

ARTÍCULO ESPECIAL

El proceso de acreditación: una experiencia desde la unidad de gestión clínica de Vélez-Sur

Sánchez Luque J J¹, Carabaño del Moral R²

¹ Doctor en Medicina. Especialista Medicina Familiar y Comunitaria. Director U.G.C. «Vélez-Sur» S.A.S.; ² Especialista Medicina Familiar y Comunitaria. Directora Médica Asistencial Distrito Sanitario «Axarquía» S.A.S.

Introducción

En la Resolución de 24 de julio de 2003 de la Dirección General de Organización de Procesos y Formación, se estableció el sistema de acreditación de la calidad de los centros y unidades del Sistema Sanitario Público de Andalucía, de acuerdo con el Modelo de Calidad del Sistema Sanitario de Andalucía.

En base a este sistema, nuestra Unidad de Gestión Clínica de Vélez-Sur inició el Proceso de Acreditación en noviembre de 2003, obteniendo el Certificado de Acreditación Avanzada en Febrero de 2004.

Ha sido un proceso de 4 meses de duración que ha permitido marcar un antes y un después en el desarrollo y planificación de la actividad en nuestra Unidad y que nos ha posibilitado diseñar un camino de mejora continua para el futuro.

Vamos a procurar transmitir de forma resumida nuestra experiencia a través del contenido de este artículo, donde intentaremos además proyectarlo de la forma más didáctica posible para facilitar al lector la comprensión de este proceso de análisis, reflexión y mejora que su desarrollo ha supuesto.

La Unidad de Gestión Clínica de Vélez-Sur

La Unidad de Gestión Clínica de Vélez-Sur atiende una población actualmente según la Base de datos de Usua-

rios de Andalucía de 18.300 habitantes, perteneciendo al Distrito Sanitario "Axarquía" del S.A.S.

Ubicada en la población de Vélez-Málaga, oferta a los ciudadanos todos los servicios incluidos en la Cartera de Atención Primaria del Servicio Andaluz de Salud y está constituida por 11 médicos de familia, 3 pediatras, 8 enfermeras y 2 Auxiliares de enfermería.

Los objetivos prioritarios recogidos en el Acuerdo de Gestión se sitúan en torno a la mejora de la accesibilidad (control de la demora) y a un uso racional del medicamento, estando inmersa la Unidad en la implantación y desarrollo de los Procesos Asistenciales incluidos en los Mapas 1 y 2 del Sistema Sanitario Público Andaluz.

El Proceso de Acreditación: un nuevo lenguaje...

Acreditar significa "conseguir que algo sea digno de crédito, demostrando su certeza y realidad" y no cabe duda que esta definición entronca directamente con el fundamento intrínseco que nuestra práctica clínica se tiene que envolver y que no es otro que la evidencia científica, aprovechando el vertiginoso desarrollo de las nuevas tecnologías.

En los inicios del Proceso de Acreditación en nuestra Unidad un nuevo lenguaje se abría ante nosotros. Eran conceptos como estándar, grados de acreditación, simulación, excelencia, y otra serie de términos muchos de ellos conocidos en la lejanía o en la definición puramente teórica pero que rápidamente se fueron convirtiendo en un auténtico diccionario activo en nuestra conversación y trabajo cotidianos.

Correspondencia: Juan José Sánchez Luque. / Avda. José Ortega Gasset, 151, 3.º A. 29006 Málaga. Tel.: 670 94 71 06
E-mail: sanchezluque@yahoo.es

Recibido el 17-05-2004; aceptado para publicación el 25-05-2004.

Medicina de Familia (And); 2004; 2: 32-35

¿Qué significa estándar?

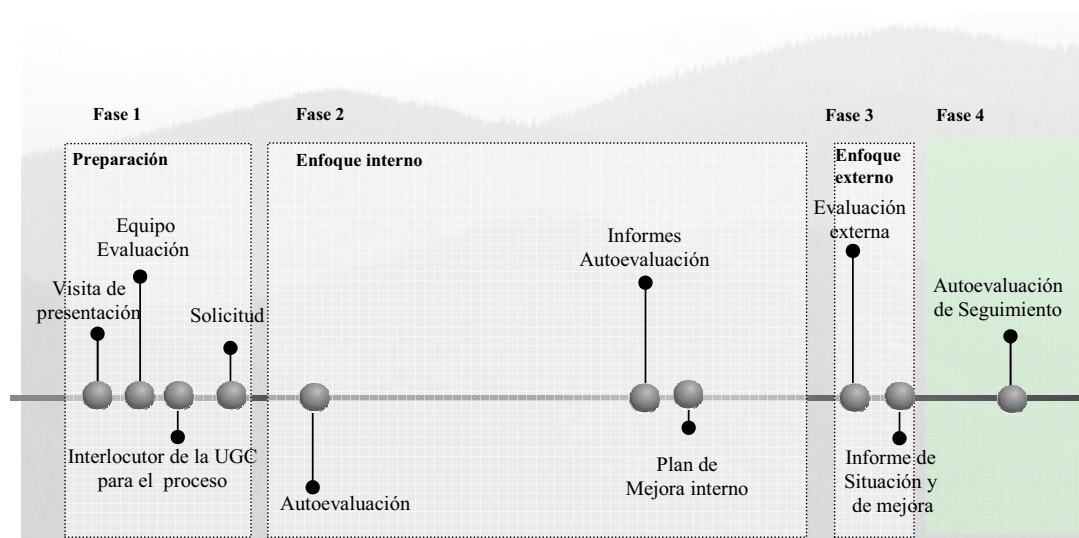
Un estándar hace referencia al grado de cumplimiento exigible a un criterio y se define como el rango en el que resulta aceptable el nivel de calidad alcanzado.

Y precisamente 112 estándares eran el eje vertebrador de un proceso que toma como referencia el Manual de Estándares para UGC: ME 5 1_02 y como herramienta de

ayuda y soporte la aplicación informática en entorno web para Acreditación de Centros y Unidades de Gestión Clínica ME_jora 2.0.

El dato en papel se convierte en el ítem a través de la navegación que permite ir desmenuzando desde el rigor y la minuciosidad imprescindibles los estándares analizados.

Fases del Proceso de Acreditación



Solicitud y designación de responsables del proceso preceden a una fecha clave inicial del proceso: la **visita de presentación** en nuestra propia Unidad de la Agencia de Calidad.

Desde el principio vislumbramos con certeza que los miembros de la Agencia de Calidad estaban ahí de forma continuada al otro lado de la red para responder a cualquiera de nuestras numerosas cuestiones a plantear y además con la inmediatez en sus respuestas, circunstancia que permitió un discurrir más ágil del proceso.

Tras esta visita inicial, de nuevo otra visita de los miembros de la Agencia de Calidad nos permitió introducirnos en el **manejo de la aplicación informática**, elemento fundamental para su desarrollo.

Y a trabajar, a **autoevaluarnos** acerca del cumplimiento de los 112 estándares y lo que es más importante a reflexionar y revisar el pasado, presente y futuro de nuestra Unidad de Gestión Clínica de Vélez-Sur.

Todo ello como fase previa a la **evaluación externa** que se realizaría tres meses después y el consiguiente **informe de situación y mejora**, cuyo resultado nos permitió

obtener la **concesión del Certificado de Acreditación de Calidad Avanzado**.

Pero evidentemente, el proceso no finaliza con esta certificación, sino que da paso al **módulo de seguimiento** que nos permita o al menos intentarlo, lograr el siguiente grado de acreditación, denominado **óptimo**, previo al grado final de **excelencia**, término este en numerosas ocasiones aludido en la sociedad actual y que se baraja entre las opiniones de utopía y realidad, pero que a través del proceso, sin lugar a dudas se concibe sobre los mimbres de la certeza y no de la divagación.

Acreditación: un proceso de trabajo en equipo

El trabajo en equipo de todos los profesionales de la Unidad, la coordinación y apoyo del Distrito Sanitario y la transparencia en la gestión son los pilares que tienen que permitir plantear en un Centro o Unidad comenzar un Proceso de Acreditación.

Son premisas imprescindibles dada la carga de trabajo adicional que conlleva todo el proceso, y la necesidad de

participación de todos los profesionales de las diferentes categorías involucradas.

La información interna, la creación de Comisiones de Mejora Unidad - Distrito y la identificación de responsables - líderes en determinadas vertientes que se abordan en el proceso son elementos que llevan consigo la implicación y sentirse partícipes del desarrollo a toda la Unidad de este camino de mejora continua que la Acreditación representa.

¿Miden los estándares la realidad de la actividad diaria o son meros elementos conceptuales?

Este interrogante constituyen el auténtico elemento discriminativo de un proceso que quede sólo en la constelación meramente teórica que también podría ser importante o bien constituya una herramienta de gestión práctica que conlleve plantear y lograr alcanzar mejoras que repercutan positivamente en el trabajo diario de los profesionales y en la atención prestada a los ciudadanos.

Los 112 estándares se dividen en cinco bloques según el objetivo abordado:

- I. El ciudadano, centro del sistema sanitario
- II. Organización de la actividad centrada en el paciente
- III. Profesionales
- IV. Estructura
- V. Resultados

Cada estándar según el grado de complejidad o dificultad que entraña su cumplimiento podemos encuadrarlo en tres grupos:

Grupo I: 65 estándares que contemplan los derechos consolidados y los aspectos ligados a la seguridad, continuidad y a la satisfacción de los ciudadanos, y aquellas otras garantías y elementos prioritarios del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

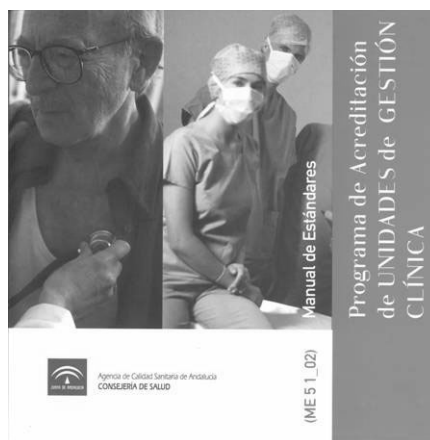
Un 46% de ellos tienen la consideración de obligatorios.

Grupo II: 29 estándares asociados al mayor desarrollo de la organización (sistemas de información, nuevas tecnologías y rediseño de espacios organizativos)

Grupo III: 18 estándares que llevan a la Unidad de Gestión Clínica a constituirse en referente para el resto del sistema

La primera lectura de los 112 estándares nos permite comprobar cómo se abordan la mayoría de elementos que constituyen nuestra actividad diaria.

(aconsejamos su revisión en el Manual de estándares del Programa de Acreditación elaborado por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía / www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria)



Y es que estamos hablando de estándares referidos a aspectos tan básicos como respeto a la intimidad de los pacientes, carta de derechos y deberes, coordinación interniveles, accesibilidad, historia de salud, implantación de procesos asistenciales, promoción de la salud, cartera de servicios, Plan de Apoyo a la Familia, acuerdo de gestión, mapas de competencias de profesionales, evaluación de competencias, formación continuada, investigación, equipamiento, Plan de emergencias, Tarjeta Sanitaria, prescripción racional del medicamento, Guías de Práctica Clínica, ...

Por tanto, evidentemente estamos hablando de aspectos que miden la realidad de la práctica asistencial diaria.

¿Qué resultados obtuvimos la Unidad de Gestión Clínica de Vélez-Sur?

El Manual del Programa de Acreditación establece los siguientes criterios para definir el logro de los diferentes Grados de Acreditación:

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

La Unidad de Gestión Clínica de Vélez-Sur obtuvo los siguientes resultados:

	Nº estándares	Cumplidos	% cumplidos
Grupo I obligatorios	35	34	100 %
Grupo I no obligatorios	30	23	79,31 %
Grupo II	29	17	58,62%
Grupo III	18	3	16,67%
Totales	112	77	70 %

Además una de las características del Modelo de Acreditación Sanitaria de Andalucía es su afán por contribuir a la gestión del conocimiento, difundiendo las mejores prácticas y soluciones identificadas en los centros y unidades.

En este sentido se han considerado los siguientes ejemplos o referencias aportadas por nuestra Unidad de Gestión Clínica de Vélez-Sur:

- Contenidos del tríptico de elaboración propia "Conózcenos" donde damos a conocer a los ciudadanos, a través de fotografías individuales todos los profesionales de la Unidad.
- Tríptico ilustrativo de las mejoras realizadas en la Unidad.
- Tarjeta de visita del profesional
- Descripción del sistema de "triadas" para la personalización de la asistencia.

Estos resultados nos permitieron obtener el Grado de Certificación Avanzada que nos fue entregado el día 26 de febrero en nuestra Unidad de Gestión Clínica de Vélez-Sur, de manos del Secretario General de Calidad y Eficiencia de la Consejería de Salud de la Junta de An-

dalucía, Don Angel Garijo, estando presentes el Director General de Organización de Procesos y Formación, Don Antonio Torres; el Director General de Asistencia Sanitaria, Don Joaquín Carmona; el Delegado Provincial de Salud en Málaga, Don José Luis Marcos; la Directora de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, Dña Sagrario Almazán; el Director del Distrito Sanitario "Axarquía", Don Torcuato Romero, así como profesionales, autoridades locales y representantes de asociaciones de ciudadanos.

Texto de referencia:

Manual de Estándares del Programa de Acreditación de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. 2003

Agradecemos a los miembros de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía su ayuda para la elaboración del presente manuscrito.

A todos los ciudadanos de la población de Vélez-Málaga