

<b>JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO .....</b>	<b>1</b>
<b>DESCRIPCIÓN DEL MODELO .....</b>	<b>2</b>
<b>I. MARCO GLOBAL.....</b>	<b>2</b>
<b>II. OBJETO.....</b>	<b>3</b>
<b>III. CAMPO DE APLICACIÓN.....</b>	<b>4</b>
<b>IV. ESTRUCTURA .....</b>	<b>5</b>
<i>Categorías .....</i>	<i>4</i>
<i>Subcategorías.....</i>	<i>4</i>
<i>Estándares.....</i>	<i>5</i>
<i>Codificación de estándares.....</i>	<i>6</i>
<b>PROCESO DE ACREDITACIÓN.....</b>	<b>6</b>
<b>MODELO DE CALIDAD .....</b>	<b>7</b>
<i>Categoría 1: Dirección .....</i>	<i>10</i>
<i>Categoría 2: Planificación estratégica .....</i>	<i>11</i>
<i>Categoría 3: Gestión de Recursos Humanos .....</i>	<i>15</i>
<i>Categoría 4: Gestión de Tecnología y Recursos Materiales.....</i>	<i>18</i>
<i>Categoría 5. Gestión de la Información, el Conocimiento y los Aspectos Éticos ...</i>	<i>23</i>
<i>Categoría 6: Gestión de Procesos .....</i>	<i>26</i>
<i>Categoría 7: Satisfacción de Ciudadanos .....</i>	<i>30</i>
<i>Categoría 8: Satisfacción del Personal.....</i>	<i>34</i>
<i>Categoría 9: Implicación con la Sociedad .....</i>	<i>36</i>
<i>Categoría 10: Resultados Clave .....</i>	<i>38</i>
<b>ANEXO I. GLOSARIO DE TÉRMINOS.....</b>	<b>41</b>
<b>ANEXO II.</b>	
.....	53
<b>ELEMENTOS DE</b>	
<b>INTERPRETACIÓN.....</b>	<b>54</b>

## JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO

En el ámbito del Estado, la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud determina en su artículo 59.2.a y b que *“la infraestructura para la mejora de la calidad del Sistema Nacional de Salud estará constituida por normas de calidad y seguridad, que contendrán los requerimientos que deben guiar los centros y servicios sanitarios para poder realizar una actividad sanitaria de forma segura, así como por indicadores, que son elementos estadísticos que permitirán comparar la calidad de diversos centros y servicios sanitarios de forma homologada, ajustada al riesgo y fiable”*.

La Ley 10/2001, de 28 de junio, de Salud de Extremadura no sólo tiene como finalidad la constitución y ordenación del Sistema Sanitario Público de Extremadura y la creación y organización del Servicio Extremeño de Salud, sino también la regulación general de cuantas actividades, servicios y prestaciones, públicos y privados, determinen la efectividad del derecho constitucional de la protección a la salud, tal y como se recoge en su exposición de motivos, II, párrafo tercero.

Por su parte, el Decreto 191/2007, de 20 de julio, por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería de Sanidad y Dependencia, atribuye en su artículo 4.1.k la *“competencia en acreditación y homologación de centros, establecimientos y servicios sanitarios”*, a la Dirección General de Gestión del Conocimiento y Calidad Sanitaria. Asimismo, pertenece a la esfera de su responsabilidad la elaboración y seguimiento del Plan Marco de Calidad como instrumento superior de planificación en esta materia.

En la Comunidad Autónoma de Extremadura, el Decreto 37/2004, de 5 de abril, sobre autorización administrativa de centros, establecimientos y servicios sanitarios, sienta las bases mínimas de seguridad y calidad de la atención sanitaria prestada a los ciudadanos, tanto en la esfera pública como privada, que, junto a los procedimientos específicos sobre autorización que se vayan desarrollando y, en el ámbito estatal, el Real Decreto 1277/2003 por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios (en adelante CSES), supondrán un escalón inicial imprescindible para afrontar el proceso de acreditación.

Así pues, la necesidad de ofertar un modelo de solvencia reconocida para los CSES de nuestra comunidad autónoma, se fundamenta en la legislación básica estatal y autonómica, en la oferta de información transparente para nuestros ciudadanos y en la oportunidad de consolidación y mejora del buen hacer de nuestros profesionales.

Recordar, por último, que La Ley de Salud de Extremadura establece en su artículo 76. 1.a que *“para la celebración de conciertos con el Servicio Extremeño de Salud, las entidades e instituciones deberán reunir, necesariamente, los siguientes requisitos: haber obtenido la acreditación del CSES objeto de concertación”*.

Así pues, el contexto legislativo citado anteriormente debe formar parte del Plan Marco de Calidad de la Consejería de Sanidad y Dependencia como pilar con entidad propia, y definirse a nivel operativo en un Modelo de Calidad basado en criterios y estándares de amplio consenso técnico y social, que se constituye como una herramienta global de mejora en la calidad de las organizaciones sanitarias.

## **DESCRIPCIÓN DEL MODELO**

### **I. MARCO GLOBAL**

Podemos definir el proceso de acreditación como una herramienta de mejora de la calidad que comienza con una autoevaluación de una organización o ente sanitario, basada en criterios y estándares derivados del consenso científico y técnico, que proporciona, mediante un proceso de auditoría, una información objetiva de la situación de dicho ente sanitario, según la cual se concede o no la resolución administrativa de acreditación. Está sometida a la necesidad de renovación periódica, sin perjuicio de la posibilidad de solicitar la misma cuando se justifique la mejora del nivel de calidad alcanzado.

Podemos definir la autoevaluación de calidad sanitaria como la valoración global, sistemática y periódica de las actividades y resultados de un ente sanitario realizada por sus propios profesionales, con el fin de discernir claramente sus “puntos fuertes” y “áreas de mejora”, atendiendo a unos requisitos de calidad previamente establecidos, y que culmina en acciones de mejora planificadas y medibles para su progreso en la atención a la salud de los ciudadanos en su ámbito de referencia, con el objetivo de alcanzar la calidad total en la gestión de sus actividades.

Con el Modelo se persigue garantizar la calidad de la actividad sanitaria que recibe el ciudadano, fomentar la autoevaluación por los propios profesionales y desarrollar una cultura basada en la mejora continua de las prestaciones sanitarias ofertadas a la población.

Con el fin de garantizar el desarrollo del proceso de acreditación se ha creado un Comité de Acreditación como órgano asesor de la Dirección General de Gestión del Conocimiento y Calidad Sanitarias, de acuerdo al nivel competencial que la misma obtiene en el artículo 4.1. k del Decreto 191/2007, de 20 de julio, por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería de Sanidad y Dependencia.

El Modelo de Calidad de centros, servicios y establecimientos sanitarios en la Comunidad Autónoma de Extremadura regula, por otra parte, la necesidad de acreditación para poder establecer conciertos con el Servicio Extremeño de Salud, dispuesta así en la Ley 10/2001, de 28 de junio, de Salud de Extremadura. Además extiende su ámbito de acción a los CSES propios del Servicio Extremeño de Salud, así como a aquellos de carácter privado bajo premisas de garantía pública reconocida y calidad de atención sanitaria a los ciudadanos.

En la propia definición de las Categorías, Subcategorías y Estándares se ha tenido en cuenta la aplicación del Modelo a todo tipo de organizaciones sanitarias con independencia de su tamaño, a nivel de CSES. De acuerdo al desarrollo legal comentado, los entes sanitarios a los que el modelo será aplicado son:

- Centros con internamiento (Hospitales).
- Proveedores de asistencia sanitaria sin internamiento (excluidos consultas médicas, consultas de otros profesionales sanitarios y consultorios locales, que se acreditarán sólo en relación a su dependencia jerárquica de una organización superior).
- Servicios sanitarios integrados en una organización sanitaria.
- Establecimientos sanitarios.

Esto implica que las Categorías y Subcategorías definidas obedecen a características globales de aplicación, sin perjuicio de requisitos particularizados en Programas Específicos de Acreditación de Servicios Sanitarios complementarios al modelo. Estos programas específicos no suponen, en cualquier caso, la existencia de un modelo paralelo o alternativo de acreditación, sino que son adaptaciones complementarias a los estándares globales. Su ámbito de aplicación vendría determinado por tratarse de organizaciones sanitarias altamente especializadas y sujetas a una dimensión contrastada en cuanto a la calidad de las mismas.

Mención especial en el diseño del Modelo requiere la incorporación de los requisitos derivados de la gestión de la información, el conocimiento y de los aspectos éticos de la organización sanitaria. La categoría que incluye estos requisitos está ampliamente fundamentada en la Ley autonómica 3/2005, de 8 de julio, de información sanitaria y autonomía del paciente, que proporciona una clara definición de los derechos y obligaciones de los ciudadanos, usuarios y profesionales, así como de los centros, establecimientos y servicios sanitarios de la Comunidad Autónoma de Extremadura en materia de información concerniente a la salud, documentación clínica y autonomía de la voluntad del paciente.

## **II. OBJETO**

Como consecuencia del Marco global establecido anteriormente, se desarrolla el Modelo de Calidad de CSES en la Comunidad Autónoma de Extremadura, que está constituido por el conjunto de estándares definidos en el presente documento, y que se organizan en torno a funciones importantes directamente relacionadas con la mejora continua de las organizaciones, debiendo ser referencia en la actividad de los CSES.

El marco conceptual que ha servido de base para el desarrollo del Modelo se traduce en categorías y estándares inspirados en el Modelo EFQM y seleccionados después de supervisar y estudiar distintos Modelos de Acreditación aplicándolos según las características de los CSES extremeños, en línea con el enfoque que otras Comunidades Autónomas están adoptando después de la culminación de las transferencias sanitarias.

La definición de los estándares desde esta óptica integradora de modelos ya existentes, y la adaptación a la realidad de la Comunidad Autónoma de Extremadura está agrupada conceptualmente a partir de las categorías y subcategorías establecidas, lo cual debe permitir una mayor convergencia con la aplicación de:

- El propio modelo EFQM en aquellas organizaciones que así lo adopten.
- El resto de modelos existentes lo cual redundará en el acceso, difusión y utilización de información para la mejora.

En la definición de los requisitos se han tenido en cuenta aspectos relacionados con los conceptos desarrollados en otros modelos aplicables en aras de completar al máximo los estándares incluidos en nuestro Modelo, a saber:

- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCHAO).
- Norma ISO 9001:2000.
- Norma ISO-IWA UNE 66924 IN. Sistemas de Gestión de la Calidad. Directrices para la mejora de los procesos en las organizaciones sanitarias.
- Modelos de Acreditación Sanitaria de distintas Comunidades Autónomas.
- Modelos de Acreditación existentes para otros sectores (Educación, por ejemplo).

- Planes de Calidad y/o Salud elaborados en las Consejerías de Sanidad de distintas Comunidades Autónomas.

### III. CAMPO DE APLICACIÓN

Este Manual es aplicable, en línea con lo especificado en la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, al conjunto de CSES de la Comunidad Autónoma de Extremadura donde se presten los servicios o conjunto de servicios preventivos, diagnósticos, terapéuticos, rehabilitadores y de promoción y mantenimiento de la salud dirigidos a los ciudadanos.

Este ámbito de acción, amplio y flexible, que abarca desde organizaciones sanitarias complejas hasta servicios sanitarios concretos, está alineado con las estrategias de la Consejería de Sanidad y Dependencia en actualización de Cartera de Servicios, así como con recomendaciones de sociedades científicas y programas de acreditación de carácter específico.

En las oficinas de farmacia, dentro del entorno de los establecimientos sanitarios, el modelo contempla un acercamiento a los mismos más relacionado con su propia homologación, ya que la legislación vigente al respecto es lo suficientemente exhaustiva como para garantizar la calidad ofertada a los ciudadanos.

### IV. ESTRUCTURA

Categorías	Subcategorías	Estándares	%Obligatorios	%Recomendables
<b>10</b>	<b>22</b>	<b>319</b>	<b>47 %</b>	<b>53 %</b>

#### CATEGORÍAS

El modelo está estructurado en 10 categorías. Cada categoría es un criterio, que corresponde con el enunciado de aquello que se exige o espera de los CSES, y cuya satisfacción se asocia a una atención sanitaria de calidad, mientras que los estándares se refieren al nivel de cumplimiento requerido para considerar superado un criterio:

- Seis de estos criterios corresponden a las Categorías Estratégicas, es decir tratan sobre lo que la organización hace y persigue. Los estándares definidos suponen un 70 % del total.
- Los cuatro restantes se refieren a las Categorías Resultados es decir, a lo que la organización logra. Estos estándares suponen un 30 % del total.

Los resultados deben ser una consecuencia de las categorías estratégicas que a su vez, se deben mejorar utilizando la información de retorno que proporcionan los resultados.

#### SUBCATEGORÍAS

Tal como hemos definido con anterioridad, el modelo está inspirado en la estructura del modelo EFQM, pero sin perder de vista la lógica adaptación a la realidad

del Sector Sanitario en Extremadura. Es por ello que el segundo nivel de agregación lo constituyen las 23 Subcategorías, que son las siguientes:

<b>Nº</b>	<b>CATEGORÍA</b>	<b>SUBCATEGORÍA</b>
1	<b>Dirección</b>	1. Responsabilidades de la Dirección 2. Liderazgo de la Dirección
2	<b>Planificación Estratégica</b>	1. Planificación Estratégica 2. Desarrollo y actualización de la estrategia
3	<b>Gestión de Recursos Humanos</b>	1. Planificación y Gestión de Recursos Humanos 2. Comunicación interna 3. Reconocimiento a las personas del CSES 4. Seguridad Organizativa
4	<b>Gestión de Tecnología y Recursos Materiales</b>	1. Gestión de las Alianzas Externas y de las Tecnologías 2. Gestión de Recursos Económicos y Financieros 3. Gestión de edificios, equipos y materiales
5	<b>Gestión de la Información, el Conocimiento y los Aspectos Éticos</b>	1. Gestión de la Información 2. Gestión del Conocimiento 3. Gestión de Aspectos Éticos
6	<b>Gestión de Procesos</b>	1. Diseño y Gestión de Procesos Clave 2. Diseño y Gestión de los Procesos Asistenciales 3. Diseño y Gestión de los Procesos No Asistenciales
7	<b>Satisfacción de ciudadanos</b>	1. Satisfacción de usuarios 2. Sugerencias y reclamaciones
8	<b>Satisfacción del personal</b>	1. Resultados en el personal
9	<b>Implicación con la Sociedad</b>	1. Resultados en la sociedad
10	<b>Resultados clave</b>	1. Resultados Asistenciales 2. Resultados No Asistenciales

Para cada una de estas subcategorías se han establecido los correspondientes estándares.

## **ESTÁNDARES**

Los estándares del Modelo están desarrollados de acuerdo a las siguientes premisas:

- a) la aplicabilidad práctica a cualquier tipo de CSES.
- b) la complementariedad con programas específicos de acreditación derivados del propio modelo (en colaboración con la sociedad científica correspondiente).
- c) la flexibilidad precisa para la homologación con sistemas de certificación o acreditación de carácter reconocido.

Para dar respuesta a estos principios, se ha estructurado un Modelo inspirado en los Criterios y Subcriterios del Modelo EFQM, definiéndose los estándares adecuados para el desarrollo de cada una de las subcategorías definidas.

Se han establecido estándares con dos niveles de exigencia:

- **OBLIGATORIOS**, que son aquellos que todo CSES debiera tener incorporados en su actividad y que garantizan la correcta atención a los derechos de los ciudadanos en cuanto a la Atención Sanitaria se refiere. El mayor énfasis en el establecimiento de estándares obligatorios recae sobre las categorías asociadas a los criterios estratégicos.

Estos estándares han sido definidos de manera que su evaluación coincide con la comprobación de su cumplimiento o no, por lo que no es necesario establecer una escala de graduación.

Los 148 estándares obligatorios definidos suponen un 46,25 % del total.

- **RECOMENDABLES**, formados por los estándares que componen las herramientas de mejora de la actividad que van asociados con el desarrollo del CSES, desde la perspectiva de los ciudadanos, los profesionales y los gestores.

Para la evaluación de estos estándares recomendables se fijará una escala de valoración / consecución en el proceso de acreditación, de manera que se valore en este orden, su establecimiento y puesta en funcionamiento, la presentación de evidencias sobre su funcionamiento y su funcionamiento sistemático.

Los 172 estándares recomendables definidos suponen un 53,75 % del total.

## **CODIFICACIÓN DE ESTÁNDARES**

Los estándares disponen de un código (número secuencial para cada categoría, subcategoría y estándar) que lo identifica unívocamente dentro del Modelo. Dado que el Modelo está adecuadamente definido, tanto en su edición como en su nivel de revisión, la identificación de la versión en vigor de un estándar está determinada a través del nivel de revisión del propio Modelo. Las posibles modificaciones de los estándares serán incorporadas en las distintas ediciones del Modelo que se vayan produciendo.

El sistema de codificación se complementará con los dígitos correspondientes a los Manuales para la Autoevaluación y para la Auditoría.

De esta manera el estándar **6.2.5** (*“Están establecidas e implantadas vías clínicas”*) corresponde a:

**Categoría 6.** Gestión de procesos

**Subcategoría 2.** Diseño y Gestión de los procesos asistenciales

Y dentro de esa subcategoría ocupa el **5º** lugar.

## **PROCESO DE ACREDITACIÓN**

El Modelo de Calidad desarrollado es complementario a las mínimas garantías de seguridad y calidad que son exigidas para la Autorización de CSES.

La acreditación de calidad sanitaria según este Modelo está estructurada en distintos grados que faciliten la introducción progresiva al sistema, la cultura de mejora continua mediante la autoevaluación previa y la información objetiva para la elección por los ciudadanos. Así, se establecen tres grados de acreditación progresivos: Avanzada, Óptima y Excelente.

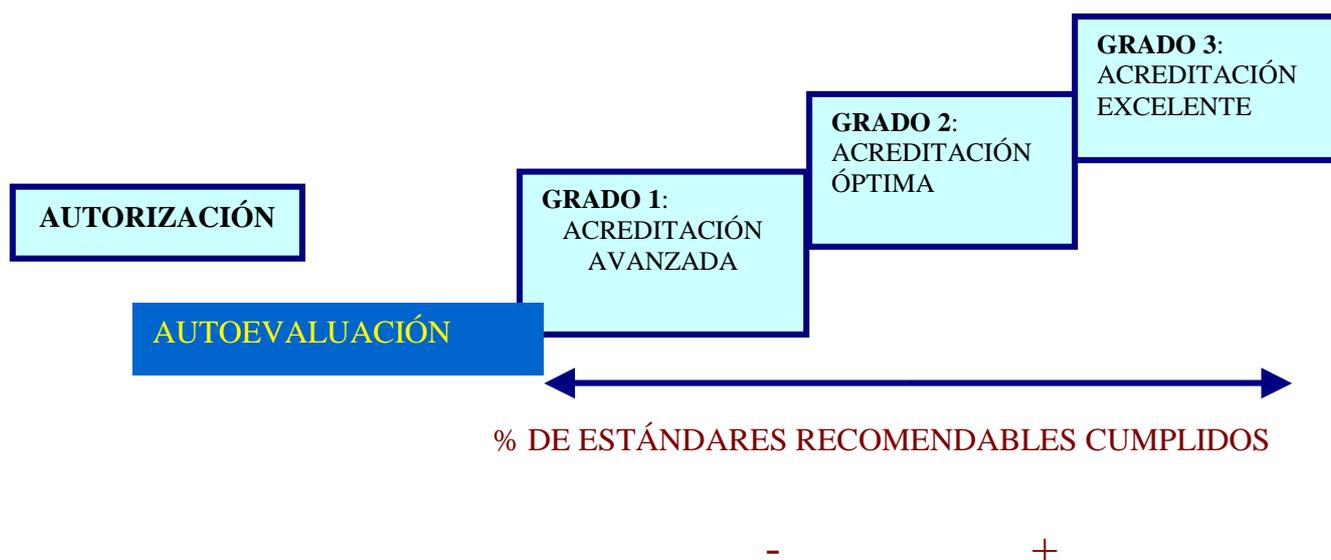
El **Comité de Acreditación** encargado de evaluar los informes (de los equipos auditores, de autoevaluación, del Consejo Científico Asesor del Sistema Sanitario Público de Extremadura e informes externos) para la propuesta de concesión del grado de acreditación que corresponda, actuará de acuerdo al procedimiento específico establecido para tal fin.

Los entes sanitarios sobre los que se aplica el Modelo de Calidad, requieren de una asignación de pesos en cada categoría, necesariamente variable en función de las características intrínsecas de sus elementos estratégicos y de resultados. Obviamente, los elementos de planificación estratégica o de liderazgo no adquieren la misma dimensión, según hablemos de un centro de salud o un hospital de 400 camas, por poner un ejemplo. Es por ello que se diferencian elementos porcentuales diferentes en la aplicación del propio Modelo y que pueden observarse con detenimiento en el **ANEXO II** de este documento.

## MODELO DE CALIDAD

Para cada categoría se incluye:

- Una definición de la misma que describe su contenido.
- El propósito de la categoría, donde se explica cuáles son los objetivos que se pretenden conseguir con dicha categoría, y los aspectos más relevantes a tener en cuenta relacionados con la misma y su aplicación al sector sanitario de que se trate.
- La descripción de los estándares asociados a cada categoría, clasificados por subcategorías.







## Categoría 1: Dirección

### **Definición**

Cómo el comportamiento y las actuaciones del equipo directivo y de los demás líderes de la organización estimulan, apoyan y fomentan una cultura de Gestión de Calidad Total.

### **Propósito**

El propósito de esta categoría es conseguir que la dirección de los CSES sea la verdadera impulsora de la mejora de la gestión, debiendo establecer ésta un punto de destino que identifique a dónde quiere llegar la organización, y articule las herramientas adecuadas para asegurar que la gestión está alineada con los objetivos previstos, implicándose personalmente en la mejora y haciendo que el resto de factores (recursos humanos y materiales) también se involucren.



CATEGORÍA	1. Dirección
SUBCATEGORÍA	ESTÁNDAR
	Descripción
<p>1.1 Responsabilidades de la Dirección</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Se dispone de una declaración de la misión, visión y valores del CSES respaldada por la dirección.</li> <li>2. <i>Se manifiesta la implicación del equipo directivo en la comunicación de la misión y objetivos asociados.</i></li> <li>3. <i>Se manifiesta la implicación del equipo directivo en la comunicación de los resultados del CSES a las personas que lo integran.</i></li> <li>4. <i>Se manifiesta la implicación del equipo directivo en el seguimiento del grado de implantación de su planificación.</i></li> <li>5. Se han identificado los principales grupos de interés.</li> <li>6. <i>Se facilita el acceso a los grupos de interés.</i></li> <li>7. Están establecidas actuaciones para garantizar que la información de retorno de los servicios prestados llega a dirección.</li> <li>8. <i>Se adoptan acciones como consecuencia del análisis de la información de retorno.</i></li> <li>9. Las responsabilidades asociadas a los servicios prestados están claramente identificadas.</li> </ol>
<p>1.2 Liderazgo de la Dirección</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Está definida la estructura directiva y las responsabilidades asociadas.</li> <li>2. Están definidos los órganos de gobierno del CSES, y las responsabilidades asociadas.</li> <li>3. <i>Se manifiesta la implicación del equipo directivo en actividades de mejora.</i></li> <li>4. <i>Existen pruebas fehacientes de la estimulación y apoyo a la asunción de responsabilidades de los trabajadores por parte de los directivos.</i></li> <li>5. <i>Se manifiesta la implicación del equipo directivo en asociaciones profesionales, conferencias, etc.</i></li> <li>6. <i>Se manifiesta el compromiso del equipo directivo con la política de calidad establecida.</i></li> <li>7. <i>Se manifiesta la implicación del equipo directivo en eventos para difundir la cultura de calidad del CSES.</i></li> <li>8. <i>Se manifiesta la implicación del equipo directivo en actividades encaminadas a la mejora del medio ambiente y al desarrollo de la sociedad.</i></li> </ol>

## Categoría 2: Planificación estratégica

### **Definición**

Cómo la organización formula, despliega y revisa su estrategia y la convierte en planes y acciones concretos, enfocados a una mejora continua de calidad en la organización.

### **Propósito**

Esta categoría pretende conseguir que el establecimiento y consecución del conjunto de objetivos previstos por la dirección sea alcanzado de una manera organizada, sistematizada y debidamente priorizada en función de los distintos aspectos que influyen en la gestión.

Deberán articularse herramientas para convertir la estrategia global planteada en acciones concretas de actuación, siempre alineadas con la consecución de los objetivos previstos.

CATEGORÍA	2. Planificación Estratégica
SUBCATEGORÍA	ESTÁNDAR
A	Descripción
2.1 Planificación Estratégica	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Se realiza una Planificación Estratégica adecuada al CSES en la cual se determina el conjunto de decisiones de gestión que hará el mismo para alcanzar sus objetivos estratégicos.</li> <li>2. <i>Se realizan acciones para conocer y prever las características socio demográficas de la población de referencia.</i></li> <li>3. <i>Se realizan acciones para conocer y prever las necesidades de salud de la población de su área de influencia.</i></li> <li>4. <i>Se realizan acciones para conocer y prever las expectativas, opiniones y sugerencias de los clientes no pacientes.</i></li> <li>5. <i>Se realizan acciones para conocer y prever las expectativas, opiniones y sugerencias de los pacientes.</i></li> <li>6. <i>Se realizan acciones para conocer y prever las expectativas, opiniones y sugerencias de los profesionales.</i></li> <li>7. Los Contratos de Gestión o similares están analizados por el equipo de dirección.</li> <li>8. Existe una planificación para llevar a cabo las acciones que aseguren el cumplimiento de los compromisos contractuales establecidos.</li> <li>9. Existen Pactos de Gestión, validados, que definen los compromisos de actividad a cumplir.</li> <li>10. Se asegura la coherencia del Contrato de Gestión o documento similar asumido por el CSES con los distintos Pactos de Gestión.</li> <li>11. Se dispone de un Reglamento de Régimen Interior aprobado.</li> <li>12. Se dispone de un Organigrama funcional debidamente validado.</li> <li>13. Se dispone de una Política de Gestión de Riesgos.</li> <li>14. La Política de Gestión de Riesgos incluye la responsabilidad civil/ patrimonial.</li> <li>15. La Política de Gestión de Riesgos incluye la responsabilidad en materia de Prevención de Riesgos Laborales.</li> <li>16. La Política de Gestión de Riesgos incluye la responsabilidad por explotación en lo referente a Estructuras / Materiales.</li> <li>17. Se dispone de una Carta de Servicios.</li> <li>18. <i>En la Carta de Servicios se especifican los derechos y deberes de los usuarios, las prestaciones disponibles, las características asistenciales del CSES y sus dotaciones de personal, instalaciones y medios técnicos.</i></li> <li>19. <i>Se dispone de un Plan de Calidad adecuado al CSES debidamente aprobado.</i></li> <li>20. <i>Están establecidos objetivos para los indicadores del Plan de Calidad del CSES.</i></li> <li>21. <i>El CSES tiene establecido un Plan de Accesibilidad Global.</i></li> <li>22. <i>Están establecidos objetivos para los indicadores del Plan de Accesibilidad Global.</i></li> <li>23. <i>Se realizan acciones para conocer y prever los avances científicos del sector sanitario.</i></li> <li>24. <i>Se realizan acciones para conocer y prever los mejores</i></li> </ol>

CATEGORÍA	2. Planificación Estratégica
SUBCATEGORÍA A	ESTÁNDAR
	Descripción
2.2 Desarrollo y actualización de la estrategia	<p><i>indicadores con los que se puedan establecer comparaciones de mejora.</i></p> <p>25. La identidad corporativa del CSES está adaptada a la normativa vigente de la Junta de Extremadura, si pertenecen al Sistema Sanitario Público de Extremadura.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Las estructuras organizativas son adecuadas a la política y estrategia establecida.</li> <li>2. <i>Se dispone de una memoria anual de actividades.</i></li> <li>3. Está establecida una sistemática para seguimiento interno del cumplimiento del Contrato de Gestión o similar.</li> <li>4. Está establecida una sistemática para seguimiento interno del cumplimiento de los distintos Pactos de Gestión o similar.</li> <li>5. Se establecen acciones como consecuencia del análisis de la información obtenida en el seguimiento interno del cumplimiento de los acuerdos establecidos.</li> <li>6. <i>Existen evidencias del establecimiento de acciones como consecuencia de la información obtenida de los indicadores establecidos en el Plan de Accesibilidad Global.</i></li> <li>7. <i>La información sobre las características socio demográficas y las necesidades de salud de la población de su área de influencia y las oportunidades actuales y futuras, es incorporada en los procesos de revisión internos.</i></li> <li>8. <i>La información sobre las expectativas, opiniones y sugerencias de los usuarios y profesionales es incorporada en los procesos de revisión internos.</i></li> <li>9. <i>La información sobre los avances científicos y tecnológicos del sector sanitario es incorporada en los procesos de revisión internos.</i></li> <li>10. <i>Están establecidas acciones para garantizar el acceso de los grupos de interés en el proceso de planificación estratégica.</i></li> <li>11. <i>Se han establecido acuerdos de colaboración con sindicatos y / o representantes de usuarios.</i></li> <li>12. <i>La información de los mejores indicadores para realizar comparaciones es incorporada en los procesos de revisión internos.</i></li> </ol>

## Categoría 3: Gestión de Recursos Humanos

### **Definición**

Cómo aprovecha la organización todo el potencial humano.

### **Propósito**

Un aspecto fundamental en la consecución de los objetivos previstos es la gestión de los recursos humanos con los que cuenta el CSES. En esta categoría se especifican los conceptos que deben formar parte de esta gestión de recursos humanos para conseguir que las personas se involucren en la gestión del CSES y la prestación de los servicios, siempre de manera coherente y consecuente con la estrategia definida.

En primer lugar se aborda la Planificación y Gestión de los RRHH como eje fundamental del Modelo, para luego incidir en los aspectos de comunicación interna y reconocimiento de las personas. Deben existir factores de implicación / involucración de las personas con la estrategia de los CSES. Finalmente se ha incluido una subcategoría que analiza los aspectos de la seguridad organizativa.

Como Recursos Humanos de una organización se entiende a todos los trabajadores que ofrecen, directa o indirectamente, un servicio a los clientes (tanto de la propia empresa como de otras subcontratas). La organización debe conseguir que todos ellos puedan alcanzar su pleno potencial en la realización de las tareas, que quieran actuar, sepan cómo hacerlo y tengan autorización para ello (concepto de empowerment).

CATEGORÍA	3. Gestión de Recursos Humanos
SUBCATEGORÍA A	ESTÁNDAR
	Descripción
3.1 Planificación y Gestión de Recursos Humanos	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Existe una planificación del número de personas necesarias para el desarrollo de los niveles de servicio establecidos, con la periodicidad necesaria de acuerdo a los niveles de servicio comprometidos.</li> <li>2. <i>Están identificadas las competencias profesionales.</i></li> <li>3. <i>Están asignadas las responsabilidades y competencias profesionales identificadas.</i></li> <li>4. Está establecido un sistema para llevar a cabo la selección del personal de acuerdo a la normativa vigente.</li> <li>5. Se garantiza la disponibilidad de los recursos humanos necesarios de presencia física durante las horas y horario correspondiente.</li> <li>6. Está establecida una sistemática documentada y validada que incluye los criterios para la promoción, traslados y movilidad del personal.</li> <li>7. Se dispone de medios humanos y técnicos suficientes (propios o subcontratados) para realizar el mantenimiento de acuerdo a la programación preventiva establecida.</li> <li>8. <i>Existe y se aplica un plan documentado de acogida del personal.</i></li> <li>9. Existen planes de formación continuada del personal.</li> <li>10. <i>Se revisa la eficacia de las acciones formativas contenida en los planes de formación.</i></li> <li>11. <i>La formación planificada incluye materias en aspectos de Calidad Relacional.</i></li> <li>12. <i>La formación planificada incluye materias en aspectos de Imagen Corporativa.</i></li> <li>13. Los usuarios de los equipos médicos reciben la formación necesaria para el correcto uso y conservación, si procede, de dichos equipos.</li> <li>14. Se dispone de medios humanos y técnicos suficientes para actuar ante una catástrofe interna y / o externa.</li> <li>15. La sistemática de Gestión de Recursos Humanos es revisada y actualizada periódicamente.</li> <li>16. <i>Se realiza una Certificación de las competencias profesionales.</i></li> <li>17. <i>Se realiza periódicamente la re-Certificación de las competencias profesionales.</i></li> </ol>

CATEGORÍA	3. Gestión de Recursos Humanos
SUBCATEGORÍA A	ESTÁNDAR
	Descripción
3.2 Comunicación interna	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <i>Existe un Plan de Comunicación Interna que identifica las necesidades de comunicación del personal, tanto ascendente, como descendente y lateral.</i></li> <li>2. 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.</li> <li>3. Existe un sistema de identificación de las personas por categoría profesional.</li> </ol>
3.3 Reconocimiento a las personas del CSES	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Existen pruebas fehacientes que evidencien la realización de tareas de reconocimiento del personal.</li> <li>2. Las evidencias de reconocimiento abarcan todas las áreas / funciones del CSES (personal sanitario / no sanitario).</li> <li>3. <i>Los reconocimientos realizados al personal son difundidos a la organización.</i></li> <li>4. <i>Se adoptan acciones para apoyar la implicación del personal.</i></li> <li>5. <i>Está establecido, y se aplica, un método para evaluar el desempeño del personal.</i></li> <li>6. <i>Está establecido, y se aplica, un método de motivación e incentivación para los profesionales.</i></li> <li>7. <i>Está establecido, y se aplica, un sistema de beneficios sociales y otro tipo de beneficios para los trabajadores.</i></li> </ol>
3.4 Seguridad organizativa	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Se identifican periódicamente los riesgos que la actividad sanitaria puede provocar en las personas / puestos del CSES.</li> <li>2. Están valorados los riesgos identificados.</li> <li>3. Los riesgos identificados son priorizados una vez valorados.</li> <li>4. Se ha establecido un plan para reducir los riesgos identificados.</li> <li>5. <i>Se realiza un seguimiento periódico del cumplimiento del plan</i></li> <li>6. El Plan de Formación incluye materias en aspectos de seguridad organizativa.</li> </ol>



## Categoría 4: Gestión de Tecnología y Recursos Materiales

### Definición

Cómo gestiona la organización su tecnología y sus recursos materiales de manera eficaz y eficiente, garantizando un entorno seguro y funcional para los usuarios y el personal.

### Propósito

Esta categoría pretende servir de guía al CSES para incluir en su gestión aquellos aspectos que aseguren que los recursos materiales disponibles se encuentran en las adecuadas condiciones de uso y permiten que la prestación de los servicios se realice de la forma prevista. Además, en esta categoría se incluyen conceptos de eficiencia y gestión ambiental que son una necesidad real en la gestión de recursos públicos.

La categoría está articulada en tres subcategorías para recoger los enfoques específicos de gestión de la infraestructura, los recursos económico financieros y la gestión de las alianzas externas y las tecnologías, como principales ítems.

Las organizaciones sanitarias deben tener siempre presente su función social en equidad, estableciendo la gestión de sus recursos de manera coherente con los principios básicos de gestión, acentuado aún más cuando se trate de CSES pertenecientes al Sistema Sanitario Público.



CATEGORIA	4. Gestión de Tecnología y Recursos Materiales
SUBCATEGORÍA A	ESTÁNDAR
	Descripción
4.1 Gestión de las Alianzas Externas y de las Tecnologías	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Se planifican actuaciones conjuntas con organizaciones sociales y ciudadanas, sociedades científicas, asociaciones y/o personas de reconocido prestigio en el ámbito de las Ciencias de la Salud.</li><li>2. <i>Se aprovechan las sinergias existentes en gestión de procesos de interés conjuntos con organizaciones sociales y ciudadanas, colegios profesionales, sociedades científicas, asociaciones y / o personas de reconocido prestigio en el ámbito de las Ciencias de la Salud.</i></li><li>3. <i>La información de las actuaciones conjuntas realizadas con organizaciones sociales y ciudadanas, colegios profesionales, sociedades científicas, asociaciones y / o personas de reconocido prestigio en el ámbito de las Ciencias de la Salud es analizada por las personas / foros adecuados, del CSES.</i></li><li>4. <i>Se planifican actuaciones conjuntas con CSES del entorno.</i></li><li>5. <i>La información de las actuaciones conjuntas realizadas con CSES del entorno es analizada y se adoptan acciones de mejora como consecuencia.</i></li><li>6. Se dispone de un inventario de equipamiento tecnológico en uso, tanto si es propio como subcontratado.</li><li>7. Cada equipo dispone de una ficha técnica específica.</li><li>8. Existe y se ejecuta un Plan de Mantenimiento Preventivo de instalaciones, equipamiento y equipos electromédicos.</li><li>9. El mantenimiento realizado sobre los equipos electromédicos garantiza el cumplimiento de la legislación vigente.</li><li>10. Existen y se aplican procedimientos para la gestión del mantenimiento correctivo de las instalaciones y equipamientos.</li><li>11. Se garantiza que los equipos de medida utilizados son compatibles con las medidas que efectúan.</li><li>12. Cuando se subcontratan tareas se exige el cumplimiento de los requisitos legales y técnicos aplicables, incluyendo la disponibilidad de póliza de responsabilidad civil suficiente.</li><li>13. <i>Se identifican y valoran tecnologías emergentes en los foros adecuados.</i></li><li>14. <i>Se toman acciones para identificar y reemplazar tecnologías obsoletas.</i></li></ol>



CATEGORIA	4. Gestión de Tecnología y Recursos Materiales
SUBCATEGORÍA A	ESTÁNDAR
	Descripción
4.2 Gestión de los Recursos Económicos y Financieros	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Están identificadas las partidas correspondientes a los distintos capítulos de gasto y fuentes de financiación.</li> <li>2. <i>En las tarifas de precios establecidas se tienen en cuenta los costes efectivos totales de los servicios prestados.</i></li> <li>3. <i>Se dispone de una póliza vigente de seguro que cubra los costes de reposición de la planta física en caso de siniestro total.</i></li> <li>4. Se realiza un seguimiento de las inversiones realizadas por el CSES para analizar su efectividad.</li> <li>5. <i>Existe un plan de acciones para la adecuada gestión de los riesgos en los recursos económicos y financieros.</i></li> <li>6. <i>En la definición de la Estrategia están incorporados criterios de reducción de pérdidas.</i></li> <li>7. Se dispone de la información pertinente de los proveedores.</li> <li>8. La información disponible de los proveedores incluye las condiciones comprometidas con el CSES en cuanto a especificaciones técnicas, precios y plazos.</li> <li>9. Se realizan inspecciones en la recepción de los productos comprados para comprobar su adecuación a los requisitos exigidos.</li> <li>10. El CSES se asegura de que los pagos a los proveedores se realizan tras la conformidad técnica y administrativa de los pedidos servidos.</li> </ol>
4.3 Gestión de edificios, equipos y materiales	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 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.</li> <li>2. Existe un archivo específico para la documentación legal y técnica de acuerdo a la legislación vigente.</li> <li>3. <i>El archivo dispone de acceso restringido.</i></li> <li>4. <i>El archivo contiene, además de la documentación legal y técnica, proyectos, requerimientos de organismos en materia de seguridad estructural, registros, autorizaciones y revisiones legales.</i></li> <li>5. Existen circuitos diferenciados para transporte interno de material sucio y limpio.</li> <li>6. Se dispone de los sistemas adecuados que garanticen el mantenimiento de una temperatura idónea en relación con las estaciones del año.</li> <li>7. Se revisa periódicamente la adecuación de las instalaciones contra incendios y emergencias a las normas establecidas y como consecuencia se establecen planes de actuación.</li> <li>8. <i>Se dispone de servicio telefónico con el exterior en la dimensión suficiente que garantice este servicio a los usuarios.</i></li> <li>9. Están identificadas y comunicadas, al organismo competente, las actuaciones para adecuar y mejorar las condiciones de accesibilidad al CSES.</li> </ol>



CATEGORIA	4. Gestión de Tecnología y Recursos Materiales
SUBCATEGORÍA A	ESTÁNDAR
	Descripción
	<p>10. Están identificadas las barreras arquitectónicas y existe un plan para su minimización.</p> <p>11. El CSES dispone de al menos otro elemento alternativo accesible de comunicación vertical a las escaleras.</p> <p>12. <i>Existe un Plan de Mantenimiento y Conservación de edificios y materiales en los CSES.</i></p> <p>13. <i>En el Plan de Mantenimiento y Conservación de edificios y materiales, están incorporadas las condiciones de accesibilidad.</i></p> <p>14. Está garantizada la continuidad de suministro de agua en las zonas críticas.</p> <p>15. Está garantizada la continuidad de suministro de energía eléctrica en las zonas críticas y en la iluminación y señalización de emergencia.</p> <p>16. Se ha elaborado un protocolo de actuación, ante catástrofes internas y / o externas que esté coordinado con los servicios externos procedentes .</p> <p>17. Existe un procedimiento para la actuación en caso de emergencia, incluyendo la asignación de responsabilidades específicas asociadas.</p> <p>18. Se han habilitado las correspondientes zonas específicas y señaladas para su acceso en caso de emergencia.</p> <p>19. 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.</p> <p>20. <i>Existen procedimientos específicos de actuación que aseguran la calidad del aire en las dependencias del CSES en las que así se requiera.</i></p> <p>21. <i>El CSES garantiza que los pacientes reciban una alimentación adecuada a su estado clínico y religión.</i></p> <p>22. Se dispone de los medios (propios o subcontratados) para el transporte de personas en las condiciones adecuadas desde o hacia otros CSES, según proceda.</p> <p>23. Existen zonas de estacionamiento para vehículos especiales (minusválidos, ambulancias, etc.).</p> <p>24. Se dispone de medios físicos para separar pacientes en función de su estado clínico para preservar la intimidad y sensibilidad de pacientes y usuarios.</p> <p>25. En los aseos de personal, de usuarios y de pacientes se dispone de los artículos de higiene personal y lencería adecuados.</p> <p>26. <i>En las zonas de atención al paciente existe el mobiliario y equipamiento adecuado.</i></p> <p>27. <i>El mobiliario de las zonas de atención al paciente tiene en cuenta aspectos ergonómicos y de facilidad de movimientos.</i></p> <p>28. <i>En las zonas de espera y descanso existe el mobiliario y equipamiento adecuado a la actividad.</i></p>



CATEGORIA	4. Gestión de Tecnología y Recursos Materiales
SUBCATEGORÍA A	ESTÁNDAR
	Descripción
	<p>29. <i>El mobiliario de las zonas de espera y descanso tiene en cuenta aspectos ergonómicos y de facilidad de movimientos.</i></p> <p>30. La iluminación ofrecida a pacientes, usuarios y profesionales es adecuada a la actividad desarrollada.</p> <p>31. <i>Se aplican acciones para minimizar el nivel de ruidos.</i></p> <p>32. Se garantiza en todas las instalaciones del CSES un entorno libre de humos.</p> <p>33. Se dispone de un inventario anual de las existencias en los almacenes centrales y / o periféricos.</p> <p>34. <i>En la definición de la Estrategia está incorporada la necesidad de optimizar inventarios, consumos, residuos y recursos no renovables.</i></p> <p>35. Existe un método para el control de producción y almacenamiento de residuos peligrosos sanitarios, citostáticos, químicos, radiactivos e industriales.</p> <p>36. Se dispone de una zona adecuada para el almacenamiento de residuos peligrosos.</p> <p>37. <i>El control de producción y almacenamiento de residuos peligrosos sanitarios, citostáticos, químicos, radiactivos e industriales se realiza de acuerdo a Guías de Gestión de Residuos.</i></p> <p>38. Existe un método para el control de vertidos producidos por escapes accidentales de combustibles, derrames de productos químicos y control de aguas residuales.</p> <p>39. <i>El control de vertidos producidos por escapes accidentales de combustibles, derrames de productos químicos y control de aguas residuales se realiza de acuerdo a Guías de Gestión de Residuos.</i></p> <p>40. Existe un método para el control de emisiones contaminantes, producidas por gases procedentes de combustión, esterilización y refrigerantes.</p> <p>41. <i>El control de emisiones contaminantes, producidas por gases procedentes de combustión, esterilización y refrigerantes se realiza de acuerdo a Guías de Gestión de Residuos.</i></p>



## Categoría 5. Gestión de la Información, el Conocimiento y los Aspectos Éticos

### Definición

Cómo la organización garantiza los derechos de los pacientes y usuarios relativos a la autonomía del paciente y de la información y documentación clínica. Así mismo, en esta categoría se aborda la gestión del conocimiento, y los aspectos éticos en el ámbito sanitario.

### Propósito

El cambio de cultura en las relaciones clínico- asistenciales, evidenciado en la afirmación del principio de autonomía de la persona, ha venido siendo reforzado por todas las organizaciones internacionales con competencia en la materia, estableciendo un marco común para la protección de los derechos y la dignidad humana en la aplicación de la biología y la medicina. Se trata de proteger los derechos de los pacientes, entre los que resaltan el derecho a la información, el consentimiento informado y la intimidad de la información relativa a la salud de las personas.

En segundo lugar, las organizaciones deben gestionar eficazmente el conocimiento, tanto individual como colectivo, más aún en un momento en el que la evolución tecnológica y los continuos hallazgos hacen del capital intelectual uno de los mayores activos para dar cumplimiento a la misión de la organización.

Por último, en esta categoría se aborda la gestión de todos aquellos aspectos éticos que garanticen el cumplimiento de los derechos fundamentales de los pacientes, más allá de la prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad. Son los derechos que garantizan su dignidad personal, el respeto de sus valores culturales, psicosociales y espirituales.



CATEGORÍA	5. Gestión de la información, el conocimiento y los aspectos éticos
SUBCATEGORÍA A	ESTÁNDAR
	Descripción
5.1 Gestión de la información	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Se conoce y se aplica la normativa vigente aplicable para la Protección de Datos de Carácter Personal.</li> <li>2. Se han establecido las normas para asegurar que se respeta el carácter confidencial de los datos referentes a la salud del paciente.</li> <li>3. Se utilizan modelos específicos de consentimiento informado, debidamente validados, para todas las Unidades aplicables.</li> <li>4. Está regulado el procedimiento para que, llegado el caso, se garantice el cumplimiento de la expresión anticipada de voluntades de cada persona.</li> <li>5. Se remiten los documentos de expresión anticipada de voluntades que se reciban al Registro de Expresión Anticipada de Voluntades de la Comunidad Autónoma de Extremadura.</li> <li>6. 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.</li> <li>7. Se dispone de un directorio general en la recepción del CSES.</li> <li>8. Se dispone de la señalización específica de los distintos servicios en las correspondientes ubicaciones y plantas.</li> <li>9. Existen espacios físicos adecuados para informar a los usuarios y pacientes atendidos.</li> <li>10. <i>Existen procedimientos para informar a usuarios y profesionales sobre el alcance y duración de las obras que realice el CSES y que les puedan afectar.</i></li> <li>11. Se garantizan la seguridad, la correcta conservación y la recuperación de la información en el archivo de historias clínicas.</li> <li>12. Se han establecido mecanismos que garantizan la autenticidad del contenido de la historia clínica y de los cambios operados en ella.</li> <li>13. Se han establecido los adecuados medios técnicos para archivar y proteger las historias clínicas y para evitar su destrucción o pérdida accidental.</li> <li>14. 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 evolución y planificación de cuidados de enfermería y la aplicación terapéutica de enfermería.</li> <li>15. <i>Están definidos criterios específicos que garanticen la unidad e integración de las historias clínicas.</i></li> <li>16. Están establecidas las medidas para garantizar el acceso restringido a cada historia clínica.</li> <li>17. El acceso a la historia clínica con fines judiciales, epidemiológicos, de salud pública, de investigación o de</li> </ol>



CATEGORÍA	5. Gestión de la información, el conocimiento y los aspectos éticos
SUBCATEGORÍA A	ESTÁNDAR
	Descripción
	<p>docencia se realiza garantizando que los datos de la identificación personal del paciente están separados de los de carácter clínico asistencial, garantizándose el anonimato.</p> <p><i>18. Se facilita el acceso del personal de administración y gestión de los CSES a los datos de la historia clínica relacionados con sus propias funciones.</i></p> <p>19. El período de archivo de la documentación clínica es al menos de quince años, contados desde la fecha del alta de cada proceso asistencial.</p> <p>20. El informe de alta médica especifica todos los aspectos exigidos por la normativa vigente.</p>
5.2 Gestión del Conocimiento	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Se identifican y priorizan las necesidades de conocimiento del personal del CSES.</li> <li>2. Se favorece el acceso del personal a las fuentes del conocimiento actual.</li> <li>3. <i>Existe una sistemática para acceder y compartir las mejores prácticas y el conocimiento dentro del CSES.</i></li> <li>4. <i>Se apoya la realización de acciones de investigación.</i></li> <li>5. <i>Se aprovechan las sinergias existentes con otras organizaciones para favorecer el intercambio de conocimiento.</i></li> <li>6. <i>Se divulgan las experiencias de calidad mediante publicaciones científicas.</i></li> </ol>
5.3 Gestión de Aspectos Éticos	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Está establecido un código ético del CSES.</li> <li>2. <i>Se adoptan acciones basadas en la ética del CSES.</i></li> <li>3. <i>Los profesionales que trabajan en la organización reciben información referente a los derechos de los pacientes.</i></li> <li>4. <i>Se realizan consultas al Comité de Ética Asistencial.</i></li> <li>5. Está definida una política de actuación en relación con la atención a pacientes en situación avanzada o terminal.</li> <li>6. 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.</li> <li>7. <i>Está establecida la postura del CSES para iniciar los servicios de resucitación y para retirar el tratamiento de mantenimiento vital.</i></li> <li>8. <i>Se llevan a cabo actuaciones de atención social para facilitar la plena reincorporación del paciente a su entorno.</i></li> <li>9. <i>Se llevan a cabo actuaciones de educación de los pacientes y / o familiares en la continuidad asistencial que pudieran necesitar.</i></li> </ol>



## Categoría 6: Gestión de Procesos

### Definición

Cómo la organización identifica, gestiona, revisa y mejora sus procesos.

### Propósito

Es difícil que una organización sanitaria pueda plantearse la consecución de unos objetivos si no tiene sus procesos debidamente identificados y sujetos a control. La gestión de los procesos debe ser la base sobre la que poder construir estrategias que permitan la consecución de unos resultados, por lo que en esta categoría se hace un recorrido por aquellos aspectos que la gestión de CSES debiera incorporar, tanto desde el punto de vista de los procesos asistenciales, como desde los no asistenciales.

Es importante ser conscientes de que la eficacia y eficiencia de los procesos asistenciales, en numerosas ocasiones, está supeditada a la eficacia y eficiencia de los procesos no asistenciales. Los procesos de una organización sanitaria deben estar identificados y diseñados de acuerdo con el entorno y los recursos disponibles, normalizando la actuación y la transferencia de información de todo el equipo que participa en el mismo (facultativos, enfermería, personal no asistencial, etc.), garantizando eficiencia, efectividad y calidad de servicio.



CATEGORÍA	6. Gestión de Procesos
SUBCATEGORÍA A	ESTÁNDAR
	Descripción
6.1 Diseño y Gestión de Procesos Clave	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Están identificados los procesos clave del CSES y los flujos de actividad y documentación / información asociados.</li><li>2. Está establecido el método para validar los procesos de nueva creación en el CSES.</li><li>3. Los procesos clave del CSES están debidamente documentados, validados y difundidos.</li><li>4. Para cada proceso clave están definidas las funciones y responsabilidades implicadas, incluyendo las tareas en las que interviene más de una Unidad.</li><li>5. Para cada proceso clave están identificados los elementos de entrada del mismo, incluyendo competencia del personal, documentación asociada, equipamiento a utilizar y requerimientos asociados al ambiente de trabajo.</li><li>6. Existe una sistemática documentada para el desarrollo, revisión, actualización y modificación de los procesos clave del CSES.</li><li>7. <i>La secuencia e interacción de los procesos clave es actualizada como consecuencia del análisis de la información obtenida en el conjunto de actividades del CSES.</i></li><li>8. Para cada proceso clave están identificados los registros que se deben generar como consecuencia de la realización de las actividades de los procesos.</li><li>9. Para cada proceso clave están definidos los resultados que debiera proporcionar.</li><li>10. Para cada proceso clave está definido el conjunto de indicadores que aporten información sobre si el proceso está alcanzando los resultados planificados.</li><li>11. <i>Se realiza un seguimiento, en los foros adecuados, de la información aportada por los indicadores de los procesos clave</i></li><li>12. Existe una sistemática para identificar problemas y establecer acciones para el adecuado tratamiento de los mismos, al nivel que proceda.</li><li>13. <i>Se realizan auditorías internas para analizar la eficacia de los procesos definidos.</i></li><li>14. <i>La información procedente de las auditorías internas es analizada en los foros adecuados del CSES.</i></li><li>15. Está establecido un sistema que permita realizar sugerencias a todas las partes interesadas.</li><li>16. El sistema de comunicación de sugerencias está anunciado a todas las partes interesadas.</li></ol>

CATEGORÍA	6. Gestión de Procesos
SUBCATEGORÍA A	ESTÁNDAR
	Descripción
6.2 Diseño y gestión de los Procesos asistenciales	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Está identificada y aprobada por la autoridad competente la Cartera de Servicios para su utilización en el CSES.</li> <li>2. Están difundidos y disponibles cada uno de los servicios de Cartera para su utilización en el CSES.</li> <li>3. <i>Están identificadas y disponibles para el personal sanitario un conjunto de guías de practica clínica para su utilización en el CSES.</i></li> <li>4. <i>Existe una sistemática implantada para la revisión y actualización de procesos asistenciales y guías de práctica clínica.</i></li> <li>5. <i>Están establecidas e implantadas vías clínicas.</i></li> <li>6. Se dispone de procedimientos documentados para el control y aislamiento de pacientes de forma apropiada para prevenir daños, infecciones o contaminación.</li> <li>7. Se dispone de procedimientos documentados para la actuación respecto al paciente, a la sociedad y a la justicia cuando se identifiquen situaciones de agresión o abuso.</li> <li>8. <i>Se introducen mejoras en los procesos basándose en las necesidades y expectativas de los pacientes o grupos de interés.</i></li> </ol>
6.3 Diseño y gestión de los procesos no asistenciales	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Están identificados los procesos no asistenciales del CSES y los flujos de actividad y documentación / información asociados</li> <li>2. Los procesos no asistenciales del CSES están debidamente documentados, validados y difundidos.</li> <li>3. Para cada proceso no asistencial están definidas las funciones y responsabilidades implicadas, incluyendo las tareas en las que interviene más de una Unidad.</li> <li>4. 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.</li> <li>5. Para cada proceso no asistencial están identificados los registros que se deben generar como consecuencia de la realización de las actividades de los procesos.</li> <li>6. Para cada proceso no asistencial están definidos los resultados que debiera proporcionar.</li> <li>7. <i>Para cada proceso no asistencial está definido el conjunto de indicadores que aporten información sobre si el proceso está alcanzando los resultados planificados del mismo.</i></li> <li>8. Se dispone de procedimientos documentados para la esterilización adecuada de materiales y equipos.</li> <li>9. Se dispone de procedimientos documentados para la manipulación apropiada de materiales y / o productos comprados.</li> <li>10. Se dispone de procedimientos documentados para el control de medicamentos y productos sanitarios.</li> </ol>



CATEGORÍA	6. Gestión de Procesos
SUBCATEGORÍA A	ESTÁNDAR
	Descripción
	<p>11. Se dispone de procedimientos documentados para el control del instrumental médico.</p> <p>12. <i>Se dispone de un protocolo de actuación para la información y comunicación de los pacientes con minusvalías sensoriales, especialmente la ceguera y sordera</i></p> <p>13. <i>El CSES tiene establecidos los protocolos de la Unidad Administrativa de Atención al Usuario.</i></p>



## Categoría 7: Satisfacción de Ciudadanos

### Definición

Qué logros se están alcanzando con relación a la satisfacción de los usuarios.

### Propósito

La gestión sanitaria debe incorporar criterios de eficacia y eficiencia a sus principios de gestión, por lo que debe ser exigible no solamente la realización de un conjunto de actividades sino, además, la obtención de unos resultados consecuentes y congruentes con dicha gestión.

Conocer la opinión de los usuarios permite detectar aspectos de la atención susceptibles de ser mejorados. En esta categoría se ha realizado un ejercicio de identificación de aquellos aspectos que se deben incorporar en la gestión de los CSES para obtener información de los usuarios y actuar en consecuencia.

Al igual que en el resto de las categorías de resultados, se han establecido estándares para valorar la captación de información, su revisión y análisis, el establecimiento de objetivos para ellas, su comparación con otros CSES equiparables y la adopción de acciones en consecuencia.



CATEGORÍA	7. Satisfacción de Ciudadanos
SUBCATEGORÍA A	ESTÁNDAR
	Descripción
7.1 Satisfacción de usuarios	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Los métodos identificados de medición de la satisfacción de pacientes son puestos en práctica.</li> <li>2. Los métodos identificados de medición de la satisfacción de clientes (no pacientes) son puestos en práctica.</li> <li>3. <i>Se realizan encuestas para medir el grado de satisfacción de los pacientes durante la prestación del servicio.</i></li> <li>4. <i>Se realizan encuestas para medir el grado de satisfacción de los pacientes tras la prestación del servicio.</i></li> <li>5. <i>Existe al menos un modelo de encuesta validado por la dirección para medir la satisfacción de los pacientes.</i></li> <li>6. <i>El método para realizar la medida de la satisfacción de los pacientes está fundamentado.</i></li> <li>7. <i>La muestra de pacientes seleccionada para realizar la encuesta es representativa de la población total de pacientes</i></li> <li>8. <i>En la muestra a encuestar están identificadas todas las categorías de pacientes.</i></li> <li>9. <i>Se realizan encuestas para medir el grado de satisfacción de los clientes (no pacientes) durante la prestación del servicio.</i></li> <li>10. <i>Se realizan encuestas para medir el grado de satisfacción de los clientes (no pacientes) tras la prestación del servicio.</i></li> <li>11. <i>Existe al menos un modelo de encuesta validado por el CSES para medir la satisfacción de los clientes (no pacientes).</i></li> <li>12. <i>El método para realizar la medida de la satisfacción de los clientes (no pacientes) está fundamentado.</i></li> <li>13. <i>La muestra de clientes (no pacientes) seleccionada para realizar la encuesta es representativa de la población total.</i></li> <li>14. <i>En la muestra a encuestar están identificadas todas las categorías de clientes (no pacientes).</i></li> <li>15. <i>Entre los ítems a evaluar en las medidas de satisfacción se valora la opinión sobre la accesibilidad global.</i></li> <li>16. <i>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.</i></li> <li>17. <i>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 CSES.</i></li> <li>18. <i>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.</i></li> <li>19. <i>Entre los ítems a evaluar en las medidas de satisfacción se valora la opinión sobre la confortabilidad de las instalaciones para pacientes y familiares.</i></li> <li>20. <i>Entre los ítems a evaluar en las medidas de satisfacción se</i></li> </ol>

CATEGORÍA	7. Satisfacción de Ciudadanos
SUBCATEGORÍA A	ESTÁNDAR
	Descripción
	<p><i>valora la opinión respecto a la limpieza de las instalaciones.</i></p> <p>21. <i>Entre los ítems a evaluar en las medidas de satisfacción se valora la opinión sobre la identificación del personal del CSES.</i></p> <p>22. <i>Entre los ítems a evaluar en las medidas de satisfacción se valora la opinión respecto al nivel de organización del personal y del CSES.</i></p> <p>23. La información obtenida en las medidas de satisfacción de clientes es analizada por los responsables adecuados.</p> <p>24. <i>Existen evidencias del establecimiento de acciones como consecuencia de la información obtenida sobre la satisfacción de clientes.</i></p> <p>25. <i>Están establecidos objetivos para las principales características de valoración de la satisfacción de los pacientes.</i></p> <p>26. <i>Están establecidos objetivos para las principales características de valoración de la satisfacción de los clientes (no pacientes).</i></p> <p>27. <i>Existe un análisis del grado de cumplimiento de los objetivos establecidos.</i></p> <p>28. <i>Se realizan comparaciones / análisis de los resultados obtenidos con otras organizaciones similares.</i></p> <p>29. <i>Existe un análisis de las tendencias mostradas por los indicadores establecidos.</i></p> <p>30. <i>Los indicadores establecidos al respecto muestran tendencias positivas.</i></p>
7.2 Sugerencias y Reclamaciones	<p>1. Está establecido un sistema que permita a los clientes realizar sugerencias y reclamaciones.</p> <p>2. Se informa a cliente de su derecho a presentar sugerencias y reclamaciones, y el método para llevarlas a cabo.</p> <p>3. <i>Está establecido un sistema que permita capturar la información de las quejas que los clientes realicen y que no se materialicen en una reclamación.</i></p> <p>4. Las sugerencias y reclamaciones presentadas son resueltas por el personal adecuado.</p> <p>5. Se comunica al reclamante el resultado del análisis de su reclamación así como de las acciones, en su caso, adoptadas por el CSES.</p> <p>6. Queda constancia escrita del motivo de la reclamación, así como de las actuaciones emprendidas para dar curso y solucionar el problema en que la reclamación se basa.</p> <p>7. <i>La información agregada de las sugerencias y reclamaciones es analizada por los responsables adecuados para la adopción de acciones de mejora.</i></p> <p>8. <i>Existen evidencias del establecimiento de acciones como consecuencia de la información agregada de las sugerencias y reclamaciones.</i></p>



CATEGORÍA	7. Satisfacción de Ciudadanos
SUBCATEGORÍA A	ESTÁNDAR
	Descripción
	<p>9. <i>Están establecidos objetivos en cuanto a sugerencias y reclamaciones.</i></p> <p>10. <i>Existe un análisis del grado de cumplimiento de los objetivos establecidos en cuanto a sugerencias y reclamaciones.</i></p> <p>11. <i>Se realizan comparaciones / análisis de los resultados obtenidos con otras organizaciones similares en cuanto a sugerencias y reclamaciones.</i></p> <p>12. <i>Existe un análisis de las tendencias mostradas por los indicadores de sugerencias y reclamaciones establecidos.</i></p> <p>13. <i>Los indicadores establecidos al respecto de las sugerencias y reclamaciones muestran tendencias positivas.</i></p>



## Categoría 8: Satisfacción del Personal

### Definición

Qué logros se están alcanzando con relación a la satisfacción de los empleados.

### Propósito

Dentro del enfoque de incorporar la consecución de resultados como algo importante en la gestión, debe poderse obtener información de las distintas personas que componen los recursos humanos del CSES para incorporar las actuaciones pertinentes en vista de su mejora.

No debe olvidarse el equilibrio que debe existir entre todos los resultados de manera que la gestión permita obtener la consecución de los objetivos previstos, pero de una manera estructurada y equilibrada, de tal forma que la satisfacción de los pacientes no implique reducir la involucración de los trabajadores con el CSES, ni disminuir su motivación ó nivel de satisfacción, por ejemplo. Los estándares incluidos pretenden asegurar que en la gestión de un CSES también es tenida en cuenta la satisfacción de sus trabajadores.

Al igual que en el resto de las categorías de resultados, se han establecido estándares para valorar la captación de información, su revisión y análisis, el establecimiento de objetivos para ellas, su comparación con otros CSES equiparables y la adopción de acciones en consecuencia.



CATEGORÍA	8. Satisfacción del personal
SUBCATEGORÍA A	ESTÁNDAR
	Descripción
8.1 Resultados en el personal	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Los métodos identificados de medición de la satisfacción del personal son puestos en práctica.</li><li>2. <i>Se realizan encuestas para medir el grado de satisfacción del personal del CSES.</i></li><li>3. <i>Existe al menos un modelo de encuesta validado por la dirección para medir la satisfacción del personal.</i></li><li>4. <i>El método para realizar la medida de la satisfacción del personal está fundamentado.</i></li><li>5. <i>La muestra de personal seleccionada para realizar la encuesta es representativa de la población total de trabajadores del CSES.</i></li><li>6. <i>En la muestra a encuestar están identificadas todas las categorías de personal.</i></li><li>7. <i>Entre los ítems a evaluar en las medidas de satisfacción de profesionales se valora la opinión sobre los planes de formación continuada.</i></li><li>8. <i>Se evalúa la satisfacción en relación a la comunicación interna, tanto ascendente como descendente y lateral.</i></li><li>9. <i>Se evalúa la satisfacción en relación a las acciones de reconocimiento hacia el personal por parte de la dirección.</i></li><li>10. La información obtenida en las medidas de satisfacción del personal es analizada por los responsables adecuados.</li><li>11. <i>Existen evidencias del establecimiento de acciones como consecuencia de la información obtenida sobre la satisfacción del personal.</i></li><li>12. <i>Están establecidos objetivos para las principales características de valoración de la satisfacción del personal.</i></li><li>13. <i>Existe un análisis del grado de cumplimiento de los objetivos establecidos.</i></li><li>14. <i>Se realizan comparaciones / análisis de los resultados obtenidos sobre satisfacción del personal con otras organizaciones similares.</i></li><li>15. <i>Existe un análisis sistematizado de las tendencias mostradas por los indicadores establecidos sobre satisfacción del personal.</i></li><li>16. <i>Los indicadores establecidos sobre satisfacción del personal muestran tendencias positivas.</i></li></ol>



## Categoría 9: Implicación con la Sociedad

### Definición

Qué logros se están alcanzando con relación a la satisfacción de las necesidades y expectativas de la comunidad local, nacional e internacional en general (según sea apropiado). Se incluye en este criterio cómo se percibe el modo en que la organización entiende la calidad de vida, el entorno y la conservación de los recursos naturales, así como las mediciones internas de efectividad que realice. También se incluirán las relaciones con las autoridades y organismos que influyen y regulan las actividades de la organización.

### Propósito

Uno de los clientes, en su sentido más amplio, que los CSES tienen es la sociedad como receptora de los beneficios de la mejora de la salud de los ciudadanos. Esta categoría pretende que en la gestión de los CSES se incluyan aquellos aspectos adicionales al propio servicio sanitario, que cada CSES hace por conseguir una sociedad mejor, valorando los logros obtenidos como consecuencia de la gestión en este sentido.

Este criterio medirá el impacto de la organización en la sociedad en los temas que no se contemplan ni en sus responsabilidades primarias ni en sus obligaciones estatutarias, como por ejemplo actividades como miembro de la sociedad, implicaciones en la Comunidad o actividades par disminuir el impacto ambiental.



CATEGORÍA	9. Implicación con la Sociedad
SUBCATEGORÍA A	ESTÁNDAR
	Descripción
9.1 Resultados en la Sociedad	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Existen pruebas fehacientes de la participación en el correspondiente Consejo de Salud de Zona y de Área, en el caso de CSES públicos.</li><li>2. <i>Se han desarrollado actuaciones conjuntas con organizaciones sociales y ciudadanas con el objetivo de alcanzar mayores niveles de salud.</i></li><li>3. <i>Se han desarrollado actuaciones conjuntas con colegios profesionales en el ámbito de las Ciencias de la Salud.</i></li><li>4. <i>Se han desarrollado actuaciones conjuntas con sociedades científicas en el ámbito de las Ciencias de la Salud.</i></li><li>5. <i>Se han desarrollado actuaciones conjuntas con asociaciones en el ámbito de las Ciencias de la Salud.</i></li><li>6. <i>Se han desarrollado actuaciones conjuntas con personas de reconocido prestigio en el ámbito de las Ciencias de la Salud.</i></li><li>7. <i>Se utiliza algún método para medir la percepción que tienen los ciudadanos sobre el CSES.</i></li><li>8. <i>La información obtenida sobre la percepción de los ciudadanos es utilizada para la mejora del CSES.</i></li><li>9. Se han desarrollado actividades encaminadas a disminuir el impacto ambiental de la actividad sanitaria.</li><li>10. <i>Se participa en publicaciones locales.</i></li><li>11. <i>El CSES convoca premios en su entorno.</i></li><li>12. <i>Se recogen y ubican dentro del CSES asociaciones de ayuda humanitaria u ONG's.</i></li><li>13. <i>Se participa en centros educativos.</i></li><li>14. <i>Se interactúa con los representantes de las asociaciones de pacientes y usuarios.</i></li><li>15. <i>Se dispone de premios y felicitaciones otorgados por entidades de su entorno.</i></li><li>16. <i>Se ha elaborado material gráfico para contribuir a la educación sanitaria de los ciudadanos.</i></li><li>17. <i>Los distintos documentos emitidos al exterior están adaptados a los ciudadanos con discapacidad.</i></li></ol>

## Categoría 10: Resultados Clave

### Definición

Qué logros se están alcanzando con relación a los objetivos clave de la organización sanitaria planificados y a la satisfacción de las necesidades y expectativas de todos aquellos que tengan intereses, económicos o de otro tipo, en la organización.

### Propósito

Esta categoría pretende orientar la gestión de los CSES hacia la consecución de los resultados específicos asociados con la actividad fundamental que realizan, tanto desde el punto de vista de los resultados obtenidos en su faceta asistencial, como en aquella de gestión económico financiera, de manera que éstos sean consecuencia de la estrategia desarrollada. En el caso de los CSES del SSPE, al tratarse de gestión pública, esta debe incorporar criterios de eficacia y eficiencia a sus principios de gestión, por lo que debe ser exigible no solamente la realización de un conjunto de actividades sino, además, la obtención de unos resultados consecuentes y congruentes con dicha gestión, más notorio aún por tratarse de fondos públicos.

Al igual que en el resto de las categorías de resultados, se han establecido estándares para valorar la captación de información, su revisión y análisis, el establecimiento de objetivos para ellas, su comparación con otros CSES equiparables y la adopción de acciones en consecuencia.

CATEGORÍA	10. Resultados Clave
SUBCATEGORÍA A	ESTÁNDAR
	Descripción
10.1 Resultados asistenciales	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Se dispone de un sistema de monitorización de los resultados asistenciales.</li> <li>2. El sistema de monitorización incluye todos los indicadores asistenciales establecidos en el Contrato de Gestión o similar.</li> <li>3. <i>El sistema de monitorización incluye indicadores asistenciales adicionales a los establecidos en el Contrato de Gestión o similar.</i></li> <li>4. <i>Se dispone de indicadores que aporten información sobre el uso excesivo y la infrautilización de los servicios sanitarios prestados.</i></li> <li>5. Están establecidos objetivos para todos los indicadores asistenciales del sistema de monitorización.</li> <li>6. <i>Existe un análisis del grado de cumplimiento de los objetivos asistenciales establecidos en el sistema de monitorización.</i></li> <li>7. <i>Existe un análisis de las tendencias mostradas por los indicadores asistenciales del sistema de monitorización.</i></li> <li>8. <i>Los indicadores asistenciales del sistema de monitorización muestran tendencias positivas.</i></li> <li>9. <i>Se realizan comparaciones / análisis de los resultados asistenciales obtenidos con otras organizaciones similares.</i></li> </ol>
10.2 Resultados no asistenciales	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Se realiza un seguimiento periódico del grado de cumplimiento del presupuesto del CSES.</li> <li>2. Se realiza un seguimiento de las desviaciones presupuestarias y se establecen acciones correctoras.</li> <li>3. Se dispone de un cuadro de mando en donde están identificados los indicadores de gestión.</li> <li>4. El cuadro de mando incluye todos los indicadores no asistenciales establecidos en el Contrato de Gestión o similar.</li> <li>5. <i>El cuadro de mando incluye indicadores no asistenciales adicionales a los establecidos en el Contrato de Gestión o similar.</i></li> <li>6. Están establecidos objetivos para todos los indicadores no asistenciales del cuadro de mando.</li> <li>7. <i>Existe un análisis del grado de cumplimiento de los objetivos establecidos en el cuadro de mando.</i></li> <li>8. <i>Existe un análisis de las tendencias mostradas por los indicadores del cuadro de mando.</i></li> <li>9. <i>Los indicadores del cuadro de mando muestran tendencias positivas.</i></li> <li>10. <i>Se realizan comparaciones / análisis de los resultados obtenidos con otras organizaciones similares.</i></li> </ol>

## ANEXO I

### Glosario de Términos

**Accesibilidad:** Facilidad con que la atención sanitaria puede obtenerse en relación con los aspectos (barreras) organizacionales, económicos, culturales y emocionales. Es la posibilidad de que un consumidor obtenga los servicios que necesita, en el momento y lugar donde los necesita, en suficiente cantidad.

**Accesibilidad Global:** Es la cualidad que tienen o se confiere a los entornos, con el fin de hacerlos adecuados a las capacidades, necesidades y expectativas de todos sus potenciales usuarios, independientemente de su edad, sexo, origen cultural o grado de capacidad.

**Acreditación:** Reconocimiento formal de cumplimiento de criterios de calidad establecidos externamente.

**Acreditación profesional:** Necesidad de ratificar periódicamente las competencias de los profesionales para desempeñar sus funciones. Si no las tienen, la organización pondrá los mecanismos necesarios para desarrollarlas, estableciendo un programa de formación individualizado, adecuado a su necesidad.

**Aseguramiento de la calidad:** Se refiere a la acción de dar seguridad o confianza en que la empresa cumplirá los requisitos de calidad pactados. Es el conjunto de acciones planificadas y sistemáticas implantadas en un sistema de gestión de calidad que tratan de proporcionar la confianza en que la empresa cumplirá los necesarios requisitos de calidad.

**Atención sanitaria integral:** Acciones encaminadas a la mejora del estado de salud de los ciudadanos, que incluyen actividades de promoción y prevención, asistencia, rehabilitación e incorporación social.

**Auditoría de calidad:** Proceso sistemático, independiente y documentado, para obtener evidencias de la auditoría y evaluarlas objetivamente a fin de determinar hasta qué puntos los criterios de evidencias se cumplen.

**Autoevaluación de calidad:** Examen sistemático, extenso, y periódico de la gestión de una empresa que lleva a cabo ella misma, con el fin de comprobar si cumple con los requisitos de gestión de calidad referido tanto a actividades como resultados. Es el sistema que suele utilizarse para optar al Premio EFQM, o en sistemas de acreditación basados en dicho Modelo de Excelencia.

**Benchmarking:** Técnica de gestión empresarial, cuya creación se debe a la empresa Rank Xerox, mediante la cual la organización comprará sus niveles de eficiencia con estándares externos y ciertas prácticas internas propias para emular y corregir los posibles desfases existentes y, mediante planes de actuación y de mejora continua, identificar oportunidades de innovación, realizar cambios efectivos en el negocio, lograr posiciones de liderazgo, alcanzar niveles de excelencia y conseguir los resultados de rentabilidad deseados (Arbide, 1933); (Gable, Fairhurst y Dickinson,

1933). Se diferencia del análisis de la competencia en que esta última sólo se interesa por los resultados conseguidos por la competencia, mientras que el benchmarking busca conocer cómo consigue tales resultados.

**Calidad:** Es la adecuación al uso (Juran, 1950), o el conjunto de características de una entidad que le confieren su aptitud para satisfacer las necesidades expresadas o implícitas de los clientes / usuarios, o la propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa o servicio, que permiten apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su especie.

**Calidad científico – técnica:** capacidad de los proveedores de utilizar el más avanzado nivel de conocimientos existentes para abordar los problemas de salud, es decir, para producir salud y satisfacción en los usuarios. Nivel de aplicación de los conocimientos y tecnologías médicas disponibles actualmente.

**Calidad de servicio:** Véase Evaluación de la calidad de servicio. Cumplimiento de las especificaciones previas acerca de la prestación del servicio y su valoración por parte de los usuarios. Debemos orientar la organización de tal modo que se igualen o sobrepasen las expectativas que el cliente tiene respecto al servicio que le vamos a proporcionar. La opinión de los usuarios es el modo básico de medir la calidad de servicio, en concreto, se utilizan escalas que miden la discrepancia entre expectativas de los clientes y percepción del resultado. De ellas, la más clásica es la escala SERVQUAL de Parasuraman, Zeithaml y Berry (1998) donde se consideran como factores importantes del servicio aspectos como la fiabilidad, rapidez, competencia, accesibilidad, cortesía, comunicación, credibilidad, seguridad, tangibilidad del servicio, personalización y conocimiento del cliente.

**Calidad objetiva:** Es la calidad técnica de un producto (Zeithaml, 1998) o su superioridad mensurable y verificable.

**Calidad percibida:** Es la apreciación del consumidor sobre la excelencia o superioridad global de un producto o servicio.

**Calidad total:** Véase Gestión de la calidad total. Concepto de gestión empresarial que sitúa como objetivo principal de la misma la calidad de su producción/servicio y la satisfacción de sus clientes/usuarios. Es de aplicación a toda la organización, es decir, se extiende la responsabilidad de la calidad a cada miembro de la misma, constituyendo un cambio en la cultura de la empresa, que deben considerar como primer objetivo “hacer las cosas bien a la primera” (cero defectos) y contribuir a la mejora continua de la calidad.

**Carta de servicios:** conjunto de técnicas, tecnologías o procedimientos, entendido por tales cada uno de los métodos, actividades y recursos basados en el conocimiento y experimentación científica, mediante los que se hacen efectivas las prestaciones sanitarias ( Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud).

**Categoría:** es un criterio, que corresponde con el enunciado de aquello que se exige o espera de los CESS, y cuya satisfacción se asocia a una atención sanitaria de calidad.

**Certificación de calidad:** Certificar es asegurar, garantizar o avalar como completamente cierta una cosa a alguien. Es el testimonio del ajuste a determinadas especificaciones técnicas y/o normas por parte de la organización, con la expedición de un acta en la que se da fe documental de dichos requisitos. Es un acto voluntario realizado por motivos diversos, no por obligación administrativa y puede ser emitida

por el propio fabricante o por un organismo independiente (por ejemplo normativa ISO).

**Ciclo de mejora continua:** Véase PDCA.

**Círculo de calidad:** Técnica estratégica utilizada para la mejora de la calidad mediante la cual se intentan detectar posibles mejoras o fallos y sus causas. Su desarrollo precisa de la participación de un grupo de 8-10 personas voluntarias que, de un modo informal, estudian procesos y actividades de su organización.

**Cliente:** Denominación utilizada para designar a la persona física o jurídica que compra un producto o recibe un servicio, bien sea para su consumo, para incorporarlo a un proceso productivo, revenderlo... Puede ser sinónimo de usuario, comprador, consumidor.

**Cliente interno:** es aquel que recibe el producto o servicio solicitado y que, al mismo tiempo, es trabajador de la empresa u organización que se lo facilita. Este término procede del llamado marketing interno que es la oferta de actividades que la organización hace a sus trabajadores para que desarrollen sus necesidades profesionales de modo efectivo.

**CMBD:** Conjunto Mínimo Básico de Datos.

**Competencias:** características de conocimientos, habilidades y aptitudes que las personas tienen, desarrollan y ponen de manifiesto en diversas situaciones reales de trabajo, para el adecuado desempeño de las funciones y responsabilidades que tiene su puesto.

**Competencias profesionales:** conductas y acciones que nos llevan a conseguir los resultados deseados y que buscan la excelencia. Comprenden el conjunto de conocimientos, experiencia técnica, habilidades y actitudes de todos y cada uno de los profesionales que participan en cada proceso asistencial.

**Comunicación interna:** entornos físicos y virtuales de interrelación, orientados a la transmisión de información, sugerencias de mejora, espacios de aprendizaje compartido, foros de debate, etc.

**Conformidad:** cumplimiento de un requisito.

**Consentimiento informado:** autorización escrita para que se proceda a la realización de determinada intervención asistencial, tras recibir la información oportuna sobre dicha actuación.

**Continuidad asistencial:** una visión compartida y continua del trabajo asistencial, en el que intervienen múltiples profesionales, en diferentes centros de trabajo y que actúan en tiempos distintos con el objetivo común del ciudadano.

**Contrato de gestión:** documento suscrito entre los Servicios Centrales del SES y las Gerencias de Área, que permite definir la fijación, seguimiento y evaluación de objetivos de actividad, calidad y relación entre los niveles asistenciales.

**Control de calidad:** es la metodología que incluye las técnicas y actividades para comprobar los requisitos de calidad. Tradicionalmente se asocia con la supervisión de los procesos y la inspección de los procesos finales. Implica un enfoque de calidad centrado en el producto y no en el cliente, concepción que se rechaza actualmente. El

control de Calidad abarca las técnicas y actividades de carácter operativo utilizadas en la verificación del cumplimiento de los requisitos relativos a la calidad. Consiste en determinar si la calidad de la producción se corresponde con la calidad del diseño. Es el proceso a través del cual se puede medir la calidad real, compararla con las normas y actuar sobre la diferencia. El conjunto de operaciones (programación, coordinación, puesta en práctica) dirigidas a mantener o mejorar....(ISO 3534-1977). Aplicado a un proceso diagnóstico, incluye monitorización, evaluación y mantenimiento en niveles óptimos de todas aquellas características de funcionamiento que puedan ser definidas, medidas y controladas.

**Control de costes:** conjunto de mecanismos y medidas de gestión que permiten a un responsable saber en cada momento el nivel de gasto que lleva su unidad, y por tanto evitar que éste se exceda del presupuesto pactado.

**Criterios de calidad:** instrumentos de medida, utilizados en las evaluaciones de Calidad en los que especifican las condiciones deseables más relevantes que debe cumplir un determinado aspecto de la atención, para que pueda ser considerada de calidad.

**Dirección:** función de la organización que consiste en fijar objetivos, establecer planes y ordenar, coordinar y controlar las actividades de la organización para conseguir dichos objetivos. Además debe ser el engranaje que facilite la unión y motivación de todos los trabajadores y su adhesión a la cultura y metas organizacionales.

**Dirección por objetivos:** es un posible método de dirección de empresas en que se asignan los objetivos a los responsables de los programas. Estos responsables tienen capacidad para la toma de decisión permanente y trabajan para conseguir llegar al nivel deseado.

**Efectividad:** resultado obtenido cuando un procedimiento es aplicado en condiciones habituales, por la generalidad del sistema, en la organización real, con los medios disponibles.

**Eficacia:** resultado obtenido cuando un procedimiento es aplicado en condiciones ideales.

**Eficiencia:** implica realizar algo con el menor coste, tiempo y esfuerzo posible. En general, significa hacer las cosas bien aunque lo hecho no sea el objetivo que se intentaba establecer. Según Doyle (1994) la eficiencia refleja productividad, se preocupa de reducir costes, fundamentalmente.

**E.F.Q.M.:** anagrama de European Foundation for Quality Management. La Fundación Europea para la gestión de la calidad fue creada en 1988 por un grupo de 14 organizaciones líderes en Europa. Misión: reforzar posición de las empresas de Europa Occidental en el mercado mundial basándose para ello en la mejora continua de las empresas según principios de Calidad Total. Revisa aspectos como liderazgo y dirección, las personas, la política y la estrategia, recursos y alianzas., los procesos y los resultados relativos a clientes, a personas, a la sociedad y los globales. Una de las grandes ventajas de la definición del modelo europeo de excelencia es su utilización como referencia para una Autoevaluación, proceso en virtud del cual una empresa se compara con los criterios del modelo para establecer su situación actual y definir objetivos de mejora.

**Entorno laboral seguro y saludable:** principios básicos para un entorno laboral seguro y saludable en los centros de trabajo, así como los conocimientos que han de

poseer los trabajadores para trabajar con seguridad – higiene – ergonomía, control y evaluación de riesgos laborales, medidas de prevención, etc.

**Equipo directivo:** todo aquel que tiene a su cargo personal o un puesto de responsabilidad dentro del CSES.

**Estándar:** grado de cumplimiento exigible a un criterio y se define como el rango en el que resulta aceptable el nivel de calidad alcanzado. Puesto que determina el nivel mínimo que comprometería la calidad, también puede entenderse como el conjunto de maniobras diagnósticas y terapéuticas indicadas en cada situación. Norma del modelo de acreditación. Los estándares se agrupan en subcriterios.

**Estándares de calidad:** grado de cumplimiento exigible a un criterio, fijado antes de realizar la evaluación.

**Estrategia:** es la acción específica desarrollada para conseguir un objetivo propuesto. Según Shapiro (1985), hay muchas posibles estrategias para alcanzar un mismo objetivo y la misma estrategia no siempre da los mismos resultados.

**Evaluación:** fase del proceso de toma de decisiones en la cual se analizan las posibles alternativas. Estimación del valor de las cosas. Examen sistemático de la capacidad de la organización para cumplir con los requisitos especificados.

**Evaluación del desempeño profesional:** proceso sistemático y periódico que evalúa ciertas conductas observables que influyen en el rendimiento de los empleados en su trabajo. Con este sistema se pretende captar aquellas competencias susceptibles de mejora, y se acuerdan las actuaciones oportunas para llegar al nivel deseado en las mismas ( desarrollo y optimización, compromisos de mejora, etc.)

**Evidencia:** se refiere a la información presentada, la cual debe hacer referencia al enfoque, despliegue, evaluación y revisión del subcriterio que se está evaluando.

**Expectativas:** anticipación de un acontecimiento futuro basada en experiencias previas y estímulos presentes.

**Formación:** formación necesaria, tanto para desarrollar aquellas competencias de las que las personas pueden carecer y que son necesarias para cada proceso asistencial, como para establecer líneas de desarrollo profesional y empleabilidad con visión de futuro.

**Garantía:** una de las dimensiones de la calidad de servicio y del producto. Es la promesa temporal de la organización de que su producto / servicio servirá o se adecuará a lo que el cliente / usuario demanda. Para las organizaciones de servicios la garantía presenta ciertas dificultades porque los servicios se consumen a la vez que se van creando y su evaluación es totalmente subjetiva. La garantía de Calidad es sinónimo de aseguramiento de la calidad y comprende el conjunto de acciones, planificadas y sistematizadas, necesarias para infundir la confianza de que un bien o servicios va a cumplir los requisitos de calidad exigidos. Incluye el conjunto de actividades realizadas por la empresa dirigidas a asegurar que la calidad producida satisface las necesidades del consumidor.

**Gestión:** actividades coordinadas para dirigir y controlar una organización.

**Gestión adecuada y eficiente de los RR.HH.:** establecimiento de las necesidades organizativas y funcionales óptimas para cada proceso asistencial, respondiendo a los principios de máxima calidad y eficiencia.

**Gestión de la calidad:** acciones encaminadas a determinar la capacidad de la organización para satisfacer las necesidades del cliente / usuario. Para ello es fundamental tener en cuenta la opinión de los usuarios pues son ellos los que, en último caso, deciden si la calidad es buena o mala.

**Gestión de la calidad total (TQM):** la concepción actual de la gestión de la calidad se basa en los siguientes principios: orientación hacia los resultados, orientación al cliente, liderazgo y constancia en los objetivos, gestión por procesos y hechos, desarrollo e implicación de las personas, aprendizaje, innovación y mejora continua, desarrollo de alianzas y responsabilidad social.

**Gestión por procesos:** sistema de gestión enmarcado en los principios de “calidad total”, que pretende facilitar a los profesionales el conocimiento de aquellos aspectos que hay que mejorar y las herramientas para lograrlo.

**Gestión de riesgos:** subsistema de gestión de la calidad encaminado a la detección y análisis de situaciones susceptibles de producir daños, así como al establecimiento de acciones encaminadas a la prevención y minimización de resultados adversos.

**Grupo de mejora:** equipo de trabajo compuesto por miembros del CSES y / o ciudadanos directamente involucrados en el proceso, habitualmente ayudados por asesores externos, que tienen por objeto analizar el proceso y recomendar medidas para mejorarlo.

**Grupo de mejora de la calidad:** técnica utilizada en el ámbito de la calidad para resolver problemas ya existentes. Se trata de una reunión de seis a ocho personas, que pueden ser de cualquier nivel de la organización (directivos, profesionales, técnicos...) y que trabajando en equipo tratan de resolver un problema normalmente relacionado con la consecución de los objetivos de la organización. Esta técnica tiene un gran parecido con los círculos de calidad, en realidad lo que las hace diferentes es el nivel de informalidad y voluntariedad de la formación de los grupos que participarán en los círculos de calidad.

**Guías de práctica clínica:** pautas de actuación esenciales ante un problema clínico, avaladas por evidencias científicas, expertos o por consensos profesionales.

**Homologación:** es la aprobación oficial de un producto, proceso o servicio, realizado por un organismo que tiene tal facultad por disposición reglamentaria. La homologación implica el sometimiento obligatorio de un cliente o de la Administración, a un dictamen de un organismo en relación con las reglamentaciones o leyes de obligado cumplimiento.

**Indicador:** es una medida objetiva de un parámetro que nos da información necesaria sobre un proceso o producto. Son muy utilizados en el control de la calidad como forma de tener conocimiento de los procesos, y así poder mantenerlos dentro de los límites establecidos para el logro de la calidad.

**Infraestructura:** sistema de instalaciones, equipos y servicios necesarios para el funcionamiento de una organización.

**Líder (directivos y mandos intermedios):** todo aquél que tiene a su cargo personal o un puesto de responsabilidad dentro de la organización (equipo directivo, jefe de área,

departamento, servicio, instituto, unidad o sección, y mandos en general, tanto asistenciales como no asistenciales).

**Mapa de procesos:** representación gráfica de las actividades que se desarrollan en una organización y de las interrelaciones entre éstas y con el exterior, en función de la misión, objetivos, entradas (input) y salidas / servicios (output) de la organización. Descendiendo en el nivel de análisis, se llega a los diagramas o esquemas de los procesos, que visualizan el modo en que las personas desempeñan su trabajo para conseguir los objetivos propuestos. Estos esquemas incluyen las tareas y actividades a realizar, de forma secuencial, con un principio y un final, dependiendo del ámbito de cada proceso.

**Mejora continua:** es una de las cuestiones implícitas en la filosofía básica de la Calidad Total. Se refiere a la planificación de actividades que supongan un adelanto con respecto a la consecución de una mayor satisfacción del cliente / usuario, tanto interno como externo.

**Mejora de la calidad:** supone la creación organizada de un cambio ventajoso. No es solo eliminar los picos esporádicos de mala calidad, objetivo del control, sino un proceso planificado de búsqueda del perfeccionamiento.

**Misión de la empresa:** es la finalidad fundamental que justifica la existencia de la empresa. Establece las razones de ser de la empresa, su definición, el producto o servicio que vende y el mercado al que sirve. Según Kotler (1988), la misión se configura según cinco cuestiones: su historia, las preferencias actuales, los factores del entorno, los recursos de la organización y las ventajas, competitivas que posea.

**Modelo de Incentivación y motivación de profesionales:** modelo vinculado a resultados en calidad de los procesos. Introduce incentivos económicos y no económicos, tales como:

- tiempo de dedicación.
- formación.
- Desarrollo profesional.
- Promoción y polivalencia.
- Investigación, etc.

Debe ser integrador, con elementos diferenciadores interniveles, facilitadores de la continuidad asistencial, y que diferencie la aportación individual y de equipo, en términos de valor añadido al resultado final, con el reconocimiento individual del trabajo, dedicación y aportación de valor de cada uno de los profesionales.

**Norma:** regla o estándar establecida por un grupo, cuyos miembros aceptan y deben cumplir.

**Normalización:** es la actividad que aporta soluciones para aplicaciones repetitivas que se desarrollan, principalmente, en el ámbito de la ciencia, la tecnología y la economía, con el fin de conseguir una ordenación óptima de un determinado contexto.

**Objetivo:** algo ambicionado o pretendido.

**Organización:** es la compañía, sociedad civil o mercantil, firma, empresa o institución, de carácter público o privado jurídicamente constituida, que tiene su propia estructura funcional y administrativa. Pueden ser de cinco tipos: a) empresas y cooperativas agrícolas, ganaderas o pesqueras, b) industrias, c) revendedores, d) administraciones públicas y empresas y e) otras instituciones de servicios.

**Paciente:** organización (persona, familia, grupo, vecindad, sociedad, población objetivo) que recibe atención sanitaria.

**Pactos de gestión:** documento escrito entre los CSES y sus respectivas Unidades de Servicio en donde se especifican los servicios a prestar y los requisitos que éstos deben cumplir y que es de cumplimiento exigible.

**Parte interesada:** persona o grupo que tenga un interés en el desempeño o éxito de una organización.

**Participación:** las opiniones de los ciudadanos y de los profesionales en la toma de decisiones en temas relacionados con su salud, y los profesionales en temas que afecten a la organización.

**PDCA (CICLO DE MEJORA CONTINUA):** es un modelo metodológico del campo de la gestión de la calidad creado por Deming, también llamado rueda de la mejora de la calidad. Pretende contribuir al aumento de la calidad mediante una mejora continua determinada por cuatro pasos, que fundamentalmente, son los que favorecen tal cambio. PDCA = plan, do, check, act que se refieren, respectivamente, a la planificación de lo que se desea realizar, la implantación de lo planeado, la verificación de que lo planificado actúa como deseábamos y actuación sobre los resultados de la acción anterior para dirigirla adecuadamente a los objetivos previstos en la primera fase, corrigiendo los errores que puedan surgir.

**Percepción:** conocimiento o idea que los ciudadanos tiene del CSES y de los servicios que éste presta, independientemente de si éste ha recibido o no atención sanitaria previa.

**Personal:** el conjunto de empleados y demás personas que ofrecen, directa o indirectamente, un servicio a los clientes.

**Plan de Calidad:** es un documento que establece las prácticas específicas, las normas, las técnicas, los recursos y la secuencia de actividades para un producto o servicio, de forma que se favorezca o facilite la mejora de la calidad.

**Plan de formación:** aprendizaje constante y capacidad de innovación por parte de los profesionales acompañadas de un esfuerzo y un compromiso por parte de la organización para facilitar la formación necesaria. Ayuda a la mejora de las competencias que se definan para cada profesional, en función de los procesos en los que el participe. Esto significa que cada profesional va a participar en un “menú de opciones” de formación personalizado, que le va a permitir reforzar aquellos aspectos claves en su perfil de competencias.

**Plan estratégico:** plan que se utiliza para dar la orientación de la organización en un periodo de tiempo, de forma que suele estar formado por un conjunto de decisiones de gestión que se centran en lo que hará la empresa para alcanzar el éxito y la forma de lo que hará.

**Planificación:** es el proceso que parte del análisis de la situación pasada y presente de una organización, y, después de evaluar los fines y medios disponibles, define metas y objetivos a alcanzar, así como las normas de ejecución y las medidas de control de las actividades necesarias para lograrlos durante un periodo de tiempo determinado.

**Política de la organización:** es el plan de actuación que debe seguirse para la evaluación y decisión al respecto a una situación determinada o los posibles fallos o problemas que surjan, de modo que se facilite el alcance de los objetivos previstos.

**Política de la calidad:** comprende un conjunto de directrices y objetivos generales relativos a la calidad expresados formalmente por la Dirección; son, pues, los principios generales que guían la actuación de una organización. Forma parte de la política general de la empresa aprobada por los órganos directivos y está constituida por el conjunto de proyectos referidos a la calidad.

**Procedimiento:** se refiere a una determinada forma de ejecutar una actividad. En el caso de la gestión de la calidad todos los procedimientos deben estar documentados, de forma que se señale lo que debe llevarse a cabo, quién lo realizará, cuándo, dónde, cómo, con qué materiales, equipos y documentos, y cómo se registrará y controlará.

**Proceso:** conjunto de recursos y actividades interrelacionadas y consecutivas con un fin determinado.

**Proceso asistencial:** conjunto de actividades de los proveedores de la atención sanitaria (estrategias preventivas, pruebas diagnósticas y actividades terapéuticas), que tienen como finalidad incrementar el nivel de salud y el grado de satisfacción de la población que recibe los servicios, entendidos éstos en un amplio sentido (aspectos organizativos, asistenciales, etc.).

**Procesos clave:** son los más importante para la competitividad de la organización. Tiene un alto impacto en los resultados de ésta por incidir en:

- satisfacción de los clientes.
- Resultados empresariales.
- Satisfacción de empleados.
- 

**Procesos de soporte:** apoyan a los procesos asistenciales para que cumplan su misión.

**Procesos estratégicos:** procesos orientados a las actividades organizativas o estratégicas de la empresa.

**Producto:** es cualquier bien material, servicio o idea que posea un valor para el consumidor / usuario y satisfaga sus necesidades.

**Protocolo:** acto o serie de actos y operaciones con que se hace una cosa. Método. Sistemática de trabajo.

**Protocolo asistencial:** conjunto de normas de actuación clínica de obligado cumplimiento en situaciones o circunstancias clínicas concretas.

**Protocolos de práctica clínica:** descripción exhaustiva y pormenorizada de los pasos y actuaciones clínicas que deben realizarse ante un determinado problema de salud de acuerdo a la guía de práctica clínica correspondiente.

**Queja:** manifestación verbal de la disconformidad con algo o alguien.

**Reclamación:** facultad pública que puede ser ejercida por cualquier usuario, independientemente de su consideración como interesado, ante cualquier actuación que perciba como irregular o anómala, en el funcionamiento de los servicios sanitarios, del Sistema Sanitario Público de Extremadura, o ante cualquier tipo de lesión de los

derechos otorgados por la normativa vigente en sus centros, establecimientos y servicios sanitarios. (Decreto 4/2003, de 14 de enero, por el que se regula el régimen jurídico, estructura y funcionamiento del Defensor de los Usuarios del Sistema Sanitario Público de Extremadura).

**Responsabilidad:** es el deber de ejecutar las operaciones o acciones sobre las que se tiene competencia o autoridad. Es una dimensión de la calidad de servicio que supone la demostración de que la organización puede llevar a cabo lo que se asegura y se ocupa de los problemas de los usuarios.

**Satisfacción del usuario:** es un objetivo prioritario de cualquier empresa pero, sobre todo, de las de servicios pues no poseen un producto tangible y su objetivo es producir un servicio, que únicamente se podrá valorar en función de su aceptación por el usuario. La satisfacción está relacionada positivamente con la calidad percibida, es decir, a mayor calidad percibida, mayor satisfacción. Pero también con la percepción de la discrepancia entre las expectativas de los usuarios con respecto a los que va a recibir y su valoración de la ejecución real.

**Seguridad:** es una dimensión de la calidad de servicio o producto. Supone la ausencia de peligro, riesgo o duda en la adquisición del bien / servicio y su utilización.

**Servucción:** voz que se refiere al sistema de producción o creación del servicio.

**Sistema:** es el conjunto ordenado de elementos que componen una totalidad de nivel superior a las partes que lo integran, y que cumple unas determinadas funciones. Las características que definen un sistema son: globalidad, que implica la repercusión en todo el sistema de cualquier estímulo que afecte a una parte; homeostasis, que hace referencia al equilibrio dinámico o autorregulación del propio sistema; finalidad, que hace referencia a los objetivos a los que está orientado todo sistema.

**Tangibilidad:** característica de los productos que les hace perceptibles por medio de los sentidos. Por su naturaleza los bienes son tangibles y los servicios son intangibles.

**Telemedicina:** transmisión de imágenes, de actuaciones o intervenciones médicas o quirúrgicas reales, mediante la tecnología de videoconferencia (en tiempo real) o a través de ordenador ( en tiempo real, o no).

**Transparencia:** organización abierta a la sociedad y al ciudadano, que informa, creíble y en la que se puede confiar.

**Validación / verificación:** se refiere a la comprobación objetiva de que se ha logrado cumplir con los requisitos previamente especificados.

**Valores:** aquellos elementos que conforman la conducta básica de las personas del CSES y lo que se espera de ellas.

**Variabilidad:** grado de estabilidad, versus variación, de un proceso en los que se refiere a las prestaciones y a la predictibilidad de su evolución.

**Vía clínica:** planes asistenciales que definen y ordenan secuencialmente actividades e intervenciones sanitarias para un grupo definido de pacientes con un curso clínico predecible.

**Visión:** declaración que describe el tipo de organización deseada con vistas al futuro.

**ANEXO II**

	<b>HOSPITALES (Centros con internamiento)</b>	<b>PROVEEDORES DE ASISTENCIA SANITARIA SIN INTERNAMIENTO</b>	<b>SERVICIOS SANITARIOS INTEGRADOS EN UNA ORGANIZACIÓN SANITARIA</b>
Dirección	<b>8 %</b>	<b>6 %</b>	<b>4 %</b>
Planificación estratégica	<b>6 %</b>	<b>4 %</b>	<b>2 %</b>
Gestión RR.HH	<b>7 %</b>	<b>5 %</b>	<b>4 %</b>
Gestión Tecnología Recursos Materiales	<b>7 %</b>	<b>5 %</b>	<b>3%</b>
Gestión Información/Conocimiento /Aspectos Éticos	<b>8 %</b>	<b>6 %</b>	<b>4 %</b>
Gestión de Procesos	<b>14 %</b>	<b>24 %</b>	<b>33 %</b>
Satisfacción ciudadanos	<b>20 %</b>	<b>20 %</b>	<b>20 %</b>
Satisfacción personal	<b>9%</b>	<b>9 %</b>	<b>9%</b>
Implicación con la Sociedad	<b>6%</b>	<b>10 %</b>	<b>5 %</b>
Resultados clave	<b>15 %</b>	<b>11 %</b>	<b>16 %</b>

# ELEMENTOS DE INTERPRETACIÓN

- Partimos de la clasificación de centros, establecimientos y servicios sanitarios del Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, establecimientos y servicios sanitarios.
  - HOSPITALES (centros con internamiento). **Color rojo.**
  - PROVEEDORES DE ASISTENCIA SANITARIA SIN INTERNAMIENTO (excluidos consultas médicas, consultas de otros profesionales sanitarios y consultorios locales, que se acreditarán sólo en relación a su dependencia jerárquica de una organización superior). **Color azul.**
  - SERVICIOS SANITARIOS INTEGRADOS EN UNA ORGANIZACIÓN SANITARIA. **Color verde.**
  - ESTABLECIMIENTOS SANITARIOS. ( Homologación en base a su normativa de autorización).
- El PESO PORCENTUAL para cada uno de los ENTORNOS SANITARIOS de la clasificación anteriormente mencionada, aparece en el color que se menciona tras ellos.
  - Los centros con internamiento deben equilibrar sus estrategias y resultados, y por otra parte precisan de un importante desarrollo directivo y de planificación.
  - Los centros sin internamiento, deben disminuir pesos en liderazgo y políticas estratégicas, y aumentar en resultados de sociedad y procesos. (Esto referido a centros de atención primaria, centros polivalentes y especializados, reconocimiento médico y salud mental). Se excluyen consultorios y consultas de la acreditación, ya que sólo optarían a ella en el caso de estar integrados en una estructura superior.
  - Los servicios sanitarios integrados, en el caso de optar a una acreditación, agruparían el mayor de sus pesos en procesos, con menor trascendencia en estructuras directivas y resultados de sociedad, y aumento en resultados globales. Además estos criterios, serían acreditados con programas específicos “ad hoc” de acreditación.

