

designado por el titular de la misma, que actuará como Secretario.»

Sevilla, 29 de julio de 2003

MANUEL CHAVES GONZALEZ
Presidente de la Junta de Andalucía

PAULINO PLATA CANOVAS
Consejero de Agricultura y Pesca

CONSEJERIA DE SALUD

RESOLUCION de 15 de julio de 2003, de la Dirección General de Organización de Procesos y Formación, por la que se fijan los criterios de selección de los equipos de expertos para el ejercicio del derecho a la segunda opinión médica en el Sistema Sanitario Público de Andalucía.

La disposición Transitoria Unica del Decreto 127/2003, de 13 de mayo, por el que se establece el ejercicio de derecho a la segunda opinión médica en el Sistema Sanitario Público de Andalucía, faculta al titular de la Dirección General de Organización de Procesos y Formación a arbitrar los mecanismos que resulten necesarios para la selección de los profesionales que conformen los equipos de expertos, en tanto no se regule el procedimiento de acreditación y se proceda a efectuar la misma.

En su virtud, esta Dirección General, en uso de las atribuciones que tiene conferidas, resuelve aprobar las siguientes instrucciones:

Primera. Los profesionales expertos deben pertenecer al Sistema Sanitario Público de Andalucía.

Segunda. La elección de los profesionales expertos atenderá a los criterios específicos relacionados con los distintos supuestos que contempla el artículo 3 del Decreto 127/2003, de 13 de mayo y a los siguientes criterios generales:

- Experiencia clínica reconocida en el tema a tratar y resultados en su desempeño profesional.
- Dimensión académica (participación en proyectos de investigación, estudios, publicaciones o actividades docentes relacionados con el tema a tratar).
- Actitud de compromiso con el Sistema Sanitario Público de Andalucía y trayectoria de colaboración.
- Desempeño de su actividad profesional en un Servicio/Unidad que pueda prestar cobertura para la actividad a desarrollar por el experto, y para las actuaciones derivadas que pudieran resultar.
- Actividad clínica enmarcada en comités hospitalarios, interhospitalarios y comités de área.

Sevilla, 15 de julio de 2003.- El Director General, Antonio Torres Olivera.

RESOLUCION de 24 de julio de 2003, de la Dirección General de Organización de Procesos y Formación, por la que se establece el sistema de acreditación de la calidad de los centros y unidades sanitarias del Sistema Sanitario Público de Andalucía, de acuerdo con el modelo de calidad del sistema sanitario de Andalucía.

La acreditación de centros sanitarios se configura como un proceso orientado a la mejora continua mediante la identificación de áreas de desarrollo, que se inicia con la auto-

rización de instalación y funcionamiento y que se basa en la existencia de unos estándares de referencia que reflejan lo que la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía entiende por una prestación de servicios de calidad.

La acreditación de centros y de unidades sanitarias pretende, de esa forma, garantizar la libre toma de decisiones de los ciudadanos a quienes la Administración Sanitaria coloca en el centro del Sistema, y que por ello tienen el derecho de conocer el nivel de calidad que se les puede ofrecer en cada uno de los centros y unidades del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

Se hace necesario, pues, determinar, el sistema de acreditación de centros sanitarios y unidades sanitarias, como instrumento para la mejora continua de los servicios que el Sistema Sanitario Público de Andalucía presta a los ciudadanos.

Por todo ello, en virtud de las competencias recogidas en el Decreto 245/2000, de 31 de mayo, por el que se establece la estructura orgánica básica de la Consejería de Salud y del Servicio Andaluz de Salud, que atribuye a la Dirección General de Organización de Procesos y Formación, artículo 8.2, letra d, las funciones de definición del sistema de acreditación de los distintos centros asistenciales del Sistema Sanitario Público de Andalucía,

RESUELVO

Establecer el sistema de acreditación de la calidad de los centros sanitarios y unidades sanitarias del Sistema Sanitario Público de Andalucía, de acuerdo con los estándares de calidad del Sistema Sanitario de Andalucía, con arreglo a las siguientes normas:

Primera. Ambito de aplicación.

1. Se consideran, a efectos de esta Resolución, centros sanitarios los siguientes:

- a) Hospitales y otros centros con internamiento.
- b) Los siguientes centros y establecimientos extrahospitalarios:

- Centros de atención primaria.
- Centros de especialidades.
- Centros de diagnóstico.

2. Se consideran, a efectos de esta Resolución, unidades sanitarias, las siguientes:

- Unidades de gestión clínica.
- Unidades de investigación.
- Unidades de trasplantes.

Segunda. Acreditación.

Se entiende por acreditación, a los efectos de la presente Resolución, el reconocimiento administrativo por parte de la Consejería de Salud de la calidad de un centro o unidad sanitaria de acuerdo con unos estándares de referencia definidos por dicha Consejería.

La acreditación de centros sanitarios y unidades sanitarias posee diferentes niveles o grados en función de la evolución de la organización dentro de la senda de la mejora continua. El modelo de acreditación y los niveles se describen en el Anexo 1 de la presente Resolución.

La acreditación de centros y unidades sanitarias requerirá de la previa existencia de la autorización emitida por la Administración Sanitaria Pública de Andalucía.

Tercera. Estándares de referencia.

Se establecen como estándares de referencia para el sistema de acreditación de centros sanitarios y unidades de gestión clínica los que figuran detallados en los Anexos 2 y 3, respectivamente, de esta Resolución.

Cuarta. Plazo para obtener el certificado de acreditación.

Todos los centros y unidades sanitarias que conforman el Sistema Sanitario Público de Andalucía, deberán obtener la acreditación antes de transcurridos 5 años desde la fecha de obtención de la autorización otorgada por la Administración Pública Sanitaria Andaluza o desde la fecha de entrada en vigor de la presente Resolución si aquella fuese anterior.

Quinta. Vigencia de la acreditación.

La acreditación tendrá una validez temporal de cinco años a contar desde la fecha de reconocimiento por la Administración Sanitaria Pública Andaluza. Durante dicho período el órgano acreditador podrá revocar la acreditación si se apreciara circunstancias que reflejasen una variación sustancial del grado de calidad acreditado.

Sevilla, 24 de julio de 2003.- El Director General, Antonio Torres Olivera

ANEXO 1: PROGRAMA DE ACREDITACION DE CENTROS Y UNIDADES SANITARIAS

El Programa de Acreditación de Centros y de Unidades Sanitarias del Sistema Sanitario Público Andaluz (SSPA) está orientado a impulsar la mejora continua, y su punto de partida es el potencial de mejora del propio Centro y la madurez en la gestión de la calidad.

Este Programa se basa en unos patrones de referencia, que comprenden estándares definidos y elaborados a partir de elementos característicos del SSPA (Ley General de Salud, II Plan Andaluz de Salud, Plan Marco de Calidad y Eficiencia de la Consejería de Salud, Plan Estratégico del Servicio Andaluz de Salud (SAS), Contrato Programa de la Consejería de Salud con el SAS, Acuerdos de Gestión de las Unidades de Gestión Clínica, recomendaciones sobre mejores prácticas, Guía de Diseño y Mejora de Procesos Asistenciales de la Consejería de Salud, etc.).

Al ser una herramienta más, y no un fin en sí mismo, la Acreditación debe favorecer e impulsar procesos de evaluación y mejora dentro del Sistema Sanitario de Andalucía, ayudando a los profesionales a analizar los distintos procesos, servicios, centros o áreas sanitarias con el objeto de identificar aquellos elementos susceptibles de ser mejorados. El camino para la mejora continua se centra en implicar a toda la Organización en un proceso progresivo y constante, para que los centros y unidades sanitarias, evolucionen hacia formas cada vez más efectivas de conseguir sus objetivos.

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

AUTORIZACION

Para los Centros, la Autorización es el primer nivel del proceso de Acreditación. Comprende la autorización administrativa de funcionamiento. Disponer de la Autorización de funcionamiento otorgada por la autoridad sanitaria es imprescindible para conseguir cualquier nivel de acreditación.

El Servicio Andaluz de Salud autoriza el funcionamiento de las Unidades de Gestión Clínica tras superar los requisitos que establece para tal fin. Para iniciar el proceso de acreditación una Unidad de Gestión Clínica ha de encontrarse autorizada como tal por el Servicio Andaluz de Salud.

NIVELES DE ACREDITACION: AVANZADA, OPTIMA O EXCELENTE

El Modelo de Calidad del SSPA facilita, a través de los estándares, herramientas para avanzar en el camino de la mejora continua hacia la excelencia de los Centros y Unidades de Gestión Clínica, estos implementarán las medidas oportunas en sus áreas de mejora para la estabilización y control de la totalidad de estándares de los distintos grupos (I, II, III). El cumplimiento de los diferentes grupos de estándares determinará el nivel de la Acreditación obtenida (Avanzada, Optima o Excelente).

En el Grupo I existen estándares considerados Obligatorios para obtener el primer nivel de acreditación. Tienen esta consideración por estar comprendidos en el ámbito de la seguridad y/o en áreas prioritarias para el SSPA. Estos tienen que estar necesariamente cumplidos y estabilizados para alcanzar cualquier nivel de acreditación.

En el Grupo II de estándares se incluyen los elementos asociados al mayor desarrollo del Centro y de la Unidad de Gestión Clínica (Sistemas de Información, Nuevas Tecnologías y Rediseño de Espacios Organizativos).

El Grupo III abarca aquellos estándares que llevan a la Unidad de Gestión Clínica y al Centro a constituirse en un referente para el resto del Sistema.

TABLA DE ESTANDARES POR GRUPOS

Tipo Estándar	Definición	Centros		UGC	
		Nº	%	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 58% y un 46% de ellos tienen la consideración de "obligatorios" en Centros y UGC respectivamente.	66	24%	30	27%
		91	33%	35	31%
		157	57%	65	58%
Grupo II	Estándares asociados al mayor desarrollo de la Organización (Sistemas de Información, Nuevas Tecnologías y Rediseño de Espacios Organizativos).	78	28%	29	26%

Tipo Estándar	Definición	Centros		UGC	
		Nº	%	Nº	%
Grupo III	Estándares que llevan al Centro o a la Unidad de Gestión Clínica a constituirse en referente para el resto del Sistema.	41	15%	18	16%
Total		276	100%	112	100%

RESULTADOS

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

Acreditación Avanzada:

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

Acreditación Optima:

- Cumplimiento del 100% de los estándares del Grupo I y

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

Acreditación Excelente:

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

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

Pendiente de estabilización de estándares obligatorios: Situación que se mantiene hasta que los planes de mejora del Centro cumplen los estándares obligatorios del Grupo I y le permitirían optar a algún nivel de acreditación.

	Acreditación AVANZADA	Acreditación OPTIMA	Acreditación EXCELENTE
Cumplimiento de Estándares Grupo I	↑ 70% (Incluye la totalidad de los Obligatorios)	100%	100%
Cumplimiento de Estándares Grupo II		↑ 40%	100%
Cumplimiento de Estándares Grupo III			↑ 40%

La validez de la acreditación es de cinco años. Transcurridos los cuales el centro o unidad habrá de reacreditarse.

Tras obtener un nivel de acreditación Avanzado u Optimo, el Centro o la Unidad Sanitaria podrá, transcurrido un año al menos, optar de forma voluntaria a la acreditación en los niveles sucesivos.

ANEXO 2: ESTANDARES DEL PROGRAMA DE ACREDITACION DE CENTROS

I. ESTANDARES DEL GRUPO I

ES 2 01A.01_00 (Obligatorio): Se garantiza el cumplimiento de los derechos del paciente.

ES 2 01A.02_00 (Obligatorio): Los pacientes son informados de todos los aspectos relacionados con su problema de salud.

ES 2 01A.04_00 (Obligatorio): Los pacientes que participan en proyectos de investigación han dado su consentimiento informado y han sido previamente informados de los

riesgos y beneficios y de las alternativas existentes a su no participación.

ES 2 01B.01_00: Los usuarios disponen de información para ejercer sin dificultad el derecho a la libre elección y segunda opinión.

ES 2 01C.01_00: El Centro dispone de una relación de procedimientos y/o intervenciones que requieran consentimiento informado (CI) del paciente.

ES 2 01C.02_00: El paciente y/o su familia, comprenden la información suministrada.

ES 2 01D.01_00 (Obligatorio): El paciente participa en la toma de decisiones ante las posibles alternativas terapéuticas y de cuidados, garantizándole su derecho de negarse al tratamiento (con las excepciones contempladas en LGS).

ES 2 01D.02_00: Se dispone de un procedimiento para la «sustitución en la toma de decisiones» (familiar, tutor o representante legal), en condiciones de incapacidad o cuando el paciente menor de edad no sea capaz intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención.

ES 2 01D.03_00: Se aplica el procedimiento legal establecido sobre Voluntad Vital Anticipada para que el paciente manifieste su decisión.

ES 2 01E.01_00 (Obligatorio): Se facilita al usuario información sobre la cartera de servicios, procedimiento de acceso, servicios de referencia y procedimiento de elección.

ES 2 01E.02_00 (Obligatorio): Se facilita información actualizada sobre tiempos de espera en relación con la demanda de asistencia formulada por el usuario (procesos quirúrgicos, pruebas diagnósticas y consultas externas).

ES 2 01F.01_00 (Obligatorio): Se garantiza la confidencialidad de la información sanitaria del paciente.

ES 2 01F.02_00 (Obligatorio): Se respeta la intimidad de los pacientes.

ES 2 01G.01_00 (Obligatorio): Se utilizan encuestas validadas para conocer la satisfacción de los pacientes.

ES 2 01G.03_00 (Obligatorio): Los pacientes conocen los nombres de las/los médicas/os y enfermeras/os responsables de su asistencia.

ES 2 01G.04_00 (Obligatorio): Los pacientes y familiares refieren trato correcto por parte de todos los profesionales.

ES 2 01G.05_00 (Obligatorio): Los pacientes y familiares refieren que las instalaciones son confortables.

ES 2 01G.06_00 (Obligatorio): Se cumple el procedimiento establecido para la gestión de las sugerencias y reclamaciones (circuitos, plazos, informes y responsables de los mismos).

ES 2 01G.07_00 (Obligatorio): Se analizan e investigan las causas de las reclamaciones y sugerencias.

ES 2 02A.01_00 (Obligatorio): La organización tiene definida con claridad la cartera de servicios autorizada.

ES 2 02B.04_00 (Obligatorio): Está garantizado el acceso a la atención sanitaria a las personas inmigrantes.

ES 2 02B.05_00: Es conocido y utilizado por los profesionales la Carpeta de Salud del «Plan de Atención Integral a Inmigrantes de la Junta de Andalucía», para facilitar la información y continuidad de la atención.

ES 2 02C.01_00: Los profesionales implicados en un proceso utilizan los mismos procedimientos normalizados y adaptados.

ES 2 02C.03_00: Quedan establecidas entre niveles asistenciales las bases necesarias para la coordinación, seguimiento y mejora de la prestación farmacéutica.

ES 2 02C.05_00: El paciente dispone del informe de alta en el mismo momento que es dado de alta.

ES 2 02D.01_00: Están definidos y se conocen los rangos de tiempo de respuesta de los procesos asistenciales del centro.

ES 2 03A.01_00 (Obligatorio): El centro garantiza la existencia de un número de Historia de Salud único por usuario.

ES 2 03A.02_00: Se aplican procedimientos de forma periódica para el control de duplicados en el número de Historia de Salud del usuario.

ES 2 03A.09_00 (Obligatorio): Se garantiza la confidencialidad y custodia de la información clínica y personal, en todo momento.

ES 2 03B.01_00 (Obligatorio): Se garantiza el acceso/disponibilidad de la Historia de Salud durante la prestación de asistencia sanitaria.

ES 2 03B.02_00: Existe un sistema de registro de los movimientos de las historias clínicas que garantiza su localización y disponibilidad.

ES 2 03C.01_00: Se definen los «documentos fuente» válidos para la codificación conforme a criterios normalizados.

ES 2 03C.02_00 (Obligatorio): Se utilizan códigos de diagnóstico estandarizados.

ES 2 03C.04_00: La explotación y difusión del CMBDA o seguimiento de programas de salud se realizan de acuerdo a la normativa vigente.

ES 2 04A.01_00 (Obligatorio): Están identificadas y definidas las diferentes responsabilidades de actuación de la Organización sobre los procesos asistenciales.

ES 2 04A.02_00: Los procesos asistenciales incluidos en el mapa están descritos y documentados.

ES 2 04A.03_00: En la adaptación de los procesos se incorporan indicadores de calidad de la prescripción farmacéutica.

ES 2 04B.01_00 (Obligatorio): Se ha definido un plan de implantación de la gestión por procesos.

ES 2 04C.01_00: Se realizan las adaptaciones funcionales necesarias para garantizar la adecuada implantación de los procesos.

ES 2 04C.02_00: Se han puesto en marcha grupos de mejora de carácter internivel para cada uno de los procesos, que analicen la situación y propongan las alternativas posibles.

ES 2 05A.01_00: Se identifican las poblaciones de riesgo en su ámbito de cobertura.

ES 2 05A.02_00: Se planifica e interviene sobre las necesidades detectadas en materia de cuidados, prevención y promoción de salud de la población con un enfoque socio-sanitario y considerando los Planes Horizontales.

ES 2 05A.05_00: Se dispone de una guía de recursos externos de apoyo a los pacientes, cuidadores y familia.

ES 2 05A.07_00 (Obligatorio): Se facilita información sobre la oferta de la cartera de servicios de prevención y promoción de la salud.

ES 2 05B.01_00 (Obligatorio): Los profesionales realizan intervenciones de promoción y educación en su ámbito de actuación.

ES 2 05B.02_00: Los profesionales realizan las intervenciones necesarias para aumentar la adherencia al tratamiento, su manejo correcto y seguro, la educación para desarrollar el autocuidado, y las medidas de prevención de complicaciones y secuelas.

ES 2 05C.01_00 (Obligatorio): Están priorizadas las actuaciones del Plan de Apoyo a la familia que afecta a los cuidadores Primarios.

ES 2 05C.03_00 (Obligatorio): Se informa a los pacientes y cuidadores y se les facilitan las herramientas precisas para su tratamiento y autocuidado.

ES 2 05D.01_00: Los Programas de Salud del área están identificados, descritos y documentados.

ES 2 05D.02_00: Los Programas de Salud se implantan conforme a un plan establecido.

ES 2 05E.01_00 (Obligatorio): Se aplican los procedimientos y medidas para conseguir las coberturas establecidas en el Programa de Vacunas.

ES 2 05E.02_00: Se desarrollan actividades dirigidas a mejorar los hábitos de vida saludable a los jóvenes.

ES 2 05E.03_00: Se desarrollan actividades dirigidas a evitar conductas sexuales de riesgo y embarazos en Adolescentes.

ES 2 05E.04_00: Se desarrollan actividades dirigidas a evitar los accidentes de tráfico y sus consecuencias para la salud en jóvenes.

ES 2 05E.06_00 (Obligatorio): Está asegurado el cumplimiento del Programa de Atención a los Malos Tratos.

ES 2 05E.07_00: Están implantados mecanismos de Vigilancia epidemiológica, Control Alimentario y control de la fauna relacionada con zoonosis.

ES 2 06A.01_00 (Obligatorio): Existe un documento que refleja la planificación estratégica priorizando sus objetivos de acuerdo a un análisis previo sobre su actividad, expectativas de la población a la que atiende, recursos y marco presupuestario del Centro.

ES 2 06A.03_00: La Organización dispone de memoria anual de actividades.

ES 2 06C.01_00 (Obligatorio): La organización adapta su identidad corporativa a la normativa vigente de la Junta de Andalucía.

ES 2 07A.01_00: Existe una planificación del número de personas necesarias sobre la base de la actividad esperada.

ES 2 07A.03_00: Está implantado un Plan de Salud Laboral específico.

ES 2 07A.04_00 (Obligatorio): Existe y se aplica un plan de acogida de profesionales, documentado.

ES 2 07B.01_00: Existen planes de formación continuada del personal que permitan la implantación, estabilización y mejora de los procesos asistenciales.

ES 2 07D.02_00: El equipo directivo adopta la dirección participativa por objetivos como sistema de gestión directiva.

ES 2 07D.04_00: La organización cuenta con un sistema de selección de directivos y responsables basado en el modelo de competencias.

ES 2 07D.05_00: La organización evalúa de forma periódica las competencias de los directivos y responsables.

ES 2 07E.01_00: Existe un Plan de comunicación interna (PCI).

ES 2 07F.01_00: Los proyectos de investigación propiciados por la institución están en concordancia con las líneas estratégicas definidas por el SSPA.

ES 2 07F.03_00: El Centro establecerá el apoyo estructural y organizativo necesario, para permitir la actividad investigadora a los profesionales.

ES 2 08A.01_00 (Obligatorio): Existe un archivo específico con acceso restringido, autorizado y registrado conteniendo toda la documentación legal y técnica, proyectos, requerimientos de organismos en materia de seguridad estructural, registros, autorizaciones y revisiones legales.

ES 2 08A.02_00 (Obligatorio): Se realizan informes periódicos, por profesional o entidad cualificada sobre la seguridad estructural del edificio y de sus instalaciones, comunicándose sus resultados y emprendiéndose las acciones necesarias.

ES 2 08A.03_00 (Obligatorio): Se asegura que todas las empresas que intervienen en trabajos relacionados con la seguridad estructural del edificio e instalaciones, están homologadas y autorizadas en función de la complejidad requerida.

ES 2 08A.05_00 (Obligatorio): Se garantiza que las instalaciones cumplen la normativa vigente en materia de prevención de riesgos, especialmente en instalaciones con riesgo potencial para la salud de los usuarios y trabajadores y/o repercusión en el medio ambiente.

ES 2 08A.06_00 (Obligatorio): Existen procedimientos para garantizar las comunicaciones y los suministros esenciales y prioritarios en caso de emergencia.

ES 2 08A.07_00 (Obligatorio): Existe un procedimiento para identificar a los profesionales que intervienen y acceden a zonas con instalaciones estratégicas. Están restringidas y señalizadas estas zonas.

ES 2 08A.08_00 (Obligatorio): Cuando se realizan obras o reformas, se siguen los procedimientos legales incluyendo una dirección facultativa autorizada, legalización de acuerdo con la reglamentación vigente y autorización por el órgano territorial competente.

ES 2 08A.09_00 (Obligatorio): Para las obras realizadas se valoran las diferentes alternativas que garantizan la seguridad de los usuarios (compartimentación contra-incendios, señalización, vigilancia de excavaciones, almacenamiento y eliminación de materiales de construcción, contaminación ambiental, salidas de emergencias, etc...).

ES 2 08A.10_00 (Obligatorio): Existen procedimientos para informar a usuarios y profesionales sobre el alcance y duración de las obras.

ES 2 08A.11_00 (Obligatorio): Se dispone de medios humanos y técnicos suficientes (propios / externos) para realizar el mantenimiento de acuerdo con la programación preventiva realizada.

ES 2 08A.12_00 (Obligatorio): Cuando se realizan reparaciones por empresa externa a la organización, se exige que dispongan de medios técnicos y humanos apropiados, que figuren inscritas en el registro del órgano territorial competente y que dispongan de póliza de responsabilidad civil suficiente.

ES 2 08A.14_00 (Obligatorio): Se dispone y aplica de un plan de control del agua potable utilizada en el Centro, donde se recoge de forma programada y documentada el man-

tenimiento de las instalaciones relacionadas, el tratamiento del agua y los análisis realizados.

ES 2 08A.15_00 (Obligatorio): Para los productos químicos cuya utilización suponga riesgos para las personas, existen y se aplican procedimientos que exigen la verificación del uso, junto con la documentación de las exigencias legales, las fichas técnicas y de seguridad, el registro sanitario, la cualificación de los aplicadores y la autorización del Servicio de Medicina Preventiva y órganos de prevención.

ES 2 08A.16_00 (Obligatorio): Existen procedimientos específicos de actuación que aseguran la calidad del aire en las distintas dependencias del Centro.

ES 2 08A.19_00 (Obligatorio): Existe un inventario actualizado de material de repuesto y reparación suficiente para garantizar la operatividad de las instalaciones críticas de forma inmediata y las instalaciones no críticas en un plazo lógico.

ES 2 08A.21_00 (Obligatorio): El centro garantiza que los pacientes reciban una alimentación adecuada a su orden cultural y/o religioso y a sus costumbres.

ES 2 08A.22_00 (Obligatorio): El centro interviene sobre las condiciones que afectan a los Ciudadanos durante el acceso a sus servicios, como iluminación, acerado, cubiertas de las entradas, señalización, decoración y aparcamientos.

ES 2 08A.23_00 (Obligatorio): El centro actúa sobre la eficacia de los circuitos de información asociados al acceso del ciudadano a sus servicios, como los documentos utilizados, la señalización y la comunicación telefónica.

ES 2 08A.24_00 (Obligatorio): Existen zonas de estacionamiento para vehículos especiales, minusválidos, ambulancias, etc.

ES 2 08A.26_00 (Obligatorio): Se disponen de medios físicos para separar pacientes encamados, realizar la exploración o el aseo, preservando la intimidad y la sensibilidad de pacientes y familiares.

ES 2 08A.27_00 (Obligatorio): En el Centro existen espacios con condiciones adecuadas para informar a los usuarios y pacientes atendidos.

ES 2 08A.28_00 (Obligatorio): El centro gestiona las condiciones de confort que afectan a los Ciudadanos, analizando su situación, emprendiendo actuaciones y corrigiendo si es necesario, los resultados obtenidos.

ES 2 08A.29_00 (Obligatorio): Se dispone en todo momento de artículos de higiene personal y lencería adecuados a la edad del paciente, al nivel de desarrollo y al estado clínico.

ES 2 08A.30_00 (Obligatorio): Existe mobiliario para usuarios y acompañantes adecuados a la actividad, el descanso y la espera (sillas, sillones, bancadas, etc...), cuidando ergonomía y facilitando movimientos.

ES 2 08A.31_00 (Obligatorio): La iluminación ofrecida a usuarios, pacientes y profesionales es adecuada, confortable y de intensidad suficiente.

ES 2 08A.32_00: Se aplican procedimientos para evitar que el nivel de ruidos interfiera en el confort.

ES 2 08A.33_00: La pintura y revestimiento están en buen uso; existen procedimientos para su renovación y adecuación de forma programada.

ES 2 08A.34_00: Se garantiza, en todos los espacios asistenciales y no asistenciales, un entorno libre de Humos.

ES 2 08B.01_00 (Obligatorio): Se dispone de un catálogo de proveedores, donde se recoge la información comercial necesaria, plazos, condiciones y en su caso valoración.

ES 2 08B.02_00 (Obligatorio): Existe un catálogo de bienes a adquirir donde se relacionan sus descripciones, precios y características técnicas.

ES 2 08B.04_00 (Obligatorio): Existe una planificación económica en el tiempo de la renovación de los bienes, instalaciones y equipamiento de acuerdo a las necesidades globales, a la durabilidad de éstos y a la viabilidad económica, siendo esta planificación determinante para las decisiones de compra.

ES 2 08B.09_00 (Obligatorio): Se gestionan las adquisiciones y los servicios contratados, realizando el control de las facturaciones emitidas por los proveedores, de acuerdo a los controles realizados, a las incidencias detectadas, a los contratos suscritos y a los resultados obtenidos.

ES 2 08B.11_00: Existen procedimientos que garantizan una adecuada gestión de pagos por prestación de servicios y adquisiciones.

ES 2 08B.14_00: Los expedientes de contratación de material fungible del Centro incluyen los códigos, denominación y unidades de medida acordes con el catálogo de material fungible del Servicio Andaluz de Salud.

ES 2 08C.01_00 (Obligatorio): La adquisición del equipamiento está basada en necesidades reales, ajustándose a demandas derivadas de requerimientos objetivos establecidos institucionalmente.

ES 2 08C.02_00 (Obligatorio): Los usuarios de los equipos médicos, reciben la formación y la información necesaria para su utilización y conservación.

ES 2 08C.03_00 (Obligatorio): En las diferentes áreas se han asignado las funciones de supervisión del inventario del equipamiento médico y de coordinación para el circuito interno que recoge la actuación en caso de avería o incidencia durante el funcionamiento o el mantenimiento.

ES 2 08C.04_00: Los usuarios del equipamiento de médico conocen el Plan de Revisiones fijado por el fabricante o el servicio de mantenimiento y su grado de cumplimiento.

ES 2 08C.05_00 (Obligatorio): Existe un responsable para coordinar, mantener y asegurar el funcionamiento del equipamiento electromédico.

ES 2 08C.06_00 (Obligatorio): Se dispone de procedimientos para informar sobre accidentes, incidentes y riesgos asociados al uso del equipamiento.

ES 2 08C.07_00 (Obligatorio): Se garantizan los procedimientos para realizar el mantenimiento de los equipos electromédicos, de acuerdo con las recomendaciones de los fabricantes y la normativa legal, existiendo un registro documental actualizado.

ES 2 08C.08_00: Se planifican las actuaciones de mantenimiento preventivo, informando de las mismas a los usuarios de equipos para evitar la desprogramación de la actividad.

ES 2 08C.10_00 (Obligatorio): Se establecen procedimientos que garanticen la calibración de los instrumentos de medidas empleados en las operaciones de mantenimiento. Cumplen las recomendaciones de los fabricantes y la normativa legal que les son de aplicación.

ES 2 08D.01_00 (Obligatorio): Se ha realizado un inventario ambiental donde se describen las interacciones ecológicas claves en el tiempo y se identifican y valoran los impactos ambientales asociados a la actividad, las propuestas de medidas correctoras y las acciones a realizar para mantener un programa de vigilancia ambiental.

ES 2 08D.04_00: Existen procedimientos específicos de control de producción y almacenamiento de residuos asimilables a urbanos.

ES 2 08D.05_00 (Obligatorio): Existen procedimientos específicos de control de producción y almacenamiento de residuos peligrosos sanitarios, citostáticos, químicos, radiactivos e industriales.

ES 2 08D.06_00 (Obligatorio): Existen procedimientos específicos de control de vertidos producidos por escapes accidentales de combustibles, derrames de productos químicos y control de aguas residuales.

ES 2 08D.07_00 (Obligatorio): Existen procedimientos específicos de control de emisiones contaminantes, producidas por gases procedentes de combustión, esterilización y refrigerantes.

ES 2 08E.01_00 (Obligatorio): Se ha elaborado un manual de autoprotección de acuerdo a la normativa vigente y ha sido entregado al Servicio de Bomberos - Protección Civil, siendo actualizado de forma periódica.

ES 2 08E.02_00 (Obligatorio): El programa de actuación ante catástrofes internas y externas está coordinado con los Servicios de Bomberos - Protección Civil, con el Municipio y el Servicio de Emergencias Sanitarias.

ES 2 08E.03_00 (Obligatorio): Se mantiene un programa de formación ante catástrofes internas y externas, de acuerdo al manual de autoprotección y orientado a los profesionales, donde queden recogidas las responsabilidades y actuaciones a seguir.

ES 2 08E.04_00 (Obligatorio): Se tiene establecido un sistema de información a pacientes y usuarios, donde estén reflejadas las actuaciones a seguir en caso de catástrofes internas y externas.

ES 2 08E.09_00 (Obligatorio): La organización analiza la adecuación de sus instalaciones contra incendios y emergencias a las normas establecidas, y como consecuencia realiza su mantenimiento, emprende planes de mejora y/o incorpora en su manual de autoprotección elementos que permitan contribuir a elevar los niveles de seguridad.

ES 2 08F.02_00: Se tienen identificados los procesos no asistenciales clave de la organización.

ES 2 09A.01_00 (Obligatorio): Se define y desarrolla una gestión de los sistemas y tecnologías digitales de la información y comunicación (STIC) integrada y alineada con la Estrategia Digital del SSPA.

ES 2 09B.01_00 (Obligatorio): Se utilizan sistemas y tecnologías digitales de la información y comunicación, que cubren al menos los procesos más importantes de la organización, dando fundamentalmente respuesta a los asistenciales, departamentales y de soporte (económico-financieros y los de gestión de recursos humanos).

ES 2 09B.04_00: Existe implicación de los equipos directivos en la planificación operativa, desarrollo y actualización de los sistemas y tecnologías digitales de la información y comunicación.

ES 2 09B.06_00 (Obligatorio): Se aplican procedimientos para garantizar la validez de los datos incluidos en los sistemas de gestión de la información.

ES 2 09B.08_00: Se ha realizado o está programada la realización de la Auditoría de cumplimiento de la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD).

ES 2 09B.09_00: El desarrollo de los Sistemas de Información se realiza de acuerdo con los Estándares establecidos en el SSPA.

ES 2 09C.01_00 (Obligatorio): Se garantizará la transmisión de datos e información a las organizaciones, utilizando los protocolos de comunicación definidos y con los criterios de seguridad que establezca la normativa vigente al respecto.

ES 2 09D.01_00: Se dispone de sistemas de soporte a la decisión, tecnologías y comunicaciones que permiten el acceso y tratamiento adecuado de la información.

ES 2 09D.02_00: Todas las estructuras de datos están documentadas.

ES 2 09D.03_00: Se establece una indexación adecuada de la información almacenada.

ES 2 09E.01_00 (Obligatorio): Se garantiza al ciudadano la adherencia absoluta a la ley en vigor sobre protección de datos Personales.

ES 2 09E.02_00: Se garantiza a los proveedores la adherencia al 100% a la ley en vigor sobre protección de datos personales.

ES 2 09E.03_00: Se garantiza a los profesionales la adherencia al 100% a la ley en vigor sobre protección de datos personales.

ES 2 09E.04_00 (Obligatorio): Se tiene definido y se aplica un documento de seguridad, donde quedan reflejados todos los perfiles de acceso y procedimientos aplicados para la protección de la información del centro.

ES 2 09E.05_00: Los sistemas de información permiten el acceso identificado y trazabilidad, según normativa vigente.

ES 2 09E.06_00 (Obligatorio): Existen procedimientos para la generación de copias periódicas de respaldo de toda la información relevante del centro.

ES 2 09E.07_00 (Obligatorio): Las organizaciones con sistemas informáticos que gestionen información crítica para las actividades a desarrollar disponen de sistemas de alta disponibilidad (replicación de información o duplicidad de soportes).

ES 2 09E.08_00: Se ha establecido los procedimientos de Notificación y Gestión de Incidencias para Datos Personales de acuerdo con la LOPD.

ES 2 09E.09_00: Se ha establecido los procedimientos de Control de Entradas y Salidas de Soportes para Datos Personales de acuerdo con la LOPD.

ES 2 09E.10_00: Se ha establecido los procedimientos de un Plan de Contingencias de los Sistemas de Información de acuerdo con la LOPD.

ES 2 10A.01_00 (Obligatorio): Se evalúa periódicamente los resultados obtenidos y fijados en el Contrato Programa y demás objetivos.

ES 2 10B.01_00: La cultura de la calidad está extendida entre los profesionales.

ES 2 10B.03_00: Se protocolizan aquellas actividades que el Centro considere necesarias.

ES 2 10C.05_00 (Obligatorio): El Centro tiene establecido un procedimiento seguro de identificación de los pacientes para aplicarlo antes de la realización de procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos de riesgo potencial, o antes de la administración de medicamentos y hemoderivados.

ES 2 10C.06_00 (Obligatorio): El Centro lleva a cabo las acciones específicas para evitar los acontecimientos potencialmente adversos.

ES 2 10C.07_00 (Obligatorio): El Centro registra y analiza los incidentes relacionados con acontecimientos adversos reales o potenciales y pone en marcha las acciones oportunas para prevenir su nueva aparición.

ES 2 10C.08_00 (Obligatorio): El Centro proporciona información a pacientes y familiares sobre riesgos potenciales, uso seguro de dispositivos médicos, y control de la infección.

ES 2 10C.09_00 (Obligatorio): Está establecido y se cumple un procedimiento de control de la caducidad y condiciones de los productos sanitarios utilizados.

ES 2 10D.01_00: Se han establecido y son conocidos, por los profesionales y ciudadanos, los métodos de recogida de sugerencias, ideas, «Pequeñas cosas» y opiniones que impulsan las mejoras.

ES 2 10D.03_00: Se especifican y se comunican las mejoras conseguidas.

ES 2 11A.01_00: Están implantados los procesos correspondientes para cada anualidad, según Contrato Programa y Acuerdo Internivel.

ES 2 11A.02_00: Se mejoran los procesos implantados.

ES 2 11A.04_00 (Obligatorio): Se dispone de un sistema de monitorización de los resultados asistenciales.

ES 2 11A.05_00: Los indicadores asistenciales establecidos por la Organización en el Contrato Programa se cumplen y mantienen.

ES 2 11A.08_00: Se toman medidas correctoras en caso de indicadores con datos deficientes e inapropiados.

ES 2 11B.01_00: Se dispone de un sistema de control de gestión de la actividad asistencial que permite conocer el coste directo por Centros de Responsabilidad o Unidades de Gestión Clínica.

ES 2 11B.04_00 (Obligatorio): Se realiza un seguimiento periódico del grado de cumplimiento del presupuesto aprobado para el Centro.

ES 2 11B.06_00: Existe un procedimiento de facturación y cobro a terceros que garantiza que todos los servicios prestados en los que existen terceros obligados al pago son facturados y que se realizan las gestiones oportunas para asegurar su cobro.

ES 2 11B.07_00: La organización dispone y aplica un procedimiento que garantiza que los diferentes agentes implicados en la elaboración del presupuesto pueden incorporar las tareas que les corresponden dentro de su planificación habitual de actividades.

ESTANDARES DEL GRUPO II

ES 2 01A.03_00: Se facilita la carta de derechos y deberes en un idioma conocido por el paciente.

ES 2 01B.02_00: Se evalúa periódicamente el proceso de libre elección, especialmente las resoluciones denegatorias y las causas de las mismas.

ES 2 01C.03_00: Se realizan evaluaciones periódicas sobre el contenido del Consentimiento Informado, su grado de cumplimiento y archivo en la Historia de Salud.

ES 2 01E.03: El Centro publica, periódicamente, información actualizada sobre actividad asistencial que facilite la toma de decisiones del ciudadano.

ES 2 01E.04_00: El Centro publica, periódicamente, información de los resultados obtenidos sobre la opinión de los ciudadanos en cuanto a la atención recibida mediante Cuestionario de Valoración de la Atención Hospitalaria, encuestas, grupos focales, etc.

ES 2 01G.02_00: Se adoptan medidas y acciones de mejora basadas en los hallazgos obtenidos en la evaluación del grado de satisfacción de sus usuarios.

ES 2 02B.01_00: Se aplica y mejora un plan de acogida para recibir a los usuarios que facilite el conocimiento y el acercamiento a la organización.

ES 2 02B.02_00: Se implantan los cambios organizativos necesarios que posibiliten la accesibilidad del usuario en horario de mañana y tarde.

ES 2 02B.03_00: Se realiza la gestión de las primeras citas en Atención Especializada mediante procedimiento on-line desde Atención Primaria.

ES 2 02B.06_00: Están implantados los procedimientos que garantizan la comunicación efectiva entre los profesionales de diferente nivel asistencial, y facilitan así la resolución de los procesos asistenciales.

ES 2 02C.02_00: Se implantan acciones coordinadas entre distintos niveles asistenciales dirigidas a ubicar más eficientemente los recursos disponibles.

ES 2 02C.04_00: Se asegura la continuidad del flujo del proceso, sin vacíos asistenciales, controlando las posibles interfases entre distintos profesionales, servicios o instituciones.

ES 2 02C.07_00: Se implantan acciones dirigidas a incrementar la resolución en Consultas por Acto Unico.

ES 2 02D.02_00: Se evalúan y mejoran los tiempos de respuesta de los procesos.

ES 2 03A.03_00: Se utiliza el Número de Usuario de Seguridad Social (NUSS)/Número de Usuario de la Sanidad Andaluza (NUSA) como identificador de paciente en el centro y en el SSPA.

ES 2 03A.04_00: Se utilizan los datos de la BDU para la identificación de los documentos de la Historia de Salud.

ES 2 03A.05_00: La estructura de la Historia de Salud es uniforme en todo el centro y su contenido se ajusta a la normativa vigente.

ES 2 03A.06_00: Se aplica una normativa de uso de la Historia de Salud que define:

- Catálogo de documentos normalizados,
- Criterios de ordenación de la Historia,
- Normas de Cumplimentación.
- Contenido.

ES 2 03A.08_00: La Historia de Salud contiene la información necesaria para apoyar y justificar las actuaciones realizadas al paciente, facilitando la continuidad de la asistencia.

ES 2 03B.03_00: Se aplica un procedimiento para regular el acceso y gestión de la Historia de Salud.

ES 2 03C.03_00: Existen circuitos de validación interna de la codificación.

ES 2 05A.03_00: Se prioriza el despliegue de actividades e intervenciones sobre las poblaciones de riesgo.

ES 2 05A.06_00: Se realizan de manera periódica actividades de apoyo y colaboración con los grupos de Autoayuda.

ES 2 05C.02_00: Los procesos de atención a pacientes terminales e incapacitados incorporan los procedimientos a seguir para que los cuidadores primarios mejoren la capacidad de afrontamiento en el entorno familiar.

ES 2 05E.05_00: Se facilita la consulta y consejo asistido al personal para el abandono del hábito tabáquico.

ES 2 06A.02_00: El Plan Estratégico es un documento divulgado y conocido.

ES 2 06C.02_00: La organización cuenta con un plan de comunicación externa.

ES 2 07A.02_00: Están definidos los mapas de competencias (conocimientos, habilidades y actitudes) adecuados a los distintos puestos de trabajo.

ES 2 07B.02_00: La organización realiza periódicamente la evaluación de las competencias de los profesionales para identificar sus necesidades de desarrollo.

ES 2 07B.03_00: La organización tiene establecido el Plan de Desarrollo Individual de los profesionales con carácter máximo trianual.

ES 2 07C.01_00: Se ha implantado una política de motivación e incentivar para los profesionales.

ES 2 07D.01_00: El equipo directivo, y cada responsable con respecto a su equipo de colaboradores, participan en la definición del plan de desarrollo de los miembros de su equipo, se implica en el mismo y marca las prioridades y directrices a seguir.

ES 2 07D.03_00: La definición de objetivos individuales y colectivos se realiza con la participación activa de los profesionales implicados.

ES 2 07D.06_00: La organización planifica el Plan de Desarrollo de cada directivo responsable que contemple la mejora o nuevas competencias necesarias según resultados de la evaluación.

ES 2 07D.07_00: Está implantado en la Organización el «Plan Optima».

ES 2 07E.02_00: El plan de comunicación interna está implantado y es conocido por los profesionales.

ES 2 08A.04_00: Existe una planificación actualizada para adecuar las estructuras e instalaciones a la legalidad vigente y al progreso tecnológico.

ES 2 08A.13_00: Existe un procedimiento para la elaboración, difusión y ejecución de partes de trabajo de Mantenimiento.

ES 2 08A.17_00: Se dispone de un procedimiento orientado a las unidades y profesionales del centro, para la identificación y registro de las incidencias ocurridas en los servicios no asistenciales.

ES 2 08A.18_00: Se establecen y realizan controles sobre los servicios no asistenciales y sus resultados son incorporados a la gestión de éstos, junto con las incidencias recogidas de los usuarios.

ES 2 08B.03_00: La adquisición de nuevos bienes o la contratación de nuevos servicios es consecuencia de la valoración de los beneficios obtenidos para la organización, desde un punto de vista global.

ES 2 08B.06_00: El centro incorpora a las prescripciones de adquisición del equipamiento criterios de seguridad, mantenibilidad y durabilidad, como la información de usuario, la formación de los profesionales y las condiciones de conservación.

ES 2 08B.07_00: Las prescripciones de contratación de servicios, consideran condiciones económicas variables en fun-

ción del desempeño obtenido, valorado directamente o fruto de los controles realizados.

ES 2 08B.08_00: Se realizan controles periódicos de calidad sobre las adquisiciones y los servicios Contratados.

ES 2 08B.10_00: El centro evalúa los resultados obtenidos en las contrataciones realizadas, repercutiendo éstos, en la valoración de los proveedores y en la definición de prescripciones para nuevas contrataciones.

ES 2 08B.12_00: El Centro dispone de pactos de consumo con las unidades y servicios en relación con las actividades pactadas tanto asistenciales como docentes, de investigación, de gestión económica y de servicios generales, o bien de presupuestos individualizados por unidades que recogen los consumos máximos para una actividad establecida.

ES 2 08B.13_00: El Centro dispone de un inventario permanente de existencias en tiempo real en sus almacenes centrales y de inventario permanente basado en pactos específicos de existencias en los almacenes periféricos situados en unidades y servicios.

ES 2 08B.15_00: Se realizan comparaciones de precios y condiciones con los obtenidos por otros Centros con un nivel asistencial similar.

ES 2 08B.16_00: El Centro aplica el proceso de compras establecido por el Sistema Sanitario Público Andaluz.

ES 2 08C.09_00: Se establecen mecanismos de control de calidad en reparaciones realizadas por los fabricantes o servicios técnicos y se dispone de sistemas estadísticos que relacionen la fiabilidad de los equipos y costes asociados.

ES 2 08D.03_00: Se mantiene un programa de sensibilización y formación a usuarios y trabajadores y se facilita la colaboración de éstos para preservar el medio ambiente.

ES 2 08D.08_00: Se mantiene un programa de optimización energética, donde se contempla la adecuación de recursos alternativos y la sustitución de equipos poco eficientes o contaminantes por sistemas más eficientes.

ES 2 08D.09_00: Se dispone de procedimientos tendentes a controlar los insumos empleados para el normal funcionamiento del Centro. Existe una relación de estos insumos y se realizan comparativos sobre históricos y estándares para su minimización y optimización.

ES 2 08E.07_00: Se realizan simulacros parciales sobre emergencias, quedando registro de las incidencias.

ES 2 08F.01_00: Están identificados los procesos no asistenciales de la organización.

ES 2 08F.03_00: El paciente/usuario participa y se tienen en cuenta sus necesidades y expectativas a la hora de definir los procesos y elaborar los protocolos de actuación.

ES 2 09A.02_00: Los requisitos y necesidades de información de los profesionales, usuarios y organismos correspondientes se contemplan en el proceso de planificación.

ES 2 09A.03_00: Todas las áreas de la organización están implicadas en el desarrollo, implantación y seguimiento de los sistemas y tecnologías de la información y comunicación (STIC).

ES 2 09B.03_00: Los sistemas y tecnologías de la información y comunicaciones (STIC), dan respuesta a los requisitos y necesidades de información de los profesionales, usuarios y organismos que correspondan.

ES 2 09B.04_00: Los profesionales, usuarios y organismos que correspondan reciben datos e información en el momento adecuado y en un formato que facilita su uso y comprensión.

ES 2 09B.05_00: Compara su actuación utilizando fuentes de conocimiento externas (Internet, Intranet, bases de datos...).

ES 2 09B.07_00: Existe correcta gestión de las disfunciones de los sistemas y tecnologías de la información y las comunicaciones (Previsión, detección, evaluación y control).

ES 2 09C.02_00: Los ciudadanos y profesionales tienen acceso multiplataforma y multicanal a la información, favo-

reciendo el concepto accesibilidad permanente a la información necesaria para el ejercicio de sus derechos y obligaciones.

ES 2 09C.03_00: La organización facilita el acceso a fuentes de conocimiento externas.

ES 2 10B.04_00: Se aplican los mecanismos de control que permiten la evaluación y mejora continua de las intervenciones y su adecuación a las normas y procedimientos establecidos.

ES 2 10B.05_00: Los procesos y sus indicadores de calidad actualizados, están disponibles permanentemente, y son conocidos por los profesionales implicados.

ES 2 10B.06_00: Los manuales de protocolos y procedimientos están disponibles y son conocidos por todos los profesionales.

ES 2 10B.07_00: Las responsabilidades, en cuanto a la monitorización de indicadores y la evaluación de criterios de calidad para la confección del cuadro de mando, están claramente definidas.

ES 2 10B.08_00: Se propicia la detección de actuaciones eficientes para introducir las en ciclos de mejora.

ES 2 10C.01_00: La evaluación de las acciones propuestas en el Contrato Programa se basan en un sistema de monitorización.

ES 2 10C.04_00: La organización incorpora las recomendaciones cursadas por grupos de expertos reconocidos por la Consejería de Salud, como respuesta para la eliminación de «prácticas no recomendables» en la prestación de la asistencia.

ES 2 10D.02_00: Se establecen las estrategias para la implantación de las mejoras.

ES 2 11A.03_00: Los objetivos propuestos en las normas básicas de calidad de los procesos implantados se cumplen y mantienen.

ES 2 11A.06_00: El sistema de monitorización incorpora, además de los contemplados en el Contrato Programa, otros indicadores de resultados en el ámbito de las diferentes dimensiones de la calidad asistencial.

ES 2 11A.09_00: El Centro aplica medidas correctoras y constata que éstas modifican positivamente la tendencia del indicador.

ES 2 11B.02_00: El sistema de control de gestión abarca aspectos relacionados con la medición de la actividad asistencial en términos de coste por proceso.

ES 2 11B.05_00: Se analizan las desviaciones presupuestarias y se implantan medidas correctoras para garantizar el cumplimiento del presupuesto económico.

II. ESTANDARES DEL GRUPO III

ES 2 01D.04_00: Se evalúa el grado de conocimiento del paciente, y cumplimiento del Centro, sobre el procedimiento legal establecido de Voluntad Vital Anticipada.

ES 2 01D.05_00: Se realizan grupos para la mejora de la organización de la atención, con la participación de los usuarios.

ES 2 01E.05_00: Se hacen públicos indicadores de resultados (de los procesos asistenciales, y otros) de los equipos de profesionales.

ES 2 01G.08_00: Las sugerencias y reclamaciones realizadas por otros medios (verbales, Web, buzón de sugerencias, grupos de mejora, ...) son gestionados conforme al procedimiento habitual establecido.

ES 2 01G.09_00: Las mejoras a las sugerencias y reclamaciones, son incorporadas en un plazo definido y/o adecuado.

ES 2 01G.10_00: Se evalúa el grado de mejora sobre la base de las sugerencias y reclamaciones formuladas.

ES 2 01G.11_00: Las sugerencias y reclamaciones pueden recogerse e incorporarse en cualquier momento y desde cualquier punto de la organización.

ES 2 02C.06_00: Se realizan sesiones clínicas interniveles.

ES 2 02D.03_00: Se cumplen los tiempos de respuesta de los procesos.

ES 2 03A.07_00: Se evalúa periódicamente la uniformidad de la historia de salud en todo el centro y el ajuste de su contenido a la normativa vigente y de uso (Catálogo de documentos normalizados, Criterios de ordenación de la historia, Normas de cumplimentación y Contenido).

ES 2 03B.04_00: Existe un único archivo de Historias Clínicas.

ES 2 03C.05_00: Se realizan explotaciones y difusiones del CMBDA o seguimiento de programas de salud en términos de eficiencia y calidad.

ES 2 04B.02_00: Existen circuitos formales de cooperación entre los responsables de procesos relacionados y entre responsables del mismo proceso en diferentes áreas sanitarias.

ES 2 04C.03_00: Las alternativas propuestas por los grupos de mejora de carácter internivel, están basadas en un pilotaje previo, con el objetivo de evaluar su efectividad.

ES 2 04C.04_00: Se evalúa y mejora la gestión de procesos asistenciales a lo largo del tiempo.

ES 2 05A.04_00: El despliegue de los programas de promoción de la salud garantiza la continuidad de la atención sanitaria.

ES 2 05D.03_00: Existen circuitos formales de cooperación entre los responsables de Programas relacionados y entre responsables del mismo Programa en otras Areas Sanitarias.

ES 2 06B.01_00: El equipo directivo mide y evalúa el grado de implantación del Plan Estratégico modificando su desarrollo mediante las acciones correctoras que se precisen.

ES 2 07B.04_00: La organización potencia el autoaprendizaje y autodesarrollo mediante la implantación de acciones formativas específicas.

ES 2 07B.05_00: Las actividades de formación continuada realizadas por los profesionales están acreditadas, al menos el 60% de ellas.

ES 2 07B.06_00: Al menos el 60% de los profesionales sanitarios están acreditados por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.

ES 2 07C.02_00: La organización ha establecido los sistemas de valoración de méritos y reconocimiento tanto a escala individual como colectiva.

ES 2 07E.03_00: Se analiza la eficacia e impacto del Plan de Comunicación Interna.

ES 2 07F.02_00: Se realizan proyectos de investigación interniveles.

ES 2 07G.01_00: Los profesionales consultan y tienen en cuenta las recomendaciones del Comité de Ética del Centro.

ES 2 08A.20_00: Se programan cursos de actualización para todos los profesionales de mantenimiento en función de su nivel técnico y especialidad y ajustadas al nivel tecnológico de las instalaciones y equipamientos existentes.

ES 2 08A.25_00: Se proponen medidas que faciliten el transporte público al centro sanitario para usuarios y trabajadores.

ES 2 08B.05_00: Tras la incorporación de una nueva adquisición o servicio se evalúa los resultados obtenidos en base a la valoración inicial.

ES 2 08D.02_00: Está implantado un sistema de gestión medioambiental que establezca los procesos, los procedimientos, los recursos, los objetivos y las responsabilidades necesarias para desarrollar la política ambiental definida por el centro.

ES 2 08E.05_00: Se evalúa periódicamente el nivel de conocimiento de los profesionales sobre el plan de actuación ante catástrofes internas y externas, adecuando las acciones formativas e informativas de acuerdo a los resultados.

ES 2 08E.06_00: Se evalúa periódicamente la efectividad del sistema de información a pacientes y usuarios en caso de catástrofes internas y externas, adecuando las acciones informativas de acuerdo a los resultados.

ES 2 08E.08_00: Se realizan simulacros totales sobre emergencias, quedando registro de las incidencias.

ES 2 08F.04_00: Quedan designados los responsables de los procesos no asistenciales y se ha definido expresamente su nivel de decisión sobre los mismos.

ES 2 08F.05_00: Se evalúa y mejora la gestión de procesos no asistenciales a lo largo del tiempo.

ES 2 08F.06_00: Se efectúan cambios/adaptaciones estructurales y organizativas cuando se precisan para la mejora del proceso no asistencial.

ES 2 09B.02_00: Existe un sistema de información integrado que garantiza la existencia del dato único desde el punto de vista de la accesibilidad o la no redundancia.

ES 2 10B.02_00: La formación en temas de calidad llega a todos los profesionales.

ES 2 10C.02_00: Se comparan los resultados obtenidos con los estándares marcados y con la situación previa.

ES 2 10C.03_00: Se comparan de forma periódica los resultados obtenidos con organizaciones de similar complejidad y con bases de datos de referencia.

ES 2 10D.04_00: Se actualizan los procedimientos basándose en los cambios que se deriven de las acciones de mejora.

ES 2 10D.05_00: Se realizan reevaluaciones para comprobar la efectividad de los cambios introducidos.

ES 2 11A.07_00: Los resultados se comparan con los de otras organizaciones o procesos y con los que se consideran mejores del sector.

ES 2 11B.03_00: Se realizan comparaciones de los costes de la actividad asistencial, con los obtenidos por centros o servicios con un nivel asistencial similar y de acreditación óptima o excelente.

ANEXO 3: ESTANDARES DEL PROGRAMA DE ACREDITACION DE UNIDADES DE GESTION CLINICA

I. ESTANDARES DEL GRUPO I

ES 5 01.01_00 (Obligatorio): La Unidad de Gestión Clínica cumple con el contenido de la Carta de Derechos y Deberes.

ES 5 01.02_00 (Obligatorio): Los pacientes son informados de todos los aspectos relacionados con su problema de salud.

ES 5 01.03_00 (Obligatorio): Se respeta la intimidad de los pacientes.

ES 5 01.04_00 (Obligatorio): Se dispone de un procedimiento para la «sustitución en la toma de decisiones» (familiar, tutor o representante legal), en condiciones de incapacidad o cuando el paciente menor de edad no sea capaz intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención.

ES 5 01.05_00 (Obligatorio): Se aplica el procedimiento legal establecido para que el paciente manifieste su decisión de Voluntad Vital Anticipada.

ES 5 01.06_00 (Obligatorio): Los profesionales de la Unidad de Gestión Clínica conocen y aplican los contenidos recogidos en el Libro de Estilo del Servicio Andaluz de Salud.

ES 5 01.11_00 (Obligatorio): Los pacientes que participan en proyectos de investigación han dado su consentimiento informado y han sido previamente informados de los riesgos y beneficios y de las alternativas existentes a su no participación.

ES 5 01.12_00 (Obligatorio): La Unidad de Gestión Clínica ha determinado el mecanismo de asignación de la/el médica/o y enfermera/o responsable de cada paciente, y los pacientes conocen los nombres de las/los médicas/os y enfermeras/os responsables de su asistencia.

ES 5 01.13_00 (Obligatorio): La Unidad de Gestión Clínica facilita y promueve la utilización, por el paciente, del Cuestionario del Centro sobre Valoración de la Atención Hos-

pitalaria y se incorporan mejoras a partir de los contenidos de los Cuestionarios.

ES 5 01.15_00: Los pacientes y familiares refieren un trato correcto por parte de todos los profesionales de la Unidad de Gestión Clínica.

ES 5 01.16_00 (Obligatorio): La Unidad de Gestión Clínica dispone de una relación de aquellos procedimientos que requieren el Consentimiento Informado del paciente, almacenando una copia firmada por el paciente en la Historia de Salud o sistema de registro similar y evalúa periódicamente al menos una vez al año, el grado de cumplimiento de este derecho.

ES 5 02.01_00 (Obligatorio): La Unidad de Gestión Clínica tiene definida con claridad la cartera de servicios autorizada.

ES 5 02.02_00: Están implantados los procedimientos que garantizan la comunicación efectiva entre los profesionales de diferente nivel asistencial, y facilitan así la resolución de los procesos asistenciales.

ES 5 02.03_00: Los profesionales implicados en un determinado proceso asistencial utilizan los mismos procedimientos normalizados y adaptados.

ES 5 02.07_00 (Obligatorio): Quedan establecidas entre niveles asistenciales y las distintas unidades y servicios del Centro, las bases necesarias para la coordinación, el seguimiento y la mejora de la prestación farmacéutica.

ES 5 02.13_00: La Unidad de Gestión Clínica en Atención Primaria dispone de sistemas de detección y corrección precoz de demoras en la asistencia.

ES 5 03.01_00 (Obligatorio): La Unidad de Gestión Clínica, junto con el Centro, garantizan la existencia de un número de Historia de Salud único por usuario.

ES 5 03.02_00 (Obligatorio): La Historia de Salud mantiene la misma estructura que la del Centro, y su contenido se ajusta a la normativa vigente.

ES 5 03.06_00 (Obligatorio): La Unidad de Gestión Clínica garantizará la confidencialidad y custodia de la información clínica y personal permanentemente.

ES 5 04.01_00 (Obligatorio): Están identificadas y definidas las diferentes responsabilidades de actuación de la Unidad de Gestión Clínica sobre los procesos asistenciales.

ES 5 04.02_00: Los procesos asistenciales incluidos en el mapa recogido en el Acuerdo de Gestión están descritos y documentados.

ES 5 04.03_00: En la adaptación de los procesos se incorporan indicadores de calidad de la prescripción Farmacéutica.

ES 5 04.04_00: La Unidad de Gestión Clínica cumple con el plan del centro para la implantación de los procesos.

ES 5 05.01_00: Se planifica e interviene sobre las necesidades detectadas en materia de cuidados, prevención y promoción de salud de la población y considerando los Planes Horizontales y los Procesos asistenciales.

ES 5 05.03_00: Se facilita información sobre la oferta de la cartera de servicios de prevención y promoción de la salud.

ES 5 05.05_00 (Obligatorio): La Unidad de Gestión Clínica identifica y emprende las acciones enmarcadas dentro del Plan de Apoyo a la Familia en relación con el cuidador.

ES 5 05.07_00: La Unidad de Gestión Clínica garantiza que las notificaciones de Enfermedad de Declaración Obligatoria (EDO) son conformes tanto a los requisitos de CMBD como al del programa de alerta sanitaria de las Delegaciones Provinciales de Salud.

ES 5 06.01_00: La Unidad de Gestión Clínica tiene implantado el Sistema de Dirección Participativa por Objetivos de acuerdo al modelo adoptado por el SSPA.

ES 5 06.02_00: En la Dirección por Objetivos se consideran elementos de planificación estratégica (satisfacción del ciudadano, análisis de las encuestas, nuevas tecnologías, pla-

nes horizontales, etc...) que facilitan su desarrollo como unidad organizativa.

ES 5 06.03_00 (Obligatorio): La Dirección de la Unidad de Gestión Clínica facilita a la Dirección de su Centro toda la información necesaria para el seguimiento de los objetivos establecidos y acuerdos adoptados, con una periodicidad establecida de antemano.

ES 5 06.07_00 (Obligatorio): La Unidad de Gestión Clínica asume las condiciones de confort que afectan a los Ciudadanos como variables de su propia gestión, analizando su situación, emprendiendo actuaciones y corrigiendo, si es necesario, los resultados obtenidos.

ES 5 06.08_00: La Unidad de Gestión Clínica dispone de un procedimiento para la resolución de las incidencias ocurridas en los servicios hosteleros y de mantenimiento.

ES 5 06.10_00: La Unidad de Gestión Clínica analiza y gestiona todos los circuitos de información referentes al acceso del ciudadano a sus servicios.

ES 5 06.11_00: La Unidad de Gestión Clínica implanta acciones enmarcadas en el «Plan Optima».

ES 5 07.01_00: Están definidos los criterios de planificación del número de profesionales necesarios, que a su vez están basados en los resultados de sus procesos y en la comparación con otros del SSPA que hayan obtenido mejores resultados.

ES 5 07.04_00: Están definidos los mapas de competencias de la Unidad de Gestión Clínica adecuados a los distintos puestos de trabajo y procesos y se mantienen actualizados.

ES 5 07.05_00 (Obligatorio): La Unidad de Gestión Clínica planifica las necesidades de Formación de sus profesionales para responder tanto a las necesidades de desarrollo de los profesionales como de la propia Unidad, y tiene descrito un procedimiento.

ES 5 07.08_00 (Obligatorio): Se dispone de un sistema de organización de turnos y horarios que se adapta a las necesidades de los usuarios y da respuesta a los flujos de actividad asistencial.

ES 5 07.10_00: La Unidad de Gestión Clínica tiene establecido el Plan de Desarrollo Individual de los profesionales con carácter máximo trianual.

ES 5 07.13_00: Los proyectos de investigación de la Unidad de Gestión Clínica están en concordancia con las líneas estratégicas definidas por el SSPA.

ES 5 08.01_00: En la Unidad de Gestión Clínica existen espacios con condiciones adecuadas para informar a los usuarios y pacientes atendidos.

ES 5 08.02_00: La Unidad de Gestión Clínica facilita que los pacientes reciban una alimentación adecuada a su orden cultural y/o religioso y a sus costumbres.

ES 5 08.03_00: Se garantiza, en todos los espacios, asistenciales y no asistenciales, de la Unidad de Gestión Clínica, un entorno libre de humos.

ES 5 08.04_00 (Obligatorio): Está establecido y se cumple un procedimiento de control de la caducidad y condiciones de los productos sanitarios utilizados.

ES 5 08.05_00 (Obligatorio): La Unidad de Gestión Clínica tiene en consideración los aspectos básicos para garantizar la utilización segura del equipamiento de diagnóstico y tratamiento.

ES 5 08.07_00 (Obligatorio): Los usuarios de los equipos destinados a diagnóstico y tratamiento, reciben la formación y la información necesaria para su utilización y conservación.

ES 5 08.08_00: La Unidad de Gestión Clínica garantiza el cumplimiento del plan de revisiones del equipamiento fijado por el fabricante o el servicio de mantenimiento.

ES 5 08.09_00: Se aplican los procedimientos específicos de control de producción y almacenamiento de residuos peligrosos generados durante la actividad de la Unidad de Gestión

Clínica, en particular los sanitarios, los citostáticos, los químicos y los radiactivos.

ES 5 08.10_00: La Unidad de Gestión Clínica mantiene, junto con el Centro, un programa de formación e información ante catástrofes internas y externas, orientado a profesionales y usuarios, donde quedan recogidas las responsabilidades y actuaciones a seguir.

ES 5 09.01_00 (Obligatorio): La historia de salud (en papel, TASS o DIRAYA) es el instrumento por el que se identifica al paciente, se apoya el diagnóstico, se justifica el tratamiento y los cuidados, se documenta el progreso y los resultados.

ES 5 09.03_01: La Tarjeta Sanitaria Individual y la Base de Datos de Usuarios del SSPA son los instrumentos por los que se identifica a los pacientes y su relación con el SSPA.

ES 5 09.08_00 (Obligatorio): Se facilitan datos o información para bases de datos del centro y/o externas, con arreglo a procedimientos internos, y a la ley y normativa.

ES 5 09.09_00 (Obligatorio): Se garantiza al ciudadano la adherencia absoluta a la ley en vigor sobre protección de datos Personales.

ES 5 10.01_00 (Obligatorio): La Unidad de Gestión Clínica lleva a cabo las acciones específicas para evitar los acontecimientos potencialmente adversos.

ES 5 10.02_00 (Obligatorio): La Unidad de Gestión Clínica tiene establecido un procedimiento seguro de identificación de los pacientes para aplicarlo antes de la realización de procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos de riesgo potencial, o antes de la administración de medicamentos y hemoderivados.

ES 5 10.03_00 (Obligatorio): La Unidad de Gestión Clínica registra y analiza los incidentes relacionados con acontecimientos adversos reales o potenciales y pone en marcha las acciones oportunas para prevenir su nueva aparición.

ES 5 10.04_00 (Obligatorio): La Unidad de Gestión Clínica proporciona información a pacientes y familiares sobre riesgos potenciales, uso seguro de dispositivos médicos, y control de la infección.

ES 5 10.05_00: La Unidad de Gestión Clínica utiliza índices sintéticos de calidad de la prescripción farmacéutica, que son conocidos y aprobados por su Centro; y cumple con los acuerdos recogidos en esos índices.

ES 5 10.08_00 (Obligatorio): La Unidad de Gestión Clínica monitoriza el seguimiento de los objetivos contemplados en el Acuerdo de Gestión con el Centro.

ES 5 10.09_00: Los procesos y sus indicadores de calidad actualizados, están disponibles permanentemente, y son conocidos por los profesionales implicados.

ES 5 10.10_00: Existe una evaluación y revisión periódica del uso y cumplimiento de las recomendaciones de las guías de práctica clínica y planes de cuidados estandarizados de la Unidad de Gestión Clínica, para aquellos procesos asistenciales que no han sido descritos por el SSPA.

ES 5 10.11_00: La Unidad de Gestión Clínica realiza una revisión periódica de la calidad de las guías de práctica clínica y planes de cuidados estandarizados que están implantados en la Unidad para aquellos procesos asistenciales que no han sido descritos por el SSPA.

ES 5 11.01_00 (Obligatorio): Están implantados los procesos correspondientes para cada anualidad, según los Acuerdos de Gestión y los de Internivel.

ES 5 11.03_00 (Obligatorio): Los indicadores asistenciales establecidos por el Centro en el Acuerdo de Gestión se cumplen y mantienen.

ES 5 11.07_00 (Obligatorio): Se realiza un seguimiento periódico del grado de cumplimiento del presupuesto aprobado para la Unidad de Gestión Clínica.

II. ESTANDARES DEL GRUPO II

ES 5 01.08_00: Se informa al paciente sobre el plan asistencial previsto conforme a la fase del proceso en que se encuentra.

ES 5 01.09_00: La Unidad de Gestión Clínica dispone y facilita las «Guías de Usuarios» de su propio Centro.

ES 5 01.14_00: Los profesionales de la Unidad de Gestión Clínica adoptan un papel de captación activa de las sugerencias, quejas y reclamaciones realizadas por cualquier medio (verbales, escritas, email, Cuestionario de Valoración Hospitalaria o similares, etc...), incorporando mejoras que dependan de su ámbito de responsabilidad.

ES 5 02.04_00: La Unidad de Gestión Clínica utiliza, para los procesos no incluidos en los mapas del SSPA, guías de práctica clínica y planes de cuidados estandarizados y compartidos con los otros niveles asistenciales, incorporando criterios de coste efectividad al implantarlas.

ES 5 02.06_00: Se implantan acciones coordinadas entre distintos niveles asistenciales dirigidas a ubicar más eficientemente los recursos disponibles.

ES 5 02.08_00: Se asegura la continuidad del flujo del proceso, sin vacíos asistenciales, controlando las posibles interfaces entre distintos profesionales, servicios o instituciones.

ES 5 02.09_00: La Unidad de Gestión Clínica implanta fórmulas de organización de la actividad que mejoran su capacidad de resolución asistencial.

ES 5 02.10_00: La Unidad de Gestión Clínica evalúa y optimiza los tiempos de respuesta a los pacientes de los procesos asistenciales de la Unidad de Gestión Clínica, y los da a conocer a ciudadanos, a su centro, y a los otros niveles asistenciales.

ES 5 02.12_00: La Unidad de Gestión Clínica dispone de información sobre las desprogramaciones (consultas, pruebas diagnósticas y terapéuticas, hospitalización...), y adopta medidas dirigidas a disminuirlas y aliviar sus efectos negativos.

ES 5 03.03_00: Se aplica un reglamento del Centro del uso de la Historia de Salud, que define:

- Catálogo de documentos normalizados.
- Criterios de ordenación de la Historia.
- Normas de Cumplimentación.
- Contenido.

ES 5 03.04_00: La Historia de Salud contiene la información necesaria para apoyar y justificar las actuaciones realizadas al paciente, facilitando la continuidad de la asistencia.

ES 5 04.05_00: Se evalúa y mejora la gestión de procesos asistenciales a lo largo del tiempo.

ES 5 05.04_00: La Unidad de Gestión Clínica desarrolla actuaciones sobre el uso responsable y seguro del medicamento, tanto por los profesionales como por los ciudadanos.

ES 5 05.06_00: El análisis del conocimiento adquirido sobre las necesidades y características de la población atendida, es utilizado para la programación de la formación continuada de los profesionales de la Unidad de Gestión Clínica.

ES 5 06.05_00: La Unidad de Gestión Clínica tiene establecido un procedimiento conocido y aprobado por la Dirección del Centro, que define la posible asignación de incentivos individuales a otros profesionales ajenos a la Unidad de Gestión Clínica y que han contribuido al logro de sus objetivos.

ES 5 06.06_00: La Dirección de la Unidad de Gestión Clínica junto con la Dirección del Centro han establecido un plan de desarrollo trianual para el Director/a de la Unidad, a partir de su mapa de competencias.

ES 5 06.09_00: El/la Director/a impulsa en la Unidad de Gestión Clínica una cultura de seguridad.

ES 5 07.02_00: En los flujos y actuaciones de los procesos asistenciales, en los que interviene la Unidad de Gestión Clínica, se identifican los recursos humanos compartidos con otras Unidades y Servicios que permiten optimizar la planificación y asignación de los mismos.

ES 5 07.06_00: La Unidad de Gestión Clínica evalúa el grado de aplicación al puesto de trabajo de las nuevas competencias adquiridas por sus profesionales en actividades de formación continuada.

ES 5 07.09_00: La Unidad de Gestión Clínica realiza periódicamente la evaluación de las competencias de los profesionales para identificar sus necesidades de formación y desarrollo.

ES 5 07.14_00: Se realizan proyectos de investigación interniveles y/o interservicios.

ES 5 08.06_00: La Unidad de Gestión Clínica incorpora a las prescripciones de adquisición del equipamiento de diagnóstico y tratamiento criterios de seguridad.

ES 5 09.02_00: La Unidad de Gestión Clínica dispone de un sistema que le permite la recogida y el análisis de los datos relativos al desarrollo de los procesos en los que interviene y de los resultados asistenciales de los mismos, integrado con la base de datos de pacientes.

ES 5 09.04_00: La Unidad de Gestión Clínica dispone de un canal formal (ascendente y descendente), de comunicación de resultados periódicos de actividad y calidad.

ES 5 09.05_00: La Unidad de Gestión Clínica dispone de los recursos y de la estructura operativa que facilitan la identificación, búsqueda y captura de la información científica que facilite una práctica clínica actualizada.

ES 5 10.06_00: La Unidad de Gestión Clínica dispone de información sobre estudios de idoneidad de la prescripción sobre grupos de pacientes específicos; incorporando las recomendaciones de esos estudios a su práctica clínica.

ES 5 10.07_00: La Unidad de Gestión Clínica realiza análisis sobre el uso de la alta tecnología disponible y su adecuación a las recomendaciones recogidas en las guías de práctica clínica, o en los protocolos en su defecto, emprendiendo acciones para mejorar dicha adecuación.

ES 5 11.02_00: Los objetivos propuestos en las normas básicas de calidad de los procesos implantados se cumplen y mantienen.

ES 5 11.04_00: La Unidad de Gestión Clínica contempla otros indicadores de resultados no recogidos en el Acuerdo de gestión.

III. ESTANDARES DEL GRUPO III

ES 5 01.07_00: La Unidad de Gestión Clínica promueve la toma de decisiones activa del usuario durante su proceso asistencial, utilizando herramientas de ayuda a la toma de decisiones del ciudadano, que estén debidamente contrastadas.

ES 5 01.10_00: La Unidad de Gestión Clínica consulta y tiene en cuenta las recomendaciones del Comité de Ética de su Centro.

ES 5 01.17_00: Se hacen públicos indicadores de resultado (de sus procesos asistenciales, y otros) de la actuación del equipo de profesionales de la Unidad de Gestión Clínica.

ES 5 02.05_00: La Unidad de Gestión Clínica utiliza, para los procesos no incluidos en los mapas del SSPA, guías de práctica clínica y planes de cuidados estandarizados, y compartidos con los otros niveles asistenciales y que recogen las preferencias de los pacientes.

ES 5 02.11_00: Se cumplen los tiempos de respuesta a los pacientes de los procesos asistenciales de la Unidad de Gestión Clínica.

ES 5 03.05_00: La Unidad de Gestión Clínica, junto con el Centro, garantizan la existencia de un único archivo de historias.

ES 5 05.02_00: El despliegue de los programas de promoción de la salud garantiza la continuidad de la atención y de los cuidados.

ES 5 06.04_00: La Dirección de la Unidad de Gestión Clínica ha definido y establecido una política de incentiviación entre sus profesionales para alcanzar niveles superiores de Acreditación como Unidad de Gestión Clínica.

ES 5 07.03_00: En la planificación de recursos humanos, se tienen en cuenta, desarrollos sociales, organizativos, tecnológicos, o cualquier otro, que permitan una adaptación rápida y eficiente.

ES 5 07.07_00: La Unidad de Gestión Clínica evalúa el grado de mejora de los resultados de sus profesionales tras la realización de actividades de formación continuada.

ES 5 07.11_00: Existe un procedimiento efectivo para facilitar que se comparta el conocimiento en la Unidad de Gestión Clínica, con otras unidades y otros centros.

ES 5 07.12_00: La Unidad de Gestión Clínica ha definido los criterios para la utilización de los incentivos obtenidos por la Unidad como tal (no individuales, ni retributivos).

ES 5 08.11_00: La Unidad de Gestión Clínica actualiza, en colaboración con el Centro, y de forma periódica, el nivel de conocimiento de los profesionales sobre el plan de actuación ante catástrofes externas e internas.

ES 5 09.06_00: La Unidad de Gestión Clínica utiliza la información procedente del análisis comparativo de su actividad con respecto a referencias externas a efectos de elaborar y aplicar los planes de mejora pertinentes en orden a corregir las desviaciones significativas.

ES 5 09.07_00: Existe un sistema de información integrado que garantiza la existencia del dato único.

ES 5 10.12_00: Se utilizan mecanismos y sistemas para aumentar la adherencia al uso y cumplimiento de las recomendaciones de las guías de práctica clínica y planes de cuidados estandarizados de la Unidad de Gestión Clínica, para aquellos procesos asistenciales que no han sido descritos por el SSPA.

ES 5 11.05_00: Los resultados se comparan con los de otras organizaciones o procesos y con los que se consideran mejores del sector.

ES 5 11.06_00: La Unidad de Gestión Clínica dispone de un procedimiento sistematizado para detectar los principales puntos críticos que repercuten en la eficiencia, recogidos en el Acuerdo de Gestión con el Centro.

RESOLUCION de 25 de julio de 2003, de la Dirección General de Organización de Procesos y Formación, por la que se designa a la Fundación Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía como entidad certificadora del Sistema de Acreditación, para el Sistema Sanitario Público de Andalucía.

La Consejería de Salud ha establecido el compromiso social de ofrecer unos servicios de calidad que respondan a las necesidades y expectativas de los ciudadanos. Dicho compromiso implica avanzar en un modelo de acreditación adaptado a las características de nuestros centros, servicios y de nuestros profesionales.

Para dar respuesta a ello nace la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, entre cuyos cometidos se cuenta el de evaluar y garantizar, desde el rigor y la independencia, el cumplimiento de los estándares preestablecidos, de las políticas y de los requisitos exigibles al sistema sanitario andaluz.

El Decreto 245/2000, de 31 de mayo, por el que se establece la Estructura Orgánica Básica de la Consejería de Salud y del Servicio Andaluz de Salud, en su artículo 8, apartado 2.e), atribuye a la Dirección General de Organización

de Procesos y Formación la determinación de la entidad certificadora, interna y externa, y los requisitos que ésta deberá reunir, para el Sistema de Acreditación.

En virtud de lo anterior,

RESUELVO

Establecer los requisitos que deberá cumplir la Entidad Certificadora del Sistema de Acreditación, con arreglo a las siguientes normas:

Primera. Entidad Certificadora.

La Fundación Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía será la entidad certificadora de los estándares de calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

Segunda. Certificación.

Se entiende por certificación externa de centro sanitario, de unidad clínica, de competencias profesionales, de centro de formación continuada, programa o docente de formación continuada de las profesiones sanitarias, a los efectos de esta Resolución, el proceso de comparación entre la situación real del mismo y unos estándares de referencia, con la finalidad de detectar las áreas de mejora y desarrollo. El proceso de certificación tiene como resultado la emisión de un informe de situación respecto a los estándares destinado al Organismo acreditador como apoyo a la toma de decisiones.

Tercera. Obligaciones de la entidad certificadora.

La entidad certificadora tendrá el carácter de órgano de apoyo al Organismo acreditador y llevará a cabo los procesos de certificación, estando sujeta a las obligaciones siguientes:

1. Disponer de los medios apropiados para el desarrollo de sus actividades.
2. Disponer del personal permanente adecuado al tipo, extensión y volumen de la actividad a desempeñar.
3. Atender con diligencia las demandas de información del Organismo acreditador en relación con los procesos de certificación de elementos para los que posteriormente se haya solicitado la acreditación.
4. Informar al Organismo acreditador sobre cualquier variación que se produjese en las condiciones que motivaron la emisión de un certificado de calidad por parte de la misma.
5. Establecer mecanismos ágiles y eficientes para la ejecución de los procesos de certificación, incluyendo la solicitud por parte de los centros y profesionales interesados.
6. Hacer públicos por cualquier medio, incluidos los digitales, las fases y tiempos estimados para los procesos de certificación.
7. Actuar con imparcialidad y llevar a cabo sus funciones con solvencia técnica.
8. Abstenerse de participar en cualquier clase de actividades comerciales de asesoría o consultoría.

Cuarta. Certificado de acreditación.

La entidad o profesionales que deseen solicitar la acreditación, de acuerdo con los estándares que para caso se establezcan, deberán aportar al Organismo acreditador la certificación correspondiente, emitida por la Fundación Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.

Quinta. Actuaciones de la entidad certificadora.

La Fundación Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, como órgano de apoyo al Sistema de Acreditación, constatará el grado de cumplimiento de los estándares aprobados por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía para centros sanitarios, unidades clínicas, competencias profesionales o cualesquiera otros elementos que la Consejería de Salud considere susceptibles de ser acreditados.