

# Proceso de acreditación por la agencia de calidad sanitaria andaluza (ACSA) de una unidad de medicina nuclear (UMN)

Esther López-Martínez<sup>1</sup>, Yolanda Santaella-Guardiola<sup>2</sup>, Milagros Cardoso-Rodríguez<sup>2</sup>, Pilar Valderas-Montes<sup>2</sup>.

1 - Unidad de Radiofarmacia, Servicio de Unidad de Gestión Diagnóstica. Hospital Punta de Europa, Cádiz. España..

2 - Servicio de Unidad de Gestión Diagnóstica. Hospital Punta de Europa, Cádiz. España..

## Resumen

**Objetivo:** Describir el proceso de acreditación de la UMN en la ACSA en el nivel Avanzado. **Material y métodos:** Solicitamos a la ACSA la acreditación de la UMN, a través de la aplicación informática "Me\_jora C". Una vez aceptada la solicitud, se sigue el manual de estándares de acreditación de la ACSA, cumplimentando la autoevaluación, que consta de 5 bloques y 11 criterios. Dentro de cada criterio, existen: estándares (obligatorios y aconsejables) de grupo I, II y III; propósito, evidencias positivas y áreas de mejora. El total de los estándares son 126 para la cumplimentación del 100%, aunque para conseguir la acreditación en el nivel Avanzado sólo debemos superar el 70%. **Resultados:** Obtuvimos en el bloque I 72,41%, bloque II 62,50%, bloque III 50%, bloque IV 74,51% y bloque V 50%. Después de aplicar las acciones correctoras que nos sugiere la ACSA para conseguir la acreditación, se consiguió cumplir el 78,6% de los estándares. **Conclusión:** Una vez realizadas todas estas modificaciones en la UMN, se obtuvo el certificado de Acreditación por la ACSA en el nivel Avanzado. El proceso de acreditación es una herramienta que nos ha servido para reflexionar sobre nuestro trabajo diario, midiendo, analizando y aumentando el potencial de desarrollo y mejora de nuestra unidad e impulsando de manera positiva a todos los profesionales a la consecución de una mejora continua en todos los ámbitos.

**Palabras Clave:** Calidad; Acreditación; ACSA.

## Abstract

**Aim:** To describe the accreditation process of the UMN in the ACSA at the Advanced level. **Materials and methods:** We requested to ACSA the accreditation of the UMN, through computer application "Me\_jora C". Once the request was accepted, the manual of ACSA accreditation standards was followed for the completion of the self-assessment, which consists of 5 blocks and 11 criteria. Within each criterion, there are: standards (mandatory and desirable) of group I, II and III; purpose, positive evidence and areas for improvement. There is a total of 126 standards for completing 100%, but it is only necessary to exceed 70% to get accreditation at the Advanced level. **Results:** We obtained block I 72.41%, block II 62.50%, block III 50%, block IV 74.51 % and block V 50%. After applying the corrective actions suggested by the ACSA to achieve accreditation, 78.6% of the standards were met. **Conclusion:** When all these changes were performed at the UMN, certificate of accreditation by the ACSA at the Advanced level was obtained. The accreditation process is a tool that has helped us to reflect on our daily work, measuring, analyzing and increasing the potential for development and improvement of our unit, and encouraging all professionals to achieve continuous improvement in all areas.

**Key words:** Quality; Accreditation; ACSA.

## Introducción

El modelo de calidad de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía señala la mejora continua de la calidad del servicio sanitario al ciudadano como marco de actuación de todos y cada uno de los elementos del sistema. La calidad como estrategia de mejora continua hacia la excelencia es uno de los pilares sobre los que se asienta el sistema sanitario.

Definimos la acreditación como el proceso mediante el cual se observa y reconoce la forma de actuación de un servicio o

institución hacia los ciudadanos tomando como referencia un modelo de calidad, con una finalidad: favorecer e impulsar, hasta la excelencia, la mejora continua. Para garantizarlo, es necesario definir lo que se entiende por calidad, observar y reconocer en qué grado las tecnologías, las instituciones y los profesionales sanitarios responden a tales criterios de calidad y, a partir de ese punto, facilitar un marco de trabajo o patrón de referencia para avanzar en el camino de la mejora continua hacia la excelencia.

La acreditación consta de 4 fases:

- Fase 1: Preparación: Solicitud de acreditación.
- Fase 2: Enfoque interno: Autoevaluación.
- Fase 3: Enfoque Externo: Visita de evaluación.
- Fase 4: Seguimiento.

**Fase 1:** Preparación: Solicitud de acreditación y visita de presentación.

La directora de la Unidad de Medicina Nuclear (UMN) solicita iniciar el proceso de acreditación a la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA) mediante la cumplimentación de una solicitud en la aplicación “Me\_jora C” disponible en la página web de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía<sup>(1)</sup>

Esta solicitud tiene como consecuencia la planificación conjunta entre la UMN y la ACSA, de todo el proceso de acreditación. Seguidamente, la ACSA designa un responsable del proyecto y la UMN nombra un responsable interno del mismo para facilitar el desarrollo del proceso y la comunicación con la ACSA. Por último, de forma consensuada con el centro, se planifica y se realiza una visita de presentación del proceso de acreditación por parte del ACSA.

**Fase 2:** Enfoque interno: Autoevaluación.

La fase de autoevaluación está en comprobación constante de las acciones de mejora de la UMN y para ello contamos con los estándares de referencia. En esta etapa todos los profesionales que integran la unidad reflexionan acerca de su labor diaria: “¿Qué se está haciendo bien? ¿Qué podemos mejorar?” Es decir, se lleva a cabo un ejercicio de análisis de lo que se está realizando (evidencias positivas) y a su vez se detectan las áreas que ofrecen oportunidad de mejora. El objetivo de la autoevaluación es conseguir identificar nuestros puntos fuertes, con el propósito de mantenerlos e incluso mejorarlos, y reforzar las áreas que presentan necesidad de mejora.

**Fase 3:** Enfoque externo: Visita de evaluación.

Una vez que hemos terminado la fase de autoevaluación, la UMN concierta una cita con el equipo evaluador de la ACSA. Los evaluadores externos verifican el cumplimiento de los estándares a partir de las evidencias positivas y las áreas de mejora que hemos aportado. Al concluir la visita externa, el equipo evaluador emite un informe conteniendo el grado de cumplimiento de los estándares y estableciendo un conjunto de recomendaciones.

**Fase 4:** Seguimiento.

Una vez terminado el proceso de acreditación, debemos cumplir y mantener en el tiempo los objetivos, consolidar los resultados obtenidos mediante la estabilización del cumplimiento de los estándares a lo largo de cinco años, así como mantener y detectar nuevas áreas de mejora.

Figura 1. Fases del programa de acreditación.

## Objetivo

El objetivo de la presente comunicación fue describir las diferentes etapas del proceso de acreditación de un servicio de diagnóstico por imágenes en nuestro medio y destacar los beneficios de transitar dicho proceso.

## Material y método

### 1. La autoevaluación

La autoevaluación se convierte en una herramienta básica de calidad que nos permite a los profesionales implicarnos en la mejora continua de nuestra unidad, identificando fortalezas y áreas de mejora. Esto nos lleva a reflexionar acerca de nuestro trabajo diario sobre:

¿Qué hacemos? y ¿Cómo podemos demostrarlo? De aquí obtenemos las Evidencias Positivas.

¿Qué resultados hemos obtenido? ¿Cómo podemos mejorar? Estas preguntas nos llevan a implantar las Áreas de Mejora.

Para llevar a cabo la autoevaluación, debemos seguir el manual que contiene y describe los estándares de referencia contra los cuales compararemos nuestro desempeño. Este manual se estructura en cinco bloques y once criterios:

### **I. El ciudadano, centro del sistema sanitario:**

- Ciudadanos: satisfacción, participación y derechos.
- Accesibilidad y continuidad en la asistencia.
- Documentación y archivo.

### **II. Organización de la actividad centrada en el paciente:**

- Gestión de procesos asistenciales.
- Promoción y prevención en salud.
- Dirección y planificación estratégica.

### **III. Profesionales:**

- Profesionales, desarrollo y formación

### **IV. Estructura y organización:**

- Estructura, equipamiento y proveedores.
- Sistemas y tecnologías de la información.
- Sistemas de calidad y seguridad.

### **V. Resultados:**

- Resultados.

## **2. Los estándares.**

Llamamos estándares a ciertos patrones de referencia. La comparación con los mismos se formula a modo de interrogación para favorecer la reflexión y la identificación de evidencias positivas y de esa forma obtener una respuesta al cumplimiento de los mismos. La distribución de los estándares se hace en tres grupos:

- **Estándares del Grupo I - Nivel Avanzado:** Son los que incluyen los derechos y seguridad del ciudadano y de los profesionales, así como los principios éticos. Algunos ostentan la condición de obligatorios, o sea que han de estar presentes y estabilizados para alcanzar cualquier grado de acreditación. Existe un total de 84, 48 de ellos son obligatorios (se debe cumplir con todos para poder obtener la acreditación) y los 36 restantes son aconsejables.
- **Estándares del Grupo II - Nivel Óptimo:** Determinan los elementos asociados al mayor desarrollo de la organización; son 21 en total.
- **Estándares del Grupo III - Nivel Excelente:** Se refieren a innovación y desarrollo orientados a la sociedad en general. Existe un total de 21.

El total de los estándares es de 126 para la cumplimentación del 100%, pero nuestro objetivo fue alcanzar la acreditación en el nivel Avanzado, por lo que sólo debemos lograr un cumplimiento mayor del 70% de estándares del Grupo I (incluyéndose dentro de este porcentaje la totalidad de los considerados como obligatorios).

Una vez obtenido un grado de acreditación Avanzado, la UMN debe mantener los estándares alcanzados durante al menos un año y a partir del segundo año podrá optar de forma voluntaria a la acreditación en los grados sucesivos, o a la reacreditación en su mismo grado hasta transcurrido un máximo de 5 años.

En cuanto a los estándares también cabe aquí establecer una definición de términos:

**Propósito:** Es el objetivo que tienen que cumplir los estándares. **Evidencia Positiva:** Pruebas que se aportan para conseguir la finalidad u objetivo del estándar, pudiendo usar distintos formatos: texto, archivos (word, excell, power point, etc.), imágenes, etc. **Áreas de Mejora:** Son actuaciones que se plantean para mejorar el desempeño actual o alcanzar el estándar, es decir, son áreas de oportunidad. En este punto se asignaran responsables para llevar a cabo la mejora, ya que tiene fecha de caducidad y se debe cumplir en un lapso que consideremos adecuado para implantarla, aportando pruebas sobre la existencia de esas buenas prácticas.

**Tabla 1.** Resumen de la distribución de los distintos tipos de estándares.

Tipo de estándar	Definición	Nº	%
Grupo I	Estándares que contemplan los derechos consolidados de los ciudadanos, los aspectos ligados a la seguridad de ciudadanos y profesionales. Los principios éticos que se deben contemplar en todas las actuaciones del Centro o Unidad de Diagnóstico por la Imagen y aquellos elementos prioritarios para la SSPA.	36	28,57
	Algunos tienen la consideración de "obligatorios".	48	38,10
Total GI		84	66,67
Grupo II	Estándares que determinan elementos asociados al mayor desarrollo de la organización (sistemas de información; nuevas tecnologías y rediseño de espacios organizativos).	21	16,67
Grupo III	Abarca aquellos estándares que demuestran que el Centro o Unidad de Diagnóstico por la Imagen genera innovación y desarrollo orientado a la sociedad en general.	21	16,67
TOTAL GENERAL		126	100

## Resultados

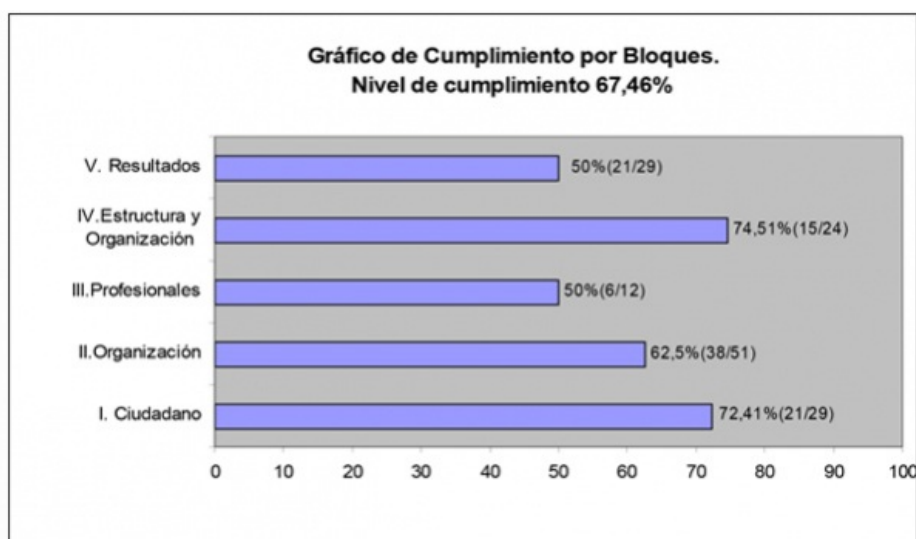
Una vez realizada la visita de los evaluadores externos de la UMN, se nos informó de los siguientes resultados:

- Bloque I. El Ciudadano, centro del sistema Sanitario: 29 estándares del Grupo I, de los cuales 14 son obligatorios. De ellos, cumplimos 10 obligatorios y 4 no obligatorios, lo cual representa el 72,41%.
- Bloque II. Organización de la actividad centrada en el paciente: 14 estándares pertenecen al Grupo I, de los cuales 5 son obligatorios. Cumplimos 4 obligatorios y 7 no obligatorios (62,50%).
- Bloque III. Profesionales: 5 estándares del Grupo I, de los cuales 2 son obligatorios (de ellos cumplimos ambos) y 3 no obligatorios. Se consigue el 50%.
- Bloque IV. Estructura y Organización: 39 estándares del Grupo I, de los cuales 23 son obligatorios y de ellos cumplimos 22 y 9 no obligatorios. Se consigue el 74,5%.
- Bloque V. Resultados: 5 estándares del Grupo I, de los cuales 4 son obligatorios y de ellos cumplimos 4 y cero no obligatorios. Se consigue el 50%.

**Tabla 2.** Cumplimiento de los estándares por criterios.

Agrupación	N° Estándar	Cumplen (n)	Cumplen (%)
1. Pacientes: satisfacción, participación, derechos	12	7	58,3
02. Accesibilidad y continuidad de la asistencia	9	4	44,4
03. Documentación y archivo	8	3	37,5
04. Gestión de procesos asistenciales	5	3	60
05. Promoción y prevención en salud	8	4	50
06. Dirección y planificación estratégica	11	6	54,5
07. Profesionales: desarrollo y formación	12	6	50
08. Estructura, equipamiento y proveedores	27	22	81,5
09. Sistemas y tecnologías de la información	13	3	23,1
10. Sistemas de calidad y seguridad	11	6	54,5
11. Resultados de la Unidad de Diag. por Imagen	10	4	40
<b>Totales</b>	<b>126</b>	<b>68</b>	<b>54</b>

**Tabla 3.** Nivel de cumplimiento por bloques.



## Discusión

Una vez analizados todos los estándares por los evaluadores externos, hubo una relación de estándares obligatorios que no se cumplieron, por lo que nos fue concedido un plazo de 6 meses para superarlos. Se establecieron acciones correctoras destinadas al cumplimiento de estos estándares:

- No se habían realizado evaluaciones periódicas de la calidad de la cumplimentación del Consentimiento Informado.
- Aunque los informes y placas se integraban en la Historia de Salud hospitalaria, no se adjuntaba el Consentimiento Informado firmado ni la historia propia de la UMN en la Historia de Salud general del paciente.
- No existía correlación entre el número asignado en Medicina Nuclear y el número de Historia de Salud general del paciente en los pacientes ingresados.
- La estructura de la secretaría de la UMN no garantizaba el acceso restringido a los documentos con información clínica y personal de pacientes. No se cumplía la confidencialidad.
- No existía cultura de seguridad entre los profesionales y ni tampoco se disponía de una herramienta que nos ayudara a identificar, valorar y subsanar los riesgos potenciales que surgieran en la unidad. La UMN no tenía desarrollada una metodología contrastada para la gestión del riesgo (mapa de riesgo, matriz de riesgo, AMFE, etc.).

Una vez recibido el informe del resultado de la evaluación, la UMN analizó las propuestas especificadas por los evaluadores del ACSA. Esto nos llevó a modificar y mejorar nuestra labor cotidiana mediante la incorporación de las propuestas a los protocolos normalizados de trabajo de la unidad, entre ellos:

- Evaluación periódica de la cumplimentación correcta de los consentimientos informados mediante auditorías anuales.
- Integración en la Historia de Salud general del paciente.
- Informatización del registro de entradas de los pacientes.
- Reforma de la Unidad de Atención al Usuario para garantizar el acceso restringido de los documentos y formación de la
- Unidad en Protección de datos de la LOPD.
- Inicio de un sistema de vigilancia para identificar el riesgo e implantación consecuente de un sistema de cultura de seguridad del paciente, junto con un sistema de notificación de eventos adversos.

Una vez incorporadas todas las propuestas, se consiguió superar el cumplimiento del 70% de los estándares.

**Tabla 4..** Resultados del cumplimiento de estándares en la Unidad de Medicina Nuclear del Hospital Punta de Europa.

Estándares por grupo	Cumplimiento
<b>Grupo I</b>	<b>78,6%</b>
Obligatorio	89,6%
No Obligatorio	63,9%
<b>Grupo II</b>	<b>9,5%</b>
<b>Grupo III</b>	<b>0%</b>

La obtención de la acreditación de la UMN es un proceso dinámico y de autoevaluación, de forma que a los 2 y 4 años de otorgada la acreditación se realiza la evaluación del seguimiento, donde debe verificarse el cumplimiento de todos los estándares obligatorios. El desempeño debe mantenerse en el tiempo, al igual que la actualización y cumplimiento de las áreas de mejora y de los indicadores de actividad y procesos asistenciales.

## Conclusiones

Una vez realizadas todas las modificaciones sugeridas por los evaluadores en la UMN, se consiguió alcanzar el 78,6% de cumplimiento de los estándares y se obtuvo el certificado de acreditación por la ACSA en el nivel Avanzado.

El proceso de acreditación es una herramienta que nos ha servido para reflexionar sobre nuestro trabajo diario, midiendo, analizando y aumentando el potencial de desarrollo y mejora de nuestra unidad, impulsando de manera positiva a los profesionales a la consecución de la mejora continua en todos los ámbitos.

## Referencias

01. [Guía de uso de la aplicación de soporte al proceso de certificación de Centros y Unidades Sanitarias. ME\\_jora C.](#)