

## I. COMUNIDAD AUTÓNOMA

### 1. DISPOSICIONES GENERALES

Consejería de Salud

**4195 Orden de 20 de junio de 2018 de la Consejería de Salud, por la que se aprueban los criterios y estándares para la acreditación de centros, servicios y establecimientos sanitarios de hospitalización de media y larga estancia en la Región de Murcia.**

El Decreto 9/2010, de 12 de febrero, por el que se regula la acreditación de los Centros, Establecimientos y Servicios sanitarios de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, se crea la Comisión Regional de Acreditación de Centros, Establecimientos y Servicios Sanitarios y se modifica el Decreto 73/2004, de 2 de julio, por el que se regula el procedimiento de autorización sanitaria de los centros, establecimientos y servicios sanitarios y el registro de recursos sanitarios regionales, dispone en su artículo 5.1:

“De conformidad con la habilitación normativa efectuada por la Disposición Final Segunda de la Ley 13/2009, de 23 de diciembre, de medidas en materia de tributos cedidos, tributos propios y medidas administrativas para el año 2010, la Consejería de Sanidad, a propuesta de la Comisión Regional de Acreditación de Centros, Establecimientos y Servicios Sanitarios, aprobará y publicará, mediante Orden de su titular, los criterios y estándares del modelo de acreditación, que deberán ser homologables con los establecidos a nivel estatal y europeo”.

La Comisión Regional de Acreditación de Centros, Establecimientos y Servicios Sanitarios en reunión de 30 de mayo de 2017, estudió el protocolo de acreditación de centros, servicios y establecimientos sanitarios de hospitalización de media y larga estancia, habiendo aprobado su contenido.

A la vista de ello, la titular de la Dirección General de Planificación, Investigación, Farmacia y Atención al Ciudadano ha efectuado propuesta de que, tras seguir la tramitación correspondiente, se dicte Orden de la Consejería de Salud de aprobación del protocolo de acreditación de centros, servicios y establecimientos de hospitalización de media y larga estancia de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.

El objeto de esta norma es fijar las bases conforme a las que los centros, servicios y establecimientos hospitalarios de media y larga estancia pueden implementar sus estándares de calidad a fin de poder obtener por parte de la Administración el reconocimiento y acreditación de unos niveles de calidad adecuados, siendo ello además un requisito obligado para poder, en su caso, concertar o contratar con la Administración Regional. La finalidad última pretendida con esta orden es promover e incrementar la calidad de la asistencia sanitaria prestada por los hospitales de media y larga estancia, tanto en el ámbito privado como en el Sistema Regional de Salud.

Finalmente, hay que reseñar que durante la tramitación del expediente el Consejo de Salud de la Región de Murcia, en su condición de máximo órgano de consulta y participación de la Sanidad Regional, ha emitido informe favorable al texto propuesto.



Por todo lo anterior, vista la propuesta de Orden efectuada por la Dirección General de Planificación, Investigación, Farmacia y Atención al Ciudadano, de acuerdo con el Consejo Jurídico de la Región de Murcia y en virtud del artículo 16 de la ley 7/2004, del Estatuto del Presidente y del Consejo de Gobierno de la Región de Murcia,

**Dispongo:**

**Artículo único. Aprobación del Protocolo.**

Se aprueban los criterios y estándares para la acreditación de centros, servicios y establecimientos sanitarios de hospitalización de media y larga estancia en la Región de Murcia, que se recoge como Anexo a la presente orden.

**Disposición final única. Entrada en vigor.**

La presente orden entrará en vigor el día siguiente al de su publicación en el "Boletín Oficial de la Región de Murcia".

Murcia, 20 de junio de 2018.—El Consejero de Salud, Manuel Villegas García.

**ANEXO**  
**PROTOCOLO PARA LA ACREDITACIÓN DE CENTROS, SERVICIOS Y ESTABLECIMIENTOS SANITARIOS DE HOSPITALIZACIÓN DE MEDIA Y LARGA ESTANCIA EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE LA REGIÓN DE MURCIA.**

**CENTRO, SERVICIO O ESTABLECIMIENTO SANITARIO:**

**Nº Registro:**

**Fecha de Autorización Sanitaria:**

**Fecha Renovación:**

**ACREDITACIÓN AVANZADA:** SE REQUIERE EL CUMPLIMIENTO DEL 100% DE LOS ESTÁNDARES OBLIGATORIOS.

**ACREDITACIÓN ÓPTIMA:** SE REQUIERE EL CUMPLIMIENTO DEL 100% DE LOS ESTÁNDARES OBLIGATORIOS Y, ADEMÁS, EL CUMPLIMIENTO DE ENTRE EL 50% Y EL 75% DE LOS ESTÁNDARES RECOMENDABLES.

**ACREDITACIÓN EXCELENTE:** SE REQUIERE EL CUMPLIMIENTO DEL 100% DE LOS ESTÁNDARES OBLIGATORIOS Y, ADEMÁS, EL CUMPLIMIENTO DE UN PORCENTAJE SUPERIOR AL 75% DE LOS ESTÁNDARES RECOMENDABLES.

**DEFINICIONES:**

**Hospitales de media y larga estancia:** De acuerdo con el apartado C.1.3 del Anexo II del Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, que establece las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios se consideran hospitales de media y larga estancia los destinados a la atención de pacientes que precisan cuidados sanitarios, en general de baja complejidad, por procesos crónicos o por tener reducido su grado de independencia funcional para la actividad cotidiana, pero que no pueden proporcionarse en su domicilio, y requieren un período prolongado de internamiento.

**CRITERIOS DE INGRESO:** Pacientes agudos o crónicos descompensados, en situación estable, procedentes de un hospital de agudos y que siguen precisando tratamiento y cuidados hospitalarios, con una estancia previsible de hasta 60 días, siempre bajo criterio médico.

**ÁREAS**

**A.1. ÁREA DE DIRECCIÓN**

**OBLIGATORIOS**

**RECOMENDABLES**

**1.1. El hospital cuenta con un órgano de dirección que asume la representación y ejecuta las políticas de actuación. acto**

Al frente del órgano de dirección existe un director formalmente nombrado, y está previsto quien lo sustituye en caso de ausencia.

**X**

La Comisión de Dirección, estará formalmente establecida.		X
El hospital cuenta con un documento elaborado por la dirección que contiene el <i>plan general de gestión, la organización funcional del hospital y su cartera de servicios</i> .		X
El área de dirección conoce y dispone de forma periódica, sistematizada y estandarizada de la información necesaria, al menos sobre la actividad asistencial, grado de cumplimiento de los objetivos, seguimiento económico y reclamaciones/sugerencias.	X	
<b>1.2. El hospital tiene establecidos sistemas que garantizan la coordinación, la continuidad de la asistencia y la calidad.</b>		
Cada paciente tendrá un médico y un enfermero responsable.	X	
El hospital tiene establecidos mecanismos de participación del personal en la dirección del centro, especialmente el personal sanitario y de trabajo social (en caso de disponer el centro).		X
El hospital dispone de mecanismos de actuación que permiten la identificación y/o resolución de los dilemas éticos que se presentan en la práctica clínica.		X
La Dirección es responsable del cumplimiento de los objetivos del Centro.	X	
El seguimiento del cumplimiento de los objetivos, se realizará por la Dirección del Centro con la participación del personal implicado.		X
Se adoptan acciones como consecuencia del análisis de la información de retorno.		X
Las responsabilidades asociadas a los servicios prestados están claramente identificadas para los distintos profesionales del Centro.	X	
<b>A.2. PLANIFICACION ESTRATÉGICA.</b>		
<b>2.1. La planificación estratégica.</b>		
Se realiza una Planificación Estratégica adecuada al hospital en la cual se determina el conjunto de decisiones de gestión que hará el mismo para alcanzar sus objetivos estratégicos.		X
Se realizan acciones para conocer y prever las expectativas, opiniones y sugerencias de los	X	X

profesionales.		
Se dispone de un Reglamento de Régimen Interior aprobado.		X
Se dispone de un Organigrama funcional debidamente validado.		X
Se dispone de una Política de Seguridad del Paciente.	X	
El Centro asegura la responsabilidad civil/patrimonial respecto a los pacientes, referida a) La explotación del centro.	X	
El Centro asegura la responsabilidad civil/patrimonial respecto a los pacientes, referida a) La explotación del centro + la práctica profesional, b) La explotación del centro + la práctica profesional + el tratamiento de los datos.		X
El Centro desarrolla una política activa en materia de Prevención de Riesgos Laborales.		X
Se dispone de una Carta o Guía de Servicios donde se especifican los derechos y deberes de los usuarios, las prestaciones disponibles, las características asistenciales del hospital y sus dotaciones de personal, instalaciones y medios técnicos.	X	
<b>2.2. Plan de Calidad.</b>		
El Plan de Calidad, es adecuado a las características del Centro, ha sido consensuado y está aprobado por la Dirección.		X
Como indicadores de calidad se tendrán en cuenta, entre otros, los siguientes:		
Estancia media.	X	
% de reingresos.	X	
% notificación de reacciones adversas a medicamentos.	X	
% de infección hospitalaria.	X	
% de úlceras por presión al ingreso.	X	
% de úlceras por presión al alta hospitalaria.	X	
% de mortalidad intrahospitalaria global.	X	
Nº. de caídas de enfermos hospitalizados/año.	X	
Están establecidos objetivos para los indicadores del Plan de Calidad del hospital.	X	
Será objetivo evitar la prolongación de la estancia media hospitalaria mediante análisis casuístico de aquellas estancias que superen 1 mes.	X	
Será objetivo el estudio anual de los reingresos en el	X	

hospital y su casuística.		
Será objetivo la notificación y valoración de la casuística de sospechas de reacciones adversas debidas al tratamiento farmacológico.	X	
Será objetivo el análisis y casuística de las infecciones urinarias, así como implantar medidas preventivas.	X	
Será objetivo el análisis y casuística de las neumonías nosocomiales, así como implantar medidas preventivas.	X	
Será objetivo el análisis y casuística de las infecciones de heridas intrahospitalarias, así como implantar medidas preventivas.	X	
Será objetivo para prevenir úlceras por decúbito, valoración integral del paciente a su ingreso, y anotación en historia de enfermería. Para ello se tendrá en cuenta: Valoración del riesgo, cuidados generales, cambios posturales, cuidados de la piel y manejo de la presión.	X	
Será objetivo implantar todas las medidas, implicar a todo el personal sanitario en la prevención de úlceras por presión con el objetivo 0% de nuevos casos.	X	
Será objetivo el análisis de la casuística del número de defunciones intrahospitalarias y su registro.	X	
Será objetivo la elaboración y seguimiento de un protocolo de evaluación del riesgo de caídas.	X	
El Centro colaborará con la administración pública en la gestión del grado de dependencia de los enfermos, cuando resulte necesario.	X	
<b>2.3. Accesibilidad</b>		
El hospital tiene establecido un procedimiento que especifica la forma de acceso de los pacientes y familiares para su acogida y admisión.	X	
La zona de acceso de los pacientes debe disponer de rotulación de fácilmente identificable.		X
La zona de acceso de los pacientes debe disponer de zona para ambulancias con la suficiente amplitud y condiciones de seguridad.		X
La zona de acceso y recepción dispondrá de Sala de Espera para los familiares y aseo.		X
<b>2.4. Unidad de admisión.</b>		

El centro dispondrá de unidad de admisión que será la responsable de la gestión de ingresos, comunicación, en su caso, con el centro de procedencia del paciente, altas, traslados internos, remisión de enfermos a otros centros y éxitus.	X	
La zona de admisión tendrá que ser fácilmente localizable y accesible desde la entrada principal al hospital.	X	
Será responsable la unidad de admisión de: a) identificación y localización del paciente, b) Registrar los datos sobre defunción producidas en el hospital, c) Consignar la unidad asistencial de procedencia del paciente, d) Consignar diagnóstico principal y secundario.	X	
La unidad de admisión dispondrá de la información actualizada de la ocupación del hospital con el censo diario de camas por planta. Habrá una persona responsable de tener al día esa información.	X	
La unidad de admisión dispondrá de un registro de localización del hospital para los casos de guardias localizadas y para cubrir las necesidades imprevistas que se puedan producir en el centro.	X	
La unidad de admisión dispondrá de un registro de altas dónde queden consignados los datos relativos al centro, los datos de identificación del paciente, y los datos requeridos según la legislación vigente referidos al diagnóstico de ingreso y de alta.	X	
En caso de concierto, la Unidad de Admisión gestionará con el centro de referencia público hospitalario, el acceso a la Historia Clínica de los pacientes remitidos.		X
<b>2.5. Desarrollo y actualización de la estrategia.</b>		
Se dispone de una memoria anual de actividades.		X
En caso de Concierto, está establecida una sistemática para seguimiento interno de su cumplimiento.		X
La información sobre las expectativas, opiniones y sugerencias de los usuarios y profesionales es incorporada en los procesos de revisión internos.		X
La información de los mejores indicadores para realizar comparaciones es incorporada en los procesos de revisión internos.		X

<b>A.3. GESTION DE RECURSOS HUMANOS. (90)</b>		
<b>3.1. Planificación y Gestión de Recursos Humanos</b>		
La plantilla sanitaria del hospital estará formada por facultativos médicos, profesionales de enfermería, técnicos de cuidados auxiliares de enfermería, profesionales de fisioterapia siempre que tenga concertados dichos servicios, otro personal de atención directa al enfermo y personal no sanitario.	X	
El Centro podrá disponer de profesionales de fisioterapia para proveer un mejor servicio a los pacientes. Otros servicios como trabajo social, podrán realizarse directa o indirectamente.		X
Están identificadas y asignadas las responsabilidades y competencias profesionales.		X
Existirá de figura de un director médico que organice, programe, desarrolle y evalúe, las actividades clínicas del Centro.	X	
El centro dispondrá al menos de un médico de presencia física en todo momento.	X	
El Centro dispondrá de un Coordinador de Enfermería, entre cuyas funciones estarán: a) La organización de la planificación de los cuidados, b) Programación de las actividades de los profesionales de enfermería, c) Control de la disponibilidad de los recursos materiales y d) Colaboración con el coordinador médico en la elaboración de los instrumentos de gestión, así como planes de calidad, formación continuada e investigación.	X	
Por cada 50 camas ocupadas se dispondrá al menos de un profesional de enfermería en turno de mañana y tarde. El hospital dispondrá al menos de enfermero de presencia física en turno de noche.	X	
Por cada 45 camas ocupadas se dispondrá al menos de un d enfermería en turno de mañana y tarde. El hospital dispondrá al menos de enfermero de presencia física en turno de noche.		X
Por cada 12 camas ocupadas el centro dispondrá de un técnico auxiliar de enfermería en turno de mañana. Por cada 20 camas ocupadas el centro dispondrá de un técnico auxiliar de enfermería en turno de tarde. Por cada 35 camas en centro dispondrá de un técnico auxiliar de enfermería en	X	



turno de noche.		
Por cada 10 camas ocupadas el centro dispondrá de un técnico auxiliar de enfermería en turno de mañana. Por cada 18 camas ocupadas el centro dispondrá de un técnico auxiliar de enfermería en turno de tarde. Por cada 30 camas ocupadas en centro dispondrá de un técnico auxiliar de enfermería en turno de noche.		X
El Centro será colaborador del/los trabajadores sociales de su área para la evaluación del riesgo social, la coordinación con los recursos sociosanitarios y en su caso la solicitud del grado de dependencia.	X	
El trabajador social del Centro, será colaborador del/los trabajadores sociales de su área para la evaluación del riesgo social, la coordinación con los recursos sociosanitarios y en su caso la solicitud del grado de dependencia.		X
El profesional de fisioterapia del Centro, será el responsable de la realización de las indicaciones de Rehabilitación de los pacientes ingresados.		X
Las funciones de gestión de recursos humanos tendrán un responsable en el Centro.		X
Se dispone de medios humanos y técnicos suficientes (propios o subcontratados) para realizar el mantenimiento de acuerdo a la programación preventiva establecida.		X
Existe y se aplica un plan documentado de acogida del personal.		X
Se revisa la eficacia de las acciones formativas contenida en los planes de formación.		X
Se dispone de Plan de Actuación ante catástrofes internas y /o externas.	X	
<b>3.2. Comunicación interna</b>		
Existe un sistema de identificación de las personas por categoría profesional.	X	
Se tiene establecido un sistema de información a trabajadores y usuarios donde estén reflejadas las actuaciones a seguir en caso de catástrofes internas o externas.		X
La dirección asegura la comunicación de la línea de trabajo del centro a todos los trabajadores en su		X

nivel de responsabilidad.		
<b>3.3. Reconocimiento de las personas del hospital.</b>		
Existen pruebas fehacientes que evidencien la realización de tareas de reconocimiento del personal.		X
Los reconocimientos realizados al personal son difundidos a la organización.		X
Se adoptan acciones para apoyar la implicación del personal.		X
Está establecido, y se aplica, un método para evaluar el desempeño del personal.		X
Está establecido, y se aplica, un método de motivación e incentivación para los profesionales.		X
Está establecido, y se aplica, un sistema de beneficios sociales y otro tipo de beneficios para los trabajadores.		X
<b>3.4. Seguridad organizativa</b>		
Se identifican periódicamente los riesgos que la actividad sanitaria puede provocar en las personas/puestos del hospital, a través del Servicio de Prevención (propio o ajeno).	X	
Los riesgos identificados son valorados y priorizados.		X
Se ha establecido un plan para reducir los riesgos identificados.		X
Se realiza un seguimiento periódico del cumplimiento del plan de prevención de riesgos.		X
El Plan de Formación incluye materias en aspectos de seguridad organizativa.		X
<b>A.4. GESTION DE TECNOLOGIAS Y RECURSOS MATERIALES.</b>		
<b>4.1. Gestión de las Alianzas Externas y de las Tecnologías</b>		
Se planifican actuaciones conjuntas y se aprovechan sinergias con entidades públicas de salud, con organizaciones sociales y ciudadanas, sociedades científicas, asociaciones y/o personas de reconocido prestigio en el ámbito de las Ciencias de la Salud. La información de dichas actuaciones conjuntas es analizada y se adoptan acciones de mejora como consecuencia.		X
Se dispone de un inventario de equipamiento tecnológico en uso, tanto si es propio como subcontratado. Cada equipo dispone de una ficha	X	

técnica específica.		
Se dispondrá de un sistema de comunicación telefónica interior y exterior. Las comunicaciones interiores habrán de incluir un sistema rápido de conexión con el médico de guardia y la persona responsable de enfermería.	X	
Existe y se ejecuta un Plan de Mantenimiento Preventivo y Correctivo de instalaciones, equipamiento y equipos electromédicos.	X	
Cuando se subcontratan tareas se exige el cumplimiento de los requisitos legales y técnicos aplicables, incluyendo la disponibilidad de póliza de responsabilidad civil suficiente.		X
<b>4.2. Gestión de Recursos económicos y financieros.</b>		
Están identificadas las partidas correspondientes a los distintos capítulos de gasto y fuentes de financiación.		X
Se dispone de la información pertinente de los proveedores.		X
La información disponible de los proveedores incluye las condiciones comprometidas con el hospital en cuanto a especificaciones técnicas, precios y plazos.		X
<b>4.3. Gestión de edificios, equipos y materiales</b>		
Se garantiza el cumplimiento de la normativa legal aplicable en cuanto a planta física, en especial en todo aquello que afecte a la seguridad de las personas.	X	
Existen circuitos diferenciados para transporte interno de material sucio y limpio.	X	
Se dispone de los sistemas adecuados que garanticen el mantenimiento de una temperatura idónea en relación con las estaciones del año.	X	
Se revisa periódicamente la adecuación de las instalaciones contra incendios y emergencias a las normas establecidas y como consecuencia se establecen planes de actuación.	X	
Se dispone de servicio telefónico con el exterior en la dimensión suficiente que garantice este servicio a los usuarios		X
Están identificadas y comunicadas, al organismo competente, las actuaciones para adecuar y mejorar		X

las condiciones de accesibilidad al hospital.		
Están identificadas las barreras arquitectónicas y existe un plan para su minimización.		X
Los ascensores son suficientes para el movimiento vertical previsible según la máxima ocupación. Están separados los ascensores de público y personal y dimensionados para camas y aparataje.		X
Existe un Plan de Mantenimiento y Conservación de edificios y materiales en el hospital.		X
En el Plan de Mantenimiento y Conservación de edificios y materiales, están incorporadas las condiciones de accesibilidad.		X
Está garantizada la continuidad de suministro de agua en las zonas críticas.		X
Está garantizada la continuidad de suministro de energía eléctrica en las zonas críticas y en la iluminación y señalización de emergencia.		X
Se ha elaborado un protocolo de actuación, ante catástrofes internas y/o externas que esté coordinado con los servicios externos procedentes.		X
Existe un procedimiento para la actuación en caso de emergencia, incluyendo la asignación de responsabilidades específicas asociadas.		X
Se han habilitado las correspondientes zonas específicas y señaladas para su acceso en caso de emergencia.		X
El hospital garantiza que los pacientes reciban una alimentación adecuada a su estado clínico.	X	
Se dispone de los medios (propios o subcontratados) para el transporte de personas en las condiciones adecuadas desde o hacia otros hospitales, según proceda.		X
Existen zonas de estacionamiento para vehículos especiales (discapacitados, ambulancias, etc.).		X
Se dispone de medios físicos para separar pacientes en función de su estado clínico para preservar la intimidad y sensibilidad de pacientes y usuarios.	X	
En los aseos de personal, de usuarios y de pacientes se dispone de los artículos de higiene personal suficientes y adecuados.	X	

El gimnasio, en caso de disponer para el tratamiento de fisioterapia contará con el equipamiento necesario, así como un aseo adaptado para los pacientes discapacitados o con movilidad reducida de conformidad con la normativa vigente		X
El mobiliario de las zonas de atención al paciente y de las zonas de espera y descanso tiene en cuenta aspectos ergonómicos y de facilidad de movimientos.		X
La iluminación ofrecida a pacientes, usuarios y profesionales es adecuada a la actividad desarrollada.		X
<b>4.4. Gestión de las unidades de hospitalización.</b>		
La unidad de hospitalización dispondrá de un reglamento de funcionamiento que regulará el desarrollo de las actividades médicas y de enfermería.		X
Cada unidad de hospitalización dispondrá de un control donde estarán situados los sistemas de recepción de avisos de enfermos desde las habitaciones, y dispondrá : a) Zona limpia para preparación de medicación, b) Zona para uso de personal, c) Zona de almacenamiento de lencería, d) Tendrá establecido un circuito separado de evacuación de material sucio, e) Armario para la medicación , f) Aspirador de secreciones, g) Carro de paradas por cada 40 camas h) frigorífico i) Mobiliario para ordenar y custodiar las historias clínicas j) Aseo para el personal.	X	
Las habitaciones para los enfermos dispondrán de : a) Ventilación e iluminación natural suficiente, b) Cortinas y mamparas portátiles entre las camas, c) La superficie de la habitación posibilitará una separación entre las camas y las paredes que permitan el giro de las mismas, d) Las puertas deberán permitir el paso de las camas fácilmente, e) Dispondrán de toma para la administración de oxígeno y aspiración de secreciones, f) Las camas deben ser móviles, ergonómicas y adaptables, g) Mesilla auxiliar giratoria equipada con bandeja o similar, h) Sillón reclinable con reposapiés y silla, por cama de hospitalización, i) Armario por cama, j) Interruptor de aviso a control de enfermería de fácil	X	

acceso desde la cama, k) Interruptor de iluminación de fácil acceso desde la cama, l) Enchufes eléctricos y sistema de iluminación, m) Cuarto de baño dotado de ducha con suelo antideslizante y asidero, wc. con sistema de sujeción, n) lavamanos ñ) Teléfono.		
<b>4.5. Gestión del entorno medioambiental interno y externo.</b>		
Para los productos químicos cuya utilización suponga riesgos para las personas, existen y se aplican procedimientos para su uso adecuado y la obligatoriedad del registro y archivo de la documentación legal asociada.	X	
Existen procedimientos específicos de actuación que aseguran la calidad del aire en las dependencias del hospital en las que así se requiera.	X	
Se aplican acciones para minimizar el nivel de ruidos.		X
Se garantiza en todas las instalaciones del hospital un entorno libre de humos.	X	
El control de producción y almacenamiento de residuos peligrosos biosanitarios, se realiza de acuerdo a Guías de Gestión de Residuos legalmente establecidas.	X	
El control de emisiones contaminantes, producidas por gases procedentes de combustión, esterilización y refrigerantes se realiza de acuerdo a Guías de Gestión de Residuos legalmente establecidas.		X
Tendrá preferencia el uso de recursos renovables sobre los no renovables.		X
Se valorará la certificación externa en aspectos medioambientales.		X
<b>A.5. GESTION DE LA INFORMACION, EL CONOCIMIENTO Y LOS ASPECTOS ÉTICOS.</b>		
<b>5.1. Gestión de la información.</b>		
Se conoce y se aplica la normativa vigente aplicable para la Protección de Datos de Carácter Personal, estando establecidas normas para asegurar el carácter confidencial de los datos referentes a la salud del paciente.	X	

El hospital facilitará al personal sanitario y administrativo, los correspondientes niveles de acceso a la historia clínica, las guías y protocolos de práctica clínica y asistencial, las normas escritas de funcionamiento interno, la documentación asistencial informativa y estadística, así como los procedimientos e informes que permitan asegurar la continuidad asistencial.	X	
Se utilizan modelos específicos de consentimiento informado, debidamente validados, para todas las Unidades aplicables.	X	
Está regulado el procedimiento para que, llegado el caso, se garantice el cumplimiento de la expresión de últimas voluntades de la persona.	X	
Se remiten los documentos de expresión de últimas voluntades al organismo público competente.		X
Están establecidos los métodos para garantizar el derecho de los pacientes al correspondiente acceso a la documentación de la historia clínica y a obtener copia de los datos que figuran en ella.	X	
Se dispone de un directorio general en la recepción del hospital.		X
Se dispone de la señalización específica de los distintos servicios en las correspondientes ubicaciones y plantas.		X
Existen espacios físicos adecuados para informar a los usuarios y pacientes atendidos.		X
El Hospital tiene digitalizada o está desarrollando un plan de digitalización de la Historia Clínica.		X
Se garantizan la seguridad, la correcta conservación y la recuperación de la información en el archivo de historias clínicas.		X
Se han establecido mecanismos que garantizan la autenticidad del contenido de la historia clínica y de los cambios operados en ella	X	
Se han establecido los adecuados medios técnicos para archivar y proteger las historias clínicas y para evitar su destrucción o pérdida accidental.		X
La historia clínica consta al menos de la documentación relativa a: la hoja clínico-estadística, la anamnesis y la exploración física, la evolución, las órdenes médicas, la hoja de interconsultas, los informes de exploraciones complementarias, la	X	

evolución y planificación de cuidados de enfermería y la aplicación terapéutica de enfermería.		
Están definidos criterios específicos que garanticen la unidad e integración de las historias clínicas.		X
El acceso a la historia clínica con fines judiciales, epidemiológicos, de salud pública, de investigación o de docencia se realiza garantizando que los datos de la identificación personal del paciente están separados de los de carácter clínico asistencial.	X	
El período de archivo de la documentación clínica es al menos de veinte años, contados desde la fecha del alta de cada proceso asistencial y siempre según el plazo legalmente establecido.	X	
El informe de alta médica especifica todos los aspectos exigidos por la normativa vigente. Podrá incluir informe del TS.	X	
<b>5.2. Gestión del conocimiento.</b>		
Existe un <b>Plan de Formación</b> aprobado por la Dirección, el cual debe incluir entre otros: Uso seguro de los medicamentos, notificación de incidencias relacionada con la atención sanitaria y procedimiento adecuado para la identificación del paciente.	X	
Se favorece y existe una sistemática para acceder y compartir las mejores prácticas y el conocimiento dentro del hospital.		X
Se apoya la realización de acciones de investigación, haciendo hincapié en prevención de úlceras por presión e infección nosocomial.		X
<b>5.3. Gestión de aspectos éticos.</b>		
Está establecido un código ético del hospital en consonancia con el respeto a los derechos humanos, la legislación sanitaria y los principio deontológicos de las profesiones sanitarias.	X	
Está definida una política de actuación en relación con la atención a pacientes en situación avanzada o terminal.		X
La política de actuación en relación con la atención a pacientes en situación avanzada o terminal, tiene como bases el bienestar y dignidad de dichos pacientes con sensibilidad ante temas delicados.		X



Está establecida la postura del hospital para iniciar los servicios de resucitación y para retirar el tratamiento de mantenimiento vital.		X
Se llevan a cabo actuaciones de atención social para facilitar la plena reincorporación del paciente a su entorno.		X
Se llevan a cabo actuaciones de educación de los pacientes y /o familiares en la continuidad asistencial que pudieran necesitar.		X
<b>A.6. GESTION DE PROCESOS.</b>		
<b>6.1. Diseño y Gestión de Procesos.</b>		
Están identificados los procesos del Hospital y los flujos de actividad y documentación/información asociados. El Hospital contará, al menos, con los siguientes Procesos: admisión, gestión del grado de dependencia, derivación de pacientes, hospitalización, rehabilitación, planificación del alta hospitalaria y docencia.	X	
Los procesos del hospital están debidamente documentados, validados según una metodología previamente establecida y difundidos.		X
Para cada proceso están definidas las funciones y responsabilidades implicadas, incluyendo las tareas en las que interviene más de una Unidad.		X
Para cada proceso están definidas: competencia del personal, documentación asociada, equipamiento a utilizar y requerimientos asociados al ambiente de trabajo.		X
Existe una sistemática documentada para el desarrollo, revisión, actualización y modificación de los procesos del hospital.		X
La secuencia e interacción de los procesos es actualizada como consecuencia del análisis de la información obtenida en el conjunto de actividades del hospital.		X
Para cada proceso están definidos los resultados esperados y el conjunto de indicadores de resultados.		X
Está establecido un sistema que permita realizar sugerencias a todas las partes interesadas.		X

En los <b>procesos asistenciales</b> se contará al menos con: Guía de práctica clínica y protocolos asistenciales, sistemática implantada para la revisión y actualización de los anteriores, procedimientos documentados para el control y aislamiento de pacientes para prevenir daños, infecciones o contaminación, procedimientos documentados para identificar situaciones de agresión o abuso.		X
En los procesos <b>no asistenciales</b> se contará, al menos con: Procedimientos documentados para la esterilización de materiales y equipos, protocolos de limpieza y DDD específicos. Estos protocolos estarán acompañados del contrato de prestación de servicio que garantice su cumplimiento, salvo que se realice su ejecución con medios propios.		X
Para cada proceso no asistencial están identificados los elementos de entrada del mismo, incluyendo competencia del personal, documentación asociada, equipamiento a utilizar y requerimientos asociados al ambiente de trabajo.		X
<b>A.7. SEGURIDAD DEL PACIENTE.</b>		
<b>7.1. Mejorar la cultura de seguridad, factores humanos y organizativos.</b>		
El hospital dispondrá de un programa de seguridad del paciente, conocido por todo el personal.	X	
El profesional sanitario tendrá una formación básica en seguridad del paciente.	X	
EL hospital dispondrá de planes de acción de seguridad del paciente con objetivos anuales, evaluación y plan de difusión de resultados.		X
Los resultados obtenidos servirán para la toma de decisiones del Hospital.		X
El hospital dispondrá de un responsable con formación suficiente, para promover la implantación, desarrollo y evaluación de prácticas clínicas seguras.	X	
<b>7.2. Promover el uso seguro del medicamento.</b>		
Los procedimientos de preparación y administración de los medicamentos inyectables y la nutrición parenteral, estarán protocolizados.	X	
El personal sanitario dispondrá de los medios tecnológicos suficientes que ayuden en la prescripción de medicamentos y que estén integrados en los sistemas de información del centro		X

sanitario, y disponibles para todos los profesionales implicados en la atención del paciente.		
El personal sanitario revisará de forma sistemática la medicación, para prevenir y o detectar precozmente posibles eventos adversos y comprobar periódicamente la adecuación y adherencia al tratamiento.	X	
Se establecerán recomendaciones sobre el uso de abreviaturas, símbolos y expresiones utilizadas en la prescripción y administración de medicamentos.		X
Existirá en el hospital un sistema de notificación de errores e incidentes por medicamentos. La información obtenida servirá para el análisis, evaluación y la difusión de recomendaciones oportunas, así como para establecer intervenciones específicas dirigidas a evitar los errores más frecuentes en el uso de medicamentos.	X	
<b>7.3. Promover prácticas seguras para prevenir y controlar las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria.</b>		
Estarán establecidos y actualizados protocolos de lavado de manos y se controlará la adherencia de su buena práctica por parte de los profesionales sanitarios.	X	
Estarán establecidos y actualizados protocolos para el adecuado uso de antisépticos y desinfectantes.	X	
Estarán establecidos y actualizados protocolos de limpieza, desinfección y esterilización del material sanitario.	X	
Se implantarán programas para prevenir y controlar las infecciones relacionadas con catéteres, sondas y heridas.	X	
Se dispondrán acciones específicas para la detección y tratamiento precoz de pacientes con sepsis/sepsis grave y shock séptico.	X	
<b>7.4. Promover la implantación de prácticas seguras en los cuidados de los pacientes.</b>		

Desarrollar un plan de cuidados individualizados(PIA), que haga referencia, al menos, a los siguientes aspectos relevantes para la seguridad del paciente: prevención de caídas y lesiones asociadas/ Prevención de úlceras por presión/Prevención de infecciones asociadas a la asistencia sanitaria/ Seguridad en la contención física de los pacientes que lo requieran/ Prevención de la malnutrición y deshidratación, especialmente en pacientes ancianos/ prevención de la broncoaspiración/ Prevención y control del dolor.	X	
Incluir en el plan de cuidados acciones para informar a los pacientes y cuidadores sobre los cuidados y sus riesgos.		X
Al informe de alta se le adjuntará el Plan Individualizado de Asistencia.		X
<b>7.5. Promover la identificación inequívoca del paciente.</b>		
Desarrollar e implementar acciones para la correcta identificación del paciente. Comprobar la identificación del paciente en cada procedimiento, especialmente en los de alto riesgo.	X	
Etiquetar las muestras biológicas y pruebas de imagen en el mismo momento de su obtención.	X	
<b>7.6. Promover la gestión de riesgos en el hospital.</b>		
Promover diferentes métodos para la identificación de riesgos relacionados con la seguridad (análisis de reclamaciones y sugerencias, revisión de historias clínicas, sesiones para aprender de los errores, estudios epidemiológicos...)		X
Establecer un <b>sistema de notificación de incidencias</b> relacionadas con la atención sanitaria que sea voluntario, confidencial, no punitivo y que favorezca el aprendizaje.	X	
Se desarrollarán acciones entre la Dirección y los profesionales para la adecuada notificación, el análisis y la gestión de incidencias relacionadas con la atención sanitaria.	X	
<b>7.7. Promover la participación de los pacientes y sus cuidadores en la seguridad del paciente.</b>		

En el Plan de acogida del paciente debe quedar de forma clara, completa y comprensible sus derechos y obligaciones, los servicios sanitarios en los que se prestarán los cuidados, los riesgos que conlleva la asistencia y su implicación en el proceso asistencial.		X
Se permitirá y promoverá la presencia de un acompañante del paciente, siempre que sea posible, en todos los ámbitos de la asistencia sanitaria, especialmente pacientes con deterioro cognitivo.		X
Estará protocolizado el procedimiento para la obtención del consentimiento informado de los pacientes, sobre todo en procedimientos invasivos, así como registro de últimas voluntades.	X	
<b>A.8. EVALUACIÓN DE SATISFACCIÓN DE PACIENTES</b>		
<b>8.1. Satisfacción de usuarios.</b>		
Se dispondrá de metodología para la medición del grado de satisfacción de los usuarios. La medida del grado de satisfacción de los pacientes constituirá una práctica continuada del centro.	X	
Se realizan encuestas para medir el grado de satisfacción de los pacientes durante la prestación del servicio, y tras finalizar dicha prestación.		X
Existe al menos un modelo de encuesta validado por la dirección para medir la satisfacción de los pacientes.		X
La muestra de pacientes seleccionada para realizar la encuesta es representativa de la población total de pacientes.		X
Entre los ítems a evaluar en las medidas de satisfacción se valora la opinión sobre la accesibilidad global.		X
Entre los ítems a evaluar en las medidas de satisfacción se valora la opinión sobre la información que se ha proporcionado en relación al problema de salud del paciente.		X
Entre los ítems a evaluar en las medidas de satisfacción se valora la opinión sobre la amabilidad en el trato recibido por el paciente a su paso por el hospital.		X
Entre los ítems a evaluar en las medidas de satisfacción se valora la satisfacción en relación al respeto a la intimidad sentida por el paciente.	X	

Entre los ítems a evaluar en las medidas de satisfacción se valora la opinión sobre la confortabilidad de las instalaciones para pacientes y familiares.		X
Entre los ítems a evaluar en las medidas de satisfacción se valora la opinión respecto a la limpieza de las instalaciones.	X	
Entre los ítems a evaluar en las medidas de satisfacción se valora la opinión sobre la identificación del personal del hospital.		X
La información obtenida en las encuestas es analizada por los responsables adecuados, y se adoptan acciones en consecuencia, evaluando su efectividad de forma sistemática.		X
<b>8.2. Sugerencias y Reclamaciones</b>		
El Centro tendrá establecido un sistema para realizar sugerencias, reclamaciones, quejas y agradecimientos, siguiendo el modelo establecido por la normativa vigente de la Consejería de Sanidad.	X	
Se informa a pacientes de su derecho a presentar sugerencias y reclamaciones, y el método para llevarlas a cabo.		X
Las sugerencias y reclamaciones presentadas son resueltas por el personal responsable de la actividad sobre la que se presenta la reclamación o queja, con conocimiento y Vº. Bº. de la Dirección del Centro.	X	
Se comunica al reclamante por escrito, el resultado del análisis de su reclamación así como de las acciones, en su caso, adoptadas por el hospital.	X	
La información agregada de las sugerencias y reclamaciones es analizada por los responsables adecuados para la adopción de acciones de mejora.		X
Existen evidencias del establecimiento de acciones como consecuencia de la información agregada de las sugerencias y reclamaciones.		X
Están establecidos objetivos en cuanto a sugerencias y reclamaciones y se analiza su grado de cumplimiento.		X
Se realizan comparaciones/análisis de los resultados obtenidos con otras organizaciones similares en cuanto a sugerencias y reclamaciones y se adoptan medidas de mejora derivadas de este análisis.		X

<b>A.9. SATISFACCIÓN DEL PERSONAL. (90)</b>		
<b>9.1. Resultados en el personal.</b>		
Los métodos identificados de medición de la satisfacción del personal son puestos en práctica.	X	
Se realizan encuestas, validadas por la Dirección y representativas de la población total de trabajadores del hospital, para medir el grado de satisfacción del personal del hospital.		X
Entre los ítems a evaluar en las medidas de satisfacción de profesionales se valora la opinión sobre los planes de formación continuada.		X
Se evalúa la satisfacción en relación a la comunicación interna, tanto ascendente como descendente y lateral.		X
La información obtenida en las medidas de satisfacción del personal es analizada por los responsables adecuados y participación del personal.		X
Existen evidencias del establecimiento de acciones como consecuencia de la información obtenida sobre la satisfacción del personal.		X
<b>A.10. IMPLICACIÓN CON LA SOCIEDAD</b>		
El centro, caso de estar concertado, colaborará con el hospital público de referencia en sus actividades de implicación en la sociedad.		X
El centro podrá realizar actividades de implicación con la sociedad dentro de los objetivos del Plan de Salud.		X
<b>A.11. RESULTADOS. (150)</b>		
<b>11.1. Resultados asistenciales.</b>		
Se dispone de un sistema de monitorización de los resultados asistenciales que constituirá la guía fundamental de actuaciones de la Dirección para procurar su mejora permanente.	X	
Se realizarán actuaciones por parte de la Dirección sobre los resultados de las encuestas a los pacientes.		X
Se realizarán actuaciones por parte de la Dirección sobre los resultados de las encuestas a los trabajadores.		X
Se realizarán actuaciones por parte de la Dirección en lo referente a la seguridad de paciente.		X
Se realizarán actuaciones por parte de la Dirección sobre las necesidades formativas del personal.		X