



MANUAL DE ESTÁNDARES

PROGRAMA de ACREDITACIÓN de UNIDADES de GESTIÓN CLÍNICA

ME 5 1_04



Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía
CONSEJERÍA DE SALUD

Programa de Acreditación de
Unidades de Gestión Clínica

Manual de Estándares (ME 51_04)

Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía



Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía
CONSEJERÍA DE SALUD

Abril 2010

Edita
AGENCIA DE CALIDAD SANITARIA DE ANDALUCÍA

Maquetación
Estudio Manolo García

ISBN: 978-84-92466-28-3

Depósito Legal: SE 2755-2010





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 redundan 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.

A handwritten signature in black ink, consisting of a large, stylized 'M' followed by a series of loops and a long horizontal stroke at the end.

María Jesús Montero Cuadrado
Consejera de Salud de la Junta de Andalucía

La Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía tiene entre sus objetivos el desarrollo del Modelo de Calidad de la Consejería de Salud en todos los centros y organizaciones sanitarias de Andalucía con la finalidad de incrementar la confianza de los ciudadanos en el sistema sanitario andaluz y desarrollar una cultura de calidad en las organizaciones. Para ello, ha impulsado diferentes programas de acreditación (centros y unidades, competencias profesionales, formación continuada y páginas web), entre los que se encuentra el que tenéis en vuestras manos, referido a las **Unidades de Gestión Clínica**.

La elaboración de esta publicación, una nueva versión del primer manual para la acreditación de Unidades de Gestión Clínica nacido en 2003, ha sido fruto de la colaboración de la Agencia de Calidad Sanitaria con destacados expertos que desempeñan su labor profesional en diferentes unidades de Andalucía, y que a través de los comités técnicos asesores han planteado estándares y criterios que intentan mostrar la realidad del funcionamiento diario de estos dispositivos de atención a la salud.

Esta participación en su diseño y redacción de profesionales sanitarios en ejercicio y sociedades científicas, concedores de primer nivel de la realidad del funcionamiento diario de una unidad de gestión clínica, es una característica común al resto de publicaciones de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. Gracias a los propios profesionales, los manuales están en constante actualización y revisión, facilitando el proceso de certificación externa a los que han decidido emprender el siempre apasionante camino de la calidad.

Este manual cuenta con 109 estándares, que incorporan aspectos novedosos como la humanización de la atención sanitaria, considerando características específicas del usuario como persona y su ámbito de referencia, y estándares referidos a la seguridad de los pacientes, en la línea de la Estrategia para la Seguridad del Paciente impulsada por la Consejería de Salud, además de otros elementos que hacen del documento una herramienta actualizada para impulsar la cultura de la calidad y la mejora continua en los centros sanitarios.

Todo ello con un horizonte definido y claro, como es el de ofrecer al ciudadano un servicio sanitario de calidad, propiciado por el trabajo de profesionales que, más allá del reconocimiento público y explícito que supone la certificación, persiguen la mejora de las prestaciones que ofrece su unidad de gestión clínica.

Desde la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía esperamos que este manual cumpla las expectativas de estas unidades y de los profesionales que en ellas trabajan, y los estimule a plantearse retos cada día más ambiciosos, buscando la excelencia en su práctica clínica diaria.

Antonio Torres Olivera
Director Gerente de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía

Índice

Índice

1> Introducción.....	10
2> Modelo de Acreditación.....	12
Los Programas de Acreditación	
La Metodología	
Estándares	
Un proceso de Mejora Continua y de Garantía de Calidad	
3> Programa de Acreditación de Unidades de Gestión Clínica.....	18
Distribución de los estándares	
Estructura del Manual de Estándares	
Fases del programa de acreditación	
4> Estándares del Programa de Acreditación de Unidades de Gestión Clínica.....	31
I. La persona, centro del Sistema Sanitario.....	32
1. La persona como sujeto activo	
2. Accesibilidad y Continuidad en la asistencia	
3. Información Clínica	
II. Organización de la actividad centrada en la persona.....	47
4. Gestión de Planes y Procesos Asistenciales Integrados	
5. Promoción de la Salud en la Comunidad	
6. Dirección de la Unidad de Gestión Clínica	
III. Los Profesionales.....	60
7. Los Profesionales de la Unidad de Gestión Clínica	
IV. Procesos de Soporte.....	67
8. Estructura, equipamiento y proveedores	
9. Sistemas y Tecnologías de la Información	
10. Mejora Continua	
V. Resultados.....	85
11. Resultados de la Unidad de Gestión Clínica	
5> Control de Modificaciones.....	91
6> Comité Técnico Asesor.....	96
7> Glosario de términos.....	98

1> Introducción

1> Introducción

Definimos Acreditación como el 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, con una finalidad: favorecer e impulsar, hasta la excelencia, la mejora continua en nuestras instituciones, profesionales, formación, etc.

En esta línea, **el Programa de Acreditación de Unidades de Gestión Clínica** se plantea como una metodología de trabajo destinada a favorecer e impulsar los procesos de mejora continua.

El Modelo de Calidad de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía señala la mejora continua de la calidad del servicio sanitario al ciudadano como marco de actuación de todos y cada uno de los elementos del sistema. Para garantizarlo, es necesario definir lo que se entiende por calidad, observar y reconocer en qué grado las tecnologías, las instituciones y los profesionales responden a tales criterios de calidad y, a partir de ese punto, facilitar un marco de trabajo o patrón de referencia para avanzar en el camino de la mejora continua hacia la excelencia.

Entre los principales cometidos de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía se encuentra la elaboración y el desarrollo efectivo de un Modelo de Acreditación coherente, alineado con las estrategias y los rasgos diferenciadores del Sistema Sanitario Público Andaluz, en el que son objeto de acreditación todos los integrantes y dimensiones que intervienen en el servicio sanitario y en su calidad, entre ellos, las Unidades de Gestión Clínica.

2> Modelo de Acreditación

2> Modelo de Acreditación

Desde esta visión, el Modelo de Acreditación del Sistema Sanitario Andaluz ostenta una serie de características propias:

- > Es **coherente** con los planes y herramientas de gestión para la mejora continua en el SSPA: la gestión clínica, la gestión por procesos, la gestión por competencias y la gestión del conocimiento.

Los estándares presentes en los diferentes programas toman como referencia el marco normativo de Salud de Andalucía, el Plan Andaluz de Salud, los Planes Integrales, los Procesos Asistenciales Integrados, los Procesos de Soporte, los contenidos de los Contratos Programa y Acuerdos de Gestión Clínica, recomendaciones sobre mejores prácticas, elementos de seguridad, las necesidades y expectativas de los ciudadanos, etc.

- > Aborda la calidad desde un enfoque **integral**, a través de los Programas de Acreditación dirigidos a los diferentes elementos que intervienen en la atención sanitaria: Centros Sanitarios y Unidades de Gestión Clínica, Oficinas de Farmacia, Unidades de Hemodiálisis, Unidades de Investigación, Laboratorios Clínicos, Actividades, Programas y Centros de Formación Continuada, Competencias Profesionales, etc.
- > Tiene carácter **progresivo**, identificando distintos tramos o grados de avance hacia la excelencia. Más allá de suponer un “hito” aislado o un reconocimiento obtenido en un momento determinado, la acreditación es un proceso dinámico, continuo y evolutivo que refleja y pone 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.

El Modelo de Acreditación del Sistema Sanitario Andaluz constituye un marco de referencia común para todos los Programas de Acreditación que lo integran.

Los Programas de Acreditación

La Agencia cuenta con Programas de Acreditación en cuatro grandes ámbitos:



- > Programas de Acreditación de **Centros y Unidades** (centros asistenciales, unidades de gestión clínica, unidades de investigación, oficinas de farmacia, unidades de hemodiálisis, laboratorios clínicos, centros de atención infantil temprana, centros y unidades de diagnóstico por la imagen, etc.).
- > Programas de Acreditación de **Formación Continuada** (actividades, programas y centros de formación).
- > Programas de Acreditación de **Competencias Profesionales** (para los distintos grupos de profesionales).
- > Programa de Acreditación de **Páginas Web Sanitarias**.

Los Programas de Acreditación puestos en marcha comparten la misma estructura y contemplan, desde cada una de sus perspectivas, las mismas **áreas clave** para la gestión de la calidad.

Se articulan en cinco bloques, cinco dimensiones en torno a las que se agrupan los contenidos de los distintos programas. Estos bloques tienen que ver con:

-  **El Ciudadano**
-  **La Atención sanitaria integral**
-  **Los Profesionales**
-  **Las Áreas de soporte**
-  **La Eficiencia y los resultados**

Cada programa se elabora contando con profesionales del sistema sanitario a través de Comités Técnicos Asesores.

La Metodología

El proceso de acreditación otorga un papel relevante a la **Autoevaluación**.

La mejora continua se basa en el inmenso potencial que poseen las personas y las organizaciones. En la fase de autoevaluación son los diferentes grupos o profesionales quienes identifican su posición actual, determinan a donde quieren llegar y planifican actuaciones para conseguirlo.

La autoevaluación genera un espacio de consenso y de **mejora compartida** en el que intervienen los diferentes actores (profesionales, gestores y ciudadanos).

A modo de ejemplo, en los procesos de acreditación de Centros y Unidades, los profesionales analizan los estándares y su propósito y reflexionan sobre:

- > *¿Qué es lo que se hace? y ¿Cómo puede demostrarse?*, de donde surgen las **evidencias positivas**; y sobre
- > *¿Qué resultados se han obtenido? ¿Cómo se pueden mejorar?*, preguntas que desembocan en **áreas de mejora**.

De manera similar, en los procesos de acreditación de Competencias, el profesional analiza durante la autoevaluación las **competencias** y **buenas prácticas** relacionadas con el logro de resultados sobresalientes de su trabajo, y aporta evidencias y pruebas sobre la presencia de esas buenas prácticas en su desempeño diario.

La **evaluación externa** es otro de los elementos comunes de los procesos de acreditación tanto de Centros y Unidades sanitarias como de competencias profesionales. Realizada por los equipos de evaluadores de la Agencia, en esta fase se observan y reconocen las evidencias presentes (documentales, de observación, mediante entrevistas), asociadas a los distintos elementos de calidad y seguridad, y, en función de su cumplimiento se determina el grado de acreditación obtenido, los puntos fuertes, las potencialidades y las áreas de mejora.

Cada una de las fases, y en especial la autoevaluación, se sustentan en una serie de aplicaciones informáticas en entorno Web, denominadas **ME_jora**, y desarrolladas por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, que permiten conducir de forma segura y con apoyo de los profesionales de la Agencia cada proceso de acreditación, y posibilitan además la difusión e intercambio del conocimiento y de los elementos de calidad destacada identificados en los mismos.

ME_jora C	ME_jora P	ME_jora W	ME_jora F	ME_jora G
Centros y Unidades Sanitarias	Competencias profesionales	Web sanitarias	Formación continuada	Grupos de trabajo

Estándares

El Modelo de Acreditación parte de un **patrón de referencia (estándares)** con el que los centros, profesionales, unidades, etc. caminan hacia la mejora de sus servicios al ciudadano y a la puesta en marcha de unas herramientas de gestión de mejora de la calidad.

Desde nuestra visión de la calidad, los estándares constituyen un sistema en continua evolución, a la que contribuye el ciudadano mediante la incorporación de sus necesidades y expectativas. Su definición, revisión y continua actualización, así como su propósito, se lleva a cabo tomando como principales referencias:

- > El **marco normativo** de Salud en Andalucía, verdadero reflejo del compromiso y garantías del Sistema Sanitario Público de Andalucía con los ciudadanos.
- > Los **Planes de Salud** de Andalucía.
- > Los **Planes de Calidad** de la Consejería de Salud.
- > **Evidencias**, elementos de mejora continua y buenas prácticas.
- > **Referencias nacionales e internacionales.**

Un proceso de Mejora Continua y de Garantía de Calidad

Desde la óptica del Plan de Calidad, acreditarse también significa un reconocimiento expreso y público de que la Unidad de Gestión Clínica cumple los requisitos necesarios para desarrollar una atención de calidad 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 propuesto implica a la totalidad de la organización, desde los máximos responsables a todo el conjunto de personas que trabajan en ella, que han de estar firmemente comprometidos con este proceso.

Adicionalmente, teniendo en cuenta que la acreditación se ha de considerar como un proceso dinámico, 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 Unidades de Gestión Clínica. En este sentido, la acreditación debe reflejar no sólo el momento en el que se está sino, sobre todo, el potencial de desarrollo y mejora.

2> Modelo de Acreditación

Este modelo de calidad pretende reconocer que la Unidad de Gestión Clínica esté orientada y centrada tanto en las actuaciones sanitarias de soporte como en las necesidades y expectativas de los ciudadanos y profesionales. Así mismo, garantiza sus derechos, aporta seguridad, motiva y reconoce la competencia de los profesionales, produciendo unos resultados efectivos. Por ello, la aplicación del Modelo Andaluz de Calidad y el reconocimiento externo que conlleva la obtención de la acreditación, añade valor a las instituciones, en cuanto a que se distinguen por:

- > Garantizar los servicios al ciudadano y a los profesionales, mediante el ejercicio de una evaluación que sea transparente.
- > Informar a los ciudadanos de sus derechos, a fin de que puedan tener suficientes elementos de juicio a la hora de hacer efectivos estos derechos.
- > El Aprendizaje organizativo y la Gestión del conocimiento, aumenta la visión de profesionales sobre su entorno de trabajo y sobre los elementos de calidad prioritarios potenciando su desarrollo y su formación.
- > Entornos y prácticas asistenciales seguras (para ciudadanos y profesionales), respetuoso con el medio ambiente.
- > Desarrollar Herramientas de Gestión de la Mejora permanente que faciliten tener una cultura de calidad extendida entre los profesionales orientada a la evaluación continua y proactiva en la prevención de eventos adversos.

3> Programa de Acreditación de Unidades de Gestión Clínica

3> Programa de Acreditación de Unidades de Gestión Clínica

Distribución de los estándares

Al igual que sucediera en los restantes Programas de Acreditación, la distribución de los estándares en tres grupos permite a la Unidad de Gestión Clínica identificar una secuencia priorizada para su abordaje:

- > Los estándares del **Grupo I** contemplan los Derechos consolidados de los ciudadanos, los aspectos ligados a la Seguridad de ciudadanos y profesionales, los Principios Éticos que se deben contemplar en todas las actuaciones sanitarias y aquellos elementos prioritarios para el SSPA.
- > 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 demuestran que la Unidad de Gestión Clínica genera innovación y desarrollo para la sociedad en general.

En el Grupo I se encuentran los estándares que tienen la consideración de **Obligatorios** y, por tanto, han de estar necesariamente presentes y estabilizados para alcanzar cualquier grado de acreditación.

En el Grupo II se encuentran los estándares que tienen la consideración de **Imprescindibles** y, por tanto, han de estar necesariamente presentes y estabilizados para alcanzar el grado de acreditación Óptima.

3> Programa de Acreditación de Unidades de Gestión Clínica

En la siguiente tabla se muestra un resumen de la distribución de los estándares del Programa de Unidades de Gestión Clínica según el tipo de estándar:

TIPO DE ESTÁNDAR	DEFINICIÓN	Nº	%
GRUPO I  <hr/> 	Estándares que contemplan los derechos consolidados de los ciudadanos, los aspectos ligados a la Seguridad de ciudadanos y profesionales, los Principios Éticos que se deben contemplar en todas las actuaciones de la Unidad de Gestión Clínica y aquellos elementos prioritarios para el SSPA.	29	26,60%
	Estándares Obligatorios	40	36,70%
	Total Grupo I	69	63,30%
GRUPO II 	Estándares que determinan elementos asociados al mayor desarrollo de la Organización (Sistemas de Información, Nuevas Tecnologías, Rediseño de Espacios Organizativos).	18	16,52%
	Estándares Imprescindibles (para optar a Nivel Óptimo)	6	5,50%
	Total Grupo II	24	22,02%
GRUPO III 	Abarca aquellos estándares que demuestran que la Unidad de Gestión Clínica genera innovación y desarrollo orientado a la sociedad en general.	16	14,68%
	TOTAL	109	100%

Cada estándar aparece definido y contempla el propósito que persigue su cumplimiento. A su lado, y mediante iconos, se precisa si dicho estándar pertenece al Grupo I, II ó III o si éste es Obligatorio, en cuyo caso aparece rodeado por un círculo (Figura 1).

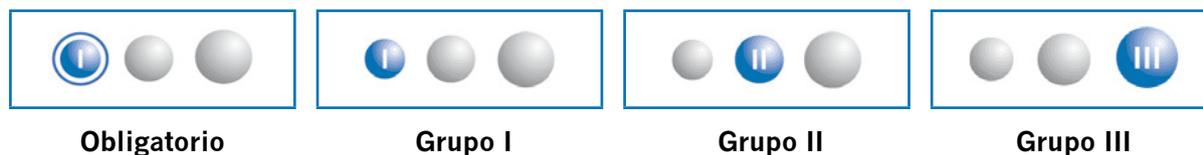


Figura 1. Símbolos utilizados en el manual de estándares.

Resultados de la Acreditación

En todos y cada uno de los ámbitos (centros, unidades sanitarias, profesionales, formación continuada, etc.), el modelo de acreditación articula la progresión en diferentes grados, cada uno de mayor complejidad y exigencia que el anterior, propiciando así la mejora continua. Los niveles de acreditación son Avanzado, Óptimo y Excelente.

3> Programa de Acreditación de Unidades de Gestión Clínica

No obstante, en tanto en cuanto el sistema se encuentra en continua evolución y se busca la mejora continua, sería equivocado entender el último grado como un estadio final o último. Antes bien (y como consecuencia de las mejoras que se producirán debido a las nuevas tecnologías, nuevas prestaciones, nuevas formas de organización y nuevas exigencias del usuario ciudadano y usuario profesional), los estándares establecidos para los distintos grados serán actualizados periódicamente. Así por ejemplo, lo que hoy puede verse como lejano para cualquier sistema, podrá ser, en el camino de la mejora continua, la excelencia del mañana.

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.

El resultado obtenido del Proceso de Acreditación puede ser:

Pendiente de estabilización de estándares Obligatorios

Situación que se mantiene hasta que los planes de mejora de la Unidad de Gestión Clínica cumplan con los estándares Obligatorios del Grupo I. La consecución de éstos permitirá optar a algún nivel de acreditación.

Acreditación Avanzada

Acreditación obtenida al lograr un cumplimiento mayor del 70% de estándares del Grupo I (incluyéndose dentro de este porcentaje la totalidad de los considerados como Obligatorios).

Acreditación Óptima

Se alcanza cuando se da un cumplimiento del 100% de los estándares del Grupo I y cumplimiento mayor del 40% de los estándares del Grupo II (incluyendo todos los imprescindibles).

Acreditación Excelente

El nivel de Excelencia se obtiene cuando se da un cumplimiento del 100% de los estándares del Grupo I y del Grupo II, y cumplimiento mayor del 70% de los estándares del Grupo III.

	AVANZADO	ÓPTIMO	EXCELENTE
GRUPO I	↑ 70% (incluidos los obligatorios)	100%	100%
GRUPO II		↑ 40% (incluidos los imprescindibles)	100%
GRUPO III			↑ 70%

3> Programa de Acreditación de Unidades de Gestión Clínica

Una vez obtenido un grado de acreditación avanzado u óptimo, la Unidad de Gestión Clínica, transcurrido un año al menos, podrá optar de forma voluntaria a la acreditación en los grados sucesivos.

Se ha definido e implantado un módulo específico en la aplicación ME_jora C con el objetivo de llevar a cabo el seguimiento de los proyectos de acreditación a lo largo de los cinco años de vigencia de la acreditación.

Los objetivos planteados para la fase de seguimiento son:

- > Consolidar los resultados obtenidos, mediante la estabilización del cumplimiento de los estándares a lo largo de los cinco años.
- > Mantener y aumentar el impulso de la mejora, mediante la implantación de aquellas áreas de mejora detectadas, junto con la oportunidad de continuar identificando nuevas áreas de mejora.

Desde la obtención de la acreditación la Unidad de Gestión Clínica tiene disponible la ficha de autoevaluación de seguimiento, de forma que a los dos y a los cuatro años de la fecha de la acreditación se realiza la evaluación de seguimiento que consiste en los siguientes cuatro apartados:

- > Análisis de las consideraciones previas sobre modificaciones estructurales y organizativas que se hubieran podido producir en la Unidad de Gestión y que pudieran afectar al ámbito de la acreditación.
- > Posicionamiento y análisis del cumplimiento de los estándares obligatorios, con el objetivo de asegurar el mantenimiento de su cumplimiento a lo largo del tiempo.
- > Actualización de las áreas de mejora detectadas en la fase de autoevaluación y pendientes de cumplir.
- > Actualización de los indicadores de actividad y procesos asistenciales a lo largo de los dos últimos ejercicios.

Estructura del Manual de Estándares

El Manual de Estándares de Unidades de Gestión Clínica se estructura en cinco bloques y once criterios, que se describen a continuación:

I. La persona, centro del Sistema Sanitario	La persona como sujeto activo
	Accesibilidad y continuidad en la asistencia
	Información clínica
II. Organización de la actividad centrada en la persona	Gestión de Planes y Procesos Asistenciales Integrados
	Promoción de la Salud en la Comunidad
	Dirección de la Unidad de Gestión Clínica
III. Los Profesionales	Los Profesionales de la Unidad de Gestión Clínica
IV. Procesos de Soporte	Estructura, equipamiento y proveedores
	Sistemas y tecnologías de la información
	Mejora Continua
V. Resultados	Resultados de la Unidad de Gestión Clínica

I. La persona, centro del Sistema Sanitario

En el Manual de Estándares este bloque constituye el 24,77% del total de los estándares, haciendo referencia a los derechos, expectativas y participación de los usuarios, profesionales y unidades peticionarias de la Unidad de Gestión Clínica; a los elementos relacionados con la intimidad, la accesibilidad a los recursos disponibles; a la interrelación entre profesionales y la atención sanitaria; a las actuaciones interdisciplinarias junto al uso y custodia de la información clínica y personal del usuario. Se encuentran diferenciados en tres criterios:

- > La persona como sujeto activo
- > Accesibilidad y continuidad en la asistencia
- > Información clínica

■ II. Organización de la actividad centrada en la persona

Este bloque constituye el 22,02% del total de estándares contenidos en el Manual. En ellos se profundiza fundamentalmente sobre los aspectos relacionados con las actuaciones de la Unidad de Gestión Clínica teniendo como referencia los Procesos Asistenciales y Planes Integrales. Este bloque está formado a su vez por tres criterios:

- > Gestión de Planes y Procesos Asistenciales Integrados
- > Promoción de la Salud en la Comunidad
- > Dirección de la Unidad de Gestión Clínica

■ III. Los Profesionales

Suponen el 11,93% de todos los estándares y reflexionan desde la acogida de los profesionales, hasta la adecuación de los recursos profesionales para la atención, facilitando al mismo tiempo la actualización de sus competencias, el desarrollo profesional y potenciando la labor investigadora en la Unidad de Gestión Clínica.

■ IV. Procesos de Soporte

Este bloque está formado por el 30,28% de los estándares del Manual, dedicados a profundizar en la gestión de la estructura del centro y sus instalaciones, los procesos de abastecimiento, el equipamiento, las medidas de seguridad y la funcionalidad para que los usuarios y profesionales puedan alcanzar los objetivos propuestos. Se analizan las áreas relativas a los nuevos avances tecnológicos en el ámbito de las tecnologías de la información, la protección de datos de carácter personal y las estrategias dirigidas a la gestión de los riesgos y planes de calidad específicos. Se desarrolla en los siguientes tres criterios:

- > Estructura, equipamiento y proveedores
- > Sistemas y tecnologías de la información
- > Mejora Continua

■ V. Resultados

Finalmente, existe un grupo de estándares que suponen el 11% de los contenidos en el Manual y que reflejan los resultados obtenidos por la Unidad de Gestión Clínica en cuanto a la actividad realizada, la eficiencia, la accesibilidad, la satisfacción y a la calidad científico-técnica.

3> Programa de Acreditación de Unidades de Gestión Clínica

Fases del programa de acreditación

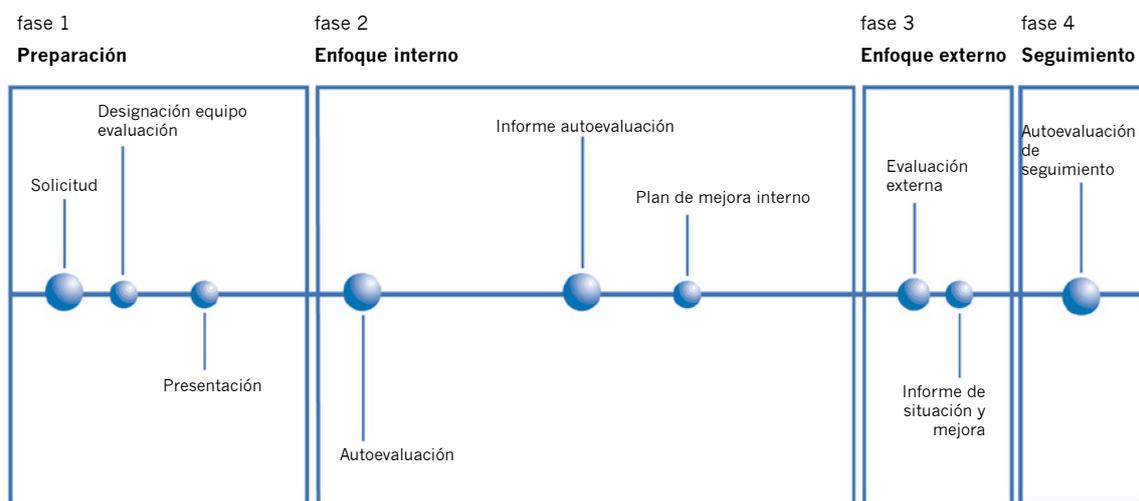


Figura 2. Fases del Programa de Acreditación.

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

El/la director/a o responsable de la Unidad de Gestión Clínica solicita iniciar el proceso de acreditación a la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía mediante la cumplimentación de una solicitud en la aplicación ME_jora C, disponible en la página web de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía <http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria>.

Esta solicitud tiene como consecuencia la planificación conjunta entre la Unidad de Gestión Clínica y la Agencia, de todo el proceso de acreditación.

Seguidamente, la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía designa un Responsable del proyecto, y la Unidad de Gestión Clínica nombra un Responsable Interno del Proceso de Acreditación para facilitar el desarrollo del proceso y la comunicación con la Agencia.

Por último, de forma consensuada con la Unidad de Gestión Clínica, se planifica y se realiza una visita de presentación del proceso de Acreditación.

FASE 2.- Enfoque interno: Autoevaluación

La Autoevaluación se concibe como la comprobación permanente de los espacios de mejora de la Organización, para lo que se toma como referencia el Manual de Estándares. Durante esta fase, los profesionales que integran la Unidad de Gestión Clínica llevarán a cabo un ejercicio, han de observar lo que se está haciendo bien (esto es, las evidencias positivas) y detectar a su vez las áreas de mejora.

3> Programa de Acreditación de Unidades de Gestión Clínica

Objetivos de la Autoevaluación

La Autoevaluación está encaminada a la consecución de los siguientes objetivos:

- > Promocionar y difundir el Modelo Andaluz de Calidad entre los profesionales.
- > Facilitar a la Unidad de Gestión Clínica el camino hacia la mejora continua y hacia la acreditación mediante:
 - La identificación de los puntos fuertes, con el propósito de mantenerlos e incluso mejorarlos, y de las áreas de mejora, a fin de reforzarlas y llegar a convertirlas en puntos fuertes.
 - La ampliación de la información sobre el propósito y alcance del estándar y el aporte de ejemplos de buenas prácticas.
- > Posibilitar la autoevaluación periódica, dentro y fuera de los ciclos de Acreditación, para evaluar los progresos de manera continuada.
- > Fomentar el aprendizaje en el Sistema Sanitario y la gestión del conocimiento.

Metodología

En el diseño de la Autoevaluación, se ha optado por un enfoque cualitativo, para determinar en esta fase el nivel de cumplimiento se utiliza el Ciclo PDCA de Deming.

Así, siguiendo la metodología PDCA (Planificar –Plan-, Hacer –Do-, Verificar –Check- y Corregir –Act-), para cada uno de los estándares se desarrolla un ciclo de mejora continua. De este modo se evita que el cumplimiento de un estándar se quede en un hecho estático o puntual asociado al momento de la evaluación. Con la utilización del ciclo PDCA de mejora continua se pretende que la organización revise el enfoque que tiene para el cumplimiento de ese estándar, realice una planificación previa, lo lleve a la práctica, valore la efectividad del estándar y desarrolle acciones para mejorar su implantación y desarrollo, garantizando de este modo la consolidación y estabilización del estándar a lo largo del tiempo.

A su vez, la estabilización de un estándar no conlleva únicamente el cumplimiento de éste; supone además la movilización de la Unidad de Gestión Clínica en un proceso que asegurará su cumplimiento futuro.

3> Programa de Acreditación de Unidades de Gestión Clínica

La Unidad de Gestión Clínica por tanto revisará en qué fase del ciclo PDCA se encuentra cada estándar, según los hitos descritos en la siguiente tabla:

FASE	ABREVIATURA	HITO
PLANIFICACIÓN	Perfil de Mejora Previo	Se ha determinado la influencia sobre la organización del propósito del estándar con anterioridad a iniciar el proceso de Acreditación.
	Delimita Objetivo y Sist. de Información	Se han definido los indicadores que identifican la consecución del estándar.
	Planifica	Se han definido 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 han 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.

El Manual de Estándares se sustenta en una aplicación informática que permite:

- > La accesibilidad desde cualquier puesto o lugar de trabajo al proceso de acreditación de la Unidad de Gestión Clínica con un acceso seguro a través de perfiles de usuario.
- > Actuar como gestor documental de toda la información generada en el proceso de acreditación.

Fases de la Autoevaluación

La fase de Autoevaluación se compone a su vez de las siguientes fases:

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 se establece cómo se va a desplegar la Autoevaluación, cuál es el plan de comunicación tanto interno como externo, etc.

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

3> Programa de Acreditación de Unidades de Gestión Clínica

Es recomendable nombrar un responsable del Proceso de Acreditación en la Unidad de Gestión Clínica, que asumirá el papel de persona clave para la organización y coordinación de todo el proceso y ejercerá de interlocutor con la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. Entre sus principales funciones estarían:

- > Establecer el cronograma que se va seguir y velar por su cumplimiento.
- > Participar en la selección de los autoevaluadores, darles soporte y apoyo formativo.
- > Fijar y dirigir las reuniones de los autoevaluadores.

3. Se seleccionan los autoevaluadores y se les asignan unos determinados estándares.

En esta fase se designa un grupo de autoevaluadores dependiendo de la magnitud de la Unidad de Gestión Clínica. Es recomendable que estos autoevaluadores sean multidisciplinares, ya que así se potenciará el aprendizaje y la creación de conocimiento organizativo. Dado el carácter dinámico tanto de los estándares como del propio proceso, este equipo no tendría que constituirse únicamente para un ejercicio de autoevaluación puntual; antes bien, debería seguir trabajando en las áreas de mejora detectadas y en las recomendaciones de la evaluación externa, y habría de actualizar periódicamente la Autoevaluación. Para potenciar el trabajo en equipo y hacerlo eficiente, resulta asimismo recomendable repartir los estándares entre los profesionales que van a participar en la Autoevaluación.

4. Los autoevaluadores se entrenan en el manejo de la aplicación informática.

El/la responsable del Proceso de Acreditación de la Unidad de Gestión Clínica proporciona a los autoevaluadores:

- > El Manual de Estándares completo y el listado de estándares sobre los que cada cual va a realizar la Autoevaluación.
- > Acceso al software donde los grupos puedan registrar las evidencias positivas, las áreas de mejora y el grado de cumplimiento según el ciclo PDCA.

El/la responsable del Proceso de Acreditación de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía se encargará de facilitar la formación suficiente para garantizar el manejo de la aplicación informática y seguimiento del proceso.

5. Se completan las fichas de Autoevaluación.

Coordinados por el/la responsable interno del Proceso de Acreditación, el grupo de trabajo revisa los estándares y cumplimenta las fichas de la aplicación informática, disponible en entorno web. La revisión de los estándares conlleva la reflexión sobre si el estándar se cumple, en cuyo caso habrá que describir las evidencias positivas que lo sustentan. Si no hubiera evidencias que demostraran el cumplimiento del estándar, el autoevaluador ha

3> Programa de Acreditación de Unidades de Gestión Clínica

de describir las áreas de mejora que la Unidad de Gestión Clínica tendría que desplegar para que se pueda cumplir y estabilizar el estándar. La aplicación informática permite adjuntar ficheros a las evidencias positivas y áreas de mejora actuando de este modo de gestor documental.

6. El grupo de Autoevaluación comparte los hallazgos (evidencias positivas y áreas de mejora) y finaliza la Autoevaluación.

A continuación se ponen en común los resultados de la Autoevaluación, al tiempo que se clarifican algunas respuestas, se comparte y completa la información.

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

Tras compartir los resultados obtenidos por los distintos grupos, se abordan globalmente las áreas de mejora, en busca de líneas de acción comunes. La aplicación informática permite la priorización, planificación y asignación de responsables de las áreas de mejora.

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

La aplicación informática permite la descripción de actuaciones para cada área de mejora, lo que junto a la posibilidad de planificar y designar responsables, hace que se convierta en un fácil sistema de gestión de la mejora continua para la Unidad de Gestión Clínica.

9. Se evalúa y se mejora el proceso de Autoevaluación.

Finalmente, el proceso de Autoevaluación pasa a ser contemplado como fórmula de aprendizaje, a fin de introducir mejoras en el mismo y preparar así las sucesivas autoevaluaciones. La aplicación informática dispone de un módulo de resultados que facilita y apoya la planificación, seguimiento y consecución de las acciones derivadas de la gestión de la mejora que se realiza en la fase de Autoevaluación.

FASE 3.- Enfoque externo. Visita de Evaluación

Una vez completada la fase de autoevaluación, se planifica de forma consensuada con el equipo directivo de la Unidad de Gestión Clínica la visita de evaluación externa por el equipo de evaluadores de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, que son los encargados de estudiar la autoevaluación y realizar la visita de evaluación externa.

De este modo, a lo largo de esta fase, el equipo de evaluadores de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía se encarga de verificar 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 y de otras evidencias significativas que se recogerán durante la visita y que serán tanto documentales, de entrevistas, como de observación directa.

3> Programa de Acreditación de Unidades de Gestión Clínica

FASE 4.- Informes

Concluida la visita de evaluación externa, el equipo de evaluadores de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía elabora un informe de situación en el que se especifica el grado de cumplimiento de los estándares.

Este informe es remitido desde la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía al equipo directivo de la Unidad de Gestión Clínica.

FASE 5.- Seguimiento y colaboración entre la Unidad de Gestión Clínica y la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía

Una vez terminado el proceso de acreditación, la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía y la Unidad de Gestión Clínica establecen un sistema de colaboración encaminado a asegurar la estabilidad del cumplimiento de los estándares en el tiempo y, con ello, un nivel de calidad.

Las visitas de seguimiento se realizarán con la periodicidad que se determine en función de los resultados alcanzados, o bien cuando existieran circunstancias que así lo justificasen.

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



I. LA PERSONA, CENTRO DEL SISTEMA SANITARIO

1. La persona como sujeto activo
2. Accesibilidad y continuidad en la asistencia
3. Información clínica



II. ORGANIZACIÓN DE LA ACTIVIDAD CENTRADA EN LA PERSONA

4. Gestión de Planes y Procesos Asistenciales Integrados
5. Promoción de la Salud en la Comunidad
6. Dirección de la Unidad de Gestión Clínica



III. LOS PROFESIONALES

7. Los Profesionales de la Unidad de Gestión Clínica



IV. PROCESOS DE SOPORTE

8. Estructura, equipamiento y proveedores
9. Sistemas y tecnologías de la información
10. Mejora Continua



V. RESULTADOS

11. Resultados de la Unidad de Gestión Clínica

I. La persona, centro del Sistema Sanitario

1. La persona como sujeto activo

Intención del criterio

Dar respuesta a las necesidades, demandas y expectativas de la persona deben ser objetivos fundamentales del funcionamiento de la Unidad. Por tanto, se hace necesario no solo identificar qué servicios precisan las personas sino también cómo prestarlos, asegurando su participación en las decisiones relativas a su proceso de atención y facilitando su recuperación.

La intención de este grupo de estándares es garantizar el desarrollo efectivo de derechos fundamentales de la persona como la información, la intimidad, la confidencialidad, la toma de decisiones, etc., que son pilares básicos del principio de autonomía del paciente.

Estándar
ES 5 01.01_01

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

Propósito: La Unidad garantiza la difusión de los derechos de la persona, mediante su publicidad en los diferentes espacios asistenciales y no asistenciales de la misma, adaptada a las características de su población de referencia, salvaguardando barreras de cualquier índole (discapacidad, idioma, etc.) y haciendo partícipe de ello a sus profesionales.



Elementos evaluables:

1. La Unidad garantiza que las personas conozcan sus derechos.
2. La Carta de Derechos y Deberes está adaptada a las características de la población atendida.

Estándar
ES 5 01.02_01

Se respeta la intimidad y privacidad de la persona.

Propósito: Garantizar el derecho a la intimidad y privacidad de la persona durante la asistencia sanitaria, mediante la disponibilidad de normas y procedimientos (regulación de las visitas, circuitos de pacientes, etc.), actividades de formación y sensibilización a los profesionales, así como el uso de medios físicos que permitan establecer una adaptación de estructuras y espacios (visual y auditiva) durante la asistencia a los pacientes.



I. La persona, centro del Sistema Sanitario

1. La persona como sujeto activo

Elementos evaluables:

1. Existen normas y procedimientos para preservar la intimidad de la persona.
2. Los profesionales aplican estas normas y procedimientos.
3. Se utilizan los medios (estructurales y/o físicos) necesarios para respetar la intimidad de las personas.
4. Se dispone de herramientas para conocer la satisfacción de las personas en relación a su intimidad.

Estándar ES 5 01.03_01

Las personas son informadas de todos los aspectos relacionados con su problema de salud.

Propósito: La persona debe disponer, de modo adecuado a sus posibilidades de comprensión, de la información necesaria para poder participar en la toma de decisiones sobre su problema de salud. La información proporcionada queda registrada en la historia de salud.



Elementos evaluables:

1. Las personas son informadas de manera clara y comprensible sobre todos los aspectos (asistenciales, administrativos, etc.) relacionados con su proceso de salud.
2. Los profesionales registran la información proporcionada a la persona en la historia de salud.
3. Se dispone de herramientas para conocer la satisfacción de las personas en relación a la información recibida acerca de su proceso.
4. Se dispone de mecanismos para que las personas de otras nacionalidades y/o con problemas sensoriales puedan ser informados.

Estándar ES 5 01.04_01

La Unidad de Gestión Clínica lleva a cabo el proceso de información continua con la persona o representante legal incorporando el formulario de consentimiento informado escrito ante intervenciones con criterios intrínsecos de riesgo.

Propósito: Garantizar que siempre se realiza el proceso de información continua a la persona de forma verbal y solamente, ante intervenciones con criterios intrínsecos de riesgo recogidos en la normativa vigente, se cumplimenta el formulario normalizado de consentimiento informado escrito donde la persona ha otorgado su consentimiento.



I. La persona, centro del Sistema Sanitario

1. La persona como sujeto activo

Elementos evaluables:

1. Existe una relación de los procedimientos de la Cartera de Servicios Autorizada que precisan de consentimiento informado escrito.
2. El consentimiento informado escrito se recaba de acuerdo a las directrices vigentes.
3. La Unidad realiza auditorías periódicas del grado de cumplimentación del consentimiento informado así como de su adecuación a las directrices vigentes. En caso de desviaciones detectadas, se determinan las medidas correctivas necesarias.
4. Las personas que participan en proyectos de investigación han dado su consentimiento informado.

Estándar ES 5 01.05_01

La Unidad de Gestión Clínica promueve la toma de decisiones activa de la persona durante su proceso asistencial.

Propósito: Poner a disposición de la persona procedimientos y herramientas de ayuda contrastados, que le permitan la elección entre dos o más opciones sobre un problema de salud, ayudándole a 1) comprender los resultados que pueden ocurrir aplicando diferentes opciones, 2) tener en cuenta los valores personales que atribuye a los posibles riesgos y beneficios, y 3) participar con sus médicos u otros profesionales de la salud en las decisiones.

La disponibilidad de estos procedimientos y herramientas son difundidas a través del medio idóneo en función del colectivo afectado: página web, puntos de atención a la persona, asociaciones (de pacientes/consumidores/ciudadanos) y/o consultas médicas para facilitar una toma de decisiones compartida entre el profesional y la persona.



Elementos evaluables:

1. Se ofrece a la persona Herramientas de Ayuda a la Toma de Decisiones contrastadas que permitan elegir entre dos o más opciones en el contexto de su problema de salud.
2. El proceso por el que la persona toma una decisión mediante el uso de una Herramienta de Ayuda a la Toma de Decisiones queda registrado en su historia de salud como parte de la información generada durante su asistencia.
3. Se dispone de canales formales para dar a conocer a las personas la existencia de Herramientas de Ayuda a la Toma de Decisiones.

I. La persona, centro del Sistema Sanitario

1. La persona como sujeto activo

Estándar
ES 5 01.06_01

Se garantiza el cumplimiento de las instrucciones previas de cada persona.

Propósito: Asegurar el derecho de las personas a tomar y revocar decisiones sobre su propio proceso asistencial relacionadas con la continuación o interrupción de las medidas de soporte vital y la asistencia al final de su vida, o sobre el destino de su cuerpo o de los órganos del mismo una vez llegado el fallecimiento. Se dispone para ello de procedimientos implantados que permitan a los profesionales conocer y aplicar los cuidados y el tratamiento acorde al contenido de esas instrucciones previas sobre su salud, así como identificar, llegado el caso, el representante que ha de servir como interlocutor suyo con el médico o el equipo sanitario para procurar el cumplimiento de las mismas.



Elementos evaluables:

1. Se dispone de un procedimiento que permite a los profesionales de la Unidad, conocer las instrucciones previas de cada persona (continuación o interrupción de las medidas de soporte vital, destino de sus órganos, etc.), así como su representante cuando la persona no pueda decidir.
2. Los profesionales de la Unidad aplican dicho procedimiento.
3. Los profesionales de la Unidad informan a las personas sobre el derecho a realizar su testamento vital.

Estándar
ES 5 01.07_01

Se dispone de un procedimiento efectivo para la sustitución en la toma de decisiones.

Propósito: Garantizar que el proceso de sustitución en la toma de decisiones, en condiciones de incapacitación o cuando la persona menor de edad no sea capaz intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención, responde a los criterios y procedimientos definidos y es conocido por los profesionales. Dicho proceso permite ofrecer la información necesaria para decidir por parte del vínculo familiar, tutor o representante legal, quedando registro en la historia de salud.



Elementos evaluables:

1. Se dispone de un procedimiento para la sustitución en la toma de decisiones en los casos contemplados por la legislación vigente.
2. Los profesionales de la Unidad aplican dicho procedimiento.
3. El tutor o representante legal queda registrado en la historia de salud.

I. La persona, centro del Sistema Sanitario

1. La persona como sujeto activo

Estándar ES 5 01.08_01

La Unidad de Gestión Clínica dispone y difunde una Guía de Información sobre su funcionamiento.

Propósito: Proporcionar información actualizada sobre el funcionamiento de la Unidad (cartera de servicios, localización, horarios, teléfonos, tiempos de respuesta), así como cualquier otra información que considere de interés.



Elementos evaluables:

1. En todas las áreas de la Unidad se pone a disposición de las personas una guía con información sobre su funcionamiento.
2. El contenido de la guía de información se mantiene actualizado.

Estándar ES 5 01.09_01

La Unidad de Gestión Clínica garantiza la resolución de conflictos éticos en la asistencia sanitaria.

Propósito: Los profesionales y las personas conocen el procedimiento a seguir para formular consultas y dudas al Comité de Ética.



Elementos evaluables:

1. La Unidad dispone de un procedimiento para formular consultas y dudas al Comité de Ética.
2. Los profesionales conocen dicho procedimiento.
3. Se dispone de los mecanismos necesarios para asegurar la difusión de los protocolos de actuación del Comité de Ética.

Estándar ES 5 01.10_01

La Unidad de Gestión Clínica ha determinado el mecanismo de asignación de sus profesionales sanitarios de referencia.

Propósito: La Unidad dispone de procedimientos implantados, asequibles y visibles, que permitan a los profesionales y personas identificar en cada momento del proceso asistencial a los profesionales de referencia.



Elementos evaluables:

1. Se dispone de un procedimiento para la asignación del profesional sanitario referente de cada persona.
2. Se informa de manera sistemática a las personas de los profesionales responsables de su asistencia.
3. Los profesionales estarán debidamente identificados de acuerdo a la política corporativa de la institución, de manera que la persona conozca qué profesional le está atendiendo en cada momento.

I. La persona, centro del Sistema Sanitario

1. La persona como sujeto activo

Estándar
ES 5 01.11_00

La Unidad de Gestión Clínica favorece el desarrollo de los derechos de libre elección de profesionales y segunda opinión médica.

Propósito: La Unidad conoce el contenido y las circunstancias clínicas recogidas en el decreto de segunda opinión médica, informa, facilita su ejercicio en función de las características de la persona y desarrolla los procedimientos necesarios.



Elementos evaluables:

1. Se dispone de un canal estable de difusión a las personas sobre los derechos de libre elección de médico y segunda opinión médica.
2. Se facilita el acceso a los derechos de libre elección y segunda opinión.

- 1. La persona, centro del Sistema Sanitario
- 2. Accesibilidad y Continuidad en la asistencia

2. Accesibilidad y Continuidad en la asistencia

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: la persona.

Los estándares relativos a este criterio evalúan, entre otros aspectos, la accesibilidad, la continuidad, la disponibilidad y la idoneidad de la atención sanitaria.

Estándar ES 5 02.01_01	La Unidad de Gestión Clínica difunde su cartera de servicios.
<p>Propósito: La Unidad dispone de un documento de información en el que se detallan las actuaciones disponibles y lo da a conocer a las personas y a los profesionales. </p>	
Elementos evaluables:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se dispone de una Cartera de Servicios autorizada y es difundida.
Estándar ES 5 02.02_00	Se implantan los cambios organizativos necesarios que favorecen la accesibilidad de la persona a los servicios.
<p>Propósito: Garantizar los mecanismos necesarios para favorecer la accesibilidad de la persona a los servicios (circulación de pacientes, adaptación de horarios, citación online, información, recordatorios de citas, etc.). </p>	
Elementos evaluables:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se garantiza en condiciones óptimas la accesibilidad de las personas a los servicios prestados por la Unidad. 2. La Unidad evalúa la accesibilidad de las personas a sus servicios adoptando las medidas necesarias para mejorarla.

I. La persona, centro del Sistema Sanitario
2. Accesibilidad y Continuidad en la asistencia

Estándar
ES 5 02.03_00

La Unidad de Gestión Clínica establece un plan de asistencia a la persona adecuado en todo momento a sus necesidades.

Propósito: La Unidad planifica los circuitos y recursos necesarios en colaboración con otros dispositivos asistenciales, incorporando medidas correctivas en función de las necesidades de la persona.



Elementos evaluables:

1. Se determinan planes asistenciales personalizados adecuados al proceso de la persona. Dichos planes se documentan en la historia de salud y se mantienen actualizados.
2. Se informa y entrega a la persona su plan asistencial sobre la fase del proceso en la que se encuentra.
3. La Unidad realiza evaluaciones periódicas de la cumplimentación de los planes asistenciales así como de su adecuación a las necesidades de las personas. En caso de desviaciones detectadas, se determinan las medidas correctivas necesarias.
4. La Unidad proporciona información a las personas sobre su medicación (indicación, forma de administración, posología, interacciones, posibles efectos adversos, etc.).
5. Existen canales formales de comunicación con otros niveles asistenciales y servicios (están definidos los profesionales de referencia, horarios y normas de comunicación). Estos canales son conocidos y utilizados por los profesionales de la Unidad.

Estándar
ES 5 02.04_00

La Unidad de Gestión Clínica realiza una valoración de la persona y su entorno para identificar sus necesidades y facilita su acceso a recursos de apoyo.

Propósito: La Unidad, tras valorar e identificar las necesidades de las personas y su entorno, pone a su disposición información sobre los recursos disponibles (comunitarios, asociaciones, material ortoprotésico, prestaciones complementarias, nutrición, etc.) y la forma de acceder a los mismos con el objetivo de facilitar una atención sanitaria integral.



Elementos evaluables:

1. Se han identificado los grupos de pacientes susceptibles de valoración de sus necesidades (sociales, educación, habilidades, conocimientos, etc.).
2. Se realiza una valoración de la persona y su entorno de manera sistemática y estandarizada.
3. Se determinan los recursos de apoyo para dar respuesta a las necesidades de la persona, facilitando información sobre la forma de acceder a ellos.

I. La persona, centro del Sistema Sanitario
2. Accesibilidad y Continuidad en la asistencia

**Estándar
ES 5 02.05_01**

La Unidad de Gestión Clínica dispone de información sobre las desprogramaciones y adopta medidas dirigidas a disminuirlas.

Propósito: Se adopta una actitud de máximo respeto con el tiempo de las personas, se minimizan los efectos de las desprogramaciones, haciendo que la prestación se facilite con inmediatez y de la forma más adecuada para las mismas. Se monitorizan y evalúan las desprogramaciones y se establecen las acciones de mejora pertinentes.



**Elementos
evaluables:**

1. Existe un registro de las desprogramaciones ocurridas y sus causas.
2. Existe una evaluación periódica de las desprogramaciones ocurridas identificándose áreas de mejora encaminadas a disminuirlas.

**Estándar
ES 5 02.06_00**

La Unidad de Gestión Clínica identifica a sus pacientes de mayor riesgo y garantiza la continuidad de su asistencia.

Propósito: La Unidad identifica a sus pacientes de mayor riesgo (vulnerables, probabilidad de desestabilización, restricciones de movilidad, etc.) y mantiene una comunicación directa y reglada entre los profesionales implicados en la asistencia del paciente.



**Elementos
evaluables:**

1. La Unidad identifica a los pacientes de mayor riesgo (vulnerables, restricción de movilidad, etc.).
2. Se registran en la historia de salud los riesgos que pueden interrumpir el plan asistencial de la persona (Ej. paciente no colaborador, imposibilidad de acudir a las citas, falta de coordinación interservicios, etc.).
3. Existen canales formales de comunicación con otros niveles asistenciales y servicios para resolver el plan asistencial de los pacientes de mayor riesgo.

I. La persona, centro del Sistema Sanitario
2. Accesibilidad y Continuidad en la asistencia

**Estándar
ES 5 02.07_00**

La Unidad de Gestión Clínica cumple con los criterios de asistencia e interconsulta definidos y consensuados.

Propósito: La Unidad ha establecido con otros dispositivos o unidades asistenciales, los criterios de asistencia e interconsulta para los procesos asistenciales que le son de aplicación.



**Elementos
evaluables:**

1. Se dispone de criterios de asistencia e interconsulta, consensuados con otras unidades asistenciales.
2. La Unidad realiza evaluaciones periódicas del cumplimiento de los criterios de interconsulta e identifica áreas de mejora.

**Estándar
ES 5 02.08_01**

Se implantan acciones coordinadas entre distintos ámbitos de actuación dirigidas a ubicar más eficientemente las tecnologías disponibles.

Propósito: La Unidad y el Centro deben analizar y priorizar las actuaciones coordinadas oportunas para aumentar la capacidad de resolución de la red asistencial.



**Elementos
evaluables:**

1. Se han identificado necesidades tecnológicas para mejorar resultados asistenciales.
2. Se priorizan con el Centro las acciones necesarias para la ubicación eficiente de recursos tecnológicos y responden a las necesidades identificadas.
3. Se implantan recursos tecnológicos de forma coordinada con otras unidades asistenciales.
4. Existe un informe de evaluación periódica del recurso tecnológico puesto en funcionamiento para comprobar que los resultados asistenciales son los esperados.

I. La persona, centro del Sistema Sanitario
2. Accesibilidad y Continuidad en la asistencia

Estándar
ES 5 02.09_01

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

Propósito: La Unidad desarrolla actividades que permiten mejorar los tiempos empleados por las personas, tales como Consultas por Acto Único, Telemedicina y dispone de indicadores de resultados relacionados con una mayor resolución asistencial (% de consultas de acto único, número de consultas de telemedicina, consultas telefónicas, etc.).



Elementos evaluables:

1. Se identifican fórmulas de mayor resolución asistencial para optimizar los tiempos de las personas.
2. Se implantan las fórmulas de mayor resolución asistencial identificadas.
3. Se establecen y monitorizan indicadores de resultados sobre las fórmulas de mayor resolución asistencial.
4. Se evalúa si la implantación de fórmulas de mayor resolución asistencial consiguen los resultados asistenciales esperados (Ej. disminución de frecuentación, consultas sucesivas, etc.).

3. Información Clínica

Intención del criterio

Los estándares contemplados en este criterio evalúan cómo se da respuesta a las necesidades de la información clínica que requiere el proceso asistencial, asegurando la calidad científico-técnica, la seguridad, la confidencialidad de datos, la satisfacción de las personas y de los profesionales, favoreciendo la descentralización y coordinación de los flujos de la información clínica para alcanzar la mayor eficiencia posible.

Estándar ES 5 03.01_01

La Unidad de Gestión Clínica garantiza la existencia de una historia de salud única por persona.

Propósito: La existencia de una única historia de salud por persona facilita la planificación cuidadosa de los procesos de asistencia con menos errores y proporciona una atención más segura.



Elementos evaluables:

1. La Unidad realiza revisiones periódicas de las historias de salud para evitar duplicidades y dispone de resultados de dichas revisiones.
2. El profesional responsable conoce el procedimiento a seguir para la cumplimentación de los datos en la historia de salud y para la detección y corrección de errores en la asignación del número de historia.

Estándar ES 5 03.02_00

Se garantiza la disponibilidad de la historia de salud durante la prestación de la asistencia sanitaria.

Propósito: La Unidad asegura permanentemente la localización y acceso a la historia de salud y los profesionales conocen las actuaciones a seguir para disponer de la misma en el tiempo adecuado.



Elementos evaluables:

1. Los profesionales disponen de la historia de salud durante la asistencia a la persona.
2. La Unidad asegura que toda la información clínica generada se integra en la historia de salud de la persona para una correcta toma de decisiones.

I. La persona, centro del Sistema Sanitario

3. Información Clínica

Estándar ES 5 03.03_01

El uso, archivo y custodia de la documentación clínica se realiza preservando la seguridad y confidencialidad de toda la información contenida, garantizando el nivel de acceso a la misma según el perfil de los diferentes profesionales.

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 de las personas.



Elementos evaluables:

1. La Unidad aplica los requisitos de confidencialidad de la información determinados en su normativa de uso de la historia de salud.
2. La Unidad dispone de medios para garantizar el acceso restringido a las historias de salud y documentos de asistencia al paciente.

Estándar ES 5 03.04_00

La historia de salud desde su inicio recoge toda la información necesaria para asegurar el conocimiento del estado de salud de la persona y la continuidad de la asistencia de forma integral.

Propósito: En la historia de salud, además de los datos básicos de la persona, se incluyen otros como entorno social, valores, creencias y capacidad de aprendizaje, necesarios para facilitar la toma de decisiones que permita establecer un plan de atención integral e individualizado.



Elementos evaluables:

1. Se registran en la historia de salud otras características específicas de la persona (creencias personales, valores, condiciones de vida, entorno familiar, rol social, etc.).
2. La información generada en cada episodio queda registrada en la historia de salud.
3. No existen documentos ni registros asistenciales en archivos secundarios sin incorporar en la historia de salud (Ej. informe de alta, informe de cuidados, consentimiento informado, etc.).

I. La persona, centro del Sistema Sanitario

3. Información Clínica

Estándar ES 5 03.05_00

La Unidad de Gestión Clínica garantiza el derecho de la persona a obtener información sobre su historia de salud.

Propósito: La Unidad tiene establecido el procedimiento para facilitar a las personas la información contenida en su historia de salud de acuerdo a la normativa vigente.



Elementos evaluables:

1. Se ha definido y aplica un procedimiento para garantizar el acceso de la persona a su historia de salud o parte de ella.
2. La Unidad difunde a las personas cómo acceder a su historia de salud.

Estándar ES 5 03.06_00

La Unidad de Gestión Clínica evalúa periódicamente el nivel de calidad y cumplimentación de las historias de salud.

Propósito: La Unidad estudia y valora los registros de las historias de salud con objeto de establecer y mejorar el nivel de calidad asistencial prestada a las personas.



Elementos evaluables:

1. Están definidos los indicadores de calidad y cumplimentación a evaluar en las historias de salud.
2. Se realizan periódicamente auditorías de historias de salud y se establecen áreas de mejora.
3. Los resultados son conocidos por los profesionales de la Unidad.

Estándar ES 5 03.07_00

La obtención, uso y transmisión de la información clínica se realiza teniendo en cuenta la dignidad, la autonomía y la intimidad de la persona.

Propósito: La Unidad dispone de mecanismos para garantizar la confidencialidad de la información clínica obtenida.



Elementos evaluables:

1. La obtención, uso y transmisión de la información clínica se realiza en condiciones de confidencialidad.
2. Se analizan las reclamaciones por falta de confidencialidad y se establecen áreas de mejora para disminuirlas.
3. Se dispone de herramientas para conocer la satisfacción de las personas en relación a la confidencialidad de la información clínica.

II. Organización de la actividad centrada en la persona

4. Gestión de Planes y Procesos Asistenciales Integrados

5. Promoción de la Salud en la Comunidad

6. Dirección de la Unidad de Gestión Clínica

II. Organización de la actividad centrada en la persona

4. Gestión de Planes y Procesos Asistenciales Integrados

Intención del criterio

Desarrollar la estrategia de Calidad basada en los Planes Integrales y la Gestión por Procesos Asistenciales, donde la Unidad de Gestión Clínica aborda de manera integrada actuaciones de prevención, promoción, asistencia, cuidados y rehabilitación a la persona y familia, poniendo el énfasis en la efectividad de la práctica clínica, el fomento del liderazgo clínico, la incorporación de la opinión de la ciudadanía, la eficiencia en la utilización de recursos, la transparencia, el impulso de la investigación y el desarrollo del proceso asistencial integrado entendido desde la perspectiva de atención a la persona. Por tanto, los procesos asistenciales incorporan una visión multidisciplinar siendo la clave para la continuidad asistencial y la mejora continua.

**Estándar
ES 5 04.01_02**

La Unidad de Gestión Clínica tiene identificados los procesos asistenciales que le son específicos en función de su cartera de servicios autorizada y tiene establecida una estrategia de implantación de los mismos.

Propósito: La implantación de los procesos asistenciales requiere una adaptación local del proceso, mediante una serie de actuaciones que incluyen un análisis de situación, la priorización de necesidades, la definición de oportunidades de mejora, un sistema de registro, un plan de comunicación y el desarrollo de grupos de mejora.



Elementos evaluables:

1. La Unidad asigna responsable/s para cada proceso asistencial implantado.
2. La Unidad tiene implantados los procesos asistenciales según su cartera de servicios (análisis de situación, adaptación local y desarrollo de grupos de mejora).
3. Los profesionales conocen sus responsabilidades y funciones respecto a los procesos asistenciales implantados.

II. Organización de la actividad centrada en la persona

4. Gestión de Planes y Procesos Asistenciales Integrados

Estándar
ES 5 04.02_00

La Unidad de Gestión Clínica tiene establecida una estrategia de evaluación y difusión de resultados de los procesos asistenciales implantados.

Propósito: La Unidad evalúa los procesos asistenciales implantados mediante los indicadores definidos en cada uno y los difunde entre sus profesionales.



Elementos evaluables:

1. Están definidos los sistemas de seguimiento y evaluación para los procesos asistenciales implantados en la Unidad.
2. Existe una evaluación periódica de los indicadores de los procesos asistenciales implantados en la Unidad y se desarrollan las áreas de mejora identificadas.
3. Los profesionales conocen los resultados obtenidos en los procesos asistenciales implantados.

Estándar
ES 5 04.03_01

Los profesionales de la Unidad incorporan a su práctica clínica las recomendaciones sobre el tratamiento farmacológico establecidas en los procesos asistenciales.

Propósito: La Unidad evalúa la adherencia de los profesionales a las recomendaciones sobre el tratamiento farmacológico de los procesos asistenciales, asegurando que las personas reciben la medicación adecuada a sus necesidades clínicas.



Imprescindible

Elementos evaluables:

1. Los profesionales de la Unidad utilizan las recomendaciones sobre el tratamiento farmacológico establecidas en los procesos asistenciales implantados.
2. Están definidos los sistemas de seguimiento y evaluación del grado de adhesión de los profesionales a las recomendaciones sobre el tratamiento farmacológico establecidas en procesos asistenciales.
3. Se realizan auditorías periódicas para evaluar el grado de adhesión de los profesionales a las recomendaciones farmacológicas realizadas en los procesos asistenciales implantados en la Unidad.
4. Los profesionales conocen los resultados obtenidos en las auditorías realizadas.

II. Organización de la actividad centrada en la persona

4. Gestión de Planes y Procesos Asistenciales Integrados

Estándar ES 5 04.04_00

La Unidad de Gestión Clínica facilita a la persona la información y el conocimiento del desarrollo de su proceso asistencial integrado.

Propósito: La persona recibe la información del desarrollo de su proceso según los criterios establecidos en la Hoja de Ruta del mismo.



Elementos evaluables:

1. Se dispone de una hoja de ruta del paciente para cada proceso asistencial implantado en la Unidad.
2. Existe constancia en la historia de salud de la entrega de la hoja de ruta y de la información aportada a la persona según los momentos de información definidos en la misma.

Estándar ES 5 04.05_00

La Unidad de Gestión Clínica realiza una gestión adecuada de los riesgos para la seguridad del paciente definidos en los procesos asistenciales integrados.

Propósito: La Unidad identifica los puntos críticos de riesgo para la seguridad del paciente en cada uno de los procesos implantados, los prioriza, elabora un plan de mejora para prevenir la aparición de fallos y evalúa el impacto.



Elementos evaluables:

1. Se identifican y priorizan los puntos críticos de riesgo para la seguridad del paciente en todos los procesos asistenciales implantados en la Unidad, utilizando una metodología contrastada.
2. Se incorporan medidas de seguridad (Ej. en procedimientos diagnósticos, terapéuticos, etc.) en los procesos asistenciales implantados en la Unidad.
3. Se definen y miden indicadores de seguridad del paciente en relación con los procesos asistenciales.
4. Se elabora un plan de mejora y se mide su impacto.

II. Organización de la actividad centrada en la persona

4. Gestión de Planes y Procesos Asistenciales Integrados

Estándar
ES 5 04.06_00

La Unidad de Gestión Clínica tiene identificados los planes integrales que le son específicos en función de su cartera de servicios y tiene establecida una estrategia de difusión de los mismos.

Propósito: La difusión de los planes integrales y sus líneas estratégicas en la Unidad favorece la coordinación de las actuaciones sanitarias y el uso de recursos disponibles para atender a las personas, al fomentar la integración de sus conocimientos y la identificación de las habilidades necesarias.



Elementos evaluables:

1. Se identifican y priorizan las líneas estratégicas a implantar de los planes integrales que aplican a la Unidad según su cartera de servicios.
2. Se difunden a los profesionales las líneas estratégicas de los planes integrales que aplican a la Unidad.

Estándar
ES 5 04.07_00

La Unidad implanta acciones de adecuación o incorporación de las estrategias marcadas en los planes integrales.

Propósito: La Unidad analiza las estrategias estableciendo puntos críticos, áreas de mejora y priorizaciones en cada una de ellas.



Elementos evaluables:

1. Se planifica la implantación de las líneas estratégicas de los planes integrales que aplican en la Unidad.
2. Se realiza un análisis de la implantación de las líneas estratégicas de los planes integrales y se desarrollan áreas de mejora.

II. Organización de la actividad centrada en la persona

5. Promoción de la Salud en la Comunidad

5. Promoción de la Salud en la Comunidad

Intención del criterio

Los estándares de este criterio evalúan el conjunto de acciones encaminadas a mejorar los estilos de vida como estrategia para evitar la aparición de enfermedad.

Estándar ES 5 05.01_01

Se detectan las necesidades de salud de la población y siguiendo las recomendaciones de los planes integrales y programas de salud, se planifican y se realizan las intervenciones oportunas.

Propósito: Utilizar un enfoque integral donde aplicar métodos, habilidades y estrategias para ayudar a las personas a adoptar estilos de vida saludables mediante la promoción y educación para la salud.



Elementos evaluables:

1. La Unidad dispone de información sobre las necesidades de salud de su población de referencia, y prioriza las intervenciones en materia de promoción de la salud.
2. Se planifican y realizan las intervenciones de prevención y promoción priorizadas, según las necesidades detectadas, relacionadas con los Planes Integrales y Programas existentes (Ej. educación diabetológica, programas de deshabituación tabáquica, promoción de lactancia materna, hábitos alimentarios, prácticas deportivas, cardiopatías, obesidad, cuidados paliativos, VIH, riesgo social, personas mayores, jóvenes en el contexto de accidentabilidad, educación sexual, etc.).
3. La Unidad dispone de las herramientas necesarias para realizar las actividades de promoción de la salud planificadas.

Estándar ES 5 05.02_00

La Unidad de Gestión Clínica fomenta la prevención secundaria y terciaria como líneas de actuación en el mantenimiento de la salud.

Propósito: Los profesionales de la Unidad fomentan la prevención secundaria (cribaje) como estrategia de detección precoz de enfermedades para su abordaje y la prevención terciaria, para intentar limitar la progresión, mejorar la rehabilitación y favorecer la reinserción social.



II. Organización de la actividad centrada en la persona

5. Promoción de la Salud en la Comunidad

Elementos evaluables:

1. La Unidad tiene identificadas las actuaciones en materia de prevención secundaria y terciaria en función de su cartera de servicios.
2. Los profesionales conocen las actuaciones a seguir en materia de prevención secundaria y terciaria y las llevan a cabo.

Estándar ES 5 05.03_01

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

Propósito: Garantizar que las intervenciones sobre promoción de la salud que se han planificado para las personas pueden realizarse en cualquier parte del Sistema de forma que se asegure la continuidad asistencial.



Elementos evaluables:

1. Las intervenciones en materia de promoción de la salud se realizan de manera coordinada con otros agentes del Sistema Sanitario, realizando una planificación, ejecución y evaluación conjunta.
2. Se consensúan las recomendaciones en materia de promoción de la salud con todos los agentes implicados en la asistencia sanitaria del ámbito objeto de dichas recomendaciones.
3. La evaluación sistemática de los planes de intervención en promoción de la salud permite la mejora continua de los mismos.

Estándar ES 5 05.04_01

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

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



Elementos evaluables:

1. La Unidad tiene definida de manera explícita su oferta de servicios de prevención y promoción de la salud.
2. Existen canales formales y estables de difusión de la oferta de servicios de prevención y promoción de la salud.
3. En la información ofrecida a las personas, se incluye las condiciones de acceso y prestación de estos servicios (criterios de inclusión, procedimientos administrativos, horarios, planificación de consultas, etc.).

II. Organización de la actividad centrada en la persona

5. Promoción de la Salud en la Comunidad

Estándar ES 5 05.05_01

La Unidad de Gestión Clínica identifica y emprende acciones específicas en relación con el cuidador.

Propósito: Valorar el riesgo de sobrecarga en los cuidadores y adoptar las medidas de apoyo necesarias referidas a su cuidado principalmente en la mejora de la accesibilidad a los servicios.



Elementos evaluables:

1. La Unidad identifica de manera sistemática a las cuidadoras de personas dependientes, valora sus necesidades y da respuesta a ellas de manera prioritaria y planificada.
2. Se implantan medidas para disminuir el riesgo de sobrecarga de cuidadoras.
3. Existe una estrategia definida para una gestión óptima de los materiales y recursos de apoyo.

Estándar ES 5 05.06_01

La Unidad de Gestión Clínica garantiza una adecuada información y vigilancia epidemiológica.

Propósito: Los profesionales de la Unidad garantizan que las notificaciones en relación con la vigilancia epidemiológica son conformes a los programas de alerta sanitaria.



Elementos evaluables:

1. Los profesionales de la Unidad disponen de un listado o similar de las Enfermedades de Declaración Obligatoria.
2. Los profesionales de la Unidad conocen el procedimiento de notificación de las Enfermedades de Declaración Obligatoria.
3. La Unidad dispone de una estrategia de abordaje en caso de aparición de brotes epidémicos.
4. Los profesionales conocen los procedimientos establecidos en caso de aparición de brotes epidémicos.

II. Organización de la actividad centrada en la persona

5. Promoción de la Salud en la Comunidad

Estándar
ES 5 05.07_00

La Unidad de Gestión Clínica fomenta la autonomía de los cuidados.

Propósito: Los profesionales de la Unidad desarrollan actuaciones dirigidas a fomentar el aprendizaje de los autocuidados en las personas.



Elementos evaluables:

1. Se identifican las poblaciones susceptibles de intervención en materia de autonomía de cuidados.
2. La Unidad planifica las actividades de educación para la salud y fomento de la autonomía de los cuidados a realizar con la persona.
3. Se evalúa periódicamente el impacto de dichas actividades educativas, estableciendo áreas de mejora.

II. Organización de la actividad centrada en la persona

6. Dirección de la Unidad de Gestión Clínica

6. Dirección de la Unidad de Gestión Clínica

Intención del criterio

El conjunto de estándares del criterio de dirección analiza cómo los responsables de la Unidad estimulan la gestión de calidad en sus respectivas áreas de influencia y facilitan la consecución de los objetivos acordes con los valores de la organización.

Estándar ES 5 06.01_00

La Dirección de la Unidad de Gestión Clínica ha diseñado un plan de calidad.

Propósito: La Dirección de la Unidad planifica el modo en que su actividad cumpla con las expectativas de las personas, los profesionales y la organización.



Imprescindible

Elementos evaluables:

1. La Dirección de la Unidad dispone de un plan de calidad que contempla su vigencia, responsabilidades, líneas de trabajo y mecanismos de evaluación.
2. Los profesionales de la Unidad conocen el plan de calidad.
3. Se evalúa el plan de calidad.
4. Se implantan las áreas de mejora identificadas.

Estándar ES 5 06.02_00

La Dirección de la Unidad incorpora la opinión de las personas en su organización.

Propósito: La Dirección de la Unidad analiza las fuentes de información (reclamaciones, encuestas de satisfacción, etc.) y las utiliza en la planificación de sus servicios.



Elementos evaluables:

1. La Unidad dispone de un procedimiento para la captación activa de sugerencias, quejas y reclamaciones realizadas por cualquier medio.
2. Se analiza la información obtenida.
3. Se priorizan y se implantan las áreas de mejora identificadas.

II. Organización de la actividad centrada en la persona

6. Dirección de la Unidad de Gestión Clínica

Estándar ES 5 06.03_00

La Unidad de Gestión Clínica promueve la participación ciudadana como un elemento de mejora continua.

Propósito: Trabajar con grupos de personas (asociaciones, grupos de pacientes, etc.) en la identificación e incorporación de oportunidades de mejora en la Unidad.



Elementos evaluables:

1. La Unidad tiene identificados grupos de interés de la comunidad.
2. La Unidad tiene definidas las líneas de trabajo a desarrollar con los grupos de interés identificados.
3. La Unidad analiza las oportunidades de mejora identificadas.
4. La Unidad incorpora las mejoras que dependan de su ámbito de responsabilidad.

Estándar ES 5 06.04_02

La Unidad de Gestión Clínica asume las condiciones de confort que afectan a las personas 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 las personas durante su asistencia sanitaria, a través de la incorporación a los procesos de la Unidad 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.



Elementos evaluables:

1. La Unidad analiza e incorpora mejoras ante reclamaciones sobre aspectos de confort (estado, esperas, comunicación con profesionales, etc.), que puedan influir en la estancia de las personas.
2. La Unidad analiza la satisfacción de las personas en relación al confort (encuestas, sugerencias y quejas, buzones de sugerencias, etc.) y genera acciones de mejora.
3. Existen en la Unidad condiciones adecuadas de confort (Ej. salas de espera, aseos, habitaciones, atención infantil, etc.).

II. Organización de la actividad centrada en la persona

6. Dirección de la Unidad de Gestión Clínica

Estándar ES 5 06.05_01

La Unidad de Gestión Clínica y el Centro disponen de procedimientos de comunicación definidos que posibiliten el seguimiento de los objetivos.

Propósito: Están establecidos los canales de información bidireccional entre la Dirección de la Unidad y la Dirección del Centro.



Elementos evaluables:

1. Existe un procedimiento de comunicación de resultados entre la Dirección de la Unidad y la Dirección del Centro hospitalario/Distrito, así como una periodicidad definida en la comunicación de los mismos y una asignación de responsabilidades.
2. Existen canales estables de comunicación de los resultados de la Unidad a los profesionales y son conocidos por éstos.

Estándar ES 5 06.06_01

La Dirección de la Unidad de Gestión Clínica implica a los profesionales en la consecución de los objetivos pactados mediante el despliegue de los mismos.

Propósito: La Dirección de la Unidad asigna las cuotas de participación de cada profesional en la consecución de los objetivos globales basándose en sus competencias, tareas asignadas y necesidades, determinando objetivos de cumplimiento.



Elementos evaluables:

1. Se realiza un despliegue de los objetivos globales de la Unidad teniendo en cuenta las competencias, tareas y necesidades de cada profesional.
2. La Dirección de la Unidad contempla en la definición de objetivos la participación de los profesionales.

Estándar ES 5 06.07_01

La Dirección de la Unidad de Gestión Clínica junto con la Dirección Gerencia ha establecido un plan de desarrollo 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.



Elementos evaluables:

1. Se ha definido el mapa de competencias específico del Director de la Unidad en función de la descripción de su puesto de dirección.
2. Se ha definido un Plan de Desarrollo para el Director/a de la Unidad basado en sus competencias, con criterios de evaluación definidos y con la descripción explícita de cómo se desarrollará (recursos, actividades a realizar, calendario, etc.).

II. Organización de la actividad centrada en la persona

6. Dirección de la Unidad de Gestión Clínica

Estándar
ES 5 06.08_01

La Dirección de la Unidad ha definido un plan centrado en la Seguridad del Paciente.

Propósito: La Unidad ha identificado sus puntos críticos, ha incorporado las buenas prácticas necesarias para evitar la aparición de eventos adversos y evalúa sus resultados.



Imprescindible

Elementos evaluables:

1. Existe un plan de gestión de la seguridad que determina: la detección de riesgos mediante una metodología contrastada (profesionales y pacientes), las responsabilidades en seguridad, las medidas preventivas para los riesgos identificados, etc.
2. Los profesionales conocen el plan de seguridad en función de su actividad y nivel de responsabilidad.
3. Se incorporan prácticas seguras para evitar la aparición de eventos adversos.
4. Se definen y miden indicadores de seguridad del paciente.
5. El plan de seguridad del paciente se evalúa y mejora.

Estándar
ES 5 06.09_00

La Dirección considera el clima laboral como un elemento de desarrollo organizativo de su Unidad.

Propósito: La Dirección de la Unidad analiza el clima laboral y establece las medidas necesarias para mejorarlo.



Elementos evaluables:

1. La Unidad mide el clima laboral y evalúa los resultados obtenidos, identificando áreas de mejora.
2. Se implantan las áreas de mejora detectadas.
3. Se mejoran los resultados obtenidos.

Estándar
ES 5 06.10_00

La Unidad de Gestión Clínica dispone de una memoria anual de actividades.

Propósito: Elaborar un documento anual que refleje los resultados de las principales líneas de actividad de la Unidad.



Elementos evaluables:

1. La Unidad realiza una memoria anual de actividades que contempla sus estrategias de gestión, los servicios y actividades prestadas durante el año y un análisis del cumplimiento de los resultados.

III. Los Profesionales

7. Los Profesionales de la Unidad de Gestión Clínica

III. Los Profesionales

7. Los Profesionales de la Unidad de Gestión Clínica

Intención del criterio

La Unidad asegura la puesta en marcha y el desarrollo de las actuaciones que garanticen la permanente adecuación de las competencias de sus profesionales para ofrecer una atención de calidad al ciudadano.

Estándar ES 5 07.01_00	Están identificadas las funciones y responsabilidades de los puestos de trabajo definidos en la Unidad de Gestión Clínica.
Propósito: Facilitar la selección y/o adaptación del profesional más adecuado a las funciones y responsabilidades necesarias en el proceso de atención a la persona.	
Elementos evaluables:	<ol style="list-style-type: none">1. La Unidad tiene definidas las funciones y responsabilidades de todos los puestos de trabajo.2. Los profesionales de la Unidad conocen sus funciones y responsabilidades.
Estándar ES 5 07.02_01	Están definidas las competencias de los distintos puestos de trabajo y procesos y se mantienen actualizadas.
Propósito: La Unidad tiene definidas las competencias necesarias para el desempeño óptimo de sus puestos de trabajo, de acuerdo con la misión y los valores de la organización.	
Elementos evaluables:	<ol style="list-style-type: none">1. La Unidad tiene descritos los distintos puestos de trabajo, con las competencias profesionales requeridas para desempeñarlos (competencias generales, transversales y específicas).2. La Unidad revisa periódicamente y siempre que surja una necesidad (Ej. inclusión de nuevos servicios, incorporación de profesionales, etc.), los mapas de competencias de acuerdo a una metodología establecida.

III. Los Profesionales

7. Los Profesionales de la Unidad de Gestión Clínica

Estándar ES 5 07.03_01

La Unidad de Gestión Clínica realiza la evaluación de las competencias de los profesionales de forma individualizada para identificar sus necesidades de desarrollo.

Propósito: Las competencias generales, transversales y específicas han de evaluarse periódicamente, al menos anualmente, para poder ajustar los planes de formación individual a las competencias de la Unidad.



Elementos evaluables:

1. La Unidad evalúa las competencias profesionales contempladas en los mapas de competencias mediante herramientas validadas.
2. La Unidad dispone de un procedimiento de identificación de las competencias profesionales con necesidad de formación.

Estándar ES 5 07.04_01

La Unidad de Gestión Clínica realiza un seguimiento continuado de los Planes de Desarrollo Individual de los profesionales para mejorar su nivel competencial.

Propósito: Garantizar una actualización continua de las posibilidades de desarrollo y promoción de los profesionales de la Unidad, manteniendo la adecuación permanente del profesional a su puesto.



Elementos evaluables:

1. La Unidad ha elaborado Planes de Desarrollo Individual para cada uno de sus profesionales según sus mapas de competencias.
2. La Unidad dispone de las evaluaciones de seguimiento de dichos planes y de los cambios que supone en los mapas de competencias de cada profesional.
3. La Unidad ha definido una estrategia para llevar a cabo la actualización de los Planes de Desarrollo Individual.

Estándar ES 5 07.05_00

La Unidad de Gestión Clínica facilita y promueve la acreditación de las competencias de sus profesionales.

Propósito: Se promueve la acreditación de los profesionales de la Unidad con el fin de reconocer los logros de los mismos en su trabajo diario, hacer más visibles sus resultados e identificar espacios para la mejora continua en su actuación profesional.



III. Los Profesionales

7. Los Profesionales de la Unidad de Gestión Clínica

Elementos evaluables:

1. La Unidad dispone de una estrategia para fomentar la acreditación de las competencias de sus profesionales.
2. La Unidad facilita las herramientas necesarias para la acreditación de las competencias de sus profesionales.

Estándar ES 5 07.06_02

La Unidad de Gestión Clínica identifica las necesidades de formación de sus profesionales en función de sus objetivos estratégicos y de las características de su población de referencia.

Propósito: Garantizar que la oferta formativa da respuesta a una detección previa de la necesidad de llevar a cabo actividades o programas de formación en relación a la adquisición, actualización o desarrollo de las competencias necesarias para alcanzar los objetivos estratégicos de la Unidad.



Elementos evaluables:

1. La Unidad realiza, de manera sistemática, la detección de las necesidades formativas de sus profesionales.
2. La formación continuada se planifica en función de los objetivos de la Unidad, de las características de su población de referencia y de las necesidades formativas detectadas en los profesionales.
3. Se determinan los recursos necesarios para responder a las necesidades detectadas por la Unidad y los profesionales.

Estándar ES 5 07.07_00

La Unidad de Gestión Clínica tiene identificados los Planes de Formación Individual de sus profesionales en función de la evaluación de las competencias.

Propósito: Puesta en marcha de un Plan de Formación para los profesionales de la Unidad con el objetivo de dar respuesta al desarrollo de los mismos y a los objetivos de la propia Unidad.



Elementos evaluables:

1. La Unidad elabora Planes de Formación Individual tras la evaluación de las competencias.
2. Los Planes de Formación Individuales tienen definidos objetivos de aprendizaje.
3. Se utilizan herramientas para evaluar la formación recibida.
4. Se registran los resultados para permitir el análisis y la mejora continua del plan de formación.

III. Los Profesionales

7. Los Profesionales de la Unidad de Gestión Clínica

Estándar ES 5 07.08_00

La Unidad de Gestión Clínica incorpora, como técnica formativa, la autoevaluación por los profesionales de su propia práctica asistencial en relación a la prescripción de medicamentos.

Propósito: Promover la incorporación de la autoevaluación de la propia práctica asistencial como método de evaluación y formación.



Elementos evaluables:

1. Se dispone de un procedimiento para la autoevaluación de la adherencia de los profesionales a las recomendaciones sobre tratamiento farmacológico.
2. Los profesionales realizan una autoevaluación de su propia prescripción.
3. La autoevaluación de la adecuación de los tratamientos se incorpora dentro de las actividades formativas.

Estándar ES 5 07.09_00

La producción científica de la Unidad de Gestión Clínica se publica en revistas indexadas.

Propósito: Las publicaciones de carácter científico de la Unidad están incluidas en bases de datos bibliográficas multidisciplinares o especializadas, bien sean nacionales o internacionales.



Elementos evaluables:

1. La Unidad tiene una estrategia definida de gestión de producción científica.
2. La Unidad periódicamente publica en revistas indexadas.

Estándar ES 5 07.10_00

La Unidad de Gestión Clínica dispone de producción científica publicada en revistas biomédicas y científicas con factor de impacto.

Propósito: La calidad asociada a la producción científica de la Unidad se refleja con la publicación de artículos en revistas con factor de impacto.



Elementos evaluables:

1. La Unidad periódicamente publica en revistas con factor de impacto.

III. Los Profesionales

7. Los Profesionales de la Unidad de Gestión Clínica

**Estándar
ES 5 07.11_01**

La Unidad de Gestión Clínica desarrolla líneas propias de investigación.

Propósito: Fomentar la investigación dentro de la Unidad como elemento de innovación y desarrollo.



Imprescindible

**Elementos
evaluables:**

1. La Unidad tiene definidas líneas propias de investigación.
2. La Unidad tiene asignadas las responsabilidades en el ámbito de la investigación.
3. Se identifican los recursos necesarios para desarrollar los proyectos de investigación.
4. La Unidad tiene en marcha proyectos de investigación propios.

**Estándar
ES 5 07.12_00**

La Unidad de Gestión Clínica forma parte de grupos de investigación con proyectos integrados en redes temáticas, proyectos internacionales y/o grupos coordinados.

Propósito: Participar en proyectos de investigación comunes para aunar esfuerzos, usar eficientemente los recursos, no repetir proyectos y, en definitiva, favorecer una implantación rápida de los avances científicos en aquellos temas investigados en las redes y conseguir así una transferencia de resultados a la práctica clínica.



**Elementos
evaluables:**

1. La Unidad participa en proyectos de investigación integrados en redes temáticas de investigación, proyectos internacionales o grupos coordinados.
2. La Unidad tiene asignadas las responsabilidades en dichos proyectos de investigación.
3. La Unidad incorpora sistemáticamente los resultados de los proyectos de investigación en los que participa y evalúa la eficacia de las medidas adoptadas.

III. Los Profesionales

7. Los Profesionales de la Unidad de Gestión Clínica

Estándar
ES 5 07.13_00

La Unidad de Gestión Clínica dispone de proyectos de investigación financiados y avalados por agencias externas, que han sido aceptados por la Comisión de Investigación y a los cuales se accede por convocatorias públicas.

Propósito: Potenciar la obtención regular de recursos económicos procedentes de fondos públicos para la investigación en el desarrollo científico mediante la concesión de fondos económicos de I+D, persiguiendo la autonomía en la financiación.



Elementos evaluables:

1. La Unidad tiene definida una estructura operativa de investigación (líneas propias de investigación, responsables, recursos, etc.).
2. La Unidad dispone de proyectos de investigación financiados.

IV. Procesos de Soporte

8. Estructura, equipamiento y proveedores

Intención del criterio

Los diferentes elementos relativos a la gestión del centro, equipamiento, proveedores, logística, seguridad, emergencias e impactos ambientales deberán alcanzar determinados niveles de cumplimiento para contribuir a una prestación de servicios de calidad.

La implicación de la Unidad y su colaboración con niveles organizativos superiores, en el análisis de los estándares de este criterio podrá aportar un valor añadido en la detección de mejoras y en el rediseño de los procesos implicados.

Estándar
ES 5 08.01_00

Se han definido y se aplican las actuaciones necesarias para garantizar que la Unidad de Gestión Clínica dispone del espacio, medios técnicos y recursos necesarios para la realización de su actividad bajo condiciones de seguridad.

Propósito: Garantizar que la dotación y condiciones de las instalaciones, de los recursos técnicos y humanos dan cobertura al normal desarrollo de las actividades que se realizan en la Unidad de acuerdo a su cartera de servicios, actividad y complejidad, pudiendo disponer para ello de documentación técnico-legal justificativa, evaluaciones, autorizaciones o informes competentes.



Elementos evaluables:

1. La Unidad dispone de autorización administrativa en vigor.
2. La Unidad dispone de información periódica sobre el estado de las instalaciones técnicas y asistenciales que le afectan e inicia actuaciones en caso de deficiencias.

IV. Procesos de Soporte

8. Estructura, equipamiento y proveedores

Estándar ES 5 08.02_01

La Unidad de Gestión Clínica asume en la gestión del equipamiento electromédico las actuaciones necesarias para garantizar su utilización segura, mediante la designación de responsables, el seguimiento del estado de sus equipos y la formación de sus profesionales.

Propósito: En relación a la gestión de todo el equipamiento electromédico, la Unidad considera dentro de su organización: la asignación de las funciones y responsabilidades en el control del equipamiento, su identificación e inventariado, el seguimiento del estado funcional y seguro, la gestión de las incidencias y la formación e información asociada a su uso y seguridad.



Elementos evaluables:

1. La Unidad ha asignado de manera formal las responsabilidades en cuanto al control del equipamiento.
2. El equipamiento de la Unidad se encuentra inventariado.
3. Se dispone de un procedimiento de gestión de incidencias en el equipamiento difundido a los profesionales y que permite la trazabilidad de todas las actuaciones correctivas realizadas.
4. La Unidad dispone de información relevante sobre los equipos como manuales, certificados, especificaciones técnicas, etc.
5. Se exige a los proveedores los requisitos necesarios para asegurar la eficiencia y seguridad del equipamiento: vida útil, información de profesionales, servicio técnico y de mantenimiento.
6. Los profesionales de la Unidad reciben formación sobre el uso del equipamiento.

Estándar ES 5 08.03_01

La Unidad de Gestión Clínica garantiza el cumplimiento del plan de mantenimiento correspondiente al equipamiento que utiliza, conociendo y registrando las actuaciones realizadas, así como los resultados obtenidos.

Propósito: Garantizar las condiciones de seguridad a ciudadanos y profesionales durante la utilización del equipamiento electromédico, comprobando y estableciendo las acciones preventivas y correctoras necesarias en caso de incumplimiento de la integridad y situación del inventario del equipamiento y del plan de mantenimiento.



Elementos evaluables:

1. La Unidad dispone de un plan de revisiones del equipamiento, con responsabilidades definidas.
2. La Unidad dispone de los registros actualizados relativos al cumplimiento del plan de revisiones del equipamiento.

IV. Procesos de Soporte

8. Estructura, equipamiento y proveedores

Estándar ES 5 08.04_00

La Unidad de Gestión Clínica asume la gestión de los bienes y servicios, y los procesos logísticos de su unidad como variables de su gestión.

Propósito: La Unidad habilita los mecanismos necesarios para que las incorporaciones de bienes, productos y servicios se realicen de la manera más eficiente y satisfagan en todo momento sus necesidades, participando para ello en las compras y adquisición de equipamiento, definiendo requisitos de eficiencia técnica, aspectos relacionados con la seguridad, etc.



Elementos evaluables:

1. La Unidad dispone de un procedimiento de gestión del almacén que le permite garantizar que se dispone en todo momento del material necesario para los servicios ofertados.
2. La Unidad participa en la determinación de las especificaciones de las adquisiciones y realiza evaluaciones previas a la incorporación de bienes y servicios.
3. La Unidad dispone de un procedimiento de adquisición de bienes y servicios.

Estándar ES 5 08.05_00

Están definidos los mecanismos necesarios para la comunicación, registro, análisis y resolución de las desviaciones en la calidad o nivel de servicio de las actividades de soporte.

Propósito: Registrar las desviaciones observadas en el transcurso de la actividad relacionada con servicios de apoyo o soporte como la limpieza, hostelería, mantenimiento, etc. e iniciar las actuaciones oportunas para su resolución, con el objetivo de evitar incidencias que pudieran afectar al normal funcionamiento de la Unidad, corregir y prevenir las causas que puedan producir interrupción del servicio prestado y/o deficiencias en la calidad percibida.



Elementos evaluables:

1. La Unidad tiene identificados los servicios de apoyo o soporte, así como el servicio que espera de ellos.
2. La Unidad dispone de una metodología formal para la identificación y resolución de incidencias en los servicios de soporte que le permiten la trazabilidad del proceso.
3. La Unidad ha establecido los mecanismos para el abordaje de todas aquellas situaciones que precisen de la actuación de los servicios de apoyo o soporte para prevenir la interrupción del servicio o deficiencias en la calidad que percibe la persona.

IV. Procesos de Soporte

8. Estructura, equipamiento y proveedores

Estándar
ES 5 08.06_01

Está implantado un procedimiento para garantizar las condiciones de conservación y almacenamiento de los productos sanitarios y medicamentos.

Propósito: Garantizar que los productos utilizados se encuentran en el mejor estado para su uso seguro, estableciendo los mecanismos necesarios para el control de los requisitos de conservación y caducidades.



Elementos evaluables:

1. La Unidad dispone de un procedimiento de control de conservación y caducidades para los productos sanitarios y la medicación. Dicho procedimiento es difundido a los profesionales.
2. La Unidad dispone de registros que le permitan garantizar una trazabilidad de la correcta aplicación del procedimiento de control de conservación y caducidades.
3. La Unidad mantiene los puntos de almacenamiento de medicación y productos sanitarios en adecuadas condiciones de temperatura, luz, orden, limpieza, condiciones de acceso y seguridad, según las indicaciones de conservación definidas.

Estándar
ES 5 08.07_00

La Unidad de Gestión Clínica se implica en la identificación de los riesgos que puedan afectar a los profesionales en cada puesto de trabajo y tiene implantado un plan de prevención de riesgos laborales según la normativa de aplicación.

Propósito: Identificar y eliminar los riesgos que puedan afectar a los profesionales, incluyendo los motivados por las condiciones de seguridad, las condiciones ambientales y las condiciones ergonómicas y psicosociales.



Elementos evaluables:

1. La Unidad dispone de un Plan de Prevención de Riesgos Laborales.
2. La Unidad proporciona formación de forma sistemática sobre Riesgos Laborales a los profesionales.

IV. Procesos de Soporte

8. Estructura, equipamiento y proveedores

Estándar ES 5 08.08_01

Están establecidas las medidas de seguridad ante emergencias, medidas que son conocidas por los profesionales y que se actualizan periódicamente.

Propósito: Asegurar que están establecidas e implantadas las actuaciones a seguir ante posibles situaciones de emergencias (incendio, evacuación, derrames de productos tóxicos, etc.) que den cobertura a la normativa vigente y puedan afectar a los profesionales de la Unidad o a su entorno.



Elementos evaluables:

1. La Unidad dispone de un Plan de Emergencias actualizado y lo ha difundido a todos los profesionales.
2. La Unidad dispone de medios de protección contra incendios y vías de evacuación adecuados a la normativa vigente, plenamente operativos y revisados.

Estándar ES 5 08.09_00

La Unidad de Gestión Clínica asume las directrices asociadas a un sistema de gestión ambiental y asegura la implantación de los procedimientos para el control de los principales impactos ambientales de acuerdo a las normativas de referencia.

Propósito: La Unidad está implicada en el sistema de gestión ambiental por el que se establecen los procedimientos, los recursos, los objetivos y las responsabilidades necesarias para desarrollar la política ambiental definida por el Centro. De la misma forma garantiza que se encuentran establecidas las medidas necesarias para dar respuesta a los principales impactos ambientales con implicaciones técnico-legales relevantes, 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 el control de aspectos como los residuos peligrosos sanitarios, químicos, radioactivos, emisiones o vertidos que puedan generar un impacto ambiental indeseado.



Elementos evaluables:

1. La Unidad conoce los procedimientos, políticas y normativas que le son de aplicación en materia de gestión medioambiental.
2. La Unidad participa en mejorar su comportamiento ambiental, en base a procedimientos, políticas y normativas que le son de aplicación.
3. La Unidad facilita la participación y formación de sus profesionales en materia ambiental.

IV. Procesos de Soporte

8. Estructura, equipamiento y proveedores

Estándar ES 5 08.10_00

La Unidad de Gestión Clínica adapta su estructura, funcionalidad, instalaciones y equipamiento a los nuevos avances tecnológicos y desarrollos normativos de referencia, colaborando en la gestión de las inversiones del centro.

Propósito: La Unidad asume su implicación directa en la gestión de las inversiones y adquisiciones, participando activamente en la detección de necesidades, planificaciones, análisis de viabilidad y posterior implantación. La Unidad conocerá y analizará los nuevos requisitos normativos y avances tecnológicos que permitan plantear una adaptación progresiva de los espacios, las instalaciones, equipos y medios técnicos mejorando la seguridad y eficiencia, y adecuando costes de funcionamiento a las necesidades reales, siendo esta planificación determinante para las decisiones de adquisiciones e inversión.



Elementos evaluables:

1. La Unidad identifica sus necesidades de adecuación a nuevos escenarios tecnológicos y normativos.
2. La Unidad planifica de una manera sistemática las actuaciones que debe desarrollar para realizar la adecuación de sus estructuras, organización, instalaciones y equipamiento a las nuevas exigencias planteadas.

Estándar ES 5 08.11_00

La Unidad de Gestión Clínica está integrada en una gestión por procesos que garantice el desarrollo eficaz de las actividades asistenciales.

Propósito: Para garantizar el flujo de las actividades asistenciales la Unidad asume una gestión por procesos, identificando los procesos estratégicos, operativos y de soporte, asignando los responsables y su nivel de decisión, identificando aquellos como claves y evaluando y mejorando su gestión a lo largo del tiempo.



Elementos evaluables:

1. La Unidad identifica sus procesos estratégicos, operativos y de soporte, señalando los que son claves para conseguir que la actividad asistencial alcance un nivel óptimo.
2. La Unidad ha establecido un sistema formal de monitorización de los procesos estratégicos, operativos y de soporte que permite el análisis de resultados y la implantación de mejoras.

IV. Procesos de Soporte

9. Sistemas y tecnologías de la información

9. Sistemas y Tecnologías de la Información

Intención del criterio

La Unidad necesita dar respuesta a las necesidades de información de los usuarios, profesionales y organismos en tiempo y forma, para lo que deberá apoyarse en nuevos desarrollos y herramientas enmarcados en las tecnologías de la información.

La progresiva adaptación a los nuevos avances tecnológicos y a los sistemas que los soportan tienen su reflejo en los estándares de este criterio, encaminados a un mayor nivel de desarrollo en la gestión de las Unidades y la información asistencial asociada, potenciando las relaciones e implicaciones no sólo del Centro y Unidad sino de otros sistemas organizativos y de información de niveles superiores.

Estándar ES 5 09.01_00

Los Sistemas de Información dan respuesta a las necesidades de información de la Unidad de Gestión Clínica, permitiendo el seguimiento de objetivos y resultados, y apoyando la toma de decisiones de la gestión del Centro.

Propósito: Disponer de Sistemas de Información para cubrir la gestión de los principales procesos de la Unidad, que permitan a los profesionales contar con información veraz en tiempo real para la realización de actividades y para el seguimiento de objetivos y resultados planteados.



Elementos evaluables:

1. La Unidad dispone de Sistemas de Información que permiten la explotación sistemática de datos.
2. La Unidad identifica los datos que necesita y tiene definida la estrategia operativa para realizar esa explotación.
3. Los profesionales de la Unidad tienen acceso a la información generada a través de los Sistemas de Información.

Estándar ES 5 09.02_00

Se aplican procedimientos para garantizar la validez de los datos incluidos en los Sistemas de Gestión de la Información.

Propósito: Garantizar la calidad y fiabilidad de la información contenida en los Sistemas de Información (información útil). Los Sistemas de Información son paralelos al sistema real y reflejan la situación del centro en todo momento.



IV. Procesos de Soporte

9. Sistemas y tecnologías de la información

Elementos evaluables:

1. La Unidad realiza un mantenimiento sistemático de las bases de datos contenidas en sus Sistemas de Información.
2. La Unidad dispone de un procedimiento para realizar el mantenimiento de los Sistemas de Gestión de la Información, evaluando su integridad y calidad, y adoptando medidas correctivas en caso de detectar desviaciones sobre los resultados esperados.

Estándar ES 5 09.03_01

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.



Elementos evaluables:

1. La Unidad dispone de un Sistema de Información principal corporativo.
2. La Unidad ha implantado una estrategia formal de integración de los diferentes Sistemas de Información en el Sistema de Información principal corporativo.
3. La información suministrada por los Sistemas de Información de la Unidad y cualquier Sistema de Información del Centro, es coincidente.

Estándar ES 5 09.04_00

Se encuentran establecidas las actuaciones para una correcta gestión de las disfunciones de los Sistemas y Tecnologías de la Información y Comunicación y se encuentran recogidas en un Plan de Contingencias.

Propósito: Garantizar un entorno y herramientas de trabajo robustas, mediante la detección, evaluación y comunicación de todas aquellas situaciones que generen disfunciones.



Elementos evaluables:

1. La Unidad dispone de un Plan de Contingencias de Sistemas de Información y Comunicación que le permite actuar de manera eficiente en caso de incidencias de estos sistemas de soporte.
2. Los profesionales conocen y aplican el procedimiento que deben seguir en caso de disfunción de los Sistemas de Información y Comunicación.

IV. Procesos de Soporte

9. Sistemas y tecnologías de la información

Estándar
ES 5 09.05_00

Se dispone de Tecnologías de la Información orientadas a la interrelación con las personas, favoreciendo la comunicación, la accesibilidad y la información.

Propósito: Favorecer la innovación y el desarrollo de nuevas aplicaciones, plataformas, servicios de comunicación e información en el entorno de las nuevas tecnologías de información orientando hacia las personas los nuevos desarrollos.



Elementos evaluables:

1. La Unidad ha implantado una estrategia que busca aprovechar las posibilidades de las Tecnologías de la Información y la Comunicación.
2. La Unidad dispone de herramientas tecnológicas de comunicación que permiten una interactividad con las personas, promoviendo la creación de grupos y redes de personas relacionados con la salud (Ej.: portales web, comunidades virtuales, redes sociales, etc.).

Estándar
ES 5 09.06_00

Se dispone de un Plan de Sistemas de Información.

Propósito: Disponer de un marco estratégico y un plan de proyectos para dar respuesta a las necesidades de los profesionales y de la organización, en relación a los Sistemas de Información.



Elementos evaluables:

1. La Unidad dispone de una planificación operativa de gestión de Sistemas de Información.
2. Todas las actuaciones relacionadas con este ámbito se enmarcan dentro del plan de Sistemas de Información.
3. El plan de gestión de Sistemas de Información se evalúa y mejora, adaptándolo de forma continua a las necesidades de los profesionales y la organización.

Estándar
ES 5 09.07_01

Los Sistemas de Información de la Unidad están integrados con la historia de salud de la persona.

Propósito: Disponer de Sistemas de Información que accedan a toda la información clínica de la persona, incorporando sus resultados asistenciales en la historia de salud.



IV. Procesos de Soporte

9. Sistemas y tecnologías de la información

Elementos evaluables:

1. La Unidad dispone de una historia de salud digital con capacidad de incorporar toda la información relacionada con la persona.
2. Toda la información clínica de la persona debe estar disponible a través de Sistemas de Información para los profesionales de la Unidad que la requieran.
3. En la Unidad se utiliza un único identificador de las personas a la hora de acceder a sus registros clínicos.

Estándar ES 5 09.08_01

Se adoptan las medidas para garantizar la protección de los datos de carácter personal, conforme a lo establecido en la normativa vigente.

Propósito: Establecer los mecanismos necesarios para adecuarse a los principios establecidos sobre la protección de datos de carácter personal, garantizando y protegiendo el honor e intimidad de las personas, evitando situaciones que puedan afectar a la intimidad y confidencialidad.



Elementos evaluables:

1. La Unidad promueve de manera activa la adhesión de sus profesionales a la normativa vigente de protección de datos mediante formación acreditada y formalización de compromisos explícitos de confidencialidad.
2. La Unidad informa a las personas de las medidas implantadas para garantizar el cumplimiento de la normativa vigente de protección de datos.
3. Los ficheros con información de carácter personal son tratados conforme a la normativa vigente en cuanto a su gestión, inscripción, mantenimiento, etc.
4. Existe un Documento de Seguridad de aplicación para la Unidad, está disponible, y es conocido por los Profesionales de la Unidad.
5. Se realizan las revisiones y auditorías periódicas establecidas por la normativa vigente, y se aplican las medidas correctoras a las incidencias detectadas.

IV. Procesos de Soporte

9. Sistemas y tecnologías de la información

Estándar
ES 5 09.09_00

Se dispone de un Plan de Seguridad de los Sistemas de Información, contando con sistemas de respaldo (replicación de información o duplicidad de soportes) para aquellos sistemas que gestionen información crítica.

Propósito: Disponer de la estructura organizativa, procedimientos, procesos y recursos necesarios (humanos y técnicos) para implantar y desarrollar con las garantías suficientes las medidas de seguridad para la salvaguarda de la información y de los sistemas que la procesan, asegurando la disponibilidad de información crítica.



Elementos evaluables:

1. La Unidad ha identificado su información crítica sobre la que es prioritario actuar.
2. La Unidad dispone de un Plan de Seguridad de Sistemas de Información, donde se especifican los planes de copias de seguridad, responsables, procedimientos operativos, etc.

Estándar
ES 5 09.10_00

La Unidad de Gestión Clínica dispone de página web, y está certificada.

Propósito: Mejorar los recursos de información sanitaria disponibles que están orientados a los ciudadanos y a los profesionales de la salud, además del compromiso por favorecer la accesibilidad y la transparencia.



Elementos evaluables:

1. La Unidad cuenta con una página web dirigida a la Ciudadanía y/o a los Profesionales.
2. La página web de la Unidad está Certificada por un Organismo ajeno e independiente de ésta.
3. La página web cumple con los criterios de Accesibilidad y Usabilidad, Confidencialidad y Privacidad, Transparencia, Política Editorial, Actualización de la Información y Atribución de Contenidos.

10. Mejora Continua

Intención del criterio

Demostrar que las actividades asistenciales y organizativas de los diferentes procesos y servicios de la Unidad se evalúan y se mejoran continuamente garantizando tanto la comunicación efectiva hacia los profesionales como la seguridad del paciente.

Estándar ES 5 10.01_00

La Unidad de Gestión Clínica incorpora recomendaciones de buena práctica en el diseño e implantación de sus procedimientos.

Propósito: Garantizar que todos los procedimientos desarrollados en la Unidad, de ámbito asistencial clínico y no clínico, se sustentan en la mejor evidencia disponible (grado de recomendación o nivel de evidencia, normativa, etc.) y en las competencias necesarias para su implantación.



Elementos evaluables:

1. La Unidad tiene identificados sus procedimientos, asistenciales y no asistenciales.
2. Existe una estrategia para incorporar en los procedimientos de la Unidad la mejor evidencia disponible.
3. Existen responsables de la actualización de los procedimientos asistenciales y no asistenciales.

Estándar ES 5 10.02_00

La Unidad de Gestión Clínica tiene establecida una metodología de mejora continua que le permite optimizar los resultados de sus procesos.

Propósito: La Unidad de Gestión Clínica identifica los procesos relacionados con su Cartera de Servicios que, no habiendo sido definidos por el Sistema Sanitario, tienen mayor impacto en su actividad (uso adecuado del medicamento, procedimientos de riesgo, uso eficiente de recursos, etc.) y establece un sistema de monitorización y acciones de mejora que le permiten optimizar sus resultados.



IV. Procesos de Soporte

10. Mejora Continua

Elementos evaluables:

1. La Unidad tiene identificados, en función de su Cartera de Servicios, aquellos procesos de mayor impacto en su actividad.
2. Para los procesos seleccionados, se establece un sistema de monitorización de resultados.
3. La Unidad implanta medidas correctoras en aquellos procesos que no obtienen los resultados esperados.
4. Se evalúan las medidas implantadas.

Estándar ES 5 10.03_01

La Unidad de Gestión Clínica utiliza y actualiza protocolos, procesos, vías, guías de práctica clínica y planes de cuidados estandarizados consensuados.

Propósito: Existe y se aplica un procedimiento de revisión y actualización de las recomendaciones implantadas en la Unidad (guías, protocolos, planes de cuidados, trayectorias clínicas, etc.), basadas en la mejor evidencia disponible.



Elementos evaluables:

1. La Unidad tiene consensuados los protocolos, procesos, vías, guías de práctica clínica y planes de cuidados a utilizar.
2. Existe una estrategia para incorporar a la práctica clínica las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible.
3. Existen responsables de la actualización de las recomendaciones adoptadas en función de la evidencia científica disponible.

Estándar ES 5 10.04_00

La Unidad de Gestión Clínica evalúa su nivel de adherencia a las recomendaciones sobre la práctica clínica implantadas.

Propósito: Existe y se aplica un procedimiento de revisión del nivel de uso y cumplimiento de las recomendaciones implantadas en la Unidad (guías de práctica clínica, protocolos, planes de cuidados, trayectorias clínicas, etc.), por parte de sus profesionales. Dicho procedimiento debe incluir al menos la priorización y periodicidad de las revisiones, definición de indicadores y método de evaluación.



IV. Procesos de Soporte

10. Mejora Continua

Elementos evaluables:

1. Se dispone de un procedimiento para evaluar la adherencia de los profesionales a las recomendaciones sobre práctica clínica implantadas en la Unidad.
2. Se han definido indicadores que midan el grado de adherencia de los profesionales a las recomendaciones sobre práctica clínica implantadas en la Unidad.
3. Se dispone de resultados de la adherencia de los profesionales a las recomendaciones implantadas en la Unidad y se identifican áreas de mejora.

Estándar ES 5 10.05_01

La Unidad de Gestión Clínica evalúa el nivel de adherencia a las recomendaciones sobre el uso de la alta tecnología disponible.

Propósito: Existe y se aplica un procedimiento de revisión del cumplimiento de las recomendaciones que sobre el uso adecuado de la alta tecnología se han implantado en la Unidad, por parte de sus profesionales. Dicho procedimiento debe incluir al menos la priorización y periodicidad de las revisiones, definición de indicadores y método de evaluación.



Elementos evaluables:

1. La Unidad tiene definidos los criterios de uso de la alta tecnología disponible en función de la evidencia científica disponible.
2. Se dispone de un procedimiento para evaluar la adherencia de los profesionales a las recomendaciones implantadas en la Unidad sobre el uso de la alta tecnología.
3. Se han definido indicadores que midan el grado de adherencia de los profesionales a las recomendaciones implantadas sobre el uso de la alta tecnología en la Unidad.
4. Se dispone de resultados de la adherencia de los profesionales a las recomendaciones implantadas sobre el uso de la alta tecnología en la Unidad y se identifican áreas de mejora.

Estándar ES 5 10.06_01

En la Unidad de Gestión Clínica se identifican los riesgos para la seguridad del paciente.

Propósito: La Unidad identifica y analiza los riesgos relacionados con acontecimientos adversos reales o potenciales.



IV. Procesos de Soporte

10. Mejora Continua

Elementos evaluables:

1. La Unidad dispone de una metodología contrastada (matriz de riesgos, AMFE, mapas de riesgos, etc.) de gestión de riesgos que le permite conocerlos, priorizarlos y establecer medidas preventivas.
2. Los profesionales de la Unidad se implican en la identificación de riesgos.

Estándar ES 5 10.07_00

La Unidad de Gestión Clínica incorpora buenas prácticas para prevenir incidentes de seguridad.

Propósito: Garantizar la implantación de aquellas prácticas seguras recomendadas por la Estrategia para la Seguridad, Comité Director para la Seguridad, Observatorio para la Seguridad del Paciente u otras agencias de reconocido prestigio, que sean aplicables en el ámbito de actuación de la Unidad.



Elementos evaluables:

1. La Unidad, según su ámbito de actuación, ha identificado prácticas seguras en relación a la seguridad del paciente (Ej.: prevención de la infección asociada a la atención sanitaria, prácticas seguras en cirugía y anestesia, prácticas seguras relacionadas con cuidados de enfermería, prácticas seguras relacionadas con mejoras en la comunicación).
2. La Unidad sigue una metodología para la implantación de las prácticas seguras identificadas: formación a los profesionales, operativa para la implantación y evaluación periódica.

Estándar ES 5 10.08_01

La Unidad de Gestión Clínica tiene establecido un procedimiento seguro de identificación de las personas 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: Disponer de mecanismos de verificación precisos e inequívocos que disminuyan la posibilidad de errores en la prestación de la asistencia.



IV. Procesos de Soporte

10. Mejora Continua

Elementos evaluables:

1. La Unidad ha definido un plan de acción en relación con la identificación de las personas que contempla la verificación verbal de dicha identidad y el uso de la pulsera identificativa (análisis de circuitos, responsabilidades de los profesionales, etc.).
2. Los profesionales evalúan periódicamente los indicadores de control en relación con la identificación de personas e implantan áreas de mejora.

Estándar ES 5 10.09_01

La Unidad de Gestión Clínica notifica los riesgos y acontecimientos adversos.

Propósito: La Unidad tiene establecido y aplica un procedimiento para la notificación de riesgos y acontecimientos adversos en el que se define qué, cómo, cuándo y dónde notificar.



Elementos evaluables:

1. La Unidad utiliza un sistema de notificación de riesgos y acontecimientos adversos (Ej. infecciones asociadas a la atención sanitaria, errores de medicación, cirugía en localizaciones incorrectas, caídas de pacientes, etc.), que permite contabilizarlos y analizarlos.
2. La Unidad implica a los profesionales en la notificación de riesgos y eventos adversos.

Estándar ES 5 10.10_01

La Unidad de Gestión Clínica analiza los acontecimientos adversos y pone en marcha las actuaciones oportunas para prevenir su nueva aparición.

Propósito: La información sobre acontecimientos adversos debe servir para emprender actuaciones dirigidas a impedir su futura aparición. Mediante su análisis, la Unidad establece estrategias orientadas al rediseño de sus procesos y procedimientos, que eviten o impidan en el futuro su recurrencia, monitorizando la efectividad de estas medidas a lo largo del tiempo.



Elementos evaluables:

1. La Unidad dispone de un procedimiento para el análisis de los acontecimientos adversos comunicados, y contempla: responsabilidades, análisis, definición de acciones correctoras, seguimiento de la implantación de las mismas, etc.
2. Se implantan las medidas oportunas para evitar que los acontecimientos adversos vuelvan a ocurrir.
3. Se evalúa la efectividad de las medidas implantadas.

IV. Procesos de Soporte

10. Mejora Continua

Estándar ES 5 10.11_01

La Unidad de Gestión Clínica fomenta el uso responsable y seguro del medicamento y productos sanitarios por los profesionales.

Propósito: Establecer medidas y desarrollar actuaciones para conseguir una utilización más adecuada, eficiente y segura de los medicamentos y productos sanitarios.



Elementos evaluables:

1. La Unidad implanta buenas prácticas en relación al uso seguro del medicamento (conciliación de la medicación en el ingreso, alta y transición dentro del hospital; manejo de la medicación de alto riesgo; uso de los sistemas de prescripción electrónica disponibles en el centro; criterios de seguridad en la prescripción escrita; preparación, administración y registro de la medicación administrada; prácticas seguras en el manejo de bombas de infusión; programas de formación en planes de acogida de personal nuevo; medicamentos con nombre y/o apariencia similar).
2. Se dispone de una Hoja única de tratamiento de la persona.
3. La Unidad cumple con los objetivos pactados en su Acuerdo de Gestión en relación al consumo de medicamentos y prestación farmacéutica.

Estándar ES 5 10.12_01

La Unidad de Gestión Clínica dispone de información sobre adecuación de la prescripción en grupos de pacientes de riesgo, incorporando las recomendaciones a su práctica clínica.

Propósito: Para facilitar un uso seguro de los medicamentos, la Unidad 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.



Elementos evaluables:

1. La Unidad dispone de recomendaciones basadas en estudios de idoneidad de la prescripción para grupos de pacientes específicos.
2. La Unidad realiza una revisión estructurada de la medicación de pacientes polimedicados según una metodología definida.
3. La Unidad dispone de informes periódicos de las actuaciones llevadas a cabo en función de las revisiones realizadas en pacientes polimedicados (modificaciones de tratamientos, control de riesgos de interacciones, revisiones de botiquines).
4. La Unidad define indicadores para evaluar la adherencia de los profesionales a tales recomendaciones y se establecen objetivos.

V. Resultados

11. Resultados de la Unidad de Gestión Clínica

V. Resultados

11. Resultados de la Unidad de Gestión Clínica

Intención del criterio

Los resultados en una Unidad de Gestión Clínica excelente son todos aquellos logros que presentan tendencias positivas, resisten la comparación con otras Unidades similares, son consecuencia de su sistema de calidad y gestión eficiente de sus procesos y están enfocados a los resultados en salud, teniendo en cuenta la accesibilidad, satisfacción de las personas y el conocimiento de los profesionales.

Estándar ES 5 11.01_00

Se ha definido e implantado un Cuadro de Mando para la monitorización de los indicadores de calidad y seguridad de la Unidad.

Propósito: Disponer de un sistema de seguimiento de resultados basado en indicadores que permita establecer objetivos, identificar desviaciones y corregir sus causas.



Elementos evaluables:

1. La Unidad dispone de un Cuadro de Mando o similar para el seguimiento de sus indicadores de calidad y seguridad.
2. Existe una evaluación periódica de los resultados de los indicadores de calidad y seguridad, identificándose áreas de mejora.
3. Se mejoran los resultados de los indicadores de calidad y seguridad tras la implantación de áreas de mejora identificadas.

Estándar ES 5 11.02_00

Los objetivos de calidad y seguridad definidos por la Unidad de Gestión Clínica se cumplen y mejoran.

Propósito: La Unidad, mediante el programa de monitorización, ha de controlar que se alcanzan o se mantienen todos los objetivos propuestos en cuanto a los indicadores establecidos.



Imprescindible

Elementos evaluables:

1. La Unidad cumple todos los objetivos propuestos en sus indicadores de calidad y seguridad.
2. La Unidad mejora sus resultados a lo largo del tiempo.

V. Resultados

11. Resultados de la Unidad de Gestión Clínica

Estándar ES 5 11.03_01

La Unidad de Gestión Clínica facilita y promueve la utilización de las Herramientas de Evaluación y Análisis de la Satisfacción de los Usuarios y se incorporan mejoras a partir de los resultados obtenidos.

Propósito: Se dispone de herramientas que permiten una evaluación continuada de la satisfacción de los usuarios y se utilizan como elemento de mejora continua.



Elementos evaluables:

1. Se dispone de mecanismos para promover el uso de herramientas de evaluación de la satisfacción de las personas.
2. Se tiene sistematizado el análisis periódico por parte de la Unidad de los resultados de satisfacción obtenidos (encuestas de satisfacción y reclamaciones).
3. En la Unidad se identifican los aspectos que proporcionan menor satisfacción a los usuarios y se implantan mejoras orientadas a aumentarla.
4. Se mejoran los resultados de satisfacción tras la implantación de las mejoras.

Estándar ES 5 11.04_01

Se cumplen los tiempos de respuesta de los procesos de la Unidad de Gestión Clínica de acuerdo a la Cartera de Servicios.

Propósito: Las actividades de la Unidad se han de efectuar en un tiempo adecuado a las necesidades de las personas y a las características de los procesos.



Elementos evaluables:

1. La Unidad tiene identificados los principales tiempos de respuesta para las actividades incluidas en su oferta de servicios sanitarios.
2. Se cumplen los tiempos de respuesta definidos por la Unidad para los servicios sanitarios ofertados.

V. Resultados

11. Resultados de la Unidad de Gestión Clínica

Estándar ES 5 11.05_01

La Unidad de Gestión Clínica evalúa y optimiza los tiempos de respuesta.

Propósito: Se realiza un seguimiento continuado de los principales tiempos de respuesta, se identifican mejoras y se evalúa su impacto.



Elementos evaluables:

1. Se monitorizan los tiempos de respuesta asistencial definidos por la Unidad para los servicios sanitarios ofertados.
2. Se identifican e implantan mejoras en los tiempos de respuesta.
3. Se evalúan las mejoras implantadas.

Estándar ES 5 11.06_01

Los indicadores de los procesos asistenciales implantados en la Unidad de Gestión Clínica se cumplen y mejoran.

Propósito: Los resultados de los procesos asistenciales implantados se encuentran dentro de los márgenes preestablecidos y se ponen en marcha actuaciones que mejoren la gestión de los mismos.



Elementos evaluables:

1. Se cumplen los indicadores de los procesos asistenciales implantados en la Unidad.
2. Se incorporan mejoras para optimizar los resultados.

Estándar ES 5 11.07_01

La Unidad de Gestión Clínica ha de poder detectar y controlar las desviaciones presupuestarias que se produzcan con el fin de corregirlas.

Propósito: Se realiza un seguimiento y control periódico del grado de cumplimiento del presupuesto aprobado para la Unidad.



Elementos evaluables:

1. Se monitoriza periódicamente el presupuesto de la Unidad.
2. En caso de desviación del presupuesto asignado, se establecen acciones correctivas.

V. Resultados

11. Resultados de la Unidad de Gestión Clínica

Estándar ES 5 11.08_00

Se dispone de un sistema de control de gestión de la actividad que permite conocer el coste directo por Sección Clínica o Área de Actividad.

Propósito: La Unidad de Gestión Clínica debe disponer de un sistema de control que les permita conocer el coste directo de sus servicios.



Elementos evaluables:

1. La Unidad conoce el coste directo de sus servicios.
2. Se realiza una monitorización periódica del coste directo de sus servicios.

Estándar ES 5 11.09_01

Se hacen públicos indicadores de resultados de la Unidad de Gestión Clínica.

Propósito: Proporcionar a la persona información que le permita elegir con conocimiento y ejercer sus derechos relacionados con la prestación de los servicios sanitarios.



Elementos evaluables:

1. La Unidad publica sus resultados usando canales de comunicación accesibles a las personas.
2. La información proporcionada sobre los resultados de la Unidad debe ser suficiente para permitir a las personas elegir según sus expectativas y necesidades.

Estándar ES 5 11.10_01

Los resultados se comparan con los de otras Unidades de Gestión Clínica y con los que se consideran mejores del sector.

Propósito: La Unidad para tomar las decisiones más correctas de mejora debe realizar un análisis que incluya la comparación de resultados con los de otras organizaciones o procesos, y con los que se considera mejor del sector, con el fin de identificar e implantar las mejores prácticas.



Elementos evaluables:

1. La Unidad identifica los resultados a mejorar.
2. La Unidad compara los resultados identificados con los de otras Unidades u Organizaciones consideradas las mejores del sector.
3. La Unidad implanta las mejores prácticas identificadas tras la actividad comparativa.

V. Resultados

11. Resultados de la Unidad de Gestión Clínica

Estándar ES 5 11.11_00

La Unidad de Gestión Clínica asegura que la Formación Continuada realizada por sus profesionales está acreditada.

Propósito: Garantizar la calidad de las actividades de formación realizadas por los profesionales de la Unidad.



Elementos evaluables:

1. Las actividades de formación continuada realizadas por los profesionales de la Unidad están acreditadas.

Estándar ES 5 11.12_00

La Unidad de Gestión Clínica acredita el nivel de competencia de sus profesionales.

Propósito: Garantizar la calidad de las actividades de formación realizadas por los profesionales de la Unidad.



Imprescindible

Elementos evaluables:

1. Al menos el 15% de los profesionales sanitarios de la Unidad tienen vigente la acreditación del nivel de sus competencias profesionales.
2. Este porcentaje se incrementa en un 5% anualmente hasta alcanzar el 40%.

5> Control de Modificaciones

5> Control de Modificaciones

A continuación, se describen las principales modificaciones realizadas en esta nueva versión del Programa de Acreditación de Unidades de Gestión Clínica, Versión 4, en comparación con la anterior, Versión 3.

Con carácter general:

- > El Programa de Acreditación de Unidades de Gestión Clínica pasa a tener 109 estándares, en lugar de los 112 estándares de la versión anterior.
- > La nueva versión tiene 40 estándares de Grupo I que tienen la consideración de Obligatorios para obtener cualquier nivel de acreditación.
- > Se incluye en esta versión la categoría de Estándar de Grupo II Imprescindible, determinando aquellos estándares que se deben cumplir obligatoriamente para optar a un nivel de acreditación Óptima.
- > Se publican los elementos evaluables.

Listado de las principales modificaciones realizadas:

> **Criterio 1: La persona como sujeto activo**

- Pasa a tener 11 estándares en lugar de los 17 de la versión anterior.
- Se realizan **modificaciones** en la definición y propósito de algunos estándares: ES 5 01.01_01, ES 5 01.04_01, ES 5 01.06_01.
- **Nuevo** estándar: ES 5 01.11_00.
- Estándares **eliminados** del criterio respecto a la anterior versión: ES 5 01.06_00, ES 5 01.08_00, ES 5 01.06_00, ES 5 01.11_00, ES 5 01.13_00, ES 5 01.14_00, ES 5 01.15_00, ES 5 01.17_00.

> **Criterio 2: Accesibilidad y continuidad de la asistencia**

- Pasa a tener 9 estándares en lugar de los 13 de la versión anterior.
- Se realizan **modificaciones** en la definición y propósito de algunos estándares: ES 5 02.01_00, ES 5 02.08_01, ES 5 02.06_00, ES 5 02.09_01.
- **Nuevos** estándares: ES 5 02.02_00, ES 5 02.03_00, ES 5 02.04_00, ES 5 02.06_00, ES 5 02.07_00.
- Estándares **eliminados** del criterio respecto a la anterior versión: ES 5 02.02_00, ES 5 02.03_00, ES 5 02.04_00, ES 5 02.05_00, ES 5 02.07_00, ES 5 02.08_00, ES 5 02.10_00, ES 5 02.11_00, ES 5 02.13_00.

> **Criterio 3: Información Clínica**

- Pasa a tener 7 estándares en lugar de los 6 de la versión anterior.
- Se realizan **modificaciones** en la definición y propósito de algunos estándares: ES 5 03.01_01, ES 5 03.03_01.
- **Nuevos** estándares: ES 5 03.02_00, ES 5 03.04_00, ES 5 03.05_00, ES 5 03.06_00.
- Estándares **eliminados** del criterio respecto a la anterior versión: ES 5 03.02_00, ES 5 03.03_00, ES 5 03.05_00.

> **Criterio 4: Gestión de Planes y Procesos Asistenciales Integrados**

- Pasa a tener 7 estándares en lugar de los 5 de la versión anterior.
- Se realizan **modificaciones** en la definición y propósito de algunos estándares: ES 5 04.01_01, ES 5 04.03_01.
- **Nuevos** estándares: ES 5 04.02_00, ES 5 04.04_00, ES 5 04.05_00, ES 5 04.06_00, ES 5 04.07_00.
- Estándares **eliminados** del criterio respecto a la anterior versión: ES 5 04.01_00, ES 5 04.02_00, ES 5 04.04_00.

> **Criterio 5: Promoción de la Salud en la Comunidad**

- Este criterio mantiene el mismo número de estándares de la versión anterior.
- En este criterio no se han producido **modificaciones** en estándar alguno.
- **Nuevos** estándares: ES 5 05.02_00, ES 5 05.07_00.
- Estándares **eliminados** del criterio respecto a la anterior versión: ES 5 05.04_00, ES 5 05.06_00.

> **Criterio 6: Dirección de la Unidad de Gestión Clínica**

- Pasa a tener 10 estándares en lugar de los 11 de la versión anterior.
- Se realizan **modificaciones** en la definición y propósito de algunos estándares: ES 5 06.05_01, ES 5 06.06_01, ES 5 06.07_01.
- **Nuevos** estándares: ES 5 06.01_00, ES 5 06.02_00, ES 5 06.03_00, ES 5 06.09_00, ES 5 06.10_00.

5> Control de Modificaciones

- Estándares **eliminados** del criterio respecto a la anterior versión: ES 5 06.02_00, ES 5 06.04_00, ES 5 06.05_00, ES 5 06.08_00, ES 5 06.10_00, ES 5 06.11_00.

> Criterio 7: Los profesionales de la Unidad de Gestión Clínica

- Pasa a tener 13 estándares en lugar de los 14 de la versión anterior.
- Se realizan **modificaciones** en la definición y propósito de algunos estándares: ES 5 07.04_01, ES 5 07.06_02, ES 5 07.11_01, ES 5 07.12_01.
- **Nuevos** estándares: ES 5 07.01_00, ES 5 07.05_00, ES 5 07.07_00, ES 5 07.08_00, ES 5 07.10_00, ES 5 07.13_00.
- Estándares **eliminados** del criterio respecto a la anterior versión: ES 5 07.01_00, ES 5 07.02_00, ES 5 07.03_00, ES 5 07.06_00, ES 5 07.07_00, ES 5 07.08_00, ES 5 07.10_00, ES 5 07.11_00, ES 5 07.12_00.

> Criterio 8: Estructura, equipamiento y proveedores

- Este criterio mantiene el mismo número de estándares de la versión anterior.
- Se realizan **modificaciones** en la definición y propósito de algunos estándares: ES 5 08.08_01, ES 5 08.09_01.
- **Nuevos** estándares: ES 5 08.01_00, ES 5 08.04_00, ES 5 08.05_00, ES 5 08.07_00, ES 5 08.10_00, ES 5 08.11_00.
- Estándares **eliminados** del criterio respecto a la anterior versión: ES 5 08.01_00, ES 5 08.02_00, ES 5 08.03_00, ES 5 08.06_00.

> Criterio 9: Sistemas y tecnologías de la información

- Este criterio pasa a tener 10 estándares en lugar de los 9 de la versión anterior.
- Se realizan modificaciones en la definición y propósito de algunos estándares: ES 5 09.07_01, ES 5 09.08_01.
- **Nuevos** estándares: ES 5 09.01_00, ES 5 09.02_00, ES 5 09.04_00, ES 5 09.05_00, ES 5 09.06_00, ES 5 09.09_00, ES 5 09.10_00.
- Estándares **eliminados** del criterio respecto a la anterior versión: ES 5 09.01_00, ES 5 09.03_00, ES 5 09.04_00.

> **Criterio 10: Mejora continua**

- Este criterio mantiene el mismo número de estándares de la versión anterior.
- Se realizan **modificaciones** en la definición y propósito de algunos estándares: ES 5 10.03_01, ES 5 10.09_01, ES 5 10.10_01, ES 5 10.12_01.
- **Nuevos** estándares: ES 5 10.01_00, ES 5 10.02_00, ES 5 10.07_00.
- Estándares **eliminados** del criterio respecto a la anterior versión: ES 5 10.04_00, ES 5 10.05_00, ES 5 10.08_00, ES 5 10.09_00, ES 5 10.12_00.

> **Criterio 11: Resultados de la Unidad de Gestión Clínica**

- Pasa a tener 12 estándares en lugar de los 7 de la versión anterior.
- En este criterio no se han producido modificaciones en estándar alguno.
- **Nuevos** estándares: ES 5 11.01_00, ES 5 11.08_00, ES 5 11.11_00, ES 5 11.12_00.
- Estándares **eliminados** del criterio respecto a la anterior versión: ES 5 11.01_00, ES 5 11.02_00, ES 5 11.06_00.

6> Comité Técnico Asesor

6> Comité Técnico Asesor

COORDINADORES: M^a del Mar Castellano Zurera, Antonia Herce Muñoz y Diego Núñez García.

D. Antonio Rivas Campos. Subdirector de Cuidados del Hospital Virgen de las Nieves. Servicio Andaluz de Salud.

Dña. Carmen Alicia Jiménez Gómez. Directora de la Unidad de Gestión Clínica Albolote. Servicio Andaluz de Salud.

Dña. Carmen Suárez Alemán. Farmacéutica de Atención Primaria del Distrito Sanitario Málaga. Servicio Andaluz de Salud.

D. Enrique Alonso Redondo. Director de la Unidad de Gestión Clínica Patología Mamaria del Hospital Puerta del Mar. Servicio Andaluz de Salud.

Dña. Eva Moreno Campoy. Farmacéutica de Atención Primaria del Área de Gestión Sanitaria Serranía de Málaga. Servicio Andaluz de Salud.

D. Gonzalo Suárez Alemán. Director Adjunto a Gerencia de la Empresa Pública Hospital Costa del Sol.

D. José Manuel Martín Vázquez. Gerente del Hospital Virgen de la Victoria. Servicio Andaluz de Salud.

Dña. Marisa Dotor Gracia. Técnico de Apoyo de la Dirección General de Calidad, Investigación y Docencia. Consejería de Salud.

Nuestro especial agradecimiento a todos los miembros del comité por su colaboración con la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.

7> Glosario de términos

7> Glosario de términos

A

Accesibilidad: La accesibilidad a los servicios sanitarios públicos es un principio básico de equidad que define al SSPA. Asegurar que cualquier ciudadano reciba la atención que necesita en el momento apropiado de la historia natural de su proceso, garantiza la calidad asistencial y los buenos resultados.

(Referencia: Servicio Andaluz de Salud, Consejería de Salud, Junta de Andalucía. Contrato Programa de los Hospitales del Servicio Andaluz de Salud 2005-2008. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud; 2007.)

Acto Único: Concatenación de procedimientos y actos clínicos para mejorar los tiempos de respuesta del servicio prestado al paciente.

(Referencia: Consejería de Salud, Junta de Andalucía. Contrato Guía de diseño y mejora continua de Procesos Asistenciales Integrados. Segunda Edición. Sevilla: Consejería de Salud; 2009.)

Acuerdo de Gestión Clínica: Es el documento en el que se fija el marco de gestión de la Unidad de Gestión Clínica, así como los métodos y recursos para conseguir los objetivos definidos en el mismo.

(Referencia: Consejería de Salud, Junta de Andalucía. Contrato Guía de diseño y mejora continua de Procesos Asistenciales Integrados. Segunda Edición. Sevilla: Consejería de Salud; 2009.)

Área de salud: El Sistema Sanitario Público de Andalucía se organiza en demarcaciones territoriales denominadas áreas de salud, las cuales se delimitarán atendiendo a factores geográficos, socioeconómicos, demográficos, laborales, epidemiológicos, culturales, ambientales, de vías y medios de comunicación homogéneos, así como de instalaciones sanitarias existentes y teniendo en cuenta la ordenación territorial establecida por la Junta de Andalucía. El área de salud constituye el marco de planificación y desarrollo de las actuaciones sanitarias, debiendo disponer de la financiación y dotaciones necesarias para prestar los servicios de atención primaria y especializada, asegurando la continuidad de la atención en sus distintos niveles y la accesibilidad a los servicios del usuario.

(Referencia: Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía, núm. 74, de 4 de julio; y Boletín Oficial del Estado, núm. 85, de 4 de agosto.)

C

Cartera de Servicios: Conjunto de técnicas, tecnologías o procedimientos, entendiéndose por tales cada uno de los métodos, actividades y recursos basados en el conocimiento y experimentación científica mediante los que se hacen efectivas las prestaciones sanitarias.

(Referencia: Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Boletín Oficial del Estado, núm. 128, de 29 de mayo.)

Competencia Profesional: La competencia profesional es la aptitud del profesional sanitario para integrar y aplicar los conocimientos, habilidades y actitudes asociados a las buenas prácticas de su profesión para resolver los problemas que se le plantean.

(Referencia: Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Boletín Oficial del Estado, núm. 128, de 29 de mayo.)

Consentimiento Informado: Conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud.

(Referencia: Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Boletín Oficial del Estado, núm. 274, de 15 de noviembre.)

Control de Ediciones (documentos e informes): Debe establecerse un procedimiento documentado que defina los controles necesarios para:

- a) Aprobar los documentos en cuanto a su adecuación antes de su edición.
- b) Revisar y actualizar los documentos cuando sea necesario así como para llevar a cabo su re-aprobación.
- c) Asegurar que se identifican los cambios y el estado de revisión actual de los documentos.
- d) Asegurar que las versiones pertinentes de los documentos aplicables se encuentran disponibles en los puntos de uso.
- e) Asegurar que los documentos permanecen legibles y son fácilmente identificables.
- f) Asegurar que se identifican los documentos de origen externo y que se controla su distribución, y evitar el uso no intencionado de documentos obsoletos, y para aplicarles una identificación adecuada en el caso de que se mantengan por alguna razón cualquiera.

(Referencia: Comité Europeo de Normalización ISO 9001:2000, sistemas de gestión de la calidad. Requisitos. 15 diciembre de 2000.)

D

Documentación Clínica: Soporte de cualquier tipo o clase que contiene un conjunto de datos e informaciones de carácter asistencial.

(Referencia: Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Boletín Oficial de Estado, núm. 274, 15 de noviembre.)

G

Gestión del Conocimiento: La Gestión del Conocimiento se entiende como una nueva forma de dirección estratégica basada en potenciar la creación y transferencia de conocimiento dentro de una organización, considerando el capital intelectual de las personas que en ella trabajan como un recurso clave. En este marco de dirección estratégica están situadas las iniciativas que sirven para garantizar el intercambio y la generación del conocimiento que aporte valor a la organización, y que impulsan el desarrollo de modelos de carrera profesional, que reconocen e incentivan la adquisición y aplicación de conocimientos útiles.

(Referencia: Consejería de Salud, Junta de Andalucía. II Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía 2005-2008. Sevilla: Consejería de Salud; 2005.)

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. Procura asegurar de forma rápida, ágil y sencilla el abordaje de los problemas de salud desde una visión centrada en el paciente.

(Referencia: Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Guía de Diseño y Mejora Continua de Procesos Asistenciales. Sevilla: Junta de Andalucía. Consejería de Salud; 2001.)

Guía de información básica para el ciudadano: Documento elaborado por la Unidad de Gestión Clínica en el que se proporciona información al ciudadano sobre aspectos generales de la organización del mismo (actividad, horarios y teléfonos, procedimientos de recogida y envío de muestras, etc.), así como de cualquier información que considere de interés.

H

Hoja de ruta del paciente: Documento de apoyo y guía para el paciente y los profesionales, con información específica, detallada y comprensible de las fases de desarrollo de los Procesos Asistenciales Integrados.

(Referencia: Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Guía de Diseño y Mejora Continua de Procesos Asistenciales. Segunda Edición. Sevilla: Junta de Andalucía. Consejería de Salud; 2009.)

I

Indicador de calidad: Es una 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.

(Referencia: Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Guía de Diseño y Mejora Continua de Procesos Asistenciales. Sevilla: Junta de Andalucía. Consejería de Salud; 2001.)

Es una medida cuantitativa que nos sirve para monitorizar la calidad de los aspectos importantes de la asistencia sanitaria. Un indicador no es una medida directa de la calidad. El indicador nos alerta cuando se produce un fallo en el valor habitual de las actividades que afectan a los componentes de la calidad.

(Referencia: Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Apoyo Metodológico para el Abordaje Integral de Brotes Nosocomiales. Sevilla: Junta de Andalucía. Consejería de Salud; 2006.)

Información Clínica: Todo dato, cualquiera que sea su forma, clase o tipo, que permite adquirir o ampliar conocimientos sobre el estado físico y la salud de una persona, o la forma de preservarla, cuidarla, mejorarla o recuperarla.

(Referencia: Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Boletín Oficial del Estado, núm. 274, de 15 de noviembre.)

M

Manual de Calidad: Documento que especifica el sistema de gestión de la calidad de una organización.

(Referencia: ISO 9000:2000, Sistemas de gestión de la calidad. Fundamentos y vocabulario.)

Mapas de Competencias: Es el elemento central sobre el que se configuran los distintos componentes de la Gestión por Competencias. El Mapa de Competencias estándar contiene tres tipos de competencias:

- **Competencias Generales:** son las que actualmente afectan a todos los profesionales del SSPA, con independencia de su puesto y categoría, y se utilizan para la evaluación del desempeño profesional.
- **Competencias Transversales:** tienen que ver con los contenidos esenciales en el ámbito sanitario.
- **Competencias Específicas:** están relacionadas con un puesto o rol concreto.

(Referencia: Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Modelo de Gestión por Competencias del Sistema Sanitario Público de Andalucía. Sevilla: Consejería de Salud; 2006.)

Misión: Descripción de la razón de ser de la empresa.

(Referencia: Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Guía de diseño y mejora continua de Procesos Asistenciales. Sevilla: Consejería de Salud; 2001.)

P

Plan de Desarrollo Individual: Es uno de los elementos centrales de mejora continua de los profesionales del SSPA. En el seno de la entrevista anual entre responsable y colaborador, se definen las áreas de mejora de las competencias evaluadas en la Evaluación del Desempeño Profesional y se pactan mediante consenso actividades dirigidas hacia la minimización de esos puntos débiles. Los resultados obtenidos de la realización de esas actividades pactadas se valorarán en la entrevista de la Evaluación del Desempeño Profesional del año siguiente. Todo el proceso de la Evaluación del Desempeño Profesional está basado en una entrevista entre profesional y responsable inmediato.

(Referencia: Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Modelo de Gestión por Competencias del Sistema Sanitario Público de Andalucía. Sevilla: Consejería de Salud; 2006.)

Planes integrales: Consolidación de las políticas de salud y prevención de la enfermedad para problemas de salud, considerados prioritarios.

(Referencia: Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. II Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía 2005-2008. Sevilla: Consejería de Salud; 2005.)

Proceso Asistencial: Es el 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.).

(Referencia: Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Guía de diseño y mejora continua de Procesos Asistenciales. Sevilla: Consejería de Salud; 2001.)

Proceso de Soporte: Generan los recursos que precisan los procesos asistenciales.

(Referencia: Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Guía de diseño y mejora continua de Procesos Asistenciales. Sevilla: Consejería de Salud; 2001.)

Producción científica: La dimensión cuantitativa de los resultados de la producción científica se expresa por el número de trabajos publicados en las bases de datos del Institute for Scientific Information.

(Referencia: Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Indicadores Científicos de la Producción Andaluza en Biomedicina y Ciencias de la Salud. Sevilla: Consejería de Salud; 2004.)

S

Seguridad: Proceso por el cual una organización proporciona cuidados seguros a los pacientes. Esto debería implicar: gestión del riesgo, declaración y análisis de los incidentes, capacidad para aprender de los mismos realizando un seguimiento e implementando soluciones para minimizar el riesgo de su recurrencia. También se considera la ausencia de lesiones accidentales atribuibles a los procesos de la atención sanitaria. La seguridad emerge de la interacción de los componentes del sistema; no reside en una persona, dispositivo o departamento.

(Referencia: Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Estrategia para la seguridad del paciente. Sevilla: Consejería de Salud; 2006.)

V

Valores: Los valores son aquellos elementos que configuran la conducta básica de las personas que forman parte del Centro y lo que se espera de ellas.

(Referencia: Consejería de Salud. Contrato Programa de los Hospitales del Servicio Andaluz de Salud 2005-2008. Sevilla: Consejería de Salud. Servicio Andaluz de Salud; 2007.)

ME 5104

MANUAL DE ESTÁNDARES

PROGRAMA de ACREDITACIÓN
de UNIDADES de GESTIÓN
CLÍNICA

www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/

C/ Augusto Peyré, nº1
Edificio Olalla, 3ª plta.
41020 Sevilla
Tel.: 955 023 900
Fax: 955 023 901