

Trabajo Fin de Grado  
Grado en Ingeniería de Organización Industrial

Análisis de las certificaciones de la Agencia de  
Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA) en  
áreas de un hospital y propuestas de mejora.

Autor: Jaime Hedrera Cordón

Tutor académico: Fernando Fernández Machuca

Tutora externa: Patricia Bonachela Solás

Departamento de Organización Industrial y  
Gestión de Empresas I  
Escuela Técnica Superior de Ingeniería

Sevilla, 2022





Trabajo Fin de Grado  
Grado en Ingeniería de Organización Industrial

**Análisis de las certificaciones de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA) en áreas de un hospital y propuestas de mejora.**

Autor:

Jaime Hedrera Cordón

Tutor académico:

Fernando Fernández Machuca

Profesor asociado

Tutora externa:

Patricia Bonachela Solás

Departamento de Organización Industrial y Gestión de Empresas I  
Escuela Técnica Superior de Ingeniería  
Universidad de Sevilla  
Sevilla, 2022



Trabajo Fin de Grado: Análisis de las certificaciones de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA) en áreas de un hospital y propuestas de mejora.

Autor:	Jaime Hedrera Cordón
Tutor académico:	Fernando Fernández Machuca
Tutora externa	Patricia Bonachela Solás

El tribunal nombrado para juzgar el Trabajo arriba indicado, compuesto por los siguientes miembros:

Presidente:

Vocales:

Secretario:

Acuerdan otorgarle la calificación de:

Sevilla, 2022

El Secretario del Tribunal



# AGRADECIMIENTOS

---

Con el cierre de este trabajo se pone punto y final a una etapa de crecimiento tanto a nivel personal como intelectual. Cuando comencé el desarrollo de este trabajo, no terminaba de crearme que me situaba ante el último paso de una bonita experiencia que se ha extendido a lo largo de los últimos años. En este trabajo, termino de plasmar lo que ha supuesto para mí conseguir un objetivo de mi vida y alcanzar la meta de llegar a ser graduado en Ingeniería.

Durante todo mi período en Sevilla, he recibido el apoyo de muchas personas para poder llegar a lograr lo que a día de hoy soy. Todo el esfuerzo realizado, quedaría en vano sin poder agradecer a cada una de esas personas que han hecho posible esta meta. Son diversas las que han estado codo con codo en esta aventura, y muchas otras las que han quedado por el camino.

Agradecer infinitamente el trabajo y seguimiento de mis dos tutores durante este trabajo Fernando Fernández Machuca y Patricia Bonachela Solás. Mis dos guías a lo largo de este documento, que me han servido para poder poner punto y final a este bonito capítulo que sin ellos no habría conseguido.

Por último, agradecer a mi familia cada aliento dado en los momentos difíciles y cada sonrisa en los momentos de alegría. Sin ellos, no estaría aquí.

Cerrar con la frase *“Lo que no se define no se puede medir. Lo que no se mide no se puede mejorar. Lo que no se mejora, se degrada siempre”*, para garantizarme que a partir de este punto se abre una nueva etapa en la que sólo cabe mejorar y seguir creciendo día tras día, definiendo metas cada vez más altas.

*Jaime Hedrera Cordón*

Sevilla, 2022



## RESUMEN

---

Los manuales de certificación de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA) surgen de la necesidad de garantizar una mejora continua dentro de las organizaciones pertenecientes al Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA) en relación a Unidades, Centros e Instituciones sanitarias, servicios sociales, profesionales sanitarios y formación continuada. Se pretende con ello además una garantía, dentro de las Unidades y centros, de prestar la mejor calidad esperada a los propios usuarios.

Hoy en día, las expectativas por tener los mejores niveles de calidad son muy altas, debido a la fuerte competencia que existe entre las distintas organizaciones y, a su vez, dentro de los propios centros con el reconocimiento a las diferentes Unidades. Actualmente, la eficacia y competitividad resulta fundamental para el éxito de cualquier organización, creando ciertos puntos diferenciadores que les hacen posicionarse en lugares distintos de sus competidores.

La ACSA tiene como uno de sus principales objetivos promover la cultura de la mejora continua y la calidad de los servicios que prestan las organizaciones sanitarias, mediante el uso de herramientas y certificaciones específicas, para poder alcanzar la excelencia en la atención a la salud y bienestar social.

Con los objetivos de garantizar el mejor servicio a los pacientes y conseguir el mejor hábitat de trabajo para los profesionales, nos enfrentamos al reto de analizar los actuales niveles en los que se encuentran las distintas áreas del Hospital, desde el punto de vista del acceso a estas certificaciones.

Para hacer frente al reto de conseguir dar un servicio de calidad, resulta imprescindible conocer cómo funcionan cada una de las Unidades que componen el centro y las propias expectativas que tienen de conseguir los distintos reconocimientos. Esto implica a su vez, saber cuál es el funcionamiento de la agencia externa, conociendo sus estándares aplicables para la legitimación de las áreas.

Aplicando la metodología del Lean Management en el sector sanitario, se consigue ofrecer propuestas de mejora que ayuden a conducir a los profesionales hacia un punto donde se encuentren las fortalezas y debilidades, reconociendo ventajas competitivas, con un aumento de la eficiencia y eficacia en sus procesos.

Este Trabajo de Fin de Grado se realiza con la intención de analizar cuáles son los estándares que crean mayores dificultades a la hora de alcanzarlos dentro de las Unidades de un Hospital, para proponer alternativas que mejoren su consecuencia alcanzando unos niveles de calidad diferenciadores del resto de organizaciones.



## ABSTRACT

---

The certification manuals of the Andalusian Health Quality Agency (ACSA) arise from the need to guarantee continuous improvement within the organisations belonging to the Andalusian Public Health System (APHS) in relation to health units, centres and institutions, social services, health professionals and continuous training. In addition, a guarantee is achieved, within the units and centres, of providing the best quality expected for the users themselves.

Nowadays, expectations for the best levels of certification are very high, due to the strong competition that exists between different organisations and, at the same time, within the centres themselves with the recognition of the different Units. Nowadays, efficiency and competitiveness are fundamental for the success of any organisation, creating certain differentiating points that make them stand out from their competitors.

One of the main objectives of the ACSA is to promote the culture of continuous improvement and the quality of the services provided by healthcare organisations, through the use of specific tools and certifications, in order to achieve excellence in healthcare and social welfare.

With the aim of guaranteeing the best service to patients and achieving the best working environment for professionals, we faced the challenge of analysing the current levels of the different areas of the Hospital from the point of view of access to these certifications.

In order to meet the challenge of providing a quality service, it is essential to know how each of the units that make up the centre work and the expectations they have of achieving the different recognitions. This in turn implies knowing how the external agency works, knowing its applicable standards for the legitimisation of the different areas.

Applying the Lean Manufacturing methodology in the health sector, it is possible to give possible proposals for improvements that help to lead professionals to a point where strengths and weaknesses are found, recognising competitive advantages, with an increase in the efficiency and effectiveness of their processes.

The aim of this Final Degree Project is to analyse the standards that create the greatest difficulties within the units of a hospital, in order to propose alternatives to improve their efficiency and achieve levels of quality that set them apart from other organisations.



## ÍNDICE DE CONTENIDOS

Agradecimientos.....	7
Resumen.....	9
Abstract .....	11
Índice de contenidos.....	13
Índice de tablas.....	15
Índice de ilustraciones.....	17
Notación.....	19
1. Introducción .....	21
1.1 Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.....	22
1.1.1 Historia.....	22
1.1.2 Actividad.....	22
1.1.3 Certificación .....	23
1.1.4 Resultados de la certificación.....	25
1.1.5 Manual de las Unidades de Gestión Clínica.....	26
1.2 Historia del Hospital.....	29
1.2.1 Historia del Hospital .....	29
1.2.2 Organigrama de un Hospital.....	30
1.2.3 Unidad de Calidad de un Hospital .....	31
1.3 Lean Manufacturing.....	33
1.4 Metodología ocho disciplinas (8D).....	37
2. Objetivos .....	39
3. Metodología .....	41
4. Resultados .....	44
4.1 Informes de evaluación de las Unidades.....	44
4.2 Evolución temporal de algunas Unidades.....	61
4.2.1 Evolución temporal de la Unidad de Gestión Clínica 12.....	61
4.2.2 Evolución temporal de la Unidad de Gestión Clínica 6.....	64
4.2.3 Evolución temporal de la Unidad de Gestión Clínica 3.....	66
4.2.4 Evolución temporal de la Unidad de Gestión Clínica 15.....	68
4.2.5 Evolución temporal de la Unidad de Gestión Clínica 16.....	70
4.2.6 Evolución temporal de la Unidad de Gestión Clínica 18.....	72
4.2.7 Evolución temporal de la Unidad de Gestión Clínica 27.....	74
4.3 Análisis y propuestas de mejora.....	78
4.3.1 Estándar 08.01_01:.....	80
4.3.2 Estándar 08.09_02:.....	86
4.3.3 Estándar 08.02_02:.....	92
4.3.4 Estándar 10.07_02:.....	96
4.3.5 Estándar 08.05_00:.....	103
4.3.6 Estándar 09.05_02:.....	107
5. Conclusiones .....	111
6. Referencias.....	113
7. Anexo. Relación de estándares.....	115



## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Clasificación de los resultados de la certificación.....	26
Tabla 2: Distribución de los estándares por grupos.....	28
Tabla 3: Cumplimiento de estándares por Grupo de la UGC 1.....	45
Tabla 4: Cumplimiento de estándares por Grupo de la UGC 2.....	45
Tabla 5: Cumplimiento de estándares por Grupo de la UGC 3.....	46
Tabla 6: Cumplimiento de estándares por Grupo de la UGC 4.....	46
Tabla 7: Cumplimiento de estándares por Grupo de la UGC 5.....	47
Tabla 8: Cumplimiento de estándares por Grupo de la UGC 6.....	47
Tabla 9: Cumplimiento de estándares por Grupo de la UGC 7.....	48
Tabla 10: Cumplimiento de estándares por Grupo de la UGC 8.....	48
Tabla 11: Cumplimiento de estándares por Grupo de la UGC 9.....	49
Tabla 12: Cumplimiento de estándares por Grupo de la UGC 10.....	49
Tabla 13: Cumplimiento de estándares por Grupo de la UGC 11.....	50
Tabla 14: Cumplimiento de estándares por Grupo de la UGC 12.....	50
Tabla 15: Cumplimiento de estándares por Grupo de la UGC 13.....	51
Tabla 16: Cumplimiento de estándares por Grupo de la UGC 14.....	51
Tabla 17: Cumplimiento de estándares por Grupo de la UGC 15.....	52
Tabla 18: Cumplimiento de estándares por Grupo de la UGC 16.....	52
Tabla 19: Cumplimiento de estándares por Grupo de la UGC 17.....	53
Tabla 20: Cumplimiento de estándares por Grupo de la UGC 18.....	53
Tabla 21: Cumplimiento de estándares por Grupo de la UGC 19.....	54
Tabla 22: Cumplimiento de estándares por Grupo de la UGC 20.....	54
Tabla 23: Cumplimiento de estándares por Grupo de la UGC 21.....	55
Tabla 24: Cumplimiento de estándares por Grupo de la UGC 22.....	55
Tabla 25: Cumplimiento de estándares por Grupo de la UGC 23.....	56
Tabla 26: Cumplimiento de estándares por Grupo de la UGC 24.....	56
Tabla 27: Cumplimiento de estándares por Grupo de la UGC 25.....	57
Tabla 28: Cumplimiento de estándares por Grupo de la UGC 26.....	57
Tabla 29: Cumplimiento de estándares por Grupo de la UGC 27.....	58
Tabla 30: Repetición de estándares no conformes ordenados por criterios.....	59
Tabla 31: Cumplimiento de estándares por Grupo de la UGC 12 en 2011.....	61
Tabla 32: Cumplimiento de estándares por Grupo de la UGC 12 en 2017.....	62
Tabla 33: Comparación del cumplimiento de estándares por Grupo de la UGC 12.....	62
Tabla 34: Cumplimiento de estándares por Grupo de la UGC 6 en 2011.....	64
Tabla 35: Cumplimiento de estándares por Grupo de la UGC 6 en 2016.....	64
Tabla 36: Comparación del cumplimiento de estándares por Grupo de la UGC 6.....	65
Tabla 37: Cumplimiento de estándares por Grupo de la UGC 11 en 2013.....	66
Tabla 38: Cumplimiento de estándares por Grupo de la UGC 11 en 2018.....	66
Tabla 39: Comparación del cumplimiento de estándares por Grupo de la UGC 11.....	67
Tabla 40: Cumplimiento de estándares por Grupo de la UGC 15 en 2014.....	68
Tabla 41: Cumplimiento de estándares por Grupo de la UGC 15 en 2019.....	68
Tabla 42: Comparación del cumplimiento de estándares por Grupo de la UGC 15.....	69
Tabla 43: Cumplimiento de estándares por Grupo de la UGC 16 en 2013.....	70
Tabla 44: Cumplimiento de estándares por Grupo de la UGC 16 en 2018.....	70
Tabla 45: Comparación del cumplimiento de estándares por Grupo de la UGC 16.....	71

Tabla 46: Cumplimiento de estándares por Grupo de la UGC 18 en 2013 .....	72
Tabla 47: Cumplimiento de estándares por Grupo de la UGC 18 en 2019 .....	72
Tabla 48: Comparación del cumplimiento de estándares por Grupo de la UGC 18 .....	73
Tabla 49: Cumplimiento de estándares por Grupo de la UGC 27 en 2014 .....	74
Tabla 50: Cumplimiento de estándares por Grupo de la UGC 27 en 2020 .....	74
Tabla 51: Comparación del cumplimiento de estándares por Grupo de la UGC 27 .....	75
Tabla 52: Herramienta de los ‘5 por qué’ aplicada al estándar 08.01_01 .....	82
Tabla 53: Matriz de polivalencia/versatilidad aplicada al estándar 08.01_01 .....	84
Tabla 54: Matriz de polivalencia/versatilidad aplicada al estándar 08.09_02 .....	91
Tabla 55: Matriz de polivalencia/versatilidad aplicada al estándar 08.02_02 .....	94
Tabla 56: Tabla prototipo de base de datos con información del estado de medicamentos .....	99
Tabla 57: Tabla con siete preguntas de la herramienta 5w+2h .....	99
Tabla 58: Herramienta de los ‘5 por qué’ aplicada al estándar 09.05_02 .....	108

## ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

---

Ilustración 1: Organigrama de un Hospital .....	31
Ilustración 2: Esquema de herramientas de Lean Management. Casa Toyota .....	34
Ilustración 3: Evolución temporal del porcentaje de cumplimiento en bloques de la UGC 12.....	63
Ilustración 4: Evolución temporal del porcentaje de cumplimiento en bloques de la UGC 6.....	65
Ilustración 5: Evolución temporal del porcentaje de cumplimiento en bloques de la UGC 11.....	67
Ilustración 6: Evolución temporal del porcentaje de cumplimiento en bloques de la UGC 15.....	69
Ilustración 7: Evolución temporal del porcentaje de cumplimiento en bloques de la UGC 16.....	71
Ilustración 8: Evolución temporal del porcentaje de cumplimiento en bloques de la UGC 18.....	73
Ilustración 9: Evolución temporal del porcentaje de cumplimiento en bloques de la UGC 27.....	75
Ilustración 10: Herramientas Lean utilizadas en el análisis de estándares aplicado al 08.01_01.....	83
Ilustración 11: Escala para calificación en la matriz de polivalencia.....	84
Ilustración 12: Situación real tras la aplicación de metodología 5S en Hospital.....	90
Ilustración 13: Herramientas Lean utilizadas en el análisis de estándares aplicado al 08.09_02.....	90
Ilustración 14: Proceso BPMN aplicado al estándar 08.02_02 .....	94
Ilustración 15: Proceso de recepción de medicamentos en la Unidad.....	101
Ilustración 16: Herramientas Lean utilizadas en el análisis de estándares aplicado al 10.07_02.....	102
Ilustración 17: Almacenaje de un Hospital aplicando la metodología Lean .....	105
Ilustración 18: Herramientas Lean utilizadas en el análisis de estándares aplicado al 08.05_00.....	106
Ilustración 19: Herramientas Lean utilizadas en el análisis de estándares aplicado al 09.05_02.....	109



## NOTACIÓN

---

5S	5S - Seiton, Seiri, Seiso, Seiketsu, Shitsuke
5w+2h	5 why + 2 how
8D	8 Disciplinas
ACSA	Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía
APHS	Andalusian Public Health System
ARCO	Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición
BOE	Boletín Oficial Español
BPMN	Modelos de Procesos de Negocios – Business Process Model and Notation
CAIT	Centros de Atención Infantil Temprana
CSUR	Centros, Servicios y Unidades de Referencia
CSUR-SNS	Centros, Servicios y Unidades de Referencia del Sistema Nacional de Salud
ENAC	Entidad Nacional de Acreditación
ERN	Redes Europeas de Referencia para la atención a las enfermedades raras
ERP	Planificación de Recursos Empresariales
IQI	Indicadores de Calidad en Pacientes Ingresados
ISO	International Organization for Standardization
ISQua	International Society for Quality in Healthcare
KPI	Key Performance Indicator
LOPD	Protección de Datos de Carácter Personal
PDCA	Planificar, Hacer, Verificar y Corregir
PNT	Procedimientos Normalizados de Trabajo
SAS	Servicio Andaluz de Salud
SGA	Sistema de Gestión de Almacenamiento
SMED	Preparación Rápida de Máquinas - Single-Minute Exchange of Die
SSPA	Sistema Sanitario Público de Andalucía
TPM	Mantenimiento Total Productivo - Total Productive Maintenance
TPS	Toyota Production System
UE	Unión Europea
UGC	Unidades de Gestión Clínica
VSM	Mapa de Flujo de Valor - Value Stream Map



# 1. INTRODUCCIÓN

---

El Trabajo de Fin de Grado que se va a exponer en esta memoria se ha basado en un estudio y análisis de las certificaciones de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA) de las Unidades de Gestión Clínica de un Hospital. Se trata, de identificar las no conformidades de los estándares y plantear posibles propuestas de mejora. Se busca mejorar la eficiencia de las unidades que se presentan a la certificación de la ACSA, de tal forma que exista un desarrollo continuo que permita al Sistema Sanitario Público de Andalucía destacar como uno de los principales sistemas que apuesta por una calidad asistencial excelente.

La idea de realizar este Trabajo de Fin de Grado surge dentro de las prácticas en empresa realizadas en el segundo cuatrimestre del curso universitario, gracias a la oferta de prácticas no sanitarias ofertadas por un Hospital del SSPA para algunos departamentos del centro. La duración de las mismas era de 3 meses, con una jornada de cinco horas diarias de forma presencial. Algo que resulta peculiar en los tiempos que corren, pero tratándose de unas prácticas es fundamental para que se dé un buen aprendizaje de las mismas. Específicamente, el desarrollo de éstas se daría en la Unidad de Calidad. Se trata de una Unidad muy importante dentro de la organización, donde la implicación y acogida desde primera hora ha sido espectacular.

Este documento pretende reflejar de la mejor forma posible, uno de los temas que se tratan dentro de las prácticas no sanitarias y de una de las principales preocupaciones que se dan en las Unidades de Gestión Clínica (UGC) del Hospital.

En este caso, la actividad se ha desarrollado en una Unidad orientada a materializar el Plan de Calidad del Hospital gestionando las Comisiones Hospitalarias, la acreditación de las Unidades de Gestión Clínica, grupos de mejora, los procesos asistenciales integrados, sesiones informativas y formativas.

Con el TFG, “Análisis de las certificaciones de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA) en áreas de un hospital y propuestas de mejora” se trata una de las funciones a las que se dedica gran cantidad de tiempo dentro de la Unidad y que ayuda así de forma eficiente a las UGC del Hospital. Tiene como objetivo conseguir que se cumplan el mayor número de estándares posibles a los que se presentan en cada candidatura de los distintos niveles de certificación. El conseguir determinados porcentajes hace que la Unidad cumpla con sus objetivos y siga evolucionando o manteniéndose en unos valores satisfactorios.

Estas certificaciones permiten ventajas tanto a las organizaciones como a los profesionales, tales como la detección de fortalezas, debilidades y oportunidades de mejora; identificar sus ventajas competitivas frente a organizaciones y servicios no certificados, además de un aumento de la eficiencia y la eficacia de sus procesos.

Dentro de este Trabajo Fin de Grado intervienen varios organismos fundamentales que es importante poner en conocimiento de cómo trabajan y cuál es su historia para llegar a entender bien cuál es la finalidad de este documento. Para ello se va a explicar en este apartado los organismos de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, el Hospital y la Unidad de Calidad. Además, se van a aclarar los manuales de certificación con sus estándares que son fundamentales a la hora de pasar con éxito las evaluaciones de la ACSA.

## 1.1 Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía

El organismo que se encarga de evaluar de forma externa las unidades que se presentan a la certificación es la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. Para ver cuáles son sus funciones principales se va a desarrollar en este apartado cual es la historia de esta agencia, sus distintos componentes y, por último, los manuales de certificación a través de los cuales las UGC pueden certificarse en los distintos niveles.

### 1.1.1 Historia

La Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA) es una organización pública adscrita a la Consejería de Salud y Familias de la Junta de Andalucía y que recibe soporte de gestión de la Fundación Progreso y Salud. Su finalidad es impulsar la cultura de la calidad y la mejora continua de los servicios que prestan las organizaciones y los profesionales sanitarios y de servicios sociales, reto que la ACSA afronta impulsando herramientas y servicios específicos, buscando siempre la excelencia en la atención a la salud y el bienestar social.

Se funda como entidad certificadora de la calidad de organizaciones sanitarias y de servicios sociales, así como de sus profesionales y de la formación que éstos reciben. Así, la ACSA acompaña a las organizaciones y profesionales en la mejora de la calidad de sus servicios a través de la mentoría en calidad y de otros proyectos que promueven la innovación en la gestión, la salud móvil y la salud digital.

A su vez, es una organización generadora de conocimiento sobre calidad en el ámbito sanitario, ya que adquiere conocimiento a partir de la investigación y de los propios procesos de evaluación. Con esto último se consiguen recopilar buenas prácticas, recomendaciones y espacios de mejora comunes.

Esta Agencia cuenta con la triple certificación de la ISQua - International Society for Quality in Healthcare - una de las organizaciones mundiales de referencia en materia de certificación de calidad y es una de las únicas 3 entidades a nivel europeo que ha conseguido el reconocimiento de la misma en los tres ámbitos de certificación:

- *'External Evaluation Organisations'* – Certificación de organizaciones de evaluación externa, para el modelo organizacional de la ACSA.
- *'Surveyor Training Programmes'* – Certificación de programas de capacitación de evaluadores, para el programa de capacitación de evaluadores de la ACSA.
- *'Health and Social Care Standards'* – Certificación de estándares de calidad asistencial, para el manual de Unidades de Gestión Clínica (incluyendo los anexos de Laboratorio, Hemodiálisis y Diagnóstico por la Imagen) y el manual de centros hospitalarios.

Así mismo, como entidad de certificación, la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía cuenta a su vez con la acreditación de la Entidad Nacional de Acreditación (ENAC) según la norma UNE-EN ISO/IEC 17065:2012 (CGA-ENAC-LEC) para los programas de certificación incluidos en la Lista de Servicios y Documentos Normativos bajo acreditación de ENAC. (ACSA, 2022)

### 1.1.2 Actividad

La ACSA desempeña diferentes funciones que forman su desarrollo diario como organización. Tienen seis líneas de trabajo estratégicas en el ámbito sanitario con la finalidad de garantizar la mejora de la calidad como son las que se describen a continuación:

- **Certificación:** su principal actividad es la certificación de los servicios que las organizaciones prestan a la salud y al bienestar social de la población. En este sentido, la actividad certificadora se dirige a diferentes ámbitos como son las organizaciones sanitarias, los servicios sociales, los profesionales sanitarios y la formación continuada.
- **Evaluación:** se prestan servicios de evaluación técnica externa en procesos de certificación y acreditación impulsados por otras organizaciones, como es el caso de la evaluación de las Redes Europeas de Referencia para la atención a las enfermedades raras (ERN, por sus siglas en inglés), por

encargo de la Comisión Europea, y, por otro lado, de los Centros, Servicios y Unidades de Referencia del Sistema Nacional de Salud (CSUR-SNS), por designación del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

- **Mentoría:** la ACSA acompaña a las entidades sanitarias y sociosanitarias en procesos de aprendizaje y mejora continua para que les ayuden a fortalecer una cultura organizacional basada en la eficacia y la eficiencia, desde la perspectiva del valor para el paciente. Para ello, trabaja estrechamente con los profesionales del sistema sanitario y de servicios sociales para conocer sus necesidades, establecer planes personalizados y ayudarlos a implantar diferentes herramientas de calidad.
- **Distintivos:** esta Agencia pone a disposición de otras entidades su experiencia en sistemas de evaluación para desarrollar proyectos de distintivos que orienten y reconozcan la implantación de buenas prácticas en ámbitos específicos, como la lucha contra la violencia de género, la fotoprotección o la calidad y seguridad de aplicaciones móviles de salud.
- **Salud móvil:** se impulsan iniciativas de regulación, desarrollo e innovación que contribuyan a asegurar la calidad y la seguridad de las aplicaciones móviles de salud y que aprovechen el potencial de la salud móvil para mejorar los procesos asistenciales.
- **Gestión del conocimiento:** a su vez, generan y difunden conocimiento que parte de la investigación y de los propios procesos de evaluación, como se ha mencionado anteriormente. (ACSA, 2022)

### 1.1.3 Certificación

La ACSA realiza diferentes certificaciones entre las que se encuentran UGC, centros e instituciones sanitarias, servicios sociales, profesionales sanitarios y formación continuada. El caso que se va a estudiar está relacionado con el proceso de evaluación de la calidad que prestan atención sanitaria a distintos niveles: unidades hospitalarias, atención primaria, centros directivos sanitarios y servicios especializados.

La agencia se encarga de la certificación de múltiples organizaciones como:

- Centros de Atención Infantil Temprana (CAIT)
- Centros de Atención Sanitaria Sin Internamiento
- Centros Hospitalarios
- Centros y Unidades de Diagnóstico por la Imagen
- Centros y Unidades de Formación Continuada
- Centros y Unidades de Transfusión Sanguínea
- Farmacias Comunitarias
- Instituciones Sanitarias
- Laboratorios Clínicos
- Servicios de Urgencias y Emergencias
- Unidades de Ensayos Clínicos en fases tempranas
- Unidades de Gestión Clínica

Como se puede apreciar, son varias las entidades que tratan de superar los niveles de certificación evaluados por la ACSA. Se trata de un proceso muy dinámico y continuo con cuatro fases que se suceden en el tiempo y para ello existe una preparación previa por parte de las Unidades que se presentan a la evaluación

- **Fase 1 – Inicio del proceso:** tras realizar la solicitud, se designa un responsable del proyecto en ACSA y un responsable interno en la entidad solicitante para facilitar el desarrollo del proceso y la comunicación entre ambas partes.
- **Fase 2 – Autoevaluación:** los profesionales de la organización llevan a cabo un ejercicio de reflexión, identificando lo que se está haciendo bien (evidencias positivas) y detectando áreas de mejora.

- Fase 3 – **Evaluación**: un equipo de evaluadores cualificados de ACSA estudia la autoevaluación y realiza una visita, observando y reconociendo las evidencias presentes (documentales, de observación directa y entrevistas) asociadas a los distintos elementos de calidad, los puntos fuertes y las áreas de mejora y, en función de su cumplimiento, un Comité de Certificación determina el grado de certificación obtenido.
- Fase 4 – **Certificación y seguimiento**: en función del resultado de la evaluación, ACSA otorga su sello de calidad en tres niveles progresivos: Avanzado, Óptimo o Excelente. Esta fase busca asegurar el cumplimiento de los estándares en el tiempo y con ello, un nivel de calidad. Durante la vigencia de la certificación (5 años), se realiza una visita de seguimiento (2 años y medio). (ACSA, 2022)

Este Modelo de Certificación presenta unas características propias de coherencia con los planes, estrategias y herramientas de gestión para la mejora continua. Aborda la calidad desde un enfoque integral, pues pretende abarcar los diferentes agentes que intervienen en la atención sanitaria y/o social. Por último, tiene carácter progresivo, al ser un proceso dinámico y continuo que potencia el desarrollo de las unidades para su crecimiento en calidad.

La certificación es un reconocimiento expreso y público al cumplimiento de los requisitos necesarios para desarrollar una atención de calidad por parte de los centros y unidades sanitarias, los servicios sociales, los profesionales, las páginas web, etc., que han emprendido una línea de mejora continua. Al ser una herramienta y no un fin en sí misma, la certificación favorece e impulsa procesos de mejora y evaluación dentro de las organizaciones.

Todas las organizaciones que se han citado con anterioridad (centros de transfusiones, centros hospitalarios, UGC, etc.) poseen un Manual de Estándares específico de cada una de ellas. En estos manuales se definen todos los estándares que se han de cumplir por parte de los centros en función del nivel de certificación al que quieran optar.

Cada Manual específico sigue la misma estructura. En ellos se refleja una breve introducción y explicación del Modelo, así como la metodología que se lleva a cabo. La parte fundamental hace referencia a los estándares, que se encuentran divididos en cinco bloques (la persona, organización de la actividad centrada en la persona, profesionales, procesos de soporte y mejora continua).

Para este TFG se va a utilizar el Manual de Estándares de Unidades de Gestión Clínica que está dirigido a estructuras organizativas (unidades) que prestan servicios clínico-asistenciales definidos en su cartera de servicios y que dependen de una estructura superior (centro hospitalario, distrito sanitario, área de gestión sanitaria, etc.) que pone a disposición unos servicios de soporte no asistenciales.

Así, el ámbito de aplicación de este Manual incluye, además de las Unidades de Gestión Clínica del Servicio Andaluz de Salud (SAS), las Unidades Funcionales, Áreas Integradas de Gestión (AIG), Servicios Clínicos y Unidades de Salud que constituyen el cuerpo asistencial de cualquier organización sanitaria. Este programa permite certificar la calidad de los servicios prestados por unidades de atención primaria, unidades médicas y médico-quirúrgicas, unidades de farmacia hospitalaria y de diagnóstico por la imagen. Quedan fuera del ámbito de aplicación de este programa, las unidades de laboratorios clínicos y de urgencias, para las que existen manuales de estándares específicos.

En algunos casos, la cartera de servicios de una unidad incluye, además de servicios asistenciales, servicios clínicos de apoyo al diagnóstico y tratamiento como: Laboratorio Clínico, Unidad de Hemodiálisis y Unidad de Diagnóstico por la Imagen. Por ese motivo, se han creado tres anexos para la certificación de estos servicios de apoyo y que deben complementar el manual de UGC. Este trabajo contará con el complemento de uno de esos anexos donde se explicará de forma detallada todos los estándares que aparecen en el Manual para que haya conocimiento de los mismos.

Para conocer cómo se lleva a cabo este proceso se va a definir de forma concisa la metodología y los componentes del manual.

La metodología seguida por el manual sigue las fases que se han citado con anterioridad. La fase de autoevaluación tiene un papel muy importante, ya que da una visión general a los implicados tanto de la situación actual, como de los objetivos que quieren lograr. Para ello se analizan los estándares y su propósito, reflexionando sobre qué es lo que se hace y cómo puede demostrarse, recogiendo evidencias positivas. También aparecen las áreas de mejora que se relacionan con los resultados no conformes con posibilidad

de cambio. La evaluación externa es otro de los elementos comunes de los procesos de certificación. De ello se encargan los evaluadores de la ACSA que valoran las pruebas aportadas, determinando el grado de certificación a obtener.

Los evaluadores son profesionales formados por la Agencia en la metodología de evaluación y que visitan los distintos centros que deciden certificarse, detectando los puntos débiles y fuertes de las unidades. Allí se les recibe por las Direcciones Generales de los Hospitales y más tarde se les acompaña por diferentes profesionales, pertenecientes a la UGC a certificar, y que han estado involucrados durante todo el proceso de autoevaluación. Su labor consiste en visitar las distintas áreas de la UGC verificando los cinco bloques del Manual, y en particular, los diferentes estándares que se han estado trabajando. Una vez que terminan este proceso, se retiran a deliberar y posteriormente realizan el informe que servirá de seguimiento a los profesionales.

El componente fundamental que aparece en estos manuales son los estándares. Estos estándares que se definen por la ACSA son una herramienta de mejora continua, donde se implantan una serie de patrones de calidad, que serán revisados por un sistema de evaluación. En ellos se trata de describir las diferentes acciones que deben llevar a cabo los centros y unidades para ser reconocidos en el camino de la mejora continua. Son por lo tanto un elemento de reconocimiento y seguimiento para todos los profesionales que quieren optar a los niveles de certificación de calidad, clasificados en distintos grupos según la funcionalidad que tengan. Todos ellos son explicados en el Manual, permitiendo así a los trabajadores tener un acceso continuo a ellos, pudiendo saber si lo están desarrollando de forma correcta.

Existen varias aplicaciones informáticas que dan soporte a los profesionales de la ACSA para cada proceso de certificación. En el caso de las Unidades de Gestión Clínicas se hace uso de ME\_jora C, donde se encuentra de forma telemática toda la información relacionada con la consecución de los estándares a cumplir. Esta aplicación permite la accesibilidad desde cualquier puesto de trabajo al proceso de certificación con un acceso seguro a través de perfiles de usuario. También, actúa como gestor documental de toda la información generada en el proceso de certificación.

En primer lugar, para que este proceso de certificación se produzca, se debe solicitar el inicio de certificación mediante de la cumplimentación de una solicitud en la aplicación ME\_jora C de la ACSA, disponible en la página web. Tras esto, de forma conjunta, se designa un responsable de proyecto en la Agencia y un responsable interno en la UGC, para facilitar así el desarrollo y la comunicación.

La fase de autoevaluación se concibe como la comprobación permanente de los espacios de mejora de la organización, para lo que se toma como referencia el manual de estándares. Se ha optado por un enfoque cualitativo para determinar el nivel de cumplimiento siguiendo el ciclo PDCA (Planificar, Hacer, Verificar y Corregir) de Deming. Así se consigue que el cumplimiento de un estándar no se quede en un hecho estático o puntual asociado al momento de la evaluación. Además, su puesta en práctica hace que se valore la efectividad del estándar y se desarrollen acciones para mejorar su implantación y desarrollo, garantizando de este modo la consolidación del estándar a largo plazo.

En la fase de evaluación se planifica de forma consensuada junto con el Equipo Directivo de la UGC como se desarrollará, durante el día, la visita de la evaluación externa por el equipo de evaluadores.

Por último, se realizará un seguimiento con una visita durante la validez del certificado (5 años) o alguna más si existieran circunstancias que lo justificasen para verificar el mantenimiento del cumplimiento de estándares a largo plazo.

#### **1.1.4 Resultados de la certificación**

En todos y cada uno de los ámbitos (centros, unidades sanitarias, servicios sociales, profesionales, formación continuada, etc.), el modelo articula la progresión en diferentes grados, cada uno de mayor complejidad y exigencia que el anterior, propiciando así la mejora continua. Los niveles de certificación son Avanzado, Óptimo y Excelente.

Como consecuencia de las posibles mejoras que se puedan producir en las organizaciones debido a las nuevas tecnologías, nuevas prestaciones, nuevas formas de organización y/o nuevas exigencias de la ciudadanía y profesionales; los estándares establecidos para los distintos grados serán actualizados periódicamente. Así, por ejemplo, lo que hoy puede verse como lejano para cualquier sistema podrá ser en el camino de la mejora continua, la excelencia del mañana.

En definitiva, el proceso de certificación es una herramienta metodológica útil, que permite comprobar en qué medida las actividades se realizan de acuerdo a unas normas de calidad y brinda a la luz de evaluaciones externas, un reconocimiento público y expreso a aquellas instituciones y profesionales que lo cumplen y demuestran.

El resultado obtenido del proceso de certificación puede ser:

- **Pendiente de estabilización de estándares obligatorios:** situación que se mantiene hasta que los planes de mejora de la Unidad de Gestión Clínica cumplan con los estándares obligatorios del grupo I. La consecución de estos permitirá optar a algún nivel de certificación.
- **Certificación avanzada:** certificación obtenida al lograr un cumplimiento mayor del 70 % de estándares del grupo I (incluyéndose dentro de este porcentaje la totalidad de los considerados como obligatorios).
- **Certificación óptima:** se alcanza cuando se da un cumplimiento del 100 % de los estándares del grupo I y cumplimiento mayor del 40 % de los estándares del grupo II.
- **Certificación excelente:** el nivel de Excelencia se obtiene cuando se da un cumplimiento del 100 % de los estándares del grupo I y del grupo II, y cumplimiento mayor del 40 % de los estándares del grupo III. (Consejería de Salud)

	AVANZADO	OPTIMO	EXCELENTE
Grupo I	70% (incluidos los obligatorios)	100%	100%
Grupo II		> 40%	100%
Grupo III			> 40%

Tabla 1: Clasificación de los resultados de la certificación

Fuente: elaboración propia

### 1.1.5 Manual de las Unidades de Gestión Clínica

Este Manual se aplica en estructuras organizativas que prestan servicios clínico-asistenciales definidos en su cartera de servicios. En el Servicio Andaluz de Salud (SAS), estas estructuras organizativas se denominan Unidades de Gestión Clínica pero este manual también tiene aplicación en estructuras organizativas similares que reciben diferentes nombres.

Con respecto al Manual, éste está orientado a impulsar la mejora continua cuyo punto de partida es el potencial de mejora de la propia unidad. La certificación de las UGC se concibe como el proceso mediante el cual se observa y reconoce en qué forma la atención que se presta a las personas usuarias responde al modelo de calidad, siempre con la finalidad de favorecer e impulsar la mejora continua.

La estructura que tiene el manual se compone de 5 bloques y 11 criterios:

**BLOQUE I. La persona, centro del Sistema Sanitario:** trata de avalar la accesibilidad a los servicios y la continuidad asistencial, asegurando que las decisiones que se toman respecto al proceso de atención tienen en cuenta las necesidades, deseos y preferencias de las personas usuarias y que se ofrece la información y el apoyo necesario para su participación efectiva. Por tanto, se hace imprescindible el uso de herramientas que permitan conocer las necesidades y expectativas de la ciudadanía (de educación, de información, de prevención y promoción, etc.) y la coordinación y comunicación entre los servicios que intervienen en su proceso de atención. Los criterios que se engloban en este bloque son:

1. La persona como sujeto activo.

2. La accesibilidad y continuidad de la atención.

3. Información clínica.

**BLOQUE II. Organización de la actividad centrada en la persona:** asegurar un modelo de atención sanitaria basada en la gestión por procesos, aportando a la unidad de gestión clínica una visión integral y unas herramientas con las que pueda mejorar y rediseñar el flujo de trabajo para hacerlo más eficiente y adaptado a las necesidades y expectativas de las personas usuarias. Los criterios de este bloque son:

4. Gestión de planes y procesos asistenciales integrados.

5. Promoción de la salud.

6. Dirección, planificación estratégica y gobierno clínico.

**BLOQUE III. Profesionales:** garantizar la permanente adecuación de las competencias de los profesionales, impulsando su formación continuada y la investigación, para ofrecer una atención de calidad y mantener o mejorar las aptitudes y conocimiento de los profesionales. El criterio que se evalúa:

7. Profesionales.

**BLOQUE IV. Procesos de soporte:** garantizar, entre otros, la implicación de las unidades en la seguridad de las instalaciones que utiliza, en la gestión de su equipamiento, en las emergencias, en el control seguro de materiales y residuos peligrosos, así como en la identificación de riesgos laborales y en la seguridad laboral, contribuyendo de esta manera a una prestación de servicios de calidad en un espacio físico seguro, todo esto en el ámbito de responsabilidad de la Unidad. Incluye los siguientes criterios:

8. Estructura, equipamiento y proveedores

9. Sistemas y tecnologías de la información.

**BLOQUE V. Mejora continua:** la gestión de la calidad constituye un esfuerzo consciente, continuado y organizado por parte de la Unidad para poder dar un valor añadido a la prestación de la asistencia. Basada en herramientas validadas y buenas prácticas. Esta gestión de la calidad debe formar parte de la cultura de la Unidad y de sus profesionales. La seguridad del paciente es uno de los componentes fundamentales de la gestión de la calidad. Más allá de la obligación de todo profesional de no hacer daño con sus actuaciones, la Unidad debe poner en marcha iniciativas y estrategias para identificar y minimizar los riesgos para los pacientes que son inherentes a la atención que realiza y, en caso de que se produzca daño, analizar las causas y poner en marcha acciones correctivas para que no vuelva a ocurrir. En este caso, los criterios son:

10. Herramientas de Calidad y Seguridad.

11. Resultados de la Unidad de Gestión Clínica.

Por otro lado, los estándares del manual se distribuyen, a su vez, en 3 grupos en función del nivel que se quiera alcanzar y permite a la UGC identificar una secuencia priorizada para su abordaje:

- Los estándares del **grupo I** contemplan, entre otros aspectos, los derechos consolidados de las personas, la calidad de vida, los principios éticos y la seguridad de las personas usuarias y trabajadoras.

En este grupo I se encuentran, los estándares que tienen la consideración de Obligatorios y, por tanto, han de estar necesariamente presentes y estabilizados para alcanzar cualquier grado de certificación.

- En el **grupo II** de estándares se incluyen los elementos asociados a un mayor desarrollo de la organización (sistemas de información, nuevas tecnologías y rediseño de espacios organizativos).
- El **grupo III** abarca aquellos estándares que demuestran que la unidad de gestión clínica genera innovación y desarrollo para la sociedad en general. (Consejería de Salud)

Dependiendo del número de estándares que se superen con éxito y en función del grupo al que pertenezcan, la Unidad se situará en determinado nivel de reconocimiento. La distribución de los estándares de este programa se resume de la siguiente manera:

Tipo de estándar	Número (Nº)	Porcentaje
Grupo I (No Obligatorios)	24	23,76%
Grupo I (Obligatorios)	41	40,60%
Total Grupo I	65	64,36%
Grupo II	24	23,76%
Grupo III	12	11,88%
<b>Total</b>	<b>101</b>	<b>100%</b>

Tabla 2: Distribución de los estándares por grupos.

Fuente: Elaboración propia

Como se ha dicho anteriormente, dentro del Manual se incluyen anexos de una serie de estándares que se encuentran relacionados con los Laboratorios Clínicos complementando la preparación de las UGC.

Estos procesos de certificación se llevan a cabo en el Hospital un amplio complejo que cuenta con los mejores profesionales y cada vez más adaptándose a las tecnologías que van evolucionando. Por eso se trata de una mejora continua de la calidad que haga a los pacientes disponer de los mejores servicios. A continuación, se pasará a definir la historia de este centro.

La elección de este proceso de certificación se debe a la implicación tan grande que tiene la Unidad de Calidad. Para que las UGC del Hospital se encuentren reconocidas en los mayores niveles, se tiene un conocimiento excelente de todo el proceso desde su fase de preparación hasta el seguimiento posterior. Con la finalidad de facilitar el transcurso de la obtención del reconocimiento de nivel, la Unidad de Calidad prepara distintas herramientas de apoyo que sirven de guía para las Unidades. Una de estas herramientas por ejemplo es “Check-List” con los estándares del Manual, para que los profesionales que se van a certificar puedan hacer un seguimiento de cuáles son los necesarios para la evaluación externa.

## 1.2 Historia del Hospital

Como se ha mencionado con anterioridad, este Trabajo de Fin de Grado se realiza en un centro hospitalario grande que a partir de ahora nombraré como el Hospital, concretamente en la Unidad de Calidad.

Para conocer mejor cuál es el funcionamiento de un departamento de calidad dentro de un Hospital, vamos a dar una pequeña visión de cómo es el desarrollo de la misma y cual es funcionamiento que tiene un centro sanitario, así como, los datos que pueden ser relevantes para el correcto desarrollo de sus labores. Por lo que este apartado se va a dividir en dos subapartados: historia del Hospital y definición de la Unidad de Calidad.

### 1.2.1 Historia del Hospital

Según la fuente del B.O.E los hospitales tendrán como funciones primordiales las de prestación de asistencia especializada, promoción de la salud y prevención de las enfermedades, conforme a los programas de cada Área de Salud, así como las de investigación y docencia, complementando sus actividades con las desarrolladas por la red de atención primaria del Área correspondiente.

Hoy en día resulta un bien de necesidad incomparable para todos los seres humanos por la situación de pandemia que se está viviendo. No sólo se realiza una cobertura de asistencia especializada, sino que se hace un intento por proveer de la mayor información necesaria del diagnóstico y tratamiento al paciente que acude a los centros.

Según los datos estadísticos sacados del Sistema Nacional de Salud, en 2022 España cuenta con más de 700 centros hospitalarios, siendo el número de hospitales privados ligeramente superior al de hospitales públicos. En ellos se ubican aproximadamente 158.000 camas disponibles y trabajan más de 48.000 profesionales sanitarios y 141.000 trabajadores proveedores de servicios. En este mismo año, entre los centros hospitalarios con mejor reputación corporativa del país destacaron el Hospital Universitario La Paz y la Clínica Universidad de Navarra, en el ámbito público y privado respectivamente.

Los servicios hospitalarios que el Sistema Nacional de Salud presta a sus pacientes se organizan en diferentes especialidades, la mayoría reconocidas por los países de la Unión Europea. Uno de los principales problemas que actualmente afrontan muchos de los centros hospitalarios españoles es la falta de profesionales sanitarios, sobre todo en algunas de las especialidades con mayor demanda, entre las que destacan la oncología, la inmunología, la geriatría y la alergología.

Tras caer de manera abrupta entre 2010 y 2013, el gasto sanitario público consolidado aumentó de manera progresiva durante los últimos años, hasta sobrepasar los 70 millones de euros en 2019. De esta manera, España se convirtió en el quinto país de la Unión Europea con el gasto público en salud más elevado. Alemania, por su parte, lideró la clasificación con un desembolso superior a los 320 millones de euros. En cuanto al gasto por persona, el de España no fue de los más altos de Europa. Con un gasto per cápita de 1.617 euros anuales, el país se encontraba en el puesto número 13, muy por debajo de países como Dinamarca, Luxemburgo o Suecia, en los que la inversión pública en sanidad superó los 4.000 euros anuales por persona.

En la comunidad de Andalucía se cuenta con más de 100 Hospitales, tanto públicos como privados. Se encuentra situada como segunda en cantidad de centros respecto al resto de comunidades, aunque cuenta con la cifra más alta de camas instaladas, superando las 15.000.

La misión del Hospital se forma desde la base, con la participación de todos y perseguirá la mejora del nivel de salud de las personas y de su satisfacción, cumpliendo sus expectativas, garantizando la continuidad asistencial, haciéndolo con eficiencia, en consonancia con los recursos disponibles y con las características de nuestra población, constituyendo un hospital que sume conocimientos, habilidades y aptitudes de profesionales de reconocido prestigio y que serán, de forma autónoma, referentes a nivel nacional e internacional.

El Hospital es un centro de excelencia al servicio de la ciudadanía, integrando todos los aspectos de prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades que requieren una atención especializada basada en la mejor evidencia disponible, de forma eficiente, respondiendo a las expectativas ciudadanas y promoviendo la continuidad en la asistencia sanitaria. Prioriza la seguridad, la calidad y la humanización de la atención a los pacientes. Mantiene una colaboración en la consecución de la sostenibilidad, mediante el liderazgo en políticas de contención del gasto, así como la promoción de la docencia y la investigación e innovación.

- Trabajo en equipo, orientado a la persona, que es el centro de su actividad, garantizando la continuidad asistencial, la accesibilidad, la confidencialidad y en todos los niveles asistenciales, su seguridad.
- Orientación a la excelencia mediante una asistencia de calidad basada en una docencia integrada y una investigación encaminada a la generación de conocimiento y riqueza.
- Desarrollo y satisfacción profesional promoviendo la responsabilidad, la eficiencia, la excelencia y el reconocimiento.

Los parámetros básicos sobre los que evoluciona actualmente la estructura de la población en nuestro entorno son el aumento de la esperanza de vida y disminución de la natalidad. La natalidad ha disminuido sensiblemente y la esperanza de vida al nacer sigue creciendo y alcanza los 79,8 años en los hombres y 85,1 en las mujeres. El porcentaje de personas mayores de 65 años sigue aumentando, acompañado de un aumento porcentual del grupo de más de 80 años.

Este envejecimiento progresivo de la población, además de un incremento en su nivel de dependencia, harán aumentar la incidencia y prevalencia de enfermedades crónicas, así como la demanda de atención socio-sanitaria de las personas dependientes y su entorno.

Dentro de las funciones que podemos percibir en un hospital, de forma conceptual, se puede observar los siguientes conceptos:

- Reparación de la salud: con un diagnóstico, tratamiento curativo y readaptación física, mental y social.
- Prevención de la enfermedad: donde sobre todo aparecen temas de vigilancia en el desarrollo del paciente, reducción de enfermedades larga duración, higiene y educación.
- Funciones educativas: con todas las personas que se encuentran dentro de un Hospital respecto a los estudiantes, licenciados, enfermeros, asistentes...
- Investigaciones: sobre los aspectos físicos, psíquicos y sociales de la salud, más los métodos técnicos y administrativos del hospital.

Nos centraremos en Hospitales del Sistema Sanitario Andaluz que permitan reconocer como es la preparación de alguno de ellos para la evaluación de la ACSA. Los más importantes de la comunidad tienen una preocupación importante sobre la mejora continua de sus servicios de calidad, implicándose en transmitir a sus pacientes los mayores conocimientos y cuidados que garanticen una relación exitosa entre ambas partes. (Hospital, 2022)

### 1.2.2 Organigrama de un Hospital

La gestión del personal del Hospital requiere gran responsabilidad y por lo tanto un equipo cualificado que se encuentre de forma cercana a los profesionales. Para ello existen distintos responsables para las direcciones de las Unidades y de los departamentos que forman la gran organización que es el Hospital. Cada cierto tiempo se renuevan los jefes de las Unidades de Gestión Clínica, que son elegidos por un tribunal responsable entre los que se encuentra la Dirección Gerencia. El organigrama que presenta el Hospital tiene la siguiente estructura.



Ilustración 1: Organigrama de un Hospital

Fuente: Elaboración propia

### 1.2.3 Unidad de Calidad de un Hospital

Hablar sobre esta Unidad resulta indispensable, puesto que es la parte de la organización que coordina las certificaciones desde dentro con las Unidades, para poder superar con éxito las auditorías.

La situación física de esta Unidad está en el mismo complejo que el Hospital. Desde allí realizan una labor fundamental para la mejora de la calidad y seguridad del Hospital. Normalmente, está compuesto de un número no muy grande de profesionales, que se encargan de coordinar y apoyar a las UGC en sus certificaciones, entre otros.

Se define como una estructura de soporte y apoyo, con carácter transversal, dentro de la estructura organizativa del Hospital, cuya función es materializar el Plan de Calidad del mismo. La Calidad es una prioridad para la salud, y, a la vez, una exigencia de todos nuestros pacientes, familiares y profesionales. Para la Organización Mundial de la Salud, una atención sanitaria de Calidad consiste en “asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos de paciente y del servicio médico y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos adversos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso”.

El Plan de Calidad del Hospital forma parte de una de las líneas estratégicas del centro que incorpora la calidad en todos sus ámbitos, con la única finalidad de optimizar la asistencia de la ciudadanía. El objetivo del centro reside en orientar las estrategias y actuaciones para garantizar una asistencia sanitaria donde la humanización esté muy presente, basada en la accesibilidad, la equidad, la seguridad, la eficiencia en el uso de recursos y la innovación.

Esta Unidad busca una participación activa de los profesionales y transferir el marco conceptual de la calidad y filosofía de mejora continua a todos los ámbitos del Hospital. Su objetivo principal es desarrollar las actividades necesarias para la gestión de la calidad, orientando siempre el trabajo a la mejora continua de la calidad asistencial prestada a la ciudadanía. Se forma con la gran implicación y conocimiento de sus Comisiones hospitalarias, Grupos de mejora y Referentes de Calidad y Seguridad.

En colaboración con los distintos grupos que forman este gran centro, la unidad se encarga de las siguientes actividades:

- Elaboración de la Cartera de Servicios: conjunto de actividades a demanda entre las que se encuentran la gestión clínica, apoyo a direcciones asistenciales y unidades funcionales, certificación de competencias, ...
- Actividades de formación: coordinan y fomentan la participación en distintos cursos, sesiones formativas, reuniones... en los que se trata que exista la mayor implicación posible y, a su vez, sirvan de crecimiento profesional para las personas que lo realicen.
- Seguridad del paciente: se dispone de distintos medios para garantizar la atención y cuidados seguros, manifestándose con la ausencia de lesiones accidentales atribuibles a los mismos. Es un problema de salud pública relevante. Se puede resumir en promover la autoevaluación de las unidades de gestión clínica y la evaluación de indicadores de calidad en pacientes ingresados (IQI) y de indicadores sobre la seguridad de los pacientes de la Agencia Americana de Calidad (AHRQ).
- Certificaciones de Unidades. ACSA: es la actividad principal en la que se va a centrar este TFG. Su finalidad es la mejora de la calidad de los servicios que prestan las organizaciones y los profesionales sanitarios. Actualmente, existen más de un 80% de las UGC oficialmente certificadas (niveles Avanzado y Óptimo).
- Procesos Asistenciales Integrados: desde hace tiempo se consolidó como una línea estratégica de la organización, por lo que el Hospital tiene una amplia trayectoria. Se articulan en torno a problemas de salud, estableciendo actuaciones específicas en un abordaje multidimensional con objeto de dar una respuesta adecuada a las necesidades de diversa índole: físicas, emocionales y sociales. Desde la Unidad de Calidad se contribuye con la gestión de convocatorias de mejora, la gestión de documentación y el apoyo metodológico.
- Grupos de mejora: tratan de conseguir objetivos concretos asignados por las comisiones clínicas, por la Dirección o por la Unidad de Calidad. La constitución de los grupos de mejora, su tutela y la validación de sus resultados están confiadas a la Unidad de Calidad.
- Comisiones clínicas: son órganos participativos asesores de la Dirección en aspectos relacionados con la Calidad Asistencial. Además, son estructuras funcionales de participación de profesionales con carácter multidisciplinar, encargadas de la promoción y evaluación de la calidad en el ámbito del área hospitalaria, contemplando el asesoramiento y la mejora continua de la organización.
- Servicios de Referencia: se ofrece una asistencia personal al usuario. Se encuentran cirugías, trasplantes, atenciones quirúrgicas...
- Centros, Servicios y Unidades de Referencia (CSUR): son cerca de veinte organismos que completan este sistema de CSUR, donde aparecen distintas especialidades relacionadas con patologías trabajadas en el Hospital.
- Redes Europeas de Referencia (ERN): los sistemas de salud en la Unión Europea (UE) pretenden ofrecer una atención sanitaria eficaz, eficiente y de alta calidad. El acceso a la atención sanitaria varía enormemente de un país a otro de la UE. Por eso se hace necesaria una mayor eficacia y coordinación en la puesta en común de los recursos y los conocimientos especializados. Esto se puede conseguir gracias a mecanismos como la ERN. (Hospital, 2022)

### 1.3 Lean Manufacturing

Para el desarrollo del análisis y propuestas de este trabajo se va a hacer uso de la filosofía Lean Manufacturing. En este apartado se va a exponer de forma detallada en qué consiste este movimiento y cuáles son sus herramientas más conocidas. Además, se tratará de utilizar la filosofía para buscar mejoras en las diferentes áreas de mejora de las Unidades de Gestión Clínica.

La aplicación tendrá lugar sobre aquellos estándares que más se repitan, donde se pueda apreciar una mejora en el cumplimiento en término de corregir los errores de profesionales, no repetir errores en las diferentes UGC u resolver las zonas más críticas en las que los evaluadores muestran un mayor énfasis.

El término Lean se traduce del inglés como magro o ajustado. Si lo traducimos se tendría que se trata de un sistema que elimina los excesos (no necesarios), que supone un coste, ya sea de tiempo o de dinero, mediante una serie de herramientas. Para mejorar la calidad en los productos o servicios se requiere un esfuerzo mayor por parte de los profesionales. Siempre con el objetivo de no disminuir la calidad ofrecida al cliente final y con un ambiente satisfactorio en los trabajadores.

Como se ha citado, se trata de eliminar las actividades que no añaden valor, conociéndose por valor a todo aquello por lo que el cliente está dispuesto a pagar de forma consciente. También aparecen otro tipo de procesos como los que no aportan valor, pero son necesarios para llegar al objetivo final. Esta estrategia se compone de gran cantidad de útiles que se reúnen mediante técnicas que se han aplicado desde sus orígenes.

Es una forma de trabajar que sobre todo aparece en organizaciones que quieren obtener beneficios, pero que, no obstante, es aplicable sobre organizaciones cuya finalidad no es conseguir dinero.

La metodología procede de la industria automovilística japonesa Toyota Production System (TPS), con Kiichiro Toyoda a la cabeza. Esta fábrica japonesa se paró a resolver el problema del modelo de Ford por la incapacidad de ofrecer una variedad mayor de un modelo de gran éxito. Con el paso del tiempo y la aparición de nuevas inquietudes por parte de los clientes, se pasó a fábricas mayores con maquinarias más especializadas que eran capaces de ofrecer un servicio exclusivo al cliente. Tras la Segunda Guerra Mundial, se produjo un punto de inflexión en el que se quería conseguir hacer un flujo de procesos más continuo con amplia variedad de ofertas. Aparece por primera vez la especialización de las máquinas de manera que cumplieren un pequeño volumen con muchos números de piezas y se interrelacionasen con el resto de los artefactos. Desde entonces se han descubierto infinitud de técnicas que permiten a los interesados abrir un abanico de posibilidades sobre cómo reducir los despilfarros que aparecen en sus empresas.

Con la llegada de la metodología Lean, se cambia el enfoque de la gestión hacia una optimización del flujo de productos y servicios mediante las tecnologías y activos en dirección a los clientes. Se puede ver que uno de los focos principales es fomentar la responsabilidad y liderazgo compartidos. Hay que concienciar a todos los profesionales de la importancia que tienen para la empresa e involucrarlos en el camino de la mejora continua. Se diferencian cinco principios básicos de gestión:

1. Identificación del valor: reconocer esa diferenciación por la que está dispuesto a pagar activamente el cliente. Hay que saber que todo lo que no aporte valor se considera como desperdicio, y provocará una insatisfacción en el consumidor.
2. Asignación de un flujo de trabajo continuo: se crean los mapas de flujos de trabajo, en el que se observan todas las acciones y personas involucradas. De esta forma se determinan todas las partes que no generan valor, eliminando los despilfarros.
3. Creación de un flujo de trabajo continuo: se trata de conseguir que los procesos no sufran detenciones o se den cuellos de botella, por lo que se usan técnicas para dividir el trabajo en pequeñas tareas que permitan un mayor control de todos los procesos.

4. Creación de un sistema de trabajo específico: la activación por parte de los trabajadores sólo cuando existe una demanda real que permite conseguir tiempos menores, con unos recursos adaptados a las necesidades del cliente. A su vez, el esfuerzo es menor al estar centrado sólo en puntos concretos para el desarrollo de un activo final con un valor significativo. Se produce así una optimización de los recursos que lleva a recurrir de ellos en el momento que el cliente los demande.

5. Mejora continua: para que se aplique por completo la metodología los empleados deben tener una conciencia que le asegure que se da solución a todos los problemas venideros con el paso del proceso hasta el producto final. Si se conciencia con una filosofía de mejora continua, se puede ver que la satisfacción en todas las partes será mayor.

No hay una aplicación de la metodología escrita para todos los casos, sino que cada organización es un mundo y todos los profesionales pueden enfocar la forma de llegar a esta mejora continua de la manera que crean más adecuada para sus instituciones.

De manera visual se representan todo el conjunto de herramientas con el esquema que se conoce como la Casa Toyota:

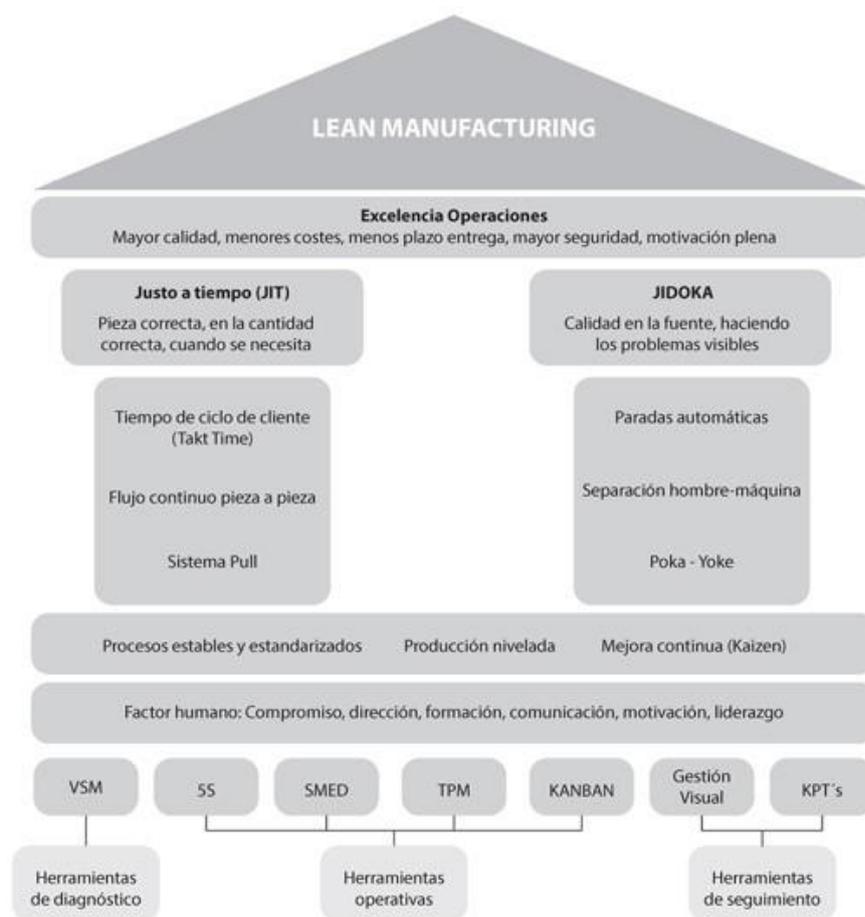


Ilustración 2: Esquema de herramientas de Lean Management. Casa Toyota

Fuente: Modelo metodológico de implantación de Lean Manufacturing

En relación a la ilustración anterior, se aprecia la estructura de la metodología representada por las herramientas de diagnóstico, operativas y de seguimiento. La primera que encontramos es el mapa de flujo de

valor o Value Stream Map (VSM) que permite representar con un gráfico el mapa de la cadena de aportación de valor del negocio en su conjunto o de un proceso concreto. Se analiza así donde se producen los mayores desperdicios y tiempos de espera. (Industrial, 2013)

Dentro de las operativas está la técnica de las 5S (Seiri-Eliminar, Seiton-Ordenar, Seiso-Limpieza, Seiketsu-Estandarización y Shitsuke-Disciplina) que organiza de forma sistemática el puesto de trabajo para mejorar su orden, limpieza y disciplina. Mejora aspectos relacionado con los espacios para conseguir una mejor convivencia en las sociedades.

La siguiente herramienta es la preparación rápida de máquinas o Single-Minute Exchange of Die (SMED), que centrándose en el sistema productivo trata de reducir los tiempos de puesta a punto entre los procesos y las máquinas. Otra de las técnicas que se utilizan es el uso de la práctica de mantenimiento productivo total o Total Productive Maintenance (TPM), donde se analizan las incidencias que pueden darse en las instalaciones y que afecten a la producción con el objetivo de minimizarlas. En último lugar, se encuentra Kanban que implanta un mecanismo de control de la producción tipo pull en el que las etapas más próximas al cliente van requiriendo unidades de material a las anteriores con herramientas que previenen las interrupciones en el flujo de producción.

En las herramientas de seguimientos se encuentra la gestión visual, que se utiliza mediante etiquetas de identificación situadas por la empresa para reducir los tiempos y errores al mínimo. Se centra principalmente en la comunicación entre los trabajadores para transmitir información de manera directa y sin que haya ningún tipo de controversia.

Por último, aparecen los indicadores claves de gestión o Key Performance Indicators (KPI's) que permiten examinar el comportamiento de los procesos, mostrando el objetivo y desempeño a cada elemento de la organización. Su buena elección permitirá tener un control exhaustivo sobre los flujos del sistema productivo.

Gracias al desarrollo de esta metodología se observa que los empleados de las empresas se enfocan más en ser más productivos y eficientes, consiguiendo reducir los desperdicios de forma considerable. También se aprecia que los recursos son aprovechados de una mejor manera, al utilizarse únicamente cuando se requiere por parte del cliente. Al darse una situación real, que se convierte en un producto, los recursos son rentabilizados al máximo. Además, se consigue una atención mayor de los problemas que surgen a los clientes potenciales.

Los Hospitales, clínicos o centros de salud intentan aplicar la filosofía Lean en sus organizaciones mediante el término conocido como Lean Healthcare. En el mundo sanitario se producen derroches de forma continua, ya que se engloba una actividad con multitud de procesos, en la que los profesionales se encuentran ante situaciones de extrema urgencia, cometiendo errores de forma continua. Esto lleva a que muchos de los procesos se repitan, que se den grandes tiempos de espera o que existan desplazamientos innecesarios. También se pueden observar otros problemas relacionados con malas previsiones de material, identificación errónea de las muestras y análisis, falta de formación en profesionales sumado a poca involucración por la búsqueda de la mejora continua común.

Gracias a la aplicación del Lean dentro de los Hospitales se consigue reducir de forma rápida y objetiva los procesos improductivos, así como mejorar la calidad de todos los elementos involucrados en el día a día del centro. La metodología puede ser aplicada en todos los ámbitos de un Hospital, desde un quirófano mejorando los tiempos de intervención hasta con el inventario de los medicamentos en cuanto al aprovisionamiento de los mismos. El objetivo claro es el de reducir al máximo esos despilfarros que no permiten dar soporte al desarrollo de la calidad en los procesos.

La aplicación del Healthcare sigue creciendo desde sus primeros años en el que se implantó de la mano del Hospital Estadounidense Virginia Mason. Un centro pionero en el que se creyó desde un primer momento que el modelo de Toyota se podría aplicar en cualquier ámbito, consiguiendo resultados en los profesionales y satisfacción en los clientes.

Si se consigue implantar esta sistemática de forma desarrollada, dentro de los hospitales, se conseguirá una mejora de la calidad en la atención médica prestada y también en la satisfacción del paciente. Para una correcta gestión sanitaria, se debe maximizar la utilización de los recursos, equipos médicos... Una coordinación entre las distintas Unidades para emplear modelos de servicio similares permitiría que la labor como centro único sea más llevadera. Se podrían reducir duplicidades de actividades en la intervención de los pacientes.

## 1.4 Metodología ocho disciplinas (8D)

La idea de implementar esta herramienta surge de profundizar la filosofía del Lean Manufacturing, consiguiendo llevar así a los Hospitales a una mejora continua que les haga ser los más reconocidos en el mundo sanitario. Por este motivo, se va a introducir de manera breve cuál es el concepto de esta metodología y como se puede aplicar en los estándares que se encontrarán más abajo calificados no conformes.

El origen de esta metodología se atribuye a Ford Motor Company, en 1987, donde se estandarizaron procesos para solventar los problemas complejos de una manera sistemática y metódica. Con la aplicación de estas ocho disciplinas (8D) no sólo se consigue eliminar el riesgo de reincidencia de los errores, sino que también se previenen futuros riesgos mediante la utilización de acciones preventivas en las causas raíces.

Por lo que se conoce como una metodología para la resolución de problemas, que con la constitución de un equipo competente más el proceso de análisis y toma de decisiones estructurada, llega a proponer una serie de pasos para conseguir el objetivo de la mejora del proceso. Tiene la ventaja de poder ser aplicada en cualquier tipo de ámbito. De forma diferenciada encontramos las siguientes ocho disciplinas:

1. Constituir el equipo: grupo de personas, no excesivo, que tenga las habilidades técnicas, experiencia y autoridad necesaria para gestionar la resolución de los problemas y la implementación de soluciones. Es importante que dispongan de tiempo para asistir a diferentes sesiones y sean capaces en la dirección de trabajar tras objetivo común
2. Describir el problema: hay que conseguir una descripción clara y concisa del problema, para aumentar las posibilidades de resolverlo. Por ejemplo, con la técnica 5w+2h, Pareto o diagrama de flujo.
3. Implementar una solución correctiva provisional: se utiliza como una opción para cubrirse durante un corto período de tiempo en el que se apliquen pequeñas medidas que disminuyan el problema, sin conseguir erradicarlo, a priori, del todo. Hay que realizar un seguimiento para llegar a conocer el alcance, sin que se provoque un efecto más negativo en el método provisional.
4. Identificar la causa raíz: cuando se presenta un problema rápidamente se presentan en la cabeza muchas posibles causas. La clave se encuentra en dar con la clave concreta que permita identificar el problema raíz. Por ejemplo, con la técnica de los 5 por qué y causa-efecto (Ishikawa).
5. Determinar las acciones correctivas definitivas: formular soluciones de manera continua mediante distintas herramientas que lleguen a generar el plan de acción en el que se detalle para cada solución qué, quién y cuándo lo llevará a cabo.
6. Implementar la solución permanente: ejecutar los planes anteriores para que se elaboren de forma permanente. Hacer seguimiento de la eficacia para que no haya fallos similares.
7. Evitar que el problema se repita: debe existir una actualización continua sobre los pasos que se han tratado en la solución del problema, así se evitarán agobios ante la posible aparición repetitiva del mismo fallo. Se usarán procedimientos de control, manuales de entrenamiento, especificaciones, comunicación... es importante que se actualicen y saber el estado en que se encuentran.
8. Celebrar el éxito: el equipo debe tener presente en todo momento que han sido los artífices de dar solución al problema. Esto no debe olvidarse nunca y se deben encontrar las fórmulas necesarias de reconocimiento al trabajo, comunicándolos al resto de la organización para todo tipo de reconocimiento.

Es importante seguir la metodología con disciplina, se debe documentar el proceso y no establecer límites en las herramientas que se pueden usar. Un proceso correcto da lugar a soluciones correctas. (Novakova, 2017)

Los beneficios que se pueden reconocer del método de resolución de problemas 8D, permitiendo encontrar el origen de una no conformidad, evitando así fallos que puedan generar grandes impactos para la organización y para su capacidad de producción son:

- Aumento de la eficiencia en la resolución de problemas.
- Puede ser utilizado por cualquier tipo de organización.
- Es un modelo modificable, adaptable y ajustable a necesidades específicas.
- Proporciona información completa para muchas áreas o partes interesadas.
- Es fácil de poner en práctica.
- Se centra en el trabajo en equipo y la responsabilidad.
- Un informe basado en este modelo satisface muchos requisitos en sistemas de gestión ISO.
- Permite crear un registro de documentos y una base de datos que describe las no conformidades y sus soluciones.

Algunas de las recomendaciones que hacen los expertos para llevar un uso más adecuado de la herramienta 8D son las siguientes:

- No asignar actividades a personas que no están en el equipo o no conocen el problema de estudio ya que, serán difíciles de controlar y darle seguimiento.
- No se debe utilizar palabras de difícil entendimiento o juegos de palabras que no permitan ser claros en lo que se desea transmitir o acordar con los miembros del equipo; se debe decir exactamente lo que se desea transmitir, se debe ser cauteloso al utilizar palabras como: “entrenamiento”, “todos” o no permitir las expresiones: “siento que, presiento que”, ya que solamente confunden.
- Planee una revisión hecha por un miembro del equipo para asegurar que la implementación de las acciones correctivas ha sido efectiva para prevenir la recurrencia.
- Genere un catálogo de las acciones tomadas para los diferentes problemas ocurridos y manténgalo siempre disponible para que sea utilizado para desarrollar nuevos productos o procesos.

## 2. OBJETIVOS

---

Con este TFG, se pretende conocer la situación actual y de futuro de las Unidades de Gestión Clínica de un Hospital en diversos aspectos relacionados con la calidad de la atención que ofrecen, planteando planes de mejora que ayuden a seguir con la evolución en la calidad sanitaria del Hospital.

El proceso de certificación de las Unidades a través de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía es un programa impulsado por los Hospitales para asegurar que los centros y los profesionales se encuentren implicados en la mejora continua de la calidad de los sistemas sanitarios. Conseguir las certificaciones genera una dinámica en sus componentes que permite garantizar siempre los mejores niveles de atención a sus pacientes.

Para las Unidades es un reconocimiento que genera ventajas competitivas frente a otras organizaciones, optimizando los recursos, aumentando la eficiencia y organizando el trabajo basándose en procedimientos rigurosos para la mejora de la atención, la reducción de costes y variabilidad en la práctica. Además de ofrecer mayores beneficios a las organizaciones y profesionales, los ciudadanos que reciben sus servicios adquieren una mayor confianza por el trato recibido, teniendo una mayor participación en decisiones que le afecten y con mayor transparencia.

En línea con el objetivo que tienen las Unidades con este proceso de certificación de mejorar la calidad de los sistemas sanitarios ofrecidos en el Hospital, con este trabajo se va a intentar plasmar como es la evolución que tienen los profesionales que se presentan y de qué manera se preparan las evaluaciones. Así, se consigue ver como se aborda el proceso desde su fase inicial hasta el seguimiento posterior que hacen las unidades para mantenerse en los mejores niveles de calidad que se puedan ofrecer.

Los objetivos de este proyecto están, por tanto, relacionados con las ventajas que aparecen a lo largo del proceso de certificación de las Unidades. Entre ellos encontramos:

- Descripción del entorno que engloba la certificación de los Manuales de calidad de las UGC.
- Identificar las no conformidades más prevalentes en las auditorías de las UGC.
- Analizar de la eficiencia de las unidades en el cumplimiento del grado de calidad planteado por parte de la ACSA.
- Comparación de las Unidades del Hospital en relación a los niveles no superados de certificación.
- Aplicación del Lean Management para ofrecer propuestas de mejora en los estándares no superados.
- Desarrollar un plan de mejora continua para las no conformidades.



## 3. METODOLOGÍA

---

En este apartado se describirá detenidamente cual ha sido el procedimiento a seguir para conseguir los resultados planteados en los objetivos. Se va a explicar al detalle los pasos que se han seguido, comenzando por la puesta en situación del por qué se ha desarrollado este TFG.

Como se ha mencionado ya en varias ocasiones, la idea de realizar este trabajo surge gracias a la realización de las prácticas no sanitarias en un Hospital. Al estar dentro de la Unidad de Calidad, pude comprobar cómo era la preparación tanto de los miembros de calidad como de los profesionales de las unidades que acudían en busca de una ayuda primordial para sumergirse en el proceso de certificación. El entorno en el que se trabajaba era de cooperación continua, puesto que se buscaba un objetivo común.

Para llegar a conocer cuáles han sido los estándares no superados o las áreas de mejora obtenidos de la evaluación externa de los evaluadores de la ACSA, era necesario el acceso a los documentos de evaluación que se emitían a las UGC para conocer los resultados satisfactorios y los que no lo son. A pesar de conocer los datos reales que tienen las Unidades, para mantener la confidencialidad de los profesionales no se van a dar los nombres de las diferentes Unidades, sino que van a ser mencionadas de forma ordenada con números correlativos.

De forma más general, también se puede acceder mediante la página web de la ACSA a conocer cuáles son los porcentajes de éxito dentro de las unidades, así como el nivel de certificación en el que se encuentran. Es así como se tiene un conocimiento tanto a nivel de provincia, como a nivel de comunidad, de en qué situación están posicionadas las organizaciones respecto a la preocupación por la calidad sanitaria.

La comunicación que existe entre los centros que se presentan al reconocimiento y el responsable asignado por la Agencia es total. Esta persona les acompaña durante todo el proceso y cuando se emite el informe por parte de los evaluadores también se encuentra como apoyo fundamental.

A través del informe emitido en la evaluación externa, las Unidades pueden saber cuáles han sido los grupos de estándares que no han superado y que, por lo tanto, deben modificar si quieren ser reconocidos con el nivel presentado.

Gracias a éstos y a la búsqueda por la web, se han obtenido los porcentajes de las evaluaciones de las auditorías. Con los informes se podía llegar a conocer por qué no se ha superado ese determinado estándar, cual es la información necesaria para poder revertir la situación, cual es el número total que falta para conseguir los mínimos... A partir de estos datos se han conseguido los suficientes resultados para analizar cada Unidad por separado y en comparación con el resto.

Con la comparación que se hace entre las distintas Unidades se permite ver donde se producen los mayores fallos dentro de este proceso y las mayores fortalezas que hacen desmarcarse a unas de otras. Los estándares superados, se pueden utilizar como modelo entre los distintos profesionales para dirigirse en el camino correcto. Es ahí, uno de los puntos que se ha desarrollado con este trabajo en el que se proporcionan pequeñas herramientas de mejora que pueden servir a las Unidades de cara a futuras auditorías o para resolver las áreas de mejora.

Observando los datos de las entidades, se tiene una perspectiva de cómo se encuentra un Hospital que tiene un mayor reconocimiento a nivel de calidad, siendo un ejemplo de referencia en muchos campos. Ésta es una de las organizaciones con mayor porcentaje de cumplimiento de estándares de unidades certificadas.

Los resúmenes de actividad de cada Unidad posibilitan conocer gran cantidad de datos que son recogidos del informe de los evaluadores. Datos como cuál es el número total de estándares presentados con este Manual, cuales son las áreas de mejora, iteraciones que han sucedido tanto con la persona encargada de dar soporte por la ACSA, como con las herramientas informáticas. Estos datos se pueden conocer desde la primera fase del proceso, hasta la autoevaluación de seguimiento. La forma más clara de ejemplificarlos es mediante tabla de seguimientos de todos los años que se ha presentado la candidatura.

Otro objetivo fijado en este trabajo, ha sido plantear posibles soluciones de mejora. Se ha tratado de ayudar a las Unidades para que sean capaces de conocer como otras entidades han ido superando los distintos niveles de certificación. Un ejemplo es la herramienta de los *check list* que permite saber que es necesario

a la hora de acompañar a los evaluadores durante su auditoría. Dependiendo de la unidad que se certifique se presentan unos documentos u otros, pero es cierto que hay documentos comunes como la carta de los Derechos y Deberes de las unidades. Por lo que se podrían realizar elementos estandarizadas de corrección para las distintas unidades en el caso del no cumplimiento de determinados estándares. De esta forma se han planteado distintos planes de mejora, que pueden ser agrupados en un pequeño catálogo que solucione alguno de los problemas.

Hay que recordar que todas las Unidades pertenecen a un centro común, que se encuentra muy unido y en búsqueda de un objetivo que les lleve a ser reconocido como la mejor organización sanitaria de Andalucía.

Gracias a que estas auditorías se llevan haciendo ya varios años, se ha tenido la capacidad de realizar un análisis temporal que refleje las evoluciones de las unidades. Es cierto que, en el caso de muchas, lo que ha sucedido, es que se han mantenido en el nivel superado en las primeras certificaciones. Para ello, es necesario que se cumplan los estándares obligatorios pertenecientes al primer grupo del Manual. Pero ahí es donde se puede apreciar la ambición de sus profesionales que les haga querer aprender cada vez más y ser la unidad pionera dentro del centro.

Las metodologías usadas para conseguir los resultados no han generado datos de mucha complejidad comprensiva, sino que se ha conseguido dejar plasmada cómo es la situación actual de las certificaciones de la ACSA en el sistema sanitario. Con la comparación de distintas zonas geográficas, se consigue ver cuáles son los centros que se encuentran a la cabeza y qué porcentajes son los más satisfactorios en estas auditorías del Manual de UGC.

Para poder generar unas buenas propuestas de mejora se ha utilizado la metodología del Lean Manufacturing. A través de las herramientas que componen esta metodología, se ha tratado de dar algunas soluciones a los estándares de no conformidad que se repetían más veces en las auditorías de la ACSA. Distintos sistemas que han permitido de forma práctica poner en conocimiento cuáles son los principales problemas que tienen las Unidades para no superar ciertos estándares y que se puede llevar a cabo para tratar de solucionar estos problemas.



## 4. RESULTADOS

---

A continuación, se va a presentar la parte relacionada con los resultados del trabajo. Para este apartado se van a tratar de realizar dos aspectos fundamentales. Por un lado, se analizan todas las Unidades que se presentan a la certificación en relación a los estándares que cumplen con los requisitos establecidos por la ACSA. Para ello se tienen los datos de los informes de evaluación de los últimos procesos de evaluación, y a partir de ellos se ha obtenido datos relevantes como son los estándares con mayor número de incumplimiento por las UGC.

Por otro lado, analiza la evolución temporal de las distintas Unidades que se han presentado varias veces al proceso. Cabe destacar que para ello han de pasar cinco años y medio con un informe de seguimiento intermedio en el que se comprueba si los primeros resultados de la certificación avanzando por el camino correcto. También se comparará cómo han evolucionado los distintos grupos que forman el desarrollo de la actividad de las Unidades.

El modelo de certificación se caracteriza por una mejora continua en el que existen diferentes niveles, cada uno más complejo y exigente que el anterior. Estos niveles, como ya se ha comentado, son Avanzado, Óptimo y Excelente. Dependiendo del nivel al que se presente la Unidad se deben alcanzar unos porcentajes determinados de cumplimiento para los distintos grupos de estándares. Por eso en las tablas que se van a reflejar en este apartado se diferencian los distintos grupos y, además, se sabe con qué nivel de éxito ha superado la evaluación externa la Unidad.

### 4.1 Informes de evaluación de las Unidades

El análisis se va a realizar para todas las Unidades de Gestión Clínica que se presentan al proceso. Los primeros comienzos datan del año 2011, donde las primeras Unidades accedieron a este apasionante reto. La mayoría de ellas accedían al nivel de certificación Avanzada, donde se tiene que cumplir el 70% de estándares del primer grupo, dándole un importante papel a los estándares obligatorios que son necesarios para superar el proceso.

Se van a mostrar los datos de todas las Unidades diferenciándose por los tres grupos y obteniendo de ahí los estándares que más se repiten como no cumplidos en los procesos. De esta forma, se consigue saber dónde se dan los mayores infortunios de las Unidades y que grado de compromiso hay en sus profesionales para evolucionar a lo largo de los años.

Para salvaguardar la confidencialidad del Hospital los resultados que al nombre de van a exponer en este apartado serán anónimos, contando con datos reales, pero sin hacer referencia a la Unidad que se corresponde. De esta forma, aparecerán los datos nombrados de manera correlativa con números para las diferentes Unidades. Aunque se haya tenido acceso a la plataforma de gestión de este proceso, se ha visto desde la Unidad de Calidad que era lo más idóneo para el trabajo y poder mantener el anonimato de los profesionales que componen este gran organismo.

Unidad de Gestión Clínica 1:

AÑO	GRUPO	RESULTADOS			
		Nº Estándares	No cumplen	Cumplen	% Cumplen
2018	Grupo I	65	6	59	90,80%
	Obligatorio	41	3	38	92,70%
	No obligatorio	24	3	21	87,50%
	Grupo II	24	21	3	12,50%
	Grupo III	12	12	0	0,00%
	<b>TOTALES</b>		101	39	62

Tabla 3: Cumplimiento de estándares por Grupo de la UGC 1.

Fuente: Elaboración propia

Unidad de Gestión Clínica 2:

AÑO	GRUPO	RESULTADOS			
		Nº Estándares	No cumplen	Cumplen	% Cumplen
2019	Grupo I	59	8	51	86,40%
	Obligatorio	40	6	34	85,00%
	No obligatorio	19	2	17	89,50%
	Grupo II	28	28	0	0,00%
	Grupo III	16	16	0	0,00%
	<b>TOTALES</b>		103	52	51

Tabla 4: Cumplimiento de estándares por Grupo de la UGC 2

Fuente: Elaboración propia

Unidad de Gestión Clínica 3:

AÑO	GRUPO	RESULTADOS			
		Nº Estándares	No cumplen	Cumplen	% Cumplen
2018	Grupo I	65	18	47	72,30%
	Obligatorio	41	9	32	78,00%
	No obligatorio	24	9	15	62,50%
	Grupo II	24	24	0	0,00%
	Grupo III	12	12	0	0,00%
	<b>TOTALES</b>		101	54	47

Tabla 5: Cumplimiento de estándares por Grupo de la UGC 3.

Fuente: Elaboración propia

Unidad de Gestión Clínica 4:

AÑO	GRUPO	RESULTADOS			
		Nº Estándares	No cumplen	Cumplen	% Cumplen
2016	Grupo I	69	22	47	68,10%
	Obligatorio	39	8	31	79,50%
	No obligatorio	30	14	16	53,30%
	Grupo II	24	15	9	37,50%
	Grupo III	16	14	2	12,50%
	<b>TOTALES</b>		109	51	58

Tabla 6: Cumplimiento de estándares por Grupo de la UGC 4

Fuente: Elaboración propia

Unidad de Gestión Clínica 5:

AÑO	GRUPO	RESULTADOS			
		Nº Estándares	No cumplen	Cumplen	% Cumplen
2016	Grupo I	65	20	45	69,20%
	Obligatorio	41	11	30	73,20%
	No obligatorio	24	9	15	62,50%
	Grupo II	24	21	3	12,50%
	Grupo III	12	12	0	0,00%
	<b>TOTALES</b>		101	53	48

Tabla 7: Cumplimiento de estándares por Grupo de la UGC 5

Fuente: Elaboración propia

Unidad de Gestión Clínica 6:

AÑO	GRUPO	RESULTADOS			
		Nº Estándares	No cumplen	Cumplen	% Cumplen
2016	Grupo I	69	12	57	82,60%
	Obligatorio	39	7	32	82,10%
	No obligatorio	30	5	25	83,30%
	Grupo II	24	11	13	54,20%
	Grupo III	16	13	3	18,80%
	<b>TOTALES</b>		109	36	73

Tabla 8: Cumplimiento de estándares por Grupo de la UGC 6

Fuente: Elaboración propia

Unidad de Gestión Clínica 7:

AÑO	GRUPO	RESULTADOS			
		Nº Estándares	No cumplen	Cumplen	% Cumplen
2016	Grupo I	65	24	41	63,10%
	Obligatorio	41	10	31	75,60%
	No obligatorio	24	14	10	41,70%
	Grupo II	24	21	3	12,50%
	Grupo III	12	11	1	8,30%
	<b>TOTALES</b>		101	56	45

Tabla 9: Cumplimiento de estándares por Grupo de la UGC 7.

Fuente: Elaboración propia

Unidad de Gestión Clínica 8:

AÑO	GRUPO	RESULTADOS			
		Nº Estándares	No cumplen	Cumplen	% Cumplen
2016	Grupo I	69	25	44	63,80%
	Obligatorio	29	11	28	71,80%
	No obligatorio	30	14	16	53,30%
	Grupo II	24	20	4	16,70%
	Grupo III	16	14	2	12,50%
	<b>TOTALES</b>		109	59	50

Tabla 10: Cumplimiento de estándares por Grupo de la UGC 8

Fuente: Elaboración propia

Unidad de Gestión Clínica 9:

AÑO	GRUPO	RESULTADOS			
		Nº Estándares	No cumplen	Cumplen	% Cumplen
2016	Grupo I	69	9	60	87,00%
	Obligatorio	39	2	37	94,90%
	No obligatorio	30	7	23	76,70%
	Grupo II	24	11	13	54,20%
	Grupo III	16	14	2	12,50%
	<b>TOTALES</b>		109	34	75

Tabla 11: Cumplimiento de estándares por Grupo de la UGC 9

Fuente: Elaboración propia

Unidad de Gestión Clínica 10:

AÑO	GRUPO	RESULTADOS			
		Nº Estándares	No cumplen	Cumplen	% Cumplen
2016	Grupo I	69	16	51	76,10%
	Obligatorio	39	4	33	89,20%
	No obligatorio	30	12	18	60,00%
	Grupo II	24	14	8	36,40%
	Grupo III	16	14	2	12,50%
	<b>TOTALES</b>		109	44	61

Tabla 12: Cumplimiento de estándares por Grupo de la UGC 10

Fuente: Elaboración propia

Unidad de Gestión Clínica 11:

AÑO	GRUPO	RESULTADOS			
		Nº Estándares	No cumplen	Cumplen	% Cumplen
2020	Grupo I	65	5	60	92,30%
	Obligatorio	41	4	37	90,20%
	No obligatorio	24	1	23	95,80%
	Grupo II	24	4	20	83,30%
	Grupo III	12	6	5	45,50%
	<b>TOTALES</b>		101	15	85

Tabla 13: Cumplimiento de estándares por Grupo de la UGC 11

Fuente: Elaboración propia

Unidad de Gestión Clínica 12:

AÑO	GRUPO	RESULTADOS			
		Nº Estándares	No cumplen	Cumplen	% Cumplen
2018	Grupo I	85	20	65	76,50%
	Obligatorio	53	9	44	83,00%
	No obligatorio	32	11	21	65,60%
	Grupo II	28	28	0	0,00%
	Grupo III	16	16	0	0,00%
	<b>TOTALES</b>		129	64	65

Tabla 14: Cumplimiento de estándares por Grupo de la UGC 12

Fuente: Elaboración propia

Unidad de Gestión Clínica 13:

AÑO	GRUPO	RESULTADOS			
		Nº Estándares	No cumplen	Cumplen	% Cumplen
2017	Grupo I	85	22	63	74,10%
	Obligatorio	56	13	40	75,50%
	No obligatorio	32	9	23	71,90%
	Grupo II	28	26	2	7,10%
	Grupo III	16	16	0	0,00%
	<b>TOTALES</b>		129	64	65

Tabla 15: Cumplimiento de estándares por Grupo de la UGC 13

Fuente: Elaboración propia

Unidad de Gestión Clínica 14:

AÑO	GRUPO	RESULTADOS			
		Nº Estándares	No cumplen	Cumplen	% Cumplen
2018	Grupo I	71	25	46	64,80%
	Obligatorio	39	13	26	66,70%
	No obligatorio	32	12	20	62,50%
	Grupo II	18	18	0	0,00%
	Grupo III	21	21	0	0,00%
	<b>TOTALES</b>		110	64	46

Tabla 16: Cumplimiento de estándares por Grupo de la UGC 14

Fuente: Elaboración propia

Unidad de Gestión Clínica 15:

AÑO	GRUPO	RESULTADOS			
		Nº Estándares	No cumplen	Cumplen	% Cumplen
2018	Grupo I	84	22	62	73,80%
	Obligatorio	48	10	38	79,20%
	No obligatorio	36	12	24	66,70%
	Grupo II	21	21	0	0,00%
	Grupo III	21	21	0	0,00%
	<b>TOTALES</b>		126	64	62

Tabla 17: Cumplimiento de estándares por Grupo de la UGC 15

Fuente: Elaboración propia

Unidad de Gestión Clínica 16:

AÑO	GRUPO	RESULTADOS			
		Nº Estándares	No cumplen	Cumplen	% Cumplen
2019	Grupo I	65	14	51	78,50%
	Obligatorio	41	7	34	82,90%
	No obligatorio	24	7	17	70,80%
	Grupo II	24	18	6	25,00%
	Grupo III	12	12	0	0,00%
	<b>TOTALES</b>		101	44	57

Tabla 18: Cumplimiento de estándares por Grupo de la UGC 16

Fuente: Elaboración propia

Unidad de Gestión Clínica 17:

AÑO	GRUPO	RESULTADOS			
		Nº Estándares	No cumplen	Cumplen	% Cumplen
2018	Grupo I	65	18	47	72,30%
	Obligatorio	41	8	33	80,50%
	No obligatorio	24	10	14	58,30%
	Grupo II	24	12	12	50,00%
	Grupo III	12	10	2	16,70%
	<b>TOTALES</b>		101	40	61

Tabla 19: Cumplimiento de estándares por Grupo de la UGC 17

Fuente: Elaboración propia

Unidad de Gestión Clínica 18:

AÑO	GRUPO	RESULTADOS			
		Nº Estándares	No cumplen	Cumplen	% Cumplen
2016	Grupo I	69	22	47	68,10%
	Obligatorio	39	6	33	84,60%
	No obligatorio	30	16	14	46,70%
	Grupo II	24	24	0	0,00%
	Grupo III	16	16	0	0,00%
	<b>TOTALES</b>		109	62	47

Tabla 20: Cumplimiento de estándares por Grupo de la UGC 18

Fuente: Elaboración propia

Unidad de Gestión Clínica 19:

AÑO	GRUPO	RESULTADOS			
		Nº Estándares	No cumplen	Cumplen	% Cumplen
2019	Grupo I	65	10	55	84,60%
	Obligatorio	41	4	37	90,20%
	No obligatorio	24	6	18	75,00%
	Grupo II	24	18	6	25,00%
	Grupo III	12	12	0	0,00%
	<b>TOTALES</b>		101	40	61

Tabla 21: Cumplimiento de estándares por Grupo de la UGC 19

Fuente: Elaboración propia

Unidad de Gestión Clínica 20:

AÑO	GRUPO	RESULTADOS			
		Nº Estándares	No cumplen	Cumplen	% Cumplen
2018	Grupo I	70	30	40	57,10%
	Obligatorio	46	17	29	63,00%
	No obligatorio	24	13	11	45,80%
	Grupo II	25	24	1	4,00%
	Grupo III	12	12	0	0,00%
	<b>TOTALES</b>		107	66	41

Tabla 22: Cumplimiento de estándares por Grupo de la UGC 20

Fuente: Elaboración propia

Unidad de Gestión Clínica 21:

AÑO	GRUPO	RESULTADOS			
		Nº Estándares	No cumplen	Cumplen	% Cumplen
2019	Grupo I	81	15	66	81,50%
	Obligatorio	51	9	42	82,40%
	No obligatorio	30	6	24	80,00%
	Grupo II	30	30	0	0,00%
	Grupo III	14	14	0	0,00%
	<b>TOTALES</b>		125	59	66

Tabla 23: Cumplimiento de estándares por Grupo de la UGC 21

Fuente: Elaboración propia

Unidad de Gestión Clínica 22:

AÑO	GRUPO	RESULTADOS			
		Nº Estándares	No cumplen	Cumplen	% Cumplen
2018	Grupo I	65	10	55	84,60%
	Obligatorio	41	5	36	87,80%
	No obligatorio	24	5	19	79,20%
	Grupo II	24	24	0	0,00%
	Grupo III	12	12	0	0,00%
	<b>TOTALES</b>		101	46	55

Tabla 24: Cumplimiento de estándares por Grupo de la UGC 22

Fuente: Elaboración propia

Unidad de Gestión Clínica 23:

AÑO	GRUPO	RESULTADOS			
		Nº Estándares	No cumplen	Cumplen	% Cumplen
2016	Grupo I	65	18	47	72,30%
	Obligatorio	41	10	31	75,60%
	No obligatorio	24	8	16	66,70%
	Grupo II	24	24	0	0,00%
	Grupo III	12	12	0	0,00%
	<b>TOTALES</b>		101	54	47

Tabla 25: Cumplimiento de estándares por Grupo de la UGC 23

Fuente: Elaboración propia

Unidad de Gestión Clínica 24:

AÑO	GRUPO	RESULTADOS			
		Nº Estándares	No cumplen	Cumplen	% Cumplen
2016	Grupo I	65	14	51	78,50%
	Obligatorio	41	10	31	75,60%
	No obligatorio	24	4	20	83,30%
	Grupo II	24	10	14	58,30%
	Grupo III	12	12	0	0,00%
	<b>TOTALES</b>		101	36	65

Tabla 26: Cumplimiento de estándares por Grupo de la UGC 24

Fuente: Elaboración propia

Unidad de Gestión Clínica 25:

AÑO	GRUPO	RESULTADOS			
		Nº Estándares	No cumplen	Cumplen	% Cumplen
2017	Grupo I	69	1	68	98,60%
	Obligatorio	39	0	39	100,00%
	No obligatorio	30	1	29	96,70%
	Grupo II	24	8	16	66,70%
	Grupo III	16	16	0	0,00%
	<b>TOTALES</b>		109	25	84

Tabla 27: Cumplimiento de estándares por Grupo de la UGC 25

Fuente: Elaboración propia

Unidad de Gestión Clínica 26:

AÑO	GRUPO	RESULTADOS			
		Nº Estándares	No cumplen	Cumplen	% Cumplen
2016	Grupo I	64	27	37	57,80%
	Obligatorio	39	14	25	64,10%
	No obligatorio	25	13	12	48,00%
	Grupo II	18	18	0	0,00%
	Grupo III	8	8	0	0,00%
	<b>TOTALES</b>		90	53	37

Tabla 28: Cumplimiento de estándares por Grupo de la UGC 26

Fuente: Elaboración propia

Unidad de Gestión Clínica 27:

AÑO	GRUPO	RESULTADOS			
		Nº Estándares	No cumplen	Cumplen	% Cumplen
2020	Grupo I	70	6	64	91,40%
	Obligatorio	46	3	43	93,50%
	No obligatorio	24	3	21	87,50%
	Grupo II	25	15	10	40,00%
	Grupo III	12	10	2	16,70%
	<b>TOTALES</b>		107	31	76

Tabla 29: Cumplimiento de estándares por Grupo de la UGC 27

Fuente: Elaboración propia

Los porcentajes totales de cumplimiento en las 27 Unidades analizadas rondan entre el 40-70%, aunque el dato de mayor relevancia es el correspondiente a la fila del **Grupo I Obligatorio**. La mayoría han accedido a la consecución del Nivel Avanzado de certificación, que contempla un 70% de cumplimiento en los estándares obligatorios. En todos los casos que se han reflejado en estos resultados se supera con éxito este requisito.

También se puede ver como el número total de estándares varía con el paso de los años, lo cual está relacionado con la evolución que no sólo van teniendo las Unidades, sino que incluso la ACSA realiza un esfuerzo por mantener los mejores niveles de calidad y se compromete a la evolución de estos con el paso de los años. El contenido genérico sigue siendo el mismo, con la diferenciación por criterios que tienen distintos focos como los profesionales, los pacientes, los procesos...

La Unidad de Gestión Clínica 25 evoluciona hasta el siguiente nivel de calidad, puesto que no sólo cumple con el requisito de los estándares obligatorios, sino que incluso supera el 40% de los estándares correspondientes al grupo II.

En el año 2016 se tiene el mayor número de autoevaluaciones presentadas al proceso, donde hasta 11 Unidades fueron evaluadas por la ACSA. Teniendo en cuenta que la siguiente evaluación se realiza a los cinco años y medio, se prevé que para este año y principios del que viene, sean muchas las Unidades que vuelvan a presentarse para comprobar la mejora en cuanto a calidad se refiere.

A raíz de las tablas mostradas y los informes de evaluación, se ha podido estudiar cuáles eran los estándares con un mayor número de repetición en cuanto a incumplimiento se refería. Esto quiere decir, que los evaluadores percibían ciertos hallazgos que hacían detonar la no consecución de los niveles de certificación por culpa de no cumplir con los estándares obligatorios. No obstante, se redactaban estos informes para que los responsables de áreas de mejora tuvieran idea sobre qué puntos había que mejorar para que se pudiese conseguir el determinado nivel de calidad.

Los estándares que se van a mostrar a continuación vienen definidos en el **Anexo I** que acompaña este trabajo, donde se halla el Manual correspondiente a esta certificación con la definición de todo el proceso y de los estándares que lo componen. Las repeticiones son las distintas Unidades en las que se puede encontrar el estándar incumplido. Los criterios son los grupos en los que se dividen los cinco bloques donde aparecen todos los estándares.

<b>ESTÁNDAR</b>	<b>Nº REPETICIONES</b>		
<b>CRITERIO 1</b>			
ES 5 01.04_02	4		
ES 5 01.02_02	2	ES 5 08.02_01	5
ES 5 01.06_02	2	ES 5 08.07_00	4
ES 5 01.11_01	2	ES 5 08.08_01	4
ES 5 01.04_01	1	ES 5 08.06_01	3
ES 5 01.05_01	1	ES 5 08.14_01	2
ES 5 01.10_01	1	ES 5 08.19_01	2
<b>CRITERIO 2</b>		ES 5 08.03_03	1
ES 5 02.01_02	2	ES 5 08.16_01	1
ES 5 02.08_01	1	ES 5 08.11_00	1
<b>CRITERIO 3</b>		<b>CRITERIO 9</b>	
ES 5 03.02_02	2	ES 5 09.05_02	7
ES 5 03.04_01	2	ES 5 09.08_01	5
ES 5 03.03_01	1	ES 5 09.02_00	3
ES 5 03.07_00	1	ES 5 09.03_01	1
<b>CRITERIO 4</b>		ES 5 09.05_00	1
ES 5 04.01_03	3	ES 5 09.06_00	1
ES 5 04.01_02	1	ES 5 09.07_01	1
ES 5 04.04_00	1	ES 5 09.09_00	1
ES 5 04.05_00	1	ES 5 09.10_00	1
<b>CRITERIO 5</b>		<b>CRITERIO 10</b>	
ES 5 05.03_01	1	ES 5 10.07_02	10
<b>CRITERIO 6</b>		ES 5 10.03_02	4
ES 5 06.04_02	4	ES 5 10.06_00	4
ES 5 06.01_00	3	ES 5 10.06_02	3
ES 5 06.02_00	2	ES 5 10.10_02	3
ES 5 06.09_00	1	ES 5 10.04_00	2
<b>CRITERIO 7</b>		ES 5 10.08_01	2
ES 5 07.01_01	2	ES 5 10.08_02	2
ES 5 07.04_01	1	ES 5 10.02_00	1
ES 5 07.07_00	1	ES 5 10.05_01	1
ES 5 07.08_00	1	ES 5 10.06_01	1
ES 5 07.12_00	1	ES 5 10.11_01	1
ES 5 07.13_00	1	<b>CRITERIO 11</b>	
<b>CRITERIO 8</b>		ES 5 11.03_02	1
ES 5 08.01_01	14	ES 5 11.09_01	1
ES 5 08.09_02	13	ES 5 11.10_01	1
ES 5 08.02_02	11		
ES 5 08.05_00	10		
ES 5 08.07_01	7		
ES 5 08.10_00	7		
ES 5 08.01_00	5		

Tabla 30: Repetición de estándares no conformes ordenados por criterios.

Fuente: Elaboración propia

Estos estándares que se han agrupado en la tabla son todos pertenecientes al Grupo I Obligatorio, obtenidos de los informes de evaluación. Hacen referencia a hallazgos que encuentran los evaluadores a su paso por la evaluación y que son necesarios plantear una mejora para poder satisfacer el nivel de calidad.

Se tiene que el criterio donde se producen los mayores problemas corresponde al Criterio 8, con hasta dieciséis estándares que aparecen incumplidos en distintas Unidades. El que más se repite es ES 5 08.01\_01, que dice lo siguiente: “Se han definido y se aplican las actuaciones necesarias para conocer, registrar y controlar las condiciones de seguridad del espacio e instalaciones con los que cuenta la Unidad de Gestión Clínica para la realización de su actividad”. Un estándar que está relacionado con el mantenimiento de las zonas de trabajo, donde las evidencias por parte de los evaluadores tienen que ver con la no existencia de referencias del mantenimiento de los elementos y espacios que rodea a los profesionales. Este estándar aparece un 51,85% de las veces en relación a los estándares de obligatorio cumplimiento que deben presentar las Unidades, ya que hay catorce unidades de un total de veintisiete que no cumplen con este apartado.

Otro estándar que sufre muchas repeticiones (aparece como erróneo en la evaluación de la ACSA a las Unidades) es el ES 5 08.09\_02, que dice: “Están establecidas las medidas de seguridad ante emergencias, son conocidas por los profesionales y se actualizan periódicamente”. Lo que sucede con este caso es que no existe en muchas ocasiones un responsable encargado de llevar el control en exclusiva de estos elementos. Además, que es uno de los puntos donde los evaluadores ponen mayor énfasis puesto que es donde las Unidades suelen cometer mayores errores y es de vital seguridad tener un conocimiento total sobre seguridad en caso de que se produzcan fenómenos fuera de lo normal.

Los siguientes que cuentan con un mayor número de repeticiones también pertenecen al mismo criterio. Aparecen con porcentajes menores del cincuenta, pero aún así se repiten mucho para las diferentes Unidades. Fuera de este criterio encontramos un estándar perteneciente al Criterio 10 (Herramientas de Calidad y Seguridad), con un porcentaje cercano al 40% que aparece en 10 unidades distintas a la hora de los procesos de evaluación. Se trata del ES 5 10.07\_02, que también está muy relacionado con temas de mantenimiento, pero más focalizado en medicamentos y productos sanitarios.

Cabe señalar como es muy complicado cumplir con todos los estándares que se presentan en las auditorías, pero el esfuerzo por cumplimentar el porcentaje requerido a los obligatorios es total. Además, los evaluadores que acuden al centro siempre miran exhaustivamente todos los espacios de trabajo, evaluando también conocimientos de los trabajadores y la respuesta que muestran ante situaciones cotidianas o extraordinarias.

Examinando los hallazgos de los informes de evaluación facilitados por la ACSA, se observa que hay criterios donde aparecen un gran número de estándares con calificación de no cumplimiento al llevar un difícil control por parte de la Unidad. Son relacionados con identificaciones de no control de mantenimiento, nivel de stock o caducidad en algunos de los elementos o los espacios mal asegurados para el trabajo diario de los profesionales.

En total son sesenta y seis los estándares del grupo de los obligatorios que se han incumplido en alguna unidad, desde el comienzo de la evaluación por la ACSA. Estándares que han ido apareciendo en diferentes años y en distintas Unidades. Es ahí donde se producen las mejorías de los profesionales que evolucionan eliminando los errores del pasado mostrando un cumplimiento en las evaluaciones posteriores.

En el siguiente apartado se va a redactar como es la evolución que tienen algunas Unidades significativas que se han presentado en más de una ocasión al proceso de certificación. El trabajo que realizan los profesionales es de grandes escalas y siempre enfocado en demostrar una mejora continua que les lleve a la excelencia como grupo.

## 4.2 Evolución temporal de algunas Unidades

### 4.2.1 Evolución temporal de la Unidad de Gestión Clínica 12

Con los datos obtenidos del resumen de actividad de la Unidad de Gestión Clínica 12, se ha podido realizar una evolución de cómo ha cambiado la Unidad a lo largo de los años en los que se presenta a la certificación de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA). En el año 2011 es la primera vez que se enfrentaban a este gran reto. Esto provoca una mayor implicación por parte de las personas de la Unidad, que se ven atraídas por la consecución del reconocimiento a nivel de calidad por parte de la ACSA. Desde esa fecha, se ha realizado una fase de seguimiento, que se realiza a los dos años y medio de la primera certificación completada y una nueva presentación de documentos para conocer cómo sigue avanzando el grupo dentro de los distintos niveles que se pueden llegar a conseguir. Por eso, en el año 2017 se tiene constancia de una nueva certificación que lleva a seguir creciendo como Unidad y, que, a su vez, produce una mejora en el Hospital. Para reflejar esos cambios que se han producido dentro de esta UGC, se ha realizado una comparación en distintos aspectos para ver cómo ha ido evolucionando.

Cabe recordar que el Manual al que se acoge la Unidad para presentarse a este proceso es el Manual de estándares Unidades de Gestión Clínica (5.1\_07). El número total de estándares que se registra sufre un descenso de 149 a 129 estándares en estos siete años.

AGRUPACION	RESULTADOS				
	Nº Estándares	No cumplen	Cumplen	No aplican	% Cumplen
GRUPO I	100	18	82	0	82,00%
GRUPO I OBLIGATORIO	57	10	47	0	82,50%
GRUPO I NO OBLIGATORIO	43	8	35	0	81,40%
GRUPO II	29	17	12	0	41,40%
GRUPO III	20	27	3	0	15,00%
<b>TOTALES</b>	149	52	97	0	<b>65,10%</b>

Tabla 31: Cumplimiento de estándares por Grupo de la UGC 12 en 2011

Fuente: Elaboración propia

RESULTADOS					
AGRUPACION	Nº Estándares	No cumplen	Cumplen	No aplican	% Cumplen
GRUPO I	85	8	77	0	78,82%
GRUPO I OBLIGATORIO	53	4	49	0	92,45%
GRUPO I NO OBLIGATORIO	32	4	28	0	87,50%
GRUPO II	28	18	10	1	37,00%
GRUPO III	16	16	0	0	0,00%
<b>TOTALES</b>	129	42	87	1	<b>67,97%</b>

Tabla 32: Cumplimiento de estándares por Grupo de la UGC 12 en 2017

Fuente: Elaboración propia

CRITERIO	2011			2017		
	Nº Estándares	Cumplen	%	Nº Estándares	Cumplen	%
BLOQUE 1	36	28	77,77%	33	26	79,00%
BLOQUE 2	31	22	70,96%	25	14	56,00%
BLOQUE 3	14	10	71,42%	10	5	50,00%
BLOQUE 4	33	13	39,39%	26	21	81,00%
BLOQUE 5	35	24	68,57%	34	21	62,00%
<b>TOTAL</b>	149	97	<b>65,10%</b>	129	87	<b>68,00%</b>

Tabla 33: Comparación del cumplimiento de estándares por Grupo de la UGC 12

Fuente: Elaboración propia

En la anterior tabla se representan los cinco bloques explicados dentro del Manual, con la situación agrupada por criterios para los diferentes años en los que la Unidad se presenta a la certificación ACSA. Se puede apreciar que el cumplimiento de los criterios no ha tenido excesivas mejorías, a excepción del bloque número cuatro que cuenta con una subida de porcentaje muy significativa. Los últimos datos vienen agrupados por los cinco bloques donde aparecen los estándares que se han presentado por la Unidad en los dos momentos en los que se ha optado a la evaluación. Se aprecia que el porcentaje de estándares pertenecientes al grupo I obligatorio sigue siendo superior al 70%, por lo que quedaría certificada al menos como de nivel Avanzado.

En el año 2011 se detectaron un mayor número de áreas de mejora llegando a alcanzar la cifra de 41, mientras que en la última certificación se bajó esta cantidad hasta el valor de 10. A su vez, se puede destacar cómo la duración del proceso en sus comienzos fue superior, cuando se tardó casi tres años hasta pasar a la evaluación por parte de los evaluadores de la ACSA. Sin embargo, en esta segunda, se observó que, gracias a los conocimientos previos, la duración se redujo hasta casi un año. Aparece además un valor de estándar que no aplica que se reconoce por parte de los evaluadores, al considerar que uno de ellos no contaba con la información.

Otro dato que ha visto una mejoría en sus valores para los diferentes años es el relativo a la comunicación que se da entre la agencia y la Unidad. Estos mensajes que se intercambian entre las dos partes pueden estar relacionados tanto con el proyecto, como con los propios estándares en sí. En el primer año de certificación, el total de mensajes ascendió hasta los 86 mientras que para la última se quedó en el valor de 17. Esto supone que la dependencia de los responsables que se encargan de llevar a cabo estos reconocimientos ha disminuido con el paso de los años. Existe una muy buena relación entre ambos organismos, pero está claro que, con el paso de los años y el aumento de conocimiento en las Unidades, la comunicación que exista no sea tan frecuente.

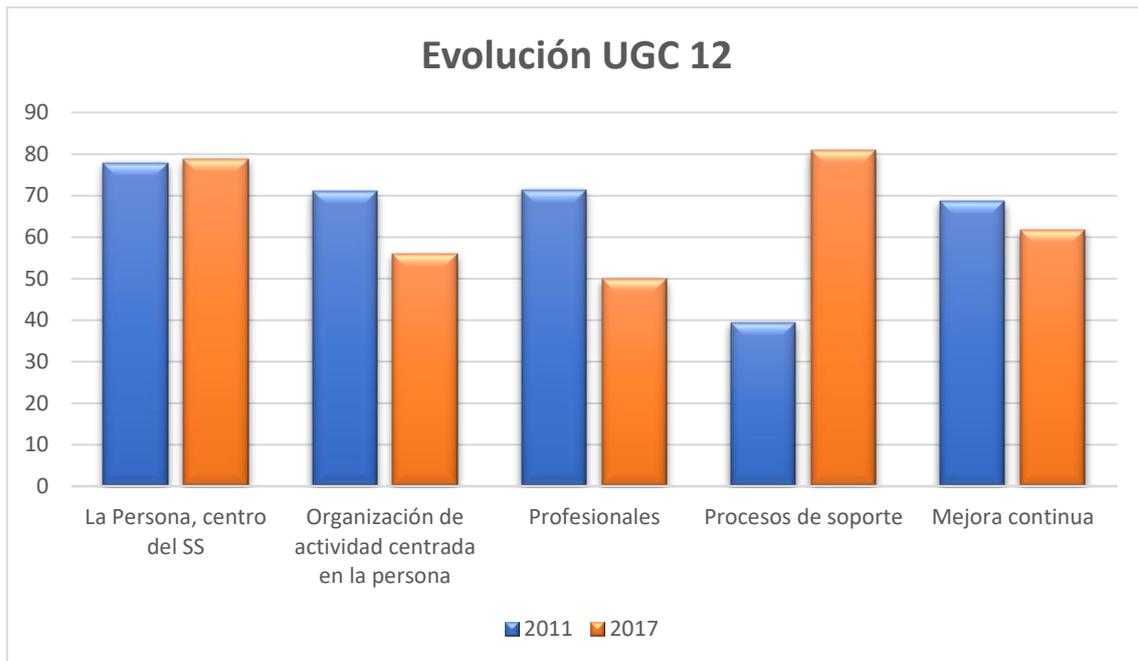


Ilustración 3: Evolución temporal del porcentaje de cumplimiento en bloques de la UGC 12

Fuente: elaboración propia

Estos procesos sirven para que las Unidades que se presentan intenten siempre una mejoría dentro de las capacidades de la misma y así generar una satisfacción tanto a nivel de los trabajadores como a nivel de los pacientes que acuden cada día hasta el centro. Sólo los bloques pertenecientes a la Persona como centro del Sistema Sanitario y los Procesos de soporte han tenido una mejora. Este último doblando el porcentaje obtenido en la primera evaluación realizada. El bloque de los Procesos de soporte, era un punto crítico para el cumplimiento de los profesionales de esta Unidad, ya que el porcentaje de la primera evaluación era la mitad que en la segunda revisión. El criterio número ocho, perteneciente a este bloque, relacionado con la estructura y proveedores, suponía un desconocimiento para los sanitarios que han sabido superarlo en los años posteriores.

#### 4.2.2 Evolución temporal de la Unidad de Gestión Clínica 6

Con los datos obtenidos del resumen de actividad de la Unidad de Gestión Clínica 12, se ha podido realizar un análisis del cambio que ha sufrido esta Unidad con los años. En el año 2011 accedían por primera vez a la certificación, obteniendo resultados satisfactorios al conseguir el nivel avanzado de la certificación. Como se aprecia en las siguientes tablas que se van a realizar, el número de estándares que se presenta esta Unidad es diferente tanto con el paso de los años, como al resto de Unidades. Esto se debe a una evolución de los niveles de certificación mejorando sus requisitos igual que el resto de componentes. La segunda vez que se presentaban a la certificación obtuvieron un porcentaje menor a la primera certificación que no les hizo conseguir una mejora continua de los estándares. A pesar de ello, la Unidad se encuentra con la mentalidad de seguir progresando para poder presentarse a niveles superiores

AGRUPACION	RESULTADOS				
	Nº Estándares	No cumplen	Cumplen	No aplican	% Cumplen
GRUPO I	69	25	44	0	63,80%
GRUPO I OBLIGATORIO	39	7	32	0	82,10%
GRUPO I NO OBLIGATORIO	30	18	12	0	87,50%
GRUPO II	24	18	6	0	25,00%
GRUPO III	16	15	1	0	6,25%
<b>TOTALES</b>	109	42	87	0	<b>46,80%</b>

Tabla 34: Cumplimiento de estándares por Grupo de la UGC 6 en 2011

Fuente: Elaboración propia

AGRUPACION	RESULTADOS				
	Nº Estándares	No cumplen	Cumplen	No aplican	% Cumplen
GRUPO I	65	24	41	0	63,10%
GRUPO I OBLIGATORIO	41	10	31	0	75,60%
GRUPO I NO OBLIGATORIO	24	14	10	0	41,70%
GRUPO II	24	21	3	0	12,50%
GRUPO III	12	11	1	0	8,33%
<b>TOTALES</b>	101	56	45	0	<b>44,60%</b>

Tabla 35: Cumplimiento de estándares por Grupo de la UGC 6 en 2016

Fuente: Elaboración propia

CRITERIO	2011			2016		
	Nº Estándares	Cumplen	%	Nº Estándares	Cumplen	%
BLOQUE 1	27	24	88,89%	27	19	70,00%
BLOQUE 2	24	9	37,50%	22	6	28,00%
BLOQUE 3	13	6	46,20%	10	5	50,00%
BLOQUE 4	33	9	27,78%	19	5	26,00%
BLOQUE 5	12	3	25,00%	23	10	43,00%
<b>TOTAL</b>	<b>109</b>	<b>51</b>	<b>46,80%</b>	<b>101</b>	<b>45</b>	<b>44,55%</b>

Tabla 36: Comparación del cumplimiento de estándares por Grupo de la UGC 6

Fuente: Elaboración propia

En relación al porcentaje de los estándares obligatorio sigue dentro de los límites establecidos, accediendo este grupo al nivel de Avanzado. Como se aprecia la focalización de la mejora continua en los profesionales no siempre obtiene los resultados esperados. Esto ayuda a los mismos a seguir buscando la perfección que les haga diferenciarse del resto. Sí es cierto que existen ciertas subidas en los bloques del Manual, aunque el cómputo general disminuye. Esto tiene que ver con que los profesionales han mejorado en su criterio correspondiente y con respecto al bloque número cinco existe mayor número de estándares que antes e incluso con el doble de porcentaje de éxito.

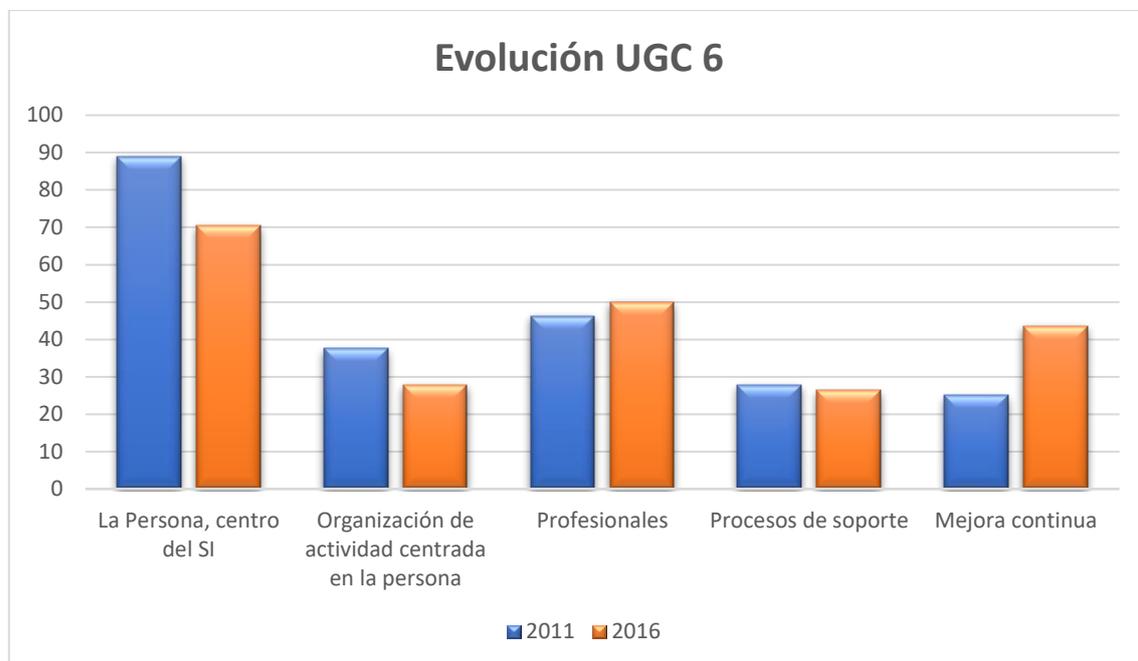


Ilustración 4: Evolución temporal del porcentaje de cumplimiento en bloques de la UGC 6

Fuente: Elaboración propia

### 4.2.3 Evolución temporal de la Unidad de Gestión Clínica 3

Dos han sido las veces que la Unidad de Gestión Clínica 11 ha accedido al reconocimiento por parte de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía en los años 2013 y 2018. Entre estas dos fechas se ha producido un informe de seguimiento de comprobación relacionado con el primer proceso de certificación. En el informe de seguimiento se evalúa más que nada si la Unidad está realizando un seguimiento correcto de los estándares que fueron superados con éxito. Viendo estos dos informes se puede comprobar cómo ha bajado el porcentaje total de estándares superados en la Unidad. Aunque existen ciertas subidas en los bloques del Manual, el cómputo general disminuye. Se ve una disminución importante en el bloque de los profesionales, donde el número de estándares que se debían cumplir no fue del todo esperado.

AGRUPACION	RESULTADOS				
	Nº Estándares	No cumplen	Cumplen	No aplican	% Cumplen
GRUPO I	100	22	78	0	78,00%
GRUPO I OBLIGATORIO	56	8	48	0	85,70%
GRUPO I NO OBLIGATORIO	44	14	30	0	68,20%
GRUPO II	29	29	0	0	0,00%
GRUPO III	20	20	0	0	0,00%
<b>TOTALES</b>	149	71	78	0	<b>52,30%</b>

Tabla 37: Cumplimiento de estándares por Grupo de la UGC 11 en 2013

Fuente: Elaboración propia

AGRUPACION	RESULTADOS				
	Nº Estándares	No cumplen	Cumplen	No aplican	% Cumplen
GRUPO I	85	20	65	0	76,50%
GRUPO I OBLIGATORIO	53	9	44	0	83,00%
GRUPO I NO OBLIGATORIO	32	11	21	0	65,50%
GRUPO II	28	28	0	0	0,00%
GRUPO III	16	16	0	0	0,00%
<b>TOTALES</b>	129	64	65	0	<b>50,40%</b>

Tabla 38: Cumplimiento de estándares por Grupo de la UGC 11 en 2018

Fuente: Elaboración propia

CRITERIO	2013			2018		
	Nº Estándares	Cumplen	%	Nº Estándares	Cumplen	%
BLOQUE 1	36	26	72,23%	35	24	68,57%
BLOQUE 2	31	17	54,84%	25	10	40,00%
BLOQUE 3	14	6	42,86%	10	1	10,00%
BLOQUE 4	55	25	45,46%	27	14	51,88%
BLOQUE 5	13	4	30,77%	34	16	47,06%
<b>TOTAL</b>	<b>149</b>	<b>78</b>	<b>52,30%</b>	<b>129</b>	<b>65</b>	<b>50,40%</b>

Tabla 39: Comparación del cumplimiento de estándares por Grupo de la UGC 11

Fuente: Elaboración propia

En este caso se tiene también una disminución de los estándares que se han cumplido por parte de la Unidad. Esto hace que se disminuya el porcentaje de estándares cumplidos, consiguiendo valores inferiores en todos los bloques. A pesar de no conseguir ninguna mejora, y que existan muchos estándares incumplidos, se sigue obteniendo el nivel de certificación avanzado por parte de esta Unidad.

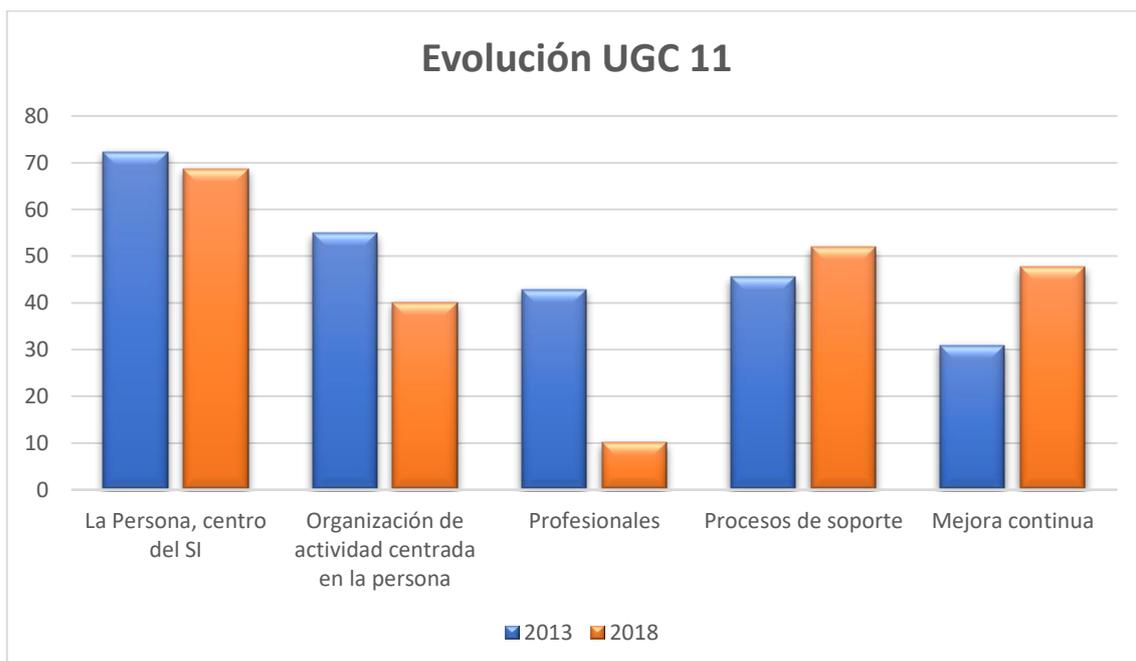


Ilustración 5: Evolución temporal del porcentaje de cumplimiento en bloques de la UGC 11

Fuente: Elaboración propia

Tras ver como se ha disminuido el porcentaje de estándares se hace un cuestionario a los trabajadores para conocer cuáles son los puntos fuertes y débiles de la Unidad. Uno de los motivos que se reconoce por los mismos está relacionado con intentar conseguir un nivel superior, el nivel Óptimo, y verse superados por esta preparación. Para ello se piensa en dar pautas a partir de Unidades que hayan conseguido mejores resultados para que puedan aplicarlo sin ningún tipo de inconveniente. El seguimiento de una serie de pautas hace que los profesionales puedan sistematizar sus funciones y así saber si la acción que están realizando se desarrolla de forma correcta.

#### 4.2.4 Evolución temporal de la Unidad de Gestión Clínica 15

La Unidad de Gestión Clínica 15 ha accedido al reconocimiento por parte de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía en los años 2014 y 2019. Con el correspondiente informe intermedio de seguimiento cabe destacar el acceso tardío al proceso de evaluación de la ACSA. Viendo estos dos informes se puede comprobar cómo ha subido el porcentaje total de estándares superados en la Unidad. La gráfica de evolución presenta mejoras con una cierta línea de tendencia al alza para futuras evaluaciones, en las que quizás se puedan plantear retos mayores para sus profesionales.

AGRUPACION	RESULTADOS				
	Nº Estándares	No cumplen	Cumplen	No aplican	% Cumplen
GRUPO I	69	24	45	0	65,20%
GRUPO I OBLIGATORIO	39	6	33	0	84,60%
GRUPO I NO OBLIGATORIO	30	18	12	0	40,00%
GRUPO II	24	21	3	0	12,50%
GRUPO III	16	16	0	0	0,00%
<b>TOTALES</b>	109	61	48	0	<b>44,00%</b>

Tabla 40: Cumplimiento de estándares por Grupo de la UGC 15 en 2014

Fuente: Elaboración propia

AGRUPACION	RESULTADOS				
	Nº Estándares	No cumplen	Cumplen	No aplican	% Cumplen
GRUPO I	65	14	51	0	78,50%
GRUPO I OBLIGATORIO	41	7	34	0	82,90%
GRUPO I NO OBLIGATORIO	24	7	17	0	70,80%
GRUPO II	24	18	6	0	25,00%
GRUPO III	12	12	0	0	0,00%
<b>TOTALES</b>	101	44	57	0	<b>56,40%</b>

Tabla 41: Cumplimiento de estándares por Grupo de la UGC 15 en 2019

Fuente: Elaboración propia

CRITERIO	2014			2019		
	Nº Estándares	Cumplen	%	Nº Estándares	Cumplen	%
BLOQUE 1	27	20	74,00%	27	24	88,89%
BLOQUE 2	24	11	45,84%	22	8	36,37%
BLOQUE 3	13	5	38,46%	10	4	40,00%
BLOQUE 4	33	8	24,24%	19	8	42,11%
BLOQUE 5	12	4	33,33%	23	13	56,52%
<b>TOTAL</b>	109	48	<b>44,00%</b>	101	57	<b>56,40%</b>

Tabla 42: Comparación del cumplimiento de estándares por Grupo de la UGC 15

Fuente: Elaboración propia

Esta evolución nos muestra la subida considerable del porcentaje de estándares totales cumplidos por parte de la Unidad. El porcentaje total ha aumentado en torno a un 12%. Los bloques han sufrido toda una mejoría a excepción de un bloque, que ha disminuido respecto a la evaluación anterior. Estas variaciones son importantes ya que casi todas oscilan en un 15% más en el caso de las mejoras, y un 9% menos en el bloque de peor resultado. Cómo en la mayoría de los casos que se han planteado para demostrar su evolución, se aprecia cómo además han modificado el número de estándares totales, agrupando algunos que supondrían repetición de especificaciones o simplemente mejoras para todas las personas que se comprometen con la búsqueda de la calidad.

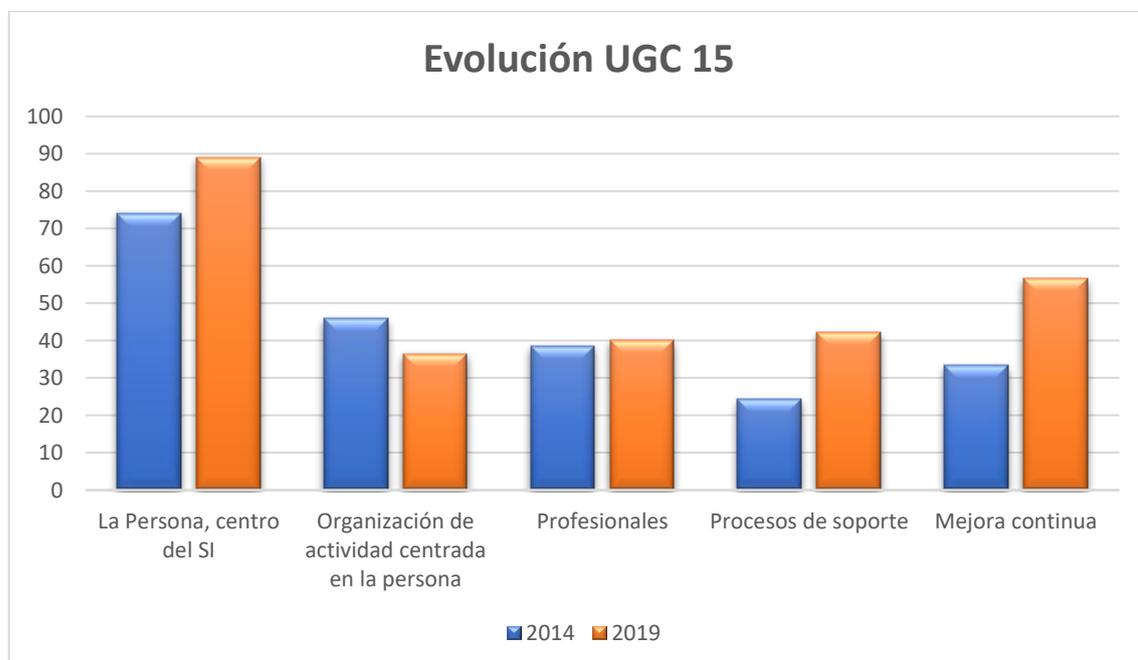


Ilustración 6: Evolución temporal del porcentaje de cumplimiento en bloques de la UGC 15

Fuente: Elaboración propia

#### 4.2.5 Evolución temporal de la Unidad de Gestión Clínica 16

La Unidad de Gestión Clínica 16 ha accedido al reconocimiento por parte de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía en los años 2013 y 2018. Analizando estos dos informes se puede comprobar cómo ha bajado el porcentaje total de estándares superados en la Unidad. Para esta Unidad se ha producido alguna mejora en el bloque correspondiente a la Persona como centro del Sistema Sanitario. El resto de los bloques se reflejan con un trabajo menor a la anterior certificación.

AGRUPACION	RESULTADOS				
	Nº Estándares	No cumplen	Cumplen	No aplican	% Cumplen
GRUPO I	69	8	61	0	88,40%
GRUPO I OBLIGATORIO	39	2	37	0	94,90%
GRUPO I NO OBLIGATORIO	30	6	24	0	80,00%
GRUPO II	24	14	10	0	41,70%
GRUPO III	16	14	2	0	12,50%
<b>TOTALES</b>	109	36	73	0	<b>67,00%</b>

Tabla 43: Cumplimiento de estándares por Grupo de la UGC 16 en 2013

Fuente: Elaboración propia

AGRUPACION	RESULTADOS				
	Nº Estándares	No cumplen	Cumplen	No aplican	% Cumplen
GRUPO I	65	18	47	0	72,30%
GRUPO I OBLIGATORIO	41	8	33	0	80,50%
GRUPO I NO OBLIGATORIO	24	10	14	0	58,30%
GRUPO II	24	12	12	0	50,00%
GRUPO III	12	10	2	0	16,70%
<b>TOTALES</b>	101	40	61	0	<b>60,40%</b>

Tabla 44: Cumplimiento de estándares por Grupo de la UGC 16 en 2018

Fuente: Elaboración propia

CRITERIO	2013			2018		
	Nº Estándares	Cumplen	%	Nº Estándares	Cumplen	%
BLOQUE 1	27	23	85,11%	27	25	93,00%
BLOQUE 2	24	15	62,50%	22	10	45,00%
BLOQUE 3	13	10	76,92%	10	6	60,00%
BLOQUE 4	33	16	48,49%	19	8	42,11%
BLOQUE 5	12	9	75,00%	23	12	52,00%
<b>TOTAL</b>	<b>109</b>	<b>73</b>	<b>67,00%</b>	<b>101</b>	<b>61</b>	<b>60,00%</b>

Tabla 45: Comparación del cumplimiento de estándares por Grupo de la UGC 16

Fuente: Elaboración propia

Se trata de la Unidad que no ha conseguido mantener el buen porcentaje presentado en su primera evaluación externa. Se da una bajada del 7% que está relacionada con la disminución encontrada en los estándares del grupo obligatorio. Este caso es una excepción, pero que se encuentra dentro de un nivel superior como es el Óptimo, por lo que los esfuerzos por mantenerse diferenciados en la calidad son mayores. A pesar de la reducción, se mantiene dentro del nivel, ya que puede cumplir con los requisitos marcados por el Manual.

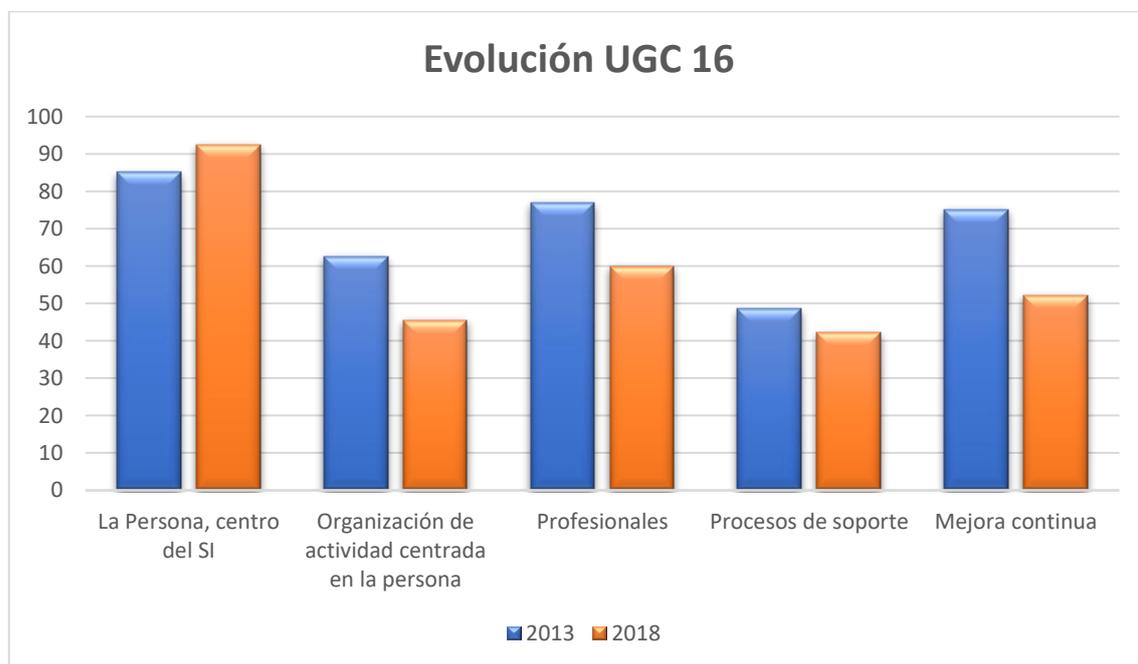


Ilustración 7: Evolución temporal del porcentaje de cumplimiento en bloques de la UGC 16

Fuente: Elaboración propia

#### 4.2.6 Evolución temporal de la Unidad de Gestión Clínica 18

La Unidad de Gestión Clínica 18 ha accedido al reconocimiento por parte de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía en los años 2013 y 2019. Analizando estos dos informes se puede comprobar cómo ha aumentado el porcentaje total de estándares superados en la Unidad. Para esta Unidad se han producido mejoras en la mayoría de sus bloques del Manual, comprobando así el gran trabajo que existe detrás de sus profesionales. Destacable el aumento en el bloque de procesos de soporte. El compromiso de todos lleva a que se mejore el nivel de calidad de la Unidad en un 8%.

AGRUPACION	RESULTADOS				
	Nº Estándares	No cumplen	Cumplen	No aplican	% Cumplen
GRUPO I	69	18	51	0	73,90%
GRUPO I OBLIGATORIO	39	6	33	0	84,60%
GRUPO I NO OBLIGATORIO	30	12	18	0	60,00%
GRUPO II	24	20	4	0	16,70%
GRUPO III	16	14	2	0	12,50%
<b>TOTALES</b>	109	52	57	0	<b>52,30%</b>

Tabla 46: Cumplimiento de estándares por Grupo de la UGC 18 en 2013

Fuente: Elaboración propia

AGRUPACION	RESULTADOS				
	Nº Estándares	No cumplen	Cumplen	No aplican	% Cumplen
GRUPO I	65	10	55	0	84,60%
GRUPO I OBLIGATORIO	41	4	37	0	90,20%
GRUPO I NO OBLIGATORIO	24	6	18	0	75,00%
GRUPO II	24	18	6	0	25,00%
GRUPO III	12	12	0	0	0,00%
<b>TOTALES</b>	101	40	61	0	<b>60,40%</b>

Tabla 47: Cumplimiento de estándares por Grupo de la UGC 18 en 2019

Fuente: Elaboración propia

CRITERIO	2013			2019		
	Nº Estándares	Cumplen	%	Nº Estándares	Cumplen	%
BLOQUE 1	27	20	74,00%	27	21	78,00%
BLOQUE 2	24	14	58,33%	22	15	68,00%
BLOQUE 3	13	9	69,20%	10	4	40,00%
BLOQUE 4	33	10	30,30%	19	10	53,00%
BLOQUE 5	12	4	33,33%	23	11	48,00%
<b>TOTAL</b>	<b>109</b>	<b>57</b>	<b>52,30%</b>	<b>101</b>	<b>61</b>	<b>60,00%</b>

Tabla 48: Comparación del cumplimiento de estándares por Grupo de la UGC 18

Fuente: Elaboración propia

El nivel de certificación al que ha accedido en ambas evaluaciones esta Unidad es el nivel óptimo. Ambas ocasiones ha resultado satisfactorio para sus profesionales, manteniendo una línea de mejora que se puede apreciar al ver como el número de estándares totales cumplidos ha crecido. Estos progresos se deben a una mayor implicación en las áreas de mejoras propuestas de la primera evaluación, que les permite emplear acciones como gestionar los planes y procesos asistenciales de una forma más efectiva. Las herramientas que se emplean tanto a nivel de calidad como de seguridad tienen una evolución que se ve reflejada en la disminución de la variabilidad en la atención clínica, o como se promueve la formación de los profesionales para saber de qué forma actuar ante los pacientes. Es importante establecer ciertos protocolos de mejora que ayuden a las Unidades a saber qué pasos deben seguir para tener un mayor rendimiento en su trabajo. En el caso del bloque tres se considera un menor número de estándares cumplidos, esto se relaciona con la aparición de muchos de ellos en el grupo tres de los estándares, la mayoría son requeridos para el nivel excelente de certificación, y que por lo tanto no genera un enfoque cuidadoso en sus profesionales. Cabe destacar como el recorrido de esta Unidad es hacia una mejora continua, pudiéndose plantear en siguientes certificaciones el acceso a un nivel superior.

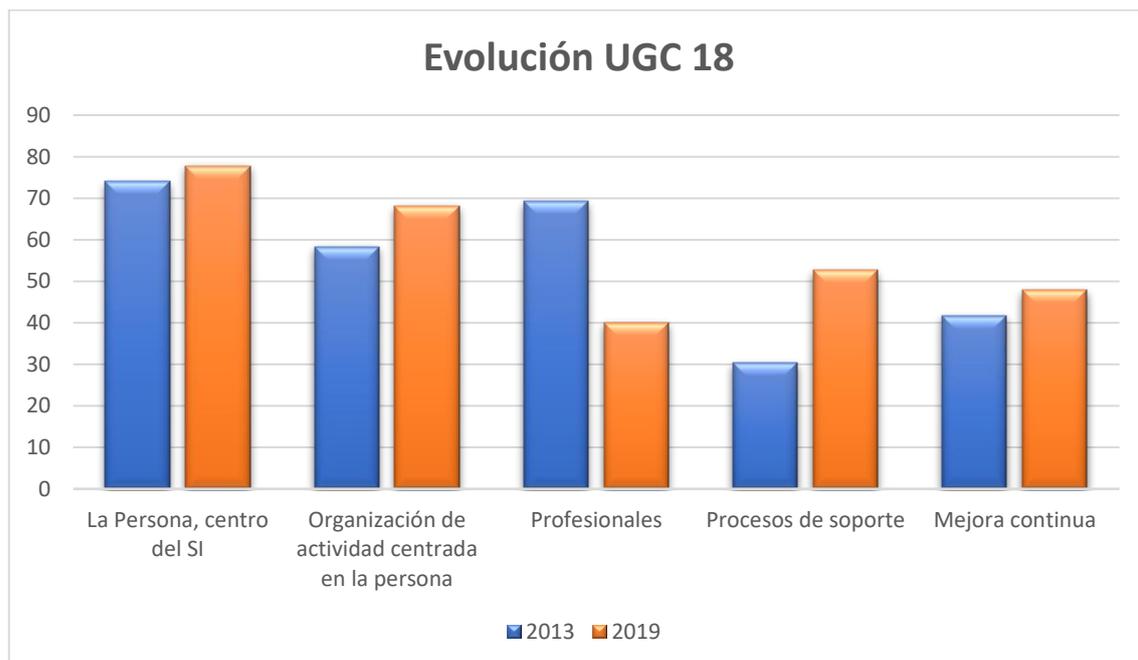


Ilustración 8: Evolución temporal del porcentaje de cumplimiento en bloques de la UGC 18

Fuente: Elaboración propia

#### 4.2.7 Evolución temporal de la Unidad de Gestión Clínica 27

La Unidad de Gestión Clínica 27 ha accedido al reconocimiento por parte de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía en los años 2014 y 2020. Analizando estos dos informes se puede comprobar cómo ha aumentado el porcentaje total de estándares superados en la Unidad. Además, cabe la posibilidad de recibir un informe tras recibir un apercibimiento por no estar cumpliendo con los estándares superados en la primera evaluación externa. Estos documentos no son más que unos informes donde los evaluadores anotan los estándares de la anterior certificación y comprueban si hay evidencias de que todo sigue su correcto orden.

AGRUPACION	RESULTADOS				
	Nº Estándares	No cumplen	Cumplen	No aplican	% Cumplen
GRUPO I	81	16	65	0	80,20%
GRUPO I OBLIGATORIO	49	5	44	0	89,80%
GRUPO I NO OBLIGATORIO	32	11	21	0	65,60%
GRUPO II	26	26	0	0	0,00%
GRUPO III	16	16	0	0	0,00%
<b>TOTALES</b>	123	58	65	0	<b>52,80%</b>

Tabla 49: Cumplimiento de estándares por Grupo de la UGC 27 en 2014

Fuente: Elaboración propia

AGRUPACION	RESULTADOS				
	Nº Estándares	No cumplen	Cumplen	No aplican	% Cumplen
GRUPO I	70	6	64	0	91,40%
GRUPO I OBLIGATORIO	46	3	43	0	93,50%
GRUPO I NO OBLIGATORIO	24	3	21	0	87,50%
GRUPO II	25	15	10	0	40,00%
GRUPO III	12	10	2	0	16,70%
<b>TOTALES</b>	107	31	76	0	<b>71,00%</b>

Tabla 50: Cumplimiento de estándares por Grupo de la UGC 27 en 2020

Fuente: Elaboración propia

CRITERIO	2013			2019		
	Nº Estándares	Cumplen	%	Nº Estándares	Cumplen	%
BLOQUE 1	33	28	84,84%	30	26	87,00%
BLOQUE 2	24	14	58,33%	22	14	64,00%
BLOQUE 3	15	4	26,70%	10	7	70,00%
BLOQUE 4	39	14	35,90%	20	11	55,00%
BLOQUE 5	12	5	41,70%	25	18	72,00%
<b>TOTAL</b>	123	65	<b>52,80%</b>	107	76	<b>71,00%</b>

Tabla 51: Comparación del cumplimiento de estándares por Grupo de la UGC 27

Fuente: Elaboración propia

En este caso se ha producido la mayor entre las Unidades que hemos analizado. El cambio del porcentaje total ha aumentado en casi un 20%, donde a pesar de haber disminuido el número de estándares totales que se presentan, el valor de los que se cumplen es mayor.

Se puede percibir además con los valores de las tablas que la Unidad no sólo ha evolucionado consiguiendo mayor número de estándares cumplidos, sino que, ha dado también un paso más en los niveles de certificación al conseguir el Óptimo. Así pues, este caso demuestra cómo la evolución que llevan a cabo los profesionales de una Unidad puede tener una satisfacción muy importante, calificándose dentro de un escalón superior donde se tiene una mayor calidad y por tanto un mayor reconocimiento. Esto no quita que el esfuerzo que se habrá realizado ha sido mayúsculo. También implica una mayor organización y establecer protocolos de mejoras en las áreas donde se ha anotado que los profesionales tienen un menor resultado.

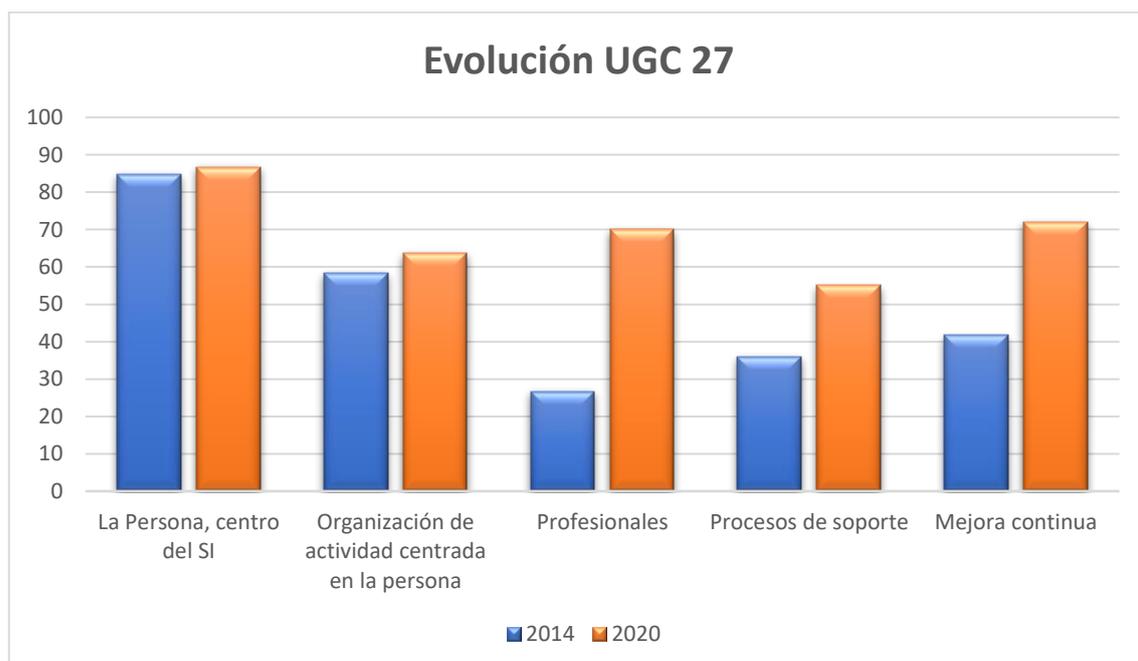


Ilustración 9: Evolución temporal del porcentaje de cumplimiento en bloques de la UGC 27

Fuente: elaboración propia

Para esta Unidad se han producido mejoras en todos sus bloques que componen el Manual de las UGC, comprobando así el gran trabajo que existe detrás de sus profesionales. El bloque que más ha mejorado es el perteneciente a los profesionales, en casi un 50%. Con el avance de las Unidades del centro se puede comprobar cómo se están haciendo las cosas dentro de un complejo de tal envergadura y con tanto margen de mejora de cara al futuro.

Sobre las siete Unidades que se han seleccionado para ver cómo han evolucionado en sus respectivas certificaciones, se ha decidido comparar los cambios que han aparecido en ellas. Así, se puede saber si con el paso de los años los profesionales se encuentran en el camino correcto de una mejoría constante o las modificaciones que surgen a partir de las certificaciones no les supone nada. Esto puede llevar también a la aparición de protocolos estandarizados para todas las distintas Unidades, que les permitan así saber si la acción que están llevando a cabo es correcta o no.

Tras examinar los casos planteados se observa que cuatro son las Unidades que han tenido una mejoría en el porcentaje total de estándares cumplidos, mientras que tres han sufrido un leve descenso. Aunque aumente o disminuya este porcentaje no quiere decir que la Unidad no cumpla con el nivel básico de certificación, sino lo que indica es que la cantidad de estándares que se cumplen para determinada certificación es mayor.

Las Unidades que han perfeccionado sus certificaciones, han conseguido un mayor porcentaje en los estándares pertenecientes al Grupo I obligatorio.

El cambio que más ha sufrido una Unidad es del 18,2%, para el caso de la UGC 27, que en su segunda certificación ha aumentado tanto el porcentaje de estándares total como el porcentaje de estándares obligatorios del Grupo I. Por otro lado, se tiene que la Unidad que sufre un mayor descenso es la UGC 16 con una caída del 6,6%. Hay que señalar que ésta era la que en un comienzo presentaba el mayor porcentaje total de estándares superados, pero que en la siguiente certificación no tuvo tanto éxito en cuanto a lo que este porcentaje se dice. Esto se debe al intento de presentarse a un nivel superior, abarcando un mayor número de estándares a superar y quedándose en el mismo nivel de la primera certificación.

Comparando estas dos Unidades, que son las que más se diferencian en porcentaje para sus últimas certificaciones, se comprueba que los valores también aumentan o disminuyen para sus estándares obligatorios, pudiendo ver además que los profesionales han sido capaces de presentar estándares de todos los bloques, aunque no se hayan superado. Lo que significa que el trabajo por intentar conseguir niveles superiores de certificación está presente en las Unidades, siendo el objetivo de futuras evaluaciones. Para los criterios en los que se dividen los estándares se observa que a pesar de disminuir en el caso de la UGC 6, hay dos criterios que se encuentran al alza. Pero a pesar de ello, en la UGC 27 se da una mejoría mayor, doblgando en algunos casos los resultados obtenidos en la primera certificación.

Otro caso reseñable es para la UGC 15, que se encontraba con el menor porcentaje total de estándares en su primera certificación, pero que en la segunda consiguió subir hasta en un 12,4%. Respecto al porcentaje del Grupo I obligatorio se tiene que ha descendido, pero también relacionado con que ha ampliado sus horizontes y ha presentado un mayor porcentaje en el Grupo 2. Aunque no ha conseguido obtener el siguiente nivel de certificación.

Con los informes entregados por los evaluadores de la ACSA se permite conocer cómo se encuentran los estándares que se han presentados para su clasificación, de tal forma que los responsables de las Unidades pueden reconocer con facilidad en qué punto se encuentran los procesos de certificación.

Viendo los datos de los diferentes casos que se han analizado se llega a que las certificaciones pueden variar de forma considerable de un año para otro y que no hay que fiarse de un valor obtenido con anterioridad puesto que puede sufrir un descenso inesperado por exceso de confianza en sus profesionales.

### 4.3 Análisis y propuestas de mejora

Tras realizar un estudio sobre los estándares de las Unidades de Gestión, se ha decidido examinar con más detalle cuales son los incumplimientos que más se repiten por los evaluadores y a los que se les debe dar una solución utilizando las herramientas explicadas con el Lean Management.

Con este análisis se trata de hacer una observación en los estándares que se han destacado como más repetitivos, para apreciar los posibles fallos que se encuentran en las Unidades y dedicarle así una comprobación que permita saber qué se está haciendo mal por parte de los profesionales o por parte de cualquier organismo que influya en ese proceso.

Para ello vamos a aplicar las metodologías Lean Management, donde se podrá ver cómo estas técnicas si son bien aplicadas sirven para el desarrollo del centro hospitalario. Con la mera observación que se hace se puede ver como las Unidades sufren situaciones de descontrol o simplemente imposibilidad de abarcar todos los estándares al detalle.

Se han cogido los seis estándares que aparecen mayor número de veces como que no cumplen las auditorías por parte de la ACSA. Esto se llega a conocer gracias a los informes de evaluación que envían los expertos a las Unidades para que tengan conocimiento de por qué no han sido capaces de superar ese apartado a pesar de autoevaluarse como estándar cumplido.

Antes de comenzar a analizar todos estos estándares que se ha considerado oportuno, al ser los más repetitivos dentro del análisis de la ACSA en un Hospital, se va a plantear la estructura de la metodología 8D, resolviendo los primeros pasos que nos lleven a crear una metodología común para los estándares. Para esto es importante seguir todas las letras de esta disciplina, viendo el impacto que tiene los primeros cambios en la preventiva de los centros.

Una vez que se ha desarrollado en qué consiste la metodología, comenzamos con el primer paso de la construcción de un equipo capaz de verse implicado en su total, permitiendo dar un enfoque diferente y específico que minimice el error. Además, hay que pensar que no debe ser un número grande de personas que tengan la suficiente práctica como para poder plantear las disímiles alternativas que sean de utilidad en la resolución de los estándares no conformes. Este primer paso puede ser común para todas las Unidades, puesto que todas deben formar este equipo técnico que ponga un buen rumbo a la metodología.

En cada Unidad debe existir una implicación por parte de todo el equipo para superar con éxito la certificación que se pretenda alcanzar, pero para ello debe existir un conjunto de personas que coordine todas las actividades de la mejor forma posible. Estos deben estar formados por:

- Jefe principal: hace la labor de responsable, coordinando todos los recursos partícipes dentro de la Unidad.
- Equipo de responsables: se encargan de realizar con el jefe la planificación, seguimiento y mejora de los procesos.
- Otros puestos que se deben cubrir son los supervisores de enfermería y auxiliares.
- Técnicos del Hospital: en constante comunicación con los puestos anteriores. Aquí aparecen los técnicos especialistas, técnicos de prevención de riesgos laborales, técnicos de mantenimiento...

El hospital debe contar con este perfil de trabajadores que se encuentren en las mismas instalaciones que el resto de las Unidades. Aun así, no hay que descartar la ayuda de un equipo de técnicos externos ante situaciones desconocidas por los trabajadores, para completar la tarea de la forma más satisfactoria posible.

El resto de disciplinas de la metodología 8D no se puede aplicar de manera general para todos los estándares. Se debe identificar cada problema, utilizando por ejemplo diagramas de causa raíz, y pensar en un plan corrector personalizado para cada caso. Las herramientas que se usan sí que pueden ser comunes a todas, puesto que en los primeros pasos de la sistemática se tiene más en cuenta un mantenimiento correctivo,

donde se vea que reacciones tiene la solución empleada, que la erradicación definitiva del problema completo. La implicación de todos es importante, por lo que la celebración del éxito no debe ser menor a toda la preparación por terminar con los problemas de las Unidades.

A continuación, se exponen algunas medidas correctoras sobre los estándares incumplidos que más se repiten.

#### 4.3.1 Estándar 08.01\_01:

Este estándar cuya definición es:

Se han definido y se aplican las actuaciones necesarias para conocer, registrar y controlar las condiciones de seguridad del espacio e instalaciones con los que cuenta la Unidad de Gestión Clínica para la realización de su actividad. Hace referencia a la vigilancia de las condiciones de seguridad dentro de una zona donde el equipo realice su operación. Los profesionales que no han cumplido con este estándar de tipo obligatorio se encuentran dentro de las siguientes Unidades:

- Unidad de Gestión Clínica 3
- Unidad de Gestión Clínica 5
- Unidad de Gestión Clínica 7
- Unidad de Gestión Clínica 11
- Unidad de Gestión Clínica 12
- Unidad de Gestión Clínica 13
- Unidad de Gestión Clínica 16
- Unidad de Gestión Clínica 17
- Unidad de Gestión Clínica 19
- Unidad de Gestión Clínica 20
- Unidad de Gestión Clínica 21
- Unidad de Gestión Clínica 22
- Unidad de Gestión Clínica 23
- Unidad de Gestión Clínica 24

Cada Unidad ha evidenciado unos hallazgos encontrados por parte de los inspectores, ante las certezas de superar los estándares de forma positiva. Los componentes de estos grupos son todas las personas desde los médicos, enfermeros, fisios, psicólogos hasta los administrativos y auxiliares que se encuentran dentro de las plantas de los centros. Todos forman parte de la Unidad, y se debe de tratar que su involucración sea total para que se pueda comprobar con buenos resultados que se está aplicando una buena metodología de Lean Healthcare, y que se certifica al Hospital como uno de los más reconocidos a nivel de Calidad.

Para que los inspectores puedan evaluar la buena práctica sobre las condiciones de seguridad se examinan distintos elementos. Primeramente, la Unidad dispone de información actualizada sobre el estado de los espacios e instalaciones necesarias para el normal desarrollo de su actividad asistencial. Para ello necesita: Establecer un mecanismo de comunicación regular con los servicios de soporte de su institución. Acordar con los servicios de soporte cómo le van a facilitar información sobre sus espacios e instalaciones (ej.: reuniones informativas, informes detallados, etc.) y con qué frecuencia. Además, la Unidad, cuando conoce la existencia de incidencias que alteren la funcionalidad o seguridad de alguna de sus instalaciones, adopta las medidas oportunas en su ámbito de responsabilidad para minimizar el impacto de dicha incidencia. Por último, en la Unidad está disponible y difundido un mecanismo formal para poder comunicar las incidencias relacionadas con el funcionamiento, mantenimiento o seguridad de sus espacios e instalaciones.

Estos puntos son fáciles de detallar de forma escrita, pero se necesitan distintas herramientas para ponerlos en funcionamiento. Algunas de ellas son los Procedimientos Normalizados de Trabajo (PNT) de comunicación con ingeniería y mantenimiento. Estos PNT son documentos escritos que describen la secuencia específica de operaciones y métodos que deben aplicarse en la Unidad para una finalidad determinada. Proporcionan una manera única según la cual deberá realizarse la operación cada vez que se repita en el

lugar indicado. Los responsables deben tener actualizado el inventario de identificación de las instalaciones en todos sus estados.

En el día a día de la Unidad resulta complicado llevar un control sobre este mantenimiento si no se tiene una persona asignada. Existen muchos elementos dentro del espacio de trabajo que requieren una comprobación periódica de su funcionamiento, previendo cuál será el futuro de su vida útil.

La Agencia de Calidad detecta distintos hallazgos en las Unidades que son referenciados en el informe de evaluación. De entre las desviaciones que se pueden constatar destacan las siguientes:

- La Unidad no identifica todas las instalaciones cuyo nivel de funcionamiento pueda afectar al desarrollo de sus actividades en cada uno de los edificios que ocupa.
- La Unidad no aporta evidencias de que se realice un análisis de las incidencias comunicadas sobre el funcionamiento de las instalaciones que le dan soporte con el fin de identificar aquellas que por su repetición o características, tenga un mayor impacto en su actividad y ponerlo en conocimiento de los responsables de mantenimiento para que se adopten mejoras.
- No se verifica que haya revisiones semanales, mensuales ni anuales en algunas Unidades del Hospital. Mecanismos que no se encuentran certificados o dentro de los niveles de correcto funcionamiento. Esto pasa también con inmobiliarios, climatización, rayos X, ...

Estos son algunos ejemplos que encuentran los expertos para calificar el estándar como uno de no cumplimiento. A partir de todas objeciones, empieza el proceso de reingeniería de los procesos para poder cumplir con el número máximo de estándares.

Como finalidad, en este caso fijamos la prioridad en mantener siempre en un correcto estado las instalaciones en las que se llevan a cabo todas las funciones de las organizaciones del Hospital. Se trata de conseguir un acondicionamiento continuo de los espacios que permita mejorar hacia la calidad total del centro. Para ello, se deben utilizar una variedad de recursos que casi en su totalidad tienen que ver con el tiempo de los profesionales. Son ellos los protagonistas principales de conseguir que se pueda llevar a cabo un correcto mantenimiento de las infraestructuras, salvaguardando el cumplimiento de todos los requisitos posibles que identifiquen los espacios como zonas seguras de trabajo. Los trabajadores son personas que deben estar implicadas al 100% en el proyecto de trabajar en la mejora continua, dentro de unos estándares de calidad. Por lo que es necesario darles una explicación profunda sobre por qué deben realizar esas funciones que luego se les van a evaluar. La figura de los responsables, por lo tanto, resulta fundamental tanto para llevar el control de todos los recursos de la Unidad como para asignar las tareas a los diferentes componentes.

Tratando de que exista una mejoría dentro de las Unidades con respecto a este estándar, se aprecia que existe falta de organización y revisión dentro de las áreas del Hospital. Los miembros son los responsables de no cumplir con las obligaciones de aportar las evidencias de que se ejecuten de forma habitual todas las revisiones pertinentes. No hay un responsable principal que controle de forma adecuada todas estas revisiones, o la persona que lo hace no está cualificada con las mejores aptitudes.

Todo esto nos lleva a plantear mediante la metodología del Lean Manufacturing aplicado al sistema sanitario, de qué manera se puedan conocer las circunstancias que sufren día tras día las Unidades. Para este fin, se ha escogido la herramienta de los '**5 por qué**'. Mediante el uso de esta técnica, se pueden llegar a hacer diferentes preguntas para alcanzar la causa raíz del problema, orientando mejoras que sirvan de ayuda para crecer.

La técnica parte de un problema que se ha encontrado, el incumplimiento del control de las condiciones de seguridad en los espacios de trabajo, hasta llegar a la causa raíz del mismo. Las respuestas que se vayan dando darán pie a nuevos 'por qué', tantos como consideremos oportunos para dar con nuestro origen principal.

De forma gráfica se va representar cuál sería la estructura que tendría nuestra metodología para este primer estándar:

<b>¿Por qué no se conoce, registra y controla las condiciones de seguridad de las instalaciones de las Unidades?</b>			
Porque el responsable encargado de anotar los funcionamientos de los espacios en las Unidades no desarrolla esta única función y carece de tiempo.		Por falta de conocimiento de todos los lugares de trabajo, así como falta de colaboración por parte de todos los involucrados que permita realizar con éxito este criterio.	
<b>¿Por qué no puede abordar todas las funciones de control de seguridad?</b>		<b>¿Por qué no existe un segundo compañero o reuniones de apoyo periódicas para ayudar al responsable?</b>	
Porque el responsable tiene más labores a realizar aparte de esta función	Porque no existe una buena planificación por parte del encargado	Porque no existe una total comunicación entre las Unidades ni con departamento de mantenimiento	Porque no hay financiación suficiente planificada para más de un responsable
<b>¿Por qué no se realiza una buena organización trabajo/trabajador?</b>		<b>¿Por qué no hay comunicación interdepartamental o herramientas de apoyo comunes?</b>	
Porque falta especialización como responsable y se ocupa de demasiadas labores que no enfocan las principales		Porque el responsable asume toda la responsabilidad sin asignar tareas menores a sus compañeros ni fijación de reuniones periódicas	
Formar a los responsables de las mejores aptitudes para afrontar el puesto, disminuyendo las tareas a realizar		Distribuir las responsabilidades a más personas aparte del responsable con fijación de reuniones con resto de Unidades a lo largo del año	

Tabla 52: Herramienta de los ‘5 por qué’ aplicada al estándar 08.01\_01

Fuente: Elaboración propia

Viendo la tabla de la metodología de los ‘5 por qué’, podemos concluir las siguientes soluciones:

- Antes de empezar a trabajar como responsable final de la Unidad encargada de este estándar, se le debe formar y dar las capacidades de organizador que complementen las propias de la persona en la materia.
- Permitir que pueda acompañarse de un buen equipo de gestión y no caigan todas las responsabilidades sobre una única persona, fijando horarios de trabajo y reparto de tareas entre ellos.

Poniendo en marcha estas soluciones se conocería la función que tiene tanto el responsable como su equipo de trabajo. Aunque la voz de mando la tenga el organizador, debe asignar a sus personas de confianza para que les disminuyan la carga de trabajo que complementa su principal trabajo. Esta persona debe apoyarse también en la Unidad de Calidad que es la que prepara a todas las Unidades para que puedan superar las certificaciones. Si existe una comunicación fluida con estas personas y con el resto de responsables que se

presentan a estos estándares, se podrá conseguir un mayor éxito en los procesos de auditoría. Aunque las Unidades estén especializadas en distintas áreas de la sanidad, hay muchos puntos en común que se piden como requisito para superar los niveles de certificación. Si todos los responsables se reúnen y se analizan los modelos de trabajo se prevé un aumento de éxito para todos los profesionales.

De esta manera quedaría finalizado así el tratamiento de nuestro estándar, con posibles soluciones de la metodología Lean que puedan ponerse en práctica y ver los resultados que dan a las organizaciones.

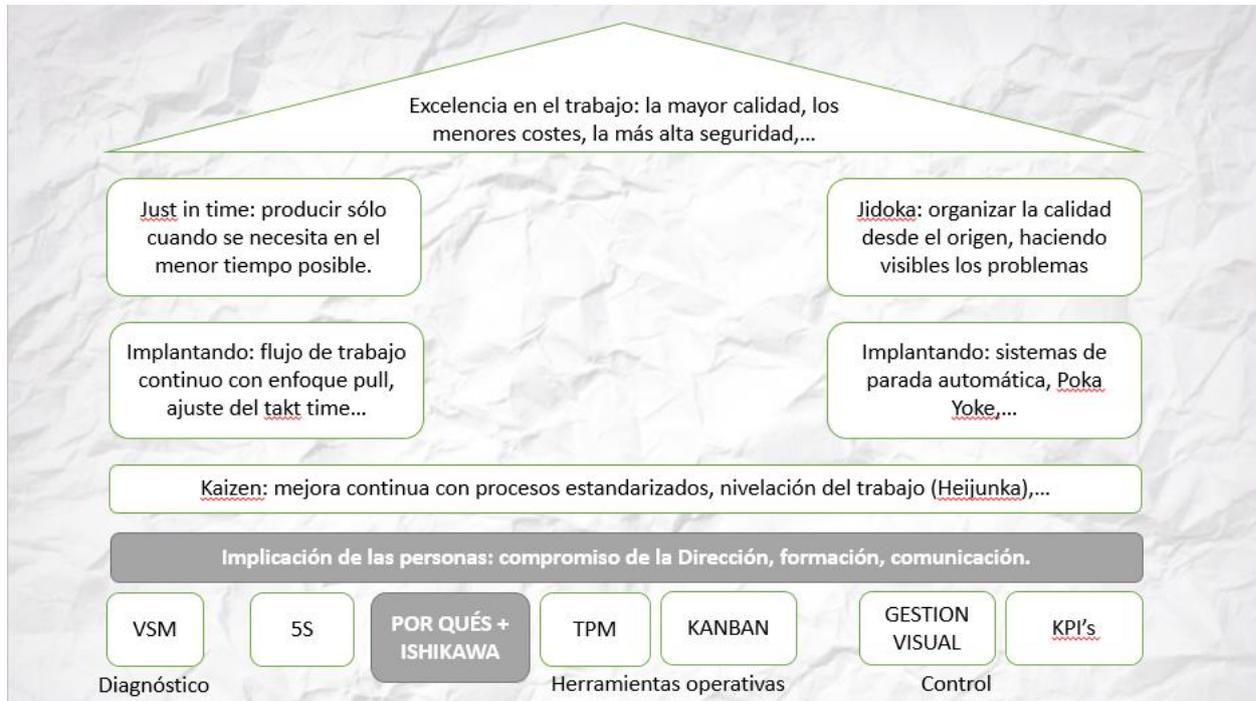


Ilustración 10: Herramientas Lean utilizadas en el análisis de estándares aplicado al 08.01\_01

Fuente: Elaboración propia.

Una vez que se ha detectado que uno de los principales problemas que se encuentra relacionado con este estándar está relacionado con la correcta selección de un responsable que pueda compatibilizar su trabajo principal con el de manejo de las condiciones de seguridad de la Unidad, se trata de aplicar la metodología 8D, concretamente la matriz de polivalencia que es una de las herramientas principales. Esta matriz permite conocer cuál es la flexibilidad de una empresa, sabiendo cuál es su capacidad de adaptación a crisis y situaciones de especial desconocimiento. Es una herramienta diseñada con el fin de medir, valorar y tomar una serie de decisiones conexas con la versatilidad de un equipo. Consiste en seleccionar distintos trabajadores en diferentes labores, comprobando así su desenvoltura. Se relacionan los requisitos que se necesitan para un puesto de trabajo y las capacidades que se tienen. Lo que nos lleva a saber qué perfil es el más indicado para cada situación. Así se averigua qué personas están cualificadas con aptitudes de resolución en labores diferentes a las habituales. Estamos en la búsqueda de personas polivalentes. Su uso permite a las empresas que, de una forma rápida, puedan saber quiénes son aquellas personas que pueden realizar una determinada labor en caso de que sea necesario.

El enfoque que se ha dado para utilizar esta herramienta consiste en subdividir en subtareas el problema que se ha encontrado y al que se le quiere encontrar una solución (responsable). Para ello se detallan distintos candidatos que son aptos para desarrollar las actividades y se califican dependiendo de las características de cada uno. Según el perfil de candidato seleccionado se pondera con la siguiente escala:

0	No ha recibido ninguna formación relacionada
1	Ha recibido algún entrenamiento
2	Puede realizar la tarea con supervisión
3	Puede realizar la tarea sin supervisión
4	Puede trabajar solo, incluso supervisar a alguien

Ilustración 11: Escala para calificación en la matriz de polivalencia

Fuente: Elaboración propia.

Según los valores anteriores se ha ido completando la tabla para encontrar el candidato ideal para cada situación. Los resultados que se obtienen en las líneas inferiores vienen identificados de la siguiente manera:

- Polivalencia del puesto: porcentaje de candidatos que marcan un valor de 3 o 4
- Número personal polivalente equivalente: número de candidatos con valor de 3 o 4
- Personal necesario: es decisión de cada Unidad. Se debe tener en cuenta la importancia de la sub-tarea y las cualidades de cada persona
- Cobertura deseada: se trata como una aspiración, que sería más alta para actividades que deban atenderse sin retrasos (por ejemplo, el hecho de gestionar incidencias, que hay que hacerlo sobre la marcha) y más baja para las que se pueden hacer de forma planificada (hacer un registro de espacios), que puede retrasarse sin mucho problema.
- Cobertura del puesto: disponibilidad sobre porcentaje de dotación necesaria.

Una vez que se conocen todos los parámetros que intervienen en la matriz, se va a ejemplificar para el estándar analizado, donde uno de los problemas encontrado con la herramienta de los **porqués**, era la falta de responsable en el control de la seguridad.

Especialista en el control de la seguridad de los ejercicios de los que el departamento es responsable.

Candidato	Subtareas incluidas en el control de seguridad de los ejercicios				
	Elaborar un registro de espacios	Definir actuaciones en cada espacio	Comunicación de incidencias	Control de extintores, puertas y luces de emergencia,...	Gestionar incidencias
Maestro Industrial	3	3	4	4	3
Operario	2	2	4	4	3
Ingeniero Técnico	4	4	4	4	4
Supervisor de enfermería	0	0	4	2	1
Polivalencia del puesto	50%	50%	100%	75%	75%
Nº personal polivalente equivalente	2	2	4	3	3
Personal necesario	2	2	2	1	1
Cobertura deseada	100%	100%	100%	150%	150%
Cobertura del puesto	100%	100%	200%	200%	200%

Tabla 53: Matriz de polivalencia/versatilidad aplicada al estándar 08.01\_01.

Fuente: Elaboración propia

Viendo la matriz que se ha representado anteriormente, podemos apreciar cuáles serían los posibles responsables propuestos para cada tipo de subtarea dentro de la Unidad. La metodología utilizada viene relacionada con el porcentaje de ocupación que tiene cada candidato por columna, así como, si tiene disponibilidad con sus en otras funciones. Por estas razones se ha pensado que deben ser responsables de cada subtarea los candidatos de la siguiente manera:

1. Elaborar un registro de espacios: Maestro industrial e Ingeniero técnico
2. Definir actuaciones en cada espacio: Maestro Industrial e Ingeniero técnico
3. Comunicación de incidencias: Supervisor de enfermería
4. Control de extintores, puertas y luces de emergencia: Operario
5. Gestionar incidencias: Operario

Cabe destacar que las personas que se seleccionan como candidatas para ser posibles responsables de las subtareas de la Unidad, pueden ser pertenecientes o no a la misma. Esto quiere decir que hay casos en los que se encuentran puestos como es el caso de operarios, supervisores de enfermería que pertenecen a cada Unidad propia y otros en los que son comunes para todo el centro. Para problemas de una mayor envergadura se hace uso de personas terceras que estén especializadas en la materia para solventar con éxito la no conformidad encontrada. Esto que se ha comentado aparecerá en todos los candidatos que se usen para la matriz de polivalencia.

Hay algunas aplicaciones que requieren un personal más cualificado que otras, por eso en ocasiones, aunque el número de candidatos supere al número de personas que hay, se decide seleccionar según propios criterios de la Unidad. Con el uso de esta matriz su puede ser el responsable de cada subtarea, ayudando así al equipo de la Unidad a tener controlada la comunicación vertical. Seleccionando estas personas se puede plantear un área de mejora que implantar en el estándar, viendo que efecto tiene sobre la no conformidad encontrada por parte de los evaluadores.

#### 4.3.2 Estándar 08.09\_02:

El segundo estándar de los obligatorios que más repite como no cumplido por las Unidades tiene la definición de:

Están establecidas las medidas de seguridad ante emergencias, son conocidas por los profesionales y se actualizan periódicamente.

Su relación es directa con el mantenimiento preventivo del Hospital. Son situaciones en las que los profesionales deben estar preparados para reaccionar de la forma más adecuada y salvaguardando la seguridad de todos los miembros que se encuentren en los espacios de la Unidad. Los profesionales que no han cumplido con este estándar obligatorio se encuentran dentro de las siguientes Unidades:

- Unidad de Gestión Clínica 1
- Unidad de Gestión Clínica 3
- Unidad de Gestión Clínica 5
- Unidad de Gestión Clínica 7
- Unidad de Gestión Clínica 11
- Unidad de Gestión Clínica 12
- Unidad de Gestión Clínica 16
- Unidad de Gestión Clínica 19
- Unidad de Gestión Clínica 20
- Unidad de Gestión Clínica 21
- Unidad de Gestión Clínica 22
- Unidad de Gestión Clínica 23
- Unidad de Gestión Clínica 24

También son muchas las Unidades que fracasan en el cumplimiento de este estándar obligatorio. La posibilidad de que se dé una situación de emergencia en los centros es significativa, aunque afortunadamente no ocurren grandes desgracias para la cantidad de profesionales que se encuentran trabajando en un Hospital.

En ocasiones, se encuentran trabajadores que son incapaces de evidenciar el conocimiento de cómo reaccionar en caso de que se dé una situación de peligro en el espacio de trabajo. Esto no solo pone en peligro a los trabajadores, sino que los pacientes que se encuentran allí pueden entrar en situaciones de pánico al ver que no hay un control por parte de los responsables. La forma en la que se puede asegurar que todas las personas conocen el itinerario a seguir es con actividades de formación de forma periódica, donde se impartan tanto clases prácticas como teóricas. A su vez, resultaría interesante poder realizar simulacros con inspecciones externas que evalúen la forma de afrontar estas situaciones. Son soluciones sencillas, que suelen abordar los Hospitales, pero que en ocasiones se pasan y no se cumplen.

Igualmente, es importante garantizar que los equipos, salidas de personal y materiales que se encuentran en las Unidades sigan unos regímenes de cumplimiento dentro de los cánones de seguridad. Existen enseres calificados como corrosivos o peligrosos, que necesitan un seguimiento cauteloso para prevenir cualquier tipo de derrame o rotura. Es importante también que las salidas de evacuación estén señalizadas de la forma correspondiente y que, además, se encuentren en el sentido correcto de circulación.

Los equipos de prevención ante situaciones de riesgos necesitan una revisión periódica y una actualización de los mismos por parte de un responsable, o bien, por parte de una entidad externa especializada en este tipo de mecanismos. Con el avance de las tecnologías aparecen nuevos dispositivos que mejoran la labor

de los profesionales y, al mismo tiempo, realizan un mantenimiento preventivo que protege los espacios de trabajo.

Los expertos de la ACSA ponen especial interés en diferentes aspectos que deben poseer las Unidades. Son elementos evaluables que se recogen de la siguiente manera.

Inicialmente, la Unidad tiene definidas las actuaciones necesarias para poner en marcha, de forma segura y eficaz en caso de emergencia, la evacuación de sus usuarios y profesionales.

Seguidamente, los profesionales conocen cómo deben actuar en caso de producirse una emergencia en la Unidad.

Para concluir, los equipos de protección, la señalización y los elementos de evacuación se encuentran operativos y cumplen con la función de facilitar y hacer segura la evacuación de la Unidad.

Todos estos elementos evaluables son conocidos por los profesionales, en mayor o menor medida, pero su cumplimiento no siempre es el deseado. En ocasiones se debe a falta de implicación de la Unidad o simplemente por no poder abordar todos los puntos del Manual para superar estas certificaciones.

Para justificarlo, hay tres formas posibles de empleo por parte de los trabajadores para que se reconozca la forma en la que están manejando este estándar. Se pueden diferenciar el Plan de autoprotección del Hospital o centro, al conocimiento de los profesionales ante una emergencia y señalización de las vías de evacuación correcta.

Luego la ACSA es la encargada de identificar las debilidades que encuentra dentro de las revisiones para que puedan ser corregidas por parte de los responsables:

- La Unidad no evidencia el conocimiento de los procedimientos establecidos para la actuación en caso de derrames o vertidos accidentales de productos líquidos con grado de peligrosidad, ni kits de recogida de derrames. Asimismo, no se ha constatado que los profesionales hayan recibido la formación necesaria sobre planes de emergencia y autoprotección.
- La Unidad obstaculiza con mobiliarios y equipos médicos las zonas de salida de emergencia, por lo que no se puede completar una evacuación segura de todos los inquilinos presentes en las áreas del Hospital.
- No se tiene certeza de que exista un inventario actualizado de los materiales, detectores, equipos tanto preventivos como correctores que se deben usar en caso de ocurrir una situación no deseada.
- La Unidad no aporta revisiones ni registros sobre las instalaciones eléctricas, ascensores, niveles de sobrepresión... Todo relacionado con módulos de trabajo de especial atención, en la que los responsables no pueden argumentar de forma concisa su mantenimiento por falta de datos.

Estas son algunas muestras que encuentran los expertos al realizar las inspecciones para calificar a una Unidad como apta en el nivel de Certificación. Cuando se dan casos de no cumplimiento, como en este estándar, se produce el proceso de reingeniería por parte de los responsables para poder aportar toda la documentación necesaria que les haga ser reconocidos en el nivel de certificación al que habían optado.

Con motivo de tratar de evaluar cuales son las conclusiones que se pueden sacar de por qué no se supera este estándar obligatorio, se busca aplicar una de las herramientas explicadas brevemente en el apartado de Lean Manufacturing. La situación de los equipos en las Unidades se puede analizar con la metodología de las "5S".

Las 5S son una metodología práctica para el establecimiento y mantenimiento del lugar de trabajo bien organizado, ordenado y limpio, a fin de mejorar las condiciones de seguridad y calidad en el trabajo. El nombre que identifica esta técnica proviene de 5 palabras en japonés que son las siguientes:

- Seiri (seleccionar/clasificar): consiste en separar los elementos necesarios de los innecesarios y retirar los últimos del lugar de trabajo, con el objetivo de mantener únicamente aquello que

es verdaderamente útil para realizar la labor determinada.

- **Seiton (orden):** consiste en ordenar y acomodar los elementos necesarios de manera que se facilite la búsqueda, identificación, acceso, retiro y devolución en cualquier momento. Una vez que los elementos innecesarios han sido eliminados, entonces se procede a organizar el lugar de trabajo.
- **Seiso (limpiar):** una vez que ya hemos eliminado la cantidad de estorbos y localizado y ordenado lo que sí necesitamos, estamos en condiciones de realizar una limpieza del lugar de trabajo. Cuando se logre por primera vez, habrá que mantener una limpieza diaria a fin de conservar el buen aspecto y de la comodidad alcanzada con esta mejora. Se desarrollará en los trabajadores un sentimiento de orgullo por lo limpia y ordenada que tienen su sección de trabajo. Este paso de limpieza realmente desarrolla un buen sentido de propiedad en los trabajadores.
- **Seiketo (estandarizar):** al implementar las 5S, nos debemos concentrar en estandarizar las mejores prácticas de las 3 primeras “S” en cada lugar de trabajo, con el fin de mantener los logros alcanzados, por medio del establecimiento y respeto a las normas que permitan elevar los niveles de eficiencia en el lugar de trabajo. Es importante que los trabajadores participen en el desarrollo de estos estándares o normas.
- **Shitsuke (disciplina):** esta es la «S» más difícil de alcanzar e implementar. Para ello es necesario arraigar esta disciplina a la cultura de trabajo, requiriendo la constancia, el esfuerzo y la perseverancia que garantice la plena implementación de las 5S y cumpliendo diariamente con la mejora continua. La implantación de la metodología de las 5S eleva la moral, crea impresiones positivas en los clientes y aumenta la eficiencia de la organización. No sólo los trabajadores se sienten mejor en su lugar de trabajo, sino que el efecto de superación continua genera menores desperdicios. (Rodríguez, 2010)

Una vez detalladas las partes de la técnica, la aplicamos al estándar obligatorio que no se cumple en relación a las medidas de seguridad planteadas, concretamente a los equipos que facilitan la reacción ante una emergencia. A partir de este problema identificado, se va a cuestionar con las 5S las posibles soluciones que pueden obtenerse para mejorar.

La metodología de las 5S trata de dar un cierto orden y sentido a los espacios de trabajo de las organizaciones. Para que se reconozcan con facilidad las señales de emergencia situadas en las Unidades deben estar repartidas de la forma más clara y que todos los profesionales conozcan su situación.

La primera acción que se debe implantar es la de identificar claramente cuáles son las señales, medidas tomadas, equipos de prevención... en el espacio de la Unidad **SEIRI – CLASIFICAR**.

Además de tener el conocimiento por los profesionales, debe existir una planificación donde se haga un mapeo con las zonas de emergencia y los elementos que se encuentran cerca de ellas para poder actuar. En un Hospital son muchos los elementos que se encuentran por todos los espacios, por lo que se debe clasificar y dejar claro dónde va cada señal, incluso para que sirven. Los profesionales deben recibir un curso sobre las distintas señales que pueden encontrarse en las zonas de trabajo, así como, el protocolo que siga la Unidad dependiendo de la situación dada. También, resulta interesante ver qué elementos resultan prioritarios. No es lo mismo, una pequeña luz de indicación de una señal, que una puerta de emergencia por la que se debe evacuar a todas las personas que se encuentren en ese momento en el lugar.

Otro factor importante que podría usarse en la clasificación de las emergencias es saber tanto la gravedad que tiene como el origen del que proviene. Para ello hay que diferenciar si se habla de incidentes de menor escala, de emergencias generales que afecten a más áreas o sólo emergencias que afecten a la Unidad. En cuanto al origen se debe conocer si se ha provocado de forma externa o interna, incluso ha sido algo causado de forma natural por un factor tercero como una inundación o tormenta.

Aparece así la segunda S de la metodología **SEITON – ORDEN**. Muchos espacios de las áreas cuentan con zonas de refrigeración, estanterías, zonas de gestión de residuos, salas de espera, puertas de emergencia... Los profesionales tienen que ser los primeros responsables de que sus zonas de trabajo se encuentren en condiciones óptimas. Si el orden que se mantiene en el entorno es correcto, se puede garantizar que las medidas que se lleven a cabo se realicen de una forma óptima. Para que esto suceda, debe existir una concienciación previa de los profesionales con cursos de formación que les hagan ver el resultado positivo que tiene realizar las actividades con un orden.

En tercer lugar, se deben centrar en la tercera S de la metodología **SEIZO – LIMPIEZA**. Existen muchas zonas comunes por las que transitan miles de persona a lo largo del día en un Hospital y son muchos los recursos que pueden ser dañados o rotos perjudicando a la seguridad del centro. Las papeleras y zonas de tratamiento de residuos deben estar señalizadas de la mejor forma posible, y, además, deben ser bien usadas por todos.

Mucha cartelería, adhesivos, cintas, jeringuillas, medicamentos se ven en mal estado o en zonas que no corresponden en el centro. Si tenemos un control, por ejemplo, con el etiquetado, sabremos fechas venideras en las que la vida útil de los materiales terminará y podremos buscarles sus zonas de desechado. Los carteles son otro elemento vital como medio de información para todos los convivientes en la organización. Hay que hacer revisiones periódicas por parte de los responsables o dar parte de cualquier situación desfavorable que se encuentre en la Unidad.

Todo lo anterior debe ser implementado mediante normas que regularicen los procesos a cumplir por los sanitarios **SEIKETSU - ESTANDARIZACIÓN**. Han de informar a todas las personas de cuál será el funcionamiento y medidas de seguridad que se desempeñará en la Unidad. Sin que exista una buena comunicación de todas las partes, no se podrá ver reflejado el resultado que se quiere conseguir con la aplicación de esta metodología. Entrando en juego la última S, **SHITSUKE – DISCIPLINA**, que se relaciona también con la orientación al empleado. Cualesquiera de estas normas que se crean para que la marcha del trabajo sea cada vez mejor, debe ser reconocida y apreciada en los profesionales. Por eso, los responsables de las Unidades, deben pactar o idear medios de reconocimiento para que todos se hagan sensibles a la causa de que, teniendo un espacio con el mayor orden posible, generará mejores actuaciones ante las situaciones no previstas. Las métricas que acompañen a cada proceso es una oportunidad para reflejar de manera medible cuál es la situación previa a la auditoría de la ACSA. Con procesos de estandarización comunes para todas las Unidades, se conseguirá que los espacios del Hospital tengan las mejores condiciones de seguridad para que no exista ninguna catástrofe.

La implantación de un sistema de aviso al responsable por cada situación que se vea no adecuada es fundamental y que además sea un sistema interconectado a su vez con otros profesionales del centro. Planos de referencia con el entorno donde se hallen los carteles, equipos preventivos... resulta vital, para que de forma visual sean capaces de identificar todo lo requerido en un menor tiempo posible.

El objetivo del Hospital tiene que ser solventar las situaciones de emergencia, donde se pueda poner en peligro la vida de las personas, de la mejor forma posible.

Hay que destacar, que son acciones muy sencillas que van relacionadas con tener un plan ante medidas de seguridad, tanto preventivo como de acción permitiendo a todas las personas que se encuentren en el Hospital tener la mayor tranquilidad posible. El papel más importante tiene que ser para los profesionales que deben tener claras en todo momento cuáles serán las acciones que han de realizar en todo momento para mantener la calma de las personas y resolver el escenario correctamente.



Ilustración 12: Situación real tras la aplicación de metodología 5S en Hospital

Fuente: Elaboración propia.

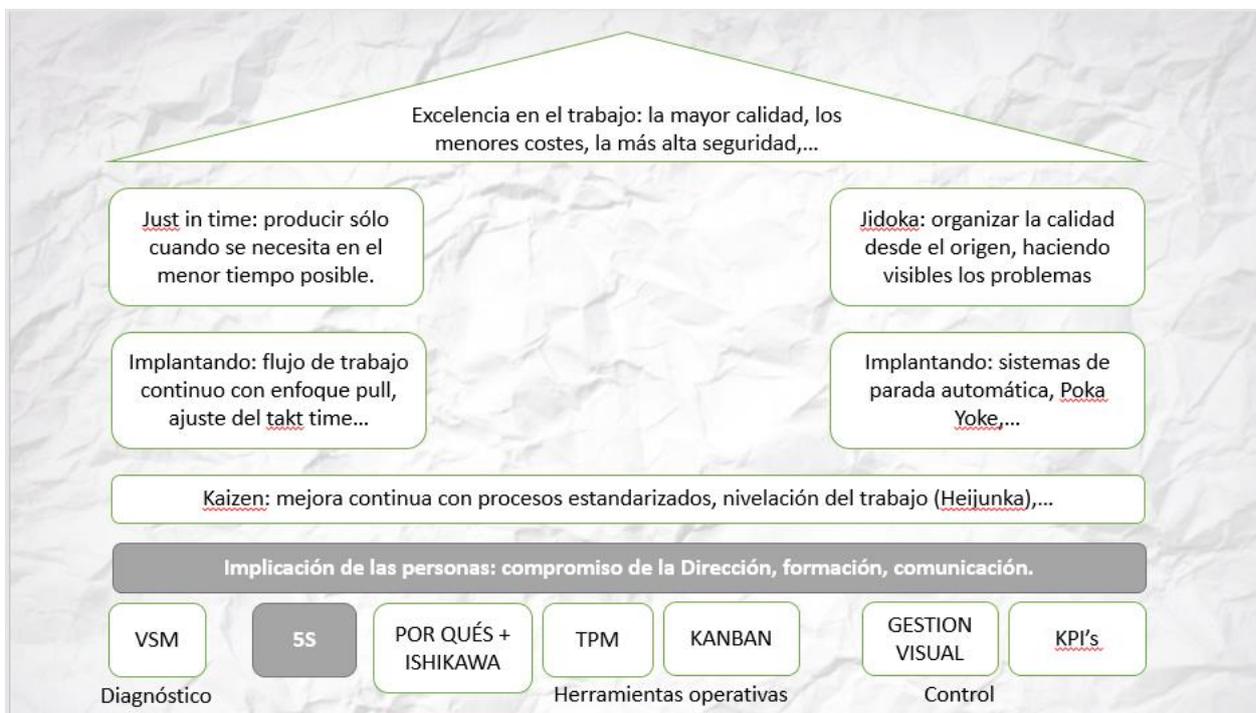


Ilustración 13: Herramientas Lean utilizadas en el análisis de estándares aplicado al 08.09\_02

Fuente: Elaboración propia.

De la misma manera que se ha realizado con el estándar anterior, se desarrolla una matriz de polivalencia que sea capaz de identificar posibles responsables para cada subtarea planteada dentro de este estándar. Esta herramienta se cree conveniente en su uso ya que, tras hacer un pequeño análisis de los puntos débiles de esta no conformidad, se detecta una falta de mando dentro de las Unidades, que viene acompañada de un descontrol en las áreas.

La información que se tiene para esta matriz se mantiene, es decir, los valores siguen teniendo el mismo significado y los resultados se interpretan de la misma forma que en el punto anterior. La diferencia se aprecia en la identificación de las subtareas que viene a ser diferente para cada estándar, donde se tienen en cuenta qué puntos se abordan con menor intensidad y donde se puede producir una mayor mejora.

Responsable de las medidas de seguridad ante emergencias

Candidato	Subtareas incluidas en las medidas de seguridad ante emergencias				
	Elaborar planes de evacuación	Desarrollar planes de evacuación	Formación en evacuación	Actualización planes de evacuación	Gestionar incidencias
Jefe prevención de riesgos laborales	4	4	4	4	4
Técnico de prevención de riesgos laborales	3	3	4	4	4
Supervisor de enfermería	0	1	3	0	2
Profesionales de la unidad	0	0	1	0	3
Polivalencia del puesto	50%	50%	75%	50%	75%
Nº personal polivalente equivalente	2	2	3	2	3
Personal necesario	2	2	2	1	1
Cobertura deseada	100%	100%	100%	150%	150%
Cobertura del puesto	100%	100%	150%	133%	200%

Tabla 54: Matriz de polivalencia/versatilidad aplicada al estándar 08.09\_02.

Fuente: Elaboración propia

Se puede apreciar en la matriz de polivalencia como se han ido asignando a los responsables según la cualidad y la ocupación que tengan comparada con el resto de las subtareas. Para ello se han remarcado de color amarillo, viendo así los posibles candidatos a cada subtarea. Es importante que en las Unidades se dejen claras cuáles son las labores que requieren mayor especialidad por parte del responsable, y, además, cuáles son aquellas que se encuentran con un mayor nivel de personal necesario. Por estas razones, que deben ser conocidas por todo el equipo, se han seleccionado los siguientes candidatos:

1. Elaborar planes de evacuación: Jefe prevención de riesgos laborales y Técnico de prevención de riesgos laborales. Que no pertenecerán a la Unidad, sino que será personal que atienda a un área más amplia del Hospital.
2. Desarrollar planes de evacuación: Jefe prevención de riesgos laborales y Técnico de prevención de riesgos laborales.
3. Formación en evacuación: Supervisor de enfermería y Jefe de prevención de riesgos laborales.
4. Actualización de planes de evacuación: Técnico de prevención de riesgos laborales.
5. Gestionar incidencias: Profesionales de la unidad.

Estas son las personas encargadas de cada tarea que se ha considerado oportuna para la Unidad. Con esta matriz se permite asignar un responsable al que acudir en cada caso. Para el jefe de la Unidad también resulta de vital importancia tener identificados contactos en las Unidades a quien dirigirse, y con los que realizar una mejora continua. En este caso hay mucha ocupación por parte de los especialistas técnicos de prevención al tratarse de un estándar que está en continuo riesgo con los pacientes del Hospital. Una buena coordinación de todos hace disminuir al mínimo las incidencias en las áreas.

Con metodologías como las 5S se pueden aplicar actualizaciones que hagan ordenar y estructurar las áreas de trabajo. Otro motivo que puede ser satisfactorio para que las Unidades superen este estándar en futuras revisiones es mantener una comunicación visual adecuada en los espacios. Cualquier cartelería que se encuentre en estado deteriorado debe ser cambiada. Son pequeños detalles que, si se apoyan en los responsables elegidos con la matriz de polivalencia, se pueden tener en un constante estado de mantenimiento llegando a agilizar mucho las situaciones de tensión de los centros.

### 4.3.3 Estándar 08.02\_02:

La definición del tercer estándar obligatorio que sufre mayores repeticiones de no cumplimiento dentro de las certificaciones ACSA es la siguiente:

La Unidad de Gestión Clínica ha definido y aplica las actuaciones necesarias para garantizar la utilización segura del equipamiento electromédico, mediante la designación de responsables, el seguimiento del estado de revisión y funcionamiento de los equipos que utiliza y la formación de sus profesionales.

Este estándar se incluye, como las dos anteriores, dentro del grupo o criterio ocho del manual de gestión de Unidades Clínicas, que es uno de los que produce mayor quebradero de cabeza para el Hospital. Está muy vinculado al mantenimiento de equipos de trabajo que se encuentran en los espacios de trabajo de la Unidad. El no conocimiento por parte de los profesionales de este tipo de materiales lleva a poner en riesgo la vida de los pacientes y a dar unos servicios de calidad no acordes con lo necesario. Los profesionales que no han cumplido con este estándar obligatorio se encuentran dentro de las siguientes Unidades:

- Unidad de Gestión Clínica 3
- Unidad de Gestión Clínica 5
- Unidad de Gestión Clínica 7
- Unidad de Gestión Clínica 11
- Unidad de Gestión Clínica 13
- Unidad de Gestión Clínica 16
- Unidad de Gestión Clínica 17
- Unidad de Gestión Clínica 19
- Unidad de Gestión Clínica 20
- Unidad de Gestión Clínica 21
- Unidad de Gestión Clínica 23

Todas estas Unidades sufren mucho a la hora de controlar los procesos de soporte relacionados con los equipamientos, proveedores y estructuras. En este caso se está hablando de equipos conectados a la red eléctrica que tienen que tener un conocimiento determinado por parte de los trabajadores para no hacer un mal uso del mismo.

Como todos los estándares que se presentan a la certificación de la Agencia, se contemplan elementos evaluables por parte de los expertos que se conocen previamente por los responsables. En primer lugar, la Unidad ha designado a una persona responsable del control del equipamiento médico y ha asignado sus funciones y responsabilidades en cuanto al control de su mantenimiento y operatividad. Este primer elemento es muy importante, no por señalar a una única persona a la hora de darse fallos en el trabajo, sino porque aparezca una figura diferenciada que se encargue del correcto funcionamiento y de formar a los profesionales que usen estas herramientas. Esto genera un mecanismo para garantizar que estas personas que utilizan los equipos médicos están formadas en su uso y riesgos. Para conseguir esta elección del responsable se va a utilizar la matriz de polivalencia que es capaz de tener en cuenta la ocupación y capacidad de las personas candidatas a cada responsabilidad.

A continuación, los profesionales de la Unidad tienen acceso a la información necesaria para hacer un uso seguro de los equipos médicos (ej.: manuales, guías rápidas, etc.). Así es como antes de utilizar los equipos, se tiene que comprobar de forma rutinaria que su estado de mantenimiento es el adecuado. Se consigue gracias a elementos como registros de etiquetas y códigos de barra. En caso de utilizar equipos médicos que pertenezcan al ámbito de responsabilidad de otra Unidad diferente (ej.: Unidad de cirugía que utiliza

equipos de la Unidad de bloque quirúrgico), debe existir una coordinación entre los responsables del control del equipamiento de ambas unidades para conocer el estado de mantenimiento de estos equipos.

Por último, existe un mecanismo para comunicar las incidencias relacionadas con el funcionamiento, mantenimiento o seguridad de los equipos médicos y es conocido por los profesionales.

La forma de justificar que se están llevando a cabo estos puntos es mediante el PNT de comunicación con electromedicina donde se identifique a los responsables. Gracias a la formación que reciben, se obtiene la capacidad de identificar si los equipos han pasado revisión (con su respectivo código de colores). Para ello, existen manuales y guías, que se han comentado, que deben estar actualizadas para recurrir a ellas en caso de cualquier duda. Igualmente, que estos manuales, se deben tener mecanismos que ayuden a los profesionales a conocer en qué posición se encuentran los equipos.

Una Unidad en un Hospital cuenta con muchos equipos que no pueden ser manejados por cualquiera, esto provoca que sea uno de los principales focos en los que pongan su foco crítico los evaluadores en sus inspecciones de certificación.

Este estándar se trata con evaluación de no cumplimiento al no poder evidenciar actuaciones necesarias para garantizar el uso seguro del equipamiento electromédico, lo que lleva a las siguientes deficiencias:

- La Unidad no puede constatar que mantenga actualizado el inventario de los equipos electro-médicos que utiliza con sus pacientes (Ej.: electrobisturíes, equipos de anestesia, monitorización de anestesia, mantas térmicas...).
- Apreciación de inexistencia de la identificación de los estados de mantenimiento, sin cumplir la verificación de cumplimiento preventivo.
- Por último, existe falta de formación en el correcto uso de los equipos, así como incapacidad de reconocer el etiquetado de los materiales. Las fechas de revisiones no se encuentran verificadas correctamente.

Resulta complicada la implicación y conocimiento total por parte de los trabajadores, uno de los recursos más difíciles en las organizaciones hoy en día. A su vez, se une a la evolución de las tecnologías y los equipos con los que se trabaja, para los que se debe estar cada vez más preparado. Si se consigue la implicación de los profesionales con la explicación de caminar hacia una mejora continua que ayude al desarrollo tanto a nivel personal como grupal, se obtendrán mejores calificaciones dentro de las certificaciones que se realicen. Así, también existirá una mayor satisfacción por parte de los pacientes que acudan al Hospital.

Lo primero que hay que desarrollar en este estándar no conforme es un diseño del proceso de cómo se desarrolla la actividad dentro de la Unidad. Con una herramienta como Bizagi podemos representar visualmente de qué forma queda este proceso. Además de ello se piensa que alguna metodología Lean puede ser beneficiosa y, como con todos los estándares, la aplicación 8D tendrá valor en la corrección de esta no conformidad.

Bizagi permite modelar procesos complejos. Ha puesto a disposición de la comunidad un conjunto de plantillas de procesos ejecutables que se pueden descargar del sitio web. Con esta aplicación, de uso mayoritariamente gratuito, se puede hacer diagramas, documentar y simular los procesos con una notación estándar BPMN relacionada con el programa. La facilidad de aprendizaje de este programa, así como la diversidad a la hora de exportar archivos lo hacen muy interesante. Mediante la aplicación se pueden simular cambios en tiempos, recursos, personal... para poder ver qué impacto tiene sobre nuestro proceso real, planteando todo tipo de variantes. Por esa razón, vamos a tratar de representar en primer lugar de qué forma quedaría reflejado nuestro proceso para este estándar.

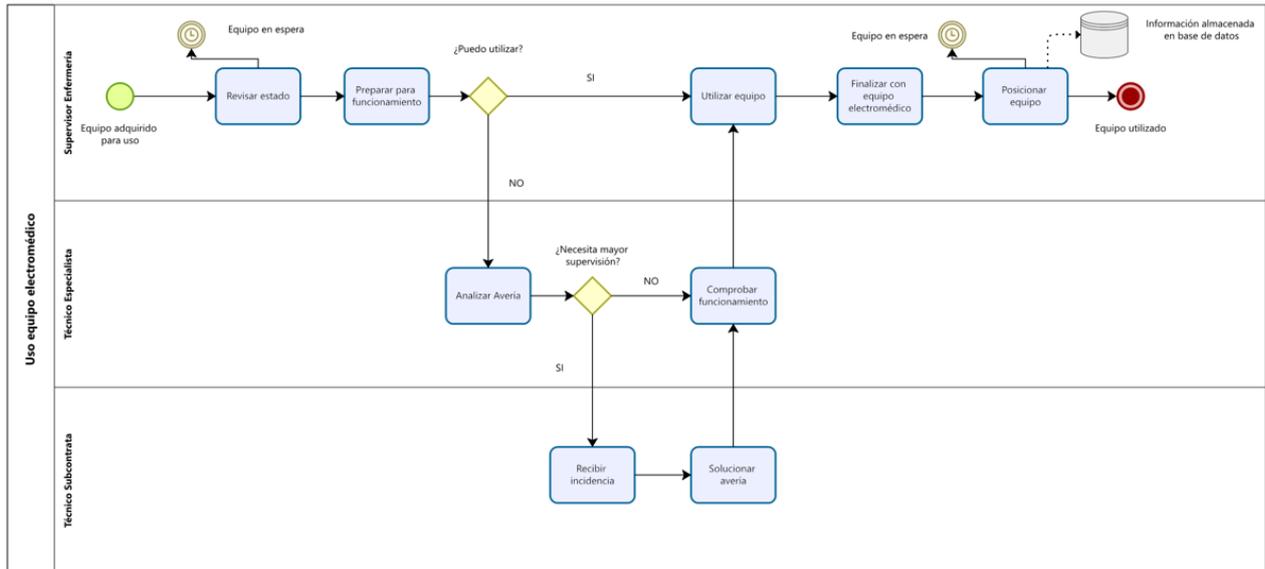


Ilustración 14: Proceso BPMN aplicado al estándar 08.02\_02

Fuente: Elaboración propia.

En este proceso se ha tratado de representar la situación que se podría dar como idónea dentro del uso de un equipo electromédico de forma rutinaria en una Unidad. La forma de que esto suceda, sería con los tres actores que se van a seleccionar en la matriz de polivalencia, que cumpliendo con sus funciones garantizarían un correcto uso de los equipos. Es importante tener un buen control de la tarea que se está realizando por todos los profesionales que son actores del estándar. La formación previa de ellas es necesaria y se debe pedir como requisito. Otro punto fundamental es la revisión y mantenimiento de los equipos, se debe tener en cuenta tanto un mantenimiento correctivo como también preventivo que se realice al usar el equipo y al terminar su práctica.

Tras ejemplificar el proceso, vamos a realizar una matriz de polivalencia que sea capaz de poner en valor el diagrama y nos seleccione a las personas idóneas para cada subtarea. El mecanismo que se lleva a cabo es idéntico al utilizado anteriormente, donde lo único diferenciable tiene que ver con las subtareas y los resultados que se obtienen para cada una. Quedaría de la siguiente manera:

Responsable del control del equipamiento médico

Subtareas incluidas en el control del equipamiento médico					
Candidato	Elaborar un registro de equipos electromédicos	Actualización de preventivos	Comunicación de incidencias	Revisión de equipos electrómicos	Gestionar incidencias
Supervisor enfermería	4	0	4	1	1
Técnico especialista equipamiento	4	3	3	3	4
Técnico subcontrata	2	4	0	4	3
Polivalencia del puesto	67%	67%	67%	67%	67%
Nº personal polivalente equivalente	2	2	2	2	2
Personal necesario	2	2	2	1	1
Cobertura deseada	100%	100%	100%	150%	150%
Cobertura del puesto	100%	100%	100%	133%	133%

Tabla 55: Matriz de polivalencia/versatilidad aplicada al estándar 08.02\_02.

Fuente: Elaboración propia

De nuestra matriz de versatilidad podemos asignar diferentes responsables para cada subtarea. Para esto, se aplica una regla asociada al tiempo de ocupación de las personas candidatas. A su vez, se considera que actividades deben ser prioritarias de mayor supervisión y son a las que se le asignan personas con una capacitación mayor. Es por este motivo, por el que la elección de los responsables quedaría de la siguiente forma:

1. Elaborar un registro de equipos electromédicos: Supervisor enfermería y Técnico especialista equipamiento.
2. Actualización de preventivos: Técnico especialista equipamiento y Técnico subcontrata.
3. Comunicación de incidencias: Supervisor de enfermería y Técnico especialista equipamiento.
4. Revisión de equipos electromédicos: Técnico subcontrata.
5. Gestionar incidencias: Técnico especialista equipamiento.

Para este caso en concreto se han tenido en cuenta tres candidatos que se reparten las diferentes actividades. Esto tiene como consecuencia una mayor ocupación de los trabajadores, que lleva a pensar que sería beneficioso tener asociados a ellos ciertas personas que respalden sus labores. La herramienta de las 8 Disciplinas nos permite ver qué efecto tienen en los estándares los cambios planteados, pudiendo así hacer futuras mejoras que se adapten mejor a las Unidades. La única forma de seguir manteniendo la mejora continua dentro de los equipos es con unas constantes revisiones y planificaciones de la situación. Es importante también que ante este tipo de estándar no se pasen por alto aquellas incidencias que pueden ser muy perjudiciales para los trabajadores del Hospital.

#### 4.3.4 Estándar 10.07\_02:

Este estándar obligatorio cambia de grupo respecto a los anteriores que se han analizado. Pertenece al criterio de Herramientas de Calidad y Seguridad y su definición es la siguiente:

Está implantado un procedimiento para garantizar las condiciones de conservación y almacenamiento de los productos sanitarios y medicamentos.

La importancia de mantener controlado este estándar es muy grande. Son muchos los medicamentos que se tratan en el Hospital, pasando por las manos de muchas personas. Por lo que resulta vital un correcto control del stock, fechas y uso que tienen los mismos. En ocasiones, los profesionales de las Unidades no hacen un uso correcto de las medicinas que se tratan en el centro. Esto se debe a múltiples factores como, por ejemplo, multiuso de productos de un solo empleo, mal etiquetado de los materiales o almacenamiento inadecuado. Los profesionales que no han cumplido con este estándar obligatorio se encuentran dentro de las siguientes Unidades:

- Unidad de Gestión Clínica 3
- Unidad de Gestión Clínica 5
- Unidad de Gestión Clínica 7
- Unidad de Gestión Clínica 16
- Unidad de Gestión Clínica 17
- Unidad de Gestión Clínica 19
- Unidad de Gestión Clínica 20
- Unidad de Gestión Clínica 21
- Unidad de Gestión Clínica 22
- Unidad de Gestión Clínica 24

Son Unidades con una gran carga de trabajo, donde el número de medicamentos que se manejan a lo largo de la jornada es considerable. Para mantener el control necesario, la figura más importante de asignar es la del responsable que se encargue tanto de implicar a todos los profesionales como de llevar un exhaustivo control sobre los fármacos que existen.

En las auditorías que se realizan se encuentran diferentes hallazgos que se adjuntan a todos los estándares de la evaluación como se ha comentado. La forma de comprobar si un estándar cumple con los requisitos esperados del nivel de calidad es con los siguientes elementos que califican.

Inicialmente, la Unidad dispone de un procedimiento escrito en relación con el control del almacenamiento y conservación de medicamentos y productos sanitarios en el que se definen, al menos: responsabilidades, periodicidad de revisiones de las caducidades, condiciones especiales de conservación o almacenamiento (ej.: medicamentos termolábiles, estupefacientes, electrolitos concentrados, medicamentos con etiquetado o envases similares, de ensayo clínico, etc.). La Unidad dispone de registros que le permiten garantizar la trazabilidad de la aplicación del procedimiento de control de almacenamiento y conservación de medicamentos (ej.: registros de caducidades, de control de temperaturas y actuaciones realizadas en caso de desviaciones, de revisión del contenido del carro de parada y del funcionamiento del desfibrilador, etc.). Los registros cumplimentados quedan archivados. El almacenamiento de los medicamentos de emergencia permite el acceso rápido a los mismos (carros de parada o similar). El carro de parada tiene definido su contenido y dispone de algún mecanismo que garantice que se encuentra en perfecto estado para su uso. Se comprueba periódicamente el funcionamiento del desfibrilador, dejando registro de ello y el funcionamiento del laringoscopio, verificando que tiene pilas y bombillas de repuesto. Los medicamentos o sustancias utilizadas en la preparación de otros medicamentos (ej.: mezclas intravenosas, nutriciones parenterales,

etc.) están correctamente identificados (contenido, fecha de caducidad, lote, condiciones especiales de conservación, etc.). Se establece el plazo de validez de los medicamentos multidosis una vez abiertos (ej.: pomadas, jarabes, etc.) y se garantiza su uso individual en caso necesario (ej.: colirios, bolígrafos de insulina, etc.) quedando perfectamente identificado a qué paciente pertenece. Se retiran los lotes de medicamentos afectados tras la llegada de una alerta sanitaria. Las ampollas de cloruro potásico concentrado (si se encuentran en el botiquín de la unidad) se almacenan separadas de las presentaciones diluidas y claramente identificadas con “Diluir antes de administrar”. Para concluir, los medicamentos con un envase o etiquetado similar y los que tienen nombres parecidos se almacenan separados entre sí o se dispone de algún sistema de alerta que advierta del riesgo de confusión.

La conservación de los productos sanitarios no tiene sólo importancia a la hora de que los inspectores acudan a la evaluación de los niveles de calidad, sino que para el uso diario es vital saber cuál es el estado en el que se encuentra, el lugar donde se puede acceder a ellos y la cantidad que queda de los mismos.

Las desviaciones más habituales que aparecen en este estándar obligatorio son las siguientes:

- La Unidad no dispone de registros de control de caducidades de los medicamentos y productos sanitarios.
- Existen medicamentos de multidosis abiertos, así como productos caducados que se suministran por parte de los profesionales.
- La Unidad no justifica las diferencias existentes entre los stocks reales y los stocks registrados. No se lleva un control exacto de la forma en la que se almacenan los productos.

La mayoría de anomalías encontradas por los evaluadores tiene que ver con el trato inadecuado que se hace de los productos, así como de la falta de control sobre los inventarios de los productos que se encuentran en cada Unidad. A partir de las objeciones, empieza el proceso de reingeniería de los procesos para tratar de resolverlas.

Para conseguir una mejora en relación al control de las existencias de los productos, debe haber una planificación previa por parte del responsable que deje claro cuál será la función a desarrollar por cada integrante de la Unidad.

Este estándar se encuentra muy relacionado con la situación de los equipos dentro de las Unidades. Aplicando la metodología Lean Manufacturing se busca dar soluciones a las no conformidades que suceden en el día a día de las Unidades. Para conseguir nuevas mejoras que ayuden al correcto funcionamiento, se piensa en la utilización de la herramienta **Poka Yoke**, es una práctica Lean que evitará que se presenten errores convirtiendo cualquier actividad u operación en un evento a prueba de fallos, lo cual indica que hay una estandarización de procesos bien definida. La gestión de proyectos Lean nos enseña que, para reducir gastos, no hay que hacer inspecciones buscando la calidad del trabajo, sino implementar la calidad desde la construcción. Para ello hay que crear un entorno que tenga todos los elementos requeridos para que cada paso del proceso se ejecute de la manera correcta, además de construir mecanismos que señalen cualquier error en el momento en que ocurre y no varios pasos después en el proceso. Para aumentar la capacidad de reacción de los trabajadores, eliminando actividades que no produzcan valor para actuar en situaciones de riesgo.

El Poka-Yoke puede clasificarse en cuatro tipos:

- Secuencial. Se basa en preservar un orden o una secuencia de un proceso. Si no se cumple, no se puede cerrar la tarea y, por tanto, es imposible avanzar hasta el siguiente proceso.
- Informativo. La información clara, sencilla y directa ayuda a los operarios a realizar las distintas operaciones sin equivocarse.

- Agrupado. Consiste en preparar kits con todos los materiales y piezas necesarias para llevar a cabo una operación. De esta forma, los operarios no pierden tiempo en ir a buscar los materiales que necesitan para trabajar porque ya los tienen todos a mano.
- Físico. Son cambios en la usabilidad de ciertos dispositivos con la intención de prevenir errores. Por ejemplo, las lavadoras o los microondas que utilizamos en casa no se ponen en funcionamiento hasta que las puertas no estén debidamente cerradas o se haya seguido una cierta secuencia (elegir temperatura, minutos, programa, etc.).

Con todas estas prácticas lo que se busca verdaderamente es eliminar los errores en las actividades repetitivas o en aquellos procesos donde los operarios pueden equivocarse por desconocimiento o despiste. Así, los operarios pueden centrarse en su trabajo, en vez de malgastar el tiempo en hacer comprobaciones o en corregir las ineficiencias.

La aplicación de esta metodología lleva a la finalidad de evitar todo tipo de equivocación ya sea a nivel humano o a nivel de máquina. La intención con este proceso es el de conectar un dispositivo que alerte a los profesionales de que hay cierta anomalía en los equipos de la Unidad y, por lo tanto, habría que revisar el estado. Con sistemas sencillos como códigos de identificación o indicadores de situación, sin tener una complejidad tecnológica importante, que pueden prevenir los errores causados.

La idea es conseguir una herramienta que gestione todos los medicamentos que se manejan, conectándola tanto con la historia clínica como con los responsables de área que conozcan la situación que se da. Dos sistemas nos pueden servir para poder controlar todos los medicamentos, uno para conectarlo en las zonas donde deben mantener unas condiciones técnicas que garanticen el correcto estado y otro para advertir de fechas próximas en las que los productos se encuentren caducados o productos monodosis con mal uso. Si se garantizan ambas cuestiones en las Unidades, se podrá ver reflejado además en un menor gasto en la compra de medicinas u otros equipos necesarios para los tratamientos. Hay que hacer mención también a la concienciación de los trabajadores haciéndoles ver lo dañino que puede ser tanto para el centro como para los pacientes no mantener en un correcto estado los productos con los que trabajan.

En primer lugar, se debe adquirir un dispositivo de alarma conectado al área de mantenimiento de los productos. Esto está pensado primordialmente, para las zonas de refrigeración donde hay que cumplir con condiciones básicas para que el mantenimiento sea idóneo. Podríamos estar hablando de pequeñas alarmas interrelacionadas con los termómetros de las máquinas que avisen al responsable en caso de cualquier anomalía que suceda en su interior. Otro punto donde se dan bastantes errores en los profesionales a la hora de mantener los equipos es en los carritos y estanterías. Para ello, se ha pensado en implantar un código de identificación (QR) por agrupaciones de productos que indiquen la posición en la que se debe situar el material. Es decir, para el conjunto de pastillas de un determinado tipo, se debe asignar una zona que quede identificada y el número de cajas que hay en este lugar. Así en el momento que ese valor no coincida se debe alertar de la falta de material. Además, esto se complementará con pequeños mapeos de posición que hagan comprobar al sanitario si la situación es la indicada. Una correcta posición de los productos se reflejará con luz verde, así todo el personal podrá tener identificado los productos reduciendo los tiempos de búsqueda. El estado del carrito debe ser también de extrema importancia, puesto que es la forma de transportar los medicamentos de un lugar a otro. En muchas ocasiones estos acumulan cierto desorden que lleva a tenerlos en unas condiciones no adecuadas. Se ha pensado en introducir cajetillas de clasificación para poder tener una mayor visión de la situación de los mismos, así como de un carro auxiliar que se utilice para los productos de cercana criticidad y próxima inutilidad. La forma de ordenarlos debe tener en cuenta el uso que tiene y la fecha de caducidad.

Con una base de información estandarizada se puede garantizar que se conozca en todo momento cuál es la situación de los recursos. Algunas de las fuentes más importantes de clasificar son los nombres de artículo, ubicación, estado actual, fecha de caducidad... Si almacenamos esos datos dentro de una base que se conecte con el historial clínico podemos anticiparnos al mal uso por parte de los sanitarios.

La fijación de revisiones periódicas también resulta trascendental para que se garantice el correcto estado de los productos. Cuando se realizan las auditorías se fijan mucho en el detalle de que el estado sea apropiado y cualquier despiste que se de en los profesionales hará que el estándar sea calificado de no conforme. Si se implementan ambas herramientas, tanto para garantizar que no haya ninguna disfunción en el espacio de almacenamiento como para controlar el estado de los medicamentos, se puede ver además reducida la compra de nuevos materiales y saber en todo momento la situación idónea. La alarma de aviso que salte con la base de datos se podría relacionar tanto con el responsable como con la persona que se encuentre en la ubicación que suceda en el mismo instante. Esto podría dar un aviso al encargado de reponer el material, para que sea capaz de gestionar una entrega de distintos productos a la vez.

UNIDAD	CODIGO	NOMBRE	UBICACIÓN	ESTADO ACTUAL	FECHA DE CADUCIDAD	ULTIMA PERSONA USO	OBSERVACIONES

Tabla 56: Tabla prototipo de base de datos con información del estado de medicamentos

Fuente: Elaboración propia

Una herramienta muy útil para centrar el origen y valorar la importancia del problema es la conocida con el nombre **5 why+2how (5w+2h)**. No es más que un plan de acción en el que se da respuesta a 7 preguntas correlativas que desencadenan en la causa del problema. Hay que enfocarse en la causa y no en los efectos provocados evitando así conflictos por la acusación a responsables, sin construir soluciones. Las preguntas y como se debe responder a cada una de ellas queda estructurado de la siguiente manera:

<b>¿Qué?</b>	¿Qué se hará?	Acción, pasos descripción
<b>¿Por qué?</b>	¿Por qué se hará?	Justificación, razón
<b>¿Dónde?</b>	¿Dónde se hará?	Ubicación
<b>¿Cuándo?</b>	¿Cuándo se hará?	Tiempo, fechas, plazos
<b>¿Quién?</b>	¿Por quién se hará	Responsabilidad de la acción
<b>¿Cómo?</b>	¿Cómo se hará?	Método, proceso
<b>¿Cuánto cuesta?</b>	¿Cuánto costará hacer?	Costo o gastos involucrados

Tabla 57: Tabla con siete preguntas de la herramienta 5w+2h

Fuente: <https://www.heflo.com/blog/process-mapping/5w2h-method-examples/>

A continuación, se va a responder a cada una de ellas aplicándolo a nuestro estándar no conforme.

**1. ¿Qué?** – Corresponde con el alcance del proyecto, por lo que se debe ver cuál es la descripción de nuestro problema y qué se va a realizar. Nuestra respuesta estará relacionada con garantizar un procedimiento que gestione los medicamentos dentro del almacén de la Unidad en el Hospital, ya que se trata de conseguir una gestión óptima de los recursos que se necesitan.

**2. ¿Por qué?** – Se trata de una de las más importantes. Se le da un sentido al alcance que se busca, viendo la razón de porqué se realiza. Para responder a esta pregunta se tiene que justificar con la

causa de poder mantener un control adecuado en la gestión de los medicamentos, dándose un conocimiento de los escenarios a los responsables. Además, la mejora continua de los espacios del Hospital, permite no sólo diferenciarse a nivel de reconocimiento, sino garantizar una satisfacción de todo el personal que circula por estas zonas. Por ello, porque queremos optimizar y crear un proceso que guíe la Unidad hacia garantizar las condiciones de los medicamentos en todo momento.

**3. ¿Dónde?** – Aquí se trata de señalar el lugar donde se producen todas las actividades desempeñadas por los actores del proceso. En esta pregunta no hay ninguna duda puesto que la organización que se quiere llevar a cabo se da en los almacenes de los medicamentos, donde se encuentran estos recursos necesarios para los profesionales.

**4. ¿Cuándo?** – Asignar una fecha de inicio y de fin para la aplicación del proyecto. Podría darse de muchas formas, ya que podrían ser de carácter personal para cada sanitario, pero lo ideal es formalizarlo desde el comienzo de la jornada laboral, no tiene que ser sólo en la preparación de la auditoría, hasta una fecha marcada por los responsables de las Unidades. Deben ser marcos de tiempo no muy largos, que permitan revisar de forma periódica cuál es el estado de todas las mercancías. Un control semanal de todo lo que ha sucedido día tras día resultaría beneficioso para el centro.

**5. ¿Quién?** – Entran en juego las personas que van a estar al mando de desarrollar estas funciones. Aquí aparecen los tres actores que indicaremos a continuación en el mapa de procesos (proveedor, supervisor y almacenero). Fundamentalmente serán los trabajadores del centro, coordinados por el responsable de área los que tengan que administrar los tiempos de la forma más conveniente posible.

**6. ¿Cómo?** – La forma de llevar a cabo esta tarea de garantizar el control de los medicamentos puede ser muy variada. Pueden utilizarse herramientas, sería idóneo relacionadas con el Lean Healthcare, que mantengan el registro y la evolución de las metodologías que se llevan a cabo. Escogiendo un responsable por función a desarrollar dentro del estándar se podría analizar mejor hacia donde se encamina el plan establecido. Metodologías que dejen claro qué procesos son los elegidos, y que propongan mejoras, son las idóneas para estos casos. Modelos de procesos de negocios (BPM) resultan apropiados para esta tarea que se quiere desarrollar.

**7. ¿Cuánto cuesta?** – Este punto resulta muy importante, puesto que marcará los límites que puede abarcar el proyecto. Sería analizar que beneficio supondría para el centro el optimizar la cadena de suministro de los medicamentos, optimizando no sólo las cantidades, sino los espacios donde se almacenen los mismos. Un programa de software que coordine a todos los actores requiere un cierto nivel adquisitivo, que debería ser analizado para conocer su rentabilidad.

Analizando este problema, lleva a poder buscar soluciones para erradicar la mala recepción y planificación del stock de las Unidades. Para ello es necesario asignar a las personas encargadas de las distintas funciones que se deben cumplimentar, para tener siempre unos niveles de inventario acordes a las necesidades de los profesionales. La forma de paliar esta situación se representa mediante la herramienta de Bizagi, que permite representar el modelo de proceso que se está empleando en la Unidad o nuevas modificaciones que ayuden a corregir las anomalías.

Con la ilustración se trata de ofrecer una alternativa al estándar no conforme de la Unidad, permitiendo así dar un pequeño cambio en la gestión de la recepción de medicamentos para cumplir con éxito los niveles de calidad deseados. En ella se refleja cómo sería el proceso de ayudar la llegada de los medicamentos al Hospital. Intervendrían tres personajes que se encargarían de distintas labores para llevar a cabo el correcto control del stock. Se necesita la intervención del proveedor, supervisor de enfermería y almacenero. La primera persona es el profesional que tiene todo el inventario necesario para la necesidad de la Unidad. Su papel es importante para poder abastecer de forma continua a todos sus centros, asimismo, la comunicación que debe tener con el supervisor tiene que ser muy fluida. Este segundo actor interviene con la revisión de todo el material que se necesita de forma diaria en la Unidad. Sería conveniente la utilización de algún

programa informático como un Sistema de Gestión de Almacenamiento (SGA) o un Sistema de Planificación de Recursos Empresariales (ERP). Este tipo de programa permite conocer en todo momento la situación del almacén donde se sitúan los medicamentos de la Unidad.

El supervisor debe comenzar con una revisión del stock diaria que le permita saber los niveles en cada momento. Con la ayuda de una herramienta como la que hemos citado, le permite saber qué cantidades pueden ser necesarias para satisfacer las necesidades. Una vez se conozca cuál es la limitación dada, se debe mandar un pedido al proveedor para que pueda responder la demanda. Para ello se diferencian dos tipos de productos mediante el diagrama de Pareto, en el que se encuentran productos que son comunes como es el caso de los antibióticos, en el que su uso es casi diario y no necesita una especificación muy exhaustiva. Por otro lado, están los productos especiales que son medicamentos menos comunes, que pueden tener recetas de los médicos o que su uso en la Unidad no sea tan demandado.

En cuanto se apruebe el pedido, se debe lanzar un *feedback* para organizar su entrega. Esto sucede cuando los artículos han sido ya preparados y están listos para mandarse desde la fábrica del proveedor. Es el momento en el que aparece el tercer personaje, el almacenero. Esta persona será la encargada de recibir, ordenar y clasificar la mercancía que se ha solicitado. En todo momento debe tener la supervisión del compañero de enfermería que actualice la base de datos de la Unidad. Debe ser un canal de relación continuo y fluido que permita a los tres actores poder realizar la tarea de la forma más correcta posible. A su vez, los empleados de la Unidad deben conocer en qué punto se encuentran los diferentes productos para dar aviso de demandas no planificadas.

Garantizar unos niveles de stock adecuados es fundamental para un Hospital. Si no existe una buena planificación de que va siendo necesario en cada situación, podemos encontrarnos con momentos en los que los pacientes se vean mermados de recursos y producirse situaciones indeseadas. Hacer de este proceso una rutina permitirá a las Unidades saber que contexto hay tanto en el almacén de los medicamentos como en los propios espacios de trabajo.

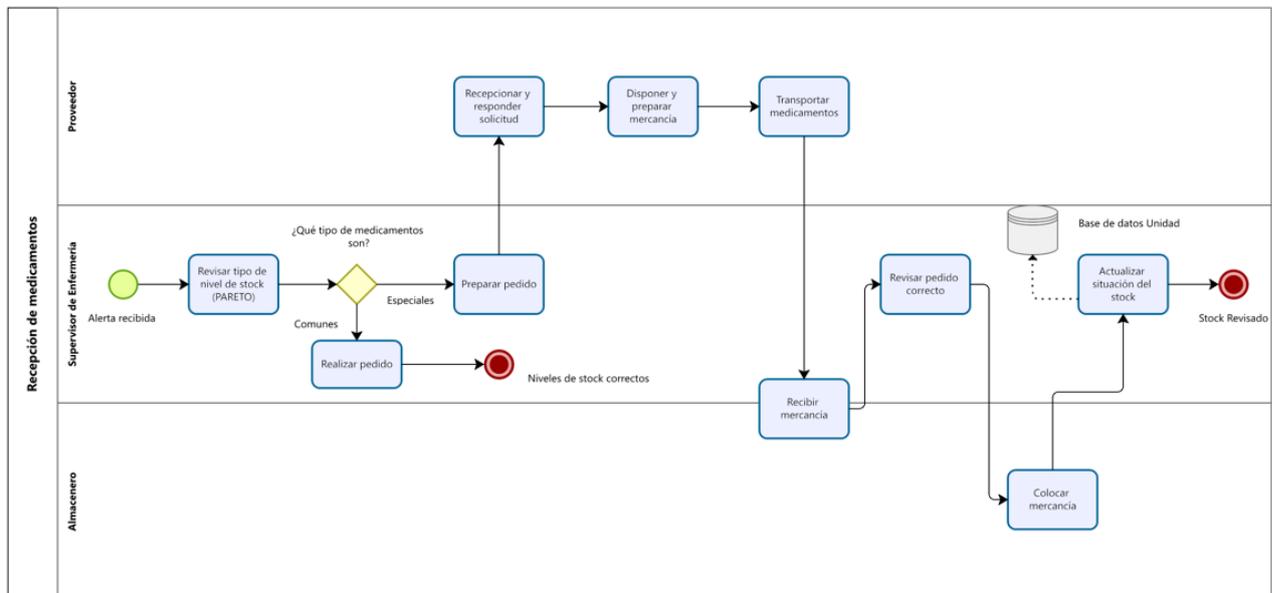


Ilustración 15: Proceso de recepción de medicamentos en la Unidad

Fuente: Elaboración propia en Bizagi.

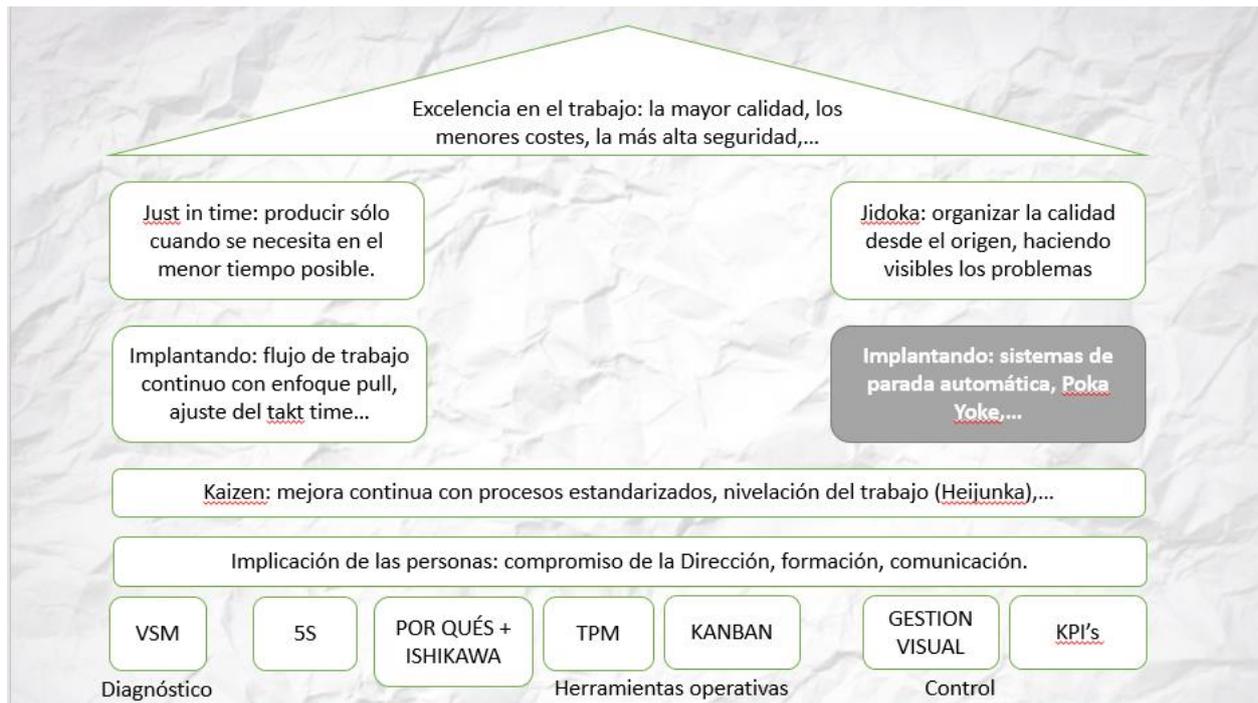


Ilustración 16: Herramientas Lean utilizadas en el análisis de estándares aplicado al 10.07\_02

Fuente: Elaboración propia.

#### **4.3.5 Estándar 08.05\_00:**

En este caso vuelve a aparecer un estándar obligatorio perteneciente al grupo octavo del manual de estándares, haciendo referencia a los equipamientos de los espacios del Hospital. Se define como:

La Unidad de Gestión Clínica garantiza el correcto estado y seguridad de su almacén.

Entra en juego una de las zonas importantes en el Hospital, que permite a los profesionales el almacenaje de todo tipo de material y equipos para su posterior uso. El correcto mantenimiento del mismo permite mayor agilidad en la búsqueda de utensilios requeridos. Los profesionales que no han cumplido con este estándar obligatorio se encuentran dentro de las siguientes Unidades:

- Unidad de Gestión Clínica 3
- Unidad de Gestión Clínica 5
- Unidad de Gestión Clínica 13
- Unidad de Gestión Clínica 16
- Unidad de Gestión Clínica 20
- Unidad de Gestión Clínica 21
- Unidad de Gestión Clínica 23
- Unidad de Gestión Clínica 24
- Unidad de Gestión Clínica 27

En diferentes ocasiones estos almacenes se convierten en trasteros donde se acumulan elementos inservibles que ocupan espacio innecesario. Esto provoca un mal control del stock, provocando malentendidos entre los trabajadores.

Los diferentes elementos evaluables que están asignados a este estándar se relacionan directamente con el mantenimiento del espacio para poder darle el mejor uso posible. Para ello, se han definido las responsabilidades necesarias para el control del estado y stock del almacén, con el fin de garantizar que se dispone del material necesario y en las condiciones adecuadas para prestar la asistencia. Además, el almacén de la Unidad se encuentra en condiciones adecuadas de seguridad e higiene (ej.: estanterías de almacenamiento fijas, productos inflamables controlados, disponibilidad de sistemas de protección contra incendios, control de plagas, etc.). También existe un almacén del centro donde no sólo se encuentran los laboratorios, sino que hay todo tipo de material relacionado con equipos médicos, camas hospitalarias, estanterías de reposición, máquinas para operaciones... Por último, la Unidad mantiene los puntos de almacenamiento de medicación, productos sanitarios y fungibles en adecuadas condiciones de temperatura, humedad, luz y limpieza.

La forma en la que se puede justificar que el almacén se usa de manera correcta es mediante herramientas como el PNT de gestión y control del almacén.

Hay que comprobar y asegurar que los almacenes tienen las estanterías fijadas/ancladas, control de plagas, sistemas de detección de incendios... También teniendo los almacenes en condiciones óptimas de temperatura, humedad, limpieza.

Tener el almacén en un estado correcto resulta muy importante para la organización ya que se dan funciones en él de proteger, controlar y proveer los productos. Por lo que hay que conseguir un mantenimiento total del mismo asegurando así que no se produzca falta de aprovisionamiento de ningún material.

Las no conformidades que aparecen en este estándar obligatorio son las siguientes:

- La Unidad no puede garantizar unos correctos niveles de temperatura establecidos por los fabricantes de algunos de los productos sanitarios fungibles al no poseer un dispositivo de medición de la temperatura.
- Existen estanterías con anclajes defectuosos que pueden provocar caídas de materiales o de baldas que produzcan un derrumbamiento del almacén. Además, hay equipos como bombonas, conteniendo gases que no disponen de un correcto soporte de seguridad para garantizar que no sufra ningún daño.

Para analizar cuáles son las conclusiones que se pueden obtener del análisis de este estándar obligatorio se va aplicar la herramienta de las “5S”. Con este sistema hay que tratar de identificar cuáles son los problemas más importantes que surgen en el mantenimiento y estado de seguridad del almacén.

Esta herramienta se considera vital para garantizar el orden de un espacio de trabajo. Para utilizar la metodología japonesa hay que tener en cuenta las cinco palabras que lo componen, para mantener una organización lo más sistemática posible en la que se realice un trabajo efectivo.

Por recordar las palabras japonesas nos referimos a Seiri – Clasificación, Seiton – Orden, Seiso – Limpieza, Seiketsu – Estandarización y Shitsuke – Disciplina. Todas ellas dan un sentido y orden a los procesos de trabajo que se encuentren en un estado inadecuado.

Pensando en la organización que debe tener un almacén, surgen muchas causas que llevan al problema de no tener una buena trazabilidad de trabajo en el mismo, con todos los participantes que intervienen en su cuidado y uso. Para ello, se van a proponer algunas ideas basándonos en la metodología que nos lleven a proponer un almacén más regulado.

Habría que pensar en clasificar los productos y materiales que se tienen en el stock de almacén según el uso que tengan, prioridad que se les da o la rotación de los mismos. Si son productos de uso frecuente, nos interesa que estén situados cerca de la zona donde intervienen los profesionales. Relacionándolo con situación actual de COVID en la que ha habido un desbordamiento de los centros en todo tema de inventario de los medicamentos, se piensa en clasificar por familias a aquellos que sean parecidos o se utilicen a la par para que se pierda menos tiempo por parte de los sanitarios.

Esto debe ser un proceso de constante revisión y que se vaya actualizando por los responsables para saber los niveles de stock que tenemos en los almacenes y poder tener controlada la situación para proveer a los profesionales en caso de que fuera necesario. Por eso es importante mediante planos tener bien ubicados todos los recursos, sin que se produzcan duplicidades ni modificaciones de lugar sin previo aviso. Para que el manejo dentro del lugar sea más fácil entra en juego un papel muy importante como son las señales y las etiquetas de identificación. El almacén debe utilizar de las mejores señalizaciones que orienten a los responsables rápidamente hasta la zona donde se encuentre el producto requerido.

La maquinaria que ayude a manipular los materiales también debe tener un lugar seleccionado que estorbe lo menos posible a sus trabajadores y que cumpla su función de facilitar la labor diaria. Todas estas operaciones que se lleven a cabo deben ser previamente analizadas y comentadas a todas las personas que vayan a acceder al almacén.

Por concluir, debemos señalar que hay que dar importancia también a la seguridad de los almacenes con unas buenas estanterías que cumplan las condiciones de seguridad preestablecidas y sean distribuidas con una ergonomía controlable teniendo en cuenta los pesos y volúmenes de las mercancías. Siempre deben facilitar el trabajo y reducir los costes al máximo posible, así como los tiempos puesto que una pérdida de tiempo en la búsqueda en el almacén puede suponer un mal trato con el paciente y a su vez que se genere un cuello de botella en la espera de atención.

Muchas veces se encuentran en los almacenes residuos a los que no se va a dar una segunda vida o que llevan tiempo ocupando un espacio que podría tener utilidad. Para ello, antes de clasificar, hay que identificar todos los productos, hacer un estudio del inventario que existe en el momento inicial, desechando aquellos recursos o maquinarias que resulten inservibles para las Unidades. Si se aplica una metodología

estandarizada, en la que cada cual sepa su función y se sigan los pasos de forma metódica, se podrán conseguir reducciones de costes en el stock y de tiempo perdido en búsquedas innecesarias.



Ilustración 17: Almacenaje de un Hospital aplicando la metodología Lean

Fuente: <https://retos-operaciones-logistica.eae.es/almacenaje-ordenado-sku-warehouse/>



Ilustración 18: Herramientas Lean utilizadas en el análisis de estándares aplicado al 08.05\_00

Fuente: Elaboración propia.

#### 4.3.6 Estándar 09.05\_02:

Este último estándar obligatorio que se va a analizar pertenece al criterio de sistemas y tecnologías de información. La definición del mismo es la siguiente:

Se adoptan las medidas para garantizar la protección de los datos de carácter personal conforme a lo establecido en la normativa vigente.

Su contenido está asociado a la información de los profesionales, pacientes y personas que realizan la gestión diaria en el Hospital. Los empleados tienen que estar formados en la materia para que sepan diferenciar cualquier situación inadecuada que pueda generarse en su puesto de trabajo y ponerle solución.

- Unidad de Gestión Clínica 5
- Unidad de Gestión Clínica 3
- Unidad de Gestión Clínica 12
- Unidad de Gestión Clínica 13
- Unidad de Gestión Clínica 20
- Unidad de Gestión Clínica 22
- Unidad de Gestión Clínica 23

Se trata de un estándar de carácter tecnológico que requiere la formación suficiente para el manejo de datos de forma clara y concisa. El número de Unidades que son calificadas de no cumplimiento se ve reducido respecto a los primeros que se han analizado.

Los elementos que son evaluables por parte de los encargados de realizar las valoraciones se diferencian primeramente en cómo los profesionales de la unidad han recibido formación sobre buenas prácticas en el manejo de la información y medidas de seguridad relacionadas con la protección de datos de carácter personal.

A su vez, los profesionales de la unidad disponen de un mecanismo conocido para comunicar posibles vulneraciones de la normativa de protección de datos o brechas de seguridad que afecten al tratamiento de datos personales (Ej. mal uso de contraseñas, presencia de archivos con caracteres inusuales, recepción de correos electrónicos con archivos adjuntos sospechosos, comportamiento extraño de dispositivos, imposibilidad de acceder a ciertos servicios, extravío/robo de dispositivos de almacenamiento o equipos con información, etc.).

Finalmente, la Unidad dispone de mecanismos para informar sobre el derecho de la persona usuaria al acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación del tratamiento y portabilidad de sus datos.

Si una Unidad quiere justificar su evaluación de que son aptos para cumplir con un estándar pueden hacerlo mediante Curso en Gesforma de Servicios Centrales de Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD), PNT de cómo comunicar y los canales por los que hay que hacerlo, las vulneraciones de la normativa de LOPD o brechas de seguridad. También se puede justificar con cartelería, enlaces web externa, dípticos, etc. Y, por último, derechos ARCO (Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición).

Una correcta base de datos donde se encuentren los archivos con la información de carácter personal de todos los integrantes de la organización resulta fundamental hoy en día. Es muy fácil falsear información sobre ciertos individuos, así como duplicar identidades que creen problemas mayores en la falsificación de datos.

Dentro de los hallazgos que se encuentran los evaluadores en las auditorías de la ACSA destacamos los siguientes:

- No existen ficheros automatizados y no automatizados auditados. La participación por parte de los profesionales en los cuestionarios pasados por los responsables es baja. El motivo que se expresa es la falta de comprensión de las preguntas y términos usados. Evidencia de esta forma que los cuestionarios de autoevaluación carecen de sentido.
- Se encuentran documentos sin firma por el responsable del centro. La Unidad no puede aportar comprobación de que se informe a sus profesionales de las mejoras a implementar en materia de protección de datos de carácter personal, como resultado del último informe de auditoría de medidas de seguridad.

La mayoría de las muestras aportadas tienen que ver con la no firma de los documentos o la falta de conocimiento por parte de los profesionales en esta materia. Tras estas aportaciones, se da el proceso de reingeniería que lleva a analizar los puntos débiles y las posibles soluciones para plantear un nuevo sistema que siga manteniendo las mejoras continuas de calidad.

Para el análisis de las conclusiones que se pueden obtener de este estándar vamos a utilizar la herramienta previamente comentada de los ‘5 por qué’

<b>¿Por qué no se garantiza suficientemente la protección de datos en relación a la normativa vigente?</b>	
Porque la Unidad aporta un informe que carece de firma, fecha acometida por parte del responsable de protección de datos	Porque los profesionales carecen de conocimiento suficiente sobre la LOPD, ni se les comunica mejoras a implementar tras las auditorías completadas
<b>¿Por qué no hay revisión para que la información entregada tenga la mayor veracidad posible?</b>	
Porque no existe ningún grupo de personas que puedan revisar estos documentos contrastándolos con información veraz. No se sigue ningún patrón para saber si los documentos contienen los datos acorde a los datos correspondientes a la Unidad.	<p style="text-align: center;"><b>¿Por qué no se les hace párticipes del proceso?</b></p> Porque el responsable se considera la única persona visible de cara a la auditoría y pasa mayor tiempo relacionado con la normativa de protección de datos
	Porque no se les han explicado las encuestas, mejoras o cambios que se van a implantar en las Unidades
<b>¿Por qué no están todos los profesionales siempre integrados o informados de las soluciones que se acometen en las Unidades?</b>	
Porque el responsable no delega subtareas ni informaciones al resto, así como no se da una buena formación de los profesionales que les haga sentirse cómplices del proceso	
Crear un equipo de revisión entre todas las Unidades que esté pendiente de comprobar toda la información de los documentos presentados en la auditoría	Realizar formación de los profesionales, haciéndoles ver la importancia de completar encuestas de protección de datos y las mejoras que suponen los cambios

Tabla 58: Herramienta de los ‘5 por qué’ aplicada al estándar 09.05\_02

Fuente: Elaboración propia

Se proponen dos actuaciones de mejora en las Unidades que no superan este estándar para que puedan alcanzar con éxito futuras auditorías.

- Crear un equipo de revisión entre todas las Unidades que esté pendiente de comprobar toda la información de los documentos presentados.
- Revisar formación de los profesionales, haciéndoles ver la importancia de completar encuestas de protección de datos y las mejoras que suponen los cambios

Este estándar se relaciona principalmente con salvaguardar los datos de carácter personal de todas las personas que están presentes en un Hospital. Con la metodología Lean se intenta hacer partícipes a todos los involucrados como actores fundamentales del proceso. En ciertas ocasiones se despistan los profesionales dejando al descubierto información de pacientes o compañeros de trabajo de cara al público. También, como se ha identificado con otros estándares, es importante la señalización e información que se tiene de los elementos que se emplean en el Hospital. Con esto, se hace referencia por ejemplo a las cámaras de seguridad que graban las instalaciones del centro en todo momento. Debe existir información a los pacientes de que se encuentran en funcionamiento, para salvaguardados tener la tranquilidad de que sus derechos serán usados con una buena finalidad.

Otro punto importante surge con las encuestas que se hacen en las Unidades sobre protección de datos. Los trabajadores tienen muy poca participación en las mismas e incluso argumentan que no son capaces de comprenderlas en su totalidad. Esto debería generar una comunicación entre ambas partes. Una que sea capaz de crear conciencia de lo significativo que es rellenar los formularios y otra que informe de cuáles son los puntos que mayor duda les generan. Es una de las formas de conocer cuál es la situación actual de las áreas, y que sirva también como un informe no sólo para los auditores, sino para los responsables que conozcan la situación de sus trabajadores. La importancia de involucrar a todas las personas de una organización se ve cada día más vital para todos los organismos, ya que les motiva y se traduce posteriormente en mejores resultados.

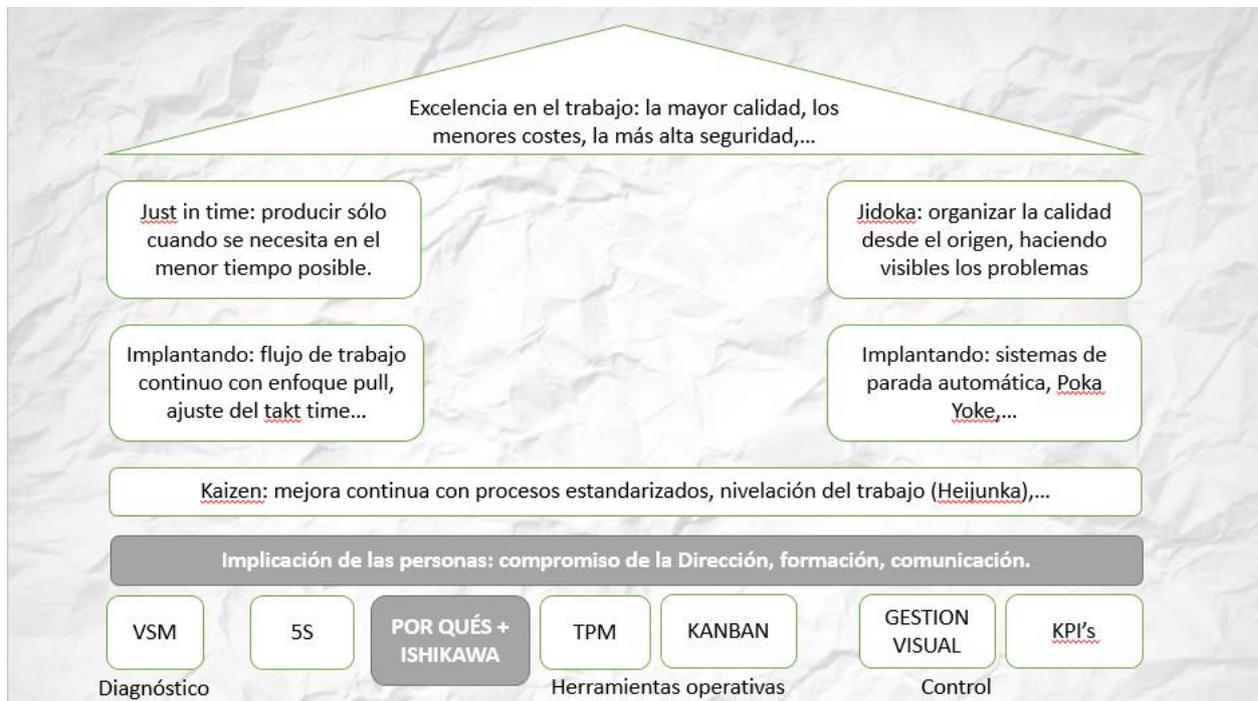


Ilustración 19: Herramientas Lean utilizadas en el análisis de estándares aplicado al 09.05\_02

Fuente: Elaboración propia.



## 5. CONCLUSIONES

---

El objetivo de este trabajo de fin de grado ha sido analizar la situación actual que se da en las Unidades de Gestión Clínica de un Hospital en relación a las certificaciones de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. Concretamente, se ha tratado de estudiar todos los estándares que se revisan en las auditorías viendo qué impacto tienen sobre cada una de las Unidades.

A su vez, se ha tratado de ofrecer propuestas de mejoras utilizando la metodología de Lean Management para aquellos que se repiten más de forma más frecuente. Para llegar a saber cuáles eran estos estándares, se ha realizado una investigación sobre todas las Unidades que existen en un Hospital y cuáles eran los que se presentaban a cada nivel de certificación. Cabe recordar, que cada área decidía según la preparación que tuviese hasta que nivel se veía cualificada para ser auditada (Avanzado, Óptimo, Excelente).

Los procesos de certificación son programas lanzados por los Hospitales para valorar si las Unidades y los profesionales se encuentran implicados en la mejora continua de la calidad de los sistemas. Esto genera un reconocimiento para todas las personas del Hospital, que aumentará la eficiencia y optimizará los recursos.

Tras el análisis detallado de la organización y el funcionamiento de un Hospital, se han identificado varias ineficiencias, traducidas en no conformidades de estándares, a lo largo del proceso de certificación de la ACSA. Existen muchos estándares que se repiten entre las unidades, lo que permite que las que vayan obteniendo niveles superiores sirvan de modelo para las demás. Gracias a los documentos aportados por evaluadores, internet... se ha podido conseguir el objetivo de identificar cuáles son las mayores repeticiones de estándares no cumplidos que se dan en las áreas. Con herramientas como las que se incluyen en Lean Management, se consigue disminuir los fallos de los profesionales en un mayor nivel.

El nivel de calidad que se ofrece dentro del Hospital analizado lleva a reconocerlo como uno de los mejores situados en cuanto a gestión de calidad de los sistemas sanitarios. Los porcentajes de estándares superados se encuentran siempre entre un 40-70%, además de conocer que todas las Unidades han superado el nivel Avanzado de certificación. De cara a futuras auditorías la implantación de herramientas como las 5S o la asignación de responsables dentro de las áreas, puede permitir que los porcentajes sigan incrementándose y pueda repercutir satisfactoriamente a todos. Es cierto que la metodología Lean aún no está aplicada a fondo en la Sanidad de nuestro país, pero puede servir como instrumento útil para poder avanzar hacia un sistema sanitario líder en todo el mundo.

Como se ha dicho, se ha cumplido con el objetivo de aplicar herramientas que permitan dar una solución a problemas que surgen día a día en las áreas sanitarias. Herramientas que no sólo son aplicables a una Unidad, sino que se deben seguir por todos los profesionales, para poder garantizar el cumplimiento de estándares por las unidades. Concienciar a los trabajadores en la importancia de cumplir con estos estándares de calidad es una labor importante para los responsables. Por esta razón debe quedar siempre clara quien es la figura que representa a la Unidad y su equipo de trabajo.

En definitiva, con todas las propuestas que se presentan y las que he hecho en mi tiempo de trabajo con la Unidad de Calidad, se pretende mejorar la eficiencia en los procesos de certificación de la ACSA, para así mejorar la calidad de todos los sistemas y dar un paso más hacia la aplicación del Lean Healthcare. Un cambio que puede reducir los despilfarros que se producen en los centros, además de garantizar un nivel de servicio a los pacientes acorde con la calidad que se merecen. Crear un ambiente de trabajo que ponga atención en la superación de los defectos críticos puede suponer mejoras en los niveles de certificación para alcanzar los mayores objetivos posibles.



## 6. REFERENCIAS

---

- ACSA. (2022). *Sistema Sanitario Andaluz, Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía*. Obtenido de <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/>
- Consejería de Salud, A. (s.f.). *Manual de estándares UGC*. Obtenido de <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/blog/manuales/idades-de-gestion-clinica/>
- E.R Alfaro-Lara, M. G.-B. (2010). "Analysis of the selection process for new drugs in a tertiary hospital 2004-2007. *Farmacia Hospitalaria*.
- Hospital. (2022). Obtenido de [hospitaluvrocio.es](http://hospitaluvrocio.es)
- Industrial, E. O. (2013). *Lean Manufacturing - Conceptos, técnicas e implantación*. Madrid.
- Lean, P. (2015). *5 Porqués, Análisis de la causa raíz de los problemas*. .
- Novakova, R. (2017). Use of 8D Method in Nonconformity Resolution.
- Rodríguez, J. (2010). Estrategia de las 5s gestión para la mejora continua. El saber 21.



## 7. ANEXO. RELACIÓN DE ESTÁNDARES

En este apartado se incluye la relación de estándares a los que se presentan las Unidades dependiendo el bloque a que pertenezcan.

Bloque	Criterio	Obligatorio	Grupo I	Grupo II	Grupo III
Bloque I. La persona, centro del Sistema Sanitario.	Criterio 1. La persona como sujeto activo. Trata de garantizar el desarrollo efectivo de los derechos fundamentales de las personas que utilizan los servicios sanitarios, entre otros, la intimidad, confidencialidad, información, dignidad, toma de decisiones y respeto a sus valores y creencias.	ES 5 01.01.02: La Unidad de Gestión Clínica difunde el contenido de la Carta de Derechos y Deberes.	ES 5 01.08.02: La Unidad de Gestión Clínica garantiza la resolución de los conflictos éticos surgidos en el proceso de atención sanitaria.	ES 5 01.05.02: La Unidad de Gestión Clínica promueve la toma de decisiones compartida de la persona durante su proceso asistencial.	
		ES 5 01.02.02: Se respeta la intimidad y privacidad de la persona a lo largo de todo el proceso de atención.		ES 5 01.12.01: La Unidad de Gestión Clínica adopta un papel de captación activa de las sugerencias, quejas y reclamaciones realizadas por cualquier medio, incorporando mejoras a partir de su análisis.	
		ES 5 01.03.02: Las personas son informadas de todos los aspectos relacionados con su problema de salud.			
		ES 5 01.04.02: Ante intervenciones con criterios intrínsecos de riesgo, la Unidad de Gestión Clínica utiliza el formulario de consentimiento informado para informar al paciente o su representante legal.			
		ES 5 01.06.02: Se garantiza el cumplimiento de las instrucciones previas de cada persona.			
		ES 5 01.07.02: Se dispone de un procedimiento efectivo para la sustitución en la toma de decisiones.			
		ES 5 01.09.02: La Unidad de Gestión Clínica determina el mecanismo de asignación de sus profesionales sanitarios de referencia.			
		ES 5 01.10.01: La Unidad de Gestión Clínica favorece el desarrollo de los derechos de libre elección de profesionales y segunda opinión médica.			
		ES 5 01.11.01: Se cumple el procedimiento establecido para la gestión de las reclamaciones.			

Bloque	Criterio	Obligatorio	Grupo I	Grupo II	Grupo III
<p>Bloque I. La persona, centro del Sistema Sanitario.</p>	<p>Criterio 2. Accesibilidad y continuidad de la atención. Busca garantizar la accesibilidad a los servicios y la continuidad asistencial, asegurando que las decisiones que se toman respecto al proceso de atención tienen en cuenta las necesidades, deseos y preferencias de las personas usuarias y que se ofrece la información y el apoyo necesario para su participación efectiva.</p>	<p>ES 5 02.01_02: La Unidad de Gestión Clínica tiene definida, actualizada y accesible su cartera de servicios. ES 5 02.03_01: Se implantan los cambios organizativos necesarios que favorecen la accesibilidad de la persona a los servicios.</p>	<p>ES 5 02.02_02: La Unidad de Gestión Clínica dispone y difunde una guía de información sobre su funcionamiento. ES 5 02.04_01: La Unidad de Gestión Clínica realiza una valoración de la persona y su entorno para identificar sus necesidades de recursos de apoyo y facilita su acceso a los mismos. ES 5 02.07_02: La Unidad de Gestión Clínica dispone de información sobre las desprogramaciones y suspensiones de actividad programada (consultas, pruebas diagnósticas o intervenciones quirúrgicas) y adopta medidas dirigidas a disminuirlas. ES 5 02.08_01: La Unidad de Gestión Clínica cumple con los criterios de asistencia e interconsulta definidos y consensuados.</p>	<p>ES 5 02.05_01: La Unidad de Gestión Clínica establece un plan asistencial adecuado a las necesidades de la persona. ES 5 02.06_01: La Unidad de Gestión Clínica identifica a sus pacientes de mayor riesgo y garantiza la continuidad de su asistencia. ES 5 02.10_00: La Unidad de Gestión Clínica implanta canales de comunicación con las personas para fomentar su participación en la toma de decisiones a lo largo del proceso sanitario.</p>	
	<p>Criterio 3. Información clínica. Dedicado a garantizar la identificación precisa de las personas usuarias en cada paso de su proceso de atención, así como el registro en la historia de salud de la información que resulta de dicho proceso, facilitando las actuaciones de los profesionales implicados en el mismo.</p>	<p>ES 5 03.01_02: La Unidad de Gestión Clínica garantiza la existencia de una historia de salud única por persona. ES 5 03.02_02: La Unidad de Gestión Clínica garantiza la confidencialidad y custodia de la información clínica y personal. ES 5 03.04_01: La Unidad de Gestión Clínica evalúa periódicamente el nivel de calidad y cumplimiento de las historias de salud. ES 5 03.05_01: La Unidad de Gestión Clínica garantiza el derecho de la persona a obtener información sobre su historia de salud.</p>	<p>ES 5 02.09_02: La Unidad de Gestión Clínica implanta fórmulas de organización de la actividad que mejoran su capacidad de resolución asistencial. ES 5 03.03_00: Se garantiza la disponibilidad de una historia de salud sin errores en su contenido para proporcionar una asistencia sanitaria segura.</p>		

Bloque	Criterio	Obligatorio	Grupo I	Grupo II	Grupo III	
Bloque II. Organización de la actividad centrada en la persona	Criterio 4. Gestión de planes y procesos asistenciales integrados. La intención es garantizar un modelo de atención sanitaria basada en la gestión por procesos, aportando a la unidad de gestión clínica una visión integral y unas herramientas con las que pueda mejorar y rediseñar el flujo de trabajo para hacerlo más eficiente, y adaptado a las necesidades y expectativas de las personas usuarias.	ES 5 04.01_03: La Unidad de Gestión Clínica tiene identificados los procesos asistenciales en los que participa según su cartera de servicios autorizada y tiene establecida una estrategia de implantación de los mismos.	ES 5 04.02_01: La Unidad de Gestión Clínica tiene establecida una estrategia de evaluación y difusión de resultados de los procesos asistenciales implantados.	ES 5 04.03_02: Los profesionales de la Unidad incorporan a su práctica clínica las recomendaciones sobre el tratamiento farmacológico establecidas en los procesos asistenciales.		
			ES 5 04.05_01: La Unidad de Gestión Clínica implanta acciones de adecuación o incorpora estrategias marcadas en los planes integrales que son específicas para su cartera de servicios.	ES 5 04.04_01: La Unidad de Gestión Clínica facilita a la persona información sobre el desarrollo de su proceso asistencial integrado.		
	Criterio 5. Promoción de la salud. Su objetivo es garantizar la incorporación en la oferta de servicios de actividades preventivas y de promoción de la salud, según criterios de evidencia científica y efectividad, tanto individual como grupal con el fin de mejorar las condiciones de salud de las personas usuarias y su calidad de vida.	ES 5 05.04_02: La Unidad de Gestión Clínica identifica y emprende acciones específicas en relación con las personas cuidadoras.	ES 5 05.01_02: Se detectan las necesidades de salud de la población y, siguiendo las recomendaciones de los planes integrales y programas de salud, se realizan las intervenciones oportunas en promoción y educación para la salud.	ES 5 05.02_02: La Unidad de Gestión Clínica realiza actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad de forma coordinada con otros agentes garantizando la continuidad de la atención y de los cuidados.	ES 5 05.03_01: Para programar la formación continuada de los profesionales de la Unidad de Gestión Clínica se utiliza el conocimiento adquirido sobre el estado de salud y las características de la población atendida.	
		ES 5 05.05_02: La Unidad de Gestión Clínica garantiza una adecuada información y vigilancia epidemiológica.	ES 5 05.06_00: La Unidad de Gestión Clínica realiza un abordaje específico del dolor.			
	Criterio 6. Dirección, planificación estratégica y gobierno clínico. Trata de garantizar el desarrollo de iniciativas, por parte de los responsables de la Unidad, encaminadas a determinar la política y marco de referencia de calidad para la asistencia, así como facilitar y potenciar el trabajo de los profesionales con objeto de cumplir los objetivos planteados y mejorar los resultados.	ES 5 06.01_00: La Unidad de Gestión Clínica tiene definido su sistema de gobierno clínico.	ES 5 06.02_00: La Dirección de la Unidad de Gestión Clínica orienta su trabajo hacia la consecución de resultados clínicos, resultados en salud y de medidas de eficiencia.	ES 5 06.06_00: La Unidad de Gestión Clínica introduce innovaciones en su gestión.	ES 5 06.08_01: La Dirección de la Unidad de Gestión Clínica evalúa su plan de calidad y seguridad del paciente e implanta acciones de mejora.	
		ES 5 06.03_00: La Dirección de la Unidad de Gestión Clínica garantiza la participación de los profesionales en la identificación de problemas de la Unidad y en la propuesta de soluciones a los mismos.	ES 5 06.05_01: La Unidad de Gestión Clínica impulsa la participación activa de las personas usuarias en la toma de decisiones para la mejora continua de su organización.	ES 5 06.07_01: La Dirección de la Unidad de Gestión Clínica ha elaborado un plan de calidad y seguridad del paciente.	ES 5 06.09_00: La Dirección de la Unidad desarrolla competencias de liderazgo, coordinación, gestión y toma de decisiones.	ES 5 06.10_01: La Dirección de la Unidad utiliza el clima laboral como un elemento de desarrollo organizativo de su Unidad.
	ES 5 06.04_02: Los profesionales participan en la propuesta, elaboración y consecución de los objetivos de la Unidad de Gestión Clínica.		ES 5 06.11_01: La Unidad de Gestión Clínica elabora y difunde una memoria anual de actividades.			

Bloque	Criterio	Obligatorio	Grupo I	Grupo II	Grupo III
Bloque III. Profesionales.	Criterio 7. Profesionales. Su intención es garantizar la permanente adecuación de las competencias de los profesionales, impulsando su formación continuada y la investigación, para ofrecer una atención de calidad y mantener o mejorar las aptitudes y conocimiento de los profesionales.	ES 5 07.01_01: Están identificadas las funciones y responsabilidades de los puestos de trabajo definidos en la Unidad de Gestión Clínica.	ES 5 07.02_02: Están definidas y se mantienen actualizadas las competencias de los distintos puestos de trabajo de la Unidad.	ES 5 07.03_02: La Unidad de Gestión Clínica evalúa las competencias de los profesionales para identificar sus necesidades de formación y desarrollo.	ES 5 07.04_02: La Unidad de Gestión Clínica establece los planes de desarrollo individual de sus profesionales y realiza su seguimiento continuado.
		ES 5 07.06_03: La Unidad de Gestión Clínica identifica las necesidades de formación de sus profesionales en función de sus objetivos estratégicos.	ES 5 07.05_01: La Unidad de Gestión Clínica facilita y promueve la acreditación de las competencias de sus profesionales.	ES 5 07.09_01: La Unidad de Gestión Clínica forma parte de grupos de investigación con proyectos integrados en redes temáticas, proyectos internacionales y/o grupos coordinados.	ES 5 07.10_01: La Unidad de Gestión Clínica dispone de proyectos de investigación financiados y avalados por agencias externas, que han sido aceptados por la Comisión de Investigación y a los cuales se accede por convocatorias públicas.
				ES 5 07.07_01: Los profesionales de la Unidad publican los resultados de su actividad investigadora en revistas científicas con factor de impacto.	
				ES 5 07.08_02: La Unidad de Gestión Clínica desarrolla líneas propias de investigación o en colaboración con otros servicios.	

Bloque	Criterio	Obligatorio	Grupo I	Grupo II	Grupo III
<p>Bloque IV. Procesos de soporte.</p>	<p><b>Criterio 8. Estructura, equipamiento y proveedores.</b>                      Persigue garantizar, entre otros, la implicación de las unidades en la seguridad de las instalaciones que utiliza, en la gestión de su equipamiento, en las emergencias, en el control seguro de materiales y residuos peligrosos, así como en la identificación de riesgos laborales y en la seguridad laboral, contribuyendo de esta manera a una prestación de servicios de calidad en un espacio físico seguro, todo esto en el ámbito de responsabilidad de la Unidad.</p>	<p>ES 5 08.01_01: Se han definido y se aplican las actuaciones necesarias para conocer, registrar y controlar las condiciones de seguridad del espacio e instalaciones con los que cuenta la Unidad de Gestión Clínica para la realización de su actividad.                      ES 5 08.02_02: La Unidad de Gestión Clínica ha definido y aplica las actuaciones necesarias para garantizar la utilización segura del equipamiento electromédico, mediante la designación de responsables, el seguimiento del estado de revisión y funcionamiento de sus equipos y la formación de sus profesionales.                      ES 5 08.03_03: La Unidad de Gestión Clínica asume las condiciones de confort que afectan a las personas como variables de su propia gestión, analizando su situación, emprendiendo actuaciones y corrigiendo, si es necesario, los resultados obtenidos.                      ES 5 08.05_00: La Unidad de Gestión Clínica garantiza el correcto estado y seguridad de su almacén.                      ES 5 08.07_01: La Unidad de Gestión Clínica se implica en la identificación de los riesgos que puedan afectar a los profesionales en cada puesto de trabajo y en la implantación de las medidas correctoras identificadas.                      ES 5 08.09_02: Están establecidas las medidas de seguridad ante emergencias, son conocidas por los profesionales y se actualizan periódicamente.                      ES 5 08.10_00: La Unidad de Gestión Clínica tiene establecidos los mecanismos y procedimientos específicos necesarios para la identificación, segregación, almacenamiento y eliminación de los residuos generados.</p>	<p>ES 5 08.04_00: La Unidad de Gestión Clínica garantiza la accesibilidad física de las personas usuarias.                      ES 5 08.06_01: Están definidos los mecanismos necesarios para la comunicación, registro, análisis y resolución de las desviaciones en la calidad o nivel de servicio de las actividades de soporte.                      ES 5 08.08_00: La Unidad de Gestión Clínica se implica en el mantenimiento de la salud y la seguridad de sus profesionales.</p>	<p>ES 5 08.11_01: La Unidad de Gestión Clínica asume las directrices asociadas a un sistema de gestión ambiental y asegura la implantación de los procedimientos para el control de los principales impactos ambientales de acuerdo a las normativas de referencia.</p>	<p>ES 5 08.12_01: La Unidad de Gestión Clínica define y mantiene una estrategia dirigida al mantenimiento y mejora de su estructura, funcionalidad, instalaciones y equipamiento, colaborando en la gestión de las inversiones de la Institución.</p>
	<p><b>Criterio 9. Sistemas y tecnologías de la información.</b>                      Orientado a facilitar un desarrollo en sistemas de la información que tenga un impacto positivo para la ciudadanía en cuanto les permite un mejor acceso a los servicios ofertados, para la gestión de la Unidad permitiéndole disponer de datos fiables para tomar decisiones, y en último lugar para que los profesionales tengan accesible información sanitaria de valor.</p>	<p>ES 5 09.01_01: La Unidad de Gestión Clínica dispone de sistemas de información para el seguimiento de sus objetivos y la toma de decisiones.                      ES 5 09.02_00: Los profesionales de la Unidad de Gestión Clínica reciben formación sobre el uso de la historia clínica electrónica.                      ES 5 09.05_02: Se adoptan las medidas para garantizar la protección de los datos de carácter personal conforme a lo establecido en la normativa vigente.</p>	<p>ES 5 09.01_01: La Unidad de Gestión Clínica dispone de sistemas de información para el seguimiento de sus objetivos y la toma de decisiones.                      ES 5 09.03_01: La Unidad de Gestión Clínica tiene definida la forma de actuar en caso de caída de sus sistemas de información.</p>	<p>ES 5 09.04_00: La Unidad de Gestión Clínica evalúa los sistemas de información que utiliza para aumentar su seguridad.</p>	<p>ES 5 09.06_01: La Unidad de Gestión Clínica dispone de tecnologías de la información orientadas a la interrelación con las personas usuarias, favoreciendo la comunicación con los profesionales y la accesibilidad a los servicios.                      ES 5 09.07_01: La Unidad de Gestión Clínica dispone de página web y está certificada.</p>

Bloque	Criterio	Obligatorio	Grupo I	Grupo II	Grupo III
<p>Bloque V. Mejora continua.</p>	<p><b>Criterio 10. Herramientas de Calidad y Seguridad.</b> La gestión de la calidad constituye un esfuerzo consciente, continuado y organizado por parte de la Unidad para poder dar un valor añadido a la prestación de la asistencia. Basada en herramientas validadas y buenas prácticas, esta gestión de la calidad debe formar parte de la cultura de la Unidad y de sus profesionales.</p>	<p>ES 5 10.03_02: En la Unidad de Gestión Clínica se identifican los riesgos para la seguridad del paciente. ES 5 10.04_00: La Unidad de Gestión Clínica incorpora buenas prácticas para prevenir y controlar las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria. ES 5 10.06_02: La Unidad de Gestión Clínica tiene establecido un procedimiento de identificación inequívoca de las personas y de las muestras para pruebas diagnósticas. ES 5 10.07_02: Está implantado un procedimiento para garantizar las condiciones de conservación y almacenamiento de los productos sanitarios y medicamentos. ES 5 10.08_02: La Unidad de Gestión Clínica fomenta el uso responsable y seguro del medicamento y productos sanitarios por los profesionales. ES 5 10.10_02: La Unidad de Gestión Clínica notifica los riesgos e incidentes relacionados con la seguridad del paciente, los analiza y pone en marcha las actuaciones oportunas para prevenir su nueva aparición.</p>	<p>ES 5 10.01_02: La Unidad de Gestión Clínica garantiza una atención sanitaria de calidad mediante prácticas basadas en la evidencia. ES 5 10.05_01: La Unidad de Gestión Clínica incorpora otras buenas prácticas para prevenir incidentes de seguridad. ES 5 10.09_02: La Unidad de Gestión Clínica garantiza la necesidad y adecuación de los tratamientos farmacológicos, de una manera especial en pacientes de riesgo.</p>	<p>ES 5 10.02_01: La Unidad de Gestión Clínica evalúa su nivel de adherencia a las recomendaciones sobre la práctica clínica implantadas. ES 5 10.11_00: La Unidad de Gestión Clínica desarrolla estrategias de actuación ante eventos adversos graves.</p>	
	<p><b>Criterio 11. Resultados de la Unidad de Gestión Clínica.</b> Dedicado a que las unidades orienten su actividad a obtener resultados. La monitorización, análisis y mejora de los resultados en salud, de gestión y de seguridad permiten a la Unidad una toma de decisiones objetiva y coherente con su realidad, así como disponer de elementos para compararse con los mejores.</p>	<p>ES 5 11.01_00: La Unidad de Gestión Clínica dispone de indicadores clave para evaluar su gestión y evalúa periódicamente el cumplimiento de los mismos, de forma que pueda anticiparse a las desviaciones y actuar de forma temprana. ES 5 11.03_02: La Unidad de Gestión Clínica analiza la satisfacción percibida por sus usuarios e implanta mejoras. ES 5 11.07_02: La Unidad de Gestión Clínica monitoriza y controla las desviaciones respecto a sus objetivos presupuestarios con el fin de corregirlas.</p>	<p>ES 5 11.02_00: La Unidad de Gestión Clínica alcanza los niveles de cumplimiento definidos para cada indicador clave. ES 5 11.05_02: La Unidad de Gestión Clínica evalúa el cumplimiento de los tiempos de respuesta de los procesos de acuerdo a su cartera de servicios e incorpora mejoras.</p>	<p>ES 5 11.04_00: La Unidad de Gestión Clínica evalúa la efectividad de la participación de las personas usuarias a través de los canales y herramientas establecidos. ES 5 11.06_02: Los indicadores de los procesos asistenciales implantados en la Unidad de Gestión Clínica se cumplen y mejoran. ES 5 11.08_00: La Unidad de Gestión Clínica evalúa periódicamente el cumplimiento de los indicadores de buenas prácticas sobre seguridad del paciente e incorpora mejoras. ES 5 11.09_00: La Unidad de Gestión Clínica cumple y mejora sus resultados clínicos y en salud. ES 5 11.11_01: La Unidad de Gestión Clínica dispone de un cuadro de mando para la toma de decisiones.</p>	<p>ES 5 11.10_02: Se hacen públicos indicadores de resultados de la Unidad de Gestión Clínica. ES 5 11.12_02: Los resultados se comparan con los de otras Unidades de Gestión Clínica y con los que se consideraran mejores del sector.</p>

Bloque	Criterio	Obligatorio	Grupo I	Grupo II	Grupo III	
<p>Anexo I. Laboratorios Clínicos. Estos estándares son adicionales a los de las Unidades de Gestión Clínica y son aplicables a aquellas que incluyan en su cartera de servicios un área de Laboratorio Clínico para dar apoyo al diagnóstico.</p>	Criterio 1. La persona como sujeto activo.		ES 5 01.13_01: Se facilita al ciudadano información actualizada sobre tiempos de espera, en relación con las pruebas realizadas en el Laboratorio Clínico.			
	Criterio 2. Accesibilidad y continuidad de la atención.		ES 5 03.06_01: El Laboratorio Clínico garantiza la correspondencia biunívoca entre el formulario de solicitud y los especímenes. ES 5 03.07_01: Se aplica un reglamento del uso del Sistema de Información del Laboratorio (SIL) en el que se describe la gestión de la información referente a un espécimen desde que entra en el Laboratorio hasta que es emitido el informe.	ES 5 02.11_01: La Unidad de Gestión Clínica dispone de un plan de comunicación en el que se habilitan los mecanismos necesarios para garantizar la resolución de todas las actuaciones relacionadas con el episodio.	ES 5 03.08_01: El Laboratorio Clínico dispone de un control de ediciones de los informes normalizados y copias.	
	Criterio 3. Información clínica.		ES 5 04.06_01: Cada una de las fases del Proceso de Soporte Laboratorios Clínicos está descrita y documentada.	ES 5 04.07_01: En la implantación del Proceso de Soporte Laboratorios Clínicos se incorporan y evalúan indicadores de calidad.	ES 5 04.08_01: El Laboratorio Clínico dispone de una cartera de servicios adaptada a las necesidades de su entorno y capaz de dar respuesta a los avances tecnológicos.	
	Criterio 4. Gestión de planes y procesos asistenciales integrados.	ES 5 08.13_01: Se adoptan las medidas oportunas para facilitar la accesibilidad de los profesionales sanitarios al Laboratorio Clínico. ES 5 08.14_01: Se garantiza el cumplimiento del plan de mantenimiento preventivo, calibraciones y verificaciones correspondiente a los equipos del Laboratorio Clínico, registrando las actuaciones realizadas y los resultados obtenidos.	ES 5 08.18_01: Se garantizan las comunicaciones y los suministros esenciales y prioritarios en situaciones de emergencias.			
<p>Criterio 8. Estructura, equipamiento y proveedores.</p>	ES 5 08.15_01: Existen responsables de coordinar, mantener y asegurar el funcionamiento del equipamiento del Laboratorio Clínico.	ES 5 08.16_01: Está implantado un procedimiento para el control, transporte, manipulación, conservación y segregación de las muestras y/o especímenes.	ES 5 08.17_01: El Laboratorio Clínico dispone de fichas de datos de seguridad que garanticen las condiciones de seguridad exigidas al uso y almacenamiento de los productos utilizados que supongan un riesgo.			

Bloque	Criterio	Obligatorio	Grupo I	Grupo II	Grupo III
<p>Anexo I. Laboratorios Clínicos. Estos estándares son adicionales a los de las Unidades de Gestión Clínica y son aplicables a aquellas que incluyan en su cartera de servicios un área de Laboratorio Clínico para dar apoyo al diagnóstico.</p>	<p>Criterio 9. Sistemas y tecnologías de la información.</p>	<p>ES 5 10.13_01: El Laboratorio Clínico realiza un programa de control de calidad interno y externo conforme a procedimientos previamente establecidos.</p>	<p>ES 5 09.08_01: El Laboratorio Clínico promueve acciones para conseguir la trazabilidad del proceso.</p> <p>ES 5 10.14_01: El Laboratorio Clínico dispone y utiliza un formulario de solicitud de pruebas consensuado entre los profesionales sanitarios.</p>	<p>ES 5 10.12_01: Se aplican procedimientos específicos de control de especímenes que no se ajustan a los estándares de calidad previamente definidos por el Laboratorio Clínico.</p>	<p>ES 5 09.09_01: El Laboratorio Clínico dispone de sistemas de información que garantizan la trazabilidad de las actividades del proceso.</p> <p>ES 5 10.20_01: El Laboratorio Clínico establece un control de los documentos utilizados, y revisa periódicamente los contenidos.</p>
	<p>Criterio 10. Herramientas de Calidad y Seguridad.</p>	<p>ES 5 10.16_01: El informe debe contener los datos relevantes para la toma de decisiones clínicas.</p> <p>ES 5 10.17_01: El Laboratorio Clínico ha establecido los criterios de validación de los informes derivados de los estudios realizados, así como los criterios de distribución de los mismos.</p> <p>ES 5 10.18_01: El Laboratorio Clínico ha habilitado los mecanismos necesarios para la comunicación y actuación ante resultados críticos que requieren acción inmediata.</p>	<p>ES 5 10.19_01: Cualquier nueva incorporación de un método de estudio a la cartera de servicios o el cambio de un método ya existente por otro, así como la incorporación de nuevas tecnologías al Laboratorio Clínico, se somete a una evaluación previa a su puesta en servicio.</p> <p>ES 5 10.21_01: Están establecidas las normas de utilización y envío de muestras a laboratorios externos.</p>	<p>ES 5 10.15_01: El Laboratorio Clínico evalúa el grado de cumplimiento de la solicitud y emprende acciones de mejora tras su análisis.</p>	<p>ES 5 11.13_01: El Laboratorio Clínico dispone de un sistema de control de gestión de la actividad que permite conocer el coste directo por unidades peticionarias (Unidades de Gestión Clínica, Servicios, Centros de Atención Primaria, etc.).</p>
<p>Anexo II. Unidades de Hemodiálisis. Estos estándares son adicionales a los de las Unidades de Gestión Clínica y son aplicables a aquellas que incluyan en su cartera de servicios una unidad de hemodiálisis para dar apoyo al tratamiento.</p>	<p>Criterio 11. Resultados de la Unidad de Gestión Clínica.</p>	<p>ES 5 02.12_01: La Unidad de Hemodiálisis mantendrá actualizada la situación de sus pacientes en el Sistema de Información de la Coordinación Autonómica de Trasplantes de Andalucía (SIC/ATA).</p> <p>ES 5 02.14_01: Se emite un informe clínico al menos con periodicidad anual que garantice la continuidad de la asistencia.</p>	<p>ES 5 02.13_01: La Unidad de Hemodiálisis facilita información a las personas usuarias sobre el acceso a recursos externos de apoyo para pacientes, personas cuidadoras y familiares.</p>		
	<p>Criterio 8. Estructura, equipamiento y proveedores.</p>	<p>ES 5 08.19_01: Está implantado y se cumple un procedimiento para la gestión de calidad del líquido de diálisis, que recoge de forma programada y documentada el mantenimiento de las instalaciones relacionadas, el tratamiento del agua y los controles de calidad.</p> <p>ES 5 10.22_01: Existen procedimientos para garantizar las comunicaciones y los suministros esenciales y prioritarios en situaciones de emergencia.</p> <p>ES 5 10.23_01: Se adoptan las medidas adecuadas para garantizar el aislamiento de los pacientes con indicación, según las recomendaciones de las Guías de Práctica Clínica actualizadas.</p>			
	<p>Criterio 10. Herramientas de Calidad y Seguridad.</p>				

Bloque	Criterio	Obligatorio	Grupo I	Grupo II	Grupo III	
<p>Anexo III. Centros y Unidades de Diagnóstico por la Imagen. Estos estándares son adicionales a los de las Unidades de Gestión Clínica y son aplicables a las Unidades de Diagnóstico por la Imagen.</p>	<p>Criterio 1. La persona como sujeto activo.</p>			<p>ES 5 01.14_01: Se facilita al usuario información actualizada sobre tiempos de espera en relación con las técnicas realizadas en el Centro o Unidad de Diagnóstico por la Imagen.</p>		
	<p>Criterio 2. Accesibilidad y continuidad de la atención.</p>		<p>ES 5 02.15_01: El Centro o Unidad de Diagnóstico por la Imagen incorpora en su Cartera de Servicios las características particulares y limitaciones de las técnicas disponibles y las da a conocer.</p>	<p>ES 5 02.16_01: El Centro o Unidad de Diagnóstico por la Imagen dispone de una cartera de servicios adaptada a las necesidades de su entorno asistencial y es capaz de dar respuesta a los avances tecnológicos.</p>		
	<p>Criterio 3. Información clínica.</p>	<p>ES 5 03.11_01: El informe aporta los datos e información relevantes para la toma de decisiones clínicas.</p>			<p>ES 5 03.10_01: El Centro o Unidad de Diagnóstico por la Imagen dispone y utiliza un formulario de solicitud de técnicas consensuado entre las unidades peticionarias y evalúa su grado de cumplimiento, emprendiendo acciones de mejora tras su análisis.</p>	
	<p>Criterio 4. Gestión de planes y procesos asistenciales integrados.</p>	<p>ES 5 04.09_01: Están identificadas y definidas las diferentes responsabilidades de actuación de los profesionales del Centro o Unidad de Diagnóstico por la Imagen sobre las distintas fases del Proceso de Soporte Técnico de Imagen.</p>	<p>ES 5 04.10_01: Cada una de las fases del Proceso de Soporte Técnico de Imagen está descrita y documentada.</p>	<p>ES 5 04.11_01: Se incorporan y evalúan indicadores de calidad en la adaptación del Proceso de Soporte Técnico de Imagen.</p>		

Bloque	Criterio	Obligatorio	Grupo I	Grupo II	Grupo III	
<p>Anexo III. Centros y Unidades de Diagnóstico por la Imagen. Estos estándares son adicionales a los de las Unidades de Gestión Clínica y son aplicables a las Unidades de Diagnóstico por la Imagen.</p>	Criterio 5. Promoción de la salud.	<p>ES 5 05.08_01: El Centro o Unidad de Diagnóstico por la Imagen dispone de un Programa de Protección Radiológica.</p> <p>ES 5 05.09_01: El Centro o Unidad de Diagnóstico por la Imagen dispone de procedimientos para la evaluación de las dosis impartidas a los pacientes en las prácticas más frecuentes.</p>	<p>ES 5 05.07_01: Se planifica e interviene en las necesidades detectadas en materia de prevención y promoción de la salud sobre los riesgos derivados del uso de las radiaciones ionizantes.</p> <p>ES 5 05.09_01: El Centro o Unidad de Diagnóstico por la Imagen dispone de procedimientos para la evaluación de las dosis impartidas a los pacientes en las prácticas más frecuentes.</p>	<p>ES 5 05.10_01: El Centro o Unidad de Diagnóstico por la Imagen implanta los procedimientos para disponer de los registros individualizados de dosis por paciente en el centro.</p>	<p>ES 5 05.11_01: El Centro o Unidad de Diagnóstico por la Imagen determina las bases para posibilitar los registros históricos dosimétricos de cada paciente.</p>	
	Criterio 8. Estructura, equipamiento y proveedores.	<p>ES 5 08.20_01: El Centro o Unidad de Diagnóstico por la Imagen tiene implantado un Programa de Control de Calidad del equipamiento.</p> <p>ES 5 08.21_01: Están implantados los procedimientos para garantizar la seguridad, eficacia y calidad en la producción, conservación y utilización de los radiofármacos y otras fuentes radioactivas.</p>	<p>ES 5 09.10_01: Se dispone de sistemas de almacenamiento y comunicación de imágenes digitales que permiten el acceso a la información de cada paciente.</p>			
	Criterio 9. Sistemas y tecnologías de la información.					
	Criterio 10. Herramientas de Calidad y Seguridad.		<p>ES 5 10.24_01: Se ha definido un Programa de Garantía de Calidad en las técnicas (radiodiagnóstico, medicina nuclear) de imagen y se ha remitido a la Administración Sanitaria correspondiente.</p> <p>ES 5 10.27_01: Cualquier nueva incorporación de un método de estudio a la cartera de servicios o el cambio de un método ya existente por otro, así como la incorporación de nuevas tecnologías al Centro o Unidad de Diagnóstico por la Imagen, se somete a una evaluación previa a su puesta en servicio.</p> <p>ES 5 10.28_01: El Centro o Unidad de Diagnóstico por la Imagen ha habilitado los mecanismos necesarios para la comunicación y actuación ante hallazgos inesperados que requieren acción inmediata.</p>	<p>ES 5 10.25_01: El Programa de Garantía de Calidad es un documento divulgado y conocido.</p>	<p>ES 5 10.26_01: Se realizan auditorías del Programa de Garantía de Calidad en las técnicas de imagen de forma periódica y los resultados son incorporados en la mejora de los procedimientos de trabajo.</p>	
	Criterio 11. Resultados de la Unidad de Gestión Clínica.					<p>ES 5 11.14_01: El Centro o Unidad de Diagnóstico por la Imagen incorpora y evalúa indicadores que permitan medir la calidad de los resultados diagnósticos y terapéuticos.</p>