



**Esquema de Evaluación de la
Guía de Estándares
de Calidad Asistencial v3
(Gestión Clínica)**



Promueve y edita: Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA).

Aprobado el 15 de febrero de 2024 por la Dirección Gerencia del Servicio de Salud del Principado de Asturias.

© Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA).

Depósito Legal AS00430-2024

ISBN: 978-84-09-58930-2

Control de Versiones

Versión	Fecha	Cambio relevante
1	15 de febrero de 2024	Versión inicial
2	25 de septiembre de 2024	Modificación de la vigencia de los certificados emitidos
3	21 de enero de 2026	Inclusión de la posibilidad de evaluar la calidad asistencial de Servicios, Unidades o Equipos a solicitud propia.

ADVERTENCIA: puede existir una versión más actualizada de este documento. Para consultar la versión vigente contactar con la Unidad de Evaluación en Calidad del SESPA o consultarla en la página web.

Unidad de Evaluación en Calidad del SESPA (UEC-SESPA)

Plaza del Carbayón 1 y 2

33001 Oviedo

Teléfono: 985108590

Correo electrónico: ucsespa.sccc@sespa.es

Página web: <http://uc.sespa.es/>

SIGLAS Y ACRÓNIMOS

AGC: Área de Gestión Clínica.

GECA: Guía de estándares de la calidad asistencial.

RHP: Red Hospitalaria Pública.

SESPA: Servicio de Salud del Principado de Asturias.

UEC-SESPA: Unidad de Evaluación en Calidad del SESPA.

UGC: Unidad de Gestión Clínica.

Autores:**Unidad de Evaluación en Calidad del SESPA (UEC-SESPA):**

- Paula Alonso González. Responsable de Calidad UEC-SESPA.
- Montserrat Miguel Carrizo. Técnico UEC-SESPA.
- Valentín Javier Rodríguez Martínez. Jefe de la UEC-SESPA.

ÍNDICE

SIGLAS Y ACRÓNIMOS	4
INTRODUCCIÓN.....	9
LA GUÍA DE ESTÁNDARES PARA LA GESTIÓN CLÍNICA (GECA GC)	9
LA EVALUACIÓN DE LOS ESTÁNDARES DE CALIDAD	9
CERTIFICACIÓN DE UN NIVEL DE CALIDAD	10
VALORACIÓN DE LOS ESTÁNDARES DE CALIDAD	10
EL PLAN DE EVALUACIÓN	10
EL CICLO DE EVALUACIÓN	10
LA ENCOMIENDA.....	10
LA AUTOEVALUACIÓN Y LA SEDE DE AUDITORÍA E INTERLOCUTORES.....	10
DOCUMENTACIÓN A APORTAR	11
LA AUDITORÍA.....	11
REUNIÓN INICIAL	11
REVISIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	11
VISITA DE INSTALACIONES	11
ENTREVISTAS A PROFESIONALES Y PACIENTES	11
TRAZADO DE PACIENTES Y/O PROCESOS.....	11
REUNIÓN DEL EQUIPO AUDITOR	12
REUNIÓN FINAL.....	12
EL INFORME DE AUDITORÍA	12
NO CONFORMIDADES	12
OPORTUNIDADES DE MEJORA	12
RESOLUCIÓN DE QUEJAS Y APELACIONES.....	12
EL COMITÉ DE EVALUACIÓN	12
EMISIÓN Y VIGENCIA DEL CERTIFICADO.....	13
REQUISITOS PARA OBTENER Y/O MANTENER EL CERTIFICADO	13
COMPROMISOS DE LA UEC-SESPA CON EL DISPOSITIVO ASISTENCIAL	13
SOBRE EL USO DEL CERTIFICADO	14
SUSPENSIÓN O RETIRADA DEL CERTIFICADO.....	14
ANEXO I: SOLICITUD DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD	15

INTRODUCCIÓN

La aprobación de la Guía de Estándares para la Gestión Clínica (GECA GC) hace necesario formular un Esquema de Evaluación en el que se expliciten los requisitos exigibles para los dispositivos asistenciales y la sistemática para evaluar el grado de implantación de los estándares de calidad. Es imprescindible definir los ciclos de evaluación y los requisitos necesarios para la obtención y el mantenimiento de los certificados de calidad por parte de las Áreas y Unidades de Gestión Clínica (AGC/UGC).

LA GUÍA DE ESTÁNDARES PARA LA GESTIÓN CLÍNICA (GECA GC)

La Guía de estándares de calidad para la Gestión Clínica (GECA GC) surge como una evolución del anterior modelo de calidad para agrupar en un formato homogéneo los estándares de calidad asistencial del Servicio de Salud Asturiano. Esta apuesta se define en el "Documento de posicionamiento del SESPA" v2 de diciembre de 2023 en relación con la gestión de la calidad en el SESPA.

A partir de esta versión del Esquema se introduce la posibilidad de solicitud voluntaria por parte de un dispositivo sanitario (Servicio, Unidad, Equipo de AP, etc.) no vinculado a ningún acuerdo de Gestión Clínica.

De esta forma se armonizan las evaluaciones que realiza la Unidad de Evaluación en Calidad del Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA) en un modelo único que cuenta con versiones en función de su ámbito de aplicación (GECA GC para la Gestión Clínica o GECA RHP para la Red Hospitalaria Pública).

Los esquemas de evaluación son también semejantes, lo que facilita la evaluación y el conocimiento del modelo por los dispositivos y por los equipos auditores.

LA EVALUACIÓN DE LOS ESTÁNDARES DE CALIDAD

Los estándares de calidad formulados en la Guía de Estándares de Calidad Asistencial para la Gestión Clínica tienen 3 posibilidades en relación con su nivel de cumplimiento:

- Cumplimiento total.
- Cumplimiento parcial.
- No cumplimiento.

Gráficamente se asocia con los colores de un semáforo:

- Cumplimiento total → Verde.
- Cumplimiento parcial → Ámbar.
- No cumplimiento → Rojo.



Nivel de cumplimiento de un estándar de calidad:

Cada estándar de calidad contiene una serie de elementos que definen una situación deseada para que una Unidad o Área de Gestión Clínica (UGC/AGC) pueda considerar cumplido totalmente ese estándar de calidad. Se considera que un estándar tiene un cumplimiento total cuando todos o la mayoría de los elementos que se definen para ese estándar en la GECA GC se cumplen y se puede comprobar a través de evidencias objetivables.

En las UGC/AGC que cuentan con diferentes dispositivos (p. ej.: Centro de Salud y Consultorio Periférico) o distintos ámbitos de actividad (p. ej.: AGC con plantas de hospitalización, actividad quirúrgica y consultas externas o AGC de Salud Mental con Centro de Salud Mental, Unidad de Hospitalización Psiquiátrica, Hospital de Día, Unidad de Tratamiento de Toxicomanías, etc.), los elementos del estándar han de cumplirse en todos ellos, siempre que éstos sean aplicables.

Algunos de los elementos definidos para los estándares, por su carácter general, pueden no ser de aplicación a todas las UGC/AGC o a todos los dispositivos de una UGC/AGC.

Cuando no se pueda objetivar el cumplimiento de todos los elementos del estándar o sólo se pueda verificar para alguno de los dispositivos incluidos en la UGC/AGC o alguno de sus ámbitos de actuación (consultas, plantas de hospitalización, bloque quirúrgico, hospital de día, etc.), ese estándar se considera que tiene un cumplimiento parcial.

Cuando a través de las evidencias recabadas en la auditoría y la documentación aportada por la UGC/AGC se ponga de manifiesto el incumplimiento generalizado de los elementos que se definen en la GECA GC para un estándar de calidad, o bien estos elementos sólo se cumplan en un dispositivo o ámbito de atención, no estando abordados en el resto, se considerará que ese estándar tiene una situación de no cumplimiento.

El juicio sobre el nivel de cumplimiento de los estándares de calidad será siempre una decisión del auditor Jefe de cada auditoría, en base a los hallazgos de la propia auditoría y a la documentación aportada previamente por la UGC/AGC. La UEC-SESPA velará por el mantenimiento de criterios uniformes en todas las auditorías.

La autoevaluación realizada por la UGC/AGC nunca será vinculante, tampoco los resultados obtenidos en anteriores ejercicios serán consolidados, ya que tanto los niveles de calidad, como el nivel de cumplimiento de los estándares, siempre se refiere al ejercicio evaluado.

CERTIFICACIÓN DE UN NIVEL DE CALIDAD

Para la certificación de un determinado nivel de calidad por una UGC/AGC es necesario el cumplimiento, al menos parcial, de todos los estándares de calidad correspondientes al nivel de calidad evaluado. Es decir, nunca se podrá emitir un certificado de calidad cuando uno de los estándares de calidad del nivel que se evalúa tenga una situación de no cumplimiento.

Cuando una UGC/AGC opte a un nivel B o C, la evaluación de cada nivel será progresiva, en jornadas distintas o con espacios separados dentro de la misma jornada (si el tiempo lo permite) para que se pueda certificar escalonadamente cada nivel de calidad y detener la evaluación en caso de no superarse un nivel.

VALORACIÓN DE LOS ESTÁNDARES DE CALIDAD

Las UGC/AGC obtendrán después de la auditoría un informe en el que se refleje el nivel de cumplimiento de cada estándar de calidad. Los estándares valorados con un cumplimiento total constituyen los puntos fuertes de la UGC/AGC a reforzar en siguientes ejercicios. Los estándares con un cumplimiento parcial, bien por no abordar todos los elementos o bien por no hacerlo en todas las ubicaciones, suponen oportunidades de mejora para la UGC/AGC.

El equipo auditor señalará en el informe las oportunidades de mejora que necesitan ser abordadas por la UGC/AGC, así como las evidencias que las sustentan. La revisión de dichas oportunidades de mejora formará parte de la evaluación del siguiente ejercicio y su abordaje condicionará la vigencia del certificado.

EL PLAN DE EVALUACIÓN

Las auditorías de calidad se enmarcan en un Plan de Evaluación que se difunde entre los dispositivos asistenciales y las gerencias de las áreas sanitarias a las que pertenecen. El plan describe todos los detalles y las actividades que se van a llevar a cabo, y recuerda los compromisos necesarios por ambas partes para realizar la evaluación.

El Plan de Evaluación establece el marco temporal en el que se va a desarrollar, el alcance (las UGC/AGC incluidas), los objetivos de la evaluación, los documentos de referencia, los horarios y contenidos de las auditorías, los equipos auditores, las fechas de auditorías y los compromisos relacionados con la evaluación de la calidad.

Por otro lado, las auditorías de calidad también podrán solicitarse a la UEC-SESPA fuera del marco de los acuerdos de Gestión Clínica y por tanto del citado Plan de evaluación, por parte de los responsables de servicios hospitalarios o centros de salud y de las correspondientes Gerencias. La solicitud se realizará a través de la cumplimentación del Anexo I del presente documento.

EL CICLO DE EVALUACIÓN

LA ENCOMIENDA

El punto de partida para la evaluación de la calidad es siempre una encomienda que está dirigida a la UEC-SESPA por cualquiera de los servicios o direcciones del Servicio de Salud con competencia para realizarla. Esta encomienda ha de contener las áreas y unidades de gestión clínica a quien va dirigida, así como el nivel de calidad a evaluar (A, B o C) y los estándares de calidad excluidos para cada AGC/UGC.

En el caso de evaluaciones fuera del ámbito de la Gestión Clínica, la referencia es la solicitud individual o colectiva de la Gerencia del área sanitaria, que deberá estar firmada también por los responsables de los servicios solicitantes.

LA AUTOEVALUACIÓN Y LA SEDE DE AUDITORÍA E INTERLOCUTORES

Es un requisito previo para realizar la evaluación. Las autoevaluaciones se enviarán a la UEC-SESPA en el plazo establecido, en un formato facilitado por la Unidad y a través de los mecanismos que se establezcan en el Plan de Evaluación (canal de Teams, correo electrónico, etc.). La autoevaluación consiste en la declaración del nivel de cumplimiento (total, parcial, no cumplimiento o no aplica) de cada uno de los estándares de calidad y de cada uno de los elementos de cada estándar por parte del equipo directivo de la UGC/AGC.

La UEC-SESPA también facilitará un formato para cumplimentar por la UGC/AGC con los datos de la sede de auditoría, los interlocutores que participarán en la misma y un teléfono de contacto.

DOCUMENTACIÓN A APORTAR

Cada UGC/AGC o servicio hospitalario/centro de salud contará con un canal Teams habilitado por la UEC-SESPA para subir la documentación que pruebe el desarrollo de los estándares de calidad en el plazo establecido en el Plan de Evaluación. No se valorará documentación incluida fuera de ese plazo. Se mostrarán evidencias agrupadas en carpetas individuales para cada uno de los estándares de calidad. Las evidencias pueden consistir en documentos, registros, actas, gráficos, fotografías, etc.

El equipo auditor tendrá acceso a la documentación de la UGC/AGC a evaluar con carácter previo a la auditoría.

LA AUDITORÍA

La auditoría tiene como propósito valorar el nivel de cumplimiento de los estándares de calidad que le corresponden a la UGC/AGC o servicio evaluado.

En las evaluaciones vinculadas a acuerdos firmados, se evalúa la actividad realizada por el dispositivo a lo largo de todo el ejercicio anterior, con independencia de que alguno de los últimos registros (actas, evaluaciones o difusiones) puedan estar fechados en el presente ejercicio. Deben existir actas firmadas de las reuniones periódicas de la Comisión de Dirección durante todo el ejercicio evaluado.

Para considerar que un estándar está suficientemente implantado, el dispositivo debe demostrar una implantación y desarrollo del mismo durante un tiempo adecuado.

En las evaluaciones que no estén vinculadas a acuerdos, se valora el cumplimiento de los estándares de la GECA GC en el momento de la auditoría, tal y como se hace en el caso de la GECA RHP.

REUNIÓN INICIAL

El objetivo de esta reunión es establecer las bases para el desarrollo de la auditoría. Se procederá a la presentación del equipo auditor y de los interlocutores del dispositivo asistencial y de la Gerencia del Área Sanitaria. El equipo auditor confirmará el alcance de la evaluación a realizar y resaltaré el carácter confidencial de la información que se obtenga durante el transcurso de la auditoría.

Se podrá solicitar en este punto la preparación de documentación clínica (historias electrónicas, consentimientos informados, registros clínicos, etc.) que puedan ser necesarios para la fase final de la auditoría.

REVISIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

Será el inicio de la auditoría propiamente dicha y está dedicado a la revisión documental del sistema de gestión de calidad de los dispositivos asistenciales. Se incluyen también como elementos de esta revisión, los resultados de la autoevaluación y las aclaraciones sobre la documentación facilitada. Se abordará en esta fase la comprobación de la documentación facilitada previamente por la UGC/AGC y cuantas evidencias documentales sean necesarias para corroborar su sistema de gestión de la calidad.

VISITA DE INSTALACIONES

En esta parte de la auditoría, los equipos auditores buscarán las evidencias que sustenten el cumplimiento de los estándares de calidad. Se comprobarán elementos de difusión de la información, cartelería, los procesos de asistencia sanitaria desarrollados y los elementos de estructura con los que cuenta el dispositivo. Esta fase se solapa con la siguiente, ya que en este recorrido se aprovecha para la realización de las entrevistas. Su duración (una o varias jornadas en horario de mañana) será proporcional al tamaño de la UGC/AGC o servicio/centro de salud. Además, se alternará en los sucesivos ejercicios la visita a las áreas o unidades que dispongan de varios dispositivos.

ENTREVISTAS A PROFESIONALES Y PACIENTES

En esta fase de la auditoría se trata de buscar hallazgos a través de la entrevista a profesionales y/o pacientes del grado de implantación del sistema de gestión de la calidad descrito. Se buscan sobre todo evidencias del desarrollo de los estándares de calidad, de la difusión de las monitorizaciones internas, de la accesibilidad de la documentación, etc. por parte de los profesionales. Las entrevistas a profesionales se focalizarán sobre aquellos que tengan una especial implicación con el circuito de calidad evaluado. Con las entrevistas a pacientes se buscan evidencias de la calidad de la asistencia sanitaria prestada y la percepción del paciente y/o familia.

TRAZADO DE PACIENTES Y/O PROCESOS

Las evaluaciones pueden incluir un trazado de pacientes. Esto quiere decir que a través de la evaluación de las historias clínicas (HC) de los pacientes, se valora el cumplimiento de un número de elementos de

los estándares. En el caso de que la evaluación incluya trazado de pacientes se utilizará una metodología común en todos los dispositivos: selección de historias clínicas, el número necesario, el periodo de tiempo del que se deben seleccionar, el listado de estándares en los que se va a realizar la revisión de HC, etc. El dispositivo asistencial y la gerencia del área sanitaria deben facilitar los datos necesarios para la realización de esta fase de la auditoría (el listado de historias de un determinado procedimiento, la habilitación de los perfiles de auditor para el día de la auditoría, una ubicación dotada de equipos informáticos, etc.).

REUNIÓN DEL EQUIPO AUDITOR

Una vez finalizadas las fases anteriores, el equipo auditor se reunirá para verificar los hallazgos objetivados y para valorar el nivel de cumplimiento de los elementos y de cada estándar de calidad.

REUNIÓN FINAL

Esta reunión dará por finalizada la auditoría presencial. Se informa del resultado de la auditoría, en términos de APTO/NO APTO. También se informará de las principales desviaciones evidenciadas durante la auditoría en relación con el cumplimiento de los estándares de calidad.

Se informa del carácter muestral que todas las auditorías tienen, por lo que sus hallazgos tienen también esta consideración. Se contestarán las preguntas o dudas que puedan surgir por parte del dispositivo asistencial o de la gerencia y se explicarán las siguientes fases del proceso.

EL INFORME DE AUDITORÍA

El informe de auditoría reflejará de forma perfectamente trazable los datos del dispositivo evaluado, los profesionales que han participado en la auditoría y los datos del equipo auditor.

A continuación se relacionarán los estándares de calidad que son aplicables para esa UGC/AGC o servicio/centro de salud y el nivel de cumplimiento para cada uno de ellos.

El informe de auditoría no se traduce nunca en forma de puntuación, únicamente tendrán la consideración de APTO los dispositivos que cumplan, al menos parcialmente, todos los estándares que le son de aplicación. Se considerará NO APTO los que tengan una situación de no cumplimiento para alguno de los estándares de calidad asignados.

En el informe de auditoría se relacionarán las oportunidades de mejora que se deben abordar y las evidencias que demuestren alguna desviación en el cumplimiento de los elementos de los estándares. El informe se enviará a las partes interesadas en un plazo inferior a 15 días desde la realización de la auditoría.

NO CONFORMIDADES

Será cada uno de los estándares donde el dispositivo no haya podido evidenciar un nivel de cumplimiento al menos parcial, es decir, tenga una situación de no cumplimiento. La presencia de una no conformidad impedirá la emisión del certificado y se considerará NO APTO para ese nivel.

OPORTUNIDADES DE MEJORA

Serán oportunidades de mejora a abordar por el dispositivo todas aquellas que se indiquen en el informe de auditoría, ya sea por no poder evidenciar el cumplimiento de todos los elementos del estándar o por no hacerlo en todo el alcance del área o unidad.

En las siguientes visitas los equipos auditores revisarán el abordaje de dichas oportunidades de mejora.

RESOLUCIÓN DE QUEJAS Y APELACIONES

Tras la realización de la auditoría final y la emisión del informe que recoge la valoración individual de cada uno de los estándares de calidad, en un plazo de 7 días los dispositivos evaluados pueden presentar quejas al proceso de evaluación y/o apelaciones a la valoración de los estándares, si así lo consideran. Las apelaciones presentadas serán valoradas por la UEC-SESPA y se aceptarán siempre que cumplan los criterios establecidos en el “PG 7.5 Gestión de las quejas y apelaciones” (a disposición de las partes interesadas en la web de la UEC-SESPA).

EL COMITÉ DE EVALUACIÓN

El Comité de Evaluación es el órgano encargado de revisar el ciclo de la evaluación de la calidad llevada a cabo por la UEC-SESPA, en base al elemento normativo GECA GC y al propio Esquema de Evaluación. El “Procedimiento General de Participación de las partes interesadas (PG 5.1)” desarrolla la composición y funcionamiento de este comité. El Comité de Evaluación para efectuar dicha revisión acerca de la

evaluación de la calidad asistencial del dispositivo, dispone de las siguientes entradas de información:

- La encomienda de evaluación.
- El Plan de evaluación en sus diferentes versiones.
- Los informes de auditoría, que documentan los resultados de los estándares de calidad.
- La documentación aportada por la UGC/AGC en el canal Teams y los registros del equipo auditor.
- La información recibida a través del mecanismo de primera garantía, si procede, en forma de acta con su resolución.

En el caso de los servicios o centros de salud evaluados fuera del marco de los acuerdos de Gestión Clínica, el comité analizará las auditorías realizadas desde la última reunión del Comité de Evaluación.

EMISIÓN Y VIGENCIA DEL CERTIFICADO

La UEC-SESPA emite un certificado para cada dispositivo asistencial, tras la revisión por el Comité de Evaluación, en un plazo nunca superior a 15 días después de la reunión de dicho comité. Dicho certificado tendrá la misma vigencia que el Contrato-Programa firmado entre la Consejería de Salud y el SESPA, independientemente del momento de la firma.

Durante la vigencia del certificado la UEC-SESPA programa visitas anuales de seguimiento para valorar el nivel de cumplimiento de los estándares de calidad y la evolución de la UGC/AGC.

En el caso de los servicios o centros de salud evaluados fuera del marco de los acuerdos de Gestión Clínica, los certificados tendrán una vigencia de tres años a contar desde la fecha de su emisión.

REQUISITOS PARA OBTENER Y/O MANTENER EL CERTIFICADO

El dispositivo asistencial para obtener la certificación del nivel de calidad y mantener la misma debe cumplir con una serie de requisitos:

1. Superar las auditorías de seguimiento que la UEC-SESPA programe para confirmar el mantenimiento de los estándares de calidad y verificar el abordaje de las oportunidades de mejora señaladas en la evaluación anterior.
2. Informar de los cambios que se produzcan en su estructura y composición, cuando afecten al equipo directivo, así como de cualquier otro cambio que pudiera afectar a la emisión o el mantenimiento del certificado de conformidad.
3. Poner a disposición del equipo auditor asignado por la UEC-SESPA el acceso a sus datos e instalaciones y favorecer la colaboración de los profesionales durante la realización de las evaluaciones.
4. Facilitar, por parte de la Gerencia del área sanitaria a la que pertenezca el dispositivo, los listados de pacientes y/o procedimientos así como relaciones de historias clínicas para poner a disposición del equipo auditor.
5. Facilitar a los equipos auditores una ubicación física con equipos informáticos para la evaluación a través de la HCE, así como habilitar los perfiles de auditor para los equipos y las jornadas establecidas.
6. Proporcionar toda la documentación que demuestre la implantación de cada uno de los elementos de los estándares de calidad en los plazos establecidos.
7. Incorporar las novedades, cambios, mejoras, etc. que la UEC-SESPA introduzca en el propio Esquema de evaluación o las modificaciones que las distintas versiones incorporen en las herramientas de evaluación.
8. Realizar una autoevaluación del estado de desarrollo de sus estándares de calidad con carácter previo a la evaluación, que ha de ser enviada en los plazos establecidos a la UEC-SESPA.
9. Enviar el documento "Sede de auditoría e interlocutores" cumplimentado a la UEC-SESPA en el plazo establecido.
10. Permitir la asistencia de observadores externos en el proceso de evaluación, cuando lo requiera la UEC-SESPA y con comunicación previa por parte de la misma.

COMPROMISOS DE LA UEC-SESPA CON EL DISPOSITIVO ASISTENCIAL

La UEC-SESPA en relación con la evaluación de la calidad de los dispositivos sanitarios se compromete a lo siguiente:

1. La UEC-SESPA es responsable de la gestión de toda la información que maneja en las actividades que forman parte del proceso de evaluación y dispone de instrucciones técnicas para garantizar el trato confidencial de la misma.
2. La UEC-SESPA dispone de una política de Imparcialidad, explicitada en el Manual de Calidad e implantada a través de sus procedimientos generales, para garantizar que este principio preside todas

las actividades que lleva a cabo en relación al proceso de evaluación.

3. Tanto el elemento normativo propiedad del SESPA (GECA GC) como toda la información relativa a su Esquema de Evaluación son públicos y están a disposición en la página web en sus versiones vigentes.

4. La UEC-SESPA difunde, a las áreas sanitarias con acuerdos en vigor, la incorporación de las novedades o modificaciones que se introduzcan, tanto en el Esquema de Evaluación como en el elemento normativo (GECA GC). Lo hará a través del correo corporativo, la página web y los boletines periódicos.

5. La UEC-SESPA comunica al dispositivo asistencial el detalle de las actividades que se van a llevar a cabo a través del correspondiente Plan de Evaluación.

6. La UEC-SESPA proporciona al dispositivo asistencial que ha conseguido superar los requisitos establecidos, el correspondiente certificado de conformidad.

7. La UEC-SESPA dispone de un procedimiento general público y a disposición del dispositivo asistencial, para resolver las quejas y apelaciones que puedan surgir en el proceso de evaluación.

SOBRE EL USO DEL CERTIFICADO

El dispositivo asistencial al que la UEC-SESPA le ha emitido su certificado, está obligado a cumplir las siguientes directrices acerca de su uso:

1. El certificado emitido tiene la misma vigencia que el Contrato-Programa firmado entre la Consejería de Salud y el SESPA. En el caso de los servicios o centros de salud evaluados fuera del marco de los acuerdos de Gestión Clínica, los certificados tendrán una vigencia de tres años.

2. El certificado no se renueva automáticamente.

3. La concesión del certificado al dispositivo asistencial genera el derecho a su utilización, a su exposición pública y a hacer copias controladas.

4. El dispositivo asistencial se compromete a mantener el cumplimiento de los requisitos del elemento normativo, mientras dure la validez del certificado; si no ocurriese así, el Comité de Evaluación puede decidir retirar el certificado.

5. Si durante el periodo de vigencia del certificado, la UEC-SESPA recibiese información o quejas acerca del incumplimiento del elemento normativo que puedan comprometer la decisión de la emisión del certificado, puede realizar evaluaciones adicionales.

6. En el caso de suspensión o retirada del certificado, el dispositivo asistencial queda obligado a eliminarlo de la exposición al público.

7. El dispositivo asistencial debe referirse a su certificado de conformidad de manera coherente y no engañosa con su alcance.

8. Un dispositivo asistencial puede tomar la decisión y comunicar por escrito a la UEC-SESPA la solicitud de modificación del certificado debidamente motivada. Puede ser necesario realizar una evaluación extraordinaria o recabar información adicional para mantener o modificar su certificado. La modificación puede consistir en la reducción del alcance, suspensión voluntaria temporal u otro cambio en el certificado.

SUSPENSIÓN O RETIRADA DEL CERTIFICADO

La UEC-SESPA como responsable de la emisión de los certificados, se reserva el derecho a ejercer el control sobre el uso de los mismos. En este sentido, si a lo largo del ciclo anual de evaluaciones detectase un uso incorrecto del certificado, tomará medidas al respecto, que pueden llegar a su suspensión y retirada. La UEC-SESPA puede tomar la decisión de suspender y retirar el certificado a un dispositivo asistencial en el momento en que incumpla los requisitos generales del esquema de evaluación o las directrices de uso de los certificados.

ANEXO I: SOLICITUD DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD

En _____, a __ de _____ del 20__

Reunidos:

D/Dña. _____ Gerente del Área Sanitaria __.
D/Dña. _____ en calidad de _____ de _____ (en adelante dispositivo asistencial).

Como partes interesadas en la evaluación en calidad del dispositivo asistencial, y reconocido mutuamente su poder de obrar y actuar, firmar la siguiente

SOLICITUD DE EVALUACIÓN:

El dispositivo asistencial está ubicado en _____ (*dirección y localidad*), que está integrado por ____ n^o profesionales; disponiendo de los siguientes recursos: _____ (*breve descripción o relación de los recursos de que dispone*); y presta servicios de _____ (*breve descripción de los servicios que presta, no superior a dos líneas*)

El alcance a evaluar es el siguiente: _____ (breve descripción del alcance a evaluar)

El elemento normativo por el que se va evaluar es el esquema GECA GC, en su versión vigente, con los estándares de calidad que sean de aplicación para el dispositivo, en función del nivel de calidad solicitado.

Las características de la evaluación y las consecuencias derivadas de la misma son las que se describen en el Esquema de Evaluación GECA GC en su versión vigente.

El marco temporal que toma como referencia la evaluación es la actividad sanitaria desarrollada por el dispositivo en el momento de la evaluación.

La fecha de la evaluación estará acordada entre la UEC-SESPA y el dispositivo asistencial/Gerencia del área sanitaria en función de la disponibilidad de ambos. La estructura de la misma será la indicada en el Plan de Evaluación que la Unidad enviará con carácter previo.

Y de conformidad con lo anteriormente expresado, firmamos en el lugar y fecha el encabezado de la presente solicitud de evaluación de la calidad.

Fdo. D/Dña. _____, Gerente del Área Sanitaria ____

Fdo. D/Dña. _____, cargo _____ del dispositivo asistencial