

Cuestionario de autoevaluación del Programa de Acreditación de Hospitales Generales

BOIB (n.º 38, de 25 de marzo de 2023)

Nombre del centro: _____
Domicilio: _____
CP: _____ Población: _____
Teléfono: _____ FAX: _____ e-mail: _____

Categoría I. Liderazgo y estrategia

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

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

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

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

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

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

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

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

1.9. Los directivos, jefes de servicio o unidad, responsables de enfermería y otros responsables de gestión de áreas de la organización participan en el reconocimiento de los profesionales que se implican en la mejora de la calidad y seguridad de los pacientes. (Recomendable)

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

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

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

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

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

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

1.16. Los directivos, los jefes de servicio o unidad, responsables de enfermería y otros responsables de gestión de áreas impulsan la aportación de acciones de mejora surgidas desde las personas a su cargo. (Recomendable).

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

1.18. Los directivos, jefes de servicio o unidad, responsables de enfermería y otros responsables de gestión de áreas participan en la identificación de las expectativas y necesidades de todos los grupos de interés. (Obligatorio)

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

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

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

1.22. El centro hospitalario define y aplica una estrategia para la atención integral de los pacientes frágiles y vulnerables y de sus cuidadores con una mirada paliativa. (Obligatorio)

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

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

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

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

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

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

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

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

Categoría II. Personas

2.1 Se dispone y comunica a la organización una política de recursos humanos adecuada para la prestación de una asistencia de calidad. (Obligatorio)

2.2 Se dispone de un plan de recursos humanos en el que se analizan las necesidades actuales y futuras de recursos humanos, teniendo en cuenta las necesidades y expectativas de los grupos de interés. (Recomendable)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.13 Existe un plan de formación continuada. (Obligatorio)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Categoría III. Alianzas y recursos

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

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

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

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

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

3.6 Se incluyen como elementos indispensables en las compras de mobiliario los sistemas de seguridad y de contención para prevenir las lesiones de los pacientes. (Obligatorio)

3.7 Se dispone de un plan de seguridad actualizado para el edificio ante catástrofes (incendio, explosión, etc.) en el que se define la señalización y la evacuación de los trabajadores y pacientes. (Obligatorio)

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

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

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

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

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

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

3.14 Se dispone de un sistema de control y gestión de medicamentos, productos sanitarios y demás productos farmacéuticos que asegura la disponibilidad de existencias para prestar la asistencia sanitaria. (Obligatorio)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Categoría IV. Metodología

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

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

4.3 Para los procesos clave, se identifican los elementos de entrada de los mismos, incluyendo la competencia profesional, documentación asociada, equipamiento a utilizar y requerimientos asociados al ambiente de trabajo. (Recomendable)

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

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

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

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

4.8 Se asegura el cumplimiento de la Ley de Autonomía del Paciente en lo relativo al contenido y gestión de la historia clínica. (Obligatorio)

4.9 Se obtiene el consentimiento informado por escrito en los casos de intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, en los procedimientos que supongan riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente. (Obligatorio)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4.22 Se documentan y desarrollan vías clínicas. (Recomendable)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4.38 Se codifica mediante la versión oficial establecida por el Comité Técnico del CMBD del Sistema Nacional de Salud todos los diagnósticos y procedimientos, de acuerdo con la normativa vigente aplicable. (Obligatorio)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4.48 Se dispone de programas de formación específicos para pacientes y cuidadores con el fin de conseguir su participación activa en las decisiones y los procesos de atención. (Recomendable)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Categoría V. Resultados

Resultados: personas

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

Indicadores vinculados:

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

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

Indicadores vinculados:

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

— Número de sugerencias.

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

Indicadores vinculados:

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

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

Indicadores vinculados:

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

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

Indicadores vinculados:

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

— Número de agresiones materiales a profesionales.....

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

Indicadores vinculados:

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

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

Indicadores vinculados:

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

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

Indicadores vinculados:

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

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

Indicadores vinculados:

- Número de horas de compensación por participar en grupos de mejora.
- Número de comités o comisiones.
- Número de miembros de la comisión o comité.
- Número de asistentes a la comisión o comité.

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

Indicadores vinculados:

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

Resultados: clientes

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

Indicadores vinculados:

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

- Tiempo dedicado por personal médico y de enfermería. ..
- Trato del personal (médico, enfermería y no sanitarios)...
- Intimidad.
- Tranquilidad.
- Comodidad del hospital.
- Global en la atención.
- Índice de servicios de pruebas complementarias
 - Información general.
 - Información dada por el personal (médico y enfermería)..
 - Tiempo dedicado por personal médico y de enfermería. ..
 - Trato del personal (médico, enfermería y no sanitarios)...
 - Intimidad.
 - Tranquilidad.
 - Comodidad del hospital.
 - Global en la atención.
- Índice de satisfacción Hospital de día
 - Información general.
 - Información dada por el personal (médico y enfermería)..
 - Tiempo dedicado por personal médico y de enfermería. ..
 - Trato del personal (médico, enfermería y no sanitarios)...
 - Intimidad.
 - Tranquilidad.
 - Comodidad del hospital.
 - Global en la atención.
- Número de quejas.
- Número de reclamaciones.
- Demora media en la resolución de las reclamaciones.
- Número de felicitaciones.

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

Indicadores vinculados:

- Número de pacientes en LEQ.
- Número de pacientes en espera quirúrgica por 1.000 habitantes.
- Número de pacientes en LEQ mayor a 180 días.
- Número de pacientes en LEQ entre 151 y 180 días.

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

- Porcentaje de suspensiones quirúrgicas debidas a la organización.....
- Porcentaje de suspensiones asistenciales quirúrgicas.....

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

Indicadores vinculados:

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

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

Indicadores vinculados:

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

- Porcentaje de reprogramaciones de pruebas complementarias.....
- Porcentaje de suspensiones asistenciales de pruebas complementarias.....

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

Indicadores vinculados:

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

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

Indicadores vinculados:

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

- Porcentaje de pacientes de nivel 4 que esperan menos de 120 minutos.
- Porcentaje de pacientes de nivel 5 que esperan menos de 240 minutos.

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

Indicadores vinculados:

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

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

Indicadores vinculados:

- Tasa de reingresos.
- Tasa de reingresos a los 7 días.
- Tasa de reingresos a los 30 días.
- Tasa de ingresos tras CMA.
- Tasa de reingresos urgentes tras cirugía programada.
- Tasa de reingresos posinfarto.
- Tasa de reingresos urgentes por asma.
- Tasa de reingresos urgentes psiquiátricos.
- Retorno a Urgencias en 72 horas.

— Retorno a Urgencias en 72 horas con ingreso.

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

Indicadores vinculados:

- Tasa de mortalidad.....
- Tasa de mortalidad en resección esofágica.....
- Tasa de mortalidad en cirugía reparadora de aneurisma aórtico abdominal.
- Tasa de mortalidad en revascularización coronaria.
- Tasa de mortalidad en endarterectomía carotídea.
- Tasa de mortalidad en craneotomía.
- Tasa de mortalidad en prótesis de cadera.....
- Tasa de mortalidad en pancreatectomía.
- Tasa de mortalidad tras angioplastia coronaria.
- Tasa de mortalidad en infarto agudo de miocardio.
- Tasa de mortalidad en insuficiencia cardíaca congestiva.
- Tasa de mortalidad en accidente cerebro vascular agudo.
- Tasa de mortalidad en hemorragia gastrointestinal.
- Tasa de mortalidad tras fractura de cadera.
- Tasa de mortalidad en neumonía.....
- Tasa de mortalidad en asma en pacientes en edad 5-39.
- Tasa de mortalidad en urgencias.
- Tasa de mortalidad perinatal.
- Tasa de necropsias.
- Tasa de mortalidad tras intervención quirúrgica.....

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

Indicadores vinculados:

- Tasa de supervivencia tras cáncer de mama al año.
- Tasa de supervivencia tras cáncer de colon al año.....

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

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

Indicadores vinculados:

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

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

Indicadores vinculados:

- Tasa de complicaciones.
- Tasa de infección nosocomial.
- Úlceras de decúbito.
- Neumotórax iatrogénico.
- Infección relacionada con la utilización de catéter.
- Fractura posoperatoria de fémur.
- Trauma neonatal.
- Dehiscencia de herida quirúrgica abdominopélvica en adulto.

- Cuerpo extraño dejado accidentalmente durante un procedimiento en adultos.
- Porcentaje de sepsis posquirúrgica.....
- Sepsis posquirúrgica en cirugía abdominal.....
- Hemorragia o hematoma posoperatorio en adultos.
- Trombosis venosa profunda posquirúrgica.
- Trombosis venosa profunda posquirúrgica en cirugía de sustitución de cadera o rodilla.
- Tromboembolismo pulmonar posquirúrgico.....
- Tromboembolismo pulmonar posquirúrgico en sustitución de cadera y rodilla.
- Punción o desgarró accidental en adultos.....
- Trauma obstétrico en parto vaginal instrumentado.
- Trauma obstétrico en parto vaginal no instrumentado.
- Litros de preparado de base alcohólica consumidos.
- Litros de preparado de base alcohólica consumidos en UCI.
- Número de reacciones adversas a medicamentos.
- Número de pacientes con errores de medicación.
- Tasa de reacciones transfusionales.....
- Número de caídas.
- Número de pacientes sometidos a cirugía errónea.

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

Indicadores vinculados:

- Porcentaje de cesáreas.
- Porcentaje de colecistectomías por laparoscopia.....
- Porcentaje de histerectomías a mujeres menores de 35 años.
- Porcentaje de histerectomías por laparoscopia.....
- Tasa de cirugía conservadora en cáncer de mama.
- Porcentaje de pacientes con fractura de cadera intervenidos en las primeras 48 horas.....
- Número de altas de resección de aneurisma aórtico abdominal.
- Número de altas de resección esofágica.
- Número de altas de *bypass* coronario.....

- Número de altas de endarterectomía carotídea.
- Número de altas de pancreatectomía.
- Número de altas de angioplastia coronaria.
- Número de altas de colecistectomía laparoscópica (%).
- Número de altas de histerectomía.
- Número de altas de prótesis total de rodilla.
- Número de altas de prótesis total de cadera.

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

Indicadores vinculados:

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

Resultados: sociedad

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

Indicadores vinculados:

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

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

Indicadores vinculados:

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

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

Indicadores vinculados:

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

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

Indicadores vinculados:

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

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

5.3-6 Se cuantifican y evalúan las apariciones y menciones en medios de comunicación nacional o local a consecuencia de las actividades relevantes. (Recomendable)

Indicadores vinculados:

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

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

Indicadores vinculados:

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

Resultados: clave

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

Indicadores vinculados:

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

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

Indicadores vinculados:

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

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

Indicadores vinculados:

- Estancia media.

— Estancia media preoperatoria.....

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

Indicadores vinculados:

— Índice de complejidad.....

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

Indicadores vinculados:

- Importe de compras.
- Importe de variación de existencias.....
- Importe de servicios exteriores.
- Importe de tributos.....
- Importe de gastos de personal.....
- Importe de gastos financieros.....
- Importe de dotaciones para amortizaciones.
- Importe de dotaciones a las provisiones.
- Importe de otros gastos de gestión.....
- Importe de otros gastos excepcionales.....
- Importe de ingresos por prestación de servicios.....
- Importe de trabajos realizados para la empresa.....
- Importe de subvenciones para la explotación.
- Importe de otros ingresos de gestión.....
- Importe de ingresos financieros.....
- Importe de otros ingresos.....

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

Indicadores vinculados:

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