los objetivos fijados.

Por área de responsabilidad.

Plan de calidad y de seguridad del paciente

9a-01-02-01-E Se mide el número de objetivos de calidad conseguidos sobre el total previsto.

Este estándar mide el cumplimiento cuantitativo de los objetivos de calidad. Estos pueden estar recogidos en el plan de calidad y de seguridad del paciente o bien incardinados en otros documentos, como el plan estratégico o el plan de gestión de la organización.

9a-01-02-02-Q Se mide el porcentaje de indicadores de calidad activos sobre el total previsto.

Este estándar mide los indicadores que se han puesto en marcha sobre el total.

9a-01-02-03-Q Se mide el porcentaje de indicadores de calidad que detectan mejora sobre el total de evaluados.

9a-01-02-04-E Se mide el grado de actualización de los protocolos y otros documentos estandarizados existentes en la organización.

Se incluyen los protocolos clínicos, procedimientos organizativos, instrucciones técnicas y otros documentos normativos que la organización reconozca y registre.

Políticas y estrategias en relación con el mercado

9a-01-03-01-Q Se mide la cuota de mercado alcanzada.

Determinada por entidad pagadora y por línea productiva (consultas, hospitalización, urgencias, etc.).

Proveedores externos de servicios sanitarios

9a-01-04-01-E Se mide el grado de cumplimiento de los criterios establecidos para los proveedores externos de servicios asistenciales.

En términos de:

- calidad de servicio
- agilidad en la programación y ejecución
- demora en la entrega de resultados o en la realización de la asistencia
- interacción con los profesionales

Para las líneas de producto o servicio que la propia organización determine.

9a-01-04-02-E Se mide el número de no conformidades del servicio prestado con respecto al total de actividad derivada.

Para aquellas líneas de producto o servicio que la propia organización determine.

Subcontrataciones

9a-01-05-01-Q Se mide el grado de cumplimiento de los criterios establecidos para los servicios subcontratados.

En términos de:

- calidad de servicio
- agilidad en la programación y ejecución
- demora en la entrega de resultados o en la realización de la asistencia
- interacción con los profesionales

Para las líneas de producto o servicio que la propia organización determine.

9a-01-05-02-E Se mide el número de no conformidades del servicio subcontratado prestado con respecto al total de actividad realizada.

Para las líneas de producto o servicio que la propia organización determine.

Otros proveedores

9a-01-06-01-Q Se mide el grado de cumplimiento de los criterios establecidos para los proveedores.

En términos de:

- adaptación a los requisitos de producto
- calidad de servicio
- agilidad en el pedido
- agilidad en la entrega de productos o en la realización del servicio

Para aquellas líneas de producto o servicio que la propia organización determine.

9a-01-06-02-E Se mide el número de no conformidades del producto/servicio prestado con respecto al total.

Para las líneas de producto o servicio que la propia organización determine.

CRITERIO 9. RESULTADOS CLAVE

Subcriterio 9.b - Resultados e indicadores económicos clave.

Agrupador conceptual: resultados e indicadores económicos clave – 01

Definición

La organización mide sus resultados económicos, garantiza la sostenibilidad de la actividad y busca la máxima eficiencia.

Objetivos

Evaluar las magnitudes económicas de la actividad de la organización, desde una perspectiva global y desde su concreción en líneas productivas.

9b-01-01-01-E Se mide la correlación entre la contabilidad y el presupuesto.

- Mensual
- Acumulada
- TAM (tasa anual media)
- Por naturaleza o por capítulo presupuestario
- Variaciones interanuales

9b-01-01-02-Q Se mide el peso proporcional de las diferentes partidas sobre el coste total.

- Mensual
- Acumulada
- TAM (tasa anual media)
- Por naturaleza o por capítulo presupuestario
- Variaciones interanuales

9b-01-01-03-E Se mide la evolución de los costes.

- Mensual
- Acumulada
- TAM (tasa anual media)
- Por naturaleza o por capítulo presupuestario
- Variaciones interanuales

9b-01-01-04-E Se mide la facturación y su evolución.

Por entidad pagadora.

9b-01-01-05-E Se mide el flujo de caja (*cash flow*).

- Beneficio antes de impuestos–amortizaciones
- Mensual
- Acumulada
- TAM (tasa anual media)
- Variaciones interanuales

9b-01-01-06-Q Se mide la facturación por unidad de producción.

- Mensual
- Acumulada
- TAM (tasa anual media)
- Variaciones interanuales
- Unidad de producción: UME, UPA, etc.

9b-01-01-07-Q Se mide la facturación generada por cada área asistencial o de gestión.

Diferenciada por:

- ingresos por alta
- ingresos por estancia
- ingresos por urgencia
- ingresos por visita
- ingresos por proceso

Discriminada por:

- entidad pagadora

9b-01-01-08-Q Se miden los costes, discriminados por naturaleza, generados por cada área asistencial o de gestión y por unidad de producción.

- Costes por alta
- Costes por estancia
- Costes por urgencia
- Costes por visita
- Costes por proceso
- Costes por unidad de producción

9b-01-01-09-E Se mide la inversión realizada, por concepto, y su evolución.

Diferenciada por:

- inversión en tecnología sanitaria
- en equipamientos
- en estructura y remodelación
- en la planta técnica
- en mobiliario, en informática, etc.
- otros

9b-01-01-10-Q Se mide la inversión realizada en reposición de equipamientos tecnológicos sanitarios.

CRITERIO 9. RESULTADOS CLAVE

Subcriterio 9.c - Resultados e indicadores operacionales clave.

Agrupador conceptual: procesos clave – 01

Definición

La organización mide los resultados alcanzados, basados en su estrategia, en los ámbitos en los que se desarrollan los procesos clave.

Objetivos

Se mide el grado de consecución de los objetivos marcados en los procesos clave como:

- la atención ambulatoria,
- la atención urgente,
- la atención en la hospitalización, y
- la atención quirúrgica.

Atención ambulatoria

9c-01-01-01-E Se mide la actividad ambulatoria.

La medida de la actividad debe ser suficientemente expresiva como para permitir la gestión efectiva y eficiente. Se debe discriminar por consultas externas, hospital de día y gabinetes de exploraciones. Por ejemplo:

- número de primeras consultas más consultas sucesivas/número de días hábiles del periodo
- índice de consultas sucesivas/primeras consultas, discriminado por servicios, cuidados de enfermería, etc.
- número de exploraciones realizadas, discriminado por especialidades
- número de actividades realizadas en el hospital de día, por especialidades

9c-01-01-02-Q Se mide el rendimiento de las instalaciones de atención ambulatoria.

9c-01-01-03-Q Se mide la actividad realizada no programada.

Atención urgente

9c-01-02-01-E Se mide la actividad del área de urgencias.

Esta medida debe permitir el conocimiento de la actividad del área, de sus flujos horarios, diarios, semanales, etc. Podrá discriminarse por especialidad.

9c-01-02-02-E Se mide la presión de urgencias.

- Número de ingresos hospitalarios procedentes de urgencias.
- Porcentaje de urgencias que ingresan sobre el total de urgencias.

9c-01-02-03-Q Se miden las urgencias internas.

Discriminadas por:

- unidades
- servicios
- patologías

9c-01-02-04-E Se mide el número de los clientes que vuelven a urgencias antes de las 72 horas del alta desde el área.

Ajustados por:

- patologías
- técnicas realizadas
- áreas y/o unidades/servicios

9c-01-02-05-E Se miden los traslados que se realizan a otros centros.

Tasa de traslados a otros hospitales y motivo.

9c-01-02-06-Q Se mide el destino o derivación de los clientes atendidos en el área de urgencias.

9c-01-02-07-E Se mide el tiempo de espera para ser visitado en el área de urgencias.

Diferenciado por:

- pacientes visitados
- pruebas complementarias
- porcentaje de clientes que esperan más de una hora para ser visitados

9c-01-02-08-Q Se mide el tiempo de espera para ser ingresado en el área de hospitalización desde urgencias.

Tiempo de espera para ser ingresado.

Porcentaje de clientes que están más de 24 horas en urgencias antes de ser ingresados.

9c-01-02-09-E Se mide el número de clientes que se marchan antes de ser atendidos.

Es una medida indirecta del grado de aceptación del servicio.

9c-01-02-10-E Se mide la mortalidad en el área de urgencias y sus motivos.

9c-01-02-11-E Se mide el número de acontecimientos adversos en el área de urgencias y sus motivos.

Por ejemplo: caídas desde la camilla, silla, errores de identificación, errores de medicación, etc.

Atención a la hospitalización

9c-01-03-01-Q Se mide el número de los clientes atendidos según los protocolos y el grado de cumplimiento.

La organización determina qué procesos clínicos se evaluarán. Se revisa el nivel de aplicación de los protocolos, discriminados por patologías.

Clientes atendidos según el protocolo/total de clientes atendidos.

9c-01-03-02-E Se mide el número de altas, estancias y la estancia media.

Diferenciadas por:

- unidad
- servicio
- diagnóstico

9c-01-03-03-Q Se mide la adecuación de los ingresos y las estancias.

Ingresos y estancias innecesarias, días de estancia adicionales en relación con los previstos.

9c-01-03-04-E Se mide el número de traslados internos y externos.

- Unidad
- Servicio
- Diagnóstico

9c-01-03-05-E Se mide el índice de ocupación.

- Porcentaje de camas ocupadas/camas disponibles
- Desglosados por los diversos servicios o unidades
- Número de estancias en un periodo/número de camas disponibles por número de días del periodo y por 100.

9c-01-03-06-E Se mide el número de reingresos.

Nuevo ingreso antes de los 30 días del alta por el mismo proceso.

Incluye los reingresos para reintervención o por otras complicaciones. Desglosado por cirugía ambulatoria, programada y urgente.

9c-01-03-07-Q Se mide el grado de cumplimiento del plan de acogida del cliente con relación al total de ingresos.

- Unidad
- Servicio

9c-01-03-08-Q Se mide el cumplimiento de la evaluación del riesgo potencial del cliente en el ingreso.

- Físico-nutricional
- Social
- Económico
- Alergia a los fármacos
- Sospecha de maltrato
- Otros

9c-01-03-09-Q Se mide la demora en la atención urgente del cliente hospitalizado.

9c-01-03-10-E Se mide el grado de cumplimiento del protocolo de contención existente en la organización.

Detallando días inmovilizados/días de estancia.

9c-01-03-11-E Se mide la aparición de úlceras por presión de origen nosocomial relacionadas con el encamamiento de los clientes.

Cliente con úlcera/número de días encamado.

Diferenciados por:

- unidad funcional de ingreso
- patología previa: diabetes, obesidad, malnutrición, etc.

9c-01-03-12-Q Se miden las complicaciones procedimentales (endoscopias, biopsias, punciones, etc.) registradas durante la hospitalización y relacionadas con el total.

9c-01-03-13-E Se miden los acontecimientos adversos de los clientes en el área de hospitalización y sus motivos.

Por ejemplo: errores en la identificación de los clientes, caídas de la cama, silla de ruedas, camilla, escaleras, baño, etc.

Relacionados por unidades, servicios y patologías.

Relacionados por días de encamamiento.

9c-01-03-14-E Se mide la mortalidad.

Por:

- unidades
- patología
- edad
- sexo
- tratamiento realizado
- otros

9c-01-03-15-Q Se miden las muertes no esperadas.

Por:

- unidades
- patología
- edad
- sexo
- tratamiento realizado

9c-01-03-16-Q Se miden el número de análisis causa raíz (ACR) realizadas de las muertes no esperadas.

9c-01-03-17-E Se mide el número de clientes atendidos según los protocolos u otros documentos estandarizados de actos clínicos.

Se da relevancia al plan de alta, previsto para los clientes. La organización determina qué procesos clínicos se evaluarán. Se revisa el nivel de aplicación de los protocolos, discriminados por patologías.

Clientes atendidos según el protocolo/total de clientes atendidos. Se mide el grado de cumplimiento de los protocolos.

Atención quirúrgica

9c-01-04-01-E Se mide la actividad en el área quirúrgica/obstétrica.

Las medidas deben ser suficientemente expresivas para una correcta gestión de la efectividad, eficiencia y calidad del área. Por ejemplo:

- número de intervenciones programadas
- número de intervenciones urgentes
- número de intervenciones ambulatorias
- número de partos (cesáreas/partos vaginales eutócicos/partos vaginales instrumentales)
- número de anestесias generales (programadas, ambulatorias, urgentes)
- número de anestесias locales (programadas, ambulatorias, urgentes)

9c-01-04-02-E Se mide los tiempos de ocupación de los quirófanos.

Entendido como el rendimiento de los quirófanos.

- Por servicios
- Por quirófanos

9c-01-04-03-E Se miden las intervenciones anuladas y su motivo.

9c-01-04-04-E Se mide la estancia media preoperatoria.

- Programados
- Urgentes

9c-01-04-05-E Se mide el porcentaje de clientes que llegan al área de atención quirúrgica con la preparación y documentación correctas sobre el total de los clientes programados atendidos.

Entendemos por preparación y documentación correcta:

- preparación preoperatoria necesaria, según protocolos y órdenes médicas
- historia clínica bien documentada (pruebas complementarias incluidas)
- consentimiento informado firmado por el cliente y el médico responsable
- preoperatorio supervisado y firmado por el anestесista

9c-01-04-06-E Se mide el porcentaje de clientes con profilaxis antibiótica según el protocolo, sobre el total de clientes tributarios.

9c-01-04-07-E Se miden las complicaciones anestésicas y quirúrgicas/obstétricas durante la atención en el área quirúrgica.

Desglosado por cirugía ambulatoria, programada y urgente.
Por servicio e intervención. Por tipo de anestesia

9c-01-04-08-E Se mide la mortalidad intraoperatoria.

Por servicio e intervención.

9c-01-04-09-E Se miden las complicaciones posanestésicas, posquirúrgicas/obstétricas.

Inmediatas (fuera del área quirúrgica) y mediatas (30 días).
Incluye complicaciones infecciosas, infección de localización quirúrgica en cirugía limpia.
Desglosadas por servicios e intervenciones. Por tipo de anestesia.
Complicaciones postparto.
Reingreso antes de 15 días después del parto.
Clientes con complicaciones hemorrágicas.
Mortalidad durante las primeras 24 horas, mortalidad materna.

9c-01-04-10-E Se mide el índice de sustitución de la cirugía de ingreso hospitalaria por la ambulatoria en determinados procesos.

La organización debe determinar para qué procesos quirúrgicos.

9c-01-04-11-E Se miden las reintervenciones.

Nueva intervención antes de las 48 horas y antes del alta, no programada.

9c-01-04-12-Q Se mide el número de clientes atendidos según los protocolos y el grado de cumplimiento.

La organización determina qué procesos clínicos se evaluarán. Se revisa el nivel de aplicación de los protocolos, discriminados por patologías.

Clientes atendidos según el protocolo/total de clientes atendidos.

CRITERIO 9. RESULTADOS CLAVE

Subcriterio 9.c - Resultados e indicadores operacionales clave.

Agrupador conceptual: procesos de apoyo – 02

Definición

La organización mide los resultados alcanzados, basados en su estrategia, en los ámbitos en los que se desarrollan los procesos de apoyo.

Objetivos

Se mide el grado de consecución de los objetivos marcados en los procesos de apoyo como:

- laboratorio,
- uso de sangre y componentes sanguíneos,
- uso del medicamento,
- radiodiagnóstico, medicina nuclear y radioterapia,
- rehabilitación,
- nutrición,
- archivo y documentación clínica, gestión de los clientes y sistemas de información, prevención y control de la infección,
- hostelería,
- almacén,
- trabajo social,
- mantenimiento y adecuación del edificio, y
- gestión de residuos.

Laboratorios

9c-02-01-01-E Se miden las determinaciones realizadas en las diferentes áreas.

- Hospitalización

- Urgencias

- Ambulatoria

Diferenciadas por:

- programadas
- urgentes
- orientación diagnóstica
- tipo de técnica

9c-02-01-02-Q Se mide el número de determinaciones por cliente y/o proceso.

Diferenciadas por:

- unidad
- servicio
- orientación diagnóstica

9c-02-01-03-E Se miden las incidencias y se discriminan por motivos.

Por ejemplo:

- repeticiones de extracción
- defectos de procedimiento que generan repetición de pruebas
- número de clientes a los que no se realiza la prueba por preparación inadecuada
- informes perdidos
- incumplimiento o retraso por paradas de los equipos

9c-02-01-04-E Se mide el número total de biopsias realizadas.

Diferenciadas por:

- unidad
- servicio
- diagnóstico

9c-02-01-05-E Se mide el número de citologías realizadas.

Diferenciadas por:

- unidad
- servicio
- diagnóstico

9c-02-01-06-E Se mide el número de biopsias preoperatorias.

Relacionado con el total de intervenciones que la organización determine.

9c-02-01-07-Q Se mide el porcentaje de biopsias sobre el total de intervenciones tributarias.

Relacionado con el total de intervenciones que la organización determine.

9c-02-01-08-Q Se mide la tasa de correlación entre diagnóstico clínico y diagnóstico patológico.

Por:

- servicio
- procedencia

9c-02-01-09-Q Se mide el porcentaje de necropsias realizadas relacionado con el total de exitus del centro.

9c-02-01-10-E Se mide el tiempo de demora en la entrega de los resultados.

Biopsias, citologías y necropsias.

Uso de la sangre y componentes sanguíneos

9c-02-02-01-E Se mide el número de unidades transfundidas para cada tipo de componente sanguíneo.

9c-02-02-02-Q Se mide el porcentaje de unidades de autotransfusión transfundidas en relación con el total de autotransfusiones.

9c-02-02-03-E Se miden las unidades transfusionales rechazadas/descartadas y sus motivos.

Incluye las caducidades.

9c-02-02-04-Q Se mide el índice de utilización de la sangre para patologías o procedimientos determinados.

9c-02-02-05-E Se mide la demanda adecuada de sangre en reserva para cirugía electiva.

Evaluación de la demanda en los servicios: urología, COT, cirugía general, ginecología y obstetricia, cirugía vascular, otorrinolaringología, etc.

9c-02-02-06-E Se miden las reacciones transfusionales.

9c-02-02-07-E Se miden los errores cometidos por el servicio de transfusión. Se incluyen las entregas erróneas de componentes sanguíneos y se aplican las correspondientes medidas correctoras.

9c-02-02-08-E Se miden los errores de administración de componentes sanguíneos en la cabecera de la cama del paciente.

9c-02-02-09-Q Se mide el grado de formalización adecuado de las peticiones de sangre y componentes sanguíneos.

9c-02-02-10-E Se miden las incidencias y sus motivos.

Por ejemplo:

- falta de depósitos
- demora en la entrega del pedido
- incidencias con el proveedor externo
- transmisión de enfermedades contagiosas

Uso del medicamento

9c-02-03-01-E Se mide el consumo de medicamentos.

Diferenciados por:

- unidad, servicio y diagnóstico
- botiquines, dispensación ambulatoria
- tipo de fármaco

9c-02-03-02-Q Se mide el número de preparaciones de medicamentos que se realizan en la propia organización.

Por ejemplo:

Alimentación parenteral, citostáticos y otros.

9c-02-03-03-Q Se mide el porcentaje de unidosis sobre el total de medicamentos dispensados.

9c-02-03-04-Q Se miden las tasas de errores en la prescripción de los medicamentos.

Se valoran por unidades, servicios y diagnósticos.

9c-02-03-05-E Se miden las tasas de errores en la dispensación de los medicamentos.

Se valoran por unidades, servicios y diagnósticos.

9c-02-03-06-E Se miden las tasas de errores de administración de los medicamentos.

Se valoran por unidades, servicios y diagnósticos.

9c-02-03-07-E Se miden las reacciones adversas, las toxicidades, las interacciones y las incompatibilidades detectadas durante la atención al cliente.

Relación con las notificaciones a la Administración.

Discriminadas por las causas.

9c-02-03-08-E Se miden las incidencias en la custodia de los medicamentos considerados de riesgo.

- Estupefacientes
- Neurolépticos
- Psicotrópicos

9c-02-03-09-E Se mide el número de caducidades de los medicamentos registrados en los *stocks*.

- Por unidades
- Por servicios

9c-02-03-10-E Se miden los medicamentos utilizados no incluidos en la guía farmacoterapéutica.

- Unidad
- Grupos farmacológicos

9c-02-03-11-E Se miden las incidencias registradas en las revisiones en los carros de parada cardíaca.

Por ejemplo:

- caducidades
- falta de productos

9c-02-03-12-Q Se mide el número de consultas técnico-farmacéuticas realizadas.

9c-02-04-01-E Se mide la actividad realizada.

Número de estudios diagnósticos realizados en un intervalo (áreas, servicios, etc.) en los dos ámbitos.

Número de estudios por cliente hospitalizado.

Número de estudios por cliente atendido en consulta externa.

Número de estudios por cliente atendido en urgencias.

Número de estudios por intervención quirúrgica (preoperatorio).

Número de procedimientos terapéuticos en los tres ámbitos.

9c-02-04-02-Q Se mide el número de exploraciones duplicadas.

Se hace referencia a la evitación de exploraciones inadecuadas.

9c-02-04-03-Q Se mide el rendimiento de las máquinas.

9c-02-04-04-Q Se miden los recursos consumidos por exploración y/o tratamiento.

Discriminados por los diagnósticos y recursos que la organización determine.

9c-02-04-05-Q Se miden las horas de parada de las máquinas para el mantenimiento correctivo y preventivo.

En los tres ámbitos: radiodiagnóstico, radioterapia y medicina nuclear.

9c-02-04-06-E Se miden las incidencias y sus motivos.

Por ejemplo:

- preparación inadecuada de los clientes
- errores en la programación
- errores en la entrega de los informes
- repeticiones de estudios

9c-02-04-07-E Se miden las complicaciones y sus motivos.

Complicaciones de carácter clínico y en referencia a los tres ámbitos, con relación a los totales y discriminadas por sus motivos.

9c-02-04-08-Q Se mide la correlación clínico-radiológica de los estudios realizados.

9c-02-04-09-Q Se mide el número de clientes atendidos según protocolos u otros documentos estandarizados de actos clínicos y su grado de cumplimiento.

La organización determina qué procesos clínicos se evaluarán. Se revisa el nivel de aplicación de los protocolos, discriminados por patologías.

Clientes atendidos según el protocolo/total de clientes atendidos.

9c-02-04-10-E Se mide la demora en la entrega de los informes.

Por áreas y tipo de actividad.

9c-02-04-11-E Se mide el porcentaje de estudios radiológicos no informados.

En relación con las patologías que la organización determine.

Rehabilitación

9c-02-05-01-E Se mide el número de clientes atendidos.

Primeras exploraciones y exploraciones sucesivas.

Desglosado por áreas, servicios y patologías.

9c-02-05-02-Q Se mide la media de sesiones por cliente atendido.

Desglose por áreas, servicios y patologías.

9c-02-05-03-Q Se mide el grado de cumplimiento de los planes de rehabilitación según los objetivos marcados.

Porcentaje de cumplimiento de los planes de tratamiento (hospitalizados y ambulatorios).

Nutrición

9c-02-06-01-E Se mide el número de dietas dispensadas, por tipo.

Es necesario que las dietas estén actualizadas y adaptadas a culturas y creencias.

9c-02-06-02-Q Se mide el número de interconsultas realizadas a los clientes en régimen de hospitalización.

9c-02-06-03-E Se mide el número de dietas enterales y parenterales dispensadas.

Desglose por unidades, servicios y patologías.

9c-02-06-04-E Se miden las incidencias y sus motivos.

Por ejemplo: inadecuación entre las necesidades del cliente y el tipo de dieta dispensada, dieta dispensada a paciente ya dado de alta, etc.

Archivo, documentación, gestión de los clientes y sistemas de información

9c-02-07-01-E Se mide el grado de disponibilidad de la historia clínica en el área de atención hospitalaria, ambulatoria y de urgencias.

Hace referencia a la historia clínica en soporte papel y electrónico.

9c-02-07-02-E Se miden las historias en préstamo.

- Índice de historias en préstamo reclamable.
- Proporción de errores de localización de HC en préstamo. Aplicable a la HC en soporte papel.

9c-02-07-03-E Se mide el número de historias clínicas duplicadas detectadas.

Hace referencia a la historia clínica en soporte papel y electrónico.

9c-02-07-04-E Se mide el número de historias detectadas como perdidas.

Hace referencia a la historia clínica en soporte papel y electrónico.

9c-02-07-05-E Se mide el número de historias clínicas evaluadas.

9c-02-07-06-E Se mide el porcentaje de formalización de los datos de identificación del cliente.

Número de identificación de la historia; nombre y apellidos del cliente; fecha de nacimiento; sexo; nombre, dirección y teléfono de la persona que hay que avisar en caso necesario y código de identificación personal (CIP).

9c-02-07-07-E Se mide el porcentaje de formalización de los datos de identificación del proceso asistencial.

Residencia habitual (dirección, teléfono); fecha de asistencia y/o ingreso, y motivo (en caso de asistencia en urgencia: hora); unidad/servicio, habitación, cama donde se encuentra ingresado el cliente; facultativo responsable del cliente; procedencia del cliente (domicilio, médico o médico de cabecera, hospital, etc.); vía de ingreso (urgencia, programado).

9c-02-07-08-E Se mide el porcentaje de formalización de los datos generales durante el proceso asistencial.

Antecedentes familiares y personales; antecedentes alérgicos y/o reacciones adversas; enfermedad actual; exploración física; resultados de las técnicas y exploraciones complementarias; orientación diagnóstica; curso clínico, observaciones y prescripciones médicas; hoja de enfermería: planificación de cuidados, control de parámetros, observaciones, administración de terapias; hoja de acogida y valoración de enfermería; informe de alta.

9c-02-07-09-E Se mide el porcentaje de formalización del consentimiento informado.

Se refiere a la formalización del consentimiento informado en las siguientes prestaciones:

- uso de sangre y derivados
- intervenciones quirúrgicas
- exploraciones con riesgo potencial
- tratamiento con riesgo potencial
- investigación clínica

9c-02-07-10-E Se mide el porcentaje de formalización de los datos generales para la actividad quirúrgica.

Examen preoperatorio, hoja de anestesia, hoja de intervención.

9c-02-07-11-E Se mide el porcentaje de formalización de otros datos.

La organización debe determinar aquellos otros datos a los que se refiere el estándar. Por ejemplo: transfusiones previas, hoja de autorización de trasplante de órganos, hoja de autorización de necropsia y/o informe del resultado; informes médicos enviados a la autoridad judicial; documento de alta voluntaria e informe social, y otros.

9c-02-07-12-E Se miden otros controles que se realizan sobre la documentación asistencial.

Por ejemplo: formalización y calidad de la documentación clínica que se entrega al paciente, informe de alta, etc.

9c-02-07-13-Q Se mide la calidad del CMBD por parte de la organización.

Por ejemplo:

- errores de indexación
- error de elección del diagnóstico principal
- errores de codificación
- errores de mecanización
- sistema de agrupación de los clientes: GRDS... 470, 477, 468...
- otros: número de muertes CMBD = número de muertes en la estadística hospitalaria

9c-02-07-14-Q Se mide la demora en la entrega del CMBD y de otros a las entidades solicitantes.

9c-02-07-15-E Se mide la calidad en los registros específicos de la organización.

Por ejemplo:

- registro de la actividad de quirófano
- registro de mortalidad
- registro de tumores
- registro de infecciones
- otros

9c-02-07-16-E Se mide la calidad del fichero índice.

9c-02-07-17-Q Se mide la asignación de las camas fuera de ubicación (ectópicas).

9c-02-07-18-Q Se mide el porcentaje de clientes dados de baja por depuración administrativa de las listas de espera.

- Lista de espera quirúrgica
- Lista de espera de cirugía ambulatoria
- Lista de espera por radiología intervencionista

- Lista espera de exploraciones (TAC, resonancia, etc.)
- Otros

Prevención y control de la infección

9c-02-08-01-E Se mide la incidencia y prevalencia de la infección nosocomial en relación con la actividad.

La organización establece en qué procesos determina la incidencia o la prevalencia de la infección nosocomial.

9c-02-08-02-E Se miden las incidencias registradas y sus motivos.

Por ejemplo:

- accidentes de autoinoculación
- porcentaje de positivos en los controles de rutina ambientales
- porcentaje de positivos en los controles de rutina instrumentales

9c-02-08-03-E Se mide el número de no conformidades en el material estéril entregado por la unidad funcional.

Hostelería

9c-02-09-01-Q Se mide la tasa de renovación de la ropa.

Porcentaje de ropa nueva adquirida sobre el total.

9c-02-09-02-E Se miden las incidencias y sus motivos.

- Lavandería
- Cocina
- Limpieza

Almacén

9c-02-10-01-E Se mide la rotura de *stocks*.

9c-02-10-02-Q Se mide la gestión eficaz del *stock*.

Evolución del *stock* máximo.

No conformidades registradas en otros servicios por entrega de productos inadecuados.

Pérdidas por caducidades y/o deterioros.

Atención social

9c-02-11-01-E Se mide el número de casos atendidos.

- Por servicio o unidad
- Por diagnóstico

9c-02-11-02-Q Se mide el porcentaje de casos atendidos sobre el total de casos tributarios (escala de riesgo).

9c-02-11-03-Q Se mide el número de casos derivados según el recurso utilizado.

Mantenimiento y adecuación del edificio

9c-02-12-01-Q Se mide el grado de cumplimiento del plan de mantenimiento preventivo.

9c-02-12-02-E Se miden las solicitudes de mantenimiento correctivo.

Por:

- áreas solicitantes
- tipo: edificio, equipo, instalaciones
- tipo de avería
- grado de urgencia
- responsable del servicio

9c-02-12-03-Q Se mide la eficacia del servicio de mantenimiento.

Por:

- tiempo medio de respuesta
- número de reiteraciones
- horas de mantenimiento preventivo
- horas de mantenimiento correctivo

Gestión de residuos

9c-02-13-01-Q Se mide el número de kilos de residuos clasificados relacionados con la actividad.

9c-02-13-02-E Se mide el número de incidencias detectadas durante los procesos de gestión de todo tipo de residuos.

- Residuos contaminados en lugar inadecuado
- Demora en la recogida
- Accidentes durante la manipulación
- Falta de material de protección para el personal
- Alteraciones en los contenedores

9c-02-14-01-Q Se mide el número de casos con proceso educativo realizado.

Por tipo de programa formativo.

9c-02-14-02-Q Se mide el porcentaje de pacientes con formación recibida sobre los tributarios.

Por tipo de programa formativo.

Glosario terminológico

Ayudas a la interpretación terminológica utilizada en el documento de estándares de acreditación de centros de atención hospitalaria aguda en Cataluña. Periodo 2013-2016.

Accesibilidad

Atributo de los sistemas sanitarios que hace referencia a la posibilidad que tienen los ciudadanos de recibir los servicios que les ofrece un sistema, en función de su condición o estado de salud, en el momento y lugar en que los necesiten, en cantidad suficiente y a un coste razonable. Mide el grado en que un sistema sanitario permite el acceso para disfrutar de prestaciones a un individuo o grupo. Es una condición vinculada a la igualdad de distribución de servicios sanitarios.

Acreditación

La acreditación de una institución sanitaria es el proceso por el que un centro sanitario se incorpora a una verificación externa, que evaluará el grado en que este centro alcanza un conjunto de estándares previamente establecidos. La evaluación del centro sanitario se realiza por parte de un órgano acreditador, que emitirá el correspondiente dictamen en forma de certificado.

Aliados (*partners*)

Son personas o grupos con los que la organización tiene establecido algún tipo de alianza; proveedores, otras instituciones, etc.

Análisis de causa raíz (ACA)

Proceso sistemático de identificación de los factores causales o básicos que contribuyeron a la aparición de acontecimientos adversos o incidentes. Las variaciones en el cumplimiento pueden producir (y lo hacen con frecuencia) resultados adversos inexplicados o indeseados, incluyendo el riesgo de un acontecimiento centinela. El análisis se utiliza para realizar una evaluación exhaustiva y centrada en el sistema de incidentes críticos o acontecimientos centinela. Incluye la identificación de las causas y factores que contribuyen al sistema, la determinación de estrategias de reducción de riesgos, y el desarrollo de un plan de actuación y de estrategias de medida para evaluar la eficacia de dicho plan.

Análisis de reclamaciones y sugerencias

Evaluación sistemática de las reclamaciones y de las sugerencias sobre las disfunciones del servicio recibido, que permite, de acuerdo con la información obtenida, promover la introducción de mejoras para incrementar la calidad del servicio.

Análisis modal de fallos y efectos (AMFE)

Método de evaluación proactivo y prospectivo para identificar y prevenir problemas en los procesos o productos antes de que se produzcan. Analiza de forma estructurada y

sistemática los posibles modos de fallo de un nuevo producto o procedimiento e identifica las consecuencias sobre el sistema y los riesgos asociados, para detectar los problemas que hay que mejorar para asegurar su fiabilidad y seguridad, antes de que se produzcan. Proporciona no solo una mirada sobre los problemas que pueden surgir, sino también sobre la gravedad de los efectos que se producirían en caso de que surgieran.

Asistencia sanitaria de cobertura pública

Prestación de asistencia sanitaria facilitada por el Servicio Catalán de la Salud a sus asegurados, a través de los contratos suscritos con entidades proveedoras de naturaleza jurídica diversa.

Cataluña dispone de una red asistencial, desplegada en el territorio, formada por diferentes tipologías de centros, que prestan sus servicios asistenciales para dar respuesta a las necesidades de salud de los ciudadanos. Estos centros sanitarios, mediante la gestión de sus recursos, fundamentalmente los profesionales y la tecnología, responden a la compra de servicios con la provisión de asistencia y prestaciones sanitarias

Atribuciones

Característica de una persona, ya sea innata (habilidad y cualidad) o adquirida (conocimiento y experiencia), que está relacionada con una actuación de éxito en un puesto de trabajo. Hecho de atribuir o adjudicar un hecho o una cualidad a una persona.

Evaluación del rendimiento (*appraisal performance*)

Procedimiento mediante el que los líderes evalúan a las personas que dependen directamente de ellos. Habitualmente se lleva a cabo con una periodicidad anual y se realiza a través de una entrevista personalizada, estructurada según un guion específico de evaluación y que incorpora los conceptos y criterios por los que la persona será evaluada.

Es una oportunidad de manifestar y modular las expectativas que la organización tiene con respecto de las personas que trabajan en ella y, al mismo tiempo, de revisar objetivos de desarrollo profesional a escala individual, proponer y pactar acciones de mejora y establecer objetivos específicos de formación.

Como criterio, la evaluación del rendimiento incluye aspectos relacionados con los conocimientos, con las habilidades y con las actitudes.

La evaluación del rendimiento, efectuada por el líder, es conocida por la persona evaluada, que puede aceptarla o manifestar su desacuerdo, argumentándolo.

Calibración

Procedimiento de comparación entre lo que indica un instrumento y lo que debería indicar, de acuerdo con un patrón de referencia de valor conocido. La calibración debe efectuarse de forma periódica. Los intervalos se deben definir de acuerdo con el cliente, usuario y en función de la frecuencia y tipo de utilización del aparato.

Capacidad

Conjunto de recursos y actitudes que tiene un individuo para poder desarrollar una tarea determinada; función o cargo.

Cartera de servicios

Conjunto de técnicas, aplicación de tecnología o de procedimientos, es decir, cada uno de los métodos, actividades y recursos, basados en el conocimiento y experimentación científica, mediante los que se hacen efectivas las prestaciones sanitarias.

Conjunto de servicios y actividades que se ofrecen en un centro o una organización sanitaria.

En la normativa relacionada con el Sistema Nacional de Salud se utiliza el término *cartera de servicios* como el conjunto de técnicas, tecnologías o procedimientos, por los que se entiende cada uno de los métodos, actividades y recursos, basados en el conocimiento y experimentación científica, por medio de las cuales se hacen efectivas las prestaciones sanitarias. Se articula, según el Real decreto ley 16/2012, en torno a las siguientes modalidades: la cartera común básica de servicios asistenciales, la cartera común suplementaria, la cartera común de servicios accesorios y la cartera de servicios complementarios de las comunidades autónomas. Este concepto equivale al Catálogo de servicios de cobertura pública, definido en Cataluña como el conjunto de las prestaciones a las que tiene derecho la población asegurada del Servicio Catalán de la Salud, independientemente de la organización y lugar en el que se hace efectivo.

Certificado de acreditación

Documento que emite el órgano acreditador, en el que se plasma el resultado del proceso de acreditación.

Cliente externo

Ciudadanos receptores o beneficiarios de la actividad o de los servicios de los centros sanitarios.

Cliente interno

Persona que forma parte de una organización desarrollando su actividad en ella o colaborando en la realización de las tareas propias de dicha organización. Los clientes internos son receptores y usuarios de las acciones que la organización presta, con el objetivo de incrementar el valor inherente al capital humano disponible. En terminología de gestión de procesos, el cliente interno es la persona de una organización que recibe el resultado de un proceso anterior realizado en la propia organización, Todos los miembros de una organización son clientes internos de la etapa o proceso anterior y proveedores internos de la etapa o proceso siguiente.

Código ético

Declaración de los compromisos, valores y principios que rigen una organización con relación a sus actividades y a sus relaciones con los clientes, internos y externos, mercado, proveedores y entorno.

Comisiones

Grupo interdisciplinario que facilita la participación e interrelación del personal. La denominación, las competencias, la composición y el procedimiento de toma de decisiones de cada una de estas están fijados en la normativa interna de cada organización.

Continuidad asistencial

Coordinación de la asistencia al paciente a lo largo del tiempo y entre diferentes profesionales, servicios, centros sanitarios y niveles de la asistencia.

Competencia

Capacidad o aptitud de un profesional para realizar un trabajo o desarrollar una función en una organización.

Contabilidad analítica

Conjunto ordenado de los registros económicos de una organización que tiene por objeto la captación, la medida, la valoración y el control de la circulación interna de los valores de la empresa con el objetivo de suministrar información para la toma de decisiones.

Contabilidad financiera

Conjunto ordenado de los registros económicos de una organización que pretende dar una visión global de su actividad a través de su cuenta de explotación, y de su estado patrimonial a través del balance de situación.

Concurrentes

Entidades que ofrecen similares productos o servicios en un determinado ámbito, tanto en un marco sin competencia como con competencia regulada.

Contrarreferente

Aplicado al entorno sanitario, se entiende por contrarreferente de una organización aquel dispositivo asistencial del que se recibe un determinado flujo de clientes.

Cuadro de mandos

Documento estructurado y de edición periódica que incorpora los datos de producción, productividad, económicos, de calidad y otros que la organización o una determinada unidad funcional consideran básicos para la gestión y el control.

Cuota de mercado

Fracción o porcentaje del total del mercado disponible o del segmento de mercado que cubre una determinada organización.

Demanda

Necesidades asistenciales de las personas en forma de uso o solicitud de uso de los servicios asistenciales.

Demora

Diferencia entre el día de la indicación y el día de la realización de la atención, como por ejemplo, primeras visitas de consulta externa, exploraciones, intervención quirúrgica.

Dirección ejecutiva

Vértice estratégico de la organización. Asimilable a dirección general, gerencia.

Disponibilidad

Medida del tipo, del volumen y de la localización de la oferta de recursos sanitarios, con respecto a las demandas o necesidades de un individuo o un grupo.

Eficiencia energética

Optimización del consumo de energía primaria con el objetivo de aumentar el rendimiento de sus procesos de transformación, así como del aprovechamiento óptimo de los flecos de energía o materias primas, no transformadas (perdidas), dándoles una utilidad paralela a la principal.

Se obtiene, generalmente, mediante un conjunto de técnicas que se aplican para mejorar el rendimiento de una instalación industrial.

Los sistemas denominados eficientes desde el punto de vista energético son cada vez más necesarios, tanto por competitividad económica, ya que suponen un mejor aprovechamiento de los recursos, como por respeto al medio ambiente. El objetivo es producir más con la menor afectación posible del medio ambiente mediante, por ejemplo, una disminución de las emisiones contaminantes.

No se debe confundir la eficiencia energética con las energías renovables.

Energía cogenerada

Energía eléctrica generada con alta eficiencia, gracias al aprovechamiento del calor que genera.

Encuesta

Procedimiento para obtener información objetiva, mediante preguntas dirigidas a una muestra de individuos representativa de la población.

Encuesta activa/pasiva

Se entiende por encuesta activa aquella en la que la organización busca la respuesta de sus clientes de forma activa. Se entiende por encuesta pasiva aquella que es contestada por iniciativa del propio cliente, a quien se facilita el cuestionario pasivamente.

Entidad evaluadora de centros sanitarios

Establecimiento técnico especializado sujeto a autorización por parte del Departamento de Salud, que ejerce funciones de verificación de los criterios técnicos que son de aplicación en los centros sanitarios para obtener la acreditación. Son entidades externas sin vinculación con las organizaciones en proceso de acreditación, que auditan la calidad de los centros sanitarios, de acuerdo con los estándares de acreditación vigentes en cada momento. Las entidades evaluadoras no pueden ser al mismo tiempo asesoras del esquema de acreditación.

Entidades asesoras

Entidades o personas jurídicas externas a las organizaciones evaluadas en proceso de acreditación, que pueden dar apoyo técnico a los centros que se acreditan. Estas entidades no pueden ser al mismo tiempo entidades evaluadoras del modelo de acreditación.

Equipo de dirección

Estructura colegiada integrada por miembros directivos de la organización.

Efecto/acontecimiento adverso (EA)

Hecho perjudicial para la salud del paciente causado como consecuencia del tratamiento o por una complicación médica y no por la enfermedad de fondo y que da lugar a una hospitalización prolongada, a una discapacidad en el momento del alta médica o ambas cosas. Según el Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos Ligados en la Hospitalización (ENEAS), es aquel accidente o incidente recogido en la historia clínica del paciente que le ha causado o ha podido causar un daño, ligado sobre todo a las condiciones de la asistencia.

La OMS, en el Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente, se refiere a *incidente con daños* (acontecimiento adverso) como un incidente que causa daño al paciente.

Estructura organizativa

Arquitectura organizativa formada por cargos con responsabilidad orgánica reconocida dentro de la organización.

Factores clave de éxito

Son aquellos que dan satisfacción y cubren las expectativas principales de los grupos de interés de la organización. Por ejemplo, para un proveedor, el plazo de pago; para el comprador de servicios, la eficiencia y la satisfacción del cliente, etc.

Factor de impacto

Es el valor asignado anualmente a las revistas en las que se han publicado los artículos originales. Este índice refleja el número de veces que una revista determinada es citada en la bibliografía de otros artículos publicados en un conjunto de revistas biomédicas, dividido por el número de artículos originales totales publicados en la revista citada, en los dos últimos años.

Fichero índice de clientes

Registro de todos los pacientes atendidos con capacidad de investigación múltiple, tanto en el área de hospitalización como en consulta externa y en la unidad de urgencias.

Fondo de maniobra

Diferencia entre el activo circulante y el pasivo circulante.

Flujo de caja (*cash-flow*)

Concepto contable que define la diferencia entre los ingresos y los gastos que existen en una determinada entidad y para un periodo concreto. Se interpreta como el beneficio obtenido antes de impuestos y sin la contabilización de las amortizaciones.

Gestión del conocimiento

Acción de detección, captura, desarrollo, ordenación y difusión del activo intangible que supone el conjunto de los conocimientos, experiencias y habilidades de todas las personas que forman la organización.

Grupos de interés (*stakeholders*)

Son aquellas organizaciones, entidades, asociaciones, empresas o agrupaciones de individuos con intereses respecto a la organización. Pueden ser la Administración (en todos sus niveles), los proveedores, los compradores de servicios, el personal voluntario, las entidades financieras, las asociaciones de vecinos, de clientes o de consumidores, las entidades docentes, los sindicatos, etc. Todos los grupos de interés tienen depositadas unas determinadas expectativas respecto a la organización, de la que esperan unos determinados comportamientos. No todas las expectativas podrán ser satisfechas por la organización, pero sí que es necesario que esta las conozca, interactúe con los representantes de los grupos de interés y defina el grado de cobertura de las necesidades y expectativas de cada uno de ellos. Aunque el personal de la organización también es un clásico grupo de interés, el hecho de que este sea tratado más extensamente en el apartado correspondiente al Criterio 3, lo excluye de esta acepción terminológica.

Grupos focales

Técnica cualitativa de investigación que permite la detección de problemas y situaciones mejorables. Se utiliza para la evaluación de la calidad percibida o de los servicios por parte de los usuarios. Se estructura en forma de grupo de personas usuarias del servicio sanitario a evaluar, con un mínimo de 4 participantes y un máximo de 10. El grupo es dirigido por un moderador, que sigue un guion de aspectos a evaluar, previamente establecidos.

Instrucción técnica

Documento que recoge la secuencia de operaciones, requisitos y actividades realizadas en el ámbito concreto de determinados puestos de trabajo.

Líderes

Directivos o mandos intermedios.

Lista de espera

Número de clientes pendientes de recibir la atención sanitaria y tiempo para hacerse efectiva la programación, tanto quirúrgica como de exploraciones.

Línea ejecutiva

Estructura organizativa compuesta por los mandos intermedios de la organización.

Manual de procedimientos

Conjunto de instrucciones estructuradas y ordenadas que contienen los procedimientos e incluyen también las instrucciones y normas correspondientes a la formulación, la elaboración, la identificación, la conservación, el acceso, la revisión y la reevaluación periódica de estos procedimientos.

Mercado natural

Clientes reales más los potenciales.

Misión

La misión de una organización, genéricamente entendida, es el reconocimiento explícito de su razón de ser con identificación de sus productos o servicios, del mercado al que los dirige y de cómo los produce o sirve. Incluye el reconocimiento de los valores esenciales que guían su actuación como elementos fundamentales de su propia personalidad como organización y que la diferencian de las otras con que pueda coincidir en productos o servicios y mercados. Al mismo tiempo, determina las políticas básicas a seguir con respecto a los principales grupos de interés (clientes externos, clientes internos, entidades pagadoras, proveedores, comunidad, Administración, etc.).

La misión se explicita y se difunde en el seno de la organización, buscando la adhesión de quienes trabajan en ella y de quienes se relacionan con ella, y compromete a los responsables a actuar coherentemente con sus contenidos.

La misión no es inmutable y, por lo tanto, requiere su revisión periódica y adaptación.
La misión es parte fundamental en la formulación del plan estratégico de una organización.

No conformidades

Incumplimiento de un requisito.

Órgano de gobierno

Concepto que, expresado de forma singularizada (el órgano de gobierno de una organización), se asimila a la representación autorizada de la propiedad del centro sanitario.

Organización

Estructura social que está formada por los recursos humanos, los materiales y los técnicos, que formamos un sistema de relaciones de interacción, para producir bienes y/o servicios.

Concepto que, entendido de forma singular (la organización), es asimilable al conjunto del centro sanitario objeto de evaluación.

Personas

Son todos los que tienen adquirido algún compromiso con la organización.

Plan estratégico

Instrumento de planificación y gestión global de la organización, a corto, medio y largo plazo, que le permite establecer las prioridades en su acción. El plan estratégico incorpora la definición de la misión, la visión, los valores y las políticas de la organización, la determinación de los objetivos estratégicos a alcanzar, las estrategias que los desarrollan y los objetivos tácticos, operativos y los planes de acción que permiten llevarlo a cabo. Por ello, identifica las oportunidades y amenazas de su entorno y del mercado, así como las fortalezas y debilidades de la propia organización.

El plan determina plazos de ejecución y responsables, y se sustenta en la asignación de los recursos necesarios para la consecución de los objetivos fijados.

El plan estratégico debe ser un instrumento de evolución continua en que periódicamente se revisa su efectividad y se priorizan nuevas líneas de acción que lo retroalimentan.

Los contenidos esenciales del plan estratégico deben ser conocidos y reconocidos por la propia organización, que identifica sus actuaciones específicas como elementos coadyuvantes del plan, reforzando la adhesión de los profesionales que la componen.

Plan de calidad

Instrumento de planificación y gestión global de la organización en lo que concierne a la calidad y al impulso de mejora continua hacia la excelencia. El plan de calidad, como uno de los elementos naturalmente constituyentes del plan estratégico de la organización, prioriza y fija los objetivos de calidad a alcanzar, los programas y los planes de acción que los deben hacer posibles, la estructura que da apoyo a la organización para llevarlos a cabo, los plazos y los responsables de la ejecución.

El plan de calidad es, asimismo, un proceso continuo de revisión, renovación y retroalimentación permanente.

Proveedor externo

Proveedor de servicios sanitarios que no forma parte de la cartera de servicios de la organización y cuya actividad no depende de un único referente. También incluye las características de mantener autonomía, tanto de gestión como de facturación, con respecto a sus clientes y es independiente orgánica y funcionalmente de otras instituciones.

Ejemplo: laboratorio de análisis que presta servicios a uno o varios hospitales, a otros tipos de centros sanitarios, a profesionales independientes, etc.

Procedimiento

Forma específica de realizar una actividad o un proceso.

Proceso

Es toda secuencia de actividades asociadas que añaden un valor a un producto, para un cliente concreto.

Procesos clave

Actividades que tienen una prioridad dentro de la estrategia de la organización. Generalmente son los que, en un momento dado, tienen un mayor impacto sobre la satisfacción de los clientes y los resultados de la organización. En general, la responsabilidad de su gestión recae directamente sobre los líderes.

Proceso continuo de comparación (*benchmarking*)

Proceso continuo de comparación de productos, servicios y prácticas de la organización a lo largo del tiempo consigo misma (*benchmarking* interno) o con organizaciones del sector o de otros sectores (*benchmarking* externo). Implica la investigación de las mejores prácticas, tanto internas como externas.

Procesos de apoyo

Son los procesos que dan apoyo a los procesos de generación y distribución de servicios y productos que constituyen la actividad de la organización.

Son todos los procesos facilitadores de los procesos clave que proporcionan productos y servicios sin los cuales un proceso clave no podría operar, o sería deficiente. Su aportación a la creación de valor para los clientes es indirecta, pero su importancia en el cumplimiento y consecución de los objetivos de la organización es similar a la que tienen los procesos clave.

Protocolo

Conjunto de usos y normas consensuados, expresados de forma ordenada y escrita, referidos a la actividad del personal asistencial, basados en la evidencia científica.

Reclamación

Expresión de la opinión del ciudadano en relación con un acto o proceso asistencial, como consecuencia de la atención sanitaria recibida en un centro, servicio o establecimiento sanitario, que no lo ha satisfecho y de la que el ciudadano espera una actuación.

Referente

Aplicado al entorno sanitario, se entiende como referente de una organización aquel dispositivo asistencial al que la primera deriva la demanda que no puede atender. La organización actúa en este caso como referidora.

Residuos

Sustancia u objeto del cual su generador o poseedor se ha desprendido o tiene la intención u obligación de desprenderse. En el caso de los centros sanitarios, independientemente de los estrictamente sanitarios, también se deben tener en cuenta:

- aceites: industriales y de cocina
- animales muertos de experimentación
- trapos, papel y cartón
- vidrios
- pilas
- colchones, instrumental, aparatos, mobiliario, etc.
- productos químicos de laboratorio y otros (p. ej. mercurio de los termómetros)
- placas de radiología.

Residuos minimizados

Residuos generados que, mediante un conjunto de operaciones aplicadas en origen, se han reducido a la mínima cantidad posible y/o peligrosidad, a la vez que se han reciclado.

Residuos valorizados

Residuos de los que se han aprovechado los recursos que contienen, mediante procedimientos que no pongan en peligro la salud humana y sin utilizar métodos que puedan causar perjuicios al medio ambiente.

Seguridad de los pacientes

Según la OMS, la seguridad de los pacientes es la reducción del riesgo de daño innecesario asociado a la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable. Hace referencia a las nociones colectivas de los conocimientos del momento, a los recursos disponibles y al contexto en el que se prestaba la atención, ponderados ante el riesgo de no dispensar el tratamiento o de dispensar otro.

Proceso en el que una organización proporciona atenciones que se manifiestan por la ausencia o la reducción de la incidencia de lesiones accidentales atribuibles a los procesos de atención sanitaria.

Garantizar la seguridad de los pacientes implica el establecimiento de sistemas operativos y procesos que minimicen la probabilidad de errores y maximicen la probabilidad de interceptarlos.

Sistema de gestión

Conjunto de la estructura, la organización, las responsabilidades y los procesos que se establecen y los recursos que se utilizan para llevar a cabo la gestión de la organización.

Sistema de información

Es un sistema formado por personas, datos, actividades y, en conclusión, el conjunto de recursos que procesan la información de una organización.

Servicio subcontratado

Servicio que forma parte de la cartera de servicios del centro que lo tiene contratado y depende mayoritaria o significativamente de un único referente.

La organización que lo contrata participa de forma activa en los procesos de gestión, como por ejemplo, organización, gestión, reglamentos internos de funcionamiento, facturación de clientes, etc.

Sugerencia

Propuesta u opinión que puede ofrecer cualquier ciudadano para mejorar los aspectos tanto estructurales como de funcionamiento en relación con los servicios recibidos.

Tasa media anual

Contabilización de periodos anuales del mes en curso más el acumulado de los once meses anteriores. Permite la comparación entre periodos anuales completos y evita el efecto de la temporalización.

Tecnología asistencial

Equipamientos relacionados directa o indirectamente con la atención al cliente. Por lo tanto, quedan excluidos las instalaciones o los equipamientos fijos, como por ejemplo calderas, aire acondicionado, ascensor, etc.

Tiempo de espera para ser atendido

Diferencia entre la hora de programación y la hora de ser atendido. Esta definición se aplica en el caso de la consulta externa, ya que la visita es programada.

Trazabilidad

Conjunto de procedimientos preestablecidos que permiten conocer la trayectoria de un producto desde su incorporación a la organización hasta su último destino.

La trazabilidad se basa en el registro de los indicios que deja un producto mientras transita por la cadena antes de llegar al consumidor final. El objetivo de la trazabilidad es reconstruir la historia y recorrido de cada producto, identificando el origen de sus componentes, las características de los procesos aplicados y la distribución y localización final del producto.

Unidad funcional

Recursos o factores productivos organizados, dedicados a la obtención de productos o resultados concretos, que actúan de una forma armónica y que están bajo control de un centro de decisión único.

Validación

Comprobación del grado en que un instrumento de medida cumple el propósito para el que se ha diseñado, mide lo que pretende medir o sirve para la finalidad para la que se ha construido. Asociada a la asistencia sanitaria es la comprobación de un conjunto de datos para determinar si su valor se encuentra dentro de unos límites de fiabilidad.

Valorización de residuos

Conjunto de operaciones con el objetivo de que un residuo vuelva a ser utilizado parcial o totalmente. Comprende básicamente su reciclaje o reutilización.

Valores

Los valores de una organización son los principios filosóficos que marcan una determinada forma de actuar y que la diferencian de las otras. Forman la cultura de la organización. Todas las organizaciones tienen valores, ni que sea implícitamente. Por el hecho de formar parte de la misión se entiende que son reconocidos y explicitados y, al comunicarlos, comprometen a actuar en un determinado sentido y a hacerlo con coherencia y consistencia.

Verificación

Confirmación mediante aportación de evidencia objetiva de que se han cumplido los requisitos y normas específicos previstos.

Verificación frente a calibración

Algunos instrumentos, aparatos o equipos clínicos deben ser sometidos a una calibración periódica (anual, bienal u otra periodicidad), mediante un instrumento, aparato o equipamiento que se denomina *patrón*, con el objetivo de determinar su exactitud. Al mismo tiempo, y también de forma periódica, el aparato es revisado para comprobar y asegurar su operatividad y funcionamiento adecuados (verificación) en relación con el rango, unidades establecidas, piezas en posición correcta, colimadores, sondas, etc.

Estos instrumentos, aparatos y/o equipamientos son sometidos a una calibración periódica (con un cálculo de incertidumbre y corrección) y a una verificación, que asegura su funcionamiento óptimo con los parámetros especificados.

Visión

Componente matizado de la misión, en la que se expresa lo que se quiere conseguir. Es decir, es una proyección de la misión hacia el futuro.

Voluntades anticipadas

Instrucciones expresadas libremente por una persona mayor de edad y con capacidad plena de sus atributos mentales, que deben tenerse en cuenta cuando por circunstancias específicas no pudiera expresarlas personalmente. Debe tenerse en cuenta que el concepto de voluntad anticipada no puede incorporar previsiones contrarias al orden jurídico y la buena práctica clínica.