Sociedad Española de Neurología S.E.N.

Manual de Criterios de Acreditación Versión 2018

Programa

UNIDADES DE CEFALEAS



PREÁMBULO

La Sociedad Española de Neurología, mediante su Junta Directiva, aprobó en Julio de 2003 la formación de un Comité *ad hoc* de Acreditación de Servicios y Unidades Clínicas de Neurología con los objetivos de:

- Difundir los conceptos de acreditación y certificación de Unidades Clínicas y su utilidad en el momento actual.
- Redactar un manual de acreditación de la SEN general y específico para Unidades Clínicas.
- Analizar y proponer los cambios que debe realizar la SEN para ser reconocida como entidad acreditadora.
- Fomentar la formación de miembros de la SEN en "Auditoría de Unidades y Servicios Clínicos" (Cuerpo de Evaluadores).

Tras el informe presentado por este Comité, la Junta Directiva aprobó en noviembre de 2004 la creación de un Subcomité para el desarrollo de un **Sistema de Acreditación de Servicios y Unidades Clínicas de Neurología** propio de la SEN. En primer lugar, con el fin de ser operativos, se limitó el ámbito de desarrollo a las siguientes Unidades (*Programas de Acreditación*):

- Servicios de Neurología de Referencia Asistencial y Docente.
- Servicios y Secciones de Neurología.
- Unidades de Neurología de la Conducta y Demencias.
- Unidades de Epilepsia.
- Unidades de Ictus.
- Unidades de Esclerosis Múltiple.

Para cada una de ellas se desarrollaría un Programa de Acreditación con un *Manual de Criterios de Acreditación* específico para cada uno de estos tipos de Servicios o Unidades Clínicas.

Para la conformación del Subcomité se solicitó a los correspondientes Grupos de Estudio de la SEN que designaran cada uno a 2 personas que se comprometieran a trabajar en este proyecto.

Para llevar a cabo esta iniciativa, en noviembre de 2004 la SEN firmó un convenio de colaboración con la Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP) que actuaría de asesora y apoyaría al Subcomité en el desarrollo de su misión.

Finalmente, el Subcomité quedó constituido y realizó su primera reunión durante la Reunión Anual de la SEN en noviembre de 2004. En esta reunión se presentó la metodología de trabajo y un cronograma a seguir.

El Subcomité realizó varias reuniones de trabajo presenciales y mucho trabajo no presencial con el fin de consensuar una guía de criterios que cubriera todo el abanico de aspectos a evaluar, discutiéndose numerosos aspectos relacionados con los estándares y contenidos de cada criterio que eran variables de un programa a otro, hasta conseguir un primer borrador de trabajo.

Durante el desarrollo de estos Manuales de Criterios de Acreditación se aconsejó a cada grupo de trabajo que mantuviera contactos con otros miembros de los Grupos de Estudio correspondientes, de modo que tanto los enunciados como los contenidos de cada criterio tuvieran un sólido respaldo desde un punto de vista "técnico".

Una vez elaborado el primer borrador (noviembre de 2005), se remitió el texto a diferentes revisores del país con el fin de que aportaran su opinión experta en los diferentes programas desarrollados, de modo que cada uno de los Manuales de Criterios de Acreditación fue analizado por varios expertos en cada tema.

Finalmente, durante los meses de abril a junio de 2006, se pilotó cada uno de los manuales de acreditación en diferentes Servicios y Unidades clínicas del país para valorar la oportunidad de los criterios, su inteligibilidad y fiabilidad.

Igualmente, se solicitó que se opinara sobre la necesidad de incluir nuevos criterios, de excluir alguno de los propuestos o bien modificar el tipo propuesto (Obligatorio o Recomendable).

Para realizar la visita de pilotaje, se constituyeron varios equipos de evaluadores formados por miembros del Subcomité de Acreditación. En primer lugar, se seleccionaron por consenso los Servicios y Unidades a evaluar. Posteriormente, se solicitó la aceptación a participar tanto a los Jefes de Servicio o Unidad como a los propios Directores de los centros donde se iba a realizar la evaluación. Para ello, se informó por carta sobre los objetivos y el tipo de visita de evaluación (pilotaje) que se iba a realizar, así como de los requisitos y documentación que se iba a solicitar.

Una vez obtenida dicha aceptación, se concertó la fecha de visita y finalmente se procedió a la realización de la visita de evaluación (tipo pilotaje).

Tras el pilotaje, cada equipo evaluador realizó su informe y los resultados fueron discutidos por el Subcomité en una reunión que tuvo lugar en las dependencias de la propia EASP, en Granada. Las modificaciones propuestas se incorporaron a las nuevas versiones de los manuales.

En 2007 se actualizaron los Manuales de Criterios de Acreditación de Unidades de Esclerosis Múltiple, Neurología de la Conducta y Demencias e Ictus y, en 2009, los anteriores y el de Unidades de Epilepsia. El Manual de Acreditación para Servicios y Unidades Clínicas de Neurología se actualizó en 2010. El nuevo Manual de Acreditación de Unidades de Cefaleas fecha su primera versión en 2018.

Así pues, la versión actual es el fruto del trabajo y colaboración de un buen número de profesionales para conseguir un conjunto de criterios que dibujen de forma sensible y oportuna lo que para nosotros implica decir que un Servicio o Unidad de Neurología es de calidad, trabaja con calidad o -mejor- "ofrece un servicio con garantías de calidad".

GRUPO DE TRABAJO

El grupo de trabajo que ha desarrollado estos Manuales de Criterios de Acreditación quedó formado por los miembros correspondientes del Subcomité de Acreditación de Servicios y Unidades Clínicas de Neurología y miembros de la Escuela Andaluza de Salud Pública en condición de Asesores Técnicos. En el grupo de trabajo han participado activamente las siguientes personas (los cargos y centros de trabajo de los listados de este apartado y el siguiente corresponden a los recogidos en las últimas versiones de los respectivos manuales):

COORDINADOR

Jaume Morera

Coordinador Comité Ad-Hoc de Acreditación y Certificación de Unidades Clínicas. Hospital San Vicente. San Vicente del Raspeig (Alicante).

REPRESENTANTE JUNTA DIRECTIVA SEN

Mari Carmen Calles

Hospital Son Dureta. Palma de Mallorca. Vocal Junta Directiva SEN.

POR EL GRUPO DE GESTIÓN

Carmen Lema

Hospital Juan Canalejo. A Coruña.

Javier Marta

Hospital "Miguel Servet". Zaragoza.

José Maria Aguilera

Hospital Universitario de Valme. Sevilla.

Joaquín Escudero

Hospital General Universitario de Valencia.

PÒR EL GRUPO DE NEUROLOGÍA DE LA CONDUCTA Y DEMENCIAS Félix Viñuela

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Maria Sagrario Barquero

Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

POR EL GRUPO DE EPILEPSIA

Pilar de la Peña

Hospital 12 de Octubre, Madrid.

Jerónimo Sancho

Hospital General de Valencia.

POR EL GRUPO DE ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES

Francisco Rubio

Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona.

Carlos Vilar Fabra

Hospital General de Castellón.

POR EL GRUPO DE ENFERMEDADES DESMIELINIZANTES

Joaquín Escudero

Hospital General Universitario de Valencia.

Maria del Carmen Calles

Hospital Son Dureta, Palma de Mallorca.

POR EL GRUPO DE CEFALEAS

Patricia Pozo-Rosich

Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona.

Mariano Huerta

Hospital de Viladecans.

Javier Marta

Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

David Ezpeleta

Hospital Universitario Quirónsalud Madrid.

ASESORES TÉCNICOS

Juan José Pérez Lázaro

Martín Tejedor Fernández

REVISORES DE LOS MANUALES DE CRITERIOS DE LOS DIFERENTES PROGRAMAS DE ACREDITACIÓN

REVISORES MANUAL DE SERVICIOS Y SECCIONES DE NEUROLOGIA

Jordi Alom Poveda

Jefe Sección de Neurología.

Hospital General Universitario de Elche.

Elche.

José Ramón Ara Callizo

Jefe Servicio de Neurología.

Hospital Universitario Miguel Servet.

Zaragoza.

Ignacio Casado Naranjo

Jefe Sección de Neurología.

Hospital San Pedro de Alcántara.

Cáceres.

Oscar Fernández Fernández

Jefe Servicio de Neurología.

Hospital Regional Universitario Carlos Haya.

Málaga.

Rosa Fernández Herranz

Jefe Servicio de Neurología.

Hospital Clínico de Valladolid.

Valladolid.

Esteban García-Albea Ristol

Jefe Servicio de Neurología.

Hospital Universitario Príncipe de Asturias.

Alcalá de Henares.

• Juan Carlos García Moncó

Jefe Servicio de Neurología.

Hospital de Galdácano.

Vizcaya.

Mercedes Martín Moro

Médico Adjunto Servicio de Neurología.

Hospital General Gregorio Marañón.

Madrid.

M. Rosario Martín González

Jefe Sección Neurología.

Hospital Clínico Universitario San Juan.

San Juan. Alicante.

• Fernando Montón Álvarez

Jefe Sección de Neurología.

Hospital Nuestra Señora de la Candelaria.

Santa Cruz de Tenerife.

Ángel Ortega Moreno

Jefe Servicio de Neurología.

Hospital Universitario Virgen de las Nieves.

Granada.

José María Trejo Gabriel y Galán

Jefe Sección de Neurología.

Hospital General Yagüe.

Burgos.

REVISORES MANUAL DE UNIDADES DE EPILEPSIA

Juan Carlos Sánchez Álvarez

Médico Adjunto en Servicio Neurología.

Hospital Virgen de las Nieves.

Granada.

María Isabel Forcadas Berdusán

Jefe Sección de Neurología.

Hospital Cruces.

Bilbao.

Antonio Gil Nagel Rein

Especialista Epilepsia en el Departamento de Neurología.

Hospital Ruber Internacional.

Madrid

Vicente Iváñez Mora

Médico Adjunto en Servicio Neurología.

Hospital La Paz.

Madrid.

Pilar de la Peña Mayor

Jefe de Sección en funciones en Servicio de Neurología.

Hospital 12 de Octubre.

Madrid.

Miguel Rufo Campos

Servicio Neurología Infantil.

Hospital Infantil Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

REVISORES MANUAL DE UNIDADES DE NEUROLOGIA DE LA CONDUCTA Y DEMENCIAS

Alfredo Robles Bayón

Médico Adjunto en Servicio Neurología.

Hospital Clínico Universitario de Santiago.

Santiago de Compostela.

Mercé Boada Rovira

Médico Adjunto en Servicio Neurología.

Hospital General Vall d'Hebron.

Barcelona.

• Fernando Castellanos Pinedo

Médico Adjunto en Unidad de Neurología.

Hospital Virgen del Puerto.

Plasencia.

María Dolores Martínez Lozano

Coordinadora de la Unidad de Memoria y Demencias.

Hospital La Magdalena.

Castellón.

REVISORES MANUAL DE UNIDADES DE ICTUS

Antonio Dávalos Errando

Jefe Servicio de Neurología.

Hospital Germans Trias y Pujol.

Badalona.

Joaquín Serena Leal

Jefe Servicio de Neurología.

Hospital Dr. Josep Trueta.

Girona.

Exuperio Díez Tejedor

Jefe Servicio de Neurología.

Hospital Universitario La Paz.

Madrid.

REVISORES MANUAL DE UNIDADES DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE

Oscar Fernández Fernández

Jefe Servicio de Neurología.

Hospital Regional Universitario Carlos Haya.

Málaga.

Miguel Ángel Hernández Pérez

Médico Adjunto en Servicio de Neurología.

Hospital Nuestra Señora de la Candelaria.

Tenerife.

Xavier Montalbán Gairin

Director Unidad de Neuroimmunologia Clínica.

Hospital Universitari Vall d'Hebron.

Barcelona.

Alfredo Rodríguez-Antigüedad Zarranz

Jefe Servicio de Neurología.

Hospital de Basurto.

Basurto.

REVISORES MANUAL DE UNIDADES DE CEFALEAS

Ana Gago

Responsable de la Unidad de Cefaleas.

Hospital Universitario de La Princesa.

Madrid.

Ángel Guerrero

Responsable de la Unidad de Cefaleas.

Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Valladolid.

José Miguel Láinez

Jefe de Servicio.

Hospital Clínico Universitario

Valencia.

Jesús Porta

Responsable de la Unidad de Cefaleas.

Hospital Clínico San Carlos.

Madrid.

Margarita Sánchez del Río

Directora del Programa de Cefaleas.

Hospital Ruber Internacional.

Madrid.

Sonia Santos

Responsable de la Consulta de Cefaleas.

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa.

Zaragoza.

Javier Viguera

Responsable de la Consulta de Cefaleas.

Hospital Universitario Virgen Macarena.

Sevilla.

PRESENTACIÓN

El presente documento es la primera versión del Manual de Criterios de Acreditación de Unidades de **Cefalea** en España.

El propósito final de este Manual es proporcionar una guía a los profesionales de Unidades de **Cefalea** que soliciten en el futuro ser acreditados para la preparación previa y el proceso mismo de la evaluación. También será útil a los evaluadores (como guía de evaluación) y a los profesionales interesados en el tema.

Los Criterios de Acreditación se han clasificado en apartados y subapartados codificados con una clave alfanumérica. El primer dígito es una letra mayúscula que identifica al apartado; los dígitos siguientes son números e identifican a los grupos de normas dentro de los apartados y sub-apartados. El color rojo y la identificación "(O)" identifica aquellos criterios que son **obligatorios** en su cumplimiento, mientras que en azul y con la identificación "(R)" se señalan aquellos criterios que son **recomendables** y que permiten establecer diferentes niveles de calidad en aquellas unidades que los cumplan.

Cada criterio consta de cuatro partes bien definidas:

- a) Enunciado.
- b) Guía.
- c) Modo de Baremación.
- d) Listado de Verificación.

Tras el enunciado de cada criterio o subcriterio se desarrolla una guía que describe el significado del criterio, su alcance y su pertinencia. Posteriormente, se establece la forma de baremarlo. Dicha baremación en líneas generales corresponderá a dos niveles en los criterios obligatorios (se cumple o no se cumple) y en cuatro niveles en algunos de los criterios recomendables. Al final de cada criterio se encontrará el listado de comprobación, que corresponde a las preguntas que el lector o el auditor tendrán que comprobar para puntuar el criterio.

El esquema del manual está dividido en siete apartados: A: Requisitos generales, B: Planificación Estratégica, C: Programa de Calidad, D: Gestión del Conocimiento, E: Gestión de la Información, F: Estructura (Recursos), G: Procesos (Organización funcional) y H: Resultados.

El presente Manual de Acreditación se refiere a criterios necesarios para la acreditación de Unidades Clínicas de Cefalea.

SISTEMA DE PUNTUACIÓN DE LA EVALUACIÓN

La evaluación se realizará mediante un **sistema por puntos** según el método siguiente:

- Cada criterio será valorado y se le adjudicará una puntuación, según lo definido en el apartado **Baremación** de cada criterio.
- Existirán dos tipos de criterios:
 - o Criterios Obligatorios (CO).
 - o Criterios Recomendables (CR).
- Para obtener la Acreditación será necesario cumplir la totalidad de los CO y un 50% de la totalidad de puntos de los CR.
- Los CO se puntuarán de manera dicotómica: correspondiendo 4 puntos si se cumple el criterio o 1 punto si no se cumple.
- Los CR podrán ser dicotómicos (4 puntos -Se cumple- o 1 punto -No se cumple-) o graduales de 1 a 4 puntos según se indique en el apartado Baremación del criterio.
- La puntuación total máxima a obtener se ajustará a 1000 puntos, correspondiendo 300 puntos a los obtenidos por Criterios Obligatorios (CO) y 700 a los obtenidos por Criterios Recomendables (CR).
- Así, para la acreditación se precisará obtener 300 puntos por CO y 350 puntos por CR.
- Puesto que se considera que cada apartado del manual de criterios no tiene la misma importancia y para evitar la diferencia que se produciría debido al variable número de criterios de cada apartado, con el fin de calcular las puntuaciones ajustadas según el peso de cada apartado se ha procedido a realizar una ponderación de cada uno de ellos utilizando un sistema de consenso entre expertos.
- Así, la ponderación de cada apartado y subapartado queda de la siguiente manera:

APARTADO	Factor de Pon por Apartado	
A: REQUISITOS GENERALES	80	(FFA)
B: PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA	90	
C: POLÍTICA Y PLAN DE CALIDAD	150	
D: GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO	150	
D-a: Formación de los Profesionales		100
D-b: Conocimiento del Cliente		50
E: GESTIÓN DE LA COMUNICACIÓN	80	
F- ESTRUCTURA	100	
F-a: Recursos Humanos		50
F-b: Dependencias e Instalaciones		30
F-c: Medios Técnicos y Equipamiento		20
G: PROCESOS	150	
G-a: Planes Funcionales		50
G-b: Procesos Asistenciales		100
G-c: Coordinación con otros Dispositivos	50	
Sanitarios y No sanitarios		
H: RESULTADOS	150	

CALCULO DE LA PUNTUACIÓN OBTENIDA TRAS LA EVALUACIÓN

Ajuste a la ponderación por apartados de la puntuación (bruta) obtenida

Para determinar el peso relativo de cada criterio en cada apartado se calculará un Factor Corrector de Ponderación por Apartados (FCPA) a partir del Factor de Ponderación por Apartados (FPA) y de la Puntuación Bruta Máxima por Apartado (PBAMáx) según la fórmula siguiente:

$$FCPA = \frac{FPA}{PBAM\acute{a}x}$$

Para obtener las *Puntuaciones Ajustadas a la Ponderación por Apartados* (**PAA**), simplemente se multiplicarán los puntos obtenidos en cada apartado durante la evaluación (*Puntuación Bruta por Apartado*: **PBA**) por el **FCPA** de cada apartado, según la fórmula siguiente:

$$PAA = PBA \times FCPA$$

Trasformación Z acoplada a 1000 puntos de la puntuación ajustada por apartados

Para acoplar la puntuación ajustada obtenida por CO y CR a 300 y 700 puntos respectivamente, se realizará una trasformación "Z"; con ello se obtendrán la *Puntuación Total por Criterios Obligatorios* (**PTCO**) y la *Puntuación Total por Criterios Recomendables* (**PTCR**).

Para este cálculo se utilizarán las siguientes fórmulas:

$$PACOM\'{a}xTotal = \sum PACOM\'{a}x$$
 $PACRM\'{a}xTotal = \sum PACRM\'{a}x$ $PTCO = \frac{PACO}{PACOM\'{a}xTotal} \times 300$ $PTCR = \frac{PACR}{PACRM\'{a}xTotal} \times 700$

Donde:

- PACO: Puntuación Ajustada por CO.
- PACOMáx: Puntuación Ajustada Máxima por CO de cada apartado.
- PACOMáxTotal: Puntuación Ajustada Máxima Total por CO.
- PTCO: Puntuación Total final por CO.
- PACR: Puntuación Ajustada por CR.
- PACRMáx: Puntuación Ajustada Máxima por CR de cada apartado.
- PACRMáxTotal: Puntuación Ajustada Máxima Total por CR.
- PTCR: puntuación total final por CR.

Puntuación final obtenida (trasformada a 1000 puntos)

La puntuación final ajustada por ponderación y trasformada a 1000 puntos será la suma de PTCO y PTCR:

$$Puntuación Total = PTCO + PTCR$$

Para facilitar todos estos cálculos se ha diseñado una plantilla y una aplicación en formato Excel de Microsoft que calcula y ofrece estos resultados de manera automática.

También, para facilitar la evaluación, al final del Manual de Criterios se presenta en un anexo un resumen de los criterios clasificados por apartados y su listado de comprobación correspondiente. Igualmente, se ofrece una plantilla en Word de Microsoft que permite realizar el cálculo de las puntuaciones obtenidas utilizando una sencilla calculadora.

INDICE

PREÁMBULO

GRUPO DE TRABAJO

PRESENTACIÓN

SISTEMA DE PUNTUACIÓN DE LA EVALUACIÓN

CALCULO DE LA PUNTUACIÓN OBTENIDA TRAS LA EVALUACIÓN

AJUSTE A LA PONDERACIÓN POR APARTADOS DE LA PUNTUACIÓN (BRUTA) OBTENIDA

TRASFORMACIÓN Z ACOPLADA A 1000 PUNTOS DE LA PUNTUACIÓN AJUSTADA POR APARTADOS

PUNTUACIÓN FINAL OBTENIDA (TRASFORMADA A 1000 PUNTOS)

CRITERIOS DE ACREDITACIÓN PARA UNIDADES DE CEFALEA

APARTADO A: REQUISITOS GENERALES

APARTADO B: PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA DE LA UNIDAD

APARTADO C: POLÍTICA Y PLAN DE CALIDAD APARTADO D: GESTION DEL CONOCIMIENTO

SUBAPARTADO D-A. GESTIÓN DE LA FORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES

SUBAPARTADO D-B. CONOCIMIENTO DEL CLIENTE APARTADO E: GESTIÓN DE LA COMUNICACIÓN

APARTADO F: ESTRUCTURA

SUBAPARTADO F-A. RECURSOS HUMANOS

SUBAPARTADO F-B. DEPENDENCIAS E INSTALACIONES

SUBAPARTADO F-C. MEDIOS TÉCNICOS

APARTADO G: PROCESOS

SUBAPARTADO G-a. PLANES FUNCIONALES

SUBAPARTADO G-b. PROCESOS ASISTENCIALES

SUBAPARTADO G-c. COORDINACIÓN CON OTROS DISPOSITIVOS

APARTADO H: RESULTADOS

BIBLIOGRAFIA

ANEXOS

I. DEFINICIONES

II. SINOPSIS DE CRITERIOS Y LISTADOS DE COMPROBACIÓN

APARTADO A: REQUISITOS GENERALES

APARTADO B: PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA DE LA UNIDAD

APARTADO C: POLÍTICA Y PLAN DE CALIDAD APARTADO D: GESTION DEL CONOCIMIENTO

SUBAPARTADO D-A. GESTIÓN DE LA FORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES

SUBAPARTADO D-B. CONOCIMIENTO DEL CLIENTE APARTADO E: GESTIÓN DE LA COMUNICACIÓN

APARTADO F: ESTRUCTURA

SUBAPARTADO F-A. RECURSOS HUMANOS

SUBAPARTADO F-B. DEPENDENCIAS E INSTALACIONES

SUBAPARTADO F-C. MEDIOS TÉCNICOS

APARTADO G: PROCESOS

SUBAPARTADO G-a. PLANES FUNCIONALES

SUBAPARTADO G-b. PROCESOS ASISTENCIALES

SUBAPARTADO G-c. COORDINACIÓN CON OTROS DISPOSITIVOS

APARTADO H: RESULTADOS

III. SISTEMA DE PUNTUACIÓN DE CRITERIOS: UNIDADES DE CEFALEA

CRITERIOS DE ACREDITACIÓN PARA UNIDADES DE CEFALEAS

APARTADO A: REQUISITOS GENERALES

CRITERIOS

- A.1. Existe una definición operativa de la Unidad (O)
- A.2. Apoyo de la Dirección del Centro
 - A.2.1. La Dirección reconoce y apoya la existencia de la Unidad (O)
 - A.2.2. La Dirección firma la solicitud de Acreditación (O)
- A.3. El centro al que pertenece la Unidad debe disponer de documentación que pruebe que tiene la Autorización Administrativa para prestar asistencia sanitaria (O)
- A.4. La Unidad dispone de una memoria en la que se recoge de forma explícita una actividad asistencial, docente e investigadora suficiente (O)

A.5. Registros

- A.5.1. Existe un catálogo de modelos normalizados (R)
- A.5.2. Existe una Historia Clínica unificada (O)
- A.5.3. Existe un Catálogo de Registros de pacientes de la Unidad (O)
- A.5.4. Existe un Registro de la Actividad realizada por la Unidad (O)
- A.5.5. Existe un Registro de las Actividades Acreditadas de Formación realizadas por miembros de la Unidad (O)
- A.5.6. Existe un Registro de Incidencias Generales (R)
- A.5.7. Existe un Registro de Incidencias Médico-Quirúrgicas relacionadas con la seguridad clínica (R)
- A.5.8. Existe un Registro de las Reclamaciones de los pacientes o usuarios de la Unidad (O)
- A.5.9. Existe un Registro de la legislación y normativas vigentes y aplicables a la Unidad (R)

GUIA

A.1 Existe una definición operativa de la Unidad

La definición de la Unidad debe ser operativa y debería contener al menos las siguientes especificaciones:

- Definición (qué es y que hace, cuál es su fin, misión u objetivo general). Por ejemplo:
 La Unidad de Cefaleas es una estructura espacial y organizativamente bien
 delimitada, integrada en un Servicio de Neurología, destinada al manejo de los
 pacientes con cefalea, así como a la investigación y formación en este campo, dotada
 del personal, instalaciones, medios técnicos y equipamiento necesarios para ejercer
 sus funciones.
- Composición y recursos: qué tipo de profesionales y en qué número la componen y de qué medios dispone para el desarrollo de sus actividades.

- Ubicación: de qué organización forma parte (servicio, departamento, hospital, etc.).
- Alcance: a quién va dirigida la prestación del servicio.
- Ámbito de actuación: la demarcación geográfica de los pacientes a los que atiende (su propia área de salud, de referencia provincial, comunitaria, nacional, etc.).
- Tipos de prestaciones que dispensa: asistencia ambulatoria, hospitalización, tipos de registros y valoraciones, etc.

BAREMACIÓN

- 1.- No se cumple
- 4.- Se cumple

A.2 Apoyo de la Dirección del Centro

El apoyo de la Dirección del Centro (Gerencia) a que la Unidad entre en el Proceso de Acreditación debería implicar una serie de hechos constatables:

A.2.1 La Dirección reconoce y apoya la existencia de la Unidad

Reconocimiento de la Unidad por parte de la Dirección a través de algún documento que lo demuestre explícita o implícitamente (podría emplearse –por ejemplo– simplemente la existencia de una agenda diferencial reconocida por el Servicio de Programación de Consultas).

A.2.2 La Dirección firma la solicitud de Acreditación

Comprobación de que la hoja de solicitud de la Acreditación de la Unidad ha sido firmada por la Dirección del Centro.

BAREMACIÓN

A.2.1 y A.2.2

- 1.- No se cumple
- 4.- Se cumple

A.3 El Centro al que pertenece la Unidad debe disponer de documentación que pruebe que tiene la Autorización Administrativa para prestar asistencia sanitaria

El primer paso para prestar asistencia sanitaria por parte de una Unidad clínica en el centro donde se ubique es disponer de la pertinente autorización legal. Por tanto, debe existir un documento público en el que conste que el centro donde está ubicada la Unidad tiene autorización administrativa para ejercer sus actividades de salud.

En los centros públicos en los que sea más difícil encontrar este tipo de documentos, servirá la existencia de una memoria pública de actividades o documentar la asignación de la asistencia de un determinado sector de la población o la inclusión dentro del mapa sanitario de la provincia o Comunidad. En los centros privados se solicitará expresamente el documento antes referido.

BAREMACIÓN

1.- No se cumple

4.- Se cumple

A.4 La Unidad dispone de una memoria en la que se recoge de forma explícita una actividad asistencial, docente e investigadora que acredite una actividad suficiente

El criterio exige que se acredite:

- Estar funcionando al menos 2 años antes de solicitar la acreditación.
- Haber realizado anualmente un mínimo de 1.000 consultas de cefalea, con al menos 300 consultas de pacientes nuevos.

BAREMACIÓN

- 1.- No se cumple
- 4.- Se cumple

A.5 Registros

El cumplimiento del criterio supone documentar la existencia de una serie registros documentales o informáticos (sistemas de información). En la mayoría de los hospitales existe una Comisión Hospitalaria de Historias Clínicas que trabaja en esta misma línea y muchas veces será suficiente con hacer referencia a su documentación.

Se sugiere que debería disponerse de los siguientes tipos de registro.

A.5.1 Catálogo de modelos normalizados

Debe existir un Catálogo o Listado físico o electrónico en el que se registren todos los modelos normalizados que utilice la Unidad. Éste debe incluir un listado, descripción y codificación de formatos, formularios, bases de datos, etc.

A.5.2 Historia Clínica Unificada

La Historia Clínica Unificada hace referencia a que ésta es única por paciente en el centro.

La historia clínica es el registro natural de la actividad médica. Todo lo que de forma "natural" pueda registrarse en la historia clínica no debería tener que registrarse en otra parte.

* Debe diseñarse un procedimiento general sobre el manejo y custodia de la HC, o en el caso de que exista dicho procedimiento en el hospital, hacer referencia al mismo (ver criterio G-b.3)

A.5.3 Registro de pacientes

Debe existir un registro (citaciones) en el que se puedan identificar los pacientes atendidos en la Unidad. Además, deben estar identificados y listados otros tipos de registros de pacientes que se manejen en la Unidad, así como sus características, su finalidad (p.ej. la investigación) y cómo se garantiza la confidencialidad de los datos.

A.5.4 Registro de la actividad realizada: asistencial, docente e investigadora

Estos datos deben utilizarse y ser coincidentes con los expuestos en las memorias de la Unidad e incluyen: actividad asistencial, participación en proyectos de investigación

multicéntricos, ensayos clínicos, acogida de becarios o *fellows* (SEN, IHS u otras fuentes), cursos de formación impartidos, etc.

A.5.5 Registro de Actividades de Formación

Registro de las Actividades de Formación en las que los miembros de la Unidad participen como discentes (alumnos) y como docentes. Debe señalarse si estas actividades formativas están acreditadas por organizaciones científicas o docentes reconocidas.

A.5.6 Registro de Incidencias Generales

Incluye un registro de problemas que pueden aparecer y que causen distorsión en el funcionamiento o en las personas que trabajan en la Unidad (p. ej. pérdidas de documentación, roturas de equipos o mobiliario y agresión a un profesional, entre otros). Las Reclamaciones de los usuarios quedan excluidas de este registro, al no considerarse "incidencias".

El registro de incidencias y su análisis es de gran importancia en cualquier sistema de control y mejora continua de la calidad.

A.5.7 Registro de Incidencias Médico-Quirúrgicas relacionadas con la Seguridad Clínica.

Existe un registro en el que se anotan sistemáticamente diferentes aspectos relacionados con la seguridad clínica (efectos adversos, errores terapéuticos y diagnósticos, omisiones de dosis farmacológicas, infecciones nosocomiales, etc.). Se puede usar el del hospital si éste lo tiene establecido.

A.5.8 Registro de Reclamaciones de los pacientes o usuarios de la Unidad

Existe un registro en el que quedan reflejadas las reclamaciones expresadas por los usuarios del servicio y cómo se han tratado dichas reclamaciones. Se puede usar el del hospital si éste lo tiene establecido.

A.5.9 Registro de la legislación y normativas generales vigentes aplicables a la Unidad

Debe estar completa, actualizada y disponible en la misma Unidad (o al menos de fácil acceso a todos los miembros de la misma en el Servicio o Sección) o en el propio Centro (intranet del hospital).

BAREMACIÓN

A.5.1, A.5.2, A.5.3, A.5.4, A.5.5, A.5.6, A.5.7, A.5.8, A.5.9

1.- No se cumple

4.- Se cumple

LISTADO DE COMPROBACIÓN

A. REQUISITOS GENERALES	SOL	ICITA	NTE	EVALUADOR			
	S	N	N/A	S	N	N/A	

APARTADO B: PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA DE LA UNIDAD

CRITERIOS

- B.1. Debería estar diseñado un Plan Estratégico de la Unidad (R)
- B.2. Debería estar diseñada la visión de la Unidad (R)

GUIA

Este apartado se refiere a la planificación estratégica, no a la planificación de la realización del servicio (esto se incluirá en el capítulo "procesos asistenciales"). Este es un criterio de excelencia, de modo que no debería ser obligatorio para una Unidad, siendo habitualmente la Dirección del centro la responsable de la definición del plan estratégico. Sin embargo, el esfuerzo de diseñar un plan estratégico en una Unidad determinada, alineado con el plan de dicho centro, que traslade a la realidad de la propia Unidad los diferentes aspectos del plan estratégico general, es altamente recomendable para alcanzar niveles de excelencia.

B.1 Debería estar diseñado un Plan Estratégico de la Unidad

Diseñar un plan estratégico implica trazar planes y líneas de actuación a partir del análisis de la situación actual ("situación de partida") y análisis de necesidades de pacientes y sociedad ("análisis de mercado" o mapa de necesidades) para lograr avanzar hacia lo que pensamos que tiene que ser la Unidad y cómo tiene que llegar a poder realizar su actividad (concepto de "Visión"). Estos planes se dividen en líneas, objetivos y acciones y se identifican responsables. También se deben definir unos plazos para su ejecución y una fecha para la revisión de la planificación.

El plan estratégico debería responder a una serie de preguntas:

¿Cuál es la razón de ser de la Unidad?

¿Cómo es la Unidad en la actualidad?

¿Cómo es la Unidad a la que se quiere llegar?

¿Qué se va a hacer para conseguirlo?

¿Cómo se va a hacer?

¿En cuánto tiempo se va a hacer y quien es el encargado de cada paso?

¿Cómo se sabrá que se ha conseguido lo propuesto?

El Plan Estratégico de la Unidad debería recoger por lo menos los siguientes apartados:

- Se analiza la situación actual de la Unidad, la demanda de la asistencia, las necesidades de la población, etc. (lo equivalente a un estudio de mercado) como punto de partida para la planificación. Ello debería plasmarse en un documento donde se sugirieran los puntos fuertes y los puntos débiles, las amenazas previsibles, así como las oportunidades de mejora y ciertas acciones prioritarias a emprender.
- Se define cuál es la visión de la Unidad que se quiere llegar a dar y cómo se quiere que ésta sea en un futuro a medio plazo (*Visión*).
- Se ha diseñado la estrategia a seguir a medio-largo plazo (3-5 años) para avanzar hacia la Visión de la Unidad.
- Se han definido las líneas estratégicas prioritarias.
- Se han definido objetivos estratégicos y operativos.

- Se han definido las acciones a realizar para alcanzar los objetivos.
- Se han definido los responsables de estas acciones.
- Se han definido los plazos para la realización de las acciones operativas, tácticas y estratégicas previstas.
- Se han definido los plazos para la revisión de la Planificación.

BAREMACIÓN

- 1.- No existe este documento
- 2.- Existe, pero se describe de forma inadecuada o insuficiente.
- 3.- Existe y es correcto.
- 4.- Existe, es correcto, se ha difundido y es de uso común en la Unidad.

B.2 Debería estar diseñada la Visión de la Unidad

Denominamos Visión a la definición explícita de la orientación estratégica y el ideal que se pretende alcanzar como Unidad. Respondería a las preguntas: ¿Cómo es la Unidad que queremos? ¿Cuál es "la imagen o situación deseada que la Unidad proyecta en un futuro"?

Definir la Visión de la Unidad es uno de los pasos básicos en el diseño de su Plan Estratégico. Se trata de elaborar un documento en el que se refleje cómo queremos que sea la unidad en un futuro, tanto de forma global como en cada una de sus dimensiones (humana, organizativa, asistencial, investigadora, docente, gestora, etc.).

Este documento debe ser coherente y su redacción puede consistir en una serie de líneas generales de mejora en las que coinciden y aceptan todos los miembros de la Unidad.

El Plan Estratégico debe trazar la metodología para lograr que la visión de la Unidad se vaya aproximando a la realidad asistencial a medio plazo.

Este documento debe ser público (conocido por todos los miembros de la Unidad y estar a su alcance, habitualmente en formato digital en la intranet del hospital).

BAREMACIÓN

- 1.- No existe este documento.
- 2.- Existe, pero se describe de forma inadecuada o insuficiente.
- 3.- Existe y es correcto.
- 4.- Existe, es correcto, se ha difundido y es de uso común en la Unidad.

LISTADO DE COMPROBACIÓN

B. PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA	SOL	LICITA	NTE	EVALUADOR			
	S	N	N/A	S	N	N/A	
B.1 ¿Existe un documento en el que se comprueba el diseño de un Plan Estratégico de la Unidad a medio plazo? (R)							

B.2 ¿Existe un documento en el que quede reflejada la Visión de la Unidad? (R)						
--	--	--	--	--	--	--

APARTADO C: POLÍTICA Y PLAN DE CALIDAD

CRITERIOS

- C.1. Existe una Política de Calidad (O)
- C.2. Existe un Plan de Calidad
 - C.2.1. Existe un Plan de Calidad (O)
 - C.2.2. El Plan de Calidad está implantado y ha sido evaluado (R)
 - C.2.3. Se realizan autoevaluaciones o auditorías internas de calidad, al menos con carácter anual (R)
 - C.2.4. La Unidad debería tener alguna acreditación externa (R)
- C.3. Se define al Responsable del Plan de Calidad (O)
- C.4. El Plan de Calidad está orientado al paciente (O)
- C.5. Existe un Plan de Prevención de Riesgos
 - C.5.1. Existe un Plan de Prevención de Riesgos Laborales (O)
 - C.5.2. Existe un Plan de Prevención de Riesgos para el paciente (O)
 - C.5.3. Existen planes de contingencia específicos (R)
- C.6. Se realiza la revisión y actualización reglada y sistemática de los procedimientos de uso y mantenimiento del equipamiento (O)
- C.7. Se monitoriza la actividad y la calidad asistencial, científica y docente
 - C.7.1. Se monitoriza la actividad y la calidad asistencial (O)
 - C.7.2. Se monitoriza la actividad y la calidad investigadora (R)
 - C.7.3. Se monitoriza la actividad y la calidad docente (R)
- C.8. Existe una revisión y actualización reglada y sistemática de protocolos asistenciales, vías y guías de práctica clínica de la Unidad (O)
- C.9. La Unidad debería participar en Comisiones Clínicas del Centro al que pertenece (R)

GUIA

Tanto la Política como el Plan de Calidad deberían quedar reflejados en un **Manual de Calidad** de la Unidad.

C.1 Existe una Política de Calidad

La política de calidad representa las ideas y valores que sobre la calidad son compartidos y aceptados por los miembros de la Unidad: ¿Qué entendemos nosotros por calidad? ¿Cómo la enfocamos? ¿Por qué la calidad es importante para nosotros?, etc. Estas ideas deberían estar documentadas y ser conocidas por todos los miembros de la Unidad.

El criterio exige la existencia de una política de calidad documentada (la política de calidad podría estar incluida como un apartado propio en el plan de calidad de la Unidad).

BAREMACIÓN

- 1.- No está definida la Política de Calidad de la Unidad, o ésta no es conocida por los profesionales.
- 4.- Está definida la Política de Calidad y es conocida por los profesionales.

C.2.1 Existe un Plan de Calidad

El criterio exigirá la existencia de un Plan de Calidad escrito. El plan deberá recoger entre sus apartados al menos los siguientes: los valores y la misión de la unidad, el catálogo de servicios, la cartera de usuarios/clientes, el listado de protocolos, vías o guías clínicas implantados, los procesos de prestación de la asistencia escritos y representados gráficamente, los indicadores de la actividad y de calidad que se monitoriza, la frecuencia y metodología de las sesiones de autoevaluación, auditorías internas, el procedimiento de coordinación con otros Servicios Médicos y las evaluaciones realizadas por cualquier entidad externa.

Los objetivos de la gestión de la calidad son -entre otros- disminuir significativamente las consecuencias o efectos no deseados. La gestión de la calidad incluye la evaluación, el aseguramiento y la mejora de la calidad, en definitiva: ejecutar medidas para investigar, detectar, evaluar, corregir y prevenir esos efectos no deseados. El énfasis debe estar en la prevención más que en su detección retrospectiva.

El Plan de Calidad debe incluir al menos un Sistema de Mejora Continua (SMC). Este sistema podría a su vez subdividirse en varios:

- 1.- SMC referido al tratamiento de las reclamaciones, errores, complicaciones, reacciones adversas, complicaciones infecciosas, etc.
- 2.- SMC referido a la revisión de los procedimientos específicos (procesos, protocolos, etc.).
- 3.- SMC referido a la revisión de los procedimientos generales: adecuación y mantenimiento de equipos, instalaciones, al propio sistema de calidad, etc.

BAREMACIÓN

- 1.- No existe un Plan de Calidad diseñado
- 4.- Existe un Plan de Calidad diseñado

C.2.2 El Plan de Calidad está implantado y ha sido evaluado

Además de estar correctamente escrito el documento, el Plan de Calidad está implantado y se ha evaluado al menos una vez. Ello puede comprobarse a través de la revisión documental de actas de reuniones (revisión documental), tablones de anuncios (observación) y entrevista con los profesionales de la Unidad (entrevista con personas clave).

BAREMACIÓN

- 1.- El plan de calidad no está implantado o evaluado
- 4.- El plan de calidad ha sido evaluado al menos en una ocasión desde su implantación.

C.2.3 Se realizan autoevaluaciones o auditorías internas de calidad, al menos con carácter anual

Es recomendable la existencia de autoevaluaciones (auditorías internas) de calidad. Este es un mecanismo de autoevaluación de la efectividad del programa de calidad. En este caso, los objetivos son por un lado comprobar que los datos en los que se basan los resultados de calidad son precisos y fiables, y por otro que el programa se ejecuta como se establece en el **Manual de Calidad**.

Debería haber un informe escrito que documente cada auditoría interna y los resultados de la misma. El profesional que realice las auditorias puede ser cualquier persona del hospital designada para ello, como por ejemplo cualquier miembro de la plantilla, pero en este caso debe procurarse que sea un profesional que no haya participado en el trabajo o actividad que se va a auditar. Con la finalidad de conseguir la máxima imparcialidad, es ideal conseguir la participación de miembros del mismo hospital, pero pertenecientes a otros servicios similares o afines o de la Unidad de Calidad.

El evaluador debería encontrar alguna documentación que asegure que las auditorías o autoevaluaciones han sido realizadas, que los resultados están documentados y comunicados al personal adecuado, que se han hecho intervenciones para corregir los problemas o para mejorar el proceso y que éstas se realizan periódica y regularmente.

BAREMACIÓN

- 1.- No se realizan autoevaluaciones o auditorías internas de calidad.
- 2,- Se realizan auditorías internas de calidad, pero no anualmente.
- 3.- Se realizaron anualmente auditorías internas de calidad, pero no han generado intervenciones demostrables de mejora.
- 4.- Se realizaron anualmente auditorías internas de calidad y sus resultados se utilizan sistemáticamente para diseñar e implantar acciones de mejora de la Unidad.

C.2.4 La Unidad debería tener alguna acreditación externa

Además de las auditorías internas, una evaluación externa por un organismo independiente y acreditado para ello confiere un alto grado de garantía de calidad al servicio. Se sugieren sistemas como la ISO, *Joint Commission*, EFQM, Agencias de Acreditación de Consejerías de Sanidad, Comité ad-hoc de Acreditación de Servicios y Unidades Clínicas de la SEN, etc.

Si la Unidad ya ha sido acreditada previamente por la SEN, se entenderá que también cumple este criterio.

BAREMACIÓN

- 1.- No se realizan evaluaciones externas de calidad.
- 2.- Se realizaron evaluaciones externas de calidad, pero no regularmente.
- 3.- Se realizaron periódicamente evaluaciones externas de calidad, pero no han generado intervenciones demostrables de mejora.

4.- Se realizaron periódicamente evaluaciones externas de calidad y sus resultados se utilizan sistemáticamente para diseñar e implantar acciones de mejora en el servicio.

C.3 Se define el Responsable del Plan de Calidad

Debe haber una persona que mantenga el programa de calidad. Es preferible que sea un miembro de la Unidad o del Servicio de Neurología que dedique parte de su tiempo a esta función, del mismo modo que suele existir un responsable de investigación o de docencia. Cuando exista, puede ser de gran ayuda para el desarrollo del programa solicitar colaboración al Departamento de Calidad del Centro.

La persona designada debe tener suficiente conocimiento, entrenamiento y experiencia para identificar problemas en los procesos clínicos o de prestación de la asistencia que específicamente se someten a revisión.

El responsable de calidad será el encargado de redactar el Plan de Calidad. Controlará la documentación relativa a la calidad, encargándose de la revisión, custodia y actualización de las políticas, procedimientos, protocolos, vías o guías clínicas y aquellos registros que documenten el cumplimiento de los requisitos y criterios de calidad. Podrá realizar las autoevaluaciones (auditorías internas) de la Unidad y el análisis, medición y desarrollo de los indicadores de calidad establecido, con el objetivo de valorar las posibles mejoras a introducir para resolver los problemas aparecidos. En el caso de solicitarlo, será el encargado de desarrollar la documentación para la solicitud de acreditación externa de la Unidad.

Debe existir evidencia suficiente de la designación del responsable: un nombramiento del jefe de Servicio o Sección, actas en las que conste su participación como tal, etc.

La documentación referente al Responsable de Calidad debería permitir verificar los siguientes aspectos:

- Tiene que haber alguien designado (la persona). Es decir, hay un responsable.
- Deben estar definidos los requisitos de competencias y capacidades (el perfil de competencias del puesto de Coordinador de Calidad).
- Deben estar definidas sus funciones.
- El responsable acredita cumplir con este perfil de competencias.
- El responsable acredita realizar competentemente las funciones que le corresponden.

BAREMACIÓN

- 1.- No está definido suficientemente el responsable del Plan de Calidad.
- 4.- Está definido suficientemente el Responsable del Plan de Calidad.

C.4 El Plan de Calidad está orientado al paciente

Orientar un servicio al paciente implica que el paciente no debe percibir las dificultades y complejidades del Sistema ni los problemas intrínsecos del mismo, tanto administrativos como de relaciones internas. El paciente lo único que debe percibir al contactar con el Sistema son "facilidades" para tratar de mejorar sus dolencias. El Sistema se organiza de forma que se vuelca hacia el paciente, conduciéndolo de una forma longitudinal y coordinada a través de los distintos eslabones del mismo, ofreciéndole lo que necesita adecuadamente en tiempo, espacio y forma.

Para este criterio se sugiere que se cumplan al menos los siguientes aspectos:

- 1.- Se garantiza la participación del paciente en las decisiones clínicas de acuerdo con los derechos y obligaciones reflejadas en la Ley de Sanidad y lo establecido en la Ley de Autonomía del paciente. Este aspecto se refiere básicamente a la información que recibe el paciente y al consentimiento informado.
- 2.- El diseño de la realización del servicio y los procesos están basados principalmente en el conocimiento de las necesidades de los pacientes de la Unidad (incluye el acceso a un buzón de sugerencias). Es importante garantizar la continuidad asistencial del paciente, bien en la propia Unidad o en otro lugar en función de las necesidades y preferencias.

BAREMACIÓN

- 1.- No se cumple
- 4.- Se cumple

C.5 Existe un Plan de Prevención de Riesgos

El hospital tendrá establecido el mapa de riesgos laborales y qué unidades han sido evaluadas.

C.5.1 Existe un Plan de Prevención de riesgos laborales

La prevención de riesgos laborales está legislada y por tanto es de obligado cumplimiento.

C.5.2 Existe un Plan de Seguridad Clínica (prevención de riesgos para el paciente)

La prevención de riesgos para los pacientes es una cuestión ética y cubre un aspecto médico-legal importante. En el diseño de los procesos asistenciales se tendrá especial cuidado en la protocolización de todos aquellos aspectos que puedan generar riesgos para los pacientes; de esta manera se evita en la medida de lo posible la aparición de estos acontecimientos adversos y, cuando aparezcan, se garantiza que se conoce la manera de actuar para que sean lo menos lesivos para el paciente. Estos protocolos se adaptarán a las indicaciones que remitan las autoridades sanitarias.

Una Unidad que opte a ser acreditada debería tener protocolizados los aspectos relativos a la Seguridad Clínica de los pacientes.

El Plan de Seguridad Clínica consistirá en un sistema de detección, análisis y corrección de las complicaciones derivadas del proceso asistencial como:

- Medidas terapéuticas y diagnósticas (reacciones adversas a medicamentos, iatrogenia diagnóstica).
- Información sobre las actuaciones (aquí juega un papel muy importante la información al paciente y los consentimientos informados).
- Sistemas de prevención de infección y de accidentes en los pacientes (infiltraciones y bloqueos, administración de anticuerpos monoclonales).
- Proximidad y disponibilidad de un carro de paradas (infiltraciones y bloqueos).
- Protección de datos de los pacientes.

C.5.3 Existen planes de contingencia específicos

Este es un criterio de excelencia. Los planes de contingencia son planes que se ponen en marcha en circunstancias especiales y que sirven para corregir o prevenir posibles desviaciones del "sistema", una especie de reacción de alarma. Estos planes deberán estar ratificados por la dirección del Centro. Por ejemplo:

- Plan en situaciones de riesgo de contagio, incendio, etc.
- Plan de demora asistencial excesiva.
- Plan de sustitución de bajas de los profesionales.
- Otros.

BAREMACIÓN

C.5.1, C.5.2, C.5.3

- 1.- No se cumple
- 4.- Se cumple

C.6 Se realiza la revisión y actualización reglada y sistemática de los procedimientos de uso y mantenimiento del equipamiento

Debe comprobarse documentalmente que los equipamientos de la Unidad (p. ej. ordenadores, electromedicina, centrifugadora, refrigeradores) están debidamente revisados periódicamente, conforme a la legislación vigente, con actuaciones específicas para la adecuación y dotación de recursos técnicos y substitución por obsolescencia y adaptación al progreso tecnológico. Igualmente debe comprobarse que los procedimientos de utilización están revisados periódicamente y actualizados.

La fecha de última revisión debería ser explícita en procedimientos, programas de calibración y fichas de historias de mantenimiento de material de electromedicina crítico. La revisión y actualización sistemática de los procedimientos de uso y mantenimiento del equipamiento es un elemento básico en un plan de calidad.

La fecha de revisión de procedimientos y equipamiento puede variar para cada tipo, sin embargo, se recomienda que por lo general no sea superior a un año.

Por otro lado, debería poder comprobarse la garantía documental de la existencia de un programa específico para la revisión y actualización sistemática de los procedimientos generales (no clínicos) de la Unidad y del equipamiento electromédico (u otros) considerado esencial para la ejecución adecuada de la asistencia. Este programa podrá ser más específico de la Unidad o general del centro donde esté ubicada.

Además, debe existir un inventario de procedimientos generales y del equipo disponible en funcionamiento.

BAREMACIÓN

- 1.- No se realiza.
- 2.- Se revisan periódicamente los procedimientos o los equipamientos.
- 3.- Se revisan sistemáticamente los procedimientos y los equipamientos, pero los resultados no se utilizan para diseñar e implantar intervenciones de mejora.
- 4.- Se revisan sistemáticamente los procedimientos y los equipamientos y los resultados se utilizan para diseñar e implantar intervenciones de mejora.

- C.7 Se monitoriza la actividad y la calidad asistencial, científica y docente
- C.7.1 Se monitoriza la actividad y la calidad asistencial
- C.7.2 Se monitoriza la actividad y la calidad investigadora
- C.7.3 Se monitoriza la actividad y la calidad docente

La monitorización de la actividad y de la calidad de la Unidad implica que se ha diseñado un modo de medición de las mismas, generalmente a través de indicadores, cuestionarios, gráficas, etc. (p. ej: niveles de satisfacción, visitas a Urgencias).

Este criterio únicamente se valora si existe tal sistema de monitorización. En el apartado de Procesos Asistenciales y en Resultados se valorará si se alcanzan los objetivos y si los datos obtenidos de la monitorización se utilizan para mejorar el sistema.

Se comprueba que existe un sistema de monitorización de la actividad y de la calidad de los diferentes aspectos expresados en los criterios. El evaluador comprobará que se ha implantado el sistema de monitorización de la actividad asistencial (recomendablemente mediante indicadores de actividad asistencial validada), docente e investigadora.

BAREMACIÓN

C.7.1, C.7.3

- 1.- No se monitoriza la actividad o la calidad
- 4.- Se monitoriza la actividad y la calidad

C.7.2

- 1.- No se monitoriza
- 2.- Está diseñado o definido el modo de monitorización
- 3.- Está implantado el sistema de monitorización (en funcionamiento)
- 4.- Se ha evaluado y analizado la actividad

C.8 Existe una revisión y actualización reglada y sistemática de protocolos asistenciales, vías y guías de práctica clínica de la Unidad

Se deberían revisar de forma regular los protocolos u otras herramientas utilizadas en la Unidad, con una periodicidad de al menos 4 años. Se registrará dicha actividad en las actas correspondientes con la fecha de la última revisión explícita de dichos procedimientos o protocolos.

BAREMACIÓN

- 1.- No se cumple
- 4.- Se cumple

C.9 La Unidad debería participar en las Comisiones Clínicas del centro al que pertenece

Las Comisiones Clínicas de los Centros Sanitarios son órganos que se encargan de evaluar y mejorar la calidad de los diferentes aspectos de la asistencia sanitaria. Por ello, dentro de las posibilidades de cada centro, sería interesante que miembros de la Unidad formen parte activa de alguna de las citadas comisiones.

BAREMACIÓN

- 1.- No se cumple 4.- Se cumple

LISTADO DE COMPROBACIÓN

C. POLÍTICA Y PLAN DE CALIDAD	SOL	SOLICITANTE			ALUAE	OOR
O. I GEITIGA I I LAN DE GALIDAD	S	N	N/A	S	N	N/A
C.1 ¿Existe una política de calidad definida? (O)						
C.2.1 ¿Existe un Plan de calidad escrito? (O)						
C.2.2 ¿El Plan de calidad está implantado y ha sido evaluado? (R)						
C.2.3 ¿Se realizan auditorías internas de calidad? (R)						
C.2.4 ¿La Unidad ha superado una evaluación externa de calidad? (R)						
C.3 ¿Puede identificarse una persona responsable de Calidad y acredita realizar competentemente sus funciones? (O)						
 C.4 ¿Se cumplen los requisitos siguientes? (O) Hay documentación expuesta que permite conocer los derechos y obligaciones de los usuarios Existe un plan de acogida al paciente en el ingreso hospitalario Existen protocolos que aseguren la confidencialidad de la información sanitaria de acuerdo a la normativa vigente 						
C.5.1 ¿Existe un plan de prevención de riesgos laborales? (O)						
C.5.2 ¿Existe un Plan de Seguridad Clínica? ¿Se dispone de un sistema de detección, análisis y correcciones de complicaciones, accidentes, errores, reclamaciones y reacciones adversas, en el que se documentan estas situaciones y se analizan de forma sistemática según un procedimiento definido? (O)						
C.5.3 ¿Existen planes de contingencia escritos para los problemas funcionales previsibles de mayor importancia o frecuencia? (R)						

C.6 ¿Se dispone de procedimientos para garantizar el uso seguro del equipamiento y sustitución en caso de avería y se revisan y actualizan sistemáticamente estos procedimientos? ¿Se advierte a los usuarios debidamente con el fin de causar las menos molestias posibles? (O)			
C.7.1 ¿Existe una monitorización de la actividad y calidad de la asistencia? (O)			
C.7.2 ¿Existe una monitorización de la actividad y calidad de la investigación? (R)			
C.7.3 ¿Existe una monitorización de la actividad y calidad de la docencia? (R)			
C.8 ¿Los protocolos, vías y guías clínicas de la Unidad se revisan y actualizan periódicamente? (O)			
C.9 ¿Algunos miembros de la Unidad participan de forma activa en las Comisiones Clínicas del Centro al que pertenece la Unidad? (R)			

APARTADO D: GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO

Este apartado se ha dividido en dos subapartados:

D-a. GESTION DE LA FORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES

D-b. CONOCIMIENTO DEL CLIENTE

SUBAPARTADO D-a. GESTION DE LA FORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES

CRITERIOS

D-a.1. Se definen los perfiles de competencia profesional ajustados al puesto de trabajo (mapa de competencias profesionales), basados en conocimientos, habilidades y actitudes) (R)

D-a.2. Se definen las autorías y responsabilidades de los profesionales de la Unidad (O)

D-a.3. Se planifican y realizan actividades dirigidas a conocer las necesidades formativas del personal de la Unidad (R)

D-a.4. Existe un plan de formación del personal de la Unidad (R)

D-a.5. La Unidad realiza actividades formativas propias para los profesionales (O)

D-a.6. Existe un plan de formación específico para la acogida de los nuevos profesionales que se incorporan a la Unidad (R)

GUIA

D-a.1 Se definen los perfiles de competencia profesional ajustados al puesto de trabajo (mapa de competencias profesionales), basados en conocimientos, habilidades y actitudes

La competencia hace referencia a la capacidad necesaria que ha de tener un profesional para realizar un trabajo eficazmente, es decir, producir los resultados deseados, y lograr los objetivos previstos por la organización en la que desarrolla su labor. Las competencias se pueden clasificar en tres áreas:

- Conocimientos: el conjunto de saberes teórico-prácticos y la experiencia adquirida a lo largo de la trayectoria profesional necesarios para el desempeño del puesto de trabajo.
- **2.** *Habilidades*: capacidades y destrezas, tanto genéricas como específicas, que permiten garantizar el éxito en el desempeño del puesto de trabajo.
- Actitudes: características o rasgos de personalidad del profesional que determinan una correcta actuación en el puesto de trabajo.

Cada puesto de trabajo en la Unidad (coordinador, miembros, *fellows* y otras figuras de haberlas) debe estar perfectamente definido y documentado, tanto en las funciones y tareas que conlleva como en los requerimientos de competencia profesional (conocimientos y experiencia, habilidades y actitudes) que necesita el profesional que ocupa ese puesto de trabajo para que su labor sea eficaz.

La Unidad debería asegurar que sus profesionales mantienen a lo largo del tiempo un desempeño adecuado de sus competencias. Por este motivo es responsabilidad de los propios profesionales y de la Dirección del centro que todos los miembros de la Unidad estén en continua formación y aprendizaje.

Deben especificarse los planes de formación continuada de forma concreta anualmente para los miembros de la Unidad entre los que se deben incluir: asistencia a congresos, actividades de formación continuada, cursos, etc. Por este motivo, la Unidad debe estar preparada con más de un profesional para que pueda ser sustituido en la atención de la misma, mientras otros profesionales están realizando actividades de formación.

Esta formación debería ser fruto de una *gestión por competencias* para cada profesional, cada actividad y cada puesto de trabajo.

El evaluador comprobará con el responsable de la Unidad que el perfil de competencias de los profesionales se ajusta a la labor asistencial que desarrollan mediante una revisión de los mapas de competencias individuales. Este perfil de competencias puede tener formato de una ficha individual.

BAREMACIÓN

- 1.- No se han definido los requerimientos de cada puesto de trabajo ni las competencias del profesional que lo va a ocupar
- 2.- Se han definido los requerimientos de cada puesto de trabajo o las competencias del profesional que lo va a ocupar
- 3.- Se han definido los requerimientos de cada puesto de trabajo y las competencias del profesional que lo va a ocupar
- 4- Se han definido los requerimientos de cada puesto de trabajo y las competencias del profesional que lo va a ocupar y se dispone de la documentación de cada profesional que acredite su adecuación o no al perfil del puesto que ocupa

D-a.2 Definir las autorías y responsabilidades de los profesionales de la Unidad

Debería definirse de forma documental cuáles son las funciones y responsabilidades concretas de cada persona que desempeña su labor en la Unidad. En el criterio D-a.1, esta definición era teórica (lo que debería saber y poder hacer...). En este criterio se trata de una definición práctica: lo que debe hacer y de lo que es responsable cada cual, teniendo en cuenta el puesto que ocupa, su capacitación profesional y la aceptación de la responsabilidad por parte del profesional (p.ej. quién puede y debe realizar ciertas técnicas, solicitar ciertas pruebas, contestar a reclamaciones o realizar informes).

En ambos criterios el punto fundamental es la elaboración de un MAPA DE COMPETENCIAS PROFESIONALES específico según las características y necesidades de la Unidad.

BAREMACIÓN

- 1.- No se cumple
- 4.- Se cumple

D-a.3 Se planifican y realizan actividades dirigidas a conocer las necesidades formativas del personal de la Unidad

Se ha diseñado un modo de conocer los conocimientos y habilidades del personal de la Unidad, contrastándolos con los perfiles de competencia del puesto que ocupan.

En la Unidad deben existir planes de formación continuada del personal que permitan la implantación, estabilización y mejora de las actividades asistenciales

BAREMACIÓN

- 1.- No existe ningún modo de evaluación del perfil de formación de los profesionales
- 2.- Existe un procedimiento diseñado, pero no existe evidencia de que se aplique
- 3.- Existe y se aplica el procedimiento, conociéndose el perfil de formación de los profesionales
- 4.- Se conoce el perfil de formación de los profesionales y se compara con el perfil de competencias del puesto de trabajo que ocupa, obteniéndose el mapa de necesidades de formación de los profesionales de la Unidad

D-a.4 Existe un plan de formación del personal de la Unidad

Debe existir un plan de formación anual, individual y general, basado en las necesidades de formación de las personas que trabajan en la Unidad. Este plan es de contenidos teóricos y prácticos.

La formación continuada del personal de la Unidad es una pieza básica en la gestión del conocimiento y en los elementos de mejora continua de la calidad. Para lograrlo se debería diseñar un plan de formación específica de los miembros de la Unidad tanto médicos como no médicos (incluyendo enfermería, auxiliar de clínica, secretaria, etc.) y de residentes rotantes.

Los planes de actualización de la formación incluirán no solo aspectos técnicos, sino también desarrollo de habilidades no clínicas, aspectos de formación en calidad, así como cualquier otro tipo de conocimientos que se consideren interesantes para la Unidad.

Se distinguen al menos cuatro ámbitos de formación:

- 1. Habilidades y conocimientos técnicos profesionales (propios de la capacitación profesional).
- 2. Habilidades técnicas no clínicas (manejo de ordenador, presentaciones en público, gestión del trabajo, trabajo en equipo, negociación, comunicación con el paciente y técnicas de entrevista clínica, resistencia al estrés, etc.).
- 3. Conocimiento del Servicio o Unidad a la que se pertenece, de sus características, funcionamiento y resultados. Por ejemplo: líneas de investigación de otros departamentos, casuística, relaciones con otros servicios y la universidad, etc.
- 4. Conocimientos en Gestión y Calidad: todos los profesionales deben estar familiarizados con los conceptos, terminología, lenguaje y significado de lo relativo a la gestión y la calidad.

BAREMACIÓN

1.- No existe ningún plan diseñado, o bien la formación que recibe el personal no responde a ningún plan ni a la evaluación de sus necesidades de formación
2.- Existe un plan de formación diseñado para las personas a partir de sus necesidades de formación

- 3.- El plan de formación se ejecuta
- 4.- El plan de formación se ejecuta, evalúa y actualiza anualmente

D-a.5 La Unidad realiza actividades formativas propias para sus profesionales

La Unidad debe tener un programa anual de actividades formativas para sus profesionales. En este programa debe figurar de modo necesario un calendario de sesiones clínicas propio de la Unidad.

También es conveniente que se realicen de forma periódica sesiones formativas sobre aspectos de calidad asistencial y gestión clínica dirigidas a todos los profesionales de la Unidad.

BAREMACIÓN

- 1.- No se cumple
- 4.- Se cumple

D-a.6 Existe un plan de formación específico para la acogida de los nuevos profesionales que se incorporan a la Unidad

El evaluador debería comprobar la existencia de un Plan de Acogida de los nuevos profesionales que se incorporan a la Unidad. Este documento debe contener información sobre el Plan estratégico de la Unidad y sobre las líneas de trabajo o investigación que se están potenciando en la misma, además de información sobre las características de la Unidad, su funcionamiento y sus resultados.

BAREMACIÓN

- 1.- No existe ningún plan de acogida para los nuevos profesionales.
- 2.- Existe un plan de acogida adecuado.
- 3.- El plan de acogida está implantado y se ejecuta.
- 4.- El plan de acogida está implantado y se ejecuta y evalúa periódicamente.

LISTADO DE COMPROBACIÓN

D-a. GESTIÓN DE LA FORMACIÓN DE LOS	SOL	.ICITA	NTE	EVALUADOR		
PROFESIONALES	S	N	N/A	S	N	N/A
D-a.1 ¿Se han definido los perfiles de competencia profesional ajustados al puesto de trabajo, basados en sus conocimientos, habilidades y actitudes? (R)						
D-a.2 ¿Existe un documento (puede ser el de acogida del profesional) donde se detallan las responsabilidades y funciones de cada profesional de la Unidad? (O)						

D-a.3 ¿Existen encuestas para conocer las necesidades de formación y desarrollo profesional del personal de la Unidad? (R)			
D-a.4 ¿Existe un plan de formación del personal de la Unidad basado en el perfil de las necesidades formativas del mismo? (R)			
D-a.5 ¿La Unidad realiza actividades formativas propias para los profesionales? ¿Dispone de un calendario de sesiones clínicas propio? (O)			
D-a.6 ¿Existe un plan de acogida del profesional con información básica sobre el funcionamiento de la Unidad, sobre competencias generales y líneas estratégicas? (R)			

SUBAPARTADO D-b. CONOCIMIENTO DEL CLIENTE

CRITERIOS

D-b.1. Se define la cartera de clientes (R)

D-b.2. Existe un procedimiento para conocer las necesidades y expectativas de los clientes (R)

GUIA

D-b.1 Se define la cartera de clientes

El concepto **cliente** debería ser amplio. Cliente sería todo aquel que "espera" y/o "recibe" algo del servicio. En este sentido, aunque el principal cliente sería el Paciente, no sería el único, de modo que deberíamos analizar y definir lo que sería la "cartera de clientes" de la Unidad, por ejemplo: pacientes, sus familias, los propios profesionales del Servicio, otros neurólogos, Atención Primaria (muy especialmente) y otras vías de llegada de pacientes (*referral sources*), otros profesionales que nos solicitan servicios o información, el jefe de Servicio o Sección, la Dirección, etc.

Debería existir un documento que contenga una relación de los clientes internos y externos de la Unidad, así como las principales características de los mismos. Dicho documento debería contener, además, el modo en que esta información se ha obtenido y la fecha de la última actualización

BAREMACIÓN

- 1.- No existe
- 2.- Existe, pero está incompleta
- 3.- Existe y está completa
- 4.- Existe una cartera de clientes, completa y se actualiza al menos cada 3 años

D-b.2 Existe un procedimiento para conocer las necesidades y expectativas de los clientes

Tras conocer nuestra **cartera de clientes**, deberíamos diseñar el **mapa de necesidades y expectativas** que debe cubrir la Unidad: cada "cliente" tendrá unas necesidades prioritarias, el conjunto de todas ellas nos marcará de manera bastante precisa qué es lo que debe hacer y cuál es la razón de ser de la Unidad. Por último, también debemos conocer cuál es la opinión que nuestros potenciales clientes tienen de nuestro servicio (la que tienen tras hacer sido atendidos: satisfacción percibida; pero también la que tienen *a priori*). El diseño de todo esto es lo que se denomina "Conocimiento del cliente", que es un aspecto fundamental para el diseño de Unidades que pretendan ser un SERVICIO, es decir, satisfacer las necesidades de sus clientes (de "todos" sus clientes).

Debe existir un procedimiento en el que:

- 1.- Se especifique cómo se obtiene el conocimiento de las necesidades y expectativas de los clientes de la Unidad (encuestas, buzón de sugerencias u otros métodos).
- 2.- Este procedimiento debería referirse a la totalidad de los clientes (no sólo a los pacientes).
- 3.- De forma adicional, sería importante que las necesidades y expectativas de los clientes se presentaran con un orden de prioridades.
- 4.- El documento debería establecer el modo en que esta información se aplica al diseño organizativo de la prestación del servicio.

BAREMACIÓN

- 1.- No existe el procedimiento
- 2.- Existe el procedimiento, pero no se refiere a la totalidad de los clientes
- 3.- Existe el procedimiento, se refiere a todos los clientes y está actualizado
- 4.- Además, se establece el modo en que esta información se aplica al diseño de la prestación del servicio

LISTADO DE COMPROBACIÓN

D-b. CONOCIMIENTO DEL CLIENTE	SOL	.ICITA	NTE	EVALUADOR		
	S	N	N/A	S	N	N/A
D-b.1 ¿Existe un listado de potenciales clientes de la Unidad, diferenciando externos e internos y explicitando las principales características de los mismos? (Cartera de Clientes) (R)						
D-b.2 ¿Existe un procedimiento para conocer las expectativas y necesidades de los clientes en el que, además, se especifique el modo en que estas necesidades se aplican al diseño de la prestación del servicio? (R)						

APARTADO E: GESTIÓN DE LA COMUNICACIÓN

CRITERIOS

- E.1. Existe un programa integrado de comunicación
 - E.1.1. Existe un programa de comunicación interna horizontal (O)
 - E.1.2. Existe un programa de comunicación interna vertical
 - E.1.2.1. Comunicación con la Dirección del Centro (O)
 - E.1.2.2. Comunicación con Atención Primaria (O)
 - E.1.3. Existe un programa de comunicación externa con otros profesionales (R)
 - E.1.4. Existe un programa de comunicación externa con pacientes y familias (R)
 - E.1.5. Existe un programa de comunicación con la Sociedad en General E.1.5.1. La Unidad debería promover la comunicación y las relaciones con los pacientes (R)
 - E.1.5.2. La Unidad debería promover la difusión de los diferentes aspectos relativos a la patología que se trata en la Unidad a través de un programa de comunicación con los restantes sectores sociales (R)

GUIA

E.1 Existe un programa integrado de comunicación

Este apartado es clave en un proceso de acreditación, puesto que gestionar adecuadamente la comunicación a todos los niveles es un elemento necesario para que la asistencia sea de calidad y satisfactoria.

La gestión de la comunicación de la Unidad supone el diseño de cómo la información que se genera durante la actividad, se recopila, ordena y distribuye de una forma adecuada y con un objetivo o un fin definido. Todo ello requiere, evidentemente, un sistema de manejo de la información y su posterior comunicación que se denomina "Sistema de información y Comunicación".

Entendemos que un programa integrado de comunicación es el que define al menos los siguientes aspectos:

- 1) A quién va dirigida la información.
- 2) La información a administrar.
- 3) El formato de dicha información.
- 4) El momento de la información.
- 5) El lugar de la información.
- 6) El responsable de suministrar la información.
- 7) El registro de que la información se ha realizado.
- 8) El modo en que el procedimiento se evalúa.

El programa debería incluir en su diseño al menos los siguientes tipos y subtipos de comunicación:

- 1.- Comunicación interna:
 - a) Horizontal:
 - Comunicación dentro del propio equipo o Unidad.

- Comunicación entre otros profesionales, Unidades o Servicios del mismo hospital.

b) Vertical:

- Ascendente: con la Dirección del hospital, autoridades sanitarias y agentes políticos.
- Entre niveles: Atención Primaria, Salud Pública, preventiva, etc.

2.- Comunicación externa:

- a) Comunicación entre otros profesionales, Unidades o Servicios de otros hospitales o centros sanitarios.
- b) Con pacientes y su entorno familiar.

E.1.1 Existe un programa de comunicación interna horizontal

Debe especificarse en un documento cómo se comunican los miembros de la Unidad entre sí (reuniones de trabajo, intranet, blog, tablón de anuncios, buzón de sugerencias, email, etc.) y con los otros profesionales de la organización (interconsultas, sesiones conjuntas, cumplimentación de solicitudes de pruebas, etc.), así como el modo en que se registra y se analiza esta información.

E.1.2 Existe un programa de comunicación interna vertical

Debe especificarse en un documento cómo se comunica la Unidad con el resto de miembros de la organización (Servicio de Neurología, Dirección, Administración, Atención Primaria, etc.), así como el modo en que se registra y se analiza esta información.

E.1.2.1 Comunicación con la Dirección del Centro

Debe especificarse en un documento cómo se comunica la Unidad con la Dirección del Centro, sea directamente o vía jefe de Servicio.

E.1.2.2 Comunicación con Atención Primaria

Debe especificarse en un documento cómo se comunica la Unidad con Atención Primaria.

E.1.3 Existe un programa de comunicación externa con otros profesionales

Debería especificarse en un documento cómo se comunica la Unidad con otros profesionales del Sistema que no pertenecen al centro o que trabajan en otras áreas de salud (sesiones provinciales o interhospitalarias, intercambio de indicadores y resultados, cooperación en programas asistenciales, etc.), así como el modo en que se registra y se analiza esta información.

E.1.4 Existe un programa de comunicación externa con pacientes y familias

Debe especificarse en un documento cómo la Unidad se comunica e informa a los pacientes y familiares (especificar sobre qué enfermedades, si se facilitan documentos con información y sobre qué versan, si dichos documentos son o no independientes, si

son en papel o vía *online*, quién los entrega e informa, etc.), así como el modo en que se registra y se analiza esta información.

- E.1.5 Existe un programa de comunicación con la Sociedad en General
- **E.1.5.1** La Unidad debería promover la comunicación y las relaciones con los pacientes Se debería definir el modo en que la Unidad se comunica y relaciona con los pacientes que se atienden en ella.
- **E.1.5.2** La Unidad debería promover la difusión de los diferentes aspectos relativos a la patología que se trata en la Unidad a través de un programa de comunicación con los restantes sectores sociales (asociaciones de pacientes, medios de comunicación, otros).

Debería especificarse en un documento cómo se comunica la Unidad con otros sectores sociales y cómo se utilizan los distintos medios de comunicación para ello.

BAREMACIÓN

E.1.1, E.1.2.1, E.1.2.2, E.1.4

- 1.- No existe el documento o es incompleto
- 4.- Existe el documento y es completo

E.1.3, E.1.5.1, E.1.5.2

- 1.- No existe el programa
- 2.- El programa está diseñado
- 3.- El programa está implantado (en funcionamiento)
- 4.- El programa se ha evaluado al menos en una ocasión

E. GESTIÓN DE LA COMUNICACIÓN	SOLICITANTE			EVALUADOR			
	S	N	N/A	S	Ν	N/A	
E.1.1 ¿Existe un programa de comunicación interna horizontal? (O)							
E.1.2.1 ¿Existe un programa de comunicación dirigido especialmente a la Dirección del Centro? (O)							
E.1.2.2 ¿Existe un programa de comunicación dirigido especialmente a Atención Primaria? (O)							

E.1.3 ¿Existe un programa de comunicación externa con otros profesionales? (R)			
E.1.4 ¿Existe un programa de comunicación externa con pacientes y familias? (R)			
E.1.5.1 ¿Existe un programa de comunicación y relaciones con los pacientes? (R)			
E.1.5.2 ¿Existe un programa de comunicación y difusión dirigido globalmente a todos los sectores sociales? (R)			

APARTADO F: ESTRUCTURA

El apartado ESTRUCTURA comprende los criterios relativos a Recursos Humanos, Dependencias e Instalaciones y Medios Técnicos. Para facilitar el diseño de los criterios y la evaluación de los Servicios y Unidades, se ha dividido este apartado en tres subapartados:

- F-a. Recursos Humanos
- F-b. Dependencias e Instalaciones
- F-c. Medios Técnicos

SUBAPARTADO F-a. RECURSOS HUMANOS

CRITERIOS

- F-a.1. Existe un responsable adecuado de la Unidad:
 - F-a.1.1. Existe un responsable formalmente reconocido de la Unidad (O)
 - F-a.1.2. Se definen y cumplen los requisitos del responsable de la Unidad (O)
- F-a.2. Existe un número suficiente de Facultativos para garantizar las funciones de asistencia, docencia e investigación:
 - F-a.2.1. La Unidad debe disponer de suficiente personal médico formalmente asignado a la misma para garantizar la asistencia, docencia e investigación (O)
 - F-a.2.2. La Unidad debe disponer de suficiente personal para garantizar la realización de los estudios complementarios y técnicas que se consideren propios de la Unidad (O)
 - F-a.2.3. La Unidad debe garantizar la asistencia a pacientes con cefalea que precisan atención urgente (O)
 - F-a.2.4. La Unidad tendrá fácil acceso a los facultativos necesarios (psiquiatría, neurofisiología, neurorradiología, neurocirugía, oftalmología, etc.) para la adecuada atención de los pacientes (O)
- F-a.3. Existe un número suficiente de profesionales de Enfermería (comprende tanto a los Enfermeros/as como a los Auxiliares de Enfermería)
 - F-a.3.1. La Unidad debe disponer de un enfermero/a responsable de la coordinación de todo el personal de enfermería (R)
 - F-a.3.2. La Unidad debe disponer de suficiente personal de enfermería formalmente asignado a la Unidad (R)
 - F-a.3.3. La Unidad debe disponer de suficiente personal auxiliar de enfermería para garantizar la asistencia (R)
 - F-a.3.4. La Unidad debe disponer de personal de enfermería con experiencia en la asistencia a pacientes con cefalea (R)
- F-a.4. La Unidad debe disponer de personal de apoyo administrativo suficiente para garantizar la asistencia (O)

F-a.5. El personal de la Unidad tiene suficiente competencia y experiencia profesional

- F-a.5.1. La plantilla de personal facultativo debe tener experiencia suficiente (O)
- F-a.5.2. La plantilla de personal de enfermería debe tener experiencia suficiente (R)
- F-a.5.3. El personal de la Unidad debe tener experiencia reconocida en otras áreas de conocimiento (R)

GUIA

F-a.1 Sobre el Responsable de la Unidad

F-a.1.1 Existe un responsable formalmente reconocido de la Unidad

Para el correcto funcionamiento de una Unidad de Cefaleas es imprescindible que exista un responsable (coordinador o jefe) de la misma. Debe existir un nombramiento o documento formal de reconocimiento del responsable de la Unidad por parte del jefe de Servicio y del Director del centro.

F-a.1.2 Se definen y cumplen los requisitos del responsable de la Unidad

El responsable de la Unidad deberá ser médico especialista en Neurología y tener una experiencia de dedicación preferente al tratamiento del paciente con cefalea de al menos 3 años. Ello deberá poderse acreditar documentalmente a través de las pruebas que se consideren oportunas (publicaciones científicas, participación en cursos y congresos, becas recibidas, tesis realizadas o dirigidas, etc.).

La formación como "experto en cefaleas" requiere un amplio conocimiento tanto básico como clínico en los diferentes aspectos relativos a este grupo de enfermedades. Debe tener una formación asistencial clínica que le permita llevar a cabo un examen clínico neurológico básico, así como específico para el diagnóstico de cualquier tipo de cefalea. Debe conocer detalladamente y tener experiencia práctica en la realización de técnicas diagnósticas y escalas específicas para la valoración de pacientes con cefalea, así como en la indicación y administración de tratamientos estándar y avanzados en cefaleas. El responsable de la Unidad debe tener una situación laboral estable y disponer de tiempo suficiente para actividades no asistenciales (al menos un 20% de su tiempo).

Funciones del coordinador o responsable de la Unidad:

- Será el responsable de la Unidad y ejercerá las tareas de gestión necesarias para su adecuado funcionamiento.
- Tendrá la autoridad sobre el personal de la Unidad que venga especificada por la legislación vigente y la organización propia del hospital.
- Liderar las actividades asistenciales, docentes y de investigación que desarrolle la Unidad.
- Representar a la Unidad ante el jefe de Servicio y la Dirección.

F-a.2 Sobre los facultativos

F-a.2.1 Los facultativos de la Unidad deberán estar formalmente asignados a la Unidad

El número de facultativos necesario para atender las consultas se calculará en función de la demanda y la actividad asistencial en cada caso concreto. Se aconseja que para el cálculo de la cantidad de actividad (estimación de necesidades) se tenga en cuenta al menos un histórico de la actividad realizada en los dos últimos años.

La Unidad debe contar, además del coordinador o responsable a tiempo completo, al menos con otro neurólogo/a, deseablemente a tiempo completo. Se contempla, e incluso es recomendable, la participación de neurólogos becarios.

F-a.2.2 Debe haber personal facultativo suficiente para la realización e interpretación de las pruebas complementarias y técnicas terapéuticas propias de la Unidad.

Para el cálculo se tendrá en cuenta el número y tipo de técnicas que realiza la Unidad (escalas de valoración clínica, punciones lumbares, infiltraciones con toxina botulínica, bloqueos anestésicos, otras), así como los tiempos y el personal que precisa cada estudio o procedimiento. Se aconseja que para el cálculo de la cantidad de actividad se tenga en cuenta al menos un histórico de la actividad realizada en los dos últimos años.

- **F-a.2.3** La Unidad debe garantizar la asistencia urgente a pacientes con cefalea, bien con su propio personal, bien con otros facultativos del hospital debidamente formados por la Unidad o, en su caso, tener articulada la derivación a otro centro. Los pacientes deben estar informados de la estrategia a seguir en caso de urgencia.
- **F-a.2.4** La Unidad debe disponer de acceso directo a servicios como psiquiatría, neurofisiología, neurorradiología, neurocirugía u oftalmología, estableciéndose el interlocutor profesional de referencia en cada uno de ellos.

F-a.3 Sobre el personal de Enfermería

Para el cálculo de los profesionales de enfermería y auxiliares de enfermería necesarios para atender a los requerimientos asistenciales de la Unidad el criterio exige que exista un documento consensuado con la Dirección de Enfermería en el que se especifiquen los tiempos recomendados para la realización de las distintas actividades realizadas por el personal de enfermería. Estos tiempos recomendados serán los que posteriormente se utilizarán para calcular las necesidades de profesionales en función del tipo y cantidad de actividades previstas a realizar anualmente en la Unidad.

- **F-a.3.1** El responsable de enfermería debe cumplir los requisitos que especifique la Dirección de Enfermería de su centro. Esta labor puede ser compatible con la de supervisión de Consultas Externas.
- **F-a.3.2** El tiempo de dedicación del personal de enfermería debe ser el adecuado para atender a los requerimientos asistenciales de la Unidad, variable según los centros.
- **F-a.3.3** El número de auxiliares de enfermería se ajustará a las especificaciones que indique Dirección de Enfermería.
- **F-a.3.4** La Unidad debe disponer de personal de enfermería con experiencia en la asistencia a pacientes con cefalea. Las competencias de enfermería en la Unidad de

Cefaleas serían las siguientes: información a los pacientes, evaluación mediante escalas clínicas, seguimiento telefónico, consulta de enfermería, atención en el Hospital de Día, aplicación de los protocolos diagnósticos y terapéuticos establecidos, apoyo a la investigación y docencia.

F-a.4 El criterio requiere que exista un documento en la Unidad, el Servicio o el Centro donde se especifiquen el tipo de profesionales necesarios, las actividades que han de realizar y los estándares de tiempos recomendables para cada una de ellas.

F-a.4.1 Se estima que la Unidad debe disponer de personal de apoyo administrativo suficiente adscrito a la Unidad o compartido con el Servicio de Neurología (a tiempo completo o parcial) para garantizar la asistencia.

F-a.5 Sobre la experiencia profesional

F-a.5.1 El personal médico de la Unidad debe estar en posesión del título de especialista en Neurología, tener especial interés, formación, dedicación y competencia en cefaleas, y acreditar al menos 2 años de experiencia asistencial en cefaleas y en las técnicas propias de la unidad (punción lumbar, infiltraciones y bloqueos).

El personal médico debe acreditar asistencia a cursos de formación, reuniones y congresos relacionados con el tema de cefalea.

Se entiende como "experiencia suficiente" cuando al menos el 50% del personal facultativo de la plantilla de la Unidad cumple los requisitos anteriores.

- **F-a.5.2** Se entiende como "experiencia suficiente" cuando al menos el 50% del personal de la plantilla de Enfermería de la Unidad tiene una experiencia reconocida en la asistencia a pacientes con cefalea de al menos 1 año.
- **F-a.5.3** Se entiende como experiencia en "otras áreas del conocimiento" a aquella relacionada con conocimientos tales como: informática, idiomas, habilidades de comunicación, conocimientos en gestión, estadística, liderazgo, análisis de documentos científicos, experiencia en participación en comités y otros grupos de trabajo, etc., que potencien y faciliten el ejercicio profesional del personal de la Unidad.

Se sugiere que al menos el 50% de la plantilla debería tener experiencia en otras áreas del conocimiento que potencien sus habilidades profesionales.

BAREMACIÓN

F-a.1.1, F-a.1.2, F-a.2.1, F-a.2.2, F-a.2.3, F-a.2.4, F-a.3.1, F-a.3.2, F-a.3.3, F-a.3.4, F-a.3.5, F-a.4, F-a.5.1, F-a.5.2

- 1.- No existe
- 4.- Existe

F-a.5.3

- 1.- No existe
- 2.- Existe un 25 % de personal con experiencia en otras áreas
- 3.- Existe un 50% de personal con experiencia en otras áreas
- 4.- Existe un 75 % de personal o más con dicha experiencia

F-a. RECURSOS HUMANOS	SOL	.ICITA	NTE	EVA	ALUAE	OOR
1 -a. NEGUNGOS HUWANOS	S	N	N/A	S	N	N/A
F-a.1.1 ¿Existe un Responsable de la Unidad						
formalmente reconocido? (O)						
F-a.1.2 ¿El Responsable de la Unidad cumple los						
requisitos definidos para ejercer esa función? (O)						
F-a.2.1 ¿La Unidad dispone de personal médico						
formalmente asignado a la misma para garantizar la						
asistencia? (O)						
F-a.2.2 ¿La Unidad dispone de personal médico para						
garantizar la realización de los estudios						
complementarios que se consideren propios de la						
Unidad? (O)						
F-a.2.3 ¿La Unidad garantiza la asistencia urgente a						
pacientes con cefalea? (O)						
F-a.2.4 ¿La Unidad tiene fácil acceso a otros						
facultativos necesarios para la aplicación de las						
técnicas diagnósticas y terapéuticas necesarias para						
la atención de sus pacientes? (O)						
F-a.3.1 ¿Existe un responsable de enfermería que						
coordine al personal de enfermería y al auxiliar de la						
Unidad? (R)						
F-a.3.2 ¿Existe suficiente personal de enfermería						
asignado a la Unidad? (R)						
F-a.3.3 ¿Existe suficiente personal auxiliar de						
enfermería asignado a la Unidad? (R)						
F-a.3.4 ¿Dispone el personal de enfermería de						
experiencia en el manejo de pacientes con cefalea?						
(R)						
F-a.4 ¿La Unidad dispone de personal de apoyo						
administrativo suficiente para garantizar la asistencia?						
(O)						
F-a.5.1 ¿Existe al menos un 50% del personal						
facultativo con experiencia reconocida de al menos 1						
año en la asistencia a pacientes con cefalea? (O)						
F-a.5.2 ¿Existe al menos un 50% del personal de						
enfermería con experiencia reconocida de al menos 1						
año en la asistencia a pacientes con cefalea? (R)						
and an a dolotonola a pasiontos son solutos. (11)						1

F-a.5.3 ¿Existe al menos un 50% del personal de la Unidad con experiencia reconocida en otras áreas de			
conocimiento? (R)			

SUBAPARTADO F-b. DEPENDENCIAS E INSTALACIONES

CRITERIOS

- F-b.1. Los Accesos para los pacientes son adecuados (O)
- F-b.2. La Sala de Admisión de pacientes es adecuada (O)
- F-b.3. Existe un Servicio de Atención al Paciente / Información al Usuario propio o compartido (O)
- F-b.4. Existe una Secretaría administrativa con un espacio físico concreto (O)
- F-b.5. Los servicios de limpieza de las instalaciones son adecuados (O)
- F-b.6. Área de atención a pacientes ambulatorios en el hospital y centros periféricos de especialidades
 - F-b.6.1. Existen consultas médicas adecuadas (O)
 - F-b.6.2. Existen consultas de enfermería adecuadas (R)
 - F-b.6.3. Existen salas adecuadas para la realización de estudios / técnicas (O)
 - F-b.6.4. Es posible almacenar muestras biológicas (R)
- F-b.7. Existen Servicios Generales o Centrales adecuados y suficientes (O)
- F-b.8. Existen Salas de espera de familiares y pacientes adecuadas (O)
- F-b.9. Existe un área de hospitalización adecuada
 - F-b.9.1. Las características y dotación del Hospital de Día son adecuadas (R)
- F-b.9.2. Existe un despacho destinado a la atención e información de los familiares de los pacientes hospitalizados (R)
- F-b.10. Existe acceso a un área adecuada de docencia e investigación
 - F-b.10.1. Existe una sala adecuada de sesiones clínicas y de docencia (O)
- F-b.10.2. Existe acceso a una sala adecuada para ensayos clínicos y archivo y custodia de su documentación (O)
- F-b.11. Existen despachos adecuados de trabajo no asistencial para los facultativos (O)

GUIA

En general, el apartado de *Estructura/Dependencias e Instalaciones* es muy normativo y dependerá en gran medida de las normativas vigentes en cada Comunidad Autónoma. Es conveniente, a la hora de valorar cada criterio que se tenga presente la normativa vigente, la cual deberá estar disponible en el Servicio o Unidad, o al menos ser de fácil alcance en el hospital.

F-b.1 Los accesos de pacientes a la Unidad deberán estar exentos de barreras arquitectónicas y estar bien señalizados, de modo que se facilite el acceso a la Unidad a todas las personas que lo precisen.

F-b.2 La Sala de Admisión de pacientes es adecuada

Debe cumplir las especificaciones técnicas mínimas aplicables al Centro según la normativa vigente. Esta sala puede corresponder a la propia del Centro donde se ubique la Unidad.

Los aspectos relativos al procedimiento de Admisión de pacientes se tratarán en el apartado G-a.2 de este manual.

F-b.3 Existe un Servicio de Atención al Paciente / Información al Usuario, propio o compartido (del Centro)

Para poder resolver los problemas que pueda tener el paciente es preciso que exista un servicio de atención al paciente. Este podrá estar incluido dentro de los servicios propios del hospital, o bien estar ubicado dentro de la propia Unidad. No obstante, en el caso de que la Unidad no disponga de servicio propio de atención al paciente sería recomendable que existiera en la Unidad una persona designada que pueda atender al paciente en primera instancia.

F-b.4 Existe un espacio físico concreto asignados para la Secretaría administrativa

Debe existir en la Unidad un espacio destinado a la labor administrativa para la elaboración de la documentación clínica y la realización de las funciones administrativas de la Unidad. Este espacio puede estar en la propia Unidad o razonablemente cercano a la misma y compartido con el Servicio de Neurología u otras unidades.

F-b.5 Los servicios de limpieza de las instalaciones son adecuados

Los servicios de limpieza deben asegurar las condiciones de limpieza adecuadas habituales para las actividades asistenciales en edificios públicos.

Por inspección debe comprobarse que las instalaciones y dependencias ostentan un orden y limpieza suficiente. Debe haber papeleras visibles donde depositar elementos desechables. Puede solicitarse el plan de limpieza en el que debe comprobarse que está planificada la limpieza de las instalaciones al menos una vez al día durante todas las jornadas en las que la Unidad esté operativa.

F-b.6 Área de atención a pacientes ambulatorios en el hospital y centros periféricos de especialidades

F-b.6.1 Existen consultas médicas adecuadas

La Unidad debe disponer como mínimo de un despacho médico asignado para cada módulo de consulta con condiciones habituales y saludables de ventilación e iluminación. Los despachos deben estar bien señalizados.

F-b.6.2 Existen consultas de enfermería adecuadas

La Unidad debe disponer de un despacho para cada módulo de consulta de enfermería con condiciones adecuadas.

F-b.6.3 Existen salas adecuadas para la realización de estudios / técnicas

Se dispone de una sala para la realización de técnicas especiales propias de la Unidad como fondo de ojo, punción lumbar, infiltraciones, bloqueos y extracción de muestras sanguíneas para estudios especiales. La ventilación e iluminación de la sala deberán ser correctas. El propio despacho de consultas puede reunir estas condiciones.

F-b.6.4 Es posible almacenar muestras biológicas

Es aconsejable que la Unidad disponga de la posibilidad de almacenamiento de muestras biológicas en las condiciones adecuadas (servicio de laboratorio, biobanco o similar).

F-b.7 Existen Servicios Generales o Centrales adecuados y suficientes

Deben cumplir las especificaciones técnicas mínimas aplicables al Centro según la normativa vigente. Valorar que existan al menos los siguientes: radiodiagnóstico, laboratorios de análisis clínicos, hematología y microbiología.

F-b.8 Existen Salas de espera de familiares y pacientes adecuadas

La Unidad dispondrá de una sala de espera para pacientes y familiares con condiciones adecuadas de acceso para discapacitados, luz y ventilación y cumplir las normativas vigentes contra incendios y otras medidas de seguridad habituales para los edificios públicos. Esta sala de espera podrá ser de uso exclusivo por los pacientes de la Unidad o compartida con pacientes de otras unidades o Servicios.

- **F-b.9** Existe un área de hospitalización adecuada integrada dentro del Servicio de Neurología
- F-b.9.1 Las características y dotación del Hospital de Día son adecuadas.
- **F-b.9.2** Existe un despacho destinado a la atención e información de los familiares de los pacientes hospitalizados

Este despacho puede ser compartido con otras actividades o con el propio Servicio de Neurología.

F-b.10 Existe acceso a un área adecuada de docencia e investigación

F-b.10.1 Existe una sala adecuada de sesiones clínicas y de docencia

La Unidad deberá tener acceso a un despacho para actividades de sesiones clínicas y docencia; puede ser el mismo que la sala de trabajo del personal, con una adecuada disposición de horarios.

Esta área puede ser propia o bien compartida con la sección o servicio de neurología u otros servicios del centro donde esté ubicada la Unidad.

Sería recomendable que existiera en dicha área de docencia al menos una sala de reuniones con tamaño suficiente para realizar sesiones clínicas y de docencia. Se recomienda que dé cabida a al menos 8-10 personas. Debería disponer del equipamiento adecuado para realizar su función, habitualmente compartido con el resto del servicio.

Además, si las hubiera, la Unidad debe tener acceso a las aulas del Centro para actividades especiales.

F-b.10.2 Existe acceso a una sala adecuada para ensayos clínicos y el archivo y custodia de su documentación

La Unidad debe disponer de acceso a un espacio de almacenamiento específico para la custodia de la documentación generada por la propia Unidad y la documentación generada por los proyectos de investigación (ensayos clínicos, etc.). Este espacio podrá ser compartido con otras unidades o servicios.

F-b.11 Existen despachos adecuados de trabajo no asistencial para los facultativos

La Unidad debe disponer de espacios de trabajo no asistencial adecuados para los profesionales. Estos podrán ser individuales o bien una Sala de Trabajo y Reuniones que deberán estar adecuadamente equipados.

BAREMACIÓN

F-b.1, F-b.2, F-b.3, F-b.4, F-b.5, F-b.6.1, F-b.6.2, F-b.6.3, F-b.6.4, F-b.7, F-b.8, F-b.9.1, F-b.9.2, F-b.10.1, F-b.10.2, F-b.11

- 1.- No se cumple
- 2.- Se cumple

F-b. DEPENDENCIAS E INSTALACIONES	SOL	ICITA	NTE	EVA	ALUAE	OOR
D. DEL ENDERONIO E INCINCENCIONES		N	N/A	S	N	N/A
F-b.1 ¿Los accesos para los pacientes son adecuados? (O)						
F-b.2 ¿La Sala de Admisión es adecuada? (O)						
F-b.3 ¿Existe un Servicio de Atención al Paciente / Información al Usuario propio o compartido? (O)						
F-b.4 ¿Existe una Secretaría administrativa con un espacio físico concreto? (O)						
F-b.5 ¿Los servicios de limpieza de las instalaciones son adecuados? (O)						
F-b.6.1 ¿Existen consultas médicas adecuadas? (O)						
F-b.6.2 ¿Existen consultas de enfermería adecuadas? (R)						

SUBAPARTADO F-c. MEDIOS TÉCNICOS

CRITERIOS

- F-c.1. Existe un mobiliario general adecuado (R)
- F-c.2. Existe un mobiliario clínico adecuado (R)
- F-c.3. Existe un equipamiento electromédico y otros equipamientos adecuados (O)
- F-c.4. Existe un fácil acceso a los Servicios de apoyo necesarios
 - F-c.4.1. Acceso a Servicios de apoyo básicos (O)
 - F-c.4.2. Acceso a Servicios de apoyo especiales (R)
 - F-c.4.3. La Unidad debe tener fácil acceso a los profesionales de apoyo necesarios (O)
- F-c.5. Existe un adecuado equipamiento docente (R)
- F-c.6. Existe un acceso mínimo a textos y revistas actualizadas de la especialidad (O)

GUIA

F-c.1 Existe un mobiliario general adecuado

Debe quedar especificado en un documento la dotación y las características mínimas necesarias de mobiliario para la sala de hospitalización de día, consultas, salas espera, sala de estar, despachos y demás instalaciones que utiliza la Unidad.

Es deseable disponer de lavamanos con material antiséptico.

Es deseable que se disponga de fácil acceso para sillas de ruedas y así facilitar los desplazamientos de personas con dificultad para la deambulación.

F-c.2 Existe un mobiliario clínico adecuado

Se recomienda que el área de exploración física (camilla) esté separada por un biombo o similar del resto de la consulta para garantizar la privacidad del paciente.

F-c.3 Existe un equipamiento electromédico y otros equipamientos adecuados

Los despachos donde se realicen las consultas deben disponer de oftalmoscopio, martillo de reflejos, diapasón, tensiómetros y estetoscopio. Además, existirá un *stock* suficiente de fungibles para infiltraciones, bloqueos, punción lumbar y otras técnicas habituales en cefaleas.

F-c.4 Existe un fácil acceso a los Servicios de apoyo necesarios

F-c.4.1 Acceso a Servicios de apoyo básicos

La Unidad tiene un fácil acceso a los servicios necesarios para realizar sus funciones asistenciales. Estos servicios de apoyo no necesariamente deberán estar disponibles en el mismo centro.

Servicios de apoyo a los que se debe tener fácil acceso:

- Servicio de Radiodiagnóstico con disponibilidad de TC las 24 horas del día y RM craneal.
- Servicio de Neurocirugía para poder realizar ingresos (medición de PIC, tratamiento de cefalea secundarias, otros).
- Exploraciones neurofisiológicas.
- Laboratorio de bioquímica, microbiología y anatomía patológica.
- Servicio de Psiquiatría.
- Servicio de Oftalmología.

F-c.4.2 Acceso a Servicios de apoyo especiales

Se debería tener acceso a la realización de al menos las siguientes pruebas:

- Neuroimagen con técnicas especiales (RM funcional, medicina nuclear).
- Servicio de Neurofisiología: poligrafía de sueño, otros.
- Neuropsicología y terapias psicológicas
- Servicio de Genética.
- Unidad de Tratamiento del Dolor.

F-c.4.3 La Unidad debería tener fácil acceso a los profesionales de apoyo necesarios

Los profesionales de apoyo a la Unidad (interlocutores habituales en otros servicios) deberían estar identificadas documentalmente, indicando su especialidad, ubicación y modo de localización. Puede ser suficiente con disponer de una lista de contactos.

F-c.5. Existe un adecuado equipamiento docente

La Unidad deberá disponer de un despacho para actividades de sesiones clínicas y docencia, que puede ser el mismo que la sala de trabajo del personal, con una adecuada disposición de horarios. Debe tener acceso a las aulas del Hospital para actividades especiales. La sala debe estar dotada de mesa y sillas correspondientes, equipo informático (ordenador, impresora, escáner), software adecuado (programas de creación de diapositivas, gestores de base de datos, programas de análisis estadístico), conexión intranet e internet y equipo audiovisual (proyector y/o cañón).

F-c.6 Existe un acceso mínimo a textos y revistas actualizadas de la especialidad

El personal de la Unidad debe tener acceso completo a las principales revistas neurológicas, de las que 2 serán sobre cefaleas.

BAREMACIÓN

F-c.1, F-c.2, F-c.3, F-c.4.1, F-c.4.2, F-c.4.3, F-c.5, F-c.6

- 1.- No se cumple
- 4.- Se cumple

F-c. ESTRUCTURA	SOLICITANTE			EV	ALUAD	OR
	S	N	N/A	S	N	N/A
F-c.1 ¿Existe un mobiliario general adecuado? (R)						
F-c.2 ¿Existe un mobiliario clínico adecuado? (R)						
F-c.3 ¿Existe un equipamiento electromédico y otros equipamientos adecuados? (O)						
F-c.4.1 ¿Existe fácil acceso a los Servicios de apoyo básicos? (O)						
F-c.4.2 ¿Existe fácil acceso a los Servicios de apoyo especiales? (R)						
F-c.4.3 ¿Tiene la Unidad fácil acceso a los profesionales de apoyo necesarios? (O)						
F-c.5 ¿Existe un adecuado equipamiento docente? (R)						
F-c.6 ¿Existe un acceso mínimo a textos y revistas actualizadas de la especialidad? (O)						

APARTADO G: PROCESOS

El apartado PROCESOS se ha subdividido en tres subapartados:

- G-a. PLANES FUNCIONALES
- G-b. PROCESOS ASISTENCIALES
- G-c. COORDINACIÓN CON OTROS DISPOSITIVOS

SUBAPARTADO G-a. PLANES FUNCIONALES

CRITERIOS

- G-a.1. Existe un Plan Funcional General de la Unidad (O)
- G-a.2. Existe un plan funcional para la Admisión de pacientes (O)
 - G-a.2.1. Se ha definido la Cartera de Servicios de la Unidad (O)
- G-a.3. Existe un plan funcional para las Consultas
 - G-a.3.1. Existe un plan funcional para las Consultas Médicas (O)
 - G-a.3.2. Existe un plan funcional para las Consultas de Enfermería (R) o (NA)
 - G-a.3.3. Existe un plan funcional para las salas de realización de estudios y técnicas complementarios (R)
- G-a.4. Existe un plan funcional para el Hospital de Día (R) o (NA)
- G-a.5. Plan funcional en Urgencias del Hospital (O)

GUIA

G-a.1 Existe un Plan Funcional General de la Unidad

La Unidad deberá disponer de un Plan General de funcionamiento de la misma, debidamente escrito y archivado, que incluya una descripción general de la Unidad, personal adscrito a la misma, programa de funcionamiento, responsabilidades de cada profesional, tareas a realizar por los mismos, equipamiento del que consta, actividad histórica que desarrolla, protocolos, vías y guías de práctica clínica disponibles, plan de calidad, docencia, investigación y proyectos futuros.

Este Plan puede ser un *Manual de Organización* de la Unidad. En función del tipo, puede ser aceptada como adecuada una memoria funcional anual que incluya los aspectos mencionados.

G-a.2 Existe un plan funcional para la Admisión de pacientes

Deben existir unos criterios de derivación a la Unidad en función del grado de prioridad consensuados con otros niveles asistenciales: Urgencias, Servicio de Neurología,

Atención Primaria, otros Servicios, Hospitales donde no haya Unidades de Cefalea especializadas, etc.

Deben existir también unos criterios de derivación desde la Unidad a Urgencias.

Además, el plan funcional de Admisión de pacientes dispondrá y garantizará lo siguiente:

- Equidad de acceso a la Unidad de cefaleas.
- Listas de espera diferenciadas ordinarias y preferentes.
- Sistema de revisión de las derivaciones preferentes.
- Registro de la demora.

G-a.2.1 Se ha definido la Cartera de Servicios de la Unidad

La Unidad debe tener claramente definidas y reflejadas en un documento fácilmente accesible a los usuarios las actividades y prestaciones que puede ofertar a los pacientes, conformando su Cartera de Servicios. Dentro de la misma pueden incluirse:

Por ámbitos de asistencia:

- Atención ambulatoria.
- Atención urgente.
- Hospitalización.
- Telemedicina.
- Otros.

Por procesos:

- Elaboración de la historia clínica, exploración clínica y examen neurológico, con emisión de un juicio diagnóstico.
- Valoración diagnóstica del tipo de cefalea según escalas específicas.
- Emisión de un informe clínico para el paciente y el médico que ha solicitado la derivación.
- Realización de estudios neurofisiológicos.
- Solicitud e interpretación de exploraciones complementarias.
- Extracción de muestras biológicas (sangre, LCR, etc.).
- Almacenaje de las muestras biológicas en el centro.
- Planteamiento de un plan terapéutico personalizado.
- Especificación de los procedimientos terapéuticos que realiza la Unidad.
- Información personalizada al paciente y familiares sobre la enfermedad.
- Docencia.
- Otros.

Cada Unidad decidirá si explicita su cartera de servicios por ámbitos de asistencia o por procesos.

G.a.3 Plan funcional para las consultas

G.a.3.1 Existe un plan funcional para las consultas médicas

Debe existir un documento que especifique el modo de funcionamiento de las consultas médicas: horarios, agendas, médicos que asisten, funcionamiento, circuito de las pruebas, de las historias clínicas, documentación a utilizar, protocolos en uso, etc.

Este plan incluirá un tiempo de visita mínimo establecido para las visitas médicas. Debe señalarse la existencia de mecanismos fluidos de comunicación entre el médico que remite al paciente y el personal de la Unidad para reevaluaciones no previsibles en la agenda de citas. Debe garantizarse una desprogramación menor de un 10 % de las consultas a pacientes. Es de especial importancia señalar los distintos tipos de visita que oferta la Unidad y establecer sus tiempos aceptables (visita normal, preferente y urgente). En caso de realizar una desprogramación no prevista, los pacientes serán reprogramados dentro un límite preestablecido.

Tras ser atendido, cada paciente recibirá un informe sobre la asistencia recibida con los diagnósticos principales y su plan terapéutico.

G.a.3.2 Plan funcional para las consultas de enfermería

Se trata de un documento que especifique el modo de funcionamiento de las consultas de enfermería: horarios, agendas, enfermeras que asisten, funcionamiento, circuito de las pruebas, de las historias clínicas, documentación a utilizar, protocolos en uso, etc., así como delimitar claramente las tareas de las consultas de enfermería, como recogida de datos clínicos, pase de escalas funcionales y de calidad de vida, registro de la medicación en ensayos clínicos, etc.

En Unidades en las que no exista Consulta de enfermería no se evaluará este apartado, señalándose como "No aplicable" (NA).

G.a.3.3 Existe un plan funcional para las salas de realización de estudios y técnicas complementarias

Debe existir un documento que especifique su funcionamiento, horario, agenda, médicos que las asisten, circuito de las pruebas y protocolos en uso.

G.a.4 Plan funcional del Hospital de Día

Existe un documento que describe el funcionamiento del Hospital de Día: por ejemplo, recepción e identificación del paciente, valoración de enfermería, utilización de protocolos, registro de casos, horario de visitas, etc.

En Unidades en las que no exista Hospital de Día no se evaluará este apartado, señalándose como "No aplicable".

G.a.5 Plan funcional en Urgencias del Hospital

El hospital debe disponer de protocolos de actuación urgente en las principales cefaleas, accesibles en la intranet y conocidos por todos.

Dichos protocolos deben contemplar al menos las siguientes cefaleas: tratamiento de la crisis de la migraña y el estado migrañoso, tratamiento sintomático de la cefalea en racimos, protocolos de diagnóstico y tratamiento de la hemorragia subaracnoidea y otras cefaleas secundarias urgentes.

BAREMACIÓN

G-a.1, G-a.2, G-a.2.1, G-a.3.1, G-a.3.2, G-a.3.3, G-a.4, G-a.5

- 1.- No se cumple
- 4.- Se cumple

G-a. PLANES FUNCIONALES	SOLICITANTE			EV	OR	
	S	N	N/A	S	N	N/A
G-a.1 ¿Existe un Plan Funcional General de la Unidad? (O)						
G-a.2 ¿Existe un plan funcional para la Admisión de pacientes? (O)						
G-a.2.1 ¿Existe una cartera de servicios de la Unidad definida y con acceso a los usuarios de la Unidad? (O)						
G-a.3.1 ¿Existe un plan funcional para las Consultas Médicas? (O)						
G-a.3.2 ¿Existe un plan funcional para las Consultas de Enfermería? (R) o (NA)						
G-a.3.3 ¿Existe un plan funcional para las salas de realización de estudios y técnicas complementarios? (R)						
G-a.4 ¿Existe un plan funcional para el Hospital de Día? (R) o (NA)						
G.a.5 ¿Existe un plan funcional en Urgencias del Hospital? (O)						

SUBAPARTADO G-b. PROCESOS ASISTENCIALES

CRITERIOS

- G-b.1. Procesos clínicos
 - G-b.1.1. Existen procesos clínicos diseñados en un número suficiente (O)
 - G-b.1.2. Los protocolos clínicos están implantados y han sido evaluados (R)
- G-b.2. Procesos de Enfermería (R)
- G-b.3. Procedimiento de manejo de la documentación clínica
- G-b.3.1. Debe existir un procedimiento de ordenamiento y cumplimentación de la historia clínica (O)
- G-b.3.2. El procedimiento de ordenamiento y cumplimentación de la historia clínica está implantado y se utiliza sistemáticamente (R)
- G-b.3.3. Debe existir un procedimiento en el que se especifique el circuito de las historias clínicas y se determine el responsable de las mismas en cada momento (O)
- G-b.3.4. El procedimiento del circuito y los responsables de las historias clínicas está implantado y se utiliza sistemáticamente (R)
- G-b.3.5. Existe un procedimiento que asegura el acceso a la historia clínica solo al personal autorizado (O)
- G-b.4. Procedimientos invasivos (O)
- G-b.5. Complicaciones médico-quirúrgicas (R)
- G-b.6. Procedimiento de reclamaciones (O)

GUIA

G-b.1 Procesos clínicos

Los criterios exigen disponer de protocolos, vías, guías de práctica clínica, procedimientos generales o específicos que aseguren que la actividad en general y la atención a los pacientes y usuarios de la Unidad se realizan de un modo sistemático. Deberían estar protocolizados aquellos procesos más importantes (por frecuencia y por gravedad), de modo que al menos el 80% de los pacientes atendidos en la unidad lo sean siguiendo algún tipo de protocolo, vía o guía clínica.

G-b.1.1 Existen procesos clínicos diseñados en un número suficiente

El criterio exige disponer de los protocolos, procedimientos generales o específicos, vías o guías de práctica adaptados al centro/hospital en un número suficiente que garanticen que los procesos clínicos más frecuentes (80% del total) y más críticos se ejecutan con un nivel de calidad asistencial acorde con la evidencia científica disponible en el momento presente.

Se sugiere que los protocolos se ajusten a la versión vigente de la Guía Oficial de Diagnóstico y Tratamiento de las Cefaleas de la SEN.

En su diseño se sugiere que se desarrollen diagramas de flujo que, de forma gráfica y sencilla, ilustren el flujo temporal y espacial de los pacientes a través del proceso, se señalen los criterios de decisión a utilizar, el responsable de cada eslabón asistencial, los documentos y formatos, y la vía o canal de información a utilizar.

Los protocolos escritos deben incluir:

- Criterios de entrada y salida del proceso.
- La secuencia temporal de las actividades.
- La identificación del lugar donde se realizará cada actividad.
- Las tareas a realizar en cada actividad.
- El responsable de cada actividad.
- Como se registra la actividad.
- Indicadores de monitorización o evaluación.

El listado de los protocolos desarrollados quedará reflejado en el Manual de Organización de la Unidad, el cual deberá estar al alcance y fácilmente disponible en la Unidad para cualquier profesional de la misma.

En una Unidad de Cefalea deberían estar diseñados los siguientes protocolos:

- Protocolos de derivación de/a Atención Primaria.
- Criterios de Admisión y Tratamiento en el Hospital de Día.
- Protocolos de diagnóstico de las cefaleas primarias más frecuentes.
- Protocolos de diagnóstico de las cefaleas secundarias más frecuentes.
- Protocolos de tratamiento de las cefaleas primarias más frecuentes.
- Protocolos de tratamiento de las cefaleas secundarias más frecuentes.
- Protocolos de indicación y aplicación de técnicas terapéuticas semi-invasivas.
- Protocolos de indicación y aplicación de técnicas terapéuticas invasivas.
- Consentimientos informados.

BAREMACIÓN

- 1.- No se cumple
- 4.- Se cumple

G-b.1.2 Los protocolos clínicos están implantados y han sido evaluados

Se comprueba que los protocolos diseñados se están aplicando y se han evaluado al menos una vez. Se comprueba que se monitorizan los resultados y que estos se han analizado al menos una vez (revisión de actas de reuniones o en alguna documentación en la que conste este análisis).

BAREMACIÓN

- 1.- No se cumple
- 4.- Se cumple

G-b.2 Procesos de enfermería

Existe una descripción detallada de los procedimientos propios de enfermería.

Debe constar un listado de las técnicas realizadas por el personal de enfermería y los procedimientos y planes de cuidados consensuados por el equipo de la Unidad. En la Unidad de Cefaleas deberían constar al menos los siguientes:

- Protocolo de realización de escalas de discapacidad y afectación de la calidad de vida (MIDAS, HIT-6, SF-36, etc.).
- Protocolos de atención en el Hospital de Día.
- Protocolos de ayuda/asistencia durante la realización de técnicas en la Unidad.
- Protocolos de educación al paciente.
- Protocolos de información y seguimiento clínico presencial y telefónico.

BAREMACIÓN

- 1.- No se cumple
- 4.- Se cumple

G-b.3 Procedimiento de manejo de la documentación clínica

G-b.3.1 Debe existir un procedimiento de ordenamiento y cumplimentación de la Historia Clínica

Deben estar definidos para la Unidad el número, tipo de documentos y apartados que debe contener la historia clínica y los criterios de utilización, así como aquellos aspectos que se consideran imprescindibles en la cumplimentación de las historias clínicas (específicos del Servicio o Unidad, o los establecidos en el propio centro de forma general). Se precisará, cuando sea necesario, los datos que deben registrarse. En los centros con historia clínica electrónica se valorará la adecuación de los formularios y las escalas accesibles. En los centros con historia clínica electrónica este apartado se da por cumplido.

La historia clínica de una Unidad de Cefaleas debe contener unos mínimos que evalúan y registran:

- Anamnesis, con antecedentes personales de interés y características de la cefalea
- Antecedentes familiares
- Comorbilidad frecuente en la migraña y otras cefaleas
- Factores de riesgo vascular
- Discapacidad con datos y escalas
- Exploración general, neurológica y craneal
- Datos de las exploraciones complementarias
- Diagnóstico de trabajo
- Diagnóstico definitivo
- Plan terapéutico personalizado
- Consentimientos informados
- Informe médico

El diseño de este procedimiento debería corresponder bien a los servicios de documentación clínica, bien a la comisión de historias clínicas y ajustarse a las normativas legales en vigor en relación con la historia clínica e informe de alta.

BAREMACIÓN

- 1.- No existe
- 4.- Existe

G-b.3.2 El procedimiento de ordenamiento y cumplimentación de la Historia Clínica está implantado y se utiliza sistemáticamente

BAREMACIÓN

- 1.- Existe el protocolo, pero no se utiliza
- 2.- Se utiliza parcialmente (en menos del 50% de historias clínicas)
- 3.- Se utiliza parcialmente (en más del 80% de historias clínicas)
- 4.- Se utiliza parcialmente (en más del 95% de historias clínicas)

G-b.3.3 Debe existir un procedimiento en el que se especifique el circuito de las Historias Clínicas y se determine el responsable de las mismas en cada momento

Debe existir un protocolo del Centro en el que quede especificado en cada momento quién es el responsable de la custodia de las historias clínicas y el circuito habitual de las mismas en el Centro. En los centros con historia clínica electrónica este apartado se da por cumplido.

El diseño de este procedimiento debería corresponder bien a los Servicios de Documentación Clínica, bien a la Comisión de Historias Clínicas y ajustarse a las normativas legales en vigor, especialmente en relación a la ley de autonomía del paciente y a la confidencialidad de los datos.

BAREMACIÓN

- 1.- No existe
- 4.- Existe

G-b.3.4 El procedimiento del circuito y los responsables de las historias clínicas está implantado y se utiliza sistemáticamente

BAREMACIÓN

- 1.- Existe el protocolo, pero no se utiliza
- 2.- Se utiliza parcialmente (en menos del 50% de historias clínicas)
- 3.- Se utiliza parcialmente (en más del 80% de historias clínicas)
- 4.- Se utiliza parcialmente (en más del 95% de historias clínicas)

G-b.3.5 Existe un procedimiento que asegura el acceso a la historia clínica solo al personal autorizado

Pese a la progresiva y generalizada implantación de la historia clínica electrónica, sigue habiendo hospitales con el sistema de historias clínicas clásico. Además, muchos hospitales "sin papeles" guardan en sus archivos historias clínicas antiguas físicas en proceso de digitalización.

En los archivos de historias clínicas físicas debe existir un registro de quién accede a la historia y el motivo. En los sistemas de historia clínica electrónica debe existir una identificación inequívoca con nombre de usuario y contraseña que asegura la identificación de los profesionales que acceden en cada momento a la historia del paciente.

BAREMACIÓN

- 1.- No existe
- 4.- Existe

G-b.4 Procedimientos invasivos

Se remarca la necesidad de elaborar un listado de las técnicas que se realizan y la exigencia de procedimientos escritos y consensuados al menos por el propio hospital, así como especificar aquellos que con carácter de mínimos sean exigibles en la Unidad:

- · Punción lumbar.
- Extracciones sanguíneas y toma de muestras para estudios genéticos.
- · Bloqueos anestésicos.
- · Infiltraciones con corticoides y toxina botulínica
- Técnicas de neuroimagen con contraste.
- Radiología intervencionista.

BAREMACIÓN

- 1.- No se cumple
- 4.- Se cumple

G-b.5 Complicaciones médico-quirúrgicas

Este es un aspecto muy relevante relativo a la Seguridad Clínica del Paciente. Deberían elaborarse procedimientos de actuación ante las complicaciones más frecuentes, graves o previsibles, escritos y consensuados al menos por el propio hospital, y especificar aquellos que, con carácter de mínimos, sean exigibles en la Unidad.

Como mínimo, debería existir un procedimiento de actuación ante:

- Complicaciones de los procedimientos radiológicos invasivos.
- Complicaciones de la punción lumbar: cefalea postpunción.

- Complicaciones de los bloqueos e infiltraciones craneales.
- Efectos adversos medicamentosos (contacto, actuación y si procede notificación de la reacción adversa medicamentosa).

BAREMACIÓN

- 1.- No se han identificado las complicaciones médico-quirúrgicas esperables
- 2.- Están identificadas las complicaciones esperables
- 3.- Se han diseñado protocolos de actuación para el manejo de las complicaciones
- 4.- Los protocolos se utilizan y están actualizados

G-b.6 Procedimiento de reclamaciones

Se puede comprobar que existe un procedimiento en el Centro en el que se especifica cómo se manejan las reclamaciones de los usuarios.

Este procedimiento puede ser dirigido por la Dirección del centro o el Servicio de Atención al Paciente (o equivalentes), aunque debe asegurarse que, en las reclamaciones realizadas a la Unidad, ésta interviene de forma directa en su tratamiento y respuesta.

BAREMACIÓN

- 1.- No se cumple
- 4.- Se cumple

G-b. PROCESOS ASISTENCIALES	SOLICITANTE			EV	OR	
	S	N	N/A	S	N	N/A
G-b.1.1 ¿Existen procesos clínicos diseñados en un número suficiente? (O)						
G-b.1.2 ¿Los protocolos clínicos están implantados y han sido evaluados? (R)						
G-b.2 ¿Existe una descripción detallada de las tareas de apoyo y formación del personal de enfermería? (R)						
G-b.3.1 ¿Existe un procedimiento de ordenamiento y cumplimentación de la historia clínica? (O)						
G-b.3.2 ¿El procedimiento de ordenamiento y						

cumplimentación de la historia clínica está			
implantado y se utiliza sistemáticamente? (R)			
G-b.3.3 ¿Existe un procedimiento en el que se especifique el circuito de las historias clínicas y se determine el responsable de las mismas en cada momento? (O)			
G-b.3.4 ¿El procedimiento del circuito y los responsables de las historias clínicas está implantado y se utiliza sistemáticamente? (R)			
G-b.3.5 ¿Existe un procedimiento que asegura el acceso a la historia clínica solo al personal autorizado? (O)			
Gb.4 ¿Existe un listado de procedimientos invasivos que realiza la Unidad y se han diseñado procedimientos para su realización protocolizada? (O)			
Gb.5 ¿Existe un documento en el que se han identificado las posibles complicaciones médico-quirúrgicas más frecuentes y graves y existen procedimientos de identificación y actuación ante estas complicaciones médico-quirúrgicas? (R)			
G-b.6 ¿Existe un procedimiento diseñado para el tratamiento de las reclamaciones de los usuarios de la Unidad? (O)			

SUBAPARTADO G.c. COORDINACIÓN CON OTROS DISPOSITIVOS SANITARIOS Y NO SANITARIOS QUE PARTICIPAN EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES NEUROLÓGICOS

CRITERIOS

- G-c.1. Coordinación con Atención Primaria (O) o (NA)
- G-c.2. Continuidad y coordinación de la asistencia dentro del centro (O)
- G-c.3. Coordinación de la asistencia al alta de la Unidad (R)
- G-c.4. La Unidad se relaciona, comunica y forma a los pacientes (R)

GUIA

G-c.1 Coordinación con Atención Primaria

Debe existir un documento en el que se precise cómo se coordina la Unidad con Atención Primaria. Este documento debe ser consensuado entre la Unidad y Atención Primaria, siendo muy recomendable que además cuente con la aprobación de la autoridad administrativa (Direcciones, Gerencias, etc.).

La coordinación con Atención Primaria no debe quedar reducida a un acuerdo en el que se especifique simplemente la cantidad de actividad a realizar y la demora máxima aceptable, sino que deben especificarse verdaderos acuerdos de funcionamiento entre ambos niveles asistenciales.

En ámbitos asistenciales con Área Única, donde la coordinación con Atención Primaria es más compleja, al menos se dispondrá de un documento de coordinación genérico.

En centros privados que por su naturaleza no tienen relación con Atención Primaria, este criterio se considerará No aplicable (NA).

G-c.2 Continuidad y coordinación de la asistencia dentro del centro

Deben señalarse los acuerdos y alianzas con los Servicios con los que la Unidad tiene más relación, los cuales deben estar protocolizados y escritos.

La Unidad de Cefaleas debería establecer alianzas o acuerdos formales y documentados al menos con los siguientes Servicios:

- Urgencias.
- Diagnóstico por la Imagen.
- Laboratorios: Análisis Clínicos, Microbiología y Anatomía Patológica.
- Psiquiatría.
- Neurofisiología, como Servicio propio o dependiente de Neurología.
- Neurocirugía.
- Farmacia.
- Neurología General.
- Unidad del Dolor.

Otros Servicios que pueden contemplarse son:

- Neuropediatría.
- Rehabilitación o Neurorrehabilitación.
- Cirugía Maxilofacial.

G-c.3 Coordinación de la asistencia al alta de la Unidad

Debe existir un Protocolo de Alta que especifique todos los aspectos relativos al alta de la Unidad y recoja todos los aspectos contemplados en la legalidad vigente.

Deben diseñarse protocolos consensuados sobre el modo de derivación.

G-c.4 La Unidad se relaciona, comunica y forma a los pacientes

La Unidad mantiene actividades de formación, asesoría y comunicación con los pacientes. Los pacientes reciben la información que precisan para comprender su cefalea, su manejo y fomentar los autocuidados.

BAREMACIÓN

G-c.1, G-c.2, G-c.3, G-c.4

- 1.- No existe
- 4.- Existe

G-c. COORDINACIÓN CON OTROS DISPOSITIVOS ASISTENCIALES	SO	LICITAN	NTE	EVALUADOR		
	S	N	N/A	S	N	N/A
G-c.1 ¿Existe coordinación con Atención Primaria? (O) o (NA)						
G-c.2 ¿Existe continuidad y coordinación de la asistencia dentro del centro? (O)						
G-c.3 ¿Existe coordinación de la asistencia al alta de la Unidad? (R)						
G-c.4 ¿La Unidad se relaciona, comunica y forma a los pacientes? (R)						

APARTADO H: RESULTADOS

CRITERIOS

- H.1. Satisfacción de usuarios
 - H.1.1. Se evalúa y conoce la satisfacción del usuario (O)
 - H.1.2. Reclamaciones escritas recibidas en la Unidad (O)
- H.2. Se evalúa y conoce la satisfacción del personal de la Unidad (R)
- H.3. Auto-evaluación de resultados
 - H.3.1. Resultados de Procesos (Indicadores de Proceso) (R)
 - H.3.2. Resultados en Incidencias (Indicadores Centinela y de Seguridad Clínica) (R)
 - H.3.3. Resultados en Salud (Indicadores de Resultados en Salud) (R)
- H.4. Resultados en la Actividad
 - H.4.1. Resultados en la actividad asistencial
 - -H.4.1.1. Resultados anuales de la actividad asistencial (O)
 - -H.4.1.2. Resultados históricos de al menos 3 años de actividad asistencial (R)
 - H.4.2. Resultados en la actividad investigadora (R)
 - H.4.3. Resultados en la actividad docente (O)
- H.5. Resultados de Costes y Rendimiento
 - H.5.1. Análisis de Costes (R)
 - H.5.2. Análisis de Rendimiento (R)
- H.6. Análisis global de los resultados de la Unidad
 - H.6.1. Existe un análisis global de los resultados de la Unidad (O)
 - H.6.2. Se utiliza el análisis global de los resultados de la Unidad para mejorar (R)

GUIA

H.1 Satisfacción de usuarios

H.1.1 Se evalúa y conoce la satisfacción del usuario

Se evidencia que existe un procedimiento escrito en el que se refleja el modo en que se conoce la satisfacción de los usuarios. Se comprueba que el procedimiento está implantado y que se conoce el nivel de satisfacción de los usuarios de la Unidad en el último periodo analizado. Se comprueba que se lleva a cabo al menos un muestreo durante 1 semana cada 6 meses. Pueden utilizarse distintas herramientas (cuestionarios, entrevistas, etc.) preservándose el anonimato de los pacientes. La satisfacción del usuario debe explorar los siguientes ejes:

- Demora de la asistencia.
- Espera en la visita.
- Calidad de la asistencia recibida.
- Calidad de la información recibida.
- Tiempo empleado en la primera visita.
- Tiempo empleado en las visitas de revisión.
- Facilidad de acceso a la Unidad en las consultas preferentes.
- Limpieza y confort de la Unidad.

H.1.2 Reclamaciones escritas recibidas en la Unidad

Se evidencia que existe un procedimiento escrito en el que se refleja el modo en que manejan las reclamaciones de los usuarios. Se comprueba que el procedimiento está implantado y puede conocerse el número de reclamaciones recibidas y cómo se han tratado.

BAREMACIÓN

H.1.1, H.1.2

- 1.- No se cumple
- 4.- Se cumple

H.2 Se evalúa y conoce la satisfacción del personal de la Unidad

Se evidencia que existe un procedimiento escrito en el que se refleja el modo en que se conoce la satisfacción de los profesionales de la Unidad. Se comprueba que el procedimiento está implantado y que se conoce el nivel de satisfacción de los profesionales de la Unidad en el último periodo analizado, que no debería superar a un año.

Si se observa la posibilidad de dificultades relacionadas con el anonimato, la satisfacción del personal de la Unidad puede evaluarse y conocerse de modo indirecto mediante la implantación de un procedimiento receptor y evaluador de sugerencias.

BAREMACIÓN

- 1.- No existe
- 2.- Existe y no se ejecuta
- 3.- Existe y se ejecuta, pero es incompleta
- 4.- Existe, se ejecuta y es completa

H.3 Auto-evaluación de resultados

Medir los resultados de la asistencia es un elemento crucial para determinar la calidad de la asistencia prestada. Sin embargo, no existe todavía un desarrollo suficiente de indicadores de resultados que sean aceptados y validados de forma general. Junto a ello se encuentra la dificultad de importar (desde otros países u otras especialidades) indicadores generales de la asistencia, por lo que se pierde especificidad en lo que se pretende medir. Por ello es crucial realizar un esfuerzo en el desarrollo de indicadores de

resultados de la asistencia a pacientes en las distintas Unidades Clínicas y también en los propios Servicios o Secciones de Neurología.

A pesar de ello, es necesario que la Unidad controle y monitorice algunos indicadores para poder analizar los resultados tanto de la asistencia como de la investigación y docencia desarrolladas en la Unidad.

H.3.1 Resultados de Procesos (Indicadores de Proceso)

Se recomienda la existencia de un programa interno escrito de seguimiento regular de los resultados obtenidos o de control de los procesos asistenciales que incluya todos o algunos de los indicadores considerados por la SEN como pertinentes, útiles y aplicables.

El listado de indicadores de proceso en cefaleas puede ser interminable. A criterio del Grupo de Estudio de Cefaleas de la SEN, e inspirados en recientes iniciativas internacionales, una propuesta razonable es la que se lista a continuación:

- % de pacientes con registro de diagnóstico de trabajo en la 1ª visita.
- % de pacientes con diagnóstico codificado según la ICHD vigente.
- % de pacientes con diagnóstico definitivo.
- % de pacientes en que se utiliza diario/calendario.
- % de pacientes tratados según guías basadas en la evidencia (adhesión a protocolos y guías de práctica clínica).
- % de pacientes que se evalúan con escalas de discapacidad.
- % de pacientes que se evalúan con escalas de calidad de vida.
- % de procedimientos con consentimiento informado en relación con el total de procedimientos en que es preciso dicho consentimiento.
- % de pacientes tratados con bloqueos.
- % de pacientes tratados con infiltraciones.
- % de pacientes remitidos a psicología.
- Tiempo de demora de atención en la Unidad.

Otros posibles indicadores son los siguientes:

- % de pacientes perdidos.
- % de pacientes con informe.
- % de pacientes con cefalea en racimos atendidos de forma preferente/urgente.
- % de pacientes con neuralgias atendidos de forma preferente/urgente.
- % de embarazadas con cefaleas *de novo* atendidas de forma preferente/urgente.

Se ha definido el modo de medición de los indicadores utilizados por la Unidad y se comprueba que este resultado se mide y se conoce al menos para el último periodo analizado, que no debería superar a un año.

H.3.2 Resultados en Incidencias (Indicadores Centinela y de Seguridad Clínica)

Se han identificado las posibles incidencias más frecuentes o críticas que pueden ocurrir durante el proceso asistencial, se monitorizan a través de los correspondientes indicadores y se conocen sus tasas. Deben quedar registrados los siguientes mínimos:

- Reacciones adversas graves de las medicaciones por vía oral o intravenosa
- Complicaciones derivadas de la punción lumbar

- Complicaciones de los bloqueos anestésicos y las infiltraciones con corticoides y toxina botulínica
- Empeoramiento de la situación del paciente debido a retraso asistencial

Se ha definido el modo de medición de los indicadores y se comprueba que este resultado se mide y se conoce al menos para el último periodo analizado (que no debería superar a un año).

H.3.3 Resultados en Salud (Indicadores de Resultados en Salud)

Se ha identificado al menos un indicador que mida los resultados en salud que obtiene la Unidad. Cada Programa para los diferentes ámbitos de modalidades de asistencia (hospitalización, consulta, etc.) debería sugerir al menos un indicador específico. Estos indicadores asistenciales no deben ser numerosos. Monitorizando entre 3-5 procesos asistenciales se puede evaluar el 80% de la actividad asistencial de una Unidad Clínica de Neurología. Este manual recomienda los siguientes indicadores:

- Según la carga de síntomas (frecuencia, duración e intensidad de cefalea):
 - Proporción de pacientes con mejoría en la frecuencia de la cefalea/año.
 - Proporción de pacientes con mejoría en la frecuencia, duración o intensidad de la cefalea/año.
 - Proporción de pacientes con disminución >50% días de cefalea.
 - Proporción de pacientes con criterios de CAM post-tratamiento/CAM inicial.
- Según las escalas de discapacidad:
 - Proporción de pacientes con mejoría en escalas de discapacidad/año.
- Según las escalas de calidad de vida:
 - Proporción de pacientes con mejoría en escalas de calidad de vida/año.

Se ha definido el modo de medición de los indicadores y se comprueba que este resultado se mide y se conoce al menos para el último periodo analizado, que no debería superar a un año.

BAREMACIÓN

H.3.1, H.3.2, H.3.3

- 1.- No existe
- 2.- Se ha identificado el modo de evaluación y de monitorización
- 3.- Se realiza evaluación y monitorización
- 4.- Se utiliza la evaluación y monitorización para la planificación y mejora de la Unidad

H.4 Resultados en la Actividad

H.4.1 Resultados en la actividad asistencial

H.4.1.1 Resultados anuales de la actividad asistencial

Se comprueba que se conocen los resultados de la actividad asistencial y estos están documentados en un informe, quedan al alcance del personal de la Unidad y son conocidos por el jefe del Servicio y por la Dirección del Centro.

H.4.1.2 Resultados históricos de al menos 3 años de actividad asistencial

Además, se conoce la actividad asistencial de la Unidad al menos de los 3 últimos años.

Los resultados deben especificar al menos la cantidad de actividad asistencial diferenciada para cada tipo de prestación.

H.4.2 Resultados en la actividad investigadora

Se comprueba que se conocen los resultados anuales de la actividad investigadora y estos están documentados en un informe, quedan al alcance del personal de la Unidad y son conocidos por el jefe del Servicio de Neurología y por la Dirección del Centro.

Se sugiere que la Unidad debe, como mínimo, presentar en los foros adecuados dos comunicaciones científicas y/o publicar en una revista científica indexada un artículo de investigación en cefaleas al año.

H.4.3 Resultados en la actividad docente

Se comprueba que se conocen los resultados de la actividad docente de la Unidad y estos están documentados en un informe, quedan al alcance del personal de la Unidad y son conocidos por el jefe del Servicio de Neurología y por la Dirección del Centro.

Como mínimo se sugiere que cada miembro de la Unidad asista a una reunión científica específica con una periodicidad mínima anual y realice al menos dos actividades docentes anuales: facultad, residentes, primaria o especializada.

BAREMACIÓN

H.4.1.1, H.4.3

- 1.- No se cumple
- 4.- Se cumple

H.4.1.2, H.4.2

- 1.- No existe o no se conocen
- 2.- Existe y se coteja con resultados históricos da la propia Unidad
- 3.- Existe y se coteja con resultados coetáneos de otras Unidades
- 4.- Existe y se coteja con resultados propios y de otras Unidades

H.5 Resultados de Costes y Rendimiento

H.5.1 Análisis de Costes

Se miden los costes de la Unidad como parte de una política de coste-eficacia.

Existe un procedimiento escrito donde se especifica cómo se calcula el coste de las actividades de la Unidad.

Existe un informe donde atendiendo a dicho procedimiento, se ha calculado cuáles son los costes de la Unidad.

Estos informes y procedimientos se planifican con objetivos de acuerdo con la jefatura de la Unidad, la jefatura del Servicio y/o la Dirección y se ejecutan anualmente.

H.5.2 Análisis de Rendimiento

Existe un informe donde se especifica el rendimiento de la Unidad. Este informe está actualizado al menos para el último año. En el informe debe constar al menos:

- La actividad prevista a realizar en el periodo considerado para cada área (asistencial, investigador y docente) y para cada prestación.
- La actividad realizada durante el periodo realizado.
- La relación entre ambas (rendimiento).
- Un análisis de esa información y unas conclusiones en las que se señalen recomendaciones para mejorar estos resultados.

BAREMACIÓN

H.5.1, H.5.2

- 1.- No se cumple
- 4.- Se cumple

H.6 Análisis global de los resultados de la Unidad

H.6.1 Existe un análisis global de los resultados de la Unidad

Debe existir un informe o memoria global y periódica (anual) donde:

1.- Se reflejen todos los resultados de la Unidad: asistenciales, calidad, satisfacción, docentes, producción científica, indicadores, etc.

BAREMACIÓN

- 1.- No se cumple
- 4.- Se cumple
- H. 6.2 Se utiliza el análisis global de los resultados de la Unidad para mejorar
- 2.- Se analizan y valoran estos resultados, comparándose con los previstos (objetivos).
- 3.- Se analizan las causas de las desviaciones y se proponen acciones correctivas o preventivas para enmendarlas.
- 4.- Se señalan los puntos débiles, los fuertes, las amenazas y las oportunidades de mejora.

5.- Se proponen modificaciones a la definición de los resultados, nuevos objetivos y, si es necesario, nuevos indicadores a medir, de modo que se haga efectivo el denominado círculo de mejora.

BAREMACIÓN

- 1.- No se analiza (y no se utiliza)
- 2.- Se analiza la información, pero no se utiliza para mejorar
- 3.- Existe el análisis y se utiliza, pero es incompleto
- 4.- Existe, se utiliza y es completo

H. RESULTADOS	SO	LICITAN	ITE	EV	OR	
	S	N	N/A	S	N	N/A
H.1.1 ¿Se realizan periódicamente procedimientos válidos para conocer la satisfacción del paciente y existe un informe en el que se analizan los resultados? (O)						
H.1.2 ¿Se puede comprobar el número de reclamaciones y cómo se han tratado? (O)						
H.2 ¿Se conoce la satisfacción del profesional y puede demostrarse cómo se ha obtenido esta información de una forma fiable? (R)						
H.3.1 ¿Existe y se aplica un sistema de evaluación de los principales procesos asistenciales neurológicos a través de indicadores? (R)						
H.3.2 ¿Existe y se aplica un sistema de monitorización a través de indicadores de las principales incidencias ocurridas durante el proceso asistencial? (R)						
H.3.3 ¿Se han identificado indicadores de resultados en salud, se monitorizan y se conocen los resultados de su medición? (R)						
H.4.1.1 ¿Existe un documento donde se recojan los resultados de la actividad asistencial anual realizada por la Unidad? (O)						
H.4.1.2 ¿Existe un documento donde se recojan los resultados de la actividad asistencial sucesiva de al menos 3 años						

realizada por la Unidad? (R)			
H.4.2 ¿Existe un documento donde se			
recojan los resultados de la actividad			
investigadora realizada por la Unidad?			
(R)			
H.4.3 ¿Existe un documento donde se			
recojan los resultados de la actividad			
docente realizada por la Unidad? (O)			
H.5.1 ¿Existe un procedimiento escrito			
en el que se especifica cómo se calcula			
el coste de las actividades de la Unidad,			
está implantado y se utiliza por la			
jefatura de la Unidad, la jefatura del			
Servicio y/o la Dirección para planificar			
objetivos? (R)			
H.5.2 ¿Existe un informe o			
documentación que recoja el			
rendimiento de las actividades			
desarrolladas por la Unidad? (R)			
H.6.1 ¿Existe una memoria de los			
resultados globales de la Unidad? (O)			
H.6.2 ¿Se utiliza la memoria de los			
resultados de la Unidad para efectos de			
planificación y mejora? (R)			

BIBLIOGRAFÍA

- Morera Guitart J, Campos V, Castillo J, Copetti S, Díaz S, González VM, Huerta M, Martín R, Sánchez C, Tranche S. Guía de atención continuada al paciente neurológico. Recomendaciones de consenso entre Atención Primaria y Neurología. Madrid, Luzán 2005.
- Gómez Aranda F. Manejo integral de la cefalea. El proceso cefalea. En: Gómez Aranda F, Jiménez Hernández MD (eds). Diagnóstico y tratamiento de la cefalea. Madrid. Ergon 2005; 1-23.
- Antonaci F, Valade D, Lanteri-Minet M, Láinez JM, Jensen R, Steiner TJ; European Headache Federation and Lifting The Burden: the Global Campaign to Reduce the Burden of Headache Worldwide. Proposals for the organisation of headache services in Europe. Intern Emerg Med 2008; 3 (Suppl 1): S25-8.
- Steiner TJ, Antonaci F, Jensen R, Láinez MJ, Lanteri-Minet M, Valade D; European Headache Federation; Global Campaign againist Headache. Recommendations for headache service organisation and delivery in Europe. J Headache Pain 2011; 12: 419-26.
- Peters M, Perera S, Loder E, Jenkinson C, Gil Gouveia R, Jensen R, Katsarava Z, Steiner TJ. Quality in the provision of headache care. 1: systematic review of the literature and commentary. J Headache Pain 2012; 13: 437-47.
- Peters M, Jenkinson C, Perera S, Loder E, Jensen R, Katsarava Z, Gil Gouveia R, Broner S, Steiner T. Quality in the provision of headache care. 2: defining quality and its indicators. J Headache Pain 2012; 13: 449-57.
- Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS).
 The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (beta version).
 Cephalalgia 2013; 33: 629-808.
- Steiner TJ, Stovner LJ, Birbeck GL. Migraine: the seventh disabler. Cephalalgia 2013; 33: 289-90.
- Díaz Insa S, Molina Martínez FJ, Jurado Cobo C, Ezpeleta D, Pozo Rosich P. Atención básica en cefalea. PENTIEN-II: Plan Estratégico Nacional para el Tratamiento Integral de las Enfermedades Neurológicas. Sociedad Española de Neurología, 2016.
- Pozo Rosich P, Huerta M, Molina FJ, Díaz Insa S, Ezpeleta D. Atención de referencia en cefalea. PENTIEN-II: Plan Estratégico Nacional para el Tratamiento Integral de las Enfermedades Neurológicas. Sociedad Española de Neurología, 2016.
- Ezpeleta D, Pozo Rosich P, eds. Guía oficial de práctica clínica en cefaleas. Guías diagnósticas y terapéuticas de la Sociedad Española de Neurología. Madrid: Luzán 5, Ediciones SEN; 2015.
- Katsarava Z, Gouveia RG, Jensen R, Gaul C, Schramm S, Schoppe A, Steiner TJ. Evaluation of headache service quality indicators: pilot implementation in two specialist-care centres. J Headache Pain 2015; 16: 537.

• Sánchez del Río González M. Organización de las unidades de cefalea desde un punto de vista multidisciplinar. Rev Neurol 2015; 61 (Suppl 1): S21-6.

ANEXOS

I. DEFINICIONES

Acreditación. Evaluación externa del nivel de calidad de un servicio sanitario, usando criterios preestablecidos y otorgamiento de un certificado al Centro.

Base de datos. Conjunto de datos almacenado.

Calidad de la asistencia. Medida en que los servicios de salud mejoran la probabilidad de unos resultados de salud favorables y son pertinentes al conocimiento actual profesional. Las dimensiones de la calidad incluyen: la perspectiva del paciente, la seguridad del entorno de la asistencia, la accesibilidad, idoneidad o calidad científico-técnica, continuidad, eficacia, eficiencia y lo oportuno de la asistencia.

Certificación. Procedimiento por el cual una tercera parte asegura por escrito que un proceso, producto o servicio es conforme con unos requisitos especificados.

Confidencialidad. Limitación del acceso a los datos y a la información a los individuos que tengan autorización.

Criterio. Declaración de expectativa que define las estructuras, los procesos o los resultados que debe poseer o alcanzar una organización para incrementar la calidad de la asistencia. En otros sistemas de acreditación suelen emplearse como sinónimos los términos "norma" y "estándar".

Dato. Observación no interpretada o hecho.

Director. Persona que dirige, controla, supervisa o gestiona una organización o un componente de esta.

Eficiencia. Relación entre los resultados de la asistencia al paciente y los recursos utilizados en la misma.

Equipo de evaluación o de auditoria. Grupo de profesionales designados por la SEN que trabajan conjuntamente para llevar a cabo una evaluación de un Servicio o Unidad Clínica de Neurología.

Evaluación. Proceso de verificación de que un centro cumple una serie de criterios. **Evaluador.** Persona que lleva a cabo el proceso de evaluación y que cumple con los criterios para ser evaluador. Sinónimo de auditor.

Evaluar. Convertir los datos en información a través de su análisis.

Historia clínica. Informe recopilado por médicos y otros profesionales sanitarios, de una variedad de información del paciente, tales como resultados de la evaluación del enfermo, características del tratamiento y notas de evolución.

Historia clínica completa. Una historia clínica está completa cuando: (1) su contenido refleja el diagnóstico, los resultados de las pruebas complementarias, la terapia facilitada, la condición y evolución del paciente durante el episodio de ingreso o de asistencia en consulta y la situación del paciente al alta y (2) su contenido, incluyendo cualquier resumen clínico que se requiera o notas finales de evolución, está conjuntado y autentificado y todos los diagnósticos finales y cualquier complicación están registrados sin el uso de símbolos o abreviaturas.

Indicador. Herramienta utilizada para medir, a través del tiempo, la realización de las funciones, los procesos y los resultados de una organización, servicio o procedimiento. Información. Conjunto de datos interpretados para ayudar en la toma de decisiones. Listado de comprobación. Formulario de preguntas de verificación necesarias y pertinentes cuyas respuestas permiten deducir con claridad que los requisitos especificados en el criterio se cumplen o no por el Servicio / Unidad solicitante de la acreditación.

Manual de Acreditación. Publicación que incluye los criterios, el organismo de acreditación, requisitos establecidos y el procedimiento a seguir para la solicitud de acreditación.

Medición. Proceso sistemático de recogida de datos, que se repite a través del tiempo o en un momento determinado.

Mejora de la calidad. Estudio y mejora continuada de los procesos de prestación de servicios de asistencia sanitaria para satisfacer las necesidades de los pacientes y de otros usuarios. Ente los términos relacionados se incluyen: mejora continua de la calidad, mejora de la actuación y gestión de la calidad total.

Plan. Formulación o descripción del método para alcanzar los objetivos.

Proceso. Serie de acciones, actividades, sucesos, mecanismos o pasos interrelacionados y orientados hacia un objetivo.

Programa. Conjunto de la estructura, recursos y de los procesos que se destinan por un centro sanitario específicamente para una actividad determinada.

Protocolo clínico. Herramienta descriptiva o especificación estandarizada para la asistencia del paciente en las situaciones habituales, elaborada a través de un proceso formal que incorpora las mejores pruebas científicas de eficacia con la opinión de expertos.

Sistema de calidad. Conjunto de la estructura de organización, de responsabilidades, de procedimientos, de procesos y de recursos que se establecen para llevar a cabo la gestión de la calidad.

Validez de los datos. Verificación de la exactitud, refleja la verdadera situación.

II. SINOPSIS DE CRITERIOS Y LISTADOS DE COMPROBACIÓN

APARTADO A: REQUISITOS GENERALES

CRITERIOS

- A.1. Existe una definición operativa de la Unidad (O)
- A.2. Apoyo de la Dirección del Centro
 - A.2.1. La Dirección reconoce y apoya la existencia de la Unidad (O)
 - A.2.2. La Dirección firma la solicitud de Acreditación (O)
- A.3. El centro al que pertenece la Unidad debe disponer de documentación que pruebe que tiene la Autorización Administrativa para prestar asistencia sanitaria (O)
- A.4. La Unidad dispone de una memoria en la que se recoge de forma explícita una actividad asistencial, docente e investigadora suficiente (O)

A.5. Registros

- A.5.1. Existe un catálogo de modelos normalizados (R)
- A.5.2. Existe una Historia Clínica unificada (O)
- A.5.3. Existe un Catálogo de Registros de pacientes de la Unidad (O)
- A.5.4. Existe un Registro de la Actividad realizada por la Unidad (O)
- A.5.5. Existe un Registro de las Actividades Acreditadas de Formación realizadas por miembros de la Unidad (O)
- A.5.6. Existe un Registro de Incidencias Generales (R)
- A.5.7. Existe un Registro de Incidencias Médico-Quirúrgicas relacionadas con la seguridad clínica (R)
- A.5.8. Existe un Registro de las Reclamaciones de los pacientes o usuarios de la Unidad (O)
- A.5.9. Existe un Registro de la legislación y normativas vigentes y aplicables a la Unidad (R)

A. REQUISITOS GENERALES	SOLICITANTE			EVALUADOR			
A. REQUISITOS GENERALES	S	N	N/A	S	N	N/A	
A.1 ¿Existe una definición operativa de la Unidad con las especificaciones precisadas en la guía? (O)							
A.2.1 ¿Existe un reconocimiento de la existencia de la Unidad por parte de las autoridades del centro? (O)							
A.2.2 ¿La hoja de solicitud de la Acreditación está firmada por la Dirección? (O)							
A.3 ¿Existe una autorización administrativa del centro médico donde está ubicada la Unidad? (O)							
A.4 ¿Existe un documento que pruebe la existencia de una actividad asistencial, docente e investigadora suficiente de la Unidad? (O)							

A.5.1 ¿Existe un catálogo actualizado de modelos normalizados de la documentación y formatos utilizados en la Unidad? (R)			
A.5.2 ¿Existe un modelo de historia clínica unificada por paciente? (O)			
A.5.3 ¿Existe un catálogo de registro de pacientes de la Unidad? (O)			
A.5.4 ¿Existe un registro de actividad asistencial realizada por los miembros de la Unidad? (O)			
A.5.5 ¿Existe un registro de actividades acreditadas docentes realizadas por los miembros de la Unidad? (O)			
A.5.6 ¿Existe un registro de incidencias generales de la Unidad? (R)			
A.5.7 ¿Existe un registro de incidencias médico- quirúrgicas de la Unidad? (R)			
A.5.8 ¿Existe un registro de reclamaciones de los pacientes o usuarios de la Unidad? (O)			
A.5.9 ¿Existe un registro de la legislación y normativa legal vigente en relación con la actividad asistencial? (R)			

APARTADO B: PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA DE LA UNIDAD

CRITERIOS

- B.1. Debería estar diseñado un Plan Estratégico de la Unidad (R)
- B.2. Debería estar diseñada la visión de la Unidad (R)

LISTADO DE COMPROBACIÓN

B. PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA	SOL	ICITA	NTE	EVALUADOR			
	S	N	N/A	S	N	N/A	
B.1 ¿Existe un documento en el que se comprueba el diseño de un Plan Estratégico de la Unidad a medio plazo? (R)							
B.2 ¿Existe un documento en el que quede reflejada la Visión de la Unidad? (R)							

APARTADO C: POLÍTICA Y PLAN DE CALIDAD

- C.1. Existe una Política de Calidad (O)
- C.2. Existe un Plan de Calidad
 - C.2.1. Existe un Plan de Calidad (O)
 - C.2.2. El Plan de Calidad está implantado y ha sido evaluado (R)
 - C.2.3. Se realizan autoevaluaciones o auditorías internas de calidad, al menos con carácter anual (R)
 - C.2.4. La Unidad debería tener alguna acreditación externa (R)
- C.3. Se define al Responsable del Plan de Calidad (O)
- C.4. El Plan de Calidad está orientado al paciente (O)
- C.5. Existe un Plan de Prevención de Riesgos
 - C.5.1. Existe un Plan de Prevención de Riesgos Laborales (O)
 - C.5.2. Existe un Plan de Prevención de Riesgos para el paciente (O)
 - C.5.3. Existen planes de contingencia específicos (R)
- C.6. Se realiza la revisión y actualización reglada y sistemática de los procedimientos de uso y mantenimiento del equipamiento (O)
- C.7. Se monitoriza la actividad y la calidad asistencial, científica y docente
 - C.7.1. Se monitoriza la actividad y la calidad asistencial (O)
 - C.7.2. Se monitoriza la actividad y la calidad investigadora (R)
 - C.7.3. Se monitoriza la actividad y la calidad docente (R)
- C.8. Existe una revisión y actualización reglada y sistemática de protocolos asistenciales, vías y guías de práctica clínica de la Unidad (O)
- C.9. La Unidad debería participar en Comisiones Clínicas del Centro al que pertenece (R)

C. POLÍTICA Y PLAN DE CALIDAD	SOLICITANTE			EVALUADOR			
O. I OLITIOA I I LAN DE GALIDAD	S	N	N/A	S	N	N/A	
C.1 ¿Existe una política de calidad definida? (O)							
C.2.1 ¿Existe un Plan de calidad escrito? (O)							
C.2.2 ¿El Plan de calidad está implantado y ha sido evaluado? (R)							
C.2.3 ¿Se realizan auditorías internas de calidad? (R)							
C.2.4 ¿La Unidad ha superado una evaluación externa de calidad? (R)			_				
C.3 ¿Puede identificarse una persona responsable de Calidad y acredita realizar competentemente sus funciones? (O)							
 C.4 ¿Se cumplen los requisitos siguientes? (O) Hay documentación expuesta que permite conocer los derechos y obligaciones de los 							

usuarios Existe un plan de acogida al paciente en el ingreso hospitalario Existen protocolos que aseguren la confidencialidad de la información sanitaria de acuerdo a la normativa vigente			
C.5.1 ¿Existe un plan de prevención de riesgos laborales? (O)			
C.5.2 ¿Existe un Plan de Seguridad Clínica? ¿Se dispone de un sistema de detección, análisis y correcciones de complicaciones, accidentes, errores, reclamaciones y reacciones adversas, en el que se documentan estas situaciones y se analizan de forma sistemática según un procedimiento definido? (O)			
C.5.3 ¿Existen planes de contingencia escritos para los problemas funcionales previsibles de mayor importancia o frecuencia? (R)			
C.6 ¿Se dispone de procedimientos para garantizar el uso seguro del equipamiento y sustitución en caso de avería y se revisan y actualizan sistemáticamente estos procedimientos? ¿Se advierte a los usuarios debidamente con el fin de causar las menos molestias posibles? (O)			
C.7.1 ¿Existe una monitorización de la actividad y calidad de la asistencia? (O)			
C.7.2 ¿Existe una monitorización de la actividad y calidad de la investigación? (R)			
C.7.3 ¿Existe una monitorización de la actividad y calidad de la docencia? (R)			
C.8 ¿Los protocolos, vías y guías clínicas de la Unidad se revisan y actualizan periódicamente? (O)			
C.9 ¿Algunos miembros de la Unidad participan de forma activa en las Comisiones Clínicas del Centro al que pertenece la Unidad? (R)			

APARTADO D: GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO

D-a. GESTION DE LA FORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES D-b. CONOCIMIENTO DEL CLIENTE

SUBAPARTADO D-a. GESTION DE LA FORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES

D-a.1. Se definen los perfiles de competencia profesional ajustados al puesto de trabajo (mapa de competencias profesionales), basados en conocimientos, habilidades y actitudes) (R)

D-a.2. Se definen las autorías y responsabilidades de los profesionales de la Unidad (O)

D-a.3. Se planifican y realizan actividades dirigidas a conocer las necesidades formativas del personal de la Unidad (R)

D-a.4. Existe un plan de formación del personal de la Unidad (R)

D-a.5. La Unidad realiza actividades formativas propias para los profesionales (O)

D-a.6. Existe un plan de formación específico para la acogida de los nuevos profesionales que se incorporan a la Unidad (R)

LISTADO DE COMPROBACIÓN

D-a. GESTIÓN DE LA FORMACIÓN DE LOS	SOL	ICITA	NTE	EVA	ALUAE	OR
PROFESIONALES	S	N	N/A	S	N	N/A
D-a.1 ¿Se han definido los perfiles de competencia profesional ajustados al puesto de trabajo, basados en sus conocimientos, habilidades y actitudes? (R)						
D-a.2 ¿Existe un documento (puede ser el de acogida del profesional) donde se detallan las responsabilidades y funciones de cada profesional de la Unidad? (O)						
D-a.3 ¿Existen encuestas para conocer las necesidades de formación y desarrollo profesional del personal de la Unidad? (R)						
D-a.4 ¿Existe un plan de formación del personal de la Unidad basado en el perfil de las necesidades formativas del mismo? (R)						
D-a.5 ¿La Unidad realiza actividades formativas propias para los profesionales? ¿Dispone de un calendario de sesiones clínicas propio? (O)						
D-a.6 ¿Existe un plan de acogida del profesional con información básica sobre el funcionamiento de la Unidad, sobre competencias generales y líneas estratégicas? (R)						

SUBAPARTADO D-b. CONOCIMIENTO DEL CLIENTE

CRITERIOS

D-b.1. Se define la cartera de clientes (R)

D-b.2. Existe un procedimiento para conocer las necesidades y expectativas de los clientes (R)

LISTADO DE COMPROBACIÓN

D-b. CONOCIMIENTO DEL CLIENTE	SOL	.ICITA	NTE	EVALUADOR			
	S	N	N/A	S	N	N/A	
D-b.1 ¿Existe un listado de potenciales clientes de la Unidad, diferenciando externos e internos y explicitando las principales características de los mismos? (Cartera de Clientes) (R)							
D-b.2 ¿Existe un procedimiento para conocer las expectativas y necesidades de los clientes en el que, además, se especifique el modo en que estas necesidades se aplican al diseño de la prestación del servicio? (R)							

APARTADO E: GESTIÓN DE LA COMUNICACIÓN

CRITERIOS

- E.1. Existe un programa integrado de comunicación
 - E.1.1. Existe un programa de comunicación interna horizontal (O)
 - E.1.2. Existe un programa de comunicación interna vertical
 - E.1.2.1. Comunicación con la Dirección del Centro (O)
 - E.1.2.2. Comunicación con Atención Primaria (O)
 - E.1.3. Existe un programa de comunicación externa con otros profesionales (R)
 - E.1.4. Existe un programa de comunicación externa con pacientes y familias (R)
 - E.1.5. Existe un programa de comunicación con la Sociedad en General E.1.5.1. La Unidad debería promover la comunicación y las relaciones con los pacientes (R)
 - E.1.5.2. La Unidad debería promover la difusión de los diferentes aspectos relativos a la patología que se trata en la Unidad a través de un programa de comunicación con los restantes sectores sociales (R)

E. GESTIÓN DE LA COMUNICACIÓN	SOL	ICITA	NTE	EVALUADOR			
	S	N	N/A	S	N	N/A	
E.1.1 ¿Existe un programa de comunicación interna horizontal? (O)							
E.1.2.1 ¿Existe un programa de comunicación dirigido especialmente a la Dirección del Centro? (O)							

E.1.2.2 ¿Existe un programa de comunicación dirigido especialmente a Atención Primaria? (O)			
E.1.3 ¿Existe un programa de comunicación externa con otros profesionales? (R)			
E.1.4 ¿Existe un programa de comunicación externa con pacientes y familias? (R)			
E.1.5.1 ¿Existe un programa de comunicación y relaciones con los pacientes? (R)			
E.1.5.2 ¿Existe un programa de comunicación y difusión dirigido globalmente a todos los sectores sociales? (R)			

APARTADO F: ESTRUCTURA

- F-a. Recursos Humanos
- F-b. Dependencias e Instalaciones
- F-c. Medios Técnicos

SUBAPARTADO F-a. RECURSOS HUMANOS

- F-a.1. Existe un responsable adecuado de la Unidad:
 - F-a.1.1. Existe un responsable formalmente reconocido de la Unidad (O)
 - F-a.1.2. Se definen y cumplen los requisitos del responsable de la Unidad (O)
- F-a.2. Existe un número suficiente de Facultativos para garantizar las funciones de asistencia, docencia e investigación:
 - F-a.2.1. La Unidad debe disponer de suficiente personal médico formalmente asignado a la misma para garantizar la asistencia, docencia e investigación (O)
 - F-a.2.2. La Unidad debe disponer de suficiente personal para garantizar la realización de los estudios complementarios y técnicas que se consideren propios de la Unidad (O)
 - F-a.2.3. La Unidad debe garantizar la asistencia a pacientes con cefalea que precisan atención urgente (O)
 - F-a.2.4. La Unidad tendrá fácil acceso a los facultativos necesarios (psiquiatría, neurofisiología, neurorradiología, neurocirugía, oftalmología, etc.) para la adecuada atención de los pacientes (O)
- F-a.3. Existe un número suficiente de profesionales de Enfermería (comprende tanto a los Enfermeros/as como a los Auxiliares de Enfermería)
 - F-a.3.1. La Unidad debe disponer de un enfermero/a responsable de la coordinación de todo el personal de enfermería (R)

- F-a.3.2. La Unidad debe disponer de suficiente personal de enfermería formalmente asignado a la Unidad (R)
- F-a.3.3. La Unidad debe disponer de suficiente personal auxiliar de enfermería para garantizar la asistencia (R)
- F-a.3.4. La Unidad debe disponer de personal de enfermería con experiencia en la asistencia a pacientes con cefalea (R)
- F-a.4. La Unidad debe disponer de personal de apoyo administrativo suficiente para garantizar la asistencia (O)
- F-a.5. El personal de la Unidad tiene suficiente competencia y experiencia profesional
 - F-a.5.1. La plantilla de personal facultativo debe tener experiencia suficiente (O)
 - F-a.5.2. La plantilla de personal de enfermería debe tener experiencia suficiente (R)
 - F-a.5.3. El personal de la Unidad debe tener experiencia reconocida en otras áreas de conocimiento (R)

F-a. RECURSOS HUMANOS	SOLICITANTE			EVALUADOR			
r-a. RECORSOS HOWANOS	S	N	N/A	S	N	N/A	
F-a.1.1 ¿Existe un Responsable de la Unidad formalmente reconocido? (O)							
F-a.1.2 ¿El Responsable de la Unidad cumple los requisitos definidos para ejercer esa función? (O)							
F-a.2.1 ¿La Unidad dispone de personal médico formalmente asignado a la misma para garantizar la asistencia? (O)							
F-a.2.2 ¿La Unidad dispone de personal médico para garantizar la realización de los estudios complementarios que se consideren propios de la Unidad? (O)							
F-a.2.3 ¿La Unidad garantiza la asistencia urgente a pacientes con cefalea? (O)							
F-a.2.4 ¿La Unidad tiene fácil acceso a otros facultativos necesarios para la aplicación de las técnicas diagnósticas y terapéuticas necesarias para la atención de sus pacientes? (O)							
F-a.3.1 ¿Existe un responsable de enfermería que coordine al personal de enfermería y al auxiliar de la Unidad? (R)							
F-a.3.2 ¿Existe suficiente personal de enfermería asignado a la Unidad? (R)							
F-a.3.3 ¿Existe suficiente personal auxiliar de enfermería asignado a la Unidad? (R)							
F-a.3.4 ¿Dispone el personal de enfermería de experiencia en el manejo de pacientes con cefalea?							

F-a.4 ¿La Unidad dispone de personal de apoyo administrativo suficiente para garantizar la asistencia?			
F-a.5.1 ¿Existe al menos un 50% del personal facultativo con experiencia reconocida de al menos 1 año en la asistencia a pacientes con cefalea? (O)			
F-a.5.2 ¿Existe al menos un 50% del personal de enfermería con experiencia reconocida de al menos 1 año en la asistencia a pacientes con cefalea? (R)			
F-a.5.3 ¿Existe al menos un 50% del personal de la Unidad con experiencia reconocida en otras áreas de conocimiento? (R)			

SUBAPARTADO F-b. DEPENDENCIAS E INSTALACIONES

CRITERIOS

- F-b.1. Los Accesos para los pacientes son adecuados (O)
- F-b.2. La Sala de Admisión de pacientes es adecuada (O)
- F-b.3. Existe un Servicio de Atención al Paciente / Información al Usuario propio o compartido (O)
- F-b.4. Existe una Secretaría administrativa con un espacio físico concreto (O)
- F-b.5. Los servicios de limpieza de las instalaciones son adecuados (O)
- F-b.6. Área de atención a pacientes ambulatorios en el hospital y centros periféricos de especialidades
 - F-b.6.1. Existen consultas médicas adecuadas (O)
 - F-b.6.2. Existen consultas de enfermería adecuadas (R)
 - F-b.6.3. Existen salas adecuadas para la realización de estudios / técnicas (O)
 - F-b.6.4. Es posible almacenar muestras biológicas (R)
- F-b.7. Existen Servicios Generales o Centrales adecuados y suficientes (O)
- F-b.8. Existen Salas de espera de familiares y pacientes adecuadas (O)
- F-b.9. Existe un área de hospitalización adecuada
 - F-b.9.1. Las características y dotación del Hospital de Día son adecuadas (R)
- F-b.9.2. Existe un despacho destinado a la atención e información de los familiares de los pacientes hospitalizados (R)
- F-b.10. Existe acceso a un área adecuada de docencia e investigación
 - F-b.10.1. Existe una sala adecuada de sesiones clínicas y de docencia (O)
- F-b.10.2. Existe acceso a una sala adecuada para ensayos clínicos y archivo y custodia de su documentación (O)
- F-b.11. Existen despachos adecuados de trabajo no asistencial para los facultativos (O)

F-b. DEPENDENCIAS E INSTALACIONES	SOL	ICITA	NTE	EVALUADOR			
F-b. DEFENDENCIAS E INSTALACIONES	S	N	N/A	S	N	N/A	
F-b.1 ¿Los accesos para los pacientes son adecuados? (O)							
F-b.2 ¿La Sala de Admisión es adecuada? (O)							
F-b.3 ¿Existe un Servicio de Atención al Paciente / Información al Usuario propio o compartido? (O) F-b.4 ¿Existe una Secretaría administrativa con un							
espacio físico concreto? (O)							
F-b.5 ¿Los servicios de limpieza de las instalaciones son adecuados? (O)							
F-b.6.1 ¿Existen consultas médicas adecuadas? (O)							
F-b.6.2 ¿Existen consultas de enfermería adecuadas?							
F-b.6.3 ¿Existen salas adecuadas para la realización de estudios/técnicas? (O)							
F-b.6.4 ¿Es posible almacenar muestras biológicas?							
F-b.7 ¿Existen Servicios Generales o Centrales adecuados y suficientes? (O)							
F-b.8 ¿Existen Salas de espera de familiares y pacientes adecuadas? (O)							
F-b.9.1 ¿Las características y dotación del Hospital de Día son adecuadas? (R)							
F-b.9.2 ¿Existe un despacho destinado a la atención e información de los familiares de los pacientes? (R)							
F-b.10.1 ¿Existe una sala de sesiones clínicas y de docencia adecuada? (O)							
F-b.10.2 ¿Existe acceso a una sala adecuada para ensayos clínicos y el archivo y custodia de su documentación? (O)							
F-b.11 ¿Existen despachos adecuados de trabajo no asistencial para los facultativos? (O)							

SUBAPARTADO F-c. MEDIOS TÉCNICOS

- F-c.1. Existe un mobiliario general adecuado (R)
- F-c.2. Existe un mobiliario clínico adecuado (R)
- F-c.3. Existe un equipamiento electromédico y otros equipamientos adecuados (O)
- F-c.4. Existe un fácil acceso a los Servicios de apoyo necesarios
 - F-c.4.1. Acceso a Servicios de apoyo básicos (O)
 - F-c.4.2. Acceso a Servicios de apoyo especiales (R)
 - F-c.4.3. La Unidad debe tener fácil acceso a los profesionales de apoyo necesarios (O)
- F-c.5. Existe un adecuado equipamiento docente (R)

F-c.6. Existe un acceso mínimo a textos y revistas actualizadas de la especialidad (O)

LISTADO DE COMPROBACIÓN

F-c. ESTRUCTURA	SOLICITANTE			EVALUADOR		
	S	N	N/A	S	N	N/A
F-c.1 ¿Existe un mobiliario general adecuado?						
(R)						
F-c.2 ¿Existe un mobiliario clínico adecuado?						
(R)						
F-c.3 ¿Existe un equipamiento electromédico						
y otros equipamientos adecuados? (O)						
F-c.4.1 ¿Existe fácil acceso a los Servicios de						
apoyo básicos? (O)						
F-c.4.2 ¿Existe fácil acceso a los Servicios de						
apoyo especiales? (R)						
F-c.4.3 ¿Tiene la Unidad fácil acceso a los						
profesionales de apoyo necesarios? (O)						
F-c.5 ¿Existe un adecuado equipamiento						
docente? (R)						
F-c.6 ¿Existe un acceso mínimo a textos y						
revistas actualizadas de la especialidad? (O)						

APARTADO G: PROCESOS

- G-a. PLANES FUNCIONALES
- G-b. PROCESOS ASISTENCIALES
- G-c. COORDINACIÓN CON OTROS DISPOSITIVOS

SUBAPARTADO G-a. PLANES FUNCIONALES

- G-a.1. Existe un Plan Funcional General de la Unidad (O)
- G-a.2. Existe un plan funcional para la Admisión de pacientes (O)
 - G-a.2.1. Se ha definido la Cartera de Servicios de la Unidad (O)
- G-a.3. Existe un plan funcional para las Consultas
 - G-a.3.1. Existe un plan funcional para las Consultas Médicas (O)
 - G-a.3.2. Existe un plan funcional para las Consultas de Enfermería (R) o (NA)
 - G-a.3.3. Existe un plan funcional para las salas de realización de estudios y técnicas complementarios (R)
- G-a.4. Existe un plan funcional para el Hospital de Día (R) o (NA)
- G-a.5. Plan funcional en Urgencias del Hospital (O)

G-a. PLANES FUNCIONALES	so	LICITAN	NTE	EVALUADOR			
	S	N	N/A	S	N	N/A	
G-a.1 ¿Existe un Plan Funcional General de la Unidad? (O)							
G-a.2 ¿Existe un plan funcional para la Admisión de pacientes? (O)							
G-a.2.1 ¿Existe una cartera de servicios de la Unidad definida y con acceso a los usuarios de la Unidad? (O)							
G-a.3.1 ¿Existe un plan funcional para las Consultas Médicas? (O)							
G-a.3.2 ¿Existe un plan funcional para las Consultas de Enfermería? (R) o (NA)							
G-a.3.3 ¿Existe un plan funcional para las salas de realización de estudios y técnicas complementarios? (R)							
G-a.4 ¿Existe un plan funcional para el Hospital de Día? (R) o (NA)							
G.a.5 ¿Existe un plan funcional en Urgencias del Hospital? (O)							

SUBAPARTADO G-b. PROCESOS ASISTENCIALES

CRITERIOS

G-b.1. Procesos clínicos

- G-b.1.1. Existen procesos clínicos diseñados en un número suficiente (O)
- G-b.1.2. Los protocolos clínicos están implantados y han sido evaluados (R)

G-b.2. Procesos de Enfermería (R)

G-b.3. Procedimiento de manejo de la documentación clínica

• G-b.3.1. Debe existir un procedimiento de ordenamiento y cumplimentación de la historia clínica (O)

- G-b.3.2. El procedimiento de ordenamiento y cumplimentación de la historia clínica está implantado y se utiliza sistemáticamente (R)
- G-b.3.3. Debe existir un procedimiento en el que se especifique el circuito de las historias clínicas y se determine el responsable de las mismas en cada momento (O)
- G-b.3.4. El procedimiento del circuito y los responsables de las historias clínicas está implantado y se utiliza sistemáticamente (R)
- G-b.3.5. Existe un procedimiento que asegura el acceso a la historia clínica solo al personal autorizado (O)
- G-b.4. Procedimientos invasivos (O)
- G-b.5. Complicaciones médico-quirúrgicas (R)
- G-b.6. Procedimiento de reclamaciones (O)

G-b. PROCESOS ASISTENCIALES	SOLICITANTE			EVALUADOR		
	S	N	N/A	S	N	N/A
G-b.1.1 ¿Existen procesos clínicos diseñados en un número suficiente? (O)						
G-b.1.2 ¿Los protocolos clínicos están implantados y han sido evaluados? (R)						
G-b.2 ¿Existe una descripción detallada de las tareas de apoyo y formación del personal de enfermería? (R)						
G-b.3.1 ¿Existe un procedimiento de ordenamiento y cumplimentación de la historia clínica? (O)						
G-b.3.2 ¿El procedimiento de ordenamiento y cumplimentación de la historia clínica está implantado y se utiliza sistemáticamente? (R)						
G-b.3.3 ¿Existe un procedimiento en el que se especifique el circuito de las historias clínicas y se determine el responsable de las mismas en cada momento? (O)						
G-b.3.4 ¿El procedimiento del circuito y los responsables de las historias clínicas está implantado y se utiliza sistemáticamente? (R)						

G-b.3.5 ¿Existe un procedimiento que asegura el acceso a la historia clínica solo al personal autorizado? (O)			
Gb.4 ¿Existe un listado de procedimientos invasivos que realiza la Unidad y se han diseñado procedimientos para su realización protocolizada? (O)			
Gb.5 ¿Existe un documento en el que se han identificado las posibles complicaciones médico-quirúrgicas más frecuentes y graves y existen procedimientos de identificación y actuación ante estas complicaciones médico-quirúrgicas? (R)			
G-b.6 ¿Existe un procedimiento diseñado para el tratamiento de las reclamaciones de los usuarios de la Unidad? (O)			

SUBAPARTADO G.C. COORDINACIÓN CON OTROS DISPOSITIVOS SANITARIOS Y NO SANITARIOS QUE PARTICIPAN EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES NEUROLÓGICOS

CRITERIOS

- G-c.1. Coordinación con Atención Primaria (O) o (NA)
- G-c.2. Continuidad y coordinación de la asistencia dentro del centro (O)
- G-c.3. Coordinación de la asistencia al alta de la Unidad (R)
- G-c.4. La Unidad se relaciona, comunica y forma a los pacientes (R)

G-c. COORDINACIÓN CON OTROS		SOLICITANTE EVALUAD					
DISPOSITIVOS ASISTENCIALES	S	N	N/A	S	Ν	N/A	
G-c.1 ¿Existe coordinación con Atención							
Primaria? (O) o (NA)							
G-c.2 ¿Existe continuidad y coordinación de							
la asistencia dentro del centro? (O)							
G-c.3 ¿Existe coordinación de la asistencia							
al alta de la Unidad? (R)							
G-c.4 ¿La Unidad se relaciona, comunica y							
forma a los pacientes? (R)							

APARTADO H: RESULTADOS

CRITERIOS

- H.1. Satisfacción de usuarios
 - H.1.1. Se evalúa y conoce la satisfacción del usuario (O)
 - H.1.2. Reclamaciones escritas recibidas en la Unidad (O)
- H.2. Se evalúa y conoce la satisfacción del personal de la Unidad (R)
- H.3. Auto-evaluación de resultados
 - H.3.1. Resultados de Procesos (Indicadores de Proceso) (R)
 - H.3.2. Resultados en Incidencias (Indicadores Centinela y de Seguridad Clínica) (R)
 - H.3.3. Resultados en Salud (Indicadores de Resultados en Salud) (R)
- H.4. Resultados en la Actividad
 - H.4.1. Resultados en la actividad asistencial
 - -H.4.1.1. Resultados anuales de la actividad asistencial (O)
 - -H.4.1.2. Resultados históricos de al menos 3 años de actividad asistencial (R)
 - H.4.2. Resultados en la actividad investigadora (R)
 - H.4.3. Resultados en la actividad docente (O)
- H.5. Resultados de Costes y Rendimiento
 - H.5.1. Análisis de Costes (R)
 - H.5.2. Análisis de Rendimiento (R)
- H.6. Análisis global de los resultados de la Unidad
 - H.6.1. Existe un análisis global de los resultados de la Unidad (O)
 - H.6.2. Se utiliza el análisis global de los resultados de la Unidad para mejorar (R)

H. RESULTADOS	SOLICITANTE			EVALUADOR		
	S	N	N/A	S	N	N/A
H.1.1 ¿Se realizan periódicamente procedimientos válidos para conocer la satisfacción del paciente y existe un informe en el que se analizan los resultados? (O)						
H.1.2 ¿Se puede comprobar el número de reclamaciones y cómo se han tratado? (O)						
H.2 ¿Se conoce la satisfacción del profesional y puede demostrarse cómo se ha obtenido esta información de una						

forma fiable? (R)			
H.3.1 ¿Existe y se aplica un sistema de evaluación de los principales procesos asistenciales neurológicos a través de indicadores? (R)			
H.3.2 ¿Existe y se aplica un sistema de monitorización a través de indicadores de las principales incidencias ocurridas durante el proceso asistencial? (R)			
H.3.3 ¿Se han identificado indicadores de resultados en salud, se monitorizan y se conocen los resultados de su medición? (R)			
H.4.1.1 ¿Existe un documento donde se recojan los resultados de la actividad asistencial anual realizada por la Unidad? (O)			
H.4.1.2 ¿Existe un documento donde se recojan los resultados de la actividad asistencial sucesiva de al menos 3 años realizada por la Unidad? (R)			
H.4.2 ¿Existe un documento donde se recojan los resultados de la actividad investigadora realizada por la Unidad? (R)			
H.4.3 ¿Existe un documento donde se recojan los resultados de la actividad docente realizada por la Unidad? (O)			
H.5.1 ¿Existe un procedimiento escrito en el que se especifica cómo se calcula el coste de las actividades de la Unidad, está implantado y se utiliza por la jefatura de la Unidad, la jefatura del Servicio y/o la Dirección para planificar objetivos? (R)			
H.5.2 ¿Existe un informe o documentación que recoja el rendimiento de las actividades desarrolladas por la Unidad? (R)			
H.6.1 ¿Existe una memoria de los resultados globales de la Unidad? (O) H.6.2 ¿Se utiliza la memoria de los			
resultados de la Unidad para efectos de planificación y mejora? (R)			

III. SISTEMA DE PUNTUACIÓN DE CRITERIOS: UNIDADES DE CEFALEA

CRITERIOS OBLIGATORIOS

Apartado	Nº	CO	PBCO	FPA	FCPA	PACO	PACO-P
	CO	obtenidos	COx4			PBCOxFCPA	PACOx300/PACO-T
Α	10			80	1,43		
В	0			90	11,25		
С	9			150	2,34		
D-a	2			100	4,17		
D-b	0			50	6,25		
E	3			80	2,86		
F-a	8			50	0,89		
F-b	12			30	0,47		
F-c	4			20	0,63		
G-a	5			50	1,56		
G-b	6			100	2,27		
G-c	2			50	3,13		
Н	5			150	2,68		
TOTAL	66			1.000		PACO-T	PTCO

CRITERIOS RECOMENDABLES

Apartado	Nº	CR	PBCR	FPA	FCPA	PACR	PACR-P
	CR	obtenidos	COxPuntos			PBCRxFCPA	PACRx700/PACR-T
Α	4			80	1,43		
В	2			90	11,25		
С	7			150	2,34		
D-a	4			100	4,17		
D-b	2			50	6,25		
E	4			80	2,86		
F-a	6			50	0,89		
F-b	4			30	0,47		
F-c	4			20	0,63		
G-a	3			50	1,56		
G-b	5			100	2,27		
G-c	2			50	3,13		
Н	9			150	2,68		
TOTAL	56			1.000		PACR-T	PTCR

PUNTUACIÓN TOTAL (PTCO + PTCR):

Nº CO: Número de Criterios Obligatorios por apartados.

CO Obtenidos: Número de CO obtenidos.

PBCO: Puntuación Bruta por Criterios Obligatorios.

FPA: Factor de Ponderación por Apartados.

FCPA: Factor Corrector de Ponderación por Apartados.

PACO: Puntuación Ajustada por Criterios Obligatorios.

PACO-T: Puntuación Ajustada Total por CO.

PACO-P: Puntuación Ajustada Proporcional por CO.

PTCO: Puntuación Total por Criterios Obligatorios.

Nº CR: Número de Criterios Recomendables por apartados.

CR Obtenidos: Número de CR obtenidos.

PBCR: Puntuación Bruta por Criterios Recomendables.

FPA: Factor de Ponderación por Apartados.

FCPA: Factor Corrector de Ponderación por Apartados. **PACR**: Puntuación Ajustada por Criterios Recomendables.

PACR-T: Puntuación Ajustada Total por CR.

PACR-P: Puntuación Ajustada Proporcional por CR. PTCR: Puntuación Total por Criterios Recomendables.