



Guía de Certificación de Unidades de Dermatología en Hidradenitis Supurativa



ACADEMIA ESPAÑOLA
DE DERMATOLOGÍA
Y VENEREOLOGÍA



El proyecto **CUDERMA** (Certificación de Unidades de Atención en Dermatología) es una propuesta de la Academia Española de Dermatología y Venereología (AEDV) para crear un conjunto de indicadores que permitan certificar las Unidades Funcionales de Dermatología, promoviendo la calidad en la asistencia sanitaria.



CERTIFICACIÓN DE UNIDADES DE DERMATOLOGÍA EN HIDRADENITIS SUPURATIVA

La definición de indicadores de calidad es una práctica clave en gestión sanitaria, ya que permite definir la infraestructura, recursos disponibles, desempeño y resultados obtenidos por una Unidad, garantizando un estándar de calidad mínimo. Además, permiten evaluar la actividad de una Unidad e identificar potenciales aspectos de mejora en la misma^{1,2}. Estos indicadores de calidad se pueden agrupar en tres tipos¹:

- **Indicadores de Estructura:** Hacen referencia a las características básicas de las que debe disponer la Unidad, respecto a instalaciones, personal sanitario, equipamiento, etc.
- **Indicadores de Proceso:** Hacen referencia a las pautas seguidas por la Unidad para el manejo de las personas con HS.
- **Indicadores de Resultado:** Hacen referencia a la medición de los resultados obtenidos por el desempeño de la labor asistencial de la Unidad.

Pasos a seguir para la certificación



1

APERTURA DE EXPEDIENTE

Las Unidades interesadas en solicitar la certificación deberán registrarse en la página de la AEDV, solicitando la certificación de su Unidad.



2

CONSULTORÍA

a. Se entregará al médico responsable de la Unidad una carpeta que contendrá toda la información del proyecto y facilitará la recolección de la **información y su seguimiento**.

b. **Primera visita** en la que se realizará la revisión y análisis in situ del funcionamiento de la Unidad en relación con los indicadores de calidad de la AEDV.

- Se elaborará un **Plan de Acción** específico para la Unidad.
- **Apoyo on-line** del seguimiento del Plan de Acción (resolución de dudas, identificación de dificultades en el desarrollo del proceso y apoyo en el desarrollo de cualquier actividad para el cumplimiento estándar).

c. **Segunda visita** en la que se lleva a cabo el **simulacro de auditoría** para verificar el nivel de implantación de la Norma y formar a los profesionales para la auditoría de certificación.



3

CERTIFICACIÓN

a. Una vez se ha realizado el simulacro de auditoría correctamente y se ha solicitado la certificación, comenzaría el proceso de certificación de la Unidad, llevado a cabo por SGS.

b. Auditoría de certificación: se realizará de forma presencial en las instalaciones de la Unidad con una duración de una jornada en las que se auditarán historias clínicas para evidenciar que se cumplen con los indicadores de la norma. Como resultado de la auditoría se emitirá un informe con los puntos fuertes y áreas de mejora detectados y con la puntuación obtenida. Si se supera la auditoría se emitirá el certificado.

c. Emisión del certificado: Hay dos reconocimientos en función de la puntuación obtenida:

- **Certificación Avanzada:** La Unidad debe cumplir un 60% o más del total de los indicadores de calidad que componen la Norma. La duración del certificado es de tres años, renovándose con una auditoría de recertificación.
- **Certificación Excelente:** La Unidad debe cumplir un 80% o más del total de los indicadores de calidad que componen la Norma. La duración del certificado es de cuatro años, renovándose con una auditoría de recertificación.

d. Auditoría extraordinaria: en todas aquellas Unidades que no se haya superado la auditoría inicial, se llevará a cabo una auditoría extraordinaria. La Unidad tendrá un máximo de 6 meses para subsanar las desviaciones detectadas y tras este plazo se realizará una jornada presencial en la Unidad.

e. Auditoría de recertificación: la auditoría de recertificación la realizarán aquellas Unidades que quieran renovar su certificado. La periodicidad de su realización será en función del certificado emitido y la validez del mismo (mencionado previamente).



4

ACTO DE ENTREGA

Método de valoración

1



La norma está compuesta por **45** **indicadores de calidad**, divididos en:

13 de ESTRUCTURA

Referidos principalmente a Recursos humanos y personal de la Unidad; Servicios específicos de la Unidad; Técnicas y métodos de diagnóstico disponibles en la Unidad

27 de PROCESOS

Que incluyen Registro de la actividad de la Unidad; Calidad y organización de la Unidad; Protocolos y guías clínicas de la Unidad; Calidad y organización del personal de la Unidad; Seguimiento del paciente - Monitorización de la Evolución Clínica; Seguimiento del paciente - medidas para fomentar hábitos de vida saludables; Seguimiento del paciente - evaluación de los resultados y experiencia comunicados por pacientes (PRO / PRE); Comunicación activa con el paciente; Aportación de la Unidad a la investigación científica.

5 de RESULTADOS

Variables clínicas de desempeño de la Unidad; Variables de Resultado Percibidas y Comunicadas por Pacientes (PRO); Variables de Experiencia Percibidas y Comunicadas por Pacientes.

- 2 | Los criterios son evaluados mediante la auditoría de una selección aleatoria de historias clínicas y/o comprobando la existencia o no de documentación oficial o protocolos.
- 3 | Para aquellos criterios que sea necesario la revisión de historias clínicas se realizará un muestreo aleatorio para ver si se alcanza el nivel objetivo correspondiente a cada indicador. El tamaño muestral de historias clínicas a revisar será de 20, en función de la Unidad evaluada y según el criterio de la auditora.
- 4 | La auditoría se realizará sobre las historias clínicas de pacientes atendidos en los **últimos 6 meses**.
- 5 | Todos los criterios de la norma que requieran ser auditados a través de las historias clínicas se revisarán en el mismo grupo de historias clínicas seleccionadas.
- 6 | En los casos en los que durante la primera visita se detecten criterios que no se cumplen, la Unidad podrá incorporar las medidas de mejora que se consideren en el plan de acción y transcurridos **6 meses** podrá comprobar si los criterios se cumplen.

FLUJO DEL PROCESO PARA LA CERTIFICACIÓN



