

ANEXO III

Nombre del fichero:

Registro de Auditores del modelo de calidad de centros, servicios y establecimientos sanitarios de la Comunidad Autónoma de Extremadura.

Contenido del fichero:

DATOS DE FILIACIÓN DEL AUDITOR

- Nombre y apellidos
- D.N.I.
- Fecha y Lugar de nacimiento
- Dirección completa del domicilio habitual
- Teléfonos de contacto

DATOS DE CARÁCTER PROFESIONAL

- Titulación/Profesión
- Tipo de auditor
- Fecha de la Resolución del nombramiento y tipo de auditor actual

— Experiencia profesional:

- Número de auditorías realizadas como auditor en prácticas
- Número de auditorías realizadas como auditor
- Número de auditorías realizadas como auditor jefe

- Centro de Trabajo
- Puesto de Trabajo o Cargo
- Datos del Puesto de Trabajo:

- Dirección completa del Centro
- Teléfono/Extensión
- Fax
- Correo electrónico

— Datos de su Superior Jerárquico inmediato

- Cargo
- Nombre y apellidos

ORDEN de 18 de julio de 2006 por la que se establecen los estándares del modelo de calidad de centros, servicios y establecimientos sanitarios de la Comunidad Autónoma de Extremadura y el modelo normalizado de solicitud de acreditación de calidad sanitaria de los mismos.

La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud determina, en sus artículos 28.1 y 29, que las Comunidades Autónomas garantizarán la calidad de las prestaciones sanitarias, y que estas garantías de seguridad y calidad serán aplicables a todos los centros, públicos y privados, siendo responsabilidad de las Administraciones Públicas Sanitarias, para los centros de su ámbito, velar por su cumplimiento.

En este sentido, el Decreto 227/2005, de 27 de septiembre, por el que se regula el procedimiento y los órganos necesarios para la aplicación del modelo de calidad y la acreditación de la calidad sanitaria de los centros, servicios y establecimientos sanitarios de la Comunidad Autónoma de Extremadura, ha venido a desarrollar, desde la responsabilidad de la Administración Pública Sanitaria anteriormente citada, el marco de garantías objetivas, públicas

y basadas en el contexto científico más amplio y actualizado, que permita a los ciudadanos ejercer de manera efectiva su derecho a recibir una atención sanitaria adecuada a sus necesidades.

El mencionado Decreto define la acreditación de la calidad sanitaria como una herramienta de mejora de la calidad, que partiendo de la autoevaluación de una organización o ente sanitario, basada en criterios y estándares derivados del consenso científico y técnico, determina una información objetiva de la situación de dicho ente sanitario mediante un proceso de evaluación externa, según la cual se concede o no la resolución administrativa de acreditación. Además, extiende su ámbito de aplicación, a tenor de lo dispuesto en su artículo 1, a los centros, servicios y establecimientos sanitarios (en adelante CSES) de la Comunidad Autónoma de Extremadura, determinándose a tales efectos como entes sanitarios los centros con internamiento (Hospitales), los proveedores de asistencia sanitaria sin internamiento, los servicios sanitarios integrados en una organización sanitaria y los establecimientos sanitarios, a todos los cuales serán de aplicación los estándares establecidos en la presente Orden.

A tales efectos, el artículo 13 del Decreto dispone que la Consejería de Sanidad y Consumo publicará, mediante Orden de su titular, los estándares del modelo de calidad de centros, servicios y

establecimientos sanitarios, relacionando las categorías en las que se incluyen los citados estándares. Por otra parte, el artículo 17 contempla programas específicos de acreditación para los establecimientos sanitarios y para los servicios sanitarios integrados en una organización sanitaria, que deberán comprender los estándares de calidad referidos en el artículo 13.

Asimismo, en el Capítulo IV del Decreto 227/2005 se regula el procedimiento a seguir para la obtención de la acreditación de la calidad sanitaria, facultando en su Disposición Final Primera al Consejero de Sanidad y Consumo para dictar cuantas disposiciones exija el cumplimiento del mismo, considerándose conveniente, al objeto de facilitar a los interesados la presentación de la solicitud de iniciación del procedimiento, establecer un modelo normalizado de la misma.

En virtud de lo anteriormente expuesto, y haciendo uso de las atribuciones conferidas por el artículo 36.f) de la ley 1/2002, de 28 de febrero, del Gobierno y de la Administración de la Comunidad Autónoma de Extremadura,

DISPONGO:

Artículo 1. Objeto.

1. La presente Orden tiene por objeto establecer los estándares del modelo de calidad de centros servicios y establecimientos sanitarios a los que hace referencia el artículo 13 del Decreto 227/2005, de 27 de septiembre, por el que se regula el procedimiento y los órganos necesarios para la aplicación del modelo de calidad y la acreditación de la calidad sanitaria de los centros, servicios y establecimientos sanitarios de la Comunidad Autónoma de Extremadura.

2. Asimismo, se establece, a efectos del procedimiento de acreditación de la calidad sanitaria de los centros, servicios y establecimientos sanitarios, el modelo normalizado de solicitud a presentar por los interesados.

Artículo 2. Ámbito de aplicación.

1. A efectos de la presente Orden, los estándares del modelo de calidad que se publican, son de aplicación a los entes sanitarios definidos en el artículo 1.3 del Decreto 227/2005, de 27 de septiembre, por el que se regula el procedimiento y los órganos necesarios para la aplicación del modelo de calidad y la acreditación de la calidad sanitaria de los centros, servicios y establecimientos sanitarios de la Comunidad Autónoma de Extremadura como:

- a. Centros con internamiento (Hospitales).
- b. Proveedores de asistencia sanitaria sin internamiento.

c. Servicios sanitarios integrados en una organización sanitaria.

d. Establecimientos sanitarios.

Tanto los servicios sanitarios integrados en una organización sanitaria, como los establecimientos sanitarios, deben cumplir los requisitos específicos a los que hace referencia el artículo 17 del Decreto 227/2005, de 27 de septiembre, por el que se regula el procedimiento y los órganos necesarios para la aplicación del modelo de calidad y la acreditación de la calidad sanitaria de los centros, servicios y establecimientos sanitarios de la Comunidad Autónoma de Extremadura.

Artículo 3. Estándares del modelo de calidad de centros, servicios y establecimientos sanitarios.

1. Los estándares del modelo de calidad de centros, servicios y establecimientos sanitarios de la Comunidad de Extremadura se resanan en el Anexo I de la presente Orden, agrupándose en las categorías a las que hace referencia el artículo 13 punto 2 del Decreto 227/2005, de 27 de septiembre, por el que se regula el procedimiento y los órganos necesarios para la aplicación del modelo de calidad y la acreditación de la calidad sanitaria de los centros, servicios y establecimientos sanitarios de la Comunidad Autónoma de Extremadura.

2. La Consejería de Sanidad y Consumo pondrá a disposición de gestores y profesionales estos estándares en forma de manual, así como en los medios de publicación electrónicos que faciliten el acceso a los mismos.

Artículo 4. Clasificación.

Los estándares, que se definen como los requisitos de calidad dentro del modelo de calidad de centros, servicios y establecimientos sanitarios, y que se establecen en la presente Orden, se clasifican según el nivel de exigencia requerido en:

— Obligatorios (O), que son aquellos que todo ente sanitario 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 cumplimiento de estos estándares es dicotómico, es decir, sólo hay dos respuestas posibles al mismo (sí o no). Existen 150 estándares obligatorios dentro del modelo de calidad de CSES de la Comunidad Autónoma de Extremadura.

— Recomendables (R), que son aquellos que componen las herramientas de mejora de la actividad asociada al desarrollo del ente, desde la perspectiva de los ciudadanos, los profesionales y los gestores. La evaluación de estos estándares conlleva una escala de valoración en la que se contempla en este orden:

su no cumplimiento, su establecimiento y puesta en funcionamiento, y su funcionamiento sistemático. Existen 170 estándares recomendables dentro del modelo de calidad de CSES de la Comunidad Autónoma de Extremadura.

Artículo 5. Modelo de Solicitud de Acreditación de la calidad sanitaria de los centros, servicios y establecimientos sanitarios de la Comunidad Autónoma de Extremadura.

1. El modelo normalizado de solicitud para la acreditación de la calidad sanitaria de los centros, servicios y establecimientos sanitarios, que los interesados deberán dirigir al Director General competente en materia de calidad sanitaria de la Consejería de Sanidad y Consumo, de conformidad con el procedimiento regulado en el Capítulo IV del Decreto 227/2005, de 27 de septiembre, por el que se regula el procedimiento y los órganos necesarios para la aplicación del modelo de calidad y la acreditación de la Comunidad Autónoma de Extremadura, se recoge en el Anexo II de la presente Orden.

2. La Consejería de Sanidad y Consumo pondrá a disposición a través de diferentes medios, tanto en formato papel como electrónico, el modelo de solicitud para gestores sanitarios y profesionales.

Disposición final primera.

Se faculta al Director General competente en materia de Acreditación de centros, servicios y establecimientos sanitarios, para adoptar las medidas que requiera el cumplimiento de la presente Orden, a fin de garantizar el adecuado funcionamiento del modelo de calidad de centros, servicios y establecimientos sanitarios.

Disposición final segunda.

La Consejería de Sanidad y Consumo, mediante Resolución de su titular, que se insertará en el Diario Oficial de Extremadura, publicará los estándares del modelo de calidad actualizados en función de los avances legislativos, científicos y técnicos y de las necesidades sociales de atención sanitaria prestada en los centros, servicios y establecimientos sanitarios de la Comunidad Autónoma de Extremadura.

Disposición final tercera.

La presente Orden entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el Diario Oficial de Extremadura.

Mérida, a 18 de julio de 2006.

El Consejero de Sanidad y Consumo,
GUILLERMO FERNÁNDEZ VARA

ANEXO I

ESTÁNDARES DEL MODELO DE CALIDAD DE CENTROS, SERVICIOS Y ESTABLECIMIENTOS SANITARIOS DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE EXTREMADURA

Categoría I. Dirección.

Subcategoría I.1. Responsabilidades de la Dirección.

1) Se dispone de una declaración de la misión, visión y valores del CSES respaldada por la Dirección. (O)

2) Se manifiesta la implicación del equipo directivo en la comunicación de la misión y objetivos asociados. (R)

3) Se manifiesta la implicación del equipo directivo en la comunicación de los resultados del CSES a las personas que lo integran (R)

4) Se manifiesta la implicación del equipo directivo en el seguimiento del grado de implantación de su planificación estratégica. (R)

5) Se han identificado los principales grupos de interés. (O)

6) Se facilita el acceso a los grupos de interés. (R)

7) Están establecidas actuaciones para garantizar que la información de retorno de los servicios prestados llega a Dirección. (O)

8) Se adoptan acciones como consecuencia del análisis de la información de retorno. (R)

9) Las responsabilidades asociadas a los servicios prestados están claramente identificadas. (O)

Subcategoría I.2. Liderazgo de la Dirección.

1) Está definida la estructura directiva y las responsabilidades asociadas. (O)

2) Están definidos los órganos de gobierno del CSES, y las responsabilidades asociadas. (O)

3) Se manifiesta la implicación del equipo directivo en actividades de mejora. (R)

4) Existen pruebas fehacientes de la estimulación y apoyo a la asunción de responsabilidades de los trabajadores por parte de los directivos. (R)

5) Se manifiesta la implicación del equipo directivo en asociaciones profesionales, conferencias, etc. (R)

6) Se manifiesta el compromiso del equipo directivo con la política de calidad establecida. (R)

7) Se manifiesta la implicación del equipo directivo en eventos para difundir la cultura de calidad del CSES. (R)

8) Se manifiesta la implicación del equipo directivo en actividades encaminadas a la mejora del medio ambiente y al desarrollo de la sociedad. (R)

Categoría 2. Planificación estratégica

Subcategoría 2.1. Planificación estratégica.

1) Los Contratos de Gestión o documentos similares están analizados por el equipo de Dirección. (0)

2) Existe una Planificación para llevar a cabo las acciones que aseguren el cumplimiento de los compromisos contractuales establecidos. (0)

3) Existen Pactos de Gestión, validados, con las distintas Unidades que definen los compromisos de actividad a cumplir. (0)

4) Se asegura la coherencia del Contrato de Gestión asumido por el CSES con los distintos Pactos de Gestión establecidos por la Dirección con cada Unidad. (0)

5) Se realiza una Planificación Estratégica adecuada al CSES en la cual se determina el conjunto de decisiones de gestión que hará el CSES para alcanzar sus objetivos estratégicos. (0)

6) Están identificados y definidos los procesos clave del CSES. (0)

7) Se dispone de un Reglamento aprobado de Régimen Interior. (0)

8) Se dispone de un Organigrama funcional debidamente validado. (0)

9) Se dispone de una Política de Gestión de riesgos. (0)

10) La Política de Gestión de riesgos incluye la responsabilidad civil/patrimonial. (0)

11) La Política de Gestión de riesgos incluye la responsabilidad en materia de Prevención de Riesgos Laborales. (0)

12) La Política de Gestión de riesgos incluye la responsabilidad por explotación en lo referente a Estructuras/Materiales. (0)

13) Se dispone de una Carta o Guía de Servicios. (0)

14) En la Carta de Servicios se especifican los derechos y obligaciones de los usuarios, las prestaciones disponibles, las características asistenciales del CSES y sus dotaciones de personal, instalaciones y medios técnicos. (R)

15) Se dispone de una Planificación de Calidad adecuada al CSES debidamente aprobada. (R)

16) Se realizan acciones para conocer y prever las características socio demográficas. (R)

17) Se realizan acciones para conocer y prever las necesidades de salud de la población de su área de influencia. (R)

18) Se realizan acciones para conocer y prever las expectativas, opiniones y sugerencias de los usuarios. (R)

19) Se realizan acciones para conocer y prever las expectativas, opiniones y sugerencias de los pacientes. (R)

20) Se realizan acciones para conocer y prever las expectativas, opiniones y sugerencias de los profesionales. (R)

21) Se realizan acciones para conocer y prever los avances científicos y tecnológicos del sector sanitario. (R)

22) Se realizan acciones para conocer y prever los mejores indicadores con los que se puedan establecer comparaciones de mejora. (R)

23) La identidad corporativa del CSES está adaptada a la normativa vigente de la Junta de Extremadura, si pertenecen al sistema Sanitario Público de Extremadura. (0)

Subcategoría. 2.2. Desarrollo y actualización de la estrategia.

1) Las estructuras organizativas son adecuadas a la política y estrategia establecida. (0)

2) Se dispone de una memoria anual de actividades. (R)

3) Está establecida una Sistemática para seguimiento interno del cumplimiento del Contrato de Gestión. (0)

4) Está establecida una Sistemática para seguimiento interno del cumplimiento de los distintos acuerdos de servicios establecidos por la Dirección con cada Unidad. (0)

5) Los acuerdos de servicios establecidos por la Dirección con cada Unidad se revisan y actualizan con una periodicidad preestablecida. (0)

6) 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. (R)

7) La información sobre las expectativas, opiniones y sugerencias de los usuarios, pacientes y profesionales es incorporada en los procesos de revisión internos. (R)

8) La información sobre los avances científicos y tecnológicos del sector sanitario es incorporada en los procesos de revisión internos. (R)

9) Están establecidas acciones para garantizar el acceso de los grupos de interés en el proceso de planificación estratégica. (R)

10) Se han establecido acuerdos de colaboración con sindicatos o representantes de usuarios. (R)

11) Están identificados los mejores indicadores con los que se pueden establecer comparaciones de mejora. (R)

12) La información de los mejores indicadores externos adoptados para realizar comparaciones es incorporada en los procesos de revisión internos. (R)

Categoría 3. Gestión de recursos humanos.

Subcategoría 3.1. Planificación y Gestión de recursos humanos.

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. (0)

2) Están identificadas las responsabilidades y competencias profesionales. (R)

3) Están asignadas las responsabilidades y competencias profesionales identificadas. (R)

4) Está establecido un sistema para llevar a cabo la selección del personal de acuerdo a la normativa vigente. (0)

5) Se garantiza la disponibilidad de los recursos humanos necesarios de presencia física durante las horas y horario correspondiente. (0)

6) Está establecida una sistemática documentada y validada que incluye los criterios para la promoción, traslados y movilidad del personal. (0)

7) Se dispone de medios humanos y técnicos suficientes (propios o subcontratados) para realizar el mantenimiento de acuerdo a la programación preventiva establecida. (0)

8) Existe y se aplica un plan documentado de acogida de profesionales. (R)

9) Existen Planes de Formación continuada del personal. (0)

10) Se revisa la eficacia de las acciones formativas contenida en los Planes de Formación. (R)

11) La Formación planificada incluye materias en aspectos de Calidad relacionan (atención al cliente/paciente, etc.) (R)

12) La Formación planificada incluye materias en aspectos de Imagen corporativa. (R)

13) Los usuarios de los equipos médicos reciben la formación necesaria para el correcto uso y conservación, si procede, de dichos equipos. (0)

14) Se dispone de medios humanos y técnicos suficientes para actuar ante una catástrofe interna y/o externa. (0)

15) La sistemática de Gestión de Recursos Humanos es revisada y actualizada periódicamente. (0)

16) Se realiza una Certificación de las competencias profesionales. (R)

17) Se realiza periódicamente la re-Certificación de las competencias profesionales. (R)

Subcategoría 3.2. Comunicación interna.

1) Existe un Plan de Comunicación Interna que identifica las necesidades de comunicación al personal, tanto ascendente, como descendente y lateral. (R)

2) Existe una sistemática para acceder y compartir las mejores prácticas y el conocimiento dentro del CSES. (R)

3) Se tiene establecido un sistema de información a pacientes y usuarios donde estén reflejadas las actuaciones a seguir en caso de catástrofes internas o externas. (0)

4) Existe un sistema de identificación de las personas por categoría profesional. (0)

Subcategoría 3.3. Reconocimiento a las personas del CSES.

1) Existen pruebas fehacientes que evidencien la realización de tareas de reconocimiento del personal (0)

2) Se adoptan acciones para apoyar la implicación del personal. (R)

3) Las evidencias de reconocimiento abarcan todas las Áreas/funciones del CSES (personal sanitario/no sanitario). (0)

4) Está establecido, y se aplica, un método para evaluar el desempeño del personal. (R)

5) Está establecido, y se aplica, un método de motivación e incentivación para los profesionales. (R)

6) Está establecido, y se aplica, un sistema de beneficios sociales y otro tipo de beneficios para los empleados. (R)

7) Los reconocimientos realizados al personal son difundidos a los estamentos pertinentes de la organización. (R)

Subcategoría 3.4. Seguridad organizativa.

1) Se identifican periódicamente los riesgos que la actividad sanitaria puede provocar en las personas/puestos del CSES. (0)

2) Están valorados los riesgos identificados. (0)

3) Los riesgos identificados son priorizados una vez valorados. (0)

4) Se ha establecido un plan para reducir los riesgos identificados. (0)

5) Se realiza un seguimiento periódico del cumplimiento del plan. (R)

6) El Plan de Formación incluye materias en aspectos de seguridad organizativa (seguridad, higiene y medio ambiente). (0)

Categoría 4. Gestión de tecnología y recursos materiales.

Subcategoría. 4.1. Gestión de la tecnología.

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. (0)

2) 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. (R)

3) 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 el CSES por las personas/foros adecuados. (R)

4) Se planifican actuaciones conjuntas con CSES del entorno. (R)

5) La información de las actuaciones conjuntas realizadas con Centros sanitarios del entorno es analizada por el CSES por las personas/foros adecuados. (R)

6) Se dispone de los medios (propios o subcontratados) para el transporte de personas en las condiciones adecuadas desde o hacia otros CSES, según proceda. (0)

7) Están identificadas y comunicadas al organismo competente las actuaciones para adecuar y mejorar las condiciones de accesibilidad al CSES, tales como señalización, transporte público, iluminación, acerado, aparcamiento, etc. (0)

8) Se ha elaborado un protocolo de actuación de acuerdo a la normativa vigente que incluya la actuación ante catástrofes internas y/o externas y éste está coordinado con los servicios externos procedentes (Bomberos, Protección Civil, Municipio, por ejemplo). (0)

9) Se identifican y valoran tecnologías emergentes en los foros adecuados. (R)

10) Se toman acciones para identificar y reemplazar tecnologías obsoletas. (R)

Subcategoría 4.2. Gestión de los recursos económicos y financieros.

1) Están identificadas las partidas correspondientes a los distintos capítulos de gasto y fuentes de financiación. (0)

2) En las tarifas de precios establecidas se tienen en cuenta los costes efectivos totales de los servicios prestados. (R)

3) Se dispone de una póliza vigente de seguro que cubra los costes de reposición de la planta física en caso de siniestro total. (0)

4) Se dispone de una póliza vigente de seguro o auto-seguro que cubra los riesgos de indemnizaciones en caso de siniestros y lesiones a usuarios por praxis profesional, negligencia del personal o fallos en la organización. (0)

5) Se realiza un seguimiento de las inversiones realizadas por el CSES para analizar su efectividad. (0)

6) Existe un plan de acciones para la adecuada gestión de los riesgos en los recursos económicos y financieros. (R)

7) En la definición de la Estrategia están incorporados criterios de reducción de pérdidas (coste excesivo de inventario, inadecuada utilización de espacio, demoras en la atención, etc.). (R)

Subcategoría 4.3. Gestión de edificios, equipos y materiales.

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. (0)

- 2) Existe un archivo específico para la documentación legal y técnica de acuerdo a la legislación vigente. (O)
- 3) El archivo dispone de acceso restringido. (R)
- 4) El archivo contiene, además de la documentación legal y técnica, proyectos, requerimientos de organismos en materia de seguridad estructural, registros, autorizaciones y revisiones legales. (R)
- 5) Existen circuitos diferenciados para transporte interno de material sucio y limpio. (O)
- 6) Se dispone de los sistemas adecuados que garanticen el mantenimiento de una temperatura idónea en relación con las estaciones del año. (R)
- 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. (O)
- 8) Se dispone de servicio telefónico con el exterior en la dimensión suficiente que garantice este servicio. (R)
- 9) Están identificadas las barreras arquitectónicas y existe un plan para su minimización. (O)
- 10) Está garantizada la continuidad de suministro de agua en las zonas críticas. (O)
- 11) Está garantizada la continuidad de suministro de energía eléctrica en las zonas críticas y en la iluminación y señalización de emergencia. (O)
- 12) Se dispone de una zona adecuada para la evacuación de residuos líquidos. (R)
- 13) Se dispone de una zona adecuada para el almacenamiento de sólidos. (O)
- 14) Existe un procedimiento para la actuación en caso de emergencia, incluyendo la asignación de responsabilidades específicas asociadas. (O)
- 15) Se han habilitado las correspondientes zonas específicas y señaladas para su acceso en caso de emergencia. (O)
- 16) Existe y se ejecuta un Plan de Mantenimiento preventivo de instalaciones, equipamiento y equipos electromédicos. (O)
- 17) El mantenimiento realizado sobre los equipos electromédicos garantiza el cumplimiento de la legislación vigente. (O)
- 18) Existen y se aplican procedimientos para la gestión del mantenimiento correctivo de las instalaciones y equipamientos. (O)
- 19) Se garantiza que los equipos de medida utilizados son compatibles con las medidas que efectúan. (O)
- 20) Cuando se subcontratan tareas se exige el cumplimiento de los requisitos legales y técnicos aplicables, incluyendo la disponibilidad de póliza de responsabilidad civil suficiente. (O)
- 21) 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. (O)
- 22) Existen procedimientos específicos de actuación que aseguran la calidad del aire en las dependencias del CSES en las que así se requiera. (R)
- 23) El CSES garantiza que los pacientes reciban una alimentación adecuada a su estado clínico y religión. (R)
- 24) Existen zonas de estacionamiento para vehículos especiales (minusválidos, ambulancias, etc.). (R)
- 25) Se dispone de medios físicos para separar pacientes en función de su estado clínico para preservar la intimidad y sensibilidad de pacientes y usuarios. (O)
- 26) En los aseos de personal, de usuarios y de pacientes se dispone de los artículos de higiene personal y lencería adecuados. (O)
- 27) En las zonas de atención al paciente existe el mobiliario y equipamiento adecuado. (R)
- 28) El mobiliario de las zonas de atención al paciente tiene en cuenta aspectos ergonómicos y de facilidad de movimientos. (R)
- 29) En las zonas de espera y descanso existe el mobiliario y equipamiento adecuado a la actividad. (R)
- 30) El mobiliario de las zonas de espera y descanso tiene en cuenta aspectos ergonómicos y de facilidad de movimientos. (R)
- 31) La iluminación ofrecida a pacientes, usuarios y profesionales es adecuada a la actividad desarrollada. (O)
- 32) Se aplican acciones para minimizar el nivel de ruidos. (R)
- 33) Se garantiza en todas las instalaciones del CSES un entorno libre de humos. (O)
- 34) Se dispone de la información pertinente de los proveedores. (O)

35) La información disponible de los proveedores incluye las condiciones comprometidas con el CSES en cuanto a Especificaciones Técnicas, precios y plazos. (R)

36) Se realizan inspecciones en la recepción de los productos comprados para comprobar su adecuación a los requisitos exigidos. (O)

37) El CSES se asegura que los pagos a los proveedores se realizan tras la conformidad técnica y administrativa de los pedidos servidos. (O)

38) Se dispone de un inventario anual de las existencias en los almacenes centrales y/o periféricos. (O)

39) En la definición de la Estrategia está incorporada la necesidad de optimizar inventarios, consumos, residuos y recursos no renovables. (R)

40) Existe un método para el control de producción y almacenamiento de residuos peligrosos sanitarios, citostáticos, químicos, radiactivos e industriales. (O)

41) Existe un método para el control de vertidos producidos por escapes accidentales de combustibles, derrames de productos químicos y control de aguas residuales. (O)

42) Existe un método para el control de emisiones contaminantes, producidas por gases procedentes de combustión, esterilización y refrigerantes. (O)

43) 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. (R)

44) 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. (R)

45) El control de emisiones contaminantes, producidas por gases procedentes de combustión, esterilización y refrigerantes se realiza de acuerdo a Guías de Gestión de Residuos. (R)

Categoría 5. Gestión de la información, el conocimiento y los aspectos éticos.

Subcategoría 5.1. Gestión de la información.

1) Se conoce y aplica la Normativa Vigente para la Protección de Datos de Carácter Personal. (O)

2) Se han establecido las normas para asegurar que se respeta el carácter confidencial de los datos referentes a la salud

del paciente y a que nadie puede acceder a ellos sin la debida autorización. (O)

3) Existen, y se utilizan, modelos validados de Consentimiento informado específico en el CSES. (O)

4) Existen y se utilizan modelos específicos, debidamente validados, de Consentimiento informado para todas las Unidades aplicables. (R)

5) Está regulado el procedimiento para que, llegado el caso, se garantice el cumplimiento de la Expresión Anticipada de Voluntades de cada persona. (O)

6) Existe prueba fehaciente de que el documento de la Expresión Anticipada de Voluntades de cada persona se ha otorgado en las condiciones expuestas legalmente. (O)

7) Se remiten los documentos de voluntades anticipadas que se reciban al Registro de Voluntades Anticipadas correspondiente. (O)

8) 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. (O)

9) Están establecidos los métodos para facilitar al paciente copia de los datos que figuran en la historia clínica. (R)

10) Se dispone de un directorio general en la recepción del CSES. (O)

11) Se dispone de la señalización específica de los distintos servicios en las correspondientes ubicaciones y plantas. (O)

12) Existen espacios físicos adecuados para informar a los usuarios y pacientes atendidos. (O)

13) Los espacios empleados para informar a los usuarios y pacientes atendidos tienen en cuenta el tratamiento de confidencialidad que la información a transmitir pudiera requerir. (R)

14) 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. (R)

Subcategoría. 5.2. Gestión del conocimiento.

1) Se garantiza la seguridad, la correcta conservación y la recuperación de la información en el archivo de historias clínicas. (O)

2) Se han establecido mecanismos que garantizan la autenticidad del contenido de la historia clínica y de los cambios operados en ella. (O)

3) Se han establecido los adecuados medios técnicos para archivar y proteger las historias clínicas y para evitar su destrucción o pérdida accidental. (0)

4) 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. (0)

5) Están definidos criterios específicos que garanticen la unidad e integración de las historias clínicas. (R)

6) Están establecidas las medidas para garantizar el acceso restringido a cada historia clínica. (0)

7) El acceso a la historia clínica con fines judiciales, epidemiológicos, de salud pública, de investigación o de docencia se realiza garantizando que los datos de la identificación personal del paciente están separados de los de carácter clínico asistencial, garantizándose el anonimato. (0)

8) 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. (R)

9) La documentación clínica se conserva en condiciones en las que se garantiza su correcto mantenimiento y seguridad. (0)

10) El período de archivo de la documentación clínica es al menos quince años, contados desde la fecha del alta de cada proceso asistencial. (0)

11) El informe de alta médica especifica todos los aspectos exigidos por la normativa vigente. (0)

12) Se divulgan las experiencias de calidad mediante publicaciones científicas. (R)

Subcategoría 5.3. Gestión de los aspectos éticos.

1) Está establecido un código ético para la práctica asistencial. (R)

2) Los profesionales que trabajan en la organización reciben información referente a los derechos de los pacientes. (R)

3) Se realizan propuestas al Comité de Bioética. (R)

4) Se adoptan acciones basadas en la ética del CSES. (R)

5) Está definida una política de actuación en relación con la atención a pacientes en situación avanzada o terminal. (0)

6) La política de actuación en relación con la atención a pacientes en situación avanzada o terminal, tiene como base el bienestar y dignidad de dichos pacientes con sensibilidad ante temas delicados. (R)

7) Está establecida la postura del CSES para iniciar los servicios de resucitación y para retirar el tratamiento de mantenimiento vital. (R)

8) Se llevan a cabo actuaciones de atención social para facilitar la plena reincorporación del paciente a su entorno. (R)

9) Se llevan a cabo actuaciones de educación de los pacientes y/o familiares en la continuidad asistencial que pudieran necesitar. (R)

Categoría 6. Gestión de procesos.

Subcategoría 6.1. Diseño y Gestión de Procesos.

1) Están identificados los procesos clave del CSES y los flujos de actividad y documentación/información asociados. (0)

2) Está establecido el método para validar los procesos de nueva creación en el CSES. (0)

3) 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. (R)

4) Los procesos clave del CSES están debidamente documentados, validados y difundidos. (0)

5) Para cada proceso clave están definidas las funciones y responsabilidades implicadas, incluyendo las tareas en las que interviene más de una Unidad. (0)

6) 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. (0)

7) Existe una sistemática documentada para el desarrollo, revisión, actualización y modificación de los procesos clave del CSES. (0)

8) Para cada proceso clave están identificados los registros que se deben generar como consecuencia de la realización de las actividades de los procesos. (0)

9) Para cada proceso clave están definidos los resultados que debiera proporcionar. (0)

10) Para cada proceso clave está definido el conjunto de indicadores que aporten información sobre si el proceso está alcanzando los resultados planificados del mismo. (0)

11) Se realiza un seguimiento, en los foros adecuados, de la información aportada por los indicadores de los procesos clave. (R)

12) Existe una sistemática para identificar problemas y establecer acciones para el adecuado tratamiento de los mismos, al nivel que proceda. (0)

13) Se realizan auditorías internas periódicas para analizar la eficacia de los procesos definidos. (R)

14) La información procedente de las auditorías internas es analizada en los foros adecuados del CSES. (R)

15) Está establecido un sistema que permita realizar sugerencias a todas las partes interesadas. (0)

16) El sistema de comunicación de sugerencias está anunciado a todas las partes interesadas. (0)

Subcategoría 6.2. Diseño y Gestión de los Servicios Asistenciales.

1) Está identificada y aprobada por la autoridad competente la cartera de servicios para su utilización en el CSES. (0)

2) Están difundidos y disponibles cada uno de los servicios de cartera para su utilización en el CSES. (0)

3) Están identificadas y disponibles para el personal sanitario un conjunto de Guías Clínicas para su utilización en el CSES. (0)

4) Existe una sistemática implantada para la revisión y actualización de protocolos asistenciales y guías de práctica clínica. (R)

5) Están establecidas e implantadas Vías clínicas. (R)

6) Se dispone de procedimientos documentados para la conservación y esterilización adecuada de las instalaciones y del equipo. (0)

7) Se dispone de procedimientos documentados para la manipulación apropiada de materiales y/o del producto comprado. (0)

8) Se dispone de procedimientos documentados para el control y aislamiento de pacientes de forma apropiada para prevenir daños, infecciones o contaminación. (0)

9) Se dispone de procedimientos documentados para el control de medicamentos y productos sanitarios. (0)

10) Se dispone de procedimientos documentados para el control del instrumental médico. (0)

11) 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. (0)

12) Se introducen mejoras en los procesos basándose en las necesidades y expectativas de los pacientes. (R)

Subcategoría 6.3. Diseño y gestión de los servicios no asistenciales.

1) Están identificados los procesos no asistenciales del CSES y los flujos de actividad y documentación/información asociados. (0)

2) Los procesos no asistenciales del CSES están debidamente documentados, validados y difundidos. (0)

3) Para cada proceso no asistencial están definidas las funciones y responsabilidades implicadas, incluyendo las tareas en las que interviene más de una Unidad. (0)

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. (0)

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. (0)

6) Para cada proceso no asistencial están definidos los resultados que debiera proporcionar. (0)

7) 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. (R)

Categoría 7. Satisfacción de ciudadanos.

Subcategoría 7.1. Satisfacción de ciudadanos.

1) Se realizan encuestas para medir el grado de satisfacción de los pacientes durante la prestación del servicio. (R)

2) Se realizan encuestas para medir el grado de satisfacción de los pacientes tras la prestación del servicio. (R)

3) Existe al menos un modelo de encuesta validado por el CSES para medir la satisfacción de los pacientes. (R)

4) El método para realizar la medida de la satisfacción de los ciudadanos está fundamentado. (R)

- 5) La muestra de pacientes seleccionada para realizar la encuesta es representativa de la población total de pacientes. (R)
 - 6) En la muestra a encuestar están identificados todas las categorías de pacientes. (R)
 - 7) Se realizan encuestas para medir el grado de satisfacción de los clientes (no pacientes) durante la prestación del servicio. (R)
 - 8) Se realizan encuestas para medir el grado de satisfacción de los clientes (no pacientes) tras la prestación del servicio. (R)
 - 9) Existe al menos un modelo de encuesta validado por el CSES para medir la satisfacción de los clientes (no pacientes). (R)
 - 10) El método para realizar la medida de la satisfacción de los clientes (no pacientes) está fundamentado. (R)
 - 11) La muestra de clientes (no pacientes) seleccionada para realizar la encuesta es representativa de la población total. (R)
 - 12) En la muestra a encuestar están identificados todas las categorías de clientes (no pacientes). (R)
 - 13) Están identificados otros medios distintos a las encuestas para la obtención de información relativa a la satisfacción de los pacientes. (0)
 - 14) Están identificados otros medios distintos a las encuestas para la obtención de información relativa a la satisfacción de los clientes (no pacientes). (0)
 - 15) Los métodos indirectos de medición de la satisfacción de pacientes son puestos en práctica. (0)
 - 16) Los métodos indirectos de medición de la satisfacción de clientes (no pacientes) son puestos en práctica. (0)
 - 17) La información obtenido en las medidas de satisfacción de clientes es analizada por los responsables adecuados. (0)
 - 18) Existen evidencias del establecimiento de acciones como consecuencia de la información obtenido sobre la satisfacción de clientes. (R)
 - 19) Están establecidos objetivos para las principales características de valoración de la satisfacción de los pacientes. (R)
 - 20) Están establecidos objetivos para las principales características de valoración de la satisfacción de los usuarios. (R)
 - 21) Existe un análisis del grado de cumplimiento de los objetivos establecidos. (R)
 - 22) Se realizan comparaciones/análisis de los resultados obtenidos con otras organizaciones similares. (R)
 - 23) Los indicadores establecidos al respecto muestran tendencias positivas. (R)
 - 24) Existe un análisis de las tendencias mostradas por los indicadores establecidos. (R)
- Subcategoría. 7.2. Percepción de ciudadanos.
- 1) Existe una guía de información al ciudadano. (0)
 - 2) En la guía de información al ciudadano se especifican sus derechos y deberes, los servicios y prestaciones disponibles, requisitos de acceso a las mismas, las características asistenciales, las dotaciones de personal, instalaciones y medios técnicos, así como los procedimientos de reclamaciones y sugerencias. (R)
 - 3) Se realizan encuestas para medir la percepción que los ciudadanos tienen del CSES. (R)
 - 4) Existe al menos un modelo de encuesta validado por el CSES para medir la percepción que los ciudadanos tienen del CSES. (R)
 - 5) El método para realizar la medida de la percepción que los ciudadanos tienen del CSES está fundamentado. (R)
 - 6) La muestra de ciudadanos seleccionada para realizar la encuesta es representativa de la población total. (R)
 - 7) En la muestra a encuestar están identificados todas las categorías de ciudadanos. (R)
 - 8) Están identificados otros medios distintos a las encuestas para la obtención de información relativa a la percepción que los ciudadanos tienen del CSES. (0)
 - 9) Los métodos indirectos de medición de la percepción que los ciudadanos tienen del CSES son puestos en práctica. (0)
 - 10) La información obtenida en las medidas de percepción de ciudadanos es analizada por los responsables adecuados. (0)
 - 11) Existen evidencias del establecimiento de acciones como consecuencia de la información obtenida sobre la percepción de los ciudadanos. (R)
 - 12) Están establecidos objetivos para las principales características de valoración de la percepción de los ciudadanos. (R)
 - 13) Están establecidos objetivos para las principales características de valoración de la percepción de los usuarios. (R)
 - 14) Existe un análisis del grado de cumplimiento de los objetivos establecidos. (R)

15) Se realizan comparaciones/análisis de los resultados obtenidos con otras organizaciones similares. (R)

16) Los indicadores establecidos al respecto muestran tendencias positivas. (R)

17) Existe un análisis de las tendencias mostradas por los indicadores establecidos. (R)

Subcategoría 7.3. Sugerencias y Reclamaciones.

1) Está establecido un sistema que permita a los clientes realizar sugerencias y reclamaciones. (0)

2) Se informa a cliente de su derecho a presentar sugerencias y reclamaciones, y el método para llevarlas a cabo. (0)

3) Está establecido un sistema que permita capturar la información de las quejas que los clientes realicen y que no se materialicen en una reclamación. (R)

4) Las sugerencias y reclamaciones presentadas son resueltas por el personal adecuado. (0)

5) Se comunica al reclamante el resultado del análisis de su reclamación así como de las acciones, en su caso, adoptadas por el CSES. (0)

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. (0)

7) La información agregada de las sugerencias y reclamaciones es analizada por los responsables adecuados para la adopción de acciones de mejora. (R)

8) Existen evidencias del establecimiento de acciones como consecuencia de la información agregada de las sugerencias y reclamaciones. (R)

9) Existe un análisis del grado de cumplimiento de los objetivos establecidos en cuanto a sugerencias y reclamaciones. (R)

10) Se realizan comparaciones/análisis de los resultados obtenidos con otras organizaciones similares en cuanto a sugerencias y reclamaciones. (R)

11) Los indicadores establecidos al respecto de las sugerencias y reclamaciones muestran tendencias positivas. (R)

12) Existe un análisis de las tendencias mostradas por los indicadores de sugerencias y reclamaciones establecidos. (R)

Categoría 8. Satisfacción del personal.

Subcategoría 8.1. Resultados en el Personal.

1) Se realizan encuestas para medir el grado de satisfacción del personal del CSES. (R)

2) Existe al menos un modelo de encuesta validado por el CSES para medir la satisfacción del personal. (R)

3) El método para realizar la medida de la satisfacción del personal está fundamentado. (R)

4) La muestra de personal seleccionada para realizar la encuesta es representativa de la población total de personas trabajadoras del CSES. (R)

5) En la muestra a encuestar están identificadas todas las categorías del personal. (R)

6) Están identificados otros medios distintos a las encuestas para la obtención de información relativa a la satisfacción del personal. (0)

7) Los métodos indirectos de medición de la satisfacción de personal son puestos en práctica. (0)

8) La información obtenida en las medidas de satisfacción del personal es analizada por los responsables adecuados. (R)

9) Existen evidencias del establecimiento de acciones como consecuencia de la información obtenida sobre la satisfacción del personal. (R)

10) Están establecidos objetivos para las principales características de valoración de la satisfacción del personal. (R)

11) Existe un análisis del grado de cumplimiento de los objetivos establecidos. (R)

12) Se realizan comparaciones/análisis de los resultados obtenidos sobre satisfacción de personal con otras organizaciones similares. (R)

13) Los indicadores establecidos sobre satisfacción de personal muestran tendencias positivas. (R)

14) Existe un análisis sistematizado de las tendencias mostradas por los indicadores establecidos sobre satisfacción de personal. (R)

Categoría 9. Implicación con la sociedad.

Subcategoría 9.1. Resultados en la Sociedad.

1) Existen pruebas fehacientes de la participación en el correspondiente Consejo de Salud de Zona y de Área, en el caso de los CSES públicos. (0)

- 2) Se han desarrollado actuaciones conjuntas con organizaciones sociales y ciudadanas con el objetivo de alcanzar mayores niveles de salud. (R)
- 3) Se han desarrollado actuaciones conjuntas con colegios profesionales en el ámbito de las Ciencias de la Salud. (R)
- 4) Se han desarrollado actuaciones conjuntas con sociedades científicas en el ámbito de las Ciencias de la Salud. (R)
- 5) Se han desarrollado actuaciones conjuntas con asociaciones en el ámbito de las Ciencias de la Salud. (R)
- 6) Se han desarrollado actuaciones conjuntas con personas de reconocido prestigio en el ámbito de las Ciencias de la Salud. (R)
- 7) Están estipulados los medios para utilizar la información obtenida de la percepción que tienen los ciudadanos del CSES. (R)
- 8) Se han desarrollado actividades encaminadas a disminuir el impacto ambiental de la actividad sanitaria. (O)
- 9) Se participa asiduamente en publicaciones locales. (R)
- 10) Se convocan premios de literatura, prensa fotográfica, actividades culturales, etc. (R)
- 11) Se recogen y ubican dentro del CSES asociaciones de ayuda humanitaria u ONG's. (R)
- 12) Se participa en Centros educativos (colegios, IES, academias, etc.). (R)
- 13) Se interactúa con los representantes de las asociaciones de pacientes y usuarios. (R)
- 14) Se dispone de premios y felicitaciones otorgados por entidades de su entorno. (R)
- 15) Se ha elaborado material gráfico (folletos, cintas de vídeo, etc.) para contribuir a la educación del paciente tras su paso por el CSES. (R)
- 16) Los distintos documentos emitidos al exterior están adaptados a los pacientes con discapacidad. (R)

Categoría 10. Resultados clave.

Subcategoría 10.1. Resultados asistenciales.

- 1) Se dispone de un sistema de monitorización de los resultados asistenciales. (O)
- 2) El sistema de monitorización incluye todos los indicadores asistenciales establecidos en el contrato-programa o similar. (O)
- 3) Se dispone de indicadores que aporten información sobre el uso excesivo y la infrautilización de los servicios sanitarios prestados. (R)
- 4) El sistema de monitorización incluye indicadores asistenciales adicionales a los establecidos en el contrato de gestión o similar. (R)
- 5) Están establecidos objetivos para todos los indicadores asistenciales del sistema de monitorización. (O)
- 6) Existe un análisis sistematizado del grado de cumplimiento de los objetivos asistenciales establecidos al Sistema de monitorización. (R)
- 7) Los indicadores asistenciales del sistema de monitorización muestran tendencias positivas. (R)
- 8) Existe un análisis sistematizado de las tendencias mostradas por los indicadores asistenciales del Sistema de monitorización. (R)
- 9) Se realizan comparaciones/análisis de los resultados asistenciales obtenidos con otras organizaciones similares. (R)

Subcategoría 10.2. Resultados No asistenciales.

- 1) Se realiza un seguimiento periódico del grado de cumplimiento del presupuesto del CSES. (O)
- 2) Se realiza un seguimiento de las desviaciones presupuestarias y se establecen acciones correctoras. (o)
- 3) Se dispone de un cuadro de mando en donde están identificados los indicadores de gestión. (O)
- 4) El cuadro de mando incluye todos los indicadores no asistenciales establecidos en el contrato-programa o similar. (O)
- 5) El cuadro de mando incluye indicadores no asistenciales adicionales a los establecidos en el contrato-programa o similar. (R)
- 6) Están establecidos objetivos para todos los indicadores no asistenciales del cuadro de mando. (O)
- 7) Existe un análisis sistematizado del grado de cumplimiento de los objetivos establecidos en el Cuadro de Mando. (R)
- 8) Los indicadores del Cuadro de Mando muestran tendencias positivas. (R)
- 9) Existe un análisis sistematizado de las tendencias mostradas por los indicadores del Cuadro de Mando. (R)
- 10) Se realizan comparaciones/análisis de los resultados obtenidos con otras organizaciones similares. (R)

ANEXO II

Consejería de
Sanidad y Consumo

JUNTA DE EXTREMADURA

SOLICITUD DE ACREDITACIÓN DE LA CALIDAD SANITARIA
DE LOS CENTROS, SERVICIOS Y ESTABLECIMIENTOS
SANITARIOS DE LA CA DE EXTREMADURA

Reg. Entrada:

1. DATOS DEL SOLICITANTE (Titular o Representante)		
APPELLIDOS	NOMBRE	DNI/NIF
DIRECCIÓN (a efectos de notificación)		C.POSTAL
LOCALIDAD		PROVINCIA
CORREO ELECTRÓNICO	TELÉFONO	FAX
EN REPRESENTACIÓN DE:		NIF

EXPONE:

Que siendo titular/representante legal del Centro, Servicio o Establecimiento Sanitario, cuyos datos se relacionan a continuación:

2. DATOS DEL CENTRO, ESTABLECIMIENTO O SERVICIO		
NOMBRE		NIF
TIPO internamiento <input type="checkbox"/> Hospital o Centro Sanitario con internamiento <input type="checkbox"/> Centro Sanitario sin internamiento <input type="checkbox"/> Servicio Sanitario <input type="checkbox"/> Establecimiento Sanitario	TITULARIDAD	<input type="checkbox"/> Público <input type="checkbox"/> Privado
DOMICILIO (Calle/Plaza y número)		C.POSTAL
LOCALIDAD		PROVINCIA
CORREO ELECTRÓNICO	TELÉFONO	FAX
GRADO DE ACREDITACIÓN ACTUAL Avanzado <input type="checkbox"/> Óptimo <input type="checkbox"/> Excelente <input type="checkbox"/>	TIPO <input type="checkbox"/> Condicionada <input type="checkbox"/> Sin reserva	NOMBRE DEL DIRECTOR/A

A tenor de lo dispuesto en el Decreto 227/2005, de 27 de septiembre, que regula el procedimiento para la aplicación del modelo de calidad y la acreditación de la calidad sanitaria de los CSES de la CA de Extremadura,

SOLICITA:

Le sea concedida la:

Acreditación

Renovación de acreditación

Grado avanzado

Grado óptimo

Grado excelente

Para lo cual aporta la documentación señalada al dorso de este escrito(*)

En _____ a _____ de _____ de 20__

Firma _____

Protección de datos: Los datos recogidos en la presente solicitud serán objeto de protección y tratamiento en los términos establecidos en la Ley orgánica 15/1999 de Protección de Datos de carácter personal.

CONSEJERÍA DE SANIDAD Y CONSUMO. C/ Adriano, 4. 06800 - MÉRIDA

(*) DOCUMENTACIÓN QUE SE ACOMPAÑA:

- Documento que identifique al solicitante. Presentar DNI/ NIF
- Poder bastante / nombramiento a favor del representante legal
- Informe de resultados alcanzados en el proceso de autoevaluación sanitaria, actualizado a la fecha de la presente solicitud

Nota importante: De todos los documentos relacionados se presentará original o fotocopia compulsada