



Sacyl
Excelente

MANUAL DE
AUTOEVALUACIÓN
SISTEMA DE GESTIÓN DE
UNIDADES ASISTENCIALES

Versión: 20231110

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.

INDICE

1.- OBJETIVO

2.- RECOMENDACIONES PARA LA AUTOEVALUACIÓN

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

3. CÓMO SE EVALUAN LOS ESTÁNDARES

4. CÓMO SE EVALUAN LOS INDICADORES DE RESULTADOS

5. INFORME DE AUTOEVALUACIÓN

6. FASE DE MEJORA

- 6.1.-Priorizar las áreas de mejora
- 6.2.-Seleccionar las mejoras a desarrollar
- 6.3.- Elaborar el plan de mejora

ANEXOS

ANEXO I

INFORME DE AUTOEVALUACIÓN

ANEXO II

MATRIZ DE PRIORIZACIÓN

1. OBJETIVO

El objetivo de este documento es describir los aspectos prácticos que deben guiar la realización de la autoevaluación por parte de las unidades asistenciales como paso previo para acceder al sistema de reconocimiento SACYL-EXCELENTE.

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

2. RECOMENDACIONES PARA LA AUTOEVALUACIÓN

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

2.1 ¿En qué consiste la autoevaluación?

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

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

Este marco de gestión viene determinado por:

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

2.2 ¿Cuándo se debe realizar la autoevaluación?

Cuando se quiere acceder al sistema de reconocimiento SACYL-EXCELENTE, la unidad debe haber completado un ciclo completo de autoevaluación y mejora que comprende:

- Una **autoevaluación inicial** a partir de la cual se identificarán los puntos fuertes y las áreas de mejora, es decir qué estándares se cumplen y se están gestionando bien y cuáles no se cumplen o se cumplen parcialmente.
- Además, una vez que se haya desarrollado el plan de mejora correspondiente, se debe **repetir la autoevaluación** para valorar su impacto en la mejora de las prácticas de gestión y en los resultados de la unidad.

Si ya se ha conseguido un nivel de reconocimiento, una vez que ha transcurrido el periodo de vigencia de este si se quiere renovar o también cuando se quiere progresar de nivel, debe

realizarse una nueva autoevaluación que permita a la unidad saber si cumple los requisitos para ello o si precisaría implementar mejoras previamente.

Además, se pueden realizar evaluaciones con carácter periódico, aunque esté vigente el reconocimiento obtenido, o realizarlas pese a no haber accedido al sistema de reconocimiento, siempre que una unidad quiera conocer cuál es su situación para impulsar la mejora y la transformación y así avanzar hacia la excelencia.

2.3 Pasos a seguir para realizar la autoevaluación

Paso 1.- Constituir equipo evaluador.

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

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

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

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

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

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

Una de las tareas clave es recabar **la documentación más relevante** relacionada con la gestión de la unidad que aporte las evidencias disponibles para cada estándar y ponerla a disposición de los evaluadores (memoria del servicio, protocolos, etc.). Para ello se aconseja utilizar el espacio compartido (SharePoint), que se habilitará en la intranet desde la Gerencia Regional de Salud, donde la documentación estará accesible para todos los evaluadores de la unidad.

Además, en un momento posterior cuando se solicite el reconocimiento podrá darse acceso al SharePoint a los auditores que realicen la evaluación externa, de esta forma la documentación estará también disponible para ellos.

Por ello se han definido una serie de carpetas y subcarpetas para ordenar la documentación de forma sistemática y reconocible por todos.

Paso 4. Valorar los estándares.

La valoración de los estándares se realizará teniendo en cuenta los requisitos de cumplimiento definidos para cada estándar, y **en función de que se disponga o no de evidencias** que puedan demostrar el cumplimiento de los mismos.

A la hora de valorar pueden darse las siguientes posibilidades:

a) **No se cumple (NC):** NO existen evidencias de que se realiza lo estipulado en el estándar o es anecdótico.

b) **Cumple parcial (CP):** Existen evidencias de que está en desarrollo lo estipulado en el estándar, pero no se cumplen todos los requisitos. Puede ocurrir que se cumplan solo los requisitos relacionados con la planificación (se ha definido el procedimiento/proceso/protocolo para llevar a cabo el estándar: qué hacer, quien es responsable, periodicidad, registros... según proceda) o que se realicen además algunas actividades para dar respuesta al estándar, aunque no se realicen de forma sistemática (no se ha comunicado, no está disponible algún documento...).

Se recomienda matizar el grado de cumplimiento pues puede orientarnos sobre la consecución del estándar en función de que este cumplimiento parcial sea del 25, 50 o del 75%.

c) **Se cumple (C):** Se puede evidenciar que se cumple lo estipulado en el estándar, es decir, que se cumplen los requisitos relacionados con su Implantación (se han adoptado medidas para que se realice de forma sistemática: se ha comunicado a los profesionales implicados, y se comunica a los de nueva incorporación en la acogida...) y se realiza lo estipulado en el estándar.

Excepcionalmente puede ocurrir que algún estándar, dadas las peculiaridades de la unidad asistencial, no resulte de aplicación en cuyo caso se hará constar tal circunstancia. (NA)

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

Paso 5. Reunión conjunta del equipo.

Una vez concluida la evaluación de todos los estándares y antes de elaborar el informe de evaluación, tanto si la metodología de evaluación elegida es la valoración conjunta como la individual, se recomienda realizar una reunión de todo el equipo evaluador para poner en común los resultados de esta.

Los estándares que han sido valorados con incumplimiento o cumplimiento parcial se revisarán por todo el equipo por si se pudieran aportar nuevas evidencias que no se habían tenido en cuenta.

Paso 6. Redactar el informe.

El informe de autoevaluación se redactará teniendo en cuenta las especificaciones del apartado 5 de este manual.

Para facilitar su elaboración se diseñarán herramientas que automaticen el volcado de datos para el informe.

La unidad podrá contar con la asesoría y apoyo de la Unidad de calidad y responsable/s de seguridad de su centro durante todo el proceso de autoevaluación.

2.4 ¿Es necesario evaluar todos los estándares?

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

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

3. CÓMO SE EVALUAN LOS ESTÁNDARES DEL MODELO

Tenemos que realizar un análisis o reflexión sobre cada uno de los estándares y contestar a las siguientes preguntas:

¿Hacemos lo que establece el enunciado del estándar? Para ayudarnos a reflexionar y contestar a esta pregunta, para cada estándar se han definido unos requisitos de cumplimiento, por lo que debemos chequear cada uno de estos requisitos. El resultado de esta reflexión puede ser: se cumplen todos los requisitos, se cumplen algunos o no se cumple ninguno.

En función de lo que contestemos, la siguiente pregunta será:

En el supuesto de concluyamos que se cumple lo establecido en el estándar debemos preguntarnos **¿Disponemos de las evidencias positivas que nos permitan demostrarlo?** Porque si no se puede demostrar, debemos considerar que no se cumple, a efectos de este proyecto. Para cada estándar se han definido también ejemplos de posibles evidencias.

En el supuesto de que contestemos que no cumplimos o que cumplimos parcialmente debemos preguntarnos **¿Qué podemos hacer para mejorar?** Reflexionar sobre estos aspectos nos facilitará la elaboración del plan de mejora. Debemos tener en cuenta que, más allá del reconocimiento que se pueda llegar a conseguir en un futuro, lo que realmente va a aportar valor en todo este proceso de reflexión es que seamos capaces de identificar lo que podemos mejorar en la gestión de la unidad en relación con lo que venimos haciendo, que pueda impactar en la calidad y la seguridad de la atención.

Debemos tener claro que siempre que se quiera optar a reconocimiento debemos estar en disposición de presentar las evidencias que justifiquen el cumplimiento de los requisitos establecidos para cada nivel de reconocimiento. Por tanto, al realizar la autoevaluación se debe reflexionar y realizar un análisis responsable y veraz de cada uno de los estándares para determinar si se cumplen y, en su caso, se deben recabar las evidencias que nos permitan demostrarlo.

Por todo ello, se recomienda especificar para cada estándar evaluado los puntos fuertes con evidencias y las propuestas de mejora. Finalmente se expresará la valoración relativa a su cumplimiento (**C**, **NC**, **CP25**, **CP50**, **CP75**). Esta sistemática nos facilitará el desarrollo posterior tanto de la fase de mejora como, en su caso, de la auditoría externa.

Además, su actualización servirá de documento de referencia para futuros procesos de autoevaluación y/o reconocimiento.

CATEGORÍA I. DERECHOS DE LOS PACIENTES					
Objetivo: Garantizar la protección de los derechos de los pacientes en el ámbito de la atención sanitaria.					VALORACIÓN
Nº	ESTÁNDAR		AUTOEVALUACIÓN		C: Cumple CP75: Cumple parcial 75% CP50: Cumple parcial 50% CP25: Cumple parcial 25% NC: no cumple
ES.DP.01	Información general Pacientes y familiares reciben información sobre las características y el funcionamiento general del servicio.	G1	PUNTOS FUERTES CON EVIDENCIAS	PROPUESTAS DE MEJORA	C
Aclaraciones: 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. Requisitos de cumplimiento: - 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. Evidencias: - 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	PUNTOS FUERTES CON EVIDENCIAS	PROPUESTAS DE MEJORA	C
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. Requisitos de cumplimiento: - 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.					

Como Anexo I se incluye la **Clasificación de los estándares por niveles de recomendación y/o grado de complejidad**

4. CÓMO SE EVALUAN LOS INDICADORES DE RESULTADOS

La evaluación de los indicadores de resultados se realizará a partir del **cuadro de mando (CM) del EAP/servicio** que incluye los indicadores comunes que se pueden obtener de forma automatizada a través de BISION para cada unidad y al que podrán tener acceso las unidades.

Dicho CM incluye indicadores diferentes en función de que la unidad sea un EAP o un servicio hospitalario y, dentro de estos últimos, en función de que se trate de un servicio médico,

quirúrgico, unidad de críticos... Para cada uno de los indicadores se establecerá un objetivo a conseguir que será el umbral que determine si se cumple o no y nos va a permitir conocer el **porcentaje de cumplimiento** del conjunto de indicadores comunes del CM establecido.

Además de evaluar el cumplimiento de estos indicadores comunes, el análisis de resultados debe considerar también:

- **Cumplimiento de los objetivos propios** incluidos en el pacto de objetivos con la gerencia.
- **Tendencias** en los últimos 3 años en los indicadores comunes.
- **Comparaciones** con otras unidades con otras unidades dentro del ámbito de la GRS en relación con los indicadores comunes.

BISION proporcionará un CM predefinido, por tipo de servicio y para AP, con la información sobre los resultados que se presentará de forma estructurada para facilitar el análisis del cumplimiento de los indicadores y mostrando también de forma gráfica tendencias y comparaciones inter-servicios/EAP que faciliten el benchmarking.

5. INFORME DE AUTOEVALUACIÓN

Como resultado de la autoevaluación vamos a disponer de información sobre lo que hace la unidad y cómo lo hace y sobre lo que consigue lo que permitirá identificar cuáles son los puntos fuertes y lo que es preciso mejorar. Con esta información se puede elaborar un **diagnóstico de situación actual de la unidad** muy útil para la toma de decisiones.

Además, reflexionar sobre los estándares que desarrolla la unidad y sobre los resultados que consigue permite conocer cuántos se cumplen, proporcionando información cuantitativa sobre el **posicionamiento de la unidad respecto al Modelo** de gestión Sacyl-excelente, y en función del porcentaje de cumplimiento, saber si puede optar a reconocimiento y a qué nivel.

El **informe de autoevaluación** incluirá información cuantitativa y cualitativa, detallando:

Información numérica sobre el porcentaje de:

- ✓ Los estándares que se cumplen globalmente y por categoría (derechos, atención segura...), con referencia además a los que corresponden a cada grupo (G1, G2, G3 y G4)
 - ✓ Los indicadores de resultados que alcanzan objetivos, tanto los indicadores comunes como los propios.
 - ✓ Los indicadores comunes con tendencias positivas en los últimos 3 años.
 - ✓ Los indicadores comunes que superan la media de Sacyl o si están entre los mejores.
- Resumen de puntos fuertes y áreas de mejora identificadas.

Se consideran puntos fuertes: los estándares con evidencias positivas de cumplimiento, así como los indicadores que alcanzan el objetivo establecido, con tendencias positivas y que obtiene mejores resultados en comparación con otras unidades de la GRS.

Se consideran oportunidades/áreas de mejora: los estándares que no se cumplen o se cumplen solo parcialmente y también aquellos que, aunque se cumplan, no existen evidencias de su cumplimiento. En relación con los indicadores, son áreas de mejora los que no alcanzan el objetivo establecido o que, aun cumpliéndose, las tendencias y/o las comparaciones no son favorables.

En el Anexo II se incluye un posible formato del informe.

Los resultados de la autoevaluación se comunicarán a todo el equipo de la unidad.

En la tabla que aparece a continuación se indican los estándares e indicadores requeridos, en función del tipo de unidad, para acceder a cada nivel de reconocimiento.

CRITERIOS ACCESO	INICIAL	AVANZADO	EXCELENTE
Estándares del Grupo 1	100% (12/14 estándares) AP: 12 estándares AH: 14 estándares	100% (12/14 estándares) AP: 12 estándares AH: 14 estándares	100% (12/14 estándares) AP: 12 estándares AH: 14 estándares
Estándares del Grupo 2	≥60% (15/16 estándares) AP/AH-SM: 15 estándares AH-SQ/AH-SCC: 16 estándares Al menos 1 de cada categoría	100% (25-27 estándares) AP/AH-SM: 25 estándares AH-SQ: 27 estándares AH-SCC: 26 estándares	100% (25-27 estándares) AP/AH-SM: 25 estándares AH-SQ: 27 estándares AH-SCC: 26 estándares
Estándares del Grupo 3		≥60% (13/14 estándares) AP/AH-SM/AH-SQ: 14 estándares AH-SCC: 13 estándares Al menos 1 de cada categoría	100% (22/23 estándares) AP/AH-SM/AH-SQ: 23 estándares AH-SCC: 22 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 +

AP: atención primaria; AH: atención hospitalaria; SM: servicios médicos; SQ: servicios quirúrgicos; SCC: servicios con camas de críticos y/o intermedios.

6. FASE DE MEJORA

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

La autoevaluación es solo una parte del proceso de mejora. Por tanto, la fase más crítica del proceso de autoevaluación es la planificación e implantación de las acciones de mejora derivadas de ella. Por ello es importante reflexionar sobre los puntos fuertes y áreas de mejora identificadas. Para ello nos preguntaremos en relación con los **puntos fuertes** que hemos identificado **¿cuáles pueden mantenerse y aprovecharse al máximo? ¿Cuáles necesitarían todavía mayor desarrollo?**

En relación con **las áreas de mejora** nos preguntaremos **¿Cuáles resultan de máxima importancia para nuestra unidad?**

De esta forma, una vez que hemos terminado de realizar la autoevaluación y tras un análisis del informe elaborado tenemos que definir un plan de mejora para lo cual se recomienda seguir los pasos que se indican a continuación.

6.1.-Priorizar las áreas de mejora

Normalmente tras la autoevaluación se identifican bastantes oportunidades de mejora que será necesario priorizar pues todas no se pueden trabajar de forma simultánea.

Para priorizar las áreas de mejora se recomienda hacerlo en base criterios previamente acordados como puede ser **impacto** (en el paciente o en otros aspectos de la unidad), **factibilidad**, **necesidad** u otros. De esta forma, se puede determinar qué áreas de mejora se deberían abordar teniendo en cuenta, además, los niveles de cumplimiento que resultarían necesarios si la unidad se plantea acceder a un determinado nivel de reconocimiento.

En el Anexo III se incluye un ejemplo de matriz de priorización.

6.2.-Seleccionar las mejoras a desarrollar

A continuación, con todas las áreas de mejora priorizadas se establecerá un ranking para establecer un orden lógico para su abordaje (por ejemplo, si priorizamos elaborar un proceso asistencial y la detección de necesidades y expectativas de los pacientes, habría que empezar por detectar primero las necesidades y expectativas, para incorporarlas en el proceso).

A la hora de seleccionar las mejoras a desarrollar, es importante focalizarse en primer lugar en los aspectos críticos para la unidad, es decir, los que son más significativos y que tengan más relevancia en la calidad y seguridad del paciente.

Además, la naturaleza de las actividades y los objetivos de la propia Unidad determinará la oportunidad de considerar o no ciertas acciones de mejora y con qué prioridad.

6.3.- Elaborar el plan de mejora

Para elaborar el Plan de mejora se recomienda implicar en su elaboración al equipo que participó en la autoevaluación y establecer algún cauce para que puedan participar también todos los profesionales de la unidad.

El Plan que se elabore incluirá todas las mejoras seleccionadas y para cada mejora será necesario definir:

- Acciones concretas que se van a poner en marcha
- Alcance o ámbito en el que se van a aplicar (consulta/s, hospitalización ...)
- Responsable y equipo de trabajo
- Cronograma: fecha de inicio, fecha prevista de cierre
- Seguimiento: indicadores y periodicidad de seguimiento.

Para el desarrollo de esta fase de mejora la unidad podrá contar con la asesoría de la unidad de calidad y responsable/s de seguridad de su centro y del Servicio de Calidad y Seguridad del Paciente especialmente en relación con los estándares relacionados con proyectos corporativos de mejora de la calidad y la seguridad del paciente.

ANEXO I.**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 se considera G-2
	5	ES.GP.02.- Procesos organizativos implantados	G3	
GESTIÓN de PROCESOS	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 II.

INFORME DE AUTOEVALUACIÓN

IDENTIFICACIÓN DE LA UNIDAD

SERVICIO/EAP	
Jefe de Servicio/Coordinador	
Supervisora/Responsable de enfermería	
Gerencia	
Nivel de reconocimiento obtenido	

INFORMACIÓN NUMÉRICA CUMPLIMIENTO ESTÁNDARES

NIVEL DE RECONOCIMIENTO									
Tabla desarrollada	INICIAL			AVANZADO			EXCELENTE		
	Necesario	Obtenido		Necesario	Obtenido		Necesario	Obtenido	
Estándares del Grupo 1	100% (12/14 estándares) AP: 12 estándares AH: 14 estándares			100% (12/14 estándares) AP: 12 estándares AH: 14 estándares			100% (12/14 estándares) AP: 12 estándares AH: 14 estándares		
Estándares del Grupo 2	≥60% (15/16 estándares) AP/AH-SM: 15 estándares AH-SQ/AH-SCC: 16 Al menos 1 de cada categoría			100% (25-27 estándares) AP/AH-SM: 25 estándares AH-SQ: 27 estándares AH-SCC: 26 estándares			100% (25-27 estándares) AP/AH-SM: 25 estándares AH-SQ: 27 estándares AH-SCC: 26 estándares		
Estándares del Grupo 3				≥60% (13/14 estándares) AP/AH-SM/AH-SQ: 14 estándares AH-SCC: 13 estándares Al menos 1 de cada categoría			100% (22/23 estándares) AP/AH-SM/AH-SQ: 23 estándares AH-SCC: 22 estándares		
Estándares del Grupo 4							≥70% (10 estándares) Al menos 1 de cada categoría		

AP: atención primaria; AH: atención hospitalaria; SM: servicios médicos; SQ: servicios quirúrgicos; SCC: servicios con camas de críticos y/o intermedios.

INFORMACIÓN NUMÉRICA CUMPLIMIENTO INDICADORES

Indicadores	Comunes	Propios (pacto de objetivos con gerencia)
Cumple objetivos		
Tendencias positivas		
Comparaciones favorables		

RELACIÓN DE PUNTOS FUERTES Y ÁREAS DE MEJORA RESPECTO A LOS ESTÁNDARES

DERECHOS DE LOS PACIENTES

Puntos fuertes

Áreas de mejora/oportunidades de mejora

ATENCIÓN SEGURA

Puntos fuertes

Áreas de mejora/oportunidades de mejora

GESTIÓN DE PROCESOS

Puntos fuertes

Áreas de mejora/oportunidades de mejora

DIRECCIÓN

Puntos fuertes

Áreas de mejora/oportunidades de mejora

RELACIÓN DE PUNTOS FUERTES Y ÁREAS DE MEJORA RESPECTO A LOS INDICADORES DE RESULTADOS

Resultados a destacar

Resultados a mejorar

EQUIPO EVALUADOR (especificar quien ha realizado las funciones de Coordinador)

EVALUADORES (Nombre y apellidos)	Firma

DIRIGIDO AL SERVICIO DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE DE LA GERENCIA REGIONAL DE SALUD

ANEXO III**MATRIZ DE PRIORIZACIÓN**

Áreas de mejora	Impacto	Factibilidad	Necesidad	Total

Puntuar para cada área de mejora: los criterios de priorización con la siguiente escala de puntuación:

Alto: 5

Medio:3

Bajo 1