

Sacyl
Excelente

MODELO DE RECONOCIMIENTO Y GESTIÓN

PARA SERVICIOS
HOSPITALARIOS Y EQUIPOS
DE ATENCIÓN PRIMARIA

Versión: 20231110

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

Grupo de trabajo y coordinación (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.
Josefa González Pastrana. Técnico del Servicio de Calidad y Seguridad del Paciente.
Tomás Maté Enríquez. Jefe del Servicio de Calidad y Seguridad del Paciente.
M^ª Soledad Montero Alonso. Técnico del Servicio de Calidad y Seguridad del Paciente.
Mónica Robles García. Directora Técnico de Calidad y Atención al Usuario.
Alberto Vegas Miguel. Técnico del Servicio de Calidad y Seguridad del Paciente.

Grupo revisor

Servicio de atención al usuario y participación
Direcciones Generales de la Gerencia Regional de Salud y de la Consejería de Sanidad *
Unidades de calidad y seguridad de los Hospitales y GAP*
Servicio de Inspección

Agradecemos su colaboración, en diferentes fases del proceso de elaboración,
-a los Residentes de Medicina Preventiva: Sonia Saray, ...
- a los profesionales asistenciales que han realizado aportaciones
-a los profesionales responsables de BISION
- a Ernesto
- a los profesionales del Servicio de Inspección

Pilotaje

Citar las unidades que van a participar

INDICE

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.- Estándares de calidad y seguridad
 - 3.1.1.- Contenido de los estándares
 - 3.1.2.- Clasificación según su temática
 - 3.1.3.- Clasificación en niveles
 - 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 previa 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 de nivel

5. BENEFICIOS ESPERABLES CON LA IMPLANTACIÓN DEL MODELO**6. BIBLIOGRAFÍA****ANEXOS:**

ANEXO I: Contenido de los estándares de Calidad y Seguridad

ANEXO II: Clasificación de los estándares por niveles de recomendación y/o grado de complejidad

ANEXO III: Indicadores de resultados para AP, SM y SQ

ANEXO IV: Modelos administrativos:

- ANEXO 4.1: Modelo de solicitud
- ANEXO 4.2: Modelo de informe
- ANEXO 4.3: Modelo Plan de mejora

ANEXO V: Glosario de términos

1.- INTRODUCCIÓN

La calidad asistencial es hoy un valor social. Hemos pasado de una situación en la que la calidad de la asistencia y la excelencia en el servicio además de ser un reto y un compromiso ético constituyen una legítima exigencia social.

Para ello es clave disponer de sistemas y planes o programas de gestión clínica y calidad que comporten la participación de todo el equipo de profesionales, cuya implantación corresponde realizar a los jefes de las unidades o servicios.

Los programas de calidad no están relacionados exclusivamente con motivaciones de tipo ético profesional, sino que son un instrumento para elevar la eficiencia clínica y económica. 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. Todo ello con el objetivo además de lograr la satisfacción de los usuarios y también la de los trabajadores.

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, 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, pero abriendo 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 simplemente con un enfoque de gestión, con independencia del sistema de reconocimiento.

2. SACYL-EXCELENTE

2.1 QUÉ ES SACYL-EXCELENTE

SACYL EXCELENTE es un **sistema propio** de reconocimiento de los **Servicios Hospitalarios y Equipos de Atención Primaria (EAP)** 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
- Y 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.

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 en ser capaces de hacerlo juntos, dando lo mejor individual y colectivamente para crear entornos donde se mejore la experiencia de profesionales y pacientes.

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

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

2.3.- CUÁLES SON LAS CARACTERÍSTICAS DEL SISTEMA DE RECONOCIMIENTO

El sistema de reconocimiento se caracteriza por tener presentes 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 base a:

- **El grado de cumplimiento de los estándares** definidos para los diferentes niveles de reconocimiento establecidos
- **Los resultados obtenidos**, en base al cumplimiento de los indicadores definidos.

2.3.2.- Es un sistema voluntario

Los Servicios Hospitalarios y los Equipos de Atención Primaria 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 a 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 RRHH, 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.). Y además busca el desarrollo homogéneo de todo el Servicio Hospitalario/Equipo de Atención Primaria, evitando potenciar áreas específicas con alto desarrollo en detrimento de otras poco evolucionadas.

Está integrado, tal y como veíamos en el apartado anterior, con 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 (Equipos de Atención Primaria) 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 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.

- Los equipos de atención primaria (EAP).
- Los servicios clínicos de apoyo (laboratorios clínicos, servicios de diagnóstico por imagen, Medicina Nuclear, Radioterapia, farmacia hospitalaria...). Dadas las características de estos servicios, 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**, los cuales se miden utilizando indicadores objetivos, que evalúan las diferentes dimensiones de la calidad.

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 espejo” 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 definir el “nivel de calidad” adquirido por los Servicios o Equipos de Atención Primaria.

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 evaluación, 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 AUTOEVALUACIÓN vamos a considerar la posibilidad de que el

estándar “se puntúa de forma parcial”. Esto creemos que favorece que los equipos determinen con mayor facilidad el grado de consecución de los estándares y por tanto les permita planificar las acciones de mejora a desarrollar para alcanzar el grado de cumplimiento óptimo del estándar.

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 sistemática.

Para considerar que se cumple un determinado estándar se tienen que cumplir todos los requisitos establecidos y tener 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.

Como hemos explicado, 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, o bien no se llega a evaluar de forma adecuada.

Para orientar hacia la consecución 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 evalúa, es decir, no procede su evaluación porque dada la idiosincrasia de la unidad no se puede realizar, puede valorarse como **NA: “No se aplica”**. En ese supuesto, se debe justificar por qué no se puede aplicar dicho estándar.

3.1.1.- CONTENIDO DE LOS ESTÁNDARES

Cada estándar se estructura en 7 apartados:

A) Código

A cada estándar se le asigna un código compuesto de 6 guarismos separados por puntos cada pareja. (Ej. **ES.AS.04**). Los dos primeros guarismos, **ES**, hacen referencia a la palabra estándares, y son iguales para todos. La posición 3ª y 4ª hace referencia a la temática del estándar y puede 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 grupo. De esta manera se permite identificar de manera unívoca cada estándar.

B) Denominación

Es el nombre del estándar, donde se resume en un titular a que 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 considerada como 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 recomendación al que pertenezcan. Puede 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 que 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 enumeran las actuaciones (al menos las más importantes) que se deben desarrollar para cumplir el estándar. De alguna manera “da ideas o pistas” de lo que se debe hacer para conseguir realizar con éxito esa buena práctica. En ocasiones son “hitos secuenciales de cumplimiento”. Su enumeración facilita el trabajo del servicio para la consecución del estándar.
*Ej.: - “Dispone de un procedimiento de identificación de pacientes (incluyendo muestras y cualquier documentación clínica asociada): identificadores a utilizar (al menos dos y que sean adecuados, es decir, no incluir el número de habitación ni la ubicación del paciente) y especificaciones sobre el etiquetado de las muestras (debe realizarse en el momento de la extracción). Cuando proceda, incluirá especificaciones para identificar pacientes vulnerables (pacientes en coma, con sedación farmacológica, deterioro cognitivo, dificultades de comunicación verbal, déficits sensoriales, o con cualquier otra situación clínica que aumente el riesgo de error en la identificación) y para la identificación inequívoca madre-hijo.
- Se comunica a los profesionales implicados el procedimiento establecido
- Están disponibles los recursos necesarios (pulsera, lectores, ...)”*
- G) Evidencias
Son los “hechos” que demuestran que se está cumpliendo el estándar. Habitualmente son documentos (memorias, registros, actas, protocolos...) o bien entrevistas, que se pueden realizar a los profesionales o a los pacientes/usuarios. Estas evidencias sirven para preparar la visita de evaluación, dado que serán “los datos” que van a pedir los evaluadores
Ej.: - “Procedimiento de identificación de pacientes y muestras. Sistema de difusión a los profesionales. En su caso, entrevista a profesionales.”

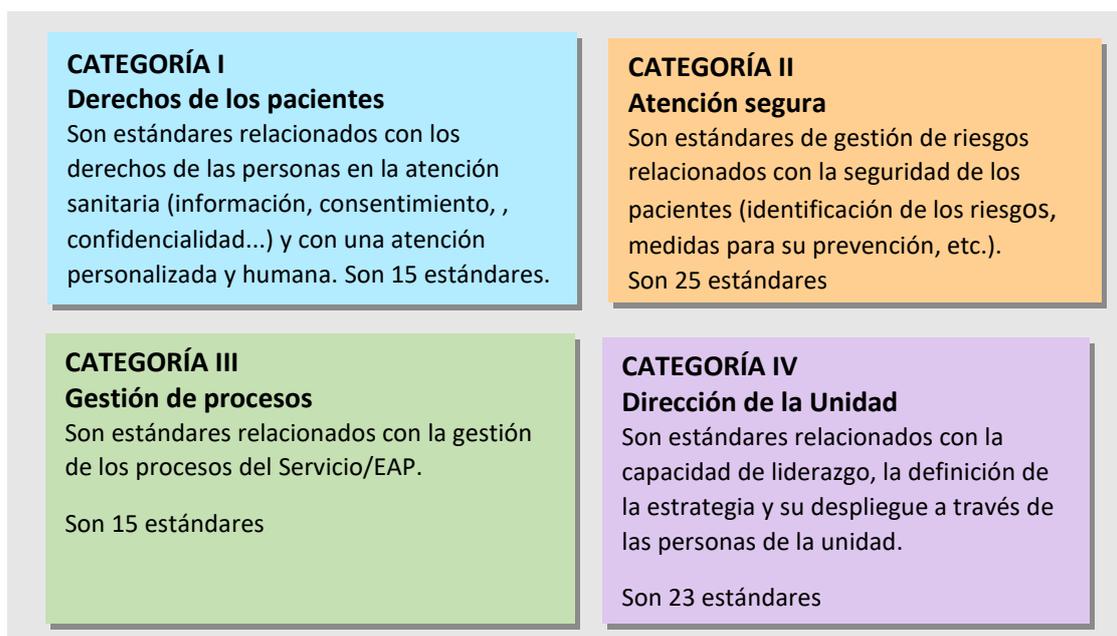
En la siguiente imagen se identifican los apartados comentados, tal y como figuran en la tabla de estándares.



3.1.2.- CLASIFICACIÓN DE LOS ESTÁNDARES SEGÚN SU TEMATICA

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**



3.1.3.- CLASIFICACIÓN DE LOS ESTÁNDARES EN NIVELES

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

Como criterios generales a la hora de ponderar el nivel de calificación otorgado a cada estándar se ha tenido en cuenta en primer lugar que hay estándares que se refieren a actuaciones reguladas por normativa legal (la mayoría encuadrados como derechos de los pacientes) o bien a aspectos de seguridad que impactan directamente y de forma llamativa en los pacientes, que 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 requiere un nivel de gestión avanzada por su complejidad 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 de complejidad o nivel de recomendación:

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 son 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 **14 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 **27 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 **23 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 **14 estándares**

De esta forma las unidades asistenciales disponen de un primer criterio de priorización de los estándares en función de su grado de complejidad y/o 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:

CATEGORÍAS	G1		G2		G3		G4		TOTALES POR CATEGORÍAS	
DERECHOS PACIENTES	12	80,0%	2	13,3%	1	6,7%	0	0,0%	15	100,0%
ATENCIÓN SEGURA	2	8,0%	17	68,0%	3	12,0%	3	12,0%	25	100,0%
GESTIÓN PROCESOS	0	0,0%	2	13,3%	9	60,0%	4	26,7%	15	100,0%
DIRECCION UNIDAD	0	0,0%	6	26,1%	10	43,5%	7	30,4%	23	100,0%
TOTALES POR GRUPOS	14	17,9%	27	34,6%	23	29,5%	14	17,9%	78	100,0%

Es necesario referir dos particularidades que existen en los siguientes estándares:

1.- ES.AS.14: Higiene de manos

Este estándar se considera G2, pero los requisitos de cumplimiento para los niveles avanzado y excelente son progresivos, es decir, para alcanzar el nivel Avanzado o Excelente en el Modelo es necesario haber alcanzado el mismo nivel de reconocimiento (Avanzado o Excelente) en la estrategia de Higiene de Manos.

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

Este estándar se ha clasificado como G3, pero en las unidades de críticos este estándar se considera que es un G2 dada su importancia en la práctica clínica habitual de dichas unidades.

3.1.4.- CATÁLOGO DE ESTÁNDARES (clasificación 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	G2
	8	ES.DP.08.- Instrucciones previas	G1
	9	ES.DP.09.- Protección de la Intimidad	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	G3

CATEGORIA 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	G2
	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 quirúrgica	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.- Listado de verificación de seguridad quirúrgica	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	G2
	24	ES.AS.24.- Rondas de seguridad	G4
	25	ES.AS.25.- Implicación de pacientes y familiares en su seguridad	G4

CATEGORIA 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	G3
	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 multidisciplinares	G3
	15	ES.GP.15.- Formación a pacientes y familiares	G4

CATEGORIA IV DIRECCIÓN de la UNIDAD	1	ES.DU.01.- Propósito, misión y visión	G2
	2	ES.DU.02.- Estrategia	G3
	3	ES.DU.03.- Seguimiento de resultados	G2
	4	ES.DU.04.- Mejora de resultados	G3
	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 postgrado	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 I**.

La clasificación de los estándares por niveles de complejidad y/o grado de recomendación se refleja en el **Anexo II**.

3.2.- RESULTADOS A CONSEGUIR

En el modelo no solo se valora “lo que hacemos” y “como lo hacemos”, sino también “qué resultados conseguimos”. Para ello se han definido una serie de indicadores objetivos que permiten evaluar los logros alcanzados. Los resultados a conseguir se estructuran en torno a las distintas dimensiones de la calidad correlacionados con los oportunos indicadores. Se detallan a continuación algunos ejemplos:

1. **Efectividad:** Mortalidad intrahospitalaria ajustada por riesgo, Reingresos...
2. **Seguridad del paciente:** Incidencia de infección del lugar quirúrgico ajustada por riesgo, tasa de bacteriemia asociada a catéter venoso central, incidencia de úlceras por presión, gestión incidentes seguridad, estancia media prequirúrgica, índice de prescripción de intervenciones quirúrgicas ajustado por población TIS de referencia ...
3. **Adecuación uso de recursos compartidos:** IEMA, índice de utilización de quirófano...

4. **Accesibilidad:** Indicadores lista de espera quirúrgica, indicadores espera consultas...
5. **Orientación al usuario:** Índice de sustitución / ambulatorización en procesos quirúrgicos ambulatorizables, % intervenciones quirúrgicas suspendidas, % citas reprogramadas
6. **Satisfacción del paciente:** Satisfacción global, Fidelidad, Trato, información, competencia, continuidad, demoras...
7. **Satisfacción de los profesionales de la unidad:** Satisfacción global, condiciones de trabajo, Formación y oportunidades de desarrollo, posibilidades de participar, Comunicación...

La tabla de indicadores con los resultados a conseguir se incorpora en este documento como **ANEXO III**.

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 Servicios Hospitalarios y Equipos de Atención Primaria (EAP). 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 3 niveles de reconocimiento que permite el programa son:

1.- 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 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").

2.- RECONOCIMIENTO AVANZADO

Es un nivel de reconocimiento intermedio. El servicio/unidad 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, que son obligatorios, todos los estándares del Grupo 2, y al menos el 60% de los estándares del Grupo 3, siendo al menos uno de cada categoría temática. 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 en los últimos 3 años sean positivas (se mantienen o mejoran los resultados) en aproximadamente el 25% de los indicadores.

3. 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, del Grupo 2 y del Grupo 3, y un cumplimiento, al menos, del 70% de los estándares del Grupo 4, siendo al menos uno de cada categoría temática. 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 en los últimos 3 años sean positivas (se mantienen o mejoran los resultados) en aproximadamente el 40% de los indicadores y que las comparaciones con centros de similares características (grupo de hospital, centro de salud rural/urbano, etc.) sean favorables también en aproximadamente el 40% de los indicadores.

	INICIAL	AVANZADO	EXCELENTE
Estándares del Grupo 1	100% (12/14 estándares)	100% (12/14 estándares)	100% (12/14 estándares)
Estándares del Grupo 2	≥60% (15/16 estándares) Al menos 1 de cada categoría	100% (25-27 estándares)	100% (25-27 estándares)
Estándares del Grupo 3		≥60% (13/14 estándares) Al menos 1 de cada categoría	100% (22/23 estándares)
Estándares del Grupo 4			≥70% (≥10 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 +

El número de estándares exigidos varía en función del ámbito asistencial (AH o AP) o del tipo de servicio (médico o quirúrgico) al haber estándares que no resultan de aplicación en todos los casos. Lo mismo ocurre en las Unidades que tienen camas de críticos o de intermedios donde el estándar *ES.AS.16: Prevención y control de infecciones asociadas al uso de dispositivos* se considera que es un estándar del Grupo 2 (G2).

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 la intranet** (Share Point). Para ello se dirigirá al Servicio de Calidad y Seguridad del Paciente (SCySP) de la Gerencia Regional de Salud, a través del correo calidad.grs@saludcastillayleon.es, solicitando dicho registro. A dicho espacio colaborativo tendrá acceso el servicio solicitante y el 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 se desarrollarán 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/Equipo de A. Primaria debe haber completado al menos un ciclo entero de autoevaluación y mejora:

- Empezará por realizar una **autoevaluación inicial**, para comparar cómo está la unidad asistencial en relación con el referente teórico que plantea el Modelo e identificar los puntos fuertes y las áreas de mejora.
- Con la información obtenida en la autoevaluación inicial se 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 de 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, se debe **realizar una nueva autoevaluación** 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.

La autoevaluación debe ser realizada 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 dicha autoevaluación.

4.2.2.- Solicitud de reconocimiento

Si a la vista de los resultados de la segunda autoevaluación el servicio/EAP cumple los requisitos exigidos para acceder a alguno de los niveles de reconocimiento puede presentar la solicitud correspondiente, indicando el nivel de reconocimiento que solicita.

La solicitud de reconocimiento debe ser realizada en el formulario establecido y firmada por el Jefe del Servicio /Coordinador Médico y por el Supervisor/Responsable de Enfermería, del Servicio Hospitalario o Equipo de Atención Primaria. Además deberá contar con el “visto bueno” del Director Gerente de la Gerencia (GAS/GAE/GAP según proceda) donde esté integrada la unidad solicitante.

Dicha solicitud debe ser efectuada en el **último trimestre del año**, y se dirigirá al Servicio de Calidad y Seguridad del Paciente (SCySP) de la Gerencia Regional de Salud, a través del correo calidad.grs@saludcastillayleon.es.

La documentación que debe acompañar a la solicitud, la cual se incorporará en el espacio colaborativo creado al efecto, 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 que desarrolle el Plan de Mejora implementado (actuaciones realizadas y plazos)
- 4.-Informe de la segunda autoevaluación, identificando con claridad las evidencias documentales que den soporte a los estándares valorados con cumplimiento.

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 (BISION) y si, a la vista de las evidencias disponibles, no se detectan a priori incumplimientos de los estándares del Grupo 1 y de los indicadores que actúan de llave para poder optar a reconocimiento, se planificará la realización de la evaluación externa.

La evaluación externa 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, se constituirá una red de evaluadores acreditados por la GRS por su experiencia en evaluación y/o en gestión/despliegue de proyectos de calidad y seguridad del paciente que sean, además, conocedores del Modelo.

Corresponde al equipo auditor designado, verificar el cumplimiento de requisitos de acceso al nivel de reconocimiento solicitado, a partir de las evidencias positivas aportadas por la unidad asistencial y las que obtenga durante la auditoría. Antes y durante la visita de evaluación se podrán recabar nuevas evidencias documentales y, en función de los requisitos de cumplimiento, será necesario revisar in situ su cumplimiento (mediante entrevistas u observación directa) para comprobar si la unidad cumple o no los estándares definidos para cada nivel de reconocimiento.

La comprobación del cumplimiento de los resultados (indicadores) se realizará a partir del cuadro de mando disponible en BISION, lo cual permitirá establecer si se alcanzan o no los objetivos a fecha de final del ejercicio (31 de diciembre del año en el que se realiza la solicitud).

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 el "Programa de la Evaluación", donde figurará la fecha de la visita, el horario, áreas y secuencia aproximada de la visita y recursos necesarios para la evaluación. Además, si fuera preciso indicará la documentación complementaria que se pudiera precisar y que deberá estar colocada en el espacio colaborativo con una antelación de al menos 3 días hábiles previos a la fecha de la visita.

Concluida la auditoría, el equipo de evaluadores elaborará un **Informe de Evaluación** en el que se especificará el grado de cumplimiento de los estándares y el nivel de reconocimiento asociado. Además, se incluirán las áreas de mejora identificadas.

El resultado obtenido del proceso de evaluación externa, por tanto, puede ser:

- Pendiente de cumplimiento o estabilización de alguno de los estándares básicos 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 no se corresponde con ninguno de los niveles de reconocimiento.
- El porcentaje de cumplimiento de los estándares e indicadores alcanza el exigido para alguno de los niveles de reconocimiento. En este caso se hará constar el porcentaje de

indicadores y de estándares que cumple la unidad asistencial efectuando propuesta sobre el nivel de reconocimiento que correspondería.

El **informe de evaluación** se remitirá a los responsables médico y de enfermería del servicio/EAP para que puedan realizar alegaciones durante un plazo máximo de 15 días.

Tras recibir las alegaciones el equipo auditor revisará el contenido del informe por si precisa su modificación, elaborando el **Informe de Evaluación definitivo**.

4.2.3.- 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 elaborado por el equipo auditor.

4.3.- RENOVACIÓN O PROGRESIÓN DE NIVEL

Cuando ya se ha conseguido un nivel de reconocimiento, **este tiene una vigencia de 4 años** por lo que, si se quiere renovar o si se quiere progresar de nivel, se debe presentar la solicitud correspondiente. Es recomendable comenzar este proceso un año antes de que caduque el reconocimiento, realizando una autoevaluación previa a presentar dicha solicitud que permita a la unidad saber si cumple los requisitos para la renovación o, en su caso de progresión de nivel.

No obstante, cuando se quiera progresar de nivel y la situación de la unidad sea muy favorable, pues cumple antes los criterios para progresar de nivel, no es necesario esperar a que transcurra el plazo de vigencia para presentar la solicitud pudiendo hacerlo ya cuando transcurra el segundo año de vigencia del reconocimiento.

Durante el periodo de validez de un reconocimiento la GRS puede verificar en cualquier momento que el servicio/EAP mantiene el cumplimiento de los requisitos exigidos para el nivel de reconocimiento alcanzado.

La solicitud de renovación o progresión de nivel deberá presentarse en el segundo trimestre del año.

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 indicadores y estándares a nivel de unidad es una herramienta de ayuda a la gestión de las unidades orientando la transformación

2.- Impulsar la mejora continua de la calidad

Realizar ciclos de autoevaluación y mejora permite identificar el potencial de mejora y 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 estandarizar las actividades a realizar permite 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 eficiencia clínica y económica

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.

6. BIBLIOGRAFÍA

¡¡Pendiente de completar y formatear!!

- Estándares de las Unidades de Medicina Interna- Fundación IMAS. SEMI.
- Estándares de las Unidades de Digestivo. IMAS-SEPD febrero, 2020
- Manual de Estándares de acreditación para hospitales de Joint Commission International. 7ª edición
- Manual de Estándares de acreditación para Atención primaria de Joint Commission International 2ª edición
- Guía de Estándares y Circuitos de la Calidad Asistencial. Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA).
- Manual de Estándares Unidades de Gestión Sanitaria - ME 5 1_08. Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. Septiembre 2022
- Estándares de calidad en una Unidad de Hospitalización de Día reumatológica. Propuesta del Grupo de Trabajo de Hospitales de Día R. García-Vicuña et al / Reumatol Clin. 2014;10(6):380–38
- Gestión clínica en el área cardiovascular. Medir para mejorar J.R. González-Juanatey et al. / Rev Esp Cardiol. 2021;74(1):8–14
- Estándares y recomendaciones para unidades asistenciales. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- (*) Black N, Varaganum M, Hutchings A. Relationship between patient reported experience (PREMs) and patient reported outcomes (PROMs) in elective surgery. BMJ Qual Saf. 2014;(23):534-542. doi:10.1136/bmjqs-2013-002707
- Carter J, Ward C, Wexler D, Donelan K. The association between patient experience factors and likelihood of 30-day readmission: a prospective cohort study. BMJ Qual Saf. 2018 Sep;27(9):683-690. doi: 10.1136/bmjqs-2017-007184. Epub 2017 Nov 16. PMID: 29146680.
- Doyle C, Lennox L, Bell D. A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness. BMJ Open. 2013;3(1). doi:10.1136/bmjopen-2012-001570
- Goldfarb MJ, Bibas L, Bartlett V, Jones H, Khan N. Outcomes of Patient and Family-Centered Care Interventions in the ICU: A Systematic Review and Meta-Analysis. Crit Care Med. 2017;45(10):1751-1761. doi: 10.1097/CCM.0000000000002624. Erratum in: Crit Care Med. 2018 Mar;46(3):e278. PMID: 28749855.
- Hernandez N, Fornari A, Rose S, Torte L. Implementing inter-professional patient-family centered plan of care meetings on an inpatient hospital unit. Patient Experience Journal. 2020; 7(1):84-91. doi: 10.35680/2372-0247.1379.
- Manary MP, Boulding W, Staelin R, Glickman SW. The patient experience and health outcomes. N Engl J Med. 2013 Jan 17;368(3):201-3. doi: 10.1056/NEJMp1211775. Epub 2012 Dec 26. PMID: 23268647.

- Anhang Price R, Elliott MN, Cleary PD, Zaslavsky AM, Hays RD. Should health care providers be accountable for patients' care experiences? J Gen Intern Med. 2015 Feb;30(2):253-6. doi: 0.1007/s11606-014-3111-7. Epub 2014 Nov 22. PMID: 25416601; PMCID: PMC4314483.

ANEXOS

ANEXO I

Contenido de los estándares de Calidad y Seguridad

CATEGORÍA I. DERECHOS DE LOS PACIENTES		
ES.DP.01	<p>Información general</p> <p>Pacientes y familiares reciben información sobre las características y el funcionamiento general del servicio.</p>	G1
<p>Aclaraciones:</p> <p>Se pone a disposición de pacientes y familiares información escrita (cartelería, folletos, trípticos, web...) sobre las características y el funcionamiento general de la unidad. Además se establecen mecanismos para facilitar información verbal complementaria que resulte precisa para favorecer el acceso a los servicios y su uso.</p> <p>Requisitos de cumplimiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se 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. 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 sobre la forma de comunicarse con la enfermera, posibilidad de elección de menú, etc. 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... y se facilitará información complementaria verbal tanto presencial como telefónica. - Se comunica a los profesionales implicados la información que se debe facilitar y cómo, incluyendo sus actualizaciones. - La información escrita está disponible y actualizada (web, redes sociales, guía de información al usuario, folleto para el paciente, cartel en habitaciones o sala de espera en consultas...) para su entrega o para darla a conocer. 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, teléfono de contacto/correo electrónico. <p>Evidencias:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Procedimiento/protocolo/normas sobre información general e información disponible (web, tríptico, cartel...). - Entrevistas a usuarios. 		

ES.DP.02	Información clínica El servicio/EAP favorece que la información sobre el proceso de atención sea adecuada.	G1
<p>Aclaraciones: Los pacientes y familiares tienen derecho a recibir información adecuada sobre su proceso de atención (en consulta, hospitalización, en una IQ...). El servicio adopta distintas medidas para que la información facilitada sea comprensible y se adapte a la situación de cada persona, e incluso, si el paciente así lo desea, se respete su derecho a no recibir información.</p> <p>Requisitos de cumplimiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se dispone de un protocolo/guía/pautas de información que contempla aspectos relacionados con la información, entre ellos, momentos, lugares y horarios de información, teniendo en cuenta las especificidades por ámbitos/procesos de atención/tipo de pacientes, identificando proactivamente las necesidades de información y el desarrollo de medidas para atender dichas necesidades, como la utilización de herramientas para mejorar la comunicación con pacientes con necesidades especiales (pictogramas, servicio de interpretación Telefónica del Sacyl, herramientas interpretación de la lengua de signos, etc.). - Se desarrollan medidas concretas para garantizar la adecuada información clínica a pacientes y familiares. Por ej. en unidades de hospitalización, urgencias, bloque quirúrgico y unidades de cuidados críticos se han establecido, al menos, lugares, horarios y responsables de facilitar la información. - En las unidades de hospitalización: se asignan profesionales responsables (médico y enfermera) y se establecen los lugares y horarios de información y la periodicidad (al menos: información clínica diaria - después del pase de visita médica- en unidades de hospitalización, dos veces al día en unidades de críticos, al terminar la intervención en el bloque quirúrgico y una vez que el paciente ha sido valorado en los servicios de urgencias -el personal asignado como "informador de urgencias" informará a los familiares del plan de acción para establecer el diagnóstico en el caso de requerir la realización de pruebas diagnósticas-). Se comunican a los pacientes/familiares estos aspectos. <p>Evidencias:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Protocolo actualizado relativo a la información, verificar medidas adoptadas: profesional responsable de la información diaria, horario, lugar y periodicidad de la información y cómo se da a conocer a pacientes/familiares (información al ingreso). - Entrevista a pacientes atendidos en relación con la información clínica que reciben (procedimiento, frecuencia, claridad...) / resultados de satisfacción con la información obtenidos mediante encuesta. 		
ES.DP.03	Confidencialidad de la información clínica El servicio/EAP promueve la confidencialidad en la transmisión de información clínica.	G1
<p>Aclaraciones: El servicio/EAP adopta medidas para que durante la transmisión de información clínica a los pacientes y a terceras personas se garantice la confidencialidad.</p> <p>Requisitos de cumplimiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dispone de un procedimiento/protocolo que contempla pautas para garantizar la confidencialidad en la información en las distintas áreas de atención del servicio: consultas, hospitalización, bloque quirúrgico, urgencias, paritorio, salas de espera... (no suministrar información sensible en el pasillo, no comentar casos clínicos en lugares públicos, utilizar habitaciones/boxes individuales para determinados pacientes...). - Desarrolla medidas concretas para garantizar la confidencialidad (por ej. habilitar despachos o salas para dar información sensible; preguntar al paciente si autoriza o no la información a terceras personas, dejando constancia en la HC; los profesionales/estudiantes firman un compromiso de confidencialidad...). - Comunica a los profesionales las medidas establecidas y se asegura de que los profesionales las conocen. <p>Evidencias:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Protocolo relativo a la confidencialidad de la información. Verificar medidas adoptadas: lugar/es habilitado/s para la información sensible, compromisos de confidencialidad firmados, gestión de llamadas/avisos en las salas de espera, evidencias de difusión y recordatorio periódico en el equipo... 		

ES.DP.04	Profesionales responsables del paciente El servicio asigna y comunica al paciente y sus familiares, los profesionales de referencia.	G1
<p>Aclaraciones: Para favorecer una atención personalizada y como garantía del derecho a la información sobre el proceso asistencial se asignará a los pacientes un médico, que será su interlocutor principal con el equipo asistencial y, en su caso, un enfermero responsable del seguimiento del plan de cuidados. Esta asignación se dará a conocer a los pacientes y familiares.</p> <p>Requisitos de cumplimiento - Se establece una sistemática/procedimiento para asignar y dar a conocer a los pacientes ingresados/intervenidos quienes son los profesionales responsables de su atención. - Se asigna a los pacientes un médico, que actúa como interlocutor principal con el equipo asistencial y, en su caso, un enfermero responsable del seguimiento del plan de cuidados.</p> <p>Evidencias: Procedimiento establecido para asignar y dar a conocer a los pacientes ingresados quienes son los profesionales responsables de su atención.</p>		
ES.DP.05	Identificación de los profesionales Los profesionales se identifican adecuadamente ante el paciente y sus familiares.	G1
<p>Aclaraciones: Cualquier profesional en su contacto inicial con el paciente y sus familiares debe presentarse adecuadamente dando a conocer su nombre y categoría profesional, y además, debe utilizar el sistema identificativo que se haya establecido en Sacyl/Gerencia (etiqueta identificativa, código diferenciado de colores en uniformes...).</p> <p>Requisitos de cumplimiento: - Se han definido normas de identificación de los profesionales (por ej. en el contacto inicial con el paciente dando a conocer su nombre y categoría, portar tarjeta identificativa, identificación serigrafiada en el uniforme, código de colores...).</p> <p>- Se comunica a los profesionales esas normas. - Los profesionales están debidamente identificados (portan tarjetas identificativas visibles o identificación serigrafiada en el uniforme) y se presentan ante los pacientes y familiares.</p> <p>Evidencias: Normas de identificación, sistema de difusión a los profesionales, verificar sistema identificativo utilizado, entrevista a algún paciente/familiar.</p>		
ES.DP.06	Consentimiento informado (CI) Se recaba el consentimiento escrito en los procedimientos diagnósticos y terapéuticos de riesgo.	G1
<p>Aclaraciones: La regla general es que el consentimiento sea verbal y será escrito en caso de intervenciones quirúrgicas y procedimientos invasivos o que supongan riesgos. El servicio/EAP identifica las intervenciones y/o procedimientos de su cartera de servicios que requieren consentimiento informado escrito, cumple los criterios normativamente establecidos en su diseño y utiliza documentos con información específica para cada intervención/procedimiento (no utiliza documentos genéricos de CI).</p> <p>Requisitos de cumplimiento: - Define la relación de procedimientos diagnósticos y terapéuticos de la unidad que requieren CI escrito. - Los documentos de CI específicos de cada procedimiento están disponibles y con el contenido establecido legalmente (finalidad, alternativas, consecuencias tanto si se realiza como si no se realiza, riesgos, contraindicaciones, etc.). - Se ha definido el protocolo que garantice que se informa verbalmente y de forma adecuada sobre el procedimiento clínico y que además se recaba el CI con antelación suficiente (quien debe entregarlo, en qué momento, a quién en menores y supuestos de incapacidad, etc.). - Se comunica a los profesionales (incluidos los de nueva incorporación) el protocolo establecido. - Se recaba el CI utilizando el modelo específico para cada procedimiento diagnóstico o terapéutico de riesgo y se guarda una copia (en la HC).</p> <p>Evidencias: Catalogo de procedimientos de la unidad que requieren CI escrito, documentos de CI específicos para los procedimientos del catálogo y procedimiento definido para recabar el consentimiento (quién,</p>		

cuándo...).		
Revisar HC u otro sistema de archivo de los documentos firmados, así como la ausencia de reclamaciones de Responsabilidad Patrimonial (RP) por este motivo. Entrevista a pacientes.		
ES.DP.07	Planificación compartida de la atención El servicio/EAP promueve la participación del paciente en la toma de decisiones durante el proceso asistencial.	G2
<p>Aclaraciones: La planificación compartida de la atención tiene como finalidad la toma de decisiones consensuadas en base a los valores, preferencias y expectativas de cada paciente. Para que sea efectiva requiere un intercambio de información entre el paciente y el profesional sanitario, la deliberación entre las distintas opciones y llegar a una decisión consensuada. Cuando el balance riesgo-beneficio es incierto, si no hay evidencia científica suficiente, o si existen distintas opciones adecuadas o equiparables, pero valorables de distinta manera desde una perspectiva individual, se ponen a disposición del paciente herramientas de ayuda a la toma de decisiones compartida y se establecen canales de comunicación abiertos y funcionales con cada paciente.</p> <p>Requisitos de cumplimiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dispone de herramientas de ayuda a la toma de decisiones compartida (propias o elaboradas por organismos) basadas en la mejor evidencia disponible. - Se difunden a los profesionales para que las conozcan. - Los profesionales conocen las herramientas y las ponen a disposición de los pacientes y establecen canales de comunicación con ellos. <p>Evidencias: Herramientas de ayuda a la toma de decisiones compartida disponibles/canales de comunicación con los pacientes. Sistema de difusión a los profesionales utilizado. Registro en la HC del proceso de planificación compartida de la atención realizado.</p>		
ES.DP.08	Instrucciones previas El servicio/EAP promueve que se cumplan las instrucciones previas de los pacientes.	G1
<p>Aclaraciones: El respeto a las decisiones sobre la propia salud es igualmente exigible cuando éstas se han adoptado anticipadamente mediante instrucciones previas (sobre los cuidados y tratamientos de salud y las situaciones a las que se refieren) para que se cumplan cuando el paciente se encuentre en una situación en la que no sea capaz de expresarlas personalmente. El servicio adopta las medidas para garantizar que los profesionales médicos y de enfermería conozcan la existencia de instrucciones previas, para, en su caso, consultarlas y cumplirlas. En AP además es importante informar/asesorar a pacientes y familiares sobre la conveniencia de redactar instrucciones previas y en su caso como proceder para otorgarlas de acuerdo con la normativa vigente.</p> <p>Requisitos de cumplimiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se dispone de un procedimiento para que los profesionales sanitarios que atiendan a un paciente conozcan cuando es obligatorio consultar si el paciente tiene instrucciones previas y cómo hacerlo (como acceder al registro de instrucciones previas, preguntar a la familia, etc.). En atención primaria este procedimiento se orienta más a la formulación de las instrucciones previas y a que los profesionales conozcan el procedimiento para realizar el documento de las instrucciones previas, para, en su caso, informar/asesorar al paciente. - Se informa a los profesionales sobre el procedimiento de consulta de las instrucciones previas y actuaciones que deben seguir. <p>Evidencias: Procedimiento/protocolo de actuación para garantizar, llegado el caso, el cumplimiento de las instrucciones previas y si se ha dado a conocer a los profesionales. Entrevista a profesionales.</p>		

ES.DP.09	Protección de la intimidad El servicio/EAP respeta la intimidad del paciente durante el proceso de atención.	G1
<p>Aclaraciones: El servicio/EAP adapta las estructuras y espacios asistenciales para preservar la intimidad de los pacientes a lo largo de todo el proceso de atención. Utiliza diferentes medios para proteger la intimidad cuando se utilizan espacios compartidos por varios pacientes .</p> <p>Requisitos de cumplimiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se dispone de un procedimiento/protocolo que contempla pautas para garantizar la intimidad del paciente (disponibilidad en las estancias donde se realicen exploraciones a pacientes de lencería adecuada para preservar la intimidad, restringir nº de profesionales presentes...). - Desarrolla medidas concretas para preservar la intimidad en las distintas áreas de atención: consultas, hospitalización, etc. (habilitar lugares apropiados o restringidos para atender a los pacientes y si no es posible se usan biombos/cortinas de separación, se establecen circuitos diferenciados para los pacientes...). <p>Evidencias: Protocolo de intimidad y comprobar medios utilizados. Entrevista a profesionales y/o pacientes si procede.</p>		
ES.DP.10	Seguridad en el acceso a la documentación El servicio/EAP adopta medidas para proteger los datos de carácter personal.	G1
<p>Aclaraciones: Para garantizar la confidencialidad y la seguridad en el acceso y manejo de la documentación clínica se establecen medidas que limiten la posibilidad de accesos no autorizados a los datos de los pacientes.</p> <p>Requisitos de cumplimiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Define procedimientos/medidas a adoptar que garanticen el acceso legal a los datos de los pacientes, estableciendo buenas prácticas para el manejo de la información y medidas de seguridad relacionadas con la protección de datos (por ej. disociar los datos personales y los clínico-asistenciales cuando se usa la HC con fines distintos del asistencial, las claves individuales de acceso a la HC digital no se ceden a otros profesionales, uso de sistemas de protección como bloqueo de pantallas, si se usa documentación clínica en papel medidas de seguridad/custodia adecuadas para evitar su pérdida, alteración o accesos no autorizados, precauciones en el uso de las TIC aplicadas a la asistencia sanitaria y para el intercambio de información,... - También se deben establecer normas para la emisión de justificantes de asistencia a un centro sanitario que garanticen la confidencialidad de la información. - Se difunden a los profesionales las medidas/procedimientos. - Los profesionales disponen de un canal/mecanismo para comunicar posibles vulneraciones o brechas de seguridad de los datos (recepción de correos sospechosos, extravío de equipos con información, abuso de contraseña, etc.). <p>Evidencias: Protocolo elaborado y comprobar medios utilizados. Entrevista a profesionales y/o pacientes si procede.</p>		
ES.DP.11	Informe de alta Se proporciona a los pacientes los informes del alta médica y de cuidados.	G1
<p>Aclaraciones: Cuando finaliza el proceso asistencial se entrega a los pacientes el informe de alta médica y, en su caso, de continuidad de cuidados de enfermería; asimismo dichos informes están disponibles para los profesionales responsables de la continuidad de la asistencia en atención primaria para garantizar la continuidad asistencial.</p> <p>Requisitos de cumplimiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - En hospitalización, urgencias, consultas externas,...cuando finaliza el proceso asistencial el servicio entrega a los pacientes los informes de alta médica con los elementos esenciales sobre su proceso y con los contenidos establecidos legalmente. Si es necesario, se entregará un informe de continuidad de cuidados de enfermería. - Dichos informes están disponibles para los profesionales responsables de la continuidad de la asistencia en atención primaria. <p>Evidencias:</p>		

Modelo de informe de alta y de cuidados que cumple los requisitos del RD 69/2015 y sistema de registro que evidencie la entrega/envío/acceso a los informes en atención primaria.		
ES.DP.12	Documentación clínica La información del proceso asistencial se registra en la historia clínica integrada del paciente.	G1
<p>Aclaraciones: Los profesionales sanitarios dejan constancia documental de la información relevante del proceso asistencial (alergias, tratamientos, evolución, pruebas diagnósticas, interconsultas, cuidados, necesidades, vacunas, etc.) en la historia clínica integrada del paciente para el conocimiento veraz y actualizado de su estado de salud, evitando la utilización de símbolos y abreviaturas.</p> <p>Requisitos de cumplimiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dispone de normas de cumplimentación y registro en la HC (propias y/o de la institución). - Difunde a los profesionales dichas normas para que sean conocidas por estos. - En su caso, si existe documentación generada que no se integra en la HC en el momento (por ej, atención domiciliaria, consultorio, pruebas complementarias que luego se digitalizan,...) se identifica correctamente e integra posteriormente en la HC. <p>Evidencias: Normas de cumplimentación/registro de la HC. Método para integrar la documentación que no se registra en la HC en el momento de la atención. Sistema de difusión a los profesionales. En su caso, entrevista a profesionales.</p>		
ES.DP.13	Gestión de las quejas, reclamaciones y sugerencias Se garantiza el cumplimiento de los plazos de respuesta a las reclamaciones de los pacientes y las analiza para la mejora de su organización y funcionamiento.	G1
<p>Aclaraciones: Los Servicios de Atención al Paciente/Usuario (SAP/U) son los responsables de tramitar las Reclamaciones y Sugerencias, pero para contestarlas solicitan información a las unidades implicadas que deben elaborar un informe y remitírselo al SAP/U para que conteste al reclamante en el plazo de 30 días. La unidad además utiliza las reclamaciones y sugerencias como fuente de información para identificar oportunidades de mejora e implementar las medidas de mejora adecuadas.</p> <p>Requisitos de cumplimiento</p> <ul style="list-style-type: none"> - Las reclamaciones recibidas se informan al SAP/U dentro del plazo indicado. - Se analizan los motivos de Quejas y Sugerencias (QyS) periódicamente (mínimo cada seis meses) para identificar oportunidades de mejora. - Se implantan las mejoras oportunas. <p>Evidencias: Informes enviados al SAP/U en el plazo indicado. Análisis de las Reclamaciones y Sugerencias recibidas. Medidas de mejora implementadas.</p>		
ES.DP.14	Humanización de la asistencia Se desarrollan iniciativas orientadas a avanzar en la humanización de la atención sanitaria.	G2
<p>Aclaraciones: El servicio /EAP desarrolla actuaciones orientadas a promover la comodidad, el bienestar físico y psíquico, la comprensión y el trato adecuado del paciente y de sus familiares durante la prestación de la asistencia sanitaria.</p> <p>Requisitos de cumplimiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifica y planifica qué acciones de mejora puede desarrollar relacionadas con la humanización (analiza necesidades, identifica proyectos del Plan Persona que deben implantar). - Pone en marcha/implanta acciones de mejora concretas. - Mejora las competencias de los profesionales en humanización y para profesionales de nueva incorporación, en el plan de acogida, incluye aspectos relacionados con la humanización. <p>Evidencias: Documentales (análisis de necesidades/informe de despliegue del Plan Persona, plan de acogida, plan de humanización...), verificar medidas implantadas y resultados, profesionales de la unidad formados en humanización.</p>		

ES.DP.15	<p align="center">Participación en el Sistema de Salud</p> <p>El servicio/EAP promueve la colaboración con las asociaciones de pacientes y familiares y otras organizaciones de voluntariado.</p>	G3
<p>Aclaraciones: El servicio/EAP mantiene una colaboración activa con las asociaciones de pacientes y familiares y otras organizaciones de voluntariado de su ámbito, planificando y realizando actividades coordinadas y proporcionando información de las mismas a los pacientes atendidos.</p> <p>Requisitos de cumplimiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dispone de espacios físicos para el desarrollo de las actividades de las asociaciones. - Existen acuerdos de colaboración o al menos una sistemática de colaboración con las asociaciones. - Las actividades realizadas se reflejan en la memoria del servicio. - Los profesionales conocen las actividades desarrolladas conjuntamente con la colaboración de las asociaciones y los voluntarios y las ponen a disposición de los pacientes. <p>Evidencias: Acuerdos de colaboración existentes, memoria de actividades conjuntas realizadas y registros de las mismas, espacios donde se desarrollan las actividades. Entrevista a profesionales y/o pacientes beneficiarios.</p>		

AH TOTAL 15 ESTÁNDARES

AP TOTAL 13 ESTÁNDARES

CATEGORIA II. ATENCIÓN SEGURA		
ES.AS.01	<p align="center">Mapa de riesgos</p> <p>El servicio/EAP realiza una gestión proactiva de los riesgos para la seguridad del paciente.</p>	G4
<p>Aclaraciones: Para evitar que se produzcan incidentes, se realiza una evaluación proactiva de los riesgos para la seguridad del paciente que permita elaborar el mapa de riesgos del servicio, que se revisa y actualiza periódicamente, para establecer las medidas preventivas que resulten necesarias.</p> <p>Requisitos de cumplimiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifica y prioriza los riesgos para la seguridad del paciente ya sea de forma global para el servicio o para algún proceso concreto de atención (atención urgente, en hospitalización, en quirófano, en domicilio, etc.). - Establece las practicas seguras que se deben implantar para evitar que se materialicen los riesgos identificados - Comunica a los profesionales los riesgos identificados y las buenas prácticas a implantar para evitar que produzcan incidentes y eventos adversos en sus procesos. <p>Evidencias: Mapa de riesgos, difusión a profesionales, prácticas seguras implantadas. En su caso, entrevista a profesionales.</p>		

ES.AS.02	<p>Notificación de incidentes</p> <p>El servicio/EAP notifica los incidentes relacionados con la seguridad del paciente para su análisis e implantación de mejoras.</p>	G2
<p>Aclaraciones:</p> <p>El propósito de los sistemas de notificación es aprender de la experiencia. Permiten recopilar información sobre los incidentes relacionados con la seguridad del paciente para su análisis e identificación de los factores que han contribuido a su aparición con objeto de implantar mejoras que eviten su repetición. En Sacyl el sistema utilizado para notificar incidentes sin daño es SISNOT.</p> <p>Requisitos de cumplimiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Los profesionales del servicio conocen y utilizan SISNOT para la gestión de los riesgos para la seguridad del paciente - Se fomenta el uso de SISNOT y se facilita formación (qué notificar, cómo, etc.). - Existe una sistemática para el análisis de incidentes notificados y la implantación de mejoras (responsables, periodicidad, herramientas para el análisis...). - Se facilita a los profesionales información sobre incidentes notificados, factores contribuyentes y mejoras a implantar. <p>Evidencias:</p> <p>Notificaciones efectuadas, informes, mejoras implantadas, sesiones formativas e informativas realizadas...</p>		
ES.AS.03	<p>Referente de seguridad</p> <p>El servicio/EAP designa profesional/es responsable/s de impulsar la seguridad del paciente.</p>	G2
<p>Aclaraciones:</p> <p>Aunque la calidad y la seguridad son responsabilidad de todos los profesionales del servicio, se recomienda designar, al menos, un profesional que se responsabilice de impulsar el desarrollo de líneas de acción que mejoren la seguridad del paciente (análisis de riesgos, buenas prácticas a implantar, sesiones de formación e información sobre seguridad del paciente, etc.).</p> <p>Requisitos de cumplimiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se definen las responsabilidades en Seguridad del paciente dentro del servicio y designa qué profesionales las asumen (pueden ser uno o varios, en función de que asuma la SP globalmente para el servicio o para proyectos concretos). - El profesional responsable/s desempeña las funciones/responsabilidades definidas para impulsar la seguridad del paciente. <p>Evidencias:</p> <p>Nombramiento de responsable/s, documento que defina las líneas de acción a desarrollar, actuaciones realizadas/implantadas.</p>		
ES.AS.04	<p>Identificación de pacientes</p> <p>El servicio/EAP utiliza un sistema para la identificación inequívoca de pacientes y de muestras.</p> <p><i>Nota: Objetivo Internacional de Seguridad del Paciente de la Joint Commission.</i></p>	G1
<p>Aclaraciones:</p> <p>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 evite errores de identificación en la prestación de la asistencia.</p> <p>Requisitos de cumplimiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dispone de un procedimiento de identificación de pacientes (incluyendo muestras y cualquier documentación clínica asociada): identificadores a utilizar (al menos dos y que sean adecuados, es decir, no incluir el número de habitación ni la ubicación del paciente) y especificaciones sobre el etiquetado de las muestras (debe realizarse en el momento de la extracción). Cuando proceda, incluirá especificaciones para identificar pacientes vulnerables (pacientes en coma, con sedación farmacológica, deterioro cognitivo, dificultades de comunicación verbal, déficits sensoriales, o con cualquier otra situación clínica que aumente el riesgo de error en la identificación) y para la identificación inequívoca madre-hijo. - Se comunica a los profesionales implicados el procedimiento establecido. - Están disponibles los recursos necesarios (pulsera, lectores...). <p>Evidencias:</p>		

Procedimiento de identificación de pacientes y muestras. Sistema de difusión a los profesionales. En su caso, entrevista a profesionales y/o pacientes.		
ES.AS.05	Priorización de la atención El acceso a los servicios y prestaciones se realiza en función de los criterios de priorización previamente definidos.	G2
<p>Aclaraciones: Se definen y consensuan los criterios de acceso a los servicios prestados en la unidad (consultas e interconsultas, pruebas, intervenciones quirúrgicas, urgencias, visitas a domicilio, ingreso en unidades de críticos...) y los criterios de priorización teniendo en cuenta la situación del paciente, los tiempos de acceso que establece la legislación vigente y la evidencia científica disponible en cada momento. Se pactan tiempos de demora cortos para patologías graves.</p> <p>Requisitos de cumplimiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - En AH: Ha establecido criterios de acceso a los servicios que presta la unidad (consultas e interconsultas, pruebas, intervenciones quirúrgicas, urgencias, ingreso en unidades de críticos...) y criterios de priorización teniendo en cuenta los factores comentados anteriormente. - Difunde a los profesionales del servicio y a los de otros dispositivos los criterios de acceso a los servicios y los criterios de priorización establecidos/pactados. - En AP: Ha establecido criterios de acceso a los servicios que presta el Centro/unidad (consultas, visitas a domicilio, paliativos,..) y criterios de priorización teniendo en cuenta los factores comentados anteriormente. Además, la derivación de los pacientes a los servicios hospitalarios se realiza teniendo en cuenta los criterios de acceso y priorización establecidos/consensuados - Difunde a los profesionales los criterios establecidos/consensuados. <p>Evidencias:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Documental: Criterios de acceso a los servicios y criterios de priorización definidos/consensuados. - Sistema de difusión a los profesionales. En su caso, entrevista a profesionales. 		
ES.AS.06	Evaluación inicial del paciente El servicio/EAP realiza la evaluación inicial del paciente para establecer el plan de intervención.	G2
<p>Aclaraciones: Para identificar las necesidades del paciente y establecer el plan de intervención de atención médica y de cuidados de enfermería (cuidados, tratamiento farmacológico, etc.) se ha implementado un proceso de evaluación inicial de las necesidades del paciente.</p> <p>Requisitos de cumplimiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - En AH: el proceso de evaluación al ingreso del paciente en planta contempla al menos la evaluación inicial por un enfermero y por un facultativo del equipo médico de la unidad y los tiempos máximos para hacerla. En el caso de la evaluación médica oscilará entre 24-48 horas (como máximo), dependiendo de que el ingreso lo haya realizado o no el personal de guardia de la propia unidad. - En AP: A los pacientes identificados como pluripatológicos se les realiza, en los seis primeros meses, una evaluación global tras la acogida en el proceso de atención a PCPP. <p>Evidencias:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Proceso/procedimiento de evaluación definido e implantado. - Sistema de difusión a los profesionales. - Registros en la HC de las evaluaciones realizadas. 		

ES.AS.07	Valoración y prevención de riesgos El servicio/EAP realiza la valoración del paciente para identificar los pacientes con riesgo.	G2
<p>Aclaraciones: Los pacientes son valorados en distintos momentos del proceso asistencial (al ingreso, durante la estancia, en domicilio) para identificar riesgos: si existe riesgo de incumplimiento del plan asistencial, de caídas, de úlceras por presión, de desnutrición, sufrimiento por dolor, tromboembolismo, etc. y, en su caso, adoptar medidas de prevención para reducir el riesgo de daño asociado.</p> <p>Requisitos de cumplimiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dispone de Protocolos /procedimientos para la correcta valoración y prevención de riesgos (riesgos a evaluar, escalas de valoración, medidas a adoptar en función del resultado de la valoración). - Identifica a los pacientes de riesgo. - Establece medidas para reducir /minimizar el riesgo de daño asociado (plan de cuidados individualizado del paciente). <p>Evidencias:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Protocolo /procedimiento definido. - Plan de cuidados individualizado de los pacientes. 		
ES.AS.08	Sistemas de alerta y respuesta rápida El servicio/EAP utiliza algún sistema de alerta y respuesta rápida ante un posible deterioro del paciente.	G3
<p>Aclaraciones: Para detectar y actuar precozmente ante un posible deterioro del paciente se puede implementar un sistema de seguimiento. Este sistema debe contemplar las constantes y valores de activación de alertas para detectar cambios en las condiciones del paciente por un posible deterioro clínico o empeoramiento y, en su caso, activar una respuesta adecuada.</p> <p>Requisitos de cumplimiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - AH: Define sistema de seguimiento de pacientes ingresados y de activación de la respuesta ante un empeoramiento/deterioro. - AP: Define sistema de seguimiento de pacientes crónicos/PCPP y de activación de la respuesta ante un empeoramiento/deterioro. <p>Evidencias: Verificar sistema utilizado y el informe de alerta temprana (fecha, puntuación, medidas...).</p>		
ES.AS.09	Gestión del carro de paradas/maletín de urgencias El sistema de gestión del carro de paradas/maletín de urgencias asegura que están en condiciones adecuadas de uso cuando sea necesario.	G2
<p>Aclaraciones: Para garantizar que el carro de paradas/maletín de urgencias están en disposición de ser utilizados con absolutas garantías de calidad, eficacia y seguridad, el centro/servicio tiene implementado un protocolo para su gestión.</p> <p>Requisitos de cumplimiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Define la dotación que debe tener el carro de paradas/maletín (medicamentos, laringoscopio, etc.) y su ubicación (tanto del carro como del contenido dentro del carro). - Dispone de un procedimiento de gestión del carro de paradas/maletín que contempla el sistema de reposición y controles que garanticen el contenido y el estado en condiciones de uso (caducidades, verificar funcionamiento, etc.), la periodicidad de los controles, responsabilidades y sistemas de registro. - Los profesionales de la unidad conocen contenido y ubicación del carro de paradas/maletín y el procedimiento de gestión - Existen registros de los controles efectuados. <p>Evidencias: Dotación y ubicación del carro de paradas/botiquín/maletín.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Protocolo /procedimiento definido e implantado. - Sistema se difusión a los profesionales. - Registros cumplimentados y firmados. 		

ES.AS.10	<p>Almacenamiento y conservación de medicamentos</p> <p>El sistema de gestión de los medicamentos garantiza su disponibilidad en condiciones adecuadas de uso.</p>	G2
<p>Aclaraciones: Para garantizar la disponibilidad de los medicamentos, vacunas, productos sanitarios y/o reactivos en condiciones de calidad, eficacia y seguridad, el centro/servicio tiene implementado un procedimiento para su almacenamiento y conservación.</p> <p>Requisitos de cumplimiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Define la relación de medicamentos y productos sanitarios que deben estar disponibles en el botiquín del centro/unidad y sistema de provisión. - Dispone de un procedimiento/protocolo de gestión de los medicamentos y productos sanitarios que incluye: si requieren condiciones especiales de almacenamiento/custodia o de conservación (por ejemplo si son termolábiles, fotosensibles, ...), sistema de control de condiciones de conservación y de caducidades (incluido el plazo de validez de los medicamentos multidosis), periodicidad de los controles y asigna responsabilidades. - Las personas con responsabilidades en la gestión de los medicamentos y productos sanitarios conocen el listado disponible y el procedimiento establecido para su gestión. - Existen registros de los controles de conservación y caducidad efectuados. <p>Evidencias: Listado de medicamento y productos sanitarios disponibles, protocolo/procedimiento de gestión definido, registros cumplimentados y firmados.</p>		
ES.AS.11	<p>Gestión de medicamentos de alto riesgo</p> <p>El sistema de gestión de los medicamentos de alto riesgo garantiza su manejo y uso seguro.</p> <p><i>Nota: Objetivo Internacional de Seguridad del Paciente de la Joint Commission. Tercer reto mundial para la Seguridad del Paciente de la OMS.</i></p>	G1
<p>Aclaraciones: Los “medicamentos de alto riesgo” son aquellos que cuando no se utilizan correctamente presentan una mayor probabilidad de causar daños graves o incluso mortales a los pacientes. Los errores asociados a estos medicamentos no son más frecuentes, sino que suelen ser más graves para los pacientes, por lo que cuando se trabaja con ellos hay que adoptar precauciones especiales. Para evitar riesgos en la seguridad del paciente el servicio tiene implementado un procedimiento para el manejo y uso de estos medicamentos.</p> <p>Requisitos de cumplimiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifica los medicamentos de alto riesgo que se usan en la unidad. - Dispone de un procedimiento estandarizado de gestión de medicamentos de alto riesgo que incluye medidas para evitar riesgos para la seguridad del paciente: aspectos referidos a su almacenamiento seguro cuando tienen nombres parecidos o si el etiquetado o envase son similares (se almacenan separados, usar sistema de alerta..), posibles restricciones en el acceso, vigilancia en la prescripción, preparación y/o administración (por ej. doble chequeo, indicaciones de diluir antes de administrar si disponen de viales de electrolitos concentrados...), controles de entrada y salida, etc. - Los profesionales conocen las medidas /procedimiento de medicamentos de alto riesgo. - Existen registros de los controles establecidos (de acceso, entradas y salidas, etc.). <p>Evidencias: Listado actualizado de medicamentos de alto riesgo usados en la unidad, procedimiento para su gestión/medidas de seguridad implantadas, en su caso registros cumplimentados. Sistema de difusión a los profesionales. Entrevista a profesionales.</p>		

ES.AS.12	<p align="center">Prescripción y administración de medicamentos</p> <p>El servicio/EAP fomenta el uso correcto de los medicamentos. Nota: Tercer reto mundial para la Seguridad del Paciente de la OMS.</p>	G2
<p>Aclaraciones: Para realizar un uso adecuado de los medicamentos y disminuir los factores asociados a los errores de medicación durante el proceso de atención sanitaria se establecen medidas que fomentan el uso responsable y seguro de los medicamentos, desde la prescripción hasta la administración.</p> <p>Requisitos de cumplimiento: -Establece normas/medidas para evitar errores en la prescripción (estandarizar la prescripción, no realizar prescripciones verbales, ...) y para el correcto manejo de la medicación, desde la preparación hasta la administración y registro posterior (uso de chalecos durante la preparación de medicamentos, preparación y administración de inyectables y de la nutrición parenteral, manejo de bombas de infusión, comprobaciones previas a la administración: medicamento correcto, vía de administración, identificación del paciente, precauciones con medicamentos de nombre y/o apariencia similar, etc.). -Difunde las normas/medidas establecidas a los profesionales implicados. - Informa a pacientes y familiares sobre el tratamiento prescrito (medicamento, dosis, vía de administración, etc.) y cambios efectuados. - Se registra prescripción y administración de medicamentos en la HC.</p> <p>Evidencias: Normas/protocolos disponibles, medidas implementadas (difusión a los profesionales implicados, registros cumplimentados, información a familiares, etc.), registros en la HC de prescripción y administración.</p>		
ES.AS.13	<p align="center">Conciliación de la medicación</p> <p>El servicio/EAP promueve la conciliación de la medicación en las transiciones asistenciales.</p>	G3
<p>Aclaraciones: El objetivo de la conciliación es garantizar que los profesionales implicados en la atención del paciente en cada ámbito conocen todos los fármacos que toma un paciente para que puedan tenerlo en cuenta antes de elaborar nuevas órdenes médicas acordes a la situación clínica del paciente de forma que puedan valorar los medicamentos que deben continuar, suspender o incorporar y para informar correctamente al paciente/familiares con el fin de disminuir los errores de medicación (ej. omisión de medicamentos por interrupción del tratamiento crónico..).</p> <p>Requisitos de cumplimiento: - En AP: Se dispone de un procedimiento para que los profesionales del equipo revisen periódicamente la medicación del paciente, al menos de los pacientes crónicos y polimedicados, para adecuarla a su situación clínica en cada momento y para elaborar un listado actualizado de los medicamentos que realmente toma el paciente. - Se comunica a los profesionales para su aplicación. - El listado de medicamentos está actualizado (de acuerdo a la periodicidad establecida) y disponible para cualquier profesional implicado en la asistencia. - En AH: Se dispone de un procedimiento para realizar la conciliación de la medicación (al ingreso/ alta/ al traslado de unidad) y elaborar una lista completa y conciliada de la medicación. - Se comunica a los profesionales para su aplicación. - Listado de medicación actualizado, indicando para cada fármaco, al menos: dosis, frecuencia, vía de administración y duración que está disponible para los profesionales. Al alta hospitalaria, dicha lista completa de medicación se comunica al paciente y al médico responsable del paciente tras el alta, detallando de forma explícita qué medicación se añade y cuál (de la que tomaba antes del ingreso) se mantiene, se retira o se modifica.</p> <p>Evidencias: Procedimiento/protocolo estandarizado para conciliar la medicación del paciente. Se ha difundido a los profesionales, los cuales lo conocen y utilizan. Listados de medicación actualizados/informes de alta con medicación conciliada. Entrevista a profesionales.</p>		

ES.AS.14	<p>Higiene de manos</p> <p>El servicio/EAP promueve la adherencia de sus profesionales a la higiene de manos para la prevención y control de las infecciones.</p> <p><i>Nota: Objetivo Internacional de Seguridad del Paciente de la Joint Commission. Primer reto mundial para la Seguridad del Paciente de la OMS.</i></p>	G2 ⁽¹⁾
<p>Aclaraciones:</p> <p>Realizar una adecuada higiene de manos constituye la forma más sencilla y eficaz para evitar la propagación de las infecciones relacionadas con la atención sanitaria (IRAS) y la transmisión de Microorganismos Multirresistentes (MMR). Desde el año 2019 la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León ha puesto en marcha un sistema de reconocimiento a los servicios/unidades que están comprometidas con la mejora de la higiene de manos y se han establecido tres niveles de compromiso: inicial, avanzado y de excelencia.</p> <p>Requisitos de cumplimiento:</p> <p>- Los establecidos para cada uno de los niveles de compromiso con la mejora de la higiene de manos que estarán correlacionados con cada uno de los niveles de Sacyl excelente</p> <p>Evidencias:</p> <p>Documental: Nivel de compromiso reconocido en el servicio/unidad con la mejora de la higiene de manos.</p> <p><i>⁽¹⁾ Este estándar se considera G2, pero los requisitos de cumplimiento para los niveles avanzado y excelente son progresivos, es decir, para alcanzar el nivel Avanzado o Excelente en el Modelo es necesario haber alcanzado el mismo nivel de reconocimiento (Avanzado o Excelente) en la estrategia de Higiene de Manos.</i></p>		
ES.AS.15	<p>Precauciones basadas en la transmisión</p> <p>El servicio/EAP promueve la adecuada indicación y cumplimiento de las precauciones basadas en la transmisión.</p>	G2
<p>Aclaraciones:</p> <p>Además de las precauciones estándar (higiene de manos, uso correcto de guantes...) es necesario abordar precauciones específicas basadas en el mecanismo de transmisión de los microorganismos multirresistentes o de especial relevancia clínico-epidemiológica según la evidencia científica (incluyendo, cuando procede, las medidas de aislamiento), que van a depender del microorganismo identificado y de su forma de transmisión (gotas, aéreo o contacto).</p> <p>Requisitos de cumplimiento:</p> <p>- Dispone de un procedimiento de actuación que incluye la identificación, recordatorios y control del cumplimiento de los diferentes tipos de precauciones que deben de aplicarse, colocación de carteles para identificar las habitaciones de pacientes bajo aislamiento, referencia al material necesario, información a los familiares sobre las precauciones a seguir, formación a los profesionales sobre aislamientos y precauciones a seguir, etc.</p> <p>- Se comunica a los profesionales implicados el procedimiento establecido.</p> <p>- Están disponibles los recursos necesario (batas, guantes, mascarillas).</p> <p>Evidencias:</p> <p>Procedimiento/protocolo de actuación definido. Se ha difundido a los profesionales, los cuales lo conocen. Material disponible para su implementación.</p>		

ES.AS.16	<p align="center">Prevención y control de infecciones asociadas al uso de dispositivos</p> <p>El servicio/EAP incorpora buenas prácticas para la prevención de las infecciones asociadas al uso de dispositivos.</p>	G3 ⁽²⁾
<p>Aclaraciones: En el ámbito sanitario es frecuente el uso de diferentes dispositivos (catéteres venosos periféricos, sondas vesicales, dispositivos para ventilación mecánica, etc.) que constituyen un factor frecuente de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (flebitis, infecciones del tracto urinario, neumonías,..) por lo que se recomienda implantar buenas prácticas para su prevención.</p> <p>Requisitos de cumplimiento: AH: Dispone de protocolos de prevención de la ITU asociada al uso de sonda vesical y de prevención de flebitis asociada al uso de catéter vascular y, en su caso, bacteriemia asociada al uso de catéter vascular central (indicación de uso, inserción y mantenimiento, retirada precoz...), si el servicio cuenta con camas en unidades de hospitalización convencional/intermedios. Si el servicio cuenta con camas en unidades de críticos, además debe disponer de un protocolo de prevención de neumonía asociada al uso de ventilación mecánica. AP: En los centros de salud deben disponer de un protocolo de prevención de la ITU asociada al uso de sonda vesical. - Los protocolos incorporan las especificaciones de los proyectos institucionales implantados o en su defecto de las guías publicadas. - Los profesionales conocen y aplican el/los protocolo/s establecido/s (protocolo comunicado a los profesionales, accesible...).</p> <p>Evidencias: Protocolo/s de prevención definido/s y disponible/s (en papel o intranet). Se ha difundido a los profesionales. Actuaciones implantadas (registros e indicadores obtenidos).</p> <p><i>⁽²⁾ Este estándar se ha clasificado como G3, pero en las unidades con camas de críticos y/o intermedios este estándar se considera que es un G2 dada su importancia en la práctica clínica habitual de dichas unidades.</i></p>		
ES.AS.17	<p align="center">Prevención de la infección quirúrgica</p> <p>El servicio promueve la disminución de la infección quirúrgica.</p> <p><i>Nota: Segundo reto mundial para la Seguridad del Paciente de la OMS.</i></p>	G2
<p>Aclaraciones: Para disminuir la infección en el lugar quirúrgico el servicio quirúrgico implanta las medidas incluidas en el proyecto Infección Quirúrgica Zero del SNS.</p> <p>Requisitos de cumplimiento: - Define actuaciones y fechas para las diferentes tareas y ha designado un responsable (médico y de enfermería) de impulsar el proyecto a nivel del servicio. - Actualiza sus protocolos de trabajo de acuerdo con el protocolo IQZ que incluye profilaxis antibiótica, adecuada antisepsia de la piel, tratamiento adecuado del vello, normotermia y normoglucemia. - Comunica/informa a los profesionales el proyecto, los protocolos de trabajo y los resultados del proyecto.</p> <p>Evidencias: Protocolo/procedimiento definido. Sistema de difusión a los profesionales. Actuaciones implantadas (cronograma, documentos de trabajo, registros e indicadores obtenidos).</p>		

ES.AS.18	<p>Limpieza, desinfección y esterilización del material y equipos</p> <p>La limpieza, desinfección y esterilización del material y los equipos se ha normalizado.</p>	G2
<p>Aclaraciones: Para prevenir las infecciones se realiza una adecuada limpieza, desinfección y esterilización del material y equipos utilizados en el servicio de acuerdo a un procedimiento normalizado.</p> <p>Requisitos de cumplimiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dispone de un procedimiento/s normalizado/s para la limpieza, desinfección y esterilización del material y equipos con indicaciones generales para el material/equipos de uso compartido (electrocardiógrafo, bombas de perfusión, carro de medicación, grúas, camillas, pantallas y teclados, material de contención...) y para el de uso individual (teléfonos fijos y móviles, llaves, etc.), así como las indicaciones específicas necesarias (técnicas, frecuencia, productos a emplear...) y responsabilidades. - Se comunica a los profesionales implicados para su aplicación. <p>Evidencias: Procedimiento normalizado, sistema de difusión a los profesionales, en su caso, entrevista a los profesionales...</p>		
ES.AS.19	<p>Optimización del uso de antimicrobianos</p> <p>El servicio/EAP promueve el uso adecuado y prudente de los antibióticos.</p>	G2
<p>Aclaraciones: El incremento de las bacterias multirresistentes está asociado en buena medida al uso inapropiado de antibióticos tanto en atención primaria como en el hospital, por lo que es muy importante implementar diferentes medidas para promover un uso adecuado de los antibióticos.</p> <p>Requisitos de cumplimiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dispone de protocolos o guías de tratamiento antimicrobiano actualizados y adaptados a la epidemiología local (tratamiento empírico, profilaxis antibiótica...). - Difunde dichos protocolos a los profesionales e implementa buenas prácticas destinadas a disminuir la aparición de resistencias antimicrobianas (duración y dosificación adecuadas, ajuste terapéutico-desescalamiento, paso a vía oral...). - Informar/educar a pacientes y familiares sobre la importancia de limitar el uso de antibióticos a las situaciones en las que están indicados. - Consigue una buena adherencia al tratamiento y colabora con los equipos PROA. <p>Evidencias: Protocolos/guías disponibles. Sistema de difusión a los profesionales. Buenas prácticas implementadas. Informes de adherencia. Entrevista a profesionales.</p>		
ES.AS.20	<p>Listado de verificación de seguridad quirúrgica</p> <p>El servicio promueve el uso de un sistema de verificación para prevenir incidentes en cirugía.</p> <p><i>Nota: Objetivo Internacional de Seguridad del Paciente de la Joint Commission. Segundo reto mundial para la Seguridad del Paciente de la OMS.</i></p>	G2
<p>Aclaraciones: Para garantizar la cirugía en el paciente correcto, en el lugar correcto y con el procedimiento correcto y la prevención de eventos adversos en el ámbito quirúrgico (infecciones, trombosis...) realiza una verificación preoperatoria por parte del equipo quirúrgico (cirujano, anestesista y enfermera) de que se han empleado en todos los pacientes las practicas seguras para prevenir eventos adversos (comprobar identidad paciente, sitio quirúrgico, profilaxis adecuada, material preparado...).</p> <p>Requisitos de cumplimiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se define el listado de verificación de seguridad quirúrgica (el de la OMS o uno adaptado) y el protocolo de utilización. - Difunde a los profesionales el LVSQ y el protocolo de uso. - Utiliza el LVSQ en todas las intervenciones que no requieren atención inmediata y se identifican los incidentes graves o los detectados con mayor frecuencia con el listado e introducen mejoras que eviten su repetición. <p>Evidencias: Listado de verificación quirúrgico. Procedimiento/protocolo para promover la utilización del LVSQ. Registro de LVSQ utilizados o verificación en HC. Informes de adherencia a esta buena práctica (con indicadores obtenidos). Mejoras implantadas.</p>		

ES.AS.21	<p>Comunicación efectiva</p> <p>Existe comunicación efectiva de los profesionales que participan en el proceso de atención.</p> <p><i>Nota: Objetivo Internacional de Seguridad del Paciente de la Joint Commision.</i></p>	G2
<p>Aclaraciones:</p> <p>El servicio utiliza una sistemática para que la información relevante sobre el paciente se comunique entre los profesionales que participan en el proceso de atención, ya sean de la propia unidad o de otras unidades implicadas, para garantizar la continuidad de la atención y, en su caso, la comunicación de resultados críticos. La comunicación efectiva de los profesionales es un factor esencial para garantizar la seguridad del paciente, tanto dentro de la unidad como en las transiciones asistenciales.</p> <p>Requisitos de cumplimiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Define un procedimiento/protocolo de intercambio de información y comunicación entre los profesionales que participan en el proceso de atención, con especificaciones sobre la información relevante sobre el paciente que se debe comunicar y cómo. - Se sensibiliza a los profesionales sobre la importancia de una buena comunicación para garantizar la calidad de la atención y la seguridad del paciente y se difunde el protocolo de comunicación establecido. - En AH existe un sistema formalizado de intercambio de información y comunicación diaria entre los profesionales de la unidad que atienden al paciente (médico-enfermera, médico-médico, enfermera-enfermera), en los cambios de turno, en los pases de guardia... (pase de visita multidisciplinar, asignación de tiempo para comunicación/punto de encuentro/pizarras en zonas comunes, etc.). - Utiliza técnicas estandarizadas de comunicación efectiva en la transferencia del paciente entre distintas unidades de atención (técnica SBAR, informe de alta, informe de cuidados, etc.). - En unidades de apoyo al diagnóstico (laboratorios, radiología, endoscopias, etc.) existe una sistemática para la comunicación de resultados críticos. <p>Evidencias:</p> <p>Protocolo de comunicación, sistema de difusión a profesionales, metodología de comunicación en la unidad y en el traspaso a otras unidades. Entrevista a profesionales.</p>		
ES.AS.22	<p>Traslado seguro de pacientes</p> <p>El servicio/EAP utiliza un procedimiento para garantizar el traslado seguro de pacientes.</p>	G2
<p>Aclaraciones:</p> <p>Cuando es necesario trasladar al paciente a otra unidad o a otro Centro Sanitario por precisar atención que no se puede facilitar en la unidad tanto en pacientes urgentes (riesgo vital, pero puede demorarse cierto tiempo) como en pacientes críticos (riesgo vital inmediato, debe realizarse sin demora) debe asegurarse el traslado seguro.</p> <p>Requisitos de cumplimiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Define un procedimiento para el traslado seguro de pacientes que contempla aspectos como la elección del medio de traslado adecuado, la dotación con el material necesario (EPI'S, material de curas, monitorización, O2), la valoración de peligros potenciales y previsión de las necesidades individuales de monitorización e intervención durante el traslado, etc. - Difunde el procedimiento a los profesionales. <p>Evidencias:</p> <p>Procedimiento utilizado. Sistema de difusión a los profesionales. Entrevista a profesionales.</p>		

ES.AS.23	<p>Capacitación y asunción progresiva de responsabilidades El servicio/EAP dispone de un programa de capacitación y asunción progresiva de responsabilidades para profesionales.</p>	G2
<p>Aclaraciones: Cuando se incorporan nuevos profesionales a la unidad se valora si tienen la capacidad necesaria para hacer bien su trabajo y dar respuesta a la cartera de servicios, especialmente las tareas críticas de la unidad (ya sea por las habilidades o conocimientos que requieren o por las consecuencias que podría tener cometer un error al afrontar estas tareas), para establecer si resulta necesario un programa de capacitación y asunción progresiva de responsabilidades.</p> <p>Requisitos de cumplimiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Implementa una sistemática para valorar la capacidad de los profesionales de nueva incorporación (criterios, responsables, etc.). - Desarrolla un programa de capacitación-formación y, en su caso, un sistema de asunción progresiva de responsabilidades, asignando tareas no críticas durante los primeros días hasta que adquieran los conocimientos y competencias necesarias para afrontarlas. - Establece un sistema de supervisión tutorizado. <p>Evidencias: Sistema de evaluación. Programa de capacitación y supervisión de nuevos profesionales. Entrevista a los profesionales.</p>		
ES.AS.24	<p>Rondas de seguridad El servicio/EAP realiza rondas de seguridad del paciente.</p>	G4
<p>Aclaraciones: Una Ronda de Seguridad consiste en una visita programada del equipo de seguridad a una unidad, liderada por el responsable de la misma o de la institución (J Sº, Supervisora, Dirección Médica, Referente Seguridad, etc.), siempre con actitud educativa y no punitiva, realizada para valorar la adherencia a prácticas seguras e identificar prácticas inseguras. Realizar rondas de seguridad del paciente permite verificar el cumplimiento de las prácticas seguras implementadas en el servicio e identificar prácticas potencialmente inseguras para establecer barreras de seguridad.</p> <p>Requisitos de cumplimiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Planifica la realización de Rondas de seguridad del paciente (periodicidad, responsable para su gestión, herramientas...). - Realiza las visitas planificadas en las que se realiza observación, revisión documental, entrevistas a paciente/ familiares y a profesionales. <p>Evidencias: Sistemática definida, cronograma, informe o acta de las rondas realizadas, actuaciones implantadas.</p>		
ES.AS.25	<p>Implicación de pacientes y familiares en su seguridad El servicio/EAP promueve la implicación de pacientes y familiares en su propia seguridad.</p>	G4
<p>Aclaraciones: Para disminuir los riesgos asociados a la atención sanitaria debe buscarse el compromiso de los pacientes/familiares en su propia seguridad mediante actividades de formación e información.</p> <p>Requisitos de cumplimiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pone a disposición de los pacientes/familiares materiales informativos sobre cómo prevenir riesgos. - Desarrolla actividades de formación y sensibilización a pacientes y familiares (en la acogida, al alta...) - Dispone de un canal para recoger posibles notificaciones de riesgos o incidentes de seguridad detectados por los pacientes y familiares durante el proceso asistencial (por ej. un buzón, dispositivos informáticos, etc.). <p>Evidencias: Información disponible (folletos, carteles, etc.), actividades de formación y sensibilización desarrolladas, canal de notificación, propuestas de los pacientes...</p>		

AH-SQ **TOTAL 25 ESTÁNDARES**

AH-SM **TOTAL 23 ESTÁNDARES**

AP **TOTAL 23 ESTÁNDARES**

CATEGORIA III. GESTIÓN DE PROCESOS		
ES.GP.01	Mapa de procesos Se ha definido el mapa de procesos del servicio/EAP.	G2
<p>Aclaraciones: En el mapa de procesos se representan los procesos que deben configurar su sistema de gestión, en función de la misión y objetivos del servicio, y sus interacciones. Al menos debe incluir los procesos operativos clave (se centran en los servicios que se prestan al paciente), considerando aquellos que comparten criterios organizativos comunes (con independencia de la patología, por ej. hospitalización, consulta externa, urgencias, quirófano con ingreso, salud bucodental, actividades comunitarias en AP, atención domiciliaria, etc.) o criterios asistenciales (patologías complejas, de gran prevalencia, ...) y los procesos definidos a nivel corporativo que debe implantar el servicio (por ej. proceso de atención al paciente crónico pluripatológico -PCPP-, al enfermo renal crónico,...).</p> <p>Además, se pueden representar en el mapa los procesos estratégicos (necesarios para el desarrollo de la estrategia de la unidad como por ejemplo seguimiento estrategia, control de calidad, voz del cliente, voz de los profesionales, recursos humanos, etc.) y los procesos de soporte (apoyan a los procesos operativos de la unidad como por ej. gestión/mantenimiento de equipos e instalaciones, gestión de almacén/botiquín, etc.).</p> <p>Requisitos de cumplimiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se definen los criterios para identificar y actualizar los procesos clave que se deben implantar (casuística, morbimortalidad, etc.) - Representa gráficamente los procesos operativos clave identificados y sus interacciones con otros procesos (al menos con los procesos de apoyo al diagnóstico y tratamiento). <p>Evidencias: Procedimiento/criterios para identificar y actualizar los procesos clave. Mapa de procesos de la unidad.</p>		
ES.GP.02	Procesos organizativos implantados El servicio/EAP implanta sus procesos organizativos clave.	G3
<p>Aclaraciones: Para disminuir la variabilidad y evitar ineficiencias asociadas a la duplicidad de actividades o a las interrupciones/retrasos en la atención se definen e implantan, los procesos organizativos clave relacionados con su misión (hospitalización, consulta externa, urgencias, quirófano con ingreso, salud bucodental, actividades comunitarias en AP, atención domiciliaria, etc.), con el fin de asegurar que se llevan a cabo las actividades necesarias, en la secuencia y con los criterios de calidad definidos.</p> <p>Requisitos de cumplimiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Para los procesos organizativos identificados como clave en su mapa de procesos define: la secuencia de actividades que comprende y para cada actividad cómo y quién debe realizarla, así como los registros/documentación necesaria. - Comunica a los profesionales implicados el proceso definido y asigna un responsable de su seguimiento. - Establece objetivos y selecciona los indicadores para su evaluación que se monitorizan. <p>Evidencias: Ficha de los procesos, sistema comunicación a los profesionales, registros disponibles (de actividad y seguimiento).</p>		

ES.GP.03	Mejora de los procesos organizativos El servicio/EAP pone en marcha mejoras de los procesos organizativos.	G4
<p>Aclaraciones: Para poder implementar mejoras es necesario analizar periódicamente el funcionamiento de los procesos organizativos de la unidad (actividades, circuitos, demoras...) para identificar ineficiencias y revisar si se están alcanzando o no los resultados previstos. Cuando se identifican ineficiencias o no se consiguen los resultados previstos, analiza las causas y realiza los ajustes necesarios para mejorar. Si ya se alcanzan esos objetivos, se establecen/consolidan actuaciones para mantener los resultados y/o para mejorarlos (en función de si es factible establecer objetivos más ambiciosos).</p> <p>Requisitos de cumplimiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - El servicio revisa los procesos organizativos de la unidad, al menos semestralmente. - Si detecta ineficiencias o no alcanza los objetivos, analiza las causas y define actuaciones de mejora. <p>Evidencias: Cuadro de Mandos (CM) de Indicadores disponibles e informes de análisis de causas, actuaciones de mejora desarrolladas, etc.</p>		
ES.GP.04	Procesos asistenciales implantados El servicio/EAP define e implanta sus procesos asistenciales clave.	G3
<p>Aclaraciones: Para disminuir la variabilidad y evitar ineficiencias asociadas a la duplicidad de actividades o a las interrupciones/retrasos en la atención se definen e implantan los procesos asistenciales clave identificados (son procesos que manejan situaciones clínicas o patologías concretas, en función del servicio podría ser atención al ictus, al paciente renal crónico, al PCPP, Ca de mama, embarazo normal, etc.), con el fin de asegurar que se llevan a cabo las actividades necesarias, en la secuencia y con los criterios de calidad definidos.</p> <p>Requisitos de cumplimiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Para los procesos asistenciales identificados como clave en su mapa de procesos define: la secuencia de actividades que comprende y para cada actividad cómo y quién debe realizarla, así como los registros/documentación necesaria. - Comunica a los profesionales implicados el proceso definido y asigna un responsable de su seguimiento. - Establece objetivos y selecciona los indicadores para su evaluación que se monitorizan. <p>Evidencias: Ficha de los procesos, sistema comunicación a los profesionales, registros disponibles (de actividad y seguimiento).</p>		
ES.GP.05	Mejora de los procesos asistenciales El servicio/EAP pone en marcha mejoras de los procesos asistenciales.	G4
<p>Aclaraciones: Para poder implementar mejoras es necesario analizar periódicamente el funcionamiento de los procesos asistenciales de la unidad (actividades, circuitos, ...) para identificar ineficiencias y revisar si se están alcanzando o no los resultados previstos. Cuando se identifican ineficiencias o no se consiguen los resultados previstos, analiza las causas y realiza los ajustes necesarios para mejorar. Si ya se alcanzan esos objetivos, se establecen/consolidan actuaciones para mantener los resultados y/o para mejorarlos (en función de si es factible establecer objetivos más ambiciosos).</p> <p>Requisitos de cumplimiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - El servicio revisa los procesos asistenciales de la unidad, al menos semestralmente. - Si detecta ineficiencias o no alcanza los objetivos, analiza las causas y define actuaciones de mejora. <p>Evidencias: Cuadro de Mandos (CM) de Indicadores disponibles e informes de análisis de causas, actuaciones de mejora desarrolladas, etc.</p>		

ES.GP.06	Participación de los pacientes El servicio/EAP cuenta con los pacientes para definir los procesos.	G3
<p>Aclaraciones: En el diseño de los procesos se tiene en cuenta la perspectiva de los pacientes, sus necesidades, expectativas (confort físico, apoyo emocional, continuidad de cuidado, etc.), dándoles participación por distintos medios (grupos focales, consulta a asociaciones de pacientes, incorporando pacientes en el grupo de diseño/mejora...).</p> <p>Requisitos de cumplimiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Establece cauces de participación de los pacientes para que puedan implicarse en la definición de los procesos. - Incorpora la perspectiva del paciente a la gestión de sus procesos (actividades necesarias, cómo realizarlas para que le aporten valor y la secuencia en que han de organizarse...). <p>Evidencias: Cauces de participación establecidos, aspectos identificados por los pacientes e incorporados al proceso.</p>		
ES.GP.07	Percepción de los "clientes" (pacientes/clientes internos) Se mide y analiza la percepción de los pacientes y de los clientes internos para mejorar los procesos.	G3
<p>Aclaraciones: Pueden usarse distintas fuentes para medir la percepción de los "clientes" (pacientes/clientes internos) en relación con el servicio prestado que oriente en qué sentido se debe mejorar el servicio para aumentar su satisfacción. Los datos de percepción de los pacientes/clientes internos se pueden obtener mediante la realización de encuestas propias de la unidad y también de otras fuentes (grupos focales, entrevistas, reuniones de procesos, buzón de sugerencias, encuestas realizadas a nivel de la gerencia).</p> <p>Requisitos de cumplimiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se recogen anualmente las percepciones de los pacientes (encuesta propia, grupo focal, etc.). - Se analizan los resultados de percepción en relación con el servicio prestado para identificar oportunidades de mejora en aspectos de su interés. - Se ponen en marcha medidas de mejora desde la perspectiva de los pacientes. - En algunos servicios (sobre todo centrales: farmacia, laboratorios, radiología, a. patológica, etc.) es necesario recoger también las percepciones de los clientes internos (facultativos solicitantes). También se debe recoger la percepción de los servicios que remiten pacientes (a. primaria, hospitales comarcales, centros sociosanitarios, etc.). <p>Evidencias: - Resultados de encuestas u otras fuentes, análisis realizados y mejoras implantadas.</p>		
ES.GP.08	Medición de la experiencia del paciente El servicio/EAP evalúa la experiencia del paciente e integra los resultados en la mejora de los procesos.	G4
<p>Aclaraciones: El servicio/EAP utiliza instrumentos para medir la perspectiva de los pacientes, respecto a resultados en salud (PROM) y/o respecto a la experiencia del propio paciente -cómo de bien o mal percibe la atención sanitaria y cómo repercute en su vida- (PREM) y tiene en cuenta los resultados en la toma de decisiones y mejora de los procesos.</p> <p>Requisitos de cumplimiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifica procesos en los que medir la experiencia del paciente resulta especialmente relevante. - Monitoriza indicadores PREM y/o PROM para alguno de los procesos identificados. - Integra los resultados obtenidos incorporando mejoras concretas. <p>Evidencias: - Procesos identificados, resultados disponibles, mejoras incorporadas.</p>		

ES.GP.09	Atención no presencial El servicio/EAP oferta servicios de atención no presencial con garantías de calidad y seguridad.	G3
<p>Aclaraciones: Aprovechando las nuevas tecnologías, el servicio incorpora nuevos modelos de atención no presencial que complementan la actividad presencial y/o utiliza aplicaciones de apoyo al proceso asistencial, de forma que puede mejorar la capacidad de resolución asistencial y el acceso a ciertos servicios sanitarios, y evitar desplazamientos innecesarios a los pacientes. Adoptan las medidas técnicas y organizativas necesarias para garantizar la calidad de la atención y la seguridad del paciente.</p> <p>Requisitos de cumplimiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Utiliza alguna modalidad de atención basada en la interacción de los profesionales sanitarios y el paciente mediante las TIC (consultas/interconsultas telemáticas, telemonitorización...). - Revisa los procesos/circuitos asistenciales para identificar riesgos relacionados con la atención no presencial. - Adoptar las medidas técnicas y organizativas que resulten necesarias (formación profesionales, criterios de TIC, cauces para compartir información, etc.) para garantizar la calidad y la seguridad del paciente en el proceso asistencial que se lleva a cabo de manera no presencial. <p>Evidencias: Verificar modelos de atención no presencial incorporados Procesos revisados/medidas adoptadas.</p>		
ES.GP.10	Coordinación con otras unidades El servicio/EAP identifica a los pacientes con asistencia compartida y coordina actuaciones con las unidades implicadas.	G3
<p>Aclaraciones: La organización actual en servicios y niveles asistenciales no siempre da respuesta adecuada a las necesidades de los pacientes (críticos, crónicos o con pluripatología). Es necesaria una mayor integración entre los diferentes servicios implicados, centrada en los procesos, para dar una mejor respuesta a las necesidades de los pacientes y garantizar la continuidad asistencial, así como una transición segura del paciente.</p> <p>Requisitos de cumplimiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - La unidad identifica los pacientes con asistencia compartida/secuencial y coordina actuaciones con otras unidades con las que se relaciona. - Dispone de un modelo de atención conjunta (que según el tipo de pacientes y unidad puede incluir: sistemas de comunicación estables, presenciales o no, que posibiliten una atención integrada -por ejemplo interconsultas no presenciales-, procedimientos/protocolos conjuntos de actuación, criterios de derivación, circuitos idóneos y modalidades de seguimiento compartido de pacientes, programa de gestión de casos, seguimiento compartido de pacientes crónicos o pluripatológicos, etc.). <p>Evidencias: Documento/s consensuado/s con otras unidades para atención conjunta y coordinada. Registros de actividad compartida.</p>		

ES.GP.11	Colaboración con otros centros El servicio/EAP coordina actuaciones con otros dispositivos sanitarios y sociosanitarios o sociales.	G3
<p>Aclaraciones: En ocasiones los pacientes deben ser trasladados a otros centros sanitarios (por requerir atención de mayor o menor complejidad) o a centros sociosanitarios/residencias (si tienen necesidades sociales o de apoyo). Por eso resulta necesario establecer mecanismos de colaboración y coordinación entre los diferentes dispositivos asistenciales para facilitar una transición segura del paciente y garantizar la continuidad de la asistencia.</p> <p>Requisitos de cumplimiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - En función del tipo de servicio/centro, si atiende a pacientes crónicos y pluripatológicos que tienen con frecuencia, además de las necesidades sanitarias, necesidades sociales o de apoyo, puede ser necesaria la derivación a diferentes dispositivos sanitarios y sociosanitarios/sociales, por lo que deben implementarse mecanismos de colaboración y coordinación para facilitar su tránsito entre los diferentes dispositivos asistenciales de forma ágil y segura. - En AH: en función del tipo de servicio hospitalario, si con frecuencia envía o recibe pacientes de centros sanitarios con mayor o menor nivel de especialización para garantizar su atención en el recurso más adecuado a sus necesidades, deben implementarse mecanismos para coordinar actuaciones que mejoren la continuidad del proceso de atención y garanticen una transición segura. - En AP: es necesario establecer acuerdos o mecanismos de colaboración con las residencias sociosanitarias o los dispositivos sociales existentes en el área de salud, de manera que se favorezcan la atención sanitaria a los pacientes internados en dichos dispositivos de manera que ésta sea coordinada, adecuada, segura y eficiente (por ej. farmacia). <p>Evidencias:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Acuerdos o mecanismos de colaboración establecidos. Actuaciones desarrolladas y beneficios obtenidos. 		
ES.GP.12	Disminuir la variabilidad El servicio/EAP dispone de herramientas para normalizar los procesos asistenciales.	G2
<p>Aclaraciones: Para disminuir la variabilidad de la práctica clínica (pacientes con una situación clínica semejante reciben una asistencia diferente y se observan diferencias inexplicables en lo referente a procedimientos diagnósticos y terapéuticos utilizados), el servicio dispone de herramientas que permiten unificar criterios de actuación.</p> <p>Requisitos de cumplimiento</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifica procesos asistenciales que, por ser más frecuentes o críticos, se deben normalizar para disminuir la variabilidad - Los profesionales de la unidad han consensuado criterios de actuación en situaciones clínicas específicas (protocolos, guías asistenciales...) y/o vías clínicas donde establecen la secuencia de intervenciones de los diferentes profesionales y departamentos implicados para los procesos identificados. - Los protocolos, guías de práctica clínica, vías clínicas... son aprobados formalmente y se actualizan periódicamente. - Se comunican a los profesionales (cuando son aprobados/actualizados y en la acogida de los nuevos profesionales). <p>Evidencias: Procesos normalizados, herramientas utilizadas (protocolos, guías, etc.) y sistemática de definición (consenso, periodicidad de actualización), sistema de comunicación a los profesionales.</p>		

ES.GP.13	Incorporar la evidencia científica y disminuir prácticas de bajo valor ("no hacer") El servicio/EAP actualiza los procesos asistenciales con la evidencia científica más reciente.	G3
<p>Aclaraciones: El servicio tiene establecida una sistemática para localizar la mejor evidencia disponible que le permita actualizar los procesos asistenciales con las recomendaciones diagnóstico-terapéuticas (farmacológicas, procedimientos diagnósticos, nuevas tecnologías, cuidados, practicas seguras...) basadas en la evidencia científica más reciente. Además, para minimizar aquellas prácticas que, en su ámbito, la evidencia científica ha demostrado que no aportan valor al paciente, e incluso pueden causarle daño, establece una sistemática para identificarlas y priorizar mecanismos/procedimientos para dejar de hacerlas y, si fuera preciso, sustituirlas por otras.</p> <p>Requisitos de cumplimiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Revisa de forma sistemática los recursos disponibles con información relevante sobre efectividad clínica (estudios originales o revisiones sistemáticas e informes de evaluación de tecnologías sanitarias, Guías de Práctica Clínica, etc.) y los filtra de acuerdo a su relevancia clínica y su validez. - Selecciona/consensua las recomendaciones diagnóstico-terapéuticas a incorporar a sus procesos y se dan a conocer a todos los profesionales para que las apliquen. - Identifica prácticas que según la evidencia no aportan valor al paciente, e incluso pueden causarle daño, y prioriza su implantación. - Evalúa el grado de adhesión de los profesionales a dichas recomendaciones (tanto de no hacer como de hacer). <p>Evidencias: Sistemática establecida (responsables, periodicidad), profesionales implicados (médicos, enfermeros, farmacéuticos,..), sistema de comunicación a los profesionales (reunión, mail...). Listado de recomendaciones de bajo valor, matriz de priorización, plan de implantación. Informes de adherencia a recomendaciones (no hacer-hacer).</p>		
ES.GP.14	Sesiones clínicas multidisciplinares El servicio/EAP realiza sesiones clínicas multidisciplinares con carácter periódico.	G3
<p>Aclaraciones: Disponer de un sistema estructurado de sesiones clínicas multidisciplinares que se realicen con carácter periódico favorece la toma de decisiones conjunta y la coordinación dentro de la propia unidad y con otras unidades implicadas en la atención de los pacientes.</p> <p>Requisitos de cumplimiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Define un plan de sesiones clínicas multidisciplinares que contempla frecuencia, ámbito, profesionales implicados, contenido... - Difunde a los profesionales el plan de sesiones. - Desarrolla las sesiones planificadas, al menos 10 al año. <p>Evidencias: Programa de sesiones: planificadas, sistema de difusión utilizado y sesiones ejecutadas (actas/partes de firmas de asistencia).</p>		
ES.GP.15	Formación a pacientes y familiares El servicio/EAP desarrolla un programa de formación para pacientes, familiares y cuidadores.	G4
<p>Aclaraciones: Para aumentar el compromiso de pacientes, familiares y personas cuidadoras en la optimización de los procesos de atención y en la prevención, control y minimización de los riesgos inherentes a la atención sanitaria se desarrollan iniciativas de formación e información/comunicación en distintos momentos del proceso asistencial.</p> <p>Requisitos de cumplimiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifica las necesidades de formación e información de la población atendida. - Realiza actividades formativas grupales o individuales y/o establece medios de información/comunicación con la población atendida. <p>Evidencias: Informe de necesidades de formación para pacientes, familiares y cuidadores, actividades llevadas a cabo/recursos implementados.</p>		

TOTAL 15 ESTÁNDARES

CATEGORÍA IV: DIRECCIÓN DE LA UNIDAD		
ES.DU.01	<p>Propósito, misión y visión</p> <p>Se ha definido y difundido el propósito/misión y visión del servicio/EAP.</p>	G2
<p>Aclaraciones:</p> <p>La Misión es una declaración escrita sobre qué hace la unidad y para quién (servicios, clientes) y la manera en que lo hace en términos de calidad, eficiencia, seguridad, ... El propósito explica por qué su actividad es importante y la Visión plantea una aspiración de cómo desea ser la unidad en el futuro.</p> <p>Requisitos de cumplimiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ha reflexionado y definido la Misión/propósito de la unidad y su visión. - Se ha documentado y se difunde a los profesionales de la unidad. <p>Evidencias:</p> <p>Declaración escrita del propósito/misión y visión. Sistema de difusión a los profesionales de la unidad.</p>		
ES.DU.02	<p>Estrategia</p> <p>El servicio/EAP ha establecido objetivos estratégicos propios y un plan de acción asociado.</p>	G3
<p>Aclaraciones:</p> <p>La estrategia establece objetivos a medio plazo (2-4 años), más allá de los establecidos en el PAG y se orienta a dar respuesta a las necesidades de los pacientes (demanda) y a obtener resultados en salud y ser eficientes, estableciendo un plan de acción para alcanzar los objetivos marcados (nivel de calidad, seguridad, experiencia del paciente, etc. y económicos).</p> <p>Requisitos de cumplimiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - El plan estratégico establece objetivos (propios y pactados con la organización) y líneas de acción asociadas, define responsabilidades para su ejecución y un cronograma de implantación. - Los objetivos y líneas de acción están alineados con los de su Centro y con las diferentes estrategias de la GRS (plan de calidad y seguridad del paciente, plan de humanización, etc.). - Se ha difundido a los profesionales del servicio el plan estratégico definido y éstos conocen sus responsabilidades <p>Evidencias:</p> <p>Tener documentada la estrategia. Reparto de responsabilidades y objetivos. Verificar sistema de difusión a los profesionales de la unidad.</p>		
ES.DU.03	<p>Seguimiento de resultados</p> <p>El servicio/EAP dispone de un cuadro de mando con indicadores relevantes para tomar decisiones en base a resultados.</p>	G2
<p>Aclaraciones:</p> <p>Imprescindible para realizar un seguimiento periódico y saber si se están consiguiendo los objetivos marcados. Se identifican los resultados clave y se definen los indicadores relevantes que se miden de forma sistemática y planificada, para obtener la información necesaria para la gestión.</p> <p>Requisitos de cumplimiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - El cuadro de mando de la unidad incluye indicadores de actividad y de resultados a conseguir, tanto asistenciales relacionados con su misión (efectividad, adecuación, seguridad) y con la experiencia del paciente (continuidad, accesibilidad, trato, información, etc.) como económicos. Incluirá al menos: Indicadores de mortalidad, de reingresos y estancia media ajustados por riesgo, estancia media prequirúrgica, tiempos de respuesta en función de prioridad, incidentes, uso racional del medicamento, etc. incluyendo también medidas de eficiencia. - Existe un plan de seguimiento que incluye frecuencia de las mediciones, responsables y las fuentes de datos - Se difunde a los profesionales del equipo. - Se realiza el seguimiento y análisis con la periodicidad establecida. 		

<p>Evidencias: Tener documentados los indicadores, objetivos, fuente y periodicidad, así como la evaluación periódica realizada (revisiones efectuadas, informes, actas reuniones, etc.).</p>		
ES.DU.04	<p>Mejora de resultados Cuando los resultados no alcanzan los objetivos planteados, se planifican e introducen los cambios necesarios.</p>	G3
<p>Aclaraciones: La revisión periódica del despliegue de la estrategia y de los resultados alcanzados permite establecer relaciones causa-efecto entre lo que hacemos y lo que conseguimos y cuando los resultados no son los esperados, se analizan los motivos con objeto de proponer mejoras.</p> <p>Requisitos de cumplimiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Para aquellos objetivos que no alcanzan el nivel de cumplimiento se identifican oportunidades de mejora y se planifica qué se va a hacer para mejorarlos, estableciendo propuestas de mejora. - Las propuestas de mejora se priorizan. - Las propuestas priorizadas se ponen en marcha (se trasladan como objetivos para la unidad, se comunican los cambios y se facilitan los recursos para su implantación). <p>Evidencias:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Análisis/informes sobre objetivos que no alcanzan nivel de cumplimiento, priorización realizada, en su caso, y proyecto/s de mejora desarrollado/s. Procedimiento establecido para la gestión de las mejoras. 		
ES.DU.05	<p>Participación en la estrategia El servicio/EAP implica a los profesionales en la definición de objetivos y en su consecución.</p>	G3
<p>Aclaraciones: Aunque los líderes del servicio es el responsable de establecer la orientación estratégica y de impulsar la mejora, el despliegue de la estrategia y la mejora continua requieren la colaboración de todas las personas del Servicio/Unidad en las distintas fases de desarrollo de la estrategia.</p> <p>Requisitos de cumplimiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se establecen canales de participación para la elaboración e implantación de la estrategia que están abiertos a todos los profesionales de la unidad (los grupos de trabajo/sesiones de participación son multidisciplinares). - Los responsables de la unidad prestan apoyo explícito a los grupos de trabajo/grupos mejora de la unidad (liberan de tiempo para las reuniones, facilitan el acceso a formación...). - Se establecen objetivos individuales que son conocidos por los profesionales y se monitorizan. <p>Evidencias:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Documental del Procedimiento definido para la participación, para la constitución y funcionamiento de los grupos de trabajo/grupos de mejora dentro de la unidad, grupos de mejora constituidos, composición...objetivos individuales establecidos. - Entrevista a los profesionales de la unidad para verificar que conocen los canales de comunicación, que tuvo posibilidad de participar, que conoce los objetivos,... 		
ES.DU.06	<p>Implicación de los profesionales fuera de la unidad Los profesionales del equipo se implican y participan fuera de la unidad.</p>	G3
<p>Aclaraciones: Los responsables de la unidad facilitan que todos los profesionales participen en comisiones, comités, grupos de trabajo/grupos de mejora de ámbito superior a la unidad (ya sea a nivel del hospital, Gerencia de AP o Gerencia de Asistencia Sanitaria), o a nivel de la GRS, con el fin de facilitar el desarrollo de la estrategia corporativa e impulsar la mejora continua en toda la organización.</p> <p>Requisitos de cumplimiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Definido procedimiento/Política de participación fuera de la unidad. - Los responsables de la unidad prestan apoyo explícito a la participación (liberan de tiempo para las reuniones, ...) - Hay una amplia representación de profesionales que participan o han participado recientemente (últimos 2 años) en Grupos/comisiones/comités. <p>Evidencias: Procedimiento/política definida para la participación fuera de la unidad, grupos de mejora/comisiones en los que participan los profesionales, composición, actas...</p>		

ES.DU.07	Organización y funcionamiento El servicio/EAP dispone de un Manual de Organización y Funcionamiento y elabora una Memoria anual.	G2
<p>Aclaraciones: El servicio dispone de un documento de uso interno donde se recojan los aspectos relativos a la organización y funcionamiento del servicio/EAP y elabora anualmente una memoria (en el primer trimestre del ejercicio siguiente) que recoge las actividades realizadas y los resultados conseguidos.</p> <p>Requisitos de cumplimiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Define cual es la organización del servicio/EAP y los aspectos relativos a su funcionamiento y elabora una memoria anual. - Se comunica a los profesionales que existen estos documentos y cómo puede consultarlos. - Tanto el manual de organización y funcionamiento como la Memoria están accesibles para consulta de los profesionales. <p>Evidencias: Manual de organización y funcionamiento actualizado y disponible. Memoria anual que corresponda.</p>		
ES.DU.08	Gestión de los recursos humanos Los recursos humanos del servicio/EAP se gestionan de forma eficaz.	G3
<p>Aclaraciones: Los responsables del servicio organizan internamente los recursos humanos disponibles asignando los más adecuados a cada puesto de trabajo, en función de las funciones y responsabilidades que debe asumir y de su cartera de servicios, y teniendo en cuenta que para retener el talento, en la medida de lo posible, debe considerar las preferencias/necesidades del profesional.</p> <p>Requisitos de cumplimiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se analiza con una periodicidad determinada los recursos que tiene disponibles (número, categoría profesional, perfil, experiencia, etc.). - Se realiza un seguimiento de la actividad desarrollada y de las aspiraciones/necesidades personales (entrevistas personales) para identificar mejoras. - La asignación de los profesionales se realiza en base a criterios definidos para dar respuesta a las necesidades del servicio y de los profesionales. <p>Evidencias: Planilla de los recursos humanos disponibles, criterios de asignación, informes de seguimiento, entrevista a profesionales, en su caso, justificación de la asignación realizada tras incorporar nueva tecnología o prestaciones.</p>		
ES.DU.09	Comunicación interna Existe una sistemática de comunicación dentro del servicio/EAP	G3
<p>Aclaraciones: Una buena comunicación (ascendente y descendente) dentro de la unidad es clave para obtener el compromiso del equipo, para unir a las personas en torno a un objetivo común y para reforzar las conductas deseadas.</p> <p>Requisitos de cumplimiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Existe un plan/protocolo que define qué se comunica (incluirá como mínimo objetivos estratégicos y logros), a quién (como mínimo a los profesionales implicados), cuándo/periodicidad (como mínimo semestralmente) y cómo (reuniones multidisciplinares, boletines, informes difundidos, intranet, etc.). - Existen canales para que los profesionales puedan comunicar problemas y propuestas de mejora que identifican en relación con la organización y funcionamiento del servicio (buzón sugerencias, intranet, etc.). - Los profesionales conocen la sistemática de comunicación y son informados con la periodicidad establecida. <p>Evidencias:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Documental: Plan/protocolo de comunicación, informes/boletines, actas de reuniones, etc. - Verificar los canales (buzón de sugerencias, intranet, etc.) Entrevista a profesionales. 		

<p>ES.DU.10</p>	<p>Reconocimiento El servicio/EAP reconoce los esfuerzos/logros de los profesionales y la participación en la mejora.</p>	<p>G4</p>
<p>Aclaraciones: Existe en la unidad algún sistema para reconocer los esfuerzos/logros de los profesionales y la participación en la mejora, como elemento motivador para lograr su implicación en la mejora e innovación.</p> <p>Requisitos de cumplimiento: - Se ha definido el procedimiento y requisitos para el reconocimiento. - Se reconoce a los profesionales: en un acto público en el servicio, felicitación personal, facilitar asistencia a congresos, etc.</p> <p>Evidencias: Procedimiento establecido, verificar reconocimientos entregados/recibidos.</p>		
<p>ES.DU.11</p>	<p>Percepción de los profesionales La percepción de los profesionales del servicio/EAP se utiliza para introducir mejoras.</p>	<p>G3</p>
<p>Aclaraciones: Pueden usarse distintas fuentes para recoger la percepción de los profesionales en relación con distintos aspectos de gestión de la unidad y para orientar en qué sentido se debe mejorar la gestión de las personas y que mejore su satisfacción (clima laboral). Los datos de percepción de las personas de la unidad se pueden obtener a partir de encuestas propias y también de otras fuentes (reuniones, entrevistas... o de las encuestas realizadas a nivel de la gerencia).</p> <p>Requisitos de cumplimiento: - Se recogen periódicamente las percepciones de los profesionales (reuniones, entrevistas, buzón, encuesta propia etc.) - Se analizan los resultados de percepción en relación con la gestión de la unidad para identificar oportunidades de mejora en aspectos de su interés. - Se ponen en marcha medidas de mejora desde la perspectiva de los profesionales.</p> <p>Evidencias: - Documental: Resultados de encuestas u otras fuentes y mejoras implantadas. - Entrevista a los profesionales.</p>		
<p>ES.DU.12</p>	<p>Plan de formación continuada específico El servicio/EAP promueve el desarrollo de las competencias de sus profesionales, mediante un plan de formación específico.</p>	<p>G2</p>
<p>Aclaraciones: Se realiza formación de forma planificada para mantener actualizados los conocimientos y habilidades de los profesionales relacionadas con su especialidad y /o actividad sanitaria, y para mejorar las competencias transversales (competencias digitales, comunicación, humanización,..) y los aspectos relacionados con actitudes, motivación y aptitud profesional.</p> <p>Requisitos de cumplimiento: - Se identifican las necesidades formativas de los profesionales del equipo. - Plan de formación anual/plurianual específico de la unidad, da respuesta a las necesidades identificadas (relativas a aspectos científico técnicos, motivación y trabajo colaborativo, gestión por procesos/calidad, humanización, etc.). - Se facilita la asistencia a cursos/jornadas (concesión de días, acceso a financiación...) de forma equitativa a todos los profesionales del equipo. - Se evalúa la actividad formativa realizada.</p> <p>Evidencias: Sistema utilizado para identificar necesidades formativas, Plan de formación específico de la unidad, política de acceso a la formación, formación realizada (sesiones, cursos...) y evaluación de la misma.</p>		

ES.DU.13	<p>Mapa de competencias</p> <p>Se define el mapa de competencias de los profesionales del servicio/EAP acorde a su cartera de servicios.</p>	G4
<p>Aclaraciones:</p> <p>Cada puesto de trabajo del servicio debe estar definido incluyendo tanto las funciones y tareas/responsabilidades que conlleva como los requerimientos de competencia profesional (conocimientos, habilidades y experiencia, actitud) que necesita la persona que lo ocupa para que su labor sea eficaz.</p> <p>Requisitos de cumplimiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Están identificados los diferentes puestos de trabajo del servicio y las funciones y responsabilidades que corresponden a cada uno. - Se definen las competencias básicas de los profesionales, incluyendo lo que debe saber (conocimientos), lo que debe saber hacer (habilidades) y cómo debe hacerlo (actitud). - Si de acuerdo a la cartera de servicios de la unidad, alguno de los puestos tiene que desarrollar funciones de mayor complejidad o especialización, se definen las competencias avanzadas que resultarían necesarias. - Se difunden entre los profesionales <p>Evidencias:</p> <p>Mapa de competencias (básico para las distintas categorías) y, en su caso, las competencias avanzadas requeridas para determinados puestos que desarrollan funciones de mayor complejidad o especialización. Difusión realizada entre los profesionales.</p>		
ES.DU.14	<p>Mejora del liderazgo</p> <p>Los responsables del servicio/EAP mejoran sus competencias como líderes.</p>	G4
<p>Aclaraciones:</p> <p>Los responsables de la unidad se forman para mejorar sus competencias como líderes, teniendo en cuenta no solo las de coordinación, gestión y toma de decisiones... sino también las de inteligencia emocional, la habilidad comunicativa, la capacidad de motivar e inspirar..., para desarrollar un nuevo estilo de liderazgo transformacional, basado más en la colaboración que en el control.</p> <p>Requisitos de cumplimiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - El plan de formación de la unidad incluye actividades formativas específicas para la mejora de las competencias de los líderes - Asisten a las actividades formativas planificadas. <p>Evidencias:</p> <p>Plan de formación para líderes, cursos realizados por el jefe del servicio/jefes de unidad o coordinador médico por el supervisor/coordinador de enfermería.</p>		
ES.DU.15	<p>Formación pregrado y postgrado</p> <p>Dispone de programas de acogida y formación específicos para alumnos pregrado y formación sanitaria especializada.</p>	G2
<p>Aclaraciones:</p> <p>Si la unidad participa en la formación de alumnos de pregrado y/o en el programa de formación sanitaria especializada dispone de programas de acogida y formación para ellos, específicos de la unidad y complementarios, en su caso, a los de la gerencia.</p> <p>Requisitos de cumplimiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - El programa de acogida, formación y supervisión de alumnos pregrado es acorde a los objetivos de aprendizaje e incluye los requisitos mínimos requeridos antes de que el alumno pueda realizar las tareas con autonomía. - El programa de acogida, formación y supervisión de residentes, es acorde a los objetivos de aprendizaje e incluye los requisitos mínimos requeridos antes de que el residente pueda realizar las tareas con autonomía. <p>Evidencias:</p> <p>Programa de formación de alumnos pregrado (competencias y tareas, acogida, seguimiento y evaluación, responsable/s,...) y/o el Programa de acogida y formación de residentes (competencias y tareas, cronograma, recursos docentes, método de evaluación, etc.).</p>		

ES.DU.16	<p>Acogida a los profesionales</p> <p>El servicio/EAP dispone de un plan de acogida para los profesionales de nueva incorporación.</p>	G2
<p>Aclaraciones:</p> <p>Para facilitar la incorporación al puesto de trabajo de nuevos profesionales, la unidad tiene establecida una sistemática de acogida (específica de la unidad y complementaria, en su caso, a la de la gerencia), con entrega de información que puede resultar útil para que realice su trabajo correctamente y para que colabore al logro de los objetivos de la unidad. Incluirá entre otras cuestiones información sobre sus funciones y responsabilidades, así como sobre la unidad.</p> <p>Requisitos de cumplimiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se define el contenido de la información específica sobre el Servicio que se proporcionará en la acogida (por ej. organización interna, procedimientos y protocolos, aplicaciones informáticas, objetivos/plan estratégico, riesgos para la seguridad del paciente, etc.), la forma (escrita o verbal) y quien es responsable de realizar la acogida en el servicio. - La información escrita está disponible (papel, web, etc.). - Cuando se incorpora un nuevo profesional se facilita la información estipulada. <p>Evidencias:</p> <p>Sistema/plan de acogida a los profesionales, evidencia documental de la información escrita que se facilita (folleto o si está disponible en la intranet). Entrevista a los profesionales.</p>		
ES.DU.17	<p>Compartir el conocimiento</p> <p>El conocimiento se comparte dentro del servicio/EAP y con otros servicios/unidades de la organización.</p>	G3
<p>Aclaraciones:</p> <p>Existe una sistemática para facilitar que las personas del equipo compartan eficazmente sus experiencias y aprendizajes con otros integrantes de la unidad y con otras unidades de la gerencia (procedimientos o protocolos de trabajo desarrollados, prácticas que ayudan a conseguir mejores resultados, etc.).</p> <p>Requisitos de cumplimiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se ha definido lo que debe compartirse y criterios/requisitos que deben cumplirse para hacerlo (por ejemplo visto bueno del jefe/comisión, consenso en el GT, grado evidencia, tener resultados disponibles...). - Se han establecido medidas/canales para compartir conocimiento (espacio en la intranet, carpetas compartidas, reuniones multidisciplinarias, sesiones clínicas, comisiones...). <p>Evidencias:</p> <p>Verificar sistemas/canales utilizados, contenido que se comparte y ámbito (unidad, gerencia, categoría profesional que accede).</p>		
ES.DU.18	<p>Proyección exterior del conocimiento</p> <p>El servicio/EAP difunde al exterior el conocimiento generado.</p>	G4
<p>Aclaraciones:</p> <p>Se han establecido medidas para facilitar que las personas de la unidad puedan difundir al exterior el conocimiento generado en la unidad, compartiendo con otras organizaciones sus experiencias y aprendizajes, pues tiene en cuenta que, además de ser un aspecto que da prestigio a la unidad, puede resultar una palanca para la motivación de sus integrantes.</p> <p>Requisitos de cumplimiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sistemática/política establecida para compartir conocimiento con el exterior (criterios de asistencia a jornadas/congresos, presentación comunicaciones/ponencias, publicaciones en revistas científicas, etc.). - Los profesionales pueden acceder de forma equitativa a las actividades para proyectar al exterior el conocimiento generado en la unidad (presentación de experiencias/resultados en jornadas/congresos o cursos...) y participan de forma regular en dichas actividades. - Organización en el servicio de cursos, jornadas específicas, rotaciones, etc. <p>Evidencias:</p> <p>Política establecida, actividades realizadas (publicaciones, ponencias/comunicaciones en congresos...) y profesionales implicados. En su caso, cursos, jornadas... organizados.</p>		

ES.DU.19	Aprender de los mejores El servicio/EAP identifica e introduce mejoras de interés para la unidad.	G4
<p>Aclaraciones: El servicio fomenta la adquisición de conocimientos a nivel externo aprendiendo de los mejores mediante la participación en redes de aprendizaje y colaboración o buscando oportunidades de benchmarking externo para identificar e implantar las mejores prácticas.</p> <p>Requisitos de cumplimiento: - Identifica las mejores prácticas mediante la comparación de sus resultados con los de otros servicios considerados como mejores y/o participa en redes de aprendizaje y colaboración. - Incorpora las mejores prácticas identificadas que resultan de interés para la unidad, facilitando rotaciones, estancias formativas...de los profesionales de la unidad en centros pioneros.</p> <p>Evidencias: Redes de aprendizaje y colaboración en las que participa, catálogo de rotaciones de interés para la unidad y rotaciones externas realizadas, innovaciones/mejores prácticas implantadas.</p>		
ES.DU.20	Investigación El servicio/EAP desarrolla líneas de investigación propias o participa en proyectos de otras unidades.	G3
<p>Aclaraciones: La investigación biomédica y en ciencias de la salud es para la unidad un instrumento clave para mejorar la calidad y la seguridad de los pacientes. La unidad fomenta la participación activa de todos los profesionales en la investigación, liderando proyectos propios o participando en proyectos de otras unidades (estudios multicéntricos, etc.) de acuerdo a la legislación vigente.</p> <p>Requisitos de cumplimiento: - Se ha definido un programa de investigación (áreas/líneas de investigación, estimación de recursos necesarios, asignación de equipos y medios...).</p> <p>- Ha desarrollado o tienen en marcha proyectos de investigación (propios o en colaboración con otros).</p> <p>- Los proyectos en marcha han sido previamente evaluados y aprobados por el Comité de Ética de la Investigación del centro</p> <p>- Los pacientes que participan son informados y se recaba el CI por escrito.</p> <p>Evidencias: Programa de investigación de la unidad. Proyectos de investigación/ensayos en los que participa. Hoja de información al paciente y consentimiento informado.</p>		
ES.DU.21	Innovación y creatividad El servicio/EAP desarrolla proyectos de innovación financiados/avalados por agencias externas.	G3
<p>Aclaraciones: La unidad fomenta el desarrollo de proyectos de innovación, entendida esta en todos los aspectos (servicios, procesos, estructuras y modelos organizativos...) para favorecer creatividad y mejoras en los procesos, nuevos servicios y/o cambios organizativos, etc. buscando financiación I+D+ I.</p> <p>Requisitos de cumplimiento: - Ha definido un programa de innovación que contempla posibles líneas de financiación. - Desarrolla proyectos de innovación financiados/avalados por agencias externas e incorpora mejoras en la práctica clínica derivadas de sus resultados. - Aplica los resultados de los proyectos de innovación para incorporar mejoras en la práctica clínica.</p> <p>Evidencias: - Programa de innovación, proyectos de innovación de la unidad, mejoras innovadoras implantadas.</p>		

ES.DU.22	Liderazgo en innovación El servicio/EAP es líder en innovación.	G4
<p>Aclaraciones: Un indicador de prestigio de las unidades es ser líderes en innovación de tal forma que son modelo de referencia para otros. Cuando el Servicio es líder en nuevas formas de trabajar se convierte en referente para formar a profesionales procedentes de otros centros, incluyendo profesionales en formación.</p> <p>Requisitos de cumplimiento: - Indicador de prestigio de las innovaciones incorporadas, que han sido reconocidas (premios, visitas de otros centros para conocerlas, rotaciones de profesionales en formación, etc.).</p> <p>Evidencias: Innovaciones desarrollados que han sido reconocidas, patentes obtenidas.</p>		
ES.DU.23	Reconocimientos externos El servicio/EAP ha obtenido alguna certificación/acreditación en calidad.	G4
<p>Aclaraciones: El servicio dispone de algún reconocimiento externo vigente por el cumplimiento de criterios/estándares de calidad establecidos en modelos de calidad reconocidos (Normas ISO, modelos de las sociedades científicas...).</p> <p>Requisitos de cumplimiento: - Define cual es el sistema de gestión de la calidad que utiliza como referente y lo implanta (Norma ISO 9001:2015, etc.). - Su Sistema de Gestión de Calidad es certificado por una entidad autorizada (AENOR, sociedad científica, etc.).</p> <p>Evidencias: Documento de implantación, certificado vigente.</p>		

TOTAL 23 Estándares

ANEXO II**Clasificación de los estándares por niveles de recomendación y/o grado de complejidad**

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	No aplicable en AP
	5	ES.DP.05.- Identificación de los profesionales	G1	
	6	ES.DP.06.- Consentimiento informado	G1	
	7	ES.DP.08.- Instrucciones previas	G1	
	8	ES.DP.09.- Protección de la Intimidad	G1	
	9	ES.DP.10.- Seguridad en el acceso a la documentación	G1	
	10	ES.DP.11.- Informe de alta	G1	No aplicable en AP
	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.11.- Gestión de medicamentos de alto riesgo	G1	

ESTÁNDARES DEL GRUPO 2 (G2)				
DERECHOS de los PACIENTES	1	ES.DP.07.- Planificación compartida de la atención	G2	
	2	ES.DP.14.- Humanización de la asistencia	G2	
ATENCIÓN SEGURA	3	ES.AS.02.- Notificación de incidentes	G2	
	4	ES.AS.03.- Referente de seguridad	G2	
	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.09.- Gestión del carro de paradas/maletín de urgencias	G2	
	9	ES.AS.10.- Almacenamiento y conservación de medicamentos	G2	
	10	ES.AS.12.- Prescripción y administración de medicamentos	G2	
	11	ES.AS.14.- Higiene de manos	G2	Para alcanzar el nivel Avanzado o Excelente en el Modelo es necesario haber alcanzado el mismo nivel de reconocimiento (Avanzado o Excelente) en la estrategia de Higiene de Manos.
	12	ES.AS.15.- Precauciones basadas en la transmisión	G2	
	13	ES.AS.17.- Prevención de la infección quirúrgica	G2	Solo aplicable en Servicios Quirúrgicos (AH-SQ)
	14	ES.AS.18.- Limpieza, desinfección y esterilización del material y equipos	G2	
	15	ES.AS.19.- Optimización del uso de antimicrobianos	G2	
	16	ES.AS.20.- Listado de verificación de seguridad quirúrgica	G2	Solo aplicable en Servicios Quirúrgicos (AH-SQ)
	17	ES.AS.21.- Comunicación efectiva	G2	
	18	ES.AS.22.- Traslado seguro de pacientes	G2	
	19	ES.AS.23.- Capacitación y asunción progresiva de responsabilidades	G2	
GESTIÓN de PROCESOS	20	ES.GP.01.- Mapa de procesos	G2	
	21	ES.GP.12.- Disminuir la variabilidad	G2	

DIRECCIÓN de la UNIDAD	22	ES.DU.01.- Propósito, misión y visión	G2	
	23	ES.DU.03.- Seguimiento de resultados	G2	
	24	ES.DU.07.- Organización y funcionamiento	G2	
	25	ES.DU.12.- Plan de formación continuada específico	G2	
	26	ES.DU.15.- Formación pregrado y postgrado	G2	
	27	ES.DU.16.- Acogida a los profesionales	G2	

ESTÁNDARES DEL GRUPO 3 (G3)				
DERECHOS de los PACIENTES	1	ES.DP.15.- Participación en el Sistema de Salud	G3	
ATENCIÓN SEGURA	2	ES.AS.08.- Sistemas de alerta y respuesta rápida	G3	
	3	ES.AS.13.- Conciliación de la medicación	G3	
	4	ES.AS.16.- Prevención y control de infecciones asociadas al uso de dispositivos	G3	En servicios con camas de críticos/intermedios se considera G-2
GESTIÓN de PROCESOS	5	ES.GP.02.- Procesos organizativos implantados	G3	
	6	ES.GP.04.- Procesos asistenciales implantados	G3	
	7	ES.GP.06.- Participación de los pacientes	G3	
	8	ES.GP.07.- Percepción de los "clientes" (pacientes/familiares y clientes internos)	G3	
	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.13.- Incorporar la evidencia científica y disminuir prácticas de bajo valor ("no hacer")	G3	
	13	ES.GP.14.- Sesiones clínicas multidisciplinares	G3	
DIRECCIÓN de la UNIDAD	14	ES.DU.02.- Estrategia	G3	
	15	ES.DU.04.- Mejora de resultados	G3	
	16	ES.DU.05.- Participación en la estrategia	G3	
	17	ES.DU.06.- Implicación de los profesionales fuera de la unidad	G3	
	18	ES.DU.08.- Gestión de los recursos humanos	G3	
	19	ES.DU.09.- Comunicación interna	G3	
	20	ES.DU.11.- Percepción de los profesionales	G3	
	21	ES.DU.17.- Compartir el conocimiento	G3	
	22	ES.DU.20.- Investigación	G3	
	23	ES.DU.21.- Innovación y creatividad	G3	

ESTÁNDARES DEL GRUPO 4 (G4)				
ATENCIÓN SEGURA	1	ES.AS.01.- Mapa de riesgos	G4	
	2	ES.AS.24.- Rondas de seguridad	G4	
	3	ES.AS.25.- Implicación de pacientes y familiares en su seguridad	G4	
GESTIÓN de PROCESOS	4	ES.GP.03.- Mejora de los procesos organizativos	G4	
	5	ES.GP.05.- Mejora de los procesos asistenciales	G4	
	6	ES.GP.08.- Medición de la experiencia del paciente	G4	
	7	ES.GP.15.- Formación a pacientes y familiares	G4	
DIRECCIÓN de la UNIDAD	8	ES.DU.10.- Reconocimiento	G4	
	9	ES.DU.13.- Mapa de competencias	G4	
	10	ES.DU.14.- Mejora del liderazgo	G4	
	11	ES.DU.18.- Proyección exterior del conocimiento	G4	
	12	ES.DU.19.- Aprender de los mejores	G4	
	13	ES.DU.22.- Liderazgo en innovación	G4	
	14	ES.DU.23.- Reconocimientos externos	G4	

ANEXO III - Indicadores de resultados para AP, SM y SQ

➤ **ATENCIÓN PRIMARIA**

	Dimensión	Indicador	Fuente	Objetivo
AP01	Efectividad	HTA. Razón ajustada de ingresos por edad y sexo	BISIÓN	
AP02		Complicaciones a largo plazo de la diabetes. Razón ajustada de ingresos por edad y sexo	BISIÓN	
AP03		EPOC. Razón ajustada de ingresos por edad y sexo	BISIÓN	
AP04		IC. Razón ajustada de ingresos por edad y sexo	BISIÓN	
AP05	Adecuación uso de recursos compartidos	Nº de solicitudes de primeras consultas procedentes de AP por 1.000 habitantes	BISIÓN	
AP06		Nº de solicitudes de primeras consultas preferentes procedentes de AP por 1.000 habitantes	BISIÓN	
AP07	Accesibilidad	Demora media en Medicina de Familia	BISIÓN	
AP08		% de Médicos de Familia con 2 o menos días de demora	BISIÓN	
AP09		% de Pediatras con 2 o menos días de demora	BISIÓN	
AP10		% de Enfermeras con 2 o menos días de demora	BISIÓN	
AP11	Orientación al paciente	% Consultas en atención domiciliaria atendidas en jornada ordinaria en agendas de profesionales en Medicina de Familia	BISIÓN	
AP12		% Consultas en atención domiciliaria atendidas en jornada ordinaria en agendas de profesionales en Enfermería	BISIÓN	
AP13		% Consultas no presenciales atendidas en jornada ordinaria en agendas de profesionales	BISIÓN	
AP14	Seguridad del paciente	% de pacientes distintos diabéticos de 15 años o más a los que se han solicitado 2 o más hemoglobinas en el último año	BISIÓN	
AP15		Notificación de incidentes relacionados con la SP	BISIÓN/SISNOT	
AP16	Satisfacción del paciente	Satisfacción global con la atención recibida	BISIÓN/ENCUESTAS	
AP17		Fidelidad (NPS): volvería o recomendaría a un amigo o familiar si pudiera elegir	BISIÓN/ENCUESTAS	
AP18		Tasa de reclamaciones por 10.000 usuarios TSI	BISIÓN/RESU	
AP19	Cartera de Servicios	Cobertura de EPOC	BISIÓN	
AP20		Cobertura de hipertensión	BISIÓN	
AP21		Cobertura de diabetes 2	BISIÓN	
AP22		Cobertura de Insuficiencia Cardíaca	BISIÓN	

➤ **SERVICIOS MÉDICOS**

	Dimensión	Indicador	Fuente	Objetivo
IM01	Efectividad	Mortalidad intrahospitalaria ajustada por nivel de riesgo de mortalidad	BISION	
IM02		Reingresos a 30 días. Razón ajustada por nivel de gravedad	BISION	
IM03	Adecuación uso de recursos compartidos	Peso medio o índice de complejidad depurado	BISION	
IM04		IEMA. Índice de estancia media ajustada depurada	BISION	
IM05	Accesibilidad	Demora media estructural 1ª consulta	BISION	
IM06		% de 1ª consulta preferentes atendidas en < de 15 días	BISION	
IM07		% de pacientes que llevan esperando > de 90 días en LECEX	BISION	
IM08	Orientación al paciente	% 1ª consultas que han sido reprogramadas	BISION	
IM09		% de consultas de alta resolución	BISION	
IM10		% de consultas realizadas en modalidad Telemedicina	BISION	
IM11	Seguridad del paciente	Notificación de incidentes relacionados con la SP	BISIÓN/SISNOT	
IM12		Índice de incidencia de úlceras por presión adquiridas en hospital	BISIÓN/GACELA	
IM13	Satisfacción del paciente	Satisfacción global con la atención recibida (CCEE, hospitalización,..)	BISION /ENCUESTAS	
IM14		Fidelidad (NPS): volvería o recomendaría a un amigo o familiar si pudiera elegir	BISION /ENCUESTAS	
IM15		Tasa de reclamaciones por 10.000 usuarios de TSI	BISION /RESU	

➤ **SERVICIOS QUIRÚRGICOS**

	Dimensión	Indicador	FUENTE	Objetivo
IQ01	Efectividad	Mortalidad intrahospitalaria ajustada por nivel de riesgo de mortalidad	BISION	
IQ02		Reingresos a 30 días. Razón ajustada por nivel de gravedad	BISION	
IQ03	Adecuación uso de recursos compartidos	Peso medio o índice de complejidad depurado	BISION	
IQ04		IEMA. Índice de estancia media ajustada depurada	BISION	
IQ05	Accesibilidad	Demora media estructural de los pacientes pendientes de IQ	BISION	
IQ06		% de IQ con prioridad 1 realizadas < 30 días en los últimos 12 meses	BISION	
IQ07		Demora media estructural 1ª consulta	BISION	
IQ08		% de 1ª consulta preferentes atendidas en < de 15 días	BISION	
IQ09		% de pacientes que llevan esperando > de 90 días en LECEX	BISION	
IQ10	Orientación al paciente	% 1ª consultas que han sido reprogramadas	BISION	
IQ11		% de consultas de alta resolución	BISION	
IQ12		% de consultas realizadas en modalidad Telemedicina	BISION	
IQ13	Seguridad del paciente	Índice de incidencia de infección del lugar quirúrgico ajustado (ILQ)	Z.IRAS/BISION	
IQ14		Notificación de incidentes relacionados con la SP	BISION/SISNOT	
IQ15		Índice de incidencia de úlceras por presión adquiridas en hospital	BISION/GACELA	
IQ16	Satisfacción del paciente	Satisfacción global con la atención recibida (CCEE, hospitalización,..)	BISION /ENCUESTAS	
IQ17		Fidelidad (NPS): volvería o recomendaría a un amigo o familiar si pudiera elegir	BISION /ENCUESTAS	
IQ18		Tasa de reclamaciones por 10.000 usuarios de TSI	BISION /RESU	
IQ19		Satisfacción con la continuidad asistencial (reciben información acerca del tratamiento, cuidados, control posterior)	BISION/ENCUESTA	

ANEXO IV**OTROS: Por ejemplo, Modelo de solicitud, Modelo de informe, Modelo Plan de mejora****ANEXO V****GLOSARIO DE TÉRMINOS**

Asunción progresiva de responsabilidades. Sistemática en la unidad para facilitar la delegación y asunción de progresiva de responsabilidades por los profesionales de nueva incorporación. Esta sistemática puede 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 esa tarea, 2) la evaluación de la experiencia del profesional, que se va a incorporar en la unidad, en el desarrollo de estas tareas, 3) estrategia que se va a utilizar para que el profesional adquiera las competencias y conocimientos necesarios para afrontarlas, 4) selección de las tareas a realizar por estos profesionales en los primeros días-semanas hasta que hayan adquirido esas 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 (no con la evolución de la enfermedad) que producen una lesión o daño al paciente (infecciones relacionadas con la atención sanitaria, úlceras por presión, caídas, trombosis, errores de medicación...)

Grupos 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 la misión, visión y objetivos estratégicos

Mapa de procesos. Representación gráfica de los procesos organizativos relevantes de la unidad

Mapa de riesgos. Relación de los eventos adversos más graves y/o frecuentes de la unidad, de los factores que contribuyen a su aparición y de los procesos de mayor riesgo de la unidad

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

Misión. Declaración que describe el objeto principal o razón de ser de la unidad

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, preparación prequirúrgica, profilaxis antibiótica, listado de verificación quirúrgica...)

Procesos organizativos. Secuencia ordenada de actividades repetitivas que se realizan en la unidad con independencia de la patología del paciente (proceso hospitalización, consultas, urgencias, bloque quirúrgico...)

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 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 organización trata de alcanzar en el futuro a largo plazo. Su objetivo es servir de guía clara para escoger 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

