



*ZARAGOZA, 22 AL 25
SEPTIEMBRE 2009*

**PROCESO DE ACREDITACIÓN DE LA
AGENCIA DE CALIDAD SANITARIA DE
ANDALUCIA. AVANZANDO EN LA
MEJORA DE LA CALIDAD.**

**MORENO VILLAR, A.
NACLE LÓPEZ, INMACULADA.
RUIZ-RICO RUIZ-MORÓN, T.
GALLEGO PERAGÓN, A.**

HOSPITAL SAN JUAN DE LA CRUZ. ÚBEDA.

1. INTRODUCCIÓN
2. OBJETIVOS
3. MATERIAL Y MÉTODOS
4. RESULTADOS
5. CONCLUSIONES

SITUACIÓN

HOSPITAL SAN JUAN DE LA CRUZ (ÚBEDA)

- H. COMARCAL DE 223 CAMAS
- LA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA (UGC) DE FARMACIA HOSPITALARIA ESTÁ FORMADA POR:
 - 3 FARMACEÚTICAS
 - 1 SUPERVISOR DE LA UNIDAD
 - 3 ENFERMERAS
 - 6 AUXILIARES
 - 1 CELADOR



2. OBJETIVOS

- **DESCRIBIR EL PROCESO DE ACREDITACIÓN DE LA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE FARMACIA HOSPITALARIA POR LA AGENCIA DE CALIDAD SANITARIA DE ANDALUCIA (ACSA)**
- **ANALIZAR LA REPERCUSIÓN EN NUESTRA ACTIVIDAD DIARIA**

3. MATERIAL Y MÉTODOS

- EL PROCESO DE ACREDITACIÓN ES UNA METODOLOGÍA DE TRABAJO DESTINADA A FAVORECER LA MEJORA CONTINUA EN LA CALIDAD ASISTENCIAL ORIENTADA AL CIUDADANO.
- SE HA SEGUIDO EL PROGRAMA DE ACREDITACIÓN DE UNIDADES DE GESTIÓN CLÍNICA VERSIÓN 2007 Y, COMO REFERENCIA HEMOS UTILIZADO EL MANUAL DE ESTÁNDARES PARA UGC: ME 5 1_03.
- SE HAN ASIGNADO 6 AUTOEVALUADORES Y 2 RESPONSABLES DE ÁREAS DE MEJORA ENTRE LOS PROFESIONALES DE LA UNIDAD, Y SE HA UTILIZADO LA APLICACIÓN INFORMÁTICA MEJORA C.

3. MATERIAL Y MÉTODOS

El Manual de Acreditación que se aplica a una UGC de Farmacia Hospitalaria está estructurado, según su temática, en 5 bloques que a su vez se dividen en 11 criterios. Contiene un total de 110 estándares.

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

3. MATERIAL Y MÉTODOS

LOS ESTÁNDARES DEL MANUAL, A SU VEZ, SE CLASIFICAN EN 3 GRUPOS:

Grupos de Estándares

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

FASES DEL PROCESO DE ACREDITACIÓN

- **FASE 1: PREPARACIÓN: SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN Y VISITA DE PRESENTACIÓN.** UNA VEZ REALIZADA LA SOLICITUD, TIENE LUGAR LA PLANIFICACIÓN CONJUNTA DE TODO EL PROCESO; LA AGENCIA DESIGNA UN EQUIPO EVALUADOR, Y LA UNIDAD SANITARIA, PROPONE A UN RESPONSABLE INTERNO PARA POSIBILITAR UNA COMUNICACIÓN FLUIDA.
- **FASE 2: ENFOQUE INTERNO: AUTOEVALUACIÓN.** EN ESTA FASE, LOS PROFESIONALES AUTOEVALUADORES REFLEXIONAN SOBRE EL CUMPLIMIENTO DE LOS ESTÁNDARES MEDIANTE LA IDENTIFICACIÓN Y REGISTRO DE EVIDENCIAS POSITIVAS Y/O ÁREAS DE MEJORA.

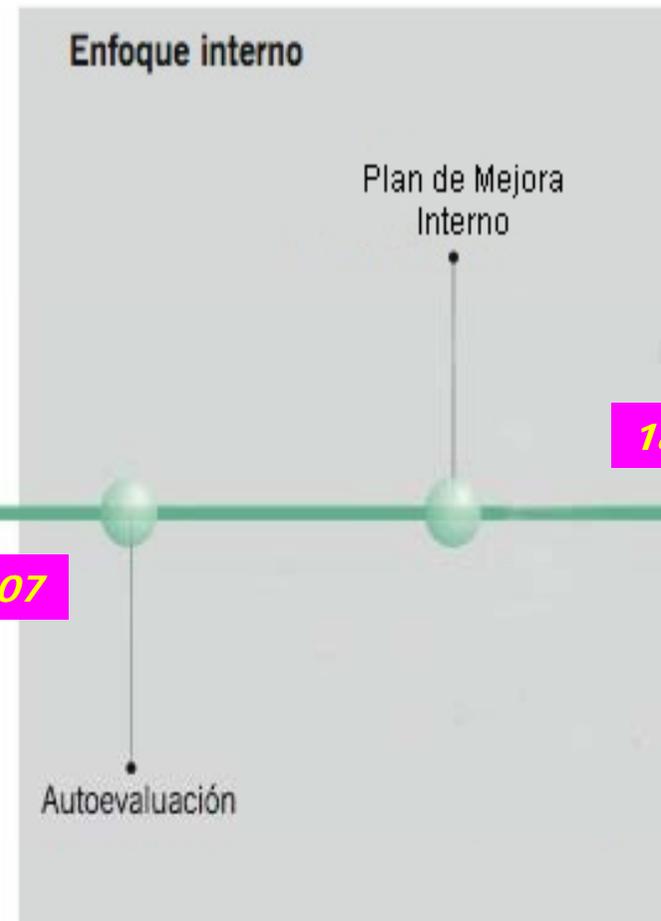
FASES DEL PROCESO DE ACREDITACIÓN

- **FASE 3: ENFOQUE EXTERNO: VISITA DE EVALUACIÓN.** EL EQUIPO EVALUADOR DE LA AGENCIA ES EL ENCARGADO DE ESTUDIAR LA INFORMACIÓN APORTADA DURANTE LA AUTOEVALUACIÓN Y VISITAR LA UNIDAD, VERIFICANDO EL CUMPLIMIENTO DE LOS ESTÁNDARES Y PREPARANDO EL INFORME DE SITUACIÓN Y MEJORA.
- **FASE 4: SEGUIMIENTO.** ESTA FASE, ESTÁ DESTINADA A ASEGURAR LA ESTABILIDAD DEL CUMPLIMIENTO DE LOS ESTÁNDARES EN EL TIEMPO, A CONTINUAR AVANZANDO EN EL CAMINO DE LA CALIDAD Y PROMOVER LA MEJORA CONTINUA.

Fase 1



Fase 2



Fase 3



Fase 4



3. MATERIAL Y MÉTODOS

UNA VEZ REALIZADA LA EVALUACIÓN SOBRE LA TOTALIDAD DE LOS ESTÁNDARES Y EN FUNCIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE ÉSTOS, EL RESULTADO OBTENIDO PODRÁ SER:

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

4. RESULTADOS

DURANTE LA FASE DE AUTOEVALUACIÓN, SE IDENTIFICAN:

1. PUNTOS FUERTES MÁS SIGNIFICATIVOS:

- ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN A NIVEL EXTERNO E INTERNO
- BOLETINES FARMACOTERAPÉUTICOS (SEMESTRALES)
- BUZÓN DE SUGERENCIAS
- CUMPLIMIENTO DE LA LEY DE PROTECCIÓN DE DATOS (LOPD)
- DESARROLLO, CUMPLIMIENTO Y SEGUIMIENTO DE PROTOCOLOS NORMALIZADOS DE TRABAJO
- OBJETIVOS ANUALES DE CALIDAD DE LA UNIDAD
- DESARROLLO DE NUEVAS TECNOLOGÍAS
- TRABAJO POR OBJETIVOS Y VINCULADO A RESULTADOS (GESTIÓN CLÍNICA)
- SEGUIMIENTO DE INDICADORES DE PRESCRIPCIÓN FARMACÉUTICA

4. RESULTADOS

2. ACTIVIDADES DE MEJORA QUE SE HAN DESARROLLADO (SE ENUMERAN LAS MÁS RELEVANTES):

- ELABORACIÓN DE UN PLAN DE ACOGIDA PARA LOS PROFESIONALES
- DAR MAYOR DIFUSIÓN A LA CARTERA DE SERVICIOS
- ELABORACIÓN DE UN CUADRO DE MANDOS DE LA UNIDAD
- PLAN DE COMUNICACIÓN INTEGRAL
- IMPLANTACIÓN DE UN PLAN DE FORMACIÓN BIANUAL PARA TODO EL PERSONAL
- DEFINICIÓN DE MAPAS DE COMPETENCIAS POR CATEGORÍA PROFESIONAL

4. RESULTADOS

DE UN TOTAL DE 110 ESTÁNDARES PROPUESTOS POR LA ACSA, LA UGC CUMPLE EL 57,3% (63/110), DE LOS CUALES:

| | No Cumplen | Cumplen |
|-------------------------|-----------------------|-----------------------|
| Grupo I | 12,7% (8/63) | 87,3% (55/63) |
| Grupo I Obligatorios | 0% (0/35) | 100% (35/35) |
| Grupo I No Obligatorios | 28,6% (8/28) | 71,4% (20/28) |
| Grupo II | 72,4% (21/29) | 27,6% (8/29) |
| Grupo III | 100% (18/18) | 0% (0/18) |
| Totales | 42,7% (47/110) | 57,3% (63/110) |

Tabla 5. Cumplimiento de estándares por grupo.

SE OBTIENE LA ACREDITACIÓN CON EL NIVEL AVANZADO

5. CONCLUSIONES

- 1. La implantación de un sistema de gestión de la calidad requiere un gran esfuerzo por parte de todo el personal involucrado.*
- 2. El proceso no es estático, requiriendo un trabajo continuado en el tiempo.*
- 3. La acreditación de la UGC supone el reconocimiento al trabajo en aras de una mejora continua en el proceso asistencial orientado siempre al paciente.*

5. CONCLUSIONES

- 4. Establece un sistema normalizado cuyos procesos están perfectamente descritos y documentados permitiendo un mayor control y trazabilidad del proceso.*
- 5. Un análisis posterior permitirá corregir las desviaciones encontradas e identificar y evolucionar hacia nuevas áreas de mejora con el objeto de conseguir el nivel óptimo.*

*MUCHAS GRACIAS
POR SU ATENCIÓN*