



MANUAL DE AUTOEVALUACIÓN Y MEJORA

SISTEMA DE GESTIÓN DE
UNIDADES ASISTENCIALES

Versión: 1 / 04-07-2024



Edita:

© Gerencia Regional de Salud de Castilla y León.

Textos:

© Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. Dirección General de Calidad e Infraestructuras Sanitarias. Servicio de Calidad y Seguridad del Paciente.



Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0)

ÍNDICE

1.- OBJETIVO

2.- RECOMENDACIONES PARA LA AUTOEVALUACIÓN

- 2.1.- ¿En qué consiste la autoevaluación?
- 2.2.- ¿Cuándo se debe realizar la autoevaluación?
- 2.3.- Pasos a seguir para realizar la autoevaluación
- 2.4.- ¿Es necesario evaluar todos los estándares?

3. CÓMO SE EVALUAN LOS ESTÁNDARES DEL MODELO

4. PLAN DE MEJORA

ANEXOS:

ANEXO I: Tutorial del libro de autoevaluación.

ANEXO II: Guía del plan de mejora.

1. OBJETIVO

El objetivo de este documento es describir los aspectos prácticos que deben guiar el proceso de autoevaluación y mejora por parte de las unidades asistenciales, como paso previo para acceder al sistema de reconocimiento **Sacyl Excelente**.

Sin embargo, la autoevaluación constituye una herramienta de gestión y diagnóstico para impulsar la mejora y la transformación incluso para aquellas unidades que se planteen simplemente realizar una reflexión estratégica interna y evaluar su nivel de gestión con el fin de identificar oportunidades para la mejora.

2. RECOMENDACIONES PARA LA AUTOEVALUACIÓN

El proceso de autoevaluación tiene por objeto ayudar a las unidades a descubrir cuál es su nivel de gestión y rendimiento para identificar, priorizar e implantar acciones de mejora.

2.1 ¿En qué consiste la autoevaluación?

La autoevaluación consiste en un examen que realizan las personas de la propia unidad sobre las actividades y los resultados de la unidad, en comparación con un modelo de referencia establecido, para identificar oportunidades de mejora y elaborar el plan de acción que permita abordar las áreas de mejora identificadas.

En nuestro caso, tenemos que reflexionar sobre lo que hacemos y cómo lo hacemos, así como lo que conseguimos con referencia al modelo de gestión definido por la Gerencia Regional de Salud para las unidades que prestan servicios clínico-asistenciales, tanto en el ámbito de la atención primaria como de la atención hospitalaria, en el marco de Sacyl Excelente.

Este marco de gestión viene determinado por:

- **Los estándares de calidad y seguridad**¹, que son un conjunto de prácticas de gestión que se deberían implementar para desarrollar una atención de calidad y segura por parte de las unidades.
- **Los resultados a conseguir**, que evalúan las diferentes dimensiones de la calidad y se miden utilizando indicadores objetivos.

2.2 ¿Cuándo se debe realizar la autoevaluación?

Para acceder al sistema de reconocimiento Sacyl Excelente, la unidad debe haber completado un ciclo completo de autoevaluación y mejora que comprende:

¹ En el documento SACYL EXCELENTE. MODELO DE RECONOCIMIENTO Y GESTIÓN PARA UNIDADES ASISTENCIALES pueden consultarse:

- Los **estándares de calidad y seguridad** (anexo IV).
- La **clasificación de los estándares según su categoría temática** (páginas 14 y 15).
- La **clasificación de los estándares por grupos** en función de su nivel de recomendación y/o grado de complejidad (anexo III).

- Una **autoevaluación inicial** a partir de la cual se identificarán los puntos fuertes y las áreas de mejora, es decir qué estándares se cumplen y se están gestionando bien y cuáles no se cumplen o se cumplen parcialmente.
- La elaboración de un **plan de mejora** que incluirá las acciones de mejora prioritarias detectadas y su implantación y despliegue.
- Además, una vez desarrollado el plan de mejora y previamente a la solicitud del reconocimiento, se debe **repetir la autoevaluación** para valorar su impacto en la mejora de las prácticas de gestión y en los resultados de la unidad.

Cuando ya se ha conseguido un nivel de reconocimiento, si se quiere renovar al finalizar su periodo de vigencia, o también cuando se quiere progresar de nivel, debe realizarse una nueva autoevaluación que permita a la unidad saber si cumple los requisitos para ello o si precisaría implementar mejoras previamente.

Además, se pueden realizar evaluaciones con carácter periódico, aunque esté vigente el reconocimiento obtenido, o incluso realizarlas al margen del sistema de reconocimiento, siempre que una unidad quiera conocer cuál es su situación, para impulsar la mejora y la transformación y así avanzar hacia la excelencia.

2.3 Pasos a seguir para realizar la autoevaluación

Paso 1.- Constituir el equipo evaluador.

La autoevaluación debe ser realizada por un **equipo de trabajo** formado mayoritariamente por profesionales de la propia unidad. En este equipo deben participar profesionales de distintos estamentos, categorías y perfiles profesionales, que conozcan a fondo la unidad, implicados y con espíritu crítico-constructivo. Es importante que estén incluidos los responsables de la unidad (jefe de servicio, coordinador de EAP, responsables de enfermería, jefes de sección...) y personas que lideren la puesta en marcha de proyectos/programas en la unidad (por ej. el responsable de calidad y seguridad del paciente de la unidad, de docencia, etc.). Este equipo de trabajo debería ser **liderado** por el responsable último de la unidad, si bien puede delegar la coordinación en algún otro profesional del servicio/EAP.

Paso 2.- Realizar una sesión de sensibilización y formación del equipo evaluador.

La **sesión formativa** al equipo de profesionales que van a realizar la autoevaluación debe incluir los aspectos relevantes del modelo Sacyl Excelente haciendo hincapié en los estándares que incluye el modelo y cómo se deben evaluar (requisitos de cumplimiento, posibles evidencias...). Desde el Servicio de Calidad y Seguridad del Paciente se proporcionará el material de apoyo para la realización de dicha sesión.

Además, se recomienda aprovechar esta reunión del equipo evaluador para consensuar la **metodología** que se va a utilizar: si la autoevaluación se va a realizar de forma individual por parte de cada evaluador o conjuntamente entre varios profesionales, si cada evaluador valora todos los estándares o si se realiza un reparto de los estándares a evaluar... Todo ello en función de lo que sea más factible desde el punto de vista organizativo y teniendo en cuenta el perfil del evaluador o su nivel de conocimiento de determinados estándares, así como su disponibilidad.

Paso 3.- Establecer un plan de trabajo y recabar evidencias.

Es clave establecer tareas a realizar y asignar responsabilidades a cada evaluador, de forma que se eviten sobrecargas, estableciendo un **cronograma** para realizar la autoevaluación y el **sistema de comunicación** del equipo para compartir el trabajo que se vaya realizando.

Una de las tareas clave es recabar la documentación más relevante relacionada con la gestión de la unidad que aporte las **evidencias** disponibles para cada estándar y ponerla a disposición de los evaluadores (memoria del servicio/EAP, protocolos, actas, etc.). Para ello es necesario utilizar el espacio colaborativo en red habilitado desde la Gerencia Regional de Salud, donde la documentación estará accesible para todos los evaluadores de la unidad y, en un momento posterior, una vez se solicite el reconocimiento, también para los auditores que realicen la evaluación externa, una vez se les dé acceso. Para facilitar la tarea se han definido una serie de carpetas y subcarpetas para ordenar la documentación de forma sistemática y reconocible por todos.

Paso 4. Valorar los estándares.

La valoración de los estándares se realizará en la herramienta en formato Excel® *Libro Autoevaluación Sacyl Excelente*², teniendo en cuenta los **requisitos de cumplimiento** definidos para cada estándar, y en función de que se disponga o no de **evidencias** que puedan demostrar su cumplimiento.

A la hora de valorar pueden darse las siguientes posibilidades:

- a) El estándar **no se cumple (NC)**: no existen evidencias de que se realiza lo estipulado en el estándar o lo que se realiza es anecdótico.
- b) El estándar **se cumple parcialmente (CP)**: existen evidencias de que está en desarrollo lo estipulado en el estándar, pero no se cumplen todos los requisitos. Puede ocurrir que se cumplan solo los requisitos relacionados con la planificación (se ha definido el procedimiento/proceso/protocolo para llevar a cabo el estándar: qué hacer, quién es el responsable, periodicidad, registros... según proceda) o que se realicen además algunas actividades para dar respuesta al estándar, pero no de forma sistemática (no se han difundido/no son conocidas por los profesionales, no está disponible algún documento...). Se recomienda matizar el grado aproximado de cumplimiento del estándar ya que puede orientarnos sobre la distancia a recorrer y los esfuerzos a invertir hasta su consecución completa, en función de que ese cumplimiento parcial sea del 25% (**CP25**), 50% (**CP50**) o del 75% (**CP75**).
- c) El estándar **se cumple (C)**: se puede evidenciar que se cumplen todos los requisitos especificados en el estándar, es decir, se cumplen los requisitos relacionados con su implantación y se han adoptado medidas para que lo establecido se realice de forma sistemática.

Excepcionalmente puede ocurrir que algún estándar no resulte de aplicación en función de las peculiaridades del servicio/EAP que lo evalúa, en cuyo caso se hará constar tal circunstancia, que deberá estar debidamente justificada, como **“No aplica” (NA)**.

Siempre que se valore que se cumple el estándar, deberán estar disponibles las evidencias correspondientes (protocolo/procedimiento, registros, actas, etc.) que lo demuestren.

² La herramienta incluye todos los estándares del modelo Sacyl Excelente organizados en varias hojas, una para cada una de las cuatro categorías de estándares (derechos de los pacientes, atención segura, gestión de procesos y dirección de la unidad); además incluye una última hoja denominada *Informe* que recoge automáticamente los resultados de la autoevaluación. En el apartado 3 se explica con detalle cómo deben evaluarse los estándares y en el **anexo I** puede consultarse información práctica sobre el manejo de esta herramienta.

Paso 5. Consensuar resultados: reunión conjunta del equipo.

Tras la evaluación de los estándares y antes de dar por cerrada la autoevaluación, tanto si la metodología de evaluación elegida es la valoración conjunta como la individual, se recomienda realizar una reunión con todo el equipo evaluador para poner en común y consensuar los resultados de esta, revisando determinados estándares, especialmente aquellos autoevaluados con cumplimiento parcial, por si pudieran aportarse nuevas evidencias no consideradas anteriormente.

Paso 6. Obtener el informe de resultados.

Los resultados definitivos de la autoevaluación de los estándares realizada por el servicio/EAP se presentarán en la herramienta en formato Excel® *Libro Autoevaluación Sacyl Excelente*, que contiene una hoja final denominada *Informe* donde automáticamente se vuelcan los resultados cuantitativos de cumplimiento de los estándares. Los resultados de la autoevaluación se comunicarán a todo el equipo de la unidad.

La unidad podrá contar con la asesoría y apoyo de la unidad de calidad/responsables de calidad y seguridad del paciente de su centro durante todo el proceso de autoevaluación.

2.4 ¿Es necesario evaluar todos los estándares?

Para tener una visión global de la gestión de la unidad es preciso realizar la evaluación de todos los estándares, pero dependiendo del objetivo que se plantee el servicio/EAP, puede no ser necesario realizar la evaluación de todos los estándares en un primer momento.

En cualquier caso, es recomendable ir realizando la evaluación de los estándares de forma gradual, teniendo en cuenta en primer lugar los requisitos de acceso al sistema de reconocimiento y a continuación los necesarios para ir progresando de nivel. Con este planteamiento se abordaría primero la evaluación de los estándares e indicadores que clasificados como G1 y G2, que son más prioritarios y requeridos para poder optar al sistema de reconocimiento y después, en función del objetivo marcado, se iría avanzando con la evaluación del resto de los estándares de cada grupo, priorizando la evaluación de aquellos que puedan tener más interés para la unidad y aquellos frente a los que la unidad muestre debilidades y puedan estar dificultando que consiga buenos resultados en cualquiera de las dimensiones de la calidad.

3. CÓMO SE EVALUAN LOS ESTÁNDARES DEL MODELO

El equipo evaluador del servicio/EAP realizará un análisis o reflexión sobre cada uno de los estándares y contestará a las siguientes preguntas:

¿Hacemos lo que establece el enunciado del estándar de manera planificada y sistemática?

Como ayuda para reflexionar y contestar a esta pregunta, para cada estándar se han definido unos requisitos de cumplimiento, por lo que debemos chequear cada uno de estos requisitos. El resultado de esta reflexión puede ser: se cumplen todos los requisitos, se cumplen algunos o no se cumple ninguno.

En función de la respuesta, la siguiente pregunta que debemos plantearnos como equipo evaluador será:

- En el supuesto de que concluyamos que cumplimos todos los requisitos establecidos en el estándar, **¿disponemos de las evidencias que nos permitan demostrarlo?** Para cada estándar se han definido ejemplos de evidencias que podrán recabar los evaluadores externos para verificar el cumplimiento del estándar; si no podemos demostrar que cumplimos todos los requisitos de cumplimiento establecidos, a efectos del modelo Sacyl Excelente debemos considerar que ese estándar no se cumple.
- En el supuesto de que contestemos que no cumplimos ningún requisito o que solo cumplimos alguno/s, debemos preguntarnos **¿qué podemos hacer para mejorar?** Reflexionar como equipo sobre estos aspectos nos facilitará la elaboración del plan de mejora. Debemos tener en cuenta que, más allá del reconocimiento que se pueda llegar a conseguir en un futuro, lo que realmente va a aportar valor en todo este proceso es que seamos capaces de identificar lo que podemos mejorar en la gestión de la unidad, que impacte en una mejora de la calidad de la atención y la seguridad del paciente, en relación con lo que veníamos haciendo.

El equipo evaluador debe tener presente que para que la unidad pueda optar a cualquier nivel de reconocimiento debe estar en disposición de presentar las evidencias que demuestren el cumplimiento de los requisitos establecidos en los estándares. Por tanto, al realizar la autoevaluación debe reflexionar y realizar un análisis responsable y veraz de cada uno de los estándares para determinar si se cumplen y, en caso afirmativo, recabar las evidencias documentales que permitan demostrarlo, teniendo en cuenta que los evaluadores que realicen la evaluación externa para el reconocimiento podrán utilizar también otras fuentes de evidencia adicionales.

Por todo ello, se recomienda detallar primero, en la herramienta de autoevaluación (*Libro Autoevaluación Sacyl Excelente*, ver imagen más abajo) y para cada estándar evaluado, los puntos fuertes, especificando las evidencias documentales disponibles en el espacio destinado para ello, y las propuestas de mejora y, a continuación, realizar la valoración relativa a su cumplimiento (**C, CP25, CP50, CP75, NC**). Esta sistemática facilitará el desarrollo posterior tanto de la fase de mejora como, en su caso, de la auditoría externa, así como el de futuros procesos de autoevaluación y/o reconocimiento, en los que sólo será necesario actualizar la información.

ESTÁNDARES DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE								VALIDACIÓN
Por un liderazgo clínico competente y comprometido con la calidad y la seguridad del paciente								
CATEGORÍA I. DERECHOS DE LOS PACIENTES								
Objetivo: Garantizar la protección de los derechos de los pacientes en el ámbito de la atención sanitaria.								
Nº	ESTÁNDAR	Grupo	AUTOEVALUACIÓN					
IS.01.01	Información general Se facilita información a pacientes y familiares sobre las características y el funcionamiento general del servicio /EAP.	G1	PUNTOS FUERTES	EVIDENCIAS	PROPUESTAS DE MEJORA			
Aclaraciones: Se debe facilitar a los pacientes y familiares información verbal y escrita (cartelería, folletos, trípticos, web...) sobre las características y el funcionamiento general del servicio /EAP para favorecer el acceso a los servicios y su uso. Requisitos de cumplimiento: El servicio/EAP realiza lo establecido en la definición de este estándar de forma planificada y sistemática: - Dispone de un protocolo que define qué información se debe facilitar, la forma (escrita y/o verbal, presencial/ telefónica...) y los profesionales responsables de suministrarla (persona o categoría profesional) en relación a los diferentes procesos de su cartera de servicios (consultas, hospitalización, hospital de día...). Por ej. en hospitalización, al ingreso se informará por escrito sobre aspectos relacionados con la estancia hospitalaria y también sobre la unidad (por ej. visitas, horario de información médica, descripción de la unidad, espacios asistenciales...). y se completará con información verbal. En consultas externas/consultas AP se informará sobre los horarios de atención sanitaria y telefónica, procedimiento para la atención urgente y programada, sistema de cita, condiciones para la elección de profesional cuando procede, disponibilidad de guía de información al usuario... - Comunica a los profesionales implicados la sistemática de trabajo y sus actualizaciones, para su aplicación efectiva. - La información escrita está disponible y actualizada para su entrega o para darla a conocer (web, redes sociales, guía de información al usuario, folleto para el paciente, cartel en habitaciones o sala de espera en consultas...). Al menos se pone a disposición de los pacientes información sobre la Cartera de servicios, derechos y deberes, localización de los diferentes dispositivos asistenciales, horarios de atención y teléfono de contacto/correo electrónico. Evidencias: Para verificar el cumplimiento del estándar, los evaluadores podrán: - Solicitar evidencias documentales: protocolo o normas sobre información general, información disponible ya sea en la web, trípticos, carteles... - Visitar las instalaciones para comprobar la información disponible. - Realizar entrevistas a los profesionales implicados para verificar que conocen y aplican el protocolo y a pacientes sobre la información general.			Puntos fuertes	Evidencias	Propuestas de mejora	Valoración		

4. PLAN DE MEJORA

Lo que realmente va a aportar valor a la unidad no es la autoevaluación, ni siquiera el nivel de reconocimiento que se pueda obtener sino la mejora que se desencadena con posterioridad a la autoevaluación.

La autoevaluación es solo una parte del proceso de mejora. Es más, la fase más crítica del proceso de autoevaluación y mejora es la planificación e implantación de las acciones de mejora derivadas de la autoevaluación. Por ello es importante reflexionar sobre los puntos fuertes y áreas de mejora identificadas y preguntarnos, en relación con los **puntos fuertes**, ¿cuáles pueden mantenerse?, ¿cuáles pueden ser palanca para nuevos logros? y ¿cuáles necesitarán todavía mayor desarrollo? y en relación con las **áreas de mejora** que hemos identificado, ¿cuáles resultan de máxima importancia para nuestra unidad?, ¿cuáles abordar primero? y ¿cómo hacerlo?

Por tanto, una vez concluida la autoevaluación de los estándares del modelo y tras el análisis de los resultados obtenidos es fundamental definir un **plan de mejora**, para lo cual se recomienda seguir los pasos que se indican en la **guía del plan de mejora** que figura en el **anexo II**.

ANEXO I

Tutorial del libro de autoevaluación

Este tutorial trata de explicar brevemente las dudas más frecuentes que pueden surgir a la hora de cumplimentar la herramienta en formato Excel® **Libro de autoevaluación Sacyl Excelente**.

En la imagen siguiente podéis ver la apariencia de las hojas de estándares incluidas en el libro de autoevaluación.

ESTÁNDARES DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE				AUTOEVALUACIÓN			VALORACIÓN
CATEGORÍA I. DERECHOS DE LOS PACIENTES							
Objetivo: Garantizar la protección de los derechos de los pacientes en el ámbito de la atención sanitaria.							
Nº	ESTÁNDAR	Grupo					
IS.01.01	Información general Se facilita información a pacientes y familiares sobre las características y el funcionamiento general del servicio/EAP.	G1	PUNTOS FUERTES	EVIDENCIAS	PROPUESTAS DE MEJORA		
Adicionales: Se debe facilitar a los pacientes y familiares información verbal y escrita (cartelera, folletos, trípticos, web...) sobre las características y el funcionamiento general del servicio/EAP para favorecer el acceso a los servicios y su uso. Requisitos de cumplimiento: El servicio/EAP realiza lo establecido en la definición de este estándar de forma planificada y sistemática: - Dispone de un protocolo que define qué información se debe facilitar, la forma (escrita y/o verbal, presencial/ telefónica...) y los profesionales responsables de suministrarla (persona o categoría profesional) en relación a los diferentes procesos de su cartera de servicios (consultas, hospitalización, hospital de día...). Por ej. en hospitalización, al ingreso se informa por escrito sobre aspectos relacionados con la estancia hospitalaria y también sobre la unidad (por ej. vistas, horario de información médica, descripción de la unidad, espacios asistenciales...) y se completará con información verbal. En consultas externas/consultas AP se informará sobre los horarios de atención sanitaria y telefónica, procedimiento para la atención urgente y programada, sistema de cita, condiciones para la elección de profesional cuando proceda, disponibilidad de guía de información al usuario... - Comunica a los profesionales implicados la sistemática de trabajo y sus actualizaciones, para su aplicación efectiva. - La información escrita está disponible y actualizada para su entrega o para darla a conocer (web, redes sociales, guía de información al usuario, folletos para el paciente, cartel en habitaciones o sala de espera en consultas...). Al menos se pone a disposición de los pacientes información sobre la cartera de servicios, derechos y deberes, localización de los diferentes dispositivos asistenciales, horarios de atención y teléfono de contactación electrónica. Validación: Para verificar el cumplimiento del estándar, los evaluadores podrán: - Solicitar evidencias documentales: protocolo o normas sobre información general, información disponible ya sea en la web, trípticos, cartel... - Visitar las instalaciones para comprobar la información disponible. - Realizar entrevistas a los profesionales implicados para verificar que conocen y aplican el protocolo y a pacientes sobre la información general.							



Para ir cambiando de categoría de estándares, es necesario ir clicando en las diferentes pestañas de la parte inferior del libro de autoevaluación.

<	>	U. Asistenciales	DERECHOS	SEGURIDAD	PROCESOS	DIRECCIÓN	Informe	+
---	---	------------------	----------	-----------	----------	-----------	---------	---

En los espacios de “Puntos fuertes”, “Evidencias” y “Propuestas de mejora”, podéis escribir texto libre explicando y describiendo la situación de vuestro servicio/EAP.

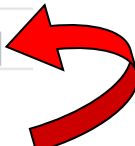
En el apartado “*Puntos Fuertes*” debéis reflejar los aspectos que realizáis “bien” en vuestro servicio/EAP y que dan cumplimiento a los “requisitos de cumplimiento” reflejados en cada estándar. Estos puntos fuertes se demuestran (evidencian) con determinados registros, documentos, actas de reuniones, protocolos, correos remitidos, etc. Esto es lo que hay que reflejar en la columna “Evidencias”. Cada punto fuerte se puede correlacionar con una o más evidencias. Es muy importante seguir el siguiente axioma: *“si no se puede demostrar que lo hacemos, debemos considerar que no se cumple”*.

En la tercera columna, “Propuestas de Mejora” debemos reflejar aquellos aspectos o actuaciones que no cumplimos o no realizamos en nuestro servicio/EAP y que consideramos debemos ponerlo en marcha para cumplir el estándar en su totalidad. Es muy importante que seamos capaces de identificar lo que podemos mejorar en la gestión del servicio/EAP en relación con lo que venimos haciendo. Estos son los “deberes” que tenemos que realizar en el plan de mejora que desarrollaremos tras la autoevaluación.

Una vez realizada esta reflexión de manera responsable, objetiva, veraz y consensuada en el grupo de trabajo evaluador, estamos en condiciones de puntuarnos el cumplimiento de dicho estándar en el apartado valoración (siguiente columna).

LISTA DESPLEGABLE CUMPLIMIENTO ESTÁNDAR

En la columna donde se encuentran las casillas de “Valoración”, disponéis de unas celdas con borde negro más grueso. Al clicar sobre esa celda, aparece una flecha a la derecha que indica que hay una lista desplegable de opciones, como podéis ver en las siguientes imágenes.

	VALORACIÓN
	C: Cumple CP75: Cumple parcial 75% CP50: Cumple parcial 50 % CP25: Cumple parcial 25 % NC: No cumple NA: No aplica
PROPUESTAS DE MEJORA	

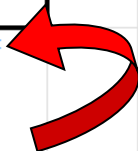
Al pulsar en dicha flecha, se despliegan las diferentes opciones y hay que elegir una de ellas, siguiendo los siguientes criterios:

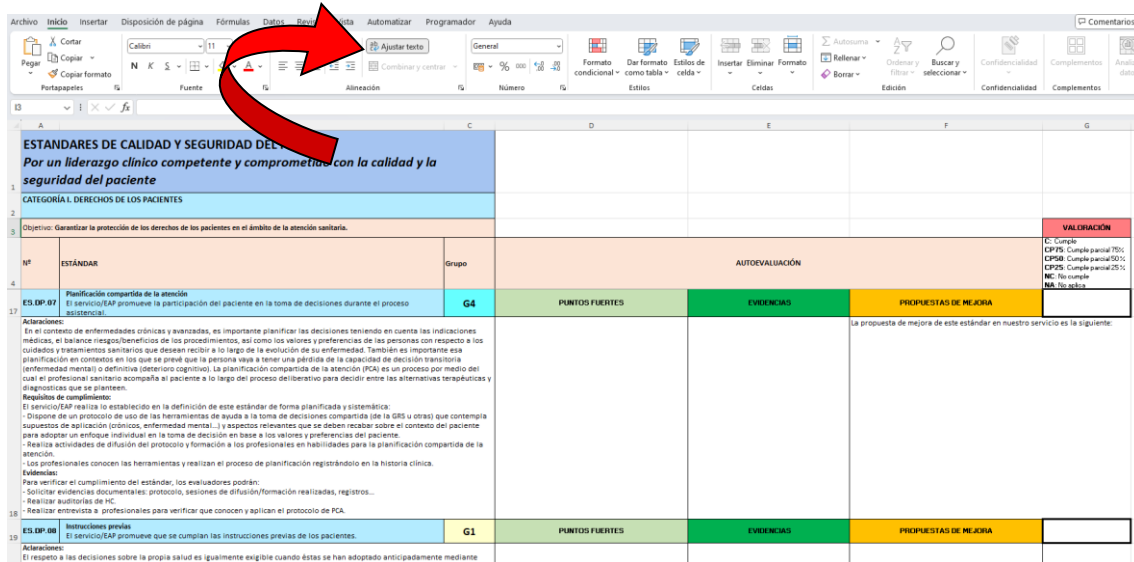
- No se cumple (NC):** no existen evidencias de que se realiza lo estipulado en el estándar o lo que se realiza es anecdótico.
- Cumple parcial (CP):** existen evidencias de que está en desarrollo lo estipulado en el estándar, pero no se cumplen todos los requisitos. Se debe matizar el grado de cumplimiento pues puede orientarnos sobre la consecución del estándar en función de que este cumplimiento parcial sea del **25%, 50%** o del **75%**.
- Se cumple (C):** se puede evidenciar que se cumplen todos los requisitos especificados en el estándar, es decir, se cumplen los requisitos relacionados con su implantación y se han adoptado medidas para que lo establecido se realice de forma sistemática.
- No aplica (NA):** excepcionalmente puede ocurrir que algún estándar no resulte de aplicación en función de las peculiaridades del servicio/EAP que lo evalúa. Dicha circunstancia se deberá justificar adecuadamente. Esta opción solo aparece en determinados estándares.

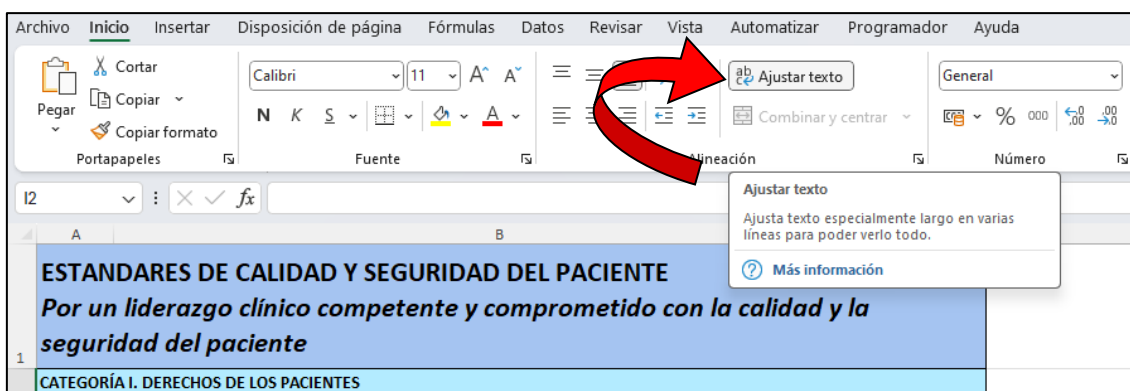
			VALORACIÓN	
AUTOEVALUACIÓN			C: Cumple CP75: Cumple parcial 75% CP50: Cumple parcial 50 % CP25: Cumple parcial 25 % NC: No cumple NA: No aplica	
PUNTOS FUERTES	EVIDENCIAS	PROPUESTAS DE MEJORA		
			C CP75 CP50 CP25 NC NA	



	VALORACIÓN	
	C: Cumple CP75: Cumple parcial 75% CP50: Cumple parcial 50 % CP25: Cumple parcial 25 % NC: No cumple NA: No aplica	
	C CP75 CP50 CP25 NC NA	

		VALORACIÓN C: Cumple CP75: Cumple parcial 75% CP50: Cumple parcial 50 % CP25: Cumple parcial 25 % NC: No cumple NA: No aplica
AUTOEVALUACIÓN		
EVIDENCIAS	PROPUESTAS DE MEJORA	
	La propuesta de mejora de este estándar en nuestro servicio es la siguiente: 	
EVIDENCIAS	PROPUESTAS DE MEJORA	

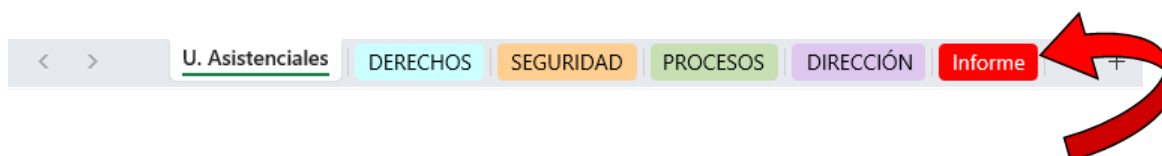




ESTANDARES DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE						
Por un liderazgo clínico competente y comprometido con la calidad y la seguridad del paciente						
CATEGORÍA I. DERECHOS DE LOS PACIENTES						
Objetivo: Garantizar la protección de los derechos de los pacientes en el ámbito de la atención sanitaria.						
Nº	ESTÁNDAR	Grupo	AUTOEVALUACIÓN			VALORACIÓN
ES-EP-07	Planificación compartida de la atención El servicio/EAP promueve la participación del paciente en la toma de decisiones durante el proceso asistencial.	G4	PUNTOS FUERTES	EVIDENCIAS	PROPUESTAS DE MEJORA	
Actuaciones: En el contexto de enfermedades crónicas y avanzadas, es importante planificar las decisiones teniendo en cuenta las indicaciones médicas, el balance riesgo/beneficio de los procedimientos, así como los valores y preferencias de las personas con respecto a los cuidados y tratamientos sanitarios que desean recibir a lo largo de la evolución de su enfermedad. También es importante esa planificación en contextos en los que se prevé que la persona vaya a tener una pérdida de la capacidad de decisión transitoria (enfermedad mental) o definitiva (deterioro cognitivo). La planificación compartida de la atención (PCA) es un proceso por medio del cual el profesional sanitario acompaña al paciente a lo largo del proceso deliberativo para decidir entre las alternativas terapéuticas y diagnósticas que se plantean. Requisitos de cumplimiento: El servicio/EAP realiza lo establecido en la definición de este estándar de forma planificada y sistemática: - Dispone de un protocolo de uso de las herramientas de ayuda a la toma de decisiones compartida (de la GRS u otras) que contempla supuestos de aplicación (crónicos, enfermedad mental...) y aspectos relevantes que se deben recabar sobre el contexto del paciente para adoptar un enfoque individual en la toma de decisión en base a los valores y preferencias del paciente. - Realiza actividades de difusión del protocolo y formación a los profesionales en habilidades para la planificación compartida de la atención. - Los profesionales conocen las herramientas y realizan el proceso de planificación registrándolo en la historia clínica. Evidencias: Para verificar el cumplimiento del estándar, los evaluadores podrán: - Solicitar evidencias documentales: protocolo, sesiones de difusión/formación realizadas, registros... - Realizar auditorías de HC. - Realizar entrevistas a profesionales para verificar que conocen y aplican el protocolo de PCA.			La propuesta de mejora de este estándar en nuestro servicio es la siguiente:			
ES-EP-08	Intervenciones previas El servicio/EAP promueve que se cumplan las instrucciones previas de los pacientes.	G1	PUNTOS FUERTES	EVIDENCIAS	PROPUESTAS DE MEJORA	
Actuaciones: El respeto a las decisiones sobre la propia salud es igualmente exigible cuando éstas se han adoptado anticipadamente mediante						

PESTAÑA INFORME

En la pestaña "Informe" podemos acceder a los datos finales de la autoevaluación realizada.



En la zona izquierda de la hoja se visualizan los resultados finales de la evaluación en función de las categorías y grupos de los estándares.

Archivo																Inicio																Insertar																Disposición de página																Fórmulas																Datos																Revisar																Vista																Automatizar																Ayuda																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
																																																Calibri																11																A																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															

En la zona derecha de la hoja (desplazándose con el cursor) se visualizan los resultados totales y la tabla que permite comparar los resultados obtenidos con los requeridos para cada nivel de reconocimiento.

Archivo

Inicio

Insertar

Disposición de página

Fórmulas

Datos

Revisar

Vista

Automatizar

Ayuda

Portapapeles

Cortar

Copiar

Copiar formato

Calibrar

11

A

A

Ajustar texto

General

Formato condicional

Der formato

Estilos de celda

Insertar

Eliminar

Formato

Autosuma

Rellenar

Borrar

Ordenar y filtrar

Buscar y seleccionar

Confidencialidad

Complementos

Fuente

Alineación

Número

G2

T

U

W

X

Y

Z

AA

AB

AC

AD

AE

AF

AG

AH

AI

TOTAL

G1

CUMPLE

15

100%

CP75

0

CP50

0

CP25

0

NO CUMPLE

0

NO APLICA

0

0,00%

G2

CUMPLE

23

100%

CP75

0

CP50

0

CP25

0

NO CUMPLE

0

NO APLICA

1

0,00%

G3

CUMPLE

13

65%

CP75

0

CP50

0

CP25

0

NO CUMPLE

0

NO APLICA

1

0,00%

G4

CUMPLE

4

24%

CP75

0

CP50

0

CP25

0

NO CUMPLE

0

NO APLICA

1

0,00%

NIVEL DE RECONOCIMIENTO

Tabla desarrollada

INICIAL

Necesario

Obtenido

AVANZADO

Necesario

Obtenido

EXCELENTE

Necesario

Obtenido

Estándares del Grupo 1

100%

15 estándares

15

100%

100%

15 estándares

15

100%

100%

15 estándares

15

100%

Estándares del Grupo 2

≥ 60%

15 estándares

23

100%

≥ 80%

20 estándares

23

100%

100%

24 estándares

23

100%

Estándares del Grupo 3

Al menos 1 de cada categoría

Al menos 1 de cada categoría

≥ 60%

13 estándares

13

65%

Al menos 1 de cada categoría

Al menos 1 de cada categoría

≥ 80%

17 estándares

13

65%

Estándares del Grupo 4

Al menos 1 de cada categoría

Al menos 1 de cada categoría

≥ 60%

11 estándares

4

24%

Al menos 1 de cada categoría

Al menos 1 de cada categoría

≥ 60%

11 estándares

4

24%

Indicadores

≥ 25%

Incluidos todos los LLAVE

≥ 40%

Incluidos todos los LLAVE

≥ 60%

Incluidos todos los LLAVE

≥ 25%

Incluidos todos los LLAVE

≥ 40%

Incluidos todos los LLAVE

≥ 60%

Incluidos todos los LLAVE

Columnas Obtenido :

Resultados en color verde indican cumplimiento de los requisitos.

Resultados en color rojo indican que no se alcanzan los requisitos de cumplimiento establecidos.

En los requisitos de cumplimiento prevalece el número de estándares a cumplir en cada grupo sobre el porcentaje.

Columnas Obtenido:
Resultados en color verde indican cumplimiento de los requisitos.
Resultados en color rojo indican que no se alcanzan los requisitos de cumplimiento establecidos.
En los requisitos de cumplimiento prevalece el número de estándares a cumplir en cada grupo sobre el porcentaje.

La tabla está diseñada de manera que, si se cumplen los requisitos, la celda del resultado se colorea en **VERDE**:

Z	AA	AB	AC	
Tabla desarrollada	INICIAL			
	Necesario	Obtenido		
Estándares del Grupo 1	100% 15 estándares	15	100%	
Estándares del Grupo 2	≥ 60% 15 estándares Al menos 1 de cada categoría	23	100%	
Estándares del Grupo 3				
Estándares del Grupo 4				
Indicadores	≥ 25% incluidos todos los LLAVE			

Si el resultado no cumple los requisitos, la celda se colorea en **ROJO**:

EXCELENTE				
	Necesario	Obtenido		
	100% 15 estándares	15	100%	
	100% 24 estándares	23	100%	
	≥ 80% 17 estándares Al menos 1 de cada categoría	13	65%	
	≥ 60% 11 estándares Al menos 1 de cada categoría	4	24%	
	≥ 60% incluidos todos los LLAVE Tendencias/comparaciones +			

ANEXO II

Guía del plan de mejora

Una vez finalizada la fase de autoevaluación ya disponemos de la información necesaria que nos permitirá elaborar un **plan de mejora**, que consiste en la planificación e implantación de las acciones de mejora detectadas en la autoevaluación previa.

Para describir de forma ordenada y metodológicamente comprensible las actuaciones a desarrollar hemos definido 3 fases:

- a) Fase 1: priorizar las áreas de mejora (estándares).
- b) Fase 2: seleccionar los proyectos a desarrollar.
- c) Fase 3: elaborar el plan de mejora.

Además, hemos creado una sencilla herramienta Excel® denominada *Plan de Mejora Sacyl Excelente* que va a dar soporte a todas las fases y que está disponible en el espacio colaborativo del proyecto.

FASE 1: PRIORIZAR LAS ÁREAS DE MEJORA

Después de haber realizado una autoevaluación tan extensa de nuestro servicio/EAP nos van a surgir muchas áreas de mejora, ¿sobre cuál debemos trabajar primero?, ¿cómo definir las siguientes actuaciones a realizar?

Teniendo en cuenta que no vamos a poder trabajar de forma simultánea en todas las áreas de mejora identificadas, es importante seleccionar los aspectos y actuaciones que creemos deben ser desarrollados de forma prioritaria y otras que puedan ser realizadas a medio (6 meses - 1 año) y largo plazo (1 - 2 años).

Cómo identificar Áreas Prioritarias: “MATRIZ DE PRIORIZACIÓN”

Entre las herramientas que se utilizan con mayor frecuencia para identificar áreas prioritarias de trabajo se encuentran las matrices de priorización. Son sencillas herramientas cuantitativas que, básicamente, consisten en tablas de doble entrada en las que se colocan, en filas sucesivas, las acciones a priorizar e incorporan, en las columnas, los criterios de priorización. Tras asignar a cada acción unos valores previamente definidos para cada criterio de priorización, obtenemos finalmente una puntuación total que nos permite clasificar por prioridad las acciones introducidas en la tabla.

Con el objetivo de facilitar la tarea de priorizar los estándares sobre los que posteriormente debemos trabajar, hemos diseñado una sencilla matriz de priorización que podéis encontrar en la primera pestaña, “1. Priorización”, de la herramienta en formato Excel® denominada *Plan de Mejora Sacyl Excelente*. Brevemente os vamos a explicar en qué consiste y cómo utilizarla.

A la izquierda existe una columna titulada “*Estándares con oportunidades de mejora*”. En esta columna debemos introducir los estándares en los que hayamos identificado oportunidades de mejora (obviamente los estándares que no hayamos evaluado, o los que hayamos evaluado,

pero cumplimos al 100%, y no vamos a realizar ninguna actuación de mejora, no hay que incluirlos).

Hemos establecido cuatro criterios de priorización, que son las siguientes cuatro columnas:

1.- GRUPO al que pertenece el estándar:

Tal como está estructurado el modelo, serán más prioritarios los estándares del grupo 1, luego los del grupo 2 y por último los de los grupos 3 y 4.

2.- IMPACTO en la mejora del servicio/EAP:

Hace referencia a la importancia para el Servicio/EAP de implantar ese estándar.

Tenemos que plantearnos estas preguntas:

- ¿Su abordaje tendrá impacto en la mejora de los resultados del servicio/EAP?, ¿mejorará la satisfacción de los pacientes?, ¿servirá para motivar a los profesionales del servicio/EAP?, ¿repercutirá en la mejora de los servicios prestados?, ¿mejorarán los resultados en efectividad, eficiencia, accesibilidad y seguridad?
- ¿Afectará a todo el servicio/EAP o sólo a alguna de sus áreas o unidades?
- ¿Ayudará a generar una cultura de mejora continua en el servicio/EAP?

En función de las respuestas que obtengamos a estas preguntas, a los estándares de mayor impacto les daremos la puntuación máxima, y a los de menor impacto la mínima, con una puntuación media para los estándares con un impacto intermedio.

3.- FACTIBILIDAD en su puesta en marcha:

Hace referencia a la capacidad que tiene el propio servicio/EAP para implantar esa mejora.

Podemos plantearnos las siguientes preguntas:

- ¿El servicio/EAP controla totalmente la implantación?, ¿depende exclusivamente de dicho servicio/EAP o intervienen también factores externos?
- ¿Tiene autonomía para tomar las decisiones que requiere abordar esa área de mejora?, ¿o depende de otros estamentos, organismos, etc. ajenos al propio servicio/EAP?

Además, para aquellos estándares que consideramos “cumplidos” al 75%, evidentemente será más factible su consecución total que en aquellos otros que tengamos muy pocas actuaciones realizadas (25-50%).

En este apartado también se puede tener en cuenta el coste de su realización. A menor coste, mayor puntuación en factibilidad.

Por último, también deberemos tener en cuenta si precisa de medios, recursos humanos o equipamiento, de los que en este momento no disponemos. Todo esto significa menor factibilidad.

4.- Relación con las LÍNEAS ESTRATÉGICAS de la Organización (GAP, Hospital, GAS, Sacyl):

Si los estándares sobre los que vamos a actuar están estrechamente relacionados con las líneas estratégicas del Hospital/Gerencia de Atención Primaria/Gerencia de Asistencia Sanitaria o de la Gerencia Regional de Salud (por ejemplo, paciente crónico pluripatológico, seguridad del paciente, etc.) obtendrán mayor puntuación.

Para todos los criterios de priorización se han establecido 3 posibilidades de puntuación:

- Puntuación máxima: 5 puntos.
- Puntuación intermedia: 3 puntos.
- Puntuación mínima: 1 puntos.

Esta puntuación se puede introducir desplegando en la casilla correspondiente y seleccionando la puntuación asignada (1, 3 o 5).

En función de la suma total de los cuatro criterios de priorización, se establecerán tres rangos o niveles de prioridad:

- Puntuación ≤ 8 puntos = **Prioridad BAJA**. La casilla aparece de color **ROJO**.
- Puntuación entre 9 y 13 puntos = **Prioridad MEDIA**. La casilla aparece de color **NARANJA**.
- Puntuación ≥ 14 puntos = **Prioridad ALTA**. La casilla aparece de color **VERDE**.

De este modo, con la matriz de priorización obtendremos un grupo de estándares que “a priori” tienen una mayor preferencia en su implantación (color verde), otros con prioridad intermedia (color naranja) y otros con baja prioridad (color rojo). Aplicando los criterios que comentaremos en la fase de selección (se verán a continuación), el “sentido común” y, por supuesto, teniendo en cuenta las características y vicisitudes que afecten en ese momento al propio servicio/EAP, podremos situar en la siguiente columna aquellas actuaciones a desarrollar a corto plazo (en 2 - 6 meses), a medio plazo (entre aproximadamente 7 y 12 meses) o a largo plazo (a partir de los 13 meses).

Por último, existe una columna a la derecha reservada para realizar las anotaciones u observaciones que se quieran reseñar.

Es importante comentar que **esta herramienta es optativa**. La hemos diseñado, porque consideramos que os puede ayudar en la priorización, pero si algún servicio/EAP considera que no necesita utilizarla no hay ningún inconveniente. Lo mismo ocurre con los criterios de priorización. Se pueden modificar, añadir o suprimir, en función de las necesidades o criterios de cada servicio/EAP.

FASE 2: SELECCIONAR LOS PROYECTOS A DESARROLLAR

En esta segunda fase, una vez realizada la “priorización cuantitativa”, debemos seleccionar realmente las actuaciones a desarrollar. Para ello es importante realizar una reflexión que nos permita introducir criterios cualitativos que deben modular los datos “a priori” obtenidos en la tabla de priorización. Ahora es el momento de introducir cualquier corrección que se considere oportuna en aras de una ejecución más eficiente y acorde a los objetivos del servicio/EAP. Tras esta reflexión es donde podemos definir cuáles serán los estándares a desarrollar a corto, medio y largo plazo y colocarlos en la columna correspondiente (existe un desplegable en cada celda).

A la hora de seleccionar las áreas de mejora a desarrollar hay que tener en cuenta que podemos centrarnos en los estándares propiamente dichos, pero también en otras actuaciones que pueden ser más transversales (por ejemplo, mejora de la comunicación, o mejora de la información, etc.) y que pueden agruparse “áreas de mejora” que se han detectado en la autoevaluación de varios estándares. Por ello, ya no hablaremos de estándares en el sentido nominal, sino que hablaremos de **seleccionar áreas o proyectos de mejora a desarrollar**, en sentido amplio, que pueden comprender los estándares (en sentido literal) o bien otras actuaciones que, como hemos dicho, integren o agrupen áreas de mejora transversales.

Algunos criterios que podemos aplicar para incluir ese factor cualitativo del que hablamos, a la hora de seleccionar las áreas de mejora, los vemos a continuación:

- 1.- Ya hemos hablado del grupo al que pertenecen los estándares, del impacto de la actuación para el servicio/EAP, de la factibilidad o posibilidad de realización y del alineamiento con las líneas estratégicas de la organización a la que corresponde cada servicio/EAP. No obstante, también desde el punto de vista cualitativo debemos tener presentes estos aspectos.
- 2.- Siempre hay que tener en cuenta los aspectos a los que estamos obligados legalmente; si por normativa estamos obligados a cumplir determinados estándares estos deben ser más prioritarios.
- 3.- Si una misma línea de trabajo o estándar impacta en varios objetivos estratégicos o varios resultados, sin duda debería ser más prioritaria (por ejemplo, si disminuimos la incidencia de infecciones asociadas a la atención sanitaria, mejoraremos la seguridad de los pacientes y además mejoraremos la eficiencia al disminuir los costes asociados al tratamiento de estas infecciones...).
- 4.- Es interesante combinar áreas de mejora que se puedan desarrollar a corto plazo con otras que requieran un tiempo más largo de ejecución, pero en las que podemos ir dando los “primeros pasos”. Las mejoras a corto plazo producen automáticamente pequeños logros que hacen ver de modo fácil las ventajas del ejercicio de autoevaluación, motivando a continuar posteriormente con las mejoras de mayor calado.
- 5.- Asimismo, es beneficioso considerar combinar actuaciones muy específicas de cada servicio/EAP con otras que aborden áreas de mejora a trabajar conjuntamente en el área (entre AP y AH).
- 6.- En algunas ocasiones, para desarrollar determinados proyectos de forma eficiente es necesario poner en marcha otras actuaciones previamente (por ejemplo, si hemos elegido por un lado elaborar un proceso asistencial y por otro, la detección de necesidades y expectativas de los pacientes, habría que empezar por detectar primero las necesidades y expectativas de los pacientes para tenerlas en cuenta en el diseño del proceso).
- 7.- Por último, es importante utilizar siempre el “sentido común” a la hora de establecer unas actuaciones como más prioritarias que otras. Las personas que mejor van a poder aportar ese “sentido común”, por su mayor conocimiento, son los componentes del propio equipo evaluador de cada servicio/EAP.

Una vez que hayamos seleccionado definitivamente las áreas o proyectos de mejora a desarrollar, debemos colocarlas en la segunda pestaña del *Plan de Mejora Sacyl Excelente*, denominada “2. Plan de Mejora”.

FASE 3: ELABORAR EL PLAN DE MEJORA

En esta tercera fase es donde debemos planificar cómo vamos a implantar las áreas o proyectos de mejora seleccionados, para desarrollarlos a lo largo del tiempo.

Como decíamos, en la segunda pestaña, denominada “2. Plan de Mejora”, debemos incluir el nombre de los proyectos de mejora, describir brevemente en qué consisten, quién es el responsable de la ejecución de cada proyecto, así como el plazo de ejecución y las unidades colaboradoras (informática, admisión, mantenimiento, etc.) que en su caso deban participar. Por último, los estándares a los que afectan.

En la pestaña nº 3, denominada “3. Cronograma”, se puede reflejar el inicio y fin de cada proyecto de mejora, rellenando con diferentes colores las celdas correspondientes. Es una manera gráfica de ver la globalidad del proyecto a lo largo del tiempo.

Posteriormente, puede resultar muy útil cumplimentar una breve ficha específica para cada proyecto de mejora. En las pestañas sucesivas de la herramienta Excel® se encuentran los modelos de fichas correspondientes a cada proyecto, que ordenaremos cronológicamente (proyecto 1, proyecto 2...).

Esas fichas están preparadas para reflejar, en las primeras líneas, el nombre del proyecto correspondiente, así como el responsable y el plazo definido para su ejecución.

A continuación, y este es el paso más importante de esta fase, cada proyecto se debe desglosar en las acciones que son necesarias desarrollar para ejecutar el proyecto en su globalidad. Digamos que el “todo” que es el proyecto se debe dividir en las “partes”, que es cada una de las acciones, más pequeñas, que debemos realizar. Cada una de ellas puede ser responsabilidad de diferentes miembros del servicio/EAP. También hemos diseñado unas casillas para que podáis establecer el periodo de tiempo previsto para la realización de cada una de esas acciones.

Debajo hay unas celdas pensadas para realizar el seguimiento del proyecto, tanto de su implantación como de los resultados obtenidos. Para ello, recomendamos definir la periodicidad de seguimiento y los indicadores con los que vamos a realizar la monitorización de la mejora durante su implantación, en su caso, y su evaluación una vez finalizada esta. Esto permite su control y mantenimiento en el tiempo, así como la mejora continua.

Por último, existe un apartado por si es necesario realizar observaciones y/o modificaciones al proyecto inicial.

AUTORES

Redacción y coordinación

Josefa González Pastrana. Técnico del Servicio de Calidad y Seguridad del Paciente.

Alberto Vegas Miguel. Técnico del Servicio de Calidad y Seguridad del Paciente.

Tomás Maté Enríquez. Jefe del Servicio de Calidad y Seguridad del Paciente.

Grupo de trabajo (por orden alfabético)

Montserrat Alcalde Martín. Técnico del Servicio de Calidad y Seguridad del Paciente.

Esther Arrieta Cerdán. Técnico del Servicio de Calidad y Seguridad del Paciente.

Noelia de Miguel García. Aux. Administrativo. Servicio de Calidad y Seguridad del Paciente.

María Soledad Montero Alonso. Técnico del Servicio de Calidad y Seguridad del Paciente.

Sacyl Excelente

