

## DISPOSICIONES

### DEPARTAMENTO DE SALUD

#### **DECRETO 86/2014, de 10 de junio, por el que se establece el sistema de acreditación de equipos de atención primaria en Cataluña.**

El artículo 162.1 del Estatuto de autonomía de Cataluña establece que corresponde a la Generalidad, en materia de sanidad y salud pública, la competencia exclusiva sobre la organización, el funcionamiento interno, la evaluación, la inspección y el control de centros, servicios y establecimientos sanitarios, mientras que los apartados a) y b) del artículo 162.3 añaden que corresponde a la Generalidad la competencia compartida, por una parte, en el ámbito de la ordenación, la planificación, la determinación, la regulación y la ejecución de las prestaciones y los servicios sanitarios, sociosanitarios y de salud mental de carácter público en todos los niveles y para toda la ciudadanía y, por otra parte, en la ordenación, la planificación, la determinación, la regulación y la ejecución de las medidas y las actuaciones destinadas a preservar, proteger y promover la salud pública en todos los ámbitos.

Las peculiaridades del sistema sanitario de cobertura pública de Cataluña, consolidado con la Ley 15/1990, de 9 de julio, de ordenación sanitaria de Cataluña, que busca el aprovechamiento de los recursos existentes con independencia de su titularidad, y la naturaleza limitada de las dotaciones que se destinan a financiar las prestaciones sanitarias, hacen necesario promover la eficiencia en el uso de los recursos sanitarios y garantizar un nivel homogéneo de la calidad de la asistencia a los ciudadanos, con independencia del centro en que se preste el servicio. Asimismo, el artículo 44.1 de la Ley de ordenación sanitaria de Cataluña dispone que deben fijarse por reglamento los requisitos, las condiciones y el procedimiento para la inclusión y exclusión de los centros, servicios y establecimientos sanitarios en las correspondientes redes del Sistema sanitario integral de utilización pública de Cataluña, y que en función de las diferentes redes, en su caso, tienen que establecerse por reglamento los criterios de acreditación o los estándares de calidad.

En el marco de dichos objetivos, la acreditación de centros sanitarios, entendida como el proceso por el cual una organización se incorpora a una verificación externa que evalúa el nivel en que se sitúa con relación a un conjunto de estándares previamente establecidos y consensuados, es una herramienta eficaz para incentivar a los centros en la mejora progresiva de la calidad.

De acuerdo con lo que prevé el artículo 10.k) de la Ley 15/1990, de 9 de julio, de ordenación sanitaria de Cataluña, la competencia en materia de acreditación de centros, servicios y establecimientos sanitarios corresponde al Departamento de Salud. En desarrollo de esta previsión legal, el Decreto 56/2013, de 22 de enero, de reestructuración del Departamento de Salud, atribuye a la Dirección General de Ordenación y Regulación Sanitarias, entre otras, la misión de definir y promover el desarrollo del sistema de acreditación de centros y servicios sanitarios.

El Departamento de Salud aprobó las órdenes de acreditación de centros hospitalarios de 21 de noviembre de 1981 y de 25 de abril de 1983, con el fin de proporcionar a los ciudadanos unos niveles homogéneos de calidad en los servicios sanitarios ofrecidos. Posteriormente, la Orden de acreditación de centros hospitalarios de 10 de julio de 1991 supuso un paso adelante en la mejora de la calidad de los centros hospitalarios. El vigente Decreto 5/2006, de 17 de enero, por el que se regula la acreditación de centros de atención hospitalaria aguda y el procedimiento de autorización de entidades evaluadoras, supone un avance en el sistema de acreditación por su adaptación a la metodología más actual de evaluación de la calidad de las organizaciones que prestan servicios de salud.

La experiencia alcanzada y la voluntad de avanzar en el proceso de evaluación de la calidad asistencial han hecho necesario ampliar el modelo de acreditación a la atención primaria de salud, a fin de que se tengan en cuenta los avances que se han producido en los últimos años en la evaluación de la calidad y que los dote de instrumentos idóneos para promover la mejora de la asistencia en las organizaciones sanitarias.

Es voluntad del Departamento de Salud que la ampliación de este modelo de acreditación establezca un nivel de la competencia de las organizaciones sanitarias tanto de tipo público como privado, con el fin de generar confianza en la ciudadanía y en el colectivo de profesionales del sector, a la vez que impulse la mejora de la calidad que se presta.

El modelo de acreditación en Cataluña se basa, como ejes clave, en la clara orientación a la satisfacción de los

CVE-DOGC-B-14161146-2014

ciudadanos, en la valoración del grado de satisfacción de los profesionales de las organizaciones sanitarias y en una evaluación centrada en el proceso y orientada a los resultados de la asistencia. Asimismo, se consideran aspectos relevantes la incidencia directa en la mejora de la calidad de la asistencia y la generación de un impacto positivo en la sociedad.

Visto el dictamen del Consejo de Trabajo, Económico y Social de Cataluña;

De conformidad con lo que establece el artículo 39.1, en relación con el 40.1, ambos de la Ley 13/2008, de 5 de noviembre, de la presidencia de la Generalidad y del Gobierno;

A propuesta del consejero de Salud, de acuerdo con el dictamen de la Comisión Jurídica Asesora y previa deliberación del Gobierno,

Decreto:

## Capítulo 1

### Disposiciones generales

#### Artículo 1

##### Objeto y ámbito de aplicación

1.1 Este Decreto tiene por objeto regular el sistema de acreditación de los equipos de atención primaria de Cataluña, que comprende las actividades derivadas de la atención de medicina general, pediatría, enfermería, trabajo social, odontología y otras especialidades propias de este nivel asistencial, como también las actividades preventivas, educativas y de promoción, de la salud de la población y también las pruebas o los servicios complementarios que sean necesarios para esta atención, con independencia de que su titularidad sea pública o privada.

1.2 Quedan excluidos del ámbito de aplicación de este Decreto la asistencia especializada que comprende las actividades derivadas de los procesos de detección, preventivos, diagnósticos, terapéuticos, de seguimiento evolutivo y de apoyo a la atención primaria en régimen ambulatorio o de hospitalización, tanto de forma urgente como programada, y los servicios de atención de día (en hospital de día o centro de día), consultas externas, urgencias, rehabilitación, servicios de atención específica, pruebas y servicios complementarios.

#### Artículo 2

##### Definiciones

A los efectos de lo que prevé este Decreto, se entiende por:

- a) Atención primaria: asistencia sanitaria sin internamiento que comprende los servicios derivados de la atención de medicina general, pediatría, enfermería, trabajo social, odontología y otras especialidades propias de este nivel asistencial, como también las actividades preventivas, educativas y de promoción de la salud de la población y también las pruebas o servicios complementarios que sean necesarios para esta atención, que se prestan en el ámbito comunitario y de una forma coordinada, integral y continuada.
- b) Equipo de atención primaria: conjunto de profesionales sanitarios y no sanitarios que llevan a cabo la atención primaria de salud, con una localización física principal en el centro de atención primaria (CAP).
- c) Acreditación: resolución por la que se declara que un equipo de atención primaria dispone de un determinado nivel de calidad y de competencia en relación con los estándares técnicos vigentes.
- d) Sistema de acreditación de equipos de atención primaria: conjunto de procedimientos para llevar a cabo la acreditación de los equipos de atención primaria incluidos en el ámbito de aplicación de este Decreto.
- e) Autoevaluación: proceso por el que un equipo de atención primaria lleva a cabo una evaluación interna de acuerdo con los estándares vigentes y formaliza el correspondiente documento de autoevaluación.
- f) Evaluación externa: proceso de verificación externa de los criterios técnicos que son de aplicación a los equipos de atención primaria para obtener la acreditación.

CVE-DOGC-B-14161146-2014

g) Plan de mejora: documento que identifica las oportunidades de mejora en el cumplimiento de los estándares técnicos de acreditación establecidos.

### Artículo 3

#### Finalidad de la acreditación

La acreditación determina el reconocimiento de un determinado nivel de calidad respecto de los estándares exigibles para la autorización administrativa de cualquier centro, servicio o establecimiento sanitario.

### Artículo 4

#### Estándares de acreditación

4.1 Los estándares son los criterios técnicos que configuran los requisitos que deben tener los equipos de atención primaria con el fin de obtener la acreditación.

4.2 El manual de estándares es aprobado por acuerdo del Gobierno de la Generalidad y se publica en el *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya*, y puede ser revisado para los supuestos de favorecer la mejora de la calidad por resolución del consejero o consejera competente en materia de salud, que también se publica en el *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya*, de acuerdo con la experiencia alcanzada en el sector y atendiendo a los criterios establecidos por el Gobierno.

Con este fin, en la concreción de los estándares se deben tener en especial consideración las diferencias por razón de sexo y género y el objetivo de garantizar una atención de calidad a las personas que sufren o han sufrido violencia.

4.3 Los estándares de acreditación vigentes se pueden consultar en el sitio web del departamento competente en materia de salud ([www.gencat.cat/salut](http://www.gencat.cat/salut)) y están a disposición de las personas interesadas en la sede de la dirección general competente en materia de ordenación y regulación sanitarias del departamento competente en materia de salud y de los servicios territoriales del mismo departamento. La publicación de los estándares se anuncia en el tablón de anuncios de la sede electrónica de la Generalidad de Cataluña (<https://seu.gencat.cat>).

## Capítulo 2

### El Comité de Acreditación de Equipos de Atención Primaria

### Artículo 5

#### Naturaleza del Comité de Acreditación de Equipos de Atención Primaria

5.1 El Comité de Acreditación de Equipos de Atención Primaria actúa como órgano técnico adscrito a la dirección general competente en materia de ordenación y regulación sanitarias y se encarga de evaluar a los equipos de atención primaria con relación a los estándares de acreditación y también de proponer la resolución del procedimiento al director o directora general competente en materia de ordenación y regulación sanitarias.

5.2 El Comité de Acreditación de Equipos de Atención Primaria debe fijar las normas de funcionamiento interno, que, en todo caso, se tienen que ajustar a las disposiciones generales reguladoras del funcionamiento de los órganos colegiados.

### Artículo 6

#### Funciones del Comité de Acreditación de Equipos de Atención Primaria

El Comité de Acreditación de Equipos de Atención Primaria ejerce las siguientes funciones:

- a) Analizar y evaluar la documentación técnica de los expedientes de acreditación de equipos de atención primaria.
- b) Formular las propuestas de resolución de otorgamiento, denegación o modificación de la acreditación de

equipos de atención primaria.

- c) Revisar los informes correspondientes con relación a los planes de mejora presentados por los equipos de atención primaria.
- d) Proponer el tipo de auditoría de seguimiento aplicable a cada equipo de atención primaria.

## Artículo 7

### Composición del Comité de Acreditación de Equipos de Atención Primaria

7.1 El Comité de Acreditación de Equipos de Atención Primaria tiene la composición siguiente:

- a) Presidencia: la ejerce el subdirector o subdirectora general competente en materia de servicios sanitarios de la dirección general competente en materia de ordenación y regulación sanitarias.
- b) Vicepresidencia: la ejerce el jefe o jefa del servicio competente en materia de calidad asistencial y acreditación de la dirección general competente en materia de ordenación y regulación sanitarias.
- c) Dos técnicos adscritos al servicio competente en materia de calidad asistencial y acreditación, designados por el director o directora general competente en materia de ordenación y regulación sanitarias, a propuesta de quien ejerce la presidencia del Comité.
- d) El subdirector o subdirectora competente en materia de evaluación e inspección de asistencia sanitaria del departamento competente en materia de salud.
- e) Dos personas al servicio de la Administración de la Generalidad de Cataluña que tengan la experiencia necesaria en función de los elementos a evaluar, designadas por el director o directora general competente en materia de ordenación y regulación sanitarias, a propuesta de quien ejerce la presidencia del Comité.

En la composición del Comité debe procurarse la paridad de género.

7.2 Asume la secretaría del Comité un técnico o técnica adscrito al servicio competente en materia de calidad asistencial y acreditación, a propuesta del jefe o jefa del servicio y, designado por el director o directora general competente en materia de ordenación y regulación sanitarias.

7.3 En el desarrollo de las funciones del Comité de Acreditación de Equipos de Atención Primaria, puede participar en las reuniones del Comité, con voz y sin voto, la persona que haya emitido el informe final de evaluación previsto en el artículo 10.5 de este Decreto, en función de los expedientes de acreditación de equipos de atención primaria que el Comité valore en cada sesión.

## Capítulo 3

### Acreditación de equipos de atención primaria

## Artículo 8

### Requisitos para solicitar la acreditación

Para poder solicitar la acreditación, los equipos de atención primaria deben cumplir los siguientes requisitos:

- a) Estar ubicados en un centro o centros sanitarios que consten inscritos en el Registro de centros, servicios y establecimientos sanitarios del departamento competente en materia de salud.
- b) Justificar su funcionamiento efectivo durante un periodo mínimo de dos años previos a la fecha de la solicitud.
- c) Formalizar adecuadamente el documento de autoevaluación, de acuerdo con el manual de estándares, y el correspondiente formulario, que está accesible en los portales de tramitación de la sede electrónica de la Generalidad de Cataluña (<https://seu.gencat.cat>): Oficina Virtual de Trámites (OVT) y Canal Empresa.

## Artículo 9

CVE-DOGC-B-14161146-2014

## Competencia

9.1 El otorgamiento de la resolución de acreditación corresponde al director o directora general competente en materia de ordenación y regulación sanitarias del departamento competente en materia de salud.

9.2 La gestión del sistema de acreditación de equipos de atención primaria corresponde a la subdirección general competente en materia de servicios sanitarios de la dirección general competente en materia de ordenación y regulación sanitarias.

## Artículo 10

### Procedimiento de acreditación y de evaluación de los equipos de atención primaria

10.1 El procedimiento de acreditación de un equipo de atención primaria se inicia mediante la solicitud de:

- a) En el caso de los equipos de atención primaria gestionados por el Instituto Catalán de la Salud (ICS), la persona titular de la gerencia territorial correspondiente o cargo asimilado.
- b) En el caso de los centros que no sean gestionados por el ICS, la persona que ejerza la representación legal de la organización de la que dependen los equipos de atención primaria.

Las solicitudes se pueden dirigir, de forma presencial, a la dirección general competente en materia de ordenación y regulación sanitarias, a través de la red de oficinas de gestión empresarial (OGE) de la Generalidad de Cataluña, o bien telemáticamente a través de los portales corporativos de tramitación Oficina Virtual de Trámites (OVT) y Canal Empresa, de la sede electrónica de la Generalidad de Cataluña (<https://seu.gencat.cat>), mediante un impreso normalizado que se puede descargar desde dichos portales, sin perjuicio del derecho de las personas interesadas a presentar los documentos de acuerdo con lo que dispone el artículo 25.1 de la Ley 26/2010, de 3 de agosto, de régimen jurídico y de procedimiento de las administraciones públicas de Cataluña.

La solicitud tiene que ir acompañada de la siguiente documentación:

- a) Declaración de la entidad de que depende el equipo de atención primaria por la que manifiesta que el equipo ha estado en funcionamiento, de forma ininterrumpida, como mínimo durante los dos años anteriores a la solicitud, y por la que se compromete a facilitar la documentación y la información que le sea requerida en el procedimiento de acreditación y declara que los datos aportados se ajustan a la realidad.
- b) Documento de autoevaluación formalizado por el equipo de atención primaria de acuerdo con lo previsto en el artículo 8.c) de este Decreto.

10.2 La Oficina de Gestión Empresarial, por medios telemáticos, comprobará la identidad de la persona solicitante y, en su caso, de quien ejerza su representación, así como la capacidad bajo la que actúa según el apartado anterior, de acuerdo con lo que prevé la disposición adicional primera y, una vez verificado que el equipo de atención primaria cumple los requisitos previstos en el artículo 8 de este Decreto y que se ha presentado la documentación señalada en el apartado precedente, admitirá a trámite la solicitud y enviará el expediente a la dirección general competente en materia de ordenación y regulación sanitarias del departamento competente en materia de salud.

10.3 Una vez admitida a trámite la solicitud, la subdirección general competente en materia de evaluación e inspección de asistencia sanitaria del departamento competente en materia de salud realizará la evaluación externa y emitirá un informe preliminar, resultante de la comprobación de los estándares necesarios para la acreditación, en un plazo de veinte días.

10.4 Este informe preliminar se debe enviar a la entidad de la que dependa el equipo de atención primaria para que pueda formular alegaciones en el plazo máximo de quince días, a contar desde el día siguiente al de su recepción.

10.5 Valoradas las alegaciones formuladas, si existen, la subdirección general competente en materia de evaluación e inspección de asistencia sanitaria tiene que emitir un informe final en un plazo máximo de diez días, a contar desde la fecha de recepción de las alegaciones del equipo de atención primaria o de la finalización del plazo de alegaciones, y lo debe enviar a la subdirección general competente en materia de servicios sanitarios, a fin de que pueda ser evaluado por el Comité de Acreditación de Equipos de Atención Primaria.

## Artículo 11

CVE-DOGC-B-14161146-2014

## Propuesta de resolución

11.1 A la vista del informe final de evaluación y, una vez analizada la documentación necesaria, el Comité de Acreditación de Equipos de Atención Primaria puede solicitar a la subdirección general competente en materia de evaluación e inspección de asistencia sanitaria que, en el plazo máximo de quince días, lleve a cabo las actividades de evaluación complementarias y/o de enmienda del informe emitido que considere necesarias para una mejor fundamentación de la propuesta de resolución.

11.2 Una vez se disponga de la documentación a que hace referencia el apartado anterior, el Comité de Acreditación de Equipos de Atención Primaria debe someter el expediente a audiencia de la entidad de la que dependa el equipo de atención primaria por un plazo máximo de veinte días.

11.3 Una vez evaluadas las alegaciones presentadas, si procede, el Comité de Acreditación de Equipos de Atención Primaria formulará la propuesta de otorgamiento o denegación de la acreditación. En caso de denegación de la acreditación, debe hacer constar las razones que hayan motivado la propuesta desfavorable.

## Artículo 12

### Resolución

12.1 La persona titular de la dirección general competente en materia de ordenación y regulación sanitarias, a la vista de la propuesta del Comité de Acreditación de Equipos de Atención Primaria, tiene que emitir una resolución de otorgamiento o denegación de la acreditación del equipo de atención primaria.

12.2 La certificación de acreditación se tiene que emitir sobre la base del porcentaje de estándares de acreditación que el equipo de atención primaria consiga, y se puede otorgar sujeta a la ejecución de un plan de mejora presentado por el equipo de atención primaria.

Los estándares alcanzados se determinan en relación con los intervalos cuantitativos y cualitativos del grado de cumplimiento que establezca el departamento competente en materia de salud. Este cuadro se encuentra a disposición de las personas interesadas en el sitio web del departamento competente en materia de salud ([www.gencat.cat/salut](http://www.gencat.cat/salut)) y en las sedes de la dirección general competente en materia de ordenación y regulación sanitarias y de los servicios territoriales del departamento. Este cuadro puede ser modificado en función de la implantación del modelo de acreditación y de la adaptación de los equipos a este modelo.

12.3 El plazo máximo para emitir la resolución prevista en el apartado 1 de este artículo y notificarla es de tres meses, a contar desde la fecha de entrada de la solicitud en el registro del departamento competente en materia de salud.

12.4 Agotado el plazo anterior sin que se haya emitido la resolución o se haya requerido la enmienda de la solicitud, se puede entender desestimada la solicitud de acreditación por silencio administrativo, de acuerdo con lo que prevé la disposición adicional decimoctava de la Ley 15/1990, de 9 de julio, de ordenación sanitaria de Cataluña.

12.5 En la resolución de acreditación se debe concretar el periodo de vigencia y, si existe, el plan de mejora y el régimen de seguimiento aplicable, de acuerdo con lo establecido en los artículos 14 y 15 de este Decreto.

12.6 La acreditación se entiende otorgada sin perjuicio de cualquier otra autorización que sea exigible, en cada caso, por la normativa vigente.

## Artículo 13

### Impugnación de la resolución

Contra las resoluciones que ponen fin al procedimiento de acreditación se puede interponer recurso de alzada ante del consejero o consejera competente en materia de salud.

## Artículo 14

### Vigencia de la acreditación

14.1 Los certificados de acreditación se otorgan para un periodo de cuatro años, sin perjuicio de la posibilidad de resolverlos en cualquier momento, de conformidad con lo que dispone el artículo 16 de este Decreto.

CVE-DOGC-B-14161146-2014

14.2 La acreditación sujeta a la ejecución de un plan de mejora tiene el plazo de vigencia que en cada caso establezca la resolución de acreditación, que debe ser siempre inferior a cuatro años.

14.3 La renovación de la acreditación se debe solicitar, si procede, dentro de los tres meses anteriores a la finalización de su vigencia, en la forma que establece el artículo 10.1. La solicitud debe seguir el procedimiento recogido en los artículos 10, 11 y 12 hasta su resolución.

14.4 En caso de que no se solicite la renovación en el plazo indicado en el apartado anterior, la acreditación se considerará agotada una vez finalizado su plazo de vigencia.

## Artículo 15

### Seguimiento de la acreditación

15.1 Los equipos de atención primaria acreditados con sujeción a un plan de mejora deben ser evaluados con la periodicidad que se establezca según el porcentaje de estándares alcanzados.

15.2 Esta evaluación puede ser de dos tipos:

a) Auditoría interna de los puntos pendientes de alcanzar, realizada por el mismo equipo de atención primaria y enviada, a través de la correspondiente Oficina de Gestión Empresarial, a la dirección general competente en materia de ordenación y regulación sanitarias del departamento competente en materia de salud, reservada para los casos en que el equipo se sitúe, con respecto al grado de cumplimiento de los estándares de acreditación, en el intervalo superior de los establecidos por el departamento competente en materia de salud, de acuerdo con el artículo 12.2 de este Decreto.

b) Auditoría externa, realizada por personal de la subdirección general competente en materia de evaluación e inspección de asistencia sanitaria del departamento competente en materia de salud.

15.3 El Comité de Acreditación de Equipos de Atención Primaria tiene que proponer en cada caso el tipo de auditoría de seguimiento aplicable, en función del porcentaje de cumplimiento de los estándares de acreditación por parte del equipo.

15.4 En caso de que el Comité de Acreditación de Equipos de Atención Primaria crea adecuado realizar un seguimiento con una periodicidad inferior a la anual, ello debe constar en la resolución.

## Artículo 16

### Ineficacia sobrevenida de la acreditación

16.1 Los equipos de atención primaria tienen que mantener las condiciones que han determinado que les haya sido otorgada la acreditación. La dirección general del departamento competente en materia de ordenación y regulación sanitarias puede, en cualquier momento, declarar la ineficacia sobrevenida de la acreditación de un equipo de atención primaria, una vez tramitado el correspondiente expediente previa audiencia a las personas a que se refieren los apartados a) y b) del artículo 10.1, según proceda, siempre que se constate que no cumple los estándares de calidad que determinaron el otorgamiento del certificado de acreditación.

16.2 Los equipos acreditados tienen que colaborar con el equipo evaluador en la realización de las evaluaciones de seguimiento y facilitar la documentación y los datos que les sean solicitados.

## Capítulo 4

### Auditoría externa

## Artículo 17

### Definición de responsabilidades y medios del personal evaluador

17.1 Las auditorías externas en el equipo de atención primaria las lleva a cabo personal de la subdirección general competente en materia de evaluación e inspección de asistencia sanitaria del departamento competente en materia de salud.

La persona responsable del informe de auditoría es quien ejerce el cargo de evaluador jefe o evaluadora jefa

CVE-DOGC-B-14161146-2014

del equipo que lleva a cabo la auditoría.

17.2 El personal evaluador debe disponer de protocolos documentales adecuados para la planificación y el ejercicio de sus funciones y que garanticen su correcta actuación.

## Artículo 18

### Deberes del personal evaluador

18.1 El personal evaluador debe garantizar la confidencialidad de los datos a los que tenga acceso en el ejercicio de sus funciones y tiene el deber de guardar reserva total con respecto a los asuntos que conozca en razón de sus funciones evaluadoras.

18.2 El tratamiento de la información relativa a la salud y otros datos de carácter personal a los que el personal evaluador pueda tener acceso en el ejercicio de sus funciones se debe sujetar a la legislación de protección de datos de carácter personal.

18.3 El personal evaluador debe actuar con criterios de imparcialidad e independencia y no puede prestar servicios de formación ni consultoría relacionados con el proceso de acreditación, ni tener, personalmente o a través de otras empresas o entidades, intereses comerciales, financieros o de cualquier tipo que, en razón de su naturaleza, puedan debilitar los criterios de independencia y de imparcialidad con los que tiene que actuar.

## Disposiciones adicionales

### Primera

De acuerdo con lo que establecen el artículo 6.2.b) de la Ley 11/2007, de 22 de junio, de acceso electrónico de los ciudadanos a los servicios públicos, y el artículo 18 del Decreto 56/2009, de 7 de abril, para el impulso y el desarrollo de los medios electrónicos en la Administración de la Generalidad, la Oficina de Gestión Empresarial y el departamento competente en materia de salud accederán a los datos y documentos electrónicos con el fin de verificar los datos declarados por la persona interesada. En este caso, no es preceptiva la presentación del correspondiente documento.

### Segunda

La acreditación de los equipos de atención primaria no es requisito necesario para que se integren en la red de centros y servicios sanitarios de ámbito comunitario, de acuerdo con lo que disponen los artículos 3.3 y 4.e) del Decreto 196/2010, de 14 de diciembre, del Sistema sanitario integral de utilización pública de Cataluña (SISCAT), hasta que hayan transcurrido tres años desde la entrada en vigor del presente Decreto.

Durante este periodo, el Servicio Catalán de la Salud puede establecer, en el marco de los convenios y contratos de gestión de servicios asistenciales que suscribe, fórmulas retributivas, económicas y no económicas, que incentiven la acreditación de los equipos de atención primaria.

## Disposiciones finales

### Única

Este Decreto entrará en vigor un mes después de su publicación en el *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya*.

Barcelona, 10 de junio de 2014

---

CVE-DOGC-B-14161146-2014

Artur Mas i Gavarró

Presidente de la Generalidad de Cataluña

Boi Ruiz i García

Consejero de Salud

(14.161.146)