



MODELO DE RECONOCIMIENTO Y GESTIÓN PARA UNIDADES ASISTENCIALES

Versión: 1 / 04-07-2024

*Por un liderazgo clínico comprometido
con la calidad y la seguridad del paciente*

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. INTRODUCCIÓN

2. SACYL EXCELENTE

- 2.1.- Qué es Sacyl Excelente
- 2.2.- Cuál es el objetivo de Sacyl Excelente
- 2.3.- Cuáles son las características del sistema de reconocimiento
- 2.4.- Cuál es el ámbito de aplicación del sistema de reconocimiento

3. MARCO DE REFERENCIA EN GESTIÓN

- 3.1.- Los estándares de calidad y seguridad
 - 3.1.1.- Contenido de los estándares
 - 3.1.2.- Clasificación de los estándares según su categoría temática
 - 3.1.3.- Clasificación de los estándares por grupos
 - 3.1.4.- Catálogo de estándares
- 3.2.- Resultados a conseguir

4. SISTEMA DE RECONOCIMIENTO

- 4.1.- Niveles de reconocimiento
- 4.2.- Procedimiento para acceder al sistema de reconocimiento
 - 4.2.1.- Fase de autoevaluación y mejora
 - 4.2.2.- Solicitud de reconocimiento
 - 4.2.3.- Evaluación externa
 - 4.2.4.- Fase de reconocimiento
- 4.3.- Renovación o progresión del nivel de reconocimiento

5. BENEFICIOS ESPERABLES CON LA IMPLANTACIÓN DEL MODELO

ANEXOS:

ANEXO I: Glosario de términos.

ANEXO II: Unidades participantes en la validación del Modelo.

ANEXO III: Clasificación de los estándares por grupos.

En documentos complementarios:

ANEXO IV: Estándares de calidad y seguridad.

ANEXO V: Indicadores de resultados.

1.- INTRODUCCIÓN

La calidad asistencial es hoy un valor social; en nuestra sociedad actual la calidad de la asistencia y la excelencia en el servicio prestado, además de suponer un reto y un compromiso ético, constituyen una legítima exigencia social.

Sin embargo, es frecuente que la calidad se perciba por los profesionales como un añadido a la actividad que desarrollan en los centros asistenciales, siendo necesario impulsar iniciativas orientadas a incorporar una nueva visión sobre la calidad como valor de la asistencia sanitaria y aumentar el compromiso de los profesionales con la mejora, acercando los principios de la calidad a la práctica asistencial y a la gestión de las unidades.

Por ello es clave disponer de sistemas y planes o programas de gestión clínica y calidad que estimulen la participación de todos los profesionales que forman parte de los equipos asistenciales y cuya implantación corresponde liderar a sus responsables.

Además, los programas de calidad no están relacionados exclusivamente con motivaciones de tipo ético profesional, sino que son un instrumento para elevar la efectividad clínica y la eficiencia. En la actualidad los proveedores de la asistencia sanitaria tenemos la obligación de prestar el mejor servicio técnicamente posible, con el uso más adecuado de los recursos de que disponemos y con el objetivo adicional de lograr la satisfacción de los usuarios y también la de los trabajadores.

*Para impulsar y generalizar la cultura de calidad y como dinamizador de la gestión del cambio orientado a la mejora continua, los sistemas de reconocimiento por los resultados conseguidos han demostrado ser un elemento facilitador. **Sacyl Excelente** es un modelo de reconocimiento a las unidades asistenciales que plantea una ruta de mejora a través de la demostración de los logros en el progreso hacia la excelencia. Con este proyecto se pretende fomentar la implantación de la cultura de calidad en las diferentes unidades asistenciales (centros de salud y servicios hospitalarios) para promover la mejora continua.*

Un sistema de reconocimiento asociado a un sistema de gestión homogéneo constituye una herramienta de gran utilidad para conseguir los elementos necesarios que nos ayuden a mejorar la calidad del servicio que prestamos. Su fin es incentivador y su objetivo asegurar y mejorar la gestión para conseguir mejores resultados ya que no es posible hablar de buena gestión si ésta no incorpora un sistema de mejora continua de calidad.

*Los principios o fundamentos en los que se sustenta **Sacyl Excelente** como sistema de reconocimiento son la voluntariedad por parte de las unidades para optar al sistema de reconocimiento, el planteamiento de una exigencia de mínimos para poder acceder junto con la posibilidad de conseguir distintos niveles de progresión hacia la excelencia y la objetividad del proceso de evaluación, en base a criterios explícitos que verifican evaluadores externos a la unidad.*

*Además, el marco de gestión asociado a **Sacyl Excelente** sirve también como referencia para cualquier unidad que quiera utilizarlo únicamente con un enfoque de gestión, independiente del sistema de reconocimiento.*

2. SACYL EXCELENTE

2.1 QUÉ ES SACYL EXCELENTE

Sacyl Excelente es un **sistema propio** de reconocimiento de los **equipos de atención primaria (EAP)** y los **servicios hospitalarios** que se basa en el cumplimiento de los requisitos necesarios para desarrollar una atención de calidad (estándares) y en la obtención de unos resultados óptimos.

Se ha diseñado con el propósito de que sea una herramienta útil para:

- Apoyar el despliegue de los Planes y Estrategias de toda la Organización.
- Impulsar la mejora continua en gestión, calidad y seguridad del paciente.
- Mejorar los resultados obtenidos en la atención sanitaria de la población.
- Favorecer el desarrollo y reconocimiento de los profesionales.

2.2.- CUÁL ES EL OBJETIVO DE SACYL EXCELENTE

Involucrar a las unidades asistenciales en la mejora de la gestión, la calidad y la seguridad, desarrollando un modelo de gestión dirigido a la **búsqueda de la excelencia**, que incorpore la evaluación de resultados en salud y el reconocimiento de las unidades avanzadas.

Con este modelo queremos **mejorar la gestión** para conseguir **mejores resultados** en seguridad del paciente, efectividad clínica y experiencia del paciente.

Existe evidencia que indica que **mejorar la experiencia del paciente** mejora los resultados obtenidos en materia de seguridad del paciente y mejora la calidad de la asistencia.

Y los mejores resultados clínicos se obtienen cuando se aúna la excelencia en el trabajo clínico, en la organización en la asistencia y en la trayectoria de cuidados ofrecida al paciente en el sistema.

El **reconocimiento** nos permite identificar, premiar y dar visibilidad a aquellas unidades comprometidas en la búsqueda de la excelencia, y actúa como dinamizador del cambio para alcanzar nuestro propósito. Se trata de acelerar el verdadero motor de la mejora que está en cada uno de nosotros y ser capaces de hacerlo juntos, dando lo mejor individual y colectivamente para crear entornos donde se mejore la experiencia de pacientes y profesionales.

2.3.- CUÁLES SON LAS CARACTERÍSTICAS DEL SISTEMA DE RECONOCIMIENTO

El sistema de reconocimiento se caracteriza por aunar los siguientes atributos:

2.3.1.- Es un sistema objetivo

Las diferentes unidades asistenciales que participen en el sistema de reconocimiento serán valoradas de acuerdo con criterios definidos y conocidos por todos y su reconocimiento se realizará en función de:

- **El grado de cumplimiento de los estándares** definidos para los diferentes niveles de reconocimiento establecidos.
- **Los resultados obtenidos** a partir de los indicadores definidos.

2.3.2.- Es un sistema voluntario

Los servicios hospitalarios y los EAP participan de forma voluntaria.

2.3.3.- Es un sistema progresivo

Con el fin de estimular la mejora continua, se contemplan 3 niveles de reconocimiento en función de su avance hacia la excelencia:

- Reconocimiento inicial.
- Reconocimiento avanzado.
- Reconocimiento excelente.

2.3.4.- Es un sistema coherente con los planes y estrategias de la organización

El sistema de reconocimiento es coherente con la estrategia de la organización (Plan de calidad y Seguridad del Paciente, Plan de Humanización, etc.) y con los diferentes programas de apoyo para su despliegue en toda la organización (carrera profesional, evaluación de los mandos intermedios...).

2.3.5.- Es un sistema integral e integrado

Es un sistema integral porque, además de los aspectos clínicos, abarca aspectos de gestión, de calidad, de procesos, de recursos humanos, de comunicación, etc. En su desarrollo se potencia el trabajo en equipo multidisciplinar de manera que participen todos los estamentos (médicos, personal de enfermería, personal no sanitario, etc.); además, busca el desarrollo homogéneo de todo el servicio hospitalario/EAP, evitando potenciar áreas específicas con alto desarrollo en detrimento de otras poco evolucionadas.

Está integrado, tal y como veíamos en el apartado anterior, en los planes y estrategias de la Gerencia Regional de Salud.

2.4.- CUÁL ES EL ÁMBITO DE APLICACIÓN DEL SISTEMA DE RECONOCIMIENTO

El sistema de reconocimiento está orientado a mejorar la calidad de los servicios prestados y la seguridad del paciente en las **unidades que prestan servicios clínico-asistenciales**, tanto en el ámbito de la atención primaria (EAP) como de la atención hospitalaria (servicios hospitalarios).

Podrán acceder al sistema de reconocimiento aquellas unidades asistenciales **con organización diferenciada**, dotada de los recursos técnicos y de los profesionales capacitados para prestar asistencia y que **dependen de** una Gerencia de Asistencia Sanitaria, de una Gerencia de Atención Especializada o de una Gerencia de Atención Primaria.

Por tanto, el ámbito de aplicación del sistema de reconocimiento Sacyl Excelente es:

- Los equipos de atención primaria (EAP).
- Los servicios hospitalarios médicos, quirúrgicos y de urgencias, quedando incluidas en este ámbito las unidades que dependen jerárquicamente de estos servicios, que no podrán solicitar el reconocimiento de forma independiente.
- Otros servicios clínicos hospitalarios (laboratorios clínicos, servicios de diagnóstico por imagen, medicina nuclear, radioterapia, farmacia hospitalaria, medicina preventiva y salud pública, medicina del trabajo...), dadas sus características, precisarán la definición de estándares específicos adicionales a los recogidos en este manual, por lo que está **previsto su acceso en una segunda fase**.

3.- MARCO DE REFERENCIA EN GESTIÓN

El modelo de reconocimiento se sustenta en la definición de un **marco o guía de referencia en gestión** al que va asociado, y que viene determinado por:

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

La guía de gestión asociada al sistema de reconocimiento se contempla como un sistema dinámico que deberá ir adecuándose a la normativa, a la evidencia científica y a las estrategias que se aprueben en el futuro, así como a los objetivos que en cada momento se marquen como estratégicos.

Por tanto, a la hora de reconocer a una unidad se va a tener en cuenta **tanto lo que hace como lo que consigue**, utilizando como “modelo” el marco de referencia establecido:

- En qué medida la unidad puede demostrar que se aplican las recomendaciones y estándares definidos, es decir, lo que la unidad hace para mejorar la calidad y la seguridad de los servicios y cómo lo hace.
- Los resultados que la unidad consigue, tanto en lo que se refiere a rendimiento estratégico y operativo como en percepción de pacientes y profesionales.

A continuación, se desarrollan más ampliamente estos aspectos.

3.1.- LOS ESTÁNDARES DE CALIDAD Y SEGURIDAD

En este documento entendemos por “**estándar de calidad y seguridad**” la **condición que debe cumplir una determinada actividad, actuación o proceso para ser considerada de calidad**; es decir, realizada correctamente y de forma óptima.

Los estándares se pueden considerar el elemento de medida que vamos a utilizar para evaluar el “nivel de calidad” de los EAP y los servicios hospitalarios.

A la hora de valorar los **estándares** para la obtención del reconocimiento es necesario reseñar que estos **se consideran dicotómicos**, es decir, **se cumplen o no se cumplen** (“ley del todo o nada”). Esta condición debe tenerse en cuenta a la hora de realizar la autoevaluación, puesto que ese va a ser el criterio que se utilizará en la evaluación externa (auditoría).

No obstante, con el fin de favorecer la participación, el aprendizaje y la mejora continua a lo largo del tiempo, durante la fase de autoevaluación existe la posibilidad de reflejar el cumplimiento parcial de los estándares, ya que favorece que los equipos determinen con mayor facilidad el grado de consecución de cada uno de los estándares y esto les permita planificar las acciones de mejora a desarrollar para alcanzar su grado de cumplimiento óptimo.

Por lo tanto, a la hora de evaluar un estándar hay dos opciones fundamentales:

- a) El estándar **no se cumple (NC)**: no se realiza lo estipulado en el estándar o lo que se realiza es anecdótico.

b) El estándar **se cumple (C)**: se puede evidenciar que se cumple lo estipulado en el estándar, es decir, se cumplen los requisitos relacionados con su implantación de forma planificada y sistemática.

Para considerar que se cumple un determinado estándar se tienen que cumplir **todos los requisitos establecidos**, teniendo en cuenta que en la evaluación externa (auditoría), hay que **poder demostrarlo aportando evidencias**. Si no se puede evidenciar que se cumplen todos los requisitos, se considerará un cumplimiento parcial.

Pero, como hemos anticipado, existe otra posibilidad al realizar la autoevaluación:

c) El estándar **se cumple parcialmente (CP)**: lo estipulado en el estándar está en desarrollo, es decir, se cumplen algunos de los requisitos, normalmente los relacionados con la planificación o definición de la actividad, pero solo se realizan algunas actividades (implantación parcial) o se realizan de forma no sistemática.

Para orientar los logros realizados hasta la consecución completa del estándar, se puede matizar ese grado de cumplimiento parcial en: **CP25** (se cumple aproximadamente el 25% del estándar), **CP50** (se cumple aproximadamente el 50% del estándar) o **CP75** (se cumple aproximadamente el 75% del estándar).

Excepcionalmente, si un estándar no resulta aplicable en el servicio/EAP que se autoevalúa —es decir, no procede su evaluación porque dada la idiosincrasia de la unidad no se puede realizar— puede valorarse como **NA: “No aplica”**. Esta circunstancia debe estar debidamente justificada.

3.1.1.- CONTENIDO DE LOS ESTÁNDARES

Cada estándar se estructura en 7 apartados:

A) Código

A cada estándar se le asigna un código alfanumérico compuesto de 6 caracteres, cada pareja separada por puntos (Ej.: **ES.AS.04**). Los dos primeros caracteres, **ES**, hacen referencia a la palabra estándar, y son iguales para todos. Las posiciones 3ª y 4ª hacen referencia a la temática del estándar y pueden ser **DP** (derechos de los pacientes), **AS** (atención segura), **GP** (gestión de procesos) y **DU** (dirección de la unidad), y las dos últimas posiciones, **04**, hacen referencia al número específico de orden del estándar dentro de cada categoría. De esta manera se permite identificar de manera inequívoca cada estándar.

B) Denominación

Es el nombre del estándar, donde se resume en un titular a qué actividad o campo de actuación nos estamos refiriendo. Ej.: *“Identificación de pacientes”*.

C) Definición

Habitualmente es un enunciado, redactado de forma asertiva y breve, donde se define la condición que se debe cumplir para ser considerado una buena práctica.

Ej.: *“El servicio/EAP utiliza un sistema para la identificación inequívoca de pacientes y de muestras”*.

D) Grupo

Como veremos más adelante los estándares se clasifican en distintos grupos en función del nivel de complejidad y/o grado de recomendación al que pertenezcan. Así, pueden clasificarse desde el grupo 1 (G1) (menor complejidad o máximo grado de recomendación) al grupo 4 (G4) (máxima complejidad y/o no son imprescindibles en cuanto a la exigencia en su recomendación).

E) Aclaraciones

Es una ampliación de la definición donde se explica de una manera más pormenorizada en qué consiste el estándar. Se aclaran aspectos de la definición para que el estándar sea más comprensible.

Ej.: “Antes de realizar cualquier procedimiento se comprueba la identidad de los pacientes mediante un sistema de identificación inequívoca que asegure que se trata del paciente correcto y evite errores de identificación en la prestación de la asistencia”.

F) Requisitos de cumplimiento

Se desglosan las actuaciones (al menos las más importantes) que se deben desarrollar para cumplir el estándar. Este apartado establece los criterios y, de algún modo, ofrece “pistas” de lo que se debe hacer para conseguir realizar con éxito esa buena práctica. En ocasiones se establecen hitos secuenciales de cumplimiento que orientan y facilitan las tareas ordenadas del servicio/EAP para la futura consecución del estándar.

Ej.: “El servicio/EAP realiza lo establecido en la definición de este estándar de forma planificada y sistemática:

- *Dispone de un protocolo de identificación de pacientes (incluyendo muestras y cualquier documentación clínica asociada) que define: como realizar la identificación, momentos clave de aplicación, identificadores a utilizar: al menos dos y que sean adecuados (son válidos tarjeta sanitaria y DNI, pulsera..., no lo son el número de habitación ni la ubicación del paciente) y las especificaciones sobre el etiquetado de las muestras (debe realizarse en el momento de la extracción). Cuando proceda, incluirá las especificaciones necesarias para identificar pacientes vulnerables (pacientes en coma, con sedación farmacológica, deterioro cognitivo, dificultades de comunicación verbal, déficits sensoriales, pacientes extranjeros, o con cualquier otra situación clínica que aumente el riesgo de error en la identificación) o para la identificación inequívoca madre-hijo. Cuando proceda, se definirán las especificaciones en función del tipo de actuación (teleconsulta/atención no presencial, visita domiciliaria...).*
- *Se comunica a los profesionales implicados el protocolo establecido para su aplicación efectiva.*
- *Están disponibles los recursos necesarios para la correcta identificación (pulsera, lectores, etiquetas...).*”.

G) Evidencias

Son los “hechos” que demuestran que se está cumpliendo el estándar. Para verificar el cumplimiento del estándar, los evaluadores externos podrán solicitar documentos relativos a la planificación o implantación (memorias, registros, actas, protocolos...) o bien realizar entrevistas a los profesionales o a los pacientes/usuarios. Incluso, puede resultar necesario verificar in situ algún aspecto durante la visita a las instalaciones o mediante auditoría de historias clínicas. Para preparar la visita de evaluación, se recomienda tener disponibles y accesibles las evidencias documentales dado que serán los “datos” que van a pedir los evaluadores.

Ej.: “Para verificar el cumplimiento del estándar, los evaluadores podrán:

- *Solicitar evidencias documentales: procedimiento de identificación general y/o específico (muestras, madre-hijo, teleconsulta, etc.).*
- *Visitar las instalaciones para comprobar los recursos de identificación necesarios y que se realiza la correcta identificación de pacientes y muestras.*
- *Realizar entrevista a los profesionales para verificar si conocen y aplican el protocolo.”.*

En la siguiente imagen se identifican los apartados comentados, tal y como figuran en el **anexo IV**.

Código	Denominación	Definición	Grupo
ES.AS.04	Identificación de pacientes El Servicio/EAP utiliza un sistema para la identificación inequívoca de pacientes y de muestras. <i>Objetivo Internacional de Seguridad del Paciente de la Joint Commision.</i>		G1
Aclaraciones: Antes de realizar cualquier actuación/procedimiento se comprueba la identidad de los pacientes mediante un sistema de identificación inequívoca que asegure que se trata del paciente correcto y la muestra correcta y evite errores de identificación en la prestación de la asistencia. 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 identificación de pacientes (incluyendo muestras y cualquier documentación clínica asociada) que define: como realizar la identificación, momentos clave de aplicación, identificadores a utilizar: al menos dos y que sean adecuados (son válidos tarjeta sanitaria y DNI, pulsera..., no lo son el número de habitación ni la ubicación del paciente) y las especificaciones sobre el etiquetado de las muestras (debe realizarse en el momento de la extracción). Cuando proceda, incluirá las especificaciones necesarias para identificar pacientes vulnerables (pacientes en coma, con sedación farmacológica, deterioro cognitivo, dificultades de comunicación verbal, déficits sensoriales, pacientes extranjeros, o con cualquier otra situación clínica que aumente el riesgo de error en la identificación) o para la identificación inequívoca madre-hijo. Cuando proceda, se definirán las especificaciones en función del tipo de actuación (teleconsulta/atención no presencial, visita domiciliaria...). Evidencias: - Se comunica a los profesionales implicados el protocolo establecido para su aplicación efectiva. - Están disponibles los recursos necesarios para la correcta identificación (pulsera, lectores, etiquetas...). Para verificar el cumplimiento del estándar, los evaluadores podrán: - Solicitar evidencias documentales: procedimiento de identificación general y/o específico (muestras, madre-hijo, teleconsulta, etc.). - Visitar las instalaciones para comprobar los recursos de identificación necesarios y que se realiza la correcta identificación de pacientes y muestras. - Realizar entrevista a los profesionales para verificar si conocen y aplican el protocolo.			

3.1.2.- CLASIFICACIÓN DE LOS ESTÁNDARES SEGÚN SU CATEGORÍA TEMÁTICA

En total se han definido **78** estándares. Los cuales en función del área de actividad o temática que desarrollan se agrupan en 4 categorías:

- **Categoría I: derechos de los pacientes.**
- **Categoría II: atención segura.**
- **Categoría III: gestión de procesos.**
- **Categoría IV: dirección de la unidad.**

CATEGORÍA I Derechos de los pacientes Son estándares relacionados con los derechos de las personas en la atención sanitaria (información, consentimiento, confidencialidad...) y con una atención personalizada y humana. Son 15 estándares.	CATEGORÍA II Atención segura Son estándares de gestión de riesgos relacionados con la seguridad de los pacientes (identificación de los riesgos, medidas para su prevención, etc.). Son 25 estándares.
CATEGORÍA III Gestión de procesos Son estándares relacionados con la gestión de los procesos del servicio/EAP. Son 15 estándares.	CATEGORÍA IV Dirección de la unidad Son estándares relacionados con la capacidad de liderazgo, la definición de la estrategia y su despliegue a través de las personas de la unidad. Son 23 estándares.

3.1.3.- CLASIFICACIÓN DE LOS ESTÁNDARES POR GRUPOS

Todos los estándares, independientemente de la categoría a la que pertenezcan en función de su temática, se clasifican **en cuatro grupos en función de su nivel de complejidad y/o grado de recomendación**.

Como criterio general a la hora de ponderar el nivel de clasificación otorgado a cada estándar, aquellos estándares que se refieren a actuaciones reguladas por normativa legal (la mayoría incluidos en la categoría *derechos de los pacientes*) o bien a aspectos de seguridad que impactan directamente y de forma llamativa en los pacientes, se han considerado en el **grupo 1**.

Además, para ponderar los estándares en los grupos 2, 3 y 4 se ha tenido en cuenta si su implantación, por su complejidad, requiere un nivel de gestión avanzada y también el impacto de dichas actuaciones en el paciente, en la organización y en la sociedad.

En base a todo lo comentado, cada estándar pertenece a un grupo:

A) Estándares del grupo 1 (G1)

La implantación de estos estándares se considera imprescindible en toda la organización, bien porque incluyen medidas orientadas a garantizar la protección de los derechos de las personas, o bien porque recogen actuaciones de seguridad básicas, necesarias o indispensables, y por tanto son exigibles en todos los niveles de reconocimiento. Son los estándares básicos. Este grupo incluye **15 estándares**.

B) Estándares del grupo 2 (G2)

Son los estándares considerados elementales por su impacto en el paciente (seguridad del paciente, etc.) y/o bajo nivel de complejidad que deben ser implementados por servicios/EAP con un nivel de desarrollo en gestión inicial. Este grupo incluye **24 estándares**.

C) Estándares del grupo 3 (G3)

Son los estándares asociados a un mayor nivel de desarrollo en gestión del servicio/EAP y su implantación tiene impacto en los resultados de la organización. Habitualmente vinculados a rediseño de procesos, implantación de nuevas tecnologías o adecuado desarrollo de los sistemas de información. Este grupo incluye **21 estándares**.

D) Estándares del grupo 4 (G4)

Son los estándares asociados a un nivel avanzado de gestión del servicio/EAP (incorpora la evaluación exhaustiva y la implementación habitual de mejoras...) y habitualmente están vinculados a aspectos como la innovación o la transferencia en la investigación con impacto en la sociedad en términos de resultados en salud. Este grupo incluye **18 estándares**.

De esta forma las unidades asistenciales disponen de un primer criterio de priorización de los estándares en función de su nivel de complejidad y/o grado de recomendación, aunque corresponde a la propia unidad asistencial establecer, tras un adecuado análisis, la secuencia priorizada de actuaciones para avanzar en la consecución de nuevos estándares.

A modo de resumen, teniendo en cuenta los dos criterios de ordenación ya comentados, los **78 estándares** se clasifican tal y como se detalla en la siguiente tabla:

		GRUPOS									
		G1		G2		G3		G4		Totales por CATEGORÍAS	
CATEGORÍAS	DERECHOS PACIENTES	12	80%	1	6,7%	0	0%	2	13,3%	15	100%
	ATENCIÓN SEGURA	3	12%	15	60%	4	16%	3	12%	25	100%
	GESTIÓN PROCESOS	0	0%	2	13,3%	8	53,3%	5	33,3%	15	100%
	DIRECCION UNIDAD	0	0%	6	26,1%	9	39,1%	8	34,8%	23	100%
	Total GRUPOS	15	19,2%	24	30,8%	21	26,9%	18	23,1%	78	100%

3.1.4.- CATÁLOGO DE ESTÁNDARES (clasificación por categoría temática)

CATEGORÍA I DERECHOS de los PACIENTES	1	ES.DP.01.- Información general	G1
	2	ES.DP.02.- Información clínica	G1
	3	ES.DP.03.- Confidencialidad de la información clínica	G1
	4	ES.DP.04.- Profesionales responsables del paciente	G1
	5	ES.DP.05.- Identificación de los profesionales	G1
	6	ES.DP.06.- Consentimiento informado	G1
	7	ES.DP.07.- Planificación compartida de la atención	G4
	8	ES.DP.08.- Instrucciones previas	G1
	9	ES.DP.09.- Protección de la Intimidad corporal	G1
	10	ES.DP.10.- Seguridad en el acceso a la documentación	G1
	11	ES.DP.11.- Informe de alta	G1
	12	ES.DP.12.- Documentación clínica	G1
	13	ES.DP.13.- Gestión de quejas, reclamaciones y sugerencias	G1
	14	ES.DP.14.- Humanización de la asistencia	G2
	15	ES.DP.15.- Participación en el Sistema de Salud	G4

CATEGORÍA II ATENCIÓN SEGURA	1	ES.AS.01.- Mapa de riesgos	G4
	2	ES.AS.02.- Notificación de incidentes	G2
	3	ES.AS.03.- Referente de seguridad	G2
	4	ES.AS.04.- Identificación de pacientes	G1
	5	ES.AS.05.- Priorización de la atención	G2
	6	ES.AS.06.- Evaluación inicial del paciente	G2
	7	ES.AS.07.- Valoración y prevención de riesgos	G2
	8	ES.AS.08.- Sistemas de alerta y respuesta rápida	G3
	9	ES.AS.09.- Gestión del carro de paradas/maletín de urgencias	G1
	10	ES.AS.10.- Almacenamiento y conservación de medicamentos	G2
	11	ES.AS.11.- Gestión de medicamentos de alto riesgo	G1
	12	ES.AS.12.- Prescripción y administración de medicamentos	G2
	13	ES.AS.13.- Conciliación de la medicación	G3
	14	ES.AS.14.- Higiene de manos	G2
	15	ES.AS.15.- Precauciones basadas en la transmisión	G2
	16	ES.AS.16.- Prevención y control de infecciones asociadas al uso de dispositivos	G3
	17	ES.AS.17.- Prevención de la infección en el lugar quirúrgico	G2
	18	ES.AS.18.- Limpieza, desinfección y esterilización del material y equipos	G2
	19	ES.AS.19.- Optimización del uso de antimicrobianos	G2
	20	ES.AS.20.- Listados de verificación	G2
	21	ES.AS.21.- Comunicación efectiva	G2
	22	ES.AS.22.- Traslado seguro de pacientes	G2
	23	ES.AS.23.- Capacitación y asunción progresiva de responsabilidades	G3
	24	ES.AS.24.- Rondas de seguridad	G4
	25	ES.AS.25.- Implicación de pacientes y familiares en su seguridad	G4

CATEGORÍA III GESTIÓN de PROCESOS	1	ES.GP.01.- Mapa de procesos	G2
	2	ES.GP.02.- Procesos organizativos implantados	G3
	3	ES.GP.03.- Mejora de los procesos organizativos	G4
	4	ES.GP.04.- Procesos asistenciales implantados	G3
	5	ES.GP.05.- Mejora de los procesos asistenciales	G4
	6	ES.GP.06.- Participación de los pacientes	G4
	7	ES.GP.07.- Percepción de los “clientes” (pacientes/familiares y clientes internos)	G3
	8	ES.GP.08.- Medición de la experiencia del paciente	G4
	9	ES.GP.09.- Atención no presencial	G3
	10	ES.GP.10.- Coordinación con otras unidades	G3
	11	ES.GP.11.- Colaboración con otros centros	G3
	12	ES.GP.12.- Disminuir la variabilidad	G2
	13	ES.GP.13.- Incorporar la evidencia científica y disminuir prácticas de bajo valor (“no hacer”)	G3
	14	ES.GP.14.- Sesiones clínicas multidisciplinarias	G3
	15	ES.GP.15.- Formación a pacientes y familiares	G4

CATEGORÍA IV DIRECCIÓN de la UNIDAD	1	ES.DU.01.- Propósito, misión, visión y valores	G2
	2	ES.DU.02.- Estrategia	G3
	3	ES.DU.03.- Seguimiento de resultados	G2
	4	ES.DU.04.- Mejora de resultados	G4
	5	ES.DU.05.- Participación en la estrategia	G3
	6	ES.DU.06.- Implicación de los profesionales fuera de la unidad	G3
	7	ES.DU.07.- Organización y funcionamiento	G2
	8	ES.DU.08.- Gestión de los recursos humanos	G3
	9	ES.DU.09.- Comunicación interna	G3
	10	ES.DU.10.- Reconocimiento	G4
	11	ES.DU.11.- Percepción de los profesionales	G3
	12	ES.DU.12.- Plan de formación continuada específico	G2
	13	ES.DU.13.- Mapa de competencias	G4
	14	ES.DU.14.- Mejora del liderazgo	G4
	15	ES.DU.15.- Formación pregrado y formación sanitaria especializada	G2
	16	ES.DU.16.- Acogida a los profesionales	G2
	17	ES.DU.17.- Compartir el conocimiento	G3
	18	ES.DU.18.- Proyección exterior del conocimiento	G4
	19	ES.DU.19.- Aprender de los mejores	G4
	20	ES.DU.20.- Investigación	G3
	21	ES.DU.21.- Innovación y creatividad	G3
	22	ES.DU.22.- Liderazgo en innovación	G4
	23	ES.DU.23.- Reconocimientos externos	G4

El desarrollo de los estándares, detallando su contenido completo: definición, aclaraciones, requisitos de cumplimiento y evidencias, se encuentra en el **anexo IV**.

La clasificación de los estándares por grupos, en función de su nivel de complejidad y/o grado de recomendación se refleja en el **anexo III**.

3.2.- RESULTADOS A CONSEGUIR

El modelo no solo valora “lo que hacemos” y “cómo lo hacemos”, sino también “qué resultados conseguimos” en las distintas dimensiones de la calidad. Para ello se utilizarán una serie de indicadores objetivos que permitirán evaluar los logros alcanzados. Se detallan a continuación algunos ejemplos:

1. **Efectividad:** mortalidad intrahospitalaria ajustada por riesgo, reingresos, complicaciones a largo plazo de diabetes...
2. **Seguridad del paciente:** notificación y gestión de incidentes de seguridad del paciente, incidencia de úlceras por presión, incidencia de infección del lugar quirúrgico, tasa de bacteriemia asociada a catéter venoso central...
3. **Adecuación uso de recursos compartidos:** solicitudes de primeras consultas procedentes de AP, índice de estancia media ajustada (IEMA)...
4. **Accesibilidad:** lista de espera quirúrgica, lista de espera de consultas externas o de AP...
5. **Orientación al usuario:** % consultas de atención domiciliaria, % interconsultas no presenciales AP-AH, % consultas de alta resolución...
6. **Satisfacción del paciente:** satisfacción con la atención recibida y con la experiencia vivida, satisfacción con la información y el trato, fidelidad (NPS)...

La relación de indicadores de resultados, tanto para los EAP como para los servicios hospitalarios (médicos y quirúrgicos), puede consultarse en el **anexo V**.

4.- SISTEMA DE RECONOCIMIENTO

El sistema de reconocimiento se ha definido como una herramienta para promover un proceso de cambio y mejora continua en los EAP y servicios hospitalarios. En coherencia con dicho planteamiento, se establecen **3 niveles de reconocimiento** progresivo que se alcanzarán en función del grado creciente de cumplimiento de los estándares e indicadores establecidos.

4.1.- NIVELES DE RECONOCIMIENTO

Los tres niveles de reconocimiento que permite el programa son:

RECONOCIMIENTO INICIAL

Es el nivel de reconocimiento más básico. El servicio/EAP ha desarrollado un sistema de gestión en el que realiza de forma óptima todas las tareas fundamentales y más importantes.

Se obtiene cuando el servicio/EAP cumple todos los estándares del grupo 1, que son básicos y obligatorios, y cumple al menos el 60% de los estándares del grupo 2, siendo al menos uno de cada categoría temática. Además, debe lograr un cumplimiento de al menos el 25% de los indicadores relacionados con los resultados a conseguir (incluyéndose dentro de este porcentaje los considerados como “llave”).

RECONOCIMIENTO AVANZADO

Es un nivel de reconocimiento intermedio. El servicio/EAP tiene desarrollado un sistema de gestión más avanzado, donde juegan un papel importante aspectos como el rediseño de los procesos o el desarrollo avanzado de los sistemas de información. La evaluación y mejora continua se utiliza como filosofía de actuación.

Se obtiene cuando el servicio/EAP cumple todos los estándares del grupo 1 y un mínimo del 80% de los estándares del grupo 2 y del 60% de los estándares del grupo 3 (al menos uno de cada categoría temática en ambos grupos). Además, debe lograr un cumplimiento mínimo del 40% de los indicadores relacionados con los resultados a conseguir (incluyéndose dentro de este porcentaje los considerados como “llave”). Por último, se tendrá en cuenta que las tendencias de algunos de sus resultados en los últimos 3 años sean positivas (se mantienen o mejoran los resultados en aproximadamente el 25% de todos los indicadores).

RECONOCIMIENTO EXCELENTE

Es el máximo nivel de reconocimiento. El servicio/unidad tiene desarrollado un sistema de gestión muy avanzado y es un modelo de referencia para otras unidades por el gran desarrollo alcanzado.

Se obtiene cuando el servicio/EAP cumple el 100% de los estándares del grupo 1 y del grupo 2 y un mínimo del 80% de los estándares del grupo 3 y del 60% de los estándares del grupo 4 (al menos uno de cada categoría temática en ambos grupos). Además, debe cumplir por lo menos el 60% de los indicadores de resultados a conseguir (incluyéndose dentro de este porcentaje todos los considerados como “llave”). Por último, se tendrá en cuenta que las tendencias de algunos de sus resultados en los últimos 3 años sean positivas (se mantienen o mejoran los resultados en aproximadamente el 40% de todos los indicadores) y que las comparaciones de algunos de sus resultados sean también favorables (mejores resultados que otros centros de similares características –grupo de hospital, centro de salud rural/urbano– en aproximadamente el 40% de todos los indicadores).

En la siguiente tabla se resumen los requisitos de cumplimiento necesarios para los distintos niveles de reconocimiento:

	INICIAL	AVANZADO	EXCELENTE
Estándares del grupo 1	100% 15 estándares	100% 15 estándares	100% 15 estándares
Estándares del grupo 2	≥ 60% 15 estándares Al menos 1 de cada categoría	≥ 80% 20 estándares Al menos 1 de cada categoría	100% 24 estándares
Estándares del grupo 3		≥ 60% 13 estándares Al menos 1 de cada categoría	≥ 80% 17 estándares Al menos 1 de cada categoría
Estándares del grupo 4			≥ 60% 11 estándares Al menos 1 de cada categoría
Indicadores	≥ 25% incluidos todos los LLAVE	≥ 40% incluidos todos los LLAVE Tendencias +	≥ 60% incluidos todos los LLAVE Tendencias/comparaciones +

De manera excepcional algún/algunos estándares pueden no ser aplicables en determinados servicios/EAP. En este supuesto, el servicio/EAP deberá justificar por qué no le aplican dichos estándares y, para aquellos grupos de estándares en los que no se exige cumplir el 100% de ellos, deberá cumplir otros adicionales del mismo grupo que sustituyan a los no aplicables, puesto que en los requisitos de cumplimiento prevalece el número de estándares a cumplir en cada grupo sobre el porcentaje.

Además, es necesario referir dos particularidades relativas a los siguientes estándares:

ES.AS.14: Higiene de manos:

Aunque este estándar está clasificado como G2 y podría ser optativo para los niveles de reconocimiento inicial y avanzado, para alcanzar los niveles de reconocimiento avanzado o excelente es necesario tener vigente un reconocimiento de nivel equivalente en la Estrategia de Reconocimiento al Compromiso con la Higiene de Manos o, en su defecto, tener vigente el reconocimiento de nivel inicial de compromiso con la higiene de manos y cumplir los requisitos correspondientes a los niveles superiores, que se verificarán mediante el procedimiento establecido en la Estrategia.

ES.AS.16: Prevención y control de infecciones asociadas al uso de dispositivos:

Aunque este estándar está clasificado como G3 y podría ser optativo para los niveles de reconocimiento avanzado y excelente, es preceptivo para alcanzar estos niveles en servicios con camas de pacientes críticos o cuidados intermedios.

4.2.- PROCEDIMIENTO PARA ACCEDER AL SISTEMA DE RECONOCIMIENTO

El procedimiento que se debe seguir y los requisitos de acceso al sistema de reconocimiento se detallan a continuación.

El proceso de reconocimiento consta de las siguientes fases:

- 1.- Fase previa de autoevaluación y mejora.
- 2.- Solicitud de reconocimiento.
- 3.- Evaluación externa.
- 4.- Fase de reconocimiento.

Cualquier servicio/EAP que quiera acceder al sistema de reconocimiento deberá estar registrado en el **espacio colaborativo** en red creado al efecto. Para ello se dirigirá al Servicio de Calidad y Seguridad del Paciente de la Gerencia Regional de Salud, a través del correo calidad.grs@saludcastillayleon.es, solicitando dicho registro (será necesario cumplimentar la solicitud de participación). A dicho espacio colaborativo tendrá acceso el servicio/EAP solicitante y un gestor administrativo del Servicio de Calidad y Seguridad del Paciente, y en él se podrá compartir toda la documentación generada durante el proceso de autoevaluación, auditoría y reconocimiento. Una vez efectuado dicho registro, podrá iniciar el procedimiento y desarrollar de forma consecutiva las siguientes fases:

4.2.1.- Fase previa de autoevaluación y mejora

Para optar a cualquiera de los niveles de reconocimiento el servicio/EAP debe haber completado al menos un ciclo entero de autoevaluación y mejora:

- Empezará por realizar una **autoevaluación inicial**, para comparar cómo está su unidad asistencial en relación con el referente teórico que plantea el modelo Sacyl Excelente e identificar sus puntos fuertes y sus áreas de mejora.
- Con la información obtenida en la autoevaluación inicial debe **elaborar un plan de mejora** que aborde las áreas de mejora identificadas. Su duración será variable en función del resultado de la autoevaluación (habitualmente 1 año, pero puede oscilar entre, como mínimo, 6 meses y, como máximo, 2 años).
- Una vez se hayan realizado las acciones previstas en el plan de mejora, debe actualizar la autoevaluación inicial para valorar el impacto de dicho plan en la mejora de las prácticas de gestión y en los resultados de la unidad. A partir de los resultados de esta segunda autoevaluación se determinará a qué nivel de reconocimiento se puede optar.

Las autoevaluaciones deben ser realizadas por un **equipo de trabajo** formado mayoritariamente por profesionales de la propia unidad asistencial. Existe un **manual de autoevaluación** donde se explican de manera pormenorizada los pasos a seguir para ayudar a los servicios hospitalarios y EAP a realizar dichas autoevaluaciones.

4.2.2.- Solicitud de reconocimiento

Si a la vista de los resultados de la última autoevaluación, el servicio/EAP cumple los requisitos exigidos para acceder a alguno de los niveles de reconocimiento, puede presentar la solicitud correspondiente en la primera convocatoria disponible (está previsto realizar una convocatoria anual en el **último trimestre del año**), indicando el nivel de reconocimiento que solicita.

La solicitud de reconocimiento debe ser realizada en el formulario establecido en la convocatoria y deberá ser firmada por los responsables del servicio hospitalario o EAP (jefe de

servicio/coordinador médico y supervisor/responsable de enfermería). Además, deberá contar con el “visto bueno” del director gerente de la GAS/GAE/GAP donde esté integrada la unidad solicitante.

Dicha solicitud se dirigirá al Servicio de Calidad y Seguridad del Paciente de la Gerencia Regional de Salud, a través del correo calidad.grs@saludcastillayleon.es.

La documentación que debe estar incorporada en el espacio colaborativo en el momento de la solicitud es la siguiente:

1. Informe de la **autoevaluación inicial**.
2. **Plan de mejora** elaborado para dar respuesta a las áreas de mejora identificadas en dicha autoevaluación inicial.
3. Informe de la **autoevaluación actualizada**, identificando con claridad las **evidencias** documentales que den soporte a la valoración del cumplimiento de los estándares realizada.

4.2.3.- Evaluación externa

El Servicio de Calidad y Seguridad del Paciente realizará una **revisión preliminar** de la documentación presentada y de los resultados de la unidad asistencial (indicadores) y si a priori, a la vista de las evidencias disponibles, cumple los requisitos exigidos para acceder a alguno de los niveles de reconocimiento, se planificará la realización de la evaluación externa.

La **evaluación del cumplimiento de los estándares** será realizada por un equipo auditor integrado, al menos, por un profesional experto en evaluación y por un profesional con perfil clínico-asistencial que pertenezca a un centro asistencial diferente.

Para tal fin, la Gerencia Regional de Salud constituirá una red de evaluadores integrada por profesionales con experiencia en evaluación y/o en gestión/despliegue de proyectos de calidad y seguridad del paciente que sean, además, conocedores del modelo Sacul Excelente.

Corresponde al equipo auditor designado verificar el cumplimiento de los estándares del modelo, a partir de las evidencias aportadas por la unidad asistencial y las que obtenga durante la auditoría. Tanto antes, como durante la visita de evaluación se podrán solicitar y recabar nuevas evidencias, documentales o de otro tipo (mediante entrevistas, observación directa, auditoría de historias clínicas...) para comprobar si la unidad cumple o no los estándares definidos para cada nivel de reconocimiento.

El equipo auditor fijará una fecha para la visita a la unidad y remitirá al responsable del servicio/EAP y al director gerente con la suficiente antelación la agenda de la auditoría, donde figurará la fecha, el horario y secuencia planificada de la visita y los recursos necesarios para la evaluación. Además, si fuera preciso, indicará la documentación complementaria que se pudiera precisar y la fecha en la que deberá estar disponible en el espacio colaborativo (con una antelación suficiente a la visita para poder ser analizada por el equipo evaluador).

Concluida la visita, el equipo de evaluadores elaborará un **informe de auditoría** en el que se especificará el grado de cumplimiento de los estándares. Además, se incluirán recomendaciones en relación con las áreas de mejora identificadas.

El informe de auditoría se remitirá a los responsables médico y de enfermería del servicio/EAP para que puedan realizar alegaciones. Tras recibir las alegaciones, el equipo auditor revisará el contenido del informe por si precisase alguna modificación, tras lo cual el informe de auditoría pasará a ser definitivo.

La **evaluación del cumplimiento de los resultados** la realizará el Servicio de Calidad y Seguridad del Paciente a partir los indicadores del cuadro de mando disponible (mayoritariamente en

BISION –Portal del Sistema de Información de Sacyl– pero también en otros sistemas de información corporativos), lo cual permitirá establecer su grado de cumplimiento; por defecto, se considerará como fecha de referencia para su medición el 31 de diciembre del año en el que se realiza la solicitud.

El resultado obtenido del proceso de evaluación externa podrá ser:

- Pendiente de cumplimiento o estabilización de alguno de los estándares básicos (G1) y/o indicadores llave exigidos para acceder al sistema de reconocimiento.
- Se cumplen los estándares del grupo 1 y los indicadores llave, pero el porcentaje de cumplimiento de otros estándares y/o indicadores no permite obtener ningún tipo de reconocimiento.
- El porcentaje de cumplimiento de los estándares e indicadores alcanza el exigido para alguno de los niveles de reconocimiento.

4.2.4.- Fase de reconocimiento

Corresponde a un Comité de Valoración compuesto por profesionales de la Dirección General con competencias en Calidad y Seguridad del Paciente de la Gerencia Regional de Salud resolver sobre el nivel de reconocimiento del servicio/EAP, en función del grado de cumplimiento de los estándares y los resultados preestablecidos para cada nivel. Para ello tendrá en consideración el informe de evaluación definitivo elaborado por el equipo auditor y la evaluación de resultados.

4.3.- RENOVACIÓN O PROGRESIÓN DEL NIVEL DE RECONOCIMIENTO

El reconocimiento obtenido tendrá una **vigencia de 4 años**; tanto para la renovación como para la progresión de nivel, el servicio/EAP deberá presentar la solicitud correspondiente. Es recomendable comenzar este proceso un año antes de que finalice la vigencia del reconocimiento, realizando una autoevaluación que permita a la unidad saber si cumple los requisitos para la renovación o, en su caso, progresión de nivel. No obstante, cuando se quiera progresar de nivel y la situación de la unidad sea muy favorable, no será necesario esperar al último año de vigencia del reconocimiento para presentar la solicitud, pudiendo realizarla una vez haya transcurrido, al menos, un año desde su obtención. En todo caso, la solicitud de renovación o progresión de nivel deberá presentarse siempre en la convocatoria anual correspondiente.

La Gerencia Regional de Salud podrá verificar en cualquier momento, durante el periodo de validez de un reconocimiento, que el servicio/EAP mantiene el cumplimiento de los requisitos exigidos para el nivel de reconocimiento alcanzado.

5.- BENEFICIOS ESPERABLES CON LA IMPLANTACIÓN DEL MODELO

Con la implantación del modelo Sacyl Excelente esperamos mejorar en los siguientes aspectos:

1.- Dinamizar la gestión del cambio

Disponer de un marco de estándares e indicadores a nivel de unidad constituye una herramienta de ayuda a la gestión de las unidades, orientada a su transformación.

2.- Impulsar la mejora continua de la calidad

Realizar ciclos de autoevaluación y mejora permite identificar el potencial de mejora y favorece el aprendizaje constante.

3.- Optimizar la forma en que gestionamos los procesos (asistenciales y no asistenciales)

La gestión por procesos permite establecer flujos de trabajo que aumentan la colaboración de diferentes unidades y profesionales para lograr objetivos comunes en interés del paciente y de la organización.

4.- Disminuir la variabilidad

La normalización de la práctica clínica de acuerdo con la mejor evidencia disponible y la estandarización de las actividades a realizar permiten unificar criterios de actuación.

5.- Mejorar los resultados

Incorporar la evaluación de resultados en salud y el reconocimiento de las unidades por los resultados conseguidos es un instrumento para elevar la efectividad clínica y la eficiencia.

6.- Aumentar la colaboración de los profesionales

Disponer de un sistema de gestión que comporte la participación de todo el equipo y que permita el desarrollo y reconocimiento de los profesionales aumenta, su compromiso con la calidad y la seguridad y promueve el aprendizaje colaborativo.

7.- Generar confianza

El reconocimiento externo de acuerdo con unas normas de calidad y seguridad transmite confianza en el servicio que se presta.

8.- Promover la satisfacción profesional y el orgullo de pertenencia entre los profesionales

El reconocimiento de los mejores de forma pública conlleva satisfacción personal por el trabajo bien hecho y orgullo por pertenecer a un equipo y a una organización con altas cotas de excelencia.

ANEXO I

Glosario de términos

Asunción progresiva de responsabilidades: sistemática en la unidad para facilitar la delegación y asunción de progresiva de responsabilidades por parte de los profesionales de nueva incorporación. Esta sistemática debe incluir: 1) la identificación de las tareas críticas de la unidad –por las habilidades o conocimientos que requieren o por las consecuencias que podría tener un error al afrontar esas tareas–, 2) la evaluación de la experiencia del profesional que se va a incorporar en la unidad en el desarrollo de estas tareas, 3) la estrategia que se va a utilizar para que el profesional adquiriera los conocimientos y competencias necesarias para afrontarlas, 4) la selección de las tareas a realizar por estos profesionales en los primeros días-semanas hasta que hayan adquirido dichas competencias.

Cuadro de mando: conjunto de indicadores para monitorizar la actividad y resultados relevantes de la unidad.

Eventos adversos: acontecimientos relacionados con la atención sanitaria prestada que producen una lesión o daño al paciente (infecciones relacionadas con la atención sanitaria, úlceras por presión, caídas, trombosis, errores de medicación...).

Grupo de mejora: grupo formado por unas pocas personas designadas con el fin de analizar las causas de un problema y proponer y facilitar la puesta en marcha de las medidas necesarias para afrontarlo, que permite involucrar y hacer partícipes a las personas en la mejora de la unidad.

Mapa de competencias: descripción de las habilidades y competencias específicas de cada profesional, necesarias para que la unidad pueda alcanzar su misión, visión y objetivos estratégicos.

Mapa de procesos: representación gráfica de los procesos organizativos relevantes de la unidad.

Mapa de riesgos: herramienta que muestra gráficamente, para los procesos de mayor riesgo de la unidad, los eventos adversos graves y/o frecuentes que pueden producirse y los factores que contribuyen a su aparición, para realizar una gestión proactiva preventiva.

Mejora: cambio en la forma de trabajar, de organizarse... destinado a mejorar los resultados.

Misión: lo que la unidad desea lograr en un periodo de tiempo específico.

Plan de comunicación interna: documento que sistematiza la comunicación en la unidad y contempla qué información se va a trasladar, a quién, con qué periodicidad y qué canales de comunicación se van a utilizar (reuniones para comunicar objetivos, sesiones, etc.).

Prácticas seguras: aquellas que han demostrado ser eficaces para disminuir la incidencia de eventos adversos (higiene de manos, listado de verificación de la seguridad quirúrgica, uso seguro del medicamento...)

Procesos organizativos: secuencia ordenada de actividades iterativas que se realizan en la unidad con independencia de la patología del paciente (proceso de hospitalización, del bloque quirúrgico, de atención en consulta, de atención urgente...).

Propósito: declaración que describe el objeto principal o razón de ser de la unidad.

Valores: filosofía o principios operativos que rigen la conducta interna de la unidad y su relación con el mundo exterior. Los valores aportan directrices a las personas sobre lo que es bueno o deseable y lo que no. Ejercen una influencia fundamental en el comportamiento de los individuos y equipos y sirven como directrices generales en todas las situaciones.

Vías clínicas: rutas asistenciales que marcan el camino que un paciente con una determinada patología debe recorrer para su adecuado diagnóstico y tratamiento.

Visión: lo que la unidad trata de alcanzar en el futuro a largo plazo. Su objetivo es servir de guía para establecer lo que hay que hacer en la actualidad y en el futuro. Constituye, junto con la misión, la base de la estrategia de la unidad.

ANEXO II

Unidades participantes en la validación del Modelo.

Equipos de Atención Primaria

Área de Atención Primaria de Ávila	EAP Ávila Rural
Área de Atención Primaria de Burgos	EAP Aranda Sur
	EAP Las Huelgas
	EAP Miranda Oeste
Área de Atención Primaria de León	EAP Boñar
	EAP Ribera del Órbigo
Área de Atención Primaria de Palencia	EAP Torquemada
Área de Atención Primaria de Salamanca	EAP Alba de Tormes
	EAP Ciudad Rodrigo
Área de Atención Primaria de Segovia	EAP La Sierra
Área de Atención Primaria de Soria	EAP Almazán
Área de Atención Primaria de Valladolid Este	EAP La Victoria

Servicios hospitalarios

Complejo Asistencial de Ávila	Servicio de Medicina Intensiva
	Servicio de Oftalmología
Complejo Asistencial Universitario de Burgos	Servicio de Cardiología
	Servicio de Cirugía Pediátrica
	Servicio de Medicina Intensiva
Hospital Santiago Apóstol	Servicio de Urgencias
Complejo Asistencial Universitario de León	Servicio de Ginecología y Obstetricia
	Servicio de Nefrología
Hospital de El Bierzo	Servicio de Psiquiatría y Salud Mental
Complejo Asistencial Universitario de Salamanca	Servicio de Cardiología
	Servicio de Cirugía Torácica
	Servicio de Hematología
	Servicio de Neurocirugía
	Servicio de Pediatría
	Servicio de Urgencias
Complejo Asistencial de Segovia	Servicio de Medicina Intensiva
	Servicio de Neumología
Complejo Asistencial Universitario de Soria	Servicio de Pediatría
	Servicio de Urología
Hospital Clínico Universitario de Valladolid	Servicio de Anestesia y Reanimación
	Servicio de Cirugía Torácica
Hospital Universitario Río Hortega	Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial
	Servicio de Medicina Intensiva

ANEXO III

Clasificación de los estándares por grupos

ESTÁNDARES DEL GRUPO 1 (G1)				
DERECHOS de los PACIENTES	1	ES.DP.01- Información general	G1	
	2	ES.DP.02.- Información clínica	G1	
	3	ES.DP.03.- Confidencialidad de la información clínica	G1	
	4	ES.DP.04.- Profesionales responsables del paciente	G1	
	5	ES.DP.05.- Identificación de los profesionales	G1	
	6	ES.DP.06.- Consentimiento informado	G1	
	7	ES.DP.08.- Instrucciones previas	G1	Este estándar puede no ser aplicable en algún servicio.
	8	ES.DP.09.- Protección de la Intimidad corporal	G1	
	9	ES.DP.10.- Seguridad en el acceso a la documentación	G1	
	10	ES.DP.11.- Informe de alta	G1	
	11	ES.DP.12.- Documentación clínica	G1	
	12	ES.DP.13.- Gestión de quejas, reclamaciones y sugerencias	G1	
ATENCIÓN SEGURA	13	ES.AS.04.- Identificación de pacientes	G1	
	14	ES.AS.09.- Gestión del carro de paradas/maletín de urgencias	G1	
	15	ES.AS.11.- Gestión de medicamentos de alto riesgo	G1	

ESTÁNDARES DEL GRUPO 2 (G2)				
DERECHOS de los PACIENTES	1	ES.DP.14.- Humanización de la asistencia	G2	
ATENCIÓN SEGURA	2	ES.AS.02.- Notificación de incidentes	G2	
	3	ES.AS.03.- Referente de seguridad	G2	
	4	ES.AS.05.- Priorización de la atención	G2	
	5	ES.AS.06.- Evaluación inicial del paciente	G2	
	6	ES.AS.07.- Valoración y prevención de riesgos	G2	
	7	ES.AS.10.- Almacenamiento y conservación de medicamentos	G2	
	8	ES.AS.12.- Prescripción y administración de medicamentos	G2	
	9	ES.AS.14.- Higiene de manos	G2	Para alcanzar los niveles de reconocimiento avanzado o excelente es necesario tener vigente un reconocimiento de nivel equivalente en la Estrategia de Reconocimiento al Compromiso con la Higiene de Manos o, en su defecto, tener vigente el reconocimiento de nivel inicial en esta Estrategia y cumplir los requisitos correspondientes a los niveles superiores.
	10	ES.AS.15.- Precauciones basadas en la transmisión	G2	
	11	ES.AS.17.- Prevención de la infección en el lugar quirúrgico	G2	Este estándar es aplicable a todos los servicios/EAP que realizan actividad quirúrgica o procedimientos invasivos que deben llevar asociadas medidas para la prevención de la infección (cirugía mayor, cirugía menor, cateterismos, implante de marcapasos, etc.).
	12	ES.AS.18.- Limpieza, desinfección y esterilización del material y equipos	G2	
	13	ES.AS.19.- Optimización del uso de antimicrobianos	G2	
	14	ES.AS.20.- Listados de verificación	G2	
	15	ES.AS.21.- Comunicación efectiva	G2	
	16	ES.AS.22.- Traslado seguro de pacientes	G2	
GESTIÓN de PROCESOS	17	ES.GP.01.- Mapa de procesos	G2	
	18	ES.GP.12.- Disminuir la variabilidad	G2	
DIRECCIÓN de la UNIDAD	19	ES.DU.01.- Propósito, misión, visión y valores	G2	
	20	ES.DU.03.- Seguimiento de resultados	G2	
	21	ES.DU.07.- Organización y funcionamiento	G2	
	22	ES.DU.12.- Plan de formación continuada específico	G2	
	23	ES.DU.15.- Formación pregrado y formación sanitaria especializada	G2	Este estándar no aplica en los EAP y servicios que no participen en los programas de formación pregrado ni de formación sanitaria especializada para ninguna especialidad.
	24	ES.DU.16.- Acogida a los profesionales	G2	

ESTÁNDARES DEL GRUPO 3 (G3)				
ATENCIÓN SEGURA	1	ES.AS.08.- Sistemas de alerta y respuesta rápida	G3	
	2	ES.AS.13.- Conciliación de la medicación	G3	
	3	ES.AS.16.- Prevención y control de infecciones asociadas al uso de dispositivos	G3	Este estándar es obligatorio para alcanzar los niveles de reconocimiento avanzado y excelente en servicios con camas de pacientes críticos o cuidados intermedios.
	4	ES.AS.23.- Capacitación y asunción progresiva de responsabilidades	G3	
GESTIÓN de PROCESOS	5	ES.GP.02.- Procesos organizativos implantados	G3	
	6	ES.GP.04.- Procesos asistenciales implantados	G3	
	7	ES.GP.07.- Percepción de los “clientes” (pacientes/familiares y clientes internos)	G3	
	8	ES.GP.09.- Atención no presencial	G3	Este estándar puede no ser aplicable en algún servicio.
	9	ES.GP.10.- Coordinación con otras unidades	G3	
	10	ES.GP.11.- Colaboración con otros centros	G3	
	11	ES.GP.13.- Incorporar la evidencia científica y disminuir prácticas de bajo valor (“no hacer”)	G3	
	12	ES.GP.14.- Sesiones clínicas multidisciplinares	G3	
DIRECCIÓN de la UNIDAD	13	ES.DU.02.- Estrategia	G3	
	14	ES.DU.05.- Participación en la estrategia	G3	
	15	ES.DU.06.- Implicación de los profesionales fuera de la unidad	G3	
	16	ES.DU.08.- Gestión de los recursos humanos	G3	
	17	ES.DU.09.- Comunicación interna	G3	
	18	ES.DU.11.- Percepción de los profesionales	G3	
	19	ES.DU.17.- Compartir el conocimiento	G3	
	20	ES.DU.20.- Investigación	G3	
	21	ES.DU.21.- Innovación y creatividad	G3	

ESTÁNDARES DEL GRUPO 4 (G4)				
DERECHOS de los PACIENTES	1	ES.DP.07.- Planificación compartida de la atención	G4	Este estándar puede no ser aplicable en algún servicio.
	2	ES.DP.15.- Participación en el Sistema de Salud	G4	Este estándar puede no ser aplicable en algún servicio.
ATENCIÓN SEGURA	3	ES.AS.01.- Mapa de riesgos	G4	
	4	ES.AS.24.- Rondas de seguridad	G4	
	5	ES.AS.25.- Implicación de pacientes y familiares en su seguridad	G4	
GESTIÓN de PROCESOS	6	ES.GP.03.- Mejora de los procesos organizativos	G4	
	7	ES.GP.05.- Mejora de los procesos asistenciales	G4	
	8	ES.GP.06.- Participación de los pacientes	G4	Este estándar puede no ser aplicable en algún servicio.
	9	ES.GP.08.- Medición de la experiencia del paciente	G4	Este estándar puede no ser aplicable en algún servicio.
	10	ES.GP.15.- Formación a pacientes y familiares	G4	Este estándar puede no ser aplicable en algún servicio.
DIRECCIÓN de la UNIDAD	11	ES.DU.04.- Mejora de resultados	G4	
	12	ES.DU.10.- Reconocimiento	G4	
	13	ES.DU.13.- Mapa de competencias	G4	
	14	ES.DU.14.- Mejora del liderazgo	G4	
	15	ES.DU.18.- Proyección exterior del conocimiento	G4	
	16	ES.DU.19.- Aprender de los mejores	G4	
	17	ES.DU.22.- Liderazgo en innovación	G4	
	18	ES.DU.23.- Reconocimientos externos	G4	

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.
Mónica Robles García. Directora Técnico de Calidad y Atención al Usuario.

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.

Revisión

Dirección Técnica de Asistencia Sanitaria.
Dirección Técnica de Cuidados, Humanización y Atención Sociosanitaria.
Dirección Técnica de Farmacia.
Servicio de Atención al Usuario y Participación.
Servicio de Inspección y Evaluación de Centros.
Unidades de Calidad de las Gerencias de Atención Primaria, Hospitalaria y de Asistencia Sanitaria.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos su colaboración, en diferentes fases del proceso de elaboración, a:

- Todos los profesionales que han realizado aportaciones.
- Los profesionales responsables de BISION, el Portal de Sistema de Información de Sacyl.
- Ernesto Mitre Escribano, por el diseño gráfico de la portada y el logotipo de Sacyl Excelente.

Sacyl
Excelente

