

Accreditación de UCG

Susana Castro

Supervisora UGC Hematología
Hospitalización Carlos Haya

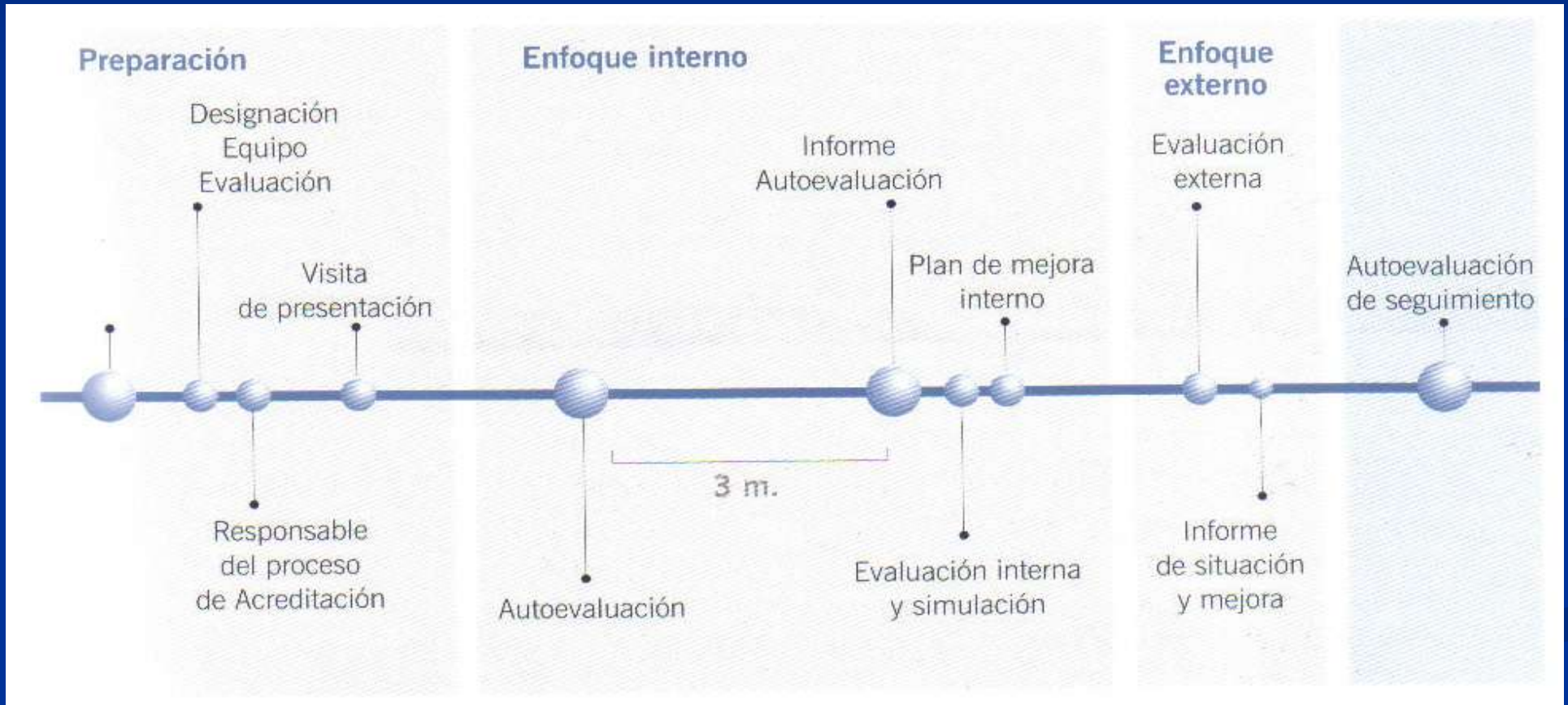
Acreditar=

- Hacer digna de crédito alguna cosa, probar su certeza o realidad
- Dar reputación o fama
- Asegurar que una persona o cosa es lo que representa
- Dar pruebas

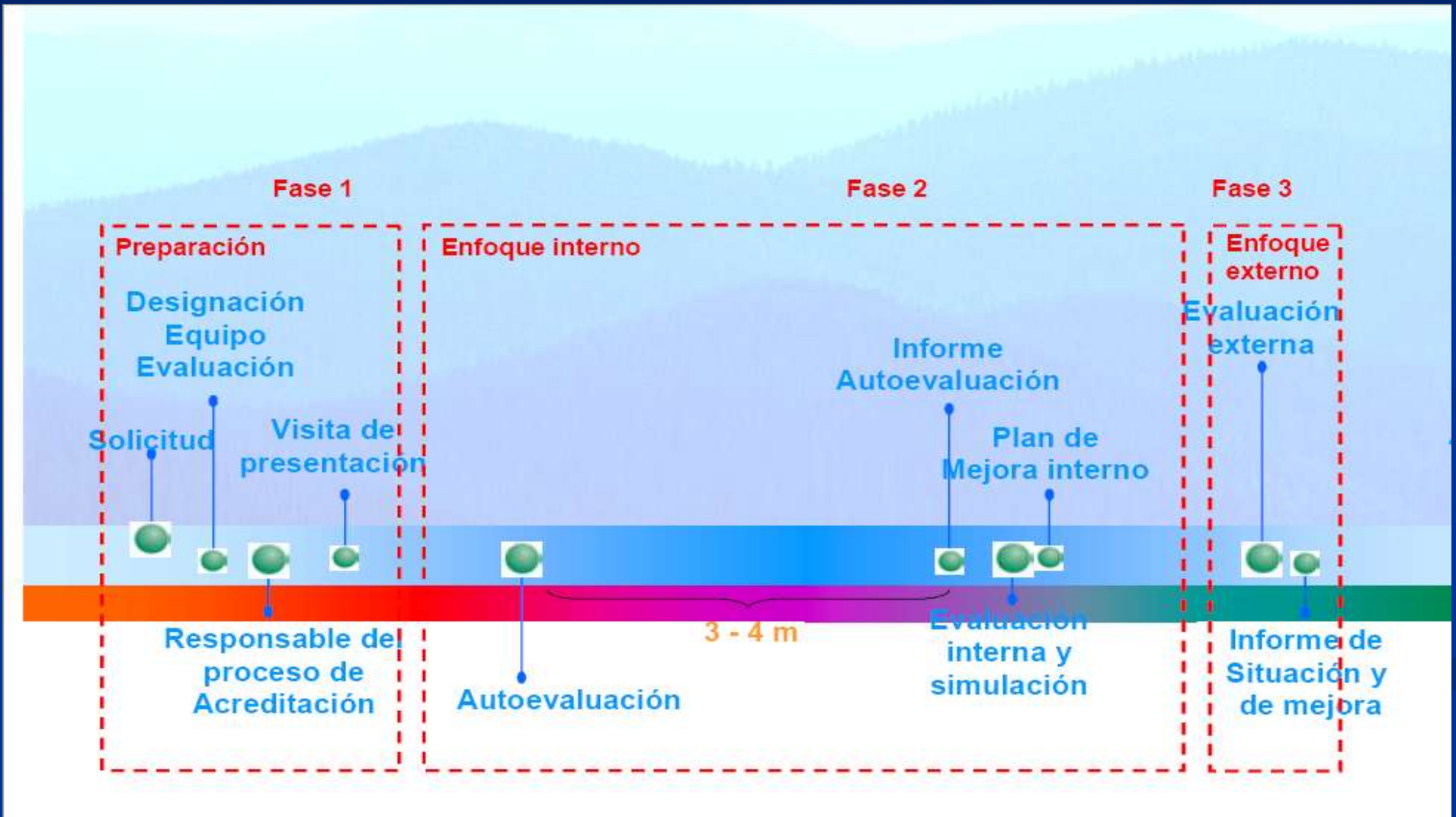
PROCESO DE ACREDITACIÓN DE UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA

El proceso de acreditación tiene como principal **objetivo** determinar de qué manera la atención que se presta a los ciudadanos en materia de salud se ajusta a los patrones de referencia establecidos en el modelo de calidad de la **Consejería de Salud de la Junta de Andalucía**, con la finalidad de favorecer e impulsar la mejora continua de las instituciones sanitarias.

Fases del proceso de acreditación



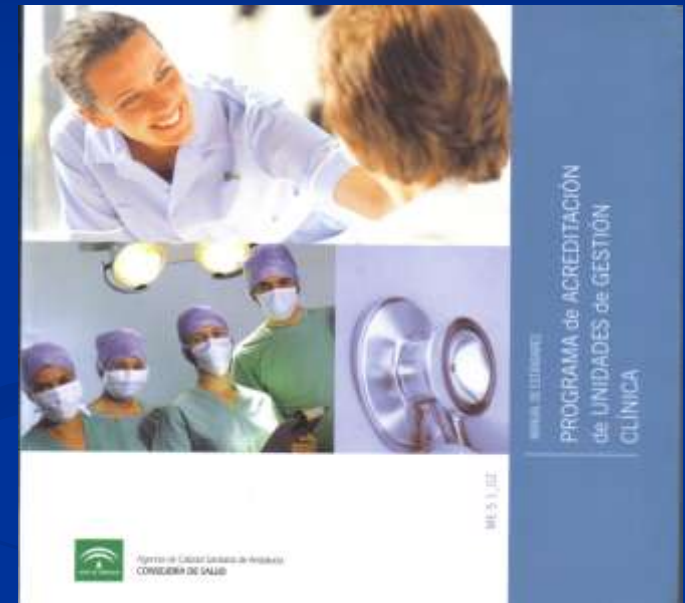
Fases del proceso de acreditación



Visita de presentación de la Agencia de Calidad

Herramientas de ayuda y soporte para la acreditación de la UCG.

- Manual de Estándares para Unidades de Gestión Clínica:
ME 5 1_02.
- Aplicación informática:
ME_jora C



ME_jora C

Grupos de Estándares de Unidades de Gestión Clínica

Tipo Estándar	Definición	UGC	
		Nº	%
Grupo I	Estándares que contemplan los Derechos consolidados y los aspectos ligados a la Seguridad, Continuidad y a la Satisfacción de los Ciudadanos, y aquellas otras garantías y elementos prioritarios del Sistema Sanitario Público de Andalucía. Un 46% de ellos tienen la consideración de "obligatorios"	30	27%
		35	31%
		65	58%
Grupo II	Estándares asociados al mayor desarrollo de la Organización (Sistemas de Información, Nuevas Tecnologías y Rediseño de Espacios Organizativos).	29	26%
Grupo III	Estándares que llevan a la Unidad de Gestión Clínica a constituirse en referente para el resto del Sistema.	18	16%
Total		112	100%

Tipos de estándares y grados de acreditación según cumplimiento.

Símbolos utilizados en el Manual de Estándares



Obligatorio



Grupo I



Grupo II



Grupo III



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

Niveles de acreditación

1 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.

2 Acreditación Avanzada:

- Cumplimiento mayor del 70% de estándares de este Grupo I (con cumplimiento de la totalidad de los obligatorios).

3 Acreditación Óptima:

- Cumplimiento del 100% de los estándares del Grupo I
- Cumplimiento mayor del 40% de los estándares del Grupo II

4 Acreditación Excelente:

- Cumplimiento del 100% de los estándares del Grupo I y del Grupo II
- Cumplimiento mayor del 40% de los estándares del Grupo III

Grupos de estándares

Bloques

Criterio

I. El ciudadano, centro del Sistema Sanitario

1. Usuarios: derechos, satisfacción e implicación

2. Accesibilidad y continuidad de la asistencia

3. Documentación Clínica

II. Organización de la actividad centrada en el paciente

4. Gestión de procesos asistenciales

5. Actividades de promoción y programas de salud

6. Dirección

III. Profesionales

7. Profesionales, desarrollo profesional y formación

IV. Estructura

8. Estructura, equipamiento y proveedores

9. Sistemas de Información y Tecnologías de la Información

10. Sistema de Calidad

V. Resultados

11. Resultados clave de la organización

ME_jora C

[2005/010] Formulario de Autoevaluación

Archivo Edición Ver Favoritos Herramientas

Atrás Busqueda Favoritos

Dirección http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/acsa_acreditacion/html/autoevaluaciones.formulario.asp?idpry=273&id=144 Ir Vínculos

EPSON Web-To-Page Imprimir Vista preliminar

Buscar X

o 2005/010 >> Autoevaluación

[2005/010] - [Hospital Regional Universitario Carlos Haya (UGC Hematología)]

Autoevaluadores

INFORMES *****

los autoevaluadores

Subcriterios

112/112	P	D	C	A	
17/17	17	17	17	17	✓
13/13	13	13	13	13	✓
6/6	6	6	6	6	✓
5/5	5	5	5	5	✓
7/7	7	7	7	7	✓
11/11	11	11	11	11	✓
14/14	14	14	14	14	✓
11/11	11	11	11	11	✓
9/9	9	9	9	9	✓
12/12	12	12	12	12	✓
7/7	7	7	7	7	✓

Autoevaluación cerrada

Subcriterio: [I - El ciudadano, centro del Sistema Sanitario] 01 - Usuarios: satisfacción, participación y derechos

Nº orden: 1 [CD] Nº revisión: 00 Grupo: I

Buscador de estándares Tutor en línea (4 mensajes)

Estándar [ES 5 01 .01_00]

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

Propósito

¿Garantiza la Unidad de Gestión Clínica el cumplimiento de los derechos del paciente?

Ejemplos y Buenas Prácticas (9)

- Carta de Derechos y Deberes de los ciudadanos en los Servicios Sanitarios Púb...
- En alemán Carta de Derechos y Deberes de los ciudadanos en los Servicios Sani...
- En árabe Carta de Derechos y Deberes de los ciudadanos

Evidencias positivas (1)

La Unidad de Gestión Clínica garantiza el cumplimiento de la carta de derechos y deberes; así como el conocimiento de los mismos a los pacientes y familiares mediante la colocación de carteles en el pasillo de la planta y en todas las habitaciones.

Áreas de mejora (2)

Responsables	
Revisión de traducción a diferentes i...	Chari ✓
Poster de derechos y deberes	MINGOT ✓

Elementos a tener disponibles (0)

No hay elementos disponibles.

PLAN DO CHECK ACT

Perfil de Mejora previo y análisis Delimita objetivos y Sist. Inform Planifica Define funciones Comunica Adecúa recursos Cumple Valora Corrige y mejora

Completo: ✓

© 2006 Microsoft Declaración de privacidad de

Inicio [2005/010] Formulari... ES 21:22

Fase de autoevaluación

- La dirección de la UCG define la necesidad de crear **5 grupos de trabajo para el desarrollo de los bloques de estándares de la Acreditación**. El personal que conforma dichos bloques fue elegido conforme a sus competencias entre facultativos, personal de enfermería y auxiliar del Área de Hospitalización.
- Se definen los cinco grupos con **un representante de cada estamento de la Unidad**, excepto el grupo 5º encargado de los estándares de Dirección conformado por tanto por la Directora de la UCG.

GRUPO 1

BLOQUE I (Criterios 1, 2 y 3)
EL CIUDADANO, CENTRO DEL SISTEMA SANITARIO
(FEA , Enfermera y Aux. Enfermería Hematología)

GRUPO 2

BLOQUE II (Criterios 4, y 5)
ORGANIZACIÓN DE LA ACTIVIDAD CENTRADA EN EL PACIENTE
(FEA , Enfermera y Aux. Enfermería Hematología)

GRUPO 3

BLOQUE III (Criterio 7)
PROFESIONALES
BLOQUE IV (Criterio 8)
ESTRUCTURA
(FEA , Enfermera y Aux. Enfermería Hematología)

GRUPO 4

BLOQUE IV (Criterio 9 y 10)
ESTRUCTURA
(FEA , Enfermera y Aux. Enfermería Hematología)

GRUPO 5

BLOQUE II (Criterios 6)
ORGANIZACIÓN DE LA ACTIVIDAD CENTRADA EN EL PACIENTE
BLOQUE V (Criterio 11)
RESULTADOS
(Dirección UCG Hematología)

**RESPONSABLE DEL PROCESO DE
ACREDITACIÓN DE UCG HEMATOLOGÍA**
(Dirección UCG Hematología)

SERVICIOS/PERSONAL COLABORADOR

Dirección del Hospital Carlos Haya.
Comisiones/Comités Hospitalarios.
Servicio Preventiva.
Servicio Farmacia.
Servicio Documentación clínica.
Servicio Admisión.
Servicio Mantenimiento.
Servicios Hosteleros.
Servicio Informática y nuevas tecnologías.
Resto del personal de la UCG Hematología.

**COORDINACIÓN DE LOS
GRUPOS DE
AUTOEVALUACIÓN**
(FEA Hematología)

**Colaboración en todos
los bloques**
(Supervisora Enfermería)

Fase de autoevaluación

- Finalizada la tarea de los grupos de autoevaluación, la directora de la UCG y el coordinador de los grupos revisan el resultado, **relacionando las evidencias positivas y las áreas de mejora** y organizando las distintas líneas de actuación derivadas de las áreas de mejora ideadas, definiendo los grupos de trabajo necesarios para su desarrollo y los responsables de los mismos entre todo el personal de la UCG.
- **Difusión** de las Áreas de Mejora y encargo de **tareas concretas** al resto de profesionales de la unidad.
- Creación de nuevos grupos de trabajo.

Áreas de mejora

- Durante la fase de autoevaluación se han identificado **174 áreas de mejora**, en el transcurso de la misma se han previsto actuaciones concretas en 174 de las áreas detectadas, y **se han conseguido 164 durante la propia autoevaluación**. Las áreas de mejora detectadas se refieren:
 - "Acciones formativas y de difusión" (46),
 - "Generación de Guías, protocolos, procedimientos y registros" (34),
 - "Modificaciones organizativas" (22),
 - "Constitución de Grupos de mejora" (17)
 - "Evaluaciones periódicas/sistemas de información" (15),
 - "Soluciones informáticas" (14),
 - "Estrategias de Comunicación dirigidas a Profesionales" (9),
 - "Estrategias de Comunicación dirigidas a Ciudadanos" (7),
 - "Modificaciones estructurales" (5),
 - "Introducción de nuevos servicios" (3),
 - y "Adquisición de equipos y compra de servicios" (2).

Visita de evaluación externa

La Visita de Evaluación Externa a la Unidad de Gestión Clínica Hematología, se realizó durante los días 4 y 5 de octubre de 2005. En el transcurso de dicha visita el equipo de evaluadores desarrolló su actividad según la agenda acordada con la Dirección de la Unidad de Gestión Clínica , que incluía los siguientes circuitos:

- 1 Entrevista con el Equipo directivo del Hospital y de la Unidad, Entrevista con Profesionales, Entrevista sobre los Procesos de Soporte y Entrevista con asociaciones de pacientes.*
- 2 Visita al Servicio de Atención al Usuario, Visita a Consultas Externas, Visita a la Unidad de Hospitalización, Visita a la Unidad de anticoagulación, Visita al Banco de Sangre, Visita General.*
- 3 Revisión documental:*
"Dirección, sistema de calidad y resultados", Revisión documental "Derechos, Satisfacción e implicación", Revisión documental "Desarrollo Profesional" y Auditoria de Historias Clínicas..

Informe del proceso de acreditación

1. Introducción

- 1. 1. La Unidad de Gestión Clínica del H.R.U. Carlos Haya
- 1. 2. El Proceso de Acreditación de la Unidad de Gestión Clínica

2. Autoevaluación

- 2. 1. Principales resultados de la autoevaluación
- 2. 2. Evolución de las áreas de mejora

3. Evaluación Externa

- 3. 1. Visita de evaluación
- 3. 2. Resultados de la Certificación y resultados de la evaluación externa
 - 3. 2. 1. Cumplimiento por grupos
 - 3. 2. 2. Cumplimiento por criterios

Informe del proceso de acreditación

- 3. 3. Estándares que no se cumplen, áreas de mejora y comentarios
 - 3. 3. 1. Relación general de estándares que no se cumplen
- 3. 4. Áreas de mejora y comentarios por bloque

4. Elementos de Calidad Destacada

5. Conclusiones

6. Propuesta de seguimiento

Anexo I: Relación de estándares que cumplen en evaluación externa

Anexo II: Resultados de la Unidad de Gestión Clínica

Anexo III: Solicitud de autorización de los Elementos de Calidad Destacada

Resultados de la Certificación y evaluación externa

Estándares por grupo	% Cumplimiento
■ Grupo I	86,15%
■ Grupo I Obligatorio	100,00%
■ Grupo I No Obligatorio	70,00%
■ Grupo II	44,83%
■ Grupo III	22,22%

Propuesta de seguimiento

- A partir de este momento, la Unidad de Gestión Clínica comienza un periodo de **Autoevaluación de Seguimiento**, desarrollando actuaciones que le permitan implementar las áreas de mejora detectadas durante todas estas fases del proceso de acreditación realizado.
- La **Autoevaluación de Seguimiento** tendrá una duración de cinco años, durante este tiempo la Agencia de Calidad Sanitaria podrá realizar evaluaciones del cumplimiento de los estándares en cualquier momento y siempre con conocimiento previo de la Unidad de Gestión Clínica. En cualquier caso, cada dos años la Agencia de Calidad realizará una evaluación de seguimiento de los estándares que actualmente se consideran cumplidos.
- Pasados dos años la Unidad de Gestión Clínica puede solicitar a la Agencia realizar una evaluación de cumplimiento para optar a un nivel superior de acreditación.
- Durante este período todos los canales de comunicación entre la Unidad de Gestión Clínica y la Agencia permanecerán abiertos tal y como venía sucediendo en la actualidad.

Proceso de acreditación UGC Hematología

- Primera fase del Proceso de Acreditación en el mes de febrero del 2005, con una visita de presentación de la ACSA.
- Valoración interna/autoevaluación de la adaptación de las actividades de la UGC a los estándares propuestos en el Programa de Acreditación de Unidades de Gestión Clínica.
- Visita de evaluación externa en octubre de 2005.
- Informe del proceso de acreditación noviembre 2005.
- Acto de entrega del certificado de Acreditación en marzo 2006.

Acreditación Avanzada

Finalizado el proceso de acreditación de forma favorable, la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía expide el Certificado para la Acreditación que, junto con un distintivo y una placa exterior (ésta en el caso de centros y de unidades de atención primaria), se entrega en un acto social a los gestores y responsables de calidad del centro o unidad.

08/03/06



Evaluación de seguimiento

El pasado 1 de Octubre de 2009 tuvo lugar la visita de los 4 años de la Agencia de Calidad, para la evaluación de seguimiento.

El informe ha sido positivo.

GRACIAS