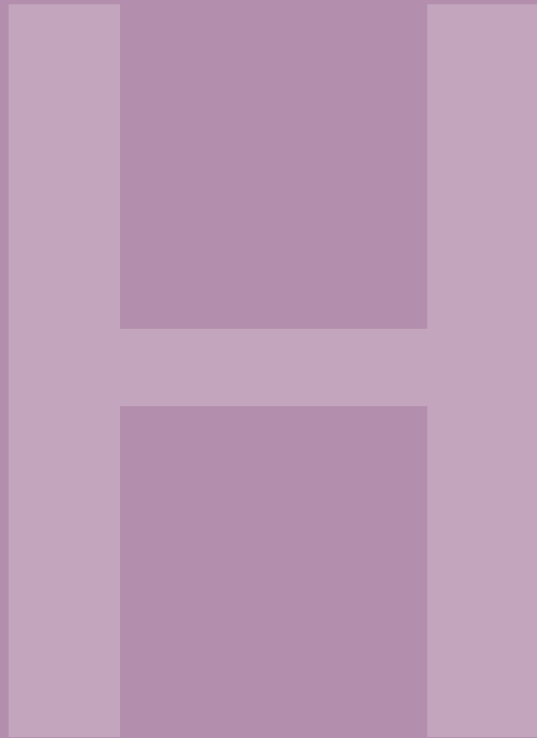


ASOCIACIÓN ESPAÑOLA PARA EL ESTUDIO DEL HÍGADO

Manual de Criterios de Acreditación de Servicios y Unidades Hepatología



Edita: ESCUELA ANDALUZA DE SALUD PÚBLICA
Campus Universitario de Cartuja. Apdo. de Correos 2070
18080 Granada, España
www.easp.es

ISBN 13: 978-84-691-9073-9
Depósito Legal: GR 331-2009
Imprime: Gráficas Alhambra

Todos los derechos reservados

GRUPO DE TRABAJO:

Asociación Española para el Estudio del Hígado (AEEH)

Gerardo Clemente Ricote

Juan Córdoba

Manuel de La Mata

José Ignacio Herrero

Paloma Jara

Ramón Planas

Martín Prieto

Escuela Andaluza de Salud Pública

Isabel Fernández Ruiz

Juan José Pérez Lázaro (Editor)

Gonzalo Suárez Alemán

Martín Tejedor Fernández

ÍNDICE

PRESENTACIÓN	9
INTRODUCCIÓN	11
METODOLOGÍA	15

CRITERIOS DE ACREDITACIÓN PARA SERVICIOS Y UNIDADES DE HEPATOLOGÍA

A. Requisitos generales	21
B. Liderazgo	27
C. Estrategia y planificación	31
D. Personas	42
E. Alianzas y recursos	53
F. Gestión de los procesos	73
G. Resultados	92

PROCEDIMIENTO DE ACREDITACIÓN DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA PARA EL ESTUDIO DEL HÍGADO

INTRODUCCIÓN	105
Sistemas de acreditación de los servicios sanitarios	110
Acreditación de centros sanitarios en España	112
SISTEMA DE ACREDITACIÓN DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA PARA EL ESTUDIO DEL HÍGADO	115
Estructura organizativa	118
Tipos de evaluación	128
El proceso de acreditación	129
Apelación	137
DOCUMENTACIÓN CONSULTADA	139
ANEXO I. Modelos de solicitud de acreditación	145
ANEXO II. Glosario de términos y abreviaturas	147

Presentación

Uno de los retos más importantes en el ejercicio actual de la Medicina Clínica es sin duda, el de proporcionar una adecuada calidad asistencial. Si bien el concepto intuitivo de calidad asistencial es fácilmente comprensible y roza casi la obviedad, su aplicación a la práctica de los sistemas de salud es de enorme dificultad.

Las causas de esta aparente paradoja son múltiples: la complejidad de los sistemas sanitarios, los diferentes ámbitos de actuación del propio sistema, la variedad enorme y la creciente diversidad de los actos médicos y de los procesos asistenciales, la capacitación de los profesionales y la propia dinámica de la sociedad en cada momento, son algunos ejemplos de este problema. Además de los aspectos anteriormente enunciados, es importante señalar la importancia –positiva o negativa– que las propias estructuras sanitarias (hospitales de diferente grado de complejidad, urgencias, asistencia primaria) adquieren a la hora de incorporar estos conceptos. Así, el concepto de calidad asistencial engloba, además de la propia capacitación de los profesionales, la evaluación de la calidad de los procesos asistenciales y de las propias unidades o servicios que generan la prestación sanitaria.

Por otra parte, la continua expansión del conocimiento médico ha generado especialidades bien definidas y con un extenso cuerpo doctrinal. Este hecho, marcadamente positivo en sí mismo, motiva una mayor exigencia de calidad asistencial dado que el propio desarrollo intelectual de las especialidades exige incorporar el grado más elevado de conocimiento al servicio del tratamiento de los pacientes. En este sentido, las sociedades médicas deben jugar un papel fundamental en la definición de los objetivos de calidad de la atención dentro de su ámbito de conocimiento.

La Asociación Española para el Estudio del Hígado (AEEH), consciente de la importancia de este reto, ha emprendido un ambicioso y pionero programa de acreditación de unidades, procesos y profesionales cuyo desarrollo se recoge en estos manuales.

La AEEH ha realizado un notable esfuerzo en los últimos años, lo que ha permitido el desarrollo inicial del programa que incluye, además de la elaboración y pilotaje del proyecto, la formación de evaluadores, la creación de una secretaría técnica cuya misión será facilitar el proceso administrativo, la implementación de una página web, etc. La trascendencia de esta iniciativa es enorme. Por un lado, la AEEH pretende con esta acción ser el motor principal para la definición de cuál debe ser el marco de aplicación de la Hepatología en España; por otra parte, indica la clara apuesta de la Asociación por el desarrollo, no sólo de una importante y reconocida actividad científica, sino también por la promoción de una especialidad con un ejercicio de alta calidad asistencial. Además, la filosofía de la AEEH en este proyecto, muy lejos de constituir un elemento fiscalizador, está basada en dotar de un instrumento de mejora continua tanto a los profesionales como a procesos asistenciales y a las unidades.

Por último, esperamos que este gran esfuerzo sea recompensado en los próximos años con una activa, dinámica y creativa fase de implantación, lo que sin duda contribuirá al crecimiento de nuestra disciplina como área de conocimiento específico y sobre todo a la mejora de la calidad asistencial prestada a los pacientes portadores de enfermedades hepáticas, razón esencial de la existencia de la Hepatología como especialidad.

Vicente Arroyo y Rafael Bañares
Asociación Española para el Estudio del Hígado

Introducción

La calidad asistencial ha sido siempre una preocupación y un objetivo para los profesionales sanitarios. En la actualidad estamos asistiendo a un aumento extraordinario en el interés por las organizaciones excelentes de todos los sectores económicos. Las razones que pueden explicar este hecho no están relacionadas exclusivamente con motivaciones de tipo ético o profesional, sino por el convencimiento de que la calidad es una variable estratégica.

Entre otros, hay al menos tres elementos muy importantes que pueden explicar este fenómeno:

- No es posible hablar hoy de buena gestión si ésta no incorpora un sistema de mejora continua de la calidad, ya que hay suficiente evidencia para afirmar que los costes de no-calidad pueden llegar a alcanzar, en una situación extrema, hasta un 20-25% de los costes de producción. Por tanto, los programas de calidad son un instrumento para elevar la eficiencia clínica y económica.
- Hasta un 80% de los problemas de calidad se relacionan con déficits organizativos (protocolización, formación continuada, auto-evaluación, comunicación fluida en el equipo, etc.) y ello sugiere a los políticos y gestores que existe la posibilidad de solucionarlos, sin necesidad de aportar recursos adicionales a los ya disponibles.
- La ciudadanía exige cada vez con más fuerza un servicio de calidad, lo que ha conducido a que la satisfacción de sus expectativas haya llegado a ser un componente crítico para las empresas y organizaciones que prestan servicios. Puede afirmarse que la calidad es hoy un valor social.

En la actualidad no basta con evitar problemas a los ciudadanos cuando se les presta un servicio sanitario, sino que hay que hacer bien las cosas, al más bajo coste, con el menor riesgo y siempre de forma satisfactoria para los pacientes y sus familiares.

Así pues, las organizaciones se ven obligadas a disponer de un sistema de calidad que asegure la atención permanente en la asistencia sanitaria y a ponerlo de manifiesto ante sus clientes y competidores como un elemento de competitividad y de imagen externa. Esto ha provocado una larga carrera, en todos los sectores económicos, hacia la evaluación y acreditación externa, por entidades que puedan dar fe de ello, como ISO (*International Standards Organisation*), JCI (*Joint Commission International*) o EFQM (*European Foundation for Quality Management*). Estos modelos son la referencia mundial para la gestión de la calidad y se basan todos en principios comunes, llamados de calidad total o de excelencia.

Para la EFQM, la excelencia se define como el modo de gestionar la organización, mediante la aplicación de ocho conceptos o principios básicos fundamentales:

1. Orientación hacia los resultados

Deben ser buenos para todos los grupos de interés. Es necesario identificar estos grupos, conocer sus expectativas y reflejarlas en la política y estrategia de la empresa.

2. Orientación al cliente

Las organizaciones excelentes conocen profundamente a sus clientes, se anticipan a sus necesidades y expectativas futuras. El cliente es el árbitro final de la calidad del servicio.

3. Liderazgo y coherencia en los objetivos

Las organizaciones excelentes tienen líderes que establecen un proyecto claro y lo comunican de forma eficaz. Son un ejemplo para todos y apoyan las actuaciones dirigidas al desarrollo de la excelencia. Cuando es necesario tienen capacidad de reorientar la organización.

4. Gestión por procesos y hechos

Las organizaciones excelentes tienen un sistema de gestión eficaz basado en las necesidades y expectativas de los grupos de interés. Su política y estrategia se implanta a través de un conjunto de procesos. Estos se evalúan y mejoran de manera permanente y las decisiones de cambio se basan en hechos.

5. Desarrollo e implicación de las personas

Las organizaciones excelentes, identifican las competencias necesarias para llevar a cabo la política y estrategia de la empresa, seleccionan los mejores profesionales y establecen planes de desarrollo profesional para alcanzar el pleno potencial de las personas. Gestionan el conocimiento en beneficio de toda la organización. Buscan la participación y confianza de las personas, delegan autoridad para el desarrollo de proyectos y aprovechan e implantan las ideas de mejora.

6. Proceso continuo de aprendizaje, innovación y mejora

Las organizaciones excelentes aprenden de sus actividades y de sus competidores. Hacen benchmarking, miran más allá del día a día, buscan permanentemente la innovación y están abiertos a nuevas ideas de mejora.

7. Desarrollo de alianzas

Cada vez es más importante que la organización se ocupe, no sólo de sus procesos internos, sino que incluya en su ámbito a proveedores y otros grupos de interés. La organización debe buscar alianzas que optimicen las competencias clave y aporten conocimiento y valor.

8. Responsabilidad social de la organización

La mejor forma de abordar la responsabilidad social, es adoptar un enfoque ético que supere las expectativas y normativas de la sociedad. Para ello, la organización debe aportar transparencia a los grupos de interés y buscar la participación activa en la sociedad.

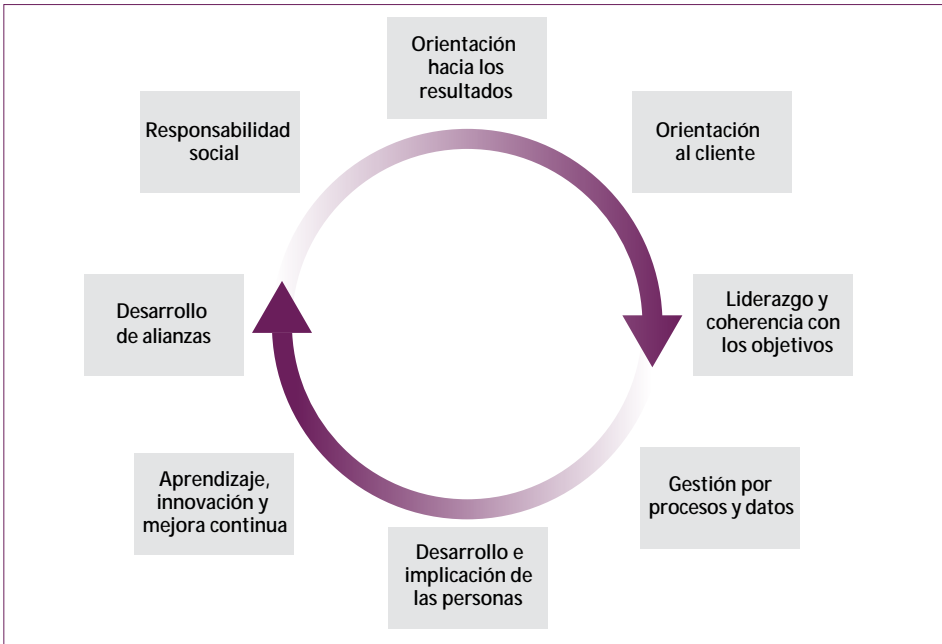


Figura 1: Los principios de excelencia

La utilización del modelo de la EFQM y su aplicación práctica en una organización, consiste en el desarrollo y adaptación de estos principios.

Sin embargo, cuando el profesional sanitario intenta aplicar estos principios en la práctica, en el día a día, puede encontrar grandes dificultades porque son términos muy alejados de su cultura y de su formación. El propósito de este trabajo es hacer visibles dichos principios en la práctica diaria, a través de acciones concretas, en las Unidades de Hepatología.

El presente documento es un manual de criterios específicos, para el programa de acreditación de Unidades de Hepatología.

Metodología

Este Manual recoge los criterios agrupados en funciones clave para las organizaciones. Siguiendo el modelo de la EFQM se han clasificado en los siguientes apartados:

- Requisitos generales.
- Liderazgo.
- Estrategia y planificación.
- Personas.
- Alianzas y recursos.
- Gestión de procesos.
- Resultados: en los clientes, en las personas, en la sociedad y resultados clave.

Cada grupo de criterios está incluido en apartados y subapartados codificados. El primer carácter es una letra mayúscula que identifica al apartado; los dígitos que le siguen son números e identifican a los criterios o subcriterios.

Cada criterio contiene tres elementos:

1. **LITERAL DEL CRITERIO.** Consiste en una descripción precisa del mismo que contiene los requisitos que exige en el aspecto al que hace referencia. Cuando se trata de un criterio obligatorio se incluye a continuación una «O» y en el caso de los no-obligatorios o recomendables, una «R».
2. **GUÍA.** Incluye un texto explicativo con la extensión que se ha estimado necesaria, que define con más concreción el alcance del criterio, de tal modo que queden bien aclarados los requisitos de cumplimiento. En ocasiones, se han

incorporado ejemplos sobre cómo conseguir alcanzar las exigencias del criterio e incluso referencias adicionales que facilitan la decisión de los evaluadores y la comprensión por los equipos solicitantes de la acreditación y de otras personas interesadas en el tema.

3. **BAREMACIÓN.** Se ha procedido a la asignación de puntos al logro de cada uno de los criterios, lo que permite obtener una puntuación total.

En el marco del Sistema de Acreditación se ha elaborado un LISTADO DE COMPROBACIÓN, que contiene las preguntas de verificación consideradas necesarias y pertinentes para garantizar, a través de las respuestas a las mismas, que los requisitos especificados en cada uno de los criterios se cumplen o no por el Servicio o Unidad solicitante de la acreditación. Este documento será empleado para la autoevaluación por el Servicio/Unidad que solicite la evaluación externa, así como cuaderno de evaluación por el Equipo Evaluador.

SOBRE LOS CRITERIOS

En la redacción de los criterios y de la guía se ha tenido en cuenta una serie de aspectos:

- En la definición del criterio se ha tratado de evitar describir el *cómo* se consigue, sino precisar el *qué* exige.
- El *cómo* se ha recogido en la guía y se ha planteado en forma orientativa, no prescriptiva.
- El literal del criterio es lo más escueto posible. Cuando ha sido necesario se ha elaborado otro criterio, en vez de incluir más de un requisito en el mismo.
- Se ha intentado recoger aspectos universalmente aceptados en los criterios y eludir el incorporar opiniones.
- La guía describe todo aquello que soporta al criterio, que lo aclara y acota.

- En la baremación de los criterios obligatorios se ha empleado el juicio SI - No (dicotómico) y, por tanto, la puntuación es 1 = No cumple; 4 = Cumple. En los recomendables, cuando ha sido posible se ha empleado la graduación: 1, 2, 3 y 4. Esto permite, tanto al evaluador como al equipo del Servicio/Unidad solicitante, hacer la ponderación sin dificultad.

Criterio obligatorio

En este tipo de criterio se establecerá una **deficiencia** cuando a su correspondiente apartado del listado de comprobación se responde «NO». Esto significa que un incumplimiento en uno sólo de estos criterios supone la **no acreditación** del Servicio/Unidad.

Se identifica con una «O». Aunque, como se ha mencionado, se ha tratado de evitar en la redacción que un criterio incorpore más de un requisito, en aquellos casos en que el criterio contenga uno o más requisitos obligatorios, sólo se considerará superado cuando se cumplan todos los requisitos estipulados.

Se le ha asignado a cada uno de ellos un peso. El nivel necesario para obtener la acreditación es de 250 puntos (la totalidad de los puntos de criterios del tipo «O»). Un Servicio o Unidad excelente alcanzaría como máximo 1.000 puntos.

Criterio no-obligatorio o recomendable

En este tipo de criterio se establece una **recomendación** cuando a su apartado correspondiente del listado de comprobación se responde «NO». Cada uno de estos apartados anotados, durante la evaluación, requerirá una respuesta del responsable del Servicio/Unidad, con una explicación razonada que justifique ese modo de proceder, pero no implica de forma imperativa un cambio del procedimiento. La existencia de recomendaciones **no supone la no-acreditación** del Servicio/Unidad, pero a juicio del equipo de evaluador, un número determinado de recomendaciones o si éstas son de suficiente relevancia, podrá derivar en la propuesta de no acreditación. El cumplimiento de estos criterios es recomendable y en el listado de comprobación se identifican con una «R».

Se le ha asignado a cada uno de ellos un peso, pero teniendo en cuenta que la suma de todos los criterios del tipo «R», es exactamente de 750 puntos (manteniéndose el supuesto inicial en el que se ha considerado que el Servicio/Unidad excelente puede obtener como máximo 1.000 puntos y que se precisan 250 para alcanzar la acreditación).

Criterio no aplicable

En algún caso excepcional puede ocurrir que durante el proceso de evaluación se considere que un criterio no sea de aplicación en el Servicio/Unidad solicitante. Para este supuesto se ha recogido en el listado de comprobación, una columna con la anotación «NA». Los evaluadores harán las observaciones que consideren necesarias para aclarar este aspecto.

TÉRMINOS Y ABREVIATURAS

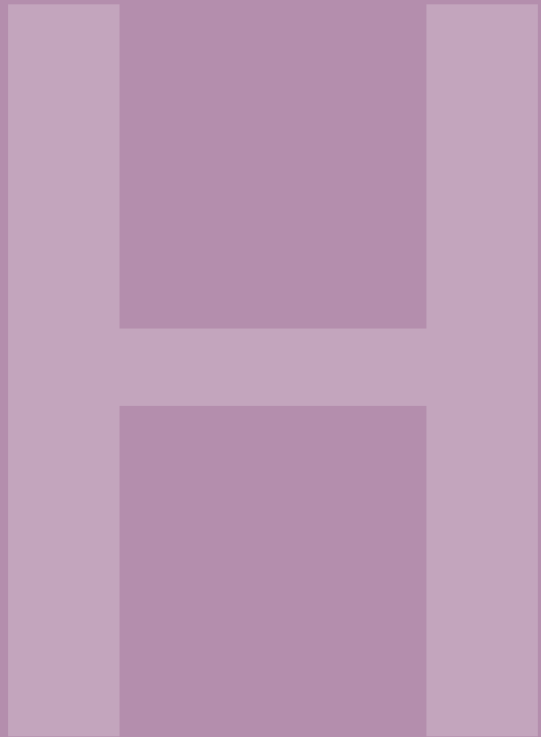
El término *Servicio* (con mayúscula) se ha empleado para hacer referencia al equipo de profesionales que presta la asistencia y a la estructura en que esta se lleva a cabo y *servicio* (con minúscula) para el producto o prestación de la asistencia. Del mismo modo, *Unidad* (con mayúscula) se ha utilizado para hacer referencia al equipo y espacio donde se presta el servicio y *unidad* (con minúscula) si en algún caso se hace referencia a un solo o único elemento de un conjunto.

Cuando se ha considerado conveniente por su importancia, necesidad de limitar su alcance, evitar confusiones con expresiones similares, etc., se ha incluido una definición precisa de los términos empleados, a ser posible utilizando la referencia del tesoro, diccionario o fuente. Se recogen, por orden alfabético, en el Anexo II.

Se ha tratado de evitar el empleo de abreviaturas; las que han sido necesarias se recogen en el listado que, por orden alfabético, aparece en el Anexo II.

[Volver al índice](#)

Criterios de Acreditación para Servicios y Unidades de Hepatología



A. REQUISITOS GENERALES

A.1. El centro al que pertenece el Servicio/Unidad, cumple las disposiciones de la comunidad autónoma en que se encuentra ubicado (O)

GUÍA

El primer requisito para prestar asistencia sanitaria por parte de un Servicio/Unidad de Hepatología en los centros de propiedad privada, es que estos dispongan de la pertinente autorización administrativa. Por tanto, se debe contar con un documento público, en el que conste que tiene autorización administrativa para ejercer sus actividades. En estos casos, el evaluador solicitará expresamente el documento que lo acredite.

En los centros públicos, en los que será más difícil encontrar este tipo de documentos, servirá la presencia de una memoria pública de actividades o la confirmación escrita de la máxima autoridad sanitaria del área.

La asignación de un sector de la población o la inclusión dentro del mapa sanitario de la provincia o comunidad del centro, equivaldría al reconocimiento del mismo por parte de las autoridades sanitarias, para la prestación de asistencia.

BAREMACIÓN

1. No se cumple.
4. Se cumple.

A.2. Existen procedimientos de registro de las actividades relacionadas con la atención al paciente

GUÍA

El funcionamiento de un Servicio o Unidad implica una serie de actividades, que se realizan sobre un conjunto de pacientes. Estas actividades se registran en formularios incluidos en modelos de historias clínicas, en soporte impreso o digital, todo ello con arreglo a una normativa legal.

Debe describirse el modelo de historia clínica que se emplea y debe procurarse que esté unificada.

Los pacientes atendidos por la Unidad, deberían quedar registrados mediante un código de admisión, lo que a su vez facilitaría el registro de la actividad asistencial que se les dispensa.

Este criterio hace referencia a la disponibilidad por el Servicio/Unidad, de los siguientes tipos de registro:

A.2.1. Se dispone de un catálogo de modelos normalizados de documentos (R)

GUÍA

Es aconsejable que exista un catálogo de los documentos clínicos normalizados que se utilizan en el Servicio/Unidad, que incluya: un índice o listado de los documentos que contiene, descripción y codificación de los mismos, tanto si se trata de formatos, como de formularios, bases de datos, etc. Este catálogo incluirá, por ejemplo, los documentos de la historia clínica general del centro, así como los de uso específico por el Servicio/Unidad.

Puede incorporarse también a este catálogo el listado de procedimientos o protocolos disponibles, así como modelos de cualquier otro tipo que puedan ser de interés.

Cuando se trate de documentos en soporte electrónico, se hará constar este hecho y se dispondrá de un manual de uso de la aplicación que lo sostiene.

BAREMACIÓN

1. No existe.
2. Existe de modo incompleto.
3. Existe y es completo.
4. Existe, es completo y se actualiza.

A.2.2. Existen procedimientos para el uso y custodia de la historia clínica (R)

GUÍA

La historia clínica (HC) es el registro natural de la actividad médica. Todo lo que de forma «natural» pueda registrarse en la historia clínica, no debería registrarse en otra parte.

Tendría que ser única e incluir todos los episodios asistenciales que haya tenido el paciente, cualquiera que sea el Servicio que le haya atendido. Debería disponerse de un manual de uso y custodia de la historia clínica, propio del Servicio/Unidad o, en el caso de que exista dicho procedimiento general en el hospital, hacer referencia al mismo. Es deseable la implantación de la historia digital.

El evaluador debería comprobar la situación real, analizando la historia clínica de algunos pacientes.

BAREMACIÓN

1. No existe una historia clínica unificada.
2. Existe, pero no tiene formato digital.
3. Existe una historia única, disponible en formato digital.
4. Se dispone además, de un manual para el uso y custodia de la historia clínica.

A.2.3. Existen bases de datos de pacientes debidamente identificadas (R)

GUÍA

Deben estar identificadas y listadas todas las bases de datos, así como los registros de pacientes que se manejan en la Unidad o Servicio, sus características, el soporte (papel, electrónico, etc.), su finalidad, información que contienen (campos) y cómo se garantiza la confidencialidad de la información que almacenan (privilegios de acceso, contraseñas, etc.).

BAREMACIÓN

1. No existe un sistema de control de las bases de datos y registros de pacientes disponibles.
2. Existe un sistema de control de las bases de datos y registros de pacientes disponibles, pero es incompleto o insuficiente.
3. Existe un sistema de control de las bases de datos y registros de pacientes disponibles completo y suficiente.
4. Existe un sistema de control de las bases de datos y registros de pacientes disponibles completo y suficiente, que es revisado y actualizado regularmente.

A.2.4. Se registra la actividad realizada: asistencial, docente e investigadora (O)

GUÍA

El evaluador comprobará que está registrada al menos la actividad del año anterior al de la evaluación.

BAREMACIÓN

1. No existe un registro de la actividad asistencial, docente e investigadora.
4. Existe un registro de la actividad asistencial, docente e investigadora.

A.2.5. Se registran las actividades de formación (R)

GUÍA

Se refiere a las acciones formativas en las que los miembros del Servicio o Unidad participen como discentes (alumnos). Estas actividades formativas deben estar acreditadas por organizaciones científicas o docentes reconocidas. El registro debería ser individualizado para cada miembro.

BAREMACIÓN

1. No existe.
2. Existe de modo incompleto (sólo para algunas actividades o algunos miembros).
3. Existe y es completo.
4. Existe, es completo y se actualiza.

A.2.6. Existe un registro de quejas y reclamaciones (O)

GUÍA

Debe existir un registro de las reclamaciones que se realicen por los clientes al Servicio/ Unidad.

BAREMACIÓN

1. No existe.
4. Existe.

A.2.7. Existe un registro de incidencias (R)

GUÍA

El manual o libro de incidencias incluye el registro de incidentes o problemas que puedan aparecer y causar distorsión en el funcionamiento o en las personas que trabajan en el Servicio o Unidad, como por ejemplo incidentes acontecidos en las guardias médicas, pérdidas de documentación, roturas de equipos, mobiliario, agresión a un profesional, quejas de los profesionales, etc.

BAREMACIÓN

1. No existe.
2. Existe de modo incompleto.
3. Existe y se analiza.
4. Existe, se analiza y genera acciones de mejora.

A.2.8. La legislación y normativa vigente, aplicable al Servicio o Unidad, es accesible y está actualizada (R)

GUÍA

Se refiere a las normas aplicables al Servicio o Unidad: obligatoriedad del informe de alta, Ley de Autonomía del Paciente, normativa sobre trasplantes, ensayos clínicos, etc. Debe estar completa, actualizada y disponible en la propia Unidad o Servicio (o al menos de fácil acceso a todos sus miembros), en soporte papel o electrónico.

BAREMACIÓN

1. No existe.
2. Existe de modo incompleto.
3. Existe y es completo.
4. Existe, es completo y se actualiza.

B. LIDERAZGO

B.1. Existe una definición operativa del Servicio o Unidad en el marco de la organización a la que pertenece (O)

GUÍA

Definir el Servicio o Unidad: qué es, qué se hace (en líneas generales), a quién va dirigido, su alcance y ámbito de actuación. La definición del Servicio o Unidad debe contener al menos las siguientes especificaciones:

- Definición (cuál es su fin, misión, qué es y qué hace).
- Ubicación: de qué organización forma parte (Servicio, departamento, hospital).
- Alcance: a quién va dirigida la prestación del servicio.
- Ámbito de actuación: la demarcación geográfica de los pacientes a los que atiende (su propia área de salud, de referencia provincial, comunitaria, nacional, etc.).

BAREMACIÓN

1. No se cumple.
4. Se cumple.

B.2. La dirección del centro apoya el proceso de acreditación (O)

GUÍA

El apoyo de la dirección del centro para que el Servicio o Unidad entre en el proceso de acreditación, debería implicar una serie de hechos que se puedan constatar y que se recogen en los siguientes subcriterios.

B.2.1. La dirección reconoce y apoya la existencia del Servicio o Unidad (O)

GUÍA

Reconocimiento del Servicio o Unidad por parte de la dirección a través de algún documento que lo demuestre, explícita o implícitamente, por ejemplo, podría emplearse simplemente la existencia de una agenda diferencial reconocida por el Servicio de Admisión.

BAREMACIÓN

1. No se cumple.
4. Se cumple.

B.2.2. La dirección firma la solicitud de acreditación (O)

GUÍA

Se comprobará que la hoja de solicitud de la acreditación del Servicio o Unidad está firmada por la dirección del centro.

BAREMACIÓN

1. No se cumple.
4. Se cumple.

B.3. El Servicio o Unidad tiene definida la visión del mismo (R)

GUÍA

La visión es una declaración que describe el tipo de organización deseada con vistas al futuro; establece a dónde se quiere llegar, es una descripción amplia de las metas, de la responsabilidad y cometidos a los que el Servicio aspira en su horizonte de progreso.

Por ejemplo:

«El Servicio de Hepatología pretende ser en el futuro una Unidad de referencia europea para el trasplante hepático infantil».

La visión del Servicio o Unidad es un apartado del plan estratégico y/o de un plan de gestión clínica o de calidad; sin embargo, un Servicio puede haber elaborado la visión sin haber llegado a diseñar un plan estratégico formal.

La visión del Servicio o Unidad debe estar explicitada en un documento. Este documento debe ser público, conocido por todos los miembros del Servicio o Unidad y estar al alcance de los mismos.

BAREMACIÓN

1. No se ha definido la visión.
2. Se ha definido pero no es adecuada a las características del Servicio.
3. Se ha definido pero no es conocida por los miembros del Servicio.
4. Se ha definido la visión del Servicio y todos sus miembros la conocen.

B.4. Existe un documento que describe la política de calidad del Servicio o Unidad (R)

GUÍA

El criterio exige la existencia de un documento en donde se especifiquen las ideas que sobre la calidad asistencial comparten los miembros de equipo: ¿qué entendemos por calidad?, ¿cómo la enfocamos?, ¿por qué la calidad es importante para nuestro Servicio?, etc. Estas ideas deben estar documentadas y ser conocidas por todos los miembros del Servicio o Unidad, puesto que representan el compromiso con sus clientes. El conjunto de estos conceptos se conoce en el argot de los modelos de certificación, acreditación y evaluación externa de las organizaciones como la «política de calidad».

BAREMACIÓN

1. No existe un documento con las ideas de calidad del Servicio/Unidad.
2. Existe un documento pero no es conocido por los miembros del equipo.
3. Existe un documento, es conocido por los profesionales del equipo, pero no hay evidencia de que las ideas sean compartidas por el equipo.
4. Existe un documento, es conocido por los profesionales del equipo y hay evidencia de que las ideas son compartidas por el equipo.

C. ESTRATEGIA Y PLANIFICACIÓN

C.1. El Servicio o Unidad de Hepatología tiene diseñado y escrito su plan estratégico (R)

GUÍA

Este apartado se refiere a la planificación estratégica, no a la de la prestación de la asistencia o del servicio (esto se incluirá en el capítulo «Procesos Asistenciales»).

Habitualmente un plan estratégico se realiza por la dirección y para la totalidad del centro. Sin embargo, el esfuerzo de diseñarlo para un Servicio determinado, alineado con el del propio centro, traslada a la realidad de aquél los diferentes aspectos del plan estratégico general, y es recomendable para alcanzar niveles de excelencia.

El diseño de un plan estratégico consiste en hacer un análisis de la situación actual, («situación de partida») y de las necesidades de los pacientes y de la sociedad para trazar líneas de actuación a partir de las cuales avanzar, hacia lo que los miembros del equipo piensan que tiene que ser el Servicio o Unidad y cómo tienen que llegar a realizar su actividad en el futuro (concepto de «visión»).

Por tanto, el Servicio de Hepatología debería tener un plan estratégico escrito, en consonancia con el del centro hospitalario en que se incluye. En este plan deberían especificarse cuáles son las líneas estratégicas que marcarán las actividades del Servicio, en su proyecto hacia la visión del mismo. Una técnica muy empleada en el análisis de la situación inicial, es la conocida como **DAFO**, que consiste en identificar las **Debilidades**, **Amenazas**, **Fortalezas** y **Oportunidades** del Servicio o Unidad. Sobre esta situación de partida se diseñarán las líneas estratégicas. Cada línea estratégica se desarrollará a través de una serie de objetivos, con sus respectivas actuaciones para alcanzarlos, en el marco de un cronograma preciso. Es importante detallar los responsables de estas líneas estratégicas y objetivos. Se debería establecer un plan de revisión de los avances logrados.

A modo de sugerencia, el plan estratégico del Servicio o Unidad, que debe estar escrito, debería recoger al menos los siguientes apartados:

- Análisis de la situación actual del Servicio: la demanda de la asistencia, las necesidades de la población, etc., como punto de partida para la planificación.
- Identificación de los puntos fuertes y débiles, las amenazas previsibles, así como las oportunidades de mejora y ciertas acciones prioritarias a emprender (Análisis DAFO).
- Definición de la visión del servicio que se quiere llegar a dar y cómo se quiere que este sea en un futuro a medio plazo.
- Diseño de la estrategia a seguir a medio-largo plazo (3-5 años) para avanzar hacia la visión del Servicio.
- Definición de:
 - Las líneas estratégicas prioritarias (habitualmente un número muy reducido, de 5 a 10).
 - Objetivos
 - Estratégicos: grandes, importantes, generales, de largo plazo, que afectan a la globalidad del Servicio/Unidad: remodelaciones arquitectónicas, posicionamiento del Servicio ante la comunidad científica en un aspecto importante, etc.
 - Tácticos: intermedios, de mediana complejidad y/o dificultad para conseguirlos, que afectan a un área determinada o a un grupo de profesionales: alianzas con otros Servicios, estancia de profesionales en otros países para adquirir habilidades y/o destrezas en un aspecto que provocará un cambio importante; por ejemplo en la cartera del Servicio, modificaciones en la organización funcional, etc.

- Operativos: consecución de metas concretas: introducción de una nueva técnica, incorporación de un protocolo, adquisición de conocimientos en un aspecto concreto, determinado por alguno de los profesionales del equipo, etc.
- Acciones a realizar para alcanzar los objetivos.
- Responsables de estas acciones.
- Plazos para la realización de las acciones operativas, tácticas y estratégicas.
- Fechas para la revisión de la planificación.

BAREMACIÓN

1. No existe este documento.
2. Existe pero describe de forma inadecuada o insuficiente el plan estratégico.
3. Existe y es correcto.
4. Existe, es correcto, se ha difundido y es de uso común en el Servicio.

C.2. El Servicio o Unidad dispone de un programa de calidad

C.2.1. Existe un programa de calidad (O)

GUÍA

El Servicio debe disponer de un programa de calidad escrito, con el objetivo de promover una asistencia de calidad, segura y eficiente.

Su elaboración se sustentará en la misión y visión del Servicio/Unidad, así como en la cartera de servicios y sus procesos clínicos.

En el programa se prestará especial atención a la prevención, detección, corrección y seguimiento de las consecuencias indeseadas o efectos adversos de la asistencia (errores diagnósticos, complicaciones, reclamaciones). Se considera imprescindible disponer de un plan de evaluación de resultados (autoevaluación, sesiones clínicas de morbimortalidad, etc.) y de un plan de auditorías (internas y externas). El programa de calidad debe tener asegurada su continuidad en el tiempo con un sistema de mejora continuada, centrado esencialmente en el análisis de los efectos adversos de la asistencia, en la revisión de los procedimientos y de las infraestructuras.

Ese programa puede ser un apartado del manual de organización o del plan funcional general del Servicio/Unidad o un documento específico (manual de calidad).

BAREMACIÓN

1. No existe un programa de calidad escrito.
4. Existe un programa de calidad escrito.

C.2.2. El programa de calidad está implantado y evaluado (R)

GUÍA

El programa de calidad ha sido correctamente escrito, pero además está implantado y ha sido evaluado al menos una vez. Para su desarrollo deberá disponerse de un plan de comunicación y de formación en aspectos de calidad para los profesionales del Servicio. En la evaluación se buscarán evidencias. Por ello, se comprobará la existencia de actas de las reuniones, se realizarán entrevistas a los profesionales y se revisarán los documentos resultados del proceso de autoevaluación o auditoría interna.

BAREMACIÓN

1. Existe un programa de calidad pero no está implantado y no se ha evaluado.
2. Existe un programa de calidad, solo parcialmente implantado y no evaluado.
3. Existe un programa de calidad, implantado pero no evaluado.
4. Existe un programa de calidad implantado y evaluado.

C.3. Existe un responsable del programa de calidad (O)

GUÍA

Debe haber garantía documental de la existencia de un responsable del programa de calidad del Servicio/Unidad y estar claramente descritos los requisitos mínimos de cualificación y experiencia que debe tener, grado de dedicación y responsabilidades: control, custodia y actualización de la documentación, de la monitorización de la actividad y calidad, de las evaluaciones o auditorías internas, etc.

La documentación referente al responsable de calidad debería permitir verificar los siguientes aspectos:

- Identificación de la persona responsable.
- Definición de los requisitos de competencias y capacidades (el perfil de competencias del puesto de coordinador de calidad).
- Definición de sus funciones.
- El responsable acredita cumplir con este perfil de competencias.
- El responsable acredita realizar competentemente las funciones que le corresponden.

BAREMACIÓN

1. No hay evidencias suficientes de que exista un responsable de calidad del Servicio o Unidad.
4. Hay evidencias suficientes de que existe un responsable de calidad del Servicio o Unidad.

C.4. El programa de calidad está orientado al paciente (O)

GUÍA

En el Servicio se ha diseñado una estructura organizativa, se ha establecido un plan de gestión por procesos y se ha definido un sistema de mejora continuada orientados al paciente, con el objetivo de facilitar su acceso a la asistencia, de evitarle molestias, de protegerle de las deficiencias del sistema y de favorecer la continuidad de la atención a través de sus diferentes niveles. Deberá garantizarse la autonomía del paciente y promover su participación en el proceso asistencial, mediante el consentimiento informado de todas las actuaciones diagnósticas o terapéuticas en que sea necesario.

Para este criterio se sugiere que se cumplan al menos los siguientes aspectos:

- Existe garantía documental de la participación del paciente y/o su familia en las decisiones clínicas de acuerdo con los derechos y obligaciones reflejados en la Ley de Sanidad y la de Autonomía del Paciente. Específicamente, el evaluador comprobará que se facilita el consentimiento informado para la realización de pruebas diagnósticas y procedimientos terapéuticos.
- El diseño del servicio y los procesos están basados principalmente en el conocimiento de las necesidades de los pacientes del Servicio o Unidad. Se buscarán evidencias de que se han realizado ajustes organizativos (procedimientos, protocolos, sistemáticas de trabajo, etc.) o modificaciones estructurales o de las instalaciones destinadas a evitar al paciente molestias derivadas del funcionamiento del servicio.
- Muy especialmente, se investigará si existen procedimientos para facilitar al paciente la continuidad asistencial.

BAREMACIÓN

1. No se cumple.
4. Se cumple.

C.5. Se define la cartera de clientes (R)

GUÍA

El Servicio debe definir su cartera de clientes, considerando como tales no sólo los pacientes y sus familiares, sino también los propios profesionales del Servicio (por ejemplo, cuando se soliciten entre sí formalmente interconsultas o la realización de una técnica), los de otros niveles asistenciales, los de otros hospitales y la propia dirección del centro.

Es importante reconocer en esta relación de clientes a los profesionales de otros servicios del hospital que solicitan interconsultas o remiten pacientes y a los profesionales y responsables de los distritos de Atención Primaria (AP).

La cartera de clientes debe establecerse en función de las características del centro. En concreto, en los centros privados, podría incluirse como clientes, además de los pacientes, a las compañías de seguros médicos, empresas y otras instituciones, cuando se les preste servicio. Sin embargo, es poco habitual que la asistencia primaria sea cliente de los centros privados.

Debería existir un documento que contenga una relación de los clientes del Servicio o Unidad, así como las principales características de los mismos. Dicho documento debería contener, además, el modo en que esta información se ha obtenido y la fecha de la última actualización.

BAREMACIÓN

1. No se ha definido una cartera de clientes.
2. Existe pero está incompleta.
3. Existe, está completa y detallada.
4. Existe una cartera de clientes, completa y se actualiza cada año.

C.6. El Servicio o Unidad tiene en cuenta la «voz del cliente» (R)

GUÍA

El Servicio/Unidad debería recoger de un modo sistemático la opinión de los clientes y así diseñar el mapa de necesidades y expectativas que debe cubrir. Cada cliente tiene unas necesidades prioritarias y el conjunto de todas ellas marca de manera bastante precisa qué es lo que debe hacer y cuál es la razón de ser del Servicio.

También se debe conocer cuál es la opinión que tienen del Servicio los potenciales clientes (no solo la que tienen tras haber sido atendidos: satisfacción percibida, por ejemplo, sino también la que tienen a priori, o sea, los que pueden ser clientes en el futuro). El diseño de todo esto es lo que se denomina «Conocimiento del cliente» y es un aspecto fundamental para el diseño de Servicios que pretendan satisfacer las necesidades de sus clientes.

Debe existir un procedimiento en el que:

- Se especifique cómo se obtiene el conocimiento de la opinión, necesidades y expectativas de los clientes de la Unidad o Servicio.
- Se haga referencia a la totalidad de los clientes (no sólo a los pacientes).
- De forma adicional sería importante que las necesidades y expectativas de los clientes se presentaran con un orden de prioridades.
- El documento debería establecer el modo en que esta información se aplica al diseño organizativo de la prestación del servicio.

BAREMACIÓN

1. No existe el procedimiento.
2. Existe el procedimiento pero no se refiere a la totalidad de los clientes.
3. Existe el procedimiento, se refiere a todos los clientes y está actualizado.
4. Además, se establece el modo en que esta información se aplica al diseño de la prestación del servicio.

C.7. El Servicio o Unidad dispone de un programa de seguridad del paciente (O)

GUÍA

El Servicio ha diseñado un programa de seguridad del paciente que incluye la prevención y detección de efectos adversos, especialmente (aunque no exclusivamente) los relacionados con el uso de fármacos, infecciones nosocomiales, transfusión de hemoderivados y complicaciones de procedimientos diagnósticos o terapéuticos. Debería disponerse de un catálogo (mapa de riesgos) de todas estas consecuencias adversas de la práctica asistencial. Debe existir un registro de todas las incidencias que puedan repercutir en la seguridad del paciente y un plan preventivo de los principales tipos de complicaciones. Es aconsejable que se disponga de un procedimiento escrito con recomendaciones para afrontar la información sobre estas complicaciones al paciente y a su familia. Se debe establecer un protocolo para el análisis y respuesta a las reclamaciones.

El evaluador dará por bueno este criterio también si existe un programa general del centro en el que el Servicio/Unidad esté incluido.

BAREMACIÓN

1. No existe un programa escrito de seguridad de los pacientes que incluya la prevención y detección de efectos adversos.
4. Se dispone de un programa preventivo, de detección y de un registro de efectos adversos y además existe un procedimiento de análisis y de acciones para su resolución.

C.8. Existe un plan de auditoría interna sobre el programa de calidad del Servicio (R)

GUÍA

El Servicio dispone de un plan de auditoría interna destinado a evaluar el cumplimiento del programa de calidad. Para ello se programará el análisis de resultados y de indicadores de calidad. Se revisará el estado de implantación de los diferentes procesos operativos y asistenciales. Es importante la percepción de los diferentes grupos de clientes. Debe registrarse el resultado de esta auditoría.

BAREMACIÓN

1. No se dispone de un programa de auditoría interna.
2. Existe este programa, pero no se ha aplicado.
3. Se ha aplicado el programa pero de modo irregular y sólo parcialmente se han registrado los resultados.
4. El programa de auditoría está elaborado y es plenamente aplicado.

D. PERSONAS

D.1. Están definidos los perfiles de competencia profesional ajustados al puesto de trabajo (mapa de competencias profesionales), basados en conocimientos, habilidades y actitudes (R)

GUÍA

En una Unidad o Servicio de Hepatología deberían definirse los distintos perfiles de competencia de los profesionales que en él se encuentran integrados (facultativos con formación en Hepatología, enfermeras con experiencia en el cuidado de pacientes con enfermedades hepáticas, auxiliares de enfermería, técnicos administrativos, etc.).

Cada puesto de trabajo en el Servicio o Unidad debe estar definido y documentado, tanto en las funciones y tareas que conlleva como en los requerimientos de competencia profesional (conocimientos, habilidades y experiencia) que necesita la persona que lo ocupa para que su labor sea eficaz.

BAREMACIÓN

1. No existe una definición de los puestos de trabajo del Servicio ni las competencias del profesional que los va a ocupar.
2. Se han definido los puestos de trabajo del Servicio pero no se ha elaborado el mapa de competencias correspondiente.
3. Se han definido los puestos de trabajo del Servicio y se ha elaborado el mapa de competencias.
4. Existe documentación del grado de adecuación de cada profesional al puesto de trabajo que ocupa, con arreglo a su definición y al mapa de competencias del Servicio.

D.2. Están definidas las responsabilidades de los profesionales del Servicio o Unidad (O)

GUÍA

Deberían definirse de forma documental las funciones y responsabilidades concretas de cada persona que desempeña su labor en el Servicio o Unidad. En el criterio D.1, esta definición era teórica (lo que debería saber y poder hacer, etc.) en este criterio es una definición práctica: lo que debe hacer y de lo que es responsable cada cual, teniendo en cuenta el puesto que ocupa, su capacitación profesional y la aceptación de la responsabilidad por parte del profesional.

BAREMACIÓN

1. No se cumple.
4. Se cumple.

D.3. Se planifican y realizan actividades dirigidas a conocer las necesidades formativas del personal del Servicio o Unidad (R)

GUÍA

Se ha diseñado un modo de conocer los conocimientos y habilidades del personal del Servicio/Unidad, contrastándolos con los perfiles de competencia del puesto que ocupan. Este procedimiento se aplica al menos anualmente.

BAREMACIÓN

1. No existe ningún modo de evaluación del perfil de formación de los profesionales.
2. Existe un procedimiento diseñado pero no existe evidencia de que se aplique.
3. Existe y se aplica el procedimiento, conociéndose el perfil de formación de los profesionales.
4. Se conoce el perfil de formación de los profesionales y se compara con el perfil de competencias del puesto de trabajo que ocupa, obteniéndose el mapa de necesidades de formación de los profesionales del Servicio.

D.4. Existe un plan de formación del personal del Servicio o Unidad (R)

GUÍA

Debe existir un plan escrito de formación anual, individual y general, basado en las necesidades de formación de las personas que trabajan en el Servicio o Unidad. Este plan es de contenidos teóricos y prácticos.

Se distinguen al menos cuatro ámbitos de formación:

1. Habilidades y conocimientos técnicos profesionales (propios de la capacitación profesional).
2. Habilidades técnicas no clínicas (manejo de ordenador, presentación en público, gestión del trabajo, trabajo en equipo, negociación, comunicación con el paciente y técnicas de entrevista clínica, resistencia al estrés, etc.).
3. Conocimiento del Servicio o Unidad: de sus características, funcionamiento y resultados.
4. Conocimientos en gestión y calidad: todos los profesionales deben estar familiarizados con los conceptos, terminología, lenguaje y significado de lo relativo a la gestión y la calidad.

BAREMACIÓN

1. No existe ningún plan diseñado, o bien la formación que recibe el personal no responde a ningún plan, ni a la evaluación de sus necesidades de formación.
2. Existe un plan de formación diseñado para las personas, a partir de sus necesidades de formación.
3. El plan de formación se ejecuta.
4. El plan de formación se evalúa y actualiza anualmente.

D.5. Existe un plan de acogida de los nuevos profesionales que se incorporan al Servicio o Unidad (O)

GUÍA

Debería diseñarse un procedimiento de acogida para los nuevos facultativos que se incorporan a un Servicio o Unidad, de modo que conozcan las características del mismo, su funcionamiento y sus resultados, así como las funciones y competencias que el profesional debe desempeñar en su puesto de trabajo y en el Servicio o Unidad en general.

BAREMACIÓN

1. No existe.
4. Existe.

D.6. El Servicio o Unidad dispone de un programa integrado de comunicación

GUÍA

Este apartado es clave en un proceso de acreditación, puesto que gestionar adecuadamente la comunicación a todos los niveles es un elemento necesario para que la asistencia sea de calidad y satisfactoria.

La gestión de la comunicación del Servicio o Unidad supone el diseño de cómo la información que se genera durante la actividad del Servicio, se recopila, ordena y distribuye de una forma adecuada y con un objetivo o un fin definido. Todo ello requiere, evidentemente, un sistema de manejo de la información y su posterior comunicación que se denomina «Sistema de Información y Comunicación».

Un programa integrado de comunicación es el que define al menos los siguientes aspectos:

- A quién va dirigida la información.
- Qué información se va a administrar.
- El formato de dicha información.
- El momento de transmitirla.
- El lugar de la información.
- El responsable de suministrarla.
- El registro de que la comunicación se ha realizado.
- El modo en que el procedimiento se evalúa.

El programa debería incluir en su diseño al menos los siguientes tipos y subtipos de comunicación:

- Comunicación interna:
 - Horizontal:
 - Comunicación dentro del propio equipo, Unidad o Servicio.
 - Comunicación entre otros profesionales, Unidades o Servicios del mismo hospital.

- Vertical:
 - Ascendente: con la dirección del hospital, autoridades sanitarias y agentes políticos.
 - Entre niveles: atención primaria, salud pública, preventiva, etc.
- Comunicación externa: comunicación con otros profesionales, Unidades o Servicios de otros hospitales o centros sanitarios, con pacientes y entorno familiar de los mismos.

Este criterio se despliega en otros 4 subcriterios:

D.6.1. Existe un programa de comunicación interna horizontal (R)

GUÍA

Debe especificarse en un documento cómo se comunican los miembros del Servicio o Unidad entre sí (reuniones de trabajo, tablón de anuncios, buzón de sugerencias, etc.) y con los otros profesionales de la organización (hojas de intercomunicación, sesiones conjuntas, cumplimentación de solicitudes de pruebas, etc.), así como el modo en que se registra y se analiza esta información.

BAREMACIÓN

1. No existe el programa.
2. El programa está diseñado.
3. El programa está implantado (en funcionamiento).
4. El programa se ha evaluado al menos en una ocasión.

D.6.2. Existe un programa de comunicación interna vertical (R)

GUÍA

Debe especificarse en un documento cómo se comunican el Servicio o Unidad con el resto de miembros de la organización, tanto en sentido ascendente (dirección, administración, etc.) como en sentido descendente (por ejemplo con AP), así como el modo en que se registra y se analiza esta información.

BAREMACIÓN

1. No existe el programa.
2. El programa está diseñado.
3. El programa está implantado (en funcionamiento).
4. El programa se ha evaluado al menos en una ocasión.

D.6.3. Existe un programa de comunicación externa con otros profesionales (R)

GUÍA

Debería especificarse en un documento cómo se comunican el Servicio o Unidad con otros profesionales del sistema que no pertenecen al centro o que trabajan en otras áreas de salud (sesiones provinciales o interhospitalarias, intercambio de indicadores y resultados, cooperación en programas asistenciales..), así como el modo en que se registra y se analiza esta información.

BAREMACIÓN

1. No existe el programa.
2. El programa está diseñado.
3. El programa está implantado (en funcionamiento).
4. El programa se ha evaluado al menos en una ocasión.

D.6.4. Existe un programa de comunicación externa con pacientes y familias (R)

GUÍA

Debe especificarse en un documento cómo el Servicio o Unidad se comunica e informa a los pacientes y familiares (especificar sobre qué enfermedades, los documentos para información, sobre qué se informa, quién los entrega, etc.), así como el modo en que se registra y se analiza esta información.

BAREMACIÓN

1. No existe el programa.
2. El programa está diseñado.
3. El programa está implantado (en funcionamiento).
4. El programa se ha evaluado al menos en una ocasión.

D.7. Están definidas las responsabilidades de los diferentes profesionales del Servicio o Unidad

D.7.1. Existe un responsable del Servicio/Unidad (O)

GUÍA

El Servicio o Unidad deberá contar con un responsable, específicamente designado para ella, con nombramiento oficial.

BAREMACIÓN

1. No se cumple.
4. Se cumple.

D.7.2. El responsable del Servicio o Unidad cumple con los requisitos profesionales definidos por la Asociación Española para el Estudio del Hígado (O)

GUÍA

El responsable del Servicio/Unidad deberá ser médico especialista en Aparato Digestivo y/o Medicina Interna y cumplir los requisitos elaborados por la Asociación Española para el Estudio del Hígado (AEEH) para su acreditación como hepatólogo en el marco del Área de Capacitación Específica (ACE) en Hepatología. De forma transitoria y hasta que el ACE no sea aprobada, este segundo requisito no es de aplicación a efectos de acreditación.

BAREMACIÓN

1. No se cumple.
4. Se cumple.

D.7.3. Existe un número adecuado de facultativos con la cualificación precisa para garantizar, en tiempo y forma, las actividades asistenciales, docentes y de investigación del Servicio o Unidad (O)

GUÍA

El Servicio o Unidad debe contar con un número adecuado de facultativos y deberán estar adecuadamente cualificados. Este número podrá variar en función del número total de facultativos del Servicio o departamento en que se encuentre integrado y de la actividad asistencial desarrollada, pero se estima que al menos debe corresponder a un 25% del total de especialistas de aparato digestivo del hospital (ver Manual de Acreditación de Profesionales).

BAREMACIÓN

1. No se cumple.
4. Se cumple.

D.7.4. El Servicio/Unidad debe disponer de personal médico para garantizar la realización de los estudios complementarios que se consideren propios (O)

GUÍA

Cuando el Servicio/Unidad realice técnicas específicas diagnósticas o terapéuticas, debe garantizarse la disponibilidad de un número de facultativos adecuado, con la capacitación correspondiente, para la realización de cada una de ellas, en función de la demanda efectiva.

BAREMACIÓN

1. No se cumple.
4. Se cumple.

D.7.5. Existe un número suficiente de otro personal (de enfermería, otros especialistas, etc.) para desarrollar la actividad del Servicio (O)

GUÍA

El Servicio/Unidad o el hospital debe contar con un número adecuado de personal de enfermería para el cuidado de los pacientes hospitalizados, sometidos a exploraciones complementarias o atendidos en régimen de consulta externa. Cuando sea precisa la colaboración con otros especialistas (anestesia, intensivistas, etc.), deben existir evidencias de que se establecen las conexiones interdisciplinarias oportunas.

BAREMACIÓN

1. No se cumple.
4. Se cumple.

E. ALIANZAS Y RECURSOS

E.1. Se dispone de una estructura física adecuada para la atención de pacientes y familiares

E.1.1. Los accesos para los pacientes son adecuados (R)

GUÍA

Los accesos de pacientes a los Servicios/Unidades deberán estar exentos de barreras arquitectónicas y estarán disponibles los medios necesarios para el transporte de enfermos que no puedan hacerlo por sí mismos: camillas, sillas de ruedas, etc.

BAREMACIÓN

1. Los accesos de pacientes son inadecuados.
2. Los accesos de pacientes son suficientes, pero existen barreras arquitectónicas importantes y/o los medios de transporte son inadecuados o insuficientes.
3. Los accesos de pacientes son suficientes, pero existe alguna barrera arquitectónica y/o los medios de transporte son inadecuados o insuficientes.
4. Los accesos de pacientes son suficientes, sin barreras arquitectónicas y los medios de transporte son adecuados y suficientes.

E.1.2. El Servicio/Unidad dispone de un sistema que garantiza la información al paciente y su familia (O)

GUÍA

El Servicio/Unidad cuenta con un sistema que garantiza la información al paciente y su familia sobre los servicios, la organización y funcionamiento de la misma.

BAREMACIÓN

1. No se dispone de un sistema para garantizar la información al paciente y su familia sobre los servicios, la organización y funcionamiento de la Unidad.
4. Se dispone de un sistema para garantizar la información al paciente y su familia sobre los servicios, la organización y funcionamiento de la Unidad.

E.1.3. Existe un área de observación con sala espera de pacientes (O)

GUÍA

El Servicio/Unidad debe disponer de un área que permita la observación de pacientes. Esta no tiene por qué ser exclusiva de la Unidad, puede ser del hospital.

BAREMACIÓN

1. No existe área de observación.
4. Existe área de observación de pacientes.

E.1.4. El área de observación dispone de instalaciones y equipamiento apropiados (O)

GUÍA

El área de observación de pacientes debe tener las instalaciones y dotación de equipamiento suficientes para garantizar una buena asistencia. Dispondrá, como mínimo de:

- Oxígeno.
- Tomas de vacío.
- Tomas eléctricas.
- Perfusores.
- Monitorización no invasiva (ECG, TA, pulsioximetría).
- Iluminación adecuada.
- Carro de parada accesible.
- Climatización adecuada.

BAREMACIÓN

1. El área de observación no dispone de las instalaciones y dotación suficientes, se encuentran en mal estado o no han sido revisadas convenientemente.
4. El área de observación dispone de las instalaciones y dotación suficientes, en buen estado y revisadas.

E.1.5. La sala de espera de pacientes es adecuada (R)

GUÍA

El Servicio/Unidad dispondrá en la zona de consultas externas de una sala de espera de pacientes con el suficiente confort y comodidad.

BAREMACIÓN

1. No se dispone de una sala de espera.
2. Se dispone de una sala de espera pero de tamaño insuficiente.
3. Se dispone de una sala de espera, de tamaño suficiente, pero no es confortable.
4. Se dispone de una sala de espera, de tamaño suficiente, cómoda y confortable.

E.1.6. Existe una sala de pacientes críticos convenientemente acondicionada (O)

GUÍA

Aunque no tiene por qué ser exclusiva de la Unidad, ésta debe disponer de una sala de pacientes críticos con la dotación adecuada.

Debe tener las instalaciones y dotación de equipamiento suficientes para garantizar una buena asistencia. Dispondrá, como mínimo de:

- Oxígeno.
- Tomas de vacío.
- Tomas eléctricas.
- Perfusores.
- Monitorización no invasiva (ECG, TA, pulsioximetría).
- Iluminación adecuada.
- Carro de parada in situ.
- Posibilidad de ventilación mecánica.
- Posibilidad de monitorización invasiva.
- Climatización adecuada.

BAREMACIÓN

1. No se dispone de una sala de pacientes críticos, no está adecuadamente dotada, los equipos no han sido revisados periódicamente o no se encuentran en buen estado.
4. Se dispone de una sala de pacientes críticos, adecuadamente dotada, con equipos revisados periódicamente y en buen estado.

E.1.7. Existen habitaciones de aislamiento adecuadas (R)

GUÍA

El Servicio/Unidad debe disponer de espacios adecuados de aislamiento de pacientes. No tienen por qué ser de uso exclusivo de la Unidad, pueden ser del hospital.

BAREMACIÓN

1. No existen habitaciones de aislamiento.
2. Existen pero en número insuficiente.
3. Existen en número suficiente pero no son adecuadas.
4. Existen en número suficiente y son adecuadas.

E.1.8. Existe un área de atención a pacientes ambulatorios en el hospital o en centros periféricos de especialidades

E.1.8.1. Existen despachos apropiados para consultas médicas (O)

GUÍA

El Servicio/Unidad debe disponer de salas de consultas médicas adecuadas y en número suficiente. Como dotación mínima, el evaluador comprobará que cuentan al menos con:

- Camilla.
- Iluminación adecuada.
- Manómetro de tensión arterial, termómetro, báscula.
- Mesa, sillas, etc.

BAREMACIÓN

1. No se dispone de suficientes salas de consulta, o no están adecuadamente dotadas.
4. Existen suficientes salas de consulta y están adecuadamente dotadas.

E.1.8.2. Existen consultas de enfermería (R)

GUÍA

El Servicio/Unidad debería disponer de consultas de enfermería. Los despachos o salas no tienen por qué ser exclusivos para este uso y pueden ser compartidas por otros profesionales para actividades diferentes, pero los despachos deben ser adecuados y en número suficiente. Como dotación mínima, deberán contar al menos con:

- Camilla.
- Material de curas y administración de medicación.

BAREMACIÓN

1. No existen despachos para consulta de enfermería.
2. Existe un número insuficiente de despachos para consulta de enfermería.
3. Existen suficientes despachos, pero no están bien dotados.
4. Existen suficientes despachos de enfermería y todos ellos están bien dotados.

E.1.9. Existen salas acondicionadas para la realización de estudios y técnicas complementarios (O)

GUÍA

El Servicio/Unidad debe disponer de salas adecuadas para la realización de estudios/técnicas complementarios y en número suficiente. Es necesario que se disponga de estos medios, pero pueden ser dependientes de otros Servicios del hospital; en ese caso, la dotación de la sala dependerá de cuál sea el uso que le dé el Servicio de quien depende la sala.

En general, pueden figurar en la cartera de servicios del Servicio/Unidad de Hepatología los siguientes procedimientos: ecografía, ecodoppler, biopsia hepática percutánea, biopsia hepática transvenosa, hemodinámica hepática, colocación de TIPS, elastografía, gastroscopia, escleroterapia, ligadura de varices. Sin embargo, algunos de estos procedimientos pueden ser realizados por otros Servicios (del mismo hospital o de otro). Debe comprobarse que las instalaciones y el material disponible para prestar los servicios que oferta la Unidad/Servicio son adecuados.

BAREMACIÓN

1. No existen salas adecuadas para los estudios/las técnicas que la Unidad/Servicio tiene en su cartera de servicios.
4. Se dispone de salas adecuadas para los estudios/técnicas que la Unidad/Servicio tiene en su cartera de servicios.

E.1.10. Se dispone del apoyo de Servicios Generales o Centrales (O)

GUÍA

El Servicio/Unidad deberá contar con el apoyo de Servicios Generales. Estos pueden ser propios del hospital o concertados por el mismo (en ocasiones, estas prestaciones pueden depender del propio Servicio/Unidad). El evaluador buscará evidencias de que los servicios de soporte al diagnóstico o tratamiento están garantizados, cualquiera que sea el proveedor de los mismos. Como mínimo debe estar asegurado el acceso a:

- Laboratorios: bioquímica, hematología, inmunología, microbiología (incluyendo serologías, virología).
- Ecografía/doppler.
- Anatomía Patológica.
- Radiología intervencionista.
- Hemodinámica.
- Tomografía axial computerizada.
- Resonancia magnética.
- Endoscopias.
- Quirófanos.
- Reanimación/UCI.

BAREMACIÓN

1. No se dispone de apoyo de todos los Servicios Generales necesarios.
4. Se dispone de los Servicios Generales necesarios o se dispone de las técnicas necesarias en la propia Unidad.

E.1.11. Existen salas de espera de familiares debidamente acondicionadas (R)

GUÍA

El Servicio/Unidad debe disponer de salas de espera de familiares adecuadas en amplitud y comodidad.

BAREMACIÓN

1. No se dispone de una sala de espera.
2. Se dispone de una sala de espera, pero de tamaño insuficiente.
3. Se dispone de una sala de espera, de tamaño suficiente, pero no es confortable.
4. Se dispone de una sala de espera, de tamaño suficiente, cómoda y confortable.

E.1.12. Existe un área de hospitalización adecuada.

E.1.12.1. El Servicio/Unidad dispondrá de un número proporcionado de camas de hospitalización convencional (O)

GUÍA

El Servicio/Unidad dispondrá de un número de camas suficientes para la hospitalización en régimen convencional o de estancia corta de los pacientes con enfermedades hepáticas de su zona de referencia. Estas camas deben estar ubicadas preferentemente en un módulo de hospitalización, para facilitar la implantación de los procesos asistenciales, pero podrían estar distribuidas por otras zonas por razones logísticas o de política hospitalaria.

Se entiende por cama de hospitalización convencional la instalada en una habitación individual o compartida, con personal médico y de enfermería vinculado a su cuidado. El número de camas asignado a la Unidad/Servicio deberá basarse en la ocupación del Servicio en los años anteriores (medias, mínimas y máximas) y en las previsiones de actividad de los próximos años.

El evaluador comprobará que el número de camas disponibles por el Servicio es adecuado.

BAREMACIÓN

1. No existe un número adecuado de camas.
4. Existe un número adecuado de camas.

E.1.12.2. La superficie de las habitaciones es la apropiada para una correcta atención sanitaria (R)

GUÍA

La situación óptima es la de habitaciones individuales con armario y aseo incluido en la misma. El evaluador comprobará que las habitaciones disponen del espacio suficiente para una correcta y digna atención a los pacientes hospitalizados en ella.

BAREMACIÓN

1. La superficie de las habitaciones es claramente insuficiente.
2. Existen algunas habitaciones con superficie apropiada.
3. La mayoría (> 80%) de las habitaciones tienen superficie apropiada.
4. La superficie de todas las habitaciones es apropiada.

E.1.12.3. La dotación de las habitaciones es adecuada (O)

GUÍA

El Servicio/Unidad debe disponer de habitaciones para hospitalización de pacientes con una dotación mínima de:

- Aseo.
- Toma de oxígeno.
- Toma de vacío.
- Mobiliario (cama, armario, mesilla).
- Climatización.

BAREMACIÓN

1. Las habitaciones no tienen la dotación mínima exigida para cada paciente.
4. Las habitaciones tienen la dotación mínima exigible para cada paciente.

E.1.12.4. Existen habitaciones de aislamiento de pacientes en número suficiente (R)

GUÍA

El Servicio/Unidad debe disponer de la posibilidad de utilizar habitaciones de aislamiento de pacientes adecuadas, estén ubicadas o no en la misma área física y en número suficiente para atender distintas situaciones clínicas:

- Pacientes con infecciones transmisibles por vía inhalatoria o fecal-oral.
- Infectados por patógenos multirresistentes.
- Terminales.
- Agresivos.
- Inmunodeprimidos.

El Servicio debe disponer de al menos una sala en la que se pueda realizar adecuadamente un aislamiento de un paciente. Estas salas pueden ser destinadas a usos diversos, aunque deben estar claramente identificadas y ser adecuadas para esta finalidad, cuando se requiera.

El aislamiento físico de pacientes con patología infecciosa debe reunir una serie de requisitos como los flujos de ventilación y equipamiento adecuados para evitar la contaminación de otras áreas.

BAREMACIÓN

1. No existen habitaciones de aislamiento.
2. Existen habitaciones de aislamiento, pero no en suficiente número.
3. Existe suficiente número de habitaciones de aislamiento, pero no dependen de la Unidad/Servicio.
4. El número de habitaciones de aislamiento es suficiente y dependen de la Unidad / Servicio.

E.1.12.5. Existen despachos específicamente destinados a la atención e información de los familiares de los pacientes (R)

GUÍA

El Servicio/Unidad debe disponer de despachos destinados a la atención e información de los familiares de los pacientes, aunque puedan tener otros usos alternativos. Estos despachos deben ser cómodos y garantizar la suficiente intimidad y confidencialidad de la información.

BAREMACIÓN

1. No se dispone de despachos para la atención de los familiares de los pacientes.
2. Se dispone de despachos, pero no permiten la intimidad y confidencialidad.
3. Se dispone de despachos con suficiente intimidad y confidencialidad, pero son incómodos.
4. Los despachos son cómodos y permiten intimidad y confidencialidad.

E.1.13. Existe un área adecuada de hospitalización de día (R)

GUÍA

El Servicio/Unidad debería tener garantizado el tratamiento de los pacientes que lo precisen en un área destinada a la hospitalización de día. Este área debería contar con una dotación mínima de:

- Tomas eléctricas.
- Oxígeno.
- Perfusor.
- Monitorización simple (manómetro, termómetro, pulsioxímetro).
- Aseo.

BAREMACIÓN

1. No se dispone de área de hospitalización de día.
2. Se dispone de área de hospitalización de día, pero no disponen de la dotación mínima.
3. Se dispone de área de hospitalización de día y dispone de la dotación mínima.
4. Se dispone de área de hospitalización de día y está excelentemente dotada.

E.2. Se dispone de una estructura física adecuada, servicios, dependencias e instalaciones, para el uso por el personal sanitario

E.2.1. Existen despachos de trabajo adecuados para los facultativos (R)

GUÍA

El Servicio/Unidad debe disponer de despachos adecuados de trabajo para los facultativos, en un número mínimo de uno por cada dos facultativos especialistas y estarán dotados al menos con:

- Mesa.
- Ordenador.
- Sillas.
- Iluminación adecuada.

BAREMACIÓN

1. No existen despachos de trabajo para los especialistas.
2. Existen despachos de trabajo pero su número es inferior a uno por cada dos especialistas.
3. Existen despachos de trabajo suficientes, pero inadecuadamente dotados.
4. Existen despachos de trabajo bien dotados y en número suficiente.

E.2.2. Existe una sala de estar adecuada para el personal (R)

GUÍA

El Servicio/Unidad debería tener una sala de estar del personal adecuada para su uso en reuniones, encuentros o entrevistas necesarios en la normal actividad de la Unidad/Servicio. Contará con espacio, mobiliario e iluminación suficientes.

BAREMACIÓN

1. No hay sala de estar.
2. Hay sala de estar pero es inadecuada.
3. Hay sala de estar y es adecuada.
4. Hay sala de estar y es excelente.

E.2.3. Existe una sala apropiada para el descanso del personal facultativo durante el turno nocturno (R)

GUÍA

El Servicio/Unidad debe disponer de una sala con las características recomendables (dimensiones, iluminación y mobiliario adecuados) para el descanso del personal facultativo en turno nocturno.

BAREMACIÓN

1. No hay sala de descanso.
2. Hay sala de descanso, pero es inapropiada.
3. Hay sala de descanso y es apropiada.
4. Hay sala de descanso y es excelente.

E.2.4. Existe un área de docencia e investigación de dimensiones y equipamiento convenientes (O)

GUÍA

El Servicio/Unidad debe disponer de aulas con capacidad para acoger todo el personal más médicos residentes y alumnos que puedan hacer sus rotaciones y pasantías en la Unidad, y estar dotadas con al menos:

- Ordenador.
- Pantalla.
- Cañón de proyección y retroproyector.
- Pizarra.

BAREMACIÓN

1. No existen aulas con capacidad suficiente y convenientemente dotadas.
4. Hay aulas con capacidad suficiente y convenientemente dotadas.

E.2.5. Se cuenta con una biblioteca adecuada (O)

GUÍA

El Servicio/Unidad debe disponer de biblioteca propia o del centro y compartida con otros Servicios. El espacio será el necesario, y deberá estar ausente de ruidos y tener una dotación mínima: luminosidad, equipos informáticos, fotocopidora, etc.

BAREMACIÓN

1. No existe biblioteca adecuadamente dotada.
4. Existe una biblioteca adecuadamente dotada.

E.2.6. Existe un espacio pertinente para el archivo y custodia de la documentación de los ensayos clínicos (R)

GUÍA

El Servicio/Unidad debe disponer de una sala con el espacio suficiente para el archivo y custodia de la documentación de los ensayos clínicos (bien en el Servicio/Unidad, en el archivo de historias clínicas o en cualquier otro lugar adecuado).

El evaluador comprobará que se archiva y custodia la documentación de manera adecuada. Solicitará que se le muestre el listado de ensayos clínicos realizados y en curso y comprobará que la documentación está claramente identificada para cada uno de ellos y custodiada de forma efectiva.

BAREMACIÓN

1. No existe sala para archivo y custodia de los documentos de los ensayos clínicos.
2. Existe sala para archivo y custodia de los documentos de los ensayos clínicos, pero es insuficiente.
3. Existe una sala para archivo y custodia de los documentos de los ensayos clínicos, pertinente para este fin.
4. Existe una sala para archivo y custodia de los documentos de los ensayos clínicos y es excelente.

E.3. Se dispone de los medios técnicos oportunos para la correcta atención a pacientes

GUÍA

En este apartado se hace referencia a las exigencias de dotación de medios técnicos: mobiliario, equipamiento electromédico e instrumental que se precisen para llevar a cabo en modo adecuado la misión del Servicio/Unidad que se trate.

E.3.1. Existe mobiliario general adecuado (O)

GUÍA

El Servicio/Unidad debe disponer de una dotación mínima de mobiliario necesaria para consultas, hospitalización, salas espera, estar, despachos y demás departamentos del Servicio/Unidad que aseguren la correcta atención a usuarios y el conveniente confort.

BAREMACIÓN

1. No existe mobiliario general adecuado.
4. Existe mobiliario general adecuado.

E.3.2. Existe mobiliario clínico apropiado (O)

GUÍA

El Servicio/Unidad debe disponer de una dotación mínima de mobiliario clínico:

- Consultas: mesa, asientos, camilla exploración, iluminación suficiente, manómetro, termómetro, báscula.
- Hospitalización: cama, mesilla, aseo, carro parada accesible, asiento para familiar y/o paciente, armario/taquilla, tomas de vacío y oxígeno.

BAREMACIÓN

1. No existe mobiliario clínico adecuado.
4. Existe mobiliario clínico adecuado.

E.3.3. Se dispone del equipamiento médico básico necesario (O)

GUÍA

El Servicio/Unidad debe disponer del equipamiento electromédico y de otro tipo necesario. Aunque el uso no tiene por qué ser exclusivo de la Unidad, ésta debe disponer de acceso a:

- Doppler-ecografía-punción/biopsia: puede ser Servicio Central.
- Monitorización no invasiva: en intermedios, observación.
- Aspiradores: uno por cama.
- Toma de oxígeno: uno por cama.
- Pulsioxímetros: uno por cada 10 pacientes.
- Bombas perfusión: una por paciente.

BAREMACIÓN

1. No existe el equipamiento básico necesario.
4. Existe el equipamiento básico necesario.

E.3.4. Se cuenta con los servicios de apoyo necesarios (O)

GUÍA

El Servicio/Unidad debe disponer de:

- Posibilidad de apoyo externo (en otros centros).
- Inmunología: HLA, autoanticuerpos.
- Microbiología: serología, virología, bacteriología.

BAREMACIÓN

1. No existe equipamiento de apoyo adecuado.
4. Existe equipamiento de apoyo adecuado.

E.3.5. Existe el conveniente equipamiento docente (R)

GUÍA

El Servicio/Unidad debe disponer de:

- Aulas con capacidad para todo el personal, médicos residentes y alumnos que puedan hacer sus rotaciones y pasantías en la Unidad.
- Ordenador.
- Pantalla.
- Cañón de proyección y retroproyector.
- Pizarra.

BAREMACIÓN

1. No existe equipamiento docente.
2. Existe equipamiento docente, pero es insuficiente.
3. Existe equipamiento docente suficiente, pero está en mal estado.
4. Existe el conveniente equipamiento docente.

E.3.6. Existe un acceso básico a textos y revistas actualizadas de la especialidad (R)

GUÍA

Puede ser suficiente que estén disponibles bien en el Servicio/Unidad o en la biblioteca del centro o acceso vía Intranet o Internet.

Debería estar garantizado el acceso como mínimo a las siguientes revistas:

- De Medicina Interna: *New England Journal of Medicine*, *The Lancet*, *Annals of Internal Medicine*, *JAMA*, *British Medical Journal*.
- Revistas de Gastroenterología-Hepatología: *Gastroenterology*, *Hepatology*, *Journal of Hepatology*, *Gut*, *American Journal of Gastroenterology*.

Como alternativa se puede admitir que se disponga de acceso a las revistas con un mayor índice de impacto en general o las 5 revistas con mayor índice de impacto.

BAREMACIÓN

1. No existe acceso a revistas y textos de la especialidad.
2. Existe acceso a revistas y textos especializados, pero es incompleto.
3. El espectro de revistas y textos especializados es amplio, pero el acceso es difícil.
4. Existe fácil acceso a revistas y textos de la especialidad y cubre las expectativas indicadas.

E.4. Se realiza la revisión y actualización reglada y sistemática de procedimientos de uso y mantenimiento del equipamiento (O)

GUÍA

El evaluador comprobará que existe constancia documental de que los equipamientos del Servicio/Unidad están debidamente revisados y que los procedimientos de utilización están actualizados. Esto puede hacerse directamente por el Servicio o bien por el encargado de mantenimiento de electromedicina del hospital; en este caso se pedirá a este último que haga constar la actualización del mantenimiento y la calibración de equipos.

BAREMACIÓN

1. No se cumple.
4. Se cumple.

E.5. El Servicio/Unidad establece alianzas con otros Servicios e instituciones (R)

GUÍA

Cada vez es más importante que los Servicios/Unidades, como cualquier organización, se ocupen no sólo de sus procesos internos, sino que incluyan en su ámbito a proveedores y otros grupos de interés. El Servicio/Unidad debe buscar alianzas que optimicen las competencias clave y aporten conocimiento y valor.

Debe comprobarse documentalmente que el Servicio/Unidad establece y mantiene alianzas de colaboración con otros Servicios (Cirugía, Microbiología, Radiología, Trasplantes, Radiología intervencionista y otros), así como con instituciones (Universidad, Asociaciones de pacientes, etc.).

BAREMACIÓN

1. No existen.
2. Existe pero se trata sólo de alianzas internas del .
3. Existen alianzas internas y externas pero sobre aspectos parciales de la actividad de la Unidad.
4. Existen y se relacionan con prioridades estratégicas de la Unidad.

F. GESTIÓN DE LOS PROCESOS

F.1. Existe un plan funcional general del Servicio/Unidad (R)

GUÍA

El Servicio o Unidad de Hepatología debe disponer de un plan de funcionamiento general, que puede denominarse también plan de gestión, en el que se realice una descripción general del Servicio y de sus diferentes secciones, del personal adscrito al mismo, de sus responsabilidades, de los recursos materiales disponibles. Debe reseñarse la cartera de servicios, la actividad asistencial que desarrolla, junto a sus planes de docencia y de investigación.

BAREMACIÓN

1. No existe un plan funcional del Servicio o Unidad.
2. Existe un plan funcional del Servicio o Unidad, pero es incompleto.
3. Existe un plan funcional del Servicio o Unidad completo.
4. Existe un plan funcional del Servicio o Unidad completo, implantado y actualizado regularmente.

F.2. El Servicio o Unidad dispone de un plan funcional para la admisión de pacientes (R)

GUÍA

El Servicio de Hepatología debe disponer de un plan de admisión de pacientes que describa su grado de implicación en la gestión del proceso de admisión. Deben definirse los grupos de pacientes que requieren ingreso a través del Servicio de Urgencias y los que son ingresados de forma programada. Deben especificarse las áreas de hospitalización destinadas a estos pacientes. Es recomendable la asignación de un número reducido de camas para programación de ingresos de corta estancia. Debe existir un registro de las solicitudes de admisión y de las fechas de resolución de las mismas.

La existencia de un código de admisión específico para el Servicio permite gestionar de modo adecuado el flujo de pacientes y los indicadores de hospitalización. Es recomendable la implicación del Servicio en la gestión de las camas asignadas a la Unidad, de modo particular en los ingresos programados.

La admisión de pacientes puede estar gestionada por la propia Unidad. En este caso, deben existir criterios preestablecidos para la admisión de pacientes. Estos deben estar escritos y aprobados por la dirección del centro.

BAREMACIÓN

1. No existe un plan de admisión de pacientes.
2. Se ha definido un plan de admisión, con criterios de ingreso urgente y programado.
3. Se ha definido un plan de admisión, con criterios de ingreso urgente y programado, que describe la implicación del servicio en la gestión de camas.
4. El plan de admisión de pacientes es completo, incluye criterios de admisión de pacientes, asignación de áreas de hospitalización, grado de implicación en la gestión de camas y existe un registro de solicitudes de ingreso.

F.3. Existe un plan funcional para las consultas

F.3.1. Existe un plan funcional para las consultas médicas (R)

GUÍA

Se ha elaborado un plan de funcionamiento para las consultas médicas, en el que se detalla la oferta asistencial: personal médico, horarios, número de pacientes previstos como primeras visitas y como consultas sucesivas. Es recomendable que se disponga de un plan para la cobertura de consultas preferentes. Se deberá reseñar en este plan la cartera de servicios en régimen de consulta externa. También debe especificarse si se dispone de una consulta externa de primer nivel donde se canalizan las derivaciones desde AP y una consulta de segundo nivel en la que se atienden pacientes con procesos de mayor complejidad.

Es recomendable disponer de un catálogo de los formularios utilizados para la solicitud de pruebas, incluyendo los perfiles de analíticas solicitadas.

Se reflejará la existencia de consultas monográficas y de modo muy especial, la disponibilidad de una consulta específica para pacientes trasplantados de hígado. Cuando se disponga de consultas monográficas debe existir un documento en el que se detalle su funcionamiento, con referencia a los horarios y el servicio prestado. Es recomendable incluir una descripción del circuito de solicitud de pruebas complementarias y una relación de la actividad de prescripción de medicación de dispensación intrahospitalaria. Se detallará la disponibilidad de las historias clínicas, de historia digital y la emisión de informes clínicos.

BAREMACIÓN

1. No existe un plan funcional de consultas médicas.
2. Existe un plan funcional de consultas médicas pero es incompleto.
3. Existe un plan funcional de consultas médicas completo.
4. Existe un plan funcional de consultas médicas completo, implantado y revisado regularmente.

F.3.2. Existe un plan funcional para las consultas de enfermería (R)

GUÍA

La disponibilidad de consultas de enfermería es un recurso que mejora en gran medida la asistencia prestada y la calidad percibida de la misma. Sin embargo este recurso depende mucho de la dimensión del Servicio o Unidad y de su infraestructura. Se estima muy recomendable la disponibilidad de consulta telefónica. La consulta de enfermería de trasplante debe coordinarse con la consulta médica y con la actividad de hospitalización.

Se recomienda la redacción de un perfil de competencias y de responsabilidades para la enfermera coordinadora de trasplante, que servirá de nexo de unión para los pacientes en estudio pretrasplante, en lista de espera, ingresados durante el proceso de trasplante y en seguimiento postrasplante.

Cuando existan consultas específicas de enfermería, debe existir un documento en el que se especifique el modo de funcionamiento de las mismas: horarios, agendas, personal médico que asiste, el circuito de las pruebas, de las historias clínicas, la documentación a utilizar, protocolos en uso y otros.

BAREMACIÓN

1. No existe un plan funcional de consultas de enfermería.
2. Se dispone de consulta de enfermería pero no está protocolizada, no existen registros de enfermería.
3. Existe un plan funcional de consultas de enfermería, con protocolos y registros, pero no se han establecido perfiles por competencias.
4. Existe un plan funcional de consultas de enfermería bien establecido, con protocolos, registros y con personal seleccionado de acuerdo a un perfil por competencias.

F.3.3. Existe un plan funcional para las salas de realización de estudios y técnicas complementarias (R)

GUÍA

Existe un documento en el que se especifica el modo de funcionamiento de las salas para la realización de estudios y técnicas complementarias: horarios, agendas, personal médico y de enfermería que asiste, el circuito de las pruebas, de las historias clínicas, la documentación a utilizar, protocolos en uso y otros. Deberían estar definidas las características técnicas mínimas exigibles, procedimientos de apoyo y criterios de uso. Debe existir un catálogo de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos que se llevan a cabo en estas salas. Para los procedimientos invasivos debe disponerse de una infraestructura adecuada y de un protocolo específico para la desinfección de los dispositivos utilizados. Es recomendable que se disponga de un plan de mantenimiento para garantizar el funcionamiento y sustitución adecuados del equipamiento. Asimismo, se recomienda la elaboración de un plan de prevención de complicaciones y efectos adversos específico para este área de trabajo.

BAREMACIÓN

1. No existe un plan funcional del área de exploraciones funcionales.
2. Existe un plan funcional, con el catálogo de procedimientos, pero limitado al uso de salas.
3. En el plan funcional se describe además el circuito de las diferentes pruebas y contiene un plan de desinfección y mantenimiento protocolizado.
4. El plan funcional es completo, incluye listado de procedimientos, protocolo de desinfección y mantenimiento y contempla un plan de seguridad para el paciente.

F.4. El Servicio o Unidad cuenta con un plan funcional para la hospitalización (O)

GUÍA

El Servicio ha elaborado un plan funcional para la hospitalización. Este plan debe definir los recursos estructurales con que cuenta para atender a los pacientes hospitalizados: habitaciones, camas, despachos médicos, salas de enfermería, almacén, sala de medicación, salas de estar para pacientes, despachos para información, etc. En este documento se reflejarán las normas generales de funcionamiento de la planta: horarios de visita médica, de información, de extracciones analíticas programadas, de servicio de comidas. Se describirán también los principales tipos de procesos asistenciales atendidos en régimen de hospitalización, la adjudicación de camas para ingresos de estancia corta, los planes de acogida y valoraciones iniciales de enfermería, los informes médicos y de enfermería al alta. Es importante delimitar los espacios para custodia de historias clínicas y exploraciones complementarias. Se destinará un espacio ordenado para los diferentes formularios y hojas clínicas utilizadas en la práctica asistencial.

BAREMACIÓN

1. No existe un plan funcional para la hospitalización.
4. Existe un plan funcional para la hospitalización.

F.5. El Servicio o Unidad gestiona los procesos clínicos

F.5.1. El Servicio dispone de un número suficiente de procesos asistenciales elaborados e implantados (O)

GUÍA

Estos procesos sistematizan la actividad asistencial de mayor prevalencia. En el conjunto de procesos clínicos desarrollados deberán incluirse al menos los correspondientes a las hepatitis virales, la cirrosis hepática y sus complicaciones, el hepatocarcinoma y el trasplante de hígado, con independencia de la ubicación física donde se lleve a cabo parte de ese proceso. Además de los procesos asistenciales, se recomienda disponer de protocolos y formularios que faciliten la homogeneidad de la práctica clínica.

El criterio exige que el Servicio/Unidad disponga de los protocolos, procedimientos generales o específicos, vías o guías de práctica adaptados al centro/hospital en un número suficiente para garantizar que los procesos clínicos más frecuentes (hepatocarcinoma, hepatitis, complicaciones de la cirrosis, trasplantes, metabólicas, y otros) y más críticos, se ejecutan con un nivel de calidad asistencial acorde con la evidencia científica disponible. Se persigue que el 80% del total de pacientes atendidos se beneficien de una actuación sistemática del equipo.

Se sugiere que los protocolos se ajusten a una versión actualizada de las guías oficiales de la AEEH, cuando existan.

Los procesos están identificados en número suficiente y están diseñados adecuadamente; para ello deben identificar al menos:

- Criterios de entrada y salida del proceso.
- Secuencia temporal de actividades.
- Identificación del lugar donde se realizará cada actividad.
- Tareas a realizar en cada paso (actividad).

- El responsable de cada actividad.
- Cómo se registra la actividad.
- Objetivos.
- Modo de monitorización o evaluación.

El listado de los protocolos, procedimientos, vías y otros desarrollados quedará reflejado en el manual de organización del Servicio/Unidad, el cual deberá estar al alcance y fácilmente disponible en el Servicio o Unidad para cualquier profesional del mismo.

BAREMACIÓN

1. No existen procesos clínicos diseñados en un número suficiente.
4. Existen procesos clínicos diseñados en un número suficiente.

F.5.2. Los procesos clínicos diseñados están implantados y han sido evaluados (R)

GUÍA

Se comprobará que los procesos clínicos diseñados se están aplicando y se han evaluado al menos una vez al año. La comprobación se realizará analizando la documentación pertinente (historia clínica, registros específicos, etc.).

Se procederá igualmente para tener evidencias de que se monitorizan los resultados y que éstos se han analizado al menos una vez al año (actas de reuniones o alguna documentación en la que conste este análisis).

BAREMACIÓN

1. Los procesos se han diseñado pero no se han implantado.
2. Existe evidencia de que se han implantado menos del 50% de los procesos diseñados.
3. Existe evidencia de que se han implantado más del 50% de los procesos diseñados.
4. Todos los procesos han sido implantados y existe evidencia de que han sido evaluados.

F.6. El Servicio o Unidad gestiona los procesos de atención enfermera (R)

GUÍA

El criterio exige disponer de los protocolos, procedimientos generales o específicos, vías o guías de práctica adaptados al centro/hospital en un número suficiente para garantizar que los procesos de enfermería más frecuentes (80% del total) y más críticos, se ejecutan con un nivel de calidad asistencial acorde con la evidencia científica disponible.

Debe elaborarse un listado de las técnicas que se realizan y debe disponerse de procedimientos y planes de cuidados escritos, consensuados al menos por el equipo del propio hospital, especificando aquellos que sean exigibles, con carácter de mínimos.

BAREMACIÓN

1. No se ha elaborado un proceso de enfermería.
2. Se dispone de un proceso de enfermería que incluye solo algunos planes de cuidados.
3. Se dispone de planes de cuidados elaborados para la mayoría de los procesos clínicos.
4. Se dispone de planes de cuidados para la mayoría de los procesos y han sido evaluados.

F.7. Se dispone de un procedimiento para el manejo de la documentación clínica (O)

GUÍA

El Servicio debe definir el modelo de historia clínica que utiliza, ya sea en formato impreso o como historia digital. Este modelo podría ser específico del Servicio o igual al utilizado en el hospital. Es recomendable que se detalle qué apartados de la historia clínica se consideran imprescindibles en su cumplimentación y qué datos se estiman obligados para su registro. Debe tenerse en cuenta en todo momento las normativas legales en vigor en relación con la historia clínica (Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica) e informe de alta (Orden Ministerial de 6 de septiembre de 1984, por la que se regula el informe de alta médica hospitalaria).

Es conveniente que exista referencia en el Servicio de la normativa del centro para la custodia, obtención y acceso a las historias clínicas. Aunque esta es una competencia también del hospital, puede ser recomendable disponer de resultados de evaluación de la comisión de historias clínicas del hospital referidos al Servicio. Debe describirse la disponibilidad de acceso on line a información de servicios de apoyo: Análisis Clínicos, Microbiología, Radiología, Anatomía Patológica.

BAREMACIÓN

1. No existe un procedimiento para el manejo de la documentación clínica.
4. Existe un procedimiento para el manejo de la documentación clínica.

F.8. Los procedimientos invasivos están protocolizados (O)

GUÍA

Debe existir un listado de los procedimientos invasivos que realiza el Servicio/Unidad. Estos procedimientos deben estar descritos en un protocolo que incluya las indicaciones, contraindicaciones, material necesario y el procedimiento en sí para su realización. Es imprescindible disponer de un consentimiento informado para cada uno de ellos, que deben quedar archivados para su consulta y auditoría. Este catálogo de procedimientos invasivos puede variar de unos Servicios a otros, pero al menos debe incluir los siguientes:

- Biopsia hepática percutánea bajo control ecográfico.
- Biopsia con aguja fina bajo control ecográfico.
- Paracentesis diagnóstica y terapéutica.
- Biopsia transyugular.
- Hemodinámica hepática.
- Tratamiento endoscópico de las varices esofágicas.

BAREMACIÓN

1. Los procedimientos invasivos no están escritos.
4. Se dispone de procedimientos invasivos escritos.

F.9. La utilización de hemoterapia y derivados está protocolizada (O)

GUÍA

Debe disponerse de un catálogo de indicaciones de la utilización de hemoderivados, adecuada a los protocolos establecidos por el Servicio de Hematología del hospital. Debe contarse con unas recomendaciones mínimas de seguridad para el uso de los hemoderivados. Es conveniente incluir en este listado el uso de gammaglobulinas y de albúmina. Se debe disponer de consentimiento informado para la administración de estos productos.

BAREMACIÓN

1. No existe un protocolo de uso de hemoderivados.
4. Existe un protocolo de uso de hemoderivados.

F.10. Existen protocolos de actuación frente a complicaciones médico-quirúrgicas (R)

GUÍA

Debería disponerse de un listado de las complicaciones médicas o médico-quirúrgicas de mayor gravedad, que pueden aparecer en los pacientes hospitalizados y que tienen alta probabilidad de evolución fatal o pueden requerir traslado a UCI. Para cada una de ellas debería existir descrito un protocolo general de actuación, con atención al material de que debe disponerse en la planta para atenderlas, las exploraciones diagnósticas que deben solicitarse y las indicaciones de tratamiento quirúrgico cuando proceda. No se trata de elaborar un tratado de patología de este área de conocimiento, sino de recoger aquellas situaciones más comunes, que requieran de una reacción rápida y segura. Esta relación podría establecerse atendiendo a criterios como:

- Complicaciones de la administración de fármacos, hemoderivados o realización de procedimientos invasivos.
- Evolución grave de procesos clínicos durante la hospitalización.
- Situaciones clínicas que requieren intervención quirúrgica.
- Situaciones clínicas que requieren traslado a UCI.

Estos protocolos deben actualizarse y su aplicación debe quedar registrada.

BAREMACIÓN

1. El Servicio/Unidad no dispone de procedimientos de actuación ante las complicaciones médico-quirúrgicas.
2. El Servicio/Unidad dispone de procedimientos de actuación ante las complicaciones médico-quirúrgicas.
3. El Servicio/Unidad dispone de procedimientos de actuación ante las complicaciones médico-quirúrgicas y han sido divulgados y son conocidos por sus profesionales.
4. El Servicio/Unidad dispone de procedimientos de actuación ante las complicaciones médico-quirúrgicas y se aplican en la práctica.

F.11. El Servicio o Unidad dispone de un protocolo de asistencia al alta (R)

GUÍA

El Servicio debe contar con un protocolo escrito sobre el alta del paciente hospitalizado o en consultas externas. Además de la información exigida en la normativa legal, en este protocolo debe definirse el tipo de alta (domicilio, gravedad extrema, a otro centro, derivación a AP) y las condiciones que deben cumplirse para llevarse a cabo (documentación precisa, medio de transporte, requerimientos excepcionales como UVI móvil o personal sanitario, enfermería de enlace).

Es muy importante asegurar la documentación, en especial los informes médicos, con el tratamiento prescrito, los informes de enfermería al alta y los cuidados necesarios. Es esencial que el protocolo de alta garantice la continuidad de la asistencia. Debe establecerse un procedimiento para evaluar el grado de comprensión e información que el paciente recibe al alta sobre su tratamiento, cuidados y circunstancias de derivación (pasos a seguir, citas en consulta externa o en AP).

BAREMACIÓN

1. No existe protocolo de asistencia al alta del paciente.
2. Existe un protocolo sobre el alta del paciente que describe las modalidades de alta y derivación.
3. El protocolo de alta del paciente es completo e incluye garantías de continuidad asistencial.
4. El protocolo de alta del paciente es completo, garantiza la continuidad asistencial y es evaluado anualmente.

F.12. Se garantiza la coordinación con Atención Primaria (O)

GUÍA

Existe un documento en el que se precisa el modo en que el Servicio o Unidad se coordina y relaciona con AP. Este documento debe ser consensuado al menos entre el Servicio o Unidad de Hepatología y los centros de salud o equipos de AP, siendo muy recomendable que además cuente con la aprobación de la autoridad administrativa correspondiente (direcciones, gerencias, etc.). En este protocolo se relacionarán los criterios reguladores del flujo de pacientes entre Atención Primaria y Atención Especializada (derivación de pacientes a consultas especializadas y altas de consulta externa para seguimiento en AP). Es conveniente que se conozcan los acuerdos establecidos entre la gerencia del hospital y la de AP sobre el número de consultas anuales, como dato necesario para graduar la oferta de consultas externas. En la coordinación con AP es aconsejable establecer grupos de trabajo en torno a procesos asistenciales integrados.

El evaluador buscará evidencias de que existe una coordinación efectiva para aceptar el cumplimiento de este criterio.

BAREMACIÓN

1. El Servicio/Unidad no dispone de mecanismos que aseguren una coordinación efectiva con AP.
4. El Servicio/Unidad dispone de mecanismos que aseguren una coordinación efectiva con AP.

F.13. Se garantiza la continuidad y coordinación de la asistencia dentro del centro (R)

GUÍA

Los Servicios deben fomentar el trabajo multidisciplinario realizado en conexión con otros Servicios o Unidades, en especial los servicios de apoyo o centrales. Es recomendable que se determinen los acuerdos o alianzas con estos servicios, con atención a los procedimientos realizados en colaboración, los circuitos de solicitud de exploraciones, el intercambio de información. Entre los Servicios más relevantes se incluyen en este apartado Urgencias, UCI, Radiología, Anatomía Patológica, Análisis Clínicos. Es conveniente que se realicen sesiones periódicas con estos Servicios para revisar los flujos de comunicación y detectar áreas de mejora.

El evaluador buscará evidencias de que existe una coordinación efectiva para aceptar el cumplimiento de este criterio.

BAREMACIÓN

1. No existe ningún sistema de coordinación con otros Servicios.
2. Se dispone de un listado de Servicios con los que existe relación asistencial.
3. Se han descrito los protocolos de coordinación con otros Servicios.
4. El sistema de coordinación con otros Servicios incluye la descripción de los protocolos, un sistema de intercambio de información y sesiones de evaluación.

F.14. Se monitoriza la actividad y la calidad asistencial, científica y docente

GUÍA

La monitorización de la actividad y de la calidad del Servicio o Unidad implica que se ha diseñado un modo de medición de las mismas, generalmente a través de indicadores, cuestionarios, gráficas, etc. En este criterio únicamente se valora la existencia y funcionamiento del sistema de monitorización.

F.14.1. Se monitoriza la actividad y la calidad asistencial (O)

GUÍA

El evaluador comprobará la existencia de un cuadro de mando activo que contenga información sobre calidad y actividad asistencial.

BAREMACIÓN

1. No se monitoriza la actividad y la calidad asistencial.
4. Se monitoriza la actividad y la calidad asistencial.

F.14.2. Se monitoriza la actividad y la calidad investigadora (R)

GUÍA

Debe existir un sistema de monitorización de la actividad y la calidad investigadora. Se utilizará el factor de impacto de las publicaciones, la financiación de proyectos de investigación por agencias oficiales y la integración en estructuras coordinadas para la investigación (CIBER, Redes Temáticas).

BAREMACIÓN

1. No se monitoriza.
2. Está diseñado o definido el modo de monitorización.
3. Está implantado el sistema de monitorización (en funcionamiento).
4. Se ha evaluado y analizado la actividad.

F.14.3. Se monitoriza la actividad y la calidad docente (R)

GUÍA

Se establecerá la participación del Servicio en la docencia de pregrado y de postgrado mediante un sistema de valoración que puede incluir el número de profesores titulares o asociados, cursos de doctorado, planes de formación. Es relevante la actividad docente dirigida a los profesionales médicos residentes.

BAREMACIÓN

1. No se monitoriza.
2. Está diseñado o definido el modo de monitorización.
3. Está implantado el sistema de monitorización (en funcionamiento).
4. Se ha evaluado y analizado la actividad.

F.15. Existen y se aplican planes de prevención de riesgos y contingencias

F.15.1. Existe y se aplica un plan de prevención de riesgos laborales (O)

GUÍA

La prevención de riesgos laborales está legislada y por tanto es de obligado cumplimiento. El Servicio o Unidad deberá contar con un plan al respecto o participar del plan general del centro.

BAREMACIÓN

1. No se cumple.
4. Se cumple.

F.15.2. Existen y se aplican planes de contingencia (R)

GUÍA

Los planes de contingencia son planes que se ponen en marcha en circunstancias especiales y que sirven para corregir o prevenir posibles desviaciones del «sistema», una especie de reacción de alarma. Por ejemplo:

- Plan de contingencia de demora asistencial.
- Plan de bajas laborales.
- Plan de accidente laboral grave.

BAREMACIÓN

1. No existen planes de contingencia específicos.
2. Se han descrito algunos planes.
3. Se han descrito los planes de contingencia más importantes.
4. Existen, son completos y se revisan periódicamente.

G. RESULTADOS

Resultados en clientes

G.1. Se evalúa y conoce la satisfacción de los clientes (O)

GUÍA

El Servicio o Unidad debería contar con un procedimiento escrito en el que se refleja el modo en que se conoce la satisfacción de los clientes externos (pacientes, familiares, etc.) e internos (profesionales de otros Servicios). El procedimiento debe estar implantado y debe conocerse el nivel de satisfacción de los clientes del Servicio o Unidad en el último periodo analizado (que no debería superar a un año).

Debe existir una descripción escrita de los aspectos que se evalúan (satisfacción con la asistencia recibida en general, con el trato humano, confort, etc.), método (encuestas escritas o telefónicas, entrevistas, grupos focales, etc.) y periodicidad.

BAREMACIÓN

1. No se cumple.
4. Se cumple.

G.2. Existe un procedimiento para las reclamaciones generales recibidas en el Servicio/Unidad no relacionadas con el informe médico (O)

GUÍA

Debe existir un procedimiento escrito en el que se refleje el modo en que se manejan las reclamaciones de los clientes, realizadas por escrito o no, por cualquier motivo no relacionado con su informe médico definitivo. Se comprueba que el procedimiento está implantado y puede conocerse el número de reclamaciones recibidas y cómo se han tratado.

BAREMACIÓN

1. No se cumple.
4. Se cumple.

G.3. Existe un procedimiento para las reclamaciones recibidas en el Servicio/Unidad relacionadas con el informe médico (O)

GUÍA

Debe existir un procedimiento escrito en el que se refleje el modo en que manejan las reclamaciones de los clientes, realizadas por escrito o no, por cualquier motivo relacionado con su informe médico definitivo. Se comprueba que el procedimiento está implantado y puede conocerse el número de reclamaciones recibidas y cómo se han tratado.

BAREMACIÓN

1. No se cumple.
4. Se cumple.

Resultados en las personas

G.4. Se evalúa y conoce la satisfacción de las personas del Servicio/Unidad (R)

GUÍA

El Servicio/Unidad debe disponer de un procedimiento escrito en el que se refleje el modo en que se conoce la satisfacción de los profesionales del Servicio/Unidad. El procedimiento deberá estar implantado, deberá conocerse el nivel de satisfacción de los profesionales del Servicio o Unidad en el último periodo analizado (que no debería superar a un año), se deben analizar los resultados y adoptarse medidas para mejorarlos. Es también importante que exista un registro de las quejas de los miembros de la plantilla al director del Servicio/Unidad.

BAREMACIÓN

1. No se evalúa.
2. Se evalúa pero parcialmente (por ejemplo, sólo a médicos o a enfermeras).
3. Se evalúa la satisfacción de todo el personal del Servicio al menos una vez de modo reglado. No existe registro de quejas.
4. Se evalúa la satisfacción de todo el personal del Servicio de modo sistemático, se analizan sus resultados y se adoptan medidas en función de estos. Existe un registro de quejas.

Resultados en la Sociedad

G.5. El Servicio o Unidad consigue logros en su entorno social (R)

GUÍA

La mejor forma de abordar la responsabilidad social es adoptar un enfoque ético que supere las expectativas y normativas de la sociedad. Para ello, las organizaciones deben aportar transparencia a los grupos de interés y buscar la participación activa en la sociedad.

Debe haber evidencias de que el Servicio/Unidad tiene una presencia reconocida en su entorno social y participa activamente en programas sociales: de educación e información sanitaria, de colaboración con asociaciones de pacientes, instituciones públicas, etc. Esta participación se lleva a cabo a través de diversas actividades de divulgación a la sociedad (mediante charlas a colectivos sociales o aparición en los medios de comunicación), colaboración en cursos y reuniones de profesionales médicos de asistencia primaria, facultativos de otras especialidades o personal no médico. Dentro de la propia especialidad, se registrará la cooperación de la Unidad en asociaciones científicas a través de la participación en consejos, comités o conferencias de consenso.

BAREMACIÓN

1. No hay evidencias de resultados en la sociedad.
2. Se participa en algunos programas sociales de educación.
3. Existe una actividad bien reconocida de divulgación en la sociedad y se colabora con sociedades científicas.
4. Existe un programa escrito de planificación de resultados en la sociedad que se cumple y se evalúa periódicamente.

Resultados clave

G.6. Existe un procedimiento de autoevaluación de resultados en salud (O)

GUÍA

Debe existir un programa interno escrito de control, seguimiento regular y mejora continuada de los resultados obtenidos o de control de los procesos asistenciales más frecuentes.

El evaluador comprobará:

- Que se ha identificado al menos un indicador que mida los resultados en salud que produce el Servicio/Unidad.
- Se ha definido el modo de medición del indicador y hay pruebas de que este resultado se mide y se conoce por los miembros del equipo al menos para el último periodo analizado (que no debería superar a un año).
- Se evalúa la calidad asistencial a través de indicadores como número de altas voluntarias, mortalidad hospitalaria (valorada según patologías), número de reingresos de los pacientes, tiempo de hospitalización por patologías, registro de reacciones adversas farmacológicas y errores en la prescripción, datos de infección hospitalaria y otros acontecimientos adversos.

BAREMACIÓN

1. No se cumple.
4. Se cumple.

G.7. El Servicio/Unidad elabora una memoria en la que se recoge y acredita suficiente actividad asistencial, docente e investigadora (O)

GUÍA

En este criterio debe precisarse –si se estima oportuno– el tiempo mínimo de funcionamiento del Servicio o Unidad y un mínimo de actividad para poder ser acreditada.

Este criterio debería incluir al menos:

- Tiempo de funcionamiento mínimo.
- Actividad mínima (anual, por ejemplo).

BAREMACIÓN

1. No se cumple.
4. Se cumple.

G.8. El Servicio o Unidad cuenta con información referida a los resultados de su actividad

G.8.1. Se dispone de información referente a resultados de la actividad asistencial (O)

GUÍA

Se puede comprobar que se conocen los resultados de la actividad asistencial y que éstos están documentados en un informe, quedan al alcance del personal del Servicio/ Unidad y son conocidos por la dirección del centro.

En su parte general, el informe debe incluir los datos del número de consultas a pacientes nuevos, número de revisiones, número de interconsultas, asistencias en hospital de día y hospitalizaciones.

El informe debe contener una especificación de qué patologías son las diagnosticadas y tratadas con más frecuencia, así como los principales procesos asistenciales.

Requerirá la definición de los distintos procesos asistenciales que se van a evaluar de forma estandarizada.

BAREMACIÓN

1. No se cumple.
4. Se cumple.

G.8.2. Se dispone de información relativa a los resultados en la actividad científica (O)

GUÍA

Se puede comprobar que se conocen los resultados de la actividad investigadora y estos están documentados en un informe, quedan al alcance del personal del Servicio/ Unidad y son conocidos por la dirección del centro.

Se registrará como actividad investigadora la colaboración en ensayos clínicos, la participación en proyectos de investigación financiados por instituciones públicas o privadas, la dirección de tesis doctorales, las comunicaciones científicas en congresos de la especialidad o de especialidades afines y la publicación de trabajos científicos, teniendo en cuenta el factor de impacto de la publicación.

BAREMACIÓN

1. No se cumple.
4. Se cumple.

G.8.3. Se dispone de información acerca de los resultados en la actividad docente (O)

GUÍA

Se puede comprobar que se conocen los resultados de la actividad docente del Servicio/Unidad y éstos están documentados en un informe, quedan al alcance del personal del Servicio/Unidad y son conocidos por la dirección del centro.

Se registrará como actividad docente la participación de los miembros de la Unidad o de la Unidad en su conjunto en actividades y cursos de pregrado y postgrado, en cursos de formación continuada o en actividades de divulgación científica.

BAREMACIÓN

1. No se cumple.
4. Se cumple.

G.9. Se evalúa la utilización de productos farmacéuticos y/o protésicos de fuerte impacto en el gasto de la unidad (R)

GUÍA

Existe un procedimiento escrito en el que se especifica cómo se evalúa la utilización de productos farmacéuticos y/o protésicos de fuerte impacto en el gasto de la Unidad.

Existe un informe en el que atendiendo a dicho procedimiento, se ha calculado cuáles son los costes del Servicio o Unidad en este apartado.

BAREMACIÓN

1. No se dispone de procedimiento de evaluación de la utilización de productos farmacéuticos y/o protésicos.
2. Se ha realizado algún análisis de la utilización de productos farmacéuticos y/o protésicos.
3. Existe un procedimiento escrito de la utilización de productos farmacéuticos y/o protésicos.
4. Se han realizado análisis estructurados de la utilización de productos farmacéuticos y/o protésicos, según el procedimiento escrito.

G.10. Se realiza un análisis global de los resultados del Servicio o Unidad (O)

GUÍA

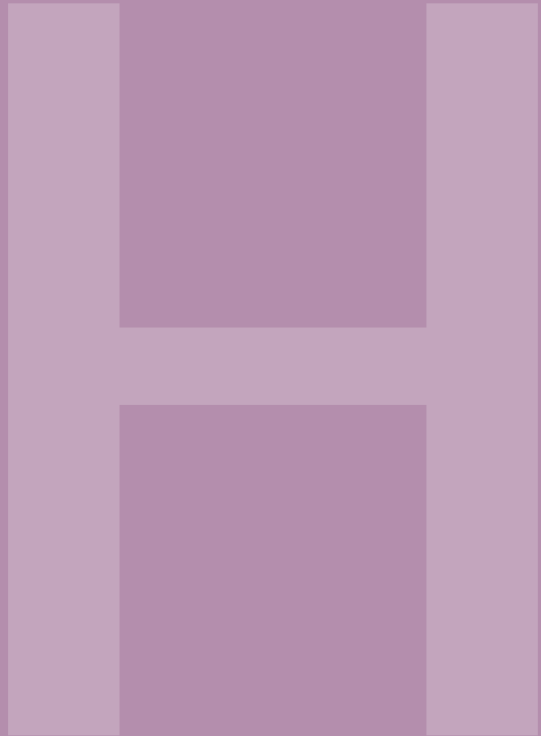
Debe existir un informe o memoria global y periódica (anual) en la que:

- Se reflejen todos los resultados del Servicio o Unidad.
- Se analicen y valoren estos resultados, comparándose con los objetivos previstos.
- Se analicen las causas de las desviaciones y se propongan acciones correctivas o preventivas para corregirlas.
- Se señalen los puntos débiles, los fuertes, las amenazas y las oportunidades de mejora.
- Se propongan modificaciones a los valores de los objetivos, nuevos objetivos y nuevos indicadores a medir, de modo que se haga efectivo el denominado ciclo de mejora.

BAREMACIÓN

1. No se cumple.
4. Se cumple.

Procedimiento de Acreditación de la Asociación Española para el Estudio del Hígado



Introducción

Es probable que la mayor parte de los profesionales sanitarios españoles estén de acuerdo con que es un hecho objetivo el que ha habido un avance extraordinario en la mejora general de la calidad de los servicios de salud: de sus elementos estructurales, recursos humanos, dotación de equipos, formación específica en este campo del conocimiento y de la motivación de las personas que están dispuestas a ofrecer la mejor atención posible a los pacientes que la demandan. Esto ha sido así en toda España y en los distintos niveles asistenciales, AP, emergencias y en hospitales.

Ahora bien, paralelamente a los avances tecnológicos y científicos se están produciendo una serie de transformaciones sociales, de tal modo que también han cambiado los pacientes, sus necesidades, sus expectativas y sus demandas.

La calidad es hoy un valor social. Los ciudadanos esperan de los productos que adquieren en el mercado o de los servicios que reciben, que estos se les proporcionen en un nivel óptimo, o sea, que la relación entre lo que pagan y lo que obtienen a cambio sea la adecuada. Naturalmente, son estos mismos ciudadanos los que acuden a los hospitales cuando subjetivamente consideran que deben hacerlo, o bien por consejo de un profesional sanitario. Cada día que pasa se atiende a más pacientes y cada vez estos son más exigentes; es lógico que sea así porque si la calidad asistencial es un valor social ampliamente extendido, los servicios de salud no pueden estar ajenos al mismo.

La asistencia sanitaria tiene precisamente como rasgos que la caracterizan, la especificidad y la complejidad del proceso que, además, ha ido cambiando de forma acelerada a lo largo del tiempo:

- Antiguamente, la relación entre el paciente y los servicios de salud era casi una relación unipersonal y uniprofesional; en la actualidad participan en ella multitud de personas y de distintas disciplinas.
- De un proceso diagnóstico relativamente simple basado en la clínica, uso del fonendoscopio y escasas técnicas, se ha pasado rápidamente a otro muy complejo en la actualidad: estudios de imagen tales como la tomografía axial computadorizada o la resonancia nuclear magnética, biopsias, endoscopias, cultivos, antibiogramas, etc.
- Lo mismo ha ocurrido con el proceso terapéutico. Hoy pueden ofertarse distintos modos de atención como el hospital de día, hospitalización convencional, cirugía mayor ambulatoria, etc.; o herramientas como la quimioterapia, multitud de fármacos, el trasplante de órganos, tejidos y células, cirugía endoscópica, etc.

La atención a pacientes en las Unidades de Hepatología, no sólo no escapa a esta suerte de efervescencia social y tecnológica, sino que está ubicada justo en el centro de la misma, porque allí se reciben directa e instantáneamente, las nuevas demandas y necesidades que van apareciendo en el entorno. Esta cambiante situación influye en los servicios de forma tal, que estos tienen que introducir continuamente modificaciones en su estructura y organización para su adaptación a la misma, al tiempo que influyen en forma notable en la creación de las opiniones que los ciudadanos tienen de los servicios de salud, en una relación interactiva de doble sentido.

La calidad de la asistencia, la excelencia en el servicio que se presta, eran hasta sólo hace unos años un compromiso ético y un reto a alcanzar, hoy se puede asegurar que es además, una legítima exigencia social.

Así pues, a las funciones tradicionales de las profesiones sanitarias: asistencia, docencia e investigación, hay que incorporar otra, la mejora continua de la calidad de todas ellas. Dicho de otro modo, actualmente no es suficiente con asistir a los pacientes, sino que hay que hacerlo asegurándoles un nivel óptimo de calidad, tanto en su dimensión técnica, como en la percibida. Y esto tiene que ver por una parte con disminuir

la variabilidad clínica, especialmente en los aspectos de no-calidad, o sea, en todos aquellos efectos adversos no deseados pero que necesariamente acompañan a la elevada tarea de la atención a pacientes y, por otra, con introducir las modificaciones que se precisen para que el trabajo se haga a satisfacción de los enfermos y usuarios en general.

Por tanto, quizá pueda afirmarse que una idea que ha calado tanto en los profesionales sanitarios, como en las autoridades del sector es que la calidad es un aspecto muy importante que afecta a todos los componentes de una organización (estructurales, humanos, departamentos, procesos, usuarios y clientes, etc.) y lo hace, además, a largo plazo.

En empresas e instituciones públicas y privadas, la calidad es considerada hoy una variable estratégica, ya que la supervivencia de las mismas está directamente relacionada con la capacidad para competir ofreciendo servicios y productos de calidad.

La autoexigencia ética y científica debe hacer que la garantía de una asistencia de calidad sea un objetivo permanente para los profesionales de los servicios de salud, y la actitud de búsqueda de aquélla un compromiso firme, más allá de las lógicas razones de eficiencia económica.

Pero, ¿cómo abordar un tema de tanto interés y tan complejo? Probablemente esta pregunta no tiene una única respuesta, pero sin duda es una cuestión pertinente que debe plantearse cualquier sociedad científica, así como las autoridades sanitarias.

Desde un enfoque general o «macro» (hospitales, grandes servicios clínicos, procesos complejos y otros), son clave la planificación, la dotación de recursos materiales y humanos y la organización de los procesos de asistencia. Los sistemas de acreditación de Servicios y procesos constituyen una herramienta útil para alcanzar una cierta homogeneidad en los elementos mencionados. Los estándares, normas o criterios a aplicar precisan del consenso profesional en el seno de las sociedades científicas, de su actualización y renovación permanentes y de la colaboración con las autoridades sanitarias españolas y de las distintas comunidades autónomas.

En estratos intermedios, en el nivel «meso» de las organizaciones, se necesitan instrumentos como el desarrollo de programas de gestión clínica o de calidad que aunque se basan en la participación de todo el equipo, la responsabilidad de su implantación y mantenimiento recae muy especialmente en los líderes formales, o sea, en los jefes de servicio, directores o coordinadores de unidades. Igualmente, pueden evaluarse externamente y acreditarse.

Distintas instituciones sanitarias mundiales, europeas y españolas han venido fijando su atención sobre este tema en las últimas décadas. Se citan a continuación algunas de ellas.

- El objetivo 31 de Salud para Todos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para Europa indicaba que en el año 2000 deberían existir estructuras y procesos en todos los estados miembros para «garantizar la mejora continua de la calidad de la asistencia sanitaria».
- El Consejo de Ministros de Europa adoptó el 30 de septiembre de 1.997 una recomendación para los servicios de salud que recogía, entre otros aspectos, que «los sistemas de calidad deberán ser objeto de control público bajo la forma de una evaluación externa objetiva realizada por organismos independientes».
- En una recomendación de la Subcomisión Parlamentaria aprobada por el Pleno del Congreso de los Diputados el 18 de diciembre de 1997 para la Consolidación y Modernización del Sistema Nacional de Salud, se alude a la necesidad de impulsar la mejora continua de la calidad de la asistencia a través de «un sistema general de acreditación de centros y servicios sanitarios» consensuado en el seno del Consejo Interterritorial.

El desarrollo experimentado por nuestro sistema sanitario, las reformas introducidas (Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud, la transferencia de las competencias sanitarias desde el INSALUD a todas las comunidades autónomas), los retos que se plantean actualmente con la mayor autonomía de gestión, facturación entre comunidades y competencia entre los centros sanitarios, así como el mayor protagonismo de los profesionales y la integración de España en la Unión Europea, hacen de la acreditación una herramienta imprescindible.

En este contexto, la implantación de un sistema de acreditación podría jugar un papel importante como elemento de información para la toma de decisiones, tanto de las administraciones sanitarias como de los profesionales y usuarios de los Servicios.

La realidad es que hasta la fecha, aunque han existido iniciativas aisladas, no se ha establecido en el sector sanitario, un sistema nacional de acreditación en España. Entre los factores que han dificultado su desarrollo, el más determinante puede estar en las características del modelo sanitario español, en el que existe una clara descentralización administrativa haciendo que cada una de las comunidades autónomas tenga como una competencia específica la planificación, organización y gestión de los servicios de salud.

En cualquier caso, el *consenso* y la *participación de los profesionales* son los elementos esenciales e imprescindibles sobre los que gira cualquier iniciativa de acreditación.

Hay una serie de premisas en que se fundamentan los sistemas existentes en el mundo: la acreditación es voluntaria, hay un órgano independiente con credibilidad y capacidad de generar consenso, está encargado de la elaboración de criterios y de la emisión del dictamen oportuno y existe un proceso externo de verificación (evaluación, auditoría o inspección).

En los textos legales se puede observar que los términos acreditación, autorización, homologación e inspección se utilizan con frecuencia indistintamente, provocando cierta confusión, por lo que es importante señalar las diferencias esenciales:

- **Acreditación:** es hacer digna de crédito alguna cosa o probar su certeza. Es voluntaria, su finalidad es incentivadora y su objetivo es la mejora de la calidad. Los criterios empleados son óptimos. Se acredita a un centro o un servicio sanitario que ya dispone de la autorización administrativa de la comunidad autónoma correspondiente para llevar a cabo una actividad determinada y, por tanto, que esté ya en funcionamiento.

- **Autorización:** dar a alguien la facultad para hacer alguna cosa. Es obligatoria, se realiza siempre previamente a la apertura de un determinado centro y por tanto su finalidad es de legalización, tras la verificación de que se cumplen los criterios mínimos que exige la normativa. Esto permite conceder la autorización para comenzar a realizar una actividad sanitaria determinada.
- **Inspección:** examinar, reconocer atentamente una cosa, velar por ella. Es obligatoria, se realiza para obtener un control y su finalidad es fiscalizadora, es decir, su objetivo es comprobar el cumplimiento de los criterios que exige la normativa una vez autorizado un determinado Servicio o centro sanitario.
- **Homologación:** proceso en el que una autoridad contrasta el cumplimiento de determinadas especificaciones o características. Puede ser voluntaria u obligatoria. Su objetivo es garantizar que un producto cumple especificaciones previamente definidas. Su finalidad es homogeneizadora. Los criterios utilizados son mínimos. El Servicio o centro puede estar en funcionamiento o no.

La mayoría de los países que disponen de sistemas de acreditación los han desarrollado básicamente para hospitales y dirigido fundamentalmente a la acreditación de centros sanitarios, pero no a Unidades funcionales tales como Servicios, Secciones o Unidades clínicas específicos, ni a procesos clínicos determinados.

SISTEMAS DE ACREDITACIÓN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS

Los sistemas de acreditación externa de las organizaciones sanitarias, se originaron por la necesidad de los profesionales de establecer mecanismos efectivos para garantizar ciertos niveles de calidad asistencial. La referencia más antigua es la de los *Estándares Mínimos del Colegio Americano de Cirujanos* de 1917. En 1951 otras asociaciones profesionales se sumaron a la iniciativa de los cirujanos y se constituyó la *Joint Commission on Accreditation of Hospitals*. Desde entonces, esta institución ha venido desarrollando normas y procedimientos de auditoría que inicialmente también se aplicaban a hospitales canadienses, aunque estos tienen desde 1958 su propio sistema

con grandes similitudes al norteamericano. Más recientemente, otros países como Australia han implantado sistemas de acreditación similares.

La acreditación es un proceso al que se adhieren los centros voluntariamente; sin embargo, en algunos países, es un requisito previo para realizar determinadas actuaciones, como en Estados Unidos, donde es imprescindible para concertar con la administración sanitaria y con las entidades aseguradoras o en Canadá, donde se exige para autorizar al hospital a impartir docencia.

El procedimiento seguido en países como Estados Unidos, Canadá, Australia y el Reino Unido presenta grandes similitudes. En todos ellos existe un organismo independiente que elabora los criterios y realiza el proceso de acreditación. Este organismo se financia con las cantidades que cobran a los hospitales por ser auditados. En el caso de Canadá, los centros pagan además, una cuota anual. En Australia, donde no se autofinancia totalmente, recibe cantidades del gobierno y de las fundaciones y en el Comité Acreditador hay representación de los profesionales y de los consumidores.

Los criterios que se han venido aplicando en los sistemas de acreditación en estos países, estaban dirigidos fundamentalmente a la estructura y al proceso, por la dificultad de definir y medir el resultado de los servicios sanitarios. En la actualidad, la tendencia clara es a centrarse principalmente en los procesos (de gestión y asistenciales) y en los resultados, haciendo énfasis en la perspectiva del paciente.

En todos los modelos existentes, los centros o servicios sanitarios que solicitan la acreditación suelen llevar a cabo previamente una autoevaluación que posteriormente es comprobada por medio de una evaluación o auditoría externa. Todo ello siguiendo unas guías de evaluación, previamente diseñadas y homogéneas.

La composición del equipo auditor suele ser multidisciplinar; no hay grandes diferencias y, salvo la *Joint Commission* en los Estados Unidos que utiliza personal perteneciente a la misma, los restantes países han optado porque sean los propios profesionales sanitarios quienes auditen a otros centros. En todos estos sistemas, las auditorías las realizan personas profesionalmente cualificadas y consideradas competentes por su experiencia para evaluar la calidad de los centros que auditan.

En cuanto a los resultados de la acreditación, excepto el *King's Fund* en el Reino Unido que no extiende una certificación sino que da un informe al con recomendaciones, en los restantes países se conceden certificados de acreditación por un tiempo, generalmente tanto más largo cuanto mejor es la situación del centro sanitario, acompañado de las recomendaciones que se estiman precisas para la mejora del centro.

Actualmente, los sistemas de acreditación están evolucionando, en el sentido de hacer accesibles al público los resultados, sobre la calidad de la asistencia sanitaria prestada. Se han iniciado nuevas líneas de trabajo mediante las que se intentan incluir indicadores clínicos en el proceso de acreditación, para lograr una mayor implicación de los profesionales en la mejora de la calidad e intentar buscar formas satisfactorias de comparación entre hospitales.

En general, los sistemas de acreditación existentes en el mundo se basan en normas para la evaluación de la totalidad del centro sanitario. Los criterios o requisitos contenidos en las mismas no tienen especificidad. Establecen los elementos o aspectos (estructurales o funcionales) de los que debe disponer cualquier centro sanitario (hospital, servicio o unidad clínica, centro de salud) para prestar una asistencia de calidad, pero no establecen diferencias entre una especialidad médica u otra.

ACREDITACIÓN DE CENTROS SANITARIOS EN ESPAÑA

En España, la Ley General de Sanidad y otras normas prevén acreditaciones de ámbito estatal y responsabilidad de la Administración Sanitaria, en las siguientes áreas:

- **Acreditación docente.** Se lleva a cabo por los Ministerios de Sanidad y Consumo y de Educación y Ciencia, existiendo un Comité Acreditador dependiente del Consejo Nacional de Especialidades Médicas.
- **Extracción y trasplante de órganos.** La Ley sobre Extracción y Trasplante de Órganos atribuye competencias al Ministerio de Sanidad y Consumo para la acreditación de Centros y Servicios. La Organización Nacional de Trasplantes desarrolló en 2002 un sistema de acreditación específico, para algunos tipos de programas de trasplantes.

- **Acreditación de Servicios de referencia.** Aunque contemplado en el artículo 15.2 de la Ley General de Sanidad, no se ha abordado hasta la fecha.

La Comunidad Autónoma de Cataluña tiene un procedimiento de acreditación de hospitales, iniciado en 1981, que se ha ido revisando y modificando. El órgano acreditador es dependiente de la Administración Sanitaria y los auditores son los propios médicos inspectores. Aunque el carácter de la acreditación es voluntario, se considera un requisito mínimo para estar integrado en la red pública o poder concertar con ella. Los criterios son fundamentalmente estructurales y de procesos.

En Andalucía se ha puesto en marcha en 2003 un Sistema de Acreditación de Centros y de Unidades de Gestión Clínica, desarrollado y mantenido por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía que depende directamente de la Consejería de Salud. Los evaluadores son personal de la propia Agencia. Un gran número de hospitales y unidades clínicas andaluces han sido ya acreditados por este modelo.

En Valencia se ha iniciado una experiencia a través del Instituto para la Acreditación y Evaluación de las Prácticas Sanitarias (INACEPS). Se basa en la comparación del estado de la organización a acreditar, con una serie de criterios y estándares de evaluación definidos por la institución mencionada y recogidos en su propio *Manual de Acreditación*. Dispone ya de manuales para la acreditación de servicios de hemodiálisis y de urgencias en hospitales.

Al igual que en el resto de los países, las iniciativas de acreditación desarrolladas en España desde las distintas administraciones públicas adolecen de una falta de especificidad e imparcialidad y, tal vez por ello, los criterios que se utilizan no alcanzan a satisfacer las exigencias de los profesionales sanitarios especializados en cualquiera de las disciplinas médicas. Quizás esto explique el que distintas sociedades científicas estén generando sistemas de acreditación propios y específicos, de tal modo que se han iniciado ya programas de acreditación que se aplican en mayor o menor grado. Como ejemplos, la Asociación Española de Hematología y Hemoterapia y la Sociedad Española de Transfusión Sanguínea disponen de un programa de acreditación de bancos de sangre con una experiencia que supera ya los treinta años.

Junto a la de Hematología, con experiencia efectiva de acreditación de Servicios, está la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES), que publicó su primer *Manual de Estándares para la Acreditación de Servicios de Urgencias de Hospitales* en diciembre de 2004 (actualizado en 2008) y de Servicios de Emergencias en 2006.

Otras asociaciones han comenzado a trabajar en este campo: Medicina Intensiva, Unidades del Dolor (Sociedad Española de Anestesiología), Cirugía Mayor Ambulatoria y la Sociedad Española de Neurología.

Independientemente de las iniciativas de las administraciones sanitarias de comunidades autónomas ya mencionadas, multitud de centros y Servicios sanitarios en España han optado por adaptarse a modelos con implantación multinacional y, así, han alcanzado la certificación por la *International Standards Organization* (ISO) u hospitales que han conseguido la acreditación por la *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO) o han sido evaluados según el Modelo Europeo de Excelencia de la *European Foundation for Quality Management* (EFQM).

Sistema de Acreditación de la Asociación Española para el Estudio del Hígado

La Junta Directiva de la AEEH decidió en 2005 abrir una línea de trabajo, con la finalidad de crear un sistema nacional de acreditación de Unidades y Procesos Clínicos de Hepatología y para ello constituyó un grupo de profesionales, que desde el año 2006 ha estado elaborando los documentos necesarios para su desarrollo.

Una de las características más sobresalientes es que se trata de un sistema de evaluación externa por puntos, que permitirá:

- Obtener la acreditación si el Servicio/Unidad cumple todos los estándares obligatorios y un mínimo de puntos predefinido.
- Comparar Servicios o Unidades, a tenor de la puntuación obtenida y poner en práctica *benchmarking* entre ellos.
- Marcar objetivos de mejora, basados en la puntuación obtenida.
- Dibujar un mapa por áreas de la Unidad, que identifique las menos fuertes.

El sistema contempla acreditar tanto a una Unidad de Hepatología, como a un proceso hepatológico: cada vez que se hace referencia en este documento al Servicio/Unidad, se debe entender también extendida al caso en el que se trate de la acreditación de un proceso. Para cada una de estas opciones se ha elaborado un manual de criterios *ad hoc*.

Será posible, por tanto, acreditar una Unidad de Hepatología o un proceso hepatológico dentro de un Servicio clínico.

Después de una extensa y minuciosa revisión bibliográfica, puede decirse que en el entorno internacional no existen modelos de acreditación dirigidos a los servicios de Hepatología, al margen de que cualquier Servicio/Unidad de Hepatología podría optar por evaluarse mediante el Modelo de la EFQM, certificarse por la familia de normas ISO 9000: 2000, o acreditar un programa de atención a patologías específicas por la JCAHO, en sentido estricto.

Dado que la AEEH tiene en sus estatutos como fin promover la calidad de la asistencia y la búsqueda de la excelencia, la Junta Directiva ha tomado la iniciativa de patrocinar el diseño, desarrollo y ejecución práctica de un Sistema nacional y específico de Acreditación de Servicios, Unidades y Procesos Clínicos de Hepatología para toda España.

El sistema de acreditación será también un buen soporte básico, para las auditorías docentes que habitualmente se llevan a cabo desde la Comisión Nacional de las Especialidades de Medicina Interna y Digestivo, así como para las auditorías preceptivas, cuando la Hepatología sea un área de capacitación específica, ya que los criterios se han elaborado teniendo en cuenta los ya exigidos para la acreditación de Unidades docentes.

La propuesta final del sistema de acreditación para su implantación efectiva, ha sido consensuada e impulsada por la Junta Directiva. Tanto los requisitos como el procedimiento de acreditación son «homogéneos para toda España», con la finalidad de poder obtener la imprescindible comparabilidad y el número suficiente de centros sanitarios que haga posible su «validación, evaluación y actualización de forma continuada».

Los principios o fundamentos en los que se sustenta el modelo son:

- Voluntariedad, por parte del Servicio o Unidad, que sufragará los costes del proceso de evaluación para acceder a la acreditación.
- Objetividad del proceso de evaluación, que se lleva a cabo con criterios explícitos.

- Adecuación de los requisitos del sistema (criterios, procedimientos de evaluación, resultados, etc.) a la realidad sanitaria española.
- Independencia, credibilidad y capacidad de generar consenso del órgano acreditador: la AEEH.

La implantación efectiva del Sistema va a requerir por un lado del apoyo de los profesionales sanitarios, al ser estos los que realizan la prestación de los servicios y, por otro, de las administraciones sanitarias respectivas, que son las responsables de garantizar a los ciudadanos la calidad de la asistencia.

Aunque en los sistemas de acreditación existentes se utilizan indistintamente los vocablos «norma», «estándar» y «criterio» con el mismo significado, en esta guía se usará sólo este último término *CRITERIO*, al objeto de evitar errores. Denominaremos *ESTÁNDAR* al valor del criterio que se considera «aceptable» o suficiente y será utilizado para la baremación de cada criterio.

Como cualquier otro, este sistema de acreditación tiene, por tanto, tres elementos fundamentales:

- Un organismo acreditador: la AEEH.
- Un manual de criterios, que incluye los requisitos para obtener la acreditación en cada uno de los dos tipos: Unidad o proceso.
- Un proceso de evaluación externa al Servicio/Unidad.

En la elaboración de los criterios del Sistema de Acreditación se han tenido en cuenta los requisitos de otras entidades como sociedades científicas o fundaciones que han hecho aportaciones en este tema. De igual modo, los criterios son respetuosos y se subordinan a las regulaciones administrativas de las distintas administraciones públicas del Estado Español y de sus comunidades autónomas, así como de los países miembros de la Unión Europea.

ESTRUCTURA ORGANIZATIVA

Como en todas las líneas de trabajo de la AEEH, la Junta Directiva, ejerce la máxima autoridad sobre el sistema de acreditación, tomando tanto las decisiones estratégicas o interviniendo en cualquier situación en la que considere conveniente. Su estructura organizativa tiene tres grandes elementos:

1. Comité de Acreditación.
2. Grupos de Trabajo, establecidos para cada programa específico de acreditación.
3. Equipos de Evaluación, formados a partir de una cartera de evaluadores.

1. Comité de Acreditación

Este órgano tiene como principales cometidos: refrendar los criterios generales de actuación, ratificar los informes de los evaluadores y dirimir, en última instancia, de forma transparente e independiente, los desacuerdos que puedan surgir durante el proceso de acreditación.

Composición

El Comité de Acreditación está constituido por:

- El Coordinador de Acreditación y Calidad de la AEEH, que actúa como presidente.
- Cuatro o cinco miembros de la AEEH, designados por la Junta Directiva.
- Cuando sea necesario, un experto en sistemas de calidad y acreditación de Servicios sanitarios, que actuará con voz pero sin voto.

Funciones

- Revisa, mantiene, actualiza y modifica, cuando sea necesario, el procedimiento de acreditación para asegurar su eficacia, imparcialidad y transparencia.
- Ratifica el Manual de Criterios para cada programa específico, una vez aprobado por el Grupo de Trabajo correspondiente.
- Mantiene la homogeneización del Sistema, en aquellos aspectos en los que técnicamente sea aconsejable, en todos los tipos de programas.
- Ratifica las propuestas de acreditación de los equipos de evaluación.
- Se pronuncia, ante situaciones difíciles o conflictivas, cuando así lo indique la Junta Directiva de la AEEH.
- Dirime, en caso de apelaciones de los responsables de los Servicios o Unidades, por desacuerdo con decisiones de acreditación.
- Coordina la actividad del Comité de Acreditación y de los Grupos de Trabajo específicos de cada Programa.
- Coordina su actividad con la de otras entidades acreditadoras, que estén trabajando en este campo, a nivel nacional y en caso de considerarse oportuno, a nivel internacional.
- Promueve, planifica y organiza cursos de formación de evaluadores, así como actividades relacionadas con la acreditación y con la mejora de la calidad asistencial.
- Actualiza sistemáticamente la bibliografía específica sobre acreditación de centros y Servicios sanitarios y la hace disponible a las personas y profesionales interesados.
- Participa en actividades científicas, de investigación y de docencia en este campo, que tengan lugar tanto en España, como en foros internacionales.
- Cualquiera otra que considere la Junta Directiva de AEEH.

Normas de funcionamiento

El funcionamiento del Comité de Acreditación en las tareas específicas, es básicamente el siguiente:

- a. Ratificación de los informes finales de acreditación de los Servicios o Unidades solicitantes.
- b. Pronunciamiento en casos de apelaciones por parte del Servicio/Unidad solicitante.

El equipo de evaluación o, en su caso la secretaría, remitirá al Comité toda la documentación al respecto así como el informe de apelación del Servicio/Unidad solicitante. El Comité de Acreditación podrá solicitar, además, otros informes a los organismos y expertos que considere oportunos. El Comité de Acreditación evaluará la apelación durante su reunión ordinaria y decidirá la aceptación o no de la misma, informando por escrito al Servicio/Unidad solicitante. Los posibles casos de apelación son los siguientes:

- Cuando la solicitud inicial de acreditación sea denegada y exista una reclamación por parte del Servicio/Unidad solicitante.
- En caso de objeciones con respecto al Equipo de Evaluación designado. El Servicio/Unidad correspondiente, enviará un informe al Comité de Acreditación, acerca de las causas del desacuerdo.
- En caso de objeciones por parte del Servicio/Unidad solicitante con respecto al informe final de acreditación: el Servicio/Unidad solicitante enviará un escrito al Comité de Acreditación explicando las razones de su desacuerdo en los 14 días siguientes a la recepción del informe resumen de la evaluación. El Comité de Acreditación procederá tal y como se recoge ampliamente en el apartado de Apelación.
- En los casos de suspensión de la acreditación de un Servicio/Unidad: el Comité de Acreditación puede anular la acreditación basándose en la aparición de un suceso negativo de suficiente relevancia.

c. Pronunciamiento en el caso de situaciones difíciles o conflictivas.

Este se realizará a través de un informe escrito y ratificado por todo el Comité de Acreditación o bien, si se considera necesario, tras una convocatoria extraordinaria del Comité para su valoración.

d. Revisión anual y ratificación de las normas generales de actuación en el proceso de acreditación.

Para ello, el Comité de Acreditación designará entre sus miembros un grupo de trabajo que revisará y/o actualizará anualmente estas normas, las cuales serán luego sometidas al Comité para su eventual aprobación.

Dependencia

El Comité de Acreditación depende de la Junta Directiva, a quien debe dar cuenta de todas sus acciones.

Desarrollo de las reuniones

- Periodicidad de las reuniones

Este Comité se reunirá de forma preceptiva un mínimo de una vez al año, en convocatoria ordinaria.

Las reuniones del Comité de Acreditación de carácter extraordinario serán convocadas por el Secretario del mismo a instancias de su Presidente, cuando existan asuntos de suficiente entidad que lo justifiquen.

- Asistencia

Las reuniones del Comité de Acreditación se llevarán a cabo siempre con la asistencia de, al menos, la mitad más uno de sus integrantes.

Cuando vaya a valorarse una acreditación o se plantee algún tipo de apelación será preceptivo que se encuentre presente el representante del Grupo de

Trabajo del Programa de Acreditación al que se ha sometido a evaluación el Servicio/Unidad de que se trate.

Renovación del Comité

Los vocales del Comité de Acreditación serán renovados cada vez que se renueve la composición de la Junta Directiva de la AEEH.

Funciones de la Secretaría Técnica

Para desarrollar su labor, el secretario del Comité de Acreditación contará con el apoyo de la Secretaría Técnica de la AEEH, la cual, con la supervisión de éste, realizará las siguientes funciones:

- Gestiona las solicitudes de acreditación de los Servicios y Unidades interesados.
- Coordina de forma operativa las auditorías de los Servicios y Unidades que soliciten su acreditación y participa directamente en su realización, cuando así se estime necesario.
- Mantiene el registro de evaluadores disponibles para cada programa.
- Designa al equipo evaluador en cada caso de entre el total de evaluadores disponibles y elegibles, para ello seguirá las directrices establecidas por el Grupo de Trabajo correspondiente y designará a uno de los miembros como responsable del Equipo.
- Dispone de una cartera de asesores, para que acompañen durante el trabajo de campo o ayuden en lo que se les demande a los equipos de auditores, cuando estos lo soliciten.
- Revisa, en colaboración de los coordinadores de los programas respectivos, los informes que eleven los equipos de evaluación sobre las auditorías realizadas.

- Mantiene permanentemente actualizado un registro de centros y Servicios sanitarios acreditados y en proceso de acreditación.
- Informa puntualmente a la Junta Directiva de la AEEH de las actividades llevadas a cabo.
- Cualquier otra función que el Comité de Acreditación o la Junta Directiva de la AEEH considere oportunas.

2. Grupos de Trabajo

Los Grupos de Trabajo de cada Programa específico dan el apoyo técnico necesario al Sistema de Acreditación. Sus labores fundamentales son la actualización periódica de los criterios y guías de acreditación, la revisión de los informes de acreditación de los Servicios/Unidades ya evaluados, antes de su ratificación por el Comité de Acreditación y la formación de auditores.

Existirá un Grupo de Trabajo por cada tipo de Programa de Acreditación.

Composición

- Coordinador de grupo que hará las funciones de secretario, contando para ello con el apoyo de la Secretaría Técnica de la AEEH.
- Tres o cuatro expertos, designados por el coordinador de grupo.

Cada miembro del Grupo de Trabajo reunirá los requisitos exigidos para ser evaluador, según se especifica más adelante.

Funciones

- Actualización permanente de los criterios de acreditación del programa específico del que es responsable cada Grupo de Trabajo.

- Revisión, junto con el Comité de Acreditación, de los informes que eleven los equipos de evaluadores como resultado de una inspección y elaboración de las recomendaciones de acreditación basadas en los mismos.
- Planificación y definición de los contenidos de los cursos de formación de evaluadores, sesiones de autoformación y materias docentes, que sean convenientes para el funcionamiento del Sistema de Acreditación.
- Establecimiento de los criterios de selección y designación de equipos de evaluadores para los diferentes casos.
- Otras funciones que pueda asignarle el Comité de Acreditación.

Normas de funcionamiento

Cada Grupo de Trabajo funciona de acuerdo a sus características específicas, tipo de Programa e integrantes, pero posee unas normas básicas de funcionamiento que son iguales para todos ellos:

- Revisión y actualización, al menos una vez al año, de los criterios de acreditación específicos del Programa del que es responsable el grupo. Una vez actualizados serán ratificados por el Comité de Acreditación y difundidos a los miembros de la AEEH.
- Ratificación de los informes finales de acreditación de los Servicios/Unidades solicitantes, que hayan sido evaluados. Dichos informes, serán revisados y en su caso ratificados por el Grupo de Trabajo, antes de su presentación al Comité de Acreditación.
- Planificación y definición de los contenidos de los cursos de formación de evaluadores, sesiones de autoformación y materias docentes que sean convenientes para el funcionamiento del Sistema de Acreditación.

- Establecimiento de criterios de selección y nombramiento de equipos de evaluadores, así como el mantenimiento del listado de éstos a disposición del Comité de Acreditación.
- Pronunciamiento en el caso de apelaciones por parte de los Servicios/Unidades. La Secretaría enviará el informe de acreditación correspondiente así como el de apelación, realizado por el Servicio/Unidad solicitante. El Grupo de Trabajo deberá realizar un informe para el Comité de Acreditación.

Desarrollo de las reuniones

- Periodicidad de las reuniones

Este Grupo se reunirá de forma preceptiva, un mínimo de una vez al año, en convocatoria ordinaria.

Las reuniones de carácter extraordinario del Grupo de Trabajo serán convocadas por el coordinador del mismo, cuando existan asuntos de suficiente entidad que lo justifiquen.

- Asistencia

Las reuniones de los Grupos de Trabajo se llevarán a cabo siempre con la asistencia de al menos la mitad más uno de sus integrantes.

Renovación de los Grupos de Trabajo

La composición de los Grupos de Trabajo se renovará cuando lo considere conveniente el Coordinador de Acreditación y Calidad de la AEEH.

3. Equipos de evaluación

Existirá una cartera de evaluadores para cada tipo de Programa específico de Acreditación. Su labor es la de realizar las evaluaciones de los Servicios/Unidades y procesos clínicos durante el proceso de acreditación.

Composición

Ante una solicitud de acreditación, el Equipo de Evaluación será designado por el Comité de Acreditación de entre el total de evaluadores disponibles y elegibles. Los Equipos de Evaluación estarán formados por:

- Dos evaluadores; uno de ellos actuará como responsable del Equipo de Evaluación. Los evaluadores seleccionados realizarán su labor profesional en centros ubicados en comunidades autónomas diferentes de la del Servicio/Unidad solicitante.
- El apoyo logístico y administrativo se realizará por la Secretaría Técnica de la AEEH.
- Podrán acompañar al Equipo profesionales que se encuentren en proceso de obtener la capacitación como evaluadores.
- Excepcionalmente un asesor, si se considera necesario.

Con una finalidad docente en un campo específico, pueden acompañar al Equipo de Evaluación personal técnico, diplomados de enfermería, médicos residentes u otros facultativos del staff, con permiso previo del director del centro sanitario solicitante. Estas personas no podrán desarrollar, de forma independiente, ninguna parte de la evaluación.

a. Evaluadores

Los criterios mínimos que debe reunir un candidato a evaluador son los siguientes:

- Disponer de 3 años de experiencia laboral documentada, en el tipo de Servicio/Unidad que se va a acreditar.
- Haber obtenido la capacitación específica para ser evaluador de los programas de acreditación: Servicios/Unidades y Procesos Clínicos.

b. Asesores

Podrán formar parte del Equipo de Evaluación técnicos con especialización particular en el área de normas y procesos de evaluación, auditoría y acreditación.

Funciones y obligaciones

- Realizar las auditorías de los Servicios/Unidades y Procesos, cuando así se les solicite.
- Mantener la confidencialidad sobre los datos obtenidos de un determinado Servicio/Unidad durante y después del proceso de evaluación.
- Observar la imparcialidad necesaria para realizar de forma satisfactoria la evaluación.
- Participar en los cursos de formación de evaluadores.
- Colaborar activamente en la formación de los nuevos evaluadores, que se encuentren en período de obtención de la capacitación y que acompañen a los evaluadores, durante el proceso de evaluación.

TIPOS DE EVALUACIÓN

- **Evaluación inicial:** es la evaluación de un Servicio/Unidad para acreditarse por primera vez.
- **Renovación de la acreditación:** es una evaluación de un Servicio/Unidad ya acreditado. Ésta se realizará igualmente in situ cada 3 años.
- **Reevaluación:** Es la que se realiza cuando una evaluación anterior reveló importantes y/o numerosas deficiencias que requieren una corrección antes de la acreditación.

Pueden darse dos tipos:

- *Reevaluación general.* La necesidad de este tipo se establece y se decide por el Comité de Acreditación, ante las recomendaciones del Equipo de Evaluación. Será realizada por un equipo diferente del que hizo la original.
 - *Reevaluación focal.* Es una evaluación in situ de un número limitado de deficiencias detectadas en otra anterior y que han requerido correcciones previas a la acreditación o a la renovación de la misma.
- **Evaluación especial:** Es una evaluación no programada, ni anunciada, fuera de la de rutina periódica (3 años), que se realiza a un Servicio/Unidad acreditado, como respuesta del Comité de Acreditación a un informe o denuncia sobre el hecho de que el Servicio/Unidad no está, o puede no estar, actuando conforme con los criterios.

También podrá utilizarse al azar a un reducido número de Servicios/Unidades previamente acreditados para hacer un seguimiento de la acreditación a instancias del Comité de Acreditación.

PROCESO DE ACREDITACIÓN

El resumen del proceso para la obtención de una acreditación por un Servicio/Unidad es el siguiente:

- Solicitud de la acreditación inicial por parte del Servicio/Unidad.
- Autoevaluación y cumplimentación por parte del responsable del Servicio/Unidad del listado de comprobación.
- Realización de una evaluación por el Equipo Evaluador designado.
- Acreditación del Servicio/Unidad por 3 años o informe de deficiencias o de recomendaciones encontradas para su corrección.

1. Acreditación inicial

Tramitación de la solicitud

- a. El responsable del Servicio/Unidad solicitante comunicará al Comité de Acreditación su interés en acreditarse.
- b. El Comité de Acreditación enviará a dicho Servicio/Unidad el impreso de solicitud de acreditación inicial (Anexo I).
- c. Este impreso de solicitud inicial de acreditación, una vez cumplimentado, se remitirá al Comité de Acreditación. Será imprescindible adjuntar la aceptación por parte de la Dirección del centro.
- d. Recibida en el Comité de Acreditación la solicitud inicial, se revisará la plena cumplimentación de la misma, pudiendo consultar con el Grupo de Trabajo correspondiente.
- e. Concluida la revisión de esta documentación, se podrá informar lo siguiente:

- La solicitud inicial es aceptada

En este caso, el Comité de Acreditación, enviará al Servicio/Unidad solicitante el Manual de Acreditación del Programa que corresponda, el listado de comprobación y la relación de la documentación necesaria.

Tras la aceptación de la solicitud inicial por parte del Comité de Acreditación, el Servicio o Unidad se considerará «en proceso de acreditación», manteniendo esta situación hasta que alcance la acreditación correspondiente o hasta un máximo de dos años si ello no se produce, periodo tras el cual se calificará como «solicitud de acreditación denegada».

- La solicitud inicial está incompleta

Se solicitará por escrito al Servicio/Unidad correspondiente la información que haya resultado insuficiente.

- La solicitud de acreditación inicial es denegada

En esta situación se enviará un informe al Servicio/Unidad sobre las causas por las que no puede ser aceptada.

Si el Servicio/Unidad solicitante no está de acuerdo con esta determinación, podrá apelar por escrito, en el plazo de 30 días, al Comité de Acreditación.

Evaluación inicial

- a. El responsable del Servicio/Unidad solicitante o, en su caso, otra persona designada por aquel para este fin, cumplimentará con precisión todos los puntos del listado de comprobación y preparará copias de todos los documentos requeridos. Esta información así como el listado de comprobación cumplimentado será remitida al Comité de Acreditación.
- b. El Comité de Acreditación comprobará que la cumplimentación del listado de comprobación sea la adecuada y preparará una copia para su archivo. Notificará al Servicio/Unidad solicitante si se acepta o no.

- c. Una vez aceptado para la realización de la evaluación, el Servicio/Unidad solicitante habrá de abonar la cantidad que se estipule para llevar a cabo el proceso.

El Comité de Acreditación designará al Equipo de Evaluación de entre el total de evaluadores disponibles y elegibles, nombrando a uno de ellos como responsable del mismo. En los criterios de selección de los evaluadores se incluirá la experiencia y capacitación en el programa a auditar.

Se asegurará que los evaluadores no inspeccionen la misma Unidad más de 3 veces en un periodo de 12 años. Además, se evitará que en ese intervalo programado de tiempo se realicen evaluaciones recíprocas. Una evaluación recíproca es aquella en la cual un evaluador audita un Servicio/Unidad en la que trabaja un segundo evaluador que a su vez audita al Servicio/Unidad de origen del primero.

- d. Se notificará al responsable del Servicio/Unidad solicitante los nombres de los miembros del Equipo de Evaluación con antelación. Si el responsable del Servicio/Unidad solicitante tiene objeciones sobre la cualificación u objetividad de los evaluadores, remitirá por escrito estas objeciones al Comité de Acreditación, en el plazo de 10 días siguientes a la comunicación del Equipo Evaluador. Será el Comité de Acreditación quien determine la necesidad del cambio o no del Equipo.
- e. En el plazo de 2 semanas tras su designación, el responsable del Equipo de Evaluación establecerá, junto con el del Servicio/Unidad, la fecha y horario en que se realizará la evaluación in situ y lo notificará al Comité de Acreditación.
- f. El responsable del Servicio/Unidad debe estar disponible durante la evaluación, pero puede designar a un miembro de su equipo, que responda a las preguntas, acompañe al equipo evaluador y pueda recuperar cualquier documento que se precise.

El responsable del Servicio/Unidad solicitante, asegurará que la evaluación se programe en una fecha en la que el personal clave esté disponible. El

concepto de «personal clave» incluye las personas necesarias para hacer que funcione la actividad para la que se solicita acreditación. Además del responsable del Servicio/Unidad, estarán los de las áreas que van a ser inspeccionadas.

- g. La evaluación in situ tendrá lugar siguiendo la programación. El Equipo de Evaluación habrá de verificar el cumplimiento por el Servicio/Unidad solicitante de todos los criterios incluidos en el listado de comprobación y rellenar la parte destinada al evaluador, con el resultado de dicha verificación.
- h. Asimismo, el Equipo de Evaluación, solicitará a los responsables del Servicio/Unidad aquella documentación que sea considerada como necesaria en el listado de comprobación.
- i. Los miembros del Equipo de Evaluación, cumplimentarán el listado de comprobación y los temas dudosos se analizarán conjuntamente por los mismos para tomar una decisión.
- j. Terminada la evaluación, el equipo se reunirá con el responsable del Servicio/Unidad y con cualquier otro personal clave invitado por este. El Equipo de Evaluación presentará sus observaciones de forma resumida incluyendo cada uno de los apartados en los que tiene la intención de identificar algún aspecto como una deficiencia o una recomendación para la acreditación:

- Criterio obligatorio

Se establece una DEFICIENCIA cuando su correspondiente apartado del listado de comprobación se cumplimenta con un «NO» a un criterio obligatorio. Esto significa que un incumplimiento en uno sólo de estos criterios supone la no acreditación del Servicio/Unidad.

Si un criterio contiene uno o más requisitos obligatorios, sólo se considerará superado aquél cuando se cumplan todos los requisitos estipulados.

Se le ha asignado a cada uno de ellos el peso que se ha considerado conveniente, pero teniendo en cuenta que la suma de todos los criterios del tipo «O» es exactamente de 250 puntos. Este aspecto se desarrollará en un documento sobre reglas de decisión.

· Criterio no-obligatorio o recomendable

Se establece una RECOMENDACIÓN cuando a un apartado del listado de comprobación se responde «NO» en un criterio no-obligatorio o recomendable. Cada uno de estos apartados anotados durante la evaluación, requerirá una respuesta del responsable del Servicio/Unidad, con una explicación razonada que justifique ese modo de proceder, pero no implica de forma imperativa un cambio del procedimiento. La existencia de recomendaciones no supone la no acreditación del Servicio/Unidad, pero a juicio del equipo evaluador, un número determinado de recomendaciones o si éstas son de suficiente relevancia, podrá derivar en la propuesta de no acreditación.

Se le ha asignado a cada uno de ellos el peso que se ha considerado conveniente, pero teniendo en cuenta que la suma de todos los criterios del tipo «R» es exactamente de 750 puntos. Este aspecto se desarrollará en el mencionado documento sobre reglas de decisión.

· Criterio no aplicable

En algún caso excepcional puede ocurrir que un criterio no sea de aplicación en el Servicio/Unidad solicitante. En este supuesto, durante el proceso de evaluación del Servicio/Unidad se señalará en el listado de comprobación con la anotación «NA» y se harán las observaciones que se consideren necesarias para aclarar este aspecto.

- k. El listado de comprobación, cumplimentado y firmado por el Equipo Evaluador, será devuelto al Comité de Acreditación. Junto a ello, el Equipo Evaluador enviará también un informe sobre los datos obtenidos durante la evaluación. Las conclusiones del Equipo Evaluador son solamente propuestas y no vinculan al Comité de Acreditación.

- I. El Comité de Acreditación revisará el informe remitido por el Equipo de Evaluación y en caso de considerarlo necesario, pedirá una consulta al grupo de trabajo correspondiente y decidirá a favor o en contra de la acreditación.

Resultados de la evaluación inicial

El Comité de Acreditación comunicará al Servicio/Unidad solicitante, una de las siguientes 5 posibles determinaciones sobre la acreditación:

- a. Acreditación por tres años

Se cumplen todos los criterios obligatorios, alcanzándose el nivel de puntos estipulado para obtener la acreditación. Además, debe existir una recomendación expresa del equipo evaluador al Comité de Acreditación para que se otorgue la acreditación.

El Comité de Acreditación enviará al responsable del Servicio/Unidad solicitante un certificado firmado por el presidente de la AEEH y por el presidente del Comité, sobre la acreditación por el Programa específico que corresponda.

Los Servicios/Unidades acreditados deberán notificar al Comité de Acreditación cualquier suceso o cambio importante que ocurra en el período de vigencia de la acreditación como por ejemplo, el cambio del responsable del Servicio/Unidad o cualquier otro aspecto trascendente.

- b. Acreditación provisional

Se cumplen todos los criterios obligatorios, alcanzándose el nivel de puntos estipulado para obtener la acreditación. Sin embargo, el Equipo Evaluador recomienda al Comité de Acreditación que deben corregirse algunas deficiencias, antes de concederse la acreditación por tres años. En este caso la acreditación sólo se otorgará cuando se reciban las correcciones de las deficiencias debidamente documentadas y una respuesta por escrito a las recomendaciones realizadas. Tal documentación deberá aportarse por el Servicio/Unidad solicitante en los 30 días siguientes a la notificación del Comité de Acreditación. Si no se recibiera, será denegada la acreditación.

En el caso de que la corrección de una deficiencia pueda precisar varios meses ó más, se aceptará la documentación sobre el plan de corrección, de dicha/s deficiencia/s, quedando pendiente de su corrección para conceder la acreditación. En este caso, se determinará que el Servicio/Unidad «se encuentra en proceso de acreditación».

c. En proceso de acreditación

Es la situación en la que queda el Servicio o Unidad cuando tras la evaluación inicial se estima que no cumple los requisitos suficientes para conceder la acreditación. El Servicio o Unidad podrá permanecer en esta situación un máximo de 2 años, tras los cuales se considerará como «acreditación denegada».

Los motivos para continuar «en proceso de acreditación» tras la evaluación inicial, deberán especificarse en el informe correspondiente del Comité de Acreditación y comunicarse al Servicio o Unidad solicitante. Estos motivos pueden agruparse en los siguientes:

- Existen criterios obligatorios que no se cumplen.
- No se alcanza el nivel de puntos exigido.
- Existe algún área de criterios que el Comité de Acreditación considera demasiado deficitaria.

En su informe, el Comité de Acreditación deberá señalar el modo de reevaluar el Servicio o Unidad, para comprobar la corrección de las deficiencias, distinguiéndose:

- Mediante presentación de la documentación que se solicita y en el plazo correspondiente.
- Mediante reevaluación focal, si existe algún área de criterios muy deficitaria, pero el resto es aceptable.
- Mediante reevaluación general, si se detectaron múltiples deficiencias significativas.

2. Renovación de la acreditación

- Seis meses antes de la expiración de la anterior, el Comité de Acreditación comunicará al Servicio/Unidad la necesidad de renovación de la acreditación. El Comité de Acreditación enviará al responsable del Servicio/Unidad el Manual de Criterios de Acreditación vigente y el listado de comprobación para su cumplimentación.
- El responsable del Servicio/Unidad a reacreditar cumplimentará la parte que le corresponde del listado de comprobación y lo devolverá al Comité de Acreditación.
- El resto del proceso se seguirá de forma similar al de la acreditación.

3. Reevaluación previa a la acreditación

Reevaluación general

Deberá incluir la evaluación de nuevo de todo el Servicio/Unidad, con énfasis especial en las áreas donde se identificaron las deficiencias. Por tanto, se requiere el envío de un nuevo listado de comprobación al responsable del Servicio/Unidad solicitante y la asignación de un nuevo Equipo de Evaluación.

Reevaluación focal

Se realizará sólo a una parte del Servicio/Unidad. Para ello se asignará un nuevo evaluador, si se considera necesario, y éste recibirá una copia de toda la documentación de la evaluación previa. No se exigirá un nuevo listado de comprobación; por tanto, el evaluador utilizará el original para las observaciones y el informe.

4. Evaluación especial

Es una evaluación completa o focal de un Servicio/Unidad acreditado, sin que le corresponda, es decir sin haber agotado el periodo hábil de acreditación. Puede ser requerida si el Comité de Acreditación recibe un informe de queja o de un suceso que haga sospechar que el Servicio/Unidad acreditado está incumpliendo los criterios.

APELACIÓN

1. Apelación ante negativa de tramitación de la evaluación inicial

Si el Servicio/Unidad solicitante no está de acuerdo con la determinación, podrá apelar por escrito en el plazo de 30 días al Comité de Acreditación.

El Comité de Acreditación evaluará la apelación en su reunión ordinaria y decidirá la aceptación o no de la misma, informando por escrito al Servicio/Unidad solicitante.

No habrá derecho de apelación si la decisión de la denegación se fundamenta en alguno de los siguientes puntos:

- La solicitud es incompleta.
- El responsable del Servicio/Unidad no cumple el mínimo de cualificaciones establecidas en los criterios.
- El Servicio/Unidad carece de la autorización administrativa para la realización de la actividad para la que solicita la acreditación.
- El Servicio/Unidad no ha superado el número mínimo de actividad exigida en su caso.

2. Apelación al Equipo Evaluador designado

Si el responsable del Servicio/Unidad solicitante tiene objeciones sobre la cualificación u objetividad de los evaluadores, remitirá estas objeciones al Comité de Acreditación, por escrito, en el plazo de los 10 días siguientes a la comunicación de la composición del Equipo Evaluador. Será el Comité de Acreditación quien determine la necesidad del cambio o no, del equipo evaluador.

3. Apelación de la denegación de la acreditación inicial, reacreditación o anulación de una acreditación ya concedida

Un Servicio/Unidad al que se le ha denegado o anulado la acreditación, tiene derecho a iniciar un proceso de apelación:

- El Servicio/Unidad solicitante, puede enviar un escrito al Comité de Acreditación, explicando las razones de su desacuerdo en cualquier apartado señalado como deficiencia o como recomendación. Este escrito debe ser remitido al Comité de Acreditación en los 14 días siguientes a la recepción del informe resumen de la evaluación.
- El Comité de Acreditación, analizará el informe de apelación del Servicio/Unidad solicitante, pudiendo acordar lo siguiente:
 - La apelación es aceptada, se remitirá un informe al Servicio/Unidad solicitante informándole de ello.
 - La apelación es denegada. El Comité de Acreditación remitirá un informe al Servicio/Unidad solicitante en el que se justifique su denegación.
 - La apelación hace aconsejable una nueva reevaluación. En este caso, una vez realizada la reevaluación correspondiente, el Comité de Acreditación informará de manera justificada al Servicio/Unidad solicitante si la apelación es aceptada o denegada.

El informe que emita el Comité de Acreditación sobre una apelación determinada de un Servicio/Unidad, se considerará definitivo, no admitiéndose nuevas apelaciones sobre la misma cuestión.

Documentación consultada

AENOR. Norma ISO 9001:2000.

Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente del NHS. La seguridad del paciente en siete pasos. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005.

Asociación Española para el Estudio del Hígado (AEEH). Estatutos de la Asociación Española para el Estudio del Hígado. En línea: <http://www.aeeh.org/estatutos.asp>

Berwick DM. Part. 5: Payment by capitation and the quality of care. The New England Journal of Medicine. 1996; Vol. 335 (16): 1227-1231.

Blumenthal D. Epstein, AM. Part. 6: The role of physicians in the future of quality management. The New England Journal of Medicine. 1996; Vol. 335 (17): 1328-1332.

Blumenthal D. Part. 1: Quality of care, What is it?. The New England Journal of Medicine. 1996; Vol. 335 (12): 891-894.

Blumenthal D. Part. 4: The origins of the quality-of-care debate. The New England Journal of Medicine. 1996; Vol. 335 (15): 1146-1149.

Brook RH, Mc Glynn EA, Cleary PD. Part. 2: Measuring quality of care. The New England Journal of Medicine. 1996; Vol. 335 (13): 1328-1332.

Cabré et al. Estándares para acreditación de los Servicios de Medicina Intensiva. Revista Calidad Asistencial. 1996; Vol. 11: S6-S17.

Clemente Ricote G, Pérez Lázaro JJ, Tejedor Fernández M, Arroyo Pérez V, Grupo de Estudio de Calidad de la AEEH. Sistema Español de Acreditación de Unidades de Hepatología. Una propuesta de la Asociación Española para el Estudio del Hígado. Gastroenterología y Hepatología. 2007; Vol. 30 (10): 612-617.

Comité de Acreditación en Transfusión. Estándares de Acreditación. Madrid: Asociación Española de Hematología-Hemoterapia y Sociedad Española de Transfusión; 2002.

Chassin MR. Part. 3: Improving the quality of care. The New England Journal of Medicine. 1996; Vol. 335 (14): 1060-1063.

Estrategia para la seguridad del paciente. Consejería de Salud, Junta de Andalucía. 2006.

Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. Informe ENEAS 2005. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006.

Fundación Europea para la Gestión de la Calidad. Introducción a la excelencia. Bruselas: EFQM; 2003.

Guía de diseño y mejora continua de procesos asistenciales. Consejería de Salud, Junta de Andalucía. En línea: <http://www.csalud.junta-andalucia.es/procesos/guia.asp>

Indicadores de Calidad Asistencial en Ginecología y Obstetricia. Madrid: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia; 1999.

Instituto para la Acreditación y Evaluación de las Prácticas Sanitarias (INACEPS), Proceso de Acreditación. En línea: <http://www.inaceps.com>

Joint Accreditation Committee of the ISCT and EBMT. JACIE Accreditation Manual. Version 2.0. 2005. En línea: <http://www.jacie.org>

Joint Commission International Accreditation. Estándares Internacionales de Acreditación de Centros Sanitarios. FAD; 2000.

Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Características de los indicadores clínicos. Control de Calidad Asistencial; 1991, Vol. 6 (3):65-74.

Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Development and Application of Indicators in Emergency Care. Revised Edition. Illinois: The Joint Commission; 1993.

Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Sistema de medición de indicadores y uso en hospitales. Apéndice C. Manual de Acreditación de Hospitales. Standars. 1996.

Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE número 274 de 16 de noviembre de 2002.

López-Andújar Aguiriano L, Aljama Alcántara M, Pérez-Montaut Merino I, Cartelle Pérez T, Casado Martínez JL, Tomás Vecina S. Acreditación de Servicios de Urgencias y Emergencias. Todo Hospital. Julio - Agosto 2003; 198: 456-461.

Lorenzo S, Arcelay A, Bacigalupe M, Mira JJ, Palacio F, Ignacio E, Vitaller J. Autoevaluación de centros sanitarios. Utilizando como referencia el modelo de excelencia de la EFQM. Madrid: MSD; 2001.

Manual de criterios de acreditación. Versión 5.0. Unidades de Epilepsia. Sociedad Española de Neurología; 2006.

Manual de criterios de acreditación. Versión 5.0. Unidades de Esclerosis Múltiple. Sociedad Española de Neurología; 2006.

Manual de criterios de acreditación. Versión 5.0. Unidades de Ictus. Barcelona: Sociedad Española de Neurología; 2006.

Manual de criterios de acreditación. Versión 5.0. Unidades de Neurología de la conducta y Demencias. Barcelona: Sociedad Española de Neurología; 2006.

Manual de criterios de acreditación. Versión 5.0. Unidades de Servicios de Neurología. Barcelona: Sociedad Española de Neurología; 2006.

Manual de Estándares de Acreditación de Servicios de Urgencias de Hospitales. Madrid: Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias; 2004.

Manual de Estándares de Acreditación de Servicios de Urgencias de Hospitales. Versión 2. Madrid: Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias; 2008.

Manual de Estándares para la Acreditación de CMA (Primera parte). Comité de Acreditación de la Asociación Española de Cirugía Mayor Ambulatoria. Cirugía Mayor Ambulatoria. 2001; Vol. 6 (3): 125-153.

Manual de Estándares para la Acreditación de CMA (Segunda parte). Comité de Acreditación de la Asociación Española de Cirugía Mayor Ambulatoria. Cirugía Mayor Ambulatoria. 2001, Vol. 6 (4): 201-222.

Orden Ministerial de 6 de septiembre de 1984 por la que se regula el informe de alta médica hospitalaria. BOE número 221 de 14 de septiembre de 1984.

Pérez Lázaro JJ, García Alegría J, Tejedor Fernández M. Gestión clínica: conceptos y metodología de aplicación. Revista Calidad Asistencial. 2002; Vol.17 (5): 305 -311.

Piqué JM, Arroyo V, Planas R, Pérez-Mateo M, Prieto J. La formación de especialistas en aparato digestivo. ¿Ha llegado el momento de la revisión? Gastroenterología y Hepatología. 2003; 26: 427-436.

Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007.

Programa de acreditación de centros del sistema sanitario de Andalucía. Manual de Estándares. Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. Sevilla: Consejería de Salud, Junta de Andalucía; 2003.

Programa de acreditación de unidades de gestión clínica. Manual de Estándares. Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. Sevilla: Consejería de Salud, Junta de Andalucía; 2003.

Real Decreto 1301/2006, de 10 de noviembre, por el que se establecen las normas de calidad y seguridad para la donación, la obtención, la evaluación, el procesamiento, la preservación, el almacenamiento y la distribución de células y tejidos humanos y se aprueban las normas de coordinación y funcionamiento para su uso en humanos. BOE número 270 de 11 de noviembre de 2006.

Rivas Lacarte MP, Gutiérrez Romero R, Jiménez A, Marín J, Rebollar J, Villoria A. Validación del Manual de Estándares de Acreditación de Unidades de Cirugía Mayor Ambulatoria con acreditación piloto en 7 hospitales. *Cirugía Mayor Ambulatoria*. 2004; Vol. 9 (3): 13-18.

Tejedor Fernández M, Burillo Putze G, Roqueta Egea F, Jiménez Murillo L, Leciñena Esteban MA, Carretero Alcántara L. Gestión clínica en un Servicio de Urgencias. *Todo Hospital*. Julio - Agosto 2003; 198: 462-470.

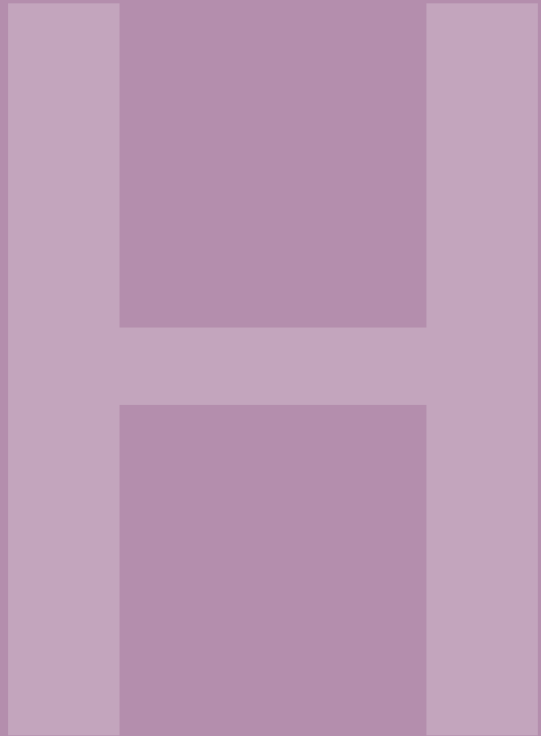
Tejedor Fernández M, Pérez Lázaro JJ, García Alegría J. Gestión clínica: Aplicación práctica en una Unidad Hospitalaria (II). *Revista Calidad Asistencial*. 2003; Vol.18(2):125-131.

To err is human: Building a Safer Health System. Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. Washington: National Academy Press; 2000.

Varo, J. Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios. Un modelo de gestión hospitalaria. Madrid: Díaz de Santos; 1994.

[Volver al índice](#)

Anexos



Anexo I.

Modelos de solicitud de acreditación

AEEH: Acreditación de Servicios y Unidades Clínicas de Hepatología
Solicitud de acreditación inicial

Nombre del hospital / centro:
 Dirección
 Teléfono: Fax: e-mail:
 Nombre del Director del hospital / centro:
 Fecha inicio de funcionamiento del Servicio / Unidad:
 Nombre del responsable del Servicio / Unidad:
 Especialidad Médica:
 Experiencia profesional en Hepatología:
 Nombre y apellidos de los facultativos miembros del equipo (añada otras páginas, si lo precisa):

Describa su Servicio:

Número de camas de hospitalización:

Número de despachos de consulta:

Complete la tabla que sigue, indicando el número de ingresos realizados en su Servicio / Unidad, así como el de asistencias en consultas en los tres años anteriores al de la solicitud.

Año	Nº ingresos	Nº asistencias

Observaciones:

Fecha de la solicitud:

Fdo.:

Dirección del Hospital / Centro

Fdo.:

Responsable del Servicio/Unidad de Hepatología

NOTA: Esta solicitud debe estar firmada por la dirección del Hospital / Centro y el jefe del Servicio / Unidad Clínica. El envío de este documento no supone ningún compromiso económico para el centro. Remitir a Secretaría de AEEH.

Anexo II.

Glosario de términos y abreviaturas

Acreditación. Evaluación externa del nivel de calidad de un Servicio sanitario, usando criterios preestablecidos y otorgamiento de un certificado al centro.

Base de datos. Conjunto de datos almacenado.

Calidad de la asistencia. Medida en que los servicios de salud, mejoran la probabilidad de unos resultados de salud favorables y son pertinentes al conocimiento actual profesional. Las dimensiones de la calidad incluyen: la perspectiva del paciente, la seguridad del entorno de la asistencia, la accesibilidad, idoneidad o calidad científico-técnica, continuidad, eficacia, eficiencia y lo oportuno de la asistencia.

Certificación. Procedimiento por el cual una tercera parte asegura por escrito que un proceso, producto o servicio es conforme con unos requisitos especificados.

Confidencialidad. Limitación del acceso a los datos y a la información a los individuos que tengan autorización.

Criterio. Declaración de expectativa que define las estructuras, los procesos o los resultados que debe poseer o alcanzar un servicio u organización para incrementar la calidad de la asistencia. En otros sistemas de acreditación suelen emplearse como sinónimos los términos «norma» y «estándar».

Dato. Observación no interpretada o hecho.

Director. Persona que dirige, controla, supervisa o gestiona una organización o alguno de sus componentes.

Efecto adverso grave. Cualquier hecho desfavorable vinculado a la asistencia de un paciente que pueda conducir a la transmisión de una enfermedad, muerte del paciente, estados que hagan peligrar su vida, minusvalías o incapacidades o que puedan dar lugar a hospitalización o enfermedad o la pueda prolongar.

Eficiencia. Relación entre los resultados de la asistencia al paciente y los recursos utilizados en la misma.

Equipo de evaluación o de auditoría. Grupo de profesionales designados por la AEEH que trabajan conjuntamente para llevar a cabo la evaluación de un Servicio o Unidad Clínica de Hepatología.

Evaluación. Proceso de verificación de que un centro cumple una serie de criterios.

Evaluador. Persona que lleva a cabo el proceso de evaluación y que cumple con los criterios para ser evaluador. Sinónimo de auditor.

Evaluar. Convertir los datos en información a través de su análisis.

Historia clínica. Informe, recopilado por médicos y otros profesionales sanitarios, de una variedad de informaciones del paciente, tales como resultados de la evaluación del enfermo, características del tratamiento y notas de evolución.

Conjunto de documentos que contienen los datos, valoraciones e informaciones de cualquier índole, sobre la situación y la evolución clínica de un paciente a lo largo del proceso asistencial. (LEY 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE 274 de 16 de noviembre de 2002).

Historia clínica completa. Una historia clínica está completa cuando: (1) su contenido refleja el diagnóstico, los resultados de las pruebas complementarias, la terapia facilitada, la condición y evolución del paciente durante el episodio de ingreso o de asistencia en consulta y la situación del paciente al alta y (2) su contenido, incluyendo cualquier resumen clínico que se requiera o notas finales de evolución, está conjuntado y autenticado y todos los diagnósticos finales y cualquier complicación están registrados sin el uso de símbolos o abreviaturas.

Indicador. Herramienta utilizada para medir, a través del tiempo, la realización de las funciones, los procesos y los resultados de una organización, servicio o procedimiento.

Información. Conjunto de datos interpretados para ayudar en la toma de decisiones.

Listado de comprobación. Formulario de preguntas de verificación necesarias y pertinentes, cuyas respuestas permiten deducir con claridad que los requisitos especificados en el criterio, se cumplen o no por el Servicio/Unidad solicitante de la acreditación.

Manual de acreditación. Publicación que incluye los criterios, el organismo de acreditación, requisitos establecidos y el procedimiento a seguir para la solicitud de acreditación.

Medición. Proceso sistemático de recogida de datos, que se repite a través del tiempo o en un momento determinado.

Mejora de la calidad. Estudio y mejora continuada de los procesos de prestación de servicios de asistencia sanitaria para satisfacer las necesidades de los pacientes y de otros usuarios. Ente los términos relacionados se incluyen: mejora continua de la calidad, mejora de la actuación y gestión de la calidad total.

Plan. Formulación o descripción del método para alcanzar los objetivos.

Procedimientos operativos estandarizados. Instrucciones de trabajo documentadas y autorizadas que describen cómo llevar a cabo actividades o realizar test que habitualmente no se describen en los planes de trabajo o las normas de buenas prácticas.

Proceso. Serie de acciones, actividades, sucesos, mecanismos o pasos interrelacionados y orientados hacia un objetivo.

Programa. Conjunto de la estructura, recursos y de los procesos, que se destinan por un centro sanitario, específicamente para una actividad determinada.

Protocolo clínico. Herramienta descriptiva o especificación estandarizada para la asistencia del paciente en las situaciones habituales, elaborada a través de un proceso formal que incorpora las mejores pruebas científicas de eficacia, con la opinión de expertos.

Reacción adversa grave. Respuesta inesperada de un paciente, incluida una enfermedad transmisible, asociada a la asistencia, que resulte mortal, potencialmente mortal, discapacitante, que produzca invalidez o incapacidad, o que dé lugar a hospitalización o enfermedad o que las prolongue.

Sistema de calidad. Conjunto de la estructura de organización, de responsabilidades, de procedimientos, de procesos y de recursos que se establecen para llevar a cabo la gestión de la calidad. (ISO 8402). Incluye cualquier actividad que contribuya a la calidad total de forma directa o indirecta. (Real Decreto 1301/2006, de 10 de noviembre, por el que se establecen las normas de calidad y seguridad para la donación, la obtención, la evaluación, el procesamiento, la preservación, el almacenamiento y la distribución de células y tejidos humanos y se aprueban las normas de coordinación y funcionamiento para su uso en humanos).

Sistema de gestión de calidad. Actividades coordinadas destinadas a la dirección y control de una organización en relación con la calidad. (Real Decreto 1301/2006, de 10 de noviembre).

Trazabilidad. Capacidad para ubicar, localizar e identificar un paciente o un producto en cualquier paso del proceso de la atención sanitaria desde su admisión hasta el alta, en el caso del enfermo o, desde que se inicia el proceso hasta la entrega del producto al cliente, en el segundo caso. Lleva consigo la capacidad de identificar, localizar e identificar al paciente o al producto en cualquier momento del proceso asistencial o de prestación del servicio.

Validación. Evidencia documental que prueba, con un elevado nivel de garantía, que un determinado proceso, equipo o parte de un equipo o condición ambiental acaba produciendo, de forma consistente y reproducible, un determinado producto que cumple las especificaciones, cualidades y atributos que se habían predeterminado. Un proceso es validado con vistas a probar su efectividad para un uso determinado.

Validez de los datos. Verificación de la exactitud, refleja la verdadera situación.

Abreviaturas utilizadas

AEEH	Asociación Española para el Estudio del Hígado.
AP	Atención Primaria.
DAFO	Método de análisis de la situación del Servicio/Unidad que habitualmente se utiliza en la elaboración de un Plan Estratégico y que utiliza un abordaje basado en el análisis de las Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades.
EASP	Escuela Andaluza de Salud Pública.
EFQM	<i>European Foundation for Quality Management.</i>
HC	Historia clínica.
ISO	<i>International Standards Organisation.</i>
JCAHO	<i>Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations.</i>
HLA	Antígeno leucocitario humano.
JCI	<i>Joint Commission International.</i>
«NA»	Criterio no aplicable en el Servicio/Unidad durante el proceso de evaluación.
«O»	Criterio cuyo cumplimiento es obligatorio para obtener la acreditación.
«R»	Criterio recomendable. No es obligatorio su cumplimiento para obtener la acreditación.
SMC	Sistema de Mejora Continua.
SEMES	Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias.
UCI	Unidad de Cuidados Intensivos o de Medicina Intensiva.
UVI	Unidad de Vigilancia Intensiva.

