Programa de Acreditación de
UNIDADES de GESTIÓN CLÍNICA
(ME 5 1_03)

Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía

Febrero 2007

Edita
AGENCIA DE CALIDAD SANITARIA DE ANDALUCÍA

Diseño y maquetación
SIGNO

Imprime
EGEA IMPRESORES

ISBN: 978 84 96714 36 6

© Fundación Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía

Dep. Legal: SE-4.061/04

La calidad es una de las bases para atender satisfactoriamente las necesidades en salud de los andaluces y hacer frente de forma eficaz a los nuevos retos sanitarios.

Los resultados obtenidos hasta el momento a través de la Acreditación en materia de mejoras, garantías y confianza para el ciudadano confirman este convencimiento, y permiten a la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía renovar y afianzar de forma decidida su apuesta por la calidad, en todos los ámbitos sanitarios, para todos los ciudadanos.

Para hacer realidad este propósito, la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía orienta su actividad diaria a promover y garantizar la calidad y la mejora continua de los servicios de salud. Con este afán viene trabajando, desde la independencia, el rigor y la confidencialidad, en la definición y puesta en marcha de los programas de acreditación de centros, unidades sanitarias, formación continuada y competencias profesionales del Sistema Sanitario Público andaluz (SSPA), así como en el desarrollo de las herramientas necesarias para su gestión y seguimiento.

En este contexto, la actualización y aplicación del *Programa de Acreditación de Unidades de Gestión Clínica* tiene como propósito garantizar la calidad de estas estructuras organizativas que, hoy día, constituyen por sí mismas un destacado ámbito del SSPA para la gestión de los servicios de salud; y las acompaña y apoya en su búsqueda de la mejora continua. De esta manera contribuye, además, a impulsar el trabajo y la cultura de la calidad integral.

Acreditar significa *conseguir que algo sea digno de crédito, demostrando su certeza y realidad*. El *Programa de Acreditación de Unidades de Gestión Clínica* responde literalmente a esta definición: supone, de hecho, un reconocimiento público de los logros y mejoras de estas unidades de nuestro Sistema Sanitario, que redunda en un mayor grado de confianza de los ciudadanos, al saber que reciben una atención sanitaria moderna y de calidad.

En la elaboración de dicho *Programa de Acreditación* ha participado un equipo multidisciplinar de profesionales expertos en gestión de la calidad y en acreditación, que han aunado conocimientos, experiencia y esfuerzos para ofrecer una visión integral de lo que entendemos como servicios sanitarios de calidad.

Espero que este manual acompañe a cada unidad de gestión clínica en la gestión de su mejora continua, pues ello supondrá un paso más que afianza la posición de liderazgo de Andalucía en la senda de la calidad sanitaria para sus ciudadanos y ciudadanas.

MARÍA JESÚS MONTERO CUADRADO
Consejera de Salud de la Junta de Andalucía

La Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía ha venido promoviendo las políticas de calidad implantadas en el Sistema Sanitario Público de Andalucía y está desarrollando una importante labor impulsando la garantía de la calidad y la mejora continua de la atención sanitaria a los ciudadanos.

En este proceso de búsqueda de la excelencia es necesario establecer formalmente los mecanismos que garanticen que nuestras instituciones y profesionales están poniendo los medios necesarios para asegurar que el servicio que se presta al ciudadano responde a las políticas y criterios de calidad definidos por la Consejería de Salud. El Programa de Acreditación de Unidades de Gestión Clínica se enmarca en este contexto y su punto de partida es el potencial de mejora de estas Unidades, estructuras organizativas que incorporan a los propios profesionales sanitarios en la gestión de los recursos utilizados en la práctica clínica, dotándoles así de mayor autonomía.

La Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, en colaboración con profesionales de reconocida trayectoria en el ámbito sanitario, ha elaborado este Manual de Estándares, que se concibe como una herramienta de trabajo que habrá de guiar a las Unidades de Gestión Clínica durante sus respectivos procesos de acreditación.

El respeto a la intimidad de los pacientes, el cumplimiento de los tiempos de respuesta en los procesos asistenciales, la confidencialidad y la custodia de la información clínica, el análisis de los acontecimientos adversos y el cumplimiento de los indicadores de los Acuerdos de Gestión son algunos de los 112 estándares definidos en este manual.

Espero que sus estándares sirvan de orientación y ayuda a los profesionales para promover una atención de máxima calidad, que persigue la mejora continua, busca la satisfacción permanente de los usuarios del sistema y camina hacia la excelencia.

Sagrario Almazán González
Directora Gerente de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía

>Índice

1>Introducción 15

2>Modelo de Acreditación 17

3>Marco Conceptual 25

Carácter progresivo de la acreditación
Distribución de los estándares de Unidades de Gestión Clínica

4>Proceso de Acreditación 41

fase I.- Preparación. Solicitud de certificación y Visita de preparación
fase II.- Enfoque interno. Autoevaluación. Evaluación Interna y Simulación
fase III.- Enfoque externo. Visita de evaluación. Informes
fase IV.- Seguimiento

5>Resultados 55

6>Estándares del Programa de Acreditación de Unidades de Gestión Clínica 61

I. El ciudadano, centro del Sistema Sanitario 61

1. Usuarios: satisfacción, participación y derechos
2. Accesibilidad y continuidad de la asistencia
3. Documentación clínica

II. Organización de la actividad centrada en el paciente 77
4. Gestión de procesos asistenciales
5. Actividades de promoción y programas de salud
6. Dirección de la Unidad de Gestión Clínica

III. Profesionales 89
7. Profesionales, desarrollo y formación

IV. Estructura 97
8. Estructura, equipamiento y proveedores
9. Sistemas y tecnologías de la información y las comunicaciones
10. Sistemas de calidad

V. Resultados 113
11. Resultados de la Unidad de Gestión Clínica

7 > Siglas y Glosario 117

1 > Introducción

1 > Introducción

La Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (Agencia) se crea como una secuencia lógica en el proceso de implantación de las políticas de calidad puestas en marcha por la Consejería de Salud en los últimos años, siendo su primer cometido la elaboración del Modelo de Acreditación y, consecuencia directa de éste, la puesta en marcha de los Programas de Acreditación de Centros, Profesionales y Formación Continuada.

El ciudadano es el centro del sistema sanitario público de Andalucía y su satisfacción es el elemento irrenunciable de la calidad

"Concienciar a los centros asistenciales de la importancia de la acreditación de competencias profesionales, de los propios procesos asistenciales, así como de la estructura y el equipamiento, es un objetivo estratégico de primer orden que puede aportar un mayor dinamismo a las organizaciones. Es necesario avanzar en el estudio de los diferentes modelos de acreditación existentes e identificar los que mejor se adapten a las características de los servicios, lo que nos permite desarrollar un Modelo Andaluz de Calidad.

Para lograrlo, la Agencia de Certificación Andaluza asume la supervisión y la gestión de los distintos procesos de acreditación. Esta Agencia es la encargada de desarrollar una línea de colaboración que permita aunar diferentes modelos y aplicarlos según las características de los centros y/o servicios. Promueve además una red de centros con certificados de acreditación que sin duda supone un potente impulso para la innovación e incentivación profesional."

(Plan de Calidad, Consejería de Salud. Pág.9)

Es necesario establecer formalmente los mecanismos que garanticen de manera permanente en el tiempo que nuestras instituciones, profesionales, tecnologías, procesos, etc. contribuyen a generar resultados que responden a las políticas y criterios de calidad definidos, en nuestro servicio al ciudadano.

En el marco de la prestación de servicios sanitarios, la acreditación se ha de valorar, cada vez más, como un elemento estratégico de primer orden a través del cual las distintas organizaciones intentan vehiculizar y potenciar sus políticas de calidad.

En este sentido, existen numerosos modelos internacionales que han incorporado la acreditación como herramienta de apoyo a la gestión de la calidad de sus respectivos sistemas sanitarios.
Para la elaboración del Modelo de Acreditación de Andalucía se han valorado, revisado e incluido aspectos de estos modelos que resultan adecuados y acordes a la realidad del Sistema Sanitario Andaluz.

2 > Modelo de Acreditación

2>Modelo de Acreditación

El modelo de calidad adoptado por nuestro SSPA y recogido en el Plan de Calidad de la Consejería de Salud define la Calidad desde una perspectiva **integral**, donde intervienen múltiples variables, entre las cuales la **satisfacción del CIUDADANO es el elemento irrenunciable**.

Este concepto de Calidad se desarrolla en un marco centrado en el **Proceso Asistencial integral y único** desde la perspectiva del ciudadano y la **Continuidad Asistencial** como criterio clave y determinante que inspira la organización, funcionalidad, formas de trabajo, formación de profesionales, etc.

A partir de este concepto de Calidad, para **garantizarla**, hemos de considerar distintos elementos como la Acreditación, la Evaluación de Tecnologías, la Formación, etc.

> Definimos la **ACREDITACIÓN** como un proceso mediante el cual se **observa y reconoce** en qué forma la atención que prestamos a los ciudadanos en materia de salud responde a **nuestro modelo de calidad**, siempre con la finalidad de favorecer e impulsar la **mejora continua** de nuestras instituciones, profesionales, formación, etc.

El Modelo de Acreditación está alineado con las estrategias del Sistema Sanitario Público Andaluz en sus diferentes marcos de actuación (legal, estratégico y de gestión), y sus diferentes Programas (Centros, Profesionales y Formación Continuada) se integran e impulsan los objetivos definidos en las líneas estratégicas descritas en el Plan de Calidad.

Ámbito de Actuación

Al entender la calidad de la atención sanitaria desde un concepto **integral**, en el que intervienen múltiples elementos y fundamentalmente, la continuidad asistencial y los procesos, para garantizar la calidad de la atención sanitaria en su conjunto y promover su mejora continua, se hace necesario que todos los elementos implicados se consideren objeto de evaluación y acreditación. Por tanto, la Agencia actúa para conseguir sus objetivos sobre:

> Instituciones sanitarias, Hospitales, Distritos y Centros de Salud

> Unidades de Gestión Clínica

>Áreas de atención sanitaria

>Competencias profesionales

>Unidades de Investigación

>Unidades especiales

>Tecnologías sanitarias

>Actividades, programas, docentes y centros de Formación Continuada

>Etc.

Estándares

El Modelo de Acreditación parte de la definición de un **patrón de referencia (estándares)** con el que los centros, profesionales, unidades etc. caminan hacia la mejora de sus servicios al ciudadano y de unas **herramientas de gestión de mejora de la calidad (metodología, áreas de mejora, premio, aplicación informática, etc.)** que favorecen su óptimo progreso en tiempo y forma.

La definición de los estándares, así como su propósito, se ha realizado tomando como referencia:

1. Diferentes elementos que configuran nuestro **Sistema Sanitario Andaluz**, como: la Ley de Salud de Andalucía (Ley 2/1998 de 15 de junio), el II Plan Andaluz de Salud, el Plan de Calidad de la Consejería de Salud, los Contratos Programa entre la Consejería de Salud y los distintos proveedores de servicios sanitarios, la Guía de Procesos Asistenciales, el Modelo de Calidad de Competencias Profesionales, etc.

2. El Plan de Calidad y sus líneas estratégicas:

    - Calidad centrada en el paciente y la continuidad de la atención:

        >Opinión y nivel de participación de los pacientes en su proceso.

        >Indicadores de calidad de los procesos asistenciales.

>Nivel de implicación de los profesionales de la organización en los procesos asistenciales.

>Enfatiza en la **mejora continua de los procesos** para alcanzar mejores resultados.

>Evalúa la coordinación entre servicios y niveles, necesaria para la **continuidad de la atención**.

>Involucra a todos los niveles de la organización.

>Evidencias y elementos de mejora continua.

>Implicación de la organización en un proceso progresivo y constante de mejora.

>Trabajo en equipo y compromiso con la mejora continua.

>Organización del trabajo orientada a los procesos, no sólo asistenciales.

3. Y por último, elementos de Seguridad y Recomendaciones sobre las mejores prácticas.

Estos elementos o características están presentes en los diferentes Manuales de Estándares para la Acreditación de Centros, de Unidades de Gestión Clínica, de otras Unidades Asistenciales, de Actividades, Programas y Centros de Formación Continuada, etc.

Un proceso de Mejora Continua y de Garantía de Calidad

Bajo la óptica del Plan de Calidad, acreditarse significa un reconocimiento expreso y público de que el área sanitaria, la institución, el servicio, los profesionales, etc., cumple los requisitos necesarios para prestar una asistencia determinada y ha emprendido su línea de mejora continua.

Al ser una herramienta y no un fin en sí mismo, la Acreditación favorece e impulsa procesos de mejora y evaluación dentro del Sistema Sanitario de Andalucía.

El camino para la mejora continua que se propone se centra en implicar a toda la organización en un proceso progresivo y constante de cambio, para que las instituciones, centros, unidades de gestión clínica, profesionales, formación, etc., evolucionen hacia formas cada vez más efectivas de conseguir sus objetivos.

Este planteamiento afecta a toda la organización, desde los máximos responsables a todo el conjunto de personas que trabajan en ella, que han de estar firmemente comprometidos con la mejora continua.Por otra parte, teniendo en cuenta que la acreditación se ha de considerar como un proceso dinámico, tendente a generar la mejora continua, es difícil plantearse la acreditación como un "hito" aislado o un reconocimiento obtenido en un momento determinado. En otras palabras, no debe entenderse como el fin de un camino, sino como la oportunidad de establecer sendas nuevas y alternativas para mejorar la calidad de las prestaciones sanitarias. Es, pues, un proceso dinámico, continuo y evolutivo, de múltiples funcionalidades ya que las organizaciones y los profesionales como sistemas vivos, pasan por distintas etapas de inicio/desarrollo/madurez y, en este sentido, la acreditación debe reflejar y poner de manifiesto no sólo el momento en el que se está sino, y sobre todo, el potencial de desarrollo y mejora para crecer en calidad.

Características del Modelo de Acreditación

>**Uniforme**. Alineado con las estrategias y elementos de gestión del SSPA.

>**Total**. Orientado a todos los agentes del Sistema Sanitario Andaluz (públicos y privados) que intervienen en la calidad: Centros asistenciales, UGC, profesionales, Unidades de Investigación, Tecnologías, Centros de formación, etc.

>**Horizontal**. Observa la organización desde la perspectiva del ciudadano (proceso asistencial) y priman los conceptos de continuidad y transversalidad.

>**Integral**. Trata todas las áreas de Acreditación (Centros-Profesionales-Formación Continuada) desde la misma perspectiva "Mejora y Garantía de los servicios que se prestan al ciudadano", interrelacionando los Programas de Acreditación de las diferentes áreas a través de sus estándares.

>**Progresivo**. Establece diferentes tramos de progreso hacia la mejora, marcando prioridades en el avance, a través de la consecución de estándares de diferentes grupos.

>**Orientado a resultados**. Los estándares, metodologías y procesos de acreditación están formulados para romper inercias no deseadas y orientar a resultados a la organización.

>**Mejora compartida**. La mejora continua se basa en el inmenso potencial que poseen las personas y

las organizaciones. Se incorpora la **Autoevaluación** como instrumento de **Gestión de la Mejora**, que permite a los diferentes grupos o individuos: identificar su posición actual, determinar a dónde quieren llegar, planificar las actuaciones para conseguirlo y reevaluar su progreso para estabilizar en el tiempo la mejora (mejora permanente).

Además, la aplicación de este Modelo de Acreditación tiene otros posibles resultados que añaden valor a los servicios sanitarios de manera directa e indirecta.

- **Garantía de los servicios al ciudadano y a los profesionales**. Ejercicio de evaluación y desarrollo, transparente a ciudadanos y profesionales.
- **Información a los ciudadanos, para ejercer sus derechos**, a fin de que puedan tener elementos de juicio a la hora de hacer efectiva la libre elección de médico, hospital, segunda opinión, etc.
- **Aprendizaje organizacional**, aumentando la visión de profesionales sobre su entorno de trabajo y los elementos de calidad prioritarios.
- **Gestión del conocimiento**, difundiendo las mejores prácticas y soluciones.
- **Entornos y prácticas asistenciales seguras (para ciudadanos y profesionales)** publicando los estándares que describen cómo son los centros, profesionales y servicios de calidad, y evaluando su cumplimiento para la toma de decisiones que corrijan situaciones anómalas.

> **Información para la gestión** (micro-meso-macro/profesional-centro-sistema sanitario), apoyo para la toma de decisiones de los gestores y profesionales (visión global). Cuadro de Mando de la Calidad.

> **Herramienta de Gestión de la Mejora permanente** de los centros y profesionales sanitarios (estándares, metodología de trabajo, sistema de información).

> **Reconocimiento** formal de los logros y del movimiento hacia la mejora (Certificado de Acreditación).

> **Refuerzo de las estructuras informales y formales de calidad** del sistema.

Grados de Acreditación

Como ya se ha referido, el Modelo de Acreditación es de aplicación a muy diferentes elementos (centros sanitarios, unidades de gestión clínica, otras unidades asistenciales, profesionales, formación continuada, etc.), pero sea

cual fuere el elemento a acreditar, se desarrolla en base a la progresión en diferentes grados, cada uno de mayor complejidad y exigencia que el anterior, propiciando la mejora continua.

En coherencia con lo anterior, no se debe entender el último grado como un estadío final o último. Periódicamente, como consecuencia de las mejoras que se producirán debido a las nuevas tecnologías, nuevas prestaciones, nuevas formas de organización y nuevas exigencias de los ciudadanos, se revisarán los estándares de los distintos grados, por lo que, lo que hoy es segundo grado, mañana podrá ser un grado anterior.

Para garantizar que la atención sanitaria en su conjunto ofrece un elevado grado de calidad, es necesario que todas las organizaciones sanitarias implicadas participen de dicho grado y de forma organizada en su secuencia. Por ello, se considera oportuno tender a una acreditación de carácter progresivo, que en el caso concreto de los centros sanitarios, comience en los propios centros, unidades de gestión clínica, servicios etc., continúe en los niveles de coordinación intercentros, y llegue a culminar, finalmente, en una acreditación de redes o áreas asistenciales.

El Modelo de Acreditación se estructura en distintos grados, que van desde el grado Avanzado hasta el Excelente, pasando por el grado Óptimo y de Experto (en el caso de profesionales). Se trata en definitiva de, a partir del grado de acreditación conseguido, planificar actividades dirigidas a mejorar los resultados y a obtener la acreditación en el grado superior.

Por otra parte, cabe destacar que el **Modelo de Acreditación** garantiza que las directrices de calidad desarrolladas por la Consejería de Salud son verdaderamente impulsadas y adoptadas en todas las organizaciones sanitarias de Andalucía.

Este planteamiento exige posicionarse ante la **Acreditación**, que no puede considerarse como un proceso de carácter voluntario sino vinculante, ya que, desde el momento que el Sistema Sanitario de Andalucía define lo que considera servicios de calidad, está a su vez obligado a garantizarlos y, por tanto, a que sus organizaciones den crédito de ello.

En definitiva, el **Modelo de Acreditación** para el Sistema Sanitario Andaluz es una herramienta metodológica útil, que permite comprobar en qué medida las actividades se realizan de acuerdo a unas normas de calidad, y brinda, a la luz de evaluaciones externas, un reconocimiento público y expreso a aquellas instituciones y profesionales que lo cumplen y demuestran.

3>Marco Conceptual

3>Marco Conceptual

El Programa de Acreditación de Unidades de Gestión Clínica de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía está orientado a impulsar la mejora continua, y su punto de partida es el **potencial de mejora** de la propio Centro y de la Unidad y la madurez en la gestión de la calidad. Está configurado bajo un punto de vista innovador, cualitativo y eficiente en el consumo de tiempo y recursos.

Se basa en un patrón de referencia, que comprende estándares definidos y elaborados a partir de elementos característicos del SSPA (Ley General de Salud, II Plan Andaluz de Salud, Plan Marco de Calidad y Eficiencia de la Consejería de Salud, Plan Estratégico del SAS, Contrato Programa de la Consejería de Salud con el SAS, recomendaciones sobre mejores prácticas, Guía de Diseño y Mejora de Procesos Asistenciales de la Consejería de Salud, etc.), en cuyo diseño han participado Profesionales y Directivos del Sistema Sanitario Andaluz, integrados en distintos Comités Técnicos Asesores.

Estos estándares, y el sistema de acreditación de la calidad de los centros y unidades sanitarias del Sistema Sanitario Público de Andalucía se describen en la Resolución de 24 de Julio de 2003 (BOJA nº 153), de la Dirección General de Organización de Procesos y Formación.

La Gestión Clínica, según se define en el Plan Estratégico del Servicio Andaluz de Salud, surge como un concepto capaz de dar respuesta, por su aplicación en la práctica cotidiana, a la dimensión social de la calidad, es decir, la adecuada toma de decisiones clínicas entre varias opciones alternativas, para la consecución de resultados seguros y satisfactorios para los usuarios.

La Gestión Clínica abarca "todas las actuaciones conscientes de mejora que emprende un equipo clínico sobre el conjunto de procesos implicados en las decisiones que se producen al relacionarse con sus pacientes", y constituye un "proceso de rediseño organizativo que incorpora a los profesionales sanitarios en la gestión de los recursos utilizados en su propia práctica clínica", y que busca promover su **responsabilidad** junto con su **autonomía**.

Los estándares para la Acreditación de las Unidades de Gestión Clínica, responden así a los conceptos de:

- **Autonomía**, sobre aquellos aspectos que definen el marco de funcionamiento de las Unidades de Gestión Clínica, y que se recogen en los Acuerdos de Gestión, tanto en la esfera clínica como en la organizativa.
- **Responsabilidad compartida** con el Centro, incorporando estándares que actúan como elementos de sinergia, con los objetivos de la Organización.

>y **Transferencia** de las mejoras alcanzadas al Centro, actuando como motor de desarrollo de la propia Unidad y de la Organización a la que pertenece, especialmente en elementos nucleares como la Gestión Integrada de Procesos Asistenciales, uso de Guías de Práctica Clínica y Planes de Cuidados, uso racional del medicamento, etc.

En su definición se han contemplado, además de los anteriormente reseñados:

>El Plan de Calidad y la consideración de nuevos elementos que surgen del mismo.

>El Plan Estratégico del Servicio Andaluz de Salud.

>Nuevos elementos conceptuales del SSPA, como el Plan de Atención al Ciudadano.

>El Manual de Estándares del SSPA para la Acreditación de Centros.

>Acuerdos de Gestión Clínica para Unidades de Atención Primaria y Hospitalarias de 2003.

Autonomía

Estándares que forman parte del marco de funcionamiento de las Unidades de Gestión Clínica, según se recoge en los Acuerdos de Gestión:

- Selección de profesionales.
- Pactos sobre derivaciones, pruebas y mejora de la efectividad clínica.
- Planes de formación.
- Etc.

Responsabilidad

Compartida con el Centro, incorporando estándares sinérgicos con los objetivos de la Organización.

Transferencia

Estándares que actúan como motor de desarrollo de la propia Unidad y de la Organización a la que pertenece:

- Gestión Integrada de Procesos Asistenciales.
- Guías de Práctica Clínica y Planes de Cuidados.
- Uso racional del medicamento.
- Etc.

Carácter progresivo de la Acreditación

Al ser una herramienta más, y no un fin en sí mismo, la Acreditación debe favorecer e impulsar procesos de evaluación y mejora dentro del Sistema Sanitario de Andalucía, ayudando a los profesionales a analizar los distintos procesos, servicios, centros o áreas sanitarias con el objeto de identificar aquellos elementos susceptibles de ser mejorados.

El camino para la mejora continua que se propone se centra en implicar a toda la organización en un proceso progresivo y constante para que las instituciones, centros, unidades de gestión clínica, profesionales, etc., evolucionen hacia formas cada vez más efectivas de conseguir sus objetivos.

La acreditación ha de considerarse como un proceso dinámico, no como un hito aislado o un reconocimiento obtenido en un momento determinado. No debe entenderse como el fin de un camino, sino como la oportunidad de establecer sendas nuevas y alternativas para mejorar la calidad de la atención sanitaria.

El Programa de Acreditación de Unidades de Gestión Clínica se basa en la mejora continua de la calidad y en el desarrollo organizativo, siendo la propia Unidad la principal protagonista de las mejoras alcanzadas.

Esta progresión a la mejora se identifica en el programa de Acreditación de Unidades de Gestión Clínica en tres tramos posibles: Acreditación Avanzada, Óptima y Excelente.

En el caso de las Unidades de Gestión Clínica, su existencia lleva asociada el cumplimiento de los requisitos que el Servicio Andaluz de Salud establece a tal fin. Por tanto, para iniciar el proceso de acreditación de una **Unidad de Gestión Clínica** ha de encontrarse autorizada como tal por el Servicio Andaluz de Salud.

Acreditación avanzada, óptima o excelente

El Modelo de Calidad de la Consejería de Salud de Andalucía facilita, a través de los estándares, orientaciones para avanzar en el camino de la mejora continua hacia la excelencia.

La Unidad implementa las áreas de mejora necesarias para la estabilización y control de la totalidad de estánda-

res del Manual. El cumplimiento de los diferentes grupos de estándares que conforman el Manual determina el grado de la Acreditación obtenida (Avanzada, Óptima o Excelente).

La distribución de los estándares en estos grupos permite a la Unidad de Gestión Clínica identificar una secuencia priorizada para su abordaje:

> Dentro del **Grupo I** se consideran fundamentalmente los estándares que contemplan los Derechos consolidados y los aspectos ligados a la Seguridad y a la Satisfacción de los Ciudadanos, y aquellos elementos prioritarios del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

> En el **Grupo II** de estándares se incluyen los elementos asociados al mayor desarrollo de la Organización (Sistemas de Información, Nuevas Tecnologías y Rediseño de Espacios Organizativos).

> **El Grupo III** abarca aquellos estándares que llevan a la Unidad a constituirse en referente para el resto del Sistema.

En el Grupo I existen estándares marcados como **Obligatorios**. Tienen esta consideración por estar comprendidos en el ámbito de la Seguridad y/o en Áreas Prioritarias para el Sistema Sanitario Público de Andalucía. Éstos tienen que estar necesariamente presentes y estabilizados para alcanzar cualquier grado de acreditación.

Distribución de los Estándares de Unidad de Gestión Clínica

En la siguiente tabla se muestra un resumen de la distribución de los estándares del Programa de Acreditación de Unidades de Gestión Clínica según el grupo de pertenencia del estándar (prioridad).

Grupos de Estándares de Unidades de Gestión Clínica

Si entendemos la calidad como un punto de encuentro, y un lenguaje común entre ciudadanos, gestores y profesionales, el Manual de Estándares representa algo así como su "diccionario", el texto donde se recogen las principales acepciones de este lenguaje compartido.

El Manual de Acreditación de Unidades de Gestión Clínica está estructurado en cinco bloques, cinco dimensiones a las que alude el término calidad, y que están identificados con un código de colores:

>El Bloque I: el Ciudadano como Centro del Sistema Sanitario (naranja)

>El Bloque II: Organización de la actividad centrada en el paciente (rojo)

>El Bloque III: Profesionales (morado)

>El Bloque IV: Estructura (azul)

>El Bloque V: Resultados (verde)

Símbolos utilizados en el Manual de Estándares

Cada uno de estos bloques se divide a su vez en criterios, constituyendo hasta un total de 11 criterios, sobre cuyos contenidos haremos a continuación un breve esbozo:

Grupos de Estándares de Centro

Grupos de Estándares

Tipo Estándar	Definición	UGC Nº	UGC %
Grupo I	Estándares que contemplan los Derechos consolidados y los aspectos ligados a la seguridad, Continuidad y a la Satisfacción de los ciudadanos, y aquellas otras garantías y elementos prioritarios del Sistema Sanitario Público de Andalucía.	30	27%
	Un 31% de los estándares tienen la consideración de obligatorios.	**35**	**31%**
		65	58%
Grupo II	Estándares asociados al mayor desarrollo de la organización (Sistemas de Información, Nuevas Tecnologías y Rediseño de Espacios Organizativos).	29	26%
Grupo III	Estándares que llevan a la Unidad de Gestión Clínica a constituirse en referente para el resto del sistema.	18	16%
	Total	112	**100%**

Tabla 1

I. El ciudadano, centro del Sistema Sanitario	1. Usuarios, derechos, satisfacción e implicación. 2. Accesibilidad y continuidad de la asistencia. 3. Documentación Clínica.
III. Organización de la actividad centrada en el paciente	4. Gestión de procesos asistenciales. 5. Actividades de promoción y programas de salud. 6. Dirección.
III. Profesionales	7. Profesionales, desarrollo profesional y formación.
IV. Estructura	8. Estructura, equipamiento y proovedores. 9. Sistemas de Información y Tecnologías de la Información. 10. Sistema de Calidad.
V. Resultados	11. Resultados clave de la organización.

Figura 1

I. El ciudadano, centro del Sistema

En el Manual de Unidades de Gestión Clínica este Bloque ocupa el 32% de los estándares (53% del grupo I).

Comprende 3 criterios:

1. Usuarios: Satisfacción, Participación y Derechos

En términos generales el criterio de Usuarios: Satisfacción y Participación incluye estándares que contemplan: Cómo cumple la Unidad de Gestión Clínica con la Carta de Derechos y deberes de pacientes y familiares. Con el derecho:

- >A la información, a la intimidad, participación en las decisiones clínica y sobre su salud, al consentimiento informado.
- >A la libre elección, a la transparencia, y al conocimiento para poder elegir (tiempos de espera, actividad asistencial, resultados de calidad etc.).

Sus estándares abordan también cómo la Unidad adopta un papel de captación activa de las opiniones, sugerencias y reclamaciones de los ciudadanos, y las transforma en oportunidades de mejora que incorpora a su práctica cotidiana.

Incluye elementos de calidad relacional (identificación de los profesionales, cuestiones relativas al trato, etc.) y da entrada a los Derechos de 2ª y de 3ª generación: Voluntades Vitales anticipadas, 2ª opinión médica, etc.

2. Accesibilidad y Continuidad de la asistencia

Los estándares de este criterio 2 de Accesibilidad y Continuidad de la asistencia tienen que ver con:

- >Definición y difusión de la cartera de servicios.
- >Plan de acogida a usuarios, Accesibilidad horaria y gestión de citas.
- >Alude a los acuerdos de colaboración con AP, a las relaciones con otros niveles asistenciales… informe de continuidad de cuidados al alta, uso compartido de procedimientos o de guías de práctica

clínica y planes de cuidados estandarizados… (en general a todas las estrategias tendentes a eliminar los intersticios entre las fases de un mismo proceso asistencial.

>Y la Optimización de los tiempos de respuesta sobre la demanda asistencial de los ciudadanos.

3. Documentación clínica

El Criterio de documentación clínica explora la:

>estructura y contenidos de la historia de salud

>cuestiones como la Confidencialidad y custodia de la misma

>estándares relativos a la codificación de los datos y a la explotación y difusión del CMBD.

II. Organización centrada en el ciudadano

El Bloque 2, de Organización centrada en el ciudadano, aglutina hasta el 20% de los estándares para las Unidades de Gestión Clínica, en los criterios de Gestión por Procesos, Promoción y Programas de Salud y Dirección que lo conforman:

4. Gestión por Procesos Asistenciales

El criterio 4 tiene que ver con cómo la Unidad lleva a cabo la implantación y mejora de los procesos asistenciales.

Sobre los procesos que se han priorizado en el Centro o en la Unidad de Gestión Clínica, se analiza sobre cómo se asignan las responsabilidades de actuación sobre los mismos, cuál es su nivel de descripción y documentación, qué grupos de mejora de carácter internivel se han constituido, qué cronograma se sigue, o cuáles son los planes de evaluación y mejora, etc.

5. Actividades de Promoción y Programas de Salud

Se ha rehuido de diseñar un manual de estándares específico para atención hospitalaria y otro para atención primaria.

Así, por ejemplo, este apartado trata con la misma intensidad la promoción de la salud en estos dos ámbitos.

Desde tal perspectiva, en este criterio 5 se plantean estándares acerca de:

> Identificación de poblaciones de riesgo, intervenciones en materia de promoción de la salud y planes horizontales, continuidad de los programas de promoción de la salud, cartera de servicios de prevención y promoción, o las actuaciones que se despliegan para el fomento del autocuidado.

Y también una serie de estándares en torno a las:

> Acciones emprendidas dentro del Plan de Apoyo a la Familia, etc.

> Otros planes específicos, como el Plan de Jóvenes, de Malos Tratos Tabaquismo, etc.

6. Dirección

Para las Unidades de Gestión Clínica se incorporan estándares que exploran:

> El desarrollo de la Dirección Participativa por Objetivos (en su formulación y seguimiento)

> Cómo se ha establecido la política de incentivación

La asunción por parte de la Dirección de la Unidad de las condiciones de confortabilidad que afectan a los ciudadanos y que son propias de su gestión (la limpieza, la alimentación, la comunicación con los familiares, el descanso, el estado de las instalaciones, etc.).

> Cómo se impulsa también desde la Dirección una cultura de seguridad, tendente a identificar y eliminar aquellos elementos susceptibles de propiciar errores.

III. Profesionales, Desarrollo y Formación

7. Profesionales, Desarrollo y Formación

El bloque III contiene un único criterio referido a los Profesionales, su Desarrollo y Formación en el que se esta-

blecen estándares en torno a la Gestión por Competencias en sus diferentes facetas.

>Planificación cuantitativa y cualitativa de los recursos humanos.

>Definición de mapas de competencias.

>Establecimiento de planes de formación, evaluando su impacto.

>Planes de desarrollo individual de los profesionales.

>Planificación e implementación de la Comunicación Interna.

>El abordaje de las consideraciones bioéticas.

Y además:

>Existencia de herramientas que faciliten la difusión del conocimiento entre sus profesionales.

>Características de los proyectos de investigación.

IV. Estructura

El bloque IV integra un amplio porcentaje de estándares en los tres criterios (Estructura, Sistema de Información y Sistema de Calidad) que lo conforman:

8. Estructura, equipamiento y proveedores

Estándares que buscan hacer de la Unidad Gestión Clínica un lugar seguro y agradable para ciudadanos y profesionales, y respetuoso con el medioambiente.

9. Sistemas y tecnologías de la Información y las comunicaciones

El criterio 9 habla de Desarrollo de sistemas y tecnologías de la información orientados al ciudadano, como soporte a los procesos asistenciales y no asistenciales, atendiendo a:

>La identificación y planificación de necesidades de información.

>Gestión de la Información: utilizar los datos precisos para satisfacer las necesidades de información interna y externa a la organización.

>Conectividad.

>Adherencia a la Ley de Protección de datos.

10. Sistema de Calidad

El criterio 10 de Sistemas de Calidad aborda cómo la Cultura de calidad está extendida entre los profesionales.

>Sistemas de monitorización de indicadores en marcha

>Evitación de acontecimientos adversos (a partir de su registro y análisis, mejora de la identificación de los pacientes, información sobre riesgos, etc.)

>Mecanismos de recogida de sugerencias, ideas, "pequeñas cosas" y opiniones que impulsan las mejoras

>Revisiones de seguimiento de las guías de práctica clínica y planes de cuidados estandarizados

V. Resultados

11. Resultados Clave

Y por último el criterio de resultados, con estándares que inciden en los resultados clave tanto asistenciales como económicos.

Se selecciona una batería de indicadores (normas básicas de calidad de los procesos, índices de satisfacción, etc.) que se incorpora al cuadro de mando del proceso de acreditación para su monitorización.

Sobre los estándares

Los estándares disponen de un código que identifica a qué criterio pertenecen y su número de orden dentro de dicho criterio, e informa de su actualización, de qué revisión se trata.

Incluyen en negrita una definición del estándar.

A su lado se identifica mediante iconos si dicho estándar pertenece al Grupo I, II o III o si es obligatorio, en cuyo caso aparece rodeado por un círculo.

Y todos tienen asociado un Propósito, que establece el ámbito del estándar y le da "sentido", sobre cuyo cumplimiento se hace preguntas la Unidad durante el desarrollo de la Autoevaluación.

Pero un programa de Acreditación es algo más que estándares o criterios que se cumplen o no. Debe ser algo que penetre en las organizaciones como un instrumento de mejora ampliamente aceptado.

Se resume a continuación cómo se ha diseñado el proceso de Acreditación desde esta perspectiva.

4 > Proceso de Acreditación

4>Proceso de Acreditación

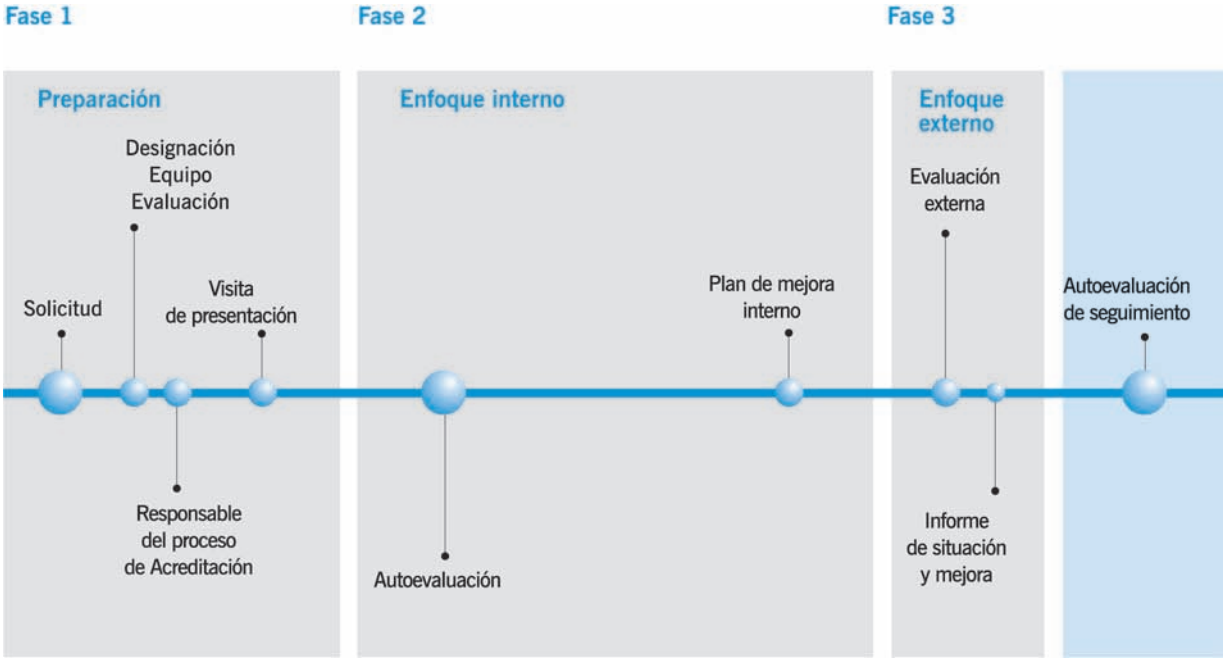


Figura 2

FASE 1.- Preparación. Solicitud de certificación y visita de presentación

El/la Director/a Gerente/Represente del Centro o Director/a de Distrito, conjuntamente con el Director/a de la Unidad de Gestión Clínica, solicita la certificación a la Agencia de Calidad Sanitaria.

Esta solicitud tiene como consecuencia la planificación conjunta, entre los responsables del Centro, la Unidad de la Agencia, de todo el proceso.

La solicitud se cumplimenta en entornos web. Recoge datos que tienen que ver con las características de la Unidad, misión y valores, cartera de servicios, y determinados indicadores de actividad y calidad. De ella se obtiene la información necesaria para planificar el proceso y elaborar el documento de compromiso entre la Unidad y la Agencia.

Cada Proceso de Acreditación supone la designación por parte de la Agencia de un Evaluador Jefe, que facilita la coordinación y seguimiento de todo el proceso.

La Unidad de Gestión Clínica nombra asimismo un Coordinador Interno del Proceso de Acreditación para facilitar el desarrollo del proceso y la comunicación con la Agencia.

De forma consensuada con la Unidad, se planifica y se realiza una visita de presentación al equipo directivo y otra a los profesionales acerca del proceso de Acreditación.

FASE 2.- Enfoque interno: Autoevaluación, Evaluación Interna y Simulación

Autoevaluación

La Autoevaluación se concibe como la comprobación permanente de los espacios de mejora de la Organización tomando como referencia el Manual de Estándares y otros elementos del Plan de Calidad del SSPA.

Hace posible a los distintos grupos determinar dónde han estado, dónde están ahora, y a dónde necesitan llegar. Les permite reconocer qué es lo que hacen bien (evidencias positivas) y detectar a la vez las áreas de mejora.

Objetivos de la Autoevaluación en el Modelo Andaluz de Calidad

> Promocionar y difundir el Modelo Andaluz de Calidad entre los directivos y profesionales del Centro, del Área, y entre la Comunidad.

- Facilitar a la organización el camino hacia la mejora continua y hacia la Acreditación:
  - A partir de la identificación de cuáles son los puntos fuertes (para mantenerlos e incluso mejorarlos), y cuáles las áreas de mejora (para reforzarlas e incluso convertirlas en puntos fuertes).
  - Ampliando información sobre el propósito y alcance del estándar y aportando ejemplos de buenas prácticas.
- Posibilitar la autoevaluación periódica, dentro y fuera de los ciclos de Acreditación, para evaluar de manera continuada el progreso.
- Fomentar el aprendizaje organizacional y la creación y gestión del conocimiento.
- Focalizar el trabajo de los evaluadores, facilitando la visita de evaluación externa.

Metodología

En el diseño de la Autoevaluación se ha optado por un enfoque cualitativo en lugar de cuantitativo para determinar el nivel de cumplimiento, utilizando el Ciclo PDCA. El ciclo descrito por Shewart y popularizado por Deming es también la herramienta seleccionada para la mejora continua en la Guía de Diseño y Mejora de Procesos Asistenciales.

Se entiende así el estándar como una partícula dinámica, siendo importante asegurar su cumplimiento sostenido en el tiempo, es decir, la estabilización de un estándar no conlleva únicamente el cumplimiento de éste, supone además la movilización de la Organización en un proceso que asegurará su cumplimiento futuro así como el establecimiento de nuevos elementos de mejora. Más allá de "asignar puntos" a cada estándar se aborda su evaluación con el enfoque cualitativo que se traduce del ciclo PDCA. Para cada estándar se propone una autoevaluación considerando cómo se ha dado respuesta al ciclo PDCA según los hitos descritos en la tabla 2.

Como soporte al Proceso de Certificación de Unidades de Gestión Clínica se facilita la aplicación infomática en entornos web ME_jora 1.0

Se estima que el plazo máximo para completar el proceso de autoevaluación es de 3-4 meses.

Los pasos recomendados a seguir (Fig. 3) son detallados a continuación.

Fase	Abreviatura	Hito
	Perfil de Mejora Previo	Se determina la influencia sobre la organización del propósito del estándar con anterioridad a iniciar el proceso de Acreditación.
PLANIFICACIÓN	Delimita Objetivo y Sistema de Información	Se han definido los indicadores que identifican la consecución del estándar.
	Planifica	Se han identificado las acciones necesarias para alcanzar el estándar.
	Define Funciones	Se han delimitado y asignado las responsabilidades y los recursos humanos necesarios para alcanzar el estándar.
	Comunica	Se ha informado de los planes a seguir a todos los implicados en el proceso iniciado para alcanzar el estándar
	Adecua Recursos	Se han definido y asignado todos los recursos (materiales, formativos, etc.) necesarios para alcanzar el estándar.
CUMPLIMIENTO	Cumple	Se cumple el propósito del estándar de acuerdo a su influencia y a los indicadores definidos.
EVALUACIÓN	Valora	Se han identificado las desviaciones en los resultados obtenidos.
ADECUACIÓN	Corrige y Mejora	Se han emprendido las acciones necesarias para eliminar las desviaciones observadas.

Tabla 2

1. El equipo de dirección establece los objetivos y el plan de acción para la Autoevaluación de la Unidad de Gestión Clínica.

En la planificación, el equipo de dirección considera cómo se va a desplegar la autoevaluación hacia todos los niveles, cómo se vincula la autoevaluación con la cascada de objetivos, cuál es el plan de comunicación tanto interno como externo, etc.
El grado de trasformación que se obtenga depende de la forma en que se aplica la herramienta de autoevaluación.

2. Se designa un Cordinador Interno del Proceso de Acreditación en la Unidad de Gestión Clínica

> Se recomienda contar con un Cordinador del Proceso de Acreditación en la Unidad, como persona clave para la organización de todo el proceso, y como interlocutor con la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. Entre sus actuaciones estaría:

> Establecer el cronograma a seguir y velar por su cumplimiento.

> Participar en la selección de los grupos de autoevaluación y mejora, y darles soporte y apoyo formativo.

> Fijar el calendario de reuniones entre grupos de autoevaluación y mejora.

> Etc.

3. Se seleccionan los Grupos de Autoevaluación y Mejora según las características de la organización

Es importante que la Unidad cuente con Grupos de Autoevaluación y Mejora multidisciplinares para potenciar el aprendizaje y la creación de conocimiento organizativo.

Estos grupos no deberían constituirse únicamente para un ejercicio de autoevaluación puntual, sino que habrán de seguir trabajando en las áreas de mejora detectadas, en las recomendaciones tras la evaluación externa, y actualizando periódicamente la autoevaluación.

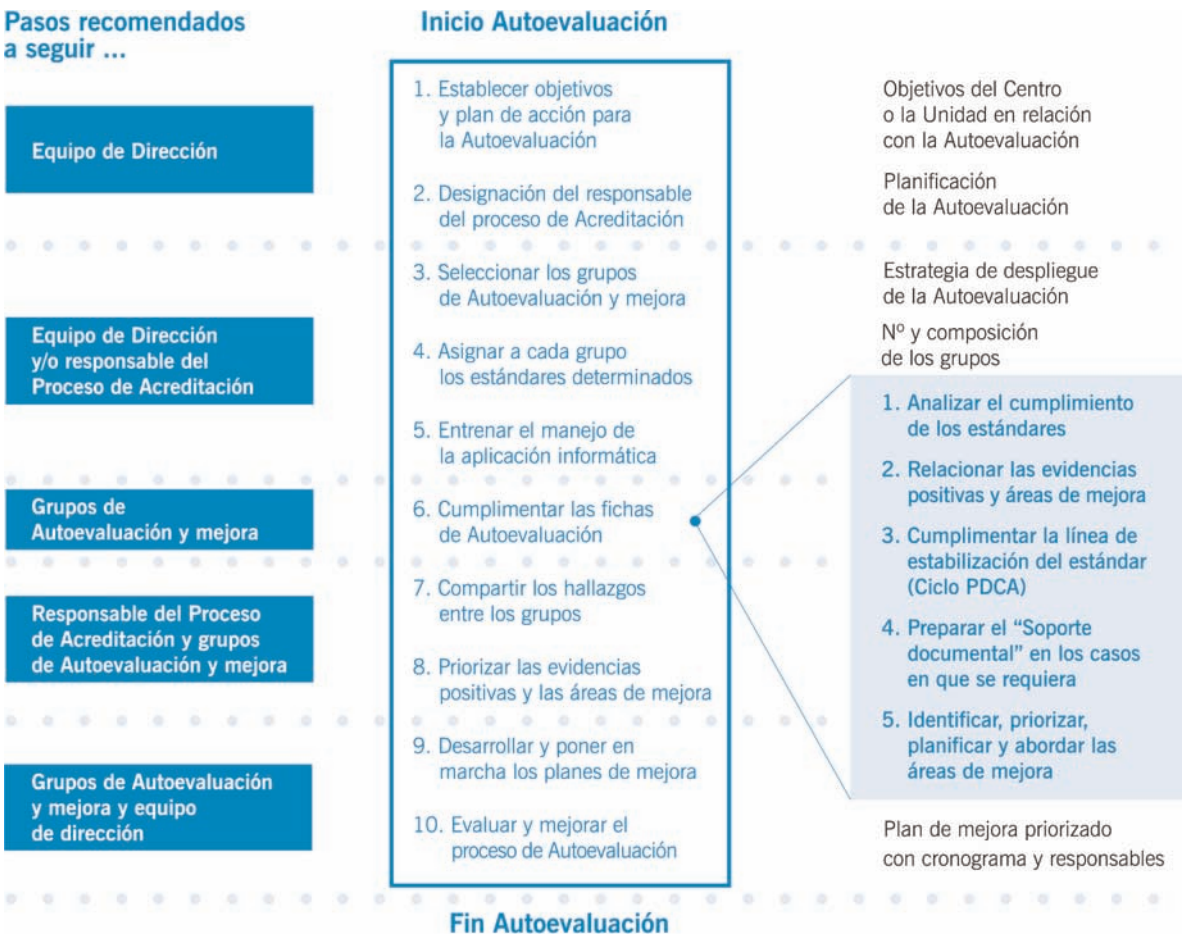

Pasos recomendados a seguir ...
Inicio Autoevaluación
Equipo de Dirección
Equipo de Dirección y/o responsable del Proceso de Acreditación
Grupos de Autoevaluación y mejora
Responsable del Proceso de Acreditación y grupos de Autoevaluación y mejora
Grupos de Autoevaluación y mejora y equipo de dirección
1. Establecer objetivos y plan de acción para la Autoevaluación
2. Designación del responsable del proceso de Acreditación
3. Seleccionar los grupos de Autoevaluación y mejora
4. Asignar a cada grupo los estándares determinados
5. Entrenar el manejo de la aplicación informática
6. Cumplimentar las fichas de Autoevaluación
7. Compartir los hallazgos entre los grupos
8. Priorizar las evidencias positivas y las áreas de mejora
9. Desarrollar y poner en marcha los planes de mejora
10. Evaluar y mejorar el proceso de Autoevaluación
Objetivos del Centro o la Unidad en relación con la Autoevaluación
Planificación de la Autoevaluación
Estrategia de despliegue de la Autoevaluación
Nº y composición de los grupos
1. Analizar el cumplimiento de los estándares
2. Relacionar las evidencias positivas y áreas de mejora
3. Cumplimentar la línea de estabilización del estándar (Ciclo PDCA)
4. Preparar el "Soporte documental" en los casos en que se requiera
5. Identificar, priorizar, planificar y abordar las áreas de mejora
Plan de mejora priorizado con cronograma y responsables
Fin Autoevaluación

Figura 3

Bloques	Criterios	Composición de los Grupos de Autoevaluación
I. El ciudadano, centro del Sistema Sanitario	1. Usuarios: derechos, satisfacción e implicación 2. Accesibilidad y continuidad de la asistencia 3. Documentación Clínica	Profesionales de diferentes áreas y unidades, según la secuencia de los procesos, profesionales del área de atención al ciudadano, profesionales de ambos niveles, mandos intermedios, etc. Profesionales del área archivo y documentación, Comisión de Hª C.
II. Organización de la actividad centrada en el paciente	4. Gestión de procesos asistenciales	Miembros de la Comisión Mixta de Procesos y Responsables Locales de Procesos Asistenciales.
	5. Actividades de promoción y programas de salud	Profesionales de diferentes áreas y unidades, según la secuencia de los procesos, profesionales.
	6. Dirección	Equipo de Dirección.
III. Profesionales	7. Profesionales, desarrollo profesional y formación	Equipo de Dirección, mandos intermedios y profesionales de primera línea.
IV. Estructura	8. Estructura, equipamiento y proveedores 9. Sistemas de Información y Tecnologías de la Información	Dirección, áreas técnicas (responsables de seguridad, de gestión medioambiental, de Sistemas de Información) y profesionales asistenciales.
	10. Sistemas de calidad	Mandos intermedios y profesionales de diferentes áreas y unidades, según la secuencia de los procesos.
V. Resultados	11. Resultados claves de la organización	Equipo de Dirección y mandos intermedios.

Tabla 3

4. Se asignan a cada grupo unos determinados estándares

En la constitución de estos grupos se debería pensar en la combinación entre profesionales de primera línea y profesionales de la gestión, en la representación de las diferentes disciplinas o categorías profesionales y en la composición "transversal" de los grupos, tratando de incorporar a profesionales de diversas áreas que intervienen según la secuencia de los procesos asistenciales.
A modo de ejemplo, algunos de estos grupos de Autoevaluación y Mejora podrían ser los que se relacionan en la tabla 3.

La composición y el nº de participantes en estos grupos dependerán del tamaño de la organización, de sus objetivos en cuanto a la acreditación, de su cartera de servicios, de su dispersión geográfica, etc. Si la organización es pequeña un solo grupo de autoevaluación puede ser suficiente.

Podría considerarse asimismo la participación de profesionales de otros centros o unidades relacionados, y la de usuarios en la autoevaluación de algunos estándares.

5. Los grupos de ciudadanos autoevaluación y mejora se entrenan en el manejo de la aplicación informática

El coordinador del proceso de Acreditación de la Unidad proporciona a cada grupo de Autoevaluación y mejora:

- El Manual de estándares completo, y el listado de estándares sobre los que realizar la autoevaluación a la aplicación informática.
- Acceso al software ME_jora 1.0 donde los grupos puedan registrar las evidencias positivas y áreas de mejora, y el grado de cumplimiento.
- La Guía Metodológica y de uso que acompaña al software.

6. Se completan las fichas de autoevaluación

Guiados por el Coordinador Interno del proceso de Acreditación, los grupos de trabajo de la Unidad creados para realizar la autoevaluación, cumplimentan las fichas de la aplicación informática disponible en entorno WEB, describiendo para cada estándar evidencias positivas y áreas de mejora.

El Coordinador del Proceso de Acreditación de la Unidad puede realizar consultas a su interlocutor en la Agencia de Calidad, mediante la propia herramienta informática. Ésta dispone de ayudas, tanto de manejo como de contenido, y ofrece además informes en tiempo real sobre el cumplimiento y la estabilización de los estándares.

6.1 El grupo de autoevaluación y mejora analiza cómo se cumplen los estándares

Cada grupo de autoevaluación y mejora establece la dinámica de trabajo en cuanto a agenda, lugar y formato de las reuniones, procurando la mayor eficiencia en la gestión del tiempo.

6.2 Los miembros del grupo revisan el modo en que su actividad cumple con los estándares, utilizando como guía las preguntas siguientes:

- >En términos globales, ¿qué es lo que hacemos en relación a este criterio o subcriterio?
- >¿Qué es lo que hacemos para demostrar que cumplimos este estándar? (Dónde estamos ahora, cuáles son nuestras fortalezas o evidencias positivas)
- >¿Qué resultados está dando lo que hacemos?
- >¿Cómo podría ir aún mejor? o ¿qué necesitamos cambiar para mejorar los resultados? ¿adónde queremos llegar, cuál es el espacio de mejora que tenemos por delante?)

Antes de comenzar, los miembros del grupo han tener un conocimiento general del Manual de Estándares, y han de prestar especial atención a los propósitos que aparecen asociados a cada estándar y que amplían su sentido.

6.3 El grupo de autoevaluación y mejora relaciona las evidencias positivas y las áreas de mejora

Es importante que el grupo registre cómo está cumpliendo con los estándares y dónde es necesario hacerlo mejor.

Las evidencias son elementos de certeza clara, manifiesta y constatable, asociados al cumplimiento del estándar. En el apartado de "Evidencias positivas", el grupo aporta la información relevante en relación al cumplimiento, como por ejemplo, datos de indicadores, políticas, procedimientos, informes específicos, actas de reuniones, hallazgos de estudios, etc., y aquellos otros elementos que se consideren como fortalezas.

Los evaluadores externos, durante la visita, pueden solicitar ver las evidencias reseñadas.

6.4 El grupo de autoevaluación y mejora cumplimenta la línea de estabilización del estándar

Después de revisar las evidencias positivas y áreas de mejora, el grupo determina el grado de cumplimiento de la escala cualitativa basada en el ciclo PDCA que aparece para cada estándar.

Se concibe el estándar como una partícula dinámica, que más que cumplir en un momento puntual, hay que "estabilizar", para garantizar no sólo el cumplimiento en el presente sino su permanencia en el futuro.

Así, la metodología que se propone para su evaluación **no es cuantitativa, ni dicotómica, sino cualitativa**. No se trata de decir si el estándar se cumple nada, poco o mucho en una determinada foto estática, sino de revisar a partir del ciclo PDCA desagregado, qué tipo de actuaciones se han tenido en cuenta para alcanzar el estándar, con una gradualidad en su cumplimiento según estas acciones.

Es importante que los miembros del grupo entiendan con claridad el significado de cada ítem que se recoge en la tabla 2.

La reflexión de la Unidad sobre los estándares se realiza sobre la aplicación ME_jora 1.0

6.5 El grupo de autoevaluación y mejora prepara el "Soporte documental" en los casos en que se requiera

En algunos estándares, se indica la necesidad de tener preparada cierta información para la evaluación externa, que el grupo revisa y verifica su disponibilidad.

6.6 El grupo de autoevaluación y mejora identifica y prioriza las áreas de mejora

Para cada una de las áreas de mejora identificadas, se detallan las actuaciones, responsables y cronograma, para la consecución de las mejoras propuestas.

7. Los grupos de autoevaluación y mejora comparten los hallazgos (evidencias positivas clave, y vacíos en las respuestas), y finalizan la autoevaluación

Se ponen en común los resultados de cada uno de los grupos de autoevaluación y mejora, aprovechando para clarificar algunas respuestas, y compartir y completar información. Es una buena oportunidad para transferir conocimiento y establecer sinergias para la mejora continua.

8. Se priorizan las evidencias positivas y las áreas de mejora

Tras compartir los resultados de los distintos grupos, se abordan globalmente las áreas de mejora en busca de líneas de acción comunes.

9. Se desarrollan y se ponen en marcha los planes de mejora

10. Se evalúa y se mejora el proceso de autoevaluación

Se analiza el proceso de autoevaluación como fórmula de aprendizaje para introducir mejoras y preparar así las sucesivas autoevaluaciones.

El módulo de resultados facilita y apoya la planificación, seguimiento y consecución de las acciones y resultados, derivadas de la gestión de la mejora que se realiza en la fase de autoevaluación.

La aplicación dispone de informes y listados para realizar el seguimiento de la Autoevaluación y gestión de las Áreas de Mejora.

Los informes facilitan el seguimiento de los resultados dando a conocer el estado de la autoevaluación en todo momento. Se posibilita la visualización de tablas y gráficos que permiten monitorizar e interpretar con mayor facilidad la información que se genera durante todo el proceso.

FASE 3.- Enfoque externo. Visita de evaluación (informes)

La composición del Equipo Evaluador depende del tipo de Unidad de Gestión Clínica a certificar. Este equipo es el encargado de estudiar los informes de autoevaluación y evaluación interna y simulación, procediendo a la visita de evaluación externa. Esta visita se fija de acuerdo con los directivos de la organización implicada.

Integrando toda la información de la fase previa para hacer más eficiente el proceso, el equipo de evaluadores externos verifica el cumplimiento de los estándares, a partir de las evidencias positivas y áreas de mejora aportadas por la Unidad de Gestión Clínica durante:

- >La autoevaluación
- >Los resultados de la evaluación interna y simulación
- >Otras evidencias significativas documentales, de entrevista y/o a través de observación

Informe

El equipo de evaluadores elabora un informe con los resultados y sus recomendaciones para la Dirección de Acreditación de Centros, quien lo eleva a la Dirección General de la Agencia.

La Agencia de Calidad remite al Equipo Directivo de la Unidad un Informe detallado con los resultados.

Con posterioridad, y según se define en la resolución de la Dirección General de Prosesos y Formación de 25 de julio de 2003 (BOJA num. 153 de 11 de agosto de 2003), se emite un informe de situación respecto a los estándares (Certificación), destinado al órgano acreditador como apoyo a la toma de decisiones.

Esta certificación contiene los datos identificativos de la Unidad, el alcace y ámbito de la cetificación, el programa de acreditación seguido y el grado de cumplimiento de los estándares del programa.

FASE 4.- Seguimiento

Una vez terminado el proceso de acreditación, la Agencia y la Unidad establecen un sistema de colaboración para asegurar la estabilidad de los estándares en el tiempo que aseguren los niveles de calidad.

Las visitas de seguimiento se realizan con la periodicidad que se determine en función de los resultados alcanzados, o cuando existan circunstancias que así lo justifiquen.

Una vez terminado el proceso de certificación, se inicia la fase de Seguimiento destinada a asegurar la estabilidad de los estandares y a seguir impulsando la mejora continua. Se activa entonces el módulo de autoevaluación de Seguimiento de la aplicación ME_jora 1.0.

5 > Resultados

5 > Resultados

Una vez realizada la evaluación sobre la totalidad de los estándares y en función del cumplimiento de éstos, el resultado obtenido podrá ser:

Pendiente de estabilización de estándares obligatorios

Situación que se mantiene hasta que los planes de mejora de la Unidad cumplen con los estándares obligatorios.

Acreditación Avanzada

> Cumplimiento mayor del 70% de estándares de este Grupo I (incluyen la totalidad de los obligatorios).

Acreditación Óptima

> Cumplimiento del 100% de los estándares del Grupo I.

> Cumplimiento mayor del 40% de los estándares del Grupo II.

Acreditación Excelente

> Cumplimiento del 100% de los estándares del Grupo I y del Grupo II.

> Cumplimiento mayor del 40% de los estándares del Grupo III.

	Avanzado	Óptimo	Excelente
Grupo I	↑ 70% (incluidos los obligatorios)	100%	100%
Grupo II		↑ 40%	100%
Grupo III			↑ 40%

Tabla 4

Una vez obtenido un grado de acreditación Avanzado u Óptimo, la Unidad podrá, transcurrido un año al menos, optar de forma voluntaria a la acreditación en los grados sucesivos o a la reacreditación en su mismo grado transcurridos 5 años como máximo.

Para el Grado Excelente se optará a la reacreditación transcurridos 5 años como máximo.

Figura 5. Sello Identificativo

6 > Estándares del Programa de Acreditación de Unidades de Gestión Clínica

I. El ciudadano, centro del Sistema Sanitario

1. Usuarios: satisfacción, participación y derechos
2. Accesibilidad y continuidad de la asistencia
3. Documentación clínica

II. Organización de la actividad centrada en el paciente

4. Gestión de procesos asistenciales
5. Actividades de promoción y programas de salud
6. Dirección de la Unidad de Gestión Clínica

III. Profesionales

7. Profesionales, desarrollo y formación

IV. Estructura

8. Estructura, equipamiento y proveedores
9. Sistemas y tecnologías de la información y las comunicaciones
10. Sistemas de calidad

V. Resultados

11. Resultados de la Unidad de Gestión Clínica

I. El ciudadano, centro del Sistema Sanitario

1. Usuarios: satisfacción, participación y derechos
2. Accesibilidad y continuidad de la asistencia
3. Documentación clínica

I. El ciudadano, centro del Sistema Sanitario

1. Usuarios: satisfacción, participación y derechos

Definición del criterio

Desarrollo de actuaciones y procedimientos para que la organización y la atención sanitaria prestada considere las preferencias y respete los derechos del paciente.

Intención del criterio

El ciudadano es el centro del Sistema Sanitario Público de Andalucía. Por lo tanto, sus necesidades, demandas, expectativas y su satisfacción, se convierten en los objetivos fundamentales. La calidad percibida por el usuario va a depender de que queden satisfechas sus necesidades y expectativas. Para lograrlo, no sólo es necesario tener claro qué servicios precisan los pacientes, sino también transmitirles cómo utilizarlos eficazmente, favoreciendo su participación en las decisiones relativas a su asistencia.

La intención del conjunto de estándares de derechos, satisfacción e implicación del usuario, es la de garantizar una asistencia orientada al paciente, personalizada, que no sólo garantice el éxito clínico, sino que además cubra sus expectativas, y en la que el ciudadano sea el centro del proceso.

ES 5 01.01_00 (ES 2 01A.01_00)

La Unidad de Gestión Clínica cumple con el contenido de la Carta de Derechos y Deberes.

Propósito: La Unidad de Gestión Clínica garantiza el cumplimiento de los derechos del paciente.

ES 5 01.02_00 (ES 2 01A.02_00)

Los pacientes son informados de todos los aspectos relacionados con su problema de salud.

Propósito: Los pacientes deben tener la información necesaria para poder participar en la toma de decisiones sobre su problema de salud, implantando mecanismos que permitan superar barreras de comunicación.

ES 5 01.03_00 (ES 2 01F.02_00)

Se respeta la intimidad de los pacientes.

Propósito: Garantizar el derecho a la intimidad y privacidad del paciente durante la asistencia sanitaria.

ES 5 01.04_00 (ES 2 01D.02_01)

Se dispone de un procedimiento para la "sustitución en la toma de decisiones" (familiar, tutor o representante legal), en condiciones de incapacitación o cuando el paciente menor de edad no sea capaz intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención.

Propósito: La Unidad de Gestión Clínica garantiza que el proceso de tomas de decisiones responde a criterios establecidos y conocidos por los profesionales.

ES 5 01.05_00 (ES 2 01D.03_00)

Se aplica el procedimiento legal establecido para que el paciente manifieste su decisión de Voluntad Vital Anticipada.

Propósito: Asegurar el derecho de los pacientes a tomar decisiones sobre su propio proceso asistencial, relacionadas con la continuación o interrupción del mantenimiento vital y la asistencia al final de su vida.

ES 5 01.06_00

Los profesionales de la Unidad de Gestión Clínica conocen y aplican los contenidos recogidos en el Libro de Estilo del Servicio Andaluz de Salud.

Propósito: Mejorar la calidad de la relación profesional - paciente.

ES 5 01.07_00

La Unidad de Gestión Clínica promueve la toma de decisiones activa del usuario durante su proceso asistencial, utilizando herramientas de ayuda a la toma de decisiones del ciudadano, que estén debidamente contrastadas.

III

Propósito: Reducir la pasividad en la toma de decisiones y el conflicto decisional e incrementar la participación y la elección informada del ciudadano en las decisiones sobre su salud, utilizando herramientas de ayuda que hayan sido contrastadas, teniendo en cuenta siempre los niveles de información deseados por los ciudadanos.

ES 5 01.08_00

Se informa al paciente sobre el plan asistencial previsto conforme a la fase del proceso en que se encuentra.

II

Propósito: Fomentar la participación del usuario en la toma de decisiones compartidas respecto a su proceso asistencial, suministrando información clara y comprensible (salvando barreras lingüísticas, limitaciones sensoriales) sobre el plan asistencial previsto.

ES 5 01.09_00

La Unidad de Gestión Clínica dispone y facilita las "Guías de Usuarios" de su propio Centro.

II

Propósito: Lograr que los usuarios tengan mayor acceso a la información sobre el funcionamiento del Centro, de la Unidad de Gestión Clínica y su Cartera de Servicios, y de su relación con el otro nivel, para poder participar activamente en la toma de decisiones sobre suproceso, así como también ejercer su derecho a la libre elección y acceder a la segunda opinión.

ES 5 01.10_00 (ES 2 07G.01_00)

La Unidad de Gestión Clínica consulta y tiene en cuenta las recomendaciones del Comité de Ética de su Centro.

Propósito: Todas la actuaciones realizadas en la Unidad de Gestión Clínica deben estar inspiradas en principios éticos.

ES 5 01.11_00 (ES 2 01A.04_00)

Los pacientes que participan en proyectos de investigación han dado su consentimiento informado y han sido previamente informados de los riesgos y beneficios y de las alternativas existentes a su no participación.

Propósito: Garantizar que los pacientes que van a participar en proyectos de investigación disponen de la información suficiente que les permita una toma de decisiones libre, tras el conocimiento de los riesgos y beneficios y las alternativas a la no participación.

ES 5 01.12_00

La Unidad de Gestión Clínica ha determinado el mecanismo de asignación de la/el médica/o y enfermera/o responsable de cada paciente, y los pacientes conocen los nombres de las/los médicas/os y enfermeras/os responsables de su asistencia.

Propósito: Potenciar la relación profesional sanitario - paciente, de forma que se garantice la personalización y continuidad de la asistencia.

ES 5 01.13_00

La Unidad de Gestión Clínica facilita y promueve la utilización, por el paciente, del Cuestionario del Centro sobre Valoración de la Atención Hospitalaria y se incorporan mejoras a partir de los contenidos de los Cuestionarios.

Propósito: La Unidad de Gestión Clínica y su Centro disponen de una herramienta que permite hacer una evaluación permanente de la satisfacción de los usuarios y la utiliza como un elemento de mejora continua.

ES 5 01.14_00

Los profesionales de la Unidad de Gestión Clínica adoptan un papel de captación activa de las sugerencias, quejas y reclamaciones realizadas por cualquier medio (verbales, escritas, e-mail, Cuestionario de Valoración Hospitalaria o similares, etc.), incorporando mejoras que dependan de su ámbito de responsabilidad.

Propósito: Los profesionales de la Unidad de Gestión Clínica identifican las oportunidades de mejora expresadas por cualquier medio, las vehiculizan adecuadamente e incorporan mejoras.

ES 5 01.15_00 (ES 2 01G.04_00)

Los pacientes y familiares refieren un trato correcto por parte de todos los profesionales de la Unidad de Gestión Clínica.

Propósito: Mejorar la calidad de la relación profesional - paciente.

ES 5 01.16_00

La Unidad de Gestión Clínica dispone de una relación de aquellos procedimientos que requieren el Consentimiento Informado del paciente, almacenando una copia firmada por el paciente en la Historia de Salud o sistema de registro similar y evalúa periódicamente al menos una vez al año, el grado de cumplimiento de este derecho.

Propósito: La Unidad de Gestión Clínica debe identificar los procedimientos de riesgo para el paciente que precisen consentimiento informado y adaptar su formulación a la Carta de Derechos y Deberes del Paciente, garantizando el cumplimiento de dicho derecho.

ES 5 01.17_00 (ES 2 01E.05_00)

Se hacen públicos indicadores de resultado (de sus procesos asistenciales, y otros) de la actuación del equipo de profesionales de la Unidad de Gestión Clínica.

Propósito: Proporcionar al ciudadano información que le permita conocer la actuación de los profesionales para que pueda elegir con conocimiento y ejercer sus derechos relacionados con la prestación de los servicios sanitarios.

2. Accesibilidad y continuidad de la asistencia

Definición del criterio

Capacidad de la organización de cubrir las necesidades de los usuarios de forma equitativa e integral en el menor tiempo posible. Está basado en el concepto de proceso asistencial integral y único, entendido desde la perspectiva del ciudadano.

Intención del criterio

Mucho más que la simple coordinación, es una visión continua y compartida del trabajo asistencial en el que intervienen múltiples profesionales en diferentes centros de trabajo, que actúan en tiempos distintos con un objetivo común: el ciudadano. Los estándares relativos a este criterio evalúan, entre otros aspectos, los tiempos de atención o la accesibilidad a las prestaciones sanitarias, y las actuaciones de mejora en la coordinación entre los profesionales, unidades o centros, que potencian la eficiencia y efectividad en la asistencia.

ES 5 02.01_00 (ES 2 02A.01_00)

La Unidad de Gestión Clínica tiene definida con claridad la cartera de servicios autorizada.

Propósito: La prestación de servicios debe estar en consonancia con los recursos disponibles en el centro y la cartera de servicios autorizada. Los profesionales conocen su cartera de servicios autorizada.

ES 5 02 .02_00

Están implantados los procedimientos que garantizan la comunicación efectiva entre los profesionales de diferente nivel asistencial y facilitan así la resolución de los procesos asistenciales.

Propósito: Garantizar la continuidad y resolución del proceso asistencial mediante la comunicación directa y reglada entre los profesionales del Sistema.

ES 5 02.03_00 (ES 2 02C.01_00)

Los profesionales implicados en un determinado proceso asistencial utilizan los mismos procedimientos normalizados y adaptados.

I

Propósito: Mejorar la coordinación entre profesionales y evitar la variabilidad de la práctica clínica.

ES 5 02.04_00

La Unidad de Gestión Clínica utiliza, para los procesos no incluidos en los mapas del SSPA, guías de práctica clínica y planes de cuidados estandarizados y compartidos con los otros niveles asistenciales, incorporando criterios de coste-efectividad al implantarlas.

II

Propósito: Garantizar que en la implantación de guías de práctica clínica y planes de cuidados estandarizados se ha valorado y tenido en cuenta tanto la efectividad como los costes asociados.

ES 5 02.05_00

La Unidad de Gestión Clínica utiliza, para los procesos no incluidos en los mapas del SSPA, guías de práctica clínica y planes de cuidados estandarizados, y compartidos con los otros niveles asistenciales y que recogen las preferencias de los pacientes.

III

Propósito: Utilizar guías de práctica clínica y planes de cuidados estandarizados que contemplen la participación de los ciudadanos y sus preferencias como elemento clave para mejorar los resultados.

ES 5 02.06_00 (ES 2 02C.02_00)

Se implantan acciones coordinadas entre distintos niveles asistenciales dirigidas a ubicar más eficientemente los recursos disponibles.

II

Propósito: La Unidad de Gestión Clínica y el Centro deben analizar y priorizar las actuaciones coordinadas oportunas para aumentar la capacidad de resolución de la red asistencial, especialmente en lo referente a la ubicación de tecnologías.

ES 5 02 .07_01

Quedan establecidas entre niveles asistenciales y las distintas unidades y servicios del Centro, las bases necesarias para la coordinación, el seguimiento y la mejora de la prestación farmacéutica.

Propósito: Proceso por el cual se ha de garantizar la adecuada prestación farmacéutica, coordinando a los profesionales de los diferentes niveles asistenciales a lo largo del tiempo.

ES 5 02.08_00 (ES 2 02C.04_00)

Se asegura la continuidad del flujo del proceso, sin vacíos asistenciales, controlando las posibles interfases entre distintos profesionales, servicios o instituciones.

Propósito: La continuidad asistencial constituye un criterio clave y determinante que debe inspirar la organización de los servicios, concebida como una visión continua y compartida de la prestación sanitaria en la que intervienen diferentes equipos de profesionales.
La continuidad del proceso no se interrumpe en sus diferentes fases:

- Acceso a la asistencia (A. Primaria, Emergencia, A. Especializada)
- Prestación de la asistencia (evaluación, diagnóstico, planificación, tratamiento)
- Traslado o alta
- Seguimiento

ES 5 02.09_00

La Unidad de Gestión Clínica implanta fórmulas de organización de la actividad que mejoran su capacidad de resolución asistencial.

Propósito: Se desarrollan actividades que permiten optimizar el tiempo de los ciudadanos, tales como Consultas por Acto Único, Telemedicina y otras.

ES 5 02.10_00

La Unidad de Gestión Clínica evalúa y optimiza los tiempos de respuesta a los pacientes de los procesos asistenciales de la Unidad de Gestión Clínica y los da a conocer a ciudadanos, a su centro, y a los otros niveles asistenciales.

II

Propósito: Ha de existir un seguimiento continuado de los principales tiempos de respuesta y del impacto de las acciones de mejora adoptadas, comunicándose los resultados.

ES 5 02.11_00 (ES 2 02D.03_00)

Se cumplen los tiempos de respuesta a los pacientes de los procesos asistenciales de la Unidad de Gestión Clínica.

III

Propósito: La atención a los procesos se ha de efectuar en un tiempo adecuado a las necesidades de los ciudadanos y a las características de los procesos.

ES 5 02.12_00

La Unidad de Gestión Clínica dispone de información sobre las desprogramaciones (consultas, pruebas diagnósticas y terapéuticas, hospitalización…) y adopta medidas dirigidas a disminuirlas y aliviar sus efectos negativos.

II

Propósito: Se adopta una actitud de máximo respeto con el tiempo de los usuarios, eliminando las desprogramaciones evitables para que la prestación se facilite en el momento más adecuado y beneficioso para el paciente, y manteniendo una gestión eficiente de los recursos del Centro.

ES 5 02.13_00

La Unidad de Gestión Clínica dispone de sistemas de detección y corrección precoz de demoras en la asistencia.

I

Propósito: La Unidad de Gestión Clínica ha de disponer de información que le permita anticiparse y evitar la existencia de demoras en la asistencia.

3. Documentación clínica

Definición del criterio

Gestión eficiente de fuentes y recursos de información clínica.

Intención del criterio

Los estándares contemplados en este criterio intentan evaluar cómo se da respuesta a las necesidades de la información clínica que acompaña al proceso asistencial, asegurando la calidad científico-técnica, la satisfacción de los ciudadanos y de los profesionales, con la mayor eficacia y eficiencia, y favoreciendo la descentralización y coordinación de los flujos de la información clínica. De igual manera, incorporan nuevas perspectivas de cara a la implantación de una "Historia de Salud del Ciudadano" que integra la actual arquitectura de "Historias Clínicas del Ciudadano".

ES 5 03.01_00 (ES 2 03A.01_00)

La Unidad de Gestión Clínica, junto con el Centro, garantizan la existencia de un número de Historia de Salud único por usuario.

Propósito: Evitar la duplicidad de historias clínicas para facilitar con ello el acceso a la información completa del paciente.

ES 5 03.02_00 (ES 2 03A.05_00)

La Historia de Salud mantiene la misma estructura que la del Centro, y su contenido se ajusta a la normativa vigente.

Propósito: Garantizar que la operativa seguida en el centro para estructurar la Historia de Salud cumple la normativa vigente.

ES 5 03.03_00 (ES 2 03A.06_00)

Se aplica un reglamento del Centro del uso de la Historia de Salud, que define:
- **Catálogo de documentos normalizados.**
- **Criterios de ordenación de la Historia.**
- **Normas de cumplimentación.**
- **Contenido.**

Propósito: Garantizar que en el contenido de las Historias de Salud se registra la información precisa para prestar de manera uniforme y continua la asistencia a los pacientes, facilitando la identificación de los mismos y la comprensión de su contenido.

ES 5 03.04_00 (ES 2 03A.08_00)

La Historia de Salud contiene la información necesaria para apoyar y justificar las actuaciones realizadas al paciente, facilitando la continuidad de la asistencia.

Propósito: El contenido de la Historia de Salud ha de facilitar la toma de decisiones que permita establecer un plan de asistencia, basado en actuaciones diagnósticas y/o terapéuticas, así como su modificación, si así se estima oportuno en función del seguimiento clínico.

ES 5 03.05_00 (ES 2 03B.04_00)

La Unidad de Gestión Clínica, junto con el Centro, garantizan la existencia de un único archivo de historias.

Propósito: La disponibilidad de la Historia de Salud en el momento de prestar la asistencia, ha de suponer el acceso a toda la información relativa a un paciente independientemente del profesional o Servicio que lo haya atendido con anterioridad.

ES 5 03.06_00

La Unidad de Gestión Clínica garantizará la confidencialidad y custodia de la información clínica y personal permanentemente.

Propósito: Implicar a los profesionales de la Unidad de Gestión Clínica en el mantenimiento de un entorno asistencial donde se aseguran, en todo momento, la confidencialidad y custodia de la información clínica y personal de los pacientes.

II. Organización de la actividad centrada en el paciente

4. Gestión de procesos asistenciales
5. Actividades de promoción y programas de salud
6. Dirección de la Unidad de Gestión Clínica

II. Organización de la actividad centrada en el paciente

4. Gestión de procesos asistenciales

Definición del criterio

Adecuación de la organización a la implantación, desarrollo y seguimiento de los procesos conforme a los criterios definidos, así como la adaptación de cada uno de ellos a su entorno asistencial.

Intención del criterio

Desarrollar las estrategias de la Línea de Calidad y Procesos Asistenciales del Plan de Calidad del SSPA. Esta línea establece un enfoque de calidad centrado en el elemento básico del Sistema Sanitario: el proceso asistencial, integral y único, entendido desde la perspectiva del ciudadano.

Los procesos asistenciales incorporan una visión multidimensional que contempla elementos de continuidad de la atención, satisfacción del ciudadano, eficiencia y evidencia científica de las decisiones clínicas.

Además, su continuo seguimiento, así como la correcta valoración de su contribución a la consecución de los objetivos del Sistema Sanitario, deben ser las claves para la detección de situaciones

susceptibles de mejora.

ES 5 04 .01_01

Están identificadas y definidas las diferentes responsabilidades de actuación de la Unidad de Gestión Clínica sobre los procesos asistenciales.

Propósito: La Unidad de Gestión Clínica debe identificar el ámbito de responsabilidad en sus actuaciones para llevar a cabo una correcta gestión por procesos (éstos pueden ser compartidos o no con otros niveles asistenciales). En el caso de que la responsabilidad no sea compartida, procederá a su implantación, y en el caso de aquellos sobre los que su ámbito de responsabilidad está limitado (no pertenece a la Cartera de Servicios del Centro de la Unidad de Gestión Clínica), procederá a dar entrada en el proceso asistencial adecuado y a orientar y/o transferir al nivel correspondiente.

ES 5 04.02_00 (ES 2 04A.02_00)

Los procesos asistenciales incluidos en el mapa recogido en el Acuerdo de Gestión están descritos y documentados.

Propósito: Con el objetivo de evitar la variabilidad de la práctica, se ha de documentar el procedimiento para la gestión del proceso una vez se ha adaptado al entorno específico de la organización. Esta documentación debe ser difundida y estar disponible para los profesionales.

ES 5 04 .03_00

En la adaptación de los procesos se incorporan indicadores de calidad de la prescripción farmacéutica.

Propósito: La adaptación del proceso asistencial debe permitir, desde su inicio, detectar la variabilidad no deseada en el transcurso de la prestación asistencial, incorporando para ello indicadores de calidad de la prescripción farmacéutica.

ES 5 04 .04_00

La Unidad de Gestión Clínica cumple con el plan del centro para la implantación de los procesos.

Propósito: La implantación de los procesos va a requerir una serie de actuaciones que deben seguir un orden preestablecido, un calendario donde se marque el inicio y el fin estimado, con el objetivo de optimizar al máximo los recursos empleados y coordinar los esfuerzos de los profesionales implicados.

ES 5 04.05_00 (ES 2 04C.04_00)

Se evalúa y mejora la gestión de procesos asistenciales a lo largo del tiempo.

Propósito: Se deben diseñar procedimientos de evaluación que nos permitan conocer si los resultados de los procesos implantados se encuentran dentro de los márgenes preestablecidos y poner en marcha actuaciones que mejoren la gestión de los mismos.

5. Actividades de promoción y programas de salud

Definición del criterio

Medida en que la organización se implica en capacitar a los ciudadanos y comunidades para que incrementen el conocimiento sobre los determinantes de su salud, facilitando que ésta pueda ser mejorada.

Intención del criterio

Los estándares relativos a la promoción y programas de salud evalúan el conjunto de acciones implantadas por los servicios de salud, encaminadas al desarrollo de mejores condiciones de salud individual, colectiva y de las poblaciones en riesgo, incluyendo medidas preventivas y de educación sobre auto-cuidados.

ES 5 05.01_00 (ES 2 05A.02_00)

Se planifica e interviene sobre las necesidades detectadas en materia de cuidados, prevención y promoción de salud de la población, y considerando los Planes Horizontales y los Procesos asistenciales.

Propósito: Las intervenciones sanitarias no deben limitarse exclusivamente a la solución del problema puntual, sino que debe incorporar la dimensión de promoción y educación en cualquier escenario. Se utiliza un enfoque integral para atender a las necesidades detectadas, que abarque la promoción y prevención en materia de salud.

ES 5 05.02_00 (ES 2 05A.04_00)

El despliegue de los programas de promoción de la salud garantiza la continuidad de la atención y de los cuidados.

Propósito: El despliegue de los programas de salud implica a todos los profesionales e instituciones responsables de la atención y cuidados. Se garantiza que las intervenciones sobre promoción de la salud que se han planificado para los individuos pueden realizarse en cualquier parte del Sistema.

ES 5 05.03_00 (ES 2 05A.07_00)

Se facilita información sobre la oferta de la cartera de servicios de prevención y promoción de la salud.

Propósito: La publicidad de los servicios de prevención y promoción que tiene la Unidad de Gestión Clínica ha de contribuir a extender la cobertura de los mismos.

ES 5 05.04_00

La Unidad de Gestión Clínica desarrolla actuaciones sobre el uso responsable y seguro del medicamento, tanto por los profesionales como por los ciudadanos.

Propósito: Establecer medidas para conseguir una utilización más eficaz, eficiente y segura de los medicamentos.

ES 5 05.05_00

La Unidad de Gestión Clínica identifica y emprende las acciones enmarcadas dentro del Plan de Apoyo a la Familia en relación con el cuidador.

Propósito: Valorar el riesgo de sobrecarga de los cuidadores primarios y adoptar medidas que tiendan a aliviarla.

ES 5 05.06_00

El análisis del conocimiento adquirido sobre las necesidades y características de la población atendida, es utilizado para la programación de la formación continuada de los profesionales de la Unidad de Gestión Clínica.

Propósito: Los profesionales de la Unidad de Gestión Clínica mejoran sus competencias para prestar servicios más individualizados a la población atendida por la Unidad.

ES 5 05.07_00

La Unidad de Gestión Clínica garantiza que las notificaciones de Enfermedad de Declaración Obligatoria (EDO) son conformes tanto a los requisitos de CMBD como al del programa de alerta sanitaria de las Delegaciones Provinciales de Salud.

Propósito: Los profesionales de la Unidad de Gestión Clínica colaboran activamente en la gestión de la información de los Programas de Salud Pública.

6. Dirección de la Unidad de Gestión Clínica

Definición del criterio

Actividades desarrolladas por el equipo directivo, mandos intermedios y responsables de procesos encaminadas a facilitar y potenciar el trabajo de los profesionales con objeto de cumplir los objetivos de la organización y mejorar sus resultados.

Intención del criterio

Con el conjunto de estándares del criterio de dirección se pretende comprobar cómo los directivos, los líderes de los servicios o los responsables de los procesos, con sus comportamientos y sus decisiones, se implican directamente, estimulan la gestión de calidad en sus respectivas áreas de influencia, y desarrollan y facilitan la consecución de los objetivos acordes con la misión, visión y valores de la organización.

ES 5 06.01_00

La Unidad de Gestión Clínica tiene implantado el Sistema de Dirección Participativa por Objetivos de acuerdo al modelo adoptado por el SSPA.

Propósito: La Dirección por Objetivos responderá a criterios de priorización y despliegue de objetivos, revisión periódica de su cumplimiento, reparto de incentivos y planes de desarrollo personal.

ES 5 06.02_00

En la Dirección por Objetivos se consideran elementos de planificación estratégica (satisfacción del ciudadano, análisis de las encuestas, nuevas tecnologías, planes horizontales, etc.) que facilitan su desarrollo como unidad organizativa.

Propósito: Además de los aspectos contemplados en el Acuerdo de Gestión, podrán incorporarse a la Dirección por Objetivos otros elementos que potencien la innovación y el desarrollo de la Unidad.

ES 5 06.03_00

La Dirección de la Unidad de Gestión Clínica facilita a la Dirección de su Centro toda la información necesaria para el seguimiento de los objetivos establecidos y acuerdos adoptados con una periodicidad establecida de antemano.

Propósito: La gestión de la Unidad de Gestión Clínica debe estar basada en la transparencia.

ES 5 06.04_00

La Dirección de la Unidad de Gestión Clínica ha definido y establecido una política para incentivar a sus profesionales y así alcanzar niveles superiores de Acreditación como Unidad de Gestión Clínica.

Propósito: La Acreditación ha de representar para la Unidad de Gestión Clínica una forma de promoción de la calidad, de mejora continua y garantía ante el ciudadano.

ES 5 06.05_00

La Unidad de Gestión Clínica tiene establecido un procedimiento conocido y aprobado por la Dirección del Centro que define la posible asignación de incentivos individuales a otros profesionales ajenos a la Unidad de Gestión Clínica y que han contribuido al logro de sus objetivos.

Propósito: Los objetivos de la Unidad de Gestión Clínica están integrados en los del Contrato Programa del Centro y se dispone, para su consecución, del apoyo de todos los recursos del mismo.

ES 5 06.06_00

La Dirección de la Unidad de Gestión Clínica junto con la Dirección del Centro han establecido un plan de desarrollo trienal para el Director/a de la Unidad, a partir de su mapa de competencias.

Propósito: El Centro desarrolla los diferentes niveles directivos describiendo las variables más importantes para cada puesto.

ES 5 06 .07_01

La Unidad de Gestión Clínica asume las condiciones de confort que afectan a los Ciudadanos como variables de su propia gestión analizando su situación, emprendiendo actuaciones y corrigiendo, si es necesario, los resultados obtenidos.

Propósito: Elevar el grado de satisfacción de los Ciudadanos durante su asistencia sanitaria, a través de la incorporación a los procesos de la Unidad de Gestión Clínica de todas las variables relacionadas con su confort, realizando estudios de situación, adecuando su organización, estableciendo objetivos y analizando la información disponible, tanto en las reclamaciones como en los cuestionarios de valoración.La Unidad de Gestión Clínica considera como variables internas de sus procesos: las esperas (interconsultas, pruebas diagnósticas, traslados, etc.), las visitas a los pacientes, su comodidad, su descanso (horarios y ruidos), la impresión del estado de las instalaciones, los aseos, la iluminación, la limpieza, la lencería, la alimentación, la comunicación con familiares (visitas y telefonía) y la comunicación interna con los profesionales.

ES 5 06.08_00

La Unidad de Gestión Clínica dispone de un procedimiento para la resolución de las incidencias ocurridas en los servicios hosteleros y de mantenimiento.

Propósito: La Unidad de Gestión Clínica documenta y comunica a su personal las características de los servicios hosteleros y de mantenimiento, registra las incidencias observadas e inicia las actuaciones oportunas para su resolución.

ES 5 06.09_00

El/la Director/a impulsa en la Unidad de Gestión Clínica una cultura de seguridad.

Propósito: Identificar y eliminar aquellos elementos (organizativos, estructurales, etc.) que son susceptibles de mejora para impedir errores que afecten a la seguridad.

ES 5 06.10_00

La Unidad de Gestión Clínica analiza y gestiona todos los circuitos de información referentes al acceso del ciudadano a sus servicios.

Propósito: La Unidad de Gestión Clínica garantiza las optimas condiciones en los accesos a la asistencia, gestionando la información transmitida a los ciudadanos (tanto en documentos, citas, atención telefónica, etc.), la señalización y los medios disponibles, al objeto de facilitar y mejorar las condiciones de confort del acceso al Sistema sanitario por el ciudadano.

ES 5 06 .11_00

La Unidad de Gestión Clínica implanta acciones enmarcadas en el "Plan Óptima".

Propósito: Garantizar que la Unidad de Gestión Clínica implanta aquellas acciones positivas del Plan Óptima que favorezcan la igualdad entre profesionales.

III. Profesionales

7. Profesionales, desarrollo y formación

7. Profesionales, desarrollo y formación

Definición del criterio

Planificación y desarrollo de las actuaciones necesarias que garanticen la permanente adecuación de los puestos de trabajo, sus mapas de competencias y del número de profesionales, para la consecución de los objetivos propuestos.

Intención del criterio

Las organizaciones deben dotarse de profesionales adecuados mediante una correcta planificación, orientación e integración, para prestar el servicio sanitario acorde a las necesidades de los ciudadanos. Al mismo tiempo, ha de facilitar a aquellos los elementos precisos que posibiliten su actualización, adaptación y adecuación a cualquier cambio tecnológico, de reorganización funcional o de conocimiento. Entre estos elementos se contemplan, entre otros, la selección-promoción, la polivalencia-empleabilidad, la comunicación interna, la incentivación-motivación y la formación-desarrollo profesional.

ES 5 07.01_00

Están definidos los criterios de planificación del número de profesionales necesarios, que a su vez están basados en los resultados de sus procesos y en la comparación con otros del SSPA que hayan obtenido mejores resultados.

Propósito: El número de profesionales de la Unidad de Gestión Clínica se ajusta en todo momento, y lo máximo posible, a las necesidades de la Organización, teniendo como referencia a otras Unidades de Gestión Clínica del SSPA con mejores resultados.

ES 5 07.02_00

En los flujos y actuaciones de los procesos asistenciales, en los que interviene la Unidad de Gestión Clínica, se identifican los recursos humanos compartidos con otras Unidades y Servicios que permiten optimizar la planificación y asignación de los mismos.

II

Propósito: La Unidad de Gestión Clínica realiza la planificación del número de profesionales necesarios en el marco de la gestión por procesos con el fin de optimizarlos.

ES 5 07.03_00

En la planificación de recursos humanos se tienen en cuenta desarrollos sociales, organizativos, tecnológicos o cualquier otro, que permitan una adaptación rápida y eficiente.

III

Propósito: En la planificación de las necesidades de personas, tanto cualitativas como cuantitativas, la Unidad de Gestión Clínica tiene en cuenta el desarrollo y el avance tanto de la tecnología como de la Organización (Telemedicina, Teletrabajo, etc.).

ES 5 07 .04_00

Están definidos los mapas de competencias de la Unidad de Gestión Clínica adecuados a los distintos puestos de trabajo y procesos y se mantienen actualizados.

I

Propósito: El propósito del estándar es que la Unidad de Gestión Clínica tenga definidos los puestos de trabajo en función de las competencias que le son propias, de acuerdo con la misión y los valores de la Organización.

ES 5 07 .05_01

La Unidad de Gestión Clínica planifica las necesidades de Formación de sus profesionales para responder tanto a las necesidades de desarrollo de los profesionales como de la propia Unidad, y tiene descrito un procedimiento.

Propósito: Que se desarrollen Planes de Formación Continuada teniendo en cuenta de forma primordial las necesidades propias (pertinencia del plan de formación).

ES 5 07.06_00

La Unidad de Gestión Clínica evalúa el grado de aplicación al puesto de trabajo de las nuevas competencias adquiridas por sus profesionales en actividades de formación continuada.

Propósito: Garantizar que las actividades de formación realizadas por los profesionales generan valor añadido (transferencia del Plan de Formación).

ES 5 07.07_00

La Unidad de Gestión Clínica evalúa el grado de mejora de los resultados de sus profesionales tras la realización de actividades de formación continuada.

Propósito: Los planes de desarrollo y formación deben orientarse a la mejora de los resultados asistenciales (impacto del Plan de Formación).

ES 5 07.08_00

Se dispone de un sistema de organización de turnos y horarios que se adapta las necesidades de los usuarios y da respuesta a los flujos de actividad asistencial.

Propósito: La organización del trabajo está orientada a satisfacer las necesidades y expectativas de los ciudadanos en función de las características de la actividad asistencial concreta de la Unidad de Gestión Clínica y de acuerdo a criterios de seguridad.

ES 5 07.09_00 (ES 2 07B.02_00)

La Unidad de Gestión Clínica realiza periódicamente la evaluación de las competencias de los profesionales para identificar sus necesidades de formación y desarrollo.

Propósito: Las competencias han de evaluarse de forma periódica, para poder ajustar los planes de desarrollo individual a las competencias (conocimientos, habilidades y actitudes) que la Organización necesita o va a necesitar y a los intereses de desarrollo de cada persona.

ES 5 07.10_00 (ES 2 07B.03_00)

La Unidad de Gestión Clínica tiene establecido el Plan de Desarrollo Individual de los profesionales con carácter máximo trianual.

Propósito: El propósito del estándar es que cada profesional cuente con un Plan de Desarrollo individual en función de los mapas de competencias. Estos Planes deberán evaluarse y desarrollarse como máximo cada 3 años.

ES 5 07.11_00

Existe un procedimiento efectivo para facilitar que se comparta el conocimiento en la Unidad de Gestión Clínica con otras unidades y otros centros.

Propósito: La Unidad de Gestión Clínica dispondrá de herramientas para facilitar la difusión del conocimiento entre sus profesionales, tales como técnicas de recuerdos, formación a través de la red, etc.

ES 5 07.12_00

La Unidad de Gestión Clínica ha definido los criterios para la utilización de los incentivos obtenidos por la Unidad como tal (no individuales, ni retributivos).

Propósito: Los incentivos obtenidos deben repercutir sobre los objetivos estratégicos de la Unidad de Gestión Clínica.

ES 5 07.13_00 (ES 2 07F.01_00)

Los proyectos de investigación de la Unidad de Gestión Clínica están en concordancia con las líneas estratégicas definidas por el SSPA.

I

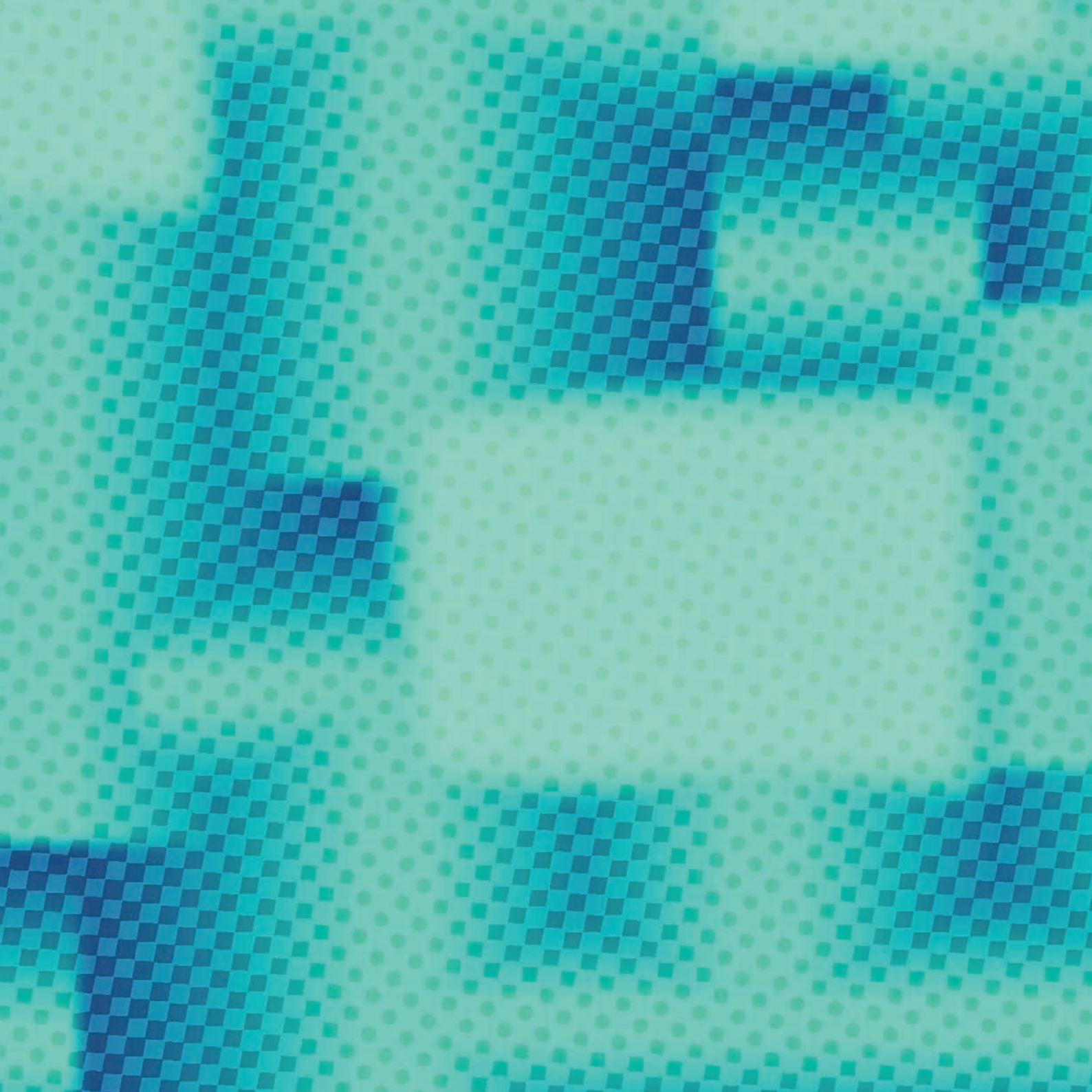
Propósito: Aunar los esfuerzos de todo el SSPA en materia de investigación para la consecución de objetivos únicos previamente definidos.

ES 5 07.14_00

Se realizan proyectos de investigación interniveles y/o interservicios.

II

Propósito: Fomentar la relación entre distintas organizaciones en las líneas de investigación marcadas dentro del SSPA.



IV. Estructura

8. Estructura, equipamiento y proveedores
9. Sistemas y tecnologías de la información y la comunicacion
10. Sistemas de calidad

8. Estructura, equipamiento y proveedores

Definición del criterio

Medida en que existen y están disponibles, de forma adecuada, el espacio y el equipamiento, garantizando un entorno seguro y funcional para los usuarios y el personal que permita alcanzar los objetivos de la organización, cumpliendo con la legalidad vigente.

Intención del criterio

Las organizaciones sanitarias deben procurar satisfacer ciertos aspectos relativos a la calidad, como seguridad, accesibilidad, confort, o impacto medioambiental. De esta forma se intenta garantizar la seguridad y la ausencia de riesgo para la salud de los usuarios y profesionales del Sistema Sanitario de Andalucía, así como de la población en general.

Los diferentes elementos relativos a la gestión de edificios, equipamiento y proveedores (plazos legales, control e información sobre el mantenimiento, información sobre la actividad, capacitación de todo el personal, control de las actuaciones sobre proveedores, criterios ambientales, etc.) deberán alcanzar determinados niveles de cumplimiento para obtener una prestación de servicios de calidad.

ES 5 08.01_00 (ES 2 08A.27_01)

En la Unidad de Gestión Clínica existen espacios con condiciones adecuadas para informar a los usuarios y pacientes atendidos.

Propósito: La Unidad de Gestión Clínica pondrá a disposición de los profesionales los medios necesarios para garantizar el grado de intimidad adecuado a los usuarios y pacientes al ser informados.

ES 5 08.02_00

La Unidad de Gestión Clínica facilita que los pacientes reciban una alimentación adecuada a su orden cultural y/o religioso y a sus costumbres.

Propósito: La Unidad de Gestión Clínica garantiza una alimentación similar a los hábitos alimenticios, de orden cultural y/o religioso, ofrece variedad y rotación de menús, permite su elección y se adapta a los horarios normales de las comidas; las temperaturas de los platos (caliente-frío) son las adecuadas cuando son servidos.

ES 5 08.03_00 (ES 2 08A.34_00)

Se garantiza, en todos los espacios asistenciales y no asistenciales de la Unidad de Gestión Clínica, un entorno libre de humos.

Propósito: La Unidad de Gestión Clínica adoptará las medidas oportunas para poner a disposición de los pacientes un entorno libre de humos con el objeto de asegurar las condiciones saludables, de confort y comodidad de los pacientes, familiares, visitas y profesionales de la Unidad de Gestión Clínica.

ES 5 08.04_00

Está establecido y se cumple un procedimiento de control de la caducidad y condiciones de los productos sanitarios utilizados.

Propósito: La Unidad de Gestión Clínica garantiza que los productos sanitarios (material fungible, medicamentos, prótesis, etc…) se encuentran en las mejores condiciones para su uso seguro.

ES 5 08.05_00

La Unidad de Gestión Clínica tiene en consideración los aspectos básicos para garantizar la utilización segura del equipamiento de diagnóstico y tratamiento.

Propósito: La Unidad de Gestión Clínica considera dentro de su organización:

- La asignación de las funciones de responsable del control del equipamiento.
- La comprobación del inventario de equipamiento (identificación, vida útil, etc.).
- La definición y comunicación de la actuación, así como los circuitos internos en caso de avería o incidencia durante el funcionamiento o el mantenimiento.

ES 5 08.06_00

La Unidad de Gestión Clínica incorpora criterios de seguridad a las prescripciones de adquisición del equipamiento de diagnóstico y tratamiento.

Propósito: Exigir y valorar dentro de las prescripciones técnicas de todas las adquisiciones de equipamiento:

- La aportación de manuales de usuario y técnicos traducidos.
- Formación de todos los profesionales implicados.
- Plan de revisiones.
- Certificación de vida útil.
- Especificación de las operaciones de mantenimiento y revisiones técnico legales, incluyendo plazos y criterios de aceptación.

ES 5 08.07_00

Los usuarios de los equipos destinados a diagnóstico y tratamiento, reciben la formación y la información necesaria para su utilización y conservación.

Propósito: Garantizar la utilización segura del equipamiento por parte de los profesionales, aportándoles para ello la documentación necesaria (manuales de usuarios), así como la formación adecuada (formación del fabricante exigida en la adquisición).

ES 5 08.08_00

La Unidad de Gestión Clínica garantiza el cumplimiento del plan de revisiones del equipamiento fijado por el fabricante o el servicio de mantenimiento.

Propósito: Garantizar las condiciones de seguridad a ciudadanos y profesionales durante la utilización del equipamiento de diagnóstico y tratamiento, comprobando y estableciendo acciones correctoras en caso de incumplimiento de:

- La integridad y situación del inventario del equipamiento.
- El Plan de revisiones aportado por el fabricante o la unidad de mantenimiento, detectado durante el seguimiento realizado por el responsable del control del equipamiento.

ES 5 08.09_00

Se aplican los procedimientos específicos de control de producción y almacenamiento de residuos peligrosos generados durante la actividad de la Unidad de Gestión Clínica, en particular los sanitarios, los citostáticos, los químicos y los radiactivos.

Propósito: La Unidad de Gestión Clínica toma las medidas necesarias para que los procedimientos de gestión de residuos peligrosos sanitarios sean conocidos por el personal implicado y que sus resultados sean los perseguidos, evitando que pacientes, familiares, visitas, profesionales o el resto de la población en general puedan verse afectados por incidencias provocadas por falta de rigor en la aplicación de los procedimientos, con el consiguiente impacto ambiental indeseado que ello pudiera producir.

ES 5 08.10_00 (ES 2 08E.03_00)

La Unidad de Gestión Clínica mantiene, junto con el Centro, un programa de formación e información ante catástrofes internas y externas, orientado a profesionales y usuarios, donde quedan recogidas las responsabilidades y actuaciones a seguir.

Propósito: Asegurar una planificación para formar a todos los profesionales, adecuada a las funciones y responsabilidades dentro del Plan de Autoprotección y emergencias, y lograr con ello un adecuado grado de información acerca de las actuaciones a seguir en caso de emergencia y conseguir que se conozcan todas las medidas de seguridad a adoptar en el desempeño de sus funciones.

ES 5 08.11_00

La Unidad de Gestión Clínica actualiza, en colaboración con el Centro, y de forma periódica, el nivel de conocimiento de los profesionales sobre el plan de actuación ante catástrofes externas e internas.

Propósito: Asegurar una planificación para formar a todos los profesionales, adecuada a las funciones y responsabilidades dentro del plan de emergencias externas, consiguiendo un adecuado grado de información actualizada acerca de las actuaciones a seguir en caso de emergencia, y lograr con ello conocer todas las medidas de seguridad a adoptar en el desempeño de sus funciones.

9. Sistemas de información y tecnología de la información

Definición del criterio

Desarrollo de sistemas y tecnologías de la información orientados al ciudadano, como soporte a los procesos asistenciales y no asistenciales.

Intención del criterio

Los estándares contemplados en este criterio intentan evaluar cómo los centros dan respuesta a las necesidades de información de los usuarios y profesionales del SSPA, teniendo como soporte las tecnologías de la información y la comunicación (TIC), y asegurando la continuidad de los procesos en todo momento.

ES 5 09.01_00

La historia de salud (en papel, TASS o DIRAYA) es el instrumento por el que se identifica al paciente, se apoya el diagnóstico, se justifica el tratamiento y los cuidados, se documenta el progreso y los resultados.

Propósito: Uso de un medio único para el registro de la información clínica de un proceso.

ES 5 09.02_00

La Unidad de Gestión Clínica dispone de un sistema que le permite la recogida y el análisis de los datos relativos al desarrollo de los procesos en los que interviene y de los resultados asistenciales de los mismos, integrado con la base de datos de pacientes.

Propósito: La creación de nuevos sistemas de recogida de la información clínica debe hacerse bajo los principios de integración de medio (herramienta) y datos (base de datos de pacientes/episodios).

ES 5 09 .03_00

La Tarjeta Sanitaria Individual y la Base de Datos de Usuarios del SSPA son los instrumentos por los que se identifica a los pacientes y su relación con el SSPA.

I

Propósito: Favorecer la existencia del dato único en la entrada de información al sistema.

ES 5 09.04_00

La Unidad de Gestión Clínica dispone de un canal formal (ascendente y descendente) de comunicación de resultados periódicos de actividad y calidad.

II

Propósito: Aumentar la transparencia en la gestión, potenciando la toma compartida de decisiones, la motivación e implicación de los profesionales a través de la consecución de los objetivos establecidos. Reforzar a través de la información las líneas prioritarias de actuación de la Unidad de Gestión Clínica.

ES 5 09.05_00

La Unidad de Gestión Clínica dispone de los recursos y de la estructura operativa que facilitan la identificación, búsqueda y captura de la información científica que facilite una práctica clínica actualizada.

II

Propósito: Facilitar a los profesionales información científica relevante de manera ágil para mejorar la práctica clínica.

ES 5 09.06_00

La Unidad de Gestión Clínica utiliza la información procedente del análisis comparativo de su actividad con respecto a referencias externas a efectos de elaborar y aplicar los planes de mejora pertinentes en orden a corregir las desviaciones significativas.

III

Propósito: Mejorar el proceso de toma de decisiones sobre la base de las mejores referencias del sector (técnicas de benchmarking).

ES 5 09.07_00 (ES 2 09B.02_00)

Existe un sistema de información integrado que garantiza la existencia del dato único.

Propósito: Favorecer la integración de sistemas para eliminar las inconsistencias de información y disminuir el esfuerzo dedicado a su actualización / mantenimiento.

ES 5 09.08_00

Se facilitan datos o información para bases de datos del centro y/o externas, con arreglo a procedimientos internos y a la ley y normativa.

Propósito: Estandarizar los procedimientos para compartir la información conforme a la normativa vigente.

ES 5 09.09_00 (ES 2 09E.01_00)

Se garantiza al ciudadano la adherencia absoluta a la ley en vigor sobre protección de datos personales.

Propósito: Establecer los mecanismos necesarios para asegurar el cumplimiento de la ley vigente sobre protección de datos de carácter personal (Derechos del ciudadano).

10. Sistema de Calidad

Definición del criterio

Compromiso de la organización de someter su actividad a un conjunto de reglas o principios sobre calidad, racionalmente enlazados entre sí, que permita su mejora continua, a partir de los criterios establecidos en el Plan de Calidad de la Consejería de Salud.

Intención del criterio

El conjunto de estándares del sistema de calidad pretende poner en evidencia que existe una verdadera dinámica de mejora continua. Para ello, es necesario demostrar que las actividades asistenciales y organizativas de los diferentes procesos, servicios u organizaciones, se planifican, se implantan, se evalúan, se corrigen y se mejoran continuamente.

Intentan evaluar el nivel de conocimiento de los profesionales sobre el impacto de sus actuaciones, si tienen en cuenta las necesidades de los pacientes y si sus decisiones son clínicamente correctas y eficientes.

ES 5 10.01_00

La Unidad de Gestión Clínica lleva a cabo las acciones específicas para evitar los acontecimientos potencialmente adversos.

Propósito: Identificar y eliminar aquellos elementos estructurales y organizativos que puedan ser fuente de errores y acontecimientos adversos, tales como: errores de medicación, cirugía en localizaciones incorrectas, caídas del paciente, autolesiones, infecciones nosocomiales, etc.

ES 5 10.02_00

La Unidad de Gestión Clínica tiene establecido un procedimiento seguro de identificación de los pacientes para aplicarlo antes de la realización de procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos de riesgo potencial, o antes de la administración de medicamentos y hemoderivados.

Propósito: La inadecuada identificación de los pacientes constituye una de las fuentes más frecuentes de errores en la prestación de la asistencia. El nº de habitación, de cama o el diagnóstico no son elementos seguros para la identificación de pacientes. Se debe disponer de mecanismos de verificación precisos e inequívocos, sin que éstos supongan una vulneración de su derecho a la intimidad y privacidad y a la no discriminación.

ES 5 10.03_00

La Unidad de Gestión Clínica registra y analiza los incidentes relacionados con acontecimientos adversos reales o potenciales y pone en marcha las acciones oportunas para prevenir su nueva aparición.

Propósito: La información sobre incidentes que han ocasionado o han podido ocasionar un acontecimiento adverso debe servir para emprender actuaciones dirigidas a impedir su futura aparición. Para ello, ha de ser monitorizada y analizada a lo largo del tiempo.

ES 5 10.04_00

La Unidad de Gestión Clínica proporciona información a pacientes y familiares sobre riesgos potenciales, uso seguro de dispositivos médicos y control de la infección.

Propósito: Implicar de forma activa a pacientes y familiares en relación a elementos de seguridad en el entorno asistencial y en el propio domicilio.

ES 5 10.05_00

La Unidad de Gestión Clínica utiliza índices sintéticos de calidad de la prescripción farmacéutica que son conocidos y aprobados por su Centro, y cumple con los acuerdos recogidos en esos índices.

Propósito: La Unidad de Gestión Clínica dispondrá de indicadores sintéticos de calidad de la prescripción farmacéutica que estarán en concordancia con los del Contrato Programa de su Centro.

ES 5 10.06_00

La Unidad de Gestión Clínica dispone de información sobre estudios de idoneidad de la prescripción sobre grupos de pacientes específicos e incorpora las recomendaciones de esos estudios a su práctica clínica.

Propósito: Para facilitar un uso mas racional de los medicamentos, la Unidad de Gestión Clínica debe incorporar a su práctica clínica recomendaciones basadas en estudios de idoneidad de la prescripción en aquellos grupos de pacientes que le sean específicos, tales como pacientes crónicos, polimedicados, etc.

ES 5 10.07_00

La Unidad de Gestión Clínica realiza análisis sobre el uso de la alta tecnología disponible y su adecuación a las recomendaciones recogidas en las guías de práctica clínica, o en los protocolos en su defecto, emprendiendo acciones para mejorar dicha adecuación.

Propósito: Garantizar el acceso a la alta tecnología a través de recomendaciones basadas en evidencias.

ES 5 10.08_00

La Unidad de Gestión Clínica monitoriza el seguimiento de los objetivos contemplados en el Acuerdo de Gestión con el Centro.

Propósito: La evaluación se realiza a través de un sistema de monitorización de control periódico, con indicadores preestablecidos y sistemas de alarmas ante posibles desviaciones (pacto de consumos, prescripción por principio activo, etc.).

ES 5 10.09_00 (ES 2 10B.05_00)

Los procesos y sus indicadores de calidad actualizados, están disponibles permanentemente y son conocidos por los profesionales implicados.

Propósito: Poner a disposición de los profesionales implicados en la resolución de los procesos de la organización las herramientas de gestión de la calidad que les permita conocer y mejorar sus actuaciones.

ES 5 10.10_00

Existe una evaluación y revisión periódica del uso y cumplimiento de las recomendaciones de las guías de práctica clínica y planes de cuidados estandarizados de la Unidad de Gestión Clínica, para aquellos procesos asistenciales que no han sido descritos por el SSPA.

Propósito: Facilitar la implantación de las guías clínicas y los planes de cuidados estandarizados. Para ello, debe disponerse de un sistema de evaluación y revisión que valore su aceptación por parte de los profesionales, y describa las habilidades y las actitudes necesarias que han de poseerse para cada guía de la Unidad de Gestión Clínica.

ES 5 10.11_00

La Unidad de Gestión Clínica realiza una revisión periódica de la calidad de las guías de práctica clínica y planes de cuidados estandarizados que están implantados en la Unidad, para aquellos procesos asistenciales que no han sido descritos por el SSPA.

I

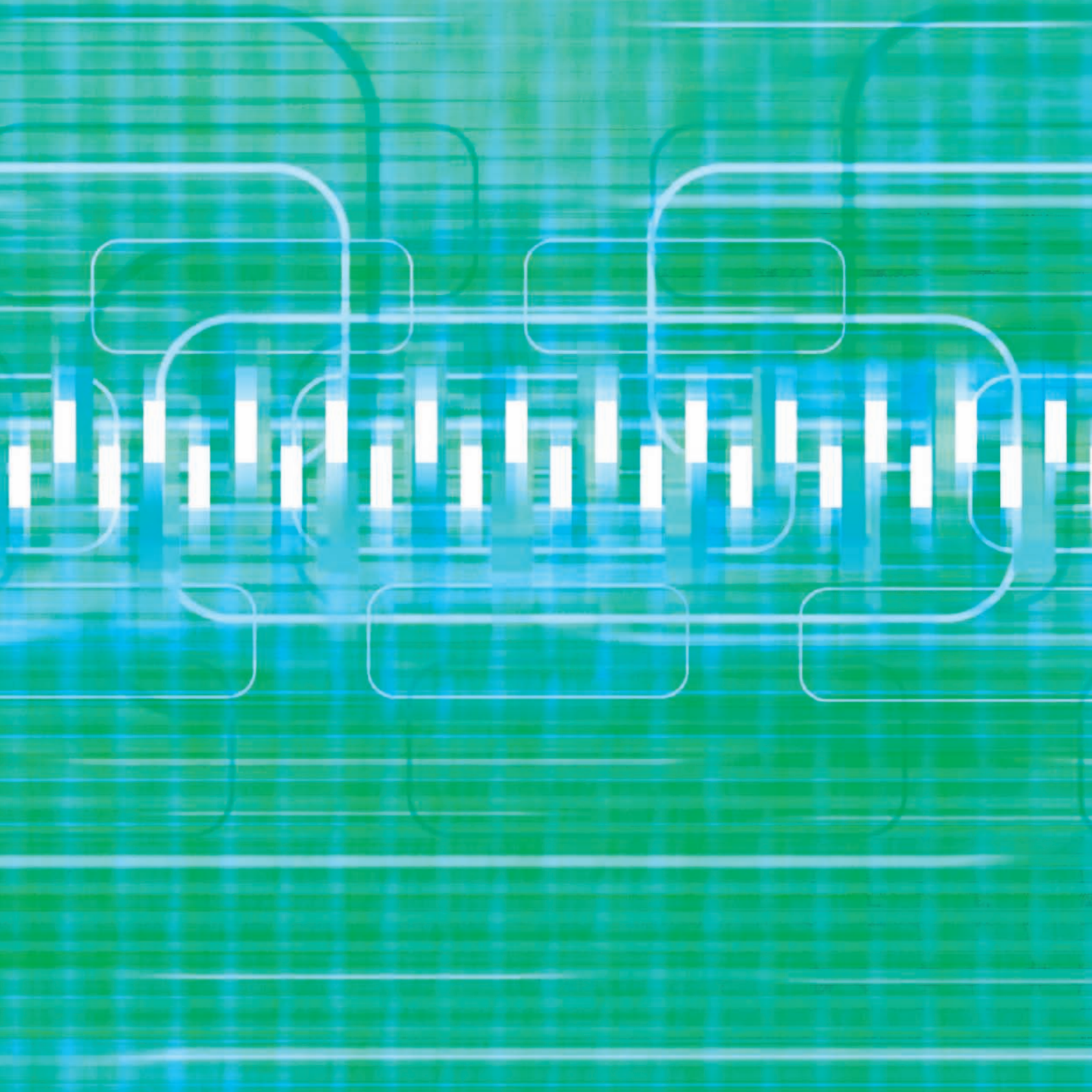
Propósito: Las guías implantadas en la Unidad de Gestión Clínica deberán cumplir con los criterios básicos de calidad (las guías han sido probadas previamente en la Unidad de Gestión Clínica antes de implantarse, existe un procedimiento de actualización, las recomendaciones clave se identifican con facilidad, la guía tiene previsto la forma de ser implantada, y existen criterios para su monitorización). Los planes de cuidados estandarizados contarán también con un plan de implantación y serán elaborados utilizando la terminología NANDA.

ES 5 10.12_00

Se utilizan mecanismos y sistemas para aumentar la adherencia al uso y cumplimiento de las recomendaciones de las guías de práctica clínica y planes de cuidados estandarizados de la Unidad de Gestión Clínica, para aquellos procesos asistenciales que no han sido descritos por el SSPA.

III

Propósito: Mejorar la aplicabilidad de las guías de práctica clínica y planes de cuidados estandarizados incorporando sistemas que faciliten a los profesionales su cumplimiento (mensajes, recordatorios, alarmas electrónicas, uso de dispositivos móviles tipo PDA, etc.).



V. Resultados

11. Resultados de la Unidad de Gestión Clínica

V. Resultados

11. Resultados de la Unidad de Gestión Clínica

Definición del criterio

Medidas de la eficiencia y efectividad de la organización.

Intención del criterio

Los estándares relacionados con los resultados asistenciales y económicos pretenden poner en evidencia qué logros se están alcanzando en la gestión del proceso asistencial de una unidad determinada, un centro o, incluso, un área sanitaria o redes asistenciales.

Los resultados son medidas de la efectividad y eficiencia en la prestación de servicios y la consecución de metas y objetivos, incluyendo aquellos que son señalados desde la administración sanitaria. Estas medidas son tanto financieras como no financieras (resultados de la asistencia y de salud). Las unidades o centros del sistema deben demostrar que monitorizan de manera cotidiana y periódica sus resultados asistenciales y económicos, que los revisan, comparan y los utilizan para introducir medidas correctoras.

ES 5 11 .01_01

Están implantados los procesos correspondientes para cada anualidad, según los Acuerdos de Gestión y los de Internivel.

Propósito: La Unidad de Gestión Clínica debe adecuar su funcionamiento a los criterios definidos en el Plan de Implantación de Procesos.

ES 5 11.02_00 (ES 2 11A.03_00)

Los objetivos propuestos en las normas básicas de calidad de los procesos implantados se cumplen y mantienen.

Propósito: Las Normas Básicas de Calidad describen elementos de calidad irrenunciables en el proceso. La Unidad de Gestión Clínica, mediante el programa de monitorización, ha de controlar que se alcanzan y se mantienen los objetivos propuestos en lo que respecta a las normas de calidad de los procesos.

ES 5 11.03_00 (ES 2 11A.05_00)

Los indicadores asistenciales establecidos por el Centro en el Acuerdo de Gestión se cumplen y mantienen.

Propósito: La Unidad de Gestión Clínica, mediante el programa de monitorización, ha de controlar que se alcanzan o se mantienen los objetivos propuestos en lo que atañe a los indicadores clave establecidos.

ES 5 11.04_00 (ES 2 11A.06_00)

La Unidad de Gestión Clínica contempla otros indicadores de resultados no recogidos en el acuerdo de gestión.

Propósito: La Unidad de Gestión Clínica ha de completar su actividad de monitorización con la definición de nuevos indicadores que traten de abordar distintas dimensiones de la calidad, como prescripciones farmacéuticas inapropiadas, complicaciones graves en los procesos más frecuentes, intervención sobre hiperfrecuentadores, etc.

ES 5 11.05_00 (ES 2 11A.07_00)

Los resultados se comparan con los de otras organizaciones o procesos y con los que se consideran mejores del sector.

Propósito: Las organizaciones para tomar las decisiones más correctas de mejora deben realizar un análisis que incluya la comparación de resultados con los de otras organizaciones o procesos, y con los que se considera mejores del sector, con el fin de compartir o participar de las mejores prácticas.

ES 5 11.06_00

La Unidad de Gestión Clínica dispone de un procedimiento sistematizado para detectar los principales puntos críticos que repercuten en la eficiencia, recogidos en el Acuerdo de Gestión con el Centro.

Propósito: Las actuaciones de mejora de la eficiencia estarán basadas en criterios de priorización tras el análisis de la situación actual.

ES 5 11.07_00 (ES 2 11B.04_00)

Se realiza un seguimiento periódico del grado de cumplimiento del presupuesto aprobado para la Unidad de Gestión Clínica.

Propósito: La Unidad de Gestión Clínica, mediante el programa de seguimiento, ha de poder detectar las desviaciones presupuestarias que se produzcan con el fin de corregirlas.

7 > Siglas y Glosario

7 > Siglas

BDU	Base de Datos de Usuario
CMBD	Conjunto Mínimo Básico de Datos
CMBDA	Conjunto Mínimo Básico de Datos Andaluz
DPO	Dirección Participativa por Objetivos
EDP	Evaluación del Desempeño Profesional
GDR	Grupos Relacionados por el Diagnóstico
HC	Historia Clínica
LGS	Ley General de Sanidad
LOPD	Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal.
CMI	Cuadro de Mando Integral
NAF	Número de Afiliación a la Seguridad Social
NBC	Normas Básicas de Calidad
NHC	Número de Historia Clínica
NUSA	Número de Usuario de la Sanidad Andaluza
NUSS	Número de Usuario de la Seguridad Social (tarjetas).
OM	Orden Ministerial
PCI	Plan de Comunicación Interna
RIPCI	Reglamento de Instalación y Protección Contra Incendios
SSII	Sistemas de Información
SSPA	Sistema Sanitario Público de Andalucía
TIC	Tecnología de la Información y Comunicación

>Glosario

A

Ámbito.- El ámbito de aplicación de los resultados examina el grado de extensión de los resultados presentados y su relevancia.

Áreas y redes asistenciales.- Definidas como el conjunto de elementos o estructuras sanitarias, referenciadas entre sí, que proveen de servicios a un mismo proceso asistencial.

Autoevaluación.- Evaluación de procesos por los profesionales de la misma organización.

B

BDU.- Base de Datos de Usuarios. Es el repositorio de datos, la tabla que almacena los datos de los ciudadanos.

C

Centros sanitarios.- Estructuras físicas para la provisión de servicios sanitarios, hospitales, centros de salud, etc.

Clientes.- Pacientes, familiares, departamentos de sanidad, compradores de servicios, consumidores, ciudadanos y asociaciones de usuarios, etc.

Comparación.- Las organizaciones someten su actividad y resultados a comparaciones con otras organizaciones externas. Ésta puede realizarse con organizaciones específicas, con medias del sector o con organizaciones reconocidas como las mejores.

Carta de Derechos y Deberes.- Documento que recoge los Derechos y Obligaciones de los ciudadanos con respecto los servicios sanitarios públicos en Andalucía (Ley 2/1998, de 15 de Junio, de Salud de Andalucía).

Cartera de servicios.- Conjunto de prestaciones y servicios que realiza un centro.

CMBD.-Conjunto Mínimo Básico de Datos.

Código ético.- Conjunto de normas sobre la ética en el desarrollo de las actividades de los profesionales sanitarios.

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

Confidencialidad.- Cualidad de reservado o secreto.

Consentimiento informado.- Autorización escrita para que se proceda a la realización de determinada intervención asistencial, tras recibir la información oportuna sobre dicha actuación. Ejemplo: intervención quirúrgica, determinadas pruebas diagnósticas que conlleven algún riesgo en su ejecución, etc.

Consultoría.- Procedimiento que permite desarrollar a los especialistas funciones de asesoramiento (presencial, telefónica o vía electrónica) a los centros de Atención Primaria.

Contrato-Programa.- Es la herramienta de gestión que sirve de clara orientación a los responsables y gestores para establecer las prioridades y los programas concretos de actuación que se desarrollen en nuestras instituciones sanitarias.

Criterio.- Agrupación de subcriterios.

Cuidadores primarios.- Persona que presta la atención de los cuidados de forma habitual al paciente.

D

Diagrama de flujo.- Representación gráfica que muestra todos los pasos de un proceso.

Dignidad.- Cualidad de las personas por la que son sensibles a las ofensas, desprecios, humillaciones o faltas de

consideración. Respetabilidad.

Dirección participativa por objetivos.- Herramienta de gestión que permite establecer y evaluar los objetivos de los profesionales de la organización.

E

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

Evidencia.- Se refiere a la información presentada, la cual debe hacer referencia al enfoque, despliegue, evaluación y revisión del subcriterio que se esté evaluando.

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

Eficacia.- Resultado obtenido cuando un procedimiento es aplicado en condiciones ideales o de laboratorio.

Eficiencia.- Relación entre los resultados obtenidos y el coste de recursos en el que se incurre para obtenerlos.

Encuestas validadas.- Conjunto de preguntas aptas para recoger la información objeto de la aplicación del método.

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

Expectativa.- Posibilidad de que algo ocurra de determinada manera, basándose en el análisis de las circunstancias.

G

Gestión por procesos.- Sistema de gestión enmarcado en los principios de "calidad total", que pretende facilitar a los profesionales el conocimiento de aquellos aspectos que hay que mejorar y las herramientas para lograrlo.

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

Gestión del conocimiento.- Algunos expertos consideran el conocimiento como el principal recurso productivo en la nueva economía. Se puede definir como la síntesis de información que nos llega a través de las diferentes fuentes, incluidas las experiencias acumulables. El conocimiento es, pues, la información que posee valor para la organización. El capital intelectual de una empresa comienza a considerarse como parte del capital de la misma. Las fuentes de capital intelectual están en el trabajador, la estructura, que permite que ese conocimiento sea recogido y comunicado a toda la organización y el cliente, que con el tiempo ha ido cobrando cada vez más importancia.

I

Intimidad.- Cualidad de íntimo. Retirado del bullicio. Privado. Confianza. Parte personalísima comúnmente reservada, de los asuntos, designios o afecciones de un sujeto o familia.

Indicador.- Medida cuantitativa que puede usarse como guía para controlar y valorar la calidad de las actividades. Un indicador expresa la información como un suceso o una ratio (índice) de sucesos.

Indicadores de resultado.- Medición del funcionamiento (eficacia y/o eficiencia) del proceso. Mide lo que pasa (o no) después de haber realizado una actividad (proceso).

L

Líder (directivos y mandos intermedios).-Todo aquel que tiene a su cargo personal o un puesto de responsabilidad dentro de la organización (equipo directivo, jefe de área, departamento, servicio, instituto, unidad o sección, y mandos en general, tanto asistenciales como no asistenciales).

M

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

Para seleccionar sus procesos clave, la organización debe tener en cuenta sus prioridades estratégicas. En general, los procesos clave suelen ser los que tienen en un momento dado un mayor impacto sobre la satisfacción de los clientes y los resultados de la organización. La responsabilidad de su gestión recae generalmente de forma directa sobre el equipo directivo.

Mejora continua.- Parte de la gestión encargada de ajustar las actividades que desarrolla una organización para proporcionarles cada vez una mayor eficacia y/o una mayor eficiencia.

Modelo de gestión que implica "un esfuerzo continuado de todos los miembros de la organización para satisfacer las necesidades y expectativas de los clientes". No constituye una meta sino una actitud que lleva a cuestionarnos día a día cómo podemos mejorar nuestro trabajo. La mejor forma de solucionar un problema es detectarlo e identificarlo como una oportunidad de mejora (KAIZEN).

Misión.- Descripción de la razón de ser de la empresa. No es tanto ¿cuál es nuestra actividad función? sino ¿por qué existe nuestra actividad o función?, ¿qué propósito justifica la existencia continuada de nuestra organización?.

N

Normas básicas de calidad.- Elementos irrenunciables de calidad definidos en los procesos asistenciales e incorporados en los Contratos-Programa.

P

Plan.- Proyecto. Programa de actividades que se piensa hacer y de cómo se piensa hacerlas.

Plan de Calidad del SSPA.- Es el marco de referencia en materia de calidad, su implantación y seguimiento para todos los proveedores de salud del SSPA.

Plan de Desarrollo Individual.- Plan para la consecución, actualización y mantenimiento de las competencias y/o requisitos propios de los puestos de trabajo.

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

Procedimiento.- Acto o serie de actos u operaciones con que se hace una cosa. Método. Sistemática de trabajo.

Propuesta Estratégica.- Plan estratégico sin aprobación por organismo competente (no autorizado, documento de trabajo para el desarrollo del plan estratégico). Estado previo al plan estratégico.

Proceso.- Se entiende por proceso toda la secuencia de actividades que añaden valor a un producto o varias entradas para producir una salida deseada. En cualquier organización existe una red de procesos que precisan gestionarse y mejorarse. Entre los procesos están aquellos que son críticos o claves para el éxito estratégico de la organización y la obtención de sus resultados. Estos procesos, que deben ser identificados, normalmente traspasan los límites funcionales y departamentales y requieren especial atención. Se suele establecer un propietario del proceso, con responsabilidad sobre el mismo, que se ocupe de su gestión y mejora coordinando a las partes implicadas.

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

Proceso clave.- Son los más importantes para la competitividad de la organización. Tienen un alto impacto en los resultados de ésta por incidir en:

>satisfacción de clientes

>resultados empresariales

>satisfacción de empleados

Proceso soporte.- Apoyan a los procesos asistenciales para que cumplan su misión.

Programa de acreditación.- Conjunto de estándares contemplados en un modelo de acreditación.

Propósito.- Intención.

Protocolo.- Acto o serie de actos u operaciones con que se hace una cosa. Método. Sistemática de trabajo.

Protocolo institucional.- (página 50: ES 2 6C.02_00).

Proveedor.- Centros y profesionales que ofrecen y dispensan asistencia sanitaria.

S

SSPA.- Sistema Sanitario Público de Andalucía.

Subcriterio.- Agrupación de estándares.

U

Usuario.- Es toda persona con domicilio habitual o eventual en Andalucía o, que no teniéndolo, solicite asistencia sanitaria en el SSPA.

V

Variabilidad.- Grado de estabilidad, versus variación, de un proceso en lo que se refiere a las prestaciones y a la predictibilidad de su evolución.

Valores.- Aquellos elementos que conforman la conducta básica de las personas de la organización y lo que se espera de ellas. Son, por tanto, la base de toda la gestión de la organización (por ejemplo: confianza, ayuda, sinceridad, innovación tecnológica, liderazgo, orientación al cliente, rentabilidad, etc.).