

---

[\[Sumari\]](#) | [Índex del sumari](#) | [Diaris Oficials disponibles](#) | [\[Inici\]](#)

---

DEPARTAMENT DE SALUT

DECRET 5/2006, de 17 de gener, pel qual es regula l'acreditació de centres d'atenció hospitalària aguda i el procediment d'autorització d'entitats avaluadores. (Pàg. 2863)

---

DECRET

5/2006, de 17 de gener, pel qual es regula l'acreditació de centres d'atenció hospitalària aguda i el procediment d'autorització d'entitats avaluadores.

La salvaguarda de l'assistència prestada a ciutadans i ciutadanes, mitjançant la millora progressiva dels serveis i prestacions sanitàries, és un dels objectius principals de l'Administració sanitària catalana.

Les peculiaritats del sistema sanitari de cobertura pública de Catalunya, consolidat amb la Llei 15/1990, de 9 de juliol, d'ordenació sanitària de Catalunya, que cerca l'aprofitament dels recursos existents amb independència de la seva titularitat, i la naturalesa limitada de les dotacions que es destinen al finançament de les prestacions sanitàries, fan necessari promoure l'eficiència en l'ús dels recursos sanitaris i garantir un nivell homogeni de la qualitat de l'assistència als ciutadans i ciutadanes, amb independència del centre en què es presti el servei.

En el marc d'aquests objectius, l'acreditació de centres sanitaris, entesa com el procés pel qual una organització s'incorpora a una verificació externa que avaluarà el nivell en què l'esmentada organització se situa amb relació a un conjunt d'estàndards prèviament establerts i consensuats, és una eina eficaç per incentivar els centres en la millora progressiva de la qualitat.

D'acord amb el que preveu l'article 10.k) de la Llei 15/1990, de 9 de juliol, d'ordenació sanitària de Catalunya, la competència en matèria d'acreditació correspon al Departament de Salut. En desplegament d'aquesta previsió legal, el Decret 219/2005, d'11 d'octubre, de reestructuració del Departament de Salut (DOGC núm. 4489, de 14.10.2005), atribueix a la Direcció General de Recursos Sanitaris, entre d'altres, la missió de desenvolupar el sistema d'acreditació del sector sanitari de Catalunya.

El Departament de Salut va aprovar les ordres d'acreditació de centres hospitalaris de 21 de novembre de 1981 (DOGC núm. 187, de 21.12.1981) i de 25 d'abril de 1983 (DOGC núm. 325, de 4.5.1983), per tal de proporcionar als ciutadans uns nivells homogenis de qualitat en els serveis sanitaris oferts. Posteriorment, l'Ordre d'acreditació de centres hospitalaris de 10 de juliol de 1991 (DOGC núm. 1477, de 7.8.1991) va suposar un pas endavant en la millora de la qualitat dels centres hospitalaris.

Per l'Ordre del conseller de Salut de 19 de desembre de 2000 (DOGC núm. 3293, de 28.12.2000), es va crear el Consell Assessor de Qualitat com a òrgan adscrit a la Direcció General de Recursos Sanitaris, amb funcions d'assessorament i elaboració d'estudis i propostes en matèria d'acreditació i qualitat dels centres sanitaris.

L'experiència assolida des d'aleshores i la voluntat d'avançar en el procés d'avaluació de la qualitat assistencial han fet necessari establir un nou model d'acreditació hospitalària que tingui en compte els avenços que s'han produït en els darrers anys en l'avaluació de la qualitat i que doti el sistema sanitari d'instruments idonis per promoure la millora de l'assistència en les organitzacions sanitàries.

Aquest nou model d'acreditació ha estat desenvolupat en col·laboració amb el Centre d'Innovació i Desenvolupament Empresarial (CIDEM), atesa l'experiència d'aquesta entitat en el desenvolupament de programes d'innovació, qualitat i competitivitat.

És voluntat del Departament de Salut que el model d'acreditació estableixi un nivell de la competència de les organitzacions sanitàries tant de caire públic com privat, per tal de generar confiança a la ciutadania i al col·lectiu de professionals del sector, alhora que impulsi la millora de la qualitat que s'hi presta.

Aquest model d'acreditació es basa, com a eixos claus, en la clara orientació a la satisfacció dels ciutadans i les ciutadanes, en la valoració del grau de contentament dels professionals de les organitzacions sanitàries i en una avaluació centrada en el procés i orientada als resultats de l'assistència. Així mateix, es consideren aspectes rellevants la incidència directa en la millora de la qualitat de l'assistència i la generació d'un impacte positiu en la societat.

La capacitat del model obre la possibilitat de la seva aplicació a totes les línies de serveis, dins d'un marc realista amb la situació sanitària de Catalunya, i econòmicament sostenible.

L'aplicació d'aquest model d'acreditació, que comporta la intervenció d'entitats especialitzades competents per verificar el compliment dels criteris tècnics d'avaluació per part dels centres sanitaris, fa necessari revisar el procediment d'obtenció de l'acreditació. Alhora, es fa necessari regular el procediment d'autorització d'aquestes entitats com a sistema de reconeixement de la seva capacitat per a la realització de les tasques encomanades i de la competència tècnica del seu personal.

Amb aquest finalitat, a l'empara del que preveu l'article 61 de la Llei 13/1989, de 14 de desembre, d'organització, procediment i règim jurídic de l'Administració de la Generalitat de Catalunya, d'acord amb el dictamen de la Comissió Jurídica Assessora, a proposta de la consellera de Salut, i amb la deliberació prèvia del Govern,

Decreto:

## Capítol I

### Disposicions generals

#### Article 1

##### Objecte i àmbit d'aplicació

1.1 Aquest Decret té per objecte regular el sistema d'acreditació dels centres d'atenció hospitalària aguda de Catalunya, independentment de la seva titularitat pública o privada, així com el procediment d'autorització d'entitats avaluadores.

1.2 Queden exclosos de l'àmbit d'aplicació d'aquest Decret els serveis d'atenció sociosanitària prestats en un centre hospitalari d'atenció aguda, així com els centres hospitalaris en què es presta, amb caràcter monogràfic, atenció psiquiàtrica.

#### Article 2

##### Naturalesa de l'acreditació

2.1 L'acreditació determina el reconeixement d'un determinat nivell de qualitat superior als estàndards exigibles per a l'autorització administrativa d'un centre hospitalari, alhora que estableix un nivell de competència per a l'organització que s'acredita.

2.2 L'obtenció de l'acreditació de centres hospitalaris que regula aquest Decret és un pressupòsit per a la integració d'aquests centres en la Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública i per a l'establiment de convenis o contractes de gestió amb el Servei Català de la Salut a l'empara del Decret 345/2001, de 24 de desembre, pel qual es regula l'establiment dels convenis i contractes de gestió de serveis sanitaris en l'àmbit del Servei Català de la Salut (DOGC núm. 3542, de 28.12.2001).

2.3 Els centres hospitalaris no previstos en l'apartat anterior podran sol·licitar el certificat d'acreditació corresponent com a forma de determinar el nivell de qualitat assolit i el reconeixement de la seva competència per part del Departament de Salut.

#### Article 3

##### Definicions

Als efectes del que preveu aquest Decret, s'entén per:

- a) Acreditació: resolució per la qual es declara que un centre hospitalari disposa d'un determinat nivell de qualitat i de competència, en relació amb els estàndards tècnics vigents.
- b) Entitat avaluadora de centres sanitaris: establiment tècnic especialitzat subjecte a autorització per part del Departament de Salut, que exerceix funcions de verificació dels criteris tècnics que són d'aplicació en els centres hospitalaris per obtenir l'acreditació.
- c) Sistema d'acreditació de centres d'atenció hospitalària aguda: conjunt de procediments per dur a terme l'acreditació dels centres hospitalaris d'atenció aguda inclosos en l'àmbit d'aplicació d'aquest Decret.

d) Autoavaluació: procés pel qual una organització duu a terme una avaluació interna d'acord amb els estàndards vigents i formalitza el document d'autoavaluació corresponent.

## Article 4

### Estàndards d'acreditació

4.1 Els estàndards són els criteris tècnics que configuren els requisits de què han de disposar els centres d'atenció hospitalària aguda per tal d'obtenir l'acreditació.

4.2 El manual d'estàndards és aprovat per acord del Govern de la Generalitat, que es publicarà en el Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya, i pot ser revisat per als supòsits d'afavorir la millora de la qualitat per resolució del conseller o consellera de Salut, que també es publicarà en el Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya, d'acord amb l'experiència assolida en el sector i atenent als criteris establerts pel Govern.

Amb aquest fi, en la concreció dels estàndards es tindrà en especial consideració les diferències per raó de sexe i gènere i l'objectiu de garantir una atenció de qualitat a les dones que pateixen o han patit violència.

4.3 Els estàndards d'acreditació vigents es poden consultar en el lloc web del Departament de Salut ([www.gencat.net](http://www.gencat.net)) i estaran a disposició de les persones interessades a la seu de la Direcció General de Recursos Sanitaris del Departament de Salut i dels serveis territorials d'aquest Departament.

## Capítol II

### Òrgans d'Acreditació

## Article 5

### Comitè d'Acreditació

5.1 El Comitè d'acreditació actua com a òrgan tècnic adscrit a la Direcció General de Recursos Sanitaris, encarregat d'avaluar els centres amb relació als estàndards d'acreditació i proposar la resolució del procediment al/a la director/a general de Recursos Sanitaris.

5.2 El Comitè d'Acreditació ha de fixar les seves normes de funcionament intern que, en tot cas, s'ajustaran a les disposicions generals reguladores del funcionament dels òrgans col·legiats.

## Article 6

### Funcions del Comitè d'Acreditació

El Comitè d'Acreditació exerceix les funcions següents:

- a) Analitzar i avaluar la documentació tècnica dels expedients d'acreditació de centres hospitalaris.
- b) Formular les propostes de resolució d'atorgament, denegació o modificació de l'acreditació de centres hospitalaris.
- c) Formular els informes corresponents en relació als plans de millora presentats pels centres.
- d) Proposar el tipus d'auditoria de seguiment aplicable a cada centre.

## Article 7

### Composició del Comitè d'Acreditació

7.1 El Comitè d'Acreditació té la composició següent:

- a) President/a: subdirector/a general de Serveis Sanitaris.
- b) Vicepresident/a: el/la cap del Servei de Qualitat Assistencial i Acreditació.

c) Dues persones tècniques adscrites al Servei de Qualitat Assistencial i Acreditació, designades pel director o directora general de Recursos Sanitaris, a proposta del/de la cap del Servei de Qualitat Assistencial i Acreditació.

d) Tres persones al servei de les administracions públiques que tinguin l'expertesa necessària en funció dels elements a avaluar, designades pel director o directora general de Recursos Sanitaris, a proposta del/de la cap del Servei de Qualitat Assistencial i Acreditació.

e) Amb l'objectiu de perseguir la paritat de gènere, els nomenaments fets a l'empara d'aquest article tendiran a assolir una participació mínima del 50% de dones.

7.2 Assumirà la secretaria del Comitè un/a tècnic/a adscrit/a al Servei de Qualitat Assistencial i Acreditació, designada pel director o directora general de Recursos Sanitaris, a proposta del/de la cap del Servei de Qualitat Assistencial i Acreditació.

7.3 En el desenvolupament de les funcions del Comitè d'Acreditació, podrà participar en les reunions del Comitè, amb veu i sense vot, l'auditor o auditora en cap de l'entitat avaluadora que hagi emès l'informe d'avaluació previst a l'article 10.3 d'aquest Decret, en funció dels expedients d'acreditació de centres hospitalaris que, en cada sessió, siguin objecte de valoració pel Comitè d'Acreditació.

### Capítol III

#### Acreditació de centres hospitalaris

##### Article 8

###### Requisits per sol·licitar l'acreditació

Per poder sol·licitar l'acreditació, els centres hospitalaris han de disposar dels requisits següents:

a) Estar inscrit en el Registre de centres, serveis i establiments sanitaris del Departament de Salut.

b) Acreditar l'adequada complimentació del document d'autoavaluació d'acord amb el manual d'estàndards i el formulari corresponent. El document d'autoavaluació es troba a disposició dels interessats al lloc web del Departament de Salut ([www.gencat.net](http://www.gencat.net)) i a la seu de la Direcció General de Recursos Sanitaris del Departament de Salut i dels serveis territorials d'aquest Departament.

##### Article 9

###### Competència

9.1 L'atorgament del certificat d'acreditació, regulat en aquest Decret, correspon a la Direcció General de Recursos Sanitaris del Departament de Salut.

9.2 La gestió del sistema d'acreditació de centres hospitalaris correspon al Servei de Qualitat Assistencial i Acreditació de la Direcció General de Recursos Sanitaris.

##### Article 10

###### Procediment d'acreditació i d'avaluació dels centres hospitalaris

10.1 El procediment d'acreditació d'un centre d'atenció hospitalària aguda s'inicia mitjançant sol·licitud de la persona que representa aquest centre adreçada a la Direcció General de Recursos Sanitaris, a la qual s'ha d'adjuntar la documentació següent:

a) Document acreditatiu de la personalitat de la persona sol·licitant i, en el seu cas, de la representació que ostenti.

b) Declaració signada per la persona responsable del centre hospitalari per la qual es compromet a facilitar la documentació i la informació que li sigui requerida en el procediment d'acreditació i que les dades aportades s'ajusten a la realitat.

c) Document d'autoavaluació formalitzat pel centre d'acord amb allò previst a l'article 8.b) d'aquest Decret.

10.2 Un cop verificat que el centre hospitalari compleix els requisits previstos a l'article 8 d'aquest Decret i que s'ha presentat la documentació assenyalada a l'apartat precedent, el Servei de Qualitat Assistencial i Acreditació de la Direcció General de Recursos Sanitaris admetrà a tràmit la sol·licitud en el termini màxim de 10 dies des de l'entrada de la sol·licitud en el Registre General del Departament de Salut.

10.3 Admesa a tràmit la sol·licitud, el centre hospitalari podrà instar el procediment d'avaluació davant d'una entitat avaluadora autoritzada pel Departament de Salut, d'acord amb allò que preveu el capítol IV d'aquest Decret. Aquest procediment, que finalitza amb l'emissió del corresponent informe d'avaluació, té una durada màxima de 40 dies.

10.4 Un cop emès l'informe previst a l'apartat anterior, l'entitat avaluadora l'haurà de trametre al centre hospitalari perquè pugui formular al·legacions en el termini màxim de 15 dies.

10.5 Valorades les al·legacions formulades, l'entitat avaluadora ha d'emetre un informe final en un termini màxim de 10 dies comptadors des de la data de recepció de les al·legacions del centre hospitalari, i trametre'l a la Direcció General de Recursos Sanitaris per tal que pugui ser avaluat pel Comitè d'Acreditació.

## Article 11

### Proposta de resolució

11.1 A la vista de l'informe d'avaluació de l'entitat avaluadora i, un cop analitzada la documentació necessària, el Comitè d'Acreditació pot sol·licitar a l'entitat avaluadora que, en el termini màxim de 15 dies, dugui a terme aquelles activitats d'avaluació complementàries i/o de subsanació de l'informe emès que consideri necessàries per a una millor fonamentació de la proposta de resolució. Les activitats d'avaluació complementàries i/o de subsanació de l'informe emès a què fa referència aquest apartat les haurà de realitzar l'entitat avaluadora sense cap cost addicional per al centre hospitalari avaluat.

11.2 Un cop es disposi de la documentació a què fa referència l'apartat anterior, el Comitè d'Acreditació sotmetrà l'expedient a tràmit d'audiència del centre hospitalari sol·licitant per un termini màxim de 20 dies.

11.3 Un cop avaluades les al·legacions presentades, el Comitè d'Acreditació formula la proposta d'atorgament o denegació de l'acreditació, fent constar, en aquest darrer cas, les raons que hagin motivat la proposta desfavorable.

## Article 12

### Resolució

12.1 La Direcció General de Recursos Sanitaris, a proposta del Comitè d'Acreditació, emetrà resolució autoritzant o denegant l'acreditació del centre.

12.2 La certificació d'acreditació s'emetrà en base al percentatge d'estàndards d'acreditació que el centre assoleixi, i es pot atorgar subjecta a l'execució d'un pla de millora presentat per l'hospital.

Els estàndards assolits es determinen en relació amb els intervals quantitius i qualitius de grau de compliment d'estàndards que per part del Departament de Salut s'estableixi. Aquest quadre es trobarà a disposició dels interessats en el lloc web del Departament de Salut ([www.gencat.net](http://www.gencat.net)) i a les seus de la Direcció General de Recursos Sanitaris del Departament de Salut i dels serveis territorials d'aquest Departament. Aquest quadre podrà ser modificat en funció de la implantació del model d'acreditació i de l'adaptació dels centres al mateix.

12.3 El termini màxim per resoldre i notificar la resolució prevista a l'apartat anterior és de 5 mesos, comptadors des de la data en què la sol·licitud prevista a l'article 10.1 ha tingut entrada en el registre del Departament de Salut.

12.4 La manca de resolució dins del termini previst a l'apartat anterior tindrà efectes desestimatoris, d'acord amb la Llei 23/2002, de 18 de novembre, d'adequació de procediments administratius en relació amb el règim del silenci administratiu i el termini de resolució i notificació, i de primera modificació dels articles 81, 82, i 83 de la Llei 13/1989, d'organització, procediment i règim jurídic de l'Administració de la Generalitat de Catalunya.

12.5 En la resolució d'acreditació s'ha de concretar el període de vigència i, si n'hi ha, el pla de millora i el règim de seguiment aplicable, d'acord amb allò establert als articles 15 i 16 d'aquest Decret.

12.6 L'acreditació s'entén atorgada sens perjudici de qualsevol altra autorització que sigui exigible, en cada cas, per la normativa vigent.

## Article 13

### Impugnació de la Resolució

13.1 Contra les resolucions que posen fi al procediment d'acreditació es pot interposar recurs d'alçada davant el conseller o consellera de Salut.

13.2 El recurs d'alçada es resol previs els informes preceptius d'acord a la normativa vigent.

## Article 14

### Efectes de l'acreditació

14.1 L'acreditació determina el nivell de qualitat exigible a un centre hospitalari per integrar-se a la xarxa hospitalària d'utilització pública o per establir convenis o contractes de gestió amb el Servei Català de la Salut a l'empara del Decret 345/2001, de 24 de desembre, pel qual es regula l'establiment dels convenis i contractes de gestió de serveis sanitaris en l'àmbit del Servei Català de la Salut.

14.2 L'acreditació subjecta a l'execució d'un pla de millora presentat per l'hospital té els efectes previstos en l'apartat 1 d'aquest article.

## Article 15

### Vigència de l'acreditació

15.1 Els certificats d'acreditació s'atorguen per a un període de tres anys, sens perjudici de la possibilitat de resoldre-les en qualsevol moment, de conformitat amb allò que disposa l'article 17 d'aquest Decret.

15.2 L'acreditació que preveu l'article 14.2 d'aquest Decret tindrà el termini de vigència que, en cada cas, estableixi la resolució d'acreditació, i que serà sempre inferior a tres anys.

15.3 La renovació de l'acreditació s'haurà de sol·licitar, si s'escau, dins dels tres mesos anteriors a la finalització de la seva vigència.

## Article 16

### Seguiment de l'acreditació

16.1 Els centres hospitalaris acreditats amb subjecció a un pla de millora s'avaluaran anualment.

16.2 Aquesta avaluació pot ser de dos tipus:

a) Auditoria interna dels punts pendents assolits, realitzada pel mateix centre i tramesa al Departament de Salut, reservada per als casos en què el centre se situï, respecte del grau de compliment dels estàndards d'acreditació, en l'interval superior dels establert pel Departament de Salut d'acord amb l'article 12.2 d'aquest Decret.

b) Auditoria externa, realitzada per part d'entitats avaluadores autoritzades.

16.3 El Comitè d'acreditació proposarà en cada cas el tipus d'auditoria de seguiment aplicable, en funció del percentatge de compliment dels estàndards d'acreditació per part del centre.

16.4 En cas que el Comitè d'acreditació cregui adient realitzar un seguiment amb una periodicitat inferior a l'annual, cal que hi consti en la resolució.

## Article 17

### Ineficàcia sobrevinguda de l'acreditació

17.1 Els centres hospitalaris han de mantenir les condicions que han determinat que els hagi estat atorgada l'acreditació. La Direcció General de Recursos Sanitaris pot, en qualsevol moment, declarar la ineficàcia sobrevinguda de l'acreditació d'un centre hospitalari, prèvia la tramitació de l'expedient corresponent amb audiència a l'interessat, sempre que es constati que el centre no compleix els estàndards de qualitat que van determinar l'atorgament del certificat d'acreditació.

17.2 Els centres acreditats han de prestar col·laboració amb les entitats avaluadores en la realització de les avaluacions de seguiment i facilitar la documentació i les dades que els sol·licitin.

## Capítol IV

### Procediment d'autorització d'entitats avaluadores

#### Article 18

##### Requisits per sol·licitar l'autorització

Són requisits per poder sol·licitar l'autorització com a entitat avaluadora als efectes d'aquest Decret, els següents:

a) Tenir subscripta una pòlissa de responsabilitat civil per cobrir els perjudicis derivats de la seva actuació d'un import mínim de 120.000 euros anuals.

b) Disposar de protocols documentals adequats per a la planificació i la realització de les seves actuacions i que garanteixin la seva correcta actuació, així com un sistema de registre que permeti avaluar les seves actuacions per part del personal tècnic del Servei de Qualitat Assistencial i Acreditació que, d'acord amb l'article 25 d'aquest Decret, durà a terme les auditories a aquestes entitats.

c) Acreditar la suficiència de mitjans per dur a terme les activitats d'avaluació externa en relació amb els criteris tècnics de què han de disposar els centres hospitalaris per obtenir l'acreditació.

d) El personal tècnic avaluador de les entitats avaluadores ha de complir els requisits de qualificació i de formació que es recullen a l'annex d'aquest Decret.

e) El personal de les entitats avaluadores ha de complir el deure de confidencialitat de les dades a les quals tinguin accés en l'exercici de les seves funcions i no incórrer en les causes d'incompatibilitat establertes a l'article 27 d'aquest Decret.

#### Article 19

##### Competència

19.1 L'autorització de les entitats avaluadores de centres hospitalaris correspon a la Direcció General de Recursos Sanitaris del Departament de Salut.

19.2 La gestió dels expedients d'autorització de les entitats avaluadores de centres hospitalaris correspon al Servei de Qualitat Assistencial i Acreditació de la Direcció General de Recursos Sanitaris.

#### Article 20

##### Procediment

20.1 El procediment per autoritzar una entitat avaluadora de centres hospitalaris s'inicia amb la sol·licitud de la persona que ostenta la representació de l'entitat adreçada a la Direcció General de Recursos Sanitaris.

20.2 La sol·licitud d'autorització s'ha d'acompanyar dels documents que s'indiquen a continuació:

a) Original o còpia compulsada de l'escriptura de constitució de l'entitat i estatuts.

b) Documentació acreditativa d'haver subscript la pòlissa de responsabilitat civil a què fa referència l'apartat a) de l'article 18.

c) Relació del personal, amb indicació de la titulació professional amb la indicació de càrrecs i de la persona que exerceix el càrrec de director/a tècnic/a de l'entitat avaluadora i tipus de contracte.

- d) Protocols documentals del sistema de treball i del sistema de registre d'actuacions realitzades.
- e) Currículum vitae del personal tècnic, i còpia compulsada dels títols universitaris i els cursos de formació específics, de conformitat amb el que preveu l'annex d'aquest Decret.
- f) Documentació que justifiqui la suficiència de mitjans per al desenvolupament de l'activitat d'avaluació, de conformitat amb el que preveu l'annex d'aquest Decret.
- g) Còpia dels documents que continguin les declaracions jurades del personal avaluador de les entitats avaluadores de mantenir el deure de confidencialitat de les dades a les quals tinguin accés en l'exercici de les seves funcions i el compromís de no incórrer en les causes d'incompatibilitat establertes a l'article 27.
- h) Declaració signada pel responsable de l'entitat per la qual es compromet a facilitar la documentació i la informació que li sigui requerida en el procediment d'autorització i en les auditories de seguiment, i que les dades aportades s'ajusten a la realitat, així com a comunicar al Departament de Salut qualsevol modificació en relació amb el personal i l'organització de l'entitat.
- i) La proposta de preus a aplicar a la seva funció d'avaluació.

20.3 Qualsevol canvi o modificació de les circumstàncies o dels requisits que acrediten els documents que s'indiquen a l'apartat 2 d'aquest article ha de posar-se en coneixement, per escrit, del Servei de Qualitat Assistencial i Acreditació.

## Article 21

### Proposta de resolució

El Servei de Qualitat Assistencial i Acreditació examinarà la sol·licitud i la documentació adjunta i formularà la proposta d'atorgament o denegació d'autorització de l'entitat avaluadora.

## Article 22

### Resolució

22.1 La Direcció General de Recursos Sanitaris ha d'emetre la resolució autoritzant o denegant la sol·licitud d'autorització de l'entitat avaluadora.

22.2 El termini per resoldre i notificar la resolució prevista a l'apartat anterior és de sis mesos comptadors des de la data en què la sol·licitud ha tingut entrada en el Registre general del Departament de Salut.

22.3 La manca de resolució dins del termini previst a l'apartat anterior tindrà efectes estimatoris.

22.4 El Departament de Salut farà pública en el lloc web del Departament de Salut ([www.gencat.net](http://www.gencat.net)) la relació d'entitats avaluadores autoritzades.

## Article 23

### Impugnació de la Resolució

23.1 Contra les resolucions que posen fi al procediment d'autorització de les entitats avaluadores de centres hospitalaris es pot interposar recurs d'alçada davant el conseller o consellera de Salut.

23.2 El recurs d'alçada es resol previs els informes preceptius d'acord amb la normativa vigent.

## Article 24

### Vigència

La resolució d'autorització prevista a l'article 22 d'aquest Decret tindrà un període de vigència de 2 anys, renovable per períodes de temps iguals, sens perjudici de la possibilitat de resolució en qualsevol moment, de conformitat amb el que disposa l'article 26 d'aquest Decret.



## Article 25

### Auditories de seguiment a les entitats avaluadores

Les entitats avaluadores seran auditades periòdicament per personal tècnic del Servei de Qualitat Assistencial i Acreditació de la Direcció General de Recursos Sanitaris.

## Article 26

### Ineficàcia sobrevinguda de l'autorització

Es podrà declarar la ineficàcia sobrevinguda de l'autorització quan, durant el seu període de vigència, es comprovi l'incompliment de les condicions que van justificar el seu atorgament, prèvia instrucció de l'expedient corresponent en el qual es donarà audiència a l'interessat.

## Article 27

### Deure de confidencialitat i incompatibilitats

27.1 Les entitats avaluadores han de garantir la confidencialitat de les dades a les quals el seu personal avaluador tingui accés en l'exercici de les seves funcions.

L'incompliment d'aquest deure és sancionable d'acord amb allò previst a l'article 35 B, 2 a de la Llei 14/1986, de 25 d'abril, general de sanitat.

27.2 El tractament de la informació relativa a la salut i altres dades de caràcter personal a què poguessin tenir accés en l'exercici de les seves funcions s'ha de subjectar a la legislació de protecció de dades de caràcter personal.

27.3 Les entitats avaluadores i el seu personal avaluador no poden prestar serveis ni mantenir cap tipus de relació, laboral, o de qualsevol altra naturalesa, amb els centres sanitaris que han de ser objecte d'avaluació, i especialment no poden prestar serveis de consultoria relacionats amb el procés d'acreditació, ni tenir, personalment o a través d'altres empreses o entitats, interessos comercials, financers o de qualsevol tipus que, per raó de la seva naturalesa, puguin debilitar els criteris d'independència i d'imparcialitat amb què han d'actuar.

L'incompliment d'aquestes previsions és sancionable d'acord amb allò previst a l'article 35 B, 2 a de la Llei 14/1986, de 25 d'abril, general de sanitat.

### Disposicions addicionals

#### Primera

En els procediments de renovació de les autoritzacions atorgades de conformitat amb allò previst al capítol IV d'aquest Decret, les entitats avaluadores de centres hospitalaris hauran d'acreditar el compliment de la norma ISO-EN-17020, mitjançant certificació emesa per entitat d'acreditació competent.

#### Segona

Les organitzacions i entitats que hagin participat en activitats relacionades amb la configuració del model d'acreditació i/o en l'elaboració dels estàndards del model, regulats a l'article 4, no podran instar el procediment previst al capítol IV d'aquest Decret per a la seva autorització com a entitats avaluadores fins que hagi transcorregut un termini de tres anys comptadors a partir de l'entrada en vigor d'aquest Decret.

#### Tercera

Els centres hospitalaris d'atenció aguda que disposin d'autorització de funcionament amb una vigència de durada igual o inferior a un any podran sol·licitar, amb subjecció al procediment establert en els articles 10 a 17, ambdós inclosos, d'aquest Decret, una acreditació condicionada als requisits que no impliquin resultats, que tindrà un període de vigència d'un any.

### Disposicions transitòries

#### Primera

Els centres hospitalaris que disposin de certificats d'acreditació atorgats amb anterioritat a l'entrada en vigor d'aquest Decret i prorrogats a l'empara d'allò establert a l'Ordre SSS/488/2003, d'1 de desembre, per la qual s'autoritza la pròrroga dels certificats d'acreditació dels centres hospitalaris (DOGC núm. 4029, de 12.12.2003), fins el 31 de desembre de 2006, si estan interessats en obtenir l'acreditació de conformitat amb aquest Decret podran presentar una sol·licitud d'inici del procediment en els termes establerts a l'article 10 i següents, abans del 31 de desembre de 2006. Per als centres que hagin presentat dins del termini esmentat la sol·licitud a què fa referència aquesta disposició, l'acreditació obtinguda a l'empara de l'Ordre de 10 de juliol de 1991, per la qual es regula l'acreditació de centres hospitalaris de malalts aguts, s'entendrà prorrogada fins a la notificació de la resolució del nou procediment d'acreditació.

## Segona

Mentre no es dicti una disposició que reguli els requisits per a l'atorgament de l'autorització sanitària d'obertura i funcionament de centres hospitalaris, que el Departament de Salut tramita, de conformitat amb la normativa vigent, continuen vigents els requisits que estableix l'annex de l'Ordre de 10 de juliol de 1991, per la qual es regula l'acreditació dels centres hospitalaris.

## Tercera

La sol·licituds d'acreditació de centres d'atenció hospitalària aguda presentades amb anterioritat a l'entrada en vigor d'aquest Decret es tramitaran d'acord amb la normativa vigent en el moment en què es van presentar.

## Disposició derogatòria

Queden derogades l'Ordre de 16 d'agost de 1988, per la qual es crea la Comissió Assessora per a l'acreditació de centres hospitalaris de malalts aguts (DOGC núm. 1037, de 31.8.1988), i l'Ordre de 10 de juliol de 1991, per la qual es regula l'acreditació de centres hospitalaris, a excepció del seu annex.

## Disposició final

## Única

Es faculta el conseller o consellera de Salut per adequar, mitjançant ordre, l'annex d'aquest Decret a aquelles innovacions tècniques que es produeixin i que es considerin imprescindibles per a la qualificació del personal de les entitats avaluadores del model d'acreditació.

Barcelona, 17 de gener de 2006

Pasqual Maragall i Mira

President de la Generalitat de Catalunya

Marina Geli i Fàbrega

Consellera de Salut

## Annex

Requisits de qualificació i formació del personal de les entitats avaluadores del model d'acreditació

El director tècnic i el personal avaluador haurà de reunir els requisits de formació i de qualificació següents:

1. Formació bàsica:

Llicenciatura o diplomatura en ciències de la salut.

2. Formació específica:

2.1 Formació en Gestió de la Qualitat a l'àmbit sanitari o en Gestió Sanitària.

2.2 Participació en les activitats de formació que defineixi el Departament de Salut.

### 3. Experiència:

Un mínim d'experiència de 3 anys en activitats de caràcter assistencial.

4. L'entitat avaluadora haurà d'establir les etapes necessàries de formació i ensinistrament per a cadascun dels seus avaluadors. Aquestes inclouran almenys:

#### 4.1 Un període d'iniciació:

El director tècnic o la directora tècnica i el personal avaluador de les entitats avaluadores haurà d'assistir a les activitats de formació que defineixi el Departament de Salut.

#### 4.2 Un període de pràctica supervisada pels avaluadors experimentats:

El personal tècnic que estigui en procés de qualificació haurà, a més, de realitzar dues etapes de formació pràctica, consistents en:

- a) la realització com a observador d'un mínim de 2 processos d'avaluació en camp, i
- b) la realització d'un mínim de 2 processos supervisats per personal tècnic qualificat de l'entitat avaluadora, amb resultat satisfactori.

### 5. Formació continuada:

Perquè un avaluador o una avaluadora pugui mantenir la seva qualificació, caldrà que participi almenys en l'avaluació d'un centre sanitari anual i que participi de forma regular, amb aprofitament, en les activitats formatives que, amb aquest fi, estableixi el Departament de Salut.

(06.016.104)